



ACIDEZ

Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)

Actúan en las **células parietales del estómago bloqueando irreversiblemente la bomba de protones**, reduciendo así la secreción ácida.

Permiten tratar patologías en las que el **exceso de ácido es un factor clave, ayudan a cicatrizar lesiones y controlar síntomas**. Existen varios tipos de IBP en el mercado: omeprazol, pantoprazol, esomeprazol y lansoprazol. Poseen eficacia similar, aunque presentan diferencias en la rapidez de acción y duración del efecto.

Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol tienen eficacia similar en la supresión ácida.

Esomeprazol tiene un mayor grado de supresión ácida.

Lansoprazol y pantoprazol presentan menos interacciones, por su baja afinidad a complejos enzimáticos que participan en la eliminación de fármacos.

Todos poseen efecto prolongado.

Tienen buen perfil de seguridad y efectividad.

Disminuyen entre un 80-95% de la secreción diaria.

La máxima supresión se alcanza en promedio entre el 3er y el 5to día del tratamiento.

CONSEJO FARMACÉUTICO:

Administrar los IBP en **ayunas y unos 30 minutos antes de una comida**. La presencia de alimentos en el estómago reduce su absorción, por lo que administrados antes de la primera comida del día permite la máxima inhibición de acidez.

En el caso de **enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) nocturno**, se ha observado que la administración del IBP antes de la cena es más eficaz.

En la mayoría de los casos con una dosis diaria se produce la disminución ácida deseada, pero puede ser necesaria una **segunda dosis, que se debe administrar antes de la cena**.

La **retirada gradual** es más eficaz y mejor tolerada por el paciente que la retirada brusca. Cuando se decida retirarlos, conviene utilizar una estrategia de deprescripción escalonada y progresiva para evitar el efecto rebote de la secreción ácida.



Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

¿En qué casos se pueden dejar de tomar?

1. Pacientes asintomáticos sin indicación clara.
2. Pacientes cuya indicación es adecuada pero la duración del tratamiento excede la recomendación establecida (entre 1 y 3 meses).
3. Más de 4 semanas en dispepsia.
4. Más de 8 semanas en pacientes con ERGE asintomáticos.

¿Cómo se suspenden los IBP?

Aumentando el intervalo de dosis **48 - 72hs.**

En tratamientos prolongados superiores a 6 meses o dosis altas, o pacientes asintomáticos más de 3 meses, **se puede plantear reducir la dosis semanal en un 50% para evitar hipersecreción ácida de rebote.** Continuar con la dosis menor por una semana y luego suspender.

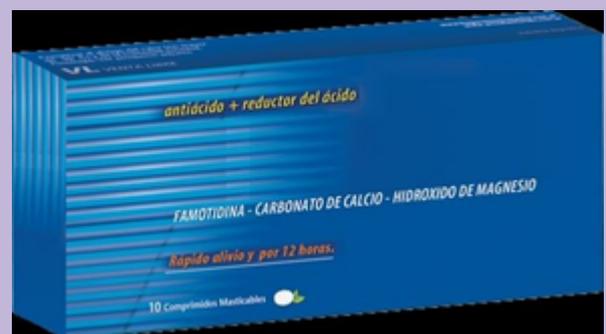
Medidas higienico - dieteticas

Recomendaciones para reducir los síntomas:

- Usar ropa holgada en la zona del abdomen.
- No comer de 2 a 3 horas antes de acostarse.
- Mantener una postura recta cuando esté sentado.
- Evitar agacharse o hacer ejercicio después de comer.
- Elevar la cabecera de la cama de 10 a 15 cm no con almohadas porque esto solo flexiona el cuello. Es necesario elevar todo el tronco superior.
- Dejar de fumar y evitar ambientes con humo de cigarrillo.
- Evitar las grasas (especialmente fritos), pimienta y especias, chocolate, alcohol, bebidas con gas, café, frutos cítricos, tomate y productos mentolados.
- Comer porciones pequeñas y frecuentes en lugar de tres comidas grandes.
- Controlar el sobrepeso, si fuera necesario.
- Reducir el estrés.

Situaciones en el mostrador:

1) Caso agudo: Indicación de antiácido de venta libre apropiado (de acción en el momento) y medidas higienico-dietéticas.





2) Paciente que consulta si es necesario tomar IBP por tratamiento con AINES:

El uso de **AINES** incrementa el riesgo de complicaciones digestivas, independientemente de la dosis y del tiempo de tratamiento.

Los IBP a corto plazo (4-8 semanas) son la terapia principal para curar estas lesiones.

En las personas en tratamiento a largo plazo con AAS, AINE, COXIB con factores predisponentes a la formación de úlceras se indica el tratamiento con dosis bajas de IBP como preventivo.

Los factores predisponentes son:

- Antecedente de úlcera.
- Edad mayor o igual a 65 años.
- AINE a dosis altas .
(ketorolac mayor grado de gastrolesión)
- Uso de dos o más AINES.
- Terapia conjunta con anticoagulantes.
- Antiagregantes.
- ISRS.
- Corticoides.
- Enfermedad cardiovascular o renal.
- Infección por H. pylori.

3) Otras situaciones en las que son indicados:

Pacientes en tratamiento con antiagregantes

AAS paciente >70 años se debe agregar IBP

Clopidogrel: Pantoprazol es el indicado. Omeprazol y esomeprazol pueden disminuir los niveles del metabolito activo de clopidogrel y por lo tanto su función.

Pacientes en tratamiento con anticoagulantes:

Se aconseja IBP si hay antecedentes de hemorragia digestiva alta, úlcera péptica o asociación con otros fármacos gastrolesivos.

Pacientes en tratamiento con corticoides:

En administración conjunta con AINE se cuadruplica el riesgo de gastrolesividad. Se propone valorar individualmente cada caso.

Pacientes en tratamiento con antidepresivos:

ISRS incrementan el riesgo de sangrado intestinal, mayormente cuando el paciente también sufre infección por H. pylori o antecedente de úlcera péptica, asociación con AINE o edad avanzada, en esos casos es necesario asociar gastroprotección con IBP.

Pacientes en tratamiento con analgésicos no AINES:

Paracetamol no es necesario IBP si <4g/día

IBP si toma paracetamol más AINE o inhibidor de COX2 independientemente de la dosis de paracetamol.



4) ¿Se pueden intercambiar?

Los IBP son fármacos de la misma familia por lo tanto son similares en estructura y mecanismo de acción. Por consiguiente pueden ser intercambiables en la práctica clínica siempre que se indiquen en dosis equipotenciales, a excepción de determinadas interacciones medicamentosas.

Tabla de equivalencias:

	OMEPRAZOL	ESOMEPRAZOL	LANSOPRAZOL	PANTOPRAZOL
Dosis bajas (mg)	10	10	15	20
Dosis habitual (mg)	20	20	30	40
Dosis alta (mg)	40	40	60	80

5) Interacciones: IBP- medicamentos



¡Recordemos!

Función del ácido en el estómago:

- Descompone alimentos.
- Facilita la absorción de calcio, hierro y vitamina B12.
- Actúa como barrera contra microorganismos y agresiones extremas.
- **Facilita la absorción** de medicamentos como ketoconazol, levotiroxina y atazanavir.
- Su ausencia **aumenta la disponibilidad** de otros fármacos, como digoxina y nifedipina, afectando su acción.

Efectos secundarios

FRECUENTES: cefaleas, diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal

OTROS:

1. La elevación del pH por el uso de IBP puede favorecer la colonización de microorganismos y aumentar el riesgo de infecciones entericas y respiratorias: Infección por *Clostridium difficile*, neumonía y candidiasis orofaríngea

2. Alteraciones en la absorción: relacionado con la modificación del medio ácido.

Hipomagnesemia, hipocalcemia, déficit de vit b12, déficit de hierro, hipersecreción ácida de rebote

3. Riesgo de fracturas óseas: mayor relación con la toma conjunta de IBP y paciente con otros factores de riesgo como diabetes, diálisis, trasplante de órganos.



ANEXO

Indicación y tratamiento de elección:

IBP

PATOLOGÍA	ACCIÓN	POSOLOGÍA
Zollinger Ellison (hipersecreción ácida gástrica)	Mantienen niveles adecuados de ácido	Terapia de forma indefinida.
Profilaxis úlcera gastroduodenal en tratamiento con AINE/AAS	Curación de las lesiones	Uso entre 4-8 semanas. Ninguno ha demostrado ser superior a otro en esta indicación en dosis equipotenciales.
Profilaxis úlcera gastroduodenal en tratamiento a largo plazo con AINE, COXIB, AAS dosis bajas	Tratamiento preventivo.	Tratamiento con dosis bajas. Ninguno ha demostrado ser superior a otro en esta indicación en dosis equipotenciales.
Profilaxis úlceras por estrés (pacientes en cuidados intensivos, con respirador más de 48 hs o coagulopatía.	Prevención de lesiones y complicaciones (sangrado)	Según indicación.
Hemorragia digestiva alta.	Disminución de secuelas de hemorragias.	Asociados a procedimientos endoscópicos, de forma intravenosa, en bolo o infusión continua.
Reflujo gastroesofágico típico		Tratamiento corto plazo 4-8 semanas
Úlceras endoscópicas por esofagitis erosivas		Tratamiento a largo plazo o a demanda
Reflujo gastroesofágico y síntomas extraesofágicos		Tratamiento a corto plazo 4-8 semanas con doble dosis. Evaluar.
Reflujo gastroesofágico complicado		Tratamiento a largo plazo.
Esofagitis eosinofílica	Tratamiento	Tratamiento a corto plazo entre 8 a 12 semanas. Si paciente responde mantener a largo plazo.
Dispepsia funcional: (pacientes con dolor epigástrico)		Tratamiento a corto plazo de 4 a 8 semanas. Obligatoria reevaluación.
Dispepsia en tratamiento con AINE, COXIB o AAS sin lesiones en mucosa		Ciclo corto de tratamiento de 4 a 8 semanas.
Erradicación de H. pylori	Tratamiento erradicador	Dos veces al día entre 7-14 días