



## CARTAS AL DIRECTOR

### Uso de inhibidores de la bomba de protones en Atención Primaria ¿correcto?



### Use of proton pump inhibitors in primary care. Always right?

Sr. Director:

El tratamiento farmacológico de los trastornos digestivos relacionados con la secreción ácida gástrica, así como la profilaxis de lesiones en la mucosa, han variado sustancialmente a lo largo de las últimas décadas. Tras la aparición de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en los años 90 estos fármacos se han convertido en la primera opción terapéutica para el tratamiento de las úlceras gastroduodenales y todo tipo de gastropatías, sin apenas valorar otras alternativas y prescribiéndolos de manera casi automática, colaborando así en la potenciación de la polimedicación y, además, incrementando el gasto terapéutico. Pese a su extensa utilización, cabría preguntarse si existen razones para justificar un uso tan amplio de los IBP en nuestro medio, y si todos los IBP que se consumen están correctamente indicados<sup>1-4</sup>. Se han apuntado algunas posibles causas de dicho uso excesivo, como la elevada utilización de AINE a largo plazo, el envejecimiento de la población o, sobre todo, el uso en indicaciones «poco precisas».

De ahí surge el objetivo de nuestro estudio, que consiste en analizar el grado de adecuación de la prescripción de los IBP en un centro de salud semiurbano. Para ello se diseñó un estudio observacional para el que se seleccionaron aleatoriamente 112 pacientes a los que se les prescribía IBP de forma continuada durante más de 3 meses, y se analizó el motivo por el que lo tomaban, estudiando posteriormente si el uso de los IBP se ajustaba o no a las indicaciones consensuadas<sup>1-3</sup>. Respecto a los resultados, el 41,1% (46) de los pacientes analizados eran varones y el resto mujeres. La edad media fue de  $65,2 \pm 15,8$  años (siendo el 59% [66] de 65 o más años). Respecto a los antecedentes, de todos los pacientes, el 4,46% (5) tenían historia previa de hemorragia digestiva alta y estaban siendo tratados con IBP, el 22,3% (25) tomaban ácido acetilsalicílico a dosis antiagregantes habitualmente, el 8,9% (10) tomaban clopidogrel u otros antiagregantes plaquetarios, el 3,6% (4) consumían de forma aguda o crónica corticoides, el 30,4% (34) estaban en

tratamiento con AINE, el 4,5% (5) estaban anticoagulados y el 17% (19) tomaban inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Cuando interrogamos a los pacientes sobre el motivo por el cual tomaban el IBP, las respuestas fueron: 1) El 38,4% (43) tomaba el IBP aludiendo a su capacidad de proteger el estómago; 2) El 37,5% (42) referían que lo tomaban porque se lo habían mandado los profesionales sanitarios; 3) El simple hecho de tomar muchos medicamentos, era el motivo del 21,4% (24); 4) No lo sabían el 1,8% (2), y 5) El 0,9% (1) tenían otros motivos. Respecto a si había o no algún criterio clínico que justificase la prescripción del IBP, en el 84,8% (95) había algún criterio clínico (tabla 1). En el restante 15,2% (17) no había ningún criterio que justificase la prescripción y, por lo tanto, estaban consumiendo un fármaco que no les conllevaba ninguna utilidad profiláctica ni terapéutica. De estos 17, hay que resaltar que el 35,3% (6) tomaban el IBP porque se lo había mandado un profesional sanitario sin tener criterios. Del resto, el 41,2% lo tomaban simplemente por su calidad de protector gástrico, y el 23,5% (7) por el hecho de tomar muchos fármacos, sin ser estos gastrolesivos.

A modo de discusión, destacar que el 15,2% (17) de los pacientes no tienen ninguna indicación clínica para el uso de IBP, y el 84,8% (95) presentan criterios que justifican el uso de inhibidores, la mayoría de los cuales (45,5%) son debido al

**Tabla 1** Cumplimiento de criterios para la prescripción del IBP

Criterio	Porcentaje que cumplen (N.º)
Úlcus duodenal o gástrico	1,8 (2)
Prevención de recidiva de úlcus	0,9 (1)
Enfermedad por reflujo gastroesofágico o hiperacidez	35,7 (40)
Profilaxis de gastropatía por fármacos	45,5 (51)
Síndrome de Zollinger-Ellison	0,9 (1)
No cumplen ningún criterio	15,2 (17)

IBP: inhibidores de la bomba de protones.

uso de fármacos con potencial gastrolesivo, y otro volumen importante de los pacientes con indicación de IBP (35,7%) es a consecuencia de sintomatología de reflujo gastroesofágico e hiperacidez. Estas cifras indican que se está haciendo un esfuerzo en la racionalización de su prescripción por parte de los profesionales sanitarios, siendo conscientes de que cualquier fármaco, aunque se le conozca popularmente por el inocuo nombre de «protector», siempre presenta una iatrogenia alta, tanto por sus efectos secundarios como, sobre todo, por las interacciones que surgen en la mayoría de los pacientes polimedcados<sup>5-12</sup>. Aún así, pese a que la cantidad de IBP prescritos sin poseer criterios no presenta una cifra alarmante, sí es cierto que teniendo en cuenta la esfera económica actual y la polimedicación a la que están sometidos muchos pacientes, esta cantidad carente de justificación clínica continúa siendo demasiado elevada.

Como conclusión, resaltar que se sigue realizando una prescripción excesiva de los IBP, en muchas ocasiones carente de justificación clínica, y muchos de ellos pautados por profesionales sanitarios, por lo que se debería continuar potenciando el uso racional de los IBP y proseguir extendiendo los criterios de uso de los mismos, para evitar prescribirlos en situaciones innecesarias, exponiendo con esta práctica al paciente a una iatrogenia evitable.

## Bibliografía

1. Backman L, Schmidt D, Vitols S. Proton pump inhibitors are suspected of serious adverse effects. More cautious prescribing should be considered and on correct indications [Article in Swedish]. *Lakartidningen*. 2013;110:828-31.
2. Burgos Lunar C, Novo del Castillo S, Llorente Díaz E, Salinero Fort MA. Study of prescription-indication of proton pump inhibitors. *Rev Clin Esp*. 2006;206:266-70.
3. Lee TJ, Fennerty MB, Howden CW. Systematic review: Is there excessive use of proton pump inhibitors in gastroesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:1241-51.
4. Sheikh I, Waghay A, Waghay N, Dong C, Wolfe MM. Consumer use of over-the-counter proton pump inhibitors in patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2014;109:789-94.
5. Yu EW, Bauer SR, Bain PA, Bauer DC. Proton pump inhibitors and risk of fractures: A meta-analysis of 11 international studies. *Am J Med*. 2011;124:519-26.
6. Moayyedi P, Armstrong D, Hunt RH, Lei Y, Bukoski M, White RJ. The gain in quality-adjusted life months by switching to esomeprazole in those with continued reflux symptoms in primary care: EncompASS, a cluster-randomized trial. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:2341-6.
7. Li XQ, Andersson TB, Ahlström M, Weidolf L. Comparison of inhibitory effects of the proton pump-inhibiting drugs omeprazole, esomeprazole, lansoprazole, pantoprazole, and rabeprazole on human cytochrome P450 activities. *Drug Metab Dispos*. 2004;32:821-7.
8. Naggie S, Miller BA, Zuzak KB, et al. A case-control study of community-associated *Clostridium difficile* infection: no role for proton pump inhibitors. *Am J Med*. 2011;124:276e1.
9. Eom CS, Jeon CY, Lim JW, Cho EG, Park SM, Lee KS. Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2011;183:310-9.
10. Hess MW, Hoenderop JG, Bindels RJ, Drenth JP. Systematic review: Hypomagnesaemia induced by proton pump inhibition. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;36:405-13.
11. Targownik LE, Lix LM, Leung S, Leslie WD. Proton-pump inhibitor use is not associated with osteoporosis or accelerated bone mineral density loss. *Gastroenterology*. 2010;138:896-904.
12. Lam JR, Schneider JL, Zhao W, Corley DA. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA*. 2013;310:2435-42.

T. Ricart-Pena\*, M. Lozano-Espinosa, E. Martínez-Lerma y S. Bueno-Macías

*Centro de Salud Docente de San Andrés, Murcia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arboleja@yahoo.es (T. Ricart-Pena).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2014.12.010>

## Eritema ab igne inducido por manta eléctrica



### Electric blanket induced erythema ab igne

Sr. Director:

El eritema ab igne (EAI) es una afección cutánea caracterizada por una hiperpigmentación reticulada de la piel como consecuencia de la exposición crónica y repetida a bajos niveles de radiación infrarroja, proveniente clásicamente de fuentes de calor como los braseros o las estufas domésticas<sup>1</sup>. Presentamos un caso de EAI abdominal en una mujer de 62 años, secundario a la aplicación de una manta eléctrica.

Se trata de una mujer de 62 años, ingresada a cargo del servicio de neurología para estudio de una posible enfermedad desmielinizante, que presentaba hiperpigmentación abdominal de años de evolución. En la anamnesis dirigida refería el uso continuado de una manta eléctrica en la región

abdominolumbar para aliviar una lumbalgia crónica. En la exploración física mostraba manchas hiperpigmentadas de distribución reticular en la región abdominal, desde las crestas ilíacas hasta la región submamaria bilateral (fig. 1). Fue diagnosticada de EAI. Posteriormente se realizó una radiografía y un tac dorsolumbar, donde se evidenció una fractura por aplastamiento del cuerpo vertebral de la quinta vértebra lumbar. Se aplicó tratamiento conservador a la fractura, se instauró tratamiento analgésico y se recomendó evitar el uso continuado de la fuente de calor.

La incidencia de EAI había disminuido con la introducción de la calefacción central en los hogares; sin embargo, en los últimos años se ha producido un aumento de este debido a la utilización de otras fuentes de calor como mantas eléctricas, almohadas térmicas, ordenadores portátiles y baños frecuentes con agua caliente<sup>2-4</sup>. Clínicamente se caracteriza por la aparición de eritema reticular inicial que puede evolucionar a una atrofia epidérmica, descamación e hiperpigmentación en aquellas zonas que han estado expuestas a