Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):797

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-221 - TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

J. Lorca Barchín, G. Telenti Rodríguez, S. Alfaro García, P. Wikman Jorgensen y R. Pascual Pérez

Medicina Interna. Hospital de Elda Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

Resumen

Objetivos: Valorar la adecuación del uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en los pacientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elda (HGUE), interacciones medicamentosas, posibilidad de deprescripción y analizar el impacto económico que esta tendría.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal de pacientes ingresados en el HGUE. Se excluyeron los servicios de reanimación, cuidados intensivos, pediatría y psiquiatría. Todos los pacientes incluidos en el estudio firmaron el consentimiento informado. Nos basamos en las últimas guías de uso de IBP para valorar la adecuada indicación de tratamiento con IBP y la posibilidad de retirada del fármaco. Las variables recogidas fueron: datos demográficos, servicio de ingreso, comorbilidades, antecedentes de patología digestiva, tipo de IBP, tratamiento previo con IBP y motivo, tiempo de tratamiento previo con IBP, motivo de prescripción durante el ingreso, diagnóstico endoscópico, médico responsable de su prescripción, valoración de indicación, interacciones medicamentosas, posibilidad de retirada de tratamiento o cambio de vía intravenosa a vía oral y ahorro económico de estas medidas.

Resultados: De 157 pacientes ingresados en los servicios incluidos en el día del estudio, se encontraban en tratamiento con IBP 113 (71,06%). El fármaco más utilizado fue omeprazol en 81,4% de los pacientes, seguido por pantoprazol en 15,9%. Veinte pacientes (17,7%) presentaban antecedentes de patología digestiva; 5 (4,4%) de úlcera gástrica, 4 (3,5%) enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), 2 (1,8%) esofagitis, 2 (1,8%) úlcera duodenal, 1 paciente (0,9%) gastritis, y 11 (9,7%) otros antecedentes digestivos. En 38 (33,6%) pacientes no constaba el motivo de la prescripción durante el ingreso. Otros motivos de prescripción fueron prevención de gastropatía por AINE en 11 (9,7%), de gastropatía por anticoagulantes orales en 11 (9,7%), por antiagregantes en 13 (11,5%), por corticoides en 4 (3,5%) y ulcus en 2 (1,8%). Los prescriptores fueron: el médico de urgencias (22,1%), el médico responsable de planta de hospitalización (21,2%) y 63 (55,8%) lo tomaban previamente. En 46 (40,7%) pacientes la indicación fue correcta, inadecuada en 51 (45,1%), y dudosa en 16 (14,2%). 36 pacientes tomaban medicación concomitante con potencial riesgo interacción con IBP de distinta intensidad: 41,7% leve (furosemida, hidroclorotiazida, vitamina B12), 19,4% moderada (digoxina, clortalidona, metotrexate y fenitoína) y 38,9% grave (diazepam y clorazepato). En base a el precio actual del medicamento en nuestro hospital, la retirada de tratamiento en los 51 pacientes en que la indicación fue inadecuada, supondría un ahorro de 6,57€/día, que extrapolado sería de 2.400€/año. 71,8% recibían tratamiento por vía oral y

28,2% intravenosa. En 43,8% de los IBP administrados por vía intravenosa se podría haber pasado a vía oral. Este cambio hubiera supuesto un ahorro de 5,46€ que extrapolándolo al año supondría un ahorro de 1.992,9€.

Discusión: Nuestros resultados coinciden con los observados en otros estudios previos y suscitan dudas sobre la utilidad de los algoritmos restrictivos implantados para la prescripción de IBP. Hemos detectado una alta frecuencia de riesgo de interacciones, un porcentaje elevado graves, con necesidad de vigilancia estrecha. Con una sencilla intervención de cambio de vía de administración y de retirada en caso de no indicación se podrían ahorrar 4.392,9€ suponiendo una media de 113 pacientes con IBP ingresados al día.

Conclusiones: En nuestro medio existe un porcentaje elevado de uso inadecuado de IBP, tanto por parte de atención primaria como por parte de los facultativos hospitalarios. A pesar de ser medicamentos seguros, existen potenciales interacciones con otros fármacos de uso frecuente que deben ser vigiladas. La deprescripción y adecuación en la vía de administración puede conseguir un importante ahorro hospitalario.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.