

## Inhibidores de la bomba de protones Indicaciones y diferencias de significación clínica

**Introducción.** Los IBP han pasado a ser los antisecretores de elección en la mayoría de las patologías relacionadas con la hipersecreción ácida, debido a una mayor eficacia y una tolerabilidad y seguridad similar a la de los antiH2, así como a una mayor comodidad de administración y a la bajada del coste de omeprazol. En los últimos años han aparecido **nuevos IBP (lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol y esomeprazol) que por el momento han demostrado similar eficacia a nivel clínico**, pero con determinadas diferencias farmacocinéticas, menos datos sobre su seguridad, sobre todo a largo plazo, y **con un coste muy superior a omeprazol**.

**Mecanismo de acción.** Los IBP penetran en el interior de la célula parietal y se transforman en la forma sulfonamida activa que inhibe de forma irreversible la ATPasa H+/K+.

**Farmacocinética.** Tienen una semivida de eliminación corta, si bien la duración de su acción es mayor debido a su mecanismo de acción. **Se inactivan al exponerse al ácido gástrico, por lo que se formulan con cubiertas entéricas.** No deben triturarse ni masticarse. **Consiguen una supresión óptima del ácido gástrico cuando se administran 30 minutos antes de una comida como el desayuno.** Los IBP se metabolizan a nivel hepático por el complejo enzimático CYP450. Existen diferencias en las enzimas que metabolizan los distintos fármacos del grupo que les confieren un distinto potencial de interacciones, no obstante estas diferencias no se han podido determinar claramente en la clínica.

**Tabla 1: INTERACCIONES DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Y SU SIGNIFICACIÓN CLÍNICA**

Sí: interacciones con posible significación en clínica. ⇔: interacción farmacocinética demostrada pero no demostrada a nivel clínico, o con escasa significación. No: Sin interacción demostrada. ¿?: Sin datos						
	Omepra	Lansopra	Pantopra	Rabepra	Esomepra	Comentarios
Digoxina			⇔		Similar a omeprazol	↑ absorción de digoxina. <b>No suele tener significación clínica.</b> Tener en cuenta si aparece toxicidad digitalica.
Itraconazol, Ketoconazol			⇔			↓ absorción. <b>No suele tener significación clínica.</b> Tener en cuenta si ineficacia de los antifúngicos.
Diazepam	Sí	No	No	No		Omeprazol puede ↑ niveles plasmáticos de diazepam (y de otras BZD). <b>Puede tener significación clínica, aunque se considera leve.</b> Si se produjera un exceso del efecto benzodiazepínico ↓ dosis diazepam o utilizar BZD metabolizadas por glucuronidación: lorazepam, oxazepam, lormetazepam.
Lorazepam, oxazepam, lormetazepam			No			
Warfarina	⇔	No	No	No		Omeprazol ↓ metabolismo de R-warfarina, pero no de S-warfarina, que es el enantiómero más activo. <b>No demostrada ↓ t protrombina en ensayos clínicos.</b> Aún así hay quien recomienda monitorizar el tiempo de protrombina al introducir o retirar omeprazol con warfarina ( <b>no interacciona con acenocumarol</b> )
Acenocumarol			No			
Fenitoina	⇔	No	No	No		Omeprazol puede ↑ niveles de fenitoina, aunque <b>sin significación demostrada en clínica.</b> Hay quien recomienda monitorizar los niveles plasmáticos y/o vigilar toxicidad, sobre todo si > 20mg/d de omeprazol.
Carbamazepina	⇔	¿?	No	¿?		Omeprazol ha mostrado ↑ los niveles de carbamazepina tras una dosis simple de ésta, pero <b>no tras tratamiento continuado.</b> Aún así tener en cuenta si aparecen signos de toxicidad.
Teofilina	No	⇔	No	No		Lansoprazol puede ↓ sus niveles, pero <b>no demostrada significación clínica</b> en ensayos clínicos.
Antiácidos	No	⇔	No	No		Los antiácidos pueden ↓ absorción de lansoprazol, aunque <b>la significación clínica es incierta.</b> Se recomienda administrar lansoprazol 1 h. después.
Claritromicina	⇔	Casos aislados	No	¿?	Omeprazol aumenta los niveles de claritromicina. Claritromicina ↑ los niveles de omeprazol y lansoprazol. Puede favorecer la erradicación de <i>H. pylori</i> .	

**Tolerabilidad.** Los IBP son bien tolerados tanto a corto como a largo plazo. Los efectos adversos más comunes son cefalea, diarrea, náuseas, estreñimiento, flatulencia y erupción cutánea, con incidencias que varían entre el 1% y el 5%. **La seguridad a largo plazo está mejor establecida para el más antiguo, omeprazol, considerándose que es seguro tras su utilización durante 10 o más años.**

**Indicaciones.** Los IBP son fármacos de elección en el tratamiento de la úlcera péptica, erradicación de *Helicobacter pylori*, ERGE, prevención de gastrolesividad por el uso de AINE y síndrome de Zollinger-Ellison. En cuanto a la prevención de gastropatía por AINE está indicada en pacientes de alto riesgo: edad avanzada, historia ulcerosa o de complicación previa, comorbilidad importante, consumo concomitante de otro AINE, corticoides o anticoagulantes o uso de altas dosis de AINE. El omeprazol (20 mg/día) es el antisecretor más efectivo en prevención de las úlceras gastroduodenales. Frente a dosis bajas de misoprostol (200 mcg/12 h) y frente a ranitidina (150 mg/12 h), omeprazol (20 mg/día) se ha mostrado superior en eficacia en la prevención de úlceras gastroduodenales, siendo además mejor tolerado que el primero.

**Tabla 2. INDICACIONES AUTORIZADAS Y DOSIS DIARIAS DE LOS IBP POR VÍA ORAL**

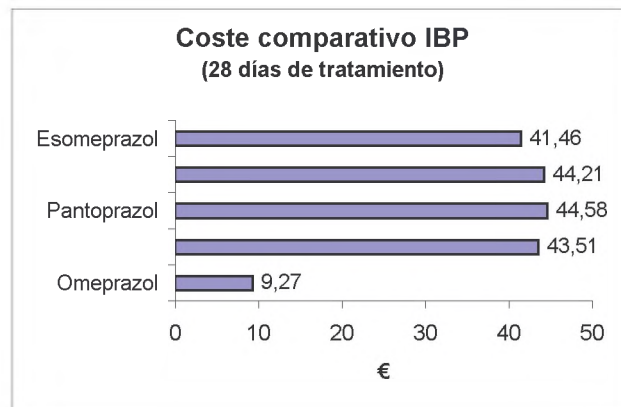
Indicación	Omeprazol	Lansoprazol	Pantoprazol	Rabeprazol	Esomeprazol
Tratamiento de la úlcera gástrica y duodenal	20 mg 40 mg (si mala respuesta)	30 mg		20 mg	
Tratamiento de úlcera por AINE	20 mg				
Prevención úlcera por AINE	20 mg		20 mg		
Erradicación <i>H. pylori</i> (terapia triple) (*)	40 mg 40-80 (ter. dual)	60 mg		40 mg	40 mg
Tratamiento ERGE	20 mg (con o sin esofagitis) 40 mg (ERGE severa)	30 mg	20 mg	20 mg (erosiva) 10 mg (sin esofagitis)	40 mg (erosiva) 20 mg (sin esofagitis)
Mantenimiento ERGE	20 mg	15 mg	20 mg 40 mg (si recaída)	10-20 mg	20 mg
Síndrome de Zollinger-Ellison	20-120 mg (**) 60 mg (inicial)				

(\*) en dos tomas diarias; (\*\*) si > 80 mg/día, en dos tomas diarias.  
Información actualizada Enero 2004. Fichas Técnicas en: <http://sinaem.agemed.es>

**Conclusiones.** Entre los diferentes IBP no hay diferencias de eficacia ni seguridad a nivel clínico que puedan justificar el uso rutinario de otro IBP diferente de omeprazol, fármaco del que más información se tiene en cuanto a eficacia y seguridad a corto y largo plazo y con un coste muy inferior al de los "nuevos" IBP. En cuanto al diferente potencial de interacciones de los diferentes IBP, hay que decir que para cualquiera de ellos éstas son infrecuentes, normalmente con poca significación clínica y con diferencias no bien establecidas entre ellos. **La sustitución de omeprazol por otro IBP se podría justificar sólo en casos muy concretos.**

**Figura 1. COSTE COMPARATIVO IBP**

Fuente: PVP en Base de Datos del Medicamento. En: <http://www.portalfarma.com/home.nsf> (consultada el 18/02/04). Dosis Diaria Definida DDD (omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg, rabeprazol 20 mg, esomeprazol 20 mg) en Nomenclator Digitalis Octubre 2003. Se han utilizado las presentaciones más favorables para cada fármaco. Para omeprazol se considera el precio de referencia.



Farmacia Atención Primaria. Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera