

PROTOI-BONBAREN INHIBITZAILEAK (PBI): ERABILERA-GOMENDIOAK

Aurkibidea

- SARRERA
- ZER EGOERATARAKO DAUDE INDIKATUTA PBI-AK?
 - Jariaketa gastrikoarekin lotutako gaixotasunak
 - Farmakoen gastropatia sekundarioen prebentzioa
- ZEIN DA AUKERATUTAKO PBI-A?
- PBI-EN SEGURTASUNA
- DEPRESKRIPZIOA
 - Noiz gerta daiteke PBI baten depreskripzioa (bazerterzea edo dosia murriztea)?
 - Nola kendu PBIak?
- GOMENDIOAK

SARRERA

Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI) gehien preskribatutako eta herritarrek gehien erabilitako farmakoen artean daude gure ingurunean. Osakidetzan, omeprazola da gehien preskribatu den farmakoa. Datuen arabera, 10 pertsonatik batek PBI bat hartzen du egunero; kopuru hori Europako beste herrialde batzuetako zifren gainetik dago¹.

Oro har, uste da PBIak farmako seguruak direla, baina arriskuak ere ekar ditzakete; epe luzean erabiltzen badira, hauek izateko arriskua areagotzen direla deskribatu da: haustura osteoporotikoa, infekzio enterikoak, hipomagnesemia edo burdinaren eta B12 bitaminaren defizita, besteak beste. Hori dela eta, epe luzera erabiltzea soilik gomendatzen da biztanleria eta egoera kliniko zehaztuz; hala ere, 65 urtetik gorakoen pazienteen % 33 eta 65 urtetik beherakoen % 5-ak PBIa dute preskribatuta betiko, Euskadin. Baina, beharbada, kontsumo hori handiagoa izan daiteke, kontuan hartzen badugu PBIaren kontsumoa medikuaren preskripziorik gabe.

Datu horien aurrean, garrantzitsua da jakitea ea zentzuzko preskripzioa den eta ebidentzian oinarritzen al den herritarrek hainbeste PBI hartzea, eta zein kasutan planteatu behar genuke tratamenduak depreskribatzea. Izan ere, hala estatuko nola nazioarteko azterlanetan, uste da tratamenduen % 50-70 ezegokia dela, indikazioari, dosifikazioari eta iraupenari dagokienez²⁻⁴.

PBIak ez dira «babegarriak», farmakoak dira baizik

INFAC buletina argitalpen elektronikoa bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko.

PBIaren preskripzio ezegokia ohiko arazoa da, eta asistentzia-maila guztiei eragiten die. Hainbat alderdi berririk daitezke:

- **Erabilera-indikazioak eta haien indarraldia.** Ziur aski, indikazio-akatsik ohikoena lesio gastroduodenalen profilaxia izango da arrisku gastrolesibo txikia duten, edo arriskurik ez duten, pazienteengan³. Gainera, paziente askok PBIa hartzen dute indikazio argirik gabe edo aspaldikoa da preskripzioa ekarri zuen patologia⁵.
- **Tratamenduaren biztanleria hautagaia.** Adineko pertsonak, gehiagotan elkartzen baitituzte polimedikazioa eta komorbiditatea; askotan, PBIaren tratamendu ezegokiak jasotzen ditu kolektibo horrek.
- **Dosi handien erabilera eta behar ez diren luzaroko tratamenduak.** Errefluxu Gastroesofagiko gaixotasuna (EGEG), egoera kronikoetan paziente gutxi batzuek iraupen luzeko tratamenduak behar dituzte eta, tratamendu egoki baten ondoren, posible da pentsatzea dosia murriztea edo bertan behera uztea^{6,7}.
- **Preskripzio ezegokiak mantentzea asistentzia-trantsizioetan.** Datuen arabera, ondorioztatzen da PBIren preskripzioen % 50-70 ezegokiak direla eta ospitaleratzea dela ezegokitasun horren arrisku-faktore bat. Azterlan askok erakus-

ten dute ospitaleko egonaldian hasten direla PBlren tratamendu asko eta beti ez daudela justifikatuta; gainera, beharrik izan gabe luzatzen dira alta hartu ondoren³.

- **Gertatutako bikoizketak hainbat arreta-mailatan.** Gomendagarria da printzipio aktiboaren arabera preskripzioa; izan ere, batzuetan, merkataritzako izenak ez jakiteak laguntzen du PBlaren duten tratamenduen bikoizketak egoten. Vimovo®-ren kasuari dagokionez, naproxenoa + esomeprazola denez, gomendagarria da egiaztatzea pazienteari ez zaiola preskribatu PBlaren, eta behar bezalako informazioa ematea; izan ere, medikamentua PBlaren, antiinflamatorioaz gain.
- **Egoera zehatzetan, depreskribatzeko aukera pazientearen parte hartzearekin.** Bidera daitekeen depreskripzio baten aurrean, PBlaren kentzeko dauden hainbat estrategia aztertu beharko genituzke pazientearekin eta kontuan hartu haren lehentasunak⁴.

*Berrikusi
tratamendu kronikoak
egiaztatzeko indikazioak
indarrean dauden*

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saileko Farmaziako Zuzendaritzak dokumentu bat sortzea sustatu du PBlren erabilera gomendatzeko, osasun arloko profesionalak gehiegizko kontsumoaz sentsibilizatzeko eta hauek zehazten laguntzeko asmoz: noiz erabili, zein aukeratu eta zein egoeratan, eta nola depreskribatu. Dokumentu hau hemen dago eskuragarri: <http://tinyurl.com/hpt47qf>

INFAC buletin honetan, gomendio horiek jasotzen dira, adostutako erabakiak azaltzen dira eta informazio handiagoa ematen da ondorio kaltegarri buruz.

Bestalde, herritarrei zuzendutako bi informazio-fitxa argitaratu dira: «Omeprazol, beharrezkoa nahiko!» eta «Omeprazolak, agian uzteko garaia. Kontsultatu» izenekoak, *i-botika* atalean; batean, ohartarazten da epe luzeko eta justifikaziorik gabeko erabilera dagoela askotan; eta bestea lagungarria izan daiteke kontsulta egiteko PBlaren depreskribatzen denean.

ZER EGOERATARAKO DAUDE INDIKATUTA PBI-AK?

PBlak batez ere indikatuta daude jariaketa azido gastrikoarekin lotutako gaixotasunetarako; izan ere, beste ultzerakontrako batzuk baino eraginkorragoak direla erakutsi dute: esaterako, H2-antihistaminikoak (antiH2). Gainera, farmakoen gastropatia sekundarioak prebenitzeko erabiltzen dira, eta epe laburrerako tratamendua behar duten eta gomendioen dokumentuaren helburu ez diren patologia zehatzagoetan ere indika daitezke (ultzera hemorragikoa, banda esofagikoak jartzea, etab.).

Jariaketa gastrikoarekin lotutako gaixotasunak¹

PBlen eragina gaixotasun hauetan frogatu da:

- Ultzera gastroduodenalaren tratamendua.
- *Helicobacter Pylori* (*H. pylori*) erazteak.
- EGEG, Barrett-en gaixotasuna barne.
- Zollinger-Ellison sindromearen tratamendua.
- Dispepsia funtzionala (fitxa teknikoetik kanpo).

PBlak dira, antiH2ekin batera, gomendatutako tratamendu-aukeretako bat dispepsiari buruzko praktika klinikoaren gidetan, *H. pylori* dagoela baztertu eta gero^{8,9}, indikazio hori ez badago ere botika horien fitxa teknikoetan. Dispepsian, PBl bidezko hasierako tratamendua eskaini ahalko litzateke dosi baxuetan eta 4 astez, eta, sintomak jarraituz gero, PBlrekin jarraitu ahalik eta dosi txikienean; eta, 3 hilabete pasa ondoren, sintomarik ez badago hartzeari utziko da. Plantea daiteke behar denean baino ez erabiltzeko aukera (eskaeren arabera). Urteko berriz aztertu egin behar da dosiaren murrizketa edo tratamendua bertan behera uztea sustatzeko, salbu oinarritzko patologia dagoen kasuetan edo farmako gastrolesiboen erabilera konkomitantea badago⁸.

*Tratamendu baten
hasieran, pazienteari azaldu
haren iraupena eta berrikuspe-
naren beharra*

Farmakoen gastropatia sekundarioen prebentzioa

Urdailaren babesle gisa, PBlak bakarrik daude indikatuta hanturaren kontrako ez esteroideoek (HKEEK) arrisku-pazienteengan eragindako ultzera gastroduodenala prebenitzeko fitxa teknikoan. Eta, oro har, urdailaren babesari buruzko gomendioek bakarrik aipatzen dituzte hauek: HKEE, AAS dosi baxuetan eta, batzuetan, antiagregatzaileak. Hala ere, badaude ere gastrolesiboak izan daitezkeen beste farmako batzuk eta PBlak onuragarriak izan daitezke horien konplikazio gastrointestinalak

prebenitzeko. Konplikazio horien intzidentzia pazienteen oinarrizko arriskuaren arabera aldatzen denez, banakako balorazioa egin behar da PBI bidezko profilaxiaren indikazioa egin aurretik.

1. taulan, PBI bidezko profilaxiari buruzko gomendioak adierazten dira, kontuan hartuta arrisku gastrointestinalaren faktore hauek: ultzeraren aurrekariak edo odoljario digestibo altua (ODA), adina eta gastrolesiboak izan daitezkeen beste farmako batzuekiko tratamendu konkomitantea: HKEE, antiagregatzaileak, antikoagulatzaileak, kortikoideak, serotoninaren birkaptazioaren inhibitzaile selektiboak (SBIS)¹.

1. Taula. PBI-ren indikazioa farmako gastrolesiboen gastropatia sekundarioaren profilaxian

	ODAre edo ultzera peptikoaren aurrekariak	Beste farmako gastrolesibo batzuk gabe		Beste farmako gastrolesibo batzuekin batera	
		< 65 urte	> 65 urte	< 65 urte	> 65 urte
HKEE akutua (7-30 egun)	BAI	EZ	BAI	BAI	
HKEE kronikoa (>30 egun)	BAI	EZ	BAI	BAI	
Beste analgesiko batzuk (paracetamola, tramadola)	EZ	EZ		EZ	
Antiagregatzaileak	BAI	EZ	BAI AAS-arekin* EZ klopidogrelarekin**	BAI (antiagregazio bikoitza barne)	
Antikoagulatzaileak	BAI	EZ	Banakotu*	BAI	
Kortikoideak	Banakotu*	EZ		BAI	
SBIS	Banakotu*	EZ	EZ*	BAI	
Polimedikazioa (aurreko medikamentuak salbu)	EZ	EZ		EZ	

* Ez dago ebidentzia argirik ezta bateratasunik ere egile guztien gomendioetan.

** Ez dago bateratasunik gomendioetan. PBIren erabilerak klopidogrelaren jarduera antiagregatzailea murriz dezake, eta horrek ekar dezake aterotribotiko motako gertaera kardiobaskularrak jasatzeko arrisku gehiago. Tratamendua banakatu.

Batzuetan, bibliografian, frogen eta gomendio argi eta bateragarrien falta dagoenez, dokumentuaren idazketa-taldeak erabaki hauek adostu zituen:

Adinaren arabeko muga

Hemorragia arriskua nabarmen handitzen da adinak aurrera egin ahala, baita komorbilitatea ere adinarekin batera joan ohi baita. Muga ezartzeko adina 65 urteak hartu dira, hura ohi baita erabiliena HKEE bidezko tratamenduetako urdailaren babesari buruzko gomendioetan; hala ere, beste gomendio batzuek 60 urteetan ezartzen dituzte adinaren muga¹⁰⁻¹².

HKEE bidezko tratamenduan dauden pazienteak

COX-2aren inhibitzaile selektiboak (coxib) vs HKEE+ PBI

Coxibak seguruagoak dira maila gastrointestinalanean selektiboak ez diren HKEEak baino, odoljarioa izateko arriskua izan arren¹³; hortaz, adostasun-dokumentuaren idazketa-taldeak aintzat hartu du bereizketarik ez egitea HKEE ez-hautazko eta coxiben artean. Ez dago datu erabakigarririk esateko coxibek babes gehigarri bat ekartzen dutenik HKEE ez-selektibo + PBIaren elkarketaren aurrean, ODA izateko arriskua duten pazienteengan^{10,13,14}.

Antiagregatzaileak

Egileen artean, adostasun orokorra dago gomendatzean PBlaren bidezko urdailaren babesa, AASarekin dosi baxuko tratamenduan dauden eta odoljario gastrointestinalaren aurrekariak dituzten pazienteei edo HKEE, antikoagulatzaile edo antiagregazio bikoitzaren bidezko tratamendu konkomitantea badute. Hala ere, literaturan aurkitutako gomendioak ez datoz bat beste alderdi batzuekin, esaterako, adineko pazienteen profilaxiarekin^{10,15}. Saiakuntza klinikoen eta behaketa-ikerketen metaanlisi batek¹⁶ adierazten du PBlaren emateak AASarekin tratamenduan dauden pazienteei, aldez aurreko ultzera-aurrekariarik gabe, ultzera peptikoa eta odoljario gastrointestinala izateko arriskua murriz dezakela; hala ere, ebidentziaren kalitatea baxua da.

Ebidentzia sendorik ez dagoenez, eta gerta daitekeen depreskripzioaren aurrean zuhurtasun irizpideari jarraituz, gomendioen dokumentuan adierazten da urdailaren babes egokia izan daitekeela AAS bidezko tratamenduan dauden 65 urtetik gorako nagusiengan; horregatik, ez litzateke kontuan hartu beharko lehentasunezko biztanleria PBlak despreskribatzeko.

Aitzitik, PBlarekin batera klopidogrela ematen bada, eraginkortasuna murriz daiteke; hortaz, aintzat hartu behar dugu, hasiera batean, urdailaren babesa bakarrik indikatuko litzatekeela odoljario arrisku handiko kasuetan: ODaren aurrekariak eta beste farmako gastrolesibo batzuekin elkartuta (antiagregazio bikoitza barne); gomendio hauek Amerikako elkarten adostasun-gomendioekin bat datoz¹⁷.

Horri dagokionez, 2009an Medikamentu eta Osasun Produktuen Espainiako Agentziak (AEMPS) jakinarazi zuen klopidogrela PBlarekin batera ematen denean eraginkortasuna murriz daitekeela (datu trinkoagoak daude omeprazolarentzat etaesomeprazolarentzat gainerako PBlentzat baino). Ordutik, hainbat azterlan argitaratu dira, interakzio horren garrantzi klinikoa segurtasunez ezartzea lortu gabe. Eztabaida ebatzi arte, indarrean daude, gaur egun, AEMPSek 2010ean¹ emandako gomendioak:

- Klopidogrela bidezko tratamenduan dauden pazienteengan ez da komeni omeprazolaren edoesomeprazolaren erabilera konkomitantea, behar-beharrezkoa izan ezean.
- Gomendio horiek ez dira gainerako PBlentan aplikatzen gaur egun; izan ere, nahiz eta ezin den baztertu erabat interakzio hori, eskuarteko ebidentziak ez du neurri hori bermatzen.

Antikoagulatzaileak

Ebidentzia sendorik ez dagoenez¹, egokitzat jotzen da PBI bidezko profilaxia, ODaren edo ultzera peptikoaren aurrekariak dituzten pertsona antikoagulatuengan eta beste farmako gastrolesibo batzuekin elkartzen denean, baita prebentzioa banakatzea ere 65 urtetik gorako pertsonengan eta faktore hauen arabera: adina, kormobilitatea, hauskortasuna, etab. Berriz ere, gomendioak egiten dira kontuan hartuz zuhurtzia-printzipioa egin daitekeen despreskripzio baten aurrean.

Kortikoideak

Bide sistemikotik hartutako kortikoideei lotutako ondorio gastrointestinal kaltegarriaren arriskua aldatzen da: 1,1 (ez esanguratsua) eta 1,5 (marjinalki esanguratsua) artekoa izanik; hortaz, kortikoideen bidezko tratamenduak ez du behar urdailaren babesa. Hala ere, aldi berean HKEE erabiltzeak laukoiztu du arrisku hori, bi farmako mota horietako bat ere hartzen ez dutenen aurrean; hortaz, urdailaren babesa gomendatzen da egoera horretan¹⁸.

Zenbait gidak urdailaren babesa gomendatzen dute ODaren edo ultzera peptikoaren aurrekariak dituzten pertsonengan, gomendio orokorra ez bada ere. Horregatik, gomendioen dokumentuan proposatzen da banaka baloratzea kasu bakoitza beste faktore batzuen arabera: kortikoidearen dosia, tratamenduaren iraupena edo lotutako erikortasuna¹.

SBISak eta benlafaxina

Metaanlisi eta behaketa-ikerketek iradokitzen dute SBISak eta benlafaxina erabiltzea lotzen dela ODaren arriskua handitzearekin; hala ere, erabateko arriskua txikia da^{19,20}. Arrisku hori handitzen da *H. pylori*-ren infekzioa badago ultzera-historia daukaten pazienteengan, pazientearen adina edo tratamenduaren iraupena handitu ahala, edo beste farmako gastrolesibo batzuk elkartzen badira, bereziki HKEEak. Bestalde, behaketa-azterlan batean ODaren arriskua bakarrik ikusi zen urdailaren babesa erabili ez zuten pazienteengan (PBI, antiH2); horrek esan nahi du azidoa kentzeak leuntzen duela SBISaren eragina¹⁹.

Horregatik, gomendioen-dokumentuan urdailaren babesa gomendatzen da SBISak erabiltzen badira beste farmako gastrolesibo batzuekin elkartuta, eta banakatzea ODaren aurrekariak badaude¹. Gomendio hori benlafaxinarekin ere aplika daiteke¹⁵.

ZEIN DA AUKERATUTAKO PBI-A?

Berrikusitako bibliografia bat dator adieraztean ez dagoela alde garrantzitsurik, eraginkortasunari eta segurtasunari dagokionez, PBIen artean (omeprazola, lansoprazola, pantoprazola, rabeprazola eta esomeprazola), dosi baliokideetan erkatzen direnean¹.

Omeprazolak du erabilera-esperientzia handiena eta kostu txikiena; hori dela eta, taldeko farmakorik efizienteena da, eta aukeratutako PBIa.

PBI-EN SEGURTASUNA

Uste da PBIak farmako seguruak direla, arriskuak ekar badituzkete ere. Haren erabilera hedatu ahala, identifikatu dira egon daitezkeen ondorio kaltegarriak, behaketa-ikerketeten bidez oro har, gehienetan epe luzean erabiltzeari lotuta. Kausa-efektu erlazioa ezartzeko behaketa-ikerketek erakutsitako mugak gora behera, farmako honen eraginpean dagoen biztanleriaren hedapenak behartzen du kontuan hartzea ondorio kaltegarriak haiek preskribatzean eta haien beharra aldian-aldian berriro ebaluatzean.

Infekzio enterikoak eta neumonia, haustura arriskua, nefritis interstizial akutua, burdinaren eta B12 bitaminaren defizita eta minbizia izateko arriskuei –aurreko INFAC buletin batean azalduta⁹– gehitu zaizkie azken urteetan ondorio kaltegarri berriak izan ditzaketan erabilerari lotutako beste batzuk (2. taula); hortaz, PBIak erabiltzeko indarreko indikazio argirik gabeko kasuetan, zentzuzkoa da depreskripzioa kontuan hartzea.

Kontuz giltzurruneko gaixotasuna, hipomagnesemia eta haustura osteoporotikoa izateko arrisku handia dituzten pazienteengan

2. Taula. PBI-EN ONDORIO KALTEGARRIAK^{3,5-7,21-23}

ONDORIO KALTEGARRIAK	OHARRAK
Hipomagnesemia	<p>Normalean, tratamendu luzeetan (urtebete baino gehiago).</p> <p>Sintomarik gabekoa izan daiteke edo sintomak ekar ditzake, hala nola, gorakoak, beherakoa, baita tetania ere, nahasmendua eta konbultsioak eta aritmiak ere bai (QT tartea luzatzea).</p> <p>Utzi tratamendua bertan behera azaldu gabeko hipomagnesemia larriaren aurrean.</p> <p>Osasun Produktuen Espainiako Agentziaren (AEMPS) gomendioak: baloratu diagnostiko horren aukera, bat datorren eta beste arrazoi batzuek azaldu ez duten sintomatologiaren aurrean.</p> <p>Kontuan hartu maila plasmatikoen zehaztapena tratamendu luzeen hasieran, baita magnesemia gutxitu ditzaketan farmakoak (diuretikoak) eta, mailak gutxituz gerotoxikotasuna eragin ditzaketan farmakoak (digoxina), preskribatzen direnean ere bai.</p>
Hausturak izateko arriskua handitzea (bereziki aldakakoak eta bertebralak)	<p>Mekanismo hori ez dago behar bezala azalduta: ez dirudi lotuta hezur-masaren galerarekin.</p> <p>Haustura arriskuaren faktoreak dituzten pazienteengan, PBIa erabiltzeko indikazio argia ziurtatzea, eta ahalik eta dosi eta iraupen txikiena erabiltzea.</p> <p>Ez dago ebidentziarik kaltzio-gehigarrik gomendatzeko edo dentsitometria egiteko.</p>
Nefritis interstizial akutua	<p>Mekanismo autoimmune bati erantzuten dio.</p> <p>Agertzeko denbora oso aldakorra da: orduak zein hilabeteak.</p> <p>Ez da mendeko dosia.</p> <p>Normalean, itzulgarria da farmakoa kendu eta gero; baina, batzuetan, gerta daiteke errekupeazioa osoa ez izatea.</p>
Giltzurrunetako gaixotasun kronikoa (GGK)	<p>Agerpen berria edo aurreko GGKa aurreratzea.</p> <p>Giltzurrun-funtzioa monitorizatzea epe luzeko tratamenduetan.</p> <p>PBIa jotzea ERCren ustezko kausa.</p> <p>Arriskua handiagoa dela dirudi egunean bi dosi emanda.</p>

.../...

ONDORIO KALTEGARRIAK	OHARRAK
Infekzio enterikoak izateko eta errepikatze arriskua, bereziki: <i>Clostridium difficile</i>	Aukera hori kontuan hartzea PBlen tratamendua diarrea iraunkorra duten pazienteengan. Birbalioztatzea IBPren indikazioa infekzio enterikoak izateko arriskua duten adinekoengan. Saihestu beharko litzateke PBlren erabilera <i>Clostridium difficile</i> -k eragindako infekzio errepikatuak dituzten pazienteengan.
Komunitatean hartutako pneumonia (KHP) izateko arriskua handitzea	Arriskua handiagoa da PBlren tratamenduaren lehenengo hilabetean (eta, bereziki, lehenengo 48 orduetan). KHP-k eragindako ospitalizazio-arriskua eta ospitaleratzea behar duen pneumonia arriskua handitzearen ebidentzia gutxiago.
B12 bitaminaren eskasia	Bidezkoa izan daiteke baheketa egitea B12 bitaminaren eskasia izateko arrisku-faktoreen bat duten pazienteengan (adibidez, elikadura-urritasuna duten adinekoak). Zenbait autorek gomendatzen dute mailak monitorizatzea tratamendu luzeak dituzten pazienteengan.
Burdinaren xurgapena gutxitzea	Esangura klinikorik gabea izan ohi da, salbu burdinazko gehigarriak behar dituzten pazienteengan.
Berezko peritonitis bakterianoa	PBlaren indikazio argia ziurtatzea zirrosidun pazienteengan.
Errebote-hipersekrezio azidoa	Ohikoagoak dira sintomarik ez duten pazienteengan. Gomendatu kentze mailakatua. Baliagarria izan daiteke antiH2 erabiltzea.
Larruazaleko lupus eritematoso azpiakutua	Kasu eta kontrolen Suediako ikerketa batean, ikusi zen hiru aldiz handiagoa zela lupusaren arriskua PBlarekin tratatutako pertsonengan biztanleria osoan baino.

Komunikabideetan oihartzuna izan duten beste arrisku batzuk demenzia eta bihotzekoa izan dira:

- Demenzia. Zenbait behaketa-ikerketen emaitzek PBlaren erabilera lotzen dute demenzia eta Alzheimerren gaixotasuna izateko arriskua handitzearekin: % 30-40 gutxi gora behera. Ikerketa horien hautaketa-alborapenak arriskua gehiegi balora badezake ere, adin nagusiko pertsonak farmako hori denbora luzean erabiltzearen nagusitasun handia ikusita, arriskua zerbait handitzea eragin handia izan ahalko luke⁵.
- Bihotzekoa. Orain dela gutxi, lau behaketa-ikerketa argitaratu dira, biztanleen datu-baseen edo farmakozaintzaren kasuen eta analisisien erregistroenak, baloratzeko PBlaren eragina arrisku kardiobaskularra dagoenean (miokardioinfartuaren edo bihotz-gutxiegitasunaren ondorengo ospitaleratzea eta hilkortasun kardiobaskularra); haien emaitzak ez dira homogeenak, ezta behin betikoak ere ez²⁴. PBlaren erabiltzaileen artean, nahasketa-faktoreek, pazienteen oinarritzko ezaugarri guztiek eta arrisku kardiobaskularrei lotutako komorbiditatea izateko aukerak, besteak beste, ez dute ondorioztatzen uzten, oraingoz, PBlaren erabilera arrisku kardiobaskularra areagotzearekin lotuta dagoenik.

DEPRESKIPZIOA

PBlak agintzen denean, onurek soberan gaintzen dituzte arrisku teorikoak. Hala ere, gaur egungo indikaziorik ez badago, zentzuzkoa da depreskripzioa kontuan hartzea, termino horren barruan sartuta PBI dosia murriztea eta baztertzea; izan ere, txikia izan arren ondorio kaltegarriak izateko erabateko arriskua, kontuan hartu behar da, herritarrek halako hainbeste farmako hartzen baitituzte¹.

Era berean, garrantzitsua da saiatzea prebenitzen PBlaren epe luzeko eta justifikaziorik gabeko erabilera eta, hasierako preskripzioan, pazientearekin ezartzen tratamenduaren iraupena, baita etengabe hartzeak ekar ditzakeen arriskuak jasotzea ere¹.

Noiz gerta daiteke PBI baten depreskripzioa (bartzertzea edo dosia murriztea)?¹

- Paziente asintomatikoa: ez dute PBIa erabiltzeko indikazio argirik.
- PBIa mantentzeko dosi altuak dituzten pazienteak dosi-murrizketaren hautagaiak dira.
- PBIarekin tratatutako dispepsia edo EGEG duten pazienteak, ez badute eduki sintomarik hiru hilabetez, gutxienez.
- Ultzera gastroduodenalak izan dituzten eta 4-8 asteko tratamendua edo *H pylori*ren tratamendua bukatu duten pazienteak.
- Indarrean ez dagoenean urdailaren babesa ekarri zuen indikazioa⁷.

Ez da komeni PBI bidezko tratamendua epe luzera mantentzea sintoma gastrointestinalen kasuan, ez bada gutxienez urtean behin egiten tratamendua bartzertzeko edo dosia murrizteko saiorik. Salbuespen dira Barrett-en esofagoa, D mailako esofagitisa (Los Angelesko sailkapena) edo hemorragia gastrointestinalak dituzten pazienteak²¹.

Nola kendu PBIak?

PBIen depreskripziorako zenbait estrategia ebaluatzeko 6 saioren (ausazkoak eta ez-ausazkoak) berrikuspen sistematikoak agerian utzi du posible dela PBIarekiko tratamendua etetea sintomen narriadurarik gabe, pazienteen ehuneko adierazgarri eta aldakor batean (azterlanen arabera, pazienteen % 14 eta 64 artean), eta pixkanakako murrizketa eraginkorragoa izan daitekeela bat-bateko bazterketa baino²⁵.

Ez dago ebidentzia nahikorik zehazteko zein den PBIak kentzeko estrategiarik onena, eta edozein aukera hauta daiteke¹:

- PBIaren dosia % 50 murriztea astebetez edo bi astez, eta PBI dosi txikienean mantendu ostean, astebeteren buruan kentzea.
- Handitzea dosien arteko tarte (2-3 egun artean).
- PBIa etetea, eta sintomak agertzen badira eskaeren arabera erabiltzea: egunero, konpondu arte (pazienteak erabakitako estrategia), edo aldizka erabiltzea denbora mugatu eta zehatz batez (medikuak erabakitako estrategia).

Antiazidoak, alginatoak edo antiH2ak erabil daitezke kendu bitartean, esaterako, ranitidina; edo tratamendua amaitu eta gero.

Sintomak berriro agertuz gero, komeni da tratamenduari berriro ekitea, eraginkorrak diren dosi eta maiztasun txikienekin¹.

Komeni da pazienteari bere patologiar buruzko informazioa ematea, ahoz eta idatziz, (i-botika fitxak: [Omeprazol](#), [beharrezkoa nahiko!...](#), «[Omeprazolak, agian uzteko garaia. Kontsultatu](#)»), bai eta bizi-estiloari eta alternatiba terapeutikoei buruzko gomendioak ere.

GOMENDIOAK

- PBIarekiko tratamendua hasi aurretik, balioetsi behar da zein den indikazio egokia eta onura-arrisku balantzea, eta pazientearekin komentatzea haren hasierako iraupena eta berrikuspenaren beharra.
- Omeprazola da hautatu ohi den PBIa, erabilera-esperientzia handienagatik eta kosturik baxuenagatik.
- Bartzertu behar da PBI dosi altuak justifikatu gabe erabiltzea edo tratamendu luzeetan, eta komeni da saiatzea, urtean behin behintzat, tratamendua kentzen edo dosia murrizten, hautatutako kasuetan izan ezik (Barretten esofagoa, etab.).
- Farmakoa behin betiko eteteko, oro har, komeni da pixkanaka kentzea.

BIBLIOGRAFIA

1. Protoi Bonbaren Inhibitzaileak: erabilera-gomendioak. Osasun Saila, 2016eko maiatza. [on line] http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/adjuntos/Protoi_Bonbaren_Inhibitzaileak_Erabilera_gomendioak_2016ko_maiatza.pdf
2. 2014 CADTH Rapid Response report: Proton Pump Inhibitor Cessation Programs: A Review of the Clinical Effectiveness, Cost-effectiveness, and Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health 2014. [on line] <https://www.cadth.ca/media/pdf/htis/jan-2015/RC0584%20PPI%20Cessation%20Final.pdf>
3. De la Coba C, Argüelles-Arias F, Martín de Argila C, Júdez J, Linares A, Ortega-Alonso A, Rodríguez E, et al. en nombre de la SEPD. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva. Rev Esp Enferm Dig. 2016;108:207-224. [on line] <https://www.reed.es/efectos-adversos-de-los-inhibidores-de-la-bomba-de-protones-revision-de-evidencias-y-posicionamiento-de-la-sociedad-espanola-de-patologia-digestiva1120>
4. PPIs – too much of a good thing? Medicinewise. News April 2015. [on line] https://www.nps.org.au/_data/assets/pdf_file/0005/298796/Medicinewise-News-April-2015-Proton-pump-inhibitors.pdf
5. Inhibidores de la bomba de protones: no son “protectores”, son fármacos. Butlletí groc. 2016;29(1). [on line] <https://www.icf.uab.es/es/pdf/informacio/bg/bg291.16e.pdf>
6. Wolfe MM. Overview and comparison of the proton pump inhibitors for the treatment of acid-related disorders. In: UpToDate, Post TW (ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed July 2016).
7. Tenni P, Dunbabin D. A guide to deprescribing proton pump inhibitors. Primary Health Tasmania. 2016. [on line] <http://www.primaryhealthtas.com.au/sites/default/files/A%20Guide%20to%20Deprescribing%20Proton%20Pump%20Inhibitors.pdf>
8. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. CG 184. Clinical guideline. National Institute for Health and Care Excellence 2014. [on line] <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG184>
9. Inhibidores de la bomba de protones: ¿se puede vivir sin ellos? INFAC. 2010;18(3):11-16. [on line] http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_18_N_3_ok.pdf
10. Lanza FL, Chan KL, Quigley EMM and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications. Am J Gastroenterol. 2009;104:728-738. [on line] <http://s3.gi.org/physicians/guidelines/NSAIDJournalPublicationFebruary2009.pdf>
11. NSAID prescribing issues. NICE Clinical Knowledge Summaries - CKS 2015.
12. Vallés R, Franzi A, Ferro JJ. Condiciones clínicas y terapéuticas que requieren gastroprotección. FMC. 2014;21(9):528-33. [on line] http://apps.elsevier.es/watermark/cti_servlet?_f=10&pident_articulo=90358838&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=45&ty=44&accion=L&origen=mc&web=www.fmc.es&lan=es&fichero=45v21n09a90358838pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici.pdf
13. Feldman M. NSAIDs (including aspirin): Primary prevention of gastroduodenal toxicity. In: UpToDate, Post TW (ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on July 2016).
14. Lanás A, Benito P, Alonso J, Hernández-Cruz B, Barón-Esquivias G, Pérez-Aísa A, et al. Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos: documento de consenso elaborado por expertos nominados por 3 sociedades científicas (SER-SEC-AEG). Reumatol Clin. 2014;10(2):68-84. [on line] http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Consenso_Recomendaciones_para_una_prescripcion_segura_de_antiinflamatorios_no_esteroideos.pdf
15. Grupo de Trabajo del Sector Zaragoza I SALUD. Actualización de la guía de práctica clínica de empleo de los inhibidores de la bomba de protones en la prevención de gastropatías secundarias a fármacos. Unidad docente de MFYC. Sector Zaragoza I. [on line] http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_509_IBP_gastropatias_2rias_ficos_completa.pdf
16. Tran-Duy A, Vanmolkot FH, Joore MA, Hoes AW, Stehouwer CDA. Should patients prescribed long-term low-dose aspirin receive proton pump inhibitors? A systematic review and meta-analysis. Int J Clin Pract. 2015;69(10):1088-111. [on line] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijcp.12634/epdf>
17. Bhatt DL, Scheiman J, Abraham NS, Antman EM, Chan KL, Furberg CD, et al. ACCF/ACG/AHA 2008 Expert Consensus Document on Reducing the Gastrointestinal Risks of Antiplatelet Therapy and NSAID Use. Circulation. 2008;118:1894-1909. [on line] <http://circ.ahajournals.org/content/118/18/1894.full.pdf+html>
18. Saag KG. Major side effects of systemic glucocorticoids. In: UpToDate, Post TW (ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed July 2016).
19. Vakil NB. Unusual causes of peptic ulcer disease. In: UpToDate, Post TW (ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on February 2016).
20. Hirsch M, Birnbaum RJ. Selective serotonin reuptake inhibitors: Pharmacology, administration, and side effects. In: UpToDate, Post TW (ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on July 2016).
21. Deprescribing – PPI. Approaches for stopping or dose reduction of PPIs in those who may not need lifelong treatment. RxFiles. April 2015. [on line] <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/PPI-Deprescribing-Newsletter.pdf>
22. Nota informativa de la AEMPS 27/2011 - Riesgo de hipomagnesemia asociado a los medicamentos inhibidores de la bomba de protones (IBP). [on line] https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2011/NI-MUH_27-2011.htm
23. Lazarus B, Chen Y, Wilson F, Sang Y, Chang AR, Coresh J, et al. Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. JAMA Intern Med. 2016;176:238-46. [on line] <http://insanemedicine.com/wp-content/uploads/2016/04/Proton-Pump-Inhibitor-Use-and-the-Risk-of-Chronic-Kidney-Disease.-b.pdf>
24. Proton Pump Inhibitors and Cardiovascular Risk: MI Harmless or Hazardous? Research Center The University of Texas. September 2015. [on line] <http://sites.utexas.edu/pharmacotherapy-rounds/files/2015/09/rogers2015.pdf>
25. Haastrup P, Paulsen MS, Begtrup LM, Hansen JM, Jarbøl DE. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: a systematic review. Fam Pract. 2014;31(6):625-30. [on line] <http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/6/625.full.pdf+html>

Berrikuspen bibliografikoaren data: 2016ko ekaina

Mendikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetza intransparen bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es> helbidean

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevime-san@euskadi.eus

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Ainhoa Asensio, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arrixtu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Olloquegi, Estibaliz Pérez, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X