Med Gen Fam. 2026; 15(5): 202-208

medicina general y de familia
edición digital

www.mgyf.org



Original

Adecuación de la prescripción de inhibidores de la bomba de protones en atención primaria y factores asociados al uso potencialmente inapropiado: estudio observacional transversal

Carolina Ferre Sánchez

Centro de Salud Panaderas. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 23 de junio de 2026
Aceptado el 31 de octubre de 2026
On-line el 23 de noviembre de 2026

Palabras clave:
Inhibidores de la bomba de protones
Atención primaria
Adecuación de la prescripción
Deprescripción
Seguridad del paciente

RESUMEN

Objetivos. Determinar la prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes atendidos en atención primaria, describir las principales indicaciones de tratamiento e identificar los factores asociados a su mantenimiento sin una indicación clínica vigente.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado mediante revisión retrospectiva de historias clínicas electrónicas de pacientes adultos con una prescripción activa de algún IBP en un centro de atención primaria. Se recogieron variables demográficas, clínicas y farmacológicas, así como la indicación, duración del tratamiento y medicación concomitante. La adecuación de la prescripción se evaluó de acuerdo con las recomendaciones de las principales guías nacionales e internacionales sobre utilización y deprescripción de IBP. Se realizó un análisis descriptivo y un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados a la prescripción potencialmente inapropiada.

Resultados. Se incluyeron 512 pacientes, con una edad media de 69,2 (DE 13,1) años; el 58,0 % eran mujeres. El omeprazol fue el IBP más prescrito (87,1 %). La prescripción se consideró potencialmente inapropiada en 216 pacientes (42,2 %), principalmente por ausencia de una indicación documentada o por prolongación innecesaria del tratamiento. La edad superior a 75 años, la polimedicación, la duración del tratamiento superior a cinco años y la ausencia de una revisión periódica de la medicación se asociaron de forma independiente a una mayor probabilidad de prescripción inapropiada.

Conclusiones. La utilización potencialmente inapropiada de IBP continúa siendo frecuente en atención primaria. La revisión sistemática de la medicación y la aplicación de estrategias de deprescripción representan intervenciones factibles para mejorar la calidad de la prescripción y aumentar la seguridad del paciente.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Correo electrónico: carolina.ferre24@gmail.com
http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.048
2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Appropriateness of proton pump inhibitor prescribing in primary care and factors associated with potentially inappropriate use: A cross-sectional observational study

Keywords:
Proton pump inhibitors
Primary health care
Prescribing appropriateness
Deprescribing
Patient safety

A B S T R A C T

Objectives. To determine the prevalence of potentially inappropriate proton pump inhibitor (PPI) prescribing in patients attending primary care, to describe the main indications for treatment, and to identify the factors associated with the continuation of PPI therapy without a current evidence-based clinical indication.

Materials and methods. A cross-sectional observational study was conducted through a retrospective review of electronic health records of adult patients with an active prescription for a proton pump inhibitor in a primary care centre. Demographic, clinical and pharmacological variables, together with treatment indication, duration of therapy and concomitant medication, were collected. Prescription appropriateness was assessed according to current national and international recommendations on PPI use and deprescribing. Descriptive statistics and multivariable logistic regression analysis were performed to identify factors independently associated with potentially inappropriate prescribing.

Results. A total of 512 patients were included, with a mean age of 69.2 ± 13.1 years; 58.0 % were women. Omeprazole was the most frequently prescribed PPI (87.1 %). Potentially inappropriate prescribing was identified in 216 patients (42.2 %), mainly due to the absence of a documented clinical indication or unnecessary long-term treatment. Age over 75 years, polypharmacy, treatment duration longer than five years, and the absence of regular medication review were independently associated with potentially inappropriate PPI prescribing.

Conclusions. Potentially inappropriate prescribing of proton pump inhibitors remains common in primary care. Regular medication review and the implementation of deprescribing strategies are feasible interventions that may improve prescribing quality and enhance patient safety.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Introducción

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) constituyen uno de los grupos farmacológicos más utilizados en atención primaria, debido a su elevada eficacia en el tratamiento y la prevención de las enfermedades relacionadas con la secreción ácida gástrica. Sus principales indicaciones incluyen la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la úlcera péptica, la erradicación de *Helicobacter pylori* y la prevención de lesiones gastrointestinales en pacientes con riesgo elevado tratados con antiinflamatorios no esteroideos o terapia antitrombótica[1-3].

Durante las dos últimas décadas, el consumo de IBP ha aumentado de forma progresiva en la mayoría de los sistemas sanitarios occidentales. España se encuentra entre los países europeos con mayor utilización de estos medicamentos; el omeprazol es uno de los principios activos con mayor número de envases dispensados por el Sistema Nacional de Salud[4]. Este incremento no parece justificarse exclusivamente por un aumento de la incidencia de enfermedades ácido-pépticas, sino también por la cronificación de tratamientos iniciados para procesos limitados en el tiempo y por la utilización de gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo claramente establecidos[5,6].

Diversos estudios han estimado que un 30-60 % de las prescripciones de IBP pueden ser potencialmente inapropiadas, debido a la ausencia de una indicación vigente, a una duración superior a la recomendada o a la falta de reevaluación periódica del tratamiento[5-8]. Entre los factores que favorecen esta situación destacan la inercia terapéutica, la renovación automática de la medicación crónica, la continuidad de tratamientos iniciados durante ingresos hospitalarios y la escasa implantación de estrategias de deprescripción[7,9].

Aunque los IBP presentan un perfil de seguridad favorable cuando están correctamente indicados, diversos estudios observacionales han descrito asociaciones entre su utilización prolongada y un mayor riesgo de infección por *Clostridioides difficile*, hipomagnesemia, déficit de vitamina B12, fracturas osteoporóticas y enfermedad renal crónica. Si bien la evidencia disponible no demuestra una relación causal para todos estos episodios, las principales sociedades científicas recomiendan revisar periódicamente la necesidad del tratamiento, emplear la dosis mínima eficaz y suspenderlo cuando la indicación haya desaparecido[2,3,10-12].

La atención primaria desempeña un papel esencial en la optimización de la farmacoterapia del paciente crónico, al ser el ámbito donde se realiza el seguimiento longitudinal y la renovación de la mayor parte de la medicación de larga dura-

ción. Conocer la magnitud del uso potencialmente inapropiado de los IBP y los factores asociados a su mantenimiento puede facilitar el desarrollo de estrategias dirigidas a mejorar la calidad de la prescripción y la seguridad del paciente.

Objetivos

El objetivo principal fue determinar la prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada de inhibidores de la bomba de protones en pacientes adultos atendidos en atención primaria, de acuerdo con las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica[2,3,10].

Los objetivos secundarios fueron:

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en tratamiento con IBP.
- Analizar las indicaciones clínicas que motivaron el inicio y mantenimiento del tratamiento.
- Evaluar la duración del tratamiento y la distribución de los diferentes principios activos prescritos.
- Determinar la adecuación de la gastroprotección en pacientes tratados con antiinflamatorios no esteroideos, antiagregantes, anticoagulantes o corticoides.
- Identificar, mediante análisis multivariante, los factores asociados a la prescripción potencialmente inapropiada de IBP.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal mediante revisión retrospectiva de historias clínicas electrónicas de pacientes atendidos en un centro de salud urbano perteneciente al Servicio Madrileño de Salud.

El periodo de estudio comprendió desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025.

El estudio se desarrolló en un centro de atención primaria con una población asignada aproximada de 24.000 habitantes, donde la prescripción farmacológica se realiza mediante receta electrónica integrada en la historia clínica informatizada.

Se incluyeron pacientes adultos con una prescripción activa de algún inhibidor de la bomba de protones (IBP) durante el periodo de estudio.

Los principios activos considerados fueron omeprazol, pantoprazol, esomeprazol, lansoprazol y rabeprazol.

Los criterios de inclusión de pacientes fueron:

- Edad de al menos 18 años.
- Prescripción activa de un IBP durante el periodo de estudio.
- Historia clínica electrónica con información suficiente para valorar la indicación del tratamiento.

Los criterios de exclusión fueron:

- Seguimiento exclusivamente hospitalario.
- Historia clínica incompleta que impidiera conocer la indicación del tratamiento.
- Inicio del tratamiento menos de ocho semanas antes de la revisión.
- Pacientes incluidos en programas de cuidados paliativos o con expectativa de vida limitada.

Se identificaron todos los pacientes con una prescripción activa de IBP mediante el módulo de prescripción electrónica del centro de salud. Posteriormente se revisó de forma individual cada historia clínica para comprobar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión y determinar la adecuación de la prescripción.

Se diseñó una hoja de recogida de datos específica para el estudio. Las variables demográficas fueron edad y sexo; las clínicas incluyeron índice de masa corporal y antecedentes personales de:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus.
- Dislipidemia.
- Enfermedad renal crónica.
- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia cardiaca.
- Cirrosis hepática.
- Hemorragia digestiva.
- Úlcera péptica.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Esófago de Barrett.
- Infección por *Helicobacter pylori*.

Las variables relacionadas con el tratamiento fueron:

- Principio activo.
- Dosis diaria.
- Tiempo estimado de tratamiento.
- Número total de medicamentos prescritos de forma crónica.

Se registró la utilización de los siguientes tratamientos concomitantes:

- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Ácido acetilsalicílico.
- Clopidogrel.
- Anticoagulantes orales.
- Corticoides sistémicos.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- Bisfosfonatos.

La variable principal fue la adecuación de la prescripción del IBP.

La clasificación se realizó siguiendo las recomendaciones del *American College of Gastroenterology*, la *American Gastroenterological Association* (AGA) y la Guía Canadiense de Deprescripción de IBP[1,2,8].

Se consideró prescripción adecuada cuando el tratamiento estaba indicado por alguna de las siguientes situaciones:

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico con indicación de mantenimiento.
- Esofagitis erosiva grado C-D.
- Esófago de Barrett.
- Úlcera gástrica o duodenal activa.
- Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*.
- Síndrome de Zollinger-Ellison.

Tabla 1 – Características clínicas y farmacológicas de los pacientes según la adecuación de la prescripción de inhibidores de la bomba de protones.

Variable	Total (n = 512)	Prescripción adecuada (n = 295)	Prescripción potencialmente inapropiada (n = 217)	p
Edad (años), media (DE)	69,4 ± 12,8	67,3 (13,1)	72,2 (11,6)	< 0,001
Mujeres, n (%)	298 (58,2)	170 (57,6)	128 (59,0)	0,75
Índice de masa corporal (kg/m^2), media (DE)	28,8 ± 4,7	28,5 (4,6)	29,1 (4,8)	0,18
Diabetes mellitus, n (%)	149 (29,1)	82 (27,8)	67 (30,9)	0,43
Enfermedad renal crónica, n (%)	58 (11,3)	30 (10,2)	28 (12,9)	0,33
Omeprazol, n (%)	444 (86,7)	253 (85,8)	191 (88,0)	0,46
Tratamiento > 5 años, n (%)	223 (43,6)	92 (31,2)	132 (60,8)	< 0,001
Polimedicación (≥ 8 fármacos), n (%)	198 (38,7)	79 (26,8)	119 (54,8)	< 0,001
Revisión anual de la medicación, n (%)	251 (49,0)	188 (63,7)	63 (29,0)	< 0,001

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

- Prevención de hemorragia digestiva en pacientes con alto riesgo gastrointestinal tratados con antiinflamatorios no esteroideos, antiagregantes o anticoagulantes.

Se consideró prescripción potencialmente inapropiada cuando:

- No existía una indicación documentada en la historia clínica.
- La indicación inicial había desaparecido.
- El tratamiento se prolongaba más allá del tiempo recomendado sin justificación clínica.
- Se utilizaba como gastroprotección en pacientes sin factores de riesgo gastrointestinal.

Asumiendo una prevalencia esperada de prescripción potencialmente inapropiada del 40 %, un nivel de confianza del 95 % y una precisión del 5 %, se calculó un tamaño muestral mínimo de 369 pacientes. Finalmente se incluyeron 512 pacientes, lo que aumentó la precisión de las estimaciones.

Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución.

Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

La comparación entre pacientes con prescripción adecuada e inapropiada se realizó mediante la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, y mediante la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher para variables cualitativas.

Posteriormente se construyó un modelo de regresión logística binaria para identificar los factores asociados de forma independiente a la prescripción potencialmente inapropiada. Se incluyeron las variables con un valor de $p < 0,10$ en el análisis univariante y las consideradas clínicamente relevantes. Los resultados se expresaron mediante *odds ratio* e intervalo de confianza del 95 % (IC95 %).

Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

El análisis estadístico se realizó con el programa *IBM SPSS Statistics*® versión 29.0.

El estudio se desarrolló conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa europea y española vigente en materia de protección de datos personales.

La información obtenida fue anonimizada antes de su análisis y únicamente fue utilizada con fines de investigación.

El protocolo fue aprobado por el correspondiente Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos antes del inicio del estudio.

Resultados

Durante el periodo de estudio se identificaron 549 pacientes con una prescripción activa de algún IBP. Tras aplicar los criterios de exclusión, 513 pacientes fueron considerados elegibles; tras excluir un caso por información clínica insuficiente, la muestra final estuvo constituida por 512 pacientes.

La edad media fue de 69,4 (DE 12,8) años (rango: 21-95 años) y 298 pacientes (58,2 %) eran mujeres.

El principio activo más prescrito fue el omeprazol (444 pacientes; 86,7 %), seguido de pantoprazol (54; 10,5 %), esomeprazol (9; 1,8 %), lansoprazol (3; 0,6 %) y rabeprazol (2; 0,4 %).

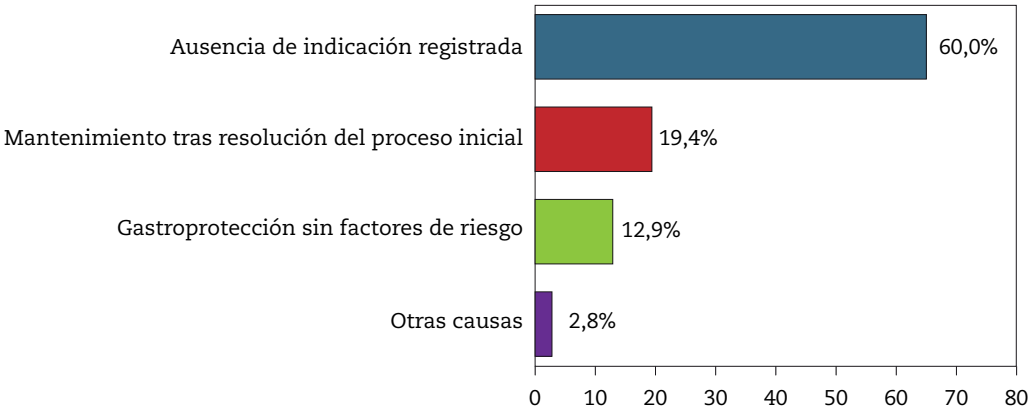
La duración mediana del tratamiento fue de 4,6 años (RIC: 2,1-7,8). Un total de 361 pacientes (70,5 %) mantenían el tratamiento desde hacía más de un año y 223 (43,6 %) lo recibían desde hacía más de cinco años.

Las características demográficas, clínicas y farmacológicas de los pacientes, así como la comparación entre los grupos con prescripción adecuada y potencialmente inapropiada, se muestran en la tabla 1.

Las indicaciones registradas con mayor frecuencia fueron la gastroprotección asociada al tratamiento con fármacos potencialmente gastrolesivos (175 pacientes; 34,2 %), la enfermedad por reflujo gastroesofágico (144; 28,1 %), el antecedente de úlcera péptica (46; 9,0 %), la erradicación de *Helicobacter pylori* (13; 2,5 %) y el esófago de Barrett (5; 1,0 %).

En 142 pacientes (27,7 %) no constaba una indicación claramente documentada en la historia clínica. Entre los pacientes tratados con IBP como gastroprotección, 107 (61,1 %) cumplían los criterios establecidos por las guías de práctica clínica.

La adecuación de la prescripción se evaluó en los 512 pacientes incluidos. En 295 (57,6 %) la prescripción se consideró adecuada, mientras que en 217 (42,4 %) había criterios de prescripción potencialmente inapropiada. Las principales causas de prescripción potencialmente inapropiada fueron la



Nota: Los porcentajes se calcularon sobre el total de pacientes con prescripción potencialmente inapropiada (n = 217). La causa más frecuente fue la ausencia de una indicación clínica documentada, seguida del mantenimiento innecesario del tratamiento tras la resolución del proceso inicial.

Figura 1 – Distribución de las principales causas de prescripción potencialmente inapropiada de inhibidores de la bomba de protones.

ausencia de una indicación registrada (141 pacientes; 65,0 %), el mantenimiento del tratamiento tras la resolución del proceso inicial (42; 19,4 %), la gastroprotección sin factores de riesgo gastrointestinal (28; 12,9 %) y otras causas (6; 2,8 %). La distribución de estas causas se presenta en la figura 1.

Los pacientes con prescripción potencialmente inapropiada presentaban una edad significativamente superior [72,2 (DE 11,6) frente a 67,3 (DE 13,1) años; p < 0,001] y un mayor número de medicamentos prescritos de forma crónica [8,1 (DE 2,8) frente a 6,0 (DE 2,5); p < 0,001).

Asimismo, el tratamiento durante más de cinco años fue más frecuente entre los pacientes con prescripción potencialmente inapropiada (60,8 % frente a 31,2 %; p < 0,001).

La revisión anual de la medicación figuraba registrada en el 63,7 % de los pacientes con prescripción adecuada, y en el 29,0 % de aquellos con prescripción potencialmente inapropiada (p < 0,001).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo, el índice de masa corporal, la diabetes mellitus o la enfermedad renal crónica, tal y como se resume en la tabla 1.

El análisis mediante regresión logística identificó como factores asociados de forma independiente a la prescripción potencialmente inapropiada la edad superior a 75 años (OR 1,82; IC95 %: 1,17-2,84; p = 0,008), la polimedicación (OR 2,47; IC95 %: 1,63-3,74; p < 0,001), una duración del tratamiento superior a cinco años (OR 2,09; IC95 %: 1,36-3,19; p = 0,001) y la ausencia de revisión anual de la medicación (OR 3,18; IC95 %: 2,05-4,93; p < 0,001).

Comentarios

El principal hallazgo de este estudio es que el 42,4 % de los pacientes en atención primaria mantenían una prescripción de IBP potencialmente inapropiada. La ausencia de una indicación clínica documentada y la prolongación del tratamiento más allá del tiempo recomendado constituyeron las principales causas de inadecuación. Estos resultados ponen de manifiesto que, pese a la amplia disponibilidad de guías de práctica clínica y recomendaciones de deprescripción, continúa existiendo un importante margen de mejora en la utilización de estos fármacos.

La prevalencia observada es similar a la descrita en estudios recientes realizados en atención primaria. En un estudio suizo publicado en 2023, el 41 % de los pacientes tratados con IBP presentaban una prescripción potencialmente inapropiada, principalmente por ausencia de indicación o por utilización de dosis superiores a las recomendadas. Además, tras un año de seguimiento, únicamente un tercio de estos tratamientos había sido retirado o reducido, lo que pone de manifiesto la dificultad de implementar estrategias de deprescripción en la práctica clínica habitual[19].

Estos resultados también coinciden con los obtenidos en programas recientes de optimización de la prescripción dirigidos a médicos de atención primaria. El estudio multicéntrico LAPTOP-PPI mostró que intervenciones sencillas basadas en información dirigida a los profesionales y retroalimentación sobre sus patrones de prescripción mejoraban la adecuación del uso de IBP, lo que apoya el papel de las intervenciones educativas como herramienta de mejora de la calidad asistencial[25].

España continúa situándose entre los países europeos con mayor consumo de IBP. Diversos informes nacionales y estudios recientes señalan que una proporción considerable de estos tratamientos corresponde a gastroprotección sin una indicación claramente establecida. En Cataluña, un programa de evaluación de la prescripción comunicó en 2024 que casi la mitad de los pacientes que recibían un IBP para prevención de gastropatía inducida por fármacos no presentaban factores de riesgo que justificaran su utilización. Estos datos son muy similares a los obtenidos en nuestra serie y ponen de manifiesto que la utilización inadecuada continúa siendo un problema relevante en nuestro entorno[26].

Uno de los hallazgos más relevantes fue que cerca del 28 % de los pacientes no presentaba una indicación claramente registrada en la historia clínica. La ausencia de documentación difi-

culta la reevaluación del tratamiento y favorece la denominada inercia terapéutica. Estudios cualitativos han demostrado que muchos médicos mantienen tratamientos iniciados durante ingresos hospitalarios por falta de información sobre la indicación inicial o por la percepción de que la retirada puede aumentar el riesgo de complicaciones digestivas. Esta situación pone de manifiesto la importancia de registrar de forma explícita el motivo de prescripción y la duración prevista del tratamiento.

La duración del tratamiento observada en nuestro estudio constituye otro aspecto de interés. Más del 70 % de los pacientes llevaba al menos un año recibiendo un IBP y casi la mitad superaba los cinco años de tratamiento continuado. Aunque determinadas situaciones clínicas requieren tratamiento indefinido, como el esófago de Barrett o el síndrome de Zollinger-Ellison, la mayoría de las indicaciones habituales precisan una reevaluación tras 4-8 semanas y, cuando sea posible, una reducción progresiva de la dosis o la suspensión del tratamiento. Estas recomendaciones han sido reforzadas por la actualización de la *American Gastroenterological Association* publicada en 2022, que insiste en que la decisión de mantener un IBP debe basarse exclusivamente en la persistencia de una indicación clínica y no en el temor a posibles efectos adversos asociados a su retirada[15,20,27].

El análisis multivariante identificó la edad avanzada, la polimedicación, la duración del tratamiento superior a cinco años y la ausencia de revisión anual de la medicación como factores asociados de forma independiente a la prescripción potencialmente inapropiada. Estos resultados son coherentes con la experiencia disponible y reflejan el perfil habitual del paciente crónico complejo atendido en atención primaria. La acumulación progresiva de tratamientos y la participación de diferentes niveles asistenciales favorecen la permanencia de medicamentos cuya indicación inicial puede haber desaparecido.

La polimedicación constituye probablemente el principal determinante modificable. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con mayor carga farmacológica presentan un riesgo significativamente superior de recibir tratamientos potencialmente inapropiados y de desarrollar acontecimientos adversos relacionados con la medicación. En este contexto, las revisiones estructuradas de la farmacoterapia representan una de las intervenciones con mayor impacto potencial sobre la seguridad del paciente y la calidad de la prescripción[16-18,22].

La experiencia actual sobre la seguridad de los IBP debe interpretarse con cautela. Aunque numerosos estudios observacionales han descrito asociaciones entre su utilización prolongada y un incremento del riesgo de infección por *Clostridioides difficile*, enfermedad renal crónica, fracturas osteoporóticas o déficit de vitamina B12, los estudios aleatorizados disponibles no han confirmado una relación causal para la mayoría de estos episodios. En consecuencia, las recomendaciones actuales insisten en que la deprescripción debe fundamentarse en la ausencia de una indicación clínica vigente y no únicamente en la preocupación por potenciales efectos adversos[13,14,23,24].

Entre las fortalezas del presente estudio destaca la revisión individualizada de todas las historias clínicas utilizando criterios homogéneos basados en guías internacionales ampliamente aceptadas. Asimismo, el análisis multivariante permitió identificar factores independientes asociados a la utilización potencialmente inapropiada, lo que proporcionó información útil para orientar futuras estrategias de mejora.

No obstante, este trabajo presenta varias limitaciones. En primer lugar, su diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. En segundo lugar, el estudio se desarrolló en un único centro de salud, lo que puede limitar la generalización de los resultados. Además, la adecuación de la prescripción se evaluó a partir de la información registrada en la historia clínica electrónica, por lo que algunas indicaciones pueden no haber quedado adecuadamente documentadas. Finalmente, no fue posible valorar la adhesión real al tratamiento ni conocer la evolución clínica de los pacientes tras una posible retirada del IBP.

En conjunto, nuestros resultados refuerzan el papel de la atención primaria en la optimización de la farmacoterapia del paciente crónico. La incorporación de revisiones periódicas de la medicación, el registro sistemático de la indicación de los IBP y la aplicación de estrategias estructuradas de deprescripción pueden contribuir a reducir el uso potencialmente inapropiado de estos medicamentos y mejorar la seguridad del paciente[21,25].

Conclusiones

La utilización potencialmente inapropiada de IBP continúa siendo frecuente en atención primaria y afecta a aproximadamente cuatro de cada diez pacientes en tratamiento. La ausencia de una indicación clínica documentada, la prolongación innecesaria del tratamiento y la falta de revisiones periódicas de la medicación constituyen las principales causas de prescripción inadecuada.

La edad avanzada, la polimedicación, la duración prolongada del tratamiento y la ausencia de una revisión anual de la medicación se asociaron de forma independiente a una mayor probabilidad de uso potencialmente inapropiado.

La implantación sistemática de estrategias de revisión de la farmacoterapia y de programas estructurados de deprescripción en atención primaria puede contribuir a optimizar el uso de los IBP, reducir tratamientos innecesarios y mejorar la seguridad del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022;117(1):27-56. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001538.
2. Targownik LE, Fisher DA, Saini SD. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. Gastroenterology. 2022;162(4):1334-42. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.12.247.
3. Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C; SIF-AIGO-FIMMG Group. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases: A position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. BMC Med. 2016;14(1):179. https://doi.org/10.1186/s12916-016-0718-z.

4. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Utilización de medicamentos inhibidores de la bomba de protones en España. Madrid: AEMPS; 2014. https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiulcerosos.pdf.
5. Haastrup PF, Paulsen MS, Zwisler JE, Hansen JM, Jarbol DE. Rapidly increasing prescribing of proton pump inhibitors in primary care despite interventions: a nationwide observational study. Scand J Prim Health Care. 2014;32(4):204-10. https://doi.org/10.3109/13814788.2014.905535.
6. Savarino V, Dulbecco P, de Bortoli N, Ottonello A, Savarino E. The appropriate use of proton pump inhibitors (PPIs): Need for a reappraisal. Eur J Inter Med. 2017:37:19-24. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.10.007.
7. Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. BMJ. 2008;336(7634):2-3. https://doi.org/10.1136/bmj.39406.449456.BE.
8. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2017;63(5):354-64. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28500192/.
9. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer SN. A systematic review of the emerging definition of deprescribing with network análisis: implications for future research and clinical practice. Br J Clin Pharmacol. 2015;80(6):1254-68. https://doi.org/10.1111/bcp.12732.
10. Freedberg DE, Kim LS, Yang YX. The risks and benefits of long-term use of proton pump inhibitors: Expert review and best practice advice from the American Gastroenterological Association. Gastroenterology. 2017;152(4):706-15. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.01.031.
11. Vaezi MF, Yang YX, Howden CW. Complications of proton pump inhibitor therapy. Gastroenterology. 2017;153(1):35-48. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.04.047.
12. Schoenfeld AJ, Grady D. Adverse effects associated with proton pump inhibitors. JAMA Intern Med. 2016;176(2):172-4. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7927.
13. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet. 2017;390(10094):13-24. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
14. Moayyedi P, Eikelboom JW, Bosch J, Connolly SJ, Dyal L, Shestakovska O, et al. Safety of proton pump inhibitors based on a large, multicentre, randomized trial (COMPASS). Gastroenterology. 2019;157(3):682-91.e2. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.05.056.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. London: NICE; 2014. https://www.nice.org.uk/guidance/cg184 .
16. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. Age Ageing. 2015;44(2):213-8. https://doi.org/10.1093/ageing/afu145.
17. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing. JAMA Intern Med. 2015;175(5):827-34. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324.
18. Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults: A systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2016;82(3):583-623. https://doi.org/10.1111/bcp.12975.
19. Aubert CE, Blum MR, Gastens V, Dalleur O, Vaillant F, Jennings E, et al. Prescribing, deprescribing and potential adverse effects of proton pump inhibitors in older patients with multimorbidity: an observational study. CMAJ Open. 2023;11(1):E170-8. https://doi.org/10.9778/cmajo.20210240.
20. Gaulke C. Deprescribing Proton Pump Inhibitors: Updated Clinical Guidelines. J Nurse Pract. 2024;20(9):105159. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2024.105159..
21. Canadian Association of Gastroenterology. Choosing Wisely Canada. Bye-Bye PPI Toolkit. Toronto: Choosing Wisely Canada; 2019. https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/07/CWC_PPI_Toolkit_v1.2_2017-07-12.pdf.
22. Organización Mundial de la Salud. Medication Safety in Polypharmacy. Geneva: World Health Organization; 2019. https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-polypharmacy-technical-report.
23. Yibirin M, De Oliveira D, Valera R, Plitt AE, Lutgen S. Adverse effects associated with proton pump inhibitor use. Cureus. 2021;13(1):e12759. https://doi.org/10.7759/cureus.12759.
24. Heidelbaugh JJ. Proton pump inhibitors and risk of adverse events. Ther Adv Drug Saf. 2013;4(3):125-33. https://doi.org/10.1177/2042098613482484.
25. Roulet L, Asseray N, Dary M, et al. Implementing deprescribing strategies for proton pump inhibitors in clinical practice. Eur J Hosp Pharm. 2020;27(4):214-20..
26. Shanika LGT, Reynolds A, Pattison S, et al. Proton pump inhibitor use: Systematic review of global trends and prescribing practices. Eur J Clin Pharmacol. 2023;79(9):1159-72. https://doi.org/10.1007/s00228-023-03534-z.
27. Farrell B, Lass E, Moayyedi P, Ward D, Thompson W. Reduce unnecessary use of proton pump inhibitors. BMJ. 2022;379:e069211. https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069211.