

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se encuentran entre los fármacos más prescritos y utilizados en nuestro medio, y supusieron un 3,1 % del gasto farmacéutico de Euskadi en 2025^{1,2}.

En Euskadi el consumo en DHD de IBP fue de alrededor de 100, lo que se puede interpretar como si cada día de un año un promedio de 100 de cada 1.000 habitantes (o 1 de cada 10) hubiesen recibido una DDD del medicamento².

DDD: dosis diaria definida

DHD: dosis diaria definida por mil habitantes y día.

Existe poca evidencia que sugiera que diferentes pacientes respondan de forma diferente a distintos IBP, siempre que se utilicen dosis y pautas equivalentes³.

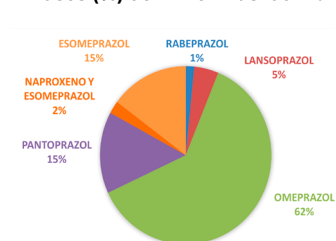
A continuación, se muestran las equivalencias de las dosis estándar y el coste comparativo entre los diferentes IBP²:

1 toma diaria	Dosis estándar equivalente	Coste tratamiento 28 días (precios febrero 2026)
Omeprazol	20 mg	2,42 €
Lansoprazol	30 mg	15,92 €
Pantoprazol	40 mg*	17,48 €
Esomeprazol	20 mg	12,55 €
Rabeprazol	20 mg	24,37 €

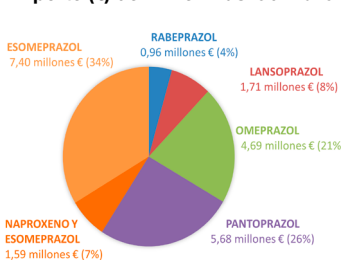
*Pantoprazol 20 mg en prevención de gastropatía por AINE.

El **omeprazol** es el IBP con menor coste, sin embargo, el consumo de **otros IBP** es muy elevado. En concreto, el del **esomeprazol** ha aumentado un 64,3 % desde 2016, y destaca el uso excesivo de la dosis de 40 mg (quizás por la creencia errónea de que equivale al omeprazol de 20 mg)².

Envases (%) de IBP en Euskadi 2025



Importe (€) de IBP en Euskadi 2025



Los datos de consumo de IBP en 2025 muestran el elevado impacto económico que suponen las prescripciones de esomeprazol y pantoprazol².

Haciendo la estimación de que el **90 %** de las prescripciones de IBP en Euskadi en 2025 hubieran sido de omeprazol, se podría haber conseguido **un ahorro de 13,5 millones de euros**².

Recuerda: La asociación de naproxeno+esomeprazol no es una opción recomendada debido a que duplica la dosis de IBP necesaria para la gastroprotección (20 mg) y a que es menos eficiente que naproxeno y omeprazol por separado.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que existe un elevado porcentaje de **prescripciones innecesarias de IBP** por un uso no justificado de dosis altas y/o tratamientos prolongados¹.

Para la mayoría de las indicaciones la duración del tratamiento es de 4 a 8 semanas, con lo cual es suficiente con una prescripción aguda. El uso en prevención de gastropatía por fármacos gastrolesivos será hasta que el paciente deje de tomar el fármaco gastrolesivo. En tratamientos crónicos, habrá que individualizar la duración en función de la situación de cada paciente⁴.

El tratamiento con IBP, especialmente a largo plazo, se ha asociado con **efectos adversos importantes** como déficit de vitamina B12, sobre todo en pacientes de edad avanzada, hipomagnesemia, osteoporosis y fracturas óseas, aumento del riesgo de infección por *C. difficile* y de neumonía adquirida en la comunidad, riesgo de nefritis intersticial aguda y enfermedad renal crónica^{1,4,5}.

No obstante, la evidencia sobre la causalidad de algunos de estos efectos adversos es incierta y las guías recomiendan basar la deprescripción principalmente en la falta de indicación del IBP. Las y los pacientes en tratamiento con dosis altas también son candidatos a una reducción de dosis. En personas polimedicadas esto disminuirá además la carga de medicación.

Criterios para valorar la deprescripción^{1,6}

¿Cuándo?

- Pacientes sin indicación clínica clara.
- Pacientes sin indicación de gastroprotección vigente.
- Pacientes con dosis altas de mantenimiento.
- Pacientes con prescripciones crónicas (excepto esófago de Barret, Zollinger-Ellison...) con remisión de la enfermedad.

Se recomienda aprovechar la renovación de los tratamientos crónicos para valorar si la indicación y la posología siguen vigentes.

¿Cómo?

- Reducir dosis un 50 % durante 1-2 semanas y retirar tras una semana con la dosis más baja.
 - Aumentar el intervalo entre dosis (tomar cada 2-3 días).
- Si una vez retirado el IBP reaparecen los síntomas, se recomienda su uso intermitente o a demanda.

Recomendaciones:

- Prescribir los IBP según las indicaciones de uso establecidas (mínima dosis eficaz y durante el menor tiempo posible)
- El omeprazol es el fármaco más eficiente del grupo y el IBP de elección.
- En la prevención de la gastropatía por AINE la dosis de omeprazol, pantoprazol y esomeprazol es de 20 mg.
- Plantear la deprescripción cuando sea posible.

1. Inhibidores de la bomba de protones (IBP): Recomendaciones de uso. INFAC. 2016;24(8):44-51.

2. Sistemas de Información de la Dirección de Farmacia. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

3. Jenkins D, Modolell I. Proton pump inhibitors. BMJ. 2023;383:e070752. doi:10.1136/bmj-2022-070752.

4. Fichas técnicas de omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, rabeprazol y pantoprazol de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Disponible en: [CIMA: centro de información de medicamentos](http://CIMA:centro.de.informacion.de.medicamentos)

5. Thompson W, Pottegård A. Adverse effects of proton pump inhibitors. BMJ. 2026;392:s95. doi:10.1136/bmj.s95.

6. Fichas i-botika. [on line]: Omeprazoles, quizá sea el momento de dejarlos. Consulta