

Se realizó un estudio descriptivo del consumo de IBP a partir de los datos de facturación de recetas del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia, seleccionando el grupo terapéutico C02BC, de la clasificación ATC. El consumo se calculó en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). Los resultados se compararon con valores de consumo a nivel nacional³ y de otros países de nuestro entorno: Bélgica, Dinamarca, Italia y Noruega, de dominio público mediante las páginas web de los respectivos servicios de salud nacionales.

El uso de los IBP en la Región de Murcia creció un 137,6% desde 2004 a 2011, con una tasa de crecimiento medio anual (TCMA) del 15,5%, algo superior al dato nacional (TCMA: 14,54%) y al dato de Noruega (TCMA: 12,4%) e inferior al de Dinamarca (TCMA: 16,1%).

El omeprazol ha sido el IBP más utilizado. Todos los principios activos del grupo han aumentado su uso en términos absolutos, en términos relativos solo ha crecido el uso del esomeprazol, que en el año 2011 supuso el 9% del total de dosis consumidas.

Los niveles de utilización de los IBP en la Región de Murcia son ligeramente superiores a los encontrados para el total del Sistema Nacional de Salud (2-5%), y considerablemente mayores a los comunicados en otros países de nuestro entorno: triplica el consumo de Noruega y dobla el consumo de Bélgica, Italia y Dinamarca (fig. 1). Todo ello a pesar de que la prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en España se sitúa entre las menores de Europa⁴.

Entre las indicaciones de los IBP, la prevención de la úlcera gastroduodenal inducida por fármacos, conocida como «gastroprotección», es la que abre más interrogantes acerca de su adecuación, y la responsable del exceso de prescripción tanto en atención primaria como hospitalaria⁵.

En la mayoría de los pacientes con reflujo ocasional el tratamiento a demanda con antiácidos y/o antisecretorios (tomar la medicación únicamente cuando se presentan los síntomas leves de pirosis o regurgitación) y el consejo sobre estilos de vida y medidas higiénico-dietéticas debería ser suficiente.

En cuanto a la gastroprotección, en la actualidad hay consenso para recomendarla únicamente en mayores de 65 años, con historia previa de enfermedad ulcerosa, o

que toman corticoides orales, anticoagulantes, que requieran dosis elevadas de AINE o que presentan múltiple comorbilidad⁶.

Bibliografía

1. Lam JR, Schneider JL, Zhao W, Corley DA. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA*. 2013;310:2435-42.
2. Sánchez DP, Guillén JJ, Torres AM, Sánchez FI. Análisis de la utilización de fármacos inhibidores de la bomba de protones y su impacto económico en la Región de Murcia: 2004-2011. *Farm Comunitarios*. 2012;4 Supl 1.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos antiulcerosos en España durante el periodo 2000-2012 [consultado 21 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiulcerosos.pdf>
4. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: A systematic review. *Gut*. 2013;1-10.
5. Hermida A, Cabana B, Lorenzo V. Prevalencia de prescripción-indicación de protectores gástricos en pacientes hospitalizados. *Gac Sanit*. 2007;21:412-5.
6. Rostom A, Dube C, Jolicoeur E, Boucher M, Joyce J. Gastrointestinal ulcers associated with the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: A systematic review of preventive pharmacological interventions. *Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA)*. 2004: 16.

Diego P. Sánchez^{a,*}, José J. Guillén^a, Alberto M. Torres^a y Fernando I. Sánchez^b

^a Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Murcia, España

^b Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Economía y Empresa, Universidad de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diegopablo.sanchez@um.es

(D.P. Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.003>

Pancreatitis aguda en un paciente tratado con losartán



Acute pancreatitis in a patient treated with losartan

Sr. Director:

Losartán es un antagonista de los receptores AT₁ de angiotensina II (ARA-II) indicado para el tratamiento de la hipertensión. Sus efectos adversos más frecuentes son hipotensión, mareo, astenia, fatiga, insuficiencia renal, hiperpotasemia e hipoglucemia. El caso que

describimos corresponde a una paciente que presenta pancreatitis aguda posiblemente relacionada con losartán.

Es una mujer de 61 años sin hábitos tóxicos, hipertensa tratada con losartán 50mg/día (inicio en noviembre de 2012) y con espondilosis tratada con pregabalina y tramadol. En marzo de 2013 se aumenta la dosis de losartán a 100mg/día (15 días antes del inicio de los síntomas) por control antihipertensivo deficiente. La paciente presenta dolor abdominal epigástrico, no irradiado y asociado a un vómito y se diagnostica pancreatitis grado D-E (niveles séricos de amilasa de 2.494 U/l y lipasa de 20.189 U/l). Se

retira losartán. Tras 3 días de ingreso presentó mejoría clínica y analítica. No muestra alteraciones de vías biliares tras realizar ecografía abdominal, tomografía abdominal y resonancia magnética. Cinco días después del ingreso la paciente presenta normalización de las enzimas pancreáticas. La reacción adversa fue notificada al Sistema Español de Farmacovigilancia.

La pancreatitis aguda por fármacos es rara y de difícil diagnóstico. Aunque no exista reexposición, un fármaco puede ser sospechoso si existe un periodo de latencia consistente entre su administración y el inicio de la pancreatitis y se descartan causas alternativas¹. Después de realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica (PubMed, etc.) encontramos 2 casos de pancreatitis asociadas a losartán^{2,3}. En ambos casos, los pacientes estaban en tratamiento previo con enalapril el cual fue retirado, uno por aparición de tos² y otro por otro cuadro de pancreatitis³. En ambos casos, el cuadro se produjo con dosis de losartán de 50 mg/día, tras 7 días de tratamiento y reexposición positiva. Presentaron mejoría clínica y analítica con su retirada. También se han publicado 2 casos de pancreatitis aguda por irbesartán con dosis de 300 mg/día^{4,5}, tras 10 y 14 días de tratamiento, respectivamente^{2,3}. Presentaron mejoría clínica y analítica al retirar irbesartán (2 y 5 días después). Los 4 casos publicados nos hacen pensar en un efecto de clase.

La patogénesis de la pancreatitis por ARA-II es incierta. El páncreas tiene receptores de angiotensina II AT₁ y AT₂ en ductos pancreáticos, vasos sanguíneos y células acinares. Este sistema está involucrado en la regulación fisiológica del sistema enzimático pancreático y parece que se autorregula durante una inflamación pancreática. Los ARA-II aumentan la producción de endotelina I que causa alteraciones en la microcirculación del páncreas, aunque en modelos animales parece estabilizar la permeabilidad capilar. El hecho de que tanto enalapril como losartán indujeran pancreatitis en un mismo paciente va a favor del efecto inhibitorio sobre la angiotensina II.

En nuestro caso, hay diversos indicios que relacionan la pancreatitis con la toma de losartán. Según el algoritmo de causalidad propuesto por Karch y Lasagna⁶, este caso cumpliría el criterio de secuencia temporal plausible entre el aumento de la dosis del losartán (pasa de 50 mg/día a

100 mg/día) y la presentación de la sintomatología. Se desconoce si la aparición de este tipo de reacción adversa tiene un efecto dependiente de la dosis. Otros criterios de causalidad que cumple este caso son el de la desaparición del cuadro tras la retirada de la medicación, la ausencia de causas alternativas y la evidencia bibliográfica que relaciona la pancreatitis con losartán. Por estos motivos pensamos que se debería considerar la posibilidad de que losartán fuera el causante de la pancreatitis aguda descrita en esta paciente.

Bibliografía

1. Badalov N, Baradaran R, Iswara K, Li J, Steinberg W, Tenner S. Drug-induced acute pancreatitis: An evidence-based review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:648–61.
2. Bosch X. Losartan-induced acute pancreatitis. *Ann Intern Med*. 1997;127:1043–4.
3. Birck R, Keim V, Fiedler F, van der Woude FJ, Rohmeiss P. Pancreatitis after losartan. *Lancet*. 1998;351:1178.
4. Fisher AA, Bassett ML. Acute pancreatitis associated with angiotensin II receptor antagonists. *Ann Pharmacother*. 2002;36:1883–6.
5. Famularo G, Minisola G, Nicotra GC, de Simone C. Acute pancreatitis associated with irbesartan therapy. *Pancreas*. 2005;31:294–5.
6. Karch FE, Lasagna L. Toward the operational identification of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1977;21:247–54.

Lucía Arellano^a, Anna Altaba^b, Conrad Santamaria^b y Juan Antonio García-Vicente^{c,*}

^a Servicio de Farmacología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Equipo de Atención Primaria Badalona 4 (El Gorg), Badalona, Barcelona, España

^c Servei Atenció Primària Barcelonès Nord i Maresme, Institut Català de la Salut, Badalona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgarcia.bnm.ics@gencat.cat (J.A. García-Vicente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.003>

Análisis factorial exploratorio del cuestionario VIDA de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria



Exploratory factor analysis of the VIDA questionnaire for the evaluation of the instrumental activities of daily living

Sr. Director:

Medir la funcionalidad es fundamental para conocer de forma integral el estado de salud de las personas mayo-

res. El cuestionario VIDA¹ es una herramienta para hacerlo en lo que a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se refiere. Consta de 10 ítems que valoran la capacidad de realizar una serie de actividades instrumentales: medicación, teléfono, tareas domésticas y económicas, movilidad, riesgos en el hogar, compras, abrir puertas, transporte y relaciones sociales. La puntuación otorgada en cada uno de los ítems proporciona una global que puede oscilar entre 10 y 38 puntos, siendo 10 el nivel más bajo de capacidad y 38 el más alto alcanzable. El cuestionario VIDA se creó mediante un estudio Delphi con participación multidisciplinar². En 2012 se publicó el análisis de su fiabilidad inter e intraobservador¹, mostrando muy buenos coeficientes de correlación intraclase, con valores de 0,94