

Colomo (Hospital de Cabueñes de Gijón) por su colaboración en la búsqueda de casos.

Bibliografía

1. Valencia-Basaldúa M, Lapuente-Troncosos E, Gutiérrez-Garitano I, Gainzarain-Gracia J. Patología importada del viajero: paludismo. *Semergen*. 2006;32:16–23.
2. Fuentes-Soriano MI, Ruiz-Giardín JM, Sanz J. Paludismo: un diagnóstico emergente. Estudio descriptivo de 25 casos. *Rev Clin Esp*. 2006;206:491–4.
3. Rodríguez-Guardado A, Huerta-González I, Pérez-González F, Suárez-Gil P. Paludismo importado: dificultades en el diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:395–9.
4. Cervera-Miguel JI, Navarro-Ibáñez V, Calabuig-Muñoz E, Pemán-García J. Paludismo. Análisis de 31 casos (1993-2002). *Rev Clin Esp*. 2004;204:317–9.
5. Alonso Sanz M, Serrano Martínez S, Jaqueti Aroca J, García Martínez J, Prieto Menchero S. Características del paludismo en el área 9 de Madrid. Implicación de Atención Primaria como escalón fundamental para su control. *Semergen*. 2006;32:418–21.
6. Laloo DG, Hill DR. Preventing malaria in travellers. *BMJ*. 2008;336:1362–6.
7. Ramírez-Olivencia G, Herrero MD, Subirats M, de Juanes JR, Peña JM, Puente S. Paludismo importado en adultos. Perfil clínico, epidemiológico y analítico. *Rev Clin Esp*. 2012;212:1–9.

Ana Gancedo-García^{a,*}, Lucía Terán-Álvarez^b, Carmen Toyos-Munárriz^c, Michal Chudáček^d y Patricio Suárez-Gil^e

^a Centro de Salud El Llano, Área V (Gijón), Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^b Centro de Salud Valdesoto, Área IV (Oviedo), Hospital Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^c Centro de Salud La Magdalena, Área III (Avilés), Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España

^d Área III, Avilés, Asturias, España

^e Unidad de Investigación Área V (Gijón), Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anagancedogarcia@gmail.com (A. Gancedo-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.004>

¿Omeprazol para todos?



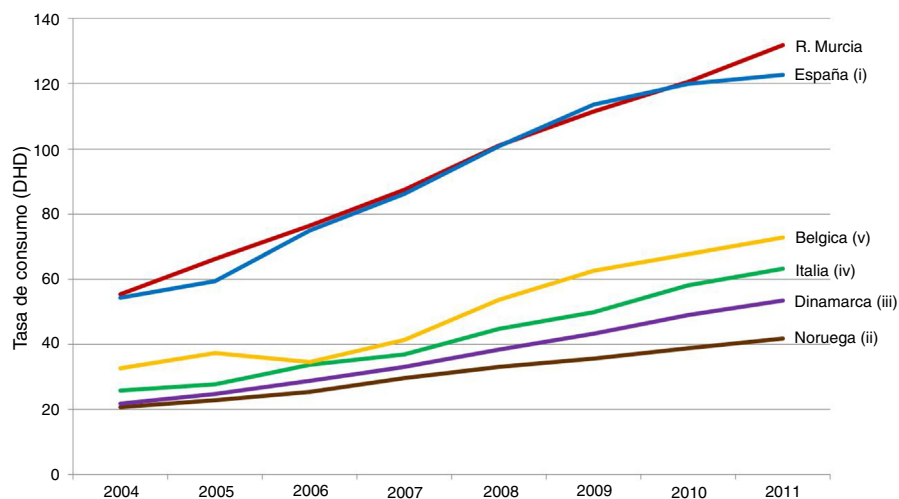
Omeprazole for everybody?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el estudio *Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency*, de Lam et al.¹, publicado en JAMA. Dada la repercusión que ha tenido en los medios de comuni-

cación y, a pesar de que la alarma creada es infundada y los titulares generados no se corresponden con lo expuesto en el estudio, creemos oportuno aportar los datos de que disponemos sobre el consumo de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en la Región de Murcia².

El objetivo de nuestro estudio era conocer el patrón de consumo de los IBP en la Región de Murcia, contrastando los resultados con los datos nacionales e internacionales.



i. Utilización de medicamentos antiulcerosos en España durante el periodo 2000-2012. <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antiulcerosos.pdf>

ii. Sakshaug, S (ed), drug consumption in Norway 2007-20011 (Legemiddelforbruken i Norge 2007-2011)

iii. <http://www.medstat.dk/en>

iv. Gruppo di lavoro OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2011. Roma: IL pensiero scientifico editore, 2012.

v. Pharmanet. <http://www.inami.fgov.be/drug/fr/statistics-scientific-information/pharmanet/introduction/index.htm>

Figura 1 Evolución del consumo de los fármacos inhibidores de la bomba de protones en la Región de Murcia, en relación con el consumo a nivel nacional y de otros países europeos.

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 antisecretores (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 requieren 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