

modelo (tabla 1). Solo el ítem E6 obtuvo un valor bajo (este ítem también obtuvo valores bajos en la escala original y se mantuvo solo por motivos conceptuales⁵).

La CF del ítem C4 (acceso), a diferencia del trabajo de Vázquez Pena et al.¹, fue aceptable. Esto puede explicarse debido a que los afiliados al seguro de salud cuentan con la posibilidad de comunicarse con su médico de cabecera por teléfono o vía web.

Con relación a la confiabilidad de la escala, obtuvimos una excelente fiabilidad compuesta (0,89) y, al igual que el trabajo de Vázquez Pena et al.¹, una varianza media extractada (VME: 0,34)⁶ algo baja. Esto da cuenta que varios de los indicadores no son explicados suficientemente por el modelo. Probablemente producto de que es un factor de un instrumento multifactorial.

A modo de conclusión, es interesante observar que los resultados se confirman en estas nuevas condiciones y es un aporte más en el proceso de validación de la versión corta del PCAT-usuarios.

Bibliografía

1. Vázquez Pena F, Harzheim E, Terrasa S, Berra S. Validación psicométrica en español de la versión corta brasileña del cuestionario Primary Care Assessment Tools: usuarios para la evaluación de la orientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria. *Aten Primaria*. 2017;49:69–76.
2. Jöreskog K, Sörbom D. PRELIS 2: User's reference guide. Chicago: Scientific Software Internacional; 1996.
3. Vázquez FR, Navarro S. A brief instrument effectiveness in the assessment of dissatisfaction of health care centers users avoiding ceiling effect. ISQua 31st International Conference. Quality and safety along the health and social care continuum. Río de Janeiro; 2014 [consultado 9 Ago 2017] Disponible en:

<http://www.isqua.org/docs/default-source/Brazil-Speakers/posters-abstract-book-2014f365df159bdc6318af52ff0000eae9f5.pdf?sfvrsn=0>.

4. Laurenza M. Calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente. Análisis de los resultados de una encuesta realizada en centros de atención primaria del ámbito público. *Revista del ITAES*. 2013 [consultado 20 Jun 2017] Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/5-2013/ITAES-5-2013-investigacion.pdf>.
5. Oliveira M, Harzheim E, Riboldi J, Duncan B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versao reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8:256–63.
6. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. 7th edition Madrid: Prentice-Hal; 2009.

Mariela Alejandra Weisbrot^{a,c,*}, Fernando Vazquez Peña^{a,b}, Sergio Terrasa^{a,b,c} y Karin Kopitowski^{a,b}

^a Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Departamento de Investigación, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^c Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

mariela.weisbrot@hospitalitaliano.org.ar (M.A. Weisbrot).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.010>
0212-6567/

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Diarrea crónica de fácil solución, a propósito de 3 casos



Chronic diarrhea with easy solution, about 3 cases

Sr. Editor:

El olmesartán es un bloqueador del receptor de la angiotensina, de uso común para el tratamiento de la hipertensión arterial desde 2002¹⁻³.

La enteropatía por olmesartán tiene como síntoma principal la diarrea crónica^{1,2}. En 2013, la *Food and Drug Administration* incluyó este efecto adverso en su ficha técnica, por la publicación de Rubio-Tapia et al., quienes presentaron 22 pacientes tratados con dicho fármaco que desarrollaron diarrea crónica, pérdida de peso y atrofia vellositaria en las biopsias duodenales¹⁻⁵.

El primer caso es un varón de 83 años, tratado con olmesartán 40 mg durante 5 años.

Consultó por diarrea de semanas de evolución y anorexia. Se constató hipotensión, deshidratación de mucosas, aumento del peristaltismo y timpanismo abdominal, por lo que ingresó.

Se objetivó un deterioro de la función renal (creatinina de 1,8 mg/dL) y una elevación de la proteína C reactiva (52 mg/L).

La TAC toracoabdominal evidenció abundante líquido en el colon. Los coprocultivos y la detección de toxina y antígeno del *Clostridium difficile* fueron negativos.

Durante su ingreso se inició antibiótico, fluidoterapia y se retiró el olmesartán ante la sospecha clínica. Tras 8 días, mejoró la sintomatología y fue dado de alta. No se realizó gastroscopia. Dos años después continúa asintomático.

La siguiente paciente tiene 86 años, es pluripatológica y ha sido tratada con olmesartán 40 mg durante 3 años, entre otros fármacos.

A lo largo de 2 meses consultó por diarrea, precisando ingresar en 4 ocasiones por insuficiencia prerrenal y acidosis metabólica.

Se realizó ecografía abdominal, detectándose un aumento del líquido intraluminal. Se determinaron gastrina, péptido intestinal vasoactivo y calcitonina, que fueron normales. En la colonoscopia se objetivaron úlceras superficiales desde el recto hasta el ciego (compatible con colitis crónica), y en el íleon había pobreza de vellosidades, úlceras superficiales y un patrón en empedrado (biopsia de ileítis crónica y activa leve).

Se retiró el olmesartán y la paciente presentó una paulatina mejoría clínica. Tres meses tras el alta, no ha vuelto a presentar diarrea.

Y el último caso es el de un varón de 74 años, pluripatológico y polimedcado, tratado con olmesartán 40 mg durante 6 años.

Consultó en 2 ocasiones por epigastralgia, náuseas, vómitos y diarrea de 2 semanas de evolución, mareo, inestabilidad y temblor. Las pruebas (analítica sanguínea, radiografía de tórax y abdomen y TAC cerebral) resultaron anodinas, por lo que ingresó.

Destacaron hipocalcemia e hipomagnesemia, que mejoraron con suplementación, así como signos de malabsorción. Se realizó una gastroscopia, evidenciándose duodenitis erosiva con hallazgos anatomopatológicos de enteritis por olmesartán.

Se cambió la medicación y, 8 meses tras la retirada, no ha vuelto a presentar diarrea.

La enteritis por olmesartán se presenta como diarrea, pérdida de peso, náuseas, vómitos y malabsorción^{2,4,5}. Se ha descrito un caso de perforación colónica³.

El tiempo de exposición está relacionado con el riesgo de hospitalización, y la clínica aparece meses/años después de su inicio^{1,5}. Al suspenderlo, tanto los síntomas como las alteraciones histológicas remiten en unas semanas^{1,3,5}.

El mecanismo causal es desconocido, aunque se cree que la inmunidad mediada por células resulta importante^{1-4,6}. Algunos autores demuestran una predisposición genética (prevalencia del 68% del HLA-DQ2)⁵.

En las biopsias duodenales se observa atrofia vellositaria, con o sin infiltración por linfocitos intraepiteliales, e inflamación de la lámina propia^{1,2,4,5}.

Ante toda diarrea crónica con serología de celiaquía negativa, debemos realizar un diagnóstico diferencial entre sobrecrecimiento bacteriano, enfermedad de Crohn, linfoma intestinal y secundaria a fármacos (azatioprina, metotrexato, olmesartán)^{1,2,5}.

Nuestra intención es mostrar que, a pesar de que es un efecto adverso inusual, puede llegar a ser frecuente en la práctica clínica, al ser un fármaco ampliamente utilizado. Es previsible que su prevalencia esté infradiagnosticada^{2,4,5}.

Consideramos importante plantear esta entidad en el diagnóstico diferencial de la diarrea crónica^{1,5,6}, ya que puede llegar a ser grave y es potencialmente curable¹.

Bibliografía

1. Solano-Iturri G, Garcia-Jimenez N, Solano-Iturri JD, Blanco-Sampascual S. Olmesartan-associated sprue-like enteropathy: An emerging cause of drug-induced chronic diarrhea. *Rev Gastroenterol Mex.* 2018;83:71–2.
2. Adike A, Corral J, Rybnicek D, Sussman D, Shah S, Quigley E. Olmesartan-induced enteropathy. *Methodist Debakey Cardiovasc J.* 2016;12:230–2.
3. Abdelghany M, Gonzalez LJ3rd, Slater J, Begley C. Olmesartan associated sprue-like enteropathy and colon perforation. *Case Rep Gastrointest Med.* 2014;2014. Article ID 494098.
4. Negro A, de Marco L, Cesario V, Santi R, Boni MC, Zanelli M. A case of moderate sprue-like enteropathy associated with telmisartan. *J Clin Med Res.* 2017;9:1022–5.
5. Martins C, Teixeira C, Ribeiro S, Trabulo D, Cardoso C, Mangualde J, et al. Seronegative intestinal villous atrophy: A diagnostic challenge. *Case Rep Gastrointest Med.* 2016;2016. Article ID 6392028.
6. Herman ML, Rubio-Tapia A, Wu TT, Murray JA. A case of severe sprue-like enteropathy associated with valsartan. *ACG Case Rep J.* 2015;2:92–4.

Alba Nadal-Máñez^{a,*}, Rosa Casañ-Fernández^b,
Francisco Javier Sanz-Gallur^b
y Maria Gràcia Cardona-Rovira^a

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva, Valencia, España*

^b *Endocrinología y Nutrición, Servicio de Medicina Interna, Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva, Valencia, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: alba.nadal.m@gmail.com,
albanadalm@hotmail.com (A. Nadal-Máñez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.007>
0212-6567/

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).