Úlcera esofágica y doxiciclina

Introducción. Se conocen más de 100 medicamentos diferentes, algunos de uso muy frecuente, que pueden producir lesiones esofágicas. Los antibióticos son los que se encuentran implicados en el mayor número de casos[1] y, concretamente, la doxiciclina[2,3]. La lesión que se produce en la integridad de la mucosa esofágica se debe al efecto cáustico del fármaco al disolverse en el esófago sin pasar al estómago rápidamente y, aunque no suele ser grave, se han descrito algunos casos de hemorragia, estenosis esofágica e incluso perforación.

Se describe el caso clínico de úlceras esofágicas tras la ingesta de doxiciclina.

Caso clínico. Mujer de 46 años de edad, sin antecedentes de interés, diagnosticada de rosácea hacía mes y medio, y desde entonces en tratamiento con 50 mg al día de doxiciclina (cápsulas) que tomaba antes de acostarse. Presentaba un cuadro de 48 h de evolución de dolor retrosternal intenso, opresivo, continuo, no irradiado y acompañado de disfagia tanto para sólidos como para líquidos. Tres semanas antes había presentado odinofagia y «sensación de cuerpo extraño» en la región retrosternal, que había cedido espontáneamente al cabo de 4 días. La exploración general y el electrocardiograma fueron normales. La endoscopia digestiva alta detectó 2 úlceras situadas una enfrente de la otra en la unión del tercio medio y distal del esófago, el resto del esófago, estómago y duodeno eran normales. La biopsia indicó úlceras benignas con gran componente inflamatorio. Con el diagnóstico de úlceras esofágicas probablemente secundarias a la ingesta de doxiciclina se retiró ésta y se instauró tratamiento con omeprazol y sucralfato. A partir del sexto día de tratamiento estaba asintomática.

Discusión y conclusiones. Hace muchos años que se conoce que los medicamentos pueden causar lesiones de la mucosa del esófago[1,4]. El síntoma más común es la odinofagia de aparición súbita, la disfagia y el dolor retrosternal constante que puede confundirse con infarto agudo, aunque si se exacerba al tragar, orienta hacia el origen esofágico.

La cápsula es la formulación causante de la mayoría de las lesiones debido a la alta concentración del principio activo que contiene[1]. Con frecuencia se describen como factores desencadenantes tomar poco líquido con el fármaco y el decúbito tras la ingesta[4], antecedente este último que ha sido recogido en este caso.

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y la endoscopia[5,6] cuando es dudosa la secuencia temporal entre la toma del fármaco y la clínica, si aparece disfagia o hemorragia digestiva, ante la persistencia de la clínica y en pacientes inmunodeprimidos (para descartar esofagitis infecciosa).

Los síntomas suelen presentarse entre las primeras horas y los 10 días después del comienzo de la medicación[5]. La curación es la regla[4,6] y el tratamiento consiste fundamentalmente en la retirada del fármaco. Aunque no hay evidencia de que ningún medicamento mejore la cicatrización, se suelen emplear sucralfato por adherirse a la úlcera e inhibidores de la bomba de protones.

En la mayoría de los casos estas lesiones están relacionadas con el acto de administración del medicamento, por lo que esta yatrogenia puede reducirse al ingerir el fármaco con abundante agua, en bipedestación y evitando el decúbito en la hora siguiente a la ingesta. A pesar de que el fabricante del medicamento advierte de estas circunstancias, es necesario que se insista al paciente al prescribir el fármaco y debe evitarse si existen alteraciones del peristaltismo esofágico, en pacientes encamados y si hay compresión esofágica extrínseca. Se debe tener en cuenta que los ancianos son más vulnerables a estos efectos.

M. Alonso Fernández

Equipo de Atención Primaria de La Ería. Oviedo. Principado de Asturias. España.

Palabras clave: Odinofagia. Disfagia. Úlcera esofágica.

1. Kikendall JW. Pill esophagitis. J Clin Gastroenterol. 1999;28:298-305.
2. De Celis G, Sánchez J, Roig J, Gea E. Ulceración esofágica única por doxiciclina. Med Clin (Barc). 1998;110:8.
3. Del Valle García Sánchez M, Gómez Camacho F, Poyato González A, Vignote Alguacil ML, Miño Fugarolas G. Úlcera esofágica por doxiciclina. Gastroenterol Hepatol. 2001;24:390-1.
4. Jaspersen D. Drug-induced oesophageal disorders: pathogenesis, incidence, prevention and management. Drug Saf. 2000;22:237-49.
5. Worth H. Drug-induced oesophageal damage: diseases of medical progress. Gastrointest Endoscopic. 1998;47:547-50.
6. Kikendall JW. Pill-esophagitis. J Clin Gastroenterol. 1999;28:298-305.

Calidad de vida de los pacientes tratados con anticoagulantes orales

Introducción. El aumento de la esperanza de vida y las nuevas indicaciones del tratamiento anticoagulante oral (TAO) han dado lugar a un número creciente de pacientes sometidos a dicha terapia a largo plazo. Sin embargo, las propias características del TAO propician que estos pacientes puedan sufrir un deterioro de su calidad de vida. En varios estudios internacionales publicados se analiza dicha calidad de vida, así como la satisfacción relacionada con el tratamiento en los pacientes con TAO[1-4]. Sin embargo, no hemos encontrado trabajos similares publicados en España.

Objetivo. Conocer la calidad de vida de los pacientes que reciben TAO en nuestro entorno. Como objetivo secundario nos propusimos analizar las posibles diferencias entre los pacientes cuyo control y seguimiento se realizaba en atención primaria (AP) y los seguidos en atención especializada (AE).

Diseño. Estudio descriptivo, transversal, realizado en el ámbito de AP y AE entre los meses de febrero y abril de 2003.

Participantes. Todos los pacientes mayores de 18 años de nuestro equipo de AP que utilizaban TAO, según constaba en registro de las historias clínicas individuales informatizadas. Además, incluimos a una mues-

Palabras clave: Calidad de vida. Cuestionario. Anticoagulantes. Atención primaria.

TABLA 1 Valores obtenidos por cada dimensión en el total de la muestra y según el ámbito de seguimiento

Dimensión	Total	Atención primaria	Atención especializada	p
Satisfacción	5,09 ± 0,93	5,50 ± 0,63	4,73 ± 0,99	< 0,001
Autoeficacia	4,98 ± 0,96	4,83 ± 1,02	5,10 ± 0,90	0,04
Estrés	2,56 ± 0,94	2,47 ± 0,84	2,63 ± 1,01	0,20
Limitaciones diarias	1,67 ± 0,84	1,77 ± 0,89	1,59 ± 0,83	0,13
Alteraciones sociales	1,33 ± 0,62	1,34 ± 0,61	1,32 ± 0,62	0,84

Los valores se expresan como media ± desviación estándar.

tra consecutiva de pacientes mayores de 18 años con TAO en seguimiento en el Servicio de Hematología del hospital de referencia (Hospital Universitario de Getafe) con médico asignado en Parla o Griñón. Se excluyó a los pacientes inmovilizados o con incapacidad física o psíquica para realizar la entrevista y responder al cuestionario.

Mediciones. Se recogieron variables sociodemográficas y se aplicó un cuestionario específico de calidad de vida en pacientes con TAO[2], previamente adaptado para nuestro medio[5]. El cuestionario consta de 32 preguntas que analizan 5 dimensiones relacionadas con el TAO: satisfacción con el tratamiento, autoeficacia en su manejo, estrés psicológico general, limitaciones diarias y alteraciones sociales. Cada pregunta se responde según una escala tipo Likert con 6 posibles respuestas («nada», «muy poco», «poco», «algo», «bastante» y «mucho»). Para facilitar el entendimiento se superpone una escala cuantitativa con los valores de 1 a 6. El valor de cada dimensión corresponde a la media aritmética de las puntuaciones de las preguntas que la componen.

Resultados. Completaron la encuesta un total de 225 pacientes en tratamiento con TAO. Los pacientes estudiados tenían una edad media de 65 ±13 años (rango: 23-89). De ellos, el 51,1% (n = 115) eran mujeres y el 45,8% (n = 103) realizaban su control del TAO en AP. El 22,2% (n = 50) eran laboralmente activos y el 54,7% (n = 123) tenían el médico en turno de mañana. Al analizar el género, la situación laboral y el turno del médico de AP en función del ámbito de seguimiento no encontramos diferencias estadísticamente significativas, cosa que sí ocurría con la edad: los pacientes controlados en AP eran mayores que los controlados en AE (edad media en AP: 68 años; edad media en AE: 62 años; p = 0,001). Los valores obtenidos por cada dimensión, así como las diferencias según el ámbito de seguimiento, se describen en la tabla 1.

Discusión. No hemos hallado publicados estudios que analicen la satisfacción o la calidad de vida de los pacientes con TAO en nuestro país. En algunos estudios realizados en el extranjero se evalúan estos parámetros, pero siempre como medición secundaria al grado de control de la razón normalizada internacional, cuando se comparan, por ejemplo, diferentes ámbitos de seguimiento de los pacientes. En 3 de estos trabajos se emplea el mismo cuestionario desarrollado por Sawicki[2] en 1999, cuya versión española hemos usado en nuestro estudio. En 2 de ellos se analiza la calidad de vida de usuarios de TAO sometidos a un programa estructurado de instrucción en el automanejo de dicho tratamiento y se compara al cabo de 6 meses con un grupo control que no recibe dicha intervención[2,3], mientras que en el tercero se evalúan los resultados al cabo de 5 años de seguimiento[4].

Los pacientes con TAO que participaron en nuestro estudio expresan buena calidad de vida, mostrándose los controlados en AP más satisfechos que los seguidos en AE, al contrario que en el estudio de Wilson et al[6] en Canadá, donde se describe que el grado de satisfacción de los pacientes con TAO es mayor cuando el seguimiento se realiza en clínicas especializadas que cuando lo lleva a cabo el médico de familia. Por otro lado, los pacientes seguidos en AE se consideran más eficaces para el autocuidado. Este último dato pudiera estar en relación con el hecho de que los pacientes seguidos en el hospital son más jóvenes y, probablemente, más capaces de asumir un tratamiento complejo como el TAO, aunque el diseño de nuestro estudio no nos permite afirmar este extremo ni evaluar otros factores que pudieran estar implicados, como el nivel socioeconómico o el nivel de estudios. En el resto de las dimensiones analizadas (estrés, limitaciones diarias y alteraciones sociales) no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Cuando comparamos nuestros resultados con estudios extranjeros que emplean el mismo instrumento de medición observamos que, en resumen, nuestros pacientes expresan unos datos de satisfacción y calidad de vida similares o mejores incluso que los publicados en pacientes sometidos a un programa educativo específico[2,3], a pesar de que tienen más edad que los analizados en los estudios referidos[2-4], de que en nuestro ámbito no se alcanza el nivel cultural de los pacientes incluidos en el trabajo de Cromheecke et al[3] y de que no han sido sometidos a ningún programa educativo especial sobre el cuidado y manejo del TAO más allá de la educación individual recibida de parte de sus respectivos médicos. Consideramos, por tanto, que la AP representa el ámbito idóneo para el seguimiento y control de este tipo de tratamientos, lo que además redunda en un aumento de la satisfacción de los pacientes.

M. Yanes Baonza, A. Cabrera Majada, J.M. Ferrer García-Borrás y R. Sánchez González

Centro de Salud San Blas. Parla. Área 10. Instituto Madrileño de Salud. Madrid. España.

1. Kulinna W, Ney D, Wenzel T, Heene DL, Harenberg J. The effect of self-monitoring the INR on quality of anticoagulation and quality of life. Semin Thromb Haemost. 1999;25:123-6.
2. Sawicki PT. A structured teaching and self-management program for patients receiving oral anticoagulation. A randomized controlled trial. JAMA. 1999; 281: 145-50.
3. Cromheecke ME, Levi M, Colly LP, De Mol BJM, Prins MH, Hutten BA, et al. Oral anticoagulation self-management and management by a specialist anticoagulation clinic: a randomised cross-over comparison. Lancet. 2000;356:97-102.

4. Sawicki PT, Gläser B, Kleespies C, Stubbe J, Schmitz N, Kaiser T, et al. Long-term results of patients' self-management of oral anticoagulation. J Clin Bas Cardiol. 2003;6:59-62.
5. Sánchez R, Yanes M, Cabrera A, Ferrer JM, Álvarez R, Barrera E. Adaptación transcultural de un cuestionario para medir la calidad de vida de los pacientes con anticoagulación oral. Aten Primaria. 2004;34:353-9.
6. Wilson SJ, Wells PS, Kovacs MJ, Lewis GM, Martin J, Burton E, et al. Comparing the quality of oral anticoagulant management by anticoagulation clinics and by family physicians: a randomized controlled trial. CMAJ. 2003;169:293-8.

No te olvides de vacunarme

Introducción. El progreso incesante de la investigación ha dado lugar a numerosas vacunas, cuya eficacia y seguridad nos permiten una actuación cada vez más polimorfa con el objetivo inestimable de eludir la nocividad de las enfermedades infecciosas[1,2].

Si evaluamos la investigación sobre vacunas con las normas que rigen la medicina basada en la evidencia, nos damos cuenta de que el procedimiento de su génesis, preparación y elaboración ha sido siempre fidedigno, y actualmente se sustenta en ensayos clínicos evaluados con evidencia de nivel I, de los que generalmente se extrae una recomendación con buena evidencia para apoyar su aplicación (recomendación A)[3].

Objetivo. Valoración del registro de vacunas en la población infantil, conocer el número de niños con registro no actualizado y la respuesta de optimización tras contacto telefónico.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Área básica de salud urbana (2.192 historias de pediatría).

Participantes. Se estudiaron 1.190 historias clínicas de niños de 0 a 15 años informatizadas con el programa e-CAP.

Palabras clave: Valoración del dolor. Cuestionarios. Revisión.

Mediciones. Registro de la vacunación completa e incompleta según calendario y edad, posteriormente intento de contacto telefónico para favorecer la asistencia al centro y registrar o administrar las vacunas que no estuvieran actualizadas.

Resultados. El 68,2% de los niños estaban vacunados correctamente. Presentaban un registro deficitario 378 historias. Tras el intento de contacto telefónico, la respuesta fue positiva en 163 casos (37%), que acudieron al centro, negativa en 81 (25%) y 117 (25%) fueron ilocalizables. En 89 casos faltaba el registro vacunal, 289 estaban pendientes de alguna vacuna, 2 casos habían perdido el libro vacunal, un caso no aceptó la vacuna, 3 casos habían cambiado de comunidad y 8 de área básica. La vacunación en el centro se produjo en 72 casos y las vacunas administradas fueron: triple en 35 casos, antimeningococo C en 29, antipoliomielítica en 23, tétanos-difteria-tos ferina en 18, tétanos-difteria en 10, contra el virus de la hepatitis A en uno, contra el virus de la hepatitis B en 2, contra ambos en 5 y contra *Haemophilus influenzae* en 3.

Conclusiones. Siendo el objetivo último de la vacunación la disminución de la morbimortalidad por enfermedades vacunables, creemos conveniente la existencia de sistemas informáticos universales de registro que sean evaluados periódicamente para permitir el acceso a la mayoría de la población y un conocimiento real de la situación vacunal general y de las bolsas de población en las que es necesaria una actuación. Por ello, los equipos de atención primaria deberían asumir la responsabilidad máxima en el control de la situación vacunal en la población que atienden[4].

E. Ras Vidal[a] y M.L. Babio Pazos[b]
[a]Medicina familiar y comunitaria. ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. España.
[b]Enfermera. ABS Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. España.

1. Salleras L, editor. Vacunaciones preventivas. Barcelona: Masson; 1998.
2. Salleras L. Eliminación-erradicación de enfermedades infecciosas transmisibles prevenibles mediante vacunaciones. Vacunas Invest Pract. 2000;1:151-2.
3. Riquelme Pérez M, Miquel Gómez A, Gómez López E, Aguado Álvarez M, Verdú Rotellar JM, et al. Estudio de cobertura vacunal en niños de un centro de salud. Aten Primaria. 1994;14:730-1.
4. Villalbí Hereter JR. La cobertura vacunal en la infancia. Revisiones de Salud Pública. 1991;2:89-105.

Utilidad diagnóstica de la exploración física para detectar hepatomegalia

Objetivo. Valorar la utilidad diagnóstica de la exploración física para detectar hepatomegalia utilizando como prueba de referencia la ecografía.

Diseño. Estudio transversal de evaluación de pruebas diagnósticas.

Emplazamiento. Unidad de Ecografía del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Participantes. Se seleccionó consecutivamente a 150 pacientes de los remitidos por diferentes servicios hospitalarios. Se excluyó a los que padecían alguna enfermedad que no permitiese valorar correctamente el hígado (derrame pleural derecho, ascitis, enfisema o malformaciones).

Mediciones principales. En la exploración física se consideró y registró hepatomegalia cuando el hígado podía palparse por debajo del reborde costal[1], y en la ecografía cuando el borde hepático sobrepasaba el polo inferior renal derecho[2]. Se registraron también el tamaño ecográfico de la hepatomegalia y la existencia de sobrepeso, hepatopatía o cirrosis. Para evaluar la utilidad diagnóstica se calcularon la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y cocientes de probabilidad positivos y negativos.

Resultados. De los 150 pacientes, 93 (62%) eran varones y 57 (38%) mujeres, y la media de edad era de 56 ± 17,3 años. El índice de masa corporal medio fue de 26,3 ± 4,9, tenían sobrepeso 88 pacientes (59%). Tenían algún tipo de hepatopatía 46 pacientes (31%) y 19 (13%) presentaban cirrosis. En la tabla 1 se muestra la utilidad

Palabras clave: Hepatomegalia. Exploración física. Ecografía.

TABLA 1 Utilidad diagnóstica de la exploración física para detectar hepatomegalia en la población general y en varios grupos de pacientes

Grupos	S (IC del 95%)	E (IC del 95%)	VPP	VPN	CPP	CPN
Población general	48,7 (47,9-49,4)	89,5 (88,8-90,2)	81,8	64,2	4,6	0,6
Sobrepeso						
No	46,4 (44,5-48,3)	86 (84,7-89,2)	81,3	57,1	3,6	0,6
Sí	50 (48,8-51,2)	90,6 (89,6-91,6)	82,1	67,6	5,3	0,6
Hepatopatía						
No	31,8 (30,7-33)	95 (94,1-95,9)	82,4	65,4	6,4	0,7
Sí	73,3 (71,6-75,1)	68,8 (65,5-72)	81,5	57, 9	2,4	0,4
Cirrosis						
No	41,9 (41,1-42,8)	92,8 (92-93,5)	83,9	64	5,8	0,6
Sí	83,3 (79-87,6)	57,1 (49,8-64,5)	76,9	66,7	1,9	0,3

S: sensibilidad (%); IC: intervalo de confianza; E: especificidad (%); VPP: valor predictivo positivo (%); VPN: valor predictivo negativo (%); CPP: cociente de probabilidad positivo (%); CPN: cociente de probabilidad negativo (%).

diagnóstica encontrada. Las diferencias entre los grupos sin y con sobrepeso no fueron estadísticamente significativas, mientras que las de los grupos sin y con hepatopatía y sin y con cirrosis sí lo fueron. Al medir ecográficamente la hepatomegalia de los grupos sin y con hepatopatía y sin y con cirrosis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Discusión y conclusiones. La sensibilidad de la exploración física para detectar hepatomegalia fue muy baja (49%), por lo que es poco recomendable como método de cribado, si bien su alto valor predictivo positivo (82%) la hace útil en el caso de que se haya detectado. En el grupo de hepatópatas y cirróticos su sensibilidad aumenta y su valor predictivo positivo se mantiene, lo que la haría más útil. Al medir ecográficamente la hepatomegalia de los grupos sin y con hepatopatía y sin y con cirrosis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que, unido a que se palparon más hepatomegalias en el grupo de hepatópatas que en el de no hepatópatas (un 59 y un 16%, respectivamente) y en el de cirróticos que en el de no cirróticos (un 68 y un 23%, respectivamente), hace pensar, como ya han apuntado otros autores, que cuando palpamos el hígado, más que palpar su tamaño, palpamos su consistencia[1,3].

A. Gómez Arnáiz[a], J.M. Santana Montesdeoca[b], A. Conde Martel[c] y A. Jorrín Moreno[c]

[a]Centro de Salud de San Gregorio. Las Palmas. España. [b]Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas. España. [c]Práctica privada. Las Plamas. España.

1. Zoli M, Magalotti D, Grimaldi M, Gueli C, Marchesini G, Pisi E. Physical examination of the liver: is it still worth it? Am J Gastroenterol. 1995;90:1428-32.
2. Sanders RC. Clinical sonography. A practical guide. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company; 1991.
3. Naylor CD. The rational clinical examination. Physical examination of the liver. JAMA. 1994;271:1859-65.