

## Neumonía varicelosa en el adulto: estudio de 17 casos

**Objetivo.** Revisar las características clínicoterapéuticas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de neumonía varicelosa en los últimos 9 años en un hospital.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Emplazamiento.** Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

**Participantes.** Se incluyó en el estudio a los pacientes > 18 años de edad que ingresaron durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1996 y el 30 de septiembre de 2004 y que al alta habían sido diagnosticados de neumonía varicelosa. Dicho diagnóstico se basó en criterios clí-

nicorradiológicos en el curso de una varicela, definida por la aparición de un exantema vesiculoso generalizado en el contexto de un síndrome febril.

**Mediciones principales.** Recogimos los siguientes datos: edad, sexo, días de estancia en el hospital y en la unidad de cuidados intensivos, antecedentes personales y contacto reciente con la enfermedad, radiología, clínica, auscultación pulmonar,  $\text{paO}_2$ , complicaciones, tratamiento y evolución<sup>1-3</sup>.

**Resultados.** De los 19 pacientes incluidos en el registro con el diagnóstico de neumonía varicelosa no se pudo encontrar las historias de 2 por distintos motivos, por lo que se estudió a 17 pacientes (tabla 1). La edad media de los pacientes era de  $33,3 \pm 4,2$  años. La presentación de la neumonía varicelosa fue más frecuente (70,6%) durante los meses templados (mayo-septiembre), con una estancia media hospitalaria de

$12,18 \pm 7,5$  días (rango, 6-75). Refería contacto previo con la varicela el 64,7% de los pacientes. Únicamente uno de los pacientes no era fumador. El patrón radiológico más característico era el infiltrado reticulonodular (8 casos). En la auscultación pulmonar, 9 pacientes tenían crepitantes, 1 roncus y sibilancias y en los casos restantes era normal. Hubo 4 casos (23,5%) con  $\text{paO}_2 < 60$  mmHg. Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron trombopenia y aumento de GOT/GPT, presentándose ambas en 7 pacientes. Todos recibieron aciclovir por vía oral y/o intravenosa, con una evolución satisfactoria en todos los casos.

**Discusión y conclusiones.** La neumonía varicelosa es la complicación más frecuente (15%) de la primoinfección por el virus de la varicela zoster en el adulto, con una mortalidad en el adulto sano del 10-30%<sup>1,2</sup>. Es necesario hacer un seguimiento de los pacientes adultos que desarrollan va-

**Palabras clave:** Varicela. Neumonía. Enfermedades infecciosas. Neumonía varicelosa.

**TABLA 1. Datos relativos a los ingresos por neumonía**

| Nº | Edad (años)/sexo | Días UCI/hospital | CPV          | Antecedentes                                                                             | Patrón radiológico                         | Auscultación pulmonar | $\text{paO}_2$ (mmHg) |
|----|------------------|-------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1  | 40/V             | 0/10              | No           | 20 cigarrillos/día<br>Trasplante renal<br>(en tratamiento con ciclosporina y prednisona) | Reticulonodular y condensación en llingula | Normal                | 86                    |
| 2  | 29/V             | 4/11              | No           | 40 cigarrillos/día                                                                       | Alveolointersticial                        | Crepitantes           | 54                    |
| 3  | 38/M             | 0/7               | Sí (convive) | 30 cigarrillos/día;<br>3 neumonías anteriores                                            | Intersticial                               | Crepitantes           | 69                    |
| 4  | 26/M             | 0/8               | No           | 20 cigarrillos/día                                                                       | Reticulonodular                            | Normal                | 107                   |
| 5  | 40/M             | 0/13              | Sí (8 días)  | —                                                                                        | Intersticial                               | Crepitantes           | 75                    |
| 6  | 36/M             | 0/9               | Sí (7 días)  | 20 cigarrillos/día<br>Asma alérgica                                                      | Alveolointersticial                        | Crepitantes           | 41                    |
| 7  | 36/V             | 0/10              | Sí (convive) | 20 cigarrillos/día                                                                       | Micronodular                               | Normal                | 58                    |
| 8  | 35/V             | 0/6               | Sí (7 días)  | 20 cigarrillos/día                                                                       | Reticulonodular                            | Crepitantes           |                       |
| 9  | 40/M             | 0/5               | No           | 20 cigarrillos/día                                                                       | Intersticial                               | Normal                | 69                    |
| 10 | 35/M             | 58/75             | Sí (15 días) | 10 cigarrillos/día                                                                       | Intersticial                               | Crepitantes           | 53                    |
| 11 | 34/M             | 0/11              | Sí (7 días)  | 30 cigarrillos/día;<br>Inhaladora de cocaína                                             | Reticulonodular                            | Crepitantes           | 93                    |
| 12 | 23/M             | 0/6               | Sí (15 días) | 20 cigarrillos/día<br>Sinusitis crónica                                                  | Reticulonodular                            | Normal                | 80                    |
| 13 | 24/V             | 0/6               | Sí (8 días)  | 20 cigarrillos/día                                                                       | Reticulonodular                            | Roncus y sibilancias  | 84                    |
| 14 | 31/M             | 0/8               | No           | 10 cigarrillos/día                                                                       | Reticulonodular                            | Normal                | 89                    |
| 15 | 31/V             | 0/7               | No           | 30 cigarrillos/día<br>Bebedor moderado                                                   | Micronodular                               | Crepitantes           | 73                    |
| 16 | 34/V             | 0/7               | Sí           | 20 cigarrillos/día                                                                       | Micronodular                               | Normal                | 69                    |
| 17 | 35/V             | 0/8               | Sí (10 días) | 20 cigarrillos/día                                                                       | Reticulonodular                            | Crepitantes           | 63                    |

V: varón; M: mujer; CPV: contacto previo con varicela.

ricela, ya que en caso de presentar sintomatología respiratoria e hipoxemia en el curso de ésta, el aciclovir presenta escasa toxicidad y con su administración intravenosa parece evidente una mejoría clínica y de la cifra de plaquetas más precoz<sup>1,2,4</sup>.

**C. Roy Escarda<sup>a</sup>, N. Vicente Tierno<sup>a</sup>,  
M. Reimundo Díaz-Fierros<sup>b</sup>  
y F. García Martín<sup>c</sup>**

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Victoria. Valladolid. España. <sup>b</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Especialidades Arturo Eyries. Valladolid. España. <sup>c</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. CS Parquesol. Valladolid. España.

1. Macías Robles MD, García Peliz M, González Franco, A Suárez Glez-Fierro ME. Neumonía varicelosa en el adulto. Diagnóstico y tratamiento en urgencias. Emergencias. 2000;12:138-41.
2. Rodríguez Borregán JC, Domínguez Artiga MJ, Miñambres E, Tejerina Álvarez E, Holanda Peña MS, González-Fernández Quesada-Suscum A. Neumonía varicelosa en adultos: 30 casos. An Med Interna. 2003;20:612-6.
3. Paytubí C, Negro E, Ferrer S, Monmany E, Barrio S. Neumonía varicelosa en el adulto: Estudio de nueve casos. An Med Interna. 2001;18:6:312-6.
4. De la Peña L, Izaguirre D, Aguirreben- goa K, Grande C, Montejo M. Neumonía por varicela en el adulto: estudio de 22 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2000;18:493-5.

## Prescripción médica o automedicación

**Introducción.** La medicalización de la vida cotidiana se lleva a cabo a través de dos vías: por medio de la prescripción médica y a través de la automedicación. La prescripción médica es responsabilidad de los trabajadores de la salud y de las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, que deben capacitar al personal para desarrollar la prescripción con criterios de racionalidad y eficacia<sup>1,2</sup>.

**Palabras clave:** Prescripción médica. Automedicación. Criterios de racionalidad y eficacia.

La automedicación representa un problema más complejo, ya que entran en juego aspectos atribuibles a la población, como la educación médica, la cultura, los usos y costumbres, que de alguna manera están influidos por el gran aparato de comercialización con que cuentan las empresas productoras de medicamentos<sup>3</sup>.

**Objetivo.** Conocer el consumo familiar de medicamentos y la automedicación en los hogares en la población de 25 a 35 años.

**Diseño.** Estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento.** Área básica de salud urbana, con una población asignada de 1.720 pacientes.

**Participantes.** Muestra obtenida por muestreo aleatorio sistemático (1/4), con una seguridad del 90% y una precisión del 10%.

**Mediciones.** Se concertó una entrevista domiciliar en la que se registró la medicación disponible en aquel momento (nombre comercial, caducidad, presentación, medicación iniciada y autorización). Se excluyó a los pacientes con enfermedades crónicas. El análisis estadístico se realizó con el test de la  $\chi^2$ .

**Resultados.** Se visitaron 58 grupos familiares. El número de integrantes de las familias fue: el 5,2% tenía un único miembro, el 39,7% dos, el 32,8% tres y el 22,4% más de tres. Se contabilizaron un total de 811 cajas de medicamentos, de las que 457 eran automedicaciones y 354 por prescripción médica. La media de fármacos en el domicilio por familia era de  $17,93 \pm 8,33$ , y la de automedicamentos de  $10,14 \pm 5,70$ ; las medicaciones iniciadas fueron de  $16,05 \pm 7,47$ .

La medicación almacenada en los domicilios fue la siguiente: un 93,1% analgésicos, un 87,9% antiinflamatorios, un 77,6% antigripales, un 60,3% antibióticos, un 48,3% antiinflamatorios tópicos, un 46,6% antiácidos, un 44,8% preparados bucales, un 41,4% corticoides tópicos, un 36,2% antihistamínicos, un 32,8% ansiolíticos, un 31% antibióticos tópicos, un 27,6% antidiarreicos, un 25,9% antieméticos, un 17,2% colirios y un 15,5% preparados para el estreñimiento. Por grupos de antibióticos fue: un 42,4% amoxicilina, un 34,8% amoxicilina y ácido clavulánico, un 13,8% macrólidos y un 9% quinolonas. Por formas

de presentación, la medicación fue: un 63,6% formas orales sólidas y un 36,4% formas orales líquidas.

La automedicación se produjo de la siguiente manera: antibiótico (33/66) en el 50%, antiinflamatorios orales (68/152) en el 44,7%, analgésicos (83/152) en el 54,6%, antiemético (7/19) en el 36,8%, antiácidos (27/43) en el 62,7%, antidiarreicos (11/16) en el 68,7%, antigripales (68/113) en el 60,1%; ansiolíticos (10/32) en el 31,2%, estreñimiento (7/10) en el 70%, antihistamínicos (18/37) en el 48,6%, proceso bucal (36/38) en el 94,4%, antibiótico tópico (20/25) en el 80%, corticoides tópicos (30/54) en el 55,5%, antiinflamatorios tópicos (32/39) en el 82% y colirio (7/15) en el 46,6%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de los medicamentos según el número de miembros de la unidad familiar.

**Conclusiones.** El almacenamiento de los medicamentos en los hogares es muy elevado y la automedicación es una práctica muy extendida. Se considera positivo fomentar la participación de los ciudadanos en todo lo relacionado con la salud, pero si no se ofrece el consejo terapéutico adecuado puede llegar a ser perjudicial para el paciente. La automedicación es una realidad que debe aceptarse<sup>4</sup>. La información y la educación sanitaria han de ayudar a que se haga de forma responsable.

**E. Ras Vidal y P. Moya Ortiz**

Médicos de Familia. Sant Pere i Sant Pau. Tarragona. España.

1. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria a la Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. Gineve: OMS-ISEN; 1978.
2. Illich I. La medicalización de la vida. Némesis médica. México DF: Editorial Joaquín Mortiz; 1984. p. 87-104.
3. Brudon P. Publicidad o información médica. Medicamentos para todos en el año 2000. México DF: Editorial Siglo XXI; 1987. p. 149.
4. Caro G. La medicina en cuestión. París: Editorial Maspero Petite Collection; 1974. p. 37-53.

## ¿Qué decide la madre, pecho o biberón?

**Introducción.** Desde tiempos remotos la leche materna ha constituido la principal fuente de alimento para el niño pequeño y sus ventajas no se reducen a una mejor digestión y un menor coste. Hoy día es conocido que tiene un incalculable valor inmunológico, incluso se habla de su efecto protector para la aparición de enfermedades cardiovasculares, así como la prevención de la diabetes mellitus insulino dependiente; además, se señala que la lactancia materna ejerce una ligera protección sobre el riesgo de cáncer mamario.

Pero a pesar de sus ventajas hay una tendencia hacia la declinación de la lactancia materna y un abandono temprano de ésta.

**Objetivo.** Conocer las características de la lactancia materna, las causas del abandono y la influencia de los diferentes factores sociodemográficos y de salud.

**Emplazamiento.** Área básica de salud urbana.

**Diseño.** Estudio observacional y transversal.

**Participantes.** Muestra de lactantes nacidos entre noviembre de 2003 y marzo de 2004, con un seguimiento de 8 meses. Mediante una encuesta de elaboración propia se recogieron datos sociodemográficos, del tipo de alimentación, la vía de nacimiento, el tiempo de lactancia y la causa de abandono.

**Resultados.** Seguimiento de 33 recién nacidos. Edad de los padres: madre,  $28,1 \pm 7,5$  años; padre,  $31,4 \pm 7,9$  años. El 51,5% tenía estudios primarios y en el 75,8% el estado civil era casado. Situación laboral de la madre: 36,4% activa y 45,5% ama de casa. Tipo de nacimiento: parto vaginal en 25 casos (75,8%) y cesárea en 8 (24,2%). Período entre tomas: primer trimestre  $2,2 \pm 1,1$  h, segundo  $3,8 \pm 2,1$  h y después de los 6 meses  $6 \pm 1,5$  h. Período de descanso nocturno: 0-3 meses  $3,2 \pm 1,5$  h, 4-6 meses  $5,4 \pm 2,2$  h y posterior a los 6 meses  $7,2 \pm 1,4$  h. El 42,4% afirma que es el marido la persona principal que las ayuda, el 21,2%, que es la madre.

De 33 madres, 18 iniciaron la lactancia materna exclusiva, 4 lactancia mixta y 12 lactancia artificial. El abandono de la lactancia materna fue progresivo de los 15 días a los 2 meses en 9 casos, a los 2-4 meses en 7 casos y a los 6-8 meses en 4 casos. El motivo alegado con más frecuencia por las madres para abandonar el pecho durante los primeros 2 meses fue, por orden: disminución de producción de leche, falta de aumento de peso y aparición de grietas; los motivos después de los 2 meses fueron: incorporación al trabajo, disminución de la producción de leche y falta de aumento de peso. Entre las que no iniciaron el pecho, la razón mayoritaria fue la decisión tomada previamente por convicción propia de no querer dar pecho, teniendo en cuenta que el 100% conocía los beneficios de la lactancia materna y el 84,8% había recibido consejo de un profesional médico. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, la situación laboral y el tipo de nacimiento con el abandono de la lactancia.

**Conclusiones.** A pesar de la promoción para fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses o más, estos resultados ponen de manifiesto que la mayoría de los niños de nuestro estudio había abandonado la lactancia materna exclusiva antes de llegar a los 4 meses. La causa más frecuente de abandono fue la disminución de la producción de leche, la falta de aumento de peso del recién nacido y las complicaciones, como la mastitis. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de que haya programas de seguimiento de las madres en el período de lactancia para la detección de las causas de abandono con el fin de proporcionar una oportuna orientación.

E. Ras Vidal<sup>a</sup>, O. Briones Carcedo<sup>b</sup> y M. Domingo Fuster<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Sant Salvador. Tarragona. España. <sup>b</sup>Enfermera. Sant Salvador. Tarragona. España. <sup>c</sup>Pediatra. Sant Salvador. Tarragona. España.

1. Riverón R. Valor inmunológico de la leche materna. *Rev Cubana Pediatr.* 1995;67:116-33.
2. Díaz S, Rodríguez E, Marshall G, Pino G, Casado ME, Miranda P, et al. Breast feeding pattern and the duration of lacta-

tional amenorrhea in urban chilean women. *Contraception.* 1998;38:37-51.

3. Winikoff B. Summary. En: Winikoff B, Castte MA, Yaukcran VH, editors. *Feeding infants in four societies: causes and consequences o mothers' choices.* New York: Greenwood; 1988. p. 246-77.
4. Hill PD. Predictors of breast feeding duration among WIC and non WIC mothers. *Public Health Nurs.* 1991;8:46-52.

## Tendinitis asociada a levofloxacin

**Introducción.** En los últimos años han aparecido nuevas quinolonas en el mercado con buen perfil de tolerancia, como el levofloxacin. Es un antibiótico de amplio espectro que ha demostrado ser relativamente seguro y con una larga vida media, lo que permite su administración una vez al día.

**Caso clínico.** Se trata de un varón de 50 años con antecedentes personales de hipertensión arterial y trasplantado renal desde 1987. Realiza tratamiento habitual con captopril 25 mg, tacrolimus, alopurinol, prednisona 5 mg, atenolol 50 mg, ácido ursodesoxicólico e indapamida. Acudió a la consulta por un cuadro de dolor agudo en ambos tendones aquileos de 24 h de evolución que dificultaba la deambulación. Tres días antes había acudido a urgencias por un cuadro de fiebre, tos y expectoración que fue orientado como infección respiratoria, iniciando tratamiento con levofloxacin 500 mg. En la exploración presentaba dolor a la palpación de ambos tendones, sin signos flogóticos, y gran impotencia funcional. Con la sospecha de tendinitis secundaria a tratamiento con quinolonas se sustituyó el levofloxacin por un betalactámico, indicando reposo y tratamiento antiinflamatorio. A las 3 semanas el paciente refiere mejoría de la clínica.

**Discusión y conclusiones.** La tendinitis se menciona como un posible efecto adverso, estimándose una incidencia de 1 caso por 3.400 pacientes tratados. Se produce con más frecuencia en varones y la afección sue-

**Palabras clave:** Lactancia materna. Causas de abandono. Factores sociodemográficos.

**Palabras clave:** Tendinitis. Levofloxacin. Efectos adversos.

le ocurrir en el tendón de Aquiles de forma bilateral. Casi todos los casos comunicados de tendinitis se relacionan con el uso concomitante de corticoides, la edad avanzada y la insuficiencia renal. La toxicidad directa sobre el tendón parece ser la patogenia más probable y afecta sobre todo a los tendones que soportan más carga, como el aquileo, el tendón del cuádriceps y el del manguito de los rotadores. Cuando se sospecha esta lesión hay que indagar sobre el uso de quinolonas en los días previos y suspenderlos inmediatamente. El tiempo de recuperación se estima entre 3 semanas a 3 meses, en caso de que se produzca rotura tendinosa. La

tendinitis asociada a quinolonas se describe como una reacción adversa poco frecuente, pero con la aparición de nuevas moléculas de una dosis diaria ha aumentado su uso y, con ello, la incidencia de efectos secundarios. Estos fármacos se deben evitar en ancianos, pacientes con enfermedad renal o cuando se toman corticoides.

**I. Álvarez Luque, M. Gomariz  
Santacecilia, E. Villamor Baliarda,  
Y. Rando Matos  
e Y. García Fernández**

EAP Florida Nord. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

1. Aros C, Flores C, Mezzano S. Tendinitis aquiliana asociada al uso de levofloxacino: comunicación de cuatro casos. *Rev Med Chile*. 2002;130:1277-81.
2. Lewis JR, Gums JG, Dickensheets DL. Levofloxacin-induced bilateral Achilles tendonitis. *Ann Pharmacother*. 33:792-5.
3. Cortés R, Cossío P, Miñambres E, Muñoz J. Tendinitis aquilea en el anciano. *Aten Primaria*. 2005;35:55.