

## Rotura del tendón extensor largo del pulgar inducida por quinolonas

### Quinolone-induced rupture of big toe extensor tendon

Sr. Director:

Las quinolonas aportan buena absorción intestinal, penetración en los tejidos y un amplio espectro de acción antibacteriana. Sin embargo, presentan toxicidad tendinosa.

Presentamos un caso en el que, en un paciente joven, la toma de quinolonas ha provocado la rotura del extensor largo del primer dedo de la mano.

Varón de 48 años que precisa de hasta tres antibióticos distintos para la resolución de una otitis media: primero cefaclor, luego moxifloxacino y por último gentamicina.

A los 10 días, tras reactivarse el proceso, se le prescribe amoxicilina-clavulánico 1g, mometasona tópica nasal y levocetirizina. Al no mejorar, el otorrinolaringólogo pauta 10 días de ciprofloxacino 500 mg/12 h.

Al mes, tras bañarse en la piscina, presenta una nueva otitis media, por lo que se le prescribe por segunda vez 10 días de ciprofloxacino 500 mg/12 h, y por dolor e inflamación se le inyecta un vial de betametasona 6 mg intramuscular.

A la semana de iniciar este tratamiento, comienza con dolor espontáneo en la mano derecha, a nivel de la articulación metacarpofalángica del primer dedo. Se le diagnostica tendinitis, por lo que se le recomienda reposo, hielo y antiinflamatorios y se le mantiene el ciprofloxacino.

A los 15 días refiere que al transportar una bolsa notó un chasquido muy doloroso en el primer dedo e impotencia funcional. La exploración era compatible con una rotura del extensor largo del primer dedo de la mano derecha, que precisó cirugía reparativa y rehabilitación.

Dado que se descartaron causas alternativas, como traumatismos o sobrecargas recientes, tanto la tendinitis como la rotura posterior de ese mismo tendón fueron notificadas al Centro Regional de Farmacovigilancia por sospecha de reacción adversa a las quinolonas, potenciada por la toma de corticoides.

Se trata de un caso de afección musculotendinosa en probable relación con la toma de quinolonas, con las

singularidades de la edad del paciente, más joven que la media de los casos revisados<sup>1,3</sup>, y la localización, que no es el tendón de Aquiles<sup>2,3</sup>, lugar notificado más frecuentemente, sino el extensor largo del primer dedo de la mano.

Las quinolonas pueden llegar a producir hasta 20 casos de tendinopatías por cada 100.000 pacientes tratados<sup>4</sup>, cifras que pueden ser mayores si se dan factores concomitantes como edad >60 años<sup>3</sup>, insuficiencia renal<sup>5</sup>, uso de corticoides<sup>3</sup>, sobrecarga muscular, gota u obesidad.

Queremos destacar por último que una adecuada anamnesis habría permitido al profesional darse cuenta de que en apenas 1 mes se le habían prescrito tres quinolonas y en la última, además, combinado con corticoides, por lo que la probabilidad de aparición de una lesión tendinosa era elevada.

### Bibliografía

1. Van der Linden PD, Sturkenboom MC, Herings RM, Leufkens HG, Rowlands S, Stricker BH. Increased risk of Achilles tendon rupture with quinolone antibacterial use, especially in elderly patients taking oral corticosteroids. *Arch Intern Med.* 2003;163:1801-7.
2. Van der Linden PD, Sturkenboom MC, Herings RM, Leufkens HG, Stricker BH. Fluoroquinolones and risk of Achilles tendon disorders: case-control study. *BMJ.* 2002;324:1306-7.
3. Corrao G, Zambon A, Bertù L, et al. Evidence of tendinitis provoked by fluorquinolone treatment: a case control study. *Drug Safety.* 2006;29:889-96.
4. Zabraniecki L. Fluoroquinolone induced tendinopathy: report of 6 cases. *J Rheumatol.* 1996;23:516-20.
5. Donck JB, Segaeert MF, Vanrenterghem YF. Fluoroquinolones and Achilles tendonopathy in renal transplant recipients. *Transplantation.* 1994;58:736-7.

Francisca González Rubio<sup>a,\*</sup>, Oscar Esteban Jiménez<sup>a</sup>,  
Cristina Navarro Pemán<sup>b</sup> y María Victoria Palacios Pinilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España

<sup>b</sup>Centro de Farmacovigilancia de Aragón, Zaragoza, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fgonzalezrubio@ono.com  
(F. González Rubio).

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.011

## CARTAS DE INVESTIGACIÓN

### Percepción de los pacientes del programa informático Abucasis II

#### Patient perception of the Abucasis II computer program

Se ha analizado la percepción de los pacientes sobre la influencia de Abucasis II en la dinámica de una consulta de atención primaria (AP) de un centro de salud urbano (Puerto Sagunto, Valencia). Se realizó un muestreo sistemático a 400

pacientes citados en 7 consultas médicas que manejan Abucasis II. Se les aplicó un cuestionario estructurado de preguntas cerradas y anónimo. Lo cumplimentaron 3 investigadores residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria en una entrevista en la sala de espera. Se realizó estudio piloto con 25 pacientes.

En la bibliografía consultada no se encontró ningún estudio que hiciera referencia a la opinión de los pacientes sobre la influencia de la informatización en la dinámica de las consultas de AP<sup>1,2</sup>. Nos llamó la atención que un 38,2% de los pacientes entrevistados no hubiera reparado siquiera en

el uso del ordenador y menos aún en el cambio en el programa informático.

La introducción de la informática en AP supone un proceso de adaptación que ocasiona un impacto importante en la relación con los pacientes y puede incomodar el trabajo del profesional<sup>3-5</sup>. En nuestro estudio, los pacientes no apreciaron mayor estrés del profesional (77,1%) ni cambios importantes en la relación (88,7%) ni aumento en el tiempo de espera (59,7%). Además, un 62,7% de los encuestados apreció mayor rapidez en las consultas burocráticas.

En resumen, los pacientes se sienten en un 87,3% de los casos igualmente atendidos tras la introducción del programa Abucasis II<sup>6</sup>.

Al valorar estos resultados tan favorables, cabe resaltar que los investigadores percibieron que muchos de los pacientes entendían como objetivo del estudio valorar al médico más que al programa informático.

Trabajo presentado como póster en el Congreso de MFYC de la Comunidad Valenciana en junio del 2007.

## Bibliografía

1. Pearce C, Trumble S. Computers can't listen—algorithmic logic meets patient centredness. *Aust Fam Physician*. 2006;35:439–42.

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.010

2. Roig Buscato C, Erra Yuste N, Seguer Toiran A, Belda Díaz S, Juncosa Font S. Opinión de profesionales y pacientes sobre la introducción de la informática en la consulta. *Aten Primaria*. 2005;36:194–7.
3. Aldanondo Gabilondo JA, Oyarzabal Camio JI, Arboniés Ortiz JC. ¿Cómo modifican la relación médico-paciente los ordenadores en la consulta?. *FMC*. 1999;6:571–5.
4. Stashefsky Margalit R, Dunevant A, Larson S, Reis S. Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Educ Couns*. 2006;61:134–41.
5. Sandúa Sada JM, Sangrós González FJ, Merino Muñoz F, Fernández Rodríguez L. ¿Altera el ordenador personal la satisfacción del paciente? *Aten Primaria*. 1998;22:400–2.
6. Solomon GL, Dechter M. Are patients pleased with computer use in the examination room?. *J Fam Pract*. 1995;41:241–4.

Susana Martínez Perpiñá, M. Pilar Plá Orti\*,  
Mónica Rubio Ramón, Miguel Angel Bernal Beltrá y  
M. Ángeles Soriano Pardo

*EAP Puerto de Sagunto, Puerto de Sagunto, Valencia, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ppla@comv.es](mailto:ppla@comv.es) (M.P. Plá Orti).

## Aptitud clínica de médicos residentes de medicina familiar en las dermatosis más frecuentes

### Clinical competence of family medicine medical residents in the most common skin diseases

*Sr. Director:*

Con el objetivo de evaluar la aptitud clínica<sup>1</sup> en residentes de medicina familiar durante su proceso formativo en la atención de pacientes con los problemas dermatológicos superficiales más comunes y construir un instrumento válido

y confiable, se realizó un estudio transversal comparativo<sup>2</sup>. En la población de estudio se incluyó a 37 residentes de la especialidad de medicina familiar, de los que 19 alumnos son del primer año, 14 del segundo y 4 del tercero.

El instrumento se construyó a partir de cinco casos clínicos reales condensados, que se exploran a partir de nueve indicadores: reconocimiento de factores de riesgo, reconocimiento de indicios clínicos, integración diagnóstica, uso de recursos terapéuticos, daño yatrogénico por omisión o comisión, medidas de seguimiento, acciones preventivas y criterios de interconsulta. La fiabilidad alcanzada con Kuder-Richardson 21 fue de 0,86 y con la U de Mann-Whitney por semipartición, 0,56. Las posibles respuestas esperables por azar fueron calculadas con base en la fórmula de Pérez Padilla y Viniestra.

No se encontró diferencia significativa entre los diversos grados de la especialidad. Al comparar a los residentes de primer grado con los de segundo, se encontró que  $p = 0,49$ , y entre los de segundo y tercero,  $p = 0,38$ .

El estudio valoró la aptitud del médico residente de medicina familiar para tomar decisiones en la solución de casos clínicos de las dermatosis más frecuentes.

La conclusión que puede inferirse es que la aptitud clínica<sup>3,4</sup> no está lo suficientemente desarrollada en los médicos residentes de medicina familiar, lo que permite cuestionar que la vinculación entre teoría y práctica sea real; también favorece vislumbrar que los procesos formativos para los médicos en formación deben ser replanteados a fin de que puedan desarrollar una actitud y una aptitud encaminadas a la crítica<sup>5</sup> que permita superar el quehacer asistencial de nuestra población derechohabiente (tabla 1).

**Tabla 1** Nivel de aptitud clínica en residentes de medicina familiar

Nivel de desarrollo	Primer grado (n = 19)	Segundo grado (n = 14)	Tercer grado (n = 4)
< 20, azar			
21–51, muy bajo			
52–83, bajo	3		
84–115, regular	15	10	3
116–176, alto	1	4	1

Azar: fórmula de Pérez Padilla y Viniestra.