

---

## El paciente como actor principal en la farmacovigilancia

## The patient as the principal actor in pharmacovigilance

---

**Marta Benedicto González<sup>1</sup>; Francisca González Rubio<sup>1</sup>; Susana Ulloa Levit<sup>2</sup>**

1.- Médico de familia, Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza;

2.- MIR Geriátría, Hospital Real y General Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza

Correspondencia: Marta Benedicto. C/ Venezuela 9, Villanueva de Gallego, Zaragoza 50830

Fml. 2009 13(2):2p

Disponibile en <http://www.revistafml.es/articulo/3/el-paciente-como-actor-principal-en-la-farmacovigilancia/>

Recibido el 20/04/2008

Aceptado el 29/07/2008

Publicado el 19/06/2009

---

*Palabras clave(MeSH): Cooperación del paciente, Toxicidad de Medicamentos, Hemorragia Gastrointestinal*

### Resumen

El moxifloxacino es un antibiótico potente, de amplio espectro, posología cómoda y uso frecuente en la práctica clínica, pero como fármaco no está exento de efectos secundarios.

A continuación vamos a relatar un caso en el que, la consulta de una paciente de 63 años a su médico de atención primaria por lo que se creía una reacción adversa al moxifloxacino, ha permitido la detección casual de un cáncer de colon.

---

*Keywords(MeSH): Patient Compliance, Drug Toxicity, Gastrointestinal Hemorrhage*

### Abstract

Moxifloxacin is a potent antibiotic, with a broad spectrum, handy dosage and frequent use in clinical practice, but as the drug is not without side effects.

Here we report a case in which the consultation of a patient 63 years old to his family physician about an adverse reaction to moxifloxacin, has allowed the casual detection of colon cancer.

## Caso clínico

Paciente que acude a la consulta por cuadro de tos, fiebre de hasta 38.5 y expectoración blanquecina. En la exploración se auscultan sibilantes y roncus dispersos por lo que se le trata con un inhalador y acetilcisteína.

A los 2 días: la paciente se encuentra peor pero la auscultación ha mejorado ostensiblemente. Se insiste en medidas higiénico dietéticas y seguir con el tratamiento prescrito.

Vuelve para revisión a los 5 días: se encuentra mejor pero en auscultación aparecen roncus y sibilantes en ápex, por lo que doblamos dosis de inhalador.

Cuatro días después: clínicamente mejor aunque persiste tos. En la exploración presenta Faringe hiperémica con secreciones en orofaringe y en la auscultación pulmonar roncus. Se le recetó Moxifloxacino y mepifilina.

Acude a revisión 6 días después contando que tuvo que dejar el antibiótico por presentar rectorragias tras la toma de la segunda pastilla de antibiótico.

En la exploración: hemorroides externas con sangrado perianal. Abdomen exploración anodina. Se deriva para Colonoscopia de forma preferente ante sospecha de una posible colitis pseudomembranosa.

15 días después le realizan la colonoscopia con sedación, encontrándose a 20 cm. de ano: tumoración vegetante que sangra al contacto con el endoscopio y que ocupa más de la mitad de la circunferencia, condicionando cierta estenosis de la luz pero franqueable con el tubo.

Anatomía Patológica: adenocarcinoma.  
Estudio de extensión: metástasis hepática.

## Discusión

Se trata de un caso en el que el relato de un efecto adverso sospechado por la toma de Moxifloxacino<sup>1</sup>, en una paciente de mediana edad<sup>2</sup> permite la realización de una colonoscopia y el hallazgo casual de un cáncer de colon que pudiera haber pasado desapercibido un tiempo ante la exploración de hemorroides y sangre roja<sup>3,4</sup> en ano.

## Conclusión

Ante la sospecha de un efecto adverso el médico no debe dejar pasar la oportunidad de realizar estudios de cribado para descartar otras causas.

## Bibliografía

1. Ficha Técnica Moxifloxacino-Actira® 400 mg comp. Laboratorio Química Farmacéutica Bayer, S.A. 2002.
2. Implementing guidelines about colorectal cancer: A national survey of target groups. ANZ Journal of Surgery:Volume 71(3) March 2001pp 147-153
3. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre rectorragia. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2002
4. Análisis de las indicaciones y diagnósticos de las gastroscopias solicitadas por los médicos de atención primaria. M Vernet Vernet. Atención Primaria. Marzo 2006.