

Afección musculotendinosa secundaria a levofloxacin: revisión a propósito de un caso

Introducción. Las alteraciones reumatológicas secundarias a las fluoroquinolonas son infrecuentes¹⁻⁴. Se ha descrito en la bibliografía afección tendinosa, con el potencial riesgo de rotura del tendón, que afecta sobre todo al tendón de Aquiles de forma bilateral.

En 1997 aparecieron 4 nuevas fluoroquinolonas, entre ellas el levofloxacin. Estas moléculas presentaban un menor número de efectos adversos reumáticos; en el caso del levofloxacin, en los ensayos precomercialización se dio sólo un caso de tendinitis entre 3.400 pacientes tratados².

Caso clínico. Mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente, asma, hiperuricemia e insuficiencia venosa crónica de las extremidades inferiores, por lo que tenía pautado tratamiento con enalapril, hidroclorotiazida, doxazosina y terbutalina más budesonida inhaladas. Acudió a su médico de familia por un episodio de mialgia con características inflamatorias en el tercio inferior del gastrocnemio derecho. En la exploración se objetivaba área edematosa, caliente y enrojecida, dolorosa al tacto, localizada en el tercio inferior del gastrocnemio, sin clara correspondencia con el tendón de Aquiles y sin impotencia funcional. Este cuadro comenzó 4 días después de iniciar tratamiento con levofloxacin, a dosis de 500 mg cada 24 h, por un episodio de bronquitis asmática. Ante la sospecha clínica de una reacción adversa medicamentosa, se suspendió el levofloxacin, con rápida mejoría de los síntomas y recuperación *ad integrum* a los 10 días de la interrupción del tratamiento. En un análisis de control realizado unos meses antes la función renal era normal, y tenía un valor de ácido úrico de 7,9 mg/dl.

Discusión y conclusiones. Se trata de un caso de afección musculotendinosa en pro-

bable relación con el tratamiento con levofloxacin. La epidemiología de este trastorno no se ha estudiado suficientemente y no hay estudios prospectivos que aporten una evidencia clarificadora. La prevalencia de tendinopatía se estima de 15 a 20/100.000 tratamientos con fluoroquinolonas¹. Van der Linden et al⁵, en un estudio de casos y controles, obtienen un riesgo relativo ajustado de desarrollar alteraciones del tendón de Aquiles de 1,9 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,3-2,6), que aumenta hasta 3,2 (IC del 95%, 2,1-4,9) en el caso de pacientes mayores de 60 años. El uso concomitante de fluoroquinolonas y corticoides en mayores de 60 años incrementó el riesgo hasta 6,2 (IC del 95%, 3,0-12,8). En el mencionado estudio se aporta una incidencia de 3,2 casos por 1.000 pacientes/año.

Parece ser que es algo más frecuente en varones y afecta predominantemente al tendón de Aquiles de forma bilateral¹.

Los factores de riesgo más citados son la edad (mayores de 60 años), el uso prolongado de corticoides orales y la insuficiencia renal. También se han citado el deporte o el exceso de actividad², la gota y la obesidad⁵, el hiperparatiroidismo secundario y la diabetes mellitus⁶, el hipotiroidismo y los corticoides inhalados³, y haber sufrido un episodio previo de tendinitis por fluoroquinolonas.

Los mecanismos exactos de la fisiopatología de este proceso son aún desconocidos, y varios autores han propuesto diversas teorías para explicar este fenómeno: el estrés mecánico, un mecanismo de toxicidad directa sobre las moléculas de las fibras de colágeno del músculo, tendón o articulaciones, la participación del sistema nervioso autónomo o un fenómeno inmunológico, un proceso de necrosis isquémica por un mecanismo vascular o alteraciones musculares preexistentes⁷.

En cuanto al tratamiento de la tendinitis secundaria a las fluoroquinolonas, no hay que olvidar que en un porcentaje considerable de casos cursa con rotura tendinosa (parcial o total). Hay consenso sobre la interrupción del tratamiento tan pronto como aparezcan los primeros signos de inflamación musculotendinosa. Debe indicarse el reposo de la extremidad afectada (lo que puede obligar al encamamiento en el caso de afección bilateral grave). Se puede recurrir al uso de muletas, taloneras o incluso

férulas, obligadas en caso de rotura tendinosa.

Como medidas preventivas, conviene recalcar la importancia de una vigilancia estrecha y una alta sospecha diagnóstica en individuos que cumplan con alguno de los factores de riesgo antes descritos (sobre todo ancianos, la toma de corticoides sistémicos y la insuficiencia renal). En estos individuos, es preciso valorar la prescripción de otro antibiótico alternativo si ello fuera posible y evitar la toma de ofloxacin y ciprofloxacino, que han demostrado una mayor toxicidad.

El pronóstico es favorable en el 75% de los casos de tendinitis, y del 49% en los que cursan con rotura tendinosa.

Son necesarios estudios que investiguen su etiopatogenia y precisen su epidemiología, ante el uso cada vez mayor de estos antibióticos y la emergente publicación de casos de este efecto secundario.

I. Vergara Fernández

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Jorge. Pamplona. España.

1. Zabraniecki L, Negrier I, Vergne P, et al. Fluoroquinolone induced tendinopathy: report of 6 cases. *J Rheumatol* 1996;23:516-20.
2. Lewis JR, Gums JG, Dickensheets DL. Levofloxacin-induced bilateral tendinitis. *Ann Pharmacother* 1999;33:792-5.
3. Schwald N, Debray-Meignan S. Suspected role of ofloxacin in a case of arthralgia, myalgia, and multiple tendinopathy. *Rev Rhu Engl Ed* 1999;66:419-21.
4. Mateo N, Menéndez N, Suárez, et al. Dolor aquileo e impotencia funcional en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con neumonía. Rotura tendinosa inducida por levofloxacin. *Rev Clin Esp* 2001;539-40.
5. Van der Linden PD, Sturkenboom MCJM, Herings RMC, et al. Fluoroquinolones and risk of Achilles tendon disorders: case-control study. *BMJ* 2002;324:1306-7.
6. Gabutti L, Stoller R, Marti HP. Fluoroquinolones as etiology of tendinopathy. *Ther Umsch* 1998;55:558-61.
7. Guis S, Bendahan D, Kozak-Ribbens G, et al. Investigation of fluoroquinolone induced myalgia using (31) P magnetic resonance spectroscopy and in vitro contracture tests. *Arthritis Rheum* 2002;46:774-8.

Palabras clave: Levofloxacin. Fluoroquinolonas. Tendinopatía. Tendinitis. Mialgia.

Epidemiología de la infección por el VIH en la población de Getafe

Objetivo. Describir la prevalencia e incidencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, grupo de riesgo y situación clínica, inmunológica y estadio CDC93 de los pacientes en el momento del diagnóstico. Analizar si existen diferencias en los años estudiados.

Diseño. Estudio observacional, de base poblacional.

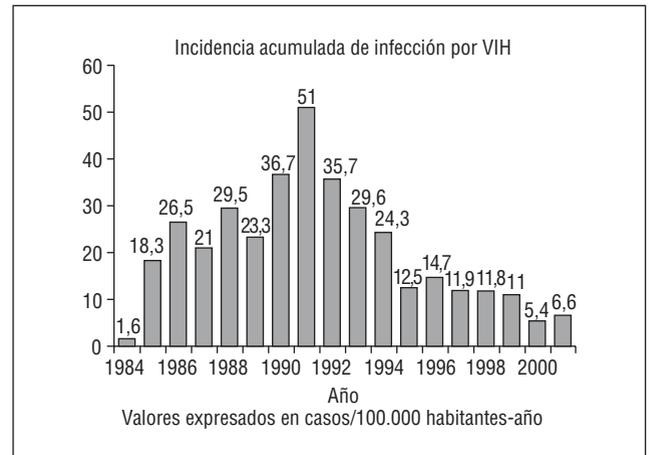
Emplazamiento. Centros de salud y Hospital Universitario de Getafe, cuya población asciende a 150.532 habitantes¹.

Participantes. Se incluyó en el estudio a 562 pacientes diagnosticados de infección por el VIH, 526 seguidos en la consulta de VIH del Hospital de Getafe y 36 pacientes en seguimiento por otros centros hospitalarios del país, a los que se excluyó por carecer de datos sobre ellos.

Método. Análisis descriptivo de los datos para estudiar la prevalencia y la incidencia. Las proporciones se compararon mediante la prueba de de la χ^2 . Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS.

Resultados. La prevalencia de infección por el VIH es del 0,24%, y la prevalencia en el período comprendido entre los años 1984 y 2001, del 0,37%. La mayor incidencia se produce entre los años 1990-1994 (fig. 1)². La conducta de riesgo de transmisión más frecuente es el consumo de drogas por vía parenteral (75,2%), seguido de la transmisión sexual (19,4%), más heterosexual (10,1%) que homosexual (9,3%). Existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$) en el modo de transmisión de la infección por el VIH desde 1984 hasta el año 2001, observándose una tendencia a la disminución de la transmisión por el consumo de drogas por vía parenteral desde el año 1994 con aumento de la transmisión sexual a partir de esa fecha³. El 43,7% de los pacientes se hallan en estadio sida en el momento del diagnóstico, sin que exista diferencia significativa en cuanto al estadio

Figura 1. Incidencia acumulada de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Valores expresados en casos/100.000 habitantes/año.



inmunológico, clínico y CDC93 en que se encuentran los pacientes en el momento en que se diagnostica la infección desde el año 1984 hasta el año 2001.

Discusión y conclusiones. La mayoría de los estudios epidemiológicos existentes hacen referencia a casos de sida y no a la infección por el VIH. Sin embargo, la mayoría de las personas infectadas permanecen vivas y libres de enfermedad⁴.

Desde 1994 se observa una tendencia decreciente en los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. El aumento de la transmisión sexual subraya la necesidad de emprender nuevos esfuerzos de prevención dirigidos, sobre todo, a los jóvenes.

Es fundamental el papel del médico de atención primaria en la detección de las posibles conductas de riesgo de los pacientes y en la realización de la prueba diagnóstica del VIH de forma temprana^{5,6}.

S. Granado de la Orden^a,
G. Gaspar Alonso-Vega^b,
L. Cabello Ballesteros^c
y A.I. González González^c

^aCentro de Salud Juan de la Cierva. Área X. Madrid. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. Getafe. Madrid. ^cGerencia de Atención Primaria. Área X. Madrid. España.

1. Instituto Nacional de Estadística. Datos de población a 1 de enero de 2001, 2002. Disponible en: <http://www.ine.es>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Resumen de la evolución de la epidemia de VIH y sida en España, 1981-1999, 2002. Disponible en: <http://193.146.50.130/sida/vih6.htm>

3. UNAIDS/WHO Working Group en global HIV/AIDS. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Disponible en: <http://unaids.org>
4. López de Munai J, Cámara M, Santamaría JM, Zubero Z, Barai-Etxaburu J, Muñoz J. Características clinicoepidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Med Clin (Barc) 2001; 117:654-6.
5. Castilla J, Noguer I, Belza MJ, Del Amo J, Sánchez F, Guerra F. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por VIH? Aten Primaria 2002;29:20-5.
6. Thomas Mulet V. Actualizaciones clínicas en sida. Aten Primaria 2002;29:305-11.

El programa ATDOM de Raval Nord: análisis descriptivo sobre 10 años de atención domiciliaria

Objetivo. Describir la población de pacientes crónicos a los que se ha prestado atención domiciliaria durante los 10 primeros años (1992-2002) de funcionamiento de un equipo de atención primaria.

Diseño. Estudio longitudinal y descriptivo. **Emplazamiento.** El Equipo de Atención Primaria Raval Nord, ubicado en Ciutat Vella, inició su actividad el 14 de diciembre

Palabras clave: Epidemiología. Infección por el VIH. Sida.

Palabras clave: Atención domiciliaria. Atención primaria. Seguimiento del programa.

de 1992. Actualmente está integrado por 11 unidades básicas asistenciales de medicina general y 2 de pediatría, repartidas en turnos de mañana y tarde. Cada unidad básica asistencial, que consta de un médico y un diplomado en enfermería, presta asistencia en el centro 4 días a la semana y dedica el quinto día a la asistencia a domicilio tanto espontánea como programada. Además, el personal de enfermería dedica otro día de la semana a tiempo parcial a esta actividad.

Participantes. Se ha incluido en el estudio a 1.357 pacientes crónicos a los que se ha prestado asistencia domiciliaria, todos los registrados entre mayo de 1994 (fecha de inicio del programa de atención domiciliaria ATDOM) y diciembre de 2002.

Mediciones. Mediante fichas de control y evaluación se han analizado variables referentes tanto a las características de los pacientes (edad, sexo, estado civil, demanda y criterio de inclusión, grupo diana, patología predominante, grado de autonomía, estado mental, soledad-compañía, condiciones de vivienda y tiempo de inclusión en el programa) como a las visitas realizadas (motivo, tiempo y tipo de visita, profesional que acude al domicilio). Cuando el paciente era alta del programa, se analizó su causa. Asimismo, se ha calculado la tasa anual de frecuentación de visitas domiciliarias según cada profesional, utilizando el indicador de intensidad de ATDOM (número de visitas dividido por el número de

meses que los pacientes permanecieron anualmente en el programa, y todo ello multiplicado por 12). La valoración de la capacidad física se ha realizado mediante el índice de Katz¹, mientras que la del estado cognitivo se ha efectuado mediante el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer².

Resultados principales. Durante el período de seguimiento de 104 meses se ha prestado atención domiciliaria a 1.357 pacientes crónicos. Un 18% de ellos estaba ingresado en residencias del mismo barrio, mientras que otro 18% vivía solo. Aunque el 64% restante vivía acompañado en su piso, un 33% lo hacía con personas mayores de 60 años. Existe un claro predominio ($p < 0,001$) del sexo femenino (68,3%), que se da sobre todo a partir de los 75 años (relación varones:mujeres en menores de 35 años de 6:5; 35-64 años de 57:25; 65-74 años de 102:89; 75-84 años de 146/353, y en pacientes de 85 años de edad o mayores de 119:455). Predomina el estado civil de viudedad (50,7%), seguido de casados (32,1%), solteros (14,8%) y otros (2,4%), existiendo diferencias según el sexo ($p < 0,001$). Entre los casados predominan los varones (61,0%), mientras que entre los solteros destacan las mujeres (69,4%). Respecto al estado de viudedad existe un claro predominio de las mujeres (87,1%). La edad media \pm desviación estándar es de 82 ± 11 años, y se aprecian diferencias

($p < 0,001$) según el sexo (mujeres: 84 años; varones: 77 años).

El grupo diana de inclusión en el programa era: patología crónica (78,4%), enfermos terminales (7,9%), demencias (6,3%), atención domiciliaria transitoria (5,7%) y usuarios en grupos de riesgo (1,7%). El número de enfermos y el promedio de meses que han estado incluidos en el programa anualmente se detallan en la tabla 1. Respecto a las 1.091 altas (80,4%) del programa destaca que 194 pacientes (14,3%) ingresaron en residencias y centros sociosanitarios fuera de nuestra zona, 130 (9,6%) se trasladaron de domicilio, 116 (8,5%) recuperaron su anterior autonomía y 570 (42,0%) fallecieron. En los 81 casos restantes (6,0%) se desconocía la causa de alta.

La demanda de asistencia domiciliaria la realizó en la mayoría de los casos la familia (61%) o el mismo Equipo de Atención Primaria (26%), mientras que del 13% restante en la mitad de los casos fueron los servicios sociales los que avisaron. El motivo de visita más frecuente fue el seguimiento del paciente (60%), y en un 75% de los casos su duración fue de 15-30 min. El 31,7% de los pacientes eran hipertensos y un 17,8%, diabéticos. Las patologías más predominantes fueron los problemas cardiovasculares (24,0%), osteoarticulares (17,1%), neurológicos (16,1%), endocrinos (12,7%), respiratorios (7,2%), neoplásicos (7,1%), digestivos (5,2%), urológicos (4,7%), psiquiátricos (3,4%), y otros (2,5%). Un 27,4% de los pa-

TABLA 1. Atención domiciliaria durante el período mayo 1994-diciembre 2002

Enfermos crónicos domiciliarios	Mayo 1994-1995	Mayo 1995-1996	Mayo 1996-1997	Mayo Diciembre 1997-1998	Diciembre 1998-1999	Diciembre 1999-2000	Diciembre 2000-2001	Diciembre 2001-2002
N.º global de pacientes	494	503	468	523	378	363	326	352
Pacientes nuevos		152	124	205	74	105	86	117
N.º acumulado de pacientes	494	646	770	975	1.049	1.154	1.240	1.357
Promedio de meses en programa	7	8	8,5	10,8	8,8	8,3	9	8,8
Altas del programa	143	159	150	219	120	123	91	86
Defunciones	85	83	80	113	53	55	50	51
Ingresos	26	34	22	31	20	29	15	17
Curaciones	11	25	15	17	9	17	11	11
Cambios de domicilio	13	12	16	36	23	13	10	7
Otros	8	5	17	22	15	9	5	0
Activos al final del período	351	344	318	304	258	240	235	266

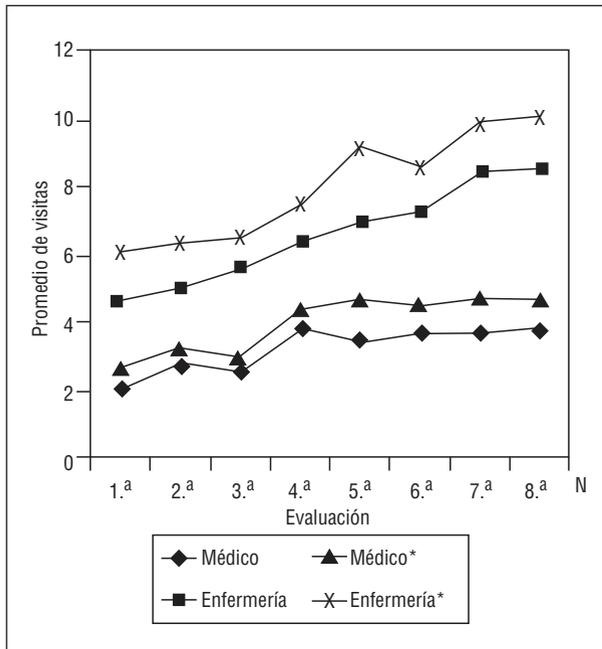


Figura 1. Visitas anuales por paciente. *Con la ayuda del PADES.

cientes tenían algún tipo de incontinencia esfinteriana mientras que menos de un 5% de los pacientes presentaron úlceras por decúbito. El 76% de los edificios donde vivían estos enfermos no disponía de ascensor. El promedio de habitaciones y personas en los domicilios fueron de 3 y 2,2, respectivamente. En un 25% de los domicilios había animales domésticos, y un 38% no disponía de baño completo. La distribución de los cuidadores identificados era: hijos/hijas (31%), remunerados (24%), cónyuge (18%), padres (3%), vecinos (4%), otros familiares (12%) y otros (8%).

Un 10,9% de los pacientes eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz G), un 58,9% presentaba dependencia de forma parcial (índices de Katz B: 22,6%; C: 13,1%; D: 6,6%; E: 4,1%; F: 7,8%, y H: 4,7%), mientras que un 30,2% eran independientes en todas las actividades (índice de Katz). Un 54,1% de los pacientes no presentaron alteraciones en el test mental, en tanto que tenían deterioro leve un 16,4%, moderado un 9,7% y grave un 19,8% (en un 4,1% de los casos impracticable).

En la figura 1 se puede observar el indicador de intensidad de ATDOM tanto para las visitas médicas como para las de enfermería, teniendo en cuenta la ayuda del equipo de soporte de atención domiciliaria (PADES). Finalmente, es importante re-

marcar que la vacunación antigripal osciló entre el 70 y el 75%, y el porcentaje de pacientes visitados en más de 3 ocasiones a los que se administró la vacuna antitetánica aumentó progresivamente (desde el 15 al 65%).

Discusión y conclusiones. Se caracteriza por ser una población muy envejecida y con una alta mortalidad, que requiere asistencia domiciliaria continuada³. Durante estos 10 años se han logrado la mayor parte de los objetivos prefijados. Respecto a la intensidad de ATDOM, el objetivo del programa era asegurar que el indicador fuera de 2-3 visitas/año para el personal médico y de 4-6 visitas/año para el personal de enfermería, sin contar los pacientes que vivían en las residencias del barrio. Estos objetivos se superaron claramente en los últimos años, especialmente si se tiene en cuenta la ayuda del PADES. Por otra parte, las condiciones de una gran parte de las viviendas del barrio condicionan la elevada demanda de asistencia domiciliaria⁴. Se ha desarrollado durante este período un programa de ayudas técnicas que permite la cesión de diferentes materiales (sillas, caminadores, muletas, elevadores de inodoro, camas articuladas, etc.) para mejorar el grado de autonomía de nuestra población senil dependiente. Los cuidadores predominantes⁵ eran mujeres de mediana edad (hijas), seguidos por personas remuneradas y muje-

res de edad avanzada (esposas). Asimismo, los profesionales de nuestro centro han desarrollado los proyectos «Cuidem els cuidadors informals» y «Riscos de la llar».

Debemos aclarar que todo el trabajo de atención domiciliaria llevado a cabo en el barrio de Raval Nord durante estos 10 años se realizó antes del inicio del programa «Salut a Casa»⁶, implementado recientemente en la ciudad de Barcelona, que por tanto integra también el programa ATDOM de Raval Nord. Este hecho ha requerido de la consiguiente adaptación de nuestro programa a los objetivos, indicadores y escalas de valoración consensuados para toda la ciudad de Barcelona. Por otra parte, es importante subrayar que la tasa de frecuentación se refiere siempre a visitas domiciliarias; así se evita el sesgo producido por la existencia de visitas esporádicas (no registradas en la ficha) realizadas en el centro cuando un paciente con buena autonomía puede ser acompañado.

J.M. Segura Noguera,
N. Bastida Bastús,
N. Martí Guadaño
y M. Riba Romeva

EAP Raval Nord. CAP Dr. Lluís Sayé.
Barcelona. España.

1. Cruz Jentoft AJ. El índice de Katz. Rev Esp Geriatr Gerontol 1991;26:338-48.
2. Vinyoles E, Recasens JM, Salvador B, Sáez A. La demencia: una visión desde la atención primaria. Aten Primaria 1992; 10:789-93.
3. Contel JC, González M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. Enfermería Clínica 1995;5:205-11.
4. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. Aten Primaria 1997;19:351-6.
5. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria 1998;21:431-6.
6. Institut Català de la Salut. Programa «Salut a Casa». Implementació de l'atenció domiciliària a Barcelona. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2001.

Cuando el riesgo supera el beneficio

Introducción. Cada vez es más frecuente que los médicos de atención primaria hagamos el seguimiento y control de nuestros pacientes que se hallan en tratamiento con acenocumarol (Sintrom®). Esto en ocasiones nos lleva a tener que dar respuesta a situaciones creadas por un tratamiento que generalmente nosotros no hemos indicado.

Caso clínico. Varón de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia mitral y aórtica de carácter ligero con miocardiopatía hipertrófica según ecocardiograma, al que en junio de 1995, al realizarle su médico de familia un análisis de sangre en el estudio de una astenia progresiva, se le detectó un valor de hemoglobina de 5 mg/dl, por lo que se le remitió al hospital de referencia. Allí se le diagnosticó de insuficiencia cardíaca congestiva, desencadenada por anemia ferropénica grave, que a su vez era debida a una angiodisplasia de colon (diagnosticada mediante endoscopia). Se descartó tratamiento local y se pautó hierro oral, tratamiento que se mantuvo hasta el fallecimiento del paciente.

En febrero de 1998 (cuando el paciente tenía 73 años), durante un ingreso hospitalario para estudio de un nódulo pulmonar solitario se le detectaron episodios de fibrilación auricular paroxística, por lo que se decidió su anticoagulación con acenocumarol. Mediante fibrobroncoscopia y biopsia el nódulo pulmonar se filió como carcinoma bronquial; al tratarse de un paciente de alto riesgo operatorio y siendo el nódulo pulmonar pequeño y asintomático, se optó por no intervenir y realizar controles periódicos. A partir de entonces el paciente acudió a urgencias del hospital en varias ocasiones al presentar episodios de descompensación grave de su insuficiencia cardíaca congestiva secundarios a anemia ferropénica, los cuales se hacían cada vez más frecuentes. Los últimos se produjeron en julio de 2001 (hemoglobina, 5,8 mg/dl), en noviembre de 2001 (hemoglobina, 7 mg/dl) y en diciembre de 2001 (hemoglobina, 5,1 mg/dl); en las tres ocasiones se realizó una transfusión.

Cuando el paciente, acompañado de su hija, nos trajo el último informe, en tono de broma le comentamos que iba a acabar con

las existencias del banco de sangre. Él entendió el mensaje y reconoció que estábamos ante una situación bastante desagradable. Llegados a este punto, les planteamos nuestra opinión sobre su situación: *a)* presentaba una fibrilación auricular de origen no valvular, patología en la que se ha demostrado que la anticoagulación oral reduce el riesgo de ictus frente a placebo (*odds ratio* [OR] = 0,39; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,26-0,59)¹; *b)* existe una evidencia moderada respecto al menor número de ictus entre los pacientes con anticoagulación oral (warfarina) que con ácido acetilsalicílico (AAS) (OR = 0,64; IC del 95%; 0,43-0,96). Esta evidencia se hace mayor en personas de más de 75 años (en ese momento nuestro paciente tenía 76), en cuyo caso la reducción absoluta de las tasas de ictus es de 15 por 1.000 personas/año²; *c)* existe una evidencia indicativa de más hemorragias mayores (entre las que podemos incluir la que presentaba nuestro paciente) con anticoagulación oral que con AAS (OR = 1,58; IC del 95%; 0,76-3,27)². En el caso de plantearnos la alternativa de tratar con AAS hemos de tener en cuenta que en un reciente metaanálisis³ sobre su uso en prevención primaria frente a placebo se observó un exceso de riesgo de hemorragia gastrointestinal del 70% (OR = 1,7; IC del 95%, 1,4-2,1), y *d)* en definitiva, para eliminar un potencial riesgo el paciente estaría sometido a un tratamiento que podía llegar a comprometer su vida (el último episodio acaecido en diciembre de 2001 fue francamente dramático para él y la familia). Una vez planteado lo anterior, tanto el paciente como su hija y nosotros mismos consideramos que en este caso lo más razonable era eliminar el riesgo real (hemorragia que se veía agravada por el tratamiento con acenocumarol y que también se agravaría con su alternativa terapéutica, que es el AAS) y asumir el potencial riesgo de ictus secundario a su fibrilación auricular, de un 5% anual aproximadamente⁴. Además, sabíamos que la expectativa de vida del paciente no sería muy prolongada debido a su patología tumoral. En esa misma consulta se decidió suspender la anticoagulación. Desde entonces el paciente siguió tratamiento con hierro oral y, en lugar de controlar su coagulación, pasamos a determinar periódicamente sus cifras de hemoglobina (9,3 mg/dl en marzo de

2002 y 9,5 mg/dl en julio del mismo año), sin que volviera a presentar episodios de insuficiencia cardíaca congestiva secundarios a anemia ni precisar nuevas transfusiones hasta su fallecimiento en noviembre de 2002, a consecuencia del proceso tumoral.

Discusión y conclusión. Este caso debe llevarnos a la reflexión de que en nuestra práctica clínica diaria nos enfrentamos a situaciones en las que hay que tomar decisiones de suma trascendencia para la salud de nuestros pacientes. En este caso, el paciente acudía siempre al mismo hospital y en su historia clínica habría constancia de las sucesivas consultas en urgencias por episodios de anemia aguda, con sus correspondientes transfusiones. A buen seguro que los compañeros que lo atendieron eran conscientes de que el tratamiento con acenocumarol estaba agravando la situación, pero se limitaban a transfundirle y remitirlo a su médico de familia. Y efectivamente somos nosotros quienes, por la situación privilegiada que ocupamos en relación con los pacientes y su familia, debemos ayudarles a tomar estas decisiones mediante un planteamiento científicamente riguroso explicado con claridad al paciente y sus familiares.

M. Blasco Oliete

Médico de familia. EAP Humanes. Área 9.
Madrid. España.

1. Benavente O, Hart R, Koudstaal P, Laupacis A, McBride R. Oral anticoagulants for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transient ischemic attacks (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, 2, 2002. Oxford: Update Software.
2. Segal JB, McNamara RL, Miller MR, Powe NR, Goodman SN, Robinson KA, et al. Anticoagulants or antiplatelet therapy for non-rheumatic atrial fibrillation and flutter (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.
3. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Antithrombotic treatment (I). Clinical evidence. 5th ed. London: BMJ Publishing Group, 2001.
4. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: the Framingham study. N Engl J Med 1982;306:1018-22.

