

Sepsis por PSA

Introducción. De todos es sabido que las actividades de detección precoz de tumores deben realizarse no solamente porque haya una prueba diagnóstica con una adecuada sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo, sino que ésta además debe ser coste-efectiva y, sobre todo, debe demostrar que disminuye la morbimortalidad por esa causa. Por no disponer actualmente de una evidencia científica clara, el PSA es una prueba no recomendada por la mayoría para realizar el cribado sistemático del cáncer de próstata en personas asintomáticas¹. Sin embargo, en la práctica clínica habitual, a veces pasamos por alto los preceptos antes referidos y juzgamos la utilidad para el cribado de un marcador tumoral sólo en función de su sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo, sin pararnos a pensar en todo lo que conlleva su realización.

Caso clínico. Varón de 66 años con antecedentes personales de alergia al huevo e hipercolesterolemia controlada con dieta. Acudió a su médico para realizar el control anual del colesterol y éste decidió (en función de su edad y a pesar de que el paciente no tiene síntomas) solicitar además un PSA. El resultado fue de 11,9 ng/ml, por lo que fue derivado al urólogo, que decidió repetir nuevamente el PSA, con un resultado de 11,6 ng/ml, y añadir un cociente PSA libre/PSA total que fue del 16,03% (índice > 16 sugerente de hiperplasia prostática benigna). Ante estos datos, el urólogo decidió realizar una biopsia prostática, a partir de la cual el paciente comenzó a tener uretrorragia y 3 días después fiebre de 40 °C acompañada de escalofríos y desorientación. El paciente acudió a urgencias, donde se le encontró consciente y algo desorientado, sudoroso, con una temperatura de 39,2 °C, 32 respiraciones/min, 90 lat/min y una presión arterial de 85/35 mmHg. El paciente fue ingresado en situación de shock séptico, iniciándose tratamiento con oxigenoterapia, sueroterapia, dopamina intravenosa y antibióticos de amplio espectro, con buena respuesta al tratamiento y normalización de la tempe-

ratura y la presión arterial en 48 h. No se realizaron hemocultivo ni urocultivo. El resultado de la biopsia fue hiperplasia adenomatosa de próstata.

Discusión. Aunque no se realizaron hemocultivo ni urocultivo y, por tanto, no podemos afirmar que el germen causante del cuadro fuese de origen urinario, la relación temporal con la biopsia prostática hace suponer que esta maniobra diagnóstica causó la sepsis, que pudo ser mortal para el paciente. Podemos decir por ello que la sepsis fue causada por la realización de un PSA. Tras una búsqueda bibliográfica en Medline con las palabras biopsy & prostate & sepsis, hemos encontrado una incidencia de sepsis tras biopsia prostática entre el 0 y el 3%²⁻⁴.

Este episodio nos debe llevar a la reflexión que tras cada decisión médica (incluidas las aparentemente más beneficiosas, como es el diagnóstico precoz de tumores) hay toda una cascada de actuaciones no controladas que se pueden poner en marcha; por ello, todas las decisiones médicas se deben intentar atener a la evidencia científica disponible.

J.N. Villaruel Rodríguez^a,
S. Gonzalo González^b, M. Fuentes
Albacete^a y G.M. Sabugal Rodelgo^b

^aCentro de Salud Legazpi. Área 11. Madrid. España. ^bCentro de Salud San Martín de la Vega. Área 11. Madrid. España.

1. Cierco Peguera P, González Enríquez J, Melús Palazón E, Bellas Beceiro B, Nuin Villanueva M, Marzo Castillejo M. Prevención del cáncer. PAPPs actualización 2003. Aten Primaria. 2003;32 Supl 2:45-56.
2. Crundwell MC, Cooke PW, Wallace DMA. Patients' tolerance of transrectal ultrasound-guided prostatic biopsy: an audit of 104 cases. BJU International. 1999;83:792-5.
3. Sabbagh R, McCormack M, Peloquin F, Faucher R, Perreault JP, Perrotte P, et al. A prospective randomized trial of 1-day versus 3-day antibiotic prophylaxis for transrectal guided biopsy. Can J Urol. 2004;11:2216-9.
4. Lindert KA, Kabalin JN, Terris MK. Bacteriemia and bacteriuria after transrectal ultrasound guided prostate biopsy. J Urol. 2000;164:76-80.

Probable insuficiencia cardíaca por rofecoxib

Introducción. Desde hace unos años disponemos de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) rofecoxib y celecoxib (coxib), autorizados para el tratamiento sintomático de la artrosis y la artritis reumatoide pero cuyo papel terapéutico no está definitivamente aclarado.

Caso clínico. Mujer de 66 años, alérgica a la estreptomina y la tetraciclina, que presentaba una toxicodermia relacionada con metotrexato. Entre sus antecedentes personales destacaban una tuberculosis a los 18 años, artritis reumatoide, hemorragia digestiva secundaria a AINE, osteopenia y nefrolitiasis. Había sido intervenida de colecistectomía y amigdalectomía. Actualmente estaba en tratamiento con carbonato de calcio, raloxifeno 60 mg, prednisona 5 mg, y omeprazol y rofecoxib 25 mg. Acudió a la consulta por presentar desde hacía 2 semanas una disnea progresiva hasta hacerse de moderados esfuerzos que empeoraba en la cama, lo que le obligaba a incorporarse, así como accesos de tos sin expectoración, sobre todo nocturna, sensación de «hinchazón» generalizada con predominio en la cara, las manos y las piernas, y anorexia sin alteración del ritmo deposicional ni oliguria. Había presentado un aumento de peso objetivado de 4 kg y cefalea con sensación de atontamiento, sobre todo frontal. Los datos de la exploración física fueron: presión arterial 180/80 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lat/min, temperatura axilar 36,2 °C y SatO₂ del 95%. Presentaba buen estado general, con la facies abotargada, normohidratada y normocoloreada. La auscultación cardíaca era normal y en la pulmonar se apreciaban ligeros crepitantes en la base. En las extremidades se observaban edemas sin fovea en ambas piernas hasta las rodillas y pulsos pedios palpables y simétricos; no se encontraron los tibiales debido a que el edema dificultaba la exploración. La exploración neurológica, cervical y abdominal no apor-

Palabras clave: PSA. Biopsia prostática. Sepsis.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Antiinflamatorios no esteroideos. Inhibidores de la ciclooxigenasa 2. Efectos adversos.

tó ningún dato. Se realizaron una analítica con hemograma, una determinación de la coagulación (incluido fibrinógeno y dímero D) y una bioquímica general, con resultados normales. En la radiografía de tórax se apreciaban casquetes apicales bilaterales, con 2 pequeños nódulos de densidad calcio en el lóbulo superior derecho, similares a los de las radiografías previas secundarias a la tuberculosis antigua. En el electrocardiograma se apreciaba ritmo sinusal con una frecuencia cardíaca de 80 lat/min y un complejo QRS de 30°, sin alteraciones de la repolarización. Ante la sospecha de insuficiencia cardíaca, según los criterios de Framingham, y la presencia de edemas en probable relación con la toma de rofecoxib, este fármaco fue retirado y se notificó una posible reacción adversa medicamentosa al Servicio de Vigilancia Farmacológica; se pautó torasemida 10 mg (1 comprimido diario) y se citó a la paciente para una nueva revisión. A los 10 días desaparecieron la disnea, la tos, la sensación de atontamiento y la cefalea, así como los edemas, objetivándose una pérdida de peso de 4 kg y una presión arterial de 125/75 mmHg que se mantuvo con posterioridad. A los 10 días de la primera consulta se le realizó una ecocardiografía transtorácica cuyos hallazgos estaban dentro de la normalidad.

Discusión y conclusiones. Los coxib conjugan la eficacia antiinflamatoria de los AINE clásicos derivada de la inhibición de la COX-2 sin los efectos adversos producidos por la inhibición de la COX-1 (sobre todo gastrointestinales). Sin embargo, estas ventajas teóricas, en la práctica no están del todo claras. Se ha observado que su eficacia antiinflamatoria es similar a la de los AINE más utilizados, con un menor riesgo de complicaciones gastrointestinales graves, al menos a medio plazo, pero no está claro el posible riesgo cardiovascular que presentan. Su uso está contraindicado en la insuficiencia cardíaca congestiva grave (por la posible retención de líquidos y la producción de edemas), por lo que se deben utilizar con precaución en pacientes hipertensos y controlar estrechamente el INR si se asocian con anticoagulantes orales. Entre sus posibles reacciones adversas no debe descartarse la posibilidad de signos o síntomas de hipertensión arterial,

palpitaciones, edemas, insuficiencia cardíaca, insuficiencia ventricular izquierda o infarto agudo de miocardio (excepcional). Los coxib no son sustitutivos de la aspirina en profilaxis cardiovascular debido a su falta de efecto antiplaquetario. Es sabido que el consumo de AINE se asocia con un aumento del riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva, pero se dispone de pocos datos sobre los coxib en este sentido. En un reciente estudio de cohortes se compara la incidencia de insuficiencia cardíaca congestiva en pacientes tratados con celecoxib, rofecoxib y AINE no selectivos con no consumidores de AINE, y se encontró un aumento significativo en la incidencia de ingresos por insuficiencia cardíaca con rofecoxib y AINE clásicos, pero no con celecoxib. Además, en el grupo de los coxib y AINE clásicos aumentó el inicio de uso de medicación antihipertensiva y para la insuficiencia cardíaca respecto a los no consumidores de AINE. En el caso que comentamos, coincidiendo con la toma de rofecoxib hubo una importante aparición de edemas y podría hablarse de insuficiencia cardíaca como síndrome clínico según los criterios de Framingham, que no se confirmó por ecocardiograma. También desapareció la cefalea y la sensación de atontamiento. Con esto queremos recordar que, en algunos aspectos, los coxib pueden presentar un mejor perfil de seguridad, pero que también los mismos efectos adversos que el resto de los AINE. Por ello, debemos ser prudentes en su uso y estar atentos a la posibilidad de reacciones adversas inesperadas, tanto más cuando no se evalúen correctamente los efectos que pudieran derivarse de la inhibición prolongada de la COX-2.

F. J. García Nicolás

Centro de Salud de Viana. Viana.
Navarra. España.

1. McKee FA, Castelli WP. The natural history of congestive heart failure: The Framingham study. *N Engl J Med.* 1971;285:1441-6.
2. Aguado P. Nuevos AINE: inhibidores de la COX-2. *Boletín de Información Terapéutica de Navarra.* 2002,10(2).
3. Muharrnad M, David N. Cyclo-oxygenase-2 Inhibitors versus non-selective

non-esteroidal anti-inflammatory drugs and congestive heart failure outcomes in edelry patients. A population-based cohort study. *Lancet.* 2004;363:1751-6.

4. Debabrata M, Steven E. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 Inhibitors. *JAMA.* 2001;286:954-9.
5. Page J, Henry O. Consumption of NSAIDs and the development of congestive heart failure in edelry patients. An underrecognized public health problem. *Arch Intern Med.* 2000;160:777-84.
6. Farmacovigilancia: notas informativas. Inhibidores de la COX-2: riesgos cardiovasculares. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.* 2000;24:145.

Atención domiciliaria: un día en la vida de estos pacientes

Objetivo. Conocer las actividades habituales de una muestra de pacientes crónicos domiciliarios y relacionarlas con variables sociodemográficas, el perfil del cuidador y la valoración clínica y funcional.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Pacientes en programa de atención domiciliaria (ATDOM) de ámbito rural y urbano.

Participantes. Un total de 134 pacientes encuestados en 8 centros de asistencia primaria urbanos y 4 rurales.

Mediciones. Encuesta con las siguientes variables: sociodemográficas, perfil del cuidador, escalas de Barthel, Pfeiffer y Yesavage, limitaciones sensoriales, manipulación y deambulacion, y listado de actividades lúdicas.

Resultados. El 71,6% de los encuestados vivía en el ámbito urbano, mientras que el 28,4% restante vivía en el ámbito rural. Había un claro predominio de mujeres (61,9%) respecto a varones (38,1%). La edad media era de 82,2 ± 8,9 años, con un rango de edad de 42-100 años. Un 12,7% de los encuestados vivía solo, mientras

Palabras clave: Atención domiciliaria. Ocio. Atención primaria.

TABLA 1 Actividades lúdicas de 134 pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria

Actividad	Mañana	Tarde	Noche	Madrugada	Festivo
Ver televisión/vídeo	40,7	78,5	40,0	3,0	77,0
Escuchar radio	28,9	24,4	17,0	2,2	33,3
Leer revistas/periódicos	24,4	17,0	5,2	0,7	28,9
Recibir visitas	23,7	39,3	7,4	0,7	60,0
Dormir	21,5	37,0	58,5	60,0	60,0
Realizar ejercicios	20,0	13,3	0,7	0,0	14,1
Cocinar	18,5	7,4	7,4	0,0	14,8
Rezar	10,4	3,7	16,3	0,7	31,1
Coser	8,1	10,4	1,5	0,0	9,6
Manualidades	8,1	8,9	0,0	0,0	6,7
Peluquería	7,4	1,5	0,0	0,0	1,5
Pintar	5,9	5,9	0,0	0,0	4,4
Jardinería	3,7	5,9	0,7	0,0	4,4
Jugar ajedrez y otros juegos	2,2	2,2	0,0	0,0	8,1
Realizar crucigramas	0,7	4,4	1,5	0,0	4,4
Navegar internet	0,0	0,0	0,7	0,0	0,7
Coleccionar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Hablar con teleasistencia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras actividades	8,9	8,1	1,5	0,7	8,1

que el 87,3% vivía en compañía. Predominaba el estado civil de viudedad (viudos 47,8%, casados 44,0%, solteros 6,7% y separados 1,5%). El nivel educativo de los pacientes encuestados era limitado según los estudios realizados (no lee ni escribe 23,9%, estudios primarios 66,4%, bachillerato 8,2%, título superior 1,5%). Los cuidadores de los usuarios eran mujeres en su mayoría (mujeres 80,6%, varones 19,4%) y su relación con el paciente era la siguiente: hijos 44,4%, cónyuges 25,6%, hijos políticos 2,3%, padres 1,5%, vecinos 0,8%, remunerados 9,8% y otros 15,8%.

El 45,9% de los pacientes presentaba una escala de Yesavage sugestiva de depresión. Un porcentaje importante de pacientes refería alteraciones visuales (71,1%), auditivas (56,3%), en la manipulación de las manos (41,8%) y en la deambulación (22,4%). El promedio del índice de Barthel era de $65,1 \pm 24,7$, mientras que la media del número de errores del test SPMSQ de Pfeiffer era de $3,5 \pm 1,4$. Era frecuente la pluripatología (cardiovascular 56,7%, respiratoria 23,1%, osteoarticular 49,3%, psiquiátri-

ca 17,9%, neurológica 20,1%, metabólica 25,4%, uroginecológica 20,9% y otros 22,4%) y la toma de medicación (cardiovascular 67,9%, respiratoria 20,9%, analgésicos 50,0%, antidepresivos 18,7%, ansiolíticos 21,6%, uroginecológica 8,2% y otro tipo de medicación 26,1%)

De las actividades registradas (tabla 1) destacan por las mañanas: escuchar la radio (28,9%), leer (24,4%) y realizar ejercicio físico (20,0%); por las tardes predominaban ver la televisión (78,5%), dormir (37,0%) y recibir visitas (39,3%), mientras que durante las noches rezaba el 16,3%. En los días festivos se incrementaban las actividades de rezar (31,1%) y recibir visitas (60,0%). Destacan un mayor número y más variedad de actividades en el ámbito rural y una mayor relación social. En comparación, son más frecuentes ($p < 0,05$) en el ámbito rural las actividades de pintar, realizar manualidades, cuidar el jardín, rezar y recibir visitas. Coser, y escuchar la radio se relaciona con ser mujer y vivir solo ($p < 0,05$). A mayor grado de autonomía y capacidad cognitiva, se lee, se escucha la radio y se cocina más ($p < 0,05$). La presencia de limi-

taciones sensoriales y manuales condiciona la realización de algunas actividades. Así, ciertas limitaciones sensoriales condicionan menos ver la televisión y escuchar menos la radio. Cuanto mayor es la habilidad manual, más se cose, se cocina y se lee ($p < 0,05$).

Discusión. Recrearse es una necesidad para el ser humano. La disminución de las capacidades sensoriales o de la agilidad de las personas puede limitar la elección y duración de las actividades de diversión y ocio. Desde el grupo de Atención Domiciliaria (ATDOM) de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFc) ya describimos la situación en nuestro ámbito respecto a la atención domiciliaria¹. En esta ocasión nos propusimos realizar un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer las actividades habituales de una muestra de pacientes en el programa ATDOM² y relacionarlas con las variables sociodemográficas, la valoración clínica y funcional, y el perfil del cuidador³.

Dentro de nuestra actividad asistencial habitual, a menudo debemos atender a pacientes recluidos en su domicilio como consecuencia de las diversas enfermedades invalidantes. El seguimiento de la valoración global de estos pacientes⁴ por el equipo multidisciplinario nos permite conocer su entorno familiar y las actividades recreativas que este tipo de pacientes realizan en sus domicilios. Cabe destacar un mayor número y más variedad de actividades en el ámbito rural, con una mayor relación social. La presencia de limitaciones sensoriales y manuales condiciona la realización de ciertas actividades, hechos que se deben intentar paliar mediante un adecuado seguimiento⁵.

Finalmente, queremos recalcar 2 aspectos. En primer lugar, hemos encontrado mayores limitaciones en las actividades realizadas en comparación con las halladas en estudios similares realizados en la vejez⁶ y no centrados como el nuestro en los pacientes crónicos domiciliarios. Por otra parte, en el futuro sería interesante profundizar en el estudio de la supuesta relación descrita entre la satisfacción que extraemos de cierta actividad y la naturaleza de dicha actividad, para así conocer mejor las actividades que

aportan más significado a la vida de las personas mayores⁶.

J.M. Segura Noguera, en representación del Grupo ATDOM* de la SCMFIC

*ATDOM: S. Lancho Lancho (ABS Raval Nord), E. Maroto Martínez (ABS Sant Martí), M. Marsà Carretero (ABS Pare Claret), N. Martí Guadaño (ABS Raval Nord), N. Moral Ajado (ABS Penedès Rural), R.B. Muñoz Muñoz (ABS La Salut), J.M. Segura Noguera (ABS Raval Nord), P. Babi Rourera (ABS La Pau), M. Beltran Vilella (ABS Cassà), I. Castellà Dagà (ABS Girona-2), F. Cegri Lombardo (ABS Vía Barcino), I. González Díaz (ABS Morera-Pomar) y M. Guerrero Gancedo (ABS Raval Sud).

1. Grupo ATDOM de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? *Aten Primaria*. 2003;31:473-9.
 2. Contel JC, González M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. *Enfermería Clínica*. 1995;5:205-11.
 3. Rubio Montañés ML, Sánchez Ibáñez A, Ibáñez Estella JA, Galve Royo F, Martí Talens N, Mariscal Bernal J. Perfil medicosocial del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria*. 1995;16:181-6.
 4. Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M, Marsà M, Lancho L. Características y análisis de la supervivencia de las personas atendidas en el programa de atención domiciliaria del área básica de salud Raval Nord, Barcelona, 1993-2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:581-94.
 5. Programa Salut a Casa. Implementació de l'atenció domiciliària a Barcelona. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2001.
 6. Villar F, Triadó C, Osuna MJ. Rutinas cotidianas en la vejez: patrones de actividad e influencia del sexo y la edad. *Rev Mult Gerontol*. 2003;13:29-36.
-