

## Intoxicaciones accidentales en niños en el Hospital General de Requena (1997-2002)

**Introducción.** Los medicamentos, los productos químicos, los productos de limpieza y los objetos más variados pueden ser ingeridos o causar toxicidad en los niños. La morbilidad por este tipo de accidentes es lo suficientemente importante como para mantener un estado continuo de alerta para que la población no baje la guardia en cuanto a medidas preventivas se refiere.

Los accidentes en los cuales se ven involucrados niños generan una especial sensibilidad en la sociedad, más aún cuando éstos hubieran podido ser evitados, como ocurre con la gran mayoría de las intoxicaciones accidentales.

La prevención de este tipo de accidentes pasa por el establecimiento de una cultura de la prevención en el ambiente familiar donde haya niños. La utilización de tapones o cierres a prueba de niños es una medida preventiva que no siempre puede ser utilizada (medicamentos para ancianos) y, en todo caso, no sustituye nunca a las medidas de prevención lógicas, que consisten en mantener los productos tóxicos lejos del alcance de los niños.

**Materiales y métodos.** El Servicio de Urgencias y el Servicio de Farmacia del Hospital General de Requena mantienen desde el año 1997 un programa de detección, análisis y registro de todos los ingresos hospitalarios por problemas relacionados con la medicación (PRM). En el caso de la población pediátrica, el programa de ingresos hospitalarios por PRM (IPRM) amplía el campo de detección a los problemas relacionados con cualquier producto químico.

La detección de los casos de IPRM se realiza mediante la revisión sistemática del libro de registro del servicio de urgencias, donde son recogidos los motivos de visita a este servicio del hospital, la notificación voluntaria por parte del personal sanitario

del centro y la revisión de la base de datos HIGIA que utiliza el servicio de admisión para el registro de los ingresos hospitalarios codificados mediante el CIE-9MC. Los casos son analizados a partir de los datos recogidos de la historia clínica del paciente considerando el criterio médico, explícitamente recogido, como suficiente para aceptación de imputabilidad.

**Resultados.** En los 6 años que comprende el período 1997-2002 han sido detectados 55 casos de ingesta accidental en niños, 28 niños y 27 niñas. De los 55 casos, 26 se vinculan con la ingestión de medicamentos (47%), en 13 ocasiones (23,6%) el accidente se produjo por la ingestión de la propia medicación del niño, en 10 de las cuales el paracetamol en solución fue el fármaco implicado (16%). En las otras 13 ocasiones el medicamento ingerido era de familiares adultos. En 20 de los accidentes el producto ingerido fue un producto de utilización para la limpieza de la casa (36,4%), y cabe destacar que en 9 de los casos fue por ingestión de lejía. Los 9 casos restantes (16%) conforman un grupo heterogéneo en el que se encuentran dos casos por ingestión de raticida, alcohol, colonia, aceite mentolado, pegamento..., en una prueba de la capacidad infinita de este grupo de población para sorprendernos con las intoxicaciones más imprevisibles.

El rango de edad de la población afectada osciló entre uno y 6 años, con una media de 2,25 años. La frecuencia de casos por edad de los niños afectados se presenta en la figura 1.

De los 55 casos, sólo 12 (22%) requirieron estancia hospitalaria superior a 24 h, que ocasionaron 25 días de hospitalización. Uno de los accidentes, provocado por la ingestión de detergente industrial, requirió el traslado al hospital de referencia, dada la gravedad del caso, y no fue contabilizado como ingreso en nuestro centro hospitalario.

**Discusión y conclusiones.** Como se puede apreciar, el rango de edad donde se producen estos accidentes con mayor frecuencia se encuentra entre uno y 3 años, con una clara disminución conforme el niño supera los 4 años de edad. Este resultado coincide con lo reportado por Scavenius<sup>3</sup>, que establece como edad crítica para este tipo de accidentes la comprendida entre uno y

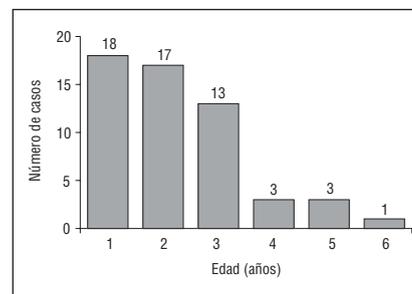


FIGURA 1. Número de accidentes por edades.

4 años, y por Lamireau et al<sup>1</sup>, que encuentran un 80% de los casos en niños menores de 5 años. Roncevic y Konstantinidis<sup>4</sup>, no obstante, cifran en 4,7 años la edad media en la que se producen este tipo de accidentes con más frecuencia.

Prácticamente la mitad de los casos se han producido con medicamentos y, a su vez, en la mitad de esos casos el medicamento involucrado ha sido el del propio niño, con especial incidencia del paracetamol en solución, un medicamento con un potencial toxicológico hepático importante. Por tanto, el 16% del total de casos se debió a la ingestión de paracetamol en solución. Este dato coincide aproximadamente con el 20% ofrecido por Mintegi<sup>6</sup> para este tipo de intoxicación en niños menores de 5 años.

En las intoxicaciones por productos domésticos destaca la alta incidencia de ingestión de lejía. Este hecho nos sugiere que cualquier producto doméstico puede ser ingerido por un niño y que, por tanto, hay que extremar al máximo las precauciones con los productos peligrosos disponibles en las viviendas donde haya niños pequeños.

El objetivo primordial del programa de ingresos por problemas relacionados con la medicación, implementado en nuestro hospital, es fundamentalmente la prevención de los accidentes evitables, en este caso todos.

El equipo que sostiene el programa estableció que una campaña de información a la población general era el método más adecuado para mentalizar a la sociedad de que hay que poner el máximo interés en evitar que los niños tengan acceso a productos tóxicos. Las medidas adoptadas fueron: realización de charlas monográficas a las asociaciones de amas de casa, charlas en centros de jubilados e información de los casos producidos a los profesionales de

**Palabras clave:** Accidentes. Intoxicación. Niños.

la sanidad en los centros de salud. De hecho, el programa IPRM sirve de nexo de unión con los médicos de atención primaria, ya que el origen de los problemas con los medicamentos que llegan al servicio de urgencias se genera en el ámbito ambulatorio y, por tanto, es en atención primaria donde deben implementarse las medidas correctoras y preventivas.

Las medidas aportadas por la industria farmacéutica, como los envoltorios de seguridad de los preparados de aspirina en Estados Unidos, han podido reducir en un 34% la mortalidad en niños por ingesta accidental de este medicamento<sup>5</sup>. Este tipo de medidas deberían ser adoptadas en los envases de productos domésticos con un potencial tóxico claro. No obstante, una campaña de educación para evitar el reenvasado doméstico de productos tóxicos en botellas propias de bebidas habituales (agua, cerveza, etc.) sería también muy conveniente.

**B. Boscá Sanleón<sup>a</sup>, J.L. Marco Garbayo<sup>b</sup>, E. Robles Pastor<sup>c</sup> y M.A. San Martín Ciges<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital General de Requena. <sup>b</sup>Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia del Hospital General de Requena.

<sup>c</sup>Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General de Requena. Valencia, España. <sup>d</sup>Especialista en Farmacia Hospitalaria. Farmacéutica de Atención Primaria.

1. Lamireau T, Llanas B, Kennedy A, Fayon M, Penouil F, et al. Epidemiology of poisoning in children: a 7-year survey in a paediatric emergency care unit. *Eur J Emerg Med* 2002; 9:9-14.
2. Lifshitz M, Gavrilov V. Acute poisoning in children. *Med Assoc J* 2002;2:504-6.
3. Scavenius M. Acute poisoning in childhood. 607 admissions during a 5-year period to a Danish pediatric department. *Ugeskr Laeger* 1991;14:153:183-6.
4. Roncevic N, Konstantinidis G. Acute poisoning in children in Vojvodina. *Arh Hig Rada Toksikol* 1991;42:225-33.
5. Rodgers GB. The effectiveness of child-resistant packaging for aspirin. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:929-33.
6. Mintegi Raso S. Epidemiología de las intoxicaciones pediátricas. En: Casado Flores J, editor. Cuadernos de urgencias pediátricas en atención primaria. Madrid: Ediciones Ergon, S.A., 2002; p. 14.

## Escalas clínicas en pacientes con esclerosis múltiple en atención primaria

**Introducción.** La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica desmielinizante, la causa más frecuente de discapacidad neurológica de adultos jóvenes<sup>1,2</sup>. Las formas clínicas se agrupan en dos grandes grupos: remitentes recidivantes (RR) y crónicas progresivas (CP)<sup>3</sup>.

**Objetivo.** Conocimiento clínico-epidemiológico y principales limitaciones de pacientes con EM. El uso de la Expanded Disability Status Scale (EDSS) por el médico de familia.

**Palabras clave:** Esclerosis múltiple. Discapacidad. EDSS.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal, mediante entrevista y exploración física personal.

**Emplazamiento.** Área de Salud de Cuenca.

**Participantes.** Pacientes con el diagnóstico de EM en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

**Mediciones principales.** Se utilizó la EDSS (tabla 1), validada universalmente para evaluar la discapacidad en enfermos diagnosticados de EM<sup>4,5</sup>.

**Resultados.** De los 41 pacientes estudiados, 26 eran mujeres. La edad media fue de 40,34 ± 12,19 años. El 46,3% presentaba forma RR, con edad media de 34,4 años, respecto a las formas CP, con una edad media de 45. La edad media de diagnóstico fue de 32,12 ± 9,46; en formas RR con medias de 28 años respecto a CP con 35 años. Los síntomas más frecuentes de ini-

0,0	Exploración neurológica normal
1,0	Sin discapacidad, signos mínimos en un sistema funcional (SF) <sup>a</sup>
1,5	Sin discapacidad, signos mínimos en más de un SF
2,0	Discapacidad mínima en un SF
2,5	Discapacidad mínima en dos SF
3,0	Discapacidad moderada en un SF o leve en 3 o 4
3,5	Discapacidad moderada en un SF y leve en 1 o 2 SF
4,0	Discapacidad grave en un SF o moderada en varios SF
4,5	Ciertas limitaciones para realizar actividad plena o necesitar ayuda mínima. Anda unos 300 m sin ayuda
5,0	Discapacidad que afecta la actividad diaria habitual. Puede andar unos 200 m sin ayuda
5,5	Discapacidad que impide la actividad diaria habitual. Puede andar unos 100 m sin ayuda
6,0	Necesita ayuda unilateral (bastón, muleta) para andar unos 100 m
6,5	Necesita ayuda bilateral constante
7,0	Limitado esencialmente a permanecer en silla de ruedas unas 12 h; puede desplazarse sólo en la silla de ruedas
7,5	Limitado a permanecer en silla de ruedas, puede desplazarse sólo con ella aunque no todo el día
8,0	Limitado esencialmente a estar en cama o sentado o ser traslado en silla de ruedas. Utiliza las manos eficazmente
8,5	Limitado a estar en cama gran parte del día, utiliza las manos parcialmente, necesita ayuda para aseo personal
9,0	Encamado y no válido, puede comunicarse y comer
9,5	Encamado y no válido total, incapaz de comunicarse y de comer eficazmente
10	Muerte por la enfermedad

<sup>a</sup>Sistemas funcionales neurológicos evaluados para obtener puntuación en el EDSS: funciones piramidal (valora de 0 a 6), cerebelosa (0-5), tronco cerebral (0-5), sensitiva (0-6), vesical e intestinal (0-6), visual (0-6), mental (0-5) y otras (0-3).

cio fueron parestesias (51,2%) y pérdida de fuerza (34,1%), y fueron también los de mayor frecuencia durante la evolución, con porcentajes del 73,2% ambos. Cuando se presentó ataxia al inicio, el 90% de éstos evolucionaron a forma CP ( $p < 0,008$ ) y, por tanto, presentaron una mayor discapacidad. La media de EDSS fue de  $3,4 \pm 3,22$ , con diferencias estadísticamente significativas entre medias de formas RR (0,9) y CP (5,5) ( $p < 0,001$ ). Un 61% tenía un EDSS  $< 6$ , es decir, deambulaban sin ayuda (todas las formas RR y un 27,3% de las CP). Refiere limitaciones por la enfermedad un 63,4%; para deambular, un 46,3%, y miccionales, un 19,5%. Requiere ayuda en las actividades de la vida diaria un 41,5% de los afectados.

**Discusión y conclusiones.** El perfil epidemiológico coincide con el referido en la bibliografía: adultos jóvenes de predominio femenino<sup>1,2</sup>. Los síntomas más frecuentes de presentación fueron las parestesias y la pérdida de fuerza, como en otras series<sup>5</sup>. La ataxia, al inicio, demostró ser un síntoma de mal pronóstico al evolucionar la mayoría de los afectados a formas CP, y actuó como un marcador de mal pronóstico, al igual que en otros estudios<sup>6</sup>. El EDSS se presenta como una buena escala para valorar la discapacidad de enfermos con EM, con una buena correlación según las formas clínicas, RR con menores valores de EDSS y discapacidades, respecto a CP con mayores puntuaciones y aficciones. En conclusión, encontramos que la EDSS es una escala que debe ser conocida por el médico de familia, para poder evaluar los cambios evolutivos en los pacientes con EM.

A. Moraleda Borlado<sup>a</sup>, F. González Martínez<sup>b</sup>, T. Encabo Solanas<sup>c</sup> y S. Navarro Gutiérrez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Júcar. Cuenca. España.

<sup>b</sup>Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Especialista en Neurología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

<sup>c</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Sigüenza. Guadalajara. España.

<sup>d</sup>Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

1. Fernández O, Fernández VE. Esclerosis múltiple. Madrid: Fundación Española de Esclerosis Múltiple, 2000.
2. Ramo Tello C, Uclés A. Vivir con esclerosis múltiple. *Continua Neurológica* 1999;2:11-22.
3. Fernández O, Fernández VE. Esclerosis múltiple: una aproximación multidisciplinaria. Madrid: Asociación Española de Esclerosis Múltiple, 1994.
4. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983;33:1444-52.
5. Martín Ozaeta G, Hernández Regadera JJ, Arrizu Urdiain T. Formas clínicas y evolutivas. Diagnóstico y escalas en la esclerosis múltiple. *Medicine* 1998;7:4320-8.
6. Lublin FD, Reingold SL, for the National Multiple Sclerosis Society (USA). Advisory Committee on Clinical trials of New Agents in Multiple Sclerosis. Defining the clinical course of multiple sclerosis. Results of an international survey. *Neurology* 1996;46:907-11.

## Síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH) asociado a sertralina

**Introducción.** Los inhibidores de la recaptación de serotonina pertenecen a un grupo de fármacos ampliamente utilizados para el tratamiento de trastornos depresivos. En los últimos 10 años su uso se ha generalizado para procesos depresivos menores, debido a la seguridad y la tolerancia<sup>1</sup>. Sin embargo, estos fármacos presentan efectos adversos potencialmente graves<sup>2</sup>. En la población anciana<sup>3</sup>, se han observado cuadros de hiponatremia e hipoosmolaridad compatibles con el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH)<sup>4</sup>, que se resolvieron tras suspender la administración del fármaco.

**Palabras clave:** Sertralina. Síndrome de secreción inadecuada de ADH (SIADH). Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

**Caso clínico.** Mujer de 86 años de edad, con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), en tratamiento con salbutamol y beclometasona inhalados; hemorragia digestiva por ulcus, en tratamiento con almagato y ranitidina, y síndrome depresivo desde hace 4 meses (115 días), en tratamiento con sertralina, 50 mg/día.

Es remitida al servicio de urgencia de nuestro hospital por su médico de cabecera, por presentar un cuadro de desorientación temporoespacial, agitación psicomotriz y dificultad para el habla. Dos días antes la paciente había presentado varios episodios de náuseas que cedieron espontáneamente. Al ingreso se realiza una analítica con los siguientes resultados: Na, 120 mmol/l; K, 3,9 mmol/l; Cl, 87 mmol/l; glucosa, 104 mg/100 ml; urea, 22 mg/100 ml, osmolaridad sanguínea 255 mosmol/kg; Na urinario, 129 mol/l, K urinario, 3,7 mol/l, y osmolaridad urinaria 437 mosmol/kg. Exploración física: afebril, constantes normales, sin semiología sugestiva de insuficiencia cardíaca. Pruebas complementarias: en la analítica las hormonas tiroideas y el cortisol basal estaban dentro de los parámetros normales. La tomografía computarizada craneal no presentó alteraciones patológicas. Tras la retirada de la sertralina, la restricción hídrica y el suero hipertónico, se normalizaron las alteraciones hidroelectrolíticas y la paciente mejoró de su sintomatología en 3 días.

**Discusión y conclusiones.** La hiponatremia y la hipoosmolaridad compatibles con un síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética es un efecto adverso descrito con los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina<sup>1-4</sup>. Este efecto parece ser más frecuente en las edades superiores a los 60-65 años<sup>4</sup>, donde, además, el uso concomitante de fármacos que provocan alteraciones hidroelectrolíticas, como los diuréticos, es más frecuente.

Sería aconsejable, sobre todo en la atención primaria de salud, monitorizar los valores de electrolitos en todos los pacientes que comienzan un tratamiento con este amplio grupo de fármacos antidepressivos, al me-

nos en las primeras semanas después de su inicio (2-4 semanas).

**A. Hervás Angulo<sup>a</sup>, J. Sánchez Álvarez<sup>b</sup>, Lozano A. Ancín<sup>b</sup>, M.A. Arizcuren Domeño<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Centros de Salud del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Navarra. España.

<sup>b</sup>Hospital Virgen de Camino. Pamplona (Navarra). España.

1. Nelson JC. Safety and tolerability of the new antidepressants. *J Clin Psychiatr* 1997;58(Suppl 6):26-31.
2. Seetle EC. Antidepressant drug: disturbing and potentially dangerous adverse effects. *J Clin Psychiatr* 1998;59(Suppl 16):25-30.
3. Pollock BC. Adverse reactions of antidepressants in elderly patients. *J Clin Psychiatr* 1999;60(Suppl 20):4.
4. Liu BA, Mittman N, Knowlows R, Shear NH. Hyponatremia and the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone associate with the use of selective serotonin reuptake inhibitors: a review of spontaneous reports. *Can Med Assoc* 1996;155:51-27.

## Situación funcional después de fractura de cadera en el anciano

Presentado en el XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y X Congrès de la Societat Catalanobalea de Geriatria i Gerontologia, celebrado en Barcelona, los días 7-10 de junio de 2000. Distinguido con el premio FHOEMO a la mejor comunicación oral sobre el tema Osteoporosis y enfermedades relacionadas.

**Objetivo.** Conocer cuántas personas mayores del Área de Salud del Bierzo que sufrieron una fractura de cadera durante 1998 fallecieron en el período de 6 meses y un año, en qué situación funcional quedan

**Palabras clave:** Fractura de cadera. Mortalidad. Situación funcional. Institucionalización. Ancianos.

las restantes y cuántas han sido institucionalizadas.

**Diseño.** Estudio retrospectivo de una cohorte.

**Emplazamiento.** Hospital del Bierzo (Ponferrada, León).

**Participantes.** Todos los pacientes con diagnóstico al alta de fractura de cadera (código CIE-9 820) en el período de 1998 en el Hospital del Bierzo. Se ha excluido a los pacientes menores de 60 años, las fracturas patológicas, los reingresos por fractura de la otra cadera o por otras causas relacionadas con dicho código en ese período. También se retiró a los pacientes que no pudieron ser localizados (10 personas). La población incluida es de 210 pacientes. El contacto lo realiza una misma persona mediante llamada telefónica, visita domiciliaria o, en caso negativo, revisión de historia clínica (sólo se revisaron 3 historias). Se usa un protocolo estructurado en el que se recogen las siguientes variables de datos previos al ingreso, durante la hospitalización y posteriores a la misma, siempre de forma retrospectiva: sexo, edad en el momento de la fractura, índice de Katz inmediatamente anterior al ingreso, a los 6 meses y al año, así como la institucionalización y la mortalidad en esos mismos períodos.

La situación funcional se valora en función del índice de Katz: A-B, buena situación funcional; C-D-E, regular situación funcional; F-G, mala situación funcional.

La institucionalización se ha considerado como los pacientes que salieron de alta a residencias o a centros de larga estancia.

**Resultados.** La población incluida es de 210 pacientes. La edad media es de 82,2 ± 7,75 años. La tasas de mortalidad y de la situación funcional se exponen en la tabla 1. La situación funcional se expresa en grupos según el índice de Katz. Lo mismo ocurre con las tasas de institucionalización.

**Discusión.** Se trata de un estudio retrospectivo con las limitaciones que esto pueda suponer; existe una pérdida de 10 sujetos con los que no fue posible contactar. La proporción de mujeres es muy elevada (en torno al 80%), lo que puede modificar los resultados del estudio. Además, no existe un grupo control. En este estudio se observa una mortalidad al año del 24,3%. Esta mortalidad es muy elevada para este grupo de población. Al compararla con los datos publicados en el libro *Geriatria XXI*, la tasa de mortalidad anual entre los mayores españoles para una edad de 80 años y para ambos sexos se estima en torno al 6% (el 7,7% en varones y el 4,5% en mujeres). Para una edad de 85 años esta tasa se estima en un 10,6%. Todos estos datos sugieren ampliamente el aumento de mortalidad que las fracturas de cadera provocan.

**Análisis de la situación funcional.** En este estudio observamos que se pasa de una situación buena o muy buena (Katz, A o B) en las tres cuartas partes de la población antes de la fractura (73,8%) a sólo uno de cada tres (35,8%) al cabo de un año. ¿Qué situación tendrían al año si no hubieran sufrido una fractura? Probablemente la misma o similar con una ligera disminución, pero no de forma tan acentuada. Según el estudio Toledo, la proporción de personas mayores de edades entre 80 y 85 años que viven en sus domicilios, con independencia para las actividades básicas de la vida diaria (medidas por el índice de Katz), es del 63,5%. Si tenemos en cuenta que para que un paciente mayor pueda mantenerse en su domicilio de forma independiente, necesita una situación funcional muy buena; si no es capaz de bañarse, asearse o vestirse, difícilmente podrá permanecer viviendo de forma autónoma, salvo que cuente con ayudas. La institucionalización aumenta tras la fractura, aunque en pequeña proporción. En torno al

	Ingreso, n (%)	6 meses, n (%)	12 meses, n (%)
Fallecimiento	13 (6,19)	32 (15,2)	51 (24,28)
Índice de Katz A-B	155 (73,8)	74 (35,3)	74 (35,2)
Índice de Katz C-D-E	30 (14,3)	54 (25,7)	36 (17,2)
Índice de Katz F-G	25 (11,9)	50 (23,8)	49 (23,3)
Total	210	210	210
Institucionalización	19 (9)	35 (16,6)	30 (14,3)

15% de los mayores son institucionalizados. El área del Bierzo, como la mayor parte de España, presenta un grave déficit de camas de media estancia para la recuperación de ancianos con fractura de cadera, así como importantes deficiencias en el apoyo domiciliario, centros de día, etc., lo que implica una mayor sobrecarga sobre sus familiares, sus médicos y el personal de atención primaria. Todos estos factores tienen una importante repercusión personal, familiar, social y económica.

J. Pérez-Jara<sup>a</sup>, B. Gómez Salvador<sup>b</sup>,  
J. Amador Mellado<sup>c</sup>  
y A. Enuix Armada<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Valoración Geriátrica. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. <sup>b</sup>MIR de Familia. Atención Primaria. Área de Salud del Bierzo. Ponferrada. León. <sup>c</sup>Servicio de Traumatología. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León. España. <sup>d</sup>Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Carmen Severo Ochoa. Cangas de Narcea. Asturias. España.

1. Knobel H, Díez A, Arnau J, Ibáñez I, Campodarve A, Supervía X, et al. Secuelas de la fractura osteoporótica de fémur en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1992; 98:441-4.
2. Koval KJ, Skovron ML, Aharonoff GB, Zuckerman JD. Predictors of functional recovery after hip fracture in the elderly. *Clin Orthop* 1998;348:22-8.
3. Kitamura S, Hasegawa Y, Suzuki S, Sasaki R, Iwata H, Wingstrand H, et al. Functional outcome after hip fracture in Japan. *Clin Orthop* 1998;348:29-36.
4. Svensson O, Stromberg L, Öhlén G, Lindgren U. Prediction of the outcome after hip fracture in elderly patients. *J Bone Joint Surg* 1996;78:115-7.
5. Guillén Llera F, Ribera Casado JM. Geriatria XXI. Edimsa, 2000. Madrid.

## Utilidad de sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil secundaria a antidepresivos

Fuente de Financiación: Estudio médico independiente financiado por los autores

**Palabras clave:** Antidepresivos. Disfunciones eréctil. Depresión.

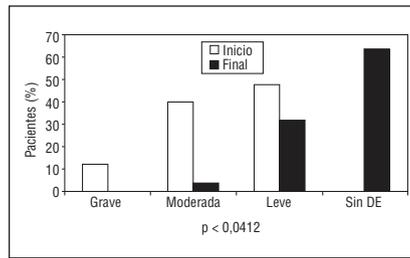


Figura 1. Cambios en la función eréctil tras 3 meses de tratamiento. DE: disfunción eréctil.

con el apoyo logístico de Laboratorios Pfizer.

Presentado como comunicación al VII Congreso Español de Sexología (Sevilla, 7-10 de noviembre de 2002); recibió el segundo Premio de Investigación.

**Objetivo.** Conocer el resultado de la intervención con sildenafil en la disfunción eréctil (DE) provocada por el uso de antidepresivos, su tolerancia y eficacia tras 3 meses de seguimiento.

**Diseño.** Estudio abierto, prospectivo, multicéntrico, observacional, con una rama de tratamiento.

**Emplazamiento.** Atención primaria.

**Participantes.** Un total de 55 pacientes varones (de 18-70 años) que con la toma de fármacos antidepresivos (73%, ISRS; 17%, otros) desarrollan una DE relacionada con su uso y proporcionan su consentimiento a participar en el estudio. La función sexual previa a la toma de antidepresivos era «normal» y satisfactoria y no recibían medicación concomitante ni padecían enfermedad concurrente que afectase la función sexual.

**Intervenciones.** Los pacientes mantuvieron, durante los 3 meses que duró el estudio, al menos 4 relaciones sexuales (dos antes de la sexta semana) previa toma de 50 mg de sildenafil, pasando a dosis de 100 mg desde la sexta semana si no mejoraba su respuesta sexual. Cumplimentaron un diario para valorar su función eréctil en relación a la toma o no de sildenafil.

**Mediciones principales.** Diagnóstico de DE: Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos<sup>1</sup> (PRSexDQ) e Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)<sup>1,2</sup>. Valoración de la evolución clínica: PRSexDQ e IIEF, escalas de impresión clínica global (EICG) con puntuaciones de 1 (mejor) a 7 (peor) sobre: gravedad de la

enfermedad depresiva, gravedad de la disfunción sexual (DS), mejoría de la depresión y mejoría de la DS, diario del paciente. Análisis estadístico descriptivo: t de Student, McNemar y  $\chi^2$ .

**Resultados.** Finalizan el estudio 54 pacientes (98,1%). Se produjo un abandono (a la sexta semana) por problemas económicos. Se constató una mejoría muy significativa de la DE ( $p < 0,0001$ ) en PRSexDQ (muy manifiesta en tolerancia a la DS) e IIEF. EICG mejoría de enfermedad: 2,2 (bastante mejor), EICG mejoría de DS: 1,3 (mucho mejor). La tasa de éxitos para los intentos de actividad sexual con sildenafil medido por el diario del paciente, fue del 93%, y sin él del 65% ( $p < 0,001$ ). Se realizaron 3,36 intentos al mes, el 95% con sildenafil. Se mantuvo la eficacia en el cambio de la función eréctil tras 3 meses de seguimiento (fig. 1). No se produjeron efectos adversos graves.

**Discusión y conclusiones.** La DE es un efecto indeseado frecuente en el tratamiento con antidepresivos<sup>1,2</sup>. Se conoce poco sobre la evolución de los pacientes que sin clínica previa de DE la desarrollan tras la toma de estos fármacos<sup>1</sup>. En ese sentido, en nuestro estudio sildenafil resultó ser eficaz y bien tolerado en la DE provocada por los antidepresivos, y mantuvo la mejoría tras 3 meses de seguimiento. Durante el tratamiento los pacientes manifestaron una mejoría significativa en la impresión clínica global de la depresión.

S. Sánchez Froilán<sup>a</sup>,  
R. Albelda Viana<sup>b</sup>, M.A. García Ferrando<sup>c</sup>, J. Mir Pizá<sup>d</sup>, R. Solbes<sup>e</sup>  
y A.L. Montejo González<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Doctor en Medicina, Médico de Familia, C.S. Rotglá. Valencia. <sup>b</sup>Médico de Familia, C.S. Xàtiva. Valencia. <sup>c</sup>Médico de Familia, C.S. Mislata. Valencia. España. <sup>d</sup>Médico de Familia, C.S. Marratxí. Mallorca. España. <sup>e</sup>Médico de Familia, C.S. República Argentina. Valencia. España. <sup>f</sup>Psiquiatra, H. Clínico Universitario Salamanca. España.

1. Montejo AL, García M, Espada M, Rico-Villademoros F, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28-3:141-50.

2. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49-6:822-30.
  3. Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Quirk F, Mayton MC, Mishra A, et al. Some developments on the International Index of Erectile function (IIEF). *Drug Information J* 1999;33:179-90.
  4. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of Sexual Dysfunction associated to different antidepressant agents. A 5-year prospective and multicentric study in 1022 patients. *J Clin Psychiatry* 2001;62:10-21.
  5. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA. Antipsicóticos y afectación de la respuesta sexual. En: *Psicofármacos y función sexual*. Madrid: Díaz de Santos, 2000; p. 111-7.
  6. Nurnberg HG, Gelenberg A, Hargreave TB, Harrison WM, Siegel RL, Smith MD. Efficacy of sildenafil citrate for the treatment of erectile dysfunction in men taking serotonin reuptake inhibitors. *Am J Psychiatry* 2001;158:1926-8.
-