

Se presenta el caso de un varón de 73 años, que como antecedentes es bebedor moderado, fumador de puros e hipertenso con buen control. Desde hacía algunos años acudía a consultas de oftalmología por cataratas bilaterales. El día que acude a urgencias, el paciente tenía prevista una facoexéresis del ojo derecho, por lo que inicia pauta preparatoria para la cirugía con colirio de tropicamida. Tras varias dosis del mismo (10 mg cada hora, habiendo recibido 3 dosis) y de manera brusca, comienza con un comportamiento anormal y confusión en las habilidades prácticas y lenguaje incoherente. Por este cuadro es trasladado al servicio de urgencias por sus familiares. Una vez en el mismo, el paciente presenta una exploración física normal, habiendo revertido los síntomas descritos. Con la sospecha diagnóstica de AIT de localización hemisférica izquierda, el paciente es valorado por la guardia de neurología. Se realizan estudios dentro del protocolo hospitalario de la unidad de AIT que incluyeron Holter de 24 h de duración, estudio dúplex transcraneal y analítica completa incluyendo serologías infecciosas y VSG que fueron normales. En el Doppler de troncos supraaórticos se objetivó ateromatosis, sin estenosis significativa, de ambos árboles carotídeos. El paciente fue dado de alta tras 24 h de observación estando asintomático.

La estrecha relación temporal entre el comienzo de los síntomas y la instilación de tropicamida apoya un vínculo fisiopatológico entre ambos procesos. La absorción de los colirios anticolinérgicos empieza por una difusión simple a través de la córnea y la conjuntiva, y ocurre media hora tras la instilación de la misma. En modelos animales se ha demostrado su eliminación por la orina, 5 h después³. Se han publicado múltiples casos de pacientes con estado mental alterado, en relación con toma de anticolinérgicos, y los médicos de atención primaria son conscientes de los efectos adversos provocados por estos fármacos cuando se administran por vía sistémica. Sin embargo, el potencial de los colirios oftálmicos para producir este tipo de reacciones suele pasar desapercibido^{4,5}.

Se debería considerar siempre una correcta y completa anamnesis de la medicación domiciliar actual y reciente del paciente en este tipo de situaciones clínicas. Este caso refleja la importancia del conocimiento de los posibles

efectos adversos de los fármacos tópicos para considerarlos dentro del diagnóstico diferencial de un paciente con focalidad neurológica de instauración brusca y de duración limitada.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fuentes B, Gállego J, Gil-Nuñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al., por el Comité *ad hoc* del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Guías para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (II). Recomendaciones según subtipo etiológico. *Neurología*. 2014;29:168–83.
2. Dutta D, Bowen E, Foy C. Four-year follow-up of transient ischemic attacks, strokes, and mimics: A retrospective transient ischemic attack clinic cohort study. *Stroke*. 2015;46:1227–32.
3. Khurana AK, Ahluwalia BK, Rajan C, Vohra AK. Acute psychosis associated with topical cyclopentolate hydrochloride. *Am J Ophthalmol*. 1988;105:91.
4. Falbe WJ, Boyd DL. Homatropine-associated confusion in an elderly patient. *J Am Geriatr Soc*. 1988;36:649.
5. Jiménez-Jiménez FJ, Alonso-Navarro H, Fernández-Díaz A, Adeva-Bartolomé MT, Ruiz-Ezquerro JJ, Martín-Prieto M. Efectos neurotóxicos inducidos por administración tópica de ciclopléjicos. Caso clínico y revisión de la bibliografía. *Rev Neurol*. 2006;43:603–9.

Carmen García-Cabo^{a,*}, Marta Sánchez^b y Julio Pascual^a

^a Área de Neurociencias, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: c.garciacabo@gmail.com

(C. García-Cabo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.009>

Respuesta de los autores



Author's reply

Sr. Editor:

Aitor Alquézar Arbé¹ et al. señalan que el hecho de ingresar por insuficiencia cardiaca (IC) aguda puede ser una variable relacionada directamente con la mortalidad, que sería interesante poder disponer de la variable «episodio de insuficiencia cardiaca aguda» ya que plantean la hipótesis de que

los pacientes con IC crónica, que presentan un episodio de IC aguda que motiva un ingreso en un hospital, son un subgrupo de pacientes con peor pronóstico, mayor mortalidad, y que deberían recibir un seguimiento específico ambulatorio dirigido a mejorar su calidad de vida y su pronóstico. No solo compartimos plenamente dicha hipótesis, sino que la hemos convertido en pregunta de investigación.

El objetivo de este estudio es analizar el efecto que tiene tener una hospitalización en la supervivencia de los pacientes con IC seguidos en atención primaria (AP). Para este trabajo se ha utilizado la base de datos que previamente se ha descrito², a la que se incluyó información sobre las altas por IC de dichos pacientes en el Hospital Clínico Universitario San Carlos, el hospital de referencia del área 7. Se trata de un estudio observacional longitudinal de seguimiento de

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.011>

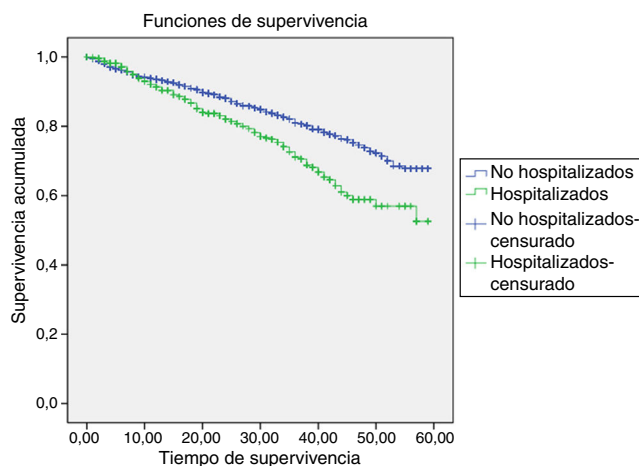


Figura 1 Modelo de Kaplan-Meier de supervivencia.

una cohorte retrospectiva. El periodo de estudio comprende desde el 1 de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre de 2010.

La supervivencia se analizó utilizando las curvas de Kaplan-Meier, según si los pacientes tuvieron o no un ingreso hospitalario. Para identificar los factores asociados a la mortalidad se utilizó el modelo de riesgos proporcionales de Cox, indicando el *hazard ratio* (HR) y su intervalo de confianza al 95%.

En este grupo se identificaron 3.061 pacientes incidentes con IC, con una media de edad de 76 años, y en el que el 17,5% tuvo al menos una hospitalización en el periodo de seguimiento. Los resultados del análisis de supervivencia indican que se produce una separación significativa entre las curvas de los pacientes que tuvieron y los que no tuvieron una hospitalización ($\log \text{rank} = 19,3$; $p < 0,001$), siendo la media de supervivencia de 49,8 meses (49,0-50,6) para pacientes no hospitalizados, y de 45,4 (43,4-47,4) para los que fueron hospitalizados (fig. 1). La edad (HR = 1,04; 1,03-1,05), el estar diagnosticado de cardiopatía isquémica (HR = 1,35; 1,07-1,71) o de diabetes (HR = 1,30; 1,08-1,58), y haber sido hospitalizado (HR = 1,65; 1,33-2,06), mostraron ser factores asociados con mayor riesgo de mortalidad en la cohorte. Los factores con efecto protector fueron ser mujer (HR = 0,72; 0,60-0,87), haber recibido la vacuna de la gripe todos los años del seguimiento (HR = 0,02; 0,00-0,06), tener radiografías (HR = 0,82; 0,75-0,89) o analíticas en AP (HR = 0,97; 0,95-0,99), y la prescripción de IECA (HR = 0,69; 0,57-0,84), ARA-II (HR = 0,79; 0,64-0,99) o estatinas (HR = 0,78; 0,61-0,99).

Estos datos confirman la hipótesis de que los episodios de reagudización que conducen a la hospitalización de los pacientes con IC representan un importante riesgo para su

supervivencia, y reflejan la importancia de establecer procedimientos para identificar a los pacientes con riesgo de un ingreso hospitalario y plantear un seguimiento específico para evitar su descompensación y, en definitiva, reducir su mortalidad.

Aunque este trabajo presenta la limitación de que no recoge información sobre los pacientes atendidos en urgencias que son dados de alta sin ingreso hospitalario, estos resultados reflejan como la integración de la información clínica recogida en los distintos niveles asistenciales, en este caso atención hospitalaria y atención primaria, no solamente puede ofrecer importantes oportunidades para la gestión clínica, sino también para la evaluación de servicios de salud y la investigación sobre efectividad y resultados³. Este modelo de integración de la información ofrece una visión más «real» de la IC, poniendo de manifiesto que se trata de un síndrome más heterogéneo de lo que los registros de base hospitalaria sugieren, en el que existirían diversos perfiles clínicos, con numerosos factores participando en su desarrollo y evolución clínica⁴. Esta integración de la información clínica debe convertirse en una de las claves para superar la brecha entre AP, atención especializada y urgencias, y conseguir la continuidad asistencial que la multidimensionalidad de la IC requiere⁵.

Bibliografía

1. Alquézar Arbé A, et al. Supervivencia en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca. *Aten Primaria*, doi:10.1016/j.aprim.2015.09.011
2. Sarría-Santamera A, Prado-Galbarro FJ, Martín-Martínez MA, Carmona R, Gamiño Arroyo AE, Sánchez-Piedra C, et al. Supervivencia de pacientes con insuficiencia cardiaca en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:438-45.
3. Martín Martínez MA, Alférez RC, Escortell Mayor E, Rico Blázquez M, Sarría Santamera A. Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *Aten Primaria*. 2011;43:117-24.
4. Bueno H. La insuficiencia cardiaca aguda en España: certezas e incertidumbres. *Emergencias*. 2015;27:7-8.
5. Sandín Vázquez M, Conde Espejo P, Sarría Santamera A. Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43: 620-1.

Antonio Sarría-Santamera*, Francisco J. Prado Galbarro, Isabel del Cura González y Sofia Garrido Elustondo

Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asarrria@isciii.es (A. Sarría-Santamera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.011>