

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 far-

dos Unidos, han podido reducir en un 34% la mortalidad en niños por ingesta accidental de este medicamento⁵. 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^a, J.L. Marco Garbayo^b, E. Robles Pastor^c y M.A. San Martín Ciges^d

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias del Hospital General de Requena. ^bEspecialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia del Hospital General de Requena.

^cResidente de Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital General de Requena. Valencia, España. ^dEspecialista 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^{1,2}. Las formas clínicas se agrupan en

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

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.

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-

TABLA 1. Expanded Disability Status Scale (EDSS), modificada y resumida

0,0	Exploración neurológica normal
1,0	Sin discapacidad, signos mínimos en un sistema funcional (SF) ^a
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 trasladado 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

^aSistemas funcionales neurológicos evaluados para obtener puntuación en el EDSS: funciones piramidal (valor 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^{1,2}. Los síntomas más frecuentes de presentación fueron las parestesias y la pérdida de fuerza, como en otras series⁵. 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 estudios⁶. 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^a, F. González Martínez^b, T. Encabo Solanas^c y S. Navarro Gutiérrez^d

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valverde del Júcar. Cuenca. España.

^bMédico adjunto del Servicio de Urgencias. Especialista en Neurología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Sigüenza. Guadalajara. España.

^dMédico 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 tolerancia¹. Sin embargo, estos fármacos presentan efectos adversos potencialmente graves². En la población anciana³, se han observado cuadros de hiponatremia e hipoosmolaridad compatibles con el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH)⁴, 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 serotonina¹⁻⁴. Este efecto parece ser más frecuente en las edades superiores a los 60-65 años⁴, 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-