

Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Cuestionario de adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. [consultado 15 Ene 2015]. Disponible en: www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419
2. Corduras Martínez A, del llano Señaris J, Caicoya Gomez-Moran M. La diabetes tipo 2 en España: Estudio crítico de la situación. Madrid. 2012. [consultado 14 Oct 2015]. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia
3. König J, Holtfreter B, Kocher T. Periodontal health in Europe: Future trends based on treatment needs and the provision of periodontal services-position paper 1. *Eur J Dent Educ.* 2010;14:4-24.
4. Llodra Calvo JC. Encuesta Nacional de Salud Oral de España 2010. *RCOE.* 2012;17:13-46.
5. Stanko P, Holla LY. Bidirectional association between diabetes mellitus and inflammatory periodontal disease. A review. *Biomed Pap Med Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2014;158:35-8.
6. García Carrillo M, Ramírez Ruiz CE, Sánchez Murillo SD, Álvarez Aguilar C, Gómez Alonso C, Gómez García A. Oral problems in type 2 diabetes mellitus [Article in Spanish]. *Aten Primaria.* 2008;40:586-7.

Miguel Ángel Tapias Ledesma^{a,*}, Carmen Gallardo Pino^b, Ángel Gil de Miguel^b y Valentín Hernández Barrera^b

^a Centro de Salud El Soto, Móstoles, Madrid, España

^b Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguelangel.tapias@urjc.es (M.Á. Tapias Ledesma).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.11.007>

Fracturas de cadera y consumo de psicofármacos en un centro de salud urbano



Hip fractures and use of psychotropic drugs in an urban health centre

Sr. Editor:

Las fracturas de cadera constituyen un importante problema de salud pública en la población anciana, con repercusiones sanitarias (incremento de morbilidad y deterioro funcional), económicas y asistenciales (aumento del grado de dependencia e institucionalización)^{1,2}. La mayor incidencia de fracturas en esta población se debe, tanto a factores ligados al envejecimiento (disminución de la coordinación neuromuscular, deterioro de la visión, de la audición, presencia de osteoporosis,...), como a factores relacionados con polimedicación y consumo crónico de psicofármacos.

Los psicofármacos (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos y antipsicóticos) se asocian con múltiples problemas de salud (alteraciones del equilibrio, disminución de la capacidad de alerta, demencia, osteoporosis, problemas cardiovasculares,...) y, también, con un aumento del riesgo de caídas, que finalmente podrían ser la causa precipitante de las fracturas³⁻⁶.

Este estudio se diseñó con el objetivo de analizar la posible asociación entre toma crónica de psicofármacos y aparición de fracturas de cadera en la población del centro de salud La Paz, Badajoz. Se incluyeron los pacientes ≥ 18 años, con una historia clínica y con un diagnóstico de fractura de cadera realizado en el servicio de urgencias de traumatología del hospital de referencia, entre 2007-2013. Para el análisis de datos se utilizó el paquete SPSS® v.22.0.

El centro atiende a 26.980 habitantes (18,5% ≥ 65 años; 53,6% mujeres), predominantemente de clase media. Se incluyeron 73 pacientes con fractura de cadera, correspondiendo un 75,3% a mujeres (55 pacientes). La edad media

fue de $78,3 \pm 12,6$ años ($80,9 \pm 9,8$ en mujeres y $70,2 \pm 16,6$ en varones; $p < 0,05$). El 79,5% de las fracturas acaecieron en pacientes ≥ 70 años y el 16,4% (12 fracturas) en pacientes ≥ 90 años, todos ellos mujeres. En los varones, el 61,1% de las fracturas se presentaron en los ≥ 70 años frente al 85,5% de ellas, que ocurrieron en mujeres de ese grupo etario ($p < 0,05$).

La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades y déficits sensoriales (tabla 1) revela que el 67,1% de la población era hipertensa, el 43,8% tenía alguna enfermedad cardiovascular, el 30,1% enfermedades osteoarticulares y el 16,4% osteoporosis (18,2% de las mujeres y 11,1% de los varones; $p = 0,482$).

La toma de psicofármacos estaba registrada en el 50,7% de los pacientes, destacando una mayor prescripción en mujeres (58,2 vs. 27,8%; $p < 0,05$), a expensas fundamentalmente de benzodiazepinas (47,3 vs. 22,2%; $p = 0,053$). Sin embargo, solamente un 19,2% de los pacientes tenía recogido en su historia clínica un diagnóstico que justificase tal prescripción (tabla 1).

En resumen, los pacientes que sufrieron fractura de cadera fueron predominantemente mujeres, con edades medias de 80,9 años y elevado consumo previo de psicofármacos (58,2%), fundamentalmente de benzodiazepinas (47,3%). Estos datos apoyan el importante papel de los psicofármacos en el origen de las fracturas en ancianos, posiblemente al incrementar el riesgo de caídas³⁻⁶. Una causación en reverso, esto es que la toma de psicofármacos fuese posterior y no previa a la fractura, se descartó, al haber sido prescritos al menos un año antes de la fractura. Los resultados también sugieren, que la importancia de la osteoporosis quizás esté sobredimensionada, por diferentes razones, entre otras por la amplia disponibilidad de fármacos en un contexto social de polimedicación.

Este estudio tiene las limitaciones propias de los estudios observacionales y las relativas a la muestra analizada, aunque dado que la fractura de cadera es una enfermedad limitante, es poco probable que existan pacientes que no hayan sido trasladados al hospital para confirmación diagnóstica y tratamiento.

Tabla 1 Perfil general de la población con fracturas de cadera

	Total (n = 73)	Mujeres (n = 55)	Varones (n = 18)	Valor de p
Edad; (años)	78,3 (12,6)	80,9 (9,8)	70,2 (16,6)	< 0,05
Fumadores; n (%)	8 (11,0)	4 (7,3)	4 (22,2)	0,078
Hipertensión arterial; n (%)	49 (67,1)	39 (70,9)	10 (55,6)	0,229
Dislipemia; n (%)	28 (38,4)	20 (36,4)	8 (44,4)	0,541
Diabetes mellitus; n (%)	14 (19,2)	11 (20,0)	3 (16,7)	0,755
Obesidad; n (%)	10 (13,7)	7 (12,7)	3 (16,7)	0,673
Enfermedad cardiovascular; n (%)	32 (43,8)	24 (43,6)	8 (44,4)	0,952
Enfermedad osteoarticular; n (%)	22 (30,1)	17 (30,9)	5 (27,8)	0,802
Enfermedad neurológica; n (%)	21 (28,8)	14 (25,5)	7 (38,9)	0,274
Déficit auditivo; n (%)	5 (6,8)	5 (9,1)	0 (0)	0,185
Déficit visual; n (%)	16 (21,9)	8 (14,5)	8 (44,4)	< 0,05
Osteoporosis; n (%)	12 (16,4)	10 (18,2)	2 (11,1)	0,482
Trastorno de ansiedad y/o depresión; n (%)	14 (19,2)	12 (21,8)	2 (11,1)	0,317
Consumo de psicofármacos; n (%)	37 (50,7)	32 (58,2)	5 (27,8)	< 0,05
Consumo de benzodiacepinas; n (%)	30 (41,1)	26 (47,3)	4 (22,2)	0,053
Consumo de ISRS; n (%)	14 (19,2)	11 (20,0)	3 (16,7)	0,755
Consumo de otros antidepresivos; n (%)	8 (11,0)	5 (9,1)	3 (16,7)	0,239
Consumo de neurolépticos; n (%)	4 (5,5)	4 (7,3)	0 (0)	0,236

Los valores se expresan como media (desviación estándar) o número de pacientes (porcentaje).
ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

En conclusión, estos resultados sugieren una asociación entre psicofármacos y fracturas de cadera, sobre todo en mujeres, animando a una prescripción juiciosa de los psicofármacos en general, y de las benzodiacepinas en particular, con una duración limitada del tratamiento, como recomiendan las guías de práctica clínica.

Bibliografía

1. Serra JA, Garrido G, Vidán M, Marrañón E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19:389–95.
2. Dy CJ, McCollister KE, Lubarsky DA, Lane JM. An economic evaluation of a systems-based strategy to expedite surgical treatment of hip fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 2011;93:1326–34.
3. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47:30–9.
4. Hugenholtz GW, Heerdink ER, van Staa TP, Nolan WA, Egberts AC. Risk of hip/femur fractures in patients using antipsychotics. *Bone*. 2005;37:864–70.

5. Da Silva Gama ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82:43–56.
6. Kenny RA, Rubenstein LZ, Tinetti ME, Brewer K, Cameron KA, Capezuti EA, et al., Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:148–57.

Francisco Luis Pérez Caballero, Fátima Mora Monago, José María Tena Guerrero y Francisco Buitrago*

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario La Paz, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fbuitragor@gmail.com (F. Buitrago).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.010>

Ojo con los colirios oftálmicos en pacientes con accidente isquémico transitorio



Keep an eye on transient ischaemic attacks in patients treated with eyedrops

Sr. Editor:

Se entiende por accidente isquémico transitorio (AIT) a aquellos síntomas focales neurológicos de duración menor

a 24 h, cuya causa presumible es la isquemia cerebral¹. Su diagnóstico es clínico, y en principio no se basa en ningún test específico. Los AIT son un signo de alarma vital previo al ictus, y suponen una oportunidad a la hora de una intervención terapéutica. Sin embargo, existen pacientes con síntomas focales neurológicos transitorios no atribuibles a isquemia cerebral, son los conocidos como AIT *mimics*. Habitualmente suelen darse en pacientes con una edad media menor a los que presentan verdaderos AIT, pero también están descritos en pacientes de edad avanzada y, en ocasiones, relacionados con consumo de fármacos o efectos secundarios de los mismos².