

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.

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-Núñez 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 ciclopéjicos. 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 cardíaca (IC) aguda puede ser una variable relacionada directamente con la mortalidad, que sería interesante poder disponer de la variable «episodio de insuficiencia cardíaca 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>