

en la muestra poblacional estudiada existen determinadas funciones de la sexualidad que se ven afectadas durante la menopausia, lo que da pie a seguir trabajando en esta misma línea y llevar a cabo futuras investigaciones que permitan conocer en profundidad la relación entre la menopausia y la sexualidad.

Bibliografía

1. Schnatz PF, Whitehurst SK, O'Sullivan DM. Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *J Women Health*. 2010;19:1843-9.
2. Heredia B, Lugones M. Principales manifestaciones clínicas, psicológicas y de la sexualidad en un grupo de mujeres en el climaterio y la menopausia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2007;33.
3. Blumel JE, Binfa L, Cataldo L, Carrasco A, Izaguirre H, Sarra S. Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69:118-25.
4. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005;31:1-20.
5. Estudio VASS-AP. Trastornos del deseo y excitación sexual en las mujeres. Congreso Mundial de la Menopausia, Madrid, 2008.

Esther Lozano Hernández^a, Verónica Márquez Hernández^{b,*}, Jesús Manuel Moya Diéguez^a y Raquel Alarcón Rodríguez^c

^a *Enfermería, Residencia Virgen de la Esperanza, Almería, España*

^b *Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, Almería, España*

^c *Departamento de Neurociencias y Ciencias de la Salud, Universidad de Almería, Almería, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vmh380@ual.es (V. Márquez Hernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.006>

Baja comorbilidad en longevos

Low comorbidity in people of very advanced age

Sr. Director:

Muchos autores se han planteado si los pacientes más ancianos de nuestra sociedad alcanzan edades tan avanzadas con múltiples enfermedades y discapacidades o si, por el contrario, consiguen llegar tan lejos por presentar un mejor estado de salud que los ancianos que no lo consiguieron¹.

Con el objetivo de dar respuesta a esta hipótesis se realizó un estudio descriptivo transversal en 2 centros de atención primaria del Eixample Esquerra de Barcelona, describiendo la comorbilidad, calidad de vida y estado autopercebido de salud de los pacientes más ancianos registrados. Fueron incluidos todos los pacientes con edad igual o superior a 95 años, tanto institucionalizados como no institucionalizados. Se excluyó a los pacientes que no dieron su consentimiento además de aquellos con los que fue imposible contactar. La información fue recogida mediante una encuesta telefónica y por una auditoría de historias clínicas. La encuesta telefónica podía ser respondida tanto por los mismos pacientes como por sus cuidadores o familiares que tuvieran un contacto diario con el paciente si este no podía contestar.

Se evaluaron variables sociodemográficas, parámetros indicadores como polifarmacia, toma de psicofármacos, número de hospitalizaciones, soledad (no tener cuidador las 24h) y estar incluido en el programa de atención domiciliaria. La comorbilidad se estudió mediante el Índice de Charlson, la calidad de vida a través EuroQol-5D y el estado autopercebido de salud con la siguiente pregunta de la encuesta nacional de salud: «En los últimos 12 meses, ¿diría

que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?».

Fueron incluidos 140 pacientes entre 95 y 104 años (participación del 80%). Los resultados del estudio se reflejan en la [tabla 1](#).

La mayoría de los mayores de 95 años de estos centros de atención primaria muestra una buena percepción de su estado de salud, igual que las personas de generaciones previas como se puede observar en los datos del Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>).

Es llamativa la baja comorbilidad de esta población anciana estudiada. El índice de Charlson es de 0,8, similar al 1,4 observado en una cohorte de pacientes mayores de 89 años de una consulta geriátrica². Teniendo en cuenta que el 70% de los mayores de 70 años presentan una alta comorbilidad³ y que el Índice de Charlson de los pacientes de atención domiciliaria de Catalunya es de 2,1⁴, podemos concluir que comparativamente los mayores de 95 años tienen una baja comorbilidad. Puede que esta sea la clave para predecir la longevidad. Seguramente el hecho de tener más enfermedades crónicas concomitantes evita poder alcanzar edades tan avanzadas.

Cabe resaltar que, a pesar de la baja comorbilidad, el 66% toman diariamente más de 5 fármacos. Esto nos tendría que hacer reconsiderar las indicaciones y si estos pacientes podrían beneficiarse de una actitud más conservadora.

Hemos encontrado un bajo índice de institucionalización (19,3%) en esta población, lo que está en concordancia con los datos de la cohorte de mayores de 89 años ya mencionada⁵. La gran mayoría de nuestros pacientes tampoco estuvieron ingresados en el año previo al estudio.

La mitad de los participantes de nuestra población no presentaba problemas para movilizarse y muy pocos eran totalmente dependientes para ello, lo cual se correlaciona

Tabla 1 Sociodemografía, parámetros indicadores, calidad de vida (EuroQol-5D) y estado autopercebido de salud y comorbilidad (Índice de Charlson)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PARÁMETROS INDICADORES			
Pacientes incluidos, n			176
Participación, n (%)			140 (80)
Género mujer, n (%)			114 (81,4)
Edad media (años), $\bar{x} \pm DE$			97,6 \pm 2,1
Polifarmacia (≥ 5 fármacos), n (%)			93 (66,4)
Psicofármacos, n (%)			69 (49,3)
Atención domiciliaria, n (%)			72 (51,4)
Institucionalizados, n (%)			27 (19,3)
Vive solo (no cuidador 24h), n (%)			23 (16,4)
Hospitalizaciones en el último año, n (%)			
0			118 (84,3)
1			20 (14,3)
2			2 (1,4)
	1	2	3
	Mejor	Igual	Peor
EuroQol-5D^a			
Movilidad	41 (29,3%)	77 (55,0%)	22 (15,7%)
Cuidado personal	54 (38,6%)	35 (25,0%)	51 (36,4%)
Actividades cotidianas	42 (30,0%)	38 (27,1%)	60 (42,9%)
Dolor/malestar	65 (46,4%)	63 (45,0%)	12 (8,6%)
Ansiedad/depresión	84 (60,0%)	43 (30,7%)	13 (9,3%)
Salud hoy	11 (7,9%)	69 (49,3%)	60 (42,9%)
EVA (estado subjetivo de salud)	62,3 \pm 21,6		
Tarifa social (estado objetivo de salud)	0,58 \pm 0,28		
Estado autopercebido de salud			
Muy bueno			21 (15%)
Bueno			57 (40,7%)
Regular			51 (36,4%)
Malo			9 (6,4%)
Muy malo			2 (1,4%)
Índice de Charlson			
No comorbilidad (0-1), n (%)			113 (80,7)
Baja comorbilidad (2), n (%)			19 (13,6)
Alta comorbilidad (≥ 3), n (%)			8 (5,7)
Media Charlson ($\bar{x} \pm DE$)		0,8 \pm 0,9	

DE: desviación estándar; n: número de pacientes. \bar{x} : media.

^a EuroQol-5D gradúa la afectación en 3 categorías (1 significa no afectación y 3 afectación máxima). Dispone de una Escala visual analógica (EVA) con la que se obtiene un valor subjetivo del estado de salud siendo 1 el peor estado de salud y 100 el mejor. También permite calcular una tarifa social para obtener un valor objetivo que resuma el estado de salud, y se distribuye del 0 al 1, donde 1 significa mejor estado de salud y 0 significa la muerte.

con estudios daneses con un amplio número de participantes nonagenarios⁶.

Con todo, podemos concluir que los pacientes mayores de 95 años de nuestros centros presentan una baja comorbilidad, a diferencia de los ancianos más jóvenes.

Bibliografía

- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009;374:1196-208.
- Ferrer A, Formiga F, Henríquez E, Lombarte I, Olmedo C, Pujol R. Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonaSantFeliu. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41:21-6.
- Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *J Gac Sanit*. 2006;20 Supl 1:S182-91.
- Gené Badia J, Borrás Santos A, Contel Segura JC, Ascaso Terén C, González Ortega M, Gallo De Puelles P. Equipo de Investigación HC>65. Factores asociados con la hospitalización en una cohorte de pacientes ancianos incluidos en un programa de atención domiciliaria. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:473-8.

5. Formiga F, Ferrer A, Duaso E, Olmedo C, Enríquez E, Pujol R. Diferencias entre nonagenarios según su lugar de residencia. Estudio nonaSantfeliu. *Rev Clin Esp.* 2007;207:121-4.
6. Nybo H, Gaist D, Jeune B, McGue M, Vaupel JW, Christensen K. Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians: the Danish 1905 Cohort Survey. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:601-9.

Laia Cayuelas Redondo^{a,*}, Marta Navarro González^{b,c}, Belchin Kostov^{c,d} y Antoni Sisó Almirall^{c,d}

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Casanova, Unidad Docente Multiprofesional Clínic-Maternitat, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Comte Borrell, Unidad Docente Multiprofesional Clínic-Maternitat, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

^c *Grupo transversal de investigación en Atención Primaria, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España*

^d *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Les Corts, Unidad Docente Multiprofesional Clínic-Maternitat, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lcayuel1@clinic.ub.es
(L. Cayuelas Redondo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.009>

Calcitonina: intervención para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia de la prescripción

Calcitonin: Intervention to improve patient safety and the efficiency of the prescription

Sr. Director:

El 24 de julio de 2012, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó una nota informativa¹ en la que se comunicaba que existe una relación entre el tratamiento prolongado con calcitoninas y un incremento del riesgo de tumores, concluyendo que los beneficios no superan a los riesgos en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica (única indicación aceptada en la ficha técnica), por lo que recomendaba revisar los tratamientos y valorar el cambio a otra alternativa. Hay que tener en cuenta que la osteoporosis es solo uno de los factores de riesgo de fracturas^{2,3} y que el objetivo del tratamiento es la reducción de la fractura de cadera, cosa que la calcitonina no ha demostrado.

El procedimiento habitual de notificación de las alertas de seguridad sobre medicamentos es su envío al coordinador y responsable de farmacia de cada centro de salud. Este sistema no garantiza que todos los médicos estén informados. Por otra parte, el médico debe localizar a sus pacientes afectados y esto no siempre es fácil y requiere tiempo, lo cual, especialmente en cupos grandes, puede ser difícil de llevar a cabo.

El objetivo de nuestro trabajo fue medir el impacto de un nuevo sistema de notificación de alertas de seguridad de medicamentos, que se puso en marcha hace un año en el servicio de farmacia de atención primaria, con el fin de garantizar que las recomendaciones de la AEMPS se hagan efectivas en todos los pacientes afectados. El área atiende a una población de aproximadamente 270.000 habitantes y cuenta con 210 médicos de familia.

La intervención realizada consistió en la obtención desde el programa de facturación de recetas (Concylia) de la

identificación de todos los pacientes en tratamiento con calcitonina intranasal en el periodo de enero a junio de 2012 y el envío a cada médico de la relación de sus pacientes. Se localizaron 312 pacientes en tratamiento continuado con calcitonina, correspondientes a 124 médicos de familia.

Posteriormente se obtuvo la relación de pacientes en tratamiento en el periodo de agosto a octubre de 2012 y se realizó la comparación entre ambos periodos. En un mes se había retirado el tratamiento a 273 pacientes (88%). Prácticamente la totalidad de los médicos, ante el envío de la alerta personalizada, retiró el tratamiento a sus pacientes, a pesar de que la mayoría de estos tratamientos en nuestra área son iniciados por atención especializada. Esto pone en evidencia la implicación del médico de familia en la seguridad de sus pacientes.

A 252 pacientes se les retiró la calcitonina y no se sustituyó por otra alternativa por no cumplir los criterios de tratamiento. De estos, 38 estaban con otro medicamento para el tratamiento de osteoporosis que se mantuvo tras retirar la calcitonina. En 21 pacientes se sustituyó la calcitonina por otro medicamento, generalmente alendronato.

A la vista del número de tratamientos retirados, hemos calculado el impacto económico de la retirada y sustitución de estos tratamientos, resultando que se ha evitado un coste anual de 239.420 €. Así pues, la retirada de estos tratamientos, además de mejorar la seguridad de los pacientes, consigue evitar un gasto ineficiente.

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota informativa MUH (FV) 13/2012. Calcitonina: uso restringido a tratamientos de corta duración. 2012.
2. Kanis JA, Borgstrom F, de Laet C, Johansson H, Johnell O, Jonsson B, et al. Assessment of fracture risk. *Osteoporos Int.* 2005;16:581-9.
3. Miguel Calvo I, Molero García JM. Factores de riesgo de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. *Jano* 2011;Junio:51-7. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1772/51/1v00n1772a90021170pdf001.pdf>