

conviven con alguna persona fumadora en el domicilio. En la literatura, se han descrito resultados similares^{3,4}. El estudio de Aligne et al⁵, además relacionó la presencia de caries clínica con los niveles de cotinina en suero, encontrando una asociación significativa entre niveles elevados de cotinina y caries en dentición temporal.

Respecto a la dentición permanente, el CAOD y la presencia de dientes obturados, se encontraron significativamente elevado en los niños que conviven con fumadores en el domicilio. Nuestros resultados son similares a los encontrados por Ayo-Yusuf en 2007 que investigó la relación entre 1.873 adolescentes fumadores pasivos y la presencia de caries, concluyendo que el humo del tabaco puede ser un factor de riesgo para desarrollar caries en dientes permanentes⁶.

No se encontró asociación entre el contacto con el HTA en ambientes fuera del domicilio e índices de caries.

Podemos concluir, que existe una asociación entre presencia de caries tanto en dentición temporal como permanente y contacto habitual con el HTA, siendo el tabaquismo dentro del ámbito familiar el determinante en dicha asociación.

Bibliografía

1. Ismail AI. Visual and visuo-tactil detection of dental caries. *J Dent Res.* 2004; 83(spec iss C):56–66.
2. Williams SA, Kwan SYL, Parson S. Parental Smoking Practices and caries Experience in Pre-School Children. *Caries Res.* 2000;34:117–22.x
3. Hanioka T, Nakamura E, Ojiva M, Tanaka K, Aoyama H. Dental caries in 3-years-old children and smoking status of parents. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2008;22:546–50.
4. Leroy R, Hoppenbrouwers K, Jara A, Declerck D. Parental smoking behavior and caries experience in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36:249–57.
5. Aligne CA, Moss MA, Auinger P, Weitzman M. Association of pediatric dental caries with passive smoking. *J Am Den Assoc.* 2003;289:1258–64.
6. Ayo-Yusuf OA, Reddy PS, van Wyk PJ, van den Borne BW. Household smoking as a risk indicator for caries in adolescents permanent teeth. *Journal of Adolesc Health.* 2007;41:309–11.

Carmen Llena* y Smara Carbajosa

Práctica privada de la Odontología, Unidad de Odontología, Departamento 9 de Salud, Comunidad Valenciana Departamento de Estomatología, Universitat de València, Valencia, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: llena@uv.es (C. Llena).

doi:10.1016/j.aprim.2010.04.020

Detección de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con psicosis

Detection of cardiovascular risk factors in patients with psychosis

Sr. Director:

Aunque los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con psicosis tienen una elevada prevalencia¹, su registro en las historias clínicas y su grado de control son bajos². En los últimos años se han elaborado guías para el manejo de los pacientes que reciben tratamiento antipsicótico³ y, para mejorar la monitorización de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), se recomienda la colaboración entre los niveles asistenciales implicados: Atención Primaria (AP) y Salud Mental³.

Con el objetivo de describir el grado de detección de FRCV en los pacientes con psicosis y comparar su registro con pacientes con dislipemia de edad similar, se realizó un estudio descriptivo transversal en que participaron 7 equipos de AP y 2 Centros de Salud mental del distrito sur de la ciudad de Barcelona (102.530 habitantes).

A partir de la historia clínica informatizada, se identificaron todos los pacientes entre 15 y 65 años en tratamiento con antipsicótico y/o con los diagnósticos CIE-10 de trastorno esquizofrénico, esquizotípico, delirante, psicótico agudo, o psicótico no orgánico no especificado (F28 y F29), asignados a los equipos de AP en el año 2008. Posteriormente cada pro-

fesional referente confirmaba los pacientes que cumplían los criterios diagnósticos. El grupo de comparación lo formaron todos los pacientes sin trastornos psicóticos que presentan un diagnóstico de dislipemia activo, con el mismo rango de edad.

El total de pacientes psicóticos fue de 741, lo que supone una prevalencia sobre la población asignada del 0,71% (IC 95%: 0,66-0,76%). El 66,8% de los casos eran varones y la media de edad fue de $42,7 \pm 11,6$ años. El 88,8% habían sido visitados en el último año y el 82,2% tenían tratamiento antipsicótico activo. En relación a los pacientes con psicosis, los dislipémicos del grupo control ($n=3.037$) eran mayores (edad: $51,8 \pm 10,1$ años; $p < 0,001$) y con un menor porcentaje de varones (53,7%; $p < 0,001$). El registro de FRCV en los pacientes psicóticos oscila entre el 6,2% para el perímetro abdominal y el 56% del hábito tabáquico (tabla 1). El porcentaje de registro fue significativamente mayor en los pacientes dislipémicos en todos los factores, excepto en el índice de masa corporal, que se registró de forma similar, y en el perímetro abdominal, que se registró más en pacientes con psicosis. El análisis estratificado por sexo y grupos de edad obtuvo un resultado similar. La prevalencia de FRCV en los pacientes psicóticos fue del 25,8% para la hipertensión arterial, del 29,0% para la diabetes, del 38,2% para la obesidad, del 50,2% para la dislipemia y del 76,6% para el tabaquismo.

El estudio confirma los datos de la literatura^{1,4-6}, que señalan una elevada prevalencia de FRCV en los pacientes con psicosis, y un registro inferior de estos factores que en la población general. El desarrollo de un protocolo conjunto

Tabla 1 Porcentaje de registro de factores de riesgo cardiovascular en los dos grupos de sujetos

	Psicosis (n = 741)	Dislipemia (n = 3.037)
Presión arterial*	38,1%	50,1%
Glucemia*	19,6%	34,1%
Triglicéridos*	18,6%	40,9%
Colesterol HDL*	14,3%	39,9%
Colesterol total*	23,5%	45,0%
Perímetro abdominal*	6,1%	1,5%
Índice de masa corporal	27,0%	25,0%
Riesgo cardiovascular*	7,2%	27,9%
Hábito tabáquico*	56,0%	66,9%

* $p < 0,001$.

entre AP y especializada permitirá una adecuada evaluación física del paciente psicótico. A partir de aquí, se plantea aplicar programas implementados en el ámbito de la AP, en los pacientes con esquizofrenia con objetivo de valorar si la intervención sobre hábitos y dieta permite regular las cifras como en la población general.

Bibliografía

1. Arango C, Bobes J, Aranda P, Carmena R, García-García M, Rejas J, CLAMORS Study Collaborative Group. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res.* 2008;104:1–12.
2. Jennex A, Gardner DM. Monitoring and management of metabolic risk factors in outpatients taking antipsychotic drugs: a controlled study. *Can J Psychiatry.* 2008;53:34–42.
3. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I, Farooqi A, Gadsby R, Heald A, et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizoph-

renia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol.* 2007;21:357.

4. Barnes TR, Paton C, Cavanagh MR, Hancock E, Taylor DM. UK Prescribing Observatory for Mental Health. A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. *Schizophr Bull.* 2007;33:1397–403.
5. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res.* 2005;80:19–32.
6. Coca MM, Hernanz P, Vega M, Suárez C. Prevalencia de síndrome metabólico en la población de un centro de atención primaria urbano. *Aten Primaria.* 2005;35:436–7.

Lydia Viñas^a, Maribel Fernández^b, Luisa San Emeterio^c, Luis M. Martín-López^{d,*} y Grup Psicosis Litoral^e

^a Equipo Atención Primaria Pueblo Nuevo, SAP Litoral Instituto Catalán de la Salud (ICS), Barcelona, España

^b Servicio Atención Primaria Litoral Barcelona, SAP Litoral Instituto Catalán de la Salud (ICS), Barcelona, España

^c Centro Salud Mental Sant Martín Norte, Línea Primaria INAD-Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^d Instituto Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) Parc de Salut Mar, Línea Primaria Salud Mental, Barcelona, España

^e M. Mar Ballester Torrens, Alberto Barroso García, Iñaki Castro Rodríguez, Ramón Ciurana Misol, Jordi Coletas Juanico, Belén Díaz Múgica, Enrike Iluldain Ayala, Roser Masa Font, Jaume Martín Royo, Julita Morro Plà, Jose Manuel Valencia Dacal y Rosa Sanchis Catalan

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 94779@parcdesalutmar.cat (L.M. Martín-López).

doi:10.1016/j.aprim.2010.04.021

Medicamentos desaconsejados en pacientes con dieta hiposódica

Drugs contraindicated in patients on a low sodium diet

Sr Director:

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ estima que aproximadamente el 62% de los accidentes cerebrovasculares y el 49% de la enfermedad isquémica cardíaca es atribuible a la hipertensión arterial (HTA). Existe evidencia de que el consumo elevado de sal se asocia a un mayor riesgo de padecer HTA, por lo que la OMS recomienda en adultos sanos un consumo diario de sodio inferior a 2 g (equivalentes a 5 g de sal común)².

Es importante señalar que la mayor parte de los ensayos clínicos que relacionan reducción de sodio en la dieta y enfermedad cardiovascular están diseñados con variables

subrogadas (reducción de la tensión arterial), y que los estudios publicados con variables duras (morbilidad y mortalidad cardiovascular) son casi en su totalidad observacionales^{3,4}. Por esta razón, hay autores que recomiendan prudencia en la interpretación de los resultados, e incluso algunos defienden una curva "J" en la relación "ingesta diaria de sodio-enfermedad cardiovascular"³.

Algunos medicamentos, especialmente los efervescentes, contienen importantes cantidades de sodio que contribuyen a incrementar su ingesta, incluso hasta superar la dosis diaria recomendada⁵. La figura 1 representa, a modo de ejemplo, el aporte de sodio diario de las distintas marcas comerciales de paracetamol efervescente en España, en función de la posología. Considerando 4 g la dosis máxima diaria de paracetamol (de acuerdo con las fichas técnicas y/o prospectos autorizados), el 50% de las marcas supera los 2 g de sodio diarios recomendados como techo para población sana y más del 70% de las marcas supera el aporte de 1,5 g de sodio considerado por expertos como dosis máxima diaria en población con HTA. Al hacer el cál-