

Relación entre diabetes y enfermedad periodontal en una población adulta española



Relation between diabetes and periodontal disease in an Spanish adult population

Sr. Editor:

Vamos a tratar de conocer la relación de enfermedad periodontal con respecto a la diabetes y las variables socio-demográficas en una población adulta española.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, utilizando datos secundarios individualizados, proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud de 2012¹. Hemos empleado datos de 14.584 encuestas realizadas a la población adulta ≥ 40 años. Las preguntas de la encuesta utilizadas fueron las siguientes, para valorar la enfermedad periodontal, ¿Le sangran las encías al cepillarse o espontáneamente? El sujeto puede contestar Sí/No/NS (no sé)/NC (no contesta), ¿Se le mueven los dientes o muelas? El sujeto puede contestar Sí/No/NS (no sé)/NC (no contesta) (tabla 1).

Se creó una nueva variable «prevalencia sangrado/mueven» Sí (si se contestaba afirmativamente a alguna de las 2 variables anteriores, que hemos considerado como variable dependiente, e identificamos como enfermedad periodontal (EP). Como variables independientes analizamos sociodemográficas (edad, sexo y clase social) y diabetes.

En el análisis estadístico se realizará una distribución de frecuencias, compararemos las diferentes variables respecto a la EP (sangrado/mueven), mediante el test estadístico del Chi-cuadrado de Pearson.

La prevalencia de diabetes en esta población ($n = 14.584$) es del 12,21%, similar al 11,49% en una población española (2009) de 55-64 años².

La prevalencia de EP es del 19,31% inferior al estudio de König et al.³, donde refiere una prevalencia de periodontitis en España para los grupos de edad de 35-44 y 65-74 (del 33,2 y del 71,4%, respectivamente), y confirman los resultados obtenidos en nuestro estudio para las variables sociodemográficas donde existen diferencias estadísticamente significativas. También se observan prevalencias mayores de EP en una población española, en la Encuesta de Salud Oral de España de 2010, donde se utiliza para medir la EP, el índice periodontal comunitario. Corroboramos a la EP como un proceso «silente» que se desarrolla a lo largo del tiempo y que, cuando el paciente siente los síntomas de sangrado y/o movilidad, está avanzada y existe pérdida de inserción, que conlleva muchas veces a la pérdida dentaria⁴.

Pero la EP es un proceso inflamatorio crónico que puede afectar a la salud sistémica de los pacientes con diabetes, comprometiendo el control de la glucosa y contribuyendo al desarrollo y progresión de complicaciones en otros órganos, como el corazón y los riñones. De hecho, Stanko P y Holla LY, observan una asociación bidireccional entre diabetes y enfermedad periodontal, así como la influencia de la periodontitis en el control de la diabetes⁵.

García Carrillo M et al., confirman que la gingivitis y otras manifestaciones orales se debe a una deficiente higiene oral y mal control metabólico. Se requieren planes de educación individualizada a la población diabética, para lograr un óptimo control metabólico integral en el paciente con diabetes y erradicar la mala higiene bucal que contribuye a iniciar la enfermedad periodontal o bien agravarla⁶.

En conclusión, la prevalencia de enfermedad periodontal es significativamente mayor en diabéticos. Debemos controlar la enfermedad periodontal en pacientes diabéticos, mediante la educación sanitaria individualizada en higiene oral. También, el odonto-estomatólogo de atención primaria debe valorar el estado periodontal del paciente diabético, así como su necesidad de tratamiento, al menos una vez al año.

Tabla 1 Distribución de la población y comparación de las variables del estudio según prevalencia EP (sangran/mueven)

Variables	Categorías	Prevalencia (sangran/mueven)		Chi-cuadrado
		N.º (2.816)	Porcentaje	
Edad	40-55	1.249	21,37	0,000
	56-64	574	20,18	
	≥ 65	993	16,84	
Sexo	Varón	1.172	18,22	0,000
	Mujer	1.644	20,17	
Clase social	Alta	380	15,22	0,003
	Media	880	19,08	
	Baja	1.458	21,16	
Diabetes	No	2.397	18,72	0,000
	Sí	419	23,53	

EP: enfermedad periodontal.

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.