

Medicina de Familia Andalucía

Volumen 22, número 1, enero-abril 2021

Editorial

- 7 La medicina de familia ante la regulación de la eutanasia: una visión holística al final de la vida

El espacio del usuario

- 9 Atención primaria y salud mental: reflexiones de un usuario

Originales

- 11 Factores relacionados con el cumplimiento terapéutico en EPOC. Análisis de la perspectiva de los pacientes
- 25 HOMA como herramienta para la decisión en Diabetes. Valoración de su aplicación en Atención Primaria
- 34 Atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia covid-19

Cartas al director

- 43 Exéresis quirúrgica de acrocordón en cirugía menor de atención primaria

¿Cuál es su diagnóstico?

- 46 Placa eczematosa facial de crecimiento progresivo
- 47 Deterioro cognitivo: algo más allá que un déficit de memoria

- 48 **Publicaciones de interés / Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**

- 49 **Actividades Científicas**

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 50 Placa eczematosa facial de crecimiento progresivo
- 52 Deterioro cognitivo: algo más allá que un déficit de memoria

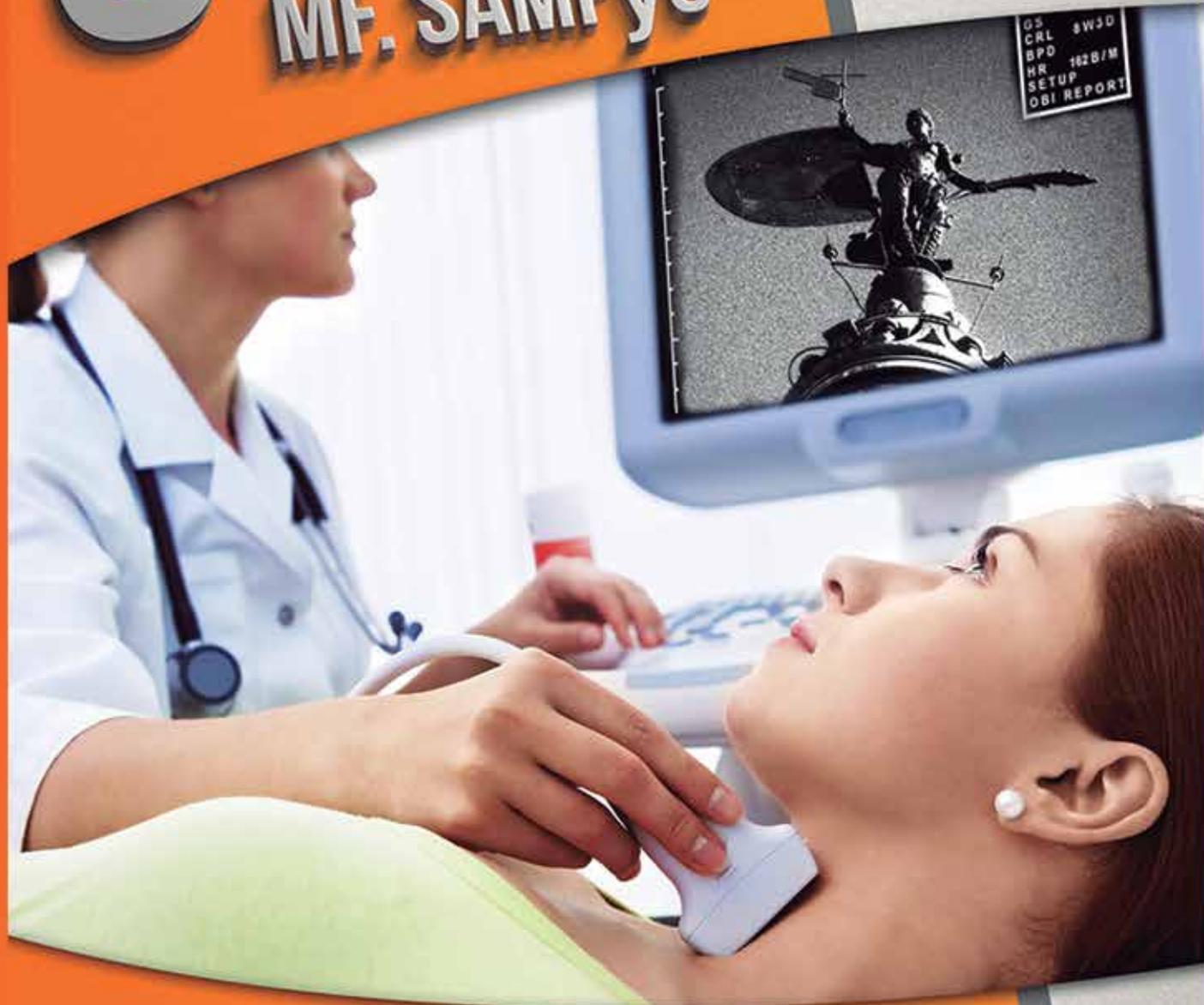
- 54 **Información para los autores y otros**



5^{AS} JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA EN MF. SAMFyC

11 de
noviembre

Hotel Meliá
Lebreros



SEVILLA 2021

<http://www.jornadasecografiasamfyc.com> • info@jornadasecografiasamfyc.com

 #ecoSAMFyC

acm INSTITUTE OF
ADVANCED CLINICAL
MEDICINE

Academy of Clinical Medicine (ACM) - 10000 - Canada, The City - 500 875 8882
www.acm.edu | info@acm.edu



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Presidente

Alejandro Pérez Milena

Vicepresidente

Pilar Terceño Raposo

Vicepresidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Rocío E. Moreno Moreno

Secretaria

Idoia Jiménez Pulido

Vicepresidente Económico

Francisco José Guerrero García

Vocal de Docencia

Pilar Bohórquez Colombos

Vocal de Investigación

Juan Manuel García Torrecillas

Vocales de Residentes

Asumpta Ruiz Aranda

Ángela Biscarri Carbonero

Vocal Jóvenes MF

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Almería:

Rubén Luciano Vázquez Alarcón

rubenvazquezalarcon@gmail.com

Vocal provincial de Cádiz:

Antonio Fernández Natera

natera38@gmail.com

Vocal provincial de Córdoba:

Juan Manuel Parras Rejano

juanprj@gmail.com

Vocal provincial de Granada:

Ignacio Merino de Haro

merinoharo@hotmail.com

Vocal provincial de Huelva:

Pablo García Sardón

pgsardon@gmail.com

Vocal provincial de Jaén:

Francisco Tomás Pérez Durillo

ft_perez@yahoo.com

Vocal provincial de Málaga:

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

martycienfuegos@hotmail.com

Vocal provincial de Sevilla:

Leonor Marín Pérez

leonorjl04@yahoo.es

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

C/Arriola, 4, bj D – 18001 – Granada (España)

Tel: 958 804201 – Fax: 958 80 42 02

e-mail: samfyc@samfyc.es

<http://www.samfyc.es>

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTOR:

Antonio Manteca González

SUBDIRECTOR:

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE DIRECCIÓN:

Director de la Revista
Subdirector de la Revista
Presidente de la SAMFyC
Juan Ortiz Espinosa
Pablo García López

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Francisco Extremera Montero
Pablo García López
Francisco José Guerrero García
Francisca Leiva Fernández
Antonio Manteca González

CONSEJO EDITORIAL:

Juan de Dios Alcantara Bellón. *Sevilla*
Luis Ávila Lachica. *Málaga*
Emilia Bailón Muñoz. *Granada*
Vidal Barchilón Cohén. *Cádiz*
Pilar Barroso García. *Almería*
Rafael Castillo Castillo. *Jaén*
José Antonio Castro Gómez. *Granada*
José M^o de la Higuera González. *Sevilla*
Epifanio de Serdio Romero. *Sevilla*
Francisco Javier Gallo Vallejo. *Granada*
Pablo García López. *Granada*
José Antonio Jiménez Molina. *Granada*
José Lapetra Peralta. *Sevilla*
Francisca Leiva Fernández. *Málaga*
José Gerardo López Castillo. *Granada*
Luis Andrés López Fernández. *Granada*
Fernando López Verde. *Málaga*
Manuel Lubián López. *Cádiz*
Joaquín Maeso Villafaña. *Granada*
Rafael Montoro Ruiz. *Granada*
Ana Moran Rodríguez. *Cádiz*
Guillermo Moratalla Rodríguez. *Cádiz*
Herminia M^o. Moreno Martos. *Almería*
Carolina Morcillo Rodenas. *Granada*
Francisca Muñoz Cobos. *Málaga*
Juan Ortiz Espinosa. *Granada*
Beatriz Pascual de la Pisa. *Sevilla*

Alejandro Pérez Milena. *Jaén*
Luis Ángel Perula de Torres. *Córdoba*
Miguel Ángel Prados Quel. *Granada*
J. Daniel Prados Torres. *Málaga*
Roger Ruiz Moral. *Córdoba*
Francisco Sánchez Legrán. *Sevilla*
José Luis Sánchez Ramos. *Huelva*
Miguel Ángel Santos Guerra. *Málaga*
José Manuel Santos Lozano. *Sevilla*
Reyes Sanz Amores. *Sevilla*
Pedro Schwartz Calero. *Huelva*
Jesús Torio Durantez. *Jaén*
Juan Tormo Molina. *Granada*
Cristobal Trillo Fernández. *Málaga*

REPRESENTANTES INTERNACIONALES:

Manuel Bobenrieth Astete. *Chile*
Cesar Brandt. *Venezuela*
Javier Domínguez del Olmo. *México*
Irma Guajardo Fernández. *Chile*
José Manuel Mendes Nunes. *Portugal*
Rubén Roa. *Argentina*
Victor M. Sánchez Prado. *México*
Sergio Solmesky. *Argentina*
José de Ustarán. *Argentina*

Medicina de Familia. Andalucía

*Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en el Latindex*

Título clave: Med fam Andal.

Para Correspondencia

Dirigirse a:
Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)

Disponible en formato electrónico en la web de la SAMFyC:
<http://samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>
E-mail: revista@samfyc.es

Secretaría

A cargo de Encarnación Figueredo
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
Telf. +34 958 80 42 01
Fax +34 958 80 42 02

ISSN-e: 2173-5573

ISSN: 1576-4524

Depósito Legal: Gr-368-2000

Copyright: Revista Medicina de Familia. Andalucía

Fundación SAMFyC

C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Esta publicación utilizará siempre materiales ecológicos en su confección, con papeles libres de cloro con un mínimo de pulpa de tala de árboles de explotaciones madereras sostenibles y controladas: tintas, barnices, películas y plastificados totalmente biodegradables.

Maqueta: Antonio J. García Cruz

Imprime: Impresión La Ideal

Printed in Spain



sumario

Editorial

- 7 La medicina de familia ante la regulación de la eutanasia: una visión holística al final de la vida

El espacio del usuario

- 9 Atención primaria y salud mental: reflexiones de un usuario

Originales

- 11 Factores relacionados con el cumplimiento terapéutico en EPOC. Análisis de la perspectiva de los pacientes
- 25 HOMA como herramienta para la decisión en Diabetes. Valoración de su aplicación en Atención Primaria
- 34 Atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia covid-19

Cartas al director

- 43 Exéresis quirúrgica de acrocordón en cirugía menor de atención primaria

¿Cuál es su diagnóstico?

- 46 Placa eczematosa facial de crecimiento progresivo
- 47 Deterioro cognitivo: algo más allá que un déficit de memoria

- 48 **Publicaciones de interés / Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**

49 Actividades Científicas

Comentarios a cuál es su diagnóstico

- 50 Placa eczematosa facial de crecimiento progresivo
- 52 Deterioro cognitivo: algo más allá que un déficit de memoria

- 54 **Información para los autores y otros**

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA



Official Publication of the Andalusian Society of Family and Community Medicine

Med fam Andal Vol.22, N°.1, January-April 2021

contents

Editorial

- 7 Family medicine and the regulation of euthanasia: A holistic vision at the end of life

The Consumer's Corner

- 9 Primary care and mental health: Reflections of a healthcare user

Original Articles

- 11 Factors associated with therapeutic compliance in COPD. An analysis of the patient's perspective
- 25 HOMA as a tool to support decision making in diabetes. Evaluation of the use of this tool in primary care
- 34 The use of telephone consultation in primary care. Our experience during the COVID-19 pandemic

Letter to the Editor

- 43 Surgical excision of acrochordon in primary care minor surgery

Which is your diagnosis?

- 46 Facial eczematous patch with progressive growth
- 47 Cognitive impairment: More than just memory loss

- 48 **Publications of interest / Knowledge pills @pontealdiaAP**

Scientific Activities

Comments on Which is your diagnosis

- 50 Facial eczematous patch with progressive growth
- 52 Cognitive impairment: More than just memory loss

- 54 **Information for Authors and Others**

La medicina de familia ante la regulación de la eutanasia: una visión holística al final de la vida

Pérez Milena A

Presidente SAMFyC

El 18 de marzo ha sido aprobada la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia¹, que entrará en vigor antes del próximo verano. De esta forma, España se une a Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Canadá como uno de los primeros países del mundo que regulan el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. La legislación se centra en la eutanasia producida de manera activa y directa y su desarrollo se ha basado en el aumento de la esperanza de vida (no siempre paralelo a la calidad de la misma), la capacidad técnica para prolongar la vida sin conseguir la curación o mejoría y la secularización de los valores y el derecho de la autonomía de cada individuo. Se pretende no solo despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona que lo desea, sino de respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en un contexto eutanásico, esto es, una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insopor- table que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables.

Esta acción conlleva dos situaciones diferentes: la eutanasia propiamente dicha (un profesional administra de forma directa al paciente una sustancia) o el suicidio médicamente asistido (donde el profesional prescribe o facilita una sustancia que el paciente se autoadministra). En ambas circunstancias, existirá un médico responsable del proceso que lleva hasta este final. No se trata solo de una ayuda técnica para morir: el paciente debe contar obligatoriamente con el consentimiento de su médico, quien para

otorgarlo deberá conocer su historia personal y familiar.

Esta aproximación holística sólo se contempla desde la óptica de un médico/a de familia quien ha ido estableciendo una atención continuada en el tiempo con el paciente, desarrollando una visión integrada e integral de la salud durante ese trayecto vital. El médico/a responsable estará obligado a establecer un proceso deliberativo con el paciente sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. En dos semanas el paciente puede emitir su petición y ratificarla en diferentes entrevistas con su médico/a de referencia. Este profesional tendrá solo 24 horas para canalizar esta petición, razonada y libre bajo el criterio facultativo, tras lo que deberá consultar con un especialista ajeno al caso para trasladar el caso a la Comisión de Garantía y Evaluación de la comunidad autónoma de referencia. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia, aunque este reparo “deberá manifestarse anticipadamente y por escrito”.

El texto propuesto reconoce las disonancias provocadas al colisionar en este caso los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad. Por un lado, los legisladores hablan de una normativa apoyada por una amplia mayoría social, con casos particulares que han saltado a los medios de comunicación y han mostrado extremos dolorosos de abandono

y desesperación agravadas por el castigo ante una acción hasta ahora punible. Por otro, muchas asociaciones de pacientes no tienen una postura definida, mientras que la Organización Médica Colegial y el Comité Español de Bioética se han manifestado en contra. Se critica la celeridad de la tramitación de la normativa, redactada sin una consulta a los profesionales, a la par que se solicita una mayor inversión en estrategias de cuidados paliativos.

Esta disparidad de opiniones también está presente entre los profesionales sanitarios. Está muy extendida la idea de que el médico nunca puede provocar intencionadamente la muerte de ningún paciente, sobre todo cuando se establece un criterio subjetivo como el sufrimiento, tan impregnado de matices psicológicos y sociales. Por otro, nadie mejor que “el médico de cabecera” para conocer ese grado de sufrimiento y ser garante de un proceso libre y responsable por parte del paciente, facilitando trámites y acompañando en los últimos días. Todas estas diferentes posturas podrían ser asumidas siempre que los valores de compasión, lealtad, acompañamiento y cuidado del médico/a de familia hacia su paciente prevalecieran en la atención al final de la vida.

Como médicos/as de familia no podemos cerrar los ojos ante esta nueva regulación de la euta-

nasia. En breve seremos protagonistas, junto a nuestros pacientes, de una nueva opción para los casos donde no exista cura posible y el sufrimiento sea cotidiano e insoportable. Se abre un debate del que no podemos (ni queremos) ser excluidos, donde se nos examinará en busca de respuestas al sufrimiento y al dolor. Como técnicos de la salud y en virtud de la especial relación que establecemos con nuestros pacientes, estamos aún más obligados a corresponder a la confianza recibida para ofertar unos cuidados paliativos de calidad. Nos corresponde ser proactivos en el ofrecimiento de la asistencia y el sostén necesario, promoviendo los cuidados y el amor necesarios en el entorno del paciente que no deje lugar a la soledad. Toca también formarnos, debatir y aportar desde la experiencia y la evidencia a esta nueva normativa. Sea cual sea nuestra decisión final, estamos llamados a establecer un diálogo constructivo con pacientes, sociedad y legisladores sobre la necesaria visión holística del final de la vida.

Bibliografía

1. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Boletín Oficial de las Cortes General nº 46-8 (18 de marzo de 2021). Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-8.PDF (accedido 25/3/21)

AGRADECIMIENTO A ASESORES Y CORRECTORES DE LA REVISTA DURANTE EL AÑO 2020

El Consejo de Redacción desea agradecer a todos los asesores y correctores sus valiosas y desinteresadas aportaciones, encaminadas a mejorar la calidad de los artículos publicados durante el año 2020. Su trabajo constituye sin duda un valor añadido a la Revista.

Vidal Barchilón Cohén. *Médico de Familia*. Cádiz
M^o Isabel Ballesta Rodríguez. *Médico de Familia*. Jaén
Carmen Barros Rubio. *Médico de Familia*. Cádiz
Juan Manuel Espinosa Almendro. *Médico de Familia*. Málaga
Eloisa Fernández Santiago. *Médico de Familia*. Sevilla
Nicolás Garrido Redondo. *Médico de Familia*. Jaén
Antonio Hidalgo Requena. *Médico de Familia*. Córdoba

Guillermo Largaespada Pallavicini. *Médico de Familia*. Huelva
Ignacio Merino de Haro. *Médico de Familia*. Málaga
Andrés Moreno Corredor. *Médico de Familia*. Málaga
Ana Morán Rodríguez. *Médico de Familia*. Cádiz
Carlos Ortega Millán. *Médico de Familia*. Córdoba
Enrique Ortiz Pérez. *Médico de Familia*. Granada
José Manuel Santos Lozano. *Médico de Familia*. Sevilla

EL ESPACIO DEL USUARIO

Atención primaria y salud mental: reflexiones de un usuario

Yesa Herrera J

Miembro de la Junta Directiva de FACUA Andalucía y Secretario General de FACUA Cádiz

La intervención del portavoz de Más Madrid en el Congreso de los Diputados solicitando la puesta en marcha de un plan que aborde las necesidades de la población en materia de salud mental (y desgraciadamente, la desafortunada interpelación de un diputado del Partido Popular tras la misma) ha provocado que los medios de comunicación, redes sociales..., es decir, todos, hayamos prestado atención a este asunto.

Bienvenida sea toda iniciativa que reclame que empiece a abordarse con la seriedad necesaria un problema sobre el que algunos venimos clamando en el desierto desde hace años. Entre éstos se encuentran los médicos y demás profesionales sanitarios del ámbito de la atención primaria a los que, en su papel de infantes de marina del sistema sanitario público, les toca enfrentarse en primera línea con lo que, también recientemente, algunos ya han denominado como epidemia secreta.

No voy a dedicar este artículo a analizar las reclamaciones de estos profesionales, más que justificadas y que comparto plenamente: la necesidad de dotarles de las infraestructuras y de los recursos humanos necesarios, asegurarles una formación adecuada y continuada, y facilitarles el soporte necesario por parte de la atención especializada, con la que deberían poder mantener una estrecha colaboración.

Sobre dichas reivindicaciones existen numerosos pronunciamientos que analizan exhaustivamente los problemas señalados, emitidos desde distintos ámbitos, sobre todo, por parte de los propios profesionales. Mi intención en este artículo es mucho más modesta, dado que sólo pretendo

aportar varias consideraciones que creo que pudieran resultarles de interés de parte de alguien que se encuentra "al otro lado del mostrador". Alguien ajeno profesionalmente al ámbito sanitario, pero con experiencia en el trato con los usuarios y, sobre todo, en "calidad" de enfermo mental que ha recibido durante varios años tratamiento exclusivamente en el ámbito de la atención primaria.

La primera de ellas: a la hora de tratar a pacientes de estas patologías se debe seguir teniendo en cuenta que la enfermedad mental continúa siendo un estigma en todos los ámbitos sociales. Que actualmente se hable con más o menos naturalidad de este asunto no debe llevarnos a considerar erróneamente que el enfermo mental ya no se esconde ni se avergüenza de ello.

Y si esta consideración que sobre su enfermedad sigue teniendo el enfermo mental es ya de por sí preocupante, más lo es el rechazo que sigue sufriendo por parte de los demás, sobre todo, en el ámbito laboral. Me han llegado a decir cosas como que "si mi jefe se entera que tomo *lexatín* ya estoy despedida". Incluso hay quienes me han asegurado que les ha ocurrido. Al igual que otras lacras como el racismo o el machismo, hay muchísimo trabajo por delante para erradicar este tipo de comportamientos claramente discriminatorios.

Por otra parte, los problemas de carencia que padecen los profesionales de atención primaria para tratar a estos pacientes, sobre todo a aquellos con patologías moderadas, no justifica en ningún caso el recurso exclusivo al tratamiento con medicamentos, obviando otras posibilidades

terapéuticas. Con esta afirmación no pretendo, ni someramente, dudar de la eficacia del tratamiento con medicamentos, de la que en calidad de paciente puedo dar buena fe, y para lo que, además, carezco de la formación y conocimientos necesarios.

Tampoco critico a los profesionales por prescribir tales medicamentos, pero creo necesario recordarles que el usuario tiene derecho a conocer aquellos casos en los que no se le deriva a otros niveles asistenciales o no se le ofrecen opciones alternativas o acumulativas al uso de medicamentos. No porque en su estado no sea lo más conveniente sino porque, simplemente, la escasez de medios disponibles provoca que otro tipo de tratamientos haya que prescribirlos con cuentagotas.

La experiencia nos dicta que son escasas las probabilidades de éxito de las reivindicaciones que en materia de sanidad pública sólo se encuentran respaldadas desde el ámbito laboral-profesional y no disponen del necesario apoyo de la ciudadanía. El usuario debe ser conocedor de cómo le afecta la falta de recursos, y puede y debe reclamar el derecho que le asiste a exigir que se le facilite la atención más adecuada.

Por parte, parece ser que la mayor parte de la comunidad científica acepta actualmente que los problemas de depresión o ansiedad pueden originarse por causas biológicas, psicológicas y sociales. En el contexto actual que estamos padeciendo (y no me refiero exclusivamente al originado por la pandemia de Covid-19, que ha venido a empeorar una situación de crisis

económica que con anterioridad ya padecían muchas personas) es bastante probable que una parte muy importante de los casos de depresión o ansiedad tengan su origen en situaciones de desigualdad social.

Con respecto a estas patologías que tienen un origen social, un médico de familia podrá aliviar, pero no solucionar, la depresión que sufre uno de sus pacientes porque no puede pagar la hipoteca y va a perder su casa, o porque se encuentra atado a un trabajo que no puede permitirse dejar, al que tiene que dedicar la mayor parte del día y por el que le pagan una auténtica misera que apenas le permite vivir dignamente.

El abordaje satisfactorio de este tipo de casos requiere de un enfoque multidisciplinar, en el que resulta necesaria la intervención de profesionales no sólo del ámbito sanitario sino también del social, que pongan a disposición del afectado los recursos disponibles para ayudarle a solventar su situación. Para ello, como para otras tantas actuaciones en materia de salud comunitaria, es necesario la implicación de las administraciones locales y estatal, así como de otras áreas no sanitarias de la administración autonómica.

Además de poder trasladarles las anteriores reflexiones, este artículo me brinda la oportunidad de oro de poder agradecer públicamente a los dos médicos de atención primaria que han atendido mis problemas de salud mental (el Dr. Manuel Lubián y el Dr. Juan José Aragón), quienes, a pesar de los escasos medios de los que disponían, siempre se han esforzado en ayudarme y me congratula decir que lo han conseguido.

ORIGINAL

Factores relacionados con el cumplimiento terapéutico en EPOC. Análisis de la perspectiva de los pacientes

Calleja Cartón LA¹, Muñoz Cobos F²,
Aguiar Leiva V³, Navarro Guitart C²,
Barnestein Fonseca P⁴, Leiva Fernández F³

¹Centro de Salud de Colmenar (Málaga)

²Centro de Salud El Palo (Málaga)

³Unidad Docente Multifactorial de AFyC Distrito
Atención Primaria Málaga Guadalhorce

⁴Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA)

CORRESPONDENCIA

Luis Antonio Calleja Cartón
E-mail: luisantcalleja@hotmail.com

Recibido el 14-08-2020; aceptado para publicación el 9-11-2020

Med fam Andal. 2021; 1: 11-24

PALABRAS CLAVE

EPOC, cumplimiento terapéutico, investigación cualitativa, atención primaria.

RESUMEN

Título: factores relacionados con el cumplimiento terapéutico en EPOC. Análisis de la perspectiva de los pacientes.

Objetivo: explorar qué factores condicionan que los pacientes con EPOC cumplan o incumplan el tratamiento inhalado prescrito, bajo su propio punto de vista.

Diseño: investigación cualitativa, exploratoria e interpretativa con metodología inductiva, basado en la Teoría Fundamentada.

Emplazamiento: estudio multicéntrico, tres centros de salud urbanos y uno rural.

Población y muestra: pacientes con EPOC con tratamiento inhalado continuado con perfil de informantes clave. Muestreo teórico, hasta saturación.

Intervenciones: se realizan entrevistas grupales, videogradas y transcritas con un posterior análisis a nivel textual y conceptual, usando el método comparativo constante. El informe preliminar se devolvió a los participantes para su revisión. Segmentación por: medio rural/urbano, género, tabaquismo, cumplidores por medición objetiva. Programa Atlas.Ti.5.2.

Resultados: participaron 58 pacientes (edad media 68.59 años, 53 hombres, 46 de medio urbano, 17 fumadores) en 22 entrevistas. Categoría central explicativa del cumplimiento del tratamiento inhalado: afrontamiento activo de la enfermedad. El incumplimiento es reconocido como "de otros", siendo debido a actitudes personales negativas. El incumplimiento propio se relaciona con ineficacia o efectos adversos de los inhaladores y con creencias erróneas. En las mujeres se relaciona con el rol de cuidadora y en medio rural con la relación médico-paciente y el apoyo social.

Conclusiones: los pacientes relacionan cumplimiento y afrontamiento activo de la enfermedad. El incumplimiento de otros se atribuye a factores internos, el propio se justifica por factores externos.

KEYWORDS

COPD, therapeutic compliance, qualitative research, primary care.

ABSTRACT

Title: Factors associated with therapeutic compliance in COPD. An analysis of the patient's perspective.

Aim: To explore what factors, according to patients, influence their compliance or non-compliance with the prescribed inhaled therapy for COPD.

Design: Interpretive, exploratory, qualitative research using the inductive method, based on the Grounded Theory approach.

Setting: A multicentre study involving three urban and one rural primary care centres.

Population and sample: Patients with COPD on continuous inhaled therapy, and role of key informants. Theoretical sampling until saturation.

Interventions: Group interviews were conducted and video-recorded. The videotapes were then transcribed and an analysis carried out at the text and concept level, using the constant comparative method. The preliminary report was returned to participants for review. Segmentation was conducted by: rural/urban environment, gender, smoking, objective measurement of compliance. Atlas.Ti.5.2. software.

Results: A total of 58 patients (mean age was 68.59 years, 53 were male, 46 from urban areas, 17 smokers) took part in 22 interviews. Core category explaining compliance with inhaled therapy: active coping with the disease. Non-compliance is regarded as "of others" and is due to negative personal attitudes. Self non-compliance is associated with inefficacy or side effects of inhalers, and with erroneous beliefs. In women, non-compliance is associated with the role of carer, and in rural areas with doctor-patient relationship and social support.

Conclusions: Patients associate compliance with active coping with the disease. Non-compliance of others is attributed to internal factors, whereas self non-compliance is explained by external factors.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible y asociada al hábito de fumar^(1,2). Es una enfermedad pulmonar asociada a múltiples comorbilidades⁽³⁾. En España, con alrededor del 60% de los datos obtenidos de una muestra final de 10.200 personas en el estudio EPISCAN-II, se cifra la prevalencia en el 11,8% de la población mayor de 40 años, siendo las diferencias significativas entre hombres y mujeres, con una prevalencia del 14,6% y del 9,4%, respectivamente. Se incrementa con la edad hasta un máximo del 34,7% en hombres y del 26,1% en mujeres pasados los 80 años.⁽⁴⁾

Con respecto al curso de la enfermedad, durante un largo periodo puede ser asintomática⁽⁵⁾. La progresión se basa en la persistencia del tabaquismo y en la disminución progresiva del FEV1, poco relacionado con la intensidad de los síntomas⁽⁵⁾.

Lo que los pacientes conocen de las enfermedades no coincide con la perspectiva de los profesionales ni con las aportaciones de los estudios científicos. La visión de los pacientes se centra en la sintomatología, el estado general de salud y la alteración de la calidad de vida ocasionada por la enfermedad. Estos son los denominados "resultados reportados por el paciente⁽⁶⁾" que actualmente se incluyen en los ensayos clínicos para evaluar efectividad y seguridad de nuevos fármacos⁽⁷⁾. Los aspectos más estudiados bajo esta perspectiva han sido las repercusiones en la vida diaria⁽⁸⁾ y las exacerbaciones^(9,10,11).

Los objetivos generales del tratamiento de la EPOC son reducir los síntomas de la enfermedad y la mortalidad, mantener la capacidad funcional, prevenir la incapacidad, disminuir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones e ingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida. Destaca por encima de todas las intervenciones, el abandono del hábito tabáquico, la única medida eficaz para detener la progresión de la enfermedad⁽¹²⁾. Otras medidas no farmacológicas serían⁽¹³⁾: nutrición, actividad física, rehabilitación respiratoria, vacunación, oxigenoterapia crónica domiciliar y ventilación mecánica no invasiva. La base del tratamiento farmacológico de la EPOC estable son los inhaladores, siendo

imprescindible una correcta técnica de uso y una adecuada adherencia al tratamiento que se cifra entorno al 40%-57%^(14,15,16). Se han determinado múltiples factores relacionados con la adherencia⁽¹⁷⁾, dependientes del régimen terapéutico, psicosociales, dependientes de la enfermedad y dependientes de la interacción con el profesional. Entre los factores psicosociales, destacan las creencias de los pacientes sobre el tratamiento inhalado: la mayoría de los pacientes con EPOC ven el uso de inhaladores como un estigma social y prefieren un tratamiento no inhalado⁽¹⁸⁾, manifestando los problemas que les ocasiona la técnica⁽¹⁹⁾. Suelen evitar el uso público de los inhaladores, sobre todo en las mujeres con EPOC⁽²⁰⁾. Asocian su uso a estadios avanzados de la enfermedad y a que, una vez se empiezan a usar, serán “para toda la vida”⁽¹⁹⁾. También muestran dudas sobre su necesidad, preocupación por los potenciales efectos adversos y opiniones relativas a una sobreprescripción de medicamentos y efecto dañino de los mismos⁽¹⁸⁾. Existe miedo a la “adicción” y múltiples dudas sobre la eficacia de esta medicación⁽²¹⁾. Esta confusa perspectiva de los pacientes respecto a la adherencia a la terapia inhalada ha sido insuficientemente explorada en el caso de la EPOC^(22,23,24).

El objetivo del presente estudio fue explorar qué factores explican que los pacientes con EPOC cumplan o incumplan el tratamiento inhalado prescrito, bajo su propio punto de vista.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio tuvo lugar en el ámbito de atención primaria de la provincia de Málaga, con participación de tres centros de salud urbanos y uno rural, todos de nivel socioeconómico medio-bajo (Tabla 1).

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio e interpretativo con metodología inductiva, basado en la Teoría Fundamentada⁽²⁵⁾.

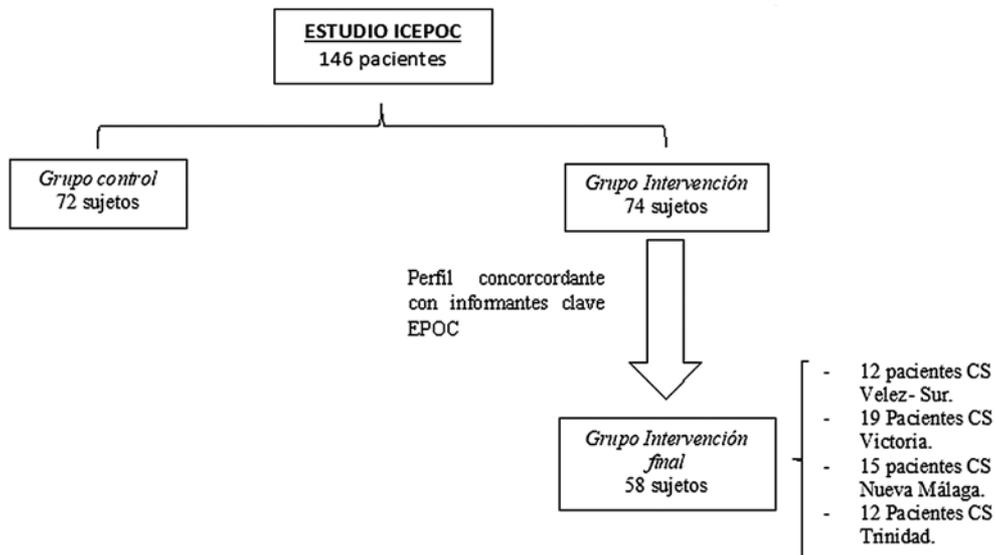
Los participantes en el estudio pertenecían al subgrupo de intervención del estudio ICEPOC⁽²⁶⁾, ensayo clínico aleatorizado que valoró la eficacia de una intervención multifactorial sobre adherencia terapéutica en EPOC en atención primaria, en el que se reclutaron 146 pacientes, mediante muestreo no probabilístico; posteriormente se aleatorizaron, formándose el grupo de estudio (n=72), constituido finalmente por 58 pacientes (pérdidas por no localización o rechazo a participar) que son los participantes en esta investigación cualitativa (figura 1).

Los **criterios de inclusión** fueron: diagnóstico de EPOC confirmado por espirometría, recibir atención sanitaria en los Centros de Salud Nueva Málaga, Victoria, Trinidad y Vélez Sur, tener prescrito tratamiento inhalado con pauta fija diaria y aceptar participar en el estudio mediante consentimiento informado. Se **excluyeron** pacientes con otros procesos respiratorios no EPOC

Tabla 1. Características de los centros de salud y distribución del número de participantes

CENTRO DE SALUD	CARÁCTER	POBLACIÓN	NIVEL SOCIOECONÓMICO	NÚMERO PARTICIPANTES	GRUPOS
Trinidad.	Urbano	25.398	Población menos envejecida que el resto de centros; extranjeros procedentes de la UE.	12	1, 2,3, 4 y 5.
Nueva Málaga	Urbano	19.574	Medio	15	6, 7, 8, 9 y 10.
Vélez Sur (Axarquía)	Rural	22.297	Medio-Bajo	12	11,12,13 y 14
Victoria	Urbano	23.981	Marcados índices de desempleo y analfabetismo; así como elevada tasa de inmigración.	19	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22.

Figura 1. Flujoograma de pacientes del estudio



y aquellos con problemas físicos o psíquicos que impedían participar en el estudio.

La **recogida de datos** se realizó mediante entrevista individual. Se recogieron variables socio-demográficas (edad, sexo, lugar de residencia) y de la enfermedad (persistencia en el hábito de fumar, gravedad, presencia de reagudizaciones). Se explicó y firmó el consentimiento informado y se entregó un dispositivo automático de recuento de dosis (dóser) para evaluar la adherencia terapéutica por medios objetivos como criterio de segmentación para el análisis. Se consideró adherente, al paciente que tomó entre 80-110% de las dosis prescritas⁽²⁷⁾.

Las entrevistas grupales videogradas se realizaron entre abril de 2008 y noviembre de 2009, en el centro de salud de referencia de los pacientes, duraron 90 minutos. En cada grupo existió un moderador y un observador y se utilizó un guión como estructuración de contenidos, que no se formuló literalmente, sino que se acomodó al contexto.

El material videogrado se transcribió literalmente siguiendo los criterios de transcripción de Jefferson⁽²⁸⁾ que permiten registrar en un texto escrito información no verbal, paraverbal

y contextual en situaciones de interacción. Para el análisis se utilizó el programa *Atlas.Ti* versión 5.2⁽²⁹⁾.

Las etapas generales del análisis se pueden clasificar en un nivel textual y otro conceptual:

- En el **nivel textual** realizamos: la preparación de datos primarios (paso a rtf.), lectura y relectura de las transcripciones, la segmentación del texto en citas, la codificación inicial: categorización de segmentos de los datos en un nombre corto que resuma y explique cada uno de los fragmentos de los datos⁽³⁰⁾; la codificación focalizada con revisión de los códigos emergentes, eliminando errores y fusionando aquellos redundantes; la ordenación de los códigos en familias, en base a elementos comunes de los códigos entre sí y a diferencias con el resto. Se incluyeron *familias*: 1) Iniciales (en base a las preguntas de investigación). 2) Emergentes (no previstas inicialmente, emergieron en el análisis, como parte del método inductivo). 3) Segmentación (análisis de grupos diferenciados de participantes: mujeres, fumadores activos, medio rural, cumplidores por métodos objetivos, dóser).

La *saturación*, correspondió al momento del análisis en el que ya no emergieron categorías, relaciones o propiedades nuevas (empleo sistemático en el programa informático de la opción "code by list"). Mediante el llamado *memoing*, realizamos anotaciones que contenían comentarios, resúmenes o interpretaciones surgidos en cualquier momento durante el análisis; incluyendo los pasos del proceso analítico y de las decisiones que se fueron tomando.

- En la etapa correspondiente al **nivel conceptual** se establecieron redes de las relaciones entre los códigos mediante *links*. Los nodos de alto grado (alto número de relaciones con otros códigos) constituyeron las categorías y el análisis de la red nos permitió visualizar las subcategorías y estructura jerárquica.

A través de la recuperación de citas mediante operadores booleanos y semánticos, apoyamos o desmentimos las relaciones entre categorías. La *segmentación* consistió en identificar subgrupos en base a: revisión bibliográfica, objetivos de la investigación e información emergente del análisis. Una vez alcanzada la saturación analítica, se procedió a la elaboración de la teoría, la integración de la información contenida en las categorías en un informe, que pretendía responder al objetivo del estudio, en un primer momento provisional, y posteriormente definitivo, tras presentar los resultados a los participantes que pudieron modificar, matizar y/o aprobar.

Los procedimientos de rigor metodológico utilizados en esta investigación⁽³¹⁾ fueron los recogidos en la tabla 2.

Tabla 2. Procedimientos de rigor metodológico utilizados en este estudio

Credibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Devolver a los pacientes participantes los resultados del estudio para su validación. • Utilizar palabras de los participantes en la codificación • Recogida previa de la visión del equipo investigador • Explicitar la estrategia de búsqueda bibliográfica y sus modificaciones.
Confirmabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida de datos por parte de investigadores no implicados en seguimiento clínico de los pacientes. • Realización del análisis por investigadores no implicados en el seguimiento clínico ni en la recogida de datos.
Conformabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida precisa de todos los pasos realizados durante la investigación, a fin de poder ser reproducidos. • Triangulación. • Contraste entre investigadores.
Transferibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida de datos contextuales suficientes y de calidad. • Criterios de inclusión precisos. • Criterios de segmentación explícitos.

RESULTADOS

Se realizaron 22 entrevistas grupales con los 58 pacientes finalmente incluidos en el estudio. El perfil del participante corresponde a un hombre de 68 años de edad de bajo nivel cultural, con diagnóstico de EPOC de cinco años de evolución, nivel de gravedad moderado, fenotipo no agudizador (75,9% < 2 reagudizaciones/año) y exfumador. Tiene pautado tratamiento anticolinérgico, beta 2 adrenérgico y corticoide inhalado pero no sigue correctamente la pauta de tratamiento. Hablamos de cumplimiento terapéutico por ser el término utilizado en las entrevistas grupales por los pacientes. Para éstos, cumplimiento e incumplimiento son dos conceptos diferentes: incumplir no es considerado lo contrario de cumplir. La base de la diferencia está en que el cumplimiento se define como una conducta generalmente propia, activa y voluntaria, flexible (con excepciones justificadas). El incumplimiento se define como una conducta "de otros" y aparece relacionado con actitudes mantenidas y persistentes, valoradas como pasivas o negativas. El incumplimiento propio no aparece como tal sino en forma de olvidos puntuales que no se consideran incompatibles con el cumplimiento, o por causas justificadas como la falta de efectividad o efectos adversos. Cumplimiento e incumplimiento pueden funcionar "a saltos", se alternan en distintos momentos en la misma persona y pueden ser específicos para unos tratamientos sí y otros no. Los sujetos del estudio consideran que cumplir con el tratamiento se asocia más a la toma de pastillas que al uso de la terapia inhalada, el abandono del tabaco no lo consideran parte del tratamiento (seguir fumando no es incumplimiento), se definen en general como cumplidores, sin embargo, en el recuento de dosis solo el 40% mostró ser cumplidor.

La **categoría central** asociada al cumplimiento es el **afrontamiento activo de la enfermedad** (Tabla 3), que incluye las subcategorías: 1) *Valoración positiva del efecto* del tratamiento, basándose en la percepción de la necesidad (cumplen el tratamiento porque notan que lo necesitan, al considerar la gravedad de su situación clínica) y en la percepción de beneficio (los pacientes sienten mejorar con el uso del inhalador). 2) *Mentalizarse*: preparar o predisponer la mente de modo determinado para incluir la acción de tomar el medicamento. 3) Reconocer la *capacidad de intervenir*

en la enfermedad o autoeficacia, mostrando que la percepción de la capacidad propia de participar activamente en el control de la enfermedad lleva a cumplir con el tratamiento. 4) Contar con *apoyo familiar*: 5) *Acostumbrarse*: idear y mantener conductas activas para "rutinizar" el cumplimiento del tratamiento, maniobras para evitar olvidos y mejorar el cumplimiento. 6) *Seguir activamente las indicaciones médicas* incluyendo una actitud activa frente al tabaquismo (determinación para dejar de fumar).

Los participantes consideran que el incumplimiento no es una conducta propia, sino que la refieren a otras personas. La **categoría central asociada al incumplimiento de otros** son las **actitudes personales negativas**. Incluye las subcategorías: *Impaciencia* (falta de efecto rápido y visible del tratamiento que desemboca en una frustración de expectativas y abandono del tratamiento), *indisciplina* (falta de capacidad para esforzarse en realizar conductas obligatorias), *incultura* (no como nivel de instrucción sino como tendencia a no tener interés por informarse, por aprender), *falsa fortaleza* (dificultad para reconocer las limitaciones y necesidades) y *pereza* (tendencia a la dejadez, incapacidad de esforzarse). Cuando consideran el **incumplimiento propio** lo justifican en base a la **valoración negativa o confusa del efecto** del tratamiento inhalado (tabla 4), debido a *percepción de la falta de efecto* (no notar mejoría), *presencia de efectos adversos* (abandonan la medicación si notan que les sienta mal) y múltiples *creencias erróneas respecto al tratamiento inhalado* que lo consideran perjudicial (tabla 5).

En el análisis de subgrupos de pacientes, se observa que las **mujeres** manifiestan *dudas sobre la relación de la enfermedad con el tabaco*. Exponen como causas: factores genéticos, resfriados, pinturas y productos de limpieza, sobrepeso.

Los síntomas más relevantes para ellas, además de la disnea, son los "pitos". Existe entre las mujeres una percepción mayor de beneficios con *tratamientos no farmacológicos* (balneoterapia, fisioterapia respiratoria, andar, y llevar una vida sana) y *una actitud más activa frente a la enfermedad*. Esta actitud se aprecia en los siguientes aspectos: toman la decisión de dejar de fumar; admiten como posibilidad una mejoría de la EPOC mostrando una mayor capacidad de influir en la evolución de la enfermedad y

Tabla 3. Categorías y subcategorías identificadas respecto al cumplimiento e incumplimiento terapéutico

CUMPLIMIENTO	
1.- Categoría central:	Descripción
Actitud activa hacia la enfermedad	Estilo de afrontamiento en el que la persona se enfrenta al problema, busca soluciones, trata de mejorar sus condiciones de vida con la enfermedad.
2.- Subcategorías:	Descripción
Valoración positiva del efecto: . Percepción de necesidad. . Percepción del beneficio.	Reconocimiento del tratamiento como beneficioso para la persona porque: <ul style="list-style-type: none"> ○ Necesita utilizarlo para mejorar o evitar los síntomas. ○ Nota un efecto favorable de la medicación.
Mentalización	Preparación de la mente para incluir la acción de tomar el tratamiento.
Autoeficacia	Percepción de la capacidad propia de participar activamente en el control de la enfermedad.
Valoración positiva del apoyo familiar	Percepción de la ayuda de la familia en el cumplimiento del tratamiento.
Acostumbramiento	Incorporación del tratamiento a la rutina habitual.
Seguimiento de indicaciones médicas.	Cumplimiento del tratamiento por recomendación médica.
INCUMPLIMIENTO	
DE OTROS:	
1.- Categoría central	Descripción
Actitudes personales negativas	Características o formas de ser de otras personas a las que se atribuye el incumplimiento.
2.- Subcategorías	Descripción
Impaciencia	Búsqueda de un efecto rápido y visible del tratamiento.
Descuido/falta de disciplina	Actitudes de descuido, de incapacidad de seguimiento de las normas.
Incultura	Bajo interés por informarse.
Falsa fortaleza	Presentarse como persona fuerte frente a los que necesitan tomar el tratamiento.
Pereza	Incumplimiento por inhibición de la acción debido a no estar dispuesto al esfuerzo que ésta precisa.
Otras: No necesidad	El paciente incumple porque no percibe necesitar la medicación inhalada.
PROPIO:	
Categoría central	Descripción
Valoración dudosa o negativa del efecto	Falta de constancia de que el tratamiento inhalado les beneficie.
Subcategorías	Descripción
Falta de efecto	No notar mejoría con el uso del tratamiento inhalado.
Efectos adversos	Incumplimiento porque se producen consecuencias negativas del uso del tratamiento inhalado.
Creencias erróneas	Se incumple el tratamiento por creer que es negativo su uso continuado, a la dosis prescrita y/o que produce acostumbramiento.

Tabla 4. Consideración del efecto del tratamiento, citas ejemplo

CONSIDERACIÓN DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO	
NOTAR EFECTO	NO NOTAR EFECTO
<p>Notar entrada del inhalador:</p> <p>P3.2: <i>Yo incluso noto el sabor de aquello, del Spiriva, el saborcito así como agridulce.</i></p> <p>P15.1: 1: <i>Sí, sssshhhhh ((gesticula aspirando)). Se nota, un polvillo aquí ((se señala la garganta)).</i></p> <p>P18.1: <i>Y hace ruidito la pastilla cuando la preparas.</i></p>	<p>No Notar entrada del inhalador:</p> <p>P12.3: <i>Yo no lo noto, yo no noto nada.</i></p> <p>P22.1: <i>Pero no lo noto ni por sabor, ni:: porque esto no tiene sabor. Simplemente que al hacer la inspiración grande y retenerlo un poquitín, porque me dijeron que había que retenerlo, pero no noto sabor ni nada.</i></p>
<p>Resfriarse menos:</p> <p>P1.1: <i>Pues yo, en mi caso en esta época cada dos por tres cogía una gripe, y cuando empecé el tratamiento, cogí otra vez la gripe y desde entonces nada.</i></p>	<p>Efecto poco relevante:</p> <p>P3.3: <i>No es como si te duele la cabeza y siempre de toda la vida ha dicho uno tómate una aspirina. Yo tomaba la aspirina y al rato tu decías oye es verdad que se me ha quitado el dolor, esto no, esto a lo mejor alivia pero que no es una mejoría de decir... Que antes no podía correr y ahora corro.</i></p>
<p>Reducir los síntomas:</p> <p>P4.2: <i>Hombre, yo antes le decía a mi mujer, chiquilla si se me ha quitado los pitos y a mí el pecho no me duele</i></p> <p>P17.3: <i>Y parece que me encuentro un poquillo mejor. Parece que me asfixio un poquillo menos´.</i></p>	<p>Ausencia de efecto:</p> <p>P6.3: <i>Eso es lo que me pasa a mí también que yo no noto diferencia antes y después.</i></p> <p>P7.M: <i>¿Con la medicación no se encuentra mejor?. P7.1: Con medicación ni sin medicación, yo no respiro bien.</i></p> <p>P20.1: <i>Me la estoy tomando, pero, vamos, que yo lo sé que <u>no me hace nada.</u></i></p>
<p>Mayor capacidad funcional:</p> <p>P1.1: <i>Yo ahora, incluso subir escaleras,...y nada de ahogos.</i></p> <p>P3.3: <i>... yo encuentro mejoría, yo no podía ni agacharme para los cordones de los zapatos.</i></p>	<p>Dudas sobre el efecto:</p> <p>P3.3: <i>Ahora que haga el efecto que tiene que hacer no sé.</i></p> <p>P14.2: <i>Las medicinas no puedo decir yo si me hacen o no me hacen.</i></p> <p>P12.2: <i>... ahora, el efecto que eso hace ahí dentro o lo que pasa, yo no sé <u>por dónde sale.</u> Porque eso ya escapa, al menos a mis conocimientos de lo que es:: yo que sé <u>dónde irá</u> eso:: pues irá::: cuando <u>está compuesto</u> es porque algo:: algo hará.</i></p>
<p>Beneficio por defecto; se nota si no se utilizan:</p> <p>P3.2: <i>Yo sé que si no me lo tomo, yo me lo noto...</i></p> <p>P8.2: <i>...pero cuando no me hago los aerosoles, caigo de momento.</i></p>	<p>Falta de respuesta esperada:</p> <p>P8.1: <i>...llevo ocho años tratándome la enfermedad y yo no encuentro que esa mucosidad blanca pegajosa se me quite...</i></p> <p>P13.3: <i>...yo lo que veo que, que hará algo, pero <u>no lo que uno quiere.</u></i></p>
<p>Tarda poco en hacer efecto:</p> <p>P17.2: <i>..... el alivio lo siento::: pues a los dos minutos, siento el alivio.</i></p>	<p>Tarda mucho en hacer efecto:</p> <p>P11.3: <i>Tarda a lo mejor un tiempo, pero se quita.</i></p>

una mayor percepción de autoeficacia; animan a otros participantes a la adopción de hábitos

de vida saludables; existe un reconocimiento de la mejoría con el tratamiento inhalado, notan

Tabla 5. Creencias erróneas sobre los inhaladores, citas ejemplo

Son “malos”:	<i>P8.1: ...y me mandaba aerosoles y mi hija “no te lo pongas mamá, que <u>eso no es bueno</u>.. pues no iba a mejor, iba a peor</i>
Cuando se inician ya no se pueden dejar:	<i>P12.4: Esa medicación cuando te la ponen, es para siempre.</i>
Producen “acostumbramiento”:	<i>P5.2: Yo lo tomo una vez por la mañana y <u>para no acostumbrarme</u>, cuando estoy muy fatigoso por la noche... pero yo nada más quisiera tomarlo por la mañana para <u>no acostumbrar</u> mucho al cuerpo...</i>
Es mejor usarlos lo menos posible	<i>P13.2: Yo lo único que quiero es usar menos de esto...y si puedo, <u>mientras menos mejor</u>.</i> <i>P13.2: esto lo tengo (provisional) como aquel que dice, para el caso de una asfixia, que:: mejor me paro un poquito, andando, me paro, <u>que no la tomo, por tal de evitar</u>:: porque esto, quieras o no quieras (), no lo sé.</i>
En general “no gustan”:	<i>P12.M: ¿Y les resulta complicado, el tomarse los inhaladores?</i> <i>P12.3: No, <u>no me gusta</u>, pero no es complicado.</i>

el efecto y manifiestan cierto optimismo ante la evolución de la enfermedad.

El cumplimiento para ellas está basado en la *necesidad* (valoración positiva del efecto) y de forma coherente con esto, el incumplimiento de otros se atribuye a la “no necesidad” mientras que, en el incumplimiento propio, destaca la autosuficiencia y el abandono de la pauta prescrita tras la mejoría así como la influencia del rol de *cuidadoras* de la familia, con olvido de sí mismas.

Los pacientes del **medio rural** destacan la *relación médico-paciente*, mostrando la importancia de la relación de cercanía, de la comunicación efectiva y del criterio de indicación médica para el cumplimiento. Los pacientes del medio rural destacan mucho los *beneficios del aire libre y el campo*, su medio natural, con importante papel en la mejora de la respiración, así como los beneficios del ejercicio y actividad física en general. El cumplimiento en ellos está basado en la necesidad, justificando el incumplimiento por no utilidad de los inhaladores. Los aspectos de apoyo familiar y social son especialmente se-

ñalados por estos pacientes. Están presentes las *falsas creencias* respecto al tratamiento inhalado (“mejor usar poco el inhalador”) y respecto al tabaquismo (fumar “poco” no es perjudicial).

Los **fumadores** atribuyen la EPOC a “*otras causas*” distintas del tabaco. Manifiestan importantes dudas respecto a la responsabilidad del tabaco en la enfermedad y dan “razones” para seguir fumando: se percibe como no nociva una cierta cantidad de tabaco, lo que en algún caso se describe como una afirmación hecha por el propio médico; aunque se deje de fumar no se cura la enfermedad; existencia de personas longevas que han fumado mucho y no les ha dañado el tabaco; los propios profesionales sanitarios son fumadores. El incumplimiento lo basan en el escepticismo (dudas acerca del beneficio del tratamiento inhalado). El principal argumento para cumplir con el tratamiento es basándose en la necesidad, tanto cuando se habla del cumplimiento de otros como del propio.

Los **cumplidores** confirmados por el recuento de dosis expresan actitudes activas frente al

tabaquismo. Existe un reconocimiento expreso y tajante del efecto negativo del tabaco como causa de la enfermedad y como factor de progresión, tanto en los pacientes que han dejado de fumar como en los que mantienen el hábito. Los pacientes cumplidores manifiestan una actitud activa respecto a la toma del tratamiento, mostrando decisión, responsabilidad personal y “mentalización”, incluso aunque no se note el efecto.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, los pacientes con EPOC muestran su visión sobre la adherencia al tratamiento inhalado, relacionándose ésta con una actitud de afrontamiento activo frente a la enfermedad y considerando el incumplimiento como una conducta ajena atribuible a factores internos.

La categoría central explicativa del **cumplimiento** definida como “actitud activa hacia la enfermedad”, se caracteriza por la adopción de un afrontamiento activo frente a ésta por parte del paciente, considerándola como un reto⁽³²⁾. Contrasta con los resultados de otra investigación⁽³³⁾ que muestra que las estrategias que predominan en los pacientes con EPOC son las que implican la aceptación de la enfermedad como una situación inevitable, quedando en un segundo plano la búsqueda de soluciones o la petición de apoyo. Este aspecto es importante debido a la relación entre estilo de afrontamiento pasivo y estado de ánimo negativo⁽³⁴⁾ y por la afectación de las emociones negativas en la calidad de vida de las personas con EPOC⁽³⁵⁾.

La relación entre cumplimiento y percepción de la necesidad (vulnerabilidad percibida) y autoeficacia es concordante con otros estudios que encuentran que percibir una mayor susceptibilidad o vulnerabilidad ante la enfermedad se asocia a un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conductas de salud⁽³⁶⁾. La autoeficacia es una creencia que afecta a la adherencia especialmente en aquellos tratamientos en los cuales es preciso que el paciente ponga en práctica ciertas habilidades o destrezas. Las expectativas de autoeficacia funcionan como un factor motivacional y determinan, en gran medida, la elección de actividades, el esfuerzo y la persistencia en las tareas elegidas, los patrones

de pensamiento y las respuestas emocionales⁽³⁷⁾. Otro componente del afrontamiento activo relacionado con el cumplimiento en estos resultados, el apoyo familiar, también se ha puesto de manifiesto en otros estudios que muestran que el apoyo social percibido, si bien apoyo familiar y social no son estrictamente coincidentes, mejora el cumplimiento del régimen terapéutico del paciente con EPOC⁽³⁸⁾.

Otro de los hallazgos es la diferente atribución al incumplimiento que realizan los pacientes según se trate del propio o del de otros. El incumplimiento propio es justificado por causas externas, por “cómo es” el tratamiento (no hace efecto, olvidos involuntarios o efectos adversos), mientras el incumplimiento de los demás es debido a “cómo son” (características personales negativas de los otros: descuido, pereza...). Ello puede explicarse según la Teoría de la Atribución⁽³⁹⁾: las atribuciones externas son usadas para explicar la propia conducta y permiten de algún modo “eludir la responsabilidad” y las atribuciones internas (por factores de la propia persona) son usadas al evaluar conductas ajenas, esto se aplica especialmente en aquellas situaciones en que las personas se enfrentan a resultados inesperados o se desvían del curso normal de acción, como pueden ser las enfermedades crónicas. Jones y Nisbett establecieron la teoría de las diferencias actor-observador⁽⁴⁰⁾ que marca la creencia acerca de la existencia de un núcleo central de personalidad que está detrás de la conducta externa de otras personas, especialmente cuando se da una transgresión o violación de la norma social, como puede considerarse al incumplimiento terapéutico, de forma que en las explicaciones de la conducta ajena sea frecuente utilizar explicaciones basadas en características internas de la persona, dando menor importancia a las condiciones situacionales en que se produce esa conducta, mientras que al evaluar la conducta propia se tiende a responsabilizar a las circunstancias: las heteroatribuciones tienden a ser internas, las autoatribuciones tienden a ser externas. Dicho sesgo es también atribuible a los profesionales sanitarios, pues podemos justificar el incumplimiento de los pacientes en factores personales y no considerando las circunstancias situacionales que determinan gran parte de las conductas.

Puede influenciar también la no consideración de los pacientes como incumplidores a pesar de

que solo el 40% lo son, el sesgo de discapacidad social, ya que el incumplimiento es una conducta socialmente reprochable que son reticentes a admitir como tal en la entrevista grupal.

La presencia de creencias erróneas respecto al tratamiento inhalado y su relación con el incumplimiento propio son concordantes con otros estudios^(41,42): cada vez se necesita más dosis, pierden eficacia con el tiempo y producen efectos sistémicos importantes, manifestando miedo a realizar el tratamiento.

En cuanto al análisis de subgrupos, en las **mujeres**, las dudas sobre el tabaco como causa pueden deberse a que entre ellas es frecuente la situación de no haber fumado nunca (55,3% según estudio EPI-SCAN). La relevancia que otorgan a los síntomas concuerda con una mayor frecuencia de hiperreactividad bronquial en ellas⁽⁴³⁾ y con un efecto mayor de los corticoides inhalados⁽⁴⁴⁾. Estas diferencias pudieran mediar en la diferente perspectiva ante la enfermedad, al ser la hiperreactividad una situación potencialmente más reversible. Se ha estudiado el diferente estilo de afrontamiento de hombres y mujeres, con resultados dispares^(45,46). En algunos casos se ha encontrado que las mujeres utilizan más frecuentemente estilos activos, como la búsqueda de apoyo social, mientras que los hombres utilizan más frecuentemente estrategias de evitación de problemas y estilos pasivos⁽⁴⁷⁾. El incumplimiento por autosuficiencia puede relacionarse con la mayor tendencia a la automedicación por parte de las mujeres. La influencia del rol de cuidadora familiar en el incumplimiento se ha constatado como una consecuencia del segundo plano en que la mujer coloca su autocuidado⁽⁴⁸⁾.

En el **medio rural** el cumplimiento se ve influido por el apoyo social recibido. Los aspectos de apoyo familiar y social son especialmente señalados por estos pacientes, probablemente por la mayor red social de las personas en el medio rural. Las relaciones familiares se establecen en claves de fuerte sentimiento de pertenencia y comunicación basada en redes de parentesco, sobre todo en personas mayores⁽⁴⁹⁾. Los pacientes del medio rural destacan los beneficios del campo por ser su medio natural, relacionado con aire más limpio y mostrando la influencia del contexto en la percepción de las enfermedades. También destacan los beneficios del ejercicio ya que la

actividad física no reglada suele ser mayor en el medio rural.

Los **fumadores** son más escépticos respecto al papel del tabaco en la enfermedad y a los efectos del tratamiento inhalado como justificación para seguir fumando (*disonancia cognitiva*)⁽⁵⁰⁾, debido a la contradicción entre el mantenimiento de la conducta de fumar y su efecto negativo sobre la enfermedad, que le crea una importante tensión interna por conflicto entre ideas, creencias, actitudes y acciones. Para reducir la disonancia cognitiva genera distintas respuestas: considerarse fumador "moderado", dudar de los perjuicios del tabaco, relativizar la importancia de estar sano.

Los pacientes **cumplidores objetivos** mantienen una coherencia en las actitudes activas hacia la EPOC, incluyendo acciones frente al tabaquismo y cumplimiento del tratamiento, mostrando la consonancia entre cogniciones y actos.

Con respecto a las **limitaciones** de este estudio, la metodología cualitativa está sometida a una crítica continua acerca de su validez debido a su *subjetividad en la interpretación*. Se considera el concepto de sensibilidad teórica, que coloca al investigador dentro de la investigación en continua interacción con los datos en función de su experiencia y formación previa en todos los ámbitos⁽⁵¹⁾. También puede discutirse si el número de entrevistas realizadas es suficiente; el número de individuos a incluir es un debate abierto en investigación cualitativa⁽⁵²⁾ ya que no se calculan tamaños muestrales y la condición de tamaño idóneo es en referencia a criterios de saturación.

Como líneas futuras de investigación se proponen diseñar y validar instrumentos para la valoración de las creencias de los pacientes con EPOC respecto al tratamiento inhalado así como evaluar intervenciones destinadas a su modificación para mejorar la adherencia terapéutica.

Con los resultados del estudio, podemos proponer **aplicaciones en la práctica clínica** que mejoren el cumplimiento del tratamiento inhalado en la EPOC: fomentar la actitud de afrontamiento activo ante la enfermedad, favoreciendo el proceso cognitivo de valoración de la enfermedad como reto, resaltando los recursos de la propia persona, fomentando el apoyo social y mostrando

al propio sistema sanitario como parte de esa red de apoyo. También debemos fomentar la percepción de la necesidad de uso del tratamiento y del beneficio de los inhaladores, la capacidad de control (autoeficacia) así como la rutinización del tratamiento.

En cuanto a la aplicación práctica en los grupos específicos: en las *mujeres* podemos incluir este grupo entre las prioridades para la deshabituación tabáquica debido a la menor importancia que otorgan al tabaco como causa, y fomentar el autocuidado frente a su papel de cuidadoras. En cuanto a los participantes del *medio rural*, podemos utilizar en la educación sanitaria el reconocimiento de los beneficios del campo y el aire libre mediante el fomento de la participación en este tipo de actividades.

Como **conclusiones**, destacamos que los pacientes con EPOC entrevistados muestran la existencia de una relación entre el cumplimiento del tratamiento inhalado y el afrontamiento activo de la enfermedad. El incumplimiento es reconocido como de otros, en relación con actitudes personales negativas. El incumplimiento propio se justificaría por la valoración negativa o confusa del efecto del tratamiento e incluiría la falta de eficacia, la presencia de efectos adversos y las creencias erróneas acerca de los inhaladores.

El presente estudio no tuvo financiación alguna ni los autores del mismo declaran ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celli BR, MacNee W. ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J*. 2004; 23(6):932-46.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Inc. (GOLD). Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2020 Report). Fontana, USA; 2020
3. Soler-Cataluña JJ, Martínez-García MA, Catalán Serra P. Impacto multidimensional de las exacerbaciones de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(11):12-9.
4. Negrete B. "EPI-Scan 2": el primer mapa completo de la EPOC en España. Redacción Médica [Internet]. 2019 [citado 21 octubre 2020]; Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/neumologia/-epi-scan-2-el-primer-mapa-completo-de-la-epoc-en-espana-4123>
5. Oga T, Nishimura K, Tsukino M, Sato S, Hajiro T, Mishima M. Exercise capacity deterioration in patients with COPD: longitudinal evaluation over 5 years. *Chest* 2005;128(1):63-9.
6. Moya V, Nieto D, Marín JM. Parámetros de evaluación reportados por el paciente en la EPOC. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(8):15-9.
7. Food and Drug Administration. Guidance for industry: patient-reported outcome measures. Use in medical product development to support labelling claims: draft guidance. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services; 2006.
8. Muñoz Cobos F, Acero Guasch N, Cuenca del Moral R, Barnestein Fonseca P, Leiva Fernández F, García Ruiz A. Cómo vivir con EPOC: percepción de los pacientes. *Anal Psicol*. 2016;32(1):18-31.
9. Miravittles M, Anzueto A, Legnani D, Forstmeier L, Fargel M. Patient's perception of exacerbation of COPD. The PERCEIVE study. *Respir Med*. 2007;101(3): 453-60.
10. Kessler R, Ståhl E, Vogelmeir C, Haughey J, Trudeau E, Löfdahl CG et al. Patient understanding, detection and experience of COPD exacerbation. An observational, interview-based study. *Chest*. 2006;130(1):133-42.
11. Calleja Cartón LA, Muñoz Cobos M, Cuenca del Moral R, García-Ruiz AJ. Cómo vive el paciente con EPOC las reagudizaciones. Estudio cualitativo en medio hospitalario. *Med Fam And*. 2015;16(1):19-40.
12. Jiménez-Ruiz C, Riesco Miranda JA, Altet Gómez N, Lorza Blasco JJ, Signes-Costa Miñana J, Solano Reina S. Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol*. 2013; 49:354-63.
13. Bourbeau J, Julien M, Maltais F. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*. 2003;163(5):585-91.
14. Cramer JA, Bradley-Kennedy C, Scalera A. Treatment persistence and compliance with medications for chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J*. 2007;14(1):25-9.
15. Bourbeau J, Bartlett SJ. Patient adherence in COPD. *Thorax*. 2008; 63:831-8.
16. Leiva-Fernández J, Leiva-Fernández F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Barnestein-Fonseca P. Efficacy of a multifactorial intervention on therapeutic adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a randomized controlled trial. *BMC Pulm Med*. 2014;14(1):70.
17. Martín L, Grau J. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Rev Psicol Salud*. 2004;14(1):89-99.
18. Menckeborg TT, Bouvy ML, Bracke M, Kaptein AA, Leufkens HG, Raaijmakers JA, et al. Beliefs about medi-

- cines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *J Psychosom Res.* 2008;64(1):47-54.
19. Rau JL. Practical problems with aerosol therapy in COPD. *Respir Care.* 2006;51(2):158-72
 20. Gupta VK, Bahia JS, Maheshwari A, Arora S, Gupta V, Nohria S. To Study the Attitudes, Beliefs and Perceptions Regarding the Use of Inhalers among Patients of Obstructive Pulmonary Diseases and in the General Population in Punjab. *J Clin Diagn Res.* 2011; 5(3):434-9.
 21. Gatti ME, Jacobson KL, Gazmararian JA, Schmotzer B, Kripalani S. Relationships between beliefs about medications and adherence. *Am J Health-Syst Pharm.* 2009;66(7):657-64.
 22. J. Ancochea, T. Gómez, J. De Miguel. Hacia un tratamiento individualizado e integrado del paciente con EPOC. *Arch Bronconeumol.* 2010; 46: 14-8.
 23. Burgos F. Terapia inhalada sin educación, un fracaso anunciado. *Arch Bronconeumol.* 2002; 38: 297-9.
 24. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria.* 2009; 41(6): 342-8.
 25. Glaser BG. *Basics of Grounded Theory Análisis.* Mill Valley CA: The Sociology Press; 1992.
 26. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Vidal-España F, García-Ruiz A, Prados-Torres D, Leiva-Fernández F. Efficacy and Safety of a multifactor intervention to improve therapeutic adherence in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): protocol for the ICEPOC study. *Trials.* 2011;12:40.
 27. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calzerrada RM. Actualización en Medicina de Familia: cumplimiento terapéutico. *Medicina de Familia SEMERGEN.* 2008;34(5):235-43.
 28. Jefferson G. An exercise in the transcription and analysis of laughter. En: Van Dijk TA. *Handbook of discourse analysis.* London: Academic Press; 1985. p. 25-34.
 29. Abela JA, García-Nieto A, Pérez AM. Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica del análisis cualitativo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. 2007.
 30. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A practical guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitative Methods Series).* Londres: SAGE Publications Ltd.; 2006.
 31. Cádiz J. Rigurosidad científica y principios orientadores para el evaluador/investigador. *Ars Médica [Internet]* 2006 [Citado 15 Octubre 2013] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica9/ars3.html>.
 32. Lazarus RS. On the primacy of cognition. *Am Psychol.* 1984;39(2):124-9.
 33. Galán A, Pérez MA, Blanco A. Análisis del uso de estrategias de afrontamiento en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): implicaciones conceptuales. *RPPC.* 2000;5(3):179-89.
 34. Jiménez-Torres MG, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI. Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anal Psicol.* 2012;28(1):28-36.
 35. McCathie HCF, Spence SH, Tate RL. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *Eur Respir J.* 2002;19:47-53.
 36. Arévalo MT, Salazar Torres IC, Correa Sánchez D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Act Colom Psicol [Internet].* 2008 [Citado 1 Junio 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200010
 37. Álvarez Mabán E, Barra Almagiá E. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Cienc enferm.* 2010;16(3):63-72.
 38. Marino P, Sirey JA, Raue PJ, Alexopoulos GS. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2008;3(4):713-8.
 39. Morales JF, Huici C. *Lecturas de Psicología Social.* Madrid: UNED; 2002.
 40. Jones EE, Nisbett RE. *The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of behavior.* New York: General Learning Press; 1971.
 41. Arcay MC. Taller de Educación para la Salud en el manejo de dispositivos inhalatorios. AGEFEC. 2013. [Citado 22 Dic 2016]. Disponible en <http://www.agefec.org/wp-content/uploads/2013/03/informaci%C3%93n-escrita-taller.pdf>
 42. Entrenas Costa LM, Escribano Dueñas AM, Quero Valenzuela F, Redel Montero J, Navas Bueno B, Luque Casado AM, et al. Percepción de los pacientes sobre el papel y potenciales efectos secundarios de los glucocorticoides inhalados en el tratamiento del asma bronquial. *Neumosur.* 2004;16(3):177-81.
 43. De Torres Tajés JP, Casanova Macario C. EPOC en la mujer. *Arch Bronconeumol.* 2010;46(Supl 3):23-7.
 44. Sorina JD, Sin DD, Zhang X, Camp PG, Anderson JA, Anthonisen NR, et al. A pooled analysis of FEV1 declined in COPD patients randomized to inhaled corticosteroids or placebo. *Chest.* 2007;131(3):682-9.
 45. Howerton A. Gender differences in coping: Implications for depression and crime. *Dissertation Abstracts International.* 2005;66:1170.
 46. Yeh-Shu J, Huang-Chia H, Chou-Hsueh C, Wan-Thomas TH. Gender differences in stress and coping among elderly patients on hemodialysis. *Sex Roles.* 2009;60(1-2):44-56.
 47. Jiménez-Torres MG, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI. Relación entre estrés percibido y estado de ánimo

- negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anal Psicol.* 2012;28(1):28-36.
48. García Calvente M, del Río Lozano M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac Sanit.* 2011;25(5):100-7.
49. Triadó M C, Villar F, Solé C, Osuna MJ. Envejecer en entornos rurales. *Estudios de I+D+I.* Nº 19. Madrid: IMSERSO; 2005.
50. Kleinjan M, van den Eijden RJ, Dijkstra A, Brug J, Engels RC. Excuses to continue smoking: the role of disengagement beliefs in smoking cessation. *Addict Behav.* 2006;31(12):2223-37.
51. Corbin J, Strauss AL. *Basic of qualitative research.* 3ª ed. California: Sage publication; 2008.
52. Baker SE, Edward R. *How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research.* Southampton, GB: National Centre for research methods; 2012.

ORIGINAL

HOMA como herramienta para la decisión en Diabetes. Valoración de su aplicación en Atención Primaria

García García C¹, Labrac Aranda P¹,
Bordón Poderoso C², Muñoz Hinojosa M³,
Boxó Cifuentes JR¹

**Médicos de Familia. CS Puerta Blanca.
Málaga*

*²MIR de 4º año de MFyC. Centro de Salud Puerta Blanca.
Málaga*

*³MIR de 3er año de MFyC. Centro de Salud Puerta Blanca.
Málaga*

CORRESPONDENCIA

Celia García García
E-mail: celiagg89@gmail.com

Recibido el 13-04-2020; aceptado para publicación el 12-11-2020
Med fam Andal. 2021; 1: 25-33

PALABRAS CLAVE

Diabetes mellitus tipo 2; reserva pancreática; hipoglucemiantes.

RESUMEN

Título: HOMA como herramienta para la decisión en Diabetes. Valoración de su aplicación en Atención Primaria.

Objetivo: valorar si los datos proporcionados por el Homeostasis Model Assessment (HOMA) influyen en la prescripción del tratamiento antidiabético en Atención Primaria.

Diseño: estudio prospectivo y aleatorio con grupo control.

Emplazamiento: centros de Atención Primaria.

Población y muestra: pacientes pre-diabéticos, diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico y diabéticos tipo 2 con mal control metabólico.

Muestreo consecutivo en 14 cupos médicos, 7 entrenados en la intervención y 7 como control. Tamaño muestral 65 unidades por grupo. Asignación aleatoria de los médicos a los grupos.

Variables de resultado: perfiles de prescripción.

Intervenciones: el grupo de intervención recibió formación específica para interpretar los datos proporcionados por HOMA. El grupo control realizó la intervención habitual.

Análisis estadístico: comparativo por intención de tratar.

Resultados: 138 pacientes, 72 en intervención y 66 controles.

En el grupo de intervención la reserva pancreática fue 75.88% IC[61.85-90.03], la sensibilidad a la insulina 70.88% IC[59.58-82.18] y la resistencia insulínica 2.01 IC[1.72-2.30]. El rango de HbA1c para detectar una baja reserva ($p < 25$) fue [8.6-9.2%].

Las prescripciones de Antidiabéticos Orales e insulina no se diferenciaron estadísticamente entre ambos grupos ($p 0.27$). No hubo variación al analizarse en los subgrupos previstos.

Conclusiones: los datos aportados por HOMA no modificaron las decisiones de prescripción en diferentes contextos diabéticos. Las guías de práctica clínica incluyen en sus algoritmos los datos disponibles mediante HOMA sin necesidad de cálculos personalizados que podrían utilizarse en situaciones muy concretas.

KEYWORDS

Type 2 diabetes mellitus; pancreatic reserve; hypoglycaemic agents.

ABSTRACT

Title: HOMA as a tool to support decision making in diabetes. Evaluation of the use of this tool in primary care.

Aim: To assess whether data provided by the Homeostasis Model Assessment (HOMA) tool have an influence in the prescription of antidiabetic treatment in primary care.

Design: A randomised and prospective study with a control group.

Setting: Primary care centres.

Population and sample: Patients with pre-diabetes, newly diagnosed type 2 diabetes, and type 2 diabetes with poor metabolic control.

Consecutive sampling in 14 medical quotas, 7 of which received the training intervention, and 7 served as control group. Sample size was 65 patients per group. Random assignment of doctors to groups.

Outcome variables: prescription profiles.

Interventions: The intervention group received specific training to enable them to interpret data provided by HOMA. The control group had usual care. Statistical analysis: an intention-to-treat comparative analysis.

Results: A total of 138 patients were involved, 72 received intervention, and 66 controls.

In the intervention group, pancreatic reserve was 75.88%, CI [61.85-90.03]; insulin sensitivity 70.88%, CI [59.58-82.18]; and insulin resistance 2.01, IC [1.72-2.30]. Range for HbA1c levels reflecting a low insulin reserve ($p < 25$) was [8.6-9.2%].

No statistically significant differences ($p 0.27$) were observed among groups in the prescriptions for oral antidiabetic agents and insulin. No variation was found in the subgroup analyses.

Conclusions: Data provided by HOMA did not change prescribing decisions in the different diabetic contexts. Clinical practice guidelines include in their algorithms the data available from HOMA, without the need for personalised calculations that could be considered in very specific situations.

INTRODUCCIÓN

La atención a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ocupa parte importante del tiempo asistencial en atención primaria. No es de extrañar dada su frecuencia y la condición de cronicidad que la acompaña. El estudio Di@bet.es cuantificó, por primera vez en España, la incidencia y prevalencia de DM2 y otros trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono. Casi el 30% de la población del estudio tenía algún trastorno de la glucosa. La incidencia se estima en un 1,1% anual de modo que un cupo medio de Atención Primaria puede esperar un diagnóstico nuevo cada mes. La prevalencia total (IC del 95%) de la diabetes mellitus ajustada por edad y sexo fue del 13,8% (12,8, 14,7%). De estos, casi la mitad no sabían que tenían la enfermedad (6,0% [5,4, 6,7%]) (1).

Las decisiones que toman los clínicos para atender los trastornos relacionados con el metabolismo hidrocarbonado se fundamentan en la recogida de antecedentes familiares y personales y sencillas pruebas exploratorias físicas o complementarias que permiten conocer el entorno cultural y físico del paciente. Sin embargo entre los componentes rutinarios de la evaluación médica integral de la diabetes que recomienda la Asociación Americana de Diabetes (ADA) no se encuentran estimaciones sobre la resistencia a la insulina (RI), estado de la función de células beta (%beta) ni de la sensibilidad a la insulina (SI)(2). Tampoco existen recomendaciones al respecto en la reciente guía sobre manejo de la diabetes publicada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (3,4).

Existen dos escenarios clínicos en los que es particularmente útil conocer estas condiciones fisiológicas del paciente diabético: el momento diagnóstico del trastorno metabólico y la descompensación o falta de control en los objetivos. Esto es así porque se trata de las dos ocasiones en las que tomamos decisiones terapéuticas con grandes repercusiones para la salud de las personas.

El Homeostasis Model Assesment (HOMA) es un método para evaluar la función de las células β , la resistencia a la insulina y la sensibilidad a la insulina a partir de concentraciones de glucosa basal e insulina o C-peptido desarrollado por investigadores de la Universidad de Oxford.

Permite una aproximación válida para el uso clínico. Disponemos del programa HOMA 2 como modelo para ordenador correctamente ajustado. El índice HOMA-IR y HOMA- β ha sido validado frente al clamp glucémico para medir la insulino-resistencia y la reserva pancreática. Se debe medir alrededor de las 8 a.m. por el pico de cortisol que aumenta el output hepático en ayunas solicitando la glucemia basal y la insulinemia. Su correlación con las estimaciones obtenidas mediante el uso de clamp euglicémico ($p_{x,y} = 0.88$, $p < 0.0001$) y clamp hiperglucémico ($p_{x,y} = 0.69$, $p < 0,01$), es significativa. Además, su correlación con otro método sencillo más reciente de medida de la sensibilidad tisular a la insulina como es el QUICKI es muy elevada ($r = 0.98$) (5-11).

Dada esta significativa correlación con el método estándar, el HOMA se ha utilizado para valorar la resistencia a la insulina y la reserva pancreática (expresada en porcentaje de células beta funcionantes) en numerosos contextos de análisis del comportamiento de los trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono: ovario poli-quístico, hipertensión arterial, efectos adversos de medicamentos sobre la glucemia, obesidad, riesgo de desarrollo de diabetes, estimación del riesgo vascular, y duración de la reserva pancreática, entre más de 500 referencias (12-19).

En un estudio piloto (20) determinamos en una muestra de 46 sujetos con alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, la RI, SI, y % beta para establecer los p_{50} y p_{75} para RI (resistencia media y elevada); los p_{25} para SI (baja sensibilidad) y p_{75} y p_{90} para % beta (reserva pancreática preservada) y p_{25} para reserva en claudicación (24-25). Correlacionamos los valores con la HbA1c% y otras variables para elaborar unos escenarios clínicos de orientación en la decisión terapéutica.

En nuestra población de diabéticos tipo 2, la aplicación del programa HOMA 2 permitió calcular los valores críticos para la resistencia a la insulina ($p_{75} = 2.50$ IC95% [1.34-3.99]), la sensibilidad insulínica ($p_{25} = 36.9$ IC95% [30.08-44.72]) y la reserva pancreática ($p_{25} = 36.90$ IC95% [28.64-43.16]).

La reserva pancreática correlaciona significativamente con la SI y la RI. A mayor resistencia,

mayor valor para el % β y a mayor SI menor nivel de % β . La SI tiene una correlación significativa con IMC, a mayor IMC menor sensibilidad, la RI siguió la tendencia aunque no alcanzó la significación estadística.

La única variable que se correlaciona significativamente con la HbA1c% es la % β de modo que a menor % de funcionalidad pancreática, la HbA1c se incrementa. Observamos que el valor de p_{25} que corresponde al inicio de una clara claudicación de la función pancreática, corresponde a una HbA1c % 8.6 IC95% [8.2-9], valores que hemos de tener en cuenta a la hora de decidir la insulinización o utilizar fármacos que requieren una reserva suficiente de insulina por parte del páncreas.

Esta información nos ha permitido elaborar unos escenarios de decisión diagnóstica y terapéutica destinados a orientar a los clínicos de Atención Primaria en la elaboración de propuestas a compartir y recomendar con los pacientes. Estos son:

1º Escenario: % $\beta > p_{75}$, $SI > p_{75}$ y $RI < p_{25}$. Paciente compensado. Recomendación básica: dieta saludable y actividad física. La metformina sería el único fármaco con clara indicación al reducir la disponibilidad endógena de glucosa sin provocar hipoglucemia ni tener efecto sobre el peso.

2º Escenario: % $\beta > p_{90}$, $SI < p_{50}$ y $RI > p_{75}$. Sobrecarga beta por elevada resistencia a la insulina. Si a pesar de este perfil el paciente se encuentra hiperglucémico manifiesta el fracaso del esfuerzo compensador. Tratar los factores de resistencia especialmente la obesidad y la nutrición inadecuada es prioritario. Los agonistas PPAR- (peroxisome proliferator activated receptor gamma) actúan reduciendo la resistencia a la insulina pudiendo recomendarse salvo contraindicaciones. Los análogos de GLP-1 (Péptido similar al glucagón tipo 1) y los i-SGLT-2 (Inhibidores del cotransportador 2 sodio glucosa del túbulo proximal) deben ser considerados debido a que mejoran la resistencia a la insulina entre otros mecanismos por la pérdida significativa de peso.

3º Escenario: 3º. a. % $\beta < p_{25}$, $SI > p_{75}$ y $RI < p_{75}$. Pensar en claudicación de la reserva si HbA1c > 8.6%. Inutilidad o riesgo de mantener solamente la estimulación. Dieta saludable y actividad física. Cirugía bariátrica si obesidad

mórbida. Insulinización. Una revisión sobre los resultados del UKPDS y el ADOPT cuestiona claramente que la historia natural de DM2 se caracterice por una disminución continua de la capacidad secretora de insulina (21-23). Las implicaciones fisiológicas y clínicas que se derivan de la historia natural de DM2 no se caracterizan por una pérdida inexorable, progresiva y absoluta de la función secretora de insulina. Estos datos permiten estar atentos a la reversibilidad manteniendo la alerta de no estar ante una diabetes LADA o un agotamiento real. Los fármacos estimuladores de la secreción de insulina no parecen añadir nada a la situación de base. La utilización de i-SGLT2 debería ser manejada con cautela pues se corre el riesgo de cetoacidosis normoglucémica debido a una concentración residual de insulina.

3°. b. % beta < p25, SI > p75 y RI < p75.

Si HbA1c < 7% paciente compensado. La baja reserva funcional se produce por una excelente sensibilidad y no debemos equivocarnos en la interpretación pensando que requiere mayor estímulo o insulina exógena. Dieta, seguimiento y posible metformina parecen las recomendaciones más razonables.

4° Escenario: % beta > p25 < p75, SI > p75 y RI < p75.

Reserva estimable para respaldar una alimentación saludable. Si el paciente es obeso, los tratamientos preferidos para DM2 son los que controlan los niveles de HbA1C y el peso corporal, reducen el riesgo CV y pueden alterar favorablemente la historia natural de DM2 preservando la masa y la función de las células. Los enfoques, como la metformina, la pioglitazona, los inhibidores de la DPP-4, los agonistas del receptor GLP-1 y los inhibidores SGLT-2, utilizados solos o en combinación, proporcionan tratamiento centrado en el paciente con hiperglucemia y glucolipotoxicidad, sin inducir hipoglucemia, aumento de peso o hiperinsulinemia iatrogénica. Si el paciente tiene un índice de masa corporal próximo a la normalidad, las sulfonilureas pueden ser utilizadas con seguridad ya que no están asociadas con un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. A la hora de elegir entre ellas, en comparación con otros agentes secretagogos orales de insu-

lina, la gliclazida redujo significativamente la HbA1c sin diferencias con respecto al riesgo de hipoglucemia. En comparación con otras sulfonilureas, la reducción de HbA1c con gliclazida no fue significativamente diferente, pero el riesgo de hipoglucemia fue significativamente menor.

Justificación

No hemos encontrado estudios que evalúen la utilidad del HOMA-IR-HOMA-beta, como herramienta para la decisión clínica terapéutica en diabetes en atención primaria de salud motivo por el que planteamos este estudio prospectivo con grupo control.

Objetivo

Comparar si existen diferencias en la toma de decisiones terapéuticas en pacientes diabéticos tipo 2 cuando se aplica Homeostasis Model Assessment (HOMA) en el contexto de Atención Primaria y su impacto en una serie de variables en la atención a los pacientes con alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

SUJETOS Y MÉTODOS

Pacientes: pacientes pre-diabéticos, diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico y diabéticos con elevación progresiva de la HbA1c en las últimas visitas realizadas durante el año, procedentes de consultas de Atención Primaria del Distrito Sanitario Málaga.

Criterios de inclusión:

1. Diabéticos tipo 2, Glucemia basal alterada o intolerancia a la glucosa diagnosticados mediante criterios aprobados por la American Diabetes Association.
2. Se incluirán pacientes pre-diabéticos (Glucosa basal alterada, Tolerancia Alterada a la Glucosa), diabéticos de reciente diagnóstico en los últimos 3 meses y diabéticos que presenten incrementos progresivos de la HbA1c igual o superiores a 1% durante los últimos 12 meses.

3. Ambos sexos.
4. Mayores de 18 años.
5. Acepten y firmen el documento de consentimiento informado para su participación.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes cuyo estado cognitivo no les permita comprender la naturaleza del estudio.
2. Pacientes cuyo estado de salud suponga una supervivencia inferior a un año.
3. Pacientes que incluyan en su régimen terapéutico actual la insulina en cualquiera de sus formas ya que inhibe parcialmente la secreción endógena de insulina y puede ofrecer valores basales equívocos. Como no tenemos disponible en Atención Primaria el acceso a la determinación del péptido C, prescindiremos de pacientes insulinizados.
4. Pacientes que rechacen participar.
5. Diabéticos tipo 1.

Se trata de un estudio prospectivo y aleatorio con grupo control. Se calculó el tamaño muestral necesario sobre la base de la proporción esperada de pacientes tratados con ADO y/o insulina en el grupo control. Se asumió un nivel de significación 5%, potencia del 80,00% y detectar diferencias del 10% en el contraste de la hipótesis nula $H_0: \mu_1 = \mu_2$ mediante una Prueba Chi cuadrado bilateral. Como resultado 55 unidades experimentales en el grupo de Referencia y 55 unidades en el grupo Experimental, totalizando 110 unidades experimentales en el estudio. Teniendo en cuenta que el porcentaje esperado de abandonos es del 15,00% se reclutaron 65 unidades experimentales en el grupo de Referencia y 65 unidades en el grupo Experimental, totalizando 130 unidades experimentales en el estudio.

Se realizó un muestreo consecutivo no aleatorio seleccionando los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión en los cupos de 14 médicos de familia de tres Centros de Salud.

La asignación a los grupos de intervención o control, se hizo de forma aleatoria teniendo como

unidad de aleatorización los cupos médicos; de los 14 cupos del centro de salud, 7 pertenecieron al grupo de intervención y 7 al grupo control.

Análisis por intención de tratar de las diferencias en los perfiles de prescripción de ADO e insulina mediante Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher.

Intervención:

A. En el grupo de intervención se realizó el estudio del paciente, la elaboración de recomendaciones y la decisión compartida con el paciente teniendo en cuenta los datos proporcionados por el programa HOMA-2 y los escenarios de referencia mencionados. Este grupo recibió una formación específica sobre la utilización e interpretación de los datos proporcionados por el programa.

B. En el grupo control se realizó la intervención habitual sin contar con los datos derivados de la aplicación del HOMA 2.

Para una correcta interpretación de los datos proporcionados por el programa HOMA-2 y su traslado adecuado a los escenarios clínicos descritos realizó un programa de adiestramiento. Este programa contó con formación común tanto para el grupo control como el de intervención, y específica en el manejo del HOMA-2 para el grupo de intervención.

RESULTADOS

138 pacientes, 72 en intervención y 66 controles. En la Tabla 1 se describen sus características basales. Se incluyeron más debuts en el grupo de intervención (39 vs 18) y más descompensadas en el control (15 vs 29) $p=0.025$ sin que esto afectara al análisis.

La Tabla 2 recoge datos específicos del grupo de intervención. El rango de HbA1c umbral de baja reserva ($p<25$) fue 8.6-9.2% que es útil como referencia para el inicio de terapia insulínica.

Los perfiles de prescripción de ADO y de insulinización no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. Esta similitud se mantuvo al analizarse en los subgrupos previstos como puede apreciarse en las Tablas 3 a 6.

Tabla 1. Datos basales

Variabes	Grupo intervención	Grupo control	p
Sexo			
Femenino	33	36	0.39
Masculino	39	30	
Edad	60.13±11.49	60.04±11.50	0.18
Estado diabético			0.0025
Pre-diabetes	18	19	
Diabetes debut	39	18	
Diabetes descontrol	15	29	
HbA1c%	7.45±1.50	7.40±1.90	0.084
IMC	31.23±5.65	29.46±5.07	0.13
TAS	134.36±18.7	131.60±12.41	0.33
TG	218±196.91	134±67.89	0.0019
LDL-c	115±34.34	103±35.32	0.06
TFG	83.2±9.72	82.4±13.30	0.44
TSH	2.51±1.50	2.19±0.87	0.24

HbA1c hemoglobina glucosilada. IMC índice de masa corporal. TAS tensión arterial sistólica. TG triglicéridos. LDL-c colesterol de baja densidad. TFG tasa de filtración glomerular. TSH hormona estimulante del tiroides.

Tabla 2. Variables HOMA grupo intervención

Variabes HOMA	Reserva pancreática % beta funcional	Sensibilidad insulina %SI	Resistencia insulínica
X± DE rango percentiles	75.88 ±61.33 p10-p92	70.88±49.04 p5-p92	2.01±1.28 p8-p88

Tabla 3. Análisis cuantitativo de variables respuesta. ADO antidiabéticos orales

Variabes	Grupo intervención	Grupo control	p
Número de ADO	0.88 IC[1.03-0.73]	1.04 IC[1.15-0.93]	0.27
Insulinización	6/4.35%	7/5.07%	0.77

Tabla 4. Tratamiento en subgrupo de prediabetes

Tipo de ADO	Grupo intervención	Grupo control	Total
Ninguno	13 35.14	18 48.65	31 83.78
Metformina	5 13.51	1 2.70	6 16.22
Total	18 48.65	19 51.35	37 100

Prueba exacta de Fisher p 0.06

Tabla 5. Tratamiento en subgrupo diabetes de inicio

Tipo de ADO	Grupo intervención	Grupo control	Total
Ninguno	12 21.05	13 3.51	14 24.56
Metformina	17 29.82	13 22.81	30 52.63
Sulfonilurea (SU)	2 3.51	0 0.00	2 3.51
Metformina/SU	1 1.75	0 0.00	1 1.75
Metformina/i-DPP4	3 5.26	2 3.51	5 8.77
Metformina/ i-SGLT2	2 3.51	0 0.00	2 3.51
SU/i-SGLT2	0 0.00	1 1.75	1 1.75
i-SGLT2	2 3.51	0 0.00	2 3.1
Total	39 68.42	18 31.58	57 100.00

Chi cuadrado p 0.22

Tabla 6. Tratamiento en subgrupo diabetes descompensada

Tipo de ADO	Grupo intervención	Grupo control	Total
Ninguno	0 0.00	1 2.27	1 2.27
Metformina	2 4.55	8 18.18	10 22.73
Metformina/i-DPP4	6 13.44	9 20.45	15 34.09
Metformina/ i-SGLT2	2 4.55	3 6.82	5 11.36
Metformina/SU	2 4.55	1 2.27	3 6.82
i-SGLT2	1 2.27	0 0.00	1 2.27
i-DPP4	1 2.27	3 6.82	4 9.09
Met/SU/i-DPP4	0 0.00	3 4.55	3 6.82
Met/i-DPP4/ i-SGLT2	0 0.00	1 2.27	1 2.27
i-DPP4/i-SGLT2	1 2.27	0 0.00	1 2.27
Total	15 34.09	29 65.91	44 100.00

Chi cuadrado p 0.51

DISCUSIÓN

Los datos aportados por el programa HOMA no parecen modificar las decisiones de prescripción en diferentes contextos de pacientes diabéticos. Entendemos que un posible sesgo se derive de las dificultades en calcular, interpretar y aplicar los resultados obtenidos al utilizar el HOMA. El curso de capacitación fue breve y varios de los participantes nos hicieron llegar esta limitación. El análisis por intención de tratar incluye pues esta dificultad de aprendizaje del recurso estudiado. Si los médicos del grupo control tomaron decisiones sobre la base de las guías de práctica clínica, estas parecen incluir en sus algoritmos los datos que el médico puede disponer mediante el HOMA sin necesidad de cálculos personalizados que podrían utilizarse en situaciones muy concretas. La guía ADA de 2020, recomienda valorar las características clínicas del paciente especialmente las comorbilidades, el riesgo de efectos adversos, así como la seguridad, tolerabilidad, y el costo para ultimar la decisión terapéutica. Los datos de HOMA no pueden sustituir la influencia de estas características a la hora de acordar con el paciente la mejor opción terapéutica (26). El documento de abordaje integral de la diabetes tipo 2 de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición establece las decisiones terapéuticas sobre la base de los objetivos de HbA1c% y las características clínicas del paciente. Como hemos comprobado en nuestros dos estudios, el valor de la HbA1c% correlaciona significativamente con la situación de reserva pancreática del paciente de modo que es una guía adecuada para la toma de decisiones aún sin datos concretos de la funcionalidad pancreática (27).

Nuestros resultados no apoyan el uso cotidiano del HOMA en Atención Primaria aunque conocer la información que aporta puede ser de utilidad en determinados momentos de incertidumbre sobre la mejor opción de tratamiento para nuestros pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses. Protocolo aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga el 28.6.2018 número 2525. Estudio financiado por IBIMA convocatoria 2019.

BIBLIOGRAFÍA

1. F, Soriguer, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012; 55:88–93.
2. Stelfox M, Dipnarine K, Stopka C. The Chronic Care Model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review. *Prev Chronic Dis*. 2013;10: E26.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2018. *Diabetes Care*. 2018;40 (Supp 1).
4. Martínez Brocca M^aA, coord. DIABETES Mellitus, proceso asistencial integrado. 2^a ed [recurso electrónico]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2017. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956f0d888_diabetes_mellitus_2017_06_07_2017.pdf
5. Muniyappa R, Lee S, Chen H, Quon MJ. Current approaches for assessing insulin sensitivity and resistance in vivo: advantages, limitations, and appropriate usage. *Am J Physiol Endocrinol Metab*. 2008; 294:E15-26.
6. Marlon E. Cerf. Beta Cell Dysfunction and Insulin Resistance. *Front Endocrinol*. 2013; 4: 37.
7. DeFronzo RA, Tobin JD, Andres R. Glucose clamp technique: a method for quantifying insulin secretion and resistance. *Am J Physiol*. 1979; 237: 214-23.
8. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia*. 1985; 28:412–419.
9. Levy JC, Matthews DR, Hermans MP: Correct homeostasis model assessment (HOMA) evaluation uses the computer program (Letter). *Diabetes Care*. 1998; 21: 2191–2192.
10. Haffner SM, Gonzalez C, Meittinen H, Kennedy E, Dtem M. A prospective analysis of the HOMA model. *Diabetes Care*. 1996; 19:138-41.
11. Javier Taverna M. Homeostatic model assessment (HOMA). *Rev Asociación Latinoamericana de Diabetes*. 2002; 10:8-17.
12. Tresaco B, Bueno G, Pineda I, Moreno LA, Garagorri JM, Bueno M. Homeostatic model assessment (HOMA) index cut-off values to identify the metabolic syndrome in children. *Journal of Physiology and Biochemistry*. 2005; 61: 381–388
13. Katz A, Nambi SS, Mather K, Baron AD, Follmann DA, Sullivan G, Quon MJ. Quantitative insulin sensitivity check index: a simple, accurate method for assessing insulin sensitivity in humans. *J Clin Endocrinol Metab*. 2000; 85:2402-10.

14. Zahra M, Shah M, Ali A, Rahim R. Effects of Metformin on Endocrine and Metabolic Parameters in Patients with Polycystic Ovary Syndrome. *Horm Metab Res.* 2017; 49:103-108.
15. Wang F, Han L, Hu D. Fasting insulin, insulin resistance and risk of hypertension in the general population: A meta-analysis. *Clin Chim Acta.* 2017; 464:57-63.
16. Zhao JV, Xu L, Lin SL, Schooling CM. 3. Spirolactone and glucose metabolism, a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. 2. *J Am Soc Hypertens.* 2016; 10:671-82.
17. Peng-Zhen Z, Yong-Mei Z, Guang-Hui Z, Yu-Xia S, Xiao-Lin X, Xin H, et al. Relationship Between Glucocorticoids and Insulin Resistance in Healthy Individuals. *Med Sci Monit.* 2016; 22:1887-1894.
18. Dorenbos E, Rijks JM, Adam TC, Westerterp-Plantenga MS, Vreugdenhil AC. Sleep efficiency as a determinant of insulin sensitivity in overweight and obese adolescents. *Diabetes Obes Metab.* 2015; 17 (Suppl 1):90-8.
19. Yiqing Song, JoAnn E. Manson. Insulin Sensitivity and Insulin Secretion Determined by Homeostasis Model Assessment (HOMA) and Risk of Diabetes in a Multiethnic Cohort of Women: The Women's Health Initiative Observational Study. *Diabetes Care.* 2007; 30: 1747-1752.
20. García García C, Labrac Aranda P, Boxó Cifuentes JR. HOMA-IR-HOMA-beta, herramienta para la decisión clínica en Diabetes. Estimación de su utilidad en Atención Primaria. (Resultados de estudio piloto). XXIX Congreso Nacional Sociedad Española de Diabetes. Oviedo 2018.
21. Adler AI, Levy JC, Matthews DR, Stratton IM, Hines G, Holman RR. Insulin sensitivity at diagnosis of Type 2 diabetes is not associated with subsequent cardiovascular disease (UKPDS 67). *Diabet Med.* 2005; 22:306-11.
22. Bonora E, Formentini G, Calcaterra F, Lombardi S, Marini F, Zenari L, et al. HOMA-Estimated Insulin Resistance Is an Independent Predictor of Cardiovascular Disease in Type 2 Diabetic Subjects: prospective data from the Verona Diabetes Complications Study. *Diabetes Care.* 2002; 25: 1135-1141.
23. Kahn SE, Haffner SM, Heise MA, Herman WH, Holman RR, Jones NP, et al. Glycemic Durability of Rosiglitazone, Metformin, or Glyburide Monotherapy. *N Engl J Med.* 2006; 355:2427-43.
24. Tang Q, Li X, Song P, Xu L. Optimal cut-off values for the homeostasis model assessment of insulin resistance (HOMA-IR) and pre-diabetes screening: Developments in research and prospects for the future. *Drug Discov Ther.* 2015; 9:380-385.
25. Buccini GS, Wolfthal DL. Valores de corte para índices de insulinoresistencia, insulinosensibilidad e insulino secreción derivados de la fórmula HOMA y del programa HOMA2. Interpretación de los datos. *Rev argent endocrinol metab.* 2008; 45 (1): 3-21.
26. E. García-Fuentes, L. Garrido-Sánchez, F.J. Tinahones. Homeostatic Model Assessment (HOMA). Aplicaciones prácticas. *Av Diabetol.* 2008; 24: 291-295.
27. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care.* 2020; 43 (Suppl 1): S1-S2.
28. Reyes-García R, Moreno-Pérez O, Tejera-Pérez C, Fernández-García D, Bellido-Castañeda V, López de la Torre Casares M, et al. Documento de abordaje integral de la diabetes tipo 2. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2019; 66:443-58.

ORIGINAL BREVE

Atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia covid-19

Bordón Poderoso C^{1*}, Jurado Cabezas M^{2*},
Quiñones Begines I^{2*}, López Téllez A^{3*},
Boxó Cifuentes JR^{3*}

¹MIR 4º año de MFyC

²MIR 2º año de MFyC

³Médicos de Familia. Tutores Unidad Docente
Multidisciplinar de Málaga

*Centro de Salud Puerta Blanca. Distrito Sanitario Málaga
Guadalhorce. Málaga

CORRESPONDENCIA

Claudia Irene Bordón Poderoso
E-mail: cbordonpoderoso@gmail.com

Recibido el 14-09-2020; aceptado para publicación el 10-12-2020

Med fam Andal. 2021; 1: 34-42

PALABRAS CLAVE

Covid-19; Atención Primaria; Consulta telefónica.

RESUMEN

Título: atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia Covid-19.

Objetivo: describir las consultas realizadas y el seguimiento de sospechas Covid-19.

Diseño: descriptivo transversal a partir de historias clínicas registradas en Diraya.

Emplazamiento: centro de Atención Primaria.

Población y muestra:

Pacientes: registrados en listados de consulta telefónica del Centro de Salud Puerta Blanca desde el 23 de marzo 2020 hasta 29 de mayo 2020.

Muestra: 401 registros recogidos mediante muestreo aleatorio proporcional por conglomerados.

Variables resultado: demográficas, motivos de consulta CIE-9 y descriptivas del seguimiento.

Intervención: consulta telefónica.

Análisis estadístico: porcentajes y medias con intervalo de confianza al 95% y estratificación por motivos de consulta.

Resultados: el 72.57% corresponden a consultas clínicas, y un 27.44% renovación de tratamiento y consultas administrativas. Requirió atención presencial el 8,73% IC95% [6,34-11,90]. La derivación a urgencias hospitalarias se indicó en el 2,74% IC95% [1,54-4,48]. El seguimiento de pacientes con sospecha de Covid-19 fue completo en 36 de los 41 pacientes en vigilancia. Un paciente se remitió a urgencias tras contacto telefónico. En tres pacientes no se documentó el seguimiento completo. Una paciente incumplió el aislamiento.

Conclusión: La consulta telefónica ha sido una herramienta eficaz para asegurar procedimientos diagnósticos y cuidados de la mayoría de los pacientes. Quedan áreas de estudio y abordaje de actuación en patologías agudas y cuidados de pacientes crónicos que los equipos de Atención Primaria deben desarrollar.

KEYWORDS

COVID-19; Primary Care; Telephone Consultation.

ABSTRACT

Title: The use of telephone consultation in primary care. Our experience during the COVID-19 pandemic.

Objective: To describe the consultations carried out and the follow-up of suspected COVID-19 cases.

Design: A cross-sectional descriptive study based on medical records registered in Diraya digital system.

Setting: Primary care centre.

Population and sample:

Patients: Individuals registered in the telephone consultations listings from Puerta Blanca health centre, from 23rd March to 29th May 2020.

Sample: A total of 401 registrations selected by proportional random cluster sampling.

Outcome variables: Demographic variables, CIE-9 reason for consultation, and variables describing follow-ups.

Intervention: Telephone consultation.

Statistical analysis: Percentages and means with a 95% confidence interval, and stratified by reason for consultation.

Results: A total of 72.57% telephone consultations involved clinical concerns, and 27.44% renewing prescriptions and administrative requests. 8.73% 95% CI [6.34-11.90] required further face-to-face consultation. 2.74% IC95% [1.54-4.48] were referred to hospital-based emergency department. Follow-up on suspected COVID-19 patients was complete in 36 of the 41 patients under surveillance. One patient was referred to the emergency department after telephone consultation. Complete follow-up was not documented in three patients. One patient failed to comply with isolation.

Conclusion: Telephone consultation has been an effective tool for ensuring diagnostic procedures and care for the majority of the patients. Further research is required and primary care teams need to develop guidelines on the approach to acute conditions and chronic care.

Antecedentes

La entrevista telefónica no es algo de reciente aparición, viene desarrollándose y evaluándose en muchos ámbitos de la salud demostrando su seguridad y validez en procedimientos diagnósticos, de seguimiento, terapéuticos y de consejería psicosocial (1). Un trabajo realizado por pediatras del Children's Hospital Medical Center de Boston, entrenó a personal no sanitario, esencialmente madres colaboradoras con el servicio de pediatría, en una amplia variedad de motivos de consulta abordados inicialmente mediante la consulta telefónica estructurada en guías breves de referencia. Los padres se mostraron satisfechos con la atención prestada, se identificaron casos en los que los niños requerían una valoración presencial, se comprobaron las evoluciones con llamadas en los días siguientes y se redujo el tiempo que ocupaban los pediatras en llamadas telefónicas antes de la experiencia (2). La utilización de recursos fáciles de usar, accesibles pero no restrictivos y una herramienta de documentación bien diseñada pueden ayudar a guiar el proceso de toma de decisiones mientras se abordan las preocupaciones legales y se garantiza la mejor atención posible al paciente. Una ventaja que los proveedores de cuidados para pacientes ambulatorios tienen al realizar el triaje telefónico es el conocimiento que tienen de su población de pacientes y el proceso y los tratamientos de la enfermedad (3). Por su parte, el triaje telefónico de enfermería es un mecanismo por el cual los padres solicitan asesoramiento y referencias. Una consulta común en pediatría se refiere a la fiebre infantil, que se puede controlar en casa. Un estudio investigó si los consejos de atención domiciliaria dados por las enfermeras cambiaron la preferencia original de los padres por la atención presencial. Los resultados sugieren que, aunque la mayor parte de los padres querían una consulta presencial, la mayoría siguió los consejos de enfermería para el cuidado en el hogar (4). Poder separar los pacientes con afecciones médicas autolimitadas y benignas de aquellos que necesitan una investigación o derivación más urgente porque pueden tener un trastorno subyacente potencialmente grave sigue siendo un desafío clave para los médicos de cabecera. Esta puede ser una tarea difícil, dada la amplia gama de problemas médicos en la práctica general y las limitaciones de tiempo bajo las cuales los médicos de cabecera a menudo

tienen que trabajar. La búsqueda de síntomas de alarma, signos o pruebas de diagnóstico, o *banderas rojas*, puede ayudar a diagnosticar y descartar diagnósticos graves, como cáncer, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular (5). Todas las patologías presentan unos contrastados datos de alarma que deben formar parte del guión de razonamiento clínico base de la entrevista.

La entrevista telefónica se convierte en un acto clínico relevante a través de una actitud del profesional configurada por el conocimiento científico y el deseo de cuidar. La consulta telefónica gana en potencia y seguridad cuando es realizada por los habituales cuidadores del paciente que tienen a su disposición el registro clínico completo que les permite contextualizar el motivo de la consulta. Es preferible que los profesionales tomen la iniciativa de la llamada en pacientes con patologías crónicas susceptibles de descompensarse antes de esperar que un síntoma alarme al paciente o sus familiares.

Los profesionales no solo debemos tener conocimientos sobre los procesos de la enfermedad y la atención de los pacientes en la clínica, sino que también estamos obligados a ser hábiles en el triaje de medicina y enfermería telefónica. Estas habilidades incluyen: verificar que el paciente pueda escucharnos y comprendernos, y que esté en un lugar adecuado para hablar. En ausencia de otras señales, el tono y el contenido del discurso son importantes. Obtener información de un examen físico indirecto pidiéndole al paciente que describa signos como la respiración y signos vitales y erupciones es una práctica recomendable (6). Proporcionar una red de seguridad sólida y recordar que puede ser necesaria una consulta personal o una visita al domicilio no debe soslayarse (7). Respecto del ámbito de la salud mental, la pandemia actual de COVID-19 infiltra el miedo, la ansiedad, la angustia emocional y los síntomas de estrés postraumático. Las medidas de intervención que emplean diversas autoridades sanitarias y organismos gubernamentales para combatir la infección pueden ayudar a eliminar la amenaza durante el tiempo de incertidumbre; sin embargo, los estudios multivariados realizados anteriormente en pandemias de otras enfermedades muestran que tienen efectos cognitivos y de salud mental a largo plazo en la población. Es vital enfatizar el bienestar de la salud mental de la población

y tomar medidas proactivas para minimizar sus efectos perjudiciales durante la pandemia de COVID-19 (8). La telepsicoterapia es una herramienta subutilizada en los programas de capacitación. Los resultados de la retroalimentación y la evidencia de la revisión de la literatura indican que el uso temprano de la telepsicoterapia debe emplearse en el entrenamiento psiquiátrico (9).

Por parte de los pacientes, el uso razonable de este recurso es también prioritario. La consulta telefónica no se debe plantear como un acceso rápido y directo a sus cuidadores para consultas banales sino como la utilización de un tiempo valioso y escaso de los profesionales para resolver dudas consistentes sobre la salud personal y del entorno familiar.

Justificación

En respuesta a la situación sanitaria creada por la extensión de la COVID 19, el Centro de Salud de Puerta Blanca reorganizó su actividad asistencial para asegurar la atención debida a los pacientes dentro de un marco de seguridad epidemiológica que evitara los contagios tanto en los usuarios como en el personal sanitario. La consulta telefónica se estableció como un recurso imprescindible que mantuviera el contacto con la población a nuestro cuidado. Durante los 50 días que dura el confinamiento domiciliario en España se realizaron por parte del personal sanitario del centro de salud más de 25000 llamadas telefónicas a solicitud de la población o por iniciativa de los profesionales. Formación y actividad han ido parejas puesto que no había posible dilación entre los requerimientos urgentes derivados del contexto epidemiológico y la necesidad de mejorar nuestras habilidades en el contacto telefónico. Las consultas telefónicas iniciales se han realizado por médicos de familia, residentes de medicina de familia, pediatras, y personal de enfermería. Posteriormente se habilitó una consulta de apoyo psicológico realizada por residentes de psicología clínica que se analiza en estudio aparte. Llegado este momento se hace necesaria una primera valoración de la capacidad resolutoria de la consulta telefónica; por otro lado, también sería sugestivo de evaluación su aceptación por parte de los pacientes, su seguridad y detectar las áreas de mejora, lo cual no se realiza durante este estudio pero sería una interesante línea de investigación.

Objetivo

General: describir las características de las consultas telefónicas realizadas. Detallar mediante el seguimiento del motivo de consulta si se produjo su resolución o si se produjo una evolución grave que requirió asistencia de urgencia.

Específicos: detallar la utilización del recurso por edad y sexo. Motivos de consulta. Seguimiento de las sospechas COVID-19. Citaciones presenciales. Remisiones a urgencias. Tipo de evolución.

Tipo de estudio

Descriptivo transversal a partir de las historias clínicas registradas en Diraya.

Ámbito

Atención primaria.

Pacientes

Pacientes registrados en los listados de consulta telefónica del Centro de Salud Puerta Blanca desde el 23 de marzo 2020 hasta 29 de mayo 2020.

Tamaño muestral

Para conseguir una precisión del 5,00% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95,00% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50,00% y que el tamaño total de la población es de 25000, hemos incluido 401 unidades experimentales en el estudio.

Muestreo

Realizamos un muestreo proporcional por conglomerados de días seleccionados de agenda médica, pediátrica y enfermera, asignado una recogida aleatoria de las unidades de estudio dentro de cada conglomerado.

401 unidades de estudio.

40 días corresponden a 10 unidades por día de estudio:

5 unidades de las consultas médicas, 3 unidades de las consultas de enfermería, 2 unidades de las consultas de pediatría.

Variables

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas registradas en Diraya.

Pacientes: edad y sexo

Motivo de consulta: registros CIE 9 en DIRAYA

Resolución: Si/No

Seguimiento realizado Si/No

Citación presencial para valoración clínica: Si/No

Remisión a urgencias: Si/No

Tipo de profesional: 1 Médico/a; 2 Pediatra; 3 Residente MF; 4 Enfermería.

Análisis

Se realizó el análisis descriptivo de las variables cualitativas (distribución de frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (medias y desviaciones estándares). Comprobamos las condiciones de normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro-Wilks. Corregimos el histograma agrupando el segmento de edad pediátrica. Determinamos los porcentajes y medias dentro del intervalo de confianza al 95%. Analizamos la continuidad de cuidados en los pacientes atendidos por sospecha de COVID-19.

Limitaciones del estudio

Las propias de trabajar en condiciones reales de práctica clínica. Registros a veces insuficientes, distintas ubicaciones de la información de acuerdo a la práctica clínica variable de cada profesional.

Consideraciones éticas

El proyecto se realizó siguiendo las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y la Declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil 2013). El proyecto garantizó la confidencialidad de los datos según Reglamento (UE) nº 2016/679 General de Protección de Datos (RGPD; y Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos se obtuvieron de la historia clínica registrada en Diraya; no hubo entrevista directa con los pacientes. Por lo que consideramos no era necesaria la obtención del consentimiento informado.

No se recogió ningún dato que pueda identificar a los pacientes. Los cuestionarios de recogida de datos (CRD) están totalmente anonimizados: sin ningún dato que pueda identificar al paciente. Toda la información ha sido utilizada únicamente para los fines reseñados. Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información obtenida durante el estudio.

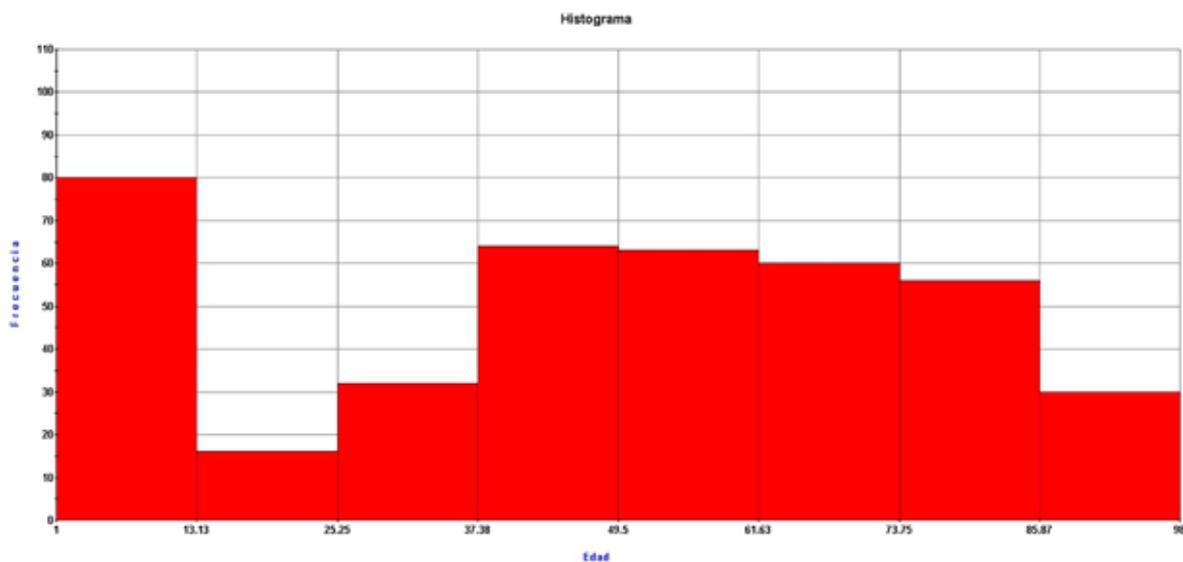
El presente proyecto se presentó al CEI Provincial de Málaga siendo considerado ética y metodológicamente correcto (Protocolo 2527 28/3/2020).

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 401 consultas telefónicas. Todas las llamadas realizadas por parte de médicos de familia y pediatras se realizaron a iniciativa de los pacientes. Por parte de enfermería un 77,66% fueron a iniciativa de los profesionales para el seguimiento de pacientes con problemas crónicos de salud en relación con las medidas de seguridad recomendadas para evitar la exposición y diseminación de la enfermedad. La edad media de los pacientes fue 48.27 ± 27.99 años. El histograma de distribución de edades se muestra en la Figura 1. En cuanto al sexo 248 (61.85%) correspondieron al sexo femenino y 153 (38.15%) al masculino. La Tabla 1 recoge los resultados referentes a los motivos más frecuentes de consulta, donde destaca que el 72.57% corresponden a consultas clínicas (crónicos, patología general o seguimiento de COVID-19), y un 27.44% renovación de tratamiento y consultas administrativas.

La Tabla 2 informa de la distribución de las consultas telefónicas por profesionales sanitarios. El 79.80 IC95% [75,60-83,44] de las llamadas se resolvieron en un solo acto de consulta. Requirió consulta presencial un 8,73% IC95% [6,34-11,90] de los pacientes. Una derivación a otras especialidades se gestionó en el 5,74% IC95% [3,85-8,46] de los casos mientras que la derivación a urgen-

Figura 1. Distribución por edades de las consultas telefónicas (N=401)



cias hospitalarias se indicó en el 2,74% IC95% [1,54-4,48].

La Tabla 3 recoge las características de las 41 consultas telefónicas en las que se comunicaron síntomas relacionados con la enfermedad por SARS CoV-2 y el manejo realizado por parte de los profesionales.

La Tabla 4 describe los motivos de derivación a las urgencias hospitalarias. Seis de los 11 pacientes derivados a las urgencias hospitalarias fueron previamente valorados en la consulta presencial del Centro de Salud.

DISCUSIÓN

La consulta telefónica realizada por los profesionales sanitarios del Centro de Salud Puerta

Blanca, ha demostrado una elevada capacidad resolutoria, solucionando cerca del 80% de las necesidades de los pacientes en un acto único. La utilización de los recursos presenciales y de derivación urgente se ha mostrado adecuada para evitar la frecuentación innecesaria de los pacientes rompiendo medidas de aislamiento a riesgo de exposición y proporcionando los cuidados inmediatos requeridos para otro tipo de problemas de salud graves. Comparando los datos recogidos en este estudio con estudios previos acerca de motivos de consulta en Atención Primaria, observamos que en un estudio realizado en un Centro de Salud Urbano de Lugo en periodos donde se realizaba un modelo de atención presencial, el porcentaje de consulta burocrática era de 30.8%, frente a un 43.3% de consulta clínica y un 25.9% de consultas mixtas (clínica y administrativa), con una media de edad de 54.5 años (10). Por otro lado, los datos recogidos en un estudio de la

Tabla 1. Principales motivos de consulta telefónica (N=401)

Motivo consulta CIE-9	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Sospecha Covid-19 V01.70	41	10.22	[7,63-13,58]
Renovación tratamiento	69	17.21	[13,83-21,21]
Consulta administrativa	41	10.22	[7,63-13,58]
Seguimiento crónicos	82	20.45	[16,79-24,67]
Patología general	168	41.90	[37,17-46,78]

Tabla 2. Distribución por profesionales de las consultas telefónicas (N=401)

Profesional	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Médico de Familia	193	48,13	[43,28-53,01]
Médico Residente	25	6,23	[4,20-9,04]
Pediatra	80	19,95	[16,33-24,14]
Enfermería	103	25,69	[21,65-31,18]

Tabla 3. Seguimiento telefónico de pacientes en domicilio con sospecha de Covid-19 (N= 41)

Variables	Frecuencia	Porcentaje	IC95%
Edad media	42,24		[34,85-49,62]
Sexo	Mujer 20 Hombre 21	48,78 51,22	
Seguimiento completo en domicilio hasta resolución	36	86,80	[74,46-94,68]
Atención Presencial	Ninguno	0	0
Derivación urgencias	1	2,44	[0,43-1,26]
Diagnóstico Covid-19 mediante PCR	No 32 Sí 8: PCR (-) 4 PCR (+) 4	78,05 21,95	[63,29-88] [19,51-34,01]

Tabla 4. Distribución de motivos de derivación a urgencias hospitalaria (N=11)

Motivo CIE-9	Frecuencias	Porcentajes
789.00 Abdomen agudo	1	9.09
426.0 Bloqueo AV completo	1	9.09
V01.79 Sospecha Covid-19	1	9.09
540.9 Apendicitis aguda	1	9.09
458.9 Hipotensión arterial	1	9.09
677.9 Aborto	1	9.09
496 EPOC	1	9.09
079.9 Proceso infeccioso	1	9.09
510.9 Derrame pleural	1	9.09
787.03 Vómitos	1	9.09
F41.9 Ansiedad	1	9.09

Comunidad Valenciana en un periodo de tiempo donde la consulta telefónica supuso el 0.7% de las visitas, puso de manifiesto un porcentaje de consulta únicamente burocrática de un 35.5% en contraposición a un 24.7% de consulta clínica, con una media de edad de 56.3 años \pm 20.1 (11).

En referencia a los motivos de consulta clínicos recogidos en nuestro estudio, nos preocupa que no se recogieran códigos CIE 9 entre el 410 y 414 correspondientes a las distintas formas de presentación de la cardiopatía coronaria, ni del 430 al 438 correspondientes a procesos

cerebrovasculares agudos (12), lo cual podría abrir una nueva línea de investigación acerca de la atención en Urgencias Hospitalarias de nuestra Zona Básica de Salud durante el Estado de Alarma, así como en la consulta presencial de Urgencia (Consulta de no demorables) que se realiza en nuestro Centro de Salud y cuyos datos no han sido reflejados en este estudio. No obstante, la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Neurología notificaban la reducción en un 40% de los diagnósticos de infartos de miocardio y un 33% en los ictus sin otra explicación que la falta de reconocimiento de los síntomas y el miedo de los pacientes a ser trasladados. Varias sociedades han propuesto pautas de abordaje para ambas patologías en el contexto de la Covid-19 (13) (14). Un adecuado seguimiento proactivo de los profesionales de aquellos pacientes más vulnerables para estas patologías podría detectar personas sintomáticas y proporcionar una adecuada asistencia por lo que el Centro de Salud ha elaborado un programa de atención a iniciativa de los profesionales para siete patologías crónicas prevalentes que se ha extendido a toda la Comunidad Autónoma. El código V66.7 de cuidados paliativos tampoco se registró en ninguno de los 401 casos estudiados por lo que un estudio centrado en los cuidados recibidos por estos pacientes durante el confinamiento se hace necesario. Tampoco fue registrada ninguna visita a domicilio, así como datos acerca de la lista de espera para atención telefónica programada.

Las consultas por síntomas relacionados con la Covid-19 fueron más frecuentes durante las primeras semanas en las que aún no existía en Atención Primaria un dispositivo para la detección rápida del virus mediante PCR de modo que la única estrategia era la vigilancia periódica de la evolución de las personas aisladas. Las llamadas con este contenido se fueron reduciendo paulatinamente expresión del bajo grado de exposición de la población de la provincia (15). La seguridad en el seguimiento de pacientes confinados por síntomas sospecha de enfermedad por SARS CoV 2 ha sido elevada, pero no perfecta como exige la gravedad de la situación, manteniendo el contacto periódico hasta la resolución en 36 de los 41 pacientes en vigilancia además del paciente ingresado por Covid-19 a partir del contacto telefónico. En 3 pacientes no se documentó el seguimiento completo hasta la resolución del

cuadro. Una paciente rompió las medidas de aislamiento. Estas excepciones ponen de manifiesto las dificultades para realizar seguimientos exhaustivos de pacientes sintomáticos. La mejora en la cifra de contagios que acompañan a un mayor control y seguimiento muestran que los esfuerzos realizados están siendo exitosos para aplanar la curva epidémica y reforzar la creencia que debemos aferrarnos a estos seguimientos como indican las tendencias globales de nuestro país (16). Los temores de que con el cierre de los centros de salud dejara de prestarse los servicios propios de la Atención Primaria transfiriendo toda la atención a los hospitales, no son del todo exactos (17). Como documentamos en nuestro estudio, la atención no se interrumpió en ningún momento sino que se reconfiguró realizándose consulta telefónica preferentemente, presencial en los casos de atención no demorable a iniciativa del paciente y por indicación del profesional tras el contacto telefónico. La telemedicina puede desempeñar un papel importante en el proceso de selección, la identificación temprana, el diagnóstico y el tratamiento de las personas infectadas, y el manejo de la circulación de los pacientes de una manera que garantice que el equipo médico no entre en contacto con pacientes potencialmente infectados y se provean los servicios necesarios (18).

CONCLUSIONES

La consulta telefónica ha sido una herramienta eficaz para asegurar los procedimientos diagnósticos y de cuidados de la mayoría de los pacientes durante el Estado de Alarma permitiendo conciliar la atención sanitaria con la seguridad de pacientes y profesionales para no diseminar la infección. Quedan áreas de estudio y abordaje de actuación en patologías agudas y cuidados de pacientes crónicos que los equipos de Atención Primaria están obligados a desarrollar.

Bibliografía

1. BELLÓN JA. La consulta del médico de Familia: cómo organizar el trabajo (1). La consulta a demanda. En: Gallo FJ. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. I.M.&C. 1993, 275-86.
2. Rosekrans J, Limbo D, Kaplan D et al. Telephone consultations in pediatrics. Patient Care Publications. Department of Health, Education and Welfare. Connecticut 1981.

3. Black KL, Caufield C. Standardization of telephone triage in pediatric oncology. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2007 Jul-Aug; 24 (4):190-9.
4. Light PA, Hupcey JE, Clark MB. Nursing telephone triage and its influence on parents' choice of care for febrile children. *J Pediatr Nurs*. 2005 Dec; 20(6): 424-9.
5. Knut Schroeder, Wai-Sun Chan. Recognizing Red Flags in General Practice. *InnovAiT*. 2011; 4 (3):171-176
6. van Galen LS, Car J. Telephone consultations. *BMJ*. 2018; 360: 1047.
7. Gupta SG. Tips for telephone and electronic medical consultation. *Indian J Pediatr*. 2013; 80(11): 944-8.
8. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*. 2020 Mar 25; 12 (3):e7405.
9. Famina S, Farooqui AA, Caudill RL. Early use of telepsychotherapy in resident continuity clinics—our experience and a review of literature. *mHealth [internet]*. 2020; 6:1. Disponible en: <http://mhealth.amegroups.com/article/view/30477/pdf>
10. Zas Varela M, García Sierra, A, Rodríguez Ledo, P. Cuantificación y naturaleza de motivos de consulta en Medicina de Familia. *SEMG*. 2011; 136: 86-91.
11. Predera Carbonell V, Gil Guillén D, Orozco Beltrán I, Prieto Erades G, Schwarz Chavarri, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valencia. *Aten. Primaria*. 2005; 35(2): 82-8.
12. CIE9MC (Clasificación internacional de enfermedades. 9ª revisión modificación clínica). 9ª ed. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_2014_def_accesible.pdf
13. Mahmud E, Dauerman HL, Welt F, Messenger JC, Rao SV, Grines C et al. Management of Acute Myocardial Infarction During the COVID-19 Pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Apr 21; S0735-1097(20)35026-9. doi: 10.1016/j.jacc.2020.04.039. Online ahead of print. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ccd.28946>
14. Khosravani H, Rajendram P, Notario L. Protected Code Stroke: Hyperacute Stroke Management During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Stroke*. 2020 Jun; 51 (6):1891-1895. doi: 10.1161/STROKEAHA.120.029838. Epub 2020 Apr 1.
15. Ministerio de Sanidad. Estudio ene-covid19: segunda ronda. Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por sars-cov-2 en España. Informe preliminar: 3 de junio de 2020.
16. Tobías A. Evaluation of the Lockdowns for the SARS-CoV-2 Epidemic in Italy and Spain After One Month Follow Up. *Sci Total Environ* 2020 Jul 10; 725: 138539. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138539
17. Martínez Riera JR, Gras-Nieto E. Home care and covid-19. before, in and after the state of alarm. *Enferm Clin*. 2020 May 15. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.05.003.
18. Gy rffy Z, Békási S, Szathmári-Mészáros N, Németh O. Possibilities of Telemedicine Regarding the COVID-19 Pandemic in Light of the International and Hungarian Experiences and Recommendations. *Orv Hetil*. 2020 Jun; 161(24):983-992. doi: 10.1556/650.2020.31873.

Exéresis quirúrgica de acrocordón en cirugía menor de atención primaria

Recibido el 23-09-2020; aceptado para publicación el 5-10-2020

Sr. director:

La piel es el órgano más extenso (aproximadamente 2 m²), pesado (alrededor de 5 kg) y además determina el límite del medio interno con el medio externo del organismo.

Las capas que componen la piel de menor a mayor profundidad son: epidermis (superficial), dermis (intermedia) e hipodermis (interna).

La piel posee propiedades diferentes dependiendo de la localización que ocupa tanto de grosor (mayor en palma de las manos y planta de los pies, unos 4 mm), de elasticidad, etc. (1).

Tiene funciones importantes como son la adaptación y conexión del individuo con el medio ambiente que le rodea y de barrera protectora.

Se denomina fibroma pediculado o histiocitoma solitario a las neoplasias benignas derivadas del tejido fibroso que pueden tener consistencia blanda o dura, se ubican con mayor frecuencia en las extremidades y pliegues del tórax.

La prevalencia es del 46% y afecta en proporción similar a hombres y mujeres; pero se diagnostica más en mujeres de edad adulta, sobre todo obesas o con acantosis nigricans.

Etiopatogénicamente se trata de una proliferación benigna de tejido fibroso, de origen desconocido, en la que intervienen: alteraciones en los factores de crecimiento epidérmico y fibroblástico, traumatismos, picaduras o mordeduras de insectos, infecciones víricas (virus papiloma humano 6 y 11), desequilibrios hormonales androgénicos y estrogénicos, embarazos, obesidad,

diabetes mellitus tipo 2 con síndrome metabólico asociado.

Los fibromas pediculados se clasifican en:

- Fibromas blandos:
 - Acrocordones o verrugas filiformes.
 - Molusco pendular.
- Fibromas duros:
 - Fibroqueratoma digital adquirido.
 - Histiocitoma o dermatofibroma.
 - Angiofibroma.

El juicio clínico se basa en la exploración física y características clínicas que manifiesta la propia lesión (fibroma blando de base pediculada). En la anamnesis se recogen antecedentes personales y patologías previas que pueden estar relacionadas con una incidencia o predisposición mayor. Existen diferencias histológicas entre fibroma blando y acrocordón:

- Fibroma blando: lesión nodular exofítica con eje de conectivo laxo y adipocitos,
- Acrocordón: lesión filiforme con eje de conectivo laxo.

El diagnóstico diferencial se establece con: nevus, papilomas, queratosis seborreicas, lentigo, queloides, etc.

En los centros de salud de Atención Primaria se desarrollan diferentes procedimientos englobados en la cirugía menor ambulatoria. Permite abordar situaciones que requieren una intervención invasiva de breve resolución y aunque precisa anestesia local, no necesita internamiento

del paciente en el medio hospitalario; reduciendo las listas de espera quirúrgicas, derivaciones a los servicios hospitalarios (dermatología y cirugía mayor ambulatoria) y generando mayor satisfacción de la relación del paciente con el personal sanitario de Atención Primaria (2) (3).

En la cirugía menor ambulatoria se deben tener en cuenta unos requisitos mínimos previos consensuados:

- El paciente asume libremente y sin coacción el procedimiento quirúrgico al que se va a someter, comprometiéndose a cooperar y seguir las recomendaciones pautadas.
- Apoyo familiar o social del paciente en los cuidados postquirúrgicos que precise, puesto que se trata de una alteración del autocuidado en algunos casos y el paciente no tiene internamiento hospitalario.

También se describen unos criterios de selección de pacientes basados en consensos internacionales, como son los criterios de ASA (American Society of Anesthetists) y generalmente los catalogados como ASA I y ASA II son los apropiados para intervenciones de cirugía menor ambulatoria (4):

- ASA I: paciente sano.
- ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve.
- ASA III: paciente con enfermedad sistémica grave.
- ASA IV: paciente con enfermedad sistémica grave y amenaza constante para la vida.
- ASA V: paciente moribundo que no se espera que sobreviva sin la operación.
- ASA VI: paciente en muerte cerebral.

Los procedimientos para la eliminación de estos fibromas son:

- *Crioterapia*: consiste en la congelación con nitrógeno líquido ($-195.8\text{ }^{\circ}\text{C}$) o nieve carbónica ($-78.5\text{ }^{\circ}\text{C}$). El tratamiento se basa en la criogenización del tejido y su necrosis posterior.

- *Electrocirugía*: usando bisturí eléctrico se cortan y cauterizan instantáneamente. Se administra previamente un fármaco anestésico local (mepivacaina al 2% o lidocaína al 2%) en la base del fibroma, 0.5 cc aunque puede variar en función de las dimensiones de la base del pedículo.

- *Cirugía convencional*: se suele utilizar en la mayoría de los casos de mayor tamaño o en centros sanitarios donde no se dispone de electro-bisturí. Se infiltra entre 0.5 – 1 cc de anestésico local (mepivacaina 2% o lidocaína al 2%) por punción con aguja de calibre 25 G y 16 mm longitud en la base del fibroma bajo medidas de asepsia y estableciendo un campo estéril adecuado. Trascorrido el tiempo necesario para ser efectivo el anestésico local, se realiza una doble elipse incisional que rodea la base del pedículo, extrayendo en bloque el tejido y sus extensiones intradérmicas (en la incisión se tiene en cuenta la dirección de las líneas de tensión de la piel o de Langer) (5). Se sutura con seda de 4/0 o 5/0 aproximando los bordes. En ocasiones cuando el pedículo es de pequeño diámetro se coagula mediante cauterización química con nitrato de plata.

No precisa envío del material extirpado al servicio de anatomía patológica puesto que se trata de una alteración dérmica de carácter benigno y claramente identificada como acrocordón. Ante cualquier sospecha o duda diagnóstica, se debe enviar para estudio de anatomía patológica. Se dispone de una adecuada correlación clínico-patológica de la cirugía menor en áreas de salud rural, ya que se justifica la cirugía menor en base al examen clínico físico, manifestaciones clínicas y estudio anatomopatológico sin necesidad de derivar para intervenciones sencillas que no requieren internamiento al área hospitalaria (6).

Un caso clínico de un varón de 55 años de edad sin antecedentes personales de enfermedades previas ni alergia medicamentosa conocida, en tratamiento tópico para la hiperhidrosis palmar y plantar; acude a consulta de Atención Primaria por presentar desde hace varios años una masa blanda pediculada, manifiesta molestia con la ropa por su localización en el cuello y además le supone un problema estético. También muestra lesiones dérmicas similares en las axilas e ingles.

Imagen. Tumoración pediculada de 3x3 mm de diámetro, consistencia blanda, color piel en región lateral anterior cervical



En la exploración física e inspección se detecta una tumoración blanda circunscrita por piel normocolorea de diámetro 3 x 3 milímetros y con una base pediculada en cuello. No presenta signos de infección ni edema ni dolor a la palpación (Imagen).

Tras el examen clínico se diagnostica de acrocordón. Se le informa que el tratamiento consiste en la exéresis. Este procedimiento sencillo de tipo quirúrgico, se lleva a cabo en la consulta de cirugía menor ambulatoria del centro de salud de Atención Primaria. Se explica la técnica a realizar, las complicaciones que pueden derivar de la misma y se firma el consentimiento informado.

Se cita al paciente de modo programado. Se coloca en decúbito supino en la camilla, se lava con solución jabonosa de povidona yodada al 4% y se seca el campo quirúrgico. Se administra solución de povidona yodada al 10%, antes de infiltrar bajo la base del pedículo del acrocordón 1 cc de mepivacaina al 2% con aguja subcutánea de calibre 25 G y 16 mm de longitud.

Se prepara un paño fenestrado delimitando el campo estéril. Finalizada la higiene de manos quirúrgica se colocan el personal sanitario guantes estériles para proceder a la extirpación del acrocordón. Con la ayuda de un mosquito se tracciona ligeramente de la tumoración para obtener de una mejor visualización de la base, se realiza dos incisiones epidérmicas semihelípticas

coincidentes en sus extremos con mango n^o 3 y hoja de bisturí n^o15 y se extrae en bloque el fragmento perilesional.

Tras la extirpación de la masa y su base, se aproximan los bordes de la incisión mediante un punto de sutura con seda de calibre 5/0 y anudado simple. A continuación se cubre con apósito estéril y se cita al paciente en 24 horas para realizar la primera cura plana. En 7 días se retira la sutura.

Bibliografía

1. Wolf K, Johnson R, Saavedra A. Fitzpatrick. Atlas de dermatología clínica. 7^a Ed. Austria: Mc Graw Hill Education; 2014.
2. Vila Vergaz M. Cómo tratar acrocordones en Atención Primaria. Rev FMC. 2018; 25(4):226-227.
3. Raya Rejón A, Rodríguez Espinosa F, Núñez López C, Alonso Rodenas M, De Cruz Benayas A. La utilidad de cirugía menor en Atención Primaria. Rev Semergen. 2015; 41:276.
4. Claudio Nazar J, Maximiliano Zamora H, Alejandro González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev Chil Cir. 2015;67(2):207-213. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v67n2/art17.pdf>
5. Utrera Busquets M, Martínez Sánchez D, Hernández Núñez A. Cirugía. Anestesia local y suturas. Rev FMC. 2015;22(1):36-43.
6. Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE, Tomás-Aragónés L. Correlation between clinical and histological diagnosis in minor surgery in a rural health area. Rev Semergen. 2013;39(1):12-17.

Juárez Jiménez M^aV¹,
De La Cruz Villamayor JA²,
Baena Bravo AJ³

¹Médico de familia. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

²Enfermero Atención Primaria. Centro de Salud de Porcuna (Jaén)

³Enfermero Área Especializada Quirófano. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

E-mail: mariavillajarezjimenez@gmail.com

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Placa eczematosa facial de crecimiento progresivo

Alvarez Fernández JG, Sanz Robles H

Unidad de Dermatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Recibido el 06-07-2020; aceptado para publicación el 17-07-2020

Varón de 12 años sin antecedentes personales de interés, que acude a consulta por una lesión en zona de párpado superior derecho, y que inicialmente era una “mancha roja y descamativa”. La lesión apareció 2 meses antes (en verano, durante las vacaciones en su pueblo) y ha tenido un crecimiento progresivo y excéntrico, hasta llegar a ocupar la zona orbitaria y periorbitaria de hemicara derecha (figura). Se quejaba de prurito moderado.

Había sido tratado con cremas de corticoides (clobetasol e hidrocortisona) y con un ciclo de

prednisona oral, sin mejoría. Sus padres negaban el uso de colirios o pomadas oftalmológicas o palpebrales. En la exploración física no se objetivaron otras lesiones cutáneas.

A. De acuerdo a la historia clínica y a la imagen, ¿Cuál es su diagnóstico?

1. Eczema atópico.
2. Eczema de contacto.
3. Eczema seborreico.
4. Tiña facial.
5. Psoriasis .

B. ¿Qué prueba diagnóstica haría primero?

1. Biopsia cutánea.
2. Toma de muestra para cultivo microbiológico.
3. Analítica general con IgE.
4. Test del parche para detección de alérgenos.
5. Ninguna, el diagnóstico es sólo clínico.

Figura



Dirección para correspondencia:
José Gregorio Alvarez Fernández
E-mail: dermaworld@yahoo.es

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Deterioro cognitivo: algo más allá que un déficit de memoria

Morillo Blanco M³L¹, Pérez Moyano S², Arranz Solana C²

¹Especialista en Medicina Interna y Geriátrica. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Baza (Granada)

²Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Baza (Granada)

Recibido el 06-07-2020; aceptado para publicación el 17-07-2020

Paciente de 82 años seguido desde hacía dos años en consultas de Medicina Interna por deterioro cognitivo. Como antecedentes tenía cardiopatía valvular con prótesis mecánica aórtica y anticoagulación, además de factores de riesgo cardiovascular.

Según historia clínica había consultado inicialmente por pérdidas de memoria, sin otras alteraciones objetivadas y con estudio de imagen donde se objetivan datos de atrofia cortico-subcortical. Se inicia tratamiento con memantina, habiéndose establecido como diagnóstico de sospecha Enfermedad de Alzheimer.

En la exploración del paciente, llama la atención que, dos años más tarde de lo referido, el enfermo permitía mantener una adecuada anamnesis con la colaboración de sus familiares. Los datos más significativos son la correcta respuesta a las preguntas, la orientación temporo-espacial adecuada y la posibilidad de una exploración física y neurológica donde se objetiva sobretudo una marcada alteración de la marcha de características parkinsonianas, con dificultad en los giros, además de presentar hipomimia facial y rigidez articular. No presentaba aumento de los déficits de memoria ni episodios de agitación o alucinaciones.

Para completar estudio, se solicitó resonancia magnética de cráneo, además de perfil analítico general, con estudio incluido de hormonas

tiroideas, serología luética y déficit vitamínicos. La analítica resultó normal y en la prueba de imagen se informó como sin hallazgos de hidrocefalia ni lesiones expansivas, lesiones de origen vasculodegenerativo crónico y moderada atrofia cortico-subcortical, y aplanamiento del techo mesencefálico que según la clínica se podría considerar en relación con parálisis supranuclear progresiva.

Ante una exploración compatible con parkinsonismo también se revisaron los fármacos que tomaba en domicilio entre los que se encontraba la flunarizina.

Con la información reseñada se plantea el diagnóstico de sospecha de un síndrome rígido-acinético asociado a deterioro cognitivo.

¿Cuáles son las causas posibles de dicha clínica?

- Enfermedad neurodegenerativa.
- Parkinsonismo yatrógeno.
- Deterioro cognitivo perfil vascular.
- Todas son correctas.

Dirección para correspondencia:

M³ Lorena Morillo Blanco
E-mail: lorenamorilloblanco@gmail.com

PUBLICACIONES DE INTERÉS / ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo de 2014)

Manteca González A

Médico de Familia

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por MESES/REVISTAS, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección alerta bibliográfica). También en la cuenta de twitter de la Revista <http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc>

La recopilación se extrae de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed.



@pontealdiaAP



Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo Nuevas tecnologías de SAMFyC (*eSAMFyC*)

@pontealdiaAP consiste, básicamente, en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).



Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de esamfyc@gmail.com

DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFyC

- **5^{as} Jornadas Andaluzas de Ecografía en MF. SAMFyC**
<http://www.jornadasecografiasamfyc.com/>
Secretaría técnica: ACM
Apdo. de Correos 536, Granada
andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com
Telf. / Fax. 958 523 299
- **28 Congreso Andaluz de MFyC. SAMFyC**
<http://www.congresosamfyc.com/>
Secretaría técnica: ACM
Apdo. de Correos 536, Granada
andaluzacongresosmedicos@andaluzacongresosmedicos.com
Telf. / Fax. 958 523 299
- **5^{as} Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFyC**
Secretaría SAMFyC
Telf. 958 80 42 01

Agenda semFYC

<https://www.semfyc.es/actividad/actividades-semfyc/>

Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC
congresos@semfyc.es
Carrer del Pi, 11, pl. 2^a, Of. 13. 08002 Barcelona
Telf. 93 317 71 29 / Fax 93 318 69 02

Formación semFYC

<https://www.semfyc.es/formacion-semfyc/>

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 22, Núm. 1)
(Med fam Andal 2021; 22: 46-46)

Respuestas razonadas

Placa eczematosa facial de
crecimiento progresivo

Recibido el 06-07-2020; aceptado para publicación el 17-07-2020

Alvarez Fernández JG, Sanz Robles H

Unidad de Dermatología.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

A. De acuerdo a la historia clínica y a la imagen, ¿Cuál es su diagnóstico?

1. Eczema atópico. **Incorrecta**
2. Eczema de contacto. **Incorrecta**
3. Eczema seborreico. **Incorrecta**
4. Tiña facial. **Correcta**
5. Psoriasis. **Incorrecta**

A.4. La sospecha diagnóstica es **tiña facial**. Las tiñas son micosis superficiales causadas por hongos dermatofitos que sólo invaden tejidos queratinizados completamente (estrato córneo, pelo y uñas)(1), se acompañan de inflamación subcutánea, y generalmente se contagian por contacto directo con epitelios o pelo de animales (gatos, conejos). El diagnóstico diferencial de una tiña facial es múltiple, abarcando desde lupus a acné (en caso de tiñas con mucha reacción inflamatoria o pústulas respectivamente); pero lo más frecuente es que simule un eczema (2). Los eczemas más frecuentes a descartar son el eczema seborreico (de predominio centrofacial, en surcos nasogenianos e intercililar); el eczema de contacto (dónde una correcta historia clínica nos confirmará el uso previo de algún producto en la zona); y la dermatitis atópica (el más frecuente), que suele afectar a mejillas y párpados de forma bilateral y simétrica. Estos eczemas suelen presentar buena respuesta al tratamiento corticoideo. Las lesiones

de psoriasis suelen aparecer en codos, rodillas o cuero cabelludo, siendo infrecuentes en la zona centrofacial.

La presencia de lesiones de disposición anular y crecimiento excéntrico, con borde “de avance” más inflamatorio que la zona central de la lesión, y con antecedente de presencia de mascotas en casa o estancia en ambiente rural (dónde pudo haber tenido contacto con animales, aunque el paciente no lo recuerde al interrogarle), obligan a descartar una infección micótica.

B. ¿Qué prueba diagnóstica haría primero?

1. Biopsia cutánea. **Incorrecta**
2. Toma de muestra para cultivo microbiológico. **Correcta**
3. Analítica general con IgE. **Incorrecta**
4. Test del parche para detección de alérgenos. **Incorrecta**
5. Ninguna, el diagnóstico es sólo clínico. **Incorrecta**

B.2. Ante la sospecha de una infección micótica, la primera opción es la **toma de muestra para un cultivo microbiológico**, que es una prueba sencilla, no invasiva y muy rentable desde el punto de

vista diagnóstico. El diagnóstico del eczema atópico, seborreico, de contacto o de psoriasis suele ser clínico, precisando en ocasiones una biopsia en caso de psoriasis, o de test del parche en caso de sospechar una sensibilización a alguna sustancia (eczema de contacto alérgico). El cultivo microbiológico realizado confirmó la presencia del dermatofito *Trichophyton mentagrophytes* (var. *Mentagrophytes*), que es un dermatofito zoofílico que suele producir tiña de la barba, facial, y de los pies, y que se asocia a exposición a roedores. El paciente fue tratado con terbinafina 250 mg, 1 comprimido diario durante 4 semanas, con resolución de las lesiones (3).

Bibliografía

1. Borges A, Brasileiro A, Galhardas C, Apetato M. Tinea faciei in a central Portuguese hospital: A 9-year survey. *Mycoses*. 2018 Apr;61(4):283-285.
2. Zhuang KW, Dai YL, Ran YP, Lama J, Fan YM. **Tinea faciei on the right eyebrow caused by *Trichophyton interdigitale***. *An Bras Dermatol*. 2016 Nov-Dec;91(6):829-831.
3. Dutta B, Rasul ES, Boro B. **Clinico-epidemiological study of tinea incognito with microbiological correlation**. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017 May-Jun;83(3):326-331.

Dirección para correspondencia:
José Gregorio Alvarez Fernández
E-mail: dermaworld@yahoo.es

Comentarios a
CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO
(del Vol. 22, Núm. 1)
(Med fam Andal 2021; 22: 47-47)

Respuestas razonadas

Deterioro cognitivo: algo más allá
que un déficit de memoria

Recibido el 28-07-2020; aceptado para publicación el 22-09-2020

Morillo Blanco M^aL¹, Pérez Moyano S²,
Arranz Solana C²

¹Especialista en Medicina Interna y Geriátrica. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Baza (Granada)

²Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Baza (Granada)

Respuestas

a) Enfermedad neurodegenerativa. El enfermo del caso en cuestión tenía como síntoma cardinal el trastorno de la marcha con la rigidez asociada, es decir, un síndrome rígido-acinético, que está dentro de la forma de manifestación de los síndromes parkinsonianos y según lo referido haría menos probable la Enfermedad de Alzheimer, como etiología. Dentro del parkinsonismo está el primario o esencial y los atípicos, además de los secundarios. Dentro de los atípicos destacan trastornos neurodegenerativos como la parálisis supranuclear progresiva donde predomina la alteración de la motilidad ocular, con la limitación de la mirada hacia abajo o la atrofia multisistémica donde la afectación cerebelosa incluye una importante disautonomía.

b) Parkinsonismo yatrógeno. Entraría dentro de los parkinsonismos secundarios: dentro de los secundarios destacan por **fármacos**, infecciones, tumores o enfermedades como E. de Huntington y E. de Wilson. De los secundarios es bastante frecuente la farmacológica y entre ellos medicaciones muy usadas como la metoclopramida (antagonistas dopaminérgicos para el tubo digestivo), antagonistas de los conductos del calcio (**flunarizina**), amiodarona y litio y también los neurolépticos muy usados en los pacientes ancianos.

c) Deterioro cognitivo perfil vascular. El deterioro cognitivo de perfil vascular en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cerebrovascular puede manifestarse depen-

do de las áreas a las que afecte como trastorno del movimiento asociado a alteraciones en otros dominios.

d) Todas son correctas. Por los motivos anteriormente expuestos, todas las opciones pueden ser correctas.

Juicio clínico del caso

Síndrome rígido acinético con alteración de la marcha y temblor junto con deterioro cognitivo multidominio en probable relación con: enfermedad neurodegenerativa, deterioro cognitivo perfil vascular o asociado a parkinsonismo yatrógeno.

Evolución

Se inicia retirada de flunarizina y tratamiento con levodopa/carbidopa oral, mostrando mejoría clínica en cuanto a la movilización.

Conclusiones

- El estudio del deterioro cognitivo constituye un complicado reto, que debe individualizarse en cada paciente, siendo muy importante el poder diagnosticarlos en los estadios previos a la sintomatología florida (preclínico).
- Entender el deterioro cognitivo como “algo” que afecta sólo a la memoria nos hace incu-

rrir en errores frecuentes, siendo importante conocer el resto de dominios cognitivos existentes.

- Dada la tendencia al envejecimiento poblacional la asociación de diversas causas que confluyan en un mismo paciente es la tónica actual y la polifarmacia puede entenderse como uno de los síndromes geriátricos más predominantes en la población mayor, ya que los efectos secundarios farmacológicos constituyen en muchas ocasiones el origen de la patología del anciano pluripatológico.

Bibliografía

1. Aguera-Ortiz Luis F, López -Álvarez Jorge. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una revisión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*. 2015; 5(1):3-14
2. Warren Olanow A, H.V. Schapira A, Obeso JA. Enfermedad de Parkinson y otras discinesias. En Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo editores. *Harrison, principios de Medicina Interna Vol.2* 19^a ed. México: Mac Graw-Hill;2016.p.2609-2612.
3. López Trigo JA, coord. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEEG); 2017. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>

Dirección para correspondencia:

M^l Lorena Morillo Blanco

E-mail: lorenamorilloblanco@gmail.com

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <http://www.samfyc.es/publicaciones-samfyc/revista-samfyc/>
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Med fam Andal. 2000; 1: 104-110.

SOLICITUD DE COLABORACIÓN:

Apreciado/a amigo/a:

Con éste son ya cincuenta y nueve los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/ Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «Originales», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

A la espera de tus aportaciones, recibe un muy cordial saludo:

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)

INFORMACIÓN PARA LOS SOCIOS

SOCIO, te rogamos comuniqués cualquier cambio de domicilio u otros datos de contacto a la mayor brevedad. Puedes hacerlo a través de los siguientes canales:

- Por correo electrónico a sociocentinel@samfyc.es (asunto: actualización datos)
- A través de la web de SAMFyC: <https://www.samfyc.es/actualizacion-de-datos/>
- Por teléfono, llamando al 958 80 42 01

INFORMACIÓN PARA EL LECTOR

Quieres hacerte socio SAMFyC, y por ende semFYC; puedes hacerlo a través de la web <https://www.samfyc.es/hazte-socio/> o llamando al 958 80 42 01.

28º

Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

*"Medicina
de Familia.
El momento
es ahora."*

del 11 al 13 de
Noviembre de 2021
Hotel Melia Lebreros

Sevilla

www.congresosamfyc.com
info@congresosamfyc.com

Actualización en Urgencias para el Médico de Familia

Última
publicación
de la
Sociedad
Andaluza
de MFyC

Obra novedosa de más de 1800 páginas que nace con doble finalidad. En los tres volúmenes que la componen se recoge el temario oficial para acceder a la oposición como médicos de familia de urgencias hospitalarias o extrahospitalarias en Andalucía, y también es una obra de acceso rápido para la clínica de urgencias. Su adquisición podrá ser conjunta o individual (Volumen 1: Legislación y Administración Sanitaria / Volúmenes 2 y 3: Clínica I y II)



► ¿Quieres unos manuales precisos y ágiles que acompañen tu estudio?

Contenidos concisos con un cuadro resumen al final de cada capítulo que facilitará el estudio.

► ¿Eres de otra especialidad y no encuentras el temario común solamente?

Aquí lo tienes de forma individual en el Volumen 1.

► ¿Eres residente y estás haciendo rotación por urgencias?

Clínica I y Clínica II son tu herramienta indispensable.



¡Ya disponible!



Visita nuestra web para más información y pedidos

www.samfyc.es

