

CARTAS AL DIRECTOR

¿Existen diferencias en el manejo de la diabetes mellitus 2 en pacientes crónicos complejos respecto a los no crónicos complejos?



Are there any differences in the management of diabetes mellitus 2 in complex chronic patients compared to non-complex ones?

El aumento de la esperanza de vida, junto con una mejora en el tratamiento de muchas enfermedades, ha incrementado la prevalencia de pacientes de edad avanzada con pluripatología y que si cumplen los criterios se incluyen en programas específicos de seguimiento (PCC)¹. La diabetes mellitus (DM) es muy frecuente en los pacientes mayores y también los PCC deben tener unos objetivos de control individualizados a la situación biopsicosocial de los pacientes^{2,3}.

El objetivo de nuestro estudio fue comparar pacientes con diabetes mellitus 2 (DM2), según si están incluidos en programa PCC, en cuanto a seguimiento, objetivo metabólico conseguido y tratamiento recibido.

Se trata de un estudio descriptivo observacional de los pacientes de un Centro de Salud de l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Se excluyen pacientes <65 años, en programa de atención domiciliaria activado, sin visitas en el centro de salud en el último año, y pacientes paliativos. Las variables registradas son: antecedentes médicos, complicaciones asociadas a la DM2, seguimiento realizado, eventos en

último año, tratamiento además de cuantificar los índices de Charlson y de Barthel. La información se recoge a través del sistema informático (eCAP en Cataluña) y se realiza la explotación de datos a través del SPSS®. Ha recibido autorización del Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) Jordi Gol con código aprobación P18/078 en fecha de 25 abril del 2018. Se ha utilizado la prueba Chi-Cuadrado o test exacto de Fisher para variables cualitativas y mediante la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Se incluyeron 52 pacientes, 26 son pacientes crónicos complejos y 26 controles de la misma franja de edad y género. En la [tabla 1](#) puede apreciarse las variables estadísticamente significativas, y en la [tabla 2](#) las variables que no han alcanzado la significación estadística.

Antecedentes médicos: 75% hipertensión arterial, 57% dislipemia, 38,5%, insuficiencia renal crónica c. Un 61,5% de los pacientes crónicos complejos presentan $HbA_{1c} \leq 7,5\%$ (HbA_{1c} media en PCC 7,16). Las visitas a enfermería (7,35 vs. 3,54), la asistencia a servicios de urgencias hospitalarios (1,96 vs. 0,88) y los ingresos hospitalarios (1,23 vs. 0,04) no fueron significativos. Fármacos totales (11,58 vs. 7,95) y asociados a la DM2 (1,58 vs. 1,31). En PCC: metformina 69,2% > insulina 30,8% > iDPP4 26,9%. En no PCC: metformina 76,9% > SU 26,9% > insulina 11,5%. Índice de Barthel: 48% dependencia moderada; índice de Charlson: 7,75 puntos de media (siendo 100% muestra > 3 puntos, incluyendo DM2).

Nuestros resultados reportan un control metabólico demasiado estricto en PCC asociado a mayor polifarmacia (la metformina es el fármaco más prescrito en PCC), siendo menor el uso de sulfonilureas (mayor hipoglicemias) y mayor

Tabla 1 Variables del estudio con significación estadística

Variable	PCC	No PCC	Total	p-valor
IC; %	69,2	0	15,4	0,004
EPOC; %	23,1	0	11,5	0,023
Cribado ocular realizado; %	57,7	96,2	76,9	0,002
ITB último año realizado; %	11,5	46,2	28,8	0,013
Comorbilidad	3,03	2,23	No registrado	0,014
	enfermedades asociadas	enfermedades asociadas		
Visitas enfermería atención primaria anual	7,35	3,54	5,44	0,01
Ingresos hospital	1,23	0,04	No registrado	0,001
Urgencias hospital	1,96	0,88	1,42	0,06

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: insuficiencia cardíaca; ITB: índice tobillo-brazo; No PCC: no programas específicos de seguimiento; PCC: programas específicos de seguimiento

Tabla 2 Variables del estudio sin significación estadística

Variable	PCC	No PCC	Total	p-valor
Cardiopatía isquémica; %	11,5	7,7	7,7	1
IRC; %	34,6	30,8	38,5	0,39
Fibrilación auricular; %	34,6	23,1	28,8	0,54
HTA; %	80,8	69,2	75	0,52
Dislipemia; %	46,2	69,2	57,7	0,16
Demencia; %	26,9	3,8	15,4	0,05
Depresión; %	3,8	19,2	11,5	0,19
Retinopatía diabética; %	41,7	28	34,7	0,37
Nefropatía diabética; %	53,8	30,8	42,3	0,16
Arteriopatía periférica; %	47,6	40	44,4	0,74
Polineuropatía periférica; %	8	7,7	7,8	1
Cribado pies realizado; %	76,9	88,5	82,7	0,46
ECG último año; %	61,5	42,3	51,9	0,26
Albúmina/creatinina orina cuantificado; %	38,5	53,8	46,2	0,40
Existencia de perfil lipídico; %	80,8	76,9	78,8	1
Toma de PA en 2 ocasiones/año; %	84,6	80,8	82,7	1
IMC registrado; %	92,3	100	90,5	0,49
Control DM2 endocrino; %	0	0	0	No procede
Control DM2 médico de familia; %	80,8	96,2	88,5	0,19
Control DM2 endocrino + médico de familia; %	19,3	3,8	11,5	0,19
HbA _{1c} valor; %	7,16	7,05	7,10	0,99
Colesterol total; mg/dl	171,4	174,8	173	0,35
Colesterol LDL; mg/dl	93,9	92,3	93,1	0,81
PAS; mmHg	136	135	136	0,08
PAD; mmHg	70	74	72	0,15
Visitas médico de familia anual	7,00	6,46	6,73	0,32
Urgencias centro de salud	1,88	1,12	1,50	0,76
Urgencias CUAP	0,81	0,88	0,85	0,12
Fármacos totales	11,58	7,96	9,77	0,11
Fármacos DM2	1,58	1,31	1,44	0,20
Metformina; %	69,2	76,9		0,755
Sulfonilurea; %	11,5	26,9		0,291
Repaglinida; %	11,5	7,7		1
Pioglitazona; %	0	0		No procede
iDPP4; %	26,9	7,7		0,140
GLP-1; %	7,7	0		0,490
Insulina; %	30,8	11,5		0,173

CUAP: centro de urgencias de atención primaria; DM2: diabetes mellitus 2; ECG: electrocardiograma; GLP-1: péptido similar al glucagón tipo 1; HTA: hipertensión arterial; iDPP4: inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4; IMC: índice de masa corporal; IRC: insuficiencia renal; No PCC: no programas específicos de seguimiento; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; PCC: programas específicos de seguimiento;

uso de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4) y con las complicaciones asociadas a dicha polifarmacia³. En la valoración geriátrica destaca una dependencia moderada (índice de Barthel) y elevado nivel de comorbilidad (índice de Charlson). Se confirma la mayor demanda asistencial que requiere el paciente crónico complejo. La principal limitación del estudio es el tamaño de la muestra, junto a realizarse en un solo centro, hechos que recomiendan nuevos estudios para confirmar los hallazgos. En definitiva, en nuestro entorno los PCC están frecuentemente con controles demasiado bajos de hemoglobina glicada.

Confidencialidad de datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Gual N, Yuste Font A, Enfedaque Montes B, Blay Pueyo C, Martín Álvarez R, Inzitari M. Profile and evolution of chronic complex patients in a subacute unit [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2017;49:510-517.

2. Gómez-Huelgas R, Gómez Peralta F, Rodríguez Mañas L, Formiga F, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo JJ, et al. Treatment of type 2 diabetes mellitus in elderly patients [Article in Spanish]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53:89-99.
3. Formiga F, Vidal X, Agustí A, Chivite D, Rosón B, Barbé J, et al. Potentially Inappropriate Prescription in Older Patients in Spain (PIPOPS) Investigators' Project Inappropriate prescribing in elderly people with diabetes admitted to hospital. *Diabet Med*. 2016;33:655-62.

M. Beà^{a,*} y F. Formiga^b

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Florida Sud, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio Medicina Interna, Hospital Universitari de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: montsebeabernaus@gmail.com (M. Beà).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.10.003>

1138-3593/

Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Alteraciones conductuales y emocionales del síndrome de Down desde atención primaria



Behavioural and emotional changes of Down's syndrome in primary care

Sr. Director:

Tras haber leído la interesante revisión¹ y el acertado editorial² recientemente publicados en esta revista, me gustaría realizar una serie de observaciones desde el ámbito de la salud mental, en relación al abordaje y manejo de esta desde las consultas de atención primaria.

La prevalencia señalada de trastornos anímicos del síndrome de Down (SD) ronda el 30% y la de trastornos de la conducta el 10%¹. Un reciente trabajo publicado en *The British Journal Of Psychiatry*³ ha encontrado una incidencia similar de depresión entre los adultos con discapacidad intelectual (de cualquier origen) y la población general, hallando sin embargo, una mayor prevalencia de depresión entre la población general, lo que sugiere un infradiagnóstico de depresión en la población con discapacidad intelectual, en la línea de lo comentado en la revisión de esta revista. El objetivo del presente trabajo consiste en revisar el abordaje que se puede realizar desde atención primaria de estas alteraciones emocionales y conductuales presentes en el SD.

Existe evidencia de que la respuesta al tratamiento de la depresión con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en la población con SD es positiva⁴ pero, además, los trastornos de conducta también responden de forma favorable a los ISRS^{4,5}, por lo que el manejo inicial, dentro de la complejidad y el desafío que supone la valoración en estos pacientes, a menudo incluirá el tratamiento con un fármaco ISRS. Este grupo de medicamentos son bien tolerados, la decisión de elegir uno u otro se basa más en el perfil de interacciones y efectos secundarios que en la eficacia, pues no hay evidencia de grandes diferencias en esta entre los distintos fármacos⁴. Se han encontrado bajos niveles de serotonina de forma consistente en el SD, niveles que se han relacionado con la génesis de la depresión y con cambios negativos en la sociabilidad y la actividad, mostrando los ISRS eficacia en las conductas compulsivas y también en los signos tempranos de deterioro cognitivo⁴.

Conductas más disruptivas pueden requerir el empleo de antipsicóticos, para lo que existe evidencia favorable al empleo de risperidona en dosis bajas lentamente tituladas, con buena tolerancia⁶. El aripiprazol presenta un perfil metabólico más favorable que la risperidona, lo cual es un hecho relevante en estos pacientes⁷. Los estudios con risperidona y aripiprazol corresponden a poblaciones con comorbilidad SD-trastornos del espectro autista, pero la experiencia clínica nos permite extrapolar la respuesta a la población SD, con el añadido de una mejoría en la socialización observada con el uso de aripiprazol (hallazgo prometedor que requiere aún de más estudios de confirmación)⁷.

Es interesante resaltar que el dolor y las comorbilidades médicas infratratadas se han puesto en relación con las alteraciones del comportamiento y con la propia depresión, por lo que el despistaje orgánico, también un reto sustancial, debe ser minucioso^{1,4}.

A modo de resumen y conclusión, el abordaje farmacológico de la depresión, las alteraciones conductuales e incluso los signos precoces de deterioro cognitivo en las personas con SD son asequibles desde atención primaria, mientras se espera una valoración por el segundo nivel asistencial o en aquellas situaciones en las que la familia prefiere demorarla o tiene dificultades para acudir.

Bibliografía

1. González-Cerrajero M, Quero-Escalada M, Moldenhauer F, Suárez C. Recomendaciones para la atención a los adultos con síndrome de Down. Revisión de la literatura. *Semerger*. 2018;44:342-50.
2. Sánchez MR. Síndrome de Down y atención primaria. *Semerger*. 2018;44:295-6.
3. Cooper SA, Smiley E, Allan L, Morrison J. Incidence of unipolar and bipolar depression, and mania in adults with intellectual disabilities: A prospective cohort study. *Br J Psychiatry*. 2018;212:295-300. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.2018.12>
4. Dyckens EM. Psychiatric and behavioral disorders in persons with Down syndrome. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13:272-8.
5. Hirayama T, Kobayashi T, Fujita T, Fujino O. Two cases of adult Down syndrome treated with selective serotonin re-uptake inhibitor for behavior disorders [Article in Japanese]. *No To Hattatsu*. 2004;36:391-4.