



CARTAS AL DIRECTOR

Adecuación de la medicación cardiovascular en los diabéticos tipo 2 de Torrejoncillo (Cáceres) según los criterios STOP/STAR

Suitability of cardiovascular medication in type II diabetes in Torrejoncillo (Cáceres) using STOPP/START criteria

Sr. Director:

La polimedicación se incrementa con la edad y es un motivo de creciente preocupación por sus consecuencias indeseables. Pero, por otro lado, se necesita prevenir las frecuentes complicaciones cardiovasculares que padecen los diabéticos tipo 2 (DM2), muchos de ellos ancianos, en ocasiones añadiendo más medicamentos apropiados. Entre los instrumentos para calificar la adecuación de los tratamientos administrados, recientemente se han propuesto los denominados criterios STOP/STAR¹.

La elevada prevalencia de ancianos con DM2 en España (por encima del 30% en mayores de 75 años)² y la frecuencia con que presentan comorbilidad y polimedicación elevan el interés por conocer la medicación que toman y de la que podrían prescindir (criterios STOP), y la que no toman pero necesitarían de no mediar contraindicaciones (criterios STAR). En un trabajo anterior nosotros hemos utilizado estos criterios con un buen resultado informativo en pacientes de más de 65 años de edad que acuden a la consulta de atención primaria³.

Hemos revisado la medicación registrada en las historias de todos los DM2 de Torrejoncillo (Cáceres) que fueron atendidos en las consultas de atención primaria entre el 1 de mayo de 2012 y el 30 de abril de 2013. De los 386 pacientes DM2, 292 tenían más de 65 años (113 hombres y 179 mujeres). En estos, con los criterios STOP se detectaron 7 pacientes que tomaban indebidamente glibenclamida o clorpropamida; un paciente tomaba betabloqueantes aunque padecía hipoglucemias frecuentes (más de una al mes). En cuanto a los criterios STAR, en 38 pacientes se podría administrar metformina, en ausencia de insuficiencia renal, pero no la recibían; 4 pacientes padecían nefropatía y no recibían IECA o ARAII; a 117 pacientes con factores de riesgo cardiovascular no se les administraban antiagregantes

plaquetarios, y 116 pacientes con uno o más factores de riesgo cardiovascular no recibían estatinas.

En conjunto, 114 de las mujeres de más de 65 años (63,7%) y 64 de los hombres (56,6%) estaban incorrectamente tratados porque cumplían uno o más de los criterios STOP/STAR. En cuanto a las variables asociadas a la adecuación de la prescripción, únicamente la edad media de los pacientes con prescripción inadecuada era significativamente mayor en 3,24 años. No hay diferencias estadísticamente significativas en la distribución por género, nivel de estudios, estado civil, años de antigüedad de la DM2 o práctica de autocontrol de la glucemia.

Como se puede observar, entre los pacientes DM2 existen muchas posibilidades de mejora en cuanto al tratamiento y la prevención cardiovascular. Estos resultados que presentamos no prejuzgan la buena labor de los clínicos en atención primaria porque, entre otras cosas, el clínico personaliza el tratamiento según ventajas, inconvenientes o efectos indeseables en cada caso particular. En este sentido los médicos suelen ser más cautos a la hora de añadir medicación conforme aumenta la edad del paciente, porque se incrementan los efectos adversos, lo que concuerda con la mayor edad media de los pacientes que cumplen criterios STOP/STAR en nuestro estudio. Por otro lado, existe variabilidad en las recomendaciones terapéuticas y bajos niveles de evidencia en algunas actuaciones de prevención primaria. Así, el control intensivo de la glucemia no disminuye la mortalidad y las hipoglucemias suponen un riesgo en los ancianos; las estatinas, según algunos estudios, tampoco disminuyen la mortalidad y solo producen un efecto leve en la prevención de infartos y accidentes cerebrovasculares; la utilidad de la antiagregación en prevención primaria tiene evidencias bajas. En cuanto al coste de los tratamientos, el gasto en antidiabéticos e insulinas ha aumentado un 300-400% en algunos países, o, por último, es baja la eficiencia de las intervenciones para reducir el peso corporal. Por estas razones la precaución de los médicos se acentúa, porque necesitan revisar sus indicaciones individualizando, prefiriendo intervenciones adecuadas con evidencias altas y controlando el gasto.

Aunque estas particularidades no se visibilizan en este tipo de estudios, la aplicación de criterios de adecuación, como los STOP/STAR, es una llamada de atención para que los clínicos agudicen su vigilancia a la hora de tratar convenientemente a pacientes DM2, muchos de ellos polimedcados (en nuestro estudio el 50,2% toman 5

o más medicamentos), pero algunos de ellos puede que incorrectamente manejados para prevenir sus eventuales complicaciones cardiovasculares.

Financiación

Proyecto de Investigación DIAB06/2012 «Detección y control de factores de riesgo y complicaciones vasculares en los pacientes diabéticos de la zona de salud de Torrejuncillo (Cáceres)». Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de Salud de Extremadura.

Agradecimientos

A los médicos y enfermeros del centro de salud de Torrejuncillo por facilitarnos la recogida de datos.

Bibliografía

1. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment).

Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46:72-83.

2. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiu 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.
3. Candela E, Mateos N, Palomo L. Adecuación de la prescripción farmacéutica en personas de 65 años o más en centros de salud docentes de Cáceres. *Rev Esp Salud Publica.* 2012;86:419-34.

María José Baquero-Barroso^a,
Patricia Fernández del Valle^b, Luis Palomo Cobos^{c,*}
y Francisco Javier Domínguez-Felipe^a

^a Centro de Salud de Torrejuncillo, Torrejuncillo, Cáceres, España

^b Unidad de Investigación, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Sevilla, España

^c Centro de Salud Zona Centro, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luispalomocobos@gmail.com
(L. Palomo Cobos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.009>

Eccema ótico. Repercusión en la calidad de vida del paciente y en los costes de atención socio sanitaria

Ear eczema. Impact on patient quality of life and healthcare costs

Sr. Director:

Las enfermedades dermatológicas pueden provocar cuadros inflamatorios a nivel del conducto auditivo externo (CAE), dando lugar a una entidad llamada eccema ótico.

Entre las enfermedades que pueden provocar un eccema ótico se encuentran la dermatitis seborreica, la dermatitis atópica, la psoriasis, el acné o la dermatitis de contacto. Desde un punto de vista clínico, el síntoma principal del eccema ótico es el prurito. Además es habitual la descamación con tendencia a la cronificación y liquenificación, que puede afectar a la piel del CAE y al pabellón. Son también frecuentes signos y síntomas relacionados con la inflamación¹.

El eccema ótico tiende a ser crónico y recurrente. Son característicos el adelgazamiento de la piel y la estenosis del conducto, como consecuencia de la acumulación de material de detritus procedente de la piel². El prurito lleva al paciente al rascado, y la presencia de lesiones es habitual.

El eccema ótico se da con más frecuencia entre la población urbana y en las clases sociales altas. Para algunos autores el eccema ótico es una de las formas de otitis externa más difícil de tratar, ya que los agentes que la

provocan son desconocidos y su evolución es crónica y recurrente. El tratamiento debe consistir en la limpieza del conducto, uso de tratamiento tópico hidratante, de tratamiento tópico antiinflamatorio y, cuando existe una infección secundaria, uso de bactericidas y/o fungicidas tópicos³.

Durante el cuarto trimestre de 2013 se llevó a cabo una encuesta en nuestro país, con 1.006 encuestados, mayores de edad, que acudieron a la consulta de ORL por prurito en el CAE, siendo diagnosticados de eccema ótico. La variable fundamental fue la intensidad del prurito y su relación con la calidad de vida del sujeto.

La intensidad media del prurito, en una escala de 0 a 10, fue de 6,6.

La presencia de descamación fue severa o muy severa en el 25,6%. El 62,7% refirieron la presencia de prurito con frecuencia o siempre. Este prurito llevó al 31,4% de los encuestados a decir que se sentían más irritables con frecuencia o siempre. El prurito impedía descansar bien por las noches con frecuencia o siempre al 19,1%, y refirieron dificultad para concentrarse en su trabajo, con frecuencia o siempre, el 30,7% de los encuestados. A pesar de esta repercusión en el sueño y en la vida social/laboral, solo el 20,9% alteraron su actividad, con un porcentaje similar que reconoce que el prurito le afectó con frecuencia en su vida cotidiana. El 80% de los afectados acudieron al médico o a la farmacia al menos una vez al mes buscando remedio para el prurito, y el 88,2% de los encuestados utilizaron un producto hidratante en alguna ocasión (fig. 1).

La repercusión en la calidad de vida del sujeto y la búsqueda de tratamiento fueron proporcionales a la intensidad del prurito⁴.