

algo más del 60% de los cuidadores. Respecto al nivel educativo, el 63,6% tenían estudios primarios y solo el 10% estudios superiores. El 75% dedican más de 12 h al cuidado, y el mismo porcentaje asegura que dispone de recursos suficientes. Respecto a los pacientes, el 61,4% eran mujeres, y casi el 60% tenían entre 70 y 90 años. En la escala de Barthel puntuaban una media de 59,2 puntos (DE \pm 23,8), estando el 45,9% en grado de dependencia leve (> 60 puntos) y el 32,1% en grado de dependencia moderada (40-55 puntos). En la escala GDS obtuvimos una media 1,06 puntos (DE \pm 4,36) y estaban en nivel de deterioro cognitivo leve el 21,1% (GDS 3), en nivel moderado el 33,9% (GDS 4) y moderado-grave o grave el 43% (GDS 5 o 6). Consideramos importante comentar que un 20,6% de cuidadores tomaban un fármaco antidepresivo, el 20,6% un fármaco ansiolítico y el 34,7% tomaban algún anti-inflamatorio.

Los cuidadores completaron el test de Zarit antes de asistir al taller, y a los 3-6 meses de su finalización. Destaca que existe mayor sobrecarga subjetiva en el test después de 3-6 meses, lo cual podría reflejar más consciencia de los cuidadores sobre la situación que sufren después de la formación (que se traduciría en respuestas que indican más sobrecarga) y con diferencias significativas únicamente entre pacientes activos o no activos.

En conclusión, los resultados de nuestro estudio confirman el mismo perfil de cuidador informal que la bibliografía revisada (mujer, familiar —hija o conyugue—, con bajo nivel de estudios, muchas jubiladas o paradas). En general expresan mayor sobrecarga subjetiva después de realizar un curso de formación de cuidadores de personas con demencia, que creemos se puede explicar por el hecho de hacerse más conscientes de su situación al realizar el curso.

Bibliografía

1. Olazarán Rodríguez J, Sastre Paz M, Martín Sánchez S. Asistencia sanitaria en las demencias: satisfacción y necesidades del cuidador. *Neurología*. 2012;27:189–96.
2. Mateo Rodríguez I, Millán Carrasco A, García Calvente MM, Gutierrez Cuadra P, Gonzalo Jiménez E, López Fernández LA. Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Aten Primaria*. 2000;26:139–44.
3. Costa Requena G, Espinosa Val MC, Cristófol R, Cañete J. Demencia avanzada y cuidados paliativos: características sociodemográficas y clínicas. *Med Paliativa*. 2012;19:53–7.
4. Linde JMM, Velasco M, de los Ál, Velasco BI. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicol Salud*. 2014;15:33–43.
5. Gila MJ, Sánchez RO, Gómez-Caro S, Oropesa AS, Morena JC, Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2:332–4.
6. Alonso Babarro A, Garrido Barral A, Díaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*. 2004;33:61–7.
7. Toribio-Díaz ME, Medrano-Martínez V, Moltó-Jordá JM, Beltrán-Blasco I. Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*. 2013;28:95–102.

Anna Peña^{a,*}, Angeles Machado^a, Teresa Mur^b y Margarita Saiz²

^a Centro de Atención Primaria Rambla, Terrassa, Barcelona, España

^b Centro de Atención Primaria Rubí, Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apcamarillas@mutuaterrassa.es (A. Peña).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.014>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Estudio prospectivo de la incidencia de eventos cardiovasculares en adultos jóvenes y su relación con el síndrome metabólico

Prospective study of the incidence of cardiovascular events in young adults and its relation to the metabolic syndrome

Sr. Editor:

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad en todo el mundo, por lo que su prevención es uno de los principales objetivos en atención



primaria. Nuestro centro de salud se encuentra en un área urbana, sociodeprimida y con elevado porcentaje de población inmigrante, mayoritariamente procedente de Filipinas y Pakistán. En diferentes estudios se ha observado una mayor incidencia de eventos cardiovasculares en determinados grupos étnicos, especialmente en la población del sur de Asia¹, pero ha sido poco estudiada en la población adulta joven y desconocemos esta incidencia en nuestro país. Destaca en esta población la aparición a una edad más temprana de eventos cardiovasculares². En la práctica clínica se utilizan diferentes métodos para estimar el riesgo cardiovascular que se inician a partir de los 35 años de edad y no están adaptados a los diferentes grupos étnicos. Actualmente se están desarrollando nuevos métodos predictivos como el Framingham modificado o el QRISK2 que tienen en cuenta la etnia, pero no se aplican en nuestra región³. El síndrome metabólico permite estimar el riesgo cardiovascular a cualquier

Tabla 1 Incidencia acumulada de eventos cardiovasculares al cabo de 6 años según factores sociodemográficos, de riesgo cardiovascular y la presencia de síndrome metabólico al inicio del seguimiento (n= 172)

	N.º	Incidencia de eventos CV (%)	Valor de p
Sexo			
Varones	62	8,1	0,005
Mujeres	110	0,0	
Edad			
19-34 años	100	2,0	0,651
35-44 años	72	4,2	
Origen geográfico			
Sudamérica	22	0,0	0,026
Centroamérica	8	0,0	
Europa	69	0,0	
África del Norte	12	0,0	
Asia Sudoriental	29	3,4	
Asia Oriental	1	0,0	
Asia Meridional	31	12,9	
Consumo de tabaco			
Sí	44	6,8	0,108
No	128	1,6	
HTA			
Sí	16	12,5	0,069
No	156	1,9	
Diabetes			
Sí	8	12,5	0,214
No	164	2,4	
Dislipemia			
Sí	26	11,5	0,025
No	146	1,4	
Obesidad			
Sí	17	5,9	0,410
No	155	2,6	
Obesidad central según ATP III			
Sí	41	0,0	0,340
No	131	3,8	
Obesidad central según IDF			
Sí	85	5,9	0,028
No	87	0,0	
Síndrome metabólico según ATP III			
Sí	32	9,4	0,046
No	140	1,4	
Síndrome metabólico según IDF			
Sí	36	11,1	0,007
No	136	0,7	

ATP III: Adult Treatment Panel III; CV: cardiovasculares; HTA: hipertensión; IDF: International Diabetes Federation.

edad, siendo los criterios del «Adult Treatment Panel III (ATP III)» y de la «International Diabetes Federation (IDF)»^{4,5} los más utilizados.

Por todo ello, nos planteamos un estudio con el objetivo de determinar la incidencia acumulada de eventos

cardiovasculares en la población entre 19-44 años y analizar su relación con factores sociodemográficos, factores de riesgo cardiovascular y la presencia de síndrome metabólico. Se realizó un estudio prospectivo de 6 años de seguimiento (2007-2013) de una cohorte de pacientes seleccionada mediante muestreo aleatorizado simple a partir de un estudio de prevalencia de síndrome metabólico⁶. Al inicio del seguimiento se recogieron los datos sociodemográficos, clínicos (presión arterial sistólica y diastólica, glucemia basal, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos y perímetro de cintura), la presencia de obesidad y el consumo de tabaco. Se calculó el síndrome metabólico según criterios ATP III e IDF. Durante el seguimiento se registró la incidencia acumulada de factores de riesgo cardiovascular y de eventos cardiovasculares mayores: accidente vascular cerebral, accidente isquémico transitorio, infarto agudo de miocardio, angina estable o inestable y muerte súbita.

Se siguieron un total de 172 personas durante una media de 5,8 años. No hubo pérdidas durante el estudio. Un 36,4% eran varones. La edad media fue de 33,4 años (DE: 6,8). Un 39,9% eran de origen europeo, un 35,3% asiáticos y un 17,3% latinoamericanos. Un 2,9% (n=5) de los pacientes sufrieron un evento cardiovascular durante el seguimiento, siendo todos ellos adultos jóvenes, varones, de origen asiático (2 de Pakistán, 2 de Bangladesh, uno de Filipinas) y con síndrome metabólico. Se observó un mayor riesgo entre las personas con dislipemia, obesidad central según IDF y síndrome metabólico (tabla 1). No se encontró asociación estadísticamente significativa con otros factores de riesgo cardiovascular probablemente por tratarse de una muestra pequeña.

Hay evidencias de que la población del sur de Asia tiene un mayor riesgo cardiovascular y a una edad más temprana pero no hay estudios de seguimiento realizados en nuestro país. Destacamos la importancia de diseñar estrategias preventivas que tengan en cuenta la etnia para no infraestimar el riesgo cardiovascular, principalmente en los centros de salud que atienden a grupos étnicos con riesgo cardiovascular elevado.

Bibliografía

1. Piulats N, Benaiges D, Pedro-Botet J. Riesgo cardiovascular en la población inmigrante de Asia del Sur. *Clin Invest Arterioscl.* 2011;23:105-11.
2. Bellary S, O'Hare JP, Raymond NT, Mughal S, Hanif WM, Jones A, et al. Premature cardiovascular events and mortality in south Asians with type 2 diabetes in the United Kingdom Asian Diabetes Study - effect of ethnicity on risk. *Curr Med Res Opin.* 2010;26:1873-979.
3. Dalton AR, Bottle A, Soljak M, Majeed A, Millett C. Ethnic group differences in cardiovascular risk assessment scores: national cross-sectional study. *Ethn Health.* 2014 Aug;19:367-84.
4. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al., American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation.* 2005;112:2735-52.
5. Alberti KG, Zimmet PSJ. The metabolic syndrome - a new worldwide definition. *Lancet.* 2005;366:1059-62.
6. González-Solanellas M, Grau-Carod M, Zabaleta-del-Olmo E, Moreno-Feliu R, Romagosa-Pérez-Portabella A, Juanpere-Simó S,

et al. Factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico en población adulta joven. *Gac Sanit.* 2015;29:72–9.

Matilde González-Solanelas^{a,*}, Meritxell Puig Esmandia^a, Pablo Rodríguez Blanco^a y Edurne Zabaleta-del-Olmo^{b,c}

^a *Equipo de Atenció Primària (EAP) Raval Nord, Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona, España*

^b *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Barcelona, España*

^c *Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: magonzalez.bcn.ics@gencat.cat (M. González-Solanelas).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.016>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar



Fibromyalgia and empathy: A path towards well-being

Sr. Editor:

El síndrome de fibromialgia (SF) (M79.0 en la clasificación Internacional de Enfermedades) constituye una entidad marcada especialmente por dolor crónico, fatiga e insomnio que afecta mayoritariamente a mujeres. Presenta signos y síntomas prácticamente en todos los órganos y sistemas, y se asocia a otros problemas como alteraciones de la memoria y trastornos del humor¹.

La atención clásica que presta en la actualidad la asistencia sanitaria provoca en muchas ocasiones una situación de menosprecio de las pacientes, tratándolas de simuladoras y trastornadas o creyendo que buscan obtener ganancias secundarias (compensación económica, laboral, legal...). Es habitual el escepticismo de algunos profesionales médicos hacia el SF, que no creen que exista, que la desconocen o que no saben cómo manejarla y el de algunos inspectores médicos que no teniendo datos objetivos para evaluarla, la ignoran, como si fuera un tema de creencias y no de conocimiento de la misma. Como consecuencia de ello, las pacientes se sienten injustamente tratadas, se encuentran en un estado de queja continuada y de ansiedad cronicada al no verse resueltas sus demandas, lo que repercute muy negativamente en la enfermedad, aumentando el dolor y el sufrimiento¹⁻³.

El modelo de atención sanitaria ofrecida a pacientes con SF debe cambiar y debe sustentarse en un eje central, «la empatía». La relación empática permite un encuentro clínico en el que la paciente se siente acogida, escuchada, comprendida y acompañada. Para ello, el profesional sanitario toma partido con la paciente y lleva a cabo una serie de estrategias: *a)* se interesa por ella y por su esfera psicosocial (autointerés o *self-interest*); *b)* hace un reconocimiento de que el SF existe y de las repercusiones que tiene sobre la vida de la paciente (judicación), y *c)* comparte su sufrimiento de forma compasiva (autorreflexión)⁴.

La empatía es el contexto en que tiene lugar el fenómeno de la compasión, es decir, el sentimiento de afecto o cercanía hacia los seres humanos. El profesional empático y compasivo busca aliviar el sufrimiento de quien lo

padece. Existen además otros elementos que favorecen y marcan la empatía, como son un ambiente cordial, un apoyo verbal «entiendo que te sientas así», acciones que confirmen respeto «tómese el tiempo que necesite» o un juicio de legitimación «tienes derecho a sentirte de esta manera»^{5,6}.

La atención a personas que sufren SF debe incluir inevitablemente un espacio para la narrativa. Las pacientes acuden con un elevado sentimiento de injusticia, ansiedad y frustración, se encuentran en un largo peregrinaje en busca de dar sentido a sus problemas de salud y reivindican una atención sanitaria que les devuelva la dignidad. La empatía facilita una entrevista clínica basada en la narración (*storytelling*), hecho necesario para que el sufrimiento de la paciente se haga evidente y el profesional sea capaz de detectarlo y desee aliviarlo. Este tipo de entrevista clínica posibilita el abordaje de aspectos tan importantes en el SF como son el sentido del catastrofismo, la injusticia percibida, el nivel de atención plena (*mindfulness*) o el grado de aceptación. Se trata de constructos de gran relevancia en el SF porque marcan la gravedad de la enfermedad y su evolución, y se consideran objetivos terapéuticos^{1,7,8}.

Consideramos prioritario el cambio en el abordaje a pacientes con SF que incluyan un eje central que gire en torno a la empatía y se establezca una relación médico-paciente en la que tengan lugar fenómenos como la narración, la compasión, el diálogo y la toma de decisiones compartidas. Acompañar a la paciente en su camino hacia el bienestar empieza por trabajar en una atención sanitaria más comprensiva que trate a las pacientes como personas que están sufriendo por su enfermedad, en todas sus esferas, haciendo especial hincapié en el respeto, la justicia y la dignidad.

Bibliografía

1. Montero E, Roth P, Sempere M, Palop V. Síndrome de fibromialgia. *Guía fisterra*. 2016. [consultado 20 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/fibromialgia/>.
2. Escudero Carretero MJ, García Toyos N, Prieto Rodríguez MA, Pérez Corral O, March Cerdá J, López Doblas M. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud Estudio de investigación cualitativa. *Reumatol Clin.* 2010;6:16–22.
3. Rodero B, Luciano JV, Montero-Marín J, Casanueva B, Palacin JC, Gili M, et al. Perceived injustice in fibromyalgia: Psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain catastrophising and pain acceptance. *J Psychosom Res.* 2012;73:86–91.