



# Boletín Atención Farmacéutica Comunitaria

## Atención Farmacéutica en dislipemia

1

### Cursos

2

### Atención Farmacéutica en Dislipemia

**María José Calvo Alcántara.** Atención Primaria.  
Área 4, Madrid. Instituto Madrileño de la Salud.

En estos dos últimos años se han publicado documentos interesantes sobre la importancia del control de la hipercolesterolemia como instrumento para prevenir enfermedades cardiovasculares. La evidencia científica pone de manifiesto que la hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables y, por tanto, sobre el que habría que influir con el fin de disminuir la incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular en general.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, siendo el tratamiento de la hipercolesterolemia y del resto de los factores de riesgo fundamental para prevenir las enfermedades cardiovasculares.

La prevalencia de la hipercolesterolemia en la población española es alta. El 18% de las personas de 35-64 años de edad tiene una colesterolemia mayor de 250 mg/dl y el 57% mayor de 200 mg/dl.

Se considera hipercolesterolemia límite a las concentraciones de colesterol sérico entre 200 y 239 mg/dl, y se considera hipercolesterolemia definida a partir de cifras iguales o superiores a 240 mg/dl.

Las estrategias de control pretenden evitar la implantación de los hábitos y estilos de vida que favorecen la enfermedad (prevención primordia), evitar la aparición de nuevos casos de enfermedad entre personas libres de la misma (prevención primaria) y entre los que ya han sufrido un episodio cardiovascular previo (prevención secundaria).

El primer informe del National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel (ATPI) proponía una estrategia para la prevención primaria de la enfermedad cardíaca en personas con altos niveles de «colesterol plasmático transportado por lipoproteínas de baja densidad», cLDL, (160 mg/dl) o en aquellas con niveles de cLDL entre 130-159 mg/dl y más de dos factores de riesgo.

En su segundo informe afirma la importancia de este enfoque y añade un nuevo aspecto, que consiste en realizar un tratamiento intensivo de personas con enfermedad cardiovascular. En estos casos propone un objetivo de cLDL <100 mg/dl. En el tercer informe reafirma los ante-

riores y propone tratamientos más intensivos en determinados grupos de población (pacientes con enfermedad cardiovascular) y le da más importancia a la prevención primaria en personas con múltiples factores de riesgo.

Una forma de detectar la población de mayor riesgo de presentar un episodio coronario y en la que habría que priorizar nuestra intervención es mediante el uso de tablas para calcular el riesgo cardiovascular. El método simplificado de Framingham es el más recomendado por las sociedades científicas. Mediante este método se puede calcular fácilmente el riesgo cardiovascular individual o la probabilidad de que ese individuo padezca una enfermedad cardiovascular en un determinado período de tiempo, que generalmente se establece en 5 o 10 años. Dentro de este concepto se incluye la probabilidad de padecer las enfermedades ateroscleróticas más importantes: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica.

El método simplificado de Framingham incluye sólo las variables de edad, sexo, colesterol total, tabaquismo, presión arterial sistólica y diabetes, asumiendo para los hombres un valor de «colesterol plasmático transportado por lipoproteínas de alta densidad», cHDL, de 39 mg/dl y de 43 mg/dl en mujeres.

La estrategia de valoración del riesgo cardiovascular debe realizarse en atención primaria preferentemente. En función del riesgo cardiovascular se adoptarán las medidas de seguimiento y de tratamiento correspondientes.

Aquellos pacientes que no hayan padecido un episodio previo de enfermedad cardiovascular y que no tengan factores de riesgo cardiovascular se consideraran de riesgo bajo. Los pacientes que hayan tenido una enfermedad cardiovascular tendrán un tratamiento y seguimiento específico, debiendo realizarse prevención secundaria e iniciar el tratamiento precozmente.

En cuanto al tratamiento, las estatinas son los fármacos de primera elección en el tratamiento de la hipercolesterolemia; los fibratos deberán emplearse cuando exista hipertrigliceridemia moderada-grave y cHDL bajo.

La Atención Farmacéutica debe centrarse principalmente en el seguimiento de los pacientes dislipémicos diagnosticados, ya que numerosos estudios indican que las medidas de control y seguimiento son la piedra angular para mantener los límites de colesterol recomendados

y conseguir el objetivo último de la terapia hipolipemian-te: la disminución de la morbimortalidad cardiovascular.

Las medidas de control y seguimiento tienen como objetivo, entre otros, comprobar la efectividad del tratamiento dietético y farmacológico, detectar variaciones en otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes, obesidad, hipertensión, tabaquismo, etc.), detección de posibles efectos secundarios de los fármacos hipolipemiantes y valoración del cumplimiento de las medidas de educación sanitaria y farmacológicas. Esta afirmación se basa en un artículo recientemente publicado en el que aparecen los resultados de un programa de intervención realizado por farmacéuticos comunitarios en pacientes dislipémicos de alto riesgo.

El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la intervención farmacéutica en el proceso de tratamiento de pacientes dislipémicos de alto riesgo.

Se trata de un estudio control randomizado en el que participan 54 farmacias comunitarias en el período entre 1998-2000, que incluyó un total de 675 pacientes. Los pacientes de las farmacias que pertenecían al grupo de intervención recibían educación y folletos informativos sobre factores de riesgo, aspectos relacionados con el tratamiento del colesterol, etc. y se les realizaba un seguimiento cada 16 semanas. El resto de los pacientes recibía los mismos folletos informativos y un consejo general, con un mínimo seguimiento.

Como conclusión se demostró que se habían obtenido mejores resultados en el tratamiento del colesterol en los pacientes incluidos en el grupo de intervención. Este programa demostró el valor del trabajo de los farmacéuticos comunitarios en colaboración con los pacientes y los médicos.

#### Referencias:

1. Villar Alvarez F, Mata López P, Plaza Pérez I y col. Recomendaciones para el control de la colesterolemia en España. Rev Esp Salud Pública 2000;74:457-474.
2. Álvarez-Sala LA, Millán J. Evidencias de la eficacia del tratamiento hipocolesterolemia en la prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica. Med Clin 2000;114 (Sup. 2):1-10.

3. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP III). JAMA 2002;285:2486-2497.
4. The Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). A Randomized Trial of the Effect of Community Pharmacist Intervention on Cholesterol Risk Management. Arch Intern Med 2002; 162:1149-1155.

Nota: para ver el resumen ejecutivo del Tercer Informe del Panel de Expertos sobre Detección, Evaluación y Tratamiento del colesterol sanguíneo alto en adultos (III Panel de Tratamiento de Adultos o ATP III). Véase web de Atención Farmacéutica <http://www.isciii.es/ens-atenfar/>, apartado Farmacoterapia y después, Dislipemias.

#### Cursos

*Atención Farmacéutica en farmacia comunitaria.* Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, del 21 al 24 de octubre de 2002, 30 horas lectivas. Los temas son: conocimientos y habilidades necesarias para practicar Atención Farmacéutica en hipertensión, diabetes, asma e hipercolesterolemia (cálculo del riesgo cardiovascular), resolución de casos prácticos; problemas relacionados con medicamentos, su identificación, resolución y registro; ficha de pacientes y ejemplos específicos; cumplimiento del tratamiento y técnicas que ayudan al cumplimiento; relación farmacia comunitaria-atención primaria; programas informáticos de gestión de la Atención Farmacéutica; utilización práctica de programas; actualización de conocimientos e información a través de Internet. Véase web de Atención Farmacéutica, <http://www.isciii.es/ens-atenfar/>, apartado cursos.

*Aplicaciones de Internet en Ciencias de la Salud,* Escuela Nacional Sanidad, Madrid, del 4 al 6 de noviembre de 2002. Véase web de Atención Farmacéutica, <http://www.isciii.es/ens-atenfar/>, apartado cursos.

*Diploma de Farmacoeconomía y Análisis del Uso de los Medicamentos.* Preinscripción 2003 véase en: <http://www.isciii.es/ens-farmacoeconomia>, apartado cursos

**BOLETÍN ATENCIÓN FARMACÉUTICA COMUNITARIA** es una publicación derivada de una línea de investigación dirigida por el Dr. Antonio Ingesta, de la ENS. - ISCIII, destinada a los farmacéuticos que han seguido cursos de formación continuada en Atención Farmacéutica, para apoyar sus actividades y ponerles al día sobre aspectos útiles en su actividad. Este Boletín es una copia adaptada del que se publica en el web <http://www.isciii.es/ens-atenfar/>.

Director: Dr. Antonio Iñesta. Escuela Nacional de Sanidad. Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. Correo electrónico: [ainesta@isciii.es](mailto:ainesta@isciii.es).

Consejo de redacción: Dra. M.<sup>a</sup> José Faus, Facultad de Farmacia, Granada; Prof. Catalina Domecq, Santiago, Chile; Prof. Fela Viso, Universidad del Estado de Hidalgo, México; Q.F. María Isabel Suiffet, Montevideo, Uruguay; Q.F. Denise Funchal, São Paulo, Brasil; Dr. José Carlos Montilla, Vocal del COF de Madrid; Dr. Julio Andrés, Escuela Nacional de Sanidad; Dña. Ana Domínguez, Escuela Nacional de Sanidad; Dra. M.<sup>a</sup> Angeles de Marino, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; Dra. Ana Plaza, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; Farmacéuticos Comunitarios: Flor Álvarez de Toledo, Oviedo; José I. Centenera, Guadalajara; Carmen Granados, Jaén; Ana Isabel López-Casero, Campo de Criptana (Ciudad Real); Fernando Peña, Sevilla; Nuria Rodrigo, Guadalajara; Concha Vicedo, Cullera (Valencia).

Consultas e información: Dr. Julio Andrés. Escuela Nacional de Sanidad. Fax: 913 87 78 72. Correo electrónico: [jjandres@isciii.es](mailto:jjandres@isciii.es).