

Dislipemias. Metodología en atención primaria. Implicando a los pacientes en su plan de salud cardiovascular

Carlos Sánchez Fernández de la Vega

Centro de Atención Primaria Fingoi. Lugo. España.

Introducción

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2 y las dislipemias, se consideran como factores de riesgo cardiovascular mayores en la progresión del proceso arteriosclerótico y las enfermedades cardiovasculares. La obesidad y el tabaquismo son otros factores que desempeñan un papel fundamental en la morbilidad cardiovascular. Su control en atención primaria disminuye el impacto que en la comunidad tienen las enfermedades cardiovasculares en lo que respecta a la calidad de vida y muerte prematura.

La relación entre la morbilidad/mortalidad cardiovascular y los factores de riesgo cardiovascular se ha establecido en numerosos estudios clínicos, destacando, entre otras, una importante conclusión: "En el paciente dislipémico, cuantos más factores de riesgo cardiovascular presente, mayor es la posibilidad de presentar un episodio cardiovascular".

Para el control de estos factores en atención primaria, se necesitan herramientas de trabajo sencillas y fáciles de utilizar, ya que el tiempo de que se dispone para iniciar el estudio del paciente crónico no es el idóneo; sin embargo, esto se suple al tener la posibilidad de verlo varias veces al año.

Con objeto de facilitar el trabajo en atención primaria, se propone una metodología para utilizar en los pacientes con riesgo cardiovascular. Sigue un método clínico muy sencillo, que consiste en:

1. Hacer unas preguntas de forma correlativa.
2. Definir un paso a seguir en cada una.
3. Obtener las respuestas.

De esta forma, se formula 5 preguntas, se sigue 5 pasos (1 por pregunta) y se obtiene 5 respuestas. No se debe pasar a la siguiente pregunta sin haber obtenido la respuesta de la anterior. Estas preguntas, con sus correspondientes pasos, sirven para detectar, clasificar, evaluar, monitorizar y, según el perfil clínico del paciente, aplicar una terapia individualizada.

¿Es una guía/protocolo más?

Los protocolos y guías de que se dispone son excelentes y, sin duda, necesarios; sin embargo, en la práctica, su seguimiento por parte de los profesionales es irregular y difícil, lo que se puede deber a que parten de la base de un conocimiento y una formación similares en los profesionales, algo que no se ajusta a la realidad, de ahí que a la menor dificultad se decida no seguirlos.

Al utilizar esta metodología, el profesional se ve obligado a seguir un método que debe aprender previamente. Para ello, sólo tiene que seguir los pasos descritos en la metodología. Como el paso sólo indica lo qué hacer, no cómo hacerlo, sólo hay 2 posibilidades:

– Si entiende lo que hay que hacer y por qué se hace, no habrá ningún problema y pasa a la siguiente pregunta.

– Si, por lo contrario, no entiende lo que se pide que haga, se verá obligado a buscar en la diferente bibliografía lo necesario para resolver sus dudas.

En definitiva, es una forma de aprender y trabajar.

Metodología

Primera pregunta: ¿estamos ante una dislipemia?

Esta primera pregunta conlleva el primer paso que hay que seguir para obtener la primera respuesta.

Correspondencia: Dr. C. Sánchez Fernández de la Vega.
EAP Fingoi. Armónica, s/n. 27002 Lugo. España.
Correo electrónico: camesues@mixmail.com

Recibido el 23-5-2007 y aceptado el 22-11-2007.

Cuando en un paciente se detecta una cifra elevada de lípidos, lo primero que hay que hacer es asegurarse de que no se trata de un hallazgo circunstancial. Para ello hay que confirmar que la cifra de lípidos se mantiene elevada en otros análisis (2 o 3), separados entre sí al menos 4 semanas, en cuyo caso se diagnosticará al paciente como dislipémico.

La cifra de lípidos puede estar alterada en los siguientes casos:

– Cuando el paciente ha presentado algún proceso patológico (infecciones, traumatismos, infarto agudo de miocardio, etc.): en este caso se debe retrasar la extracción de sangre al menos 3 semanas si es un proceso leve, o 3 meses si es grave.

– Antes de la extracción debe retirarse cualquier fármaco y, si no es conveniente, se tendrá en cuenta esto al valorar la cifra de lípidos obtenida, ya que algunos fármacos pueden alterarla (anticonceptivos, diuréticos, bloqueadores beta, alcohol, etc.).

– En los días previos a la extracción, el paciente no debe modificar sus hábitos de vida y alimentación. La noche anterior cenará un poco antes, ya que se debe asegurar un ayuno de 12 h previo a la extracción para no alterar la cifra de triglicéridos.

Segunda pregunta: ¿qué cifra de lípidos se encuentra alterada?

Para obtener esta respuesta se sigue el segundo paso, que consiste en clasificar la dislipemia según la cifra de lípidos alterada.

- Hipercolesterolemia = colesterol, 200 mg/dl.
- Hipertrigliceridemia = triglicéridos, 200 mg/dl.
- Hiperlipidemia mixta = colesterol y triglicéridos, 200 mg/dl.

Desde un punto de vista práctico, ésta es una clasificación muy útil en atención primaria, ya que establece como “cifra límite” los 200 mg, tanto para el colesterol como para los triglicéridos, a partir de la cual hay que estar alerta en la evolución del perfil lipídico (colesterol y triglicéridos).

Tercera pregunta: ¿es una dislipemia primaria o secundaria?

Para obtener esta respuesta se sigue el tercer paso que consiste en solicitar unos análisis (perfiles metabólicos), dependiendo de la sospecha clínica para descartar una dislipemia secundaria.

Las alteraciones de los siguientes perfiles nos sugieren enfermedades como hipotiroidismo, insuficiencia renal, enfermedad hepática, diabetes, síndrome nefrótico, exceso de alcohol, etc.

– Renal (urea/creatinina/ácido úrico/álbumina/proteínas totales/proteínas en orina).

– Hepático (AST/ALT/GGT/fosfatas alcalinas/bilirrubina).

– Tiroides y otras glándulas (TSH/T4/T3/testosterona/cortisol/LH/FSH).

– Glucémico (glucosa/test de tolerancia a la glucosa/glucosuria/cetonuria).

Cuarta pregunta: ¿qué factores de riesgo cardiovascular presenta y, según éstos, qué perfil de riesgo corresponde al paciente?

El cuarto paso nos conduce a obtener la respuesta para establecer el perfil de riesgo cardiovascular. En la enfermedad cardiovascular hay implicados muchos factores de riesgo; sin embargo, los considerados como mayores (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias) son los que han demostrado una relación directa con la morbilidad y mortalidad cardiovascular, y son decisivos en el tratamiento farmacológico.

Estos factores se consideran de muy alto riesgo (A):

- A. Diabetes mellitus.
- B. Hipertensión arterial.
- C. Dislipemias.

– Colesterol muy elevado (> 300 mg/dl).

– Triglicéridos elevados (> 400 mg/dl), con un colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL) bajo.

– cHDL < 40 mg/dl (varones), 50 mg/dl (mujeres). Si es > 60 mg/dl, se considera como un factor de riesgo negativo, es decir, en este caso hay que considerar al paciente con un factor menos.

D. Historia familiar (familiares primer grado) de enfermedad coronaria prematura (varones antes de los 55 años y mujeres antes de los 65 años).

E. Edad (45 años para los varones y 55 para las mujeres).

F. Tabaquismo.

También se tiene que considerar otros factores de riesgo (B) como:

- A. Valor de fibrinógeno elevado.
- B. Hiperhomocistinemia.
- C. Posmenopausia.
- D. Obesidad.
- E. Vida sedentaria.

El conjunto de todos estos factores va a definir un perfil de riesgo cardiovascular del paciente.

Pueden utilizarse las tablas de estratificación de riesgo (Score, Framingham, Procam, etc.) que mejor se ajusten a nuestra comunidad. El riesgo puede ser:

A. Bajo: colesterol total de 200-300 mg/dl sin otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Riesgo $\leq 10\%$ en 10 años.

B. Moderado: colesterol total de 200-300 mg/dl y un FRCV mayor (A). Se debe excluir la diabetes, al considerarse equivalente al hecho de haber presentado un episodio coronario. Riesgo 10-20% en 10 años.

C. Alto: riesgo $\geq 20\%$ en 10 años.

– Colesterol total de 200-300 mg/dl y 2 FRCV mayores (A).

– Colesterol total > 300 mg/dl.

– Prevención secundaria.

Ésta es una clasificación muy práctica en atención primaria para clasificar inicialmente al paciente, aunque para decidir el tratamiento farmacológico se utiliza la tabla de estratificación del riesgo cardiovascular (Framingham, Score, Procam) que mejor se ajuste a nuestra comunidad.

Quinta pregunta: ¿qué objetivo se debe alcanzar en el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad para disminuir el riesgo cardiovascular?

Esta respuesta se obtiene siguiendo el quinto paso, que indica el objetivo que hay que conseguir en el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), según el tipo de prevención y perfil de riesgo del paciente.

Para obtener el cLDL se recurre a la fórmula de Friedewald, siempre que la cifra de triglicéridos no sea superior a 400 mg/dl. Si la cifra es superior, se determina directamente en el laboratorio.

Dependiendo del tipo de prevención (primaria o secundaria), se clasifica al paciente en 3 tipos de riesgo: bajo, moderado o alto. En prevención secundaria se considera como “alto riesgo”, pues el paciente ya ha presentado un episodio cardiovascular.

Según el cLDL y los FRCV, se define un perfil de riesgo y su correspondiente objetivo que hay que alcanzar para reducir el cLDL.

En prevención primaria se definen 3 perfiles de riesgo, con sus correspondientes objetivos a conseguir en la reducción del cLDL:

A. Riesgo bajo. Si el cLDL < 190 mg/dl sin factores de riesgo (A). El objetivo es conseguir un cLDL < 160 mg/dl con medidas higienicodietéticas.

El tratamiento farmacológico sólo se indica si el cLDL > 190 mg/dl.

B. Riesgo moderado. Si el paciente presenta menos de 2 factores de riesgo (A). El objetivo es conseguir un cLDL < 160 mg/dl y el tratamiento farmacológico sólo se indica si el cLDL > 160 mg/dl.

C. Riesgo elevado:

- Si presenta 2 o más factores de riesgo.
- Si mantiene cifras elevadas de cLDL > 190 mg/dl.
- Si las cifras de cLDL se encuentran entre 160-190 mg/dl y presenta 2 factores de riesgo (A).

El objetivo es conseguir un cLDL < 130 mg/dl. El tratamiento farmacológico sólo se indica si el cLDL > 130 mg/dl.

En prevención secundaria y con diabetes mellitus, el objetivo es alcanzar un cLDL < 100 mg/dl o menor. El tratamiento farmacológico casi siempre es necesario.

Si se han seguido estos pasos correlativamente, se habrán obtenido las respuestas que nos aportan la siguiente información:

- Se ha confirmado la dislipemia.
- Se ha clasificado la dislipemia (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o hiperlipidemia mixta).
- Se sabe si es primaria o secundaria.
- Se conocen los factores de riesgo cardiovascular del paciente.
- Se ha definido el perfil de riesgo del paciente y el objetivo que hay que alcanzar en la reducción del cLDL para disminuir el riesgo.

¿Cuál es la utilidad práctica de esta metodología?

Estas respuestas sirven para hacer una hoja de asistencia clínica con una información comprensible acerca del perfil de riesgo cardiovascular, que se entrega al paciente con objeto de implicarlo en un plan personalizado de salud cardiovascular. Si se pregunta a los pacientes si les preocupan los factores de riesgo cardiovascular, seguramente se tendría que admitir que no es algo que les preocupe, a no ser que los perciban como causa directa de su enfermedad. Ha llegado el momento de que el paciente asuma su rol en el tratamiento. Debe saber que “el tratamiento farmacológico, solo, no es suficiente para disminuir su perfil de riesgo”. Para que tome un papel activo en su plan de salud cardiovascular debe disponer de una información comprensible acerca de su perfil de riesgo, con datos sencillos que pueda interpretar. Esta información se recoge en una hoja de asistencia (anexo I) que se

entrega al paciente, cuyo registro se realiza siguiendo estos 5 pasos:

– El primer paso es pedir un análisis de sangre, previo examen físico del paciente, enviando al paciente a la consulta de enfermería donde: *a)* se le toma la presión arterial, pesa y mide la altura y la circunferencia abdominal; *b)* se calcula el índice de masa corporal (normal, sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida), y *c)* se le explica lo que significa este índice, indicando, si es necesario, las medidas higienicodietéticas para conseguir el normopeso.

En las visitas de control se solicitan los análisis de sangre protocolizados (glucosa, ácido úrico, colesterol total, cHDL, cLDL y triglicéridos). Los análisis para descartar una dislipemia secundaria se piden por el facultativo. Estos datos se registran en la hoja que se entrega al paciente.

– El segundo paso es comunicar al paciente (por parte del médico) los resultados del examen físico y análisis de sangre. El paciente conoce el tipo de dislipemia y si es secundaria a una enfermedad.

– El tercer paso es establecer el perfil de riesgo cardiovascular del paciente en función de los factores de riesgo que presente, explicándole cómo pueden afectar a su salud, y asegurarse que comprende lo que se le dice.

– El cuarto paso es informar al paciente acerca de su perfil de riesgo, indicando cuál es la probabilidad de presentar un episodio cardiovascular en un futuro próximo (10 años), utilizando las tablas de estratificación de riesgo cardiovascular (Framingham, Score, Procam) que mejor se adapten a nuestra comunidad. Es suficiente utilizar palabras como *riesgo bajo, moderado o alto*, para definir el perfil de riesgo, sin entrar en explicaciones médicas que pueden confundir al paciente.

– El quinto paso es establecer el objetivo que hay que alcanzar en la reducción del cLDL (190, 160, 130, 100 mg/dl o menos), para disminuir el riesgo de presentar un episodio cardiovascular.

Los resultados se transcriben en la hoja que se entrega al paciente, para que pueda compararlos

con otros futuros, comprobando él mismo sus progresos. De esta forma, se implica al paciente en el seguimiento del proceso, recordándole que debe traerla en la próxima visita. La hoja se renueva cuando se realicen otros análisis. Finalmente, la hoja concluye con un consejo: “Para disminuir su perfil de riesgo cardiovascular, Ud. debe seguir las indicaciones de su médico/a y las recomendaciones y consejos de su enfermero/a”.

Bibliografía general

- American Diabetes Association. Management of Dyslipidemia in Adults with Diabetes. Position Statement. Diabetes Care. 2004.
- Atención primaria. Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria. 2005;36.
- Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, de Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003;24:987-1003.
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Tercer Grupo de Trabajo de las Sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:439-56.
- Durrington P. Dyslipidaemia. Lancet. 2003;362:717-31.
- Gómez Gerique JA, Montoya MT. Estandarización de la medición de lípidos y lipoproteínas. Clin Invest Arteriosclerosis. 1999;11:28-47.
- Grundy S, Cleeman J, Bairey C, Brewer H, Clark L, Hunninghake D, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation. 2004;110:227-39.
- International Atherosclerosis Society. Harmonized Guidelines on Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Diseases. Full Report. 2003.
- National Cholesterol Education Program. 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 (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285:2486-97.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003.
- Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke. 2002.
- Update. Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. Circulation. 2002;106:388-91.
- Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Circulation. 2002;106:3143-421.
- Villar Álvarez F, Banegas JR, Donado J, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Madrid: Sociedad Española de Arteriosclerosis; 2003.

Anexo 1. Hoja informativa-asistencial

Sr/a	Edad:	Varón/mujer:	Fecha:
Los resultados de sus análisis indican que Ud. tiene dislipemia.			
1.º Ud. tiene: hipercolesterolemia / hipertrigliceridemia / hiperlipidemia mixta			
2.º Su dislipemia es: primaria / secundaria a			
3.º Ud. tiene los siguientes factores de riesgo cardiovascular:			
Hipertensión arterial / diabetes mellitus / fumador/a / obesidad / colesterol HDL menor de 40 mg/dl en varones / 50 mg/dl en mujeres / historia familiar de enfermedad coronaria / prevención secundaria			
4.º Los resultados de sus análisis y examen físico indican:			
Colesterol total =	mg/dl	Glucosa =	HbA _{1c} =
Triglicéridos =	mg/dl	Ácido úrico =	Peso =
cHDL =	mg/dl	PA =	IMC =
cLDL =	mg/dl		Altura =
Cintura abdominal > 102 cm en varones (ATP III)/94 cm en varones (IDF)			
Cintura abdominal > 88 cm en mujeres (ATP III)/80 cm en mujeres (IDF)			
Su peso actual corresponde a:			
Normal	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad mórbida
5.º La posibilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular es:			
Baja	Moderada	Alta	
6.º Según esto, debe conseguir tener un cLDL:			
LDL < 160 mg/dl / LDL < 130 mg/dl / LDL < 100 mg/dl			
Prevención secundaria			
Para disminuir su riesgo cardiovascular, Ud. debe seguir las indicaciones de su médico y las recomendaciones y consejos de su enfermero/a.			
Próxima visita: Dr.			