

Estrategias de control y seguimiento orientado a la consecución de objetivos: la asignatura pendiente

F.J. García-Norro Herreros

Médico de Familia y Especialista en Medicina Interna. Grupo de Trabajo de Lípidos. Centro de Salud Condesa. León. España.

ANÁLISIS DE LA FALTA DE CONTROL DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Dado que la enfermedad vascular y sus consecuencias de morbilidad suponen el principal problema de salud de nuestra sociedad, uno de los objetivos fundamentales de los profesionales sanitarios adscritos a la Atención Primaria (AP) es evitar la aparición de la enfermedad sintomática y sus secuelas –prevención primaria (PP)– o un nuevo evento cardiovascular en el ya afectado –prevención secundaria (PS)– a través del adecuado control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), de los cuales la hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo modificables de la enfermedad cardiovascular. Importantes estudios epidemiológicos han mostrado una relación continua y gradual entre la hipercolesterolemia y la mortalidad por cardiopatía isquémica. Además, existe una fortísima evidencia de que la reducción de la hipercolesterolemia produce una disminución de la incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular, tanto en PP¹ como en PS².

La AP es el nivel del sistema de salud que dispone de los recursos y estrategias necesarios para poder enfrentarse de manera adecuada a este grave problema.

Sin embargo, la práctica clínica habitual desarrollada en las consultas, tanto de AP como de Atención Especializada (AE), se ha demostrado que es insuficiente para controlar los FRCV en general, y la dislipemia en particular, tanto en España como en la práctica totalidad de los países desarrollados que han realizado estudios para evaluar el grado de control alcanzado³⁻⁵.

El estudio HISPALIPID⁶, uno de los más importantes desarrollado en nuestro país, reclutó a 33.000 pacientes atendidos en consultas ambulatorias en el conjunto de España en 2003, encontrando que el 73% de los pacientes dislipémicos estaban tratados con fármacos hipolipemiantes (el 88% de éstos sólo con estatinas), el 69% con dieta para dislipemia y sólo el 7% no recibían ningún tratamiento. Pudo poner en evidencia que el tratamiento farmacológico de la dislipemia en las consultas españolas es moderadamente alto (73%), pero el grado de control es bajo, pues sólo uno de cada 3 dislipémicos diagnosticados y tratados está controlado adecuadamente.

Consistentemente con el estudio HISPALIPID, en el LIPICAP⁷, otro amplio estudio transversal multicéntrico que analizó en las 17 Comunidades Autónomas españolas a 7.054 pacientes de 18 o más años de ambos性os con dislipemia, realizado en consultas de AP en España, encontró que el 80% de los pacientes seguían tratamiento con hipolipemiantes, mientras que sólo el 32,3% de los mismos presentaban buen control y, lo que resulta paradójico y lamentable es que, además, el grado de control disminuía conforme aumentaba el riesgo cardiovascular (RCV), llegando al 16,6% en aquellos de mayor riesgo: los que ya tienen una enfermedad cardiovascular, circunstancia también confirmada en otros estudios^{8,9}. Otro dato muy significativo de LIPICAP es que en el 91,2% de los pacientes el médico mantuvo en la visita la misma dieta hipolipemiante y en el 66,6% el mismo tratamiento farmacológico, a pesar de evidenciarse que el paciente se encontraba fuera de objetivos.

Otras especialidades médicas en España, como internistas y cardiólogos, también han realizado estudios para conocer el grado de control de los FRCV en pacientes de alto RCV, que son los que suelen atender en sus consultas. De entre los más importantes que han efectuado los internistas destacamos los estudios CIFARC 1¹⁰ y CIFARC 2¹¹.

En el primero, realizado en 2002, incluyeron a 2.264 pacientes, el 53,7% varones con una edad media de 66,1 (desviación estándar [DE]: 11,5) años, el 74,6% con hi-

Correspondencia: F.J. García-Norro Herreros.
Centro de Salud Condesa
Avda. Condesa de Sagasta, 28.
24001 León. España.
Correo electrónico: javiernorro@gmail.com

pertensión arterial (HTA), el 61,1% dislipémicos, el 59,8% diabéticos tipo 2, el 31,1% fumadores, el 38% obesos y el 36,7% en PS. Encontraban que cumplían el criterio de control de la dislipemia el 50,3%. El criterio de inclusión que utilizaron para considerar no controlada la dislipemia era un nivel de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) > 130 mg/dl. La distribución del c-LDL de la muestra era: media de 129,93 con una DE de 38,54 mg/dl, por lo que, prácticamente, la mitad de la muestra tiene un c-LDL < de 130 mg/dl, nivel aceptado por las Guías como el objetivo para PP pero que es inaceptable para pacientes diabéticos (el 59,8% de la muestra) y en PS (el 36,7% de la muestra) cuyo objetivo debe ser c-LDL < 100 mg/dl. No se cita específicamente en el artículo cuántos pacientes alcanzan este grado de control.

En el estudio CIFARC 2¹¹ se analizó el impacto que tiene un abordaje global en consultas de Medicina Interna para controlar de forma integral todos los FRCV mayores. Se trata de un estudio multicéntrico de cohorte, prospectivo, sobre pacientes con alto RCV seguidos durante un año en consultas de Medicina Interna (2003-2004). Se realizó sobre una fracción de los pacientes incluidos en el CIFARC 1 y se evaluó, al principio y al final del seguimiento, el grado de control de HTA, diabetes, c-LDL, tabaquismo y obesidad, con los mismos criterios de inclusión del CIFARC 1 y el número de recursos sanitarios consumidos para su control. Se estudiaron 456 pacientes (el 56,9% varones; edad: 65,1 años; DE: 10,6 años). El 54,4% eran diabéticos, el 58% presentaban lesión de órgano diana y el 46,2% enfermedad cardiovascular. Con respecto a la valoración de la dislipemia (c-LDL > 130 mg/dl), al principio del estudio informaron que estaban controlados el 44,7% de los pacientes, con una distribución del c-LDL de 135,8 mg/dl (DE: 40,5), y al final del estudio informaron que consiguieron el control de la dislipemia un 58,1%, con una distribución del c-LDL de 120,5 mg/dl (DE: 36,4). Tampoco aquí citaron específicamente cuántos pacientes mantenían un c-LDL > 100 mg/dl, a pesar del importante porcentaje de individuos diabéticos y de PS que incluyeron. En cuanto al uso de fármacos hipolipemiantes, informaron que, en el global de la muestra, al principio del estudio estaban recibiendo los el 53,8% y al final del estudio los utilizaban un 67,8%. Con respecto a las estatinas en diabéticos, las recibían al inicio el 58,1% y al final el 73,1%.

Los especialistas en Cardiología también han efectuado estudios para conocer el grado de control de los FRCV. En uno de los últimos trabajos, de los que recogemos los resultados recientemente publicados¹², las secciones de Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica y Cardiología Clínica y Extrahospitalaria de la Sociedad Española de Cardiología llevaron a cabo, en el primer trimestre de 2006, el registro TRECE (Tratamiento de la Enfermedad Coronaria en España), un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico de pacientes atendidos en Cardiología (50), Medicina Interna (50) y AP (100) con el objetivo de describir el control de los FRCV y la prescripción del tratamiento médico óptimo (TMO) en 2.897 pacientes (media de edad de 67,4 años; el 71,5% varones) con cardiopatía isquémica,

ca, consecutivos. Se consideró TMO la prescripción conjunta de antiagregación, bloqueadores beta, estatinas y bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona, y se aceptaron como dislipemia controlada valores de c-LDL < 100 mg/dl.

Encontraron que realizaban un TMO el 25,9%, presentaban antecedentes de dislipemia el 67,1%, el 42,5 % mantenían en objetivos el c-LDL y recibían estatinas el 75% en la muestra.

Fuera de nuestras fronteras, en 2009, se han publicado los resultados comparativos de los estudios EUROASPIRE I, II y III¹³ realizados en 1996, 2000 y 2007, respectivamente, que investigaron en ocho países de Europa, en un corte transversal, el grado de control de los FRCV que alcanzaban más de 2.300 pacientes incluidos en cada estudio, diagnosticados de un evento coronario agudo y/o sometidos a revascularización coronaria, a los seis meses del alta hospitalaria. Con respecto a la dislipemia se pudo observar que la proporción con c-LDL ≥ 2,5 mmol/l (96 mg/dl) descendió desde el 96,4% en EUROASPIRE I al 78,1% en II y al 47,5% en III ($p < 0,0001$), poniéndose en relación con el progresivo aumento del uso de estatinas (el 18,1, el 57,3 y el 87%, respectivamente). Sin embargo, el tabaquismo y la HTA se mantenían prácticamente sin cambios en los tres cortes y la obesidad y diabetes tenían peores resultados progresivamente del estudio I al III.

Se puede concluir que, aunque se ha avanzado mucho en el número de pacientes que tienen prescritos tratamientos con fármacos hipolipemiantes y que hay datos de mejora del control lipídico, en la actualidad y en la población general, probablemente sólo uno de cada 4-5 pacientes de alto RCV alcance los objetivos de control del c-LDL (< 100 mg/dl).

¿Por qué no conseguimos controlar los factores de riesgo cardiovascular?

La falta de consecución de los objetivos de control no tiene una causa única. Son múltiples los motivos que se aducen y que se imbrican para mantener esta situación. Los más importantes se pueden, didácticamente, agrupar en tres grandes grupos:

1) Aspectos relacionados con el profesional sanitario (inercia clínica):

– Área de conocimientos = “no sabemos qué hay que hacer o consideramos que lo estamos haciendo bien”.

– Área de habilidades = “no sabemos cómo hacerlo”.

– Área de aptitudes = “falta de motivación, burnout”.

2) Aspectos relacionados con la infraestructura asistencial:

– Falta de recursos: a) materiales (por ejemplo, espacios para desarrollar consultas de enfermería en edificios mal adaptados, dotación en consultorios rurales, informática no desarrollada, etc.); b) humanos, y c) falta de tiempo para realizar un trabajo de calidad.

– Esquemas de organización asistencial obsoletos o inefficientes: a) falta de definición clara, normativizada, de las competencias en enfermería de AP; b) dispersión geográfica en zonas rurales (labores de “cartería”); c) sobredimensionamiento/infradimensionamiento de usuarios adscritos a los profesionales, y d) burocracia injustificada.

3) Aspectos relacionados con los pacientes:

- Incumplimiento terapéutico.
- Falta de eficacia del tratamiento farmacológico.

Entre los factores más estudiados, y que se consideran de mayor peso, figuran la inercia clínica terapéutica mediante una conducta terapéutica conservadora ante pacientes realmente mal controlados¹⁴, la sobreestimación del control real de los pacientes por parte de los médicos¹⁵, la falta de implementación por los profesionales de las recomendaciones emanadas de las diversas Guías de Práctica Clínica, a pesar de reconocer su conocimiento¹⁶, el incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes y la consideración, en este momento sin fundamento, de no disponer de fármacos eficaces para llegar al control de las cifras de lípidos.

Otro aspecto menos estudiado pero que, por sentido común, va a condicionar muy importantemente la calidad asistencial y, por tanto, la consecución de objetivos, es el modelo de organización de la asistencia en AP que se basa en las consultas de demanda espontánea, aquellas que solicita el paciente directamente, en exclusividad o incluso de manera predominante, es decir, cuando la práctica totalidad del tiempo de atención directa a los pacientes se reparte y organiza en función de esta modalidad. En cupos sobredimensionados, por encima de 1.500 tarjetas individuales sanitarias (TIS)/cupo, especialmente si la población está envejecida, es muy común que se generen demandas diarias por encima de 40-50 individuos, lo que va a condicionar no disponer de tiempo para realizar adecuadamente los contenidos asistenciales imprescindibles para evaluar y tratar a los pacientes con FRCV. La ingente burocracia que se soporta en AP y la asistencia a problemas de salud recurrentes y banales consumirá gran parte del tiempo de la consulta diaria, distorsionando la atención que precisaría el paciente de alto RCV.

No hemos desarrollado “todavía” la habilidad de realizar una asistencia de calidad, con la gran cantidad de elementos asistenciales que se deben implementar para garantizar el abordaje correcto de los FRCV, si disponemos de muy pocos minutos, cuando además la consulta se desarrolla con retrasos, a veces importantes, y los pacientes se encuentran incómodos en la sala de espera por tener que soportar estos retrasos no previstos por ellos.

Es evidente, por tanto, que resultará prácticamente imposible prestar una atención adecuada y, por tanto, alcanzar los objetivos de control si no se consigue dedicar al paciente el tiempo imprescindible, sin agobios, que nunca podrá ser inferior a 15 minutos por visita, especialmente en las primeras consultas de evaluación hasta que se llegue al control óptimo.

Esta situación de escaso control de los FRCV y sus condicionantes pone de manifiesto el importante esfuerzo que debemos realizar para modificar favorablemente la práctica clínica habitual.

¿Qué podemos hacer y cómo debemos organizarnos para conseguir revertir esta situación?

Es evidente que para poder resolver un problema complejo deberá ser abordado de manera multifactorial desde todas las posibles causas que lo originan y mantienen.

Aunque no sea definitivo ni completo, ya tenemos un diagnóstico de la situación y sus condicionantes. Por ello, las autoridades sanitarias¹⁷ y, de manera específica, las diversas sociedades científicas que tienen responsabilidad en el manejo del RCV, plantean algunas soluciones y recomiendan a través de las Guías de Práctica Clínica disponibles¹⁸⁻²⁰, introducir en el quehacer habitual actividades y procedimientos protocolizados basados en la evidencia científica aportada por los ensayos clínicos aleatorios (ECA) en los que se ha conseguido demostrar la eficacia de las diversas medidas terapéuticas en la disminución de la morbilidad, y que tienen un gran interés como instrumento para mejorar la práctica asistencial en circunstancias clínicas específicas.

Las Guías vendrían a resolver, además, el problema detectado en el Área de Conocimientos: nos aportan las evidencias más recientes y nos sistematizan los conocimientos imprescindibles para abordar conceptualmente el problema con las máximas garantías de efectividad.

De entre todas las Guías disponibles destacamos por su rigor metodológico y claridad en la exposición la Guía Europea de Práctica Clínica sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular 2007¹⁹, elaborada por el 4.º Grupo de Trabajo sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular que agrupa a las sociedades europeas más importantes en el campo del RCV. La Sociedad Española de Cardiología ha publicado una versión resumida de la misma traducida al castellano²⁰.

Entre las recomendaciones que se establecen en esta Guía para facilitar la práctica de la prevención cardiovascular y mejorar el grado de control de los FRCV, alcanzando así el objetivo fundamental de su publicación, algunas que se consideran fundamentales son:

- 1) Guías de buena práctica clínica simples, claras y creíbles.
- 2) Tiempo suficiente para trabajar con calidad.
- 3) Políticas gubernamentales que ayuden positivamente (estrategias de prevención definidas con recursos e incentivos que incluyan remuneración por alcanzar objetivos de prevención y de utilización de fármacos).
- 4) Políticas educacionales que faciliten a los pacientes la adherencia a las indicaciones.

Como respuesta a la primera recomendación, recientemente, en nuestro país, se ha publicado la Adaptación Española de la Guía Europea 2007 elaborada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)²¹, integrado por un grupo de expertos que representan a la práctica totalidad de las sociedades científicas españolas con responsabilidad en el manejo de los pacientes con enfermedad cardiovascular y al Ministerio de Sanidad. Es importante señalar que las recomendaciones de este Comité son asumidas por la totalidad de sus miembros. Aportan el cuerpo de doctrina más actualizado del que disponemos de forma clara y concisa para realizar el abordaje del RCV.

De las recomendaciones más importantes que recoge y enfatiza esta adaptación para facilitar la implementación efectiva y la consecución de los objetivos de control de los FRCV destacamos dos que nos parecen muy importantes:

1) La llamada a una mayor implicación y protagonismo por parte de los profesionales de la AP, sobre todo, y muy especialmente, a la enfermería.

2) Que se destine tiempo (recurso valioso y escaso) específicamente a esta tarea en el desarrollo de la actividad asistencial de los profesionales sanitarios.

Estas recomendaciones inciden directamente en el problema detectado en el Área de Habilidades:

1) Enfermería de AP debe incorporarse de manera decidida a las labores asistenciales en el RCV, asumiendo un papel protagonista en el manejo de los factores de riesgo conductuales (tabaquismo, obesidad, sedentarismo), en la detección de efectos secundarios de los fármacos y en la educación del paciente para que realice una adecuada cumplimentación del conjunto de las medidas terapéuticas, facilitando la adherencia al tratamiento.

2) Los médicos de AP no sabemos cómo implementar el amplio conjunto de tareas y actividades imprescindibles para poder resolver el problema al que nos enfrentamos en el escaso tiempo que disponemos dentro de la vorágine de la consulta a demanda diaria, habitualmente masificada y retrasada.

Si bien las Guías señaladas analizan y desarrollan con detalle los conocimientos y las actividades necesarias para alcanzar los objetivos de control de los FRCV, tanto en el aspecto del diagnóstico como en el manejo terapéutico, además de enfatizar en la necesidad de implementarlo efectivamente en la práctica clínica habitual, ninguna de ellas establece indicaciones más concretas sobre cómo aplicar dichas recomendaciones.

Por esta razón, desde el Grupo de Lípidos de SEMERGEN hemos creído que tiene sumo interés presentar, de manera sintética, una estrategia práctica de abordaje del paciente dislipémico en AP en la que se recogen el conjunto de actividades a desarrollar, eminentemente prácticas y asequibles para la inmensa mayoría de los profesionales, médicos y enfermeros de la AP, con la intención de que sean de ayuda y sirvan de apoyo para implementar una práctica clínica de mayor calidad, acorde con su importante misión y responsabilidad y que sistematizamos, como hilo conductor, en un protocolo asistencial de seguimiento que presentamos en la figura 1.

Esta información ha sido publicada recientemente en uno de los Documentos Clínicos SEMERGEN.Doc sobre Dislipemias²² y que, por considerar de gran interés, vamos a desarrollar, en forma sucinta, nuevamente a lo largo de este capítulo.

Desde el Grupo de Lípidos de SEMERGEN pensamos que si los profesionales de AP, como colectivo, no asumen su verdadero y legítimo protagonismo en el abordaje de los pacientes con FRCV (el profesional de AP debe de ser el verdadero experto en RCV) nunca se podrá alcanzar realmente un control efectivo de los FRCV ni se podrán evitar o paliar suficientemente las consecuencias de enfermedad, dependencia y costes sociosanitarios que se derivan de este insuficiente control.

Para poder llevar a cabo un ejercicio profesional de calidad consideramos necesario e imprescindible que se cumplan tres condiciones básicas:

1) Organización y gestión de la consulta de AP, de ambos profesionales.

– Estructura asistencial.

– Tiempo para realizar las actividades: gestión del tiempo de la visita y disponibilidad de agendas: visitas programadas tipo A y B.

2) Colaboración estrecha entre el médico y el enfermero/a de AP.

3) Trabajo protocolizado que implique una intervención intensiva sobre los FRCV en general y sobre el colesterol en particular basado en la evidencia científica.

– Fases de la estrategia de manejo del paciente dislipémico.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Estructura asistencial

Ratio 1:1 médico/enfermero por cada cupo de TIS. Parece muy adecuado que cada cupo de población adscrita a un médico de AP sea, a su vez, atendido por un profesional de enfermería, trabajando ambos en consonancia y compartiendo los mismos criterios de actuación.

La enfermería de AP debe tener su propio espacio y tiempo (consulta de enfermería) para poder desarrollar sus competencias específicas.

Tiempo para realizar las actividades

La composición de cupos de usuarios con más de 1.500 TIS genera cargas asistenciales muy importantes que dificultan gravemente prestar una asistencia de calidad por la masificación y el consiguiente cansancio que provocarán en el profesional. La tendencia comprensible a la que dará lugar esta situación, repetida día a día, es a aumentar el *burnt out* y generar actitudes de mayor derivación hacia el nivel especializado probablemente no justificadas, a solicitar mayor número de analíticas y pruebas complementarias de las necesarias y/o a postergar en el tiempo decisiones sobre modificaciones de pautas de tratamientos insuficientes.

En cualquier caso, a pesar de tener cupos amplios y, especialmente si el número de usuarios es el adecuado, creemos que debe establecerse una organización de la asistencia que posibilite aportar un tiempo apropiado para realizar las actividades y que además facilite controlar la demanda.

No planteamos ninguna novedad que no esté ya a disposición de la inmensa mayoría de los profesionales; nuestro objetivo es recordar que existe esta posibilidad y estimular su utilización.

Gestión del tiempo de la visita y disponibilidad de agendas

Se necesita que se disponga de bloques de tiempo concretos y prefijados en la agenda del médico y la enfermera, accesibles a cada profesional para su gestión.

Este bloque (con estructura similar para el médico y la enfermera) puede ser denominado como de visita progra-

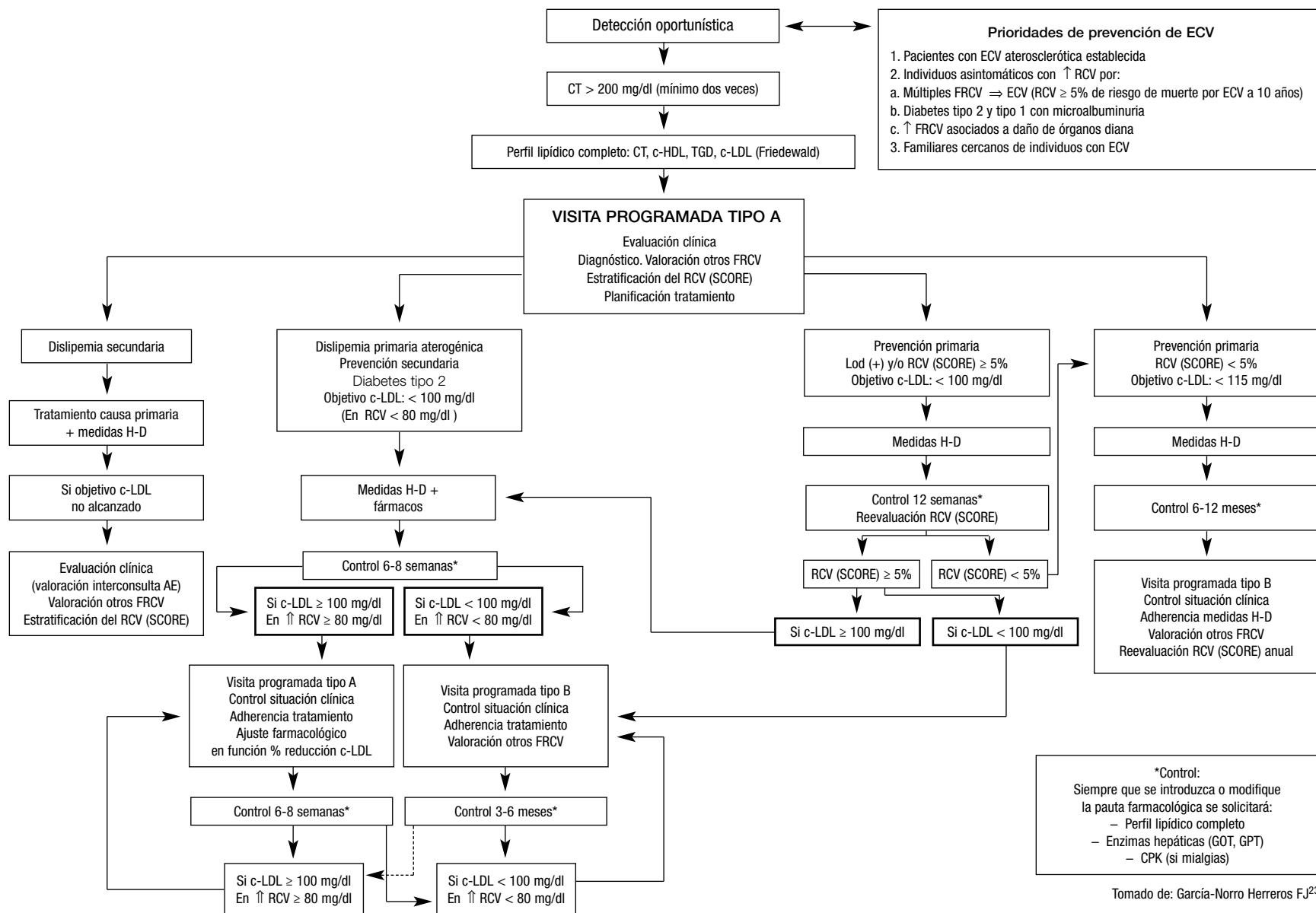


Figura 1. Manejo del paciente hipercolesterolemico en Atención Primaria. AE: Atención Especializada; c-LHDL: colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad; c-LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; CPK: creatinfosfocinasa; CT: colesterol total; ECV: enfermedad cardiovascular; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; GOT: transaminasa glutámico oxalacética; GPT: transaminasa glutámico pirúvica; H-D: higiénico-dietéticas; LOD: lesión de órgano diana; TG: triglicéridos; RCV: riesgo cardiovascular.

Tomada de García-Norro Herreros FJ²⁴.

mada, de consulta de crónicos, de “bloques largos”, etc., y debe ser flexible en función de la carga asistencial que tenga cada cupo, de 30-90 minutos de duración, dividido en intervalos de 10, susceptibles de ser acumulados, para poder destinar a un determinado paciente 10, 20, 30, etc., en función de la cantidad de tiempo que se prevea necesario disponer para realizar sin agobios las actividades y/o intervenciones recogidas en la Guía. Cada profesional fijaría sobre su propia agenda o sobre la agenda del otro (del médico al enfermero o viceversa) el día, la hora y el número de minutos destinados a la próxima visita.

Contenidos de las visitas programadas para el manejo de la dislipemia en Atención Primaria

Para facilitar la realización de todas las actividades que garanticen abordar adecuadamente los múltiples aspectos del correcto manejo de la dislipemia, hemos definido dos tipos de visitas programadas: A y B.

Los contenidos de la visita de tipo A serían desarrollados específicamente por el médico y los de la visita tipo B podrían ser desarrollados por cualquiera de los dos profesionales, médico o enfermero/a.

Contenidos comunes de las visitas programadas de tipo A y B

1) Elaboración de la historia clínica (HC): anamnesis y exploración física.

2) Petición de estudios analíticos y pruebas complementarias.

3) Estratificación del RCV. Uso de la tabla SCORE (si procede).

4) Explicación al paciente de qué significa y le supone el RCV que se le ha calculado.

5) Instauración y evaluación del tratamiento en cuanto a:

– Consejos sobre estilo de vida saludable y medidas higiénico-dietéticas (H-D).

– Conocimientos del paciente sobre indicaciones y correcta posología de los fármacos que utiliza y grado de adherencia al tratamiento.

– Investigación y valoración activa de posibles efectos adversos de la medicación.

– Programación de la visita siguiente (intervalo de tiempo profesional) en función de tener conseguido o no el objetivo de control.

– Entrega de volantes, cita, recetas oficiales en número suficiente para garantizar la medicación necesaria hasta la siguiente visita y demás documentación escrita que se haya podido generar.

En cada oportunidad, el mismo mensaje sobre estilos de vida saludables será aportado por cualquiera de los profesionales sanitarios que atienda al paciente.

Es evidente que por aspectos organizativos y de disponibilidad de tiempo, el lugar idóneo para establecer este tipo de actividades es la consulta de enfermería.

Contenidos específicos de la visita programada de tipo A

1) Análisis, verificación y complementación de los datos recogidos en la HC.

2) Exploración física específica (lesiones en piel, auscultación, etc.).

3) Solicitud de pruebas analíticas, estudios complementarios y derivación al nivel especializado, cuando corresponda.

4) Valoración de los resultados analíticos y de las pruebas complementarias.

5) Análisis y evaluación de informes clínicos elaborados por otros especialistas.

6) Establecimiento de los diagnósticos confirmados y registro codificado en la HC.

7) Evaluación del grado de control alcanzado en las fracciones lipídicas (y en el resto de los FRCV) con la estrategia terapéutica administrada.

8) Introducción y/o evaluación de las medidas terapéuticas que esté realizando el paciente, aportándole información verbal y por escrito de las pautas del tratamiento actual administrado y su correspondiente registro en la HC.

9) En el caso de no haberse conseguido los objetivos de control, introducción de las modificaciones oportunas en el esquema terapéutico para alcanzarlos.

10) Programación de la visita sucesiva, A o B, con su correspondiente intervalo de tiempo-profesional, en función de haber alcanzado o no el objetivo de control.

Para garantizar una práctica clínica óptima, todos los contenidos de ambos tipos de visitas deberán cumplimentarse y quedar registrados en la HC, pudiendo realizarse conjuntamente por los dos profesionales, en función de sus competencias, en dos o a lo sumo tres visitas consecutivas con una duración de 20-30 minutos cada una.

COLABORACIÓN ESTRECHA ENTRE EL MÉDICO Y EL ENFERMERO/A DE ATENCIÓN PRIMARIA

La aportación que el profesional enfermero puede y debe hacer en el manejo de los FRCV es imprescindible para alcanzar los objetivos de control.

Consideramos que es prioritario y que debe hacerse un importante esfuerzo desde todos los estamentos, incluso normativo, para que se facilite al profesional de enfermería los conocimientos y las habilidades y se le dote de los recursos asistenciales necesarios para que pueda ejercer plenamente estas funciones incorporadas en su capacitación profesional legal.

TRABAJO PROTOCOLIZADO QUE IMPLIQUE UNA INTERVENCIÓN INTENSIVA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN GENERAL Y SOBRE EL COLESTEROL EN PARTICULAR BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

En la figura 1, tomada de la cita bibliográfica 22 se presentan esquematizados todos los pasos que definen sintéticamente las fases y el desarrollo de la estrategia del manejo del paciente dislipémico en AP.

A primera vista el cuadro puede parecer complejo y difícil de entender, sin embargo, una vez que se conoce y se

descubre la estructuración conceptual con que está planteando creemos que, como si de una hoja de ruta se tratara, puede facilitar enormemente llevar a cabo el amplio e intenso proceso asistencial que se precisa desarrollar para llegar a la difícil consecución del objetivo de control de la dislipemia.

FASES DE LA ESTRATEGIA DE MANEJO DEL PACIENTE DISLIPÉMICO

Fases 1 y 2: detección, diagnóstico de la dislipemia y clasificación según el grado de RCV (primera mitad de la fig. 1)

Con los datos recogidos de la HC, analítica y exploraciones complementarias realizadas en las sucesivas consultas programadas tipo A y B podremos llegar a un diagnóstico de la dislipemia (y del resto de FRCV que pudieran coexistir), y utilizando la tabla SCORE, recomendada por la adaptación española de la Guía Europea de 2007²¹ (si procede), a una estimación del RCV que presente el individuo, permitiéndonos ubicarlo en uno de los 4 posibles escenarios que se presentan en la figura 1 (parte media) y que se definen a continuación:

1) Escenario 1: sujetos con dislipemia de origen secundario. Una vez identificada la enfermedad causal que condiciona la dislipemia, la abordaremos terapéuticamente. Es posible que para realizar un estudio y tratamiento adecuados se precise derivar al paciente al nivel especializado.

Una vez tratada la causa valoraremos si se resuelve. En el caso de persistencia de alteraciones en los lípidos trataremos de encuadrar al paciente en alguno de los tres escenarios siguientes.

2) Escenario 2: sujetos con evidencia de enfermedad cardiovascular (prevención secundaria), portadores de una dislipemia primaria aterogénica, diabéticos tipo 2 y diabéticos tipo 1 con microalbuminuria. Todos son considerados de alto o muy alto RCV. No es necesario calcular el RCV con la tabla SCORE en este grupo de pacientes.

3) Escenario 3: sujetos sin evidencia de enfermedad cardiovascular pero con afectación de órganos diana (lesiones ateromatosas subclínicas, HVI, microalbuminuria, etc.) y/o RCV (SCORE) > 5%.

4) Escenario 4: sujetos con RCV (SCORE) < 5%.

Fase 3: estrategia de abordaje terapéutico del paciente dislipémico en función del escenario al que pertenezca para la consecución del objetivo de control del colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad

El abordaje terapéutico del paciente dislipémico presenta aspectos comunes al margen del grupo en que se le encuadre. Son las modificaciones en el estilo de vida (MEV) no saludable que incluyen:

1) Las medidas H-D, elementos imprescindibles en los que se deberá insistir en todas las visitas, ya que son los que peor grado de cumplimentación evidencian.

2) Adherencia óptima al tratamiento farmacológico.

Las diferencias fundamentales de los distintos escenarios se basan fundamentalmente en dos aspectos:

1) El nivel de c-LDL a alcanzar, más bajo cuanto mayor sea el RCV, para poder considerar que su dislipemia está controlada.

2) El tiempo de espera que estableceremos para introducir fármacos hipolipemiantes después de haber implementado las medidas H-D, en el caso de no alcanzar los objetivos de control sólo con dichas medidas.

Por tanto, en la práctica, utilizaremos el grado de RCV y el nivel de c-LDL que presente el paciente para instaurar y modular el tratamiento, tanto más agresivo cuanto más RCV estimemos que presenta y más alto tenga el valor de esta fracción.

Objetivos de control del colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad

En este documento asumimos como niveles óptimos de c-LDL los recomendados por la Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular de 2007²¹: *PS, diabetes tipo 2, dislipemias primarias: c-LDL < 2,5 mmol/l (~ 100 mg/dl) o < 2 mmol/l (~ 80 mg/dl) si es factible (escenario 2).*

PP (SCORE ≥ 5%; SCORE < 5%): c-LDL < 130 mg/dl (escenarios 3 y 4).

Manejo terapéutico

Tanto las medidas H-D como las características de los diversos fármacos hipolipemiantes que deberemos implementar para llegar a los objetivos de control han sido desarrolladas con mayor profundidad en otros capítulos, pero sí queremos insistir en algunas consideraciones con respecto a las estatinas, fármacos de primera elección.

A la hora de elegir una estatina deberemos tener en cuenta:

1) Los niveles de partida o basales del c-LDL que tiene el paciente y el nivel que debe alcanzar.

2) Calcular el porcentaje de reducción de c-LDL necesario para llegar al objetivo (simple cálculo matemático –regla del tres–, tabla de Masana)²³.

3) Conocer la potencia de reducción de c-LDL de cada estatina que se suele expresar en porcentaje de reducción.

4) Conocer la susceptibilidad individual a las estatinas de cada individuo.

5) Tener en cuenta la limitación que tienen todas las estatinas al ser tituladas (reducción del 6% cada vez que dupliquemos la dosis).

6) Titular hasta la dosis máxima tolerada y si aún no conseguimos los objetivos usar terapia combinada con ezetimiba, resinas o ácido nicotínico.

7) Conocer y detectar los efectos secundarios, tratando de evitarlos, ya que suelen ser dosis-dependientes.

Conocer los niveles de partida del c-LDL, la potencia de reducción de cada estatina y la limitación que tienen todas al ser tituladas va a permitir elegir la estrategia del tratamiento más oportuno para alcanzar el objetivo de control en cada paciente, que gravitará fundamentalmente en llegar a las dosis máximas toleradas de la estatina sin evidencia de efectos adversos, siempre y cuando tenga la capacidad para alcanzar el objetivo de control, y en la aso-

ciación con fármacos inhibidores de la absorción intestinal del colesterol como ezetimiba cuando con la estatina en monoterapia no se pueda alcanzar el objetivo.

Fase 4: estrategia de intervención terapéutica para alcanzar el objetivo de control

Esta estrategia ha sido desarrollada detalladamente y publicada en el capítulo correspondiente del SEMERGEN.Doc de Dislipemias²². En este apartado se abordan, de manera práctica, las diversas situaciones que podemos encontrar en la clínica, en cuanto al nivel del c-LDL alcanzado y las posibles intervenciones farmacológicas, considerando el grado de RCV que presente cada paciente en particular, por lo que remitimos al lector que pueda estar interesado a dicho documento.

Ya hemos comentado que uno de los aspectos que consideramos fundamental para la consecución del objetivo es la protocolización (contenido y cronograma) de las visitas programadas a desarrollar en el paciente con tratamiento farmacológico, según se haya alcanzado o no el objetivo de control del c-LDL. En la figura 1 está desarrollado en la 2.^a mitad y “cuelga” de cada correspondiente escenario.

Mientras que el paciente no alcance el objetivo ($c\text{-LDL} < 100 \text{ mg/dl}$ en el escenario 2 y $< 130 \text{ mg/dl}$ en los escenarios 3 y 4) deberán establecerse visitas programadas de tipo A en los escenarios 2 y 3, en las que el médico evaluará las medidas terapéuticas que está realizando el paciente. Si un determinado paciente no ha conseguido los objetivos de control, se realizarán las modificaciones oportunas en el esquema terapéutico que tenga pautado para alcanzarlos.

Es muy importante en cada visita confirmar la adherencia del paciente al tratamiento; en el caso de que se observen errores en el cumplimiento deberemos corregirlos, aclarando al paciente cuantas dudas se puedan detectar. También le entregaremos siempre información por escrito de las pautas del tratamiento actual y sus modificaciones e insistiremos en la trascendencia que tiene para su salud realizarlo tal y como se le indica.

Mientras no alcancemos el objetivo de control del c-LDL se establecerán visitas de tipo A programándolas cada 6-8 semanas, solicitando siempre para la siguiente un perfil lipídico completo que permita realizar el cálculo del c-LDL y enzimas hepáticas para descartar toxicidad (elevación de tres veces el rango de normalidad), siempre que se haya modificado la pauta farmacológica. Si en algún momento el paciente se quejase de mialgias o debilidad muscular, deberíamos interrumpir el tratamiento farmacológico y solicitar examen de la creatinfosfocinasa (CPK). Si se superara 10 veces el nivel de normalidad de la CPK o se detectara toxicidad hepática, se debería suspender el tratamiento definitivamente y solicitar interconsulta con la Unidad de Lípidos de referencia.

Una vez que hayamos conseguido el objetivo de control o bien tengamos al paciente con dosis máximas de una estatina potente asociada a un inhibidor de la absorción intestinal del colesterol como el ezetimiba, se programarán visitas tipo B cada 3-6 meses, que podrán ser efectuadas

preferentemente por enfermería, donde se llevarán a cabo todas las actividades señaladas con anterioridad, realizando un control analítico cada 6 meses, sobre todo en pacientes del escenario 2. Si en algún momento se evidenciara pérdida del control, se volverá a programar una vista tipo A para proceder a estudiar las causas de dicha pérdida y realizar los ajustes farmacológicos necesarios. Una vez conseguido el objetivo o la estabilización del tratamiento se reanudarán los controles en consultas tipo B.

Es evidente que podría darse el caso de que un determinado paciente se mantuviera en un ciclo de visitas programadas tipo A y a su vez, paralelamente, se le efectuaran visitas programadas de tipo B por enfermería con el objetivo de intervenir más intensa y específicamente sobre los FRCV conductuales, de gran trascendencia para el estado de salud del paciente. Esta situación de trabajo complementario por los dos profesionales de AP debería considerarse como la óptima mientras el paciente no haya alcanzado el objetivo de control.

Consideramos que, si en la práctica clínica habitual se pudiera implementar esta estrategia en la mayoría de las consultas de los profesionales, al menos de AP ya que ha sido especialmente diseñada para ellos, debería producirse un cambio muy significativo en la situación de escaso control que padecen nuestros pacientes, sobre todo, como hemos visto, en los de mayor RCV.

No cabe duda de que las consecuencias de este cambio serían muy beneficiosas tanto para el paciente con enfermedad cardiovascular como para el conjunto de la población.

ESTRATEGIA DE CONTROL DE LAS HIPERTRIGLICERIDEMIAS

El abordaje de los triglicéridos (TG) elevados y del colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (c-HLD) bajo, desde el punto de vista del RCV se consideran objetivos secundarios, siempre subordinados a la consecución del descenso del c-LDL.

En circunstancias clínicas especiales será necesario realizar un abordaje específico de este problema. La cifra de los TG plasmáticos que presente un determinado paciente definirá el conjunto de actuaciones a desarrollar (fig. 2)²⁴.

Si el paciente presenta $\text{TG} \geq 500 \text{ mg/dl}$, el riesgo fundamental que tiene es el desarrollo de una pancreatitis, sobre todo si los $\text{TG} \geq 1.000 \text{ mg/dl}$. Deberemos descartar causas secundarias y/o factores agravantes que puedan ser abordados y corregidos específicamente. En caso de persistir la elevación de los TG será necesario un abordaje terapéutico energético con MEV estrictas, restringiendo la ingesta de grasas a menos del 15% del total, suprimiendo el alcohol, normalizando el peso y estimulando la realización de ejercicio físico. Los fármacos de elección serán los fibratos. Los ácidos grasos omega-3, a dosis de 2-4 g/día, y el ácido nicotínico son la alternativa a los fibratos, consiguen reducciones importantes de los TG y se pueden emplear asociados a los fibratos en el caso de no conseguir el objetivo ($< 500 \text{ mg/dl}$) sólo con ellos.

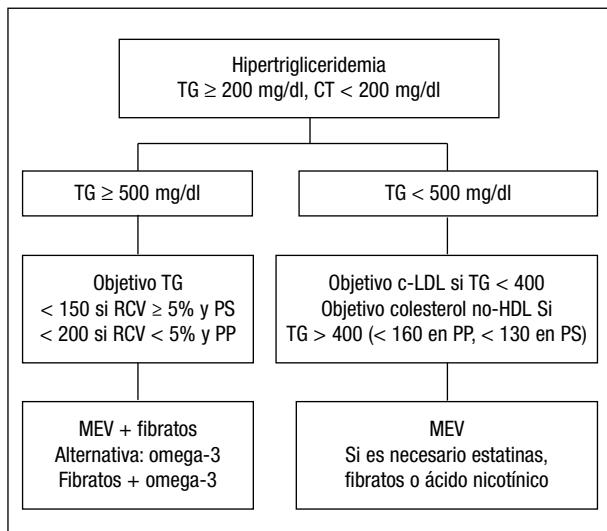


Figura 2. Estrategia de control de hipertrigliceridemia. c-LDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; CT: colesterol total; HDL: lipoproteínas de alta densidad; MEV: modificaciones en el estilo de vida; PP: prevención primaria; PS: prevención secundaria; RCV: riesgo cardiovascular; TG: triglicéridos.

Modificada de García-Norro Herreros FJ²⁴.

Si un paciente presenta TG elevados sin llegar a los 400 mg/dl, el abordaje terapéutico gravitará fundamentalmente en función de la cifra de c-LDL y del RCV que presente el paciente. Es muy probable que con las MEV y, si fuera

necesario, con estatinas se consiga el objetivo de control de los TG una vez alcanzado el del c-LDL. El objetivo será unos TG < 150 mg/dl en PS.

En el caso de presentar valores de TG > 400 mg/dl, para valorar el grado de control utilizaremos en vez del nivel de c-LDL el nivel de colesterol no-HDL. Los objetivos del c-no HDL que se establecen en PS serán < 130 mg/dl. Los objetivos de control de los TG son los mismos que en la situación anterior.

Los fármacos de elección para esta situación son también las estatinas²⁵. Si con dosis medias-altas de estatinas no se consiguen los objetivos de control, en cualquiera de los dos parámetros, puede asociarse a la estatina un fibrato (fenofibrato, a dosis de 145 mg/día) separando 12 horas las tomas de ambos fármacos. Los ácidos grasos omega-3 y el ácido nicotínico son la alternativa a los fibratos.

ESTRATEGIA DE CONTROL DE LAS DISLIPEMIAS MIXTAS

En los pacientes con hiperlipemias mixtas, si predomina el colesterol sobre los TG o los TG < 500 mg/dl, el objetivo primario sigue siendo el c-LDL < 100 mg/dl. El tratamiento de elección son las estatinas, solas o en combinación. Cuando el c-LDL estimado por la fórmula de Friedewald no se pueda calcular, cuando los TG > 400 mg/dl, mientras no dispongamos de la determinación directa de c-LDL debemos utilizar el colesterol no-HDL, según se observa en la figura 3²⁶.

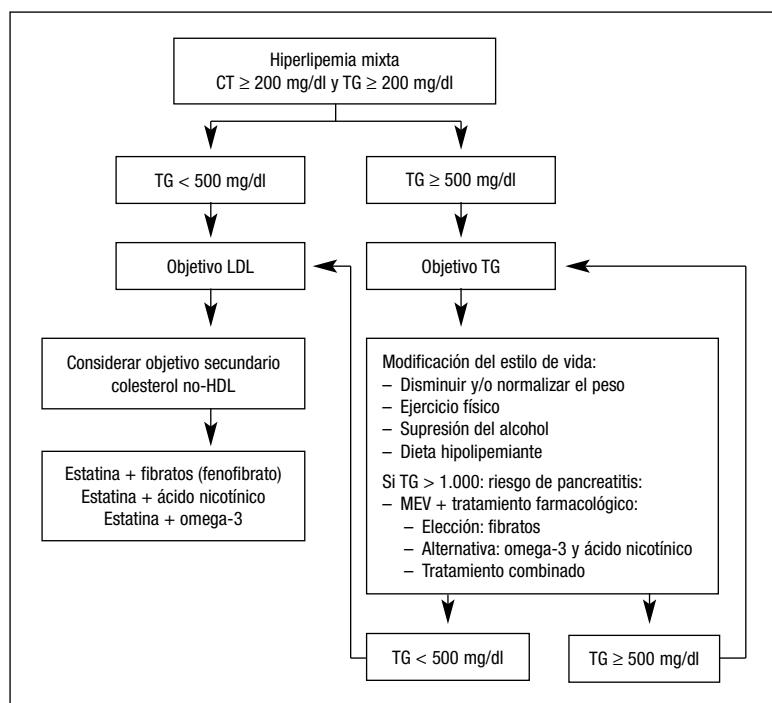


Figura 3. Estrategia de control de hiperlipemias mixtas. CT: colesterol total; HDL: lipoproteínas de alta densidad; MEV: modificaciones en el estilo de vida; LDL: lipoproteínas de baja densidad; TG: triglicéridos.

Tomada de Díaz Rodríguez A²⁶.

Si los TG ≥ 500 mg/dl, el objetivo será conseguir unos niveles de TG < 150 mg/dl, implementando MEV y, en caso de que los TG > 1.000 mg/dl existe riesgo de pancreatitis y además de implementar las MEV se debe tratar farmacológicamente, siendo el tratamiento de elección los fibratos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RGJ, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009;338:b2376. doi:10.1136/bmj.b2376.
2. Labarthe DR. Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases. A global challenge. Gaithersburg Md: Aspen Publishers; 1998.
3. Llisterri Caro JL, et al. Control de la hipertensión arterial y de otros factores de riesgo cardiovascular en población de alto riesgo asistida en Atención Primaria. Estudio EVENTO. SEMERGEN. 2005;31 (2):53-60.
4. Álvarez-Sala LA, Suárez C, Mantilla T, Franch J, Ruilope LM, Banegas JR, et al en nombre del grupo PREVCAT. Control del riesgo cardiovascular en Atención Primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005;124 (11):406-10.
5. Sanfeliú G, Peiró S, Gosalbes V, Cervera P. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. Una aproximación desde los estudios observacionales. *Aten Primaria*. 2006;38(5):250-9.
6. Vegazo O, Banegas JR, Civeira F, Serrano P, Luengo E, Mantilla T. Prevalencia de las dislipemias en consultas ambulatorias del sistema sanitario español. Estudio Hispalipid. *Med Clin (Barc)*. 2006; 127:331-4.
7. Rodríguez-Roca G, Llisterri JL, Barrios V, Alonso-Moreno FJ, Banegas JR, Lou S, et al. Grado de control de la dislipemia en los pacientes españoles asistidos en atención primaria. Estudio LIPICAP. *Clin Invest Arterioscl*. 2006;18:226-38.
8. Tranche S, López I, Mostaza Prieto JM, Soler B, Mantilla MT, Taboada M, et al. Control de factores de riesgo coronario en prevención secundaria: estudio PRESENAP. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(20): 765-9.
9. Sainz Ruiz C, Fierro González D, González Fernández B, Rozada Camacho T, Suárez Fernández MJ, García-Norro Herreros FJ. La práctica clínica habitual no es suficiente para controlar a los pacientes dislipídicos. *Aten Primaria*. 2005;36 Supl 1:165-84.
10. De la Peña A, Suárez C, Cuende I, Muñoz M, Garré J, Camafort M, et al. Control integral de los factores de riesgo en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular en España. Estudio CIFARC. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:44-9.
11. De la Peña Fernández A, Roca Villanueva B, Cuende Melero I, Calabuig Alborch JR, Montes Santiago J, Muñoz Rodríguez M, et al. Efecto de una intervención global sobre el control integral de múltiples factores de riesgo en pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular. Estudio CIFARC 2. *Rev Clin Esp*. 2007;207(3):112-20.
12. Bertomeu V, Cordero A, Quiles J, Mazón P, Aznar J, Bueno H. Control de los factores de riesgo y tratamiento de los pacientes con car- diopatía isquémica: registro TRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(6): 807-11.
13. Kotsева K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*. 2009;373:929-40.
14. García Mancebo ML, Rubio Tejero AI, Tornel Osorio PL, Abellán Alemán J. *Rev Esp Salud Pública*. Degree of knowledge and control in dyslipemia among doctors of Murcia Region, Spain (2004-2005). 2008;82(4):423-32.
15. Banegas JR, Serrano P, Luengo E, Vegazo O, Mantilla T, Civeira F. Dyslipidemia in outpatients' clinics: the gap between control perceived by physicians and objective control patterns. *Atherosclerosis*. 2006;188:420-4.
16. González-Juanatey JR, Alegria-Ezquerre E, Aznar-Costa J, Berto-meu-Martínez V, Franch-Nadal J, Palma-Gamiz JL. Conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:801-6.
17. Plan de Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI) 2004-2007 editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2003 [acceso 20 agosto 2008]. Disponible en: <http://www.anisalud.com/ficheros/PNCI.pdf>
18. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. 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.
19. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J*. 2007;28:2375-414.
20. Guías europeas SEC 2007: Guías de Práctica Clínica sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular: versión resumida. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(1):e1-e49.
21. Lobos JM, Royo MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación Española del CEIPC 2008. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:581-616.
22. Díaz Rodríguez A, García-Norro Herreros FJ, Fierro González D, Panisello Royo JM, Rodríguez Arroyo LA, Serrano Cumpido A, et al. Semergen.Doc de Dislipemias. Documentos clínicos de Semergen. Edicomplet 2009.
23. Masana L, Plana N. Planificación del tratamiento de la hipercolesterolemia orientada a la consecución de objetivos. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(3):108-10.
24. García-Norro Herreros FJ. Manejo integral del paciente dislipémico. Semergen. Doc de dislipemias: 41-53. Edicomplet 2009.
25. Pintó X, Meco JF. Tratamiento de la dislipemia diabética con fármacos hipolipemiantes. Nuevos conceptos. *Clin Invest Arterioscl*. 2004;16(4):160-9.
26. Díaz Rodríguez A. Las dislipemias como factor de riesgo cardiovascular. Prevención Primaria y Prevención Secundaria en Atención Primaria. El Médico Interactivo; 2009.