

Appendix A. Jefes de Estudios de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Cataluña

Albert Casasa, Ferran Cordon, Joan Deniel, Didac Ettinghausen, Dolors Forés, Cruzma Fuentes, Montse Gavagnach, Josep Anton González, Araceli Griño, Gregorio Hinojosa, Francesc Margalef, Marta Navarro, Eduard Peñasal, Belen Perez, Judit Pertíñez, Madi Rosell, Beatriz Satué y Rosa Villafañila.

Appendix B. Presidentas de las Subcomisiones de Enfermería

M. Carme Alvira, Sofia Berlanga Fernández, Carme Grabolada Poch, Maria Àngels Larrabeiti Castillo, Carme Marquilles Bonet, Montserrat, Rambla Cardona, Montserrat Sallés Coletas, Montserrat Saumell Torner, Ció Tor Figueras y Judit Vila.

Bibliografía

1. Juncosa Font S, Aliaga Celma F, BundoVidiella M, Cordon Grados F, Cots Yago JM, Ezquerra Lezcano M, et al., Grupo de Evaluación y Acreditación de las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña. Valoración de un nuevo sistema de acreditación y reacreditación docente de centros de salud. *Aten Primaria*. 2001;28:269–77.
2. Martín Zurro A. Red de Comisiones de Docencia de Catalunya. Acreditación y reconocimiento de los tutores. Incentivación de la acción tutorial. *Educación Médica*. 2003;3:19–20.

3. Vilert Garrofa E. Cap d'Estudis Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària SSIBE - Girona. i caps d'Estudi de les UUDD de Medicina de Família i Comunitària de Catalunya. Protocol de supervisió i nivell de responsabilitat dels residents de medicina familiar i comunitària en les urgències hospitalàries. Butlletí: Vol. 30: Iss 1, Article 5. [consultado 16 Jun 2016]. Disponible en: http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_5921_ART_110.pdf
4. Ezquerra Lezcano M, Bundo Vidiella M, Descarrega Queralt R, Martín Zurro A, Fores García D, Fornells Vallès JM. Valoración formativa: experiencia de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria de Cataluña. *Aten Primaria*. 2010;42:233–40.
5. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar, Comunitaria. Programa formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. BOE. 2005;105:15182–225.

Albert Casasa y Grupo Jefes de Estudios de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Cataluña y Presidentas de las Subcomisiones de Enfermería[◇]

EAP Sardenya, Barcelona, España

Correo electrónico: acasasa@eapsardenya.cat

[◇] Más información sobre los componentes del Grupo Jefes de Estudios de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria de Cataluña y Presidentas de las Subcomisiones de Enfermería, se encuentran relacionados al final del trabajo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.04.006>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Aplicación del consenso de factores de riesgo vascular en el paciente mayor de 80 años en atención primaria



Application of consensus: Management of vascular risk factors in patients older than 80 in primary health care

Sr. Editor:

En 2014 se publicó el documento español de consenso sobre tratamiento de factores de riesgo vascular en paciente mayor de 80 años, en el que colaboró nuestra Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)¹.

El documento nos pareció útil, coincidente con nuestra forma de pensar, y queremos compartir nuestra experiencia, tras aplicarlo durante un año en 4 cupos de atención primaria (AP), en 343 pacientes.

Sin necesidad de consultar el documento completo, publicado en *Medicina Clínica* y no en *ATENCIÓN PRIMARIA*, donde creemos que tiene mayor aplicación, la tabla en la que mostramos los resultados puede resumir las principales recomendaciones.

Mostramos los objetivos conseguidos en la [tabla 1](#), que muestra los grados de evidencia según la American Diabetes Association (ADA)².

La clasificación inicial de los pacientes, según expectativa de vida y comorbilidades, fue relativamente sencilla, debido al conocimiento previo que teníamos al ser sus médicos de cabecera.

Respecto a la hipertensión arterial (HTA) fue difícil conseguir objetivos de TA sin bajar de 120/80 mmHg, por lo que debíamos relajar los tratamientos, por efectos secundarios y por haberse asociado a mayor mortalidad³. Se ha propuesto que debíamos dejar cifras ligeramente superiores, aunque se haya demostrado disminuir la mortalidad⁴, lo cual ya sugería el consenso, permitiendo cifras de 160/90 mmHg de haber mala tolerancia.

Los tratamientos del consenso sobre estatinas y antiagregantes, coinciden en bastante medida con los criterios STOPP-START de medicaciones inadecuadas⁵ en su apartado STOPP-A13 (antiagregantes inadecuados sin prevención secundaria) y START-A4 (dar estatinas en prevención secundaria con expectativa de vida > 5 años e independencia para las actividades de la vida diaria). Aunque hay pocas evidencias en ancianos, el consenso de 2014 indica mantenerlos en pacientes funcionales en prevención secundaria y alto riesgo si se toleran.

Respecto a las estatinas hay un tercio con buena calidad de vida en que no las indicamos, pero quizás es peor que, en casi la mitad de los pacientes con escasa expectativa de vida, las hemos mantenido, debiendo ser más ambiciosos. Cuando indicamos estatinas alcanzamos objetivos en general.

Tabla 1 Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes muy ancianos

		Pacientes ≥ 80 años con todos los criterios: expectativa de vida > 3 años, escasa comorbilidad, buena funcionalidad y ausencia de trastorno cognitivo importante	Pacientes ≥ 80 años con cualquiera de: expectativa de vida < 3 años, comorbilidad grave (fallo orgánico avanzado, ICC III-IV, EPOC con oxígeno, cirrosis, IRC 3-4, cáncer metastásico), demencia moderada-grave o deterioro funcional importante
Total	343	248 72,3% (IC: 67,3-76,7%)	95 27,7% (IC: 23,2-32,6%)
HTA	Objetivo si tratamiento bien tolerado	TA $\leq 150/90$ mmHg (A): 96% (IC: 92,7-97,8%)	TA $\leq 160/90$ mmHg (E): 94,7% (IC: 88,2-97,7%)
	TA $< 120/80$ mmHg, que habría que evitar (C)	44,8% (IC: 38,7-50,9%)	55,8% (IC: 45,7-65,3%)
Dislipemia	Uso de estatinas	El 76,6% llevaban fármacos Estatinas en prevención secundaria (A) o primaria si muy alto riesgo o alto riesgo (diabetes o con 2 FRCV) (C): 63,5% (IC: 55,5-70,8%)	El 69,8% llevaban fármacos No indicar estatinas en general (E): 55,8% (IC: 45,7-65,3%)
	Objetivo LDL	< 130 mg/dl en prevención primaria y < 100 mg/dl en secundaria (A): 72% (IC: 66,2-77,3%)	No hay 63,2% (IC: 53,1-72,1%)
Antiagregación		Prevención secundaria (A) o primaria con alto RCV (C): 43,9% (IC: 36,2-51,2%)	No indicar antiagregantes en general (E): 63,2% (IC: 53,1-72,1%)

Niveles de evidencia: A: ensayos controlados aleatorizados bien realizados y generalizables con la potencia estadística adecuada; B: estudios de cohortes bien realizados; C: estudios no controlados o mal controlados; E: consenso de expertos.

Nota: en negrita los datos de cumplimientos para facilitar su visualización.

Tomado de la American Diabetes Association (ADA).

En más de la mitad de los pacientes con buena funcionalidad debería considerarse antiagregación, y en un tercio de ellos con mala funcionalidad, debiéramos suspenderla. Hemos avanzado, pero al menos debiéramos empezar por suspender más en el segundo grupo.

En resumen, tenemos que implicarnos más tras clasificar al paciente y ser consecuentes con ello. No es fácil, porque hemos encontrado obstáculos en cuidadores de pacientes deteriorados, sobre todo en demencias no muy avanzadas, pero debemos cambiar la mentalidad y la inercia de mantener tratamientos. Con paciencia y las explicaciones oportunas se logra, sobre todo si el mensaje viene del médico de confianza de la familia, que lo va a acompañar durante tiempo, y nos centramos en la persona y no en los fármacos, pero aún nos falta por recorrer.

Bibliografía

- Gómez-Huelgas R, Martínez-Sellés M, Formiga F, Alemá Sánchez JJ, Camafort M, Galve E, et al. Tratamiento de los factores de riesgo vascular en el paciente mayor. *Med Clin (Barc)*. 2014;143:134.e1-11.
- American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes-2014. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S14-80.
- Badía T, Formiga F, Almeda J, Ferrer A, Rojas-Farrera S, Grupo Octabaix. Relación entre presión arterial y mortalidad a los 4

años de seguimiento en una cohorte de individuos mayores de 80 años. *Med Clin (Barc)*. 2011;137:97-103.

- Beckwith NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med*. 2008;358:1887-98.
- Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los mayores: los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:273-9.

Rafael Bartolomé Resano^{a,*},
Francisco Javier Bartolomé Resano^b,
Teresa Bartolomé Resano^c y Andrea Nieto Molinet^a

^a Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra, España

^b Centro de Salud de Villava, Villava, Navarra, España

^c Centro de Salud de Casco Viejo, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rbartolome@medena.es

(R. Bartolomé Resano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.014>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).