

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

REVISIÓN DE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE HIPERLIPEMIAS

Autor principal MANUELA ARANDA ESCRIBANO

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

Palabras clave Hyperlipidemias Therapeutics Hydroxymethylglutaryl-CoA Diet Reductase Inhibitors

» Resumen

Las hiperlipemias se asocian a un aumento del riesgo de enfermedad cardiovascular precoz. El abordaje no farmacológico incluye tratamiento dietético, actividad física adecuada y estilos de vida saludables. Si tras un tratamiento dietético correcto se mantienen niveles elevados de colesterol LDL, se recomienda tratamiento farmacológico. Por seguridad y eficacia las estatinas se consideran los fármacos de primera elección. Periódicamente se incorporan nuevos fármacos al arsenal terapéutico disponible, no siempre con mejoras demostradas en cuanto a eficiencia y seguridad.

Se propone una revisión de la eficacia de las diferentes formas de tratamiento: medidas dietéticas, ejercicio físico y fármacos. Tras el análisis de ensayos clínicos publicados en los últimos cinco años, se concluye que la eficacia de las nuevas estatinas comercializadas para disminuir las cifras de colesterol está demostrada, pero no se acompaña de estudios que demuestren reducciones significativas de morbilidad en los pacientes tratados. La utilidad de tratamientos no farmacológicos centrados en los cambios en los estilos de vida está infravalorada en nuestro entorno sanitario.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La dislipemia está considerada como uno de los principales factores de riesgo de la cardiopatía coronaria, junto a la hipertensión y el hábito tabáquico. La prevalencia de dislipemias en España es alta. En estudios realizados en varias comunidades autónomas se han obtenido colesterolemias superiores a 200 mg/dl en un 50% de los adultos, y mayores de 250 mg/dl en un 20%.

El tratamiento hipolipemiente supone un importante coste para el Sistema Nacional de Salud y, frecuentemente, se inician tratamientos farmacológicos como medida inicial de control, sin considerar los cambios en el estilo de vida de los pacientes.

Realizamos una revisión bibliográfica de ensayos clínicos publicados en los últimos cinco años sobre eficacia, eficiencia y coste/beneficio de los diferentes tratamientos para el control de lípidos en sangre.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Consideramos dislipemia cualquier aumento en los niveles de lípidos plasmáticos. La clasificación simplificada de las hiperlipemias por sus implicaciones terapéuticas (Mantilla T, 2007):

o Hipercolesterolemia límite: CT 200-249 mg/dl y TG < 200 mg/dl

o Hipercolesterolemia definida: CT > 250 mg/dl y TG < 200 mg/dl. En prevención secundaria y en diabetes hablamos de hipercolesterolemia definida para CT > 200 mg/dl.

o Hipertrigliceridemia: CT < 200 mg/dl y TG > 200 mg/dl. En prevención secundaria y en diabetes hablamos de hipertrigliceridemia para valores > 150 mg/dl.

o Hiperlipidemia mixta: CT > 200 mg/dl y TG > 200 mg/dl

La determinación del riesgo cardiovascular es fundamental para el abordaje terapéutico de las dislipemias. Para la valoración del mismo debemos considerar los siguientes factores de riesgo cardiovascular mayores (Grundey SM, 1999; Mantilla T, 2007):

Edad y sexo.

Historia familiar, en familiares de primer grado, de enfermedad cardiovascular prematura (<55 años en el varón y <65 años en la mujer).

Consumo de tabaco.

Hipertensión arterial.

Elevación de colesterol total o colesterol LDL.

Descenso de colesterol HDL.

Diabetes mellitus.

Siguiendo las recomendaciones del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular) 2008 (Lobos JM, 2008), se aconseja emplear la tabla de predicción del Riesgo Cardiovascular del Proyecto Score, versión para países con Riesgo Cardiovascular bajo, que son las recomendadas por el Cuarto Task Force Europeo (Graham I, 2008).

Con estas tablas se calcula la probabilidad de desarrollar muerte de origen cardiovascular (enfermedad coronaria o cerebrovascular, insuficiencia cardíaca o muerte súbita) en un plazo de diez años.

El dintel establecido para considerar a un paciente como de RCV alto es mayor o igual al 5%.

Dado que el colesterol HDL elevado es una característica en la población española es preferible emplear la tabla que incluye la relación colesterol total/colesterol HDL (Mantilla T, 2007).

La indicación de tratamiento tras la identificación de la hiperlipemia y un riesgo cardiovascular elevado, es fundamental. Inicialmente nos plantearíamos cambios hacia estilos de vida más saludables. Tanto la promoción de una dieta saludable como el aumento de la actividad física deben considerarse elementos de una estrategia global encaminada no sólo a controlar los valores de lípidos plasmáticos, sino a promover la salud cardiovascular en general.

El tratamiento farmacológico debería considerarse cuando no se consigan resultados con la anterior estrategia.

Tratamiento de las hiperlipemias:

DIETA MEDITERRÁNEA (Serra Majem L, 2006):

Consejo dietético estructurado, encuesta alimentaria al paciente con registros de consumo semanal, favorecer el cambio de hábitos con consejo dietético avanzado personalizado (Pérez-Jiménez F, 2006).

EJERCICIO FÍSICO (Mantilla T, 2007; Warburton DE, 2006):

En prevención primaria recomendar ejercicio aeróbico más de 30 minutos 3 o más días por semana, con una intensidad capaz de mantener las pulsaciones entre el 60 y el 85% de la frecuencia cardíaca máxima (220 menos la edad).

Para pacientes con cardiopatía isquémica recomendaremos ejercicios en función de su capacidad funcional con prueba de esfuerzo previa.

FÁRMACOS HIPOLIPIDEMIANTES.

Sus indicaciones son las siguientes:

Hipercolesterolemias Baigent C, 2005; NICE, 2006; Thavendiranathan P, 2006; Mantilla T, 2007, recomiendan estatinas de elección en prevención primaria y secundaria. La elección de la estatina se hará en función del porcentaje de colesterolLDL que debemos reducir. En caso de contraindicación o mala tolerancia utilizaremos resinas o ezetimiba.

Hipertrigliceridemias (McKenney J, 2004; Hooper L, 2006; Mantilla, 2007; San Vicente R, 2008). En casos secundarios a obesidad, sedentarismo, Diabetes, fármacos o alcohol indicaremos tratamiento etiológico y modificación dietética. Como tratamiento farmacológico de elección consideraremos los fibratos. En caso de intolerancia ácidos grasos omega tres o ácido nicotínico.

Dislipemias mixtas (Mantilla T, 2007): en función de la elevación del colesterol.

Cuando no se alcanzan los objetivos del tratamiento con un solo fármaco se pueden asociar otros con diferente mecanismo de acción, buscando un efecto sinérgico, incluso a dosis menores de las habituales.

Las combinaciones más recomendables son la de Estatinas con Resinas (es la que presenta mayor experiencia de uso), con Ezetimiba (Mantilla, 2007; San Vicente R, 2008) o con Ácido Nicotínico (McKenney J, 2004).

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

Estrategias que incluyan intervenciones en el plano individual, escolar y familiar; como la mejora de los menús escolares, aumento de la actividad física y optimización de las costumbres alimentarias.

Mejorar las habilidades de los profesionales sanitarios en técnicas de entrevista motivacional y consejo personalizado.

Campañas institucionales de divulgación de los beneficios de los hábitos de vida saludables.

Medidas institucionales tales como la limitación de la aprobación del uso de fármacos que no aportan nada nuevo con respecto a los que ya disponemos.

Medidas legislativas que controlen la presión de farmaindustria para inducir la prescripción de fármacos, eliminando la presencia de visitadores en los centros sanitarios.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Excesiva medicalización de la sociedad. Estudios recientes sugieren que España es uno de los países europeos con mayor consumo de fármacos. Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, las dosis diarias definidas por mil habitantes y día a cargo del SNS pasaron de 502 en el año 2000 a 754 en 2006 y el número de recetas aumentó ininterrumpidamente desde los 764,6 millones de 2005 (17,3 por habitante) a los 957,9 millones de 2010 (20,4 por habitante). Según la OCDE, el gasto en medicamentos supuso en 2009 el 18,9% del gasto sanitario total, cuando en países con un sistema similar, como Suecia y Reino Unido, ese porcentaje fue del 12,5% y del 11,6%, respectivamente. Nuestro 18,9% es el récord absoluto en los países desarrollados: Alemania (14,9%), Francia (16,1%), Holanda (9,6%), Dinamarca (7,3%), EE UU (12%), Canadá (17%) Suiza (12%), Noruega (7,3%).

En este país, tenemos la más amplia oferta de medicamentos de Europa, 12.680 especialidades farmacéuticas, cuando; según la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, para abordar la totalidad de los problemas de salud en atención primaria bastaría con unos 400 medicamentos.

Aparición de nuevas estatinas como pivalastatina y rosuvastatina.

Rosuvastatina reduce las cifras de col-LDL a niveles similares a otras estatinas cuando se utilizan a dosis equipotentes. Aún se desconoce el impacto sobre la morbi-mortalidad en pacientes hipercolesterolémicos de alto riesgo CV. También se desconoce si existen diferencias con otras estatinas.

Hasta el momento sólo hay un ensayo clínico en prevención primaria, realizado en pacientes con niveles elevados de PCRhs, que ha demostrado beneficios sobre la morbi-mortalidad. Sin embargo se plantean incertidumbres acerca de la relevancia de este marcador de riesgo CV, la magnitud del efecto y otras cuestiones, que precisan ser aclaradas.

La tolerancia y el perfil de seguridad parecen similares a otras estatinas. No obstante, la dosis de 40 mg deberá utilizarse con precaución.

No se han realizado tampoco estudios con resultados de morbimortalidad, por lo que no se ha demostrado un efecto beneficioso de la pitavastatina en la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Normalmente hace falta la dosis de pitavastatina de 4 mg para obtener reducciones superiores al 40%, que también se obtienen con simvastatina (40 mg) o atorvastatina (20 mg).

Los estudios de seguridad han demostrado similitud a otras estatinas (atorvastatina, simvastatina y pravastatina).

Otra dificultad identificada es el esfuerzo que se requiere por parte del paciente para iniciar y mantener los cambios en sus hábitos de vida para obtener un beneficio a tan largo plazo.

Los propios profesionales sanitarios nos encontramos con déficits en nuestra formación para el abordaje de cambios mediante entrevista motivacional.

La masificación de las consultas de Atención Primaria constituye otra dificultad añadida que nos limita para el desarrollo de estrategias de Educación para la Salud.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

La influencia de la familia en los actuales patrones y estilos de vida queda patente.

La oportunidad de mejorar la dieta, recuperando nuestros patrones de alimentación de alimentación tradicional, podría beneficiar de forma contundente para la reducción de la tasa de obesidad infantil, hiperlipemia y diabetes tipo 2 en España.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Estudios controlados de eficiencia de intervenciones educativas de los profesionales sanitarios en pacientes con alto riesgo cardiovascular, con medidas de morbi-mortalidad.

Estudios comparativos de la eficiencia y coste/efectividad para tratamiento farmacológico y tratamiento higiénico-dietético.