

ORIGINAL

**GRADO DE CONOCIMIENTO Y CONTROL SOBRE LA DISLIPEMIA
ENTRE LOS MÉDICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA (2004-2005)**

**María Lucía García Mancebo (1), Antonio Ignacio Rubio Tejero (2), Pedro Luis Tornel Osorio (1)
y José Abellán Alemán (3).**

- (1) Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
(2) Servicio de Hematología y Hemoterapia. Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
(3) Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

RESUMEN

Fundamento: Debido a que los consensos para el tratamiento y control de las dislipemias no siempre se siguen (incluyendo el cálculo del riesgo cardiovascular global), se realizó el presente estudio con el objetivo de analizar el nivel informativo y las pautas de actuación en la detección, evaluación y control de la dislipemia entre los médicos de atención primaria y especializada hospitalaria de la Región de Murcia.

Métodos: Estudio observacional transversal que se realizó con 217 médicos de atención primaria (MAP) y 133 médicos de atención hospitalaria (MH), mediante un cuestionario formado por 14 ítems.

Resultados: El 80,9% de los médicos decían seguir los consensos internacionales para el control de la dislipemia. El cálculo del riesgo cardiovascular se utilizó de forma ocasional por el 58%. El parámetro objetivo más utilizado para tratar las dislipemias fue el colesterol de LDL (89,7%), colesterol total (57,7%), colesterol de HDL (55,7%) y triglicéridos (53,1%). El objetivo óptimo de colesterol de LDL en prevención primaria fue <130 mg/dl para el 66,6% de los médicos y en prevención secundaria fue <100 mg/dl para el 81,7%. Ante un paciente dislipémico bien controlado, el 76,6% de los profesionales mantendría el tratamiento y el 22,3% lo reduciría. Ante un paciente mal controlado, el 62,3% reforzarían el tratamiento higiénico-dietético y el 66,9% el farmacológico. La estatina mejor valorada fue la atorvastatina. El 69,1% de los médicos valora la tolerancia a las estatinas mediante GOT, GPT y CPK. El 60,6% manifestó que el paciente cumplía bien su tratamiento.

Conclusiones: No se observaron diferencias importantes en el conocimiento y actuación entre los médicos de atención primaria y especializada, siendo en ambos casos actual y adecuado.

Palabras clave: Encuesta. Intervención. Factor de riesgo cardiovascular. Dislipemia.

ABSTRACT**Degree of Knowledge and Control in
Dyslipemia Among Doctors of Murcia
Region, Spain. (2004-2005)**

Background: Consensus for the treatment and control of lipid abnormalities are not always followed, including the calculation of the global cardiovascular risk. The aim of this work is to analyse the level of information and patterns of action in the detection, assessment and control of dyslipemia among primary care and specialising care physicians from the Region of Murcia.

Methods: An observational study of transverse type of 14 items was realised among 217 primary care doctors (PCD) and 133 specialising care doctors (SCD).

Results: The big majority (80,9%) of the doctors declared to follow the international consensus for the control of the dyslipemia. The cardiovascular risk factor was occasionally calculated by 58% of the doctors, whereas the biochemical parameter most commonly used was LDL-cholesterol (89,7%) followed by the total cholesterol (57,7%), HDL-cholesterol (55,7%) and tryglicerides (53,1%). The optimal target of LDL-cholesterol in primary prevention was <130 mg/dL (66,6% of doctors) whereas in secondary prevention was <100 mg/dL (81,7% of doctors). In the case where a dyslipemic patient is regularly controlled, 76,6% of the doctors, maintained treatment and 22,3% decreases it. In the case where a dyslipemic patient is not regularly controlled, 62,3% of the doctors would recommend hygienic-dietetic treatment and the 66,9% would recommend pharmacological treatment. The best valued statin among the doctors was atorvastatin. The 69,1% of the doctors usually realise further analytical controls of ALT, AST and CPK to evaluate the statin tolerance. The 60,6% of the doctors declared that their patients follow their treatment.

Conclusions: In general terms, the knowledge and treatment of dyslipemia among primary care and specialising care doctors was proven updated and suitable.

Key words: Survey. Intervention. Cardiovascular risk factor. Dyslipemia.

Correspondencia:
José Abellán Alemán
Cátedra de Riesgo Cardiovascular
Campus de los jerónimos, s/n
Pabellón, 1ª planta
Guadalupe
30107 Murcia
Correo electrónico: jabellan@pdi.ucam.edu

INTRODUCCIÓN

La dislipemia es uno de los mayores factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más prevalentes en nuestro medio^{1,2} e interviene decididamente en la morbimortalidad cardiovascular de la población^{3,4}, lo que genera un importante consumo de recursos socio-sanitarios, tanto asistenciales como terapéuticos⁴. Este hecho se observa no sólo en el nivel de la atención primaria sino también en el hospitalario, ya que las complicaciones derivadas de la dislipemia provocan numerosos acontecimientos cardiovasculares que requieren hospitalización⁵.

Debido a esta gran demanda asistencial, se exige una actualización permanente en todos los criterios de diagnósticos, asistenciales y terapéuticos por parte del colectivo médico que atiende esta patología, con el objetivo de controlar esta situación⁶.

Los organismos internacionales pautan las líneas de actuación por medio de guías y consensos para el control de las dislipemias⁷⁻¹⁰, siendo cada vez más exigentes en sus objetivos. Esta información está disponible en todos los medios científicos y al alcance de los sanitarios. Son numerosas las reuniones, jornadas y congresos que se realizan con carácter formativo y divulgativo para debatir estos temas.

Pese a la gran relevancia clínica de la dislipemia como FRCV y a la fácil accesibilidad que tienen los profesionales para adquirir una buena formación en este campo, se observa que en la práctica clínica habitual estas pautas no siempre se aplican adecuadamente¹¹, existiendo una discrepancia entre el nivel informativo que poseen los profesionales sanitarios y su práctica clínica habitual.

Si bien nuestro grupo ya coordinó un estudio de similares características a nivel nacional¹² en el presente trabajo se realiza un análisis más exhaustivo en una muestra

diferente del colectivo médico de la Región de Murcia, buscando la representatividad de los médicos que trabajan tanto a nivel hospitalario como en atención primaria. Además, la metodología empleada en la recogida de la información es más precisa, mejorando la fiabilidad de los resultados.

Para conocer las pautas de actuación de los médicos en relación a la dislipemia en la práctica clínica, se desarrolló el presente estudio con los objetivos: 1) Analizar el nivel informativo y las pautas de actuación en la detección, evaluación y control de la dislipemia en los médicos de atención primaria y especializada hospitalaria de la Región de Murcia y 2) Realizar un análisis comparativo entre ambos colectivos para estudiar las diferencias de sus actuaciones en la evaluación y terapéutica de la dislipemia.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio transversal de ámbito regional, realizado con los médicos de atención primaria (MAP) y hospitalaria (MH) que ejerciesen las especialidades relacionadas con el manejo clínico de la dislipemia (Cardiología, Endocrinología, Medicina Interna y Nefrología), con al menos tres años de experiencia.

Para analizar el nivel informativo y las pautas de actuación, evaluación y control de la dislipemia de estos profesionales se elaboró un cuestionario siguiendo la metodología indicada en el estudio *Colesterol Press*¹², dividido en tres áreas según el parámetro que valorase: a) conocimiento sobre la dislipemia, b) evaluación del paciente dislipémico, c) tratamiento de la dislipemia.

La Región de Murcia se divide en seis Áreas de Salud. Actualmente cuenta con 9 hospitales de carácter general y más de 180

Centros de Atención Primaria. Se eligió un tamaño de la muestra suficiente y representativo de todo el colectivo médico (ámbitos rural y urbano, atención primaria y hospitalaria) para poder estimar proporciones y compararlas. Para un nivel de confianza del 95% y un error máximo admisible de 0,05, la muestra mínima necesaria fue de 133 MH y 217 MAP.

Se aplicaron los siguientes criterios de selección:

1) Para los MH se incluyeron a todos los especialistas que trabajasen en cualquier hospital de carácter general donde se encontrasen las especialidades elegidas para el estudio. El total de MH se distribuyó proporcionalmente al número de profesionales de cada especialidad.

2) El total de MAP se encuentra repartido entre las distintas áreas de salud según la población atendida. Partiendo del tamaño muestral, el número de MAP a entrevistar se distribuyó proporcionalmente al total de médicos de cada área. Posteriormente y en cada área sanitaria, se seleccionaron de forma totalmente aleatoria aquellos centros de salud que participarían en el estudio.

Durante el periodo entre marzo del 2004 y octubre del 2005, el entrevistador se presentó en días aleatorios, con el objetivo de cumplimentar los cuestionarios por parte de los médicos que se encontrasen en su lugar de trabajo en ese momento y accediesen a su realización.

Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0. La comparación de grupos con variables cuantitativas se efectuó con el test de igualdad de dos medias de la t-Student para datos independientes y para grupos con variables cualitativas con tablas de contingencia complementadas con análisis de residuos. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se contactó con 350 MAP para completar los 217 necesarios para la realización del estudio. Según el lugar de trabajo, el 58,1% pertenecían a núcleo urbano, el 31,3% a núcleo urbano pequeño y el 10,6% a medio rural. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en la evaluación de las respuestas del cuestionario.

En cuanto a los MH, se contactó con 170 para completar los 133 necesarios para el estudio: 42,9% de Medicina Interna, 30,1% de Cardiología, 15% de Nefrología y 12% de Endocrinología. Se realizó un estudio global de ellos al ser todos especialistas relacionados con el manejo de la dislipemia.

A) Información sobre la dislipemia

A1) *¿Cuál sería el valor deseable de cLDL para la población adulta general sin otros factores de riesgo?*: El 21,1% (intervalo de confianza del 95% (IC 95%) 16,73%-25,27%) de la muestra total manifestó < 160 mg/dl, el 66,6% (IC 95% 61,04%-70,96%) < 130 mg/dl, el 11,7% (IC 95% 8,33%-15,07%) < 100 mg/dl y el 0,6% > 160 mg/dl, ($p < 0,001$). Por grupos de profesionales, el 7,4% de los MAP y el 18,8% de los MH contestaron < 100 mg/dl ($p = 0,005$), 67,7 y 64,7% < 130 mg/dl, 24 y 16,5% < 160 mg/dl ($p = 0,005$), respectivamente.

A2) *“¿Qué objetivo de cLDL se plantea como óptimo a alcanzar en los pacientes con cardiopatía isquémica?”*: Del total de médicos, el 81,7% (IC 95% 77,65%-85,75%) pensaron < 100 mg/dl, 15,2% (IC 95% 11,44%-18,96%) < 130 mg/dl y 3,1% (IC 95% 1,28%-4,92%) < 160 mg/dl ($p < 0,001$). Según el ámbito de trabajo no se encontraron diferencias significativas (n.s): 82% de los MAP y 81,2% de los MH < 100

mg/dl; el 15% de ambos grupos <130 mg/dl, 2,8 y 3,8% <160 mg/dl.

A3) “¿Utiliza el cálculo del riesgo cardiovascular global a la hora de decidir el tratamiento?”: El 33,7% (IC 95% 28,75%-38,65%) de la muestra contestaron realizarlo “siempre”, 58% (IC 95% 52,83%-63,17%) “ocasionalmente” y 8,3% (IC 95% 5,41%-11,19%) “nunca” (p<0,001). Figura 1.

A4) “¿En qué situación consideraría a un hipercolesterolémico de alto riesgo y con indicación de alcanzar objetivos terapéuticos como a los de un paciente de prevención secundaria?”: El 92,6% (IC 95% 89,86%-95,34%) del total de profesionales contestaron la diabetes mellitas (DM), 33,2% (IC 95% 28,27%-38,13%) la HTA, 14% (IC 95% 10,37%-17,64%) la obesidad y 7,4% (IC 95% 4,66%-10,14%) la edad (p<0,001 respecto a los que no las eligieron). El 93,2% de los MH y 92,2% de los MAP consideraron la DM, 28,6 y 35,9% la HTA, 15 y 13,4% la obesidad, 5,3 y 8,8% la edad (n.s entre los grupos).

Tabla 1

Concentración sérica de colesterol total (mg/dL), expresado como media ± desviación estándar, en los pacientes atendidos en la clínica diaria por los médicos de atención primaria (MAP) y médicos hospitalarios (MH) del estudio

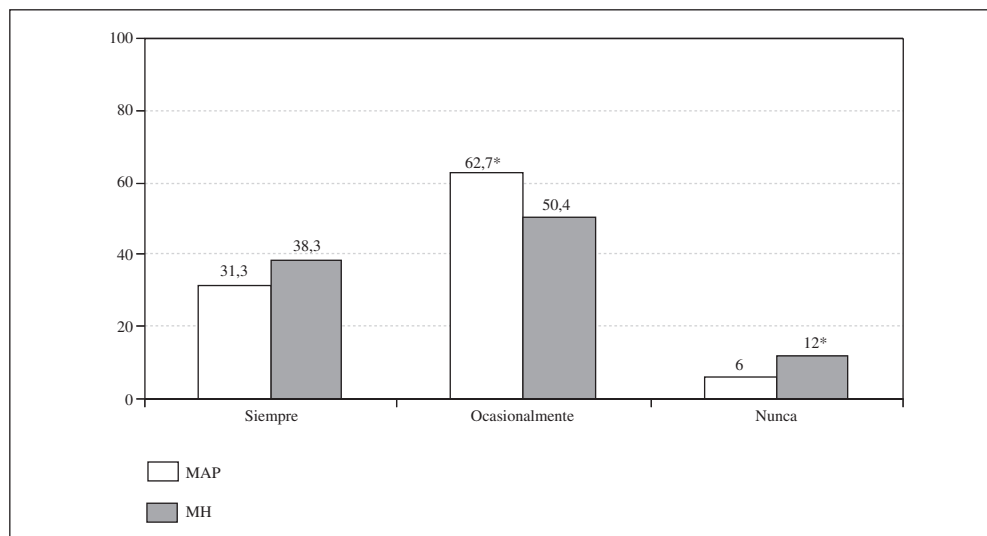
% Médicos/as	Concentración de colesterol total (mg/dl)			
	<200	200-250	250-300	>300
MAP	28,4±16,5	44,5±15,7	20,6±12	6,5±4,3
MH	28,4±17,6	42,3±15,7	20,3±12,1	8,5±6,6*

* p=0,001 entre los grupos de MAP y MH.

A5) “Según las cifras de colesterolemia de los pacientes que atiende, ¿qué porcentaje situaría en cada apartado?”: Según el total de médicos, el 28,4 (IC 95% 11,7%-45,1%) de los pacientes se encontraban con colesterol total <200 mg/dl, el 43,7 (IC 95% 28%-59,4%) entre 200-250 mg/dL, el 20,5 (IC 95% 8,5%-32,5%) entre 250-300 mg/dL y el 7,3 (IC 95% 1,9%-12,7%) con colesterol total >300 mg/dl (p<0,001). Por ámbitos de trabajo se encontraron diferencias significativas en valores de colesterol total >300 mg/dl (tabla 1).

Figura 1

Utilización del cálculo del riesgo cardiovascular global por los médicos de atención primaria (MAP) y médicos hospitalarios (MH) del estudio para decidir el tratamiento de la dislipemia



* p<0,03 entre MAP y MH.

B) Resultados relacionados con la evaluación del paciente dislipémico

B1) “¿Cuál es su posición frente a los consensos internacionales sobre el control de las dislipemias?”: El 80,9% (IC 95% 76,71%-85,02%) de la muestra total decían seguirlos y el 19,1% (IC 95% 14,91%-23,22%) no ($p<0,001$). Los MH siguen más los consensos que los MAP (91,7% frente al 74,2%), $p<0,001$ (figura 2).

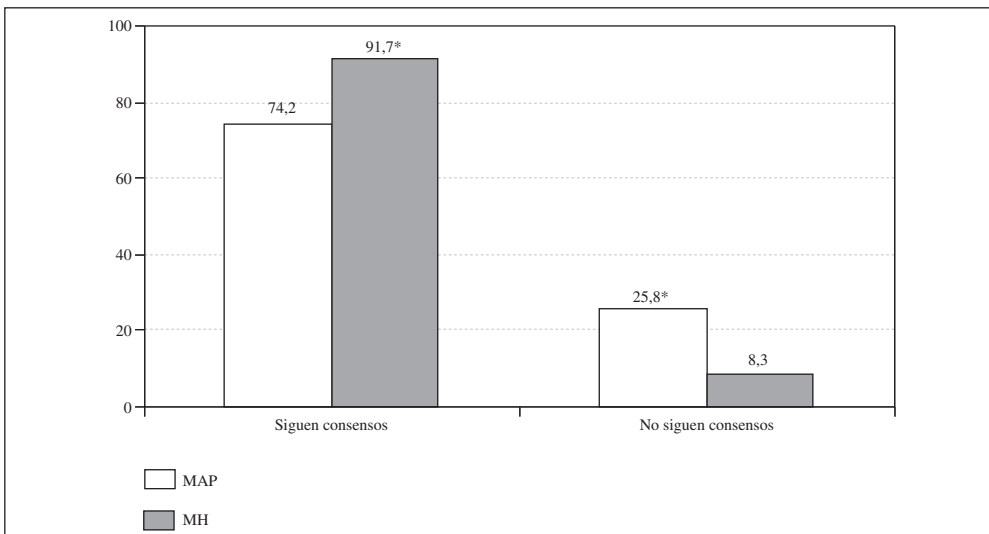
B2) “¿Qué parámetro objetivo terapéutico utiliza habitualmente en su práctica clínica para tratar a los pacientes con dislipemia?”: El 89,7% (IC 95% 86,52%-92,88%) de los médicos manifestaron que la concentración del cLDL, el 57,7% (IC 95% 52,52%-62,88%) los valores de CT, el 55,7% (IC 95% 50,5%-60,9%) las cifras de cHDL, y el 53,1% (IC 95% 47,87%-58,33%) los TG. La comparación entre ambos colectivos reflejó porcentajes similares (figura 3).

B3) “¿Cada cuánto tiempo suele indicar controles analíticos de seguimiento en sus pacientes dislipémicos?”: El 16% (IC95% 12,16%-19,84%) de los profesionales manifestaron que anualmente, 64,9% (IC 95% 59,9%-69,9%) cada 6 meses, 17,4% (IC 95% 13,43%-21,37%) cada 3 meses y 1,7% (IC 95% 0,35%-3,05%) cuando el paciente lo solicita ($p<0,001$). De ellos, el 60,1% de los MH y 67,6% de los MAP dijeron cada 6 meses, 12,5 y 18% anualmente, el 11,5 y 27,1% cada 3 meses y el 2,8% de los MAP cuando el paciente lo solicita ($p=0,001$).

B4) “¿Suele realizar alguno de los controles periódicos para valorar la tolerancia de los pacientes tratados con estatinas?”: El 27,1% (IC 95% 2,44%-31,76%) de los médicos contestaron de GOT y GPT, 69,1% (IC 95% 64,26%-73,94%) de GOT, GPT y CPK ($p<0,05$), 3,2% (IC 95% 1,36%-5,04%) no suelen realizarlos y 0,6% (IC 95% -0,21%-1,41%) de CPK, con resultados similares según los colectivos médicos (tabla 2).

Figura 2

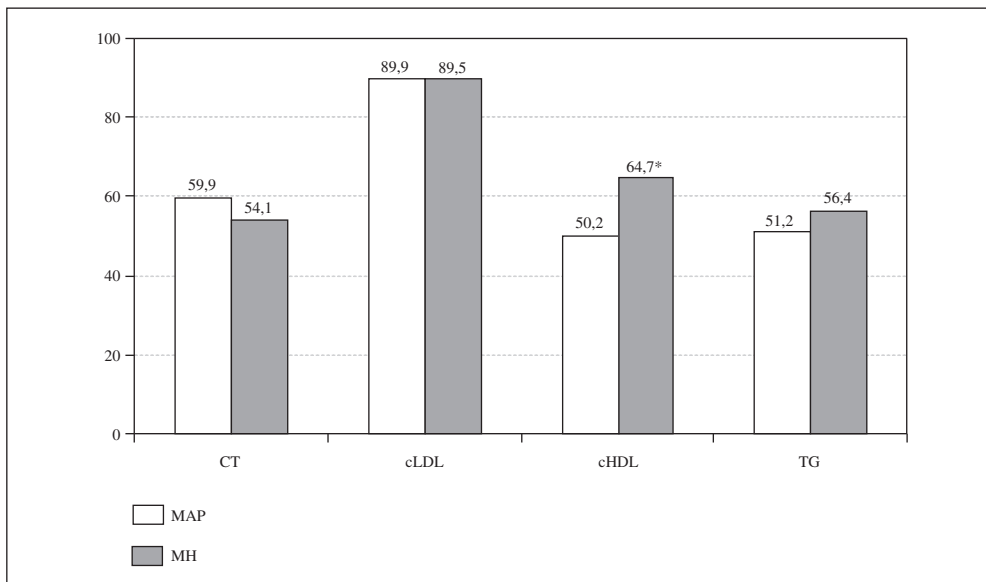
Posición de los médicos de atención primaria (MAP) y médicos hospitalarios (MH) del estudio frente a los consensos internacionales sobre el control de la dislipemia



* $p<0,001$ entre MAP y MH.

Figura 3

Porcentaje de médicos de atención primaria (MAP) y hospitalarios (MH) del estudio que utilizan colesterol total (CT), colesterol de LDL (cLDL), colesterol de HDL (cHDL) y triglicéridos (TG) como objetivo terapéutico para tratar a los pacientes con dislipemia



* p<0,001 entre MAP y MH.

Tabla 2

Porcentaje de médicos de atención primaria (MAP) y médicos hospitalarios (MH) del estudio que utilizan la combinación de GOT, GPT y CPK, solo GOT y GPT ó ninguna magnitud bioquímica para valorar la tolerancia a estatinas

	GOT-GPT-CPK	GOT-GPT	NINGUNO
% MAP	63,6	33,2*	1
% MH	78,2*	17,3	4

* p=0,005 entre MAP y MH.

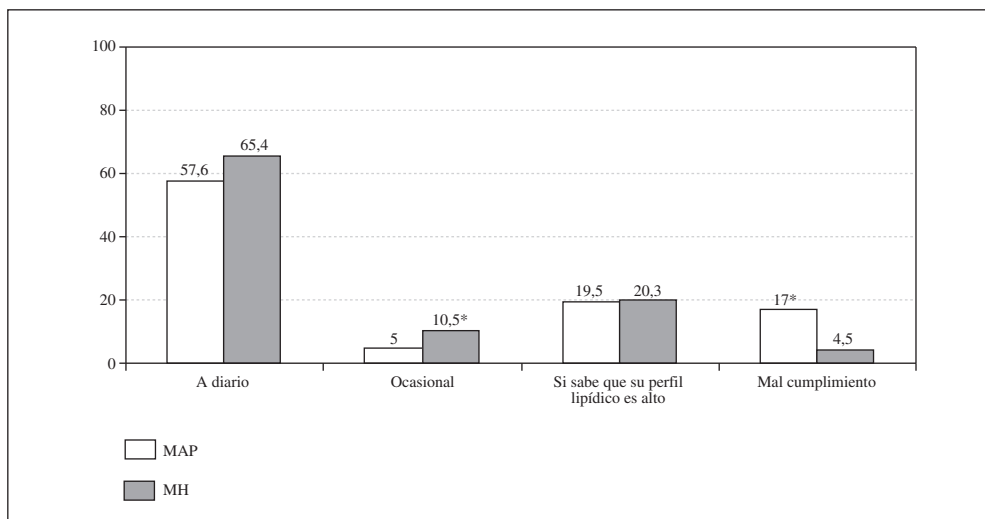
C) Resultados relacionados con el tratamiento de las dislipemias

C1) “Ante un paciente que no alcanza el control deseado de su dislipemia, ¿qué actitud suele adoptar?”: El 62,3% (IC 95% 57,22%-67,38%) de los 350 médicos contestaron que refuerzan el tratamiento higiénico-dietético, el 66,9% (IC 95% 61,93%-71,83%) el farmacológico, 5,1% (IC 95% 2,8%-7,4%) esperan el próximo control sin variar el tratamiento y el 0,3% (IC 95% -0,27%-0,87%) no lo modifican (p<0,001). El 73,7% de los MH y 62,7% de los MAP opinaron que refuerzan el farmacológico (p<0,05); el 56,4 y 65,9% el higiénico-dietético, (n.s). Sólo el 3,8 y 6% esperan el próximo control (n.s).

C2) “En dislipemia sin otro FRCV, ¿matiza la edad el tratamiento hipolipemiante?”: De los 350 profesionales, el 54,9% (IC 95% 49,69%-60,11%) contestó

Figura 4

Nivel de cumplimiento del tratamiento farmacológico hipolipemiante por parte de los pacientes, según los médicos de atención primaria (MAP) y médicos hospitalarios (MH) del estudio



* $p < 0,002$ entre los grupos MAP y MH.

no tenerla en cuenta y el 45,1% (IC 95% 39,89%-50,31%) sí la consideraría (n.s). El 53% de los MAP y 57,9% de los MH dijeron no tener en cuenta la edad (n.s); el 47 y 42,1% sí, no tratando la dislipemia si el paciente es mayor de $72,9 \pm 8,1$ años según los MAP o de $77,2 \pm 5,1$ años según los MH ($p = 0,001$).

C3) "En su experiencia valore la eficacia de las estatinas en el control de los parámetros lipídicos": La atorvastatina fue la mejor valorada por el total de médicos ($8,3 \pm 1,6$) ($p < 0,05$), seguida de pravastatina ($7 \pm 1,6$), simvastatina ($7 \pm 2,3$), fluvastatina ($5,9 \pm 2,3$) y lovastatina ($5,8 \pm 2,1$). Según el ámbito de trabajo, se encontraron diferencias significativas en fluvastatina ($6,5 \pm 1,7$ según MAP y $4,8 \pm 2,8$ según MH, $p < 0,001$), lovastatina ($6,3 \pm 1,6$ y $5,1 \pm 2,6$, $p < 0,001$) y simvastatina ($7,5 \pm 1,7$ y $6,2 \pm 2,7$, respectivamente, $p < 0,001$).

C4) ¿Cómo considera la observancia de los pacientes con su medicación hipolipemiante?": El 60,6% (IC 95% 55,48%-

65,72%) de la muestra contestó que el paciente cumple diariamente, 7,1% (IC 95% 4,41%-9,79%) ocasionalmente, 20% (IC 95% 15,81%-24,19%) que el paciente sabe que su perfil lipídico está alto y 12,3% (IC 95% 8,86%-15,74%) que son malos cumplidores ($p < 0,001$). Figura 4.

DISCUSIÓN

Según los resultados se observa que la mayoría de los médicos del estudio tienen como objetivos terapéuticos, en prevención primaria y secundaria, los propuestos por las distintas guías^{7,8,9}. Aunque el conocimiento del control de la dislipemia parece adecuado en el colectivo analizado, sus referencias acerca del número de sus pacientes dislipémicos bien controlados no alcanza el tercio del total. Globalmente, si se considera hipercolesterolemia una concentración de colesterol total > 200 mg/dl¹², según los médicos de la Región de Murcia, aproximadamente siete de cada diez pacientes que acuden a la consulta médica

se encuentran con valores que superan los recomendados.

Los resultados nos llevan a pensar que el control de la hipercolesterolemia en la práctica clínica resulta insuficiente, bien por la carga asistencial que padecen los profesionales o porque es el paciente el que desconoce o no otorga la importancia suficiente al colesterol como FRCV. En un estudio realizado por Banegas et al. en España¹³ se observó que los médicos sobreestimaban el control de la dislipemia en la mayoría de sus pacientes, lo que podría contribuir no alcanzar el objetivo de control propuesto.

Los resultados del presente trabajo muestran que los médicos creen que el control de sus pacientes en la mayoría de las ocasiones queda por debajo del valor deseado.

Casi la totalidad de los profesionales de este trabajo dijeron seguir los consensos internacionales sobre el control de la dislipemia. En la práctica clínica utilizan la concentración de colesterol de LDL como primer parámetro para establecer el objetivo terapéutico. El colesterol de HDL es utilizado más por los MH, dedicados en su mayoría a la prevención secundaria donde es importante conseguir cifras de colesterol de HDL protectoras.

En este trabajo y al igual que en otros^{12,16}, la evaluación y seguimiento de la dislipemia se realiza de forma adecuada. Según las distintas guías^{7,8,9}, una vez conseguido el objetivo terapéutico se mantiene el tratamiento de por vida. La mayoría de los médicos así lo manifestaron siempre que el paciente esté bien controlado. No obstante, un porcentaje nada despreciable reducirían la medicación. Como comentan los autores del estudio *Colesterol Press*¹², variar o retirar el tratamiento ante un buen control podría derivar, indirectamente, a que el paciente con enfermedad crónica disminuya o incluso suprima la propia medicación

sin consultar a su médico, con el consiguiente riesgo para su salud.

En el caso de que el paciente no alcance el control lipídico, los médicos suelen reforzar ligeramente más el tratamiento farmacológico que el higiénico-dietético (más los MH, que suelen comenzar las medidas de prevención secundaria con la instauración de fármacos si las higiénico-dietéticas no son suficientes).

El cálculo del riesgo cardiovascular no se realiza de forma sistemática para indicar el tratamiento. Este dato es similar en ambos colectivos médicos. El cálculo ocasional del riesgo cardiovascular es la opción más valorada en general, sobre todo entre los MAP. La actuación médica, prescindiendo de este cálculo, es más prevalente entre los MH ya que cuando el paciente acude a ella se suele encontrar con un riesgo cardiovascular moderado o alto, por lo que no es prioritario su medición. Todo ello lleva a pensar que si la mayoría de los médicos siguen los consensos, y por ello conocen la importancia de calcular el riesgo cardiovascular, éste se realiza en menor medida del esperado. Para el manejo del paciente dislipémico, el riesgo cardiovascular aporta más información que los niveles aislados de los parámetros bioquímicos lipídicos, ya que estratifica mejor a dichos pacientes.

En otro estudio⁶, el registro de los FRCV se realizó por menos de la mitad de los médicos. En este trabajo sorprende que prácticamente la totalidad de los MAP y MH utilicen los principales FRCV para calcular el riesgo cardiovascular pero al parecer sin utilidad concreta, puesto que éste se realiza, en su mayoría, de manera ocasional. Si su utilización fuese correcta, facilitaría un manejo terapéutico adecuado.

La edad del paciente superior a 65 años no debe constituir una contradicción para el tratamiento¹⁷, aunque no hay un común

denominador en el manejo de la hipercolesterolemia de la población anciana^{18,19}. Existen recomendaciones aceptadas para el uso de los agentes hipolipemiantes en estos pacientes²⁰. Los médicos de la Región de Murcia se encuentran divididos a la hora de considerar o no la edad como factor para instaurar tratamiento, siendo la edad de 75 años a partir de la cual no lo tratarían.

De las cinco estatinas propuestas, atorvastatina fue la considerada significativamente como la más eficaz por los profesionales del estudio. El resto fueron más valoradas por los MAP pudiendo ser, entre otras causas, porque: la atención primaria representa el marco ideal para el control de la dislipemia, por lo que estos profesionales pueden utilizarlas en mayor medida que los MH; muchos de los pacientes suelen estar polimedcados, con la posibilidad de aparición de interacciones farmacológicas, obligando a la sustitución por otra estatina.

Al igual que en el estudio *Colesterol Press*¹², que la muestra es representativa de toda España, los médicos de Murcia opinaron que el paciente tiene buen cumplimiento. El mal cumplimiento se observó más en los MAP que en los MH. Por un lado, que la hipercolesterolemia sea una que en los MH. Por otro lado, que la hipercolesterolemia sea una enfermedad de por vida con un tratamiento crónico lleva, en ocasiones, al abandono de la medicación, más si sus parámetros lipídicos se encuentran controlados, por lo que una mala observancia suele verse más frecuentemente en atención primaria. Por otro, al ser una enfermedad que en muchos casos se detecta de manera ocasional o es asintomática cuando acude a la consulta, el paciente no le da la importancia necesaria o no tiene conciencia de su riesgo, pudiendo cumplir mal su tratamiento; los médicos de atención primaria suelen ser los encargados del seguimiento a largo plazo y de una manera más estrecha por lo que detectarían en mayor medida cambios en el cumplimiento. Por último, quizá por la

mayor dificultad para acceder a la atención especializada por parte del paciente, o porque aquellos que acceden ya han presentado un episodio cardiovascular y saben de su riesgo, la cumplimentación es mayor en este ámbito.

En general y al igual que en otros estudios^{12,20,21}, no se aprecian diferencias en el grado de conocimiento y actuación entre los profesionales de atención primaria y hospitalaria, siendo adecuada y actual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular por sexo. España 1990-2003. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124:606-12.
2. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Pérez D. Factores de riesgo cardiovascular en la región de Murcia, España. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71:515-29.
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2002. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2005.
4. The International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease. Coronary Heart disease: Reducing the risk. The scientific background for primary and secondary prevention of coronary heart disease. A worldwide view. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 1998; 8:205-71.
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Años 1991-2002. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2005.
6. Saturno PJ, Gascón JJ, Bueno JM, Alcaraz J, Martínez P. El diagnóstico de las dislipemias en atención primaria: un servicio a mejorar. Resultados de una evaluación multicéntrica. *Aten Primaria*. 2000; 25:44-56.
7. 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.
8. Plaza I, Villar F, Mata P, Pérez F, Maiquez A, Casanova JA. Control de la colesterolesmia en

- España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2000; 53:815-37.
9. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J. Tercer Grupo de Trabajo de las sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica. *Aten Primaria.* 2004; 34:427-32.
 10. Wood D, de Backer G, Faergeman O, Gram. I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J.* 1998; 19:1434-503.
 11. Martínez G, Quiñones S, Castillo L, Ramos A, Avellana E, Ciurana R, Mata M. Adecuación del tratamiento farmacológico a las recomendaciones de un protocolo de actuación ante la hipercolesterolemia en atención primaria. *Aten Primaria.* 1996; 18:176-81.
 12. Abellán J, Leal M, Martínez A, Hernández F, García-Galbis JA, Gómez P. Nivel de conocimiento y actuación sobre dislipemias entre los médicos de atención primaria y especializada españoles. Estudio Colesterol Press. *Aten Primaria* 2006; 38:206-11.
 13. Banegas JR, Vegazo O, Serrano P, Luengo E, Mantilla T, Fernández R, Civeira F. The gap between dyslipemia control perceived by physicians and objective control patterns in Spain. *Atherosclerosis.* 2006; 188:420-4.
 14. Puska P, editor *Comprehensive cardiovascular community control programmes in Europe.* WHO Euro Reports and Study 106. Copenhagen: WHO; 1998.
 15. Alonso C, Simón J, Fernández G, Rivera J. Actitud de los médicos de atención primaria en el seguimiento de las dislipemias. *Aten Primaria.* 2004; 33:320-5.
 16. Arnalich Fernández F. Tratamiento hipolipemiente: uso según factores de riesgo cardiovascular. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 1996; 20:1-6.
 17. Hulley SB, Newman TB. Cholesterol in the Elderly. Is it important?. *JAMA* 1994; 272:1372-4.
 18. Villalbí JR, Martínez R. Tratar o no tratar la hipercolesterolemia. *FMC.* 1994; 1:425-39.
 19. Nacional Cholesterol Education Program. Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, (Adult Treatment Panel II). *Circulation.* 1994; 89:1329-445.
 20. Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. Why general practitioners refer patients to specialist outpatient clinics. *BMJ.* 1989; 299:304-6.
 21. Bowling A, Redfern J. The process of outpatient referral and care: the experiences and views of patients, their general practitioners, and specialists. *Br J Gen Pract.* 2000; 50:116-20.