

## Indicadores de proceso e control lipídico en pacientes hipercolesterolémicos

Segade Buceta, X.M.<sup>(1)</sup>; Purriños Hermida, M.J.<sup>(2)</sup>; Pérez Llamas, M.A.<sup>(3)</sup>; Santos Rodríguez, J.A.<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidade Técnica de Saúde Pública. Área de Atención Primaria de Santiago; <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Santiago;

<sup>(3)</sup>Centro de Saúde da Pobra do Caramiñal. Área de Atención Primaria de Santiago; <sup>(4)</sup>Centro de Saúde de Rianxo. Área de Atención Primaria de Santiago.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 138-141

### RESUMO

**Obxectivo.** Coñecer se unha maior cumprimentación dos indicadores de proceso garante un mellor control das cifras lipídicas.

**Doentes e métodos.** O estudo levouse a cabo nun total de 17 centros de saúde da Área de Atención Primaria de Santiago. Partiuse da avaliación da carteira de servizos dos pacientes hipercolesterolémicos do ano 2003, sendo o tamaño final da mostra de 803 pacientes. Trátase dun estudo analítico transversal. Mediuse a calidade das historias clínicas (HC) a través das seguintes variables: rexistro de antecedentes familiares e persoais; constancia dunha exploración física completa e dunha analítica inicial, cálculo do risco cardiovascular, rexistro de consello hixiénico-dietético e de consello anti-tabáquico en fumadores, e existencia de alomenos un control anual que inclúa un perfil lipídico; tamén se recolleron as dúas últimas cifras de colesterol total, cLDL e cHDL. Finalmente recolléronse variabeis que puidesen ser factores de confusión: idade, xénero, presenza de cardiopatía isquémica, anos de evolución, tratamento farmacolóxico, presenza de diabete asociada, de HTA e de tabaquismo.

**Resultados.** Do total dos 8 ítems, que miden a calidade da historia clínica, un 61% delas teñen cumprimento de 7 a 8 ítems. O 68,2% dos pacientes toman tratamento farmacolóxico. Teñen diabete asociada un 18,6%, e HTA un 48,5%. Son fumadores un 23,9%. Hai un bo control lipídico nun 27,3% dos pacientes, sen existir diferencias estatisticamente significativas entre os pacientes en prevención primaria e secundaria. Mediante regresión loxística comprobouse que nin o maior cumprimento de ítems nin ningunha outra variábel estudada está relacionada co bo ou mal control lipídico.

**Conclusión.** Unha maior cumprimentación dos indicadores de proceso non garante un mellor control das cifras lipídicas.

**Palabras clave.** Hipercolesterolemia, indicadores de proceso, atención primaria.

### INTRODUCCIÓN

A hipercolesterolemia é un dos principais factores modificábeis da doenza cardiovascular. A redución da colesterolemia produce unha diminución da incidencia e mortandade por cardiopatía isquémica e doenza cardiovascular en xeral, tanto en prevención primaria coma en secundaria<sup>1</sup>. Un 18% da poboación española de 35-64 anos presenta una colesteremia 250 mg/dl<sup>2</sup>, sendo de 221 mg/dl o valor medio para o colesterol total, 53 mg/dl para o cHDL e de 141 mg/dl para o cLDL<sup>3</sup>.

No Contrato-Programa das Xerencias de Atención Primaria coas Unidades de Atención Primaria (UAP) do SERGAS figuran unha serie de obxectivos que se corresponden co rexistro de diversas actividades clínico-preventivas, sendo a fonte de información para a súa avaliación as historias clínicas (HC) dos profesionais implicados.

Na última auditoría realizada (do ano 2003) contempláronse diversos indicadores de proceso nos pacientes hipercolesterolémicos. Sen embargo, cabe reinterrogarse sobre a hipotética relación entre a calidade da HC, segundo recomendacións da carteira de servizos, e un bo control do paciente hipercolesterolémico; ou sexa, o obxectivo do noso estudo é coñecer se unha maior cumprimentación dos indicadores de proceso garante un mellor control das cifras lipídicas.

### DOENTES E MÉTODOS

O estudo levouse a cabo nun total de 17 UAP da Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela. Estes centros de saúde atenden unha poboación adulta de aproximadamente 68337 habitantes, distribuídos en zonas urbanas e rurais. Partiuse da avaliación da carteira de servizos dos pacientes hipercolesterolémicos do ano 2003, para a cal se tiña obtido unha mostra de 20 HC dos ditos pacientes (aleatoriamente seleccionada mediante mostraxe sistemática) de cada un dos 44 médicos existentes. O total de poboación hipercolesterolémica identificada coma tal nas bases de datos deses centros de saúde era de 6382. Das 880 HC seleccionadas, un 8,7% figuraban sen diagnóstico correcto, polo que o tamaño final da mostra quedou establecido en 803 pacientes.

#### Enderezo para correspondencia:

Dr. Xosé M. Segade Buceta

Xerencia de Atención Primaria • Praza Martín Herrera, 2

15706 Santiago de Compostela - E-mail: xose.segade.buceta@sergas.es

TÁBOA 1

Resultados dos indicadores de proceso que miden a calidade das HC

Indicadores	%	IC do 95%
Antecedentes familiares	79,0	75,9 – 81,7
Antecedentes persoais	90,6	88,3 – 92,4
Exploración física (con PA e IMC)	96,7	95,1 – 97,7
Analítica inicial (perfil lipídico e glucemia)	98,4	97,1 – 99,1
Cálculo do RCV	43,5	40,0 – 47,0
Consello hixiénico-dietético	66,7	63,3 – 69,9
Consello antitabáquico en fumadores	64,0	58,7 – 68,9
Control anual que inclúa perfil lipídico	78,8	75,7 – 81,5

O traballo de campo deste estudo analítico transversal foi realizado durante o mes de febreiro de 2004.

Mediuse a calidade das HC a través das seguintes variables: rexistro na HC de antecedentes familiares e persoais; constancia dunha exploración física completa (con PA e IMC) e dunha analítica inicial (con perfil lipídico e glucemia); cálculo do risco cardiovascular (RCV) global alomenos nunha ocasión dende o diagnóstico; rexistro de consello hixiénico-dietético e de consello antitabáquico en fumadores; e existencia de alomenos un control anual que inclúa un perfil lipídico.

Recolléronse as dúas últimas cifras de colesterol total (CT), cLDL e cHDL, considerando bo control en prevención primaria un cLDL menor de 160 mg/dl en pacientes cun ou ningún factor de risco (FR) asociado e de cLDL menor de 130 mg/dl en presenza de dous ou máis FR; en prevención secundaria considerouse coma límite de bo control 125 mg/dl de cLDL. Nambos casos considerouse cHDL adecuado un valor maior de 35 mg/dl.

Finalmente recolléronse variables que poden influír no control da hipercolesterolemia e que puidesen ser factores de confusión se á vez están relacionadas coa calidade da HC. Estas variables foron: idade, xénero, presenza de cardiopatía isquémica, anos de evolución, tratamento farmacolóxico, presenza de diabetes asociada, de HTA e de tabaquismo. Todas as variables foron recollidas por un equipo auditor formado polos catro médicos autores deste estudo.

Os resultados, para ser válidos para o conxunto dos profesionais mencionados, foron ponderados mediante o número de hipercolesterolémicos de cada médico. Para a análise univariante dos resultados utilizáronse índices estatísticos descritivos para variables cualitativas (tipo proporción) e

cuantitativas (tipo media e mediana), a primeira coa desviación estándar (DE), xunto cos seus correspondentes intervalos de confianza (IC) do 95%, e a segunda coa súa desviación intercuartil (no caso de que a variable cuantitativa en cuestión non se distribuíra normal mediante a proba de Kolmogorov Smirnov). Realizouse análise bivariante mediante as probas da  $\chi^2$  e a t de Student. Finalmente, para evitar posibles sesgos de confusión, realizouse unha análise exploratoria con regresión lóxística, tomando coma variable dependente o bo ou mal control das cifras lipídicas e coma variables independentes as seguintes: xénero, idade, número de ítems con cumprimento (de 0 a 8), cada ítem específico, tratamento farmacolóxico ou non, anos de evolución e presenza ou non de diabetes, HTA e tabaquismo; avalíase a significación estatística mediante a proba de Wald.

## RESULTADOS

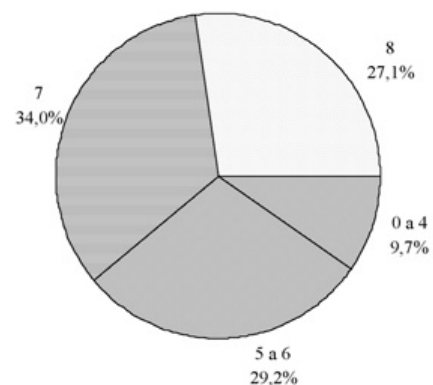
Houbo un predominio de doentes do xénero feminino (58,5%; IC do 95%: 54,9-61,9). A mediana da idade foi de 64,6 anos (desviación intercuartil de 8,9).

O grao de cumprimento dos ítems que miden a calidade das HC está recollido na táboa 1. Do total dos 8 ítems, un 61% das HC teñen cumprimento de 7 a 8 ítems (figura 1). A mediana dos anos de evolución foi de 4 (desviación intercuartil de 2). O 68,2% (IC do 95%: 64,8-71,3) dos pacientes toman tratamento farmacolóxico. Teñen diabetes asociada un 18,6% (IC do 95%: 16,0-21,5) e HTA un 48,5% (IC do 95%: 44,9-52,0). Son fumadores un 23,9% (IC do 95%: 21,0-27,0).

A concentración de CT media foi de 238 (DE=40) mg/dl, a de cLDL de 160 (DE=35) mg/dl e a de cHDL de 54 (DE=13). Existen diferenzas estatisticamente significativas

FIGURA 1

Suma dos ítems con cumprimento



entre os pacientes en prevención primaria e secundaria en relación coas concentracións de CT e das súas fraccións (táboa 2).

Hai un bo control lipídico (tanto coas cifras de cLDL e de cHDL) nun 27,3% (IC do 95%: 24,2-30,5) dos pacientes, sen existir diferencias estatisticamente significativas ( $p=0,48$ ) entre os pacientes en prevención primaria e secundaria (26,7 contra 31%).

Mediante a análise de regresión loxística comprobouse que nin o maior cumprimento de ítems nin ningunha outra variábel estudada está relacionada co bo ou mal control lipídico.

## DISCUSIÓN

A prevalencia de hipercolesterolemia (CT >250 mg/dl) varía amplamente segundo os estudos: así, no clásico de Banegas et al<sup>2</sup> da poboación española de 35-64 anos, a dita prevalencia foi do 18%. Noutro estudo poboacional realizado nunha área de saúde valenciana de persoas  $\geq 20$  anos<sup>4</sup>, a prevalencia foi do 29,3%. Similar resultado (25,5%) foi obtido noutra área de saúde, neste caso onubense, tamén de ámbito poboacional<sup>5</sup>. Sen embargo, atopámonos cun estudo catalán, realizado nunha poboación con elevada taxa de mortalidade cardiovascular, na que se observou unha prevalencia do 43,3%<sup>6</sup>. No presente traballo, a prevalencia global foi do 9,3%, cifra que nos suxire en primeiro lugar, un infradiagnóstico de hipercolesterolemia; en segundo lugar, un subexistente da mesma, xa diagnosticada pero non codificada coma tal. A nosa opinión está máis inclinada cara a esta segunda posibilidade.

En referencia ao grao de cumprimento dos ítems que miden a calidade das HC, cómpre destacar como máis baixo o cálculo do RCV (43,5%), sobre todo tendo en conta que sería necesario para a indicación ou nou de tratamento farmacolóxico.

A prevalencia de fumadores nos pacientes do presente estudo foi do 23,9%, cifra inferior á referenciada na poboación xeral (31%, segundo datos provisionais da Encuesta Nacional de Salud de 2003<sup>7</sup>). De todas formas, consideramos que o citado 23,9% é excesivamente alto, tendo en conta que estamos falando de poboación de risco.

Os valores medios de CT e das súas fraccións amosan un alto grao de coincidencia cos obtidos noutro estudo realizado en tres centros de saúde urbanos de Santiago de Compostela<sup>8</sup>. Noutro estudo (neste caso experimental e só con dieta), realizado por Fernández et al<sup>9</sup>, obtivéronse unhas concentracións medias de CT e de cLDL similares ás

do presente traballo, variando os valores de cHDL dos seus pacientes, que eran inferiores aos nosos (41 contra 54 mg/dl). A implicación práctica disto sería que só con dieta poderíamos obter uns resultados similares de concentracións de colesterol en relación a grupos de pacientes cunha alta porcentaxe deles en tratamento farmacolóxico. Sen embargo, estamos falando dun estudo experimental, no que a intervención é aplicada en condicións óptimas e ideais, que realmente non se pode comparar coas condicións habituais do exercicio da práctica clínica.

Soamente un 27,3% dos pacientes hipercolesterolémicos do presente estudo estaban ben controlados, a pesar de que o 68,2% tomaba tratamento farmacolóxico. O grupo prioritario en canto a un control máis estrito das cifras lipídicas está constituído polos pacientes en prevención secundaria, nos que estamos ante unha porcentaxe de bo control moi por debaixo do que sería desexabel (31%), resultado tamén coincidente con outros estudos, tanto en atención primaria<sup>10-12</sup> coma en especializada<sup>13</sup>. Non cabe dúbida de que a atención primaria debe promover máis o cumprimento dietético e terapéutico do paciente, xa que o seu incumprimento pode ser o factor clave na falta de control das cifras lipídicas.

Sen embargo, todos somos conscientes de que podemos ser bastante máis tolerantes ante cifras altas de colesterol en pacientes en prevención primaria en comparación cos xa mencionados de prevención secundaria; nos primeiros, a devandita tolerancia dependerá do número de factores de risco cardiovascular que poidan coexistir coa hipercolesterolemia. Así, unha vez estimado o dito risco mediante táboas, na práctica asistencial hai que tomar a decisión terapéutica baseada, sobre todo, no coñecemento de se o RCV é o suficientemente elevado como para obter un beneficio co tratamento<sup>14</sup>. Tamén todos somos conscientes da menor actitude tolerante ante o deficitario control das cifras tensionais en pacientes hipertensos ou do mal control metabólico en diabéticos. Aínda así cremos importante reforzar o cumprimento dietético e antitabáquico co obxectivo de

TÁBOA 2

Concentracións medias de CT, cLDL e cHDL en pacientes con e sen cardiopatía isquémica (CI)

	Sen CI	Con CI	Dif.	IC 95%
Colesterol Total	240 (39)	215 (44)	25	15-35
cLDL	163 (34)	144 (36)	19	11-26
cHDL	55 (13)	50 (13)	4	1-7

Nota: Entre paréntese figura a desviación estándar.

diminuír o RCV na medida do posíbel nos pacientes en prevención primaria. De aí a xustificación do control lipídico coma tema deste traballo.

O obxectivo principal deste estudo era coñecer se unha mellor cumprimentación dos indicadores de proceso garante un mellor control das cifras lipídicas. Os resultados indican que o maior ou menor cumprimento dos indicadores de proceso (recollidos na auditoría) non estaba relacionado co control das cifras lipídicas. Na literatura, ao non haber estudos similares, temos que recorrer aos realizados noutro tipo de pacientes, coma os hipertensos<sup>15-16</sup> ou os diabéticos<sup>17</sup>; neles, coa excepción dos diabéticos non tratados con insulina, tampouco se puido demostrar a relación anteriormente mencionada. A nosa opinión é que se estamos avaliando o rexistro das HC, como se está a facer nos Contratos Programa, non deberíamos asociar esta avaliación con calidade asistencial. Se queremos valorar esta última teríamos que recorrer a outro tipo de indicadores que non se están a recoller na actualidade, como pode ser o mesmo grao de control nos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Lorenzo A, Vilaseca J, Banegas JR. Prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28 (Supl. 2): 13-26.
- Banegas JR, Villar F, Pérez C, Jiménez R, Gil E, Muñoz J et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. *Rev San Hig Pub* 1993; 67: 419-45.
- Gutiérrez JA, Gómez J, Gómez A, Rubio MA, García A, Arístegui I. Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). Descripción de la evolución do perfil cardiovascular. *Med Clín (Barc)* 2000; 115: 726-9.
- Grupo de Investigación Clínica do Sureste (GICS). Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un área de saúde. *Aten Primaria* 2002; 30: 207-13.
- Márquez E, Casado JJ, Sánchez JL. Epidemiología de las dislipemias en población general adulta de la Zona Básica de Saúde La Orden de Huelva. *Aten Primaria* 1993; 12: 319-24.
- González M. Estudio de las dislipemias en una población con elevada tasa de mortalidad cardiovascular. *Aten Primaria* 1996; 18: 279-82.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevalencia do hábito tabáquico [accedido 8 Mar 2004]. Disponible en: <http://www1.msc.es/saúde/epidemiologia/tabaco/prevalencia.htm>
- Segade XM, Dosil O. Adecuación de la prescripción de hipolipemiantes y riesgo cardiovascular en pacientes con hipercolesterolemia. *Gac Sanit* 2002; 16: 318-23.
- Fernández RA, Carmona J, Fuentes F, Marín C, Gómez P, López Miranda J et al. Grado de respuesta do colesterol LDL a la alimentación en varones con hipercolesterolemia según sus valores basales. *Med Clín (Barc)* 2002; 118: 737-40.
- Grupo PRESENCIAP. Estudio de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la atención primaria (PRESENCIAP). *Aten Primaria* 2001; 27: 29-32.
- López E, Rubio E, Pérez C. Cardiopatía isquémica: ¿hacemos prevención secundaria en atención primaria?. *Aten Primaria* 2001; 28: 81-2.
- Martínez AA, Aguilar MJ, Rabadán M, Hernansanz F, González J, Marín A. Prevención secundaria de cardiopatía isquémica a nivel lipídico en atención primaria en Aragón. Estudio PRECIAR 1. *Rev Esp Saúde Pública* 2001; 75: 143-50.
- de Velasco JA, Cosín J, López-Sendón JL, de Teresa E, de Oya M, Sellers G. Nuevos datos sobre la prevención secundaria do infarto de miocardio en España. Resultados do estudio PREVESE II. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55: 801-9.
- Bonné MV, González O, Charques E, Alonso MM. Riesgo coronario y prescripción en pacientes con hipercolesterolemia en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 209-13.
- Dalfó A, Sisó A, Vila MA, Núñez S, Botinas M, Gibert E. Indicadores de proceso e indicadores de resultado en el control de la hipertensión arterial. *Aten Primaria* 2000; 26: 666-9.
- Segade XM, Nieto E, Do Corral FJ. Indicadores de proceso y control tensional en pacientes hipertensos. *SEMERGEN* 2003; 29: 296-300.
- Segovia C, Maín A, Corral L, González E, Raquejo MA, Nartín E et al. Control metabólico de la diabetes mellitus en relación con la calidad de las historias clínicas. *Aten Primaria* 2000; 26: 670-6.