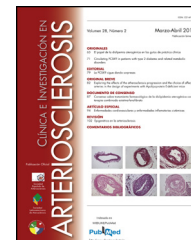




CLÍNICA E INVESTIGACIÓN EN
ARTERIOSCLEROSIS

www.elsevier.es/arterio



ORIGINAL

Mapa de recursos y necesidades asistenciales del paciente dislipidémico en España: estudio MADI

Juan Pedro-Botet^{a,*}, Elisenda Climent^a, Eva Giralt Martínez^b y Juana A. Flores-Le Roux^a

^a Unidad de Lípidos, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Línea de investigación, Grupo Saned, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 16 de junio de 2016; aceptado el 29 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Dislipidemia;
Atención primaria;
Atención especializada;
Niveles asistenciales;
Circuito asistencial;
Unidad de lípidos

Resumen

Introducción: La dislipidemia es uno de los principales determinantes modificables del riesgo vascular y, pese a ello, un número importante de pacientes no alcanzan los objetivos terapéuticos. La finalidad de este estudio fue describir los recursos y las necesidades actuales en la práctica clínica en España, mediante un análisis del manejo, la organización y el circuito asistencial para el paciente dislipidémico.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico que recabó las opiniones de 266 médicos de atención primaria (AP) y 258 médicos de atención especializada (AE) adscritos a hospitales públicos y su zona de influencia. Se realizó un análisis probabilístico estratificado por nivel asistencial, existencia de unidad de lípidos (UL) y área geográfica.

Resultados: Las diferencias halladas fueron más de índole geográfica que por existencia de UL en el hospital de referencia, con mayores carencias en las regiones del sur. La práctica totalidad de los médicos de AP diagnosticaban, trataban y controlaban los pacientes dislipidémicos, pero no hubo consenso en los criterios diagnósticos y los motivos de derivación de pacientes a la AE. Así mismo, existía descoordinación entre niveles asistenciales para el uso de un protocolo compartido. Destacó la baja proporción de pacientes que recibían educación sanitaria sobre su enfermedad.

Conclusiones: Este estudio refuerza la importancia de identificar los desajustes en el circuito asistencial del paciente dislipidémico para realizar las medidas correctoras oportunas; en concreto, favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y promover la educación del paciente sobre su enfermedad.

© 2016 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 86620@parcdesalutmar.cat (J. Pedro-Botet).

KEYWORDS

Dyslipidaemia;
Primary health care;
Specialised care;
Health care levels;
Care circuit;
Lipid unit

Map of resources and healthcare needs for patients with dyslipidaemia in Spain: The MADI study

Abstract

Introduction: Dyslipidaemia is a major modifiable determining factor of vascular risk and, despite this, a significant number of patients do not achieve lipid goals. The aim of this study is to describe the resources and current needs in clinical practice in Spain, through an analysis of management, organisation and the patient care circuit of dyslipidaemia patient.

Methods: A descriptive, cross-sectional, multicentre study, using a questionnaire, was conducted on physicians, 266 in primary care (PC) and 258 in specialised care (SC), who attended patients with dyslipidaemia in hospitals and centres within the National Health System. Probabilistic analyses were performed, stratifying by care-level, existence of a lipid unit (LU), and geographic area.

Results: Observed differences were mostly due to geographic location, rather than the existence of LU in the referral hospitals. Most system deficiencies were found in the southern provinces of the country. Nearly all primary care physicians declared that they diagnose, manage and control dyslipidaemia patients, but a general agreement was lacking for diagnostic and referral criteria. The scarce use of a shared protocol between PC and SC showed evidence of poor coordination between health care providers. Furthermore, there was a remarkably low proportion of patients receiving health care education for their disease.

Conclusions: This study emphasises the need to identify weaknesses in the dyslipidaemia patient care circuit, and to perform the appropriate remedial actions, in particular, to promote coordination between levels of care and to foster patient education about their disease.

© 2016 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad cardiovascular continúa siendo, a pesar de los avances conseguidos, una de las principales causas de morbilidad y gasto sanitario según el informe de enfermedades no transmisibles de la Organización Mundial de la Salud en 2014¹. Por dicho motivo, la prevención cardiovascular, basada en la detección, tratamiento y control de los factores de riesgo vascular, constituye el elemento principal en la lucha contra esta enfermedad. Si bien la prevención cardiovascular debe ser multifactorial, las intervenciones sanitarias implican una priorización, para lo cual es imprescindible conocer el impacto de cada posible estrategia en el riesgo de la población. En este sentido, el estudio INTERHEART² demostró que la dislipidemia es uno de los principales determinantes modificables del riesgo vascular, considerando que dicho factor era responsable del 54% del riesgo atribuible de infarto de miocardio. En nuestro medio, se ha estimado que la hipercolesterolemia es, después de la obesidad y el tabaquismo, el factor de riesgo con mayor impacto poblacional en la enfermedad cardiaca coronaria, independientemente del sexo, de la edad y de los restantes factores de riesgo³.

Diferentes registros y estudios epidemiológicos europeos⁴ y nacionales⁵⁻¹¹ han señalado que, a pesar de la terapia con estatinas, un elevado porcentaje de pacientes, principalmente los de muy alto riesgo cardiovascular, no alcanzan los objetivos lipídicos recomendados por las guías de práctica clínica, y en consecuencia mantienen un riesgo cardiovascular persistente e inaceptablemente importante. Las causas

de este infracontrol son diversas y competen a los 3 ámbitos de la organización de la atención sanitaria: la administración, los profesionales de la salud y los pacientes¹². Además, es primordial una óptima coordinación entre los niveles médicos asistenciales para garantizar una adecuada atención del paciente. En este sentido, existen experiencias positivas que demuestran los beneficios de la implantación de modelos de integración entre la atención primaria (AP) y la especializada (AE) en áreas urbanas con un hospital universitario de referencia¹³. Sin embargo, un reciente análisis del circuito asistencial del paciente hipertenso o diabético reveló una deficiente coordinación entre niveles asistenciales¹⁴.

Sobre la base de lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue conocer el mapa organizativo y de recursos disponibles en España para la atención del paciente con dislipidemia. En concreto, se trató de precisar los circuitos asistenciales en la práctica clínica incluyendo los criterios de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente dislipidémico, así como de derivación a la AE. Como objetivos secundarios, se analizaron los recursos y las necesidades en función del nivel asistencial, la existencia de unidad de lípidos (UL) y el área geográfica del centro sanitario.

Material y métodos

Diseño del estudio y participantes

El estudio MAPa de recursos y necesidades asistenciales del paciente Dislipidémico (MADI) se diseñó como un estudio

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5593028>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5593028>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)