Dificultades para la aplicación de las Guías en la práctica clínica.

Manejo de la Enfermedad Cardiovascular en España.
Aplicación de las Guías

- Situación del tema:
  - ¿Aplicamos las guías en España?
- ¿Por qué?:
  - Algunas de las posibles causas
- Posibles soluciones

¿Aplicamos las guías en España?

SPECIAL COMMUNICATION

Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Pr (NCEP) Expert Panel on Detection, Evalu and Treatment of High Blood Cholesterc in Adults (Adult Treatment Panel III)

SPECIAL COMMUNICATION — CLINICIAN'S CORNER

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure

The JNC 7 Report

Executive summary

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts)

El estudio DISEHTAC II: diagnóstico y seguimiento de la HTA en Cataluña.Comparación con datos de 1996.

- **OBJECTIVO**: Evaluar los cambios en el diagnóstico y seguimiento de la HTA, y en la evaluación del riesgo cardiovascular, en una población atendida por centros de AP en Cataluña.

- **PARTICIPANTES**: Doce EAP elegidos entre los 31 que participaron en el estudio DISEHTAC I (1996), con un total de 990 registros de pacientes.

- **FECHA**: 2001

Aten Primaria. 2005 Jan;35(1):7-12.

El estudio DISEHTAC II: diagnóstico y seguimiento de la HTA en Cataluña.Comparación con datos de 1996.

RESULTADOS:

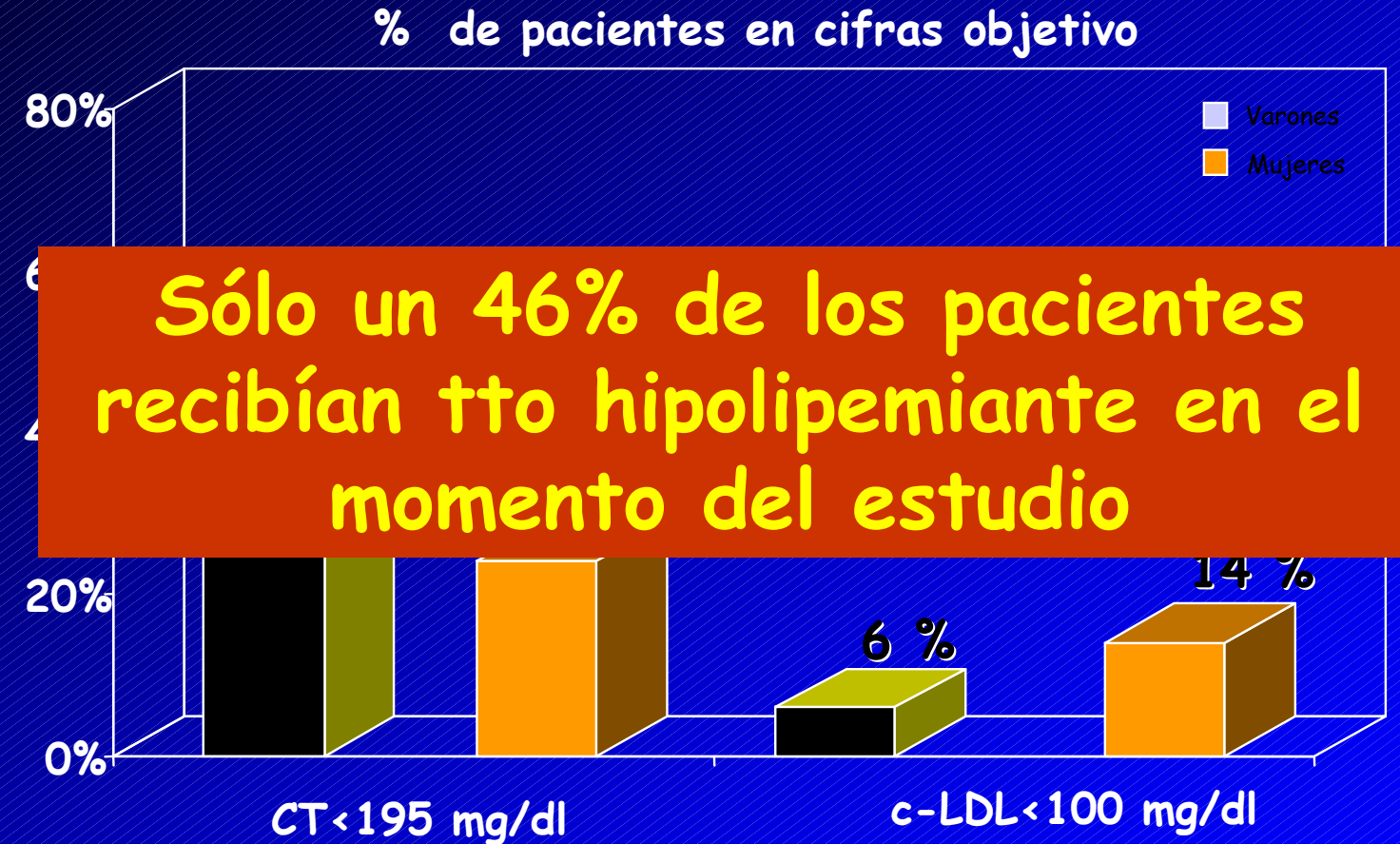
De los 171 nuevos casos diagnósticados de HTA

- Solo 16.7% fueron diagnósticados en base al menos 3 pares de medidas (triple toma) o como resultado de un episodio agudo de HTA.

- Se realizó despistaje de FRCV, para poder realizar estratificación, solo en el 50.4% de los pacientes (63.1% en 1996).

Aten Primaria. 2005 Jan;35(1):7-12.

ESTUDIO ELIPSE: PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA (ÁMBITO: ATENCIÓN PRIMARIA, CIUDAD REAL)



Sólo un 46% de los pacientes recibían tto hipolipemiante en el momento del estudio

Tomado de Grupo ELIPSE. *Med Clin* (Barc) 2000;115:321-325.[16]

Registro REACH 63,814 patients
Estudio Nacional

- Especialidades:
  - Cardiología: 33%
  - Cirugía vascular 1,3%
  - Cirujanos generales: 10%
  - Medicina Interna 31%
  - Neurología 17%
  - Familia 4%
  - Endocrinólogos: 3%

- 257 sitios
- 237 investigadores
- 2515 pacientes

2003-2004

Basal: RF Control and use of medication.

	Total	Multiple risk factors	CD	CVD	PAD	p
N	2515	297	1363	812	415	
BP < 140/90 mmHg (%)	59.36	76.53	50.22	42.9	32.93	<0.005
TC< 200 mg/dl (%)	56.71	44.32	58.69	51.79	49.79	<0.005
Anomalous basal glucose* (%)	35.04	30.92	31.67	30.0	38.89	<0.005
Current smokers	13.89	22.03	9.56	11.74	22.49	<0.005
Use of at least one antiplatelet agent(%)	81.52	44.07	86.52	83.17	81.62	<0.005
Use of statin (%)	65.81	65.12	79.90	53.0	54.57	<0.005

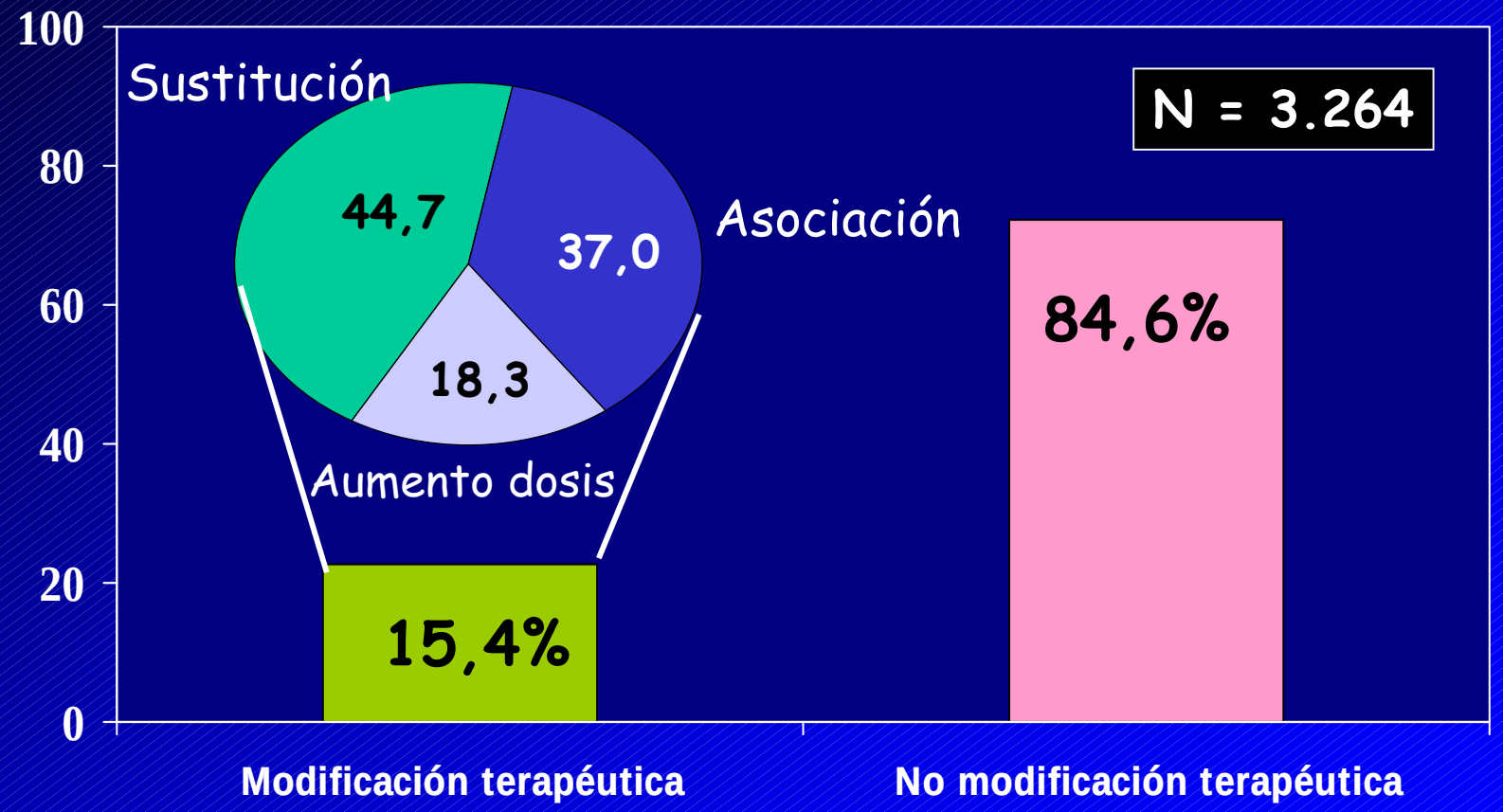
2004

Prophylactic treatment after myocardial infarction

	CARDIOLOGY n=2054 (1998)	GP n = 369 (1999)	STANDARD
B-Blockers	45.1%	50.2%	94.5%
ACEIs	46.4%	35.2%	71.8%
STATIN	29.4%	52%	50.5%

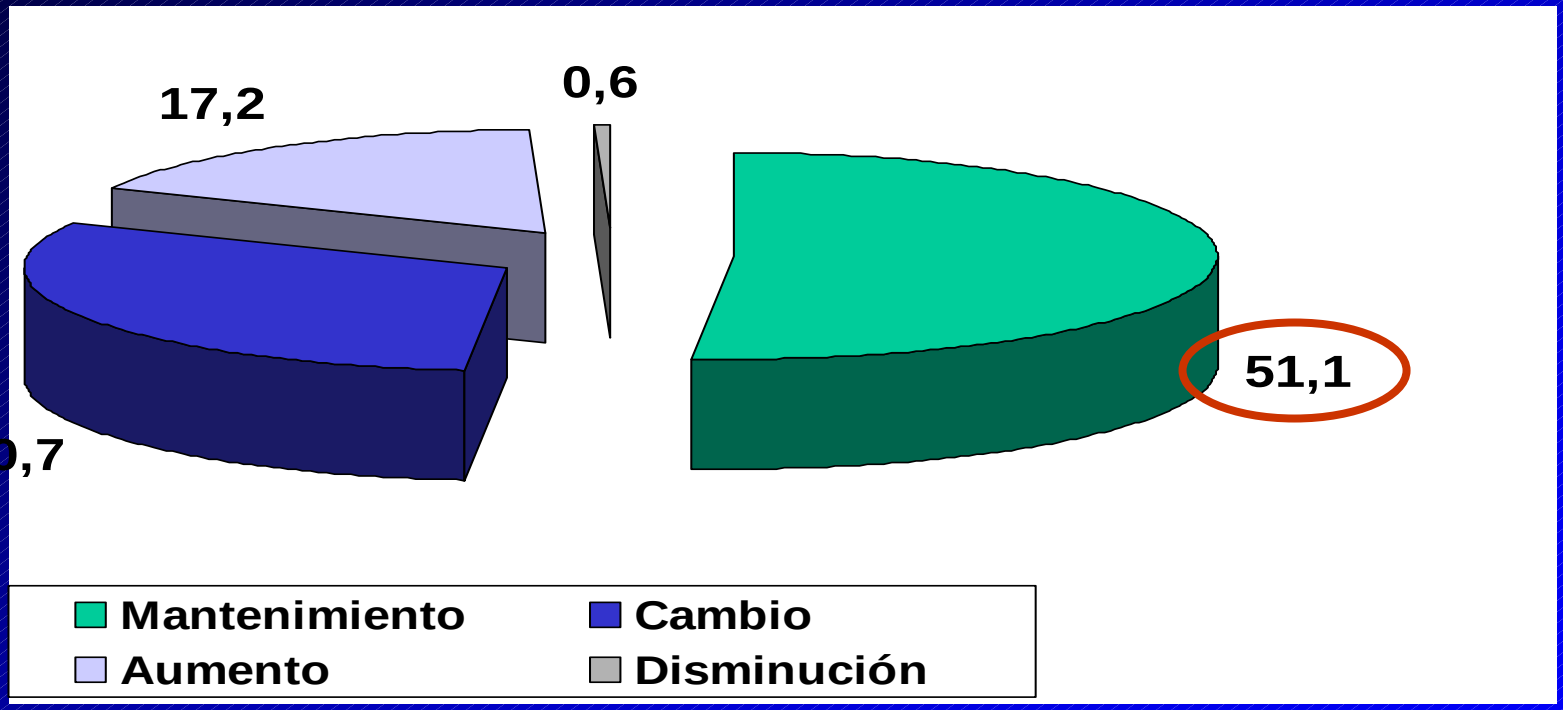
Family Practice 2003,Vol. 20, No. 1, 32-35
The PREVESE II Study. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 791 - 792

Conducta del médico en pacientes no controlados con monoterapia inicial (58,4%). Estudio Controlpres 2003



Coca A. Hipertensión 2005

Actitud ante el paciente no controlado.
Estudio CLUE. 31,5% en monoterapia



La inercia terapéutica no es un problema de primaria.

¿por qué no las aplicamos?

¿Qué se requiere para aplicar una Guía?

- Conocerla.
- Aceptarla.
- Tener tiempo para aplicarla.

¿Por qué no seguimos las guías?

- Múltiples guías.
  - Dificultad de elección.
  - Criterios de elección diversos (políticos, económicos...)
  - Directrices no coincidentes.
- Guías complejas
- Falta de convencimiento.
- Desconocimiento de las recomendaciones.
- Presión asistencial
  - Falta de tiempo.
  - " Síndrome del quemado"

¿Por qué no seguimos las guías?

- Infraestimación del riesgo del paciente
- Sobreestimación de la eficiencia de nuestra intervención (% de controlados).
- Resistencia ante el incremento del nº de fármacos (dudas de utilidad, coste....)
- Dificultad para conseguir los objetivos terapéuticos

Guías de Práctica Clínicas españolas sobre manejo ECV Recogidas por la SEC (I)

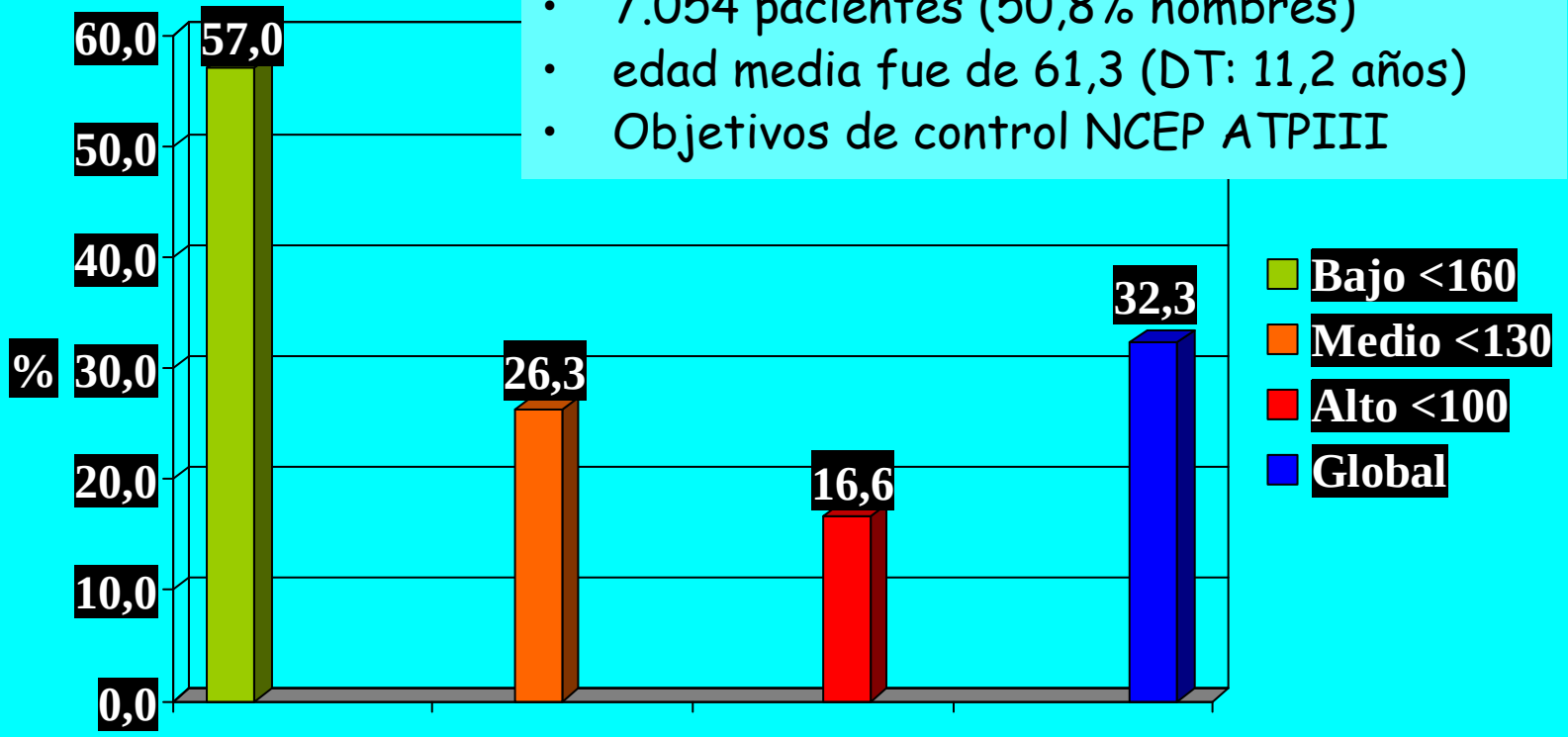
- **Actualización de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial**
- Arritmias cardíacas
- Angina estable
- Angina inestable / Infarto sin elevación ST
- HTA
- Infarto agudo de miocardio
- Insuficiencia Cardíaca y el Shock Cardiogénico
- Prevención cardiovascular y Rehabilitación cardíaca
- Recomendaciones para el uso del tratamiento antitrombótico en cardiología
- **Cardiopatía Isquémica**
- Angor inestable (**fisterra**, 2004)
- Infarto agudo de miocardio (**fisterra**, 2002)
- Protocolos basados en la evidencia para el tratamiento de la angina estable en atención primaria 2001 (PDF) (Grupo para el Desarrollo de Protocolos sobre la Angina Estable del Norte de Inglaterra)
- **Dislipemias**
- Manejo de las Dislipemias (**fisterra**, 2004)
- Hipercolesterolemia: protocolo de actuación. FMC 1999; 6 (supl. 7). [No disponible en formato electrónico]
- Hipercolesterolemia (Institut Catalá de la Salut)
- **Fibrilación Auricular**

Guías de Guías de Práctica Clínicas españolas sobre manejo ECV Recogidas por la SEC (II)

- **Fibrilación Auricular**
- Fibrilación Auricular (fisterra, 2004)
- **HTA**
- Crisis hipertensivas (**fisterra**, 2005)
- HTA (**fisterra**, 2004)
- Hipertensión arterial en Atención Primaria. FMC 1999; 6 (supl. 3). [No disponible en formato electrónico]
- Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005 (Sociedad Española de Hipertensión - Liga española para la lucha de la HTA)
- Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la HTA OMS 2003
- Guía sobre diagnóstico y tratamineto de la HTA. Sociedad Británica de Hipertensión
- Séptimo Informe del Joint Nacional Committee sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC 7) (2003)
- Guía sobre HTA (Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria)
- Hipertensió arterial (Institut Català de la Salut)
- Guías del 2003 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la HTA (PDF)
- **Insuficiencia Cardiaca**
- Insuficiencia Cardiaca (**fisterra**, 2005)
- Edema agudo de pulmón (**fisterra**, 2003)
- Insuficiencia Cardíaca: Cuidado continuo. Guías, circuitos y educación del paciente (Área del Corazón. Hospital Juan Canalejo, A Coruña)
- **Síncope**
- Síncope (**fisterra**, 2005)
- **Tabaquismo**
- Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar (PAPPS de la semFyC)
- Guía sobre manejo del Tabaquismo (**fisterra**, 2002)
-

Estudio LIPICAP. Grado de control para el colesterol LDL por categorías de riesgo

- 7.054 pacientes (50,8% hombres)
- edad media fue de 61,3 (DT: 11,2 años)
- Objetivos de control NCEP ATPIII



Investigadores del Estudio LIPICAP: GC RODRÍGUEZ ROCA , S LOU ARNAL, V BARRIOS ALONSO, JL LLISTERRI CARO, JR BANEGAS BANEGAS, A RÁBER BÉJAR, A MATALI GILARRANZ, R DE CASTELLAR SANSÓ; FJ ALONSO MORENO

Valoración del investigador de los objetivos de control cLDL

		Cifras de cLDL controladas				p
		Si		No		
		n	%	n	%	
¿Considera que su paciente tiene habitualmente las cifras de lípidos controladas?	Sí	1.400	46,7	1.599	53,3	<0,001
	No	544	8,3	.433	81,7	

Investigadores del Estudio LIPICAP: GC RODRÍGUEZ ROCA , S LOU ARNAL, V BARRIOS ALONSO, JL LLISTERRI CARO, JR BANEGAS BANEGAS, A RÁBER BÉJAR, A MATALI GILARRANZ, R DE CASTELLAR SANSÓ; FJ ALONSO MORENO

ESTUDIO CONTROLMAP

Porcentaje de pacientes controlados según metodología utilizada para la medida de la PA (n: 197)

PAHC (PA historia Clª)	PAI (una medida)	M3 (media de 3)	M2 (media de la 2ª y 3ª)
17,20%	16,20%	39,80%	42,90%

PAHA ó PAI vs M3 ó M2.....p< 0,001

El tiempo medio requerido para realizar las tres medidas de la PA en condiciones estándar fue de **11,34 minutos**. La medida de la PA según PAC consume **3 minutos.**

López Corral et al.
Atención Primaria 2005

Posibles soluciones

- Simplificación de las guías
- Unificación de guías dirigidas a un mismo proceso.
- Formación Continuada
- Aumentar el tiempo de consulta
- Implicación de la enfermería
- Incentivación (Productividad) por consecución de objetivos de control.
- Educación sanitaria
- Etc…

Conclusiones

- Baja implementación de las guías en España, en todos los niveles asitenciales.

- Múltiples motivos cuya solución afectan a:
  - Las sociedades científicas
  - La administración sanitaria
  - Los médicos