Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Aten Primaria. 2011;43(6):325—330

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

CARTAS AL DIRECTOR

Función renal en pacientes con síndrome metabólico atendidos en Atención Primaria

Renal function in patients with metabolic syndrome attending primary care

Sr. Director:

El síndrome metabólico según los criterios mencionados por el panel ATP III se define como un tipo de paciente con riesgo cardiovascular (RCV) alto[1]. En Atención Primaria, estos pacientes deben encontrar una adecuada respuesta a su situación para evitar que empeore su pronóstico cardiovascular. Se ha considerado interesante plantear un estudio que analice las características de los pacientes con síndrome metabólico atendidos por su médico de Atención Primaria. El objetivo del presente estudio es estudiar en condiciones de práctica clínica real la prevalencia y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome metabólico atendidos en Atención Primaria en España.

Se trata de un estudio observacional realizado a pacientes con síndrome metabólico (criterios ATP III). Fue realizado en centros de Atención Primaria de la Región de Murcia y Asturias. Se incluyeron 485 pacientes. Los datos recogidos fueron edad, sexo, índice de masa corporal, presión arterial, analítica general, factores de riesgo cardiovascular, componentes de síndrome metabólico y datos de afectación renal.

Los resultados obtenidos muestran que 270 individuos eran varones y 215 mujeres. Los resultados se expresan como media (desviación estándar). La edad media fue de 65,19 (10,09) años y el índice de masa corporal medio de 31,37 (6,33) kg/m^2. El porcentaje de fumadores fue del 11% (53). La presión arterial media fue de 143,63 mmHg (16,00) para la sistólica y de 82,80 mmHg (10,23) para la diastólica. El perfil lipídico mostró un LDL colesterol de 129,88 mg/dl (36,97). La hemoglobina glicosilada media fue de 6,47 g/dl (1,45). El filtrado glomerular (MDRD) medio fue de 76,09 ± 25,77 ml/min.

Respecto a la función renal, la distribución de los pacientes según el estadío de Kdoqui muestra que el 50,5% de los pacientes (266) tienen un filtrado glomerular entre 60 y 89,9 ml/min. Es mayor o igual a 90 ml/min en el 22,5% (109). Es inferior a 60 ml/min en el 22,5% (109). La microalbuminuria ha sido positiva (hombre > 21 mg/L, mujer > 30 mg/L) en el 22% (94) de los individuos analizados (tabla 1).

Tabla 1 Distribución de los pacientes según su función renal (n y pocentaje).

	Valor
Estadios KDOQUI Insuf. RENAL	
FG < 15 ml/min	3 (0,6%)
FG 15-29,99 ml/min	4 (0,8%)
FG 30-59,99 ml/min	102 (21,1%)
FG 60-89,99 ml/min	266 (55,0%)
FG > 90 ml/min	109 (22,5%)
Microalbuminuria (ESC-ESH)[*] No	333 (78,0%)
Sí	94 (22,0%)

[*] Microalbuminuria según ESC-ESH: hombre > 21 mg/L, Mujer > 30 mg/L).

En este trabajo queda reflejado el perfil de nuestros pacientes con síndrome metabólico controlados por su médico de Atención Primaria. También comprobamos que son pacientes con numerosos factores de riesgo añadidos lo que conlleva un alto riesgo cardiovascular. Llama la atención el alto porcentaje de pacientes con síndrome metabólico que presentan una función renal deteriorada. De hecho, el 77,5% de ellos presentan un filtrado glomerular inferior a 90 ml/min y la microalbuminuria está presente en un 22,0% de ellos. Esto nos lleva a afirmar, que los pacientes con síndrome metabólico no son sólo pacientes con riesgo cardiovascular alto, sino que su probabilidad de tener daño renal establecido es elevado, debido a la potenciación de los factores de riesgo cardiovascular que presentan[2-5].

En resumen, un porcentaje importante de los pacientes con síndrome metabólico tiene una función renal deteriorada. Será preciso emprender medidas correctoras para cambiar el panorama, actuando sobre los médicos concienciándolos sobre la importancia que adquiere el control adecuado de los pacientes con síndrome metabólico.

Bibliografía

1. Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. 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.

0212-6567/$ – see front matter © 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

2. Ritz E. The role of the kidney in cardiovascular medicine. Eur J Intern Med. 2005;16:321—7.
3. Gimeno-Orna JA, Molinero-Herguedas E, Lou-Arnal LM, Boned-Juliani B, Labrador-Fuster T, Guiu-Campos M. Microalbuminuria accounts for the increased vascular disease risk in diabetic patients with metabolic syndrome. Rev Esp Cardiol. 2007;60:1202—5.
4. Calbo Mayo JM, Terrancle de Juan I, Fernández Jiménez P, Rodríguez Martín MJ, Martínez Díaz V, Santisteban López Y, et al., grupo de estudio síndrome metabólico de Albacete. Prevalence of metabolic syndrome in the province of Albacete. Rev Clin Esp. 2007;207:64—8.
5. Palma Gámiz JL, Conget Donlo I, Bertomeu González V, Ascaso Gimilio JF, González Juanatey JR, Alegría Ezquerra E, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in Spanish patients with established cardiovascular disease: CLYDIA study. Med Clin (Barc). 2007;128:407—13.

José Abellán Alemán[a,*], Miguel Ángel Prieto Díaz[b], Mariano Leal Hernández[a], Soledad García de Vinuesa[c] y José Luño Fernández[c], En representación de los investigadores del Estudio SMAPyH

[a] *Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España*
[b] *Centro de Salud Villalobin-Concinos, Oviedo, Asturias, España*
[c] *Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*

[*] Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jabellan@pdi.ucam.edu
(J. Abellán Alemán).

doi:10.1016/j.aprim.2010.05.018

La influencia de la entrevista del farmacéutico de Atención Primaria sobre el bolígrafo del médico

The influence of the Primary Care Pharmacist interview on the doctor's pen

Sr. Director:

El gasto farmacéutico está en crecimiento constante y deben introducirse medidas que promuevan un uso racional del medicamento, seleccionando aquellos más eficaces, seguros y eficientes[1,2].

El objetivo de nuestro estudio fue valorar la entrevista personal como una estrategia de intervención para mejorar la eficiencia y calidad de la prescripción farmacéutica. El estudio fue cuasi-experimental antes-después con grupo control. Se realizó en un área de Atención Primaria (AP) de Valladolid con 210 médicos de familia. Se evaluaron los indicadores de prescripción del primer cuatrimestre de 2009 y se propuso una intervención sobre 39 facultativos más desviados con respecto a los estándares, que constituyeron el grupo de intervención, siendo los 171 restantes el grupo control. La intervención consistió en una entrevista personal de las farmacéuticas de AP con los médicos seleccionados. Sobre ambos grupos se continuó con la práctica habitual de retroalimentación de sus informes de prescripción.

La entrevista, planificada para 15 minutos, fue preparada y diseñada previamente con la siguiente estructura:

- Análisis de indicadores de prescripción
- Escucha activa en la que el médico exponía sus dificultades para alcanzar objetivos
- Información y propuesta de estrategias de mejora
- Debate
- Conclusiones

Comparamos los indicadores cinco meses antes y cinco meses después de la intervención. En el grupo de intervención mejoraron nueve (5 con $p < 0,05$) de los doce indicadores. En el grupo control mejoraron cuatro ($p < 0,05$) y empeoraron ocho. La efectividad de la intervención se determinó como la diferencia entre el grupo entrevistado y el grupo control antes y después de la entrevista. Se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas en el grupo de intervención respecto al control en nueve de los doce (dos no alcanzaron significación y uno empeoró).

La tabla 1 muestra las diferencias de cada indicador antes y después de la intervención en cada grupo y entre ambos grupos.

La utilización de indicadores de calidad de prescripción es una herramienta de las más utilizadas para la mejora de la calidad, la eficiencia, y el uso racional de medicamentos, por ser instrumentos que permiten medir la prescripción, evaluarla y actuar para su mejora[1,2].

Al decidir el tipo de intervención, optamos por la entrevista, ya que la interacción personal es el método más potente de comunicación y podría tener mayor impacto en la mejora de la prescripción farmacéutica[3,4]. La eficacia aumenta si se dirige a los médicos con mayor desviación de los estándares, si es breve (10-15 minutos)[4] y si se refuerza con *feedback* de sus informes de prescripción[5].

El farmacéutico de AP juega un papel activo a la hora de inducir cambios positivos en la prescripción[6] por sus conocimientos de los problemas de salud prevalentes y tratamientos más eficientes, conocimiento de bases de datos, destreza en el manejo de indicadores y perfiles de prescripción y por su proximidad al médico de Atención Primaria.

La intervención resultó ser efectiva sobre todos los indicadores excepto tres, los cuales son los más afectados por la prescripción inducida, por lo que la actuación del médico de familia queda limitada y esto podría explicar la escasa efectividad de la intervención sobre ellos.

Como conclusión podemos decir, que en nuestra experiencia, la entrevista personalizada y estructurada puede ser una herramienta eficaz dentro de las posibles estrategias para mejorar la calidad y eficiencia de la prescripción en un área de salud.