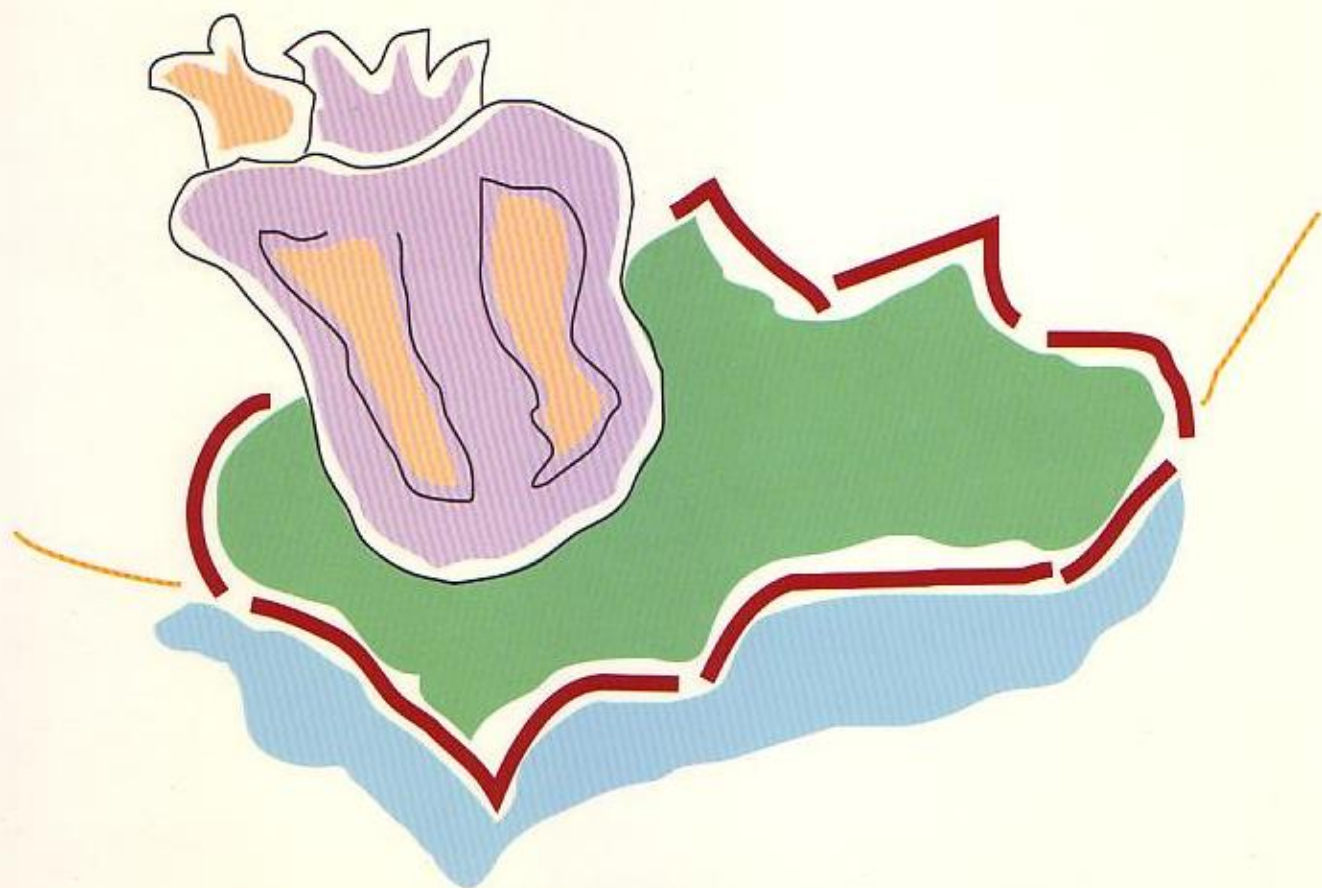


ESTUDIO DELPHI SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ANDALUCIA



JUNTA DE ANDALUCIA
Consejería de Salud

ESTUDIO DELPHI SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ANDALUCÍA

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Dirección General de Asistencia Sanitaria

Año de Edición 1996
JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud

DATOS CATALOGRAFICOS

ANDALUCIA, JUNTA
Consejería de Salud.

Estudio DELPHI sobre enfermedades
cardiovasculares en Andalucía.
Servicio Andaluz de Salud.
Consejería de Salud, 1995.
119 páginas, 28 cm. (Informes Técnicos)

© Consejería de Salud,
Junta de Andalucía

EDITA: Consejería de Salud,
Junta de Andalucía.

ISBN: 84-606-2264-9
Depósito legal: SE-629/1996
Imprime: Tecnographic, S.L.

los autores

Equipo de trabajo:

Nieto Cervera, Jaime (Coordinación)
Fernández Merino, Juan Carlos
Olmedo Vázquez, Gloria
Pereiro Hernández, Rafael
San Juan Lozano, Pilar

Dirección General de Asistencia Sanitaria
Servicio Andaluz de Salud

Autores/participantes:

Profesionales médicos del Servicio Andaluz de Salud (Cardiólogos y Médicos de Atención Primaria)

Colaboradores:

López García-Aranda, Víctor. Fundación Andaluza de Ayuda a la Cardiología
Cruz Fernández, José M.^º. Sociedad Andaluza de Cardiología
Fournier Andray, Juan A. Sociedad Andaluza de Cardiología

INDICE

	Página
INTRODUCCION	7
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODO	11
EL METODO DELPHI	11
CRONOGRAMA Y SISTEMATICA	12
ANALISIS DE LOS GRUPOS	13
CARACTERISTICAS DE LAS CUESTIONES	14
RESULTADOS	15
NIVEL DE CONSENSO ALCANZADO	15
ANALISIS DE LAS RESPUESTAS	16
CONCLUSIONES	43
ANEXO I	47
ANEXO II	61
ANEXO III	97
ANEXO IV	113
LISTA DE TABLAS	117
LISTA DE FIGURAS	118
BIBLIOGRAFIA	119

INTRODUCCION

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), como denominación genérica, abarcan una amplia serie de procesos patológicos que van desde las Cardiopatías Congénitas hasta los Accidentes Cerebrovasculares (ACV), por expresar dos cuadros de presentación en extremos opuestos de la vida.

Su incidencia en la sociedad es alta, constituyendo en España, exceptuados los partos, enfermedades mentales y los síntomas, signos y estados morbosos mal definidos, la tercera causa de ingresos y estancias hospitalarios durante los años 1986, 87 y 88, de los que un alto número no alcanzan la recuperación completa permaneciendo en situaciones diversas de discapacidad. Así mismo son responsables del 50% de todas las muertes.

Cuando en los objetivos de Salud de la Junta de Andalucía se marcaba para la Legislatura 1990 - 94, la necesidad de establecer un Plan de Salud para la Comunidad Autónoma, se preveía, sobre los datos europeos y estatales, que dada la incidencia y consecuencias de los procesos cardiovasculares en la población, éstos constituirían una de los ejes prioritarios de actuación tanto en los aspectos epidemiológicos y preventivos como en los asistenciales.

Como parte de la metodología de elaboración del Plan se estableció un procedimiento de identificación y priorización de problemas de salud de la Comunidad Autónoma que como resultado confirmó la previsión comentada en el párrafo anterior. Consecuencia de este hecho fue la constitución de un grupo nominal de expertos para redactar un documento base sobre la problemática de este tipo de patologías con vistas a su consideración en el Plan Global.

Por otra parte la Consejería de Salud dentro de sus objetivos para el año 1991 bajo el concepto genérico «**más Salud**» contemplaba el desarrollo de un Plan de actuación en Patologías Cardiovasculares que estableciendo unas pautas comunes de actuación permitieran coordinar las diversas iniciativas existentes y dar una respuesta adecuada a esta problemática.

Como todo plan de actuación trata de identificar las situaciones de mayor incidencia y repercusión así como con mayor sensibilidad ante posibles actuaciones correctoras para dirigir hacia ellas las acciones y programas que se estimen necesarios. De esta forma durante las últimas décadas se ha logrado, por ejemplo, una marcada reducción de las cardiopatías valvulares como secuelas de los episodios de fiebre reumática al actuar decididamente sobre el factor causal, fácilmente identificable y abordable con pautas adecuadas de antibioterapia.

En consonancia con lo expuesto, por parte de la Dirección General de Atención Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, se establecía la necesidad de conocer el grado de acuerdo existente entre los profesionales para el manejo de los procesos cardiovasculares. La publicación en fechas recientes de los Consensos Nacionales sobre el Colesterol y la Hipertensión Arterial, añadían el interés de poder determinar la coincidencia de los médicos andaluces con los conceptos recogidos en ambos documentos.

Los objetivos de este estudio son: 1) conocer el grado de acuerdo existente entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares; 2) conocer el grado de conocimiento de los Consensos Nacionales sobre el Colesterol y la Hipertensión Arterial por parte de los profesionales de Atención Primaria y Especializada.

El estudio se realizó en Andalucía, región de España, durante el periodo de tiempo comprendido entre los meses de mayo y junio de 1997. Se seleccionó una muestra de 100 médicos de Atención Primaria y Especializada, distribuidos en 50 centros de Atención Primaria y 50 centros de Atención Especializada, pertenecientes a 10 provincias de Andalucía.

El estudio se realizó en forma de encuesta por correo electrónico. Se envió a cada uno de los médicos un cuestionario que contenía preguntas sobre el conocimiento de los Consensos Nacionales sobre el Colesterol y la Hipertensión Arterial, y sobre el grado de acuerdo existente entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

Los datos obtenidos se analizaron mediante el método de los porcentajes. Se consideró un nivel de significación estadística del 5%. Se utilizó el programa de estadística SPSS para Windows.

Los resultados de este estudio se presentan en el capítulo 2. Se observó un alto grado de conocimiento de los Consensos Nacionales sobre el Colesterol y la Hipertensión Arterial por parte de los profesionales de Atención Primaria y Especializada. Asimismo, se observó un alto grado de acuerdo existente entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares.

OBJETIVOS

Disponer de información cualitativa útil sobre los criterios de los profesionales médicos en relación con aspectos epidemiológicos, diagnósticos, terapéuticos y metodológicos de las enfermedades cardiovasculares, que permitiera el desarrollo de estrategias y planes de actuación encaminados a una mejor prevención y control de estos cuadros.

Tratar de establecer la existencia de consenso entre los médicos en los aspectos comentados, así como delimitar aquellos puntos en los que no es alcanzable un cierto grado de acuerdo, como datos de utilidad a la hora de planificar actuaciones tanto en formación continuada específica como en el diseño e implantación de protocolos.

Valorar, en la medida de lo posible, la concordancia de opinión con los aspectos más destacados de los consensos nacionales.

MATERIAL Y METODO

EL METODO DELPHI

El estudio DELPHI, nombre puesto en honor del Oráculo de Delfos, es un método de trabajo de grupos diseñado para alcanzar un grado de consenso tan amplio como sea posible entre un grupo de profesionales, técnicos o expertos sin que exista relación directa entre ellos durante su realización.

El método, creado hace más de 30 años por una organización de investigación y desarrollo, para estudios de predicción, ha tenido desde entonces una amplia aplicación en los campos de la planificación. Por ello se presentaba como una apuesta atractiva para el logro de nuestro objetivo, aumentada por su comodidad de realización, sin implicar desplazamientos ni molestias adicionales, la posibilidad de seleccionar una amplia gama de expertos, la independencia que mantienen durante la consulta y la previsible rapidez, en principio, de obtención de resultados.

En efecto, un grupo DELPHI está constituido por un número limitado de profesionales que por su experiencia, conocimientos, cualificación y proximidad al tema, constituyen una importante fuente de información cada uno desde su propia perspectiva. De ellos se pretende obtener información cualitativa sobre criterios y actitudes.

A los expertos o «informadores clave» se les pide cumplimentar una serie de cuestionarios sucesivos sobre el tema escogido. Estos cuestionarios se cursan en varias rondas y la elaboración de cada uno, excepto del primero, depende exclusivamente de las respuestas dadas al anterior. En términos generales no se realizan más de tres rondas para agilizar el proceso y no cansar a los informadores.

Con el envío del primer cuestionario (Anexo I) se les adjunta la carta, recogida en el mismo anexo, en la que se describe el objetivo a alcanzar, el motivo de su selección y la metodología a

seguir. Asimismo se les garantiza el completo anonimato y la confidencialidad de sus respuestas y se les pide se abstengan de manifestar su participación en el grupo hasta dar por finalizado el estudio para evitar posibles influencias.

Con las respuestas recibidas a las preguntas abiertas del primer cuestionario se confecciona el segundo que se les remite con una nueva carta en la que se les invita a reconsiderar sus planteamientos iniciales, o ratificarse en ellos, a la vista de las opiniones del conjunto.

Se repite una tercera vez el proceso de retroalimentación de la información, si bien en este caso se excluyeron del panel aquellas respuestas que en el segundo ciclo habían tenido una aceptación inferior al 5%. No obstante se deja abierta siempre la posibilidad de que el informador exprese o mantenga una opinión no recogida en la encuesta.

Así pues, el procedimiento Delphi difiere de las encuestas tradicionales en varios aspectos:

- A. La selección de los participantes se realiza en base a sus características individuales y conocimientos sobre el tema.
- B. Facilita información cualitativa no tratable, por lo tanto, estadísticamente.
- C. Incluye varias rondas de cuestionarios
- D. Cada ronda esta en estrecha dependencia con las respuestas a la anterior.
- E. El anonimato de las respuestas garantiza la existencia de posibles influencias en función de factores ajenos a la encuesta como pueda ser el prestigio de algún participante. Por otra parte el anonimato permite un mayor nivel de libertad en las respuestas.
- F. No obstante se establece un proceso de interacción entre los expertos que les conduce a reconsiderar sus planteamientos sin miedo a rectificar.

La técnica presenta inconvenientes que es necesario comentar, el principal vendría dado por el cansancio de los encuestados y las deserciones del grupo, para combatir éste se establecen calendarios rápidos, que agilicen en la medida de lo posible el método y eviten el cansancio. No obstante el interés de los informadores en el tema, que a priori se supone alto, va a ser determinante de su permanencia en el estudio.

Otro problema sería su duración en el tiempo ante la posibilidad de llevar al infinito el número de cuestionarios, ya se ha comentado la limitación a tres del número de estos.

CRONOGRAMA Y SISTEMÁTICA

Establecidos los objetivos a alcanzar, ya comentados se constituye un grupo asesor básico al que se realiza una propuesta inicial de cuestionario que es analizado y modificado configurándose definitivamente el cuestionario que es remitido a los expertos seleccionados, cuyas características se comentan más adelante.

El primer envío se realizó en la primera quincena de setiembre de 1991, concediéndose un plazo relativamente corto para la devolución de las respuestas. En él (anexo I) se daban las instrucciones generales para el proceso completo. Al igual que en los envíos sucesivos se incluía sobre cumplimentado y franqueado para la remisión urgente del cuestionario una vez relleno.

El alto grado de deserciones encontrado en la respuesta al primer cuestionario, posiblemente tenga relación con la fecha de remisión, en la que si bien se asumió la completa reincorporación de todos los expertos de sus vacaciones estivales antes o durante el plazo abierto, es posible que

esta previsión fallara o que la propia situación de reincorporación dificultara el envío de las respuestas.

Otros aspectos a tener en cuenta a la hora de valorar el alto grado de bajas ya comentado son:

La ausencia del contacto telefónico previo a la remisión de los cuestionarios, recomendado en el diseño metodológico estandar de la técnica

La propia complejidad del cuestionario al pretender abarcar gran número de aspectos relacionados con las enfermedades cardiovasculares.

Factores que podríamos denominar *ambientales* entre los que quizá el más importantes sea el escaso interés en participar en estudios promovidos desde la Administración sanitaria y el recelo que éstos pueden despertar en determinados sectores profesionales.

El análisis y ordenación de los ítems recogidos en las respuestas abiertas (Anexo II) consumió todo el mes de octubre, remitiéndose el segundo cuestionario en noviembre. Desde diciembre del 91 a marzo del 92 se procede a la ordenación, análisis y agrupación de los resultados recogidos que serían nuevamente enviados en el último cuestionario (Anexo III) para su reconsideración en abril de 1992.

ANÁLISIS DE LOS GRUPOS

En el caso que nos ocupa, se seleccionaron inicialmente 123 médicos de los cuales 75 (61%) eran médicos de Atención primaria, incluidos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y 48 (39%) eran especialistas en enfermedades cardiovasculares, predominantemente cardiólogos (40). La selección se realizó en base al interés demostrado y conocido por el equipo de selección, en el estudio de las ECV y la problemática social y epidemiológica relacionada con ellas.

Se obtuvo una supervivencia al final del tercer cuestionario de 27 informadores del primer grupo y 16 del segundo que supone un 35% del global de los seleccionados inicialmente. (Tabla I).

TABLA I					
Grupos y porcentaje de participación					
	A.P.	Esp.	Total	% A.P.	% Esp.
Envío especial	75	48	123	61,0	39,0
Respuesta final	27	16	43	62,8	37,2
% Participación	36,0	33,3	35,0		

A.P. = Médicos de Atención Primaria; ESP = Médicos Especialistas en ECV.

En la tabla II se puede ver la evolución en la composición de los grupos a lo largo de los tres ciclos y el porcentaje de respuestas y «deserciones» en cada grupo y ciclo. Es de resaltar la coincidencia entre la composición porcentual del primer envío y la tercera respuesta.

TABLA II
Composición envíos y respuestas

	N.º envío	A.P.	Esp.	Total	% A.P.	% Esp
1.º REMITIDAS	75	48	123	61,0	39,0	
	2.º	37	21	58	63,8	36,2
	3.º	27	16	43	62,8	37,2
1.º RECIBIDAS	58	21	79	73,4	26,6	
	2.º	27	16	43	62,8	37,2
	3.º	27	16	43	62,8	37,2
1.º % RECEPCION	77,3	43,8	64,2			
	2.º	73,0	76,2	74,1		
	3.º	100,0	100,0	100,0		

Invita a la reflexión el alto porcentaje de abandonos o falta de respuesta (56,2%) del grupo de especialistas hospitalarios, que se hace más evidente si se compara con el volumen de respuestas recibidas de los médicos con ejercicio en Atención Primaria. Las causas de esta diferencia quizá estén en relación con los diferentes «espíritus ambientales» que se respiran en los dos tipos de centros asistenciales.

CARACTERISTICAS DE LAS CUESTIONES

En el planteamiento de las preguntas se ha pretendido abarcar diferentes aspectos relacionados con las enfermedades cardiovasculares, agrupándose en cuatro grandes grupos, aunque su ordenación en el cuestionario no siga necesariamente el esquema planteado:

- A. Aspectos relacionados con las ECV en si, su incidencia en la zona, mortalidad, repercusión social y actuaciones necesarias para paliar sus efectos más nocivos.
- B. Valoración de los Factores de Riesgo (FR) en su significado, valoración, cifras ideales y patológicas, indicación de inicio de actuaciones terapéuticas, aspectos diagnósticos y medidas a adoptar en materia de educación para la salud.
- C. Coordinación entre niveles asistenciales para la atención de las ECV y sus FR.
- D. Necesidades básicas de equipamientos en Atención Primaria y nivel hospitalario comarcal, así como criterios para priorizar la distribución de recursos.

El cuestionario fue probado, previamente a su envío, para garantizar su comprensión entre personal técnico dependiente de la Dirección General de Atención Sanitaria y por lo tanto no incluido en el grupo de informadores, sin que se les comunicara el destino y objetivos del mismo.

RESULTADOS

NIVEL DE CONSENSO ALCANZADO

Se ha definido el **grado de consenso** como el porcentaje de reducción del número de items, aportado a cada cuestionario, considerando como número de referencia las respuestas al primero. Así pues, un grado de consenso del 80% en el segundo cuestionario supone que el número de respuestas planteadas en éste es un 20% de las aportadas al primero. Así pues, este valor expresa el nivel de reflexión y reconsideración de las respuestas aportadas por los informadores a los cuestionarios previos, pero no indica el nivel de acuerdo existente ya que un valor reducido puede estar determinado tanto por un alto nivel de acuerdo inicial (bajo grado de dispersión en las respuestas al primer cuestionario) como por la existencia real de falta de acuerdo (mantenimiento de elevada dispersión en el tercer cuestionario).

En el Anexo IV se recogen las tablas en las que se puede analizar la evolución, tanto en valores absolutos como el grado de consenso (en porcentaje) entre los items que se señalaron en la primera, segunda y tercera ronda de respuestas. El número de respuesta indicado se refiere al establecido para el primer cuestionario.

Es preciso recordar que las respuestas al primer cuestionario eran abiertas, recogándose las expresiones y comentarios que los informadores aportaron. En el segundo cuestionario se realizó una mínima agrupación en función de definiciones homogéneas. El tercer cuestionario sufrió un grado de agrupación mayor y como ya se ha apuntado, solo recogía las respuestas al segundo con una incidencia mayor del 5%.

En las respuestas al tercer cuestionario, se mantiene un porcentaje que oscila entre el 2,3 y el 20,9 de respuestas no contempladas en el cuestionario, cuyo significado se analizará en cada caso concreto. En las cifras expresadas en la columna correspondiente al número de items de la tercera respuesta del Anexo IV no se recogen aquellos que expresan opiniones no

contempladas en el cuestionario enviado en la última ronda. Este tipo de respuestas se han agrupado, a los efectos de su computo porcentual en un único ítem denominado *Opción no prevista* (ONP) y se recoge en la tabla específica para cada cuestión.

Del contenido de las tablas del Anexo IV, merecen especial consideración algunas preguntas cuya evolución en el grado de consenso ha presentado alguna particularidad, entre ellas destacan las que se recogen en la tabla III por el alto grado de acuerdo logrado.

En la pregunta 6, donde se interesaba la opinión sobre la consideración de la hiperuricemia como FRCV, se produce una oscilación en el número de respuestas de la segunda a la tercera ronda, quedando en esta con un mayor grado de indefinición.

Las preguntas relativas a las cifras que aconsejan el inicio de tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial sistólica y diastólica y de la hipercolesterolemia, son las que obtienen un menor grado de consenso final.

TABLA III
Preguntas con mayor grado de consenso final

N.º PRG	Texto	% Consenso
1.1	ECV más frecuente en el medio	94,4
4	Modificación de los hábitos alimenticios	95,7
9.4	Inicio de tratamiento farmacológico en alteraciones del Colesterol HDL	92,3
10	Criterios de inicio de tratamiento farmacológico en Hipertensión Arterial	96,1
11	Criterios de inicio de tratamiento farmacológico en Hipercolesterolemia	93,3
14.a	Grupo terapéutico inicial en Hipertensión Arterial	93,7
22	Medidas de EpS dirigidas a profesionales sanitarios	92,2
23	Medidas de EpS dirigidas a la población de riesgo	94,2
24	Medidas para coordinar niveles asistenciales en derivación de enfermos	93,6
26	Medidas para coordinar niveles asistenciales en información	90,0
27	Medidas para coordinar niveles asistenciales en formación	92,0
28	Medidas para coordinar niveles asistenciales en investigación	96,6
29	ECV con mayor número de secuelas laborales y funcionales	94,7
31	Medidas para mejorar las posibilidades de rehabilitación	95,8
32	Equipamiento mínimo en Centro Salud para atención normal a ECV	94,2
33	Equipamiento mínimo en Centro Salud para atención urgente a ECV	90,0
34	Equipamiento mínimo en Hospital Comarcal para atención a ECV	93,3
35.2	Criterios de Salud utilizados para el establecimiento de prioridades	91,7

ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS

En las páginas siguientes se analizan las respuestas finales a cada una de las preguntas. La sistemática seguida es similar en todas ellas: se presenta una tabla que recoge los datos acompañada de una figura, en los casos en que se estima contribuye a clarificar el resultado, y se realiza un comentario sobre la información recibida. En las tablas la columna «Clave» muestra las siglas o abreviatura utilizada en la figura.

En cada caso, salvo las excepciones que se señalan, el enunciado corresponde al realizado en el primer cuestionario.

Las siglas ONP corresponden a Opción No Prevista y agrupan todas aquellas respuestas que se apartaban de los ítems consensuados en el segundo cuestionario y recogidos en el tercero. En términos generales corresponden a opiniones muy particulares que incluso en el caso de mayor porcentaje global (20,9%) no pueden agruparse por encima del 5% (dos informadores).

Cuando en las tablas aparece una columna denominada *clave* recoge las iniciales utilizadas en la figura acompañante, facilitándose así la lectura de éstas.

1. ¿Cuales consideras las cinco enfermedades cardiovasculares (ECV) más frecuentes en tu medio?

Se observa que, existiendo prácticamente unanimidad (90,7%) entre los informadores para asignar a la **Hipertensión Arterial** la primacía entre las patologías cardiovasculares en nuestra comunidad, el nivel de acuerdo desciende progresivamente al describir el cuadro que ocupa las posiciones 2ª a 5ª. No obstante un 65% asigna a la **Cardiopatía Isquémica** la segunda posición y casi la mitad estiman que son los **Accidentes Cerebrovasculares** los procesos que se registran en tercer lugar en el ranking (Figura 1).

TABLA IV
Patologías cardiovasculares (CV) con mayor incidencia

Proceso	1.ª	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	Abrev
Hipertensión Arterial	90,7					HPTA
Cardiopatía Isquémica		65,1	20,9	2,3		CI
Accidente Cerebrovascular		16,3	48,8	14,0	4,7	ACV
Arteriosclerosis		4,7	11,6	23,3	20,9	ARTE
Enf. venosas o Sdr. Varicoso		2,3		11,6	14,0	EVEN
Cardiopatía Hipertensiva			4,7	4,7	4,7	CHIP
Vasculopatías periféricas				16,3	31,3	VPER
Infarto Ag. Miocardio				4,7	2,3	IAM
Cor pulmonale				2,3	9,3	CP
Cardiopatía Valvular				2,3		CVAL
Opciones no previstas	9,3	11,3	14,0	18,6	18,6	ONP

PATOLOGIAS DE MAYOR INCIDENCIA

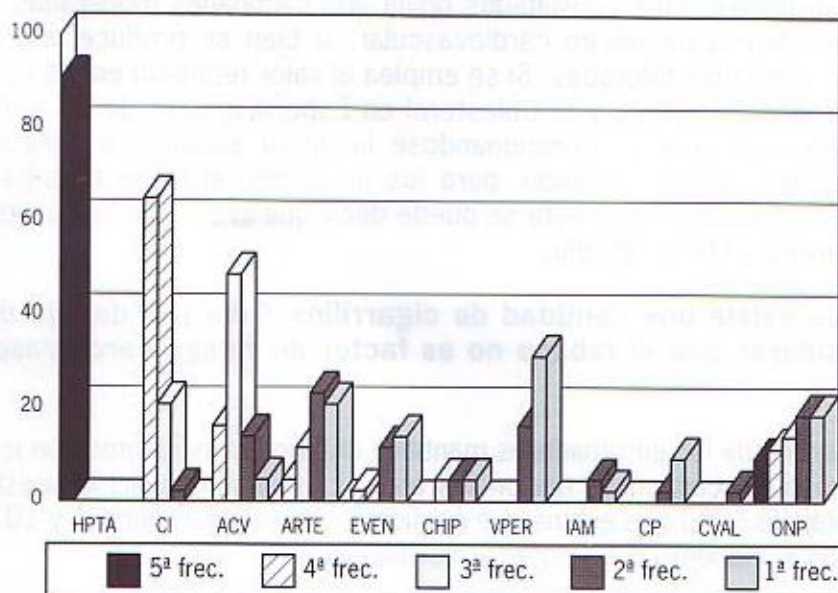


Figura 1.—Patologías con mayor incidencia

2. Teniendo en cuenta que la cerveza contiene entre 4 y 6 gr de alcohol por 100 cc (una caña tiene 200 cc), el vino tinto entre 11 y 15 gr / 100 cc (una copa 20 a 25 cc) y los alcoholes destilados alrededor de 40 gr / 100 cc (una copa 10 cc)

aproximadamente), en tu opinión a partir de que cantidades de alcohol, por término medio comienza el riesgo cardiovascular.

Gramos	Porcentaje
0	2,3
0 a 10	2,3
11 a 20	32,6
21 a 30	16,3
31 a 40	14,0
41 a 50	23,3
51 a 80	7,0
O.N.P.	2,3

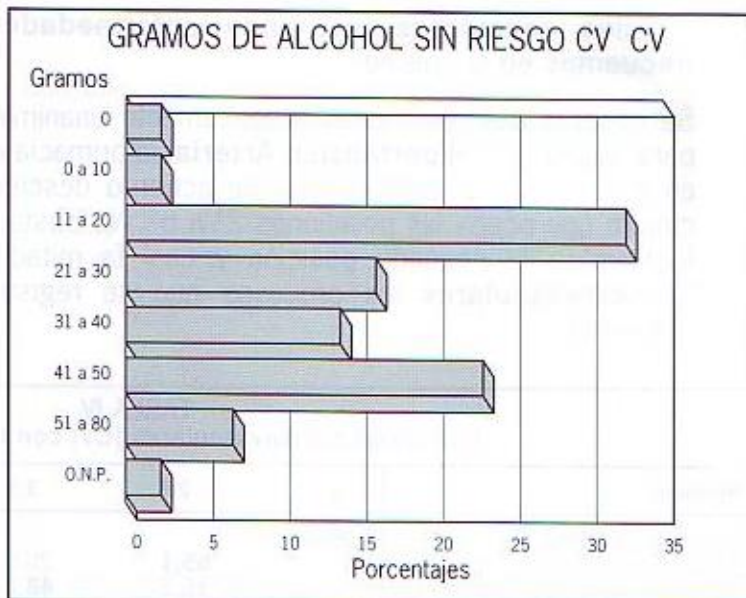


Figura 2.—Gramos de alcohol sin riesgo cardiovascular

Un pequeño porcentaje de los informadores (4,6%) considera que la ausencia de riesgo cardiovascular se da con ingestas diarias inferiores a los 10 gramos de alcohol. Otro pequeño porcentaje estima que incluso con cantidades superiores a los 50 gramos de alcohol al día (más de 100 cc de alcohol destilado o de 400 cc de vino tinto) no se produce riesgo cardiovascular.

La mayoría de los expertos consultados opina que cantidades moderadas de alcohol no suponen la existencia de riesgo cardiovascular, si bien se produce una dispersión en cuanto a las cantidades toleradas. Si se emplea el valor recogido en los Consensos para el control de la Hipertensión y el Colesterol en España (menor de 30 gr/día) el 53,5% coinciden con este criterio, posicionándose la moda estadística para este tema en valores más restrictivos y estando, para los restantes, el límite en cifras superiores. Globalmente analizada la respuesta se puede decir que el 90,7% de los expertos acepta valores inferiores a los 50 gr/día.

3. Si crees que existe una cantidad de cigarrillos / día por debajo de la cual se puede considerar que el tabaco no es factor de riesgo cardiovascular di cual es.

Aunque la mayoría de los informadores mantiene criterios coincidentes con lo registrado en la literatura y en los consensos nacionales antes comentados (65,1%), existe un considerable porcentaje (32,7%) que estima que cantidades que oscilan entre 1 y 10 cigarrillos/día no suponen un incremento del riesgo cardiovascular.

Por otra parte ningún informador aportó que cantidades superiores a diez cigarrillos/día puedan estar exentas de riesgo cardiovascular.

4. Parece ser que se está produciendo una modificación en los hábitos alimenticios de la población andaluza. En el caso de compartir esta opinión ¿cuales crees que son los nuevos hábitos que está incorporando el andaluz a su régimen alimenticio que puedan ser causa de un aumento del riesgo cardiovascular.

La aparente dispersión en tres aspectos de la dieta puede tener una relación si se piensa que el abandono de la llamada dieta mediterránea se está produciendo por una progre-

N.º de cigarrillos	Porcentaje
0	65,1
1 a 4	4,7
5	14,0
6 a 10	14,0
O.N.P.	2,3

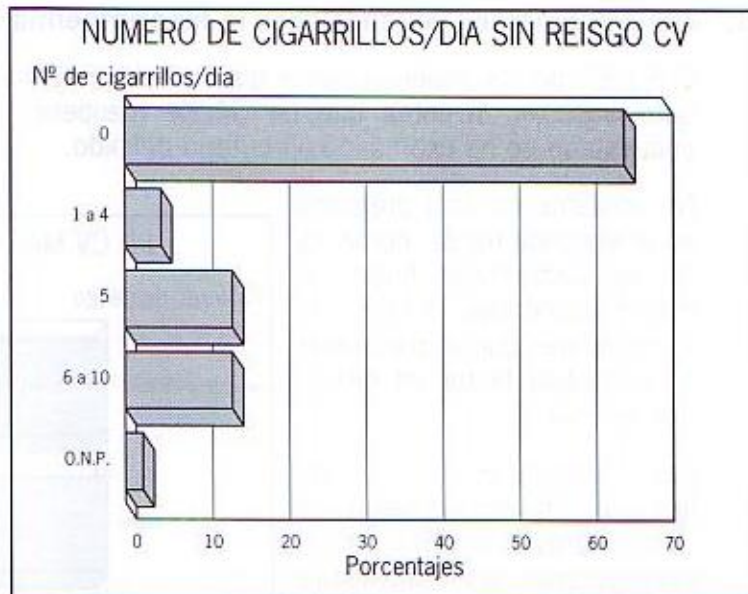


Figura 3.—Número de cigarrillos/día sin riesgo cardiovascular

siva incorporación de productos que entre su composición es frecuente encontrar grasas saturadas y que el aumento en su consumo, junto con la tendencia a la disminución del ejercicio físico conduce a situaciones de sobrealimentación. Desde esta perspectiva quizá se pudiera afirmar que las expresiones vertidas por los informadores representan tres puntos de vista diferentes de una situación determinada.

5. ¿Cuales son, en tu entorno, los factores etiológicos y/o de riesgo cardiovascular más importantes y frecuentes?

Tipo de modificación	Porcentaje
Abandono progresivo dieta mediterránea	44,2
Aumento del consumo de grasas saturadas	37,2
Sobrealimentación	18,6

La Hipertensión arterial, considerada ya por la casi totalidad de los encuestados como el proceso cardiovascular más frecuente en nuestro entorno, aparece aquí como el factor de riesgo de mayor importancia y prevalencia, seguida de lejos por el tabaco y las hiperlipemias.

Factor de riesgo	Porcentaje
Hipertensión arterial	74,4
Tabaco	18,6
Hiperlipemias	7,0

La tolerancia mostrada en la pregunta tercera en relación al tabaco como factor de riesgo puede influir en la marcada diferencia registrada.

6. Definitivamente, ¿se considera la hiperuricemia como FR cardiovascular?

El 62,8% de los expertos opina que la hiperuricemia no puede ser considerada como FR cardiovascular, mientras que un 34,9% mantienen el criterio contrario. Solamente un encuestado no ha expresado un criterio definido.

No obstante en esta pregunta en la segunda ronda, como ya se ha comentado hubo un mayor porcentaje (63,6%) de informadores que opinaron que no constituía factor de riesgo que en esta.

Las preguntas 7 a 16 llevaban un encabezamiento común previo solicitando se consideraran las respuestas bajo la hipótesis de estar realizando un protocolo para la detección, control y tratamiento de los principales FR cardiovascular.

En las preguntas 7, 8 y 9 tal como estaba estructurado en el primer cuestionario se preguntaba en primer lugar por las situaciones de idoneidad de determinados parámetros de FR y posteriormente sobre criterios para considerar el inicio de tratamiento no farmacológico y con fármacos ante la aparición de valores patológicos en los datos considerados. En el tercer envío se modificó la presentación agrupándose para cada factor las tres situaciones planteadas.

Se presentan, aquí, con la estructura del último cuestionario por entender que es más fácil la lectura e interpretación de los datos. Las tres preguntas se descomponen pues en 6, según el factor analizado, presentando todas la misma disposición.

Es preciso, para un mejor entendimiento, analizar las respuestas no sólo de forma aislada sino también junto con las aportadas a las preguntas 9 a 12 y en especial a la 13 y 14. Por este motivo se enumera de la A a F el análisis conjunto de las preguntas planteadas.

Aunque se observa un cierto grado de dispersión en las respuestas recibidas, se puede concluir que, salvo las respuesta no previstas, la totalidad de los informadores coinciden en situar entre 120 y 140 mmhg el valor normal de la PAS.

A. ¿Cuales consideras los valores ideales de Presión Arterial Sistólica (PAS) para

I Que no exista riesgo cardiovascular?

II El inicio de tratamiento no farmacológico?

III El comienzo de la terapéutica farmacológica?

Aunque se observa un cierto grado de dispersión en las respuestas recibidas, se puede concluir que, salvo las respuesta no previstas, la totalidad de los informadores coinciden en situar entre 120 y 140 mmhg el valor normal de la PAS.

La dificultad de encontrar un punto de confluencia para el inicio de tratamiento no farmacológico queda patente en la segunda columna de la tabla, que sitúa los valores entre

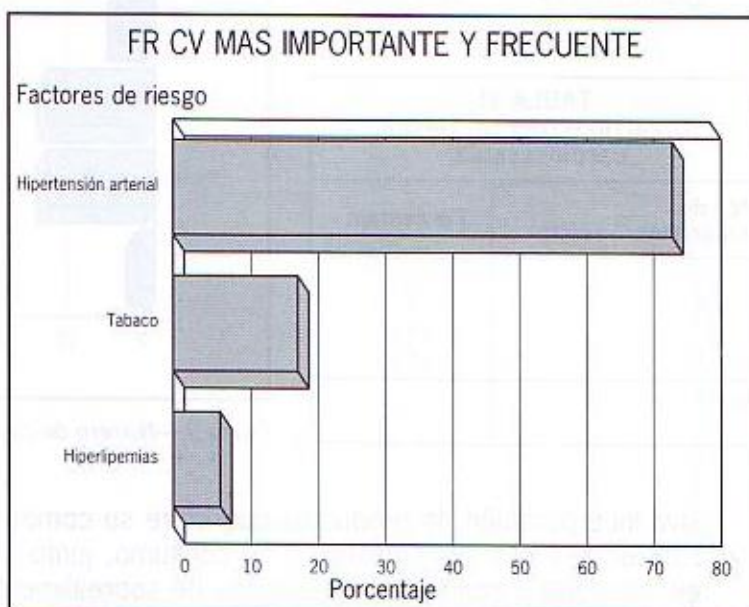


Figura 4.—Factor de riesgo cardiovascular más importante y frecuente

140 y 160 mmHg. Sólo un informador comienza la administración de fármacos con valores de PAS menores de 160 mmHg, haciéndolo la mayoría a partir de ésta cifra, aunque un número importante esperan a valores más elevados.

TABLA IX
Valores para la Presión Arterial Sistólica

Valor en mmHg	Idóneo	TSF	TF
120	25,6		
130	14,0		
135	2,3		
140	55,8	16,3	
145		16,3	
150		23,3	2,3
160		41,9	65,1
165			4,7
170			20,9
180			4,6
ONP	2,3	2,3	2,3

TSF = Tratamiento sin fármacos. TF = Tratamiento farmacológico.

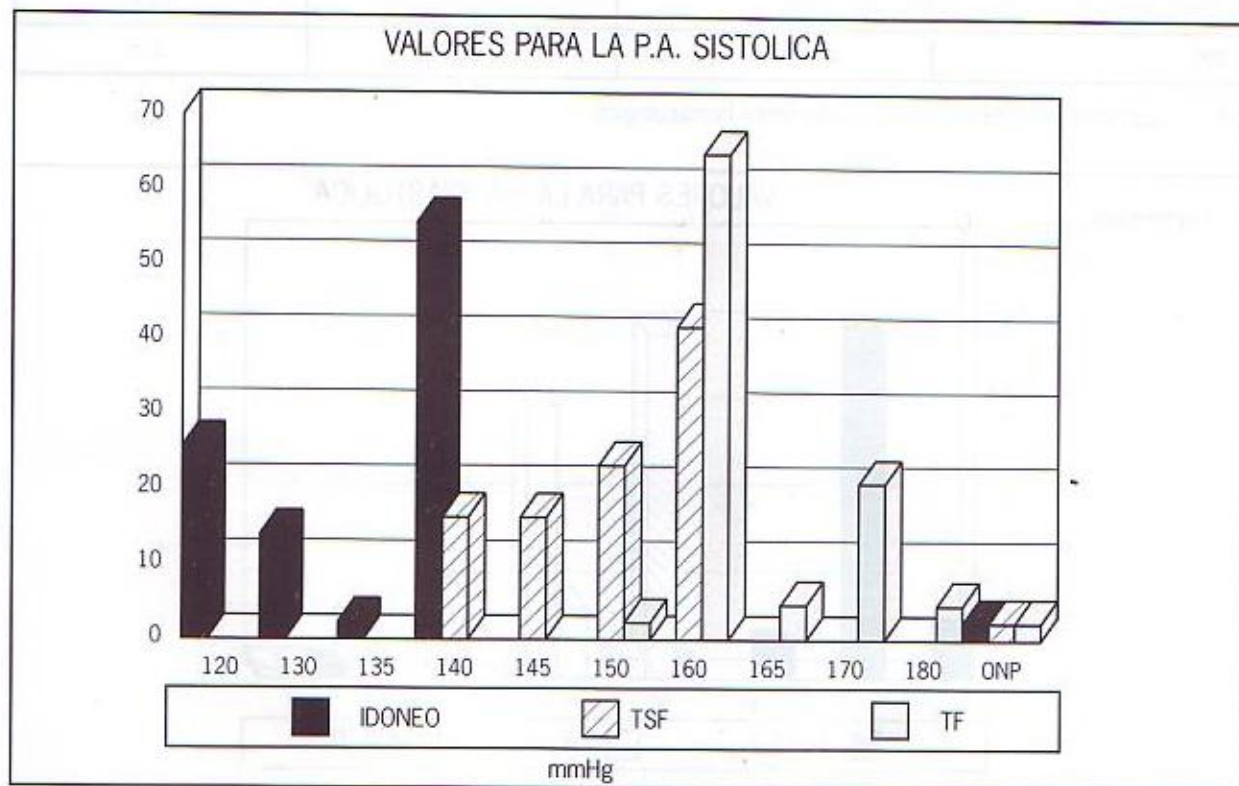


Figura 5.—Valores para la Presión Arterial Sistólica

Si se analizan los datos aportados por el **Consenso para el control de la hipertensión arterial en España** (Consenso HPTA en el futuro), se observa que existe una cierta discordancia con los recogidos por el grupo. En el consenso se dice que, salvo que existen otros FR asociados, se debe iniciar estudio y tratamiento con cifras de PAS iguales o superiores a 200 mmHg, realizándose una repetición, para confirmar, de la medida en dos meses si la cifra oscila entre 140 y 199 mmHg.

B. ¿Cuales consideras los valores ideales de Presión Arterial Diastólica (PAD) para

II Que no exista riesgo cardiovascular?

II El inicio de tratamiento no farmacológico?

III El comienzo de la terapéutica farmacológica?

El 79 % de los encuestados consideran como valor idóneo de la PAD 80 mmHg, iniciando la mayoría actuaciones no farmacológicas a partir de la detección de cifras de 90 mmHg y con medicamentos para valores de 95 mmHg (el 62,8%) o superiores.

TABLA X Valores para la Presión Arterial Diastólica			
Valor en mmHg	Idóneo	TSF	TF
70	9,3		
80	79,1		
85	7,0		
90	2,3	79,1	4,7
95		16,3	62,8
100		2,3	18,6
105			11,6
ONP	2,3	2,3	2,3

TSF = Tratamiento sin fármacos. TF = Tratamiento farmacológico.

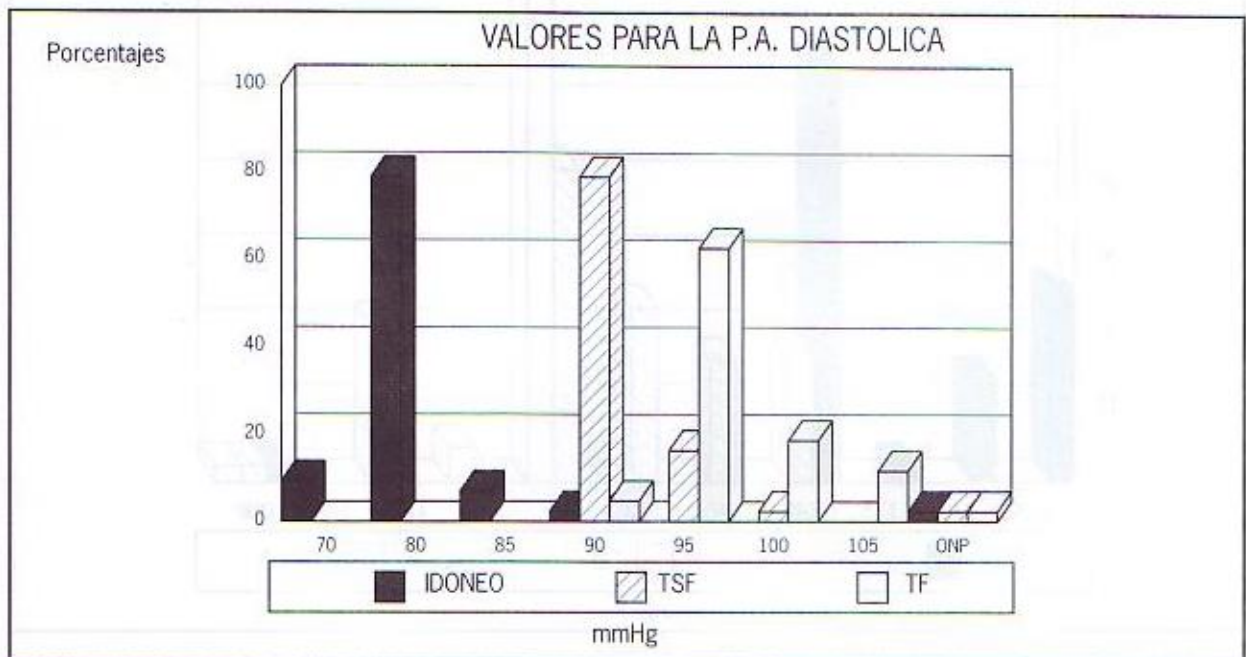


Figura 6.—Valores para la Presión Arterial Diastólica

En el Consenso HPTA se establece que, siguiendo los criterios recogidos por la OMS en 1989, se consideran valores normales los inferiores a 90 mmHg, iniciándose actuaciones no farmacológicas tras confirmar cifras comprendidas entre la mencionada y 104 mmHg iniciándose tratamiento farmacológico a partir de 100 mmHg si no hay otros Fr asociados o de 90 - 95 si existe la asociación.

En cualquier caso, el *Consenso HPTA* recomienda el uso de fármacos desde el primer momento, junto a las medidas higiénico-dietéticas para presiones arteriales iguales o mayores de 160/105 mmHg.

C. ¿Cuales consideras los valores ideales de Glucemia para

- I Que no exista riesgo cardiovascular?
- II El inicio de tratamiento no farmacológico?
- III El comienzo de la terapéutica farmacológica?

Para la mayoría de los expertos el valor idóneo se sitúa en los 90 mg%.

A partir de 120 mg% de glucemia para la inmensa mayoría de los consultados es necesario iniciar actuaciones no farmacológicas, indicándose éstas para valores de 140 mg% y superiores.

Valor en mmHg	Idóneo	TSF	TF
80	11,6		
90	67,4		
100	9,3		
110	4,7	7,0	
120	2,3	79,1	
130		4,7	2,3
140		4,7	53,5
150			27,9
160			11,6
ONP	4,7	4,7	4,7

TSF = Tratamiento sin fármacos. TF = Tratamiento farmacológico.

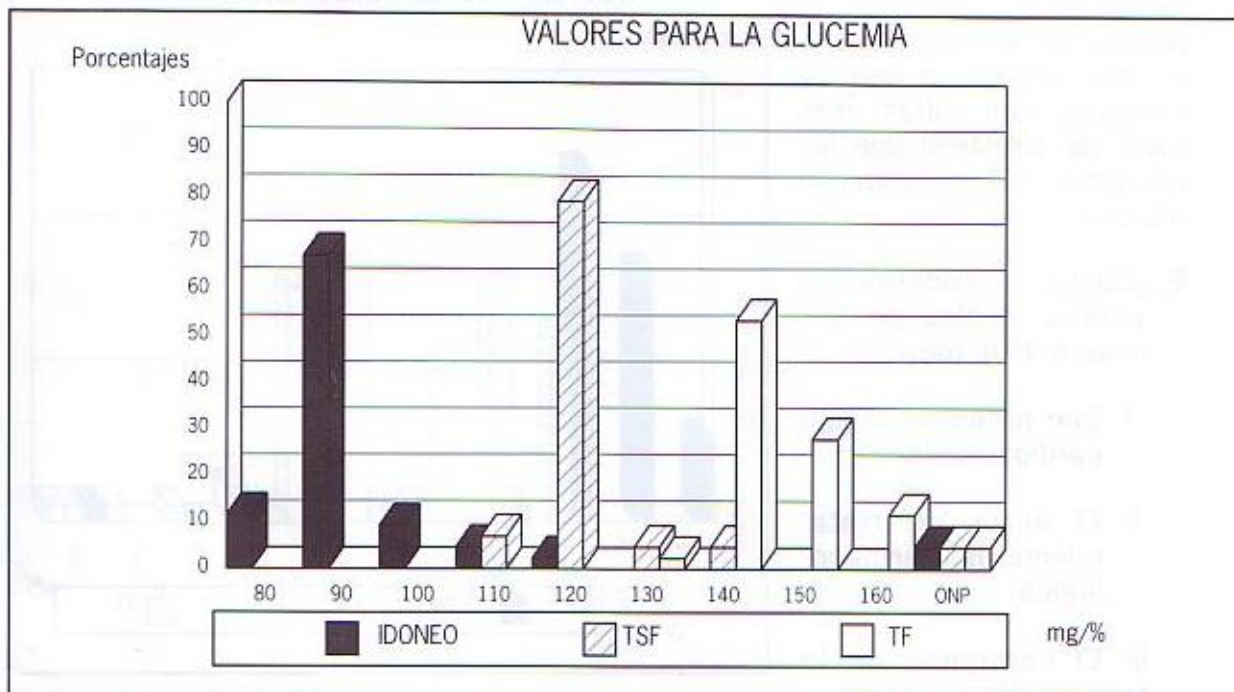


Figura 7.—Valores para la Glucemia

D. ¿Cuales consideras los valores ideales de Colesterol Total para

- I Que no exista riesgo cardiovascular?**
- II El inicio de tratamiento no farmacológico?**
- III El comienzo de la terapéutica farmacológica?**

La práctica totalidad de los informantes (95,4%) sitúa las cifras idóneas de Colesterol Total en valores de 200 mg% o inferiores. Comienzan a pronunciarse por recomendaciones no farmacológicas a partir de los 200 hasta los 250 mg%. Un importante porcentaje (72,1%) estima conveniente iniciar tratamiento farmacológico antes de superar los 250 mg% (entre 230 y 250).

TABLA XII
Valores para el Colesterol total

Valor en mmHg	Idóneo	TSF	TF
<175	11,6		
175 <, < 199	34,9		
200	48,9	25,6	
220	2,3	41,9	
230		20,9	2,3
240		2,3	37,2
250		7,0	32,6
260			4,7
270			2,3
280			2,3
ONP	2,3	2,3	2,3

TSF = Tratamiento sin fármacos. TF = Tratamiento farmacológico.

Al comparar los criterios con los recogidos en el **Consenso para el control de la colesterolemia en España** (*Consenso Colesterol en el futuro*) se pone de manifiesto una coincidencia en los valores idóneos-normales, que disminuye a la hora de analizar el momento del inicio del tratamiento farmacológico. La postura de los informadores es más proclive al uso de fármacos con cifras más bajas de colesterol que las recogidas en el consenso nacional.

E. ¿Cuales consideras los valores ideales de Colesterol HDL para

- I Que no exista riesgo cardiovascular?**
- II El inicio de tratamiento no farmacológico?**
- III El comienzo de la terapéutica farmacológica?**

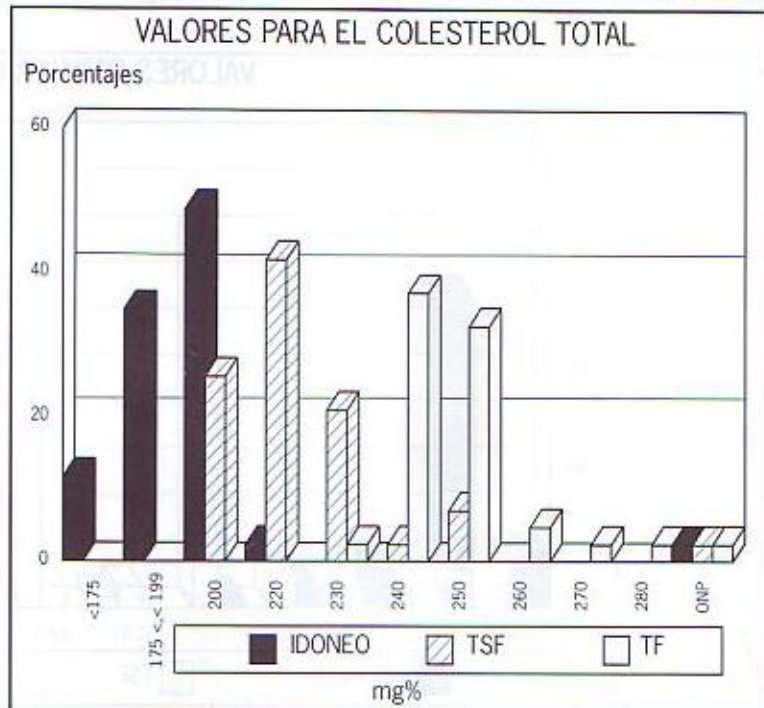


Figura 8.—Valores para el Colesterol total

TABLA XIII
Valores para el Colesterol HDL

Valor en mmHg	Idóneo	TSF	TF
<35		2,3	86,0
35		76,7	
40		14,0	4,7
45	4,7		
50	53,5		
55	25,6		
60	4,7		
65	4,7		
ONP	7,0	7,0	9,3

TSF = Tratamiento sin fármacos. TF = Tratamiento farmacológico.

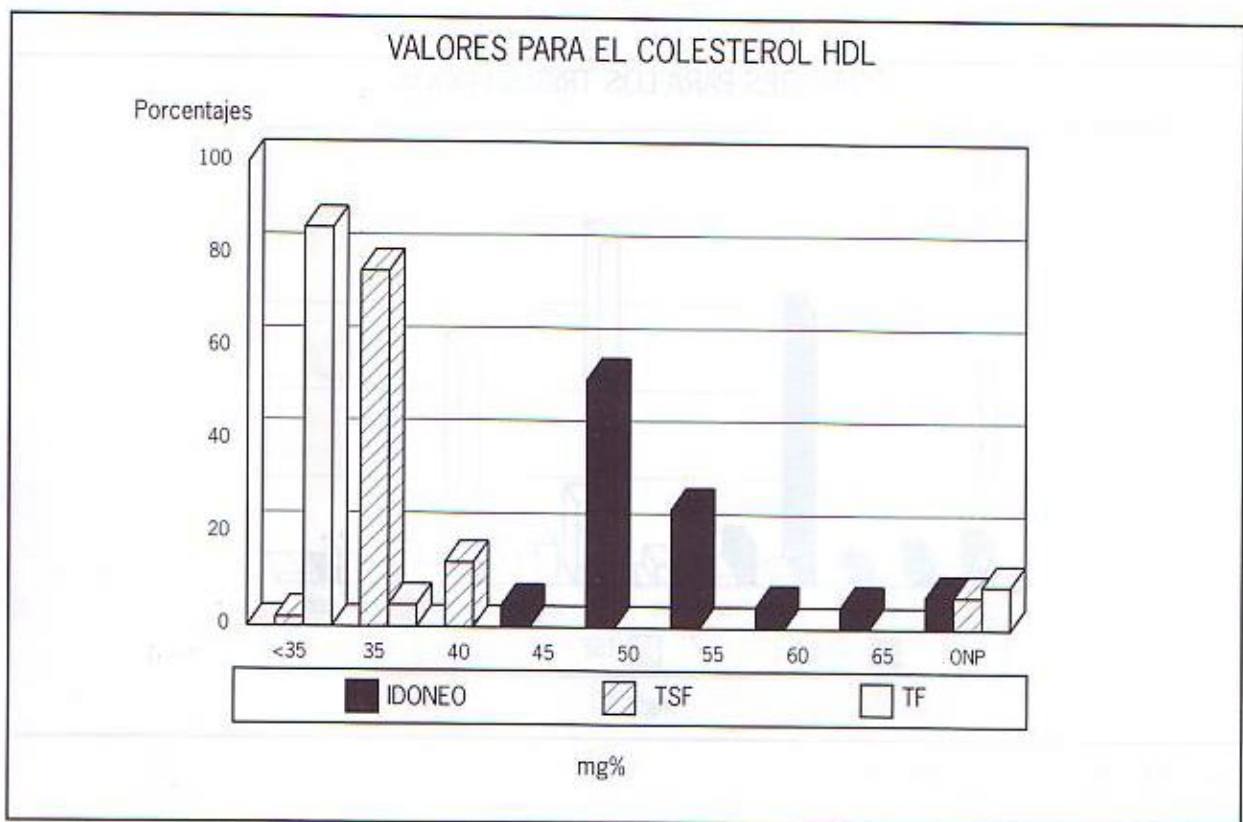


Figura 9.—Valores para el Colesterol HDL

Para el 100% de los consultados, los valores de Colesterol HDL deben ser superiores a 45 mg%. Para las actuaciones no farmacológicas se deben iniciar para valores de 35 mg% y las farmacológicas para cifras inferiores a 35 mg%

F. ¿Cuales consideras los valores ideales de Triglicéridos para

I. Que no exista riesgo cardiovascular?

7. El inicio de tratamiento no farmacológico?
8. El comienzo de la terapéutica farmacológica?

TABLA XIV
Valores para los Triglicéridos

Valor en mmHg	Idóneo	TSF	TF
<100	9,3		
120	7,0		
140	4,7		
150	62,8	2,3	
160	9,3	2,3	
190	2,3	4,7	
200	2,3	79,1	18,6
230		9,3	7,0
250			53,5
300			11,6
500			7,0
ONP	2,3	2,3	2,3

TSF = Tratamiento sin fármacos. TF = Tratamiento farmacológico.

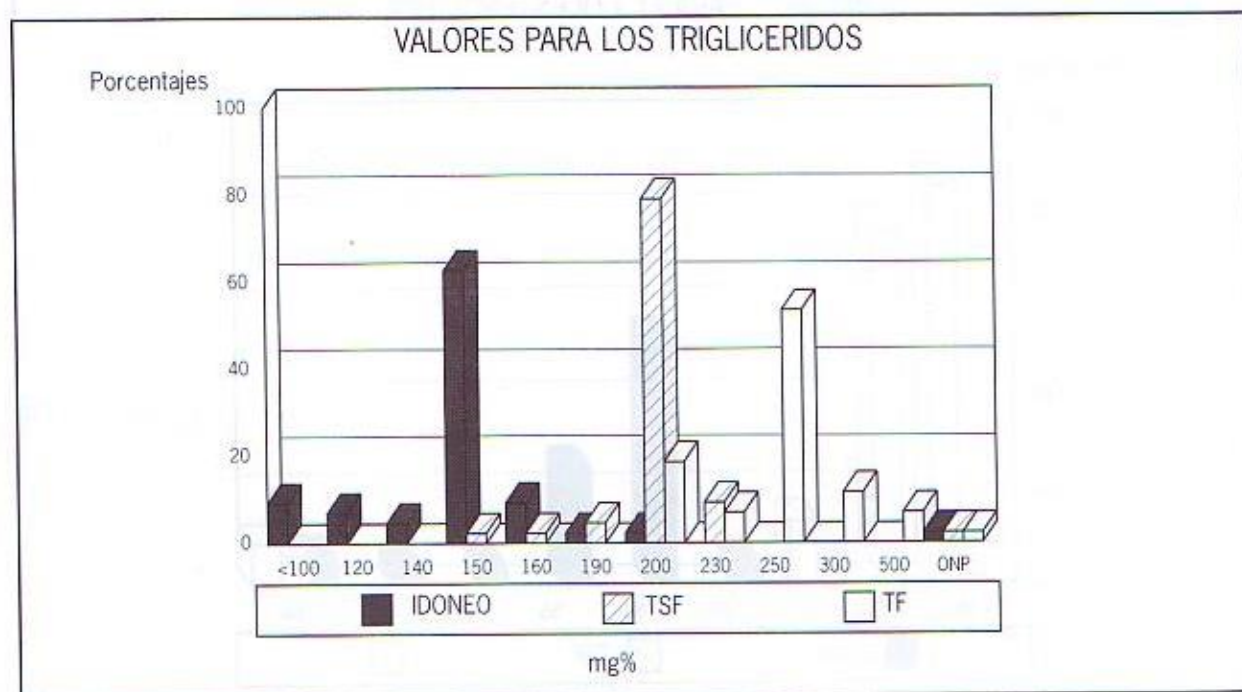


Figura 10.—Valor para los Triglicéridos

La cifra de 150 mg% como expresión de la tasa de trigliceridemia es la que concita mayor número de coincidencias a la hora de establecer el valor idóneo. Con un grado de consenso mayor se recoge el valor de 200 mg% como el adecuado para el inicio de actuaciones no farmacológicas, que según la mayoría, aunque con menor consenso, deben reservarse para cifras de 250 mg% o mayores.

9. ¿Qué criterios estimas que deben darse para el inicio de tratamiento farmacológico en la Hipertensión Arterial?

Aunque se presentan dos grupos de respuestas, se puede afirmar que en este punto existe absoluta unanimidad en el criterio de inicio del tratamiento farmacológico tras el fracaso de otras medidas, habitualmente higiénico dietéticas. Las diferencias entre los dos grupos vienen dadas por una mayor concreción del segundo, más reducido, a la hora de opinar sobre las cifras límite de PA.

TABLA XV
Criterios de inicio tratamiento farmacológico en HPTA

Criterio seguido	Porcentaje
PA elevada tras dieta más medidas higiénicas PA > 160/95 sin respuesta a otras medidas	72,1 27,9

La coincidencia con los planteamientos del Consenso es así mismo total, ya que en los planteamientos de éste durante las fase iniciales es obligado iniciar las actuaciones sobre la PA mediante medidas no farmacológicas y controles frecuentes de las cifras tensionales.

Actuaciones sobre la ingesta de sal, grasas y alcohol, con establecimiento de una dieta equilibrada, supresión del tabaco, ejercicio físico y relajación física son las recomendaciones recogidas en el consenso antes de actuar con fármacos.

10. ¿Qué criterios deben existir, en tu opinión, para el inicio de tratamiento farmacológico en las Hipercolesterolemias?

TABLA XVI
Criterios de inicio tratamiento farmacológico en Hipercolesterolemia

Criterio seguido	Porcentaje
PA elevada tras dieta más medidas higiénicas PA > 160/95 sin respuesta a otras medidas	72,1 27,9

Pese a la existencia del registro de una opinión no prevista cabe hacer un comentario similar al realizado en la pregunta anterior sobre la HPTA.

No obstante, en este caso, la coincidencia con los criterios recogidos en el correspondiente Consenso nacional es menor, estableciendo éste una temporalidad de 6 a 12 meses para iniciar fármacos con valores de colesterol de 250 a 300 mg% tras el inicio de modificaciones en la dieta y de 2 meses si la cifra inicial de colesterol es superior a 300 mg%

11. ¿Cuál es en tu opinión el grupo farmacológico de elección para el inicio del tratamiento de la Hipertensión Arterial?

Resalta en este grupo de respuestas la dificultad para el pronunciamiento por un fármaco concreto a la hora de plantear un protocolo farmacológico de cara a la HPTA. Solamente un 7% se definen por iniciar las actuaciones con diuréticos (2,3%) o IECA (4,7%).

TABLA XVII
Grupo farmacológico de elección para el inicio en HPTA

Respuesta	N.º	Porcentaje
Hay que individualizar	1	34,9
Hay que individualizar por edad y FR	2	14,0
Depende edad cifras y repercusión órganos	3	4,7
Diuréticos o bloqueantes o Antag. Ca o IECA	4	39,5
Inhibidores Enzima Conversión Angiotensina	5	4,7
Diuréticos	6	2,3

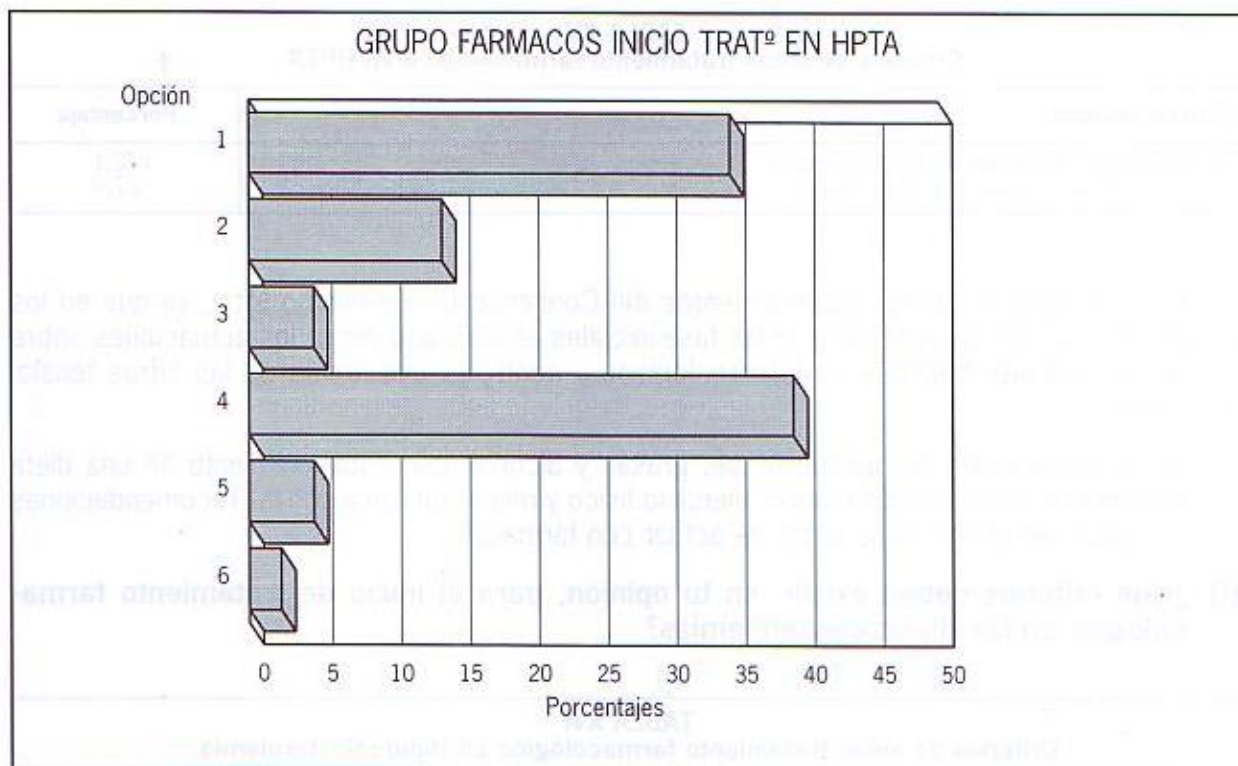


Figura 11.—Grupos farmacológicos para inicio de tratamiento en la Hipertensión Arterial (n.º de respuesta en la tabla XVII)

Un 39,5% de las respuestas mantienen 4 grupos farmacológicos como potenciales iniciadores de terapéuticas antihipertensiva, mientras que la mayoría (53,6%) no se pronuncia por ninguno.

El consenso español tampoco define un fármaco de elección para el inicio e incluso recomienda tratamiento individualizado, si bien establece una relación de fármacos de primera opción entre los que se encuentran los recogidos aquí por el 39,5% de los informadores mas los bloqueadores alfa postsinápticos que no aparecen en las respuestas del Delphi.

12. ¿Cuál es en tu opinión el grupo farmacológico de elección para el inicio del tratamiento de la Hipercolesterolemia?

Aunque el porcentaje de respuestas que no expresan ningún fármaco es considerablemente menor que en la pregunta anterior, se sigue manteniendo un grado importante de dispersión

TABLA XVIII		
Grupo farmacológico de elección para el inicio en Hipercolesterolemia		
Respuesta	N.º	Porcentaje
Depende de cada caso	1	11,6
Res. o Fibr. o Ac. Nic. o IHMG	2	2,3
Res. o Fibr.	3	2,3
Res.	4	34,9
Fibr.	5	4,7
Fibr., IHMG	6	4,7
IHMG	7	39,5

Res = Resinas de intercambio iónico; Fibr = Fibratos; Ac. Nic. = Acido Nicotínico; IHMG = Inhibidores de la HMG CoA reductasa

aunque la mayoría de los consultados se polariza en dos grupos claros, los partidarios de iniciar la terapéutica con Resinas de intercambio iónico y aquellos que prefieren como terapéutica inicial los IHMG.

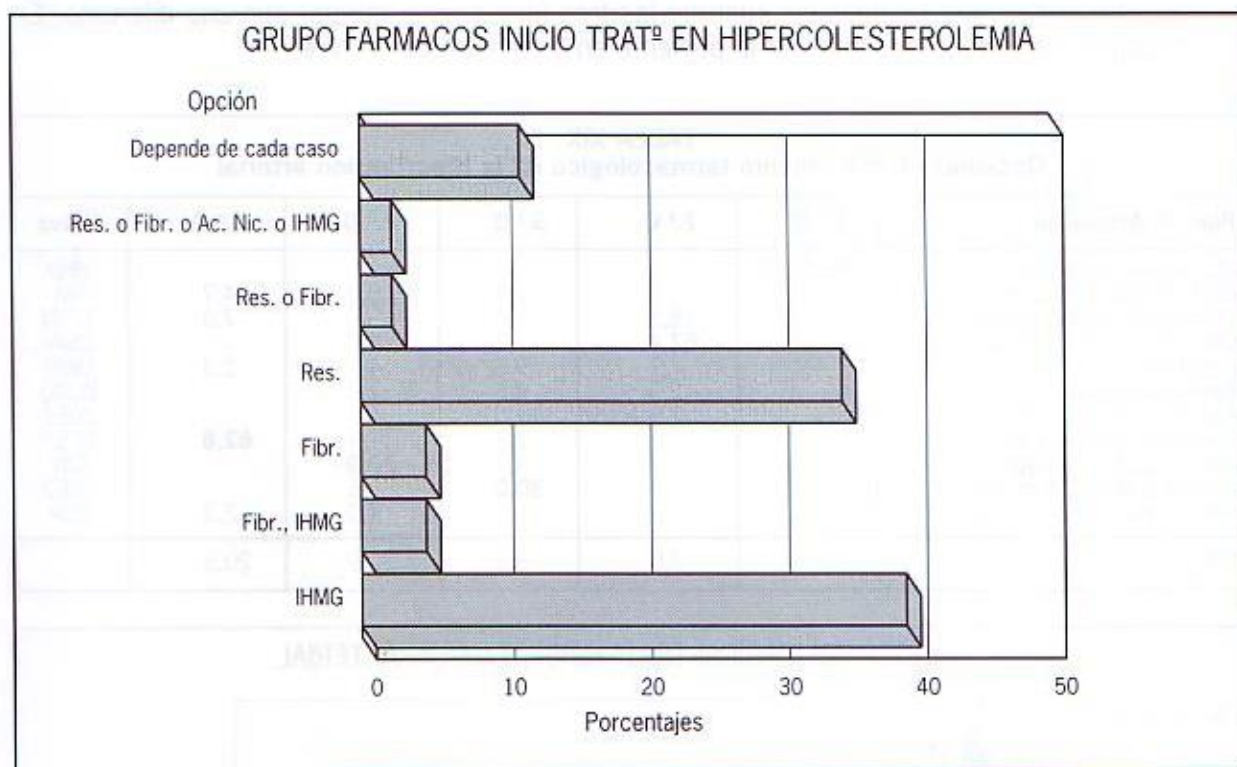


Figura 12.—Grupos farmacológicos para el inicio del tratamiento en la hipercolesterolemia (n.º de respuesta en la tabla XVIII)

El consenso *colesterol* mantiene la indefinición en el fármaco de elección inicial, realizando en el apartado correspondiente una nueva llamada a la importancia de la dieta y un recordatorio sobre la ausencia de evidencia firme a largo plazo respecto a la seguridad en el uso de estos fármacos.

13. En un protocolo sistematizado para el tratamiento farmacológico en la Hipertensión Arterial, ¿cual sería, por grupos terapéuticos, la secuencia a seguir?.

Las respuestas a esta pregunta reafirman lo expuesto para las anteriores en relación con la HPTA. El 91% de los informadores están de acuerdo en iniciar el protocolo, coincidiendo con el contenido *consenso HPTA* en España, con medidas higiénico dietéticas.

La segunda opción a seguir sería el tratamiento con fármacos; como primera medida el 67% seleccionarían un diurético o un β -bloqueante o un antagonista del calcio o un inhibidor de la enzima angiotensina.

En el caso de no alcanzarse el control, la situación las opciones farmacológicas empleadas de forma sucesiva se van diversificando para volver a coincidir (63%) en la desviación final a un estudio especializado. Esta respuesta, si bien es dada por algunos informadores en como tercera o cuarta opción, alcanza su máximo grado de acuerdo como quinta opción.

El consenso nacional establece como fármacos de primer nivel los comentados en la pregunta 11, indicando que para un segundo nivel deben asociarse dos de ellos, recomendando que uno sea un diurético a dosis suaves. Para un tercer nivel recomienda asociar un tercer fármaco, preferentemente un vasodilatador. Caso de no controlarse la PA en este tercer nivel recomienda suprimir los tres fármacos e intentar con uno diferente. En cualquier caso aconseja reevaluar al paciente en cada cambio de nivel.

Plan de Actuación	1.ª O	2.ª O	3.ª O	4.ª O	5.ª O	Clave
Plan higiénico-dietético	90,7					PHD
IECA o Antagonistas del Ca	2,3		7,0			IoA
Tratamiento Individualizado	2,3	16,3	7,0	9,3	4,7	T.ª IN
Diur., Bloq. Ant. Ca, IECA		67,4	9,3	4,7	7,0	DBAI
Diuréticos		4,7	9,3	4,7	2,3	DIUR
Betabloqueantes		2,3	4,7	7,0		BLOQ
Asociar 2 de la 1.ª opción		2,3	11,6	4,7		2DE1
Derivación estudio espec.			2,3	11,6	62,8	EESP
Diur. + IECA + Nifedipina			9,3	20,9		DIN
Asociar 2 de la 2.ª opción			30,2	9,3		2DE2
Diur. + Bloq. + Antag. Ca				7,0	2,3	DBA
ONP	4,7	7,0	9,3	20,9	20,9	

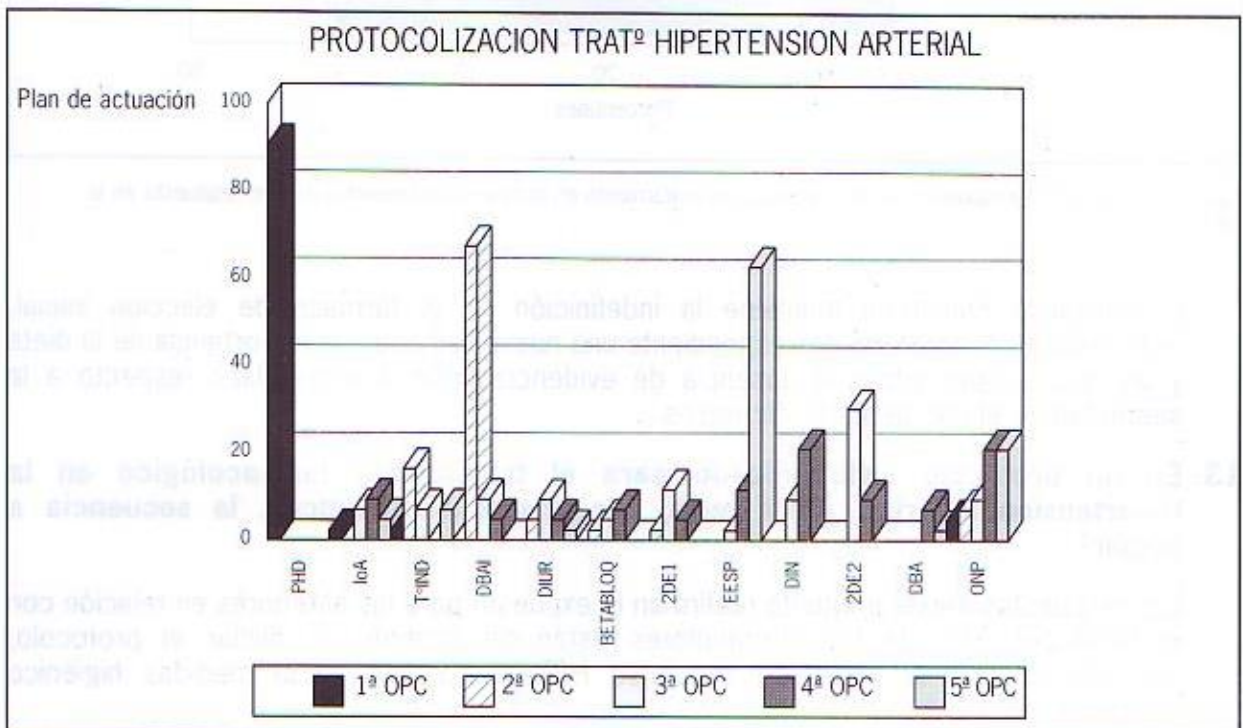


Figura 13.—Protocolización del tratamiento de la hipertensión arterial, secuencias propuestas (Claves en tabla XIX)

14. En un protocolo sistematizado para el tratamiento farmacológico en la Hipercolesterolemia ¿cual sería, por grupos terapéuticos, la secuencia a seguir.

De manera similar a la pregunta anterior, a la hora de plantear un protocolo de actuación en las hipercolesterolemias, los expertos coinciden en iniciarlo mediante medidas higiénico dietéticas para posteriormente pasar al uso de medicamentos.

Es a la hora de describir que tipo o grupo de fármacos utilizar en primera, segunda o tercera instancia cuando aparece la dispersión en las preferencias de los informadores, que es más acentuada, si cabe, que en el caso de la HPTA, entre las cuatro principales familias de drogas hipolipemiantes.

En relación con la derivación para un estudio especializado menos de la mitad se refiere a ella utilizándola como última opción y denominándola «Unidad de Lípidos».

Plan de Actuación	1.ª O	2.ª O	3.ª O	4.ª O	5.ª O	Clave
Plan higiénico-dietético	93,0					PHD
Resinas o Fibratos	2,3	18,6	4,7			RoF
IHMG	2,3	20,9	37,2	18,6	7,0	IHMG
Resinas		27,9	18,6	2,3	2,3	RIIO
Fibratos		11,6	7,0	14,0	2,3	FIBR
Resinas + Fibratos		4,7	11,0	4,7	2,3	RF
Resinas + IHMG		2,3	9,3	20,9	9,3	RIHMG
Derivar a U. de Lípidos		2,3	2,3	7,0	46,5	DUL
Suprimir tabaco		4,7			2,3	STAB
Probucol				4,7		PROB
Resinas + IHMG + Fibratos			9,3	14,0	7,0	RIHF
ONP	2,3	7,0	7,0	14,0	20,9	

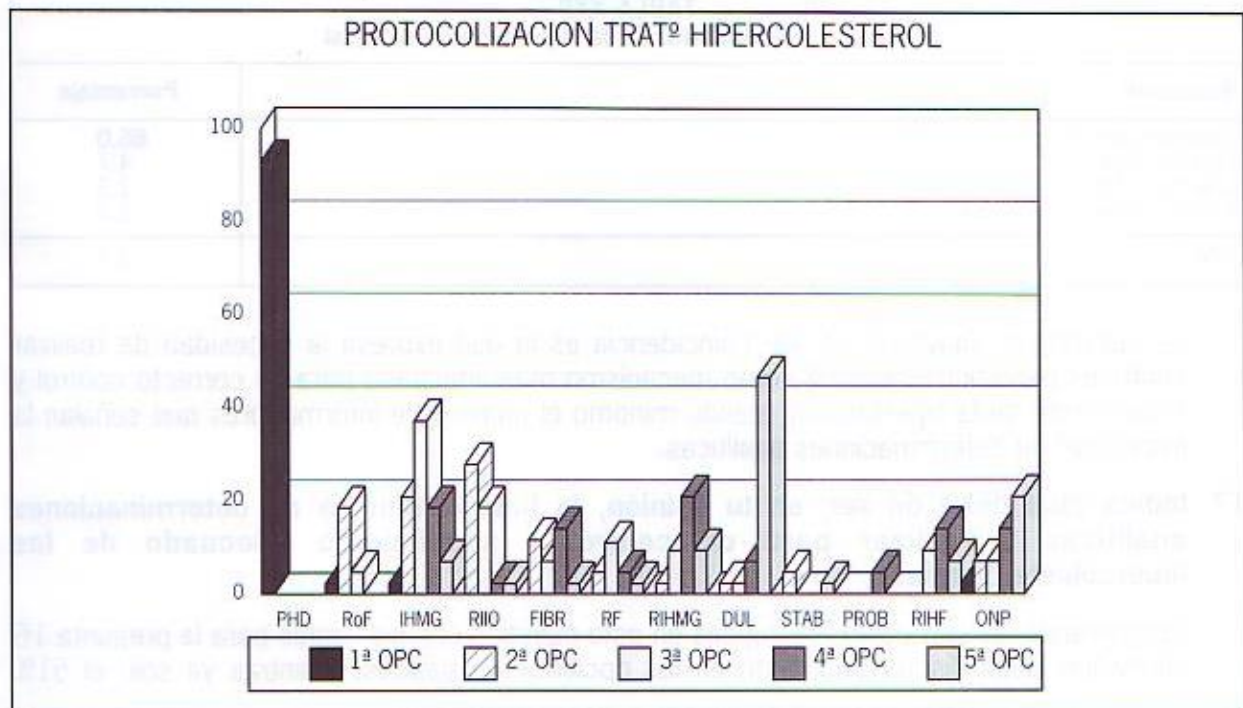


Figura 14.—Protocolización del tratamiento de la hipercolesterolemia (claves en tabla XX)

15. Indica cual debe de ser, en tu opinión, la batería mínima de determinaciones analíticas a realizar para una detección adecuada de los factores de riesgo cardiovascular

Aunque sin determinar exactamente lo que se expresa en «estudio completo de lípidos» y con la posibilidad de que para cada uno de los diferentes informadores pueda significar algo

distinto, esta es la opción con mayor grado de consenso. Posiblemente se pueda relacionar con las recomendaciones que realiza el consenso nacional al aconsejar las determinaciones de colesterol total, colesterol HDL y Triglicéridos.

Llama la atención que la totalidad de los informadores han interpretado esta pregunta como determinación analítica para el estudio lipídico, sin plantearse otras opciones de FRCV como pudiera ser la diabetes.

TABLA XXI
Analítica para detección adecuada de los FRCV

Determinación	Porcentaje
Estudio completo de lípidos	76,7
Colesterol Total	18,6
Colesterol LDL	2,3
ONP	2,3

16. Indica cual debe de ser, en tu opinión, la batería mínima de determinaciones analíticas a realizar para un control y seguimiento adecuado de la hipertensión arterial.

TABLA XXII
Control y seguimiento de la Hipertensión arterial

Actuación	Porcentaje
Controles periódicos	86,0
Función renal	4,7
Colesterol Total	2,3
Control semanal o mensual	2,3
ONP	4,7

La opinión con mayor grado de coincidencia es la que expresa la necesidad de realizar controles periódicos de la PA como mecanismo más adecuado para un correcto control y seguimiento de la hipertensión, siendo mínimo el número de informadores que señalan la necesidad de determinaciones analíticas.

17. Indica cual debe de ser, en tu opinión, la batería mínima de determinaciones analíticas a realizar para un control y seguimiento adecuado de las hipercolesterolemias

Comparando las respuestas recogidas en esta cuestión con las vistas para la pregunta 16 se evidencia un discreto aumento en las opciones planteadas, mientras ya sólo el 51%

TABLA XXIII
Control y seguimiento hipercolesterolemia

Actuación	Porcentaje
Colesterol total	20,9
Estudio de lípidos	51,2
Fraciones del colesterol	11,6
Controles periódicos	11,6
Colesterol LDL	4,7

propone realizar periódicamente un estudio completo de lípidos aumentan considerablemente aquellos que proponen caminos alternativos como la vigilancia de los valores totales de colesterol o de sus fracciones.

18. ¿Cuales son, en tu opinión, los procesos agudos cardiovasculares con mayor grado de mortalidad inmediata?. Entendemos por mortalidad inmediata aquella que sucede durante las primeras 24 horas del proceso.

La Cardiopatía Isquémica aguda, en opinión de la mayoría de los consultados es la mayor causa cardiovascular de mortalidad inmediata, seguida a considerable distancia de otros procesos, fibrilación ventricular, muerte súbita y rotura cardíaca, en cuya génesis puede y de hecho juega frecuentemente un importante papel.

Es llamativo el pequeño papel que, en opinión de los informadores, juegan los episodios agudos cerebrovasculares como causa de muerte.

19. De forma breve y esquemática, indica las principales medidas que tomarías para influir positivamente en los procesos señalados en la pregunta anterior.

TABLA XXIV Proceso agudo cardiovascular con mayor mortalidad inmediata		
Proceso	Porcentaje	Clave
Cardiopatía Isquémica	67,4	CI
Fibrilación ventricular	16,3	FV
Muerte súbita	9,3	MS
Rotura cardíaca	4,7	RC
Accidente cerebrovascular	2,3	ACV

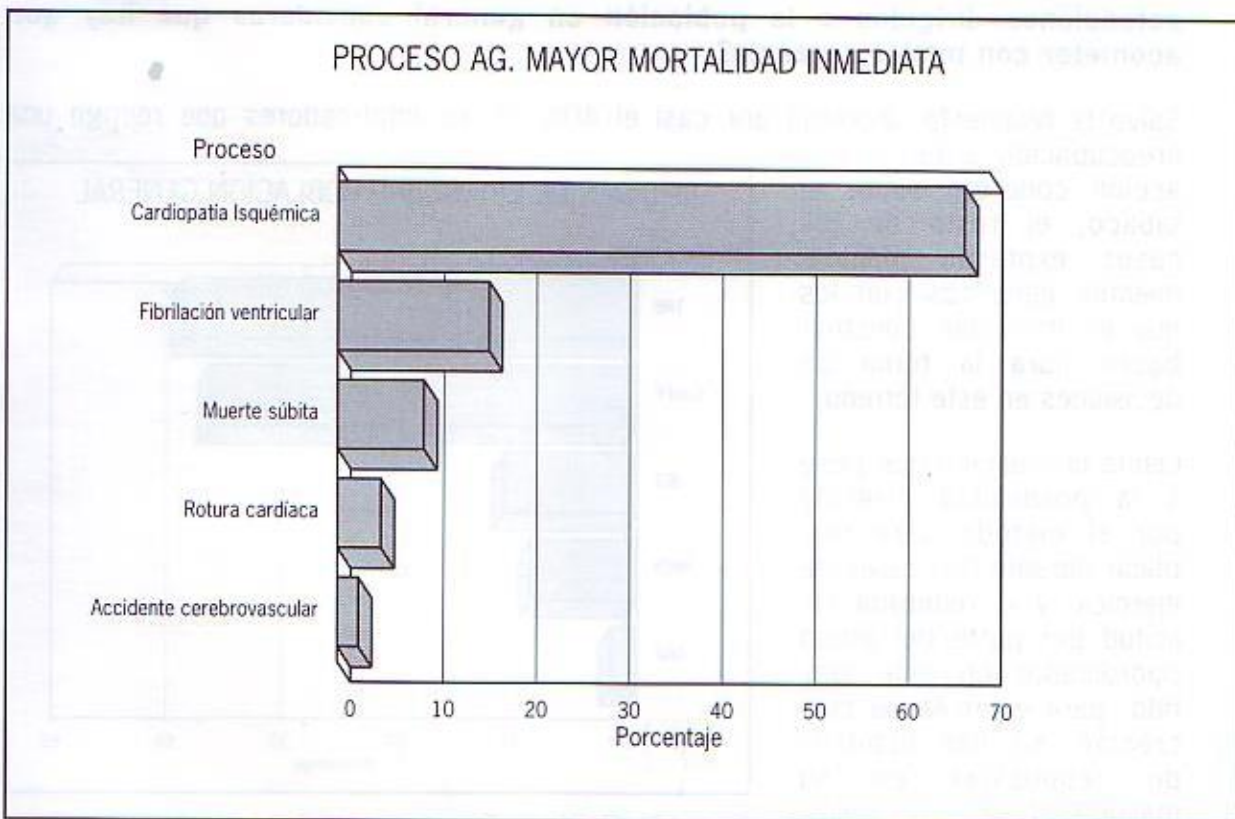


Figura 15.—Proceso cardiovascular agudo con mayor mortalidad inmediata

TABLA XXV
Medidas a tomar para mejorar la mortalidad

Medidas	Porcentaje	Clave
Diagnóstico precoz, tratamiento inmediato	55,8	DPTI
Evacuación urgente a UCI coronaria	9,3	EVUR
Buena dotación puntos atención continuada	7,0	DPAC
Transporte con reanimación Cardio-pulmonar	18,6	TRCP
Urgencias eficaces, dotada de emergencia	2,3	URGE
Preparación para primera asistencia	2,3	1.ª A
Trombolisis precoz	2,3	TBLP
Cardioversión	2,3	CVS

La posibilidad de realizar un diagnóstico y tratamiento inmediato como principal factor para mejorar la incidencia de mortalidad sobre los procesos agudos cardiovasculares, principalmente cardiopatía isquémica, se manifiesta por la mayoría de los encuestados de forma clara y directa.

Una valoración detallada del resto de las respuestas recogidas nos hace ver que todas están orientadas hacia una asistencia inmediata eficaz, si bien expresada bajo diferentes puntos de vista.

Las preguntas veintiuno a veintitrés solicitan la opinión de los informadores sobre aspectos de la Educación para la Salud dirigidos a la población en general, a los profesionales sanitarios y finalmente a la población con elevado riesgo cardiovascular.

20. Sabemos que la Educación Sanitaria es de gran utilidad para la introducción de hábitos y estilos de vida saludables. En el terreno que nos ocupa, ¿qué actuaciones dirigidas a la población en general consideras que hay que acometer con mayor urgencia?

Salvo la respuesta aportada por casi el 40% de los informadores que recoge una preocupación específica y acción concreta sobre el tabaco, el resto de los casos expresan planteamientos genéricos con los que es imposible construir bases para la toma de decisiones en este terreno.

Llama la atención que pese a la posibilidad ofrecida por el método para rectificar durante dos fases de ejercicio y la reiterada solicitud por parte del grupo coordinador en este sentido, para estimular la concreción, se han mantenido respuestas en su mayoría difusas y poco ilustrativas.

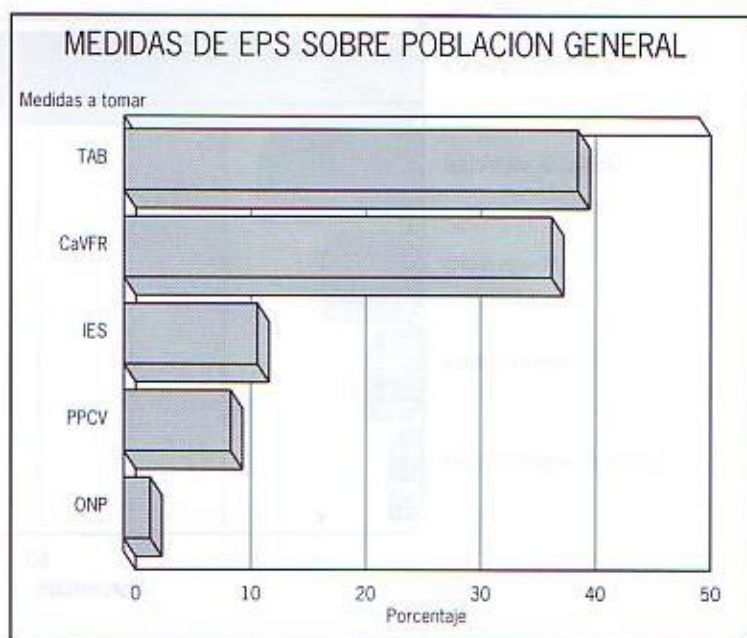


Figura 16.—Medidas de Educación para la Salud sobre enfermedades cardiovasculares en la población general (clave en tabla XXVI)

TABLA XXVI
Educación para la salud hacia la población en general

Actuación	Porcentaje	Clave
Actuación antitabaco	39,5	TAB CVFR IES PCV
Campañas a favor vigilancia y control de FR	37,2	
Información/Educación sanitaria	11,6	
Programa prevención cardiovascular	9,3	
ONP	2,3	

21. ¿Qué actuaciones en educación para la salud dirigidas a los profesionales sanitarios es preciso acometer con mayor urgencia?

La necesidad de mantener una formación continuada en todos los niveles profesionales queda recogida en las respuestas de los informadores, seguida a distancia por una respuesta que interpretamos como la manifestación de la necesidad de actuar bajo criterios concretos y protocolizados.

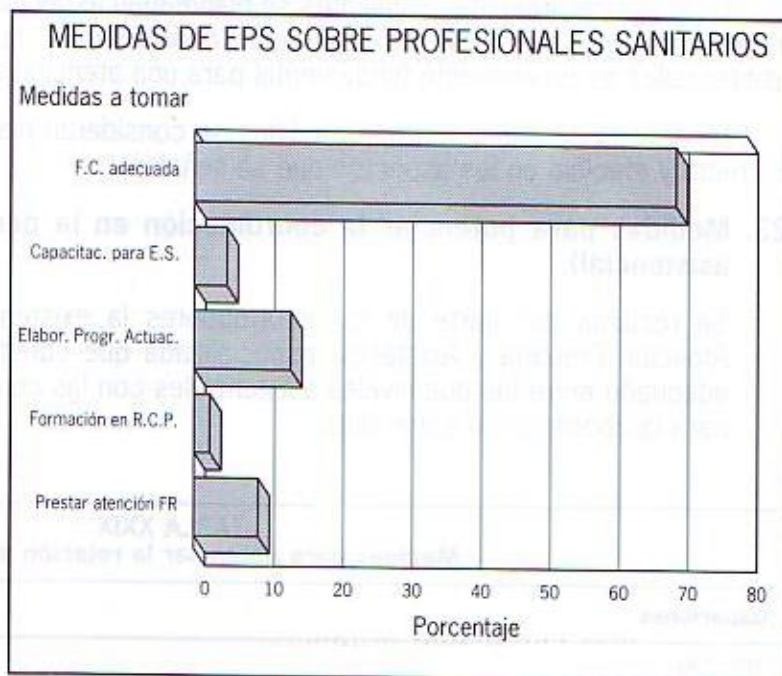


Figura 17.—Medidas de educación para la salud en los profesionales sanitarios (clave en tabla.XXVII)

TABLA XXVII
Educación para la Salud sobre profesionales sanitarios

Medidas	Porcentaje	Clave
F.C. adecuada	69,8	FC CES PA FRCP FR
Capacitar para hacer E.S.	4,7	
Elaboración programas actuación	14,0	
Formación en RCP	2,3	
Prestar atención a F.R.	9,3	

FC = Formación Continuada; E.S. = Educación Sanitaria; RCP = Reanimación Cardio-pulmonar; F.R.= Factores de Riesgo

22. ¿Cuales serían las medidas a adoptar, en educación para la salud, dirigidas a la población de riesgo?

Profundizar en la concienciación sobre su proceso (ayudar a su comprensión y mejorar su entendimiento) es la medida señalada por la mayoría de los expertos (65,1%) como la más necesaria de las actuaciones en educación para la Salud sobre la población con riesgo cardiovascular contrastado y conocido.

TABLA XXVIII
Educación para la Salud en la población de riesgo

Actuación	Porcentaje
Concienciación sobre la enfermedad y FR	65,1
Educación sanitaria	27,9
Importancia medidas higiénico-dietéticas	4,7
ONP	2,3

En las cinco preguntas siguientes se planteaban aspectos relacionados con la coordinación asistencial entre A. P. y Especializada, considerando que la coordinación entre niveles asistenciales es un elemento fundamental para una atención adecuada al paciente.

Se solicita se enumeren que medidas se consideran necesarias para que este hecho sea correcto y efectivo en los aspectos que se señalan.

23. Medidas para potenciar la coordinación en la derivación de enfermos (relación asistencial).

Se reclama por parte de los informadores la existencia de protocolos comunes para Atención Primaria y Asistencia especializada que constituyan un medio de comunicación adecuado entre los dos niveles asistenciales con las consiguientes repercusiones positivas para la coordinación entre ellos.

TABLA XXIX
Medidas para potenciar la relación asistencial

Actuaciones	Porcentaje
Protocolos comunes	79,1
Buena relación profesional	14,0
Facilidad remitir pacientes sin listas espera	7,0

24. Si crees necesario que especialistas en ECV se desplacen a los centros de Atención Primaria indica cuales deberian de ser sus cometidos

TABLA XXX
El especialista en centros de Atención Primaria

Funciones	Porcentaje
Actualizar conocimientos en ECV del EBAP	69,8
Atención periódica a grupos de asistentes CV	7,0
Asesoría y consulta conjunta en casos concretos	16,3
Potenciar medios diagnósticos especializados	2,3
ONP	4,7

La función docente es planteada como primordial por casi el 70% de los expertos consultados, contrastando con el papel asesor que reclaman sólo el 16%. Otras funciones, incluso algunas no contempladas en el tercer cuestionario, ocupan el 15% restante.

25. ¿Qué medidas adoptarías para potenciar la información entre los dos niveles asistenciales?

Se continúan expresando las necesidades de comunicación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada, que en esta ocasión se manifiestan a través de la necesidad de existencia de historias clínicas o protocolos comunes (60,5%) o reuniones periódicas (32,6%)

VXXXX A.18AT

TABLA XXXI Información entre los dos niveles asistenciales		
Actuaciones	Porcentaje	Clave
Historia o protocolo derivación bidireccional	60,5	RBID
Reuniones periódicas	32,6	RP
Establecer circuitos protocolizados	2,3	CIRP
Informes clínicos personalizados o H. ^a Clínica	4,7	IPER

26. ¿Qué medidas adoptarías para potenciar la coordinación en actividades de formación?

TABLA XXXII Formación coordinada entre niveles asistenciales		
Actuaciones	Porcentaje	Clave
Formación continuada para todos los niveles	72,1	FC
Encuentros periódicos en ZBS	18,6	FZBS
Sesiones clínicas conjuntas	2,3	SCC
Cursos de reciclaje periódicos	7,0	CREC

La formación continuada es manifestada por casi las tres cuartas partes de los informadores como el mecanismo más útil para soportar la coordinación en las actividades de formación.

27. ¿Qué medidas adoptarías para potenciar la coordinación entre atención primaria y especializada en actividades de investigación?

Las respuestas recogidas sobre esta cuestión se interpretan como dos formas de expresión de un mismo criterio, por lo que se puede indicar que existe absoluto acuerdo sobre que la única forma de potenciar la investigación coordinada sobre ECV es a través de protocolos multicéntricos conjuntos.

TABLA XXXIII Investigación conjunta entre Atención Primaria y Especializada	
Actuaciones	Porcentaje
Participación conjunta en los trabajos Proyectos multicéntricos comunes Hospital-AP	58,1 41,9

28. ¿Cuales son los procesos cardiovasculares que en tu opinión dejan mayor número de secuelas del tipo de incapacidad laboral y/o funcional?

Para los informadores las enfermedades cerebrovasculares son con gran diferencia el proceso cardiovascular que mayor número de secuelas y repercusiones sobre la actividad laboral. Quizá esta pregunta adolezca de no haber dado el espacio y tiempo necesarios

para realizar una valoración de las capacidades apriorísticas de recuperación de los mencionados episodios.

TABLA XXXIV
Proceso cardiovascular que deja mayor número de secuelas

Proceso	Porcentaje
Enfermedades cerebrovasculares Cardiopatía Isquémica (sobre todo IAM)	90,7 9,3

29. ¿Qué posibilidades de rehabilitación y reinserción social tiene hoy una persona que haya sufrido un proceso de los referidos en la pregunta 1?. Indica mucha escasa o ninguna en el mismo número de la enfermedad en la pregunta 1.

El texto de esta pregunta fue suprimido en el tercer cuestionario al desprenderse de las respuestas recibidas una tendencia a la confusión entre los expertos consultados. Así pues, quedó directamente la pregunta siguiente relacionándola con la vigesimonovena en lugar de con la primera.

30. De forma breve y esquemática, indica las principales medidas que tomarías para mejorar las posibilidades de rehabilitación y reinserción social de la pregunta anterior (29).

TABLA XXXVI
Medidas para mejorar rehabilitación

Actuaciones	Porcentaje
Potenciar la rehabilitación en AP	53,5
Rehabilitación física, social y laboral	23,3
Programas rehabilitación distintos niveles	18,6
Adecuar y acercar el enfermo a rehabilitación	4,7

Si se estima que las respuestas que hablan de «Programas de Rehabilitación a distintos niveles» y «Adecuar y acercar el enfermo a rehabilitación» pueden ser diferentes formas de expresar el contenido de la respuesta indicada por la mayoría (53,5%), ésta alcanzaría un porcentaje del 76,8%.

31. En tu opinión ¿qué equipamiento mínimo relacionado con las ECV debe existir en los Centros de Atención Primaria para la atención normal?

TABLA XXXVI
Equipamiento para atención normal en Atención Primaria

Equipo	Porcentaje
Laboratorio analítica básica	37,2
Electrocardiógrafo	14,0
Archivos de Historias Clínicas	39,5
ONP	9,3

Se observa, pese a la agregación conseguida en las respuestas una división de las opiniones que en número similar opinan sobre la necesidad de un laboratorio básico in situ y la existencia de archivos de historias clínicas.

Sólo un 14 % considera esencial la dotación con un electrocardiógrafo en los centros de Atención Primaria.

32. ¿Qué equipamiento mínimo relacionado con las ECV debe existir en los Centros de Atención Primaria para la atención urgente?

TABLA XXXVII Equipamiento para atención urgente en Atención Primaria	
Equipo	Porcentaje
Ambulancia dotada y fácil traslado	58,1
Desfibrilador, equipo parada	23,3
Protocolos claros de actuación	16,3
ONP	2,3

La mayoría de los expertos se decanta por la existencia de un dispositivo adecuado «Ambulancia dotada» para realizar un traslado en condiciones correctas y de forma rápida: «fácil traslado».

La cuarta parte solicitan la existencia en los centros de Atención Primaria de equipos de parada con desfibrilador y algo más del 15% reclaman protocolos claros de actuación.

33. Si tu centro de referencia fuera un Hospital Comarcal, que dotación mínima de equipamiento tecnológico consideras que debe de tener para prestar una adecuada asistencia a los pacientes afectos de ECV

Ante la abundancia de respuestas que indicaban un equipamiento que se puede considerar básico, no ya de un Hospital Comarcal, sino de una consulta en un Centro de Especialidades y ocasionaban una gran dispersión, se modificó la redacción en el último cuestionario quedando como sigue:

Dando por supuesto que en un Hospital Comarcal existen electrocardiógrafos y equipos de reanimación cardio-pulmonar, ¿cuál de los materiales contemplados en las respuestas de la fase anterior consideras imprescindible que debe existir para prestar una adecuada asistencia a los pacientes afectos de ECV?

TABLA XXXVIII Atención cardiovascular en un Hospital Comarcal	
Equipamiento	Porcentaje
Como C. Salud + Especialistas + Eco + UVI	72,1
UVI perfectamente equipada	14,0
Lo mismo que un C.Salud más UVI	9,3
UVI móvil	4,7

De las respuesta aportadas destaca aquella que considera al Hospital Comarcal como el paso siguiente a los centros de Atención Primaria, diferenciándose, a más de por la posibilidad de especialización, en este terreno por la presencia solicitada de especialistas, equipamiento ecocardiográfico y unidad de medicina intensiva, se supone que con capacidad para el tratamiento de procesos cardiovasculares agudos.

Es necesario reflexionar ante el hecho de que, de una u otra forma el 100% de los informadores opinan que es necesaria la existencia de UVI en los centros comarcales y sólo el 4,7% matizan esta necesidad considerándola como una UVI móvil.

El nivel de exigencia en cuanto al equipamiento de la unidad de medicina intensiva solicitada, no se concreta (no se planteó esta opción) salvo en aquellos que indican «perfectamente equipada».

34. Si estuviera en tu mano decidir que recursos aplicar y donde, ¿qué criterios utilizarías para establecer las prioridades en su asignación?

TABLA XXXIX
Criterios de priorización bajo varios criterios

Gestión	Porcentaje
Análisis de situación	46,0
Calidad asistencial	23,3
Eficiencia (coste/resultados)	16,3
Eficacia-Eficiencia	9,3
Asignación equitativa	4,7
Salud	
Prevención primaria	62,8
Fomentar programas de salud	20,9
Educación para la salud	16,3
Equipos	
Dotación correcta centros Atención Primaria	62,8
Atención Primaria eficaz	25,6
Prioridad en Atención Primaria	2,3
Sistema emergencia adecuado	4,7
Humanizar la asistencia	2,3
ONP	2,3
Recursos Humanos	
Formación y motivación	74,4
Personal suficiente y formado	14,0
Incentivación económica y profesional	4,7
Aumento del número cardiólogos	4,7
ONP	2,3
Varios	
Programa Andaluz ECV	53,5
Rapidez en estudio, tratamiento y rehabilitación	20,9
Facilitar iniciativas	9,3
No demagogia desde despachos	9,3
Buen servicio	4,7
ONP	2,3

Decidir la aplicación de los recursos tras el análisis en profundidad de la situación es la opción más respondida a la hora de determinar criterios de gestión para signar los

recursos. Le sigue la necesidad de perseguir la obtención de «calidad asistencial». No existe un criterio mayoritario entre los informadores.

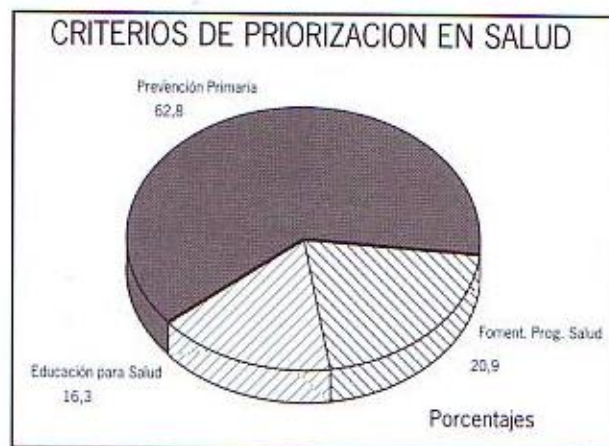


Figura 18.—Criterios de priorización en salud

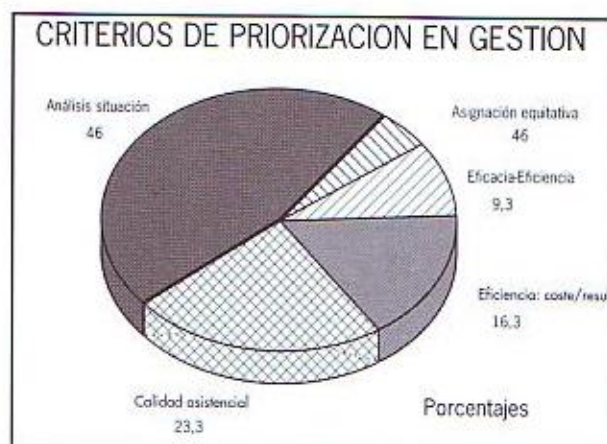


Figura 19.—Criterios de priorización en gestión

Si se utiliza el criterio «salud» para determinar las prioridades, la mayoría de los expertos opinan se deben orientar los esfuerzos para alcanzar una correcta prevención primaria de los procesos.

La dotación correcta de los centros de atención primaria es el criterio seleccionado por la mayoría de los consultados (62,8%). En segundo lugar un 25% opina que es necesario perseguir una Atención Primaria eficaz.

El criterio estimado como preferente por el 74% de los consultados a la hora de priorizar sobre recursos humanos es la formación y motivación del personal.

Finalmente existe un apartado en el que hemos englobado aquellas respuestas a los criterios de priorización que fueron aportadas al primer cuestionario y no pueden ser englobadas en los apartados anteriores. Respuestas que señalan la necesidad de existencia del propio programa del que forma parte este estudio, hasta la expresión de la necesidad de acelerar los tiempos de respuesta ante los enfermos y alguna reprimenda a la administración sanitaria conforman este apartado.

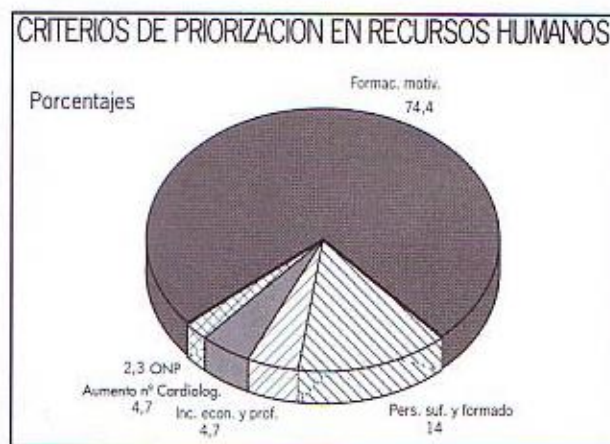


Figura 20.—Criterios de priorización en recursos humanos

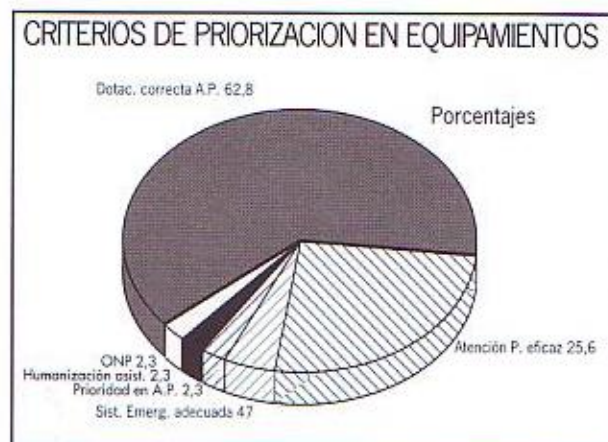


Figura 21.—Criterios de priorización para dotación de equipamientos

CONCLUSIONES

- I. El alto grado de *deserciones* del primer cuestionario puede ser debido en gran parte a las fechas de remisión del mismo y al estrecho margen de tiempo dado para su devolución. No obstante es preciso tener presentes otras posibles causas tanto metodológicas (grado de complejidad del cuestionario y ausencia de contacto telefónico previo) como *ambientales* (escaso interés de participación en estudios promovidos desde la Administración, estado de ánimo individual y colectivo, etc.)
- II. Pese a lo comentado en el punto anterior, al tratarse de una técnica de valoración cualitativa, no estadística, sus resultados siguen siendo valorables.
- III. En el 31% de las cuestiones planteadas el *grado de consenso* alcanzado, tal y como se define en este estudio, fue superior al 90%
- IV. La patología cardiovascular más frecuente en nuestro medio, para el 90,7 de los informadores, es la **Hipertensión Arterial**.
- V. Para la mayoría de los expertos una ingesta moderada de **alcohol**, en general inferior a los 50 gr/día, no supone un incremento del riesgo cardiovascular.
- VI. El consumo de **tabaco** es valorado como riesgo cardiovascular por el 65,1% de los participantes en el estudio.
- VII. El abandono de la llamada *dieta mediterránea* y el aumento del consumo de **grasas saturadas** son los dos principales factores de riesgo cardiovascular introducidos por los cambios en los hábitos alimenticios de los andaluces
- VIII. La **Hipertensión Arterial** ya considerada como la patología más frecuente, es a su vez evaluada como el factor de riesgo más importante y frecuente por el 74,4% de los informadores.

- IX. Para la mayoría de los informadores la **hiperuricemia** no puede considerarse como un factor de riesgo cardiovascular, aunque el porcentaje de los que defienden este criterio no está firmemente definido, si es, en todo caso, superior al 62%.
- X. En relación con la **Presión Arterial** se recogen las siguientes opciones como mayoritarias:
- A. **Valor idóneo** 140/80 mmhg (35,8% y 79,1% para el valor sistólico y diastólico respectivamente)
 - B. **Inicio de tratamiento sin fármacos** 160/90 mmhg (41,9% y 79,1% para el valor sistólico y diastólico respectivamente)
 - C. **Inicio de tratamiento con fármacos** 160/95 mmHg (65,1% y 62,8% para el valor sistólico y diastólico respectivamente)
 - D. Todos manifiestan la necesidad de iniciar el tratamiento farmacológico tras el fracaso de medidas higiénico dietéticas y actuaciones sobre hábitos de vida.
 - E. El 53,6% de los expertos no define una opción para el inicio del tratamiento con fármacos, siendo un 39,5% los que indican actuaciones monofármaco con diuréticos o β bloqueantes o Antagonistas del calcio o inhibidores de la ECA.
 - F. El criterio para el diseño de un protocolo de actuación en la intervención, atendiendo a las opciones más seleccionadas sería el siguiente:
 - 1. Medidas higiénico-dietéticas (90,7%).
 - 2. Actuaciones monofármaco con diuréticos o β bloqueantes o antagonistas del calcio o inhibidores de la ECA. (67,4%).
 - 3. Asociar dos fármacos del segundo paso (30,2%).
 - 4. Diuréticos más inhibidores de la ECA más nifedipina (20,9%).
 - 5. Remisión para estudio especializado (62,8%).
 - G. Para el seguimiento adecuado de la Hipertensión Arterial se estima necesaria la existencia de controles periódicos de la misma como mejor medida.
- XI. Existe una discrepancia con lo recogido en el Consenso para el control de la Hipertensión Arterial en España en lo que respecta a los valores para el inicio del tratamiento sin y con fármacos.
- XII. En relación con el **Colesterol** se recogen las siguientes opciones como mayoritarias:
- A. **Valor idóneo** menor de 200 mg% (94,5%)
 - B. **Inicio de tratamiento sin fármacos** 220 mg% (41,9%)
 - C. **Inicio de tratamiento con fármacos** 240 mg% (37,2%)
 - D. Todos manifiestan la necesidad de iniciar el tratamiento farmacológico tras el fracaso de medidas higiénico dietéticas y actuaciones sobre hábitos de vida.
 - E. El 74,4% de los encuestados son partidarios de iniciar el tratamiento farmacológico con Resinas de intercambio iónico o Inhibidores de la HMG.
 - F. El criterio para el diseño de un protocolo de actuación en la intervención, atendiendo a las opciones más seleccionadas sería el siguiente:

1. Medidas higiénico-dietéticas (93,7%).
 2. Resinas de intercambio iónico o Inhibidores de HMG (48,8%).
 3. Inhibidores de la HMG (37,2%).
 4. Resinas de intercambio iónico más inhibidores de la HMG (20,9%)
 5. Remisión para estudio especializado ((46,5%)
- G. Para el seguimiento es necesario practicar periódicamente estudio completo de lípidos, que a su vez es el mejor método, en opinión de los expertos consultados, para la detección de Factores de Riesgo cardiovascular.
- XIII. Existe una coincidencia de los expertos andaluces con el Consenso para el control de la hipercolesterolemia en España casi total en la estimación de los valores idóneo-normales, que desaparece a la hora de plantear actuaciones farmacológicas, existiendo una marcada tendencia a un mayor uso de fármacos por parte de los encuestados.
- XIV. En relación con el **Colesterol HDL** se recogen las siguientes opciones como mayoritarias:
- A. **Valor idóneo** de 50 mg% (53,5%)
 - B. **Inicio de tratamiento sin fármacos** 35 mg% (41,9%)
 - C. **Inicio de tratamiento con fármacos** 30 mg% (86%)
- XV. En relación con los **Triglicéridos** se recogen las siguientes opciones como mayoritarias:
- A. **Valor idóneo** de 150 mg% (62,8%)
 - B. **Inicio de tratamiento sin fármacos** 200 mg% (79,1%)
 - C. **Inicio de tratamiento con fármacos** 250 mg% (53,5%)
- XVI. En relación con la **Glucemia** se recogen las siguientes opciones como mayoritarias:
- A. **Valor idóneo** de 90 mg% (67,4%)
 - B. **Inicio de tratamiento sin fármacos** 120 mg% (79,1%)
 - C. **Inicio de tratamiento con fármacos** 140 mg% (53,5%)
- XVII. La principal causa aguda de muerte cardiovascular la constituye la cardiopatía isquémica (67,4%), siendo necesario un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato (55,8%) para intentar disminuir la mortalidad.
- XVIII. El tabaco como factor específico (39,5%) y la vigilancia y control del resto de los factores de riesgo (37,2%) constituyen los objetivos preferentes de la Educación Sanitaria orientada hacia la población.
- XIX. La formación continuada (69,8%) constituye el modo de actuación prioritario sobre los profesionales del sector en relación con los Factores de Riesgo cardiovascular.
- XX. Para lograr una adecuada coordinación entre niveles asistenciales (Atención Primaria y Asistencia Especializada), en lo que respecta a actuaciones sobre procesos cardiovasculares, sería necesario adoptar una serie de actitudes:

- A. La existencia de protocolos comunes como medio de comunicación (79,1%), así como para potenciar la información entre ellos (60,5%).
 - B. Para la formación coordinada se estima necesario por los expertos potenciar las actividades de formación continuada (72,1%)
 - C. Según el 58,1% de los informadores la coordinación en el campo de investigación se lograría mediante la participación conjunta en los trabajos.
- XXI. El 69,8% de los expertos consultados piensan que el papel del especialista en patologías cardiovasculares en Atención Primaria debe de ser actualizar los conocimientos del personal del EBAP.
- XXII. Las enfermedades cerebrovasculares constituyen el tipo de proceso cardiovascular que causa mayor número de secuelas, según el 90,7% de los encuestados. Para luchar contra ellas es necesario acercar la rehabilitación a los pacientes aplicándola a nivel de Atención Primaria (53,5%).
- XXIII. Un 39,5% de los consultados señalan la existencia de historias clínicas adecuadas y conservadas (archivo de historias clínicas) como el equipamiento mínimo a existir en una Zona Básica de Salud para permitir una lucha contra las enfermedades cardiovasculares a través de la asistencia programada.
- XXIV. Cuando la asistencia debe prestarse de forma urgente la mayoría de los expertos señalan que se debe disponer de un dispositivo que permita un traslado, rápido y en las mejores condiciones posibles, al centro de referencia (58,1%).
- XXV. Los hospitales comarcales deben disponer de una dotación similar a la de un Centro de Salud más especialistas, más ecocardiografía, más UVI (72,1%) para poder realizar una actuación adecuada frente a los diversos procesos cardiovasculares.
- XXVI. Los informadores plantean diferentes criterios a seguir a la hora de planificar la distribución de recursos, en función de la perspectiva desde la que se analice el problema:
- A. La situación actual constituye el **criterio de gestión** apuntado como preferente por el 46% de los informadores.
 - B. Desde el punto de vista de **salud** son las actuaciones dirigidas a la prevención primaria (62,8%) las apuntadas por la mayoría.
 - C. La dotación correcta de Atención Primaria es el criterio preferente para la distribución de **equipamientos** (62,8%).
 - D. Criterios de motivación y formación son reclamados por el 74,4% de los informadores a la hora de priorizar en **recursos humanos**
 - E. La necesidad de un programa andaluz sobre enfermedades cardiovasculares es enfatizada por un 53,5% de los expertos.

anexo I
primera carta y cuestionario

Estimado compañero:

El Servicio Andaluz de Salud se dispone a realizar, en el contexto del Plan Andaluz de Salud, un programa dedicado a las Enfermedades Cardiovasculares. En él serán abordados aspectos tanto de prevención primaria como terapéutica y de rehabilitación, reinserción social y prevención secundaria.

Para alcanzar un consenso básico en relación con el tema, se han diseñado una serie de grupos de trabajo que se ocuparán de realizar diversos análisis de los temas sectoriales indicados en el párrafo anterior.

Para que el consenso mencionado antes tenga una amplia base y el diseño final del programa responda realmente a las necesidades existentes, se ha elegido además de los grupos de trabajo comentados, el método denominado de DELPHI, cuyas características se detallan en las instrucciones anexas.

Un grupo DELPHI está constituido por un número limitado de profesionales que por su experiencia, conocimientos, cualificación y proximidad al tema, constituyen una importante fuente de información cada uno desde su propia perspectiva. Por estos motivos, nos dirigimos a ti con el fin de conocer tu opinión sobre las cuestiones contenidas en el cuestionario que se adjunta.

Las opiniones que viertas en las respuestas permanecerán en el más absoluto anonimato, garantizándose plenamente la confidencialidad de las mismas.

Tu participación en este grupo de trabajo hasta el final del ejercicio debe ser desconocida por otros expertos que puedan existir en tu entorno, esto es necesario para garantizar la individualidad de las aportaciones, por ello te ruego no comentes a nadie tu participación como medida que garantice tu independencia.

Una vez concluido el proceso se hará pública la relación de participantes, salvo indicación expresa en contra, garantizándose en todo momento la confidencialidad de las respuestas, y se emitirá por el grupo de control un informe global del que recibirás un ejemplar.

Como verás el cuestionario atañe a cuestiones básicas de la patología cardiovascular y tu respuesta al mismo, es de extraordinaria importancia ya que el número de profesionales seleccionados es limitado, siendo el estudio tanto más valioso cuanto mayor sea el número de respuestas recibidas.

Para llevar a cabo el programa necesitamos disponer de los cuestionarios cumplimentados antes del día 12 de setiembre, por ello te ruego encarecidamente lo contestes y nos lo envíes lo antes posible por el procedimiento explicado en las instrucciones.

Agradecemos de antemano tu colaboración y en nombre del grupo coordinador del programa recibe un cordial saludo

Fdo.: Jaime Nieto Cervera

Coordinador del Programa

INSTRUCCIONES

METODO DE TRABAJO

El DELPHI, nombre puesto en honor del Oráculo de Delfos, es un método de trabajo de grupos diseñado para alcanzar un grado de consenso, tan amplio como sea posible entre un grupo de profesionales, técnicos o expertos sin que exista relación directa entre ellos durante su realización.

Consiste básicamente en el envío de sucesivas encuestas a los expertos seleccionados de forma que los datos aportados en la anterior, una vez analizados y estructurados configuran la encuesta siguiente, permitiendo, al encuestado, afirmarse en la respuesta inicial o modificar su criterio. De esta forma es posible, en la teoría, lograr un consenso importante, con remisiones sucesivas.

El principal inconveniente de esta técnica sería su duración en el tiempo ante la posibilidad de llevar al infinito el número de cuestionarios, otro problema vendría dado por el cansancio de los encuestados y las deserciones del grupo. Por ello se hace preciso, por un lado limitar el número de encuestas, que en condiciones normales oscila entre dos o tres remisiones y por otro establecer calendarios rápidos, que agilicen en la medida de lo posible el método y eviten el cansancio.

Con este procedimiento pretendemos conocer el grado de acuerdo existente entre los profesionales médicos sobre la incidencia y prevalencia de las patologías cardiovasculares, sobre sus repercusiones sociales y algunos aspectos terapéuticos.

El DELPHI tiene entre sus características el compromiso por parte de los organizadores a mantener la confidencialidad de los datos y opiniones vertidas. Una vez cumplimentado el cuestionario, debe ser introducido en el sobre, cerrarlo y remitirlo a vuelta de correo,

urgente, al equipo de seguimiento. Una vez los sobres estén en el equipo de control, serán separados, controlada la respuesta y archivados sólo los cuestionarios.

En caso de no recibirse las respuestas en las fechas establecidas no se remitirán las fases sucesivas. El número que figura en la parte superior derecha de la primera hoja del cuestionario es únicamente a efectos de control de respuesta y no tiene valor ni significado alguno.

PRIMERA FASE

Objetivo: Obtener una lista de respuestas a las cuestiones planteadas que permitan conocer las opiniones globales sobre patologías cardiovasculares, su prevalencia, factores de riesgo (FR), consecuencias, posibilidades preventivas, terapéuticas y de reinserción social.

Calendario: Las respuestas deben estar en poder del grupo de seguimiento antes del día 12 de setiembre. Para ello se adjunta sobre con franqueo para remisión urgente debidamente franqueado, rogándote su devolución, una vez cumplimentado el cuestionario, lo antes posible.

Procedimiento: Las preguntas deben responderse de acuerdo con la experiencia personal y la situación del entorno donde se desarrolla el trabajo diario, así como con los criterios seguidos en el desempeño de la actividad profesional, procurando eludir las definiciones y criterios académicos y descripciones de los autores, salvo cuando sean fiel reflejo de la realidad diaria de cada uno.

Para abreviar la duración del estudio y evitar una fase de remisión, **ordena las respuestas**, siempre que se pidan varias a una pregunta, **en sentido descendente** poniendo en primer lugar la más frecuente o importante.

SEGUNDA FASE

Objetivo: Reconsiderar las respuestas emitidas a la luz del conocimiento del resultado global y de la lista confeccionada con las respuestas a la primera encuesta

Calendario: Entre el 12 y 15 de setiembre se procederá al análisis de la primera lista, remitiéndose en esa fecha el segundo cuestionario. Dispondrás hasta el 26 para remitir la respuesta.

Procedimiento: En esta fase se te pedirá que reconsideres tu respuesta anterior e indiques tu conformidad o disconformidad con el resultado de la primera encuesta indicando el por qué de tu criterio. Así mismo, se te preguntará sobre la conformidad o no con la publicación de tu nombre en la relación final de expertos.

CUESTIONARIO

Por favor:

Rellenar el cuestionario a máquina o con letras mayúsculas, nos ayudará en su valoración y contribuirá a mantener el anonimato

En las preguntas donde no está limitado el número de respuestas se marca un límite para escritura libre, sólo en casos excepcionales se puede utilizar el dorso de la hoja para ampliar comentarios, señalizando siempre de forma adecuada a que pregunta se refiere.

No anotar nada en la columna reservada a códigos.

CODIGOS

1. ¿Cuales consideras las cinco enfermedades cardiovasculares (ECV) más frecuentes en tu medio?

- 1.1. _____
- 1.2. _____
- 1.3. _____
- 1.4. _____
- 1.5. _____

2. Teniendo en cuenta que la cerveza contiene entre 4 y 6 gr de alcohol por 100 cc (una caña tiene 200 cc), el vino tinto entre 11 y 15 gr / 100 cc (una copa 20 a 25 cc) y los alcoholes destilados alrededor de 40 gr / 100 cc (una copa 10 cc aproximadamente), en tu opinión a partir de que cantidades de alcohol, por termino medio comienza el riesgo cardiovascular.

_____ gr de alcohol/día

3. Si crees que existe una cantidad de cigarrillos / día por debajo de la cual se puede considerar que el tabaco no es factor de riesgo cardiovascular di cual es:

_____ cigarrillos/día

4. Parece ser que se está produciendo una modificación en los hábitos alimenticios de la población andaluza. En el caso de compartir esta opinión ¿cuales crees que son los nuevos hábitos que está incorporando el andaluz a su régimen alimenticio que puedan ser causa de un aumento del riesgo cardiovascular.

- 4.1. _____
- 4.2. _____
- 4.3. _____
- 4.4. _____
- 4.5. _____

5. ¿Cuales son, en tu entorno, los factores etiológicos y/o de riesgo cardiovascular más importantes y frecuentes?

6. Definitivamente, ¿se considera la hiperuricemia como FR cardiovascular?

SI NO

Rodea con un círculo la opción escogida

En las próximas 9 cuestiones nos interesa tu opinión en el papel de experto que se enfrenta a la confección de un protocolo para la detección, control y tratamiento de los principales FR cardiovascular.

7. De los parámetros que se relacionan a continuación, ¿cuales consideras que son los valores ideales, para que no exista riesgo cardiovascular?

7.1. P. Arterial Sistólica _____ mm Hg

7.2. P. Arterial Distólica _____ mm Hg

7.3. Colesterol Total _____ mg %

7.4. Colesterol HDL _____ mg %

7.5. Triglicéridos _____ mg %

7.6. Glucemia _____ mg %

8. En caso de «hiper.....»: ¿A partir de qué **valores** indicas comenzar **tratamiento Sin Fármacos**?

8.1. P. Arterial Sistólica _____ mm Hg

8.2. P. Arterial Distólica _____ mm Hg

8.3. Colesterol Total _____ mg %

8.4. Colesterol HDL _____ mg %

8.5. Triglicéridos _____ mg %

8.6. Glucemia _____ mg %

9. En caso de «hiper.....»: ¿A partir de qué **valores** inicias **tratamiento Con Fármacos**?

- 9.1. P. Arterial Sistólica _____ mm Hg _____
- 9.2. P. Arterial Distólica _____ mm Hg _____
- 9.3. Colesterol Total _____ mg % _____
- 9.4. Colesterol HDL _____ mg % _____
- 9.5. Triglicéridos _____ mg % _____
- 9.6. Glucemia _____ mg % _____
10. ¿Qué **criterios** estimas que deben darse para el **inicio de tratamiento farmacológico en la Hipertensión Arterial?**
- 10.1. _____
- 10.2. _____
- 10.3. _____
11. ¿Qué **criterios** deben existir, en tu opinión, para el **inicio de tratamiento farmacológico en las hipercolesterolemias?**
- 11.1. _____
- 11.2. _____
- 11.3. _____
12. ¿Cuál es en tu opinión el **grupo farmacológico de elección** para el **inicio del tratamiento de la Hipertensión Arterial?**
- _____
13. ¿Cuál es en tu opinión el **grupo farmacológico de elección** para el **inicio del tratamiento de la Hipercolesterolemia**
- _____
14. En un protocolo sistematizado para el tratamiento farmacológico en la Hipertensión Arterial, ¿cual sería, por grupos terapéuticos, la secuencia a seguir?
- 14.1. _____
- 14.2. _____
- 14.3. _____
- 14.4. _____
- 14.5. _____
15. En un protocolo sistematizado para el tratamiento farmacológico en la Hipercolesterolemia ¿cual sería, por grupos terapéuticos, la secuencia a seguir.
- 15.1. _____
- 15.2. _____

15.3. _____

15.4. _____

15.5. _____

Indica cuál debe ser, en tu opinión, la batería mínima de determinaciones analíticas a realizar para:

16. Una detección adecuada de los FR cardiovascular

17. Un control y seguimiento adecuado de la hipertensión arterial

18. Un control y seguimiento adecuado de las hipercolesterolemias

19. ¿Cuales son, en tu opinión, los procesos agudos cardiovasculares con mayor grado de mortalidad inmediata?. Entendemos por mortalidad inmediata aquella que sucede durante las primeras 24 horas del proceso.

19.1. _____

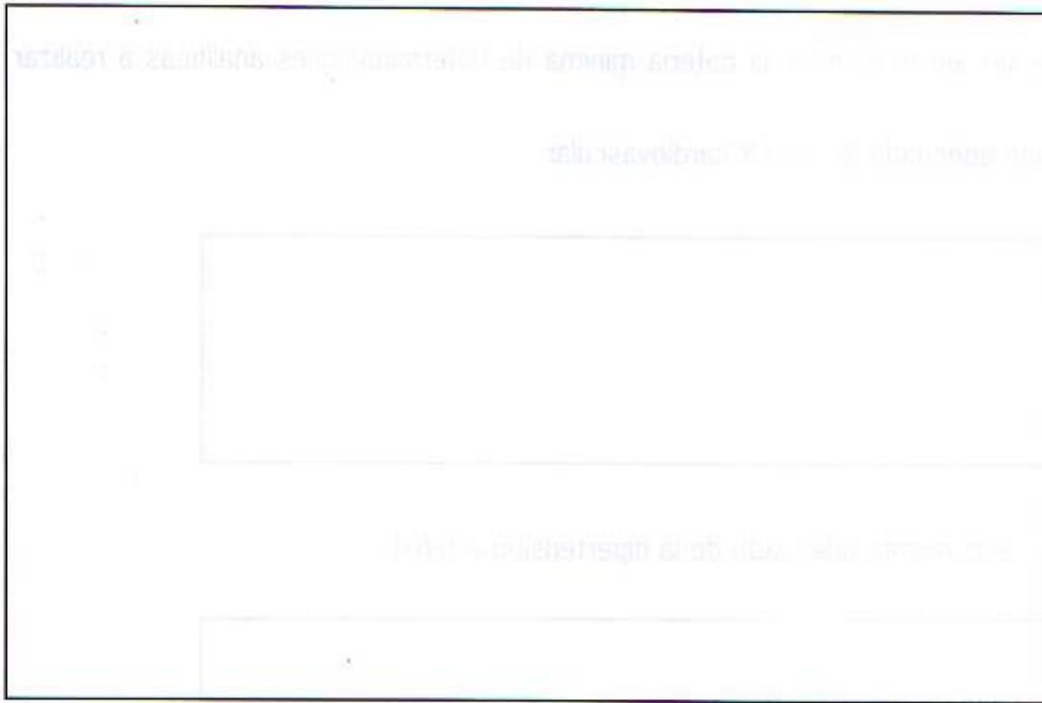
19.2. _____

19.3. _____

19.4. _____

19.5. _____

20. De forma breve y esquemática, indica las principales medidas que tomarías para influir positivamente en los procesos señalados en la pregunta anterior.



21. Sabemos que la Educación Sanitaria es de gran utilidad para la introducción de hábitos y estilos de vida saludables. En el terreno que nos ocupa, ¿qué actuaciones dirigidas a la población en general consideras que hay que acometer con mayor urgencia?

- 21.1. _____
- 21.2. _____
- 21.3. _____
- 21.4. _____
- 21.5. _____

22. Y ¿cuales dirigidas a los profesionales sanitarios?

- 22.1. _____
- 22.2. _____
- 22.3. _____
- 22.4. _____
- 22.5. _____

23. Y ¿cuales dirigidas a la población de riesgo?

- 23.1. _____

- 23.2. _____
- 23.3. _____
- 23.4. _____
- 23.5. _____

Considerando que la coordinación entre niveles asistenciales es un elemento fundamental para una atención adecuada al paciente, enumera a continuación que medidas consideras necesarias para que este hecho sea correcto y efectivo en los aspectos que se señalan:

24. Derivación de enfermos (relación asistencial)

25. Si crees necesario que especialistas en ECV se desplacen a los centros de Atención Primaria indica cuales deberían de ser sus cometidos

26. Información entre los dos niveles

27. Formación

32. En tu opinión ¿qué equipamiento mínimo relacionado con las ECV debe existir en los Centros de Atención Primaria para la **atención normal**?

- 32.1. _____
- 32.2. _____
- 32.3. _____
- 32.4. _____
- 32.5. _____

33. ¿Y para la **atención urgente**?

- 33.1. _____
- 33.2. _____
- 33.3. _____
- 33.4. _____
- 33.5. _____

34. Si tu centro de referencia fuera un Hospital Comarcal, que **dotación mínima de equipamiento tecnológico** consideras que debe de tener para prestar una adecuada asistencia a los pacientes afectos de ECV.

35. Si estuviera en tu mano decidir que recursos aplicar y donde, ¿qué **criterios** utilizarías para **establecer las prioridades** en su asignación?

- 35.1. _____
- 35.2. _____
- 35.3. _____
- 35.4. _____
- 35.5. _____

Gracias otra vez. Recuerda, una vez terminado el cuestionario introducelo en el sobre franqueado y depositalo en la Oficina de Correos más próxima lo antes posible.

anexo II
respuestas al primer cuestionario
anexo del segundo

PREGUNTA 1.1

- 1 Accidente Cerebrovascular (A.CV.) agudo
- 2 A.CV. transitorio
- 3 Insuficiencia Cerebrovascular
- 4 Angina de pecho
- 5 Angor estable
- 6 Cardioesclerosis
- 7 Cardiopatía arteriosclerótica
- 8 Cardiopatía isquémica (C.I.)
- 9 Enfermedad coronaria
- 10 Infarto agudo de miocardio (I.A.M.)
- 11 Infarto de miocardio (I.M.)
- 12 Fallo cardíaco
- 13 Fibrilación auricular
- 14 Hipertensión arterial (HT.A.)
- 15 HT.A. esencial
- 16 Insuficiencia cardíaca (I.C.)
- 17 Cardiopatía hipertensiva
- 18 Neurosis cardíaca

PREGUNTA 1.2

- 1 A.CV.
- 2 A.CV. Agudo
- 3 Trombosis cerebral
- 4 Trombosis embolismo cerebral
- 5 Arritmias cardíacas
- 6 Arteriosclerosis
- 7 Angor
- 8 C.I.
- 9 C.I. Con desarrollo de infarto
- 10 I.A.M.
- 11 Cardioesclerosis + Angor de esfuerzo
- 12 Edema agudo pulmonar
- 13 Enfermedad valvular
- 14 Enfermedades de las venas
- 15 HT.A.
- 16 HT.A. Sistémica
- 17 Hipertrofia V.I. Hipertensiva
- 18 I.C. Congestiva
- 19 Varices

PREGUNTA 1.3

- 1 A.CV.
- 2 A.CV. Secuelas .
- 3 Arteriosclerosis cerebral .
- 4 Cerebrovasculares .
- 5 Hemorragia cerebral.
- 6 Angina de pecho .
- 7 C.I..
- 8 C.I. Crónica.
- 9 I.A.M.
- 10 I.A.M. Con sus secuelas .
- 11 I.M. Fase residual.
- 12 Taquiarritmias .
- 13 Trastornos del ritmo .
- 14 Valvulopatías .
- 15 Valvulopatías mitrales .
- 16 Cardiopatía hipertensiva.
- 17 HT.A.
- 18 I.C.
- 19 I.C. y arritmias.
- 20 Cor pulmonale.
- 21 Miocardiopatías.
- 22 Enfermedad pericárdica.
- 23 Arteriopatía periférica.
- 24 Arteriopatías (mayor % de diabéticos).
- 25 Enfermedades venosas
- 26 Insuficiencia venosa.
- 27 Insuficiencia venosa y/o arterial
- 28 Insuficiencia vertebrobasilar.
- 29 Síndrome varicoso.

PREGUNTA 1.4

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| 1 A.CV. | 18 Tromboembolismo pulmonar |
| 2 Hemorragia cerebral | 19 Arteriosclerosis periférica |
| 3 I.A.M. | 20 Arteriopatía diabética |
| 4 Angina | 21 Arteriopatía periférica |
| 5 Angor espástico | 22 Arteriosclerosis grandes vasos |
| 6 C.I. | 23 Enfermedad de arterias |
| 7 Coronariopatía | 24 Enfermedad vascular periférica |
| 8 Corazón senil | 25 Insuficiencia arterial perif. |
| 9 Cardiopatía hipertensiva | 26 Insuficiencia vascular perif. |
| 10 I.C. | 27 Insuficiencia venosa |
| 11 Valvulopatía mitral | 28 Insuficiencia venosa perif. |
| 12 Valvulopatía reumática | 29 Isquemia de miembros infer. |
| 13 Valvulopatías | 30 Claudicación intermitente |
| 14 Cor pulmonale crónico | 31 Retinopatía diabética |
| 15 Arritmias | 32 Tromboflebitis |
| 16 Endocarditis | 33 Varices |
| 17 Miocardiopatía primaria | 34 Varices miembros inferiores |

PREGUNTA 1.5

- | | |
|---|--|
| 1 A.CV. | 23 Nefropatía hipertensiva |
| 2 C.I. | 24 Retinopatía (catarata diabética) |
| 3 Cardiopatía reumática | 25 Trastornos del ritmo |
| 4 Cardiopatía valvular | 26 Tromboembolismo pulmonar |
| 5 Enfermedad mitral reumática | 27 Tromboembolismos |
| 6 Estenosis mitral | 28 Vasculopatías periféricasCirculatorio |
| 7 Cor pulmonale | 13 Insuficiencia vascular perif. |
| 8 I.A.M. | 14 Isquemia arterial crónica |
| 9 I.C. | 15 Aneurisma aórtico |
| 10 Miocardiopatía hipertrófica | 16 Arteriopatías miembros infer. |
| 11 Miocardiopatías | 17 Arteriopatías periféricas |
| 12 Enfermedades venosas y otras del Ap.
Circulatorio | 18 Arteriosclerosis |
| 13 Insuficiencia vascular perif. | 19 Ateroescclerosis aorto-iliaca |
| 14 Isquemia arterial crónica | 20 Circulación de retorno |
| 15 Aneurisma aórtico | 21 Claudicación intermitente |
| 16 Arteriopatías miembros infer. | 22 Muerte súbita |
| 17 Arteriopatías periféricas | 23 Nefropatía hipertensiva |
| 18 Arteriosclerosis | 24 Retinopatía (catarata diabética) |
| 19 Ateroescclerosis aorto-iliaca | 25 Trastornos del ritmo |
| 20 Circulación de retorno | 26 Tromboembolismo pulmonar |
| 21 Claudicación intermitente | 27 Tromboembolismos |
| 22 Muerte súbita | 28 Vasculopatías periféricas |

PREGUNTA 2

GRAMOS DE ALCOHOL

- 0
- 7
- 8
- 10
- 12
- 15
- 20
- 22
- 25
- 30
- 35
- 40
- 45
- 50
- 60
- 65
- 75
- 80
- 100
- 150
- 200
- No Sabe

PREGUNTA 3

NUMERO DE CIGARRILLOS

- 0
- 1
- 2
- 3
- 5
- 6
- 7
- 8
- 10

PREGUNTA 4

- 1 Sobrealimentación
- 2 Aumento en calorías totales
- 3 Comida fuera de casa
- 4 Mas comida basura

- 5 Comida rápida
- 6 Comidas rapazas alto contenido grasas animales
- 7 Aumento consumo de alimentos precocinados
- 8 Aumento de congelados
- 9 Aditivos artificiales: conservantes, estabilizantes
- 10 Exceso de sal
- 11 Alimentos enlatados con alto contenido en sal
- 12 Aumento de pastas en la dieta
- 13 Alto consumo grasas animales industriales
- 14 Aumento consumo de grasas saturadas
- 15 Aumento consumo de grasas totales/día
- 16 Aumento consumo de mantequilla
- 17 Aumento consumo de hamburguesas y salchichas
- 18 Aumento consumo de carne
- 19 Aumento de bollería industrial
- 20 Grasas vegetales (infantil)
- 21 Aumento azucares
- 22 Mas derivados lácteos
- 23 Mas conservas
- 24 Alto consumo huevos
- 25 Aumento de fritos
- 26 Uso freidoras
- 27 Quesos muy grasos
- 28 Aumento de alimentos refinados
- 29 Aumento féculas
- 30 Bebidas en comidas
- 31 Alcohol adolescencia
- 32 Aumento consumo de alcohol
- 33 Bebidas alcohólicas de alta graduación
- 34 Consumo de aceites no de oliva
- 35 Alimentación pobre en fibra
- 36 Consumo inferior de legumbres
- 37 Disminución consumo de grasas vegetales
- 38 Disminución consumo de verduras
- 39 Disminución grasas monoinsaturadas
- 40 Disminución de frutas
- 41 Disminución de féculas
- 42 Disminución relativa de aves y pescado
- 43 Menor consumo pescado azul
- 44 Disminución de pescado
- 45 Productos lácteos para niños
- 46 Alimentación infantil inadecuada
- 47 Abandono paulatino dieta mediterránea
- 48 La población va eligiendo una dieta mas sana

PREGUNTA 5

- 1 Alcohol
- 2 Cerdo ibérico y sus productos
- 3 Dieta (grasas)
- 4 Edad
- 5 Estrés
- 6 Personalidad tipo A.
- 7 Hipercolesterolemia
- 8 Hiperlipemias
- 9 Hipertensión arterial
- 10 Obesidad
- 11 Tabaco
- 12 Sedentarismo
- 13 Predisposición familiar
- 14 Diabetes
- 15 Dislipemias
- 16 Arteriosclerosis
- 17 Cardiopatía isquémica
- 18 Infección estreptocócica
- 19 Tabaquismo cada vez mas precoz
- 20 Consumo de sal elevado
- 21 Ansiedad
- 22 Habito alimenticio hipernutrición
- 23 Infecciones víricas
- 24 Hipertrofia ventricular izquierda
- 25 Uricemia
- 26 Vasculopatias diversas y alteraciones del ritmo

PREGUNTA 6

La distribución de las respuestas es la siguiente:

SI	48,2 %
NO	51,2 %

PREGUNTA 7.1

P.A. Sistólica mm Hg

- 110
- 120
- 130
- 135
- 140
- 145
- 150
- 160

PREGUNTA 7.2

P.A. Diastólica mm Hg

- 60
- 68
- 70
- 80
- 85
- 90
- 95
- 99

PREGUNTA 7.3**Colesterol Total mg %**

150
160
175
180
190
200
210
220
230
250

PREGUNTA 7.4**Colesterol HDL mg %**

30
35
40
45
46
50
55
60
65
67
70
75
135

PREGUNTA 7.5**Triglicéridos mg %**

50
90
95
100
120
130
150
160
170
175
180
200
250

PREGUNTA 7.6**Glucemia mg %**

60
80
85
90
95
100
110
115
120
140
150

PREGUNTA 8.1**P.A. Sistólica mm Hg**

120
130
140
145
150
155
160
165
170
180

PREGUNTA 8.2**P.A. Diastólica mm Hg**

80
85
90
95
100
110

PREGUNTA 8.3

Colesterol Total mg %

- 150
- 200
- 210
- 220
- 225
- 230
- 240
- 250
- 260
- 270

PREGUNTA 8.4

Colesterol HDL mg %

- 025
- 030
- 035
- 040
- 045
- 050
- 055
- 060
- 065
- 067

PREGUNTA 8.5

Trigliceridos mg %

- 140
- 150
- 160
- 170
- 175
- 180
- 190
- 200
- 230
- 250
- 300

PREGUNTA 8.6

Glucemia mg %

- 80
- 90
- 100
- 105
- 110
- 115
- 120
- 125
- 130
- 140
- 160

PREGUNTA 9.1

P.A. Sistólica mm Hg

- 150
- 155
- 160
- 165
- 170
- 175
- 180

PREGUNTA 9.2

P.A. Diastólica mm Hg

- 090
- 095
- 100
- 105
- 110

PREGUNTA 9.3**Colesterol Total mg %**

220
240
250
260
270
275
280
290
300
350

PREGUNTA 9.4**Colesterol HDL mg %**

10
20
25
30
35
40
45
50
55
60
65
70
80

PREGUNTA 9.5**Triglicéridos mg %**

150
160
175
180
185
200
210
220
250
260
300
500

PREGUNTA 9.6**Glucemia mg %**

110
120
125
130
135
140
150
160
180
200
300

PREGUNTA 10

- 1 Antecedente de enfermedad cardiovascular familiar
- 2 Edad
- 3 Edad sobre todo > 75 años con HT.A. sistólica
- 4 Padecerla (HT.A.)
- 5 Diagnóstico cierto de HT.A. Sistémica
- 6 Tipo de HT.A.
- 7 Cifras tensionales
- 8 Cifras de partida considerablemente elevadas
- 9 Si hipertensión maligna
- 10 HT.A. Según OMS y otros
- 11 HT.A. Clasificada como severa-moderada
- 12 HT.A. Clasificada como severa
- 13 HT.A. Mad grave
- 14 HT.A. Secundaria
- 15 H.I.M. Secundaria siempre
- 16 P.A. Elevada repetidamente

- 17 P.A. Elevada mantenida y sintomática
- 18 P.A. Con elevación marcada
- 19 P.A. No controlada con MHD
- 20 P.A. No controlada con medidas generales
- 21 P.A. Elevada tras dieta
- 22 P.A. Elevada tras dieta + medidas higiénicas
- 23 P.A. Elevada tras dieta + pérdida de peso
- 24 P.A. Elevada tras dieta sin sal ni grasas 1 mes
- 25 P.A. Elevada tras dieta sin sal + gimnasia
- 26 P.A. Elevada tras dieta e higiene 3 meses
- 27 P.A. > 140/90 mmHg
- 28 P.A. > 140-160/90-95 mmHg complicada
- 29 P.A. > 150/95 mmHg en menores de 60 años
- 30 P.A. > 150/95 mmHg resistente a dieta
- 31 P.A. > 155/95 mmHg.
- 32 P.A. > 165/95 mmHg.
- 33 P.A. > 160/95 mmHg no repuesta a otras medidas
- 34 P.A. > 160/95 mmHg no repuesta a dieta 2 meses
- 35 P.A. > 160/100 mmHg mayores de 60 años
- 36 P.A. > 165/105 mmHg.
- 37 P.A. > 170/95 mmHg no obedece a tratamiento dietético
- 38 P.A. > 170/100 mmHg en 3 tomas
- 39 P.A. > 180/100 mmHg.
- 40 P.A.D. > 95 mmHg.
- 41 P.A.D. 95-99 mmHg persistente 3 meses y no riesgo
- 42 P.A.D. 95-99 mmHg y riesgo (TAD mantenida)
- 43 P.A.D. > 100 mmHg.
- 44 P.A.D. > 100 mmHg repetida dos veces
- 45 P.A.D. Mantenido > 105-110 mmHg edad 50-80 años
- 46 P.A.D. > 105 mmHg sin riesgo ni complicaciones
- 47 P.A.D. < 105 mmHg más factores de riesgo
- 48 P.A.D. 105-114 mmHg.
- 49 P.A.D. > 120 mmHg.
- 50 P.A.D. Mayor tras 6 meses de tratamiento no farmacológico
- 51 P.A.S. > 155 mmHg.
- 52 P.A.S. > 160 mmHg.
- 53 P.A.S. > 170 mmHg.
- 54 Crisis hipertensiva
- 55 Cuando hay complicaciones
- 56 Complicaciones graves
- 57 Afectación órganos diana
- 58 Alteración fondo de ojo
- 59 Asociación a otros factores de riesgo
- 60 Criterios de hipertrofia ventricular izquierda
- 61 Crecimiento ventricular izdo, aumento resistencias periféricas
- 62 ECG con signos de cardiopatía hipertensiva
- 63 Existencia de patología vascular conocida
- 64 Exclusión de HTA aislada en ancianos
- 65 Estudio inicial del paciente
- 66 Tipo enfermo
- 67 Tras tratamiento obesidad si existe
- 68 Arteriosclerosis acelerada

- 69 Elección adecuada del fármaco
- 70 Eliminación de potenciales hipertensivos
- 71 En caso de existir elevado riesgo se modifican
- 72 Esperanza poder mejorar calidad de vida
- 73 Estilo de vida saludable
- 74 Pronóstico asociado
- 75 Que el fármaco sea efectivo e inofensivo al enfermo
- 76 Que existan otros criterios de HT.A. como la RCV.

PREGUNTA 11

- 1 Edad
- 2 Edad, herencia
- 3 Familiar
- 4 Hiperlipidemia familiar monocigótica
- 5 Hiperlipidemia familiar heterocigótica
- 6 Antecedente Enf. Cardiovascular familiar
- 7 Tipo de hipercolesterolemia
- 8 Diagnóstico correcto
- 9 Descartar hipercolesterolemia secundaria y F.R.
- 10 Estudio descarte causa etiológica asociada
- 11 Dieta ineficaz
- 12 Dieta ineficaz 3 - 6 meses
- 13 No respuesta trat^o higiénico - dietético
- 14 No respuesta a dieta + pérdida de peso
- 15 No reducción con estilo de vida saludable
- 16 Ejercicio
- 17 Ejercicio físico, peso ideal
- 18 Colesterolemia
- 19 Valores repetidamente altos
- 20 Valores repetidamente altos + F.R.
- 21 Cifra de colesterol total y HDL y triglicéridos
- 22 Colesterol total > 160 mg%
- 23 Colesterol > 200 mg% + Enf. Cardiovascular
- 24 Colesterol > 220 mg% + Enf. Cardiovascular
- 25 Colesterol total > 240 mg%
- 26 Colesterol total > 240 mg% sin control con dieta
- 27 Colesterol total > 250 mg%
- 28 Colesterol total > 250 mg% sin control con dieta
- 29 Colesterol total > 260 mg%
- 30 Colesterol total > 260 mg% sin control con dieta
- 31 Colesterol total 270-290 mg% + F.R. Asociado
- 32 Colesterol total > 280 mg%
- 33 Colesterol total > 290 mg%
- 34 Colesterol total > 300 mg%
- 35 Colesterol total > 300 mg% sin control con dieta.
- 36 Colesterol total > 350 mg%
- 37 Colesterol total y LDL + HDL 25% superior.
- 38 Ratio colesterol total / colesterol hdl < 4,5
- 39 Colesterol LDL > 160 mg% + F.R.

- 40 Colesterol LDL > 185 mg%
- 41 Colesterol LDL > 190 mg%
- 42 Colesterol LDL > 225 mg%
- 43 Colesterol HDL < 35 mg%
- 44 Aumento ácidos grasos monosaturados
- 45 Obesidad
- 46 Ausencia o presencia de C.C.A.
- 47 Enfermedad asociada
- 48 Asociación a otros factores de riesgo
- 49 Hipertensión arterial
- 50 Cardiopatía isquémica. Diabetes
- 51 Enfermedad cardiovascular asociada
- 52 Arteriosclerosis en cualquier edad
- 53 Arteriosclerosis precoz
- 54 Índice aterogénico elevado
- 55 Manifestaciones vasculares de aterosclerosis
- 56 No ceder a causa (diabetes)
- 57 Ausencia de iatrogenia (una vez instaurado)
- 58 Fracaso 1 y 2 fármaco que no aumente mortalidad
- 59 Que el tratamiento sea eficaz y con pocos efectos secundarios
- 60 Secundarismos

PREGUNTA 12

- 1 Betabloqueantes
- 2 Betabloqueantes + Inhibidores ECA (IECA)
- 3 Betabloqueantes + Diuréticos + Antagonistas del Ca
- 4 Betabloqueantes según edad y F.R.
- 5 Antagonistas del Calcio
- 6 Antagonistas del Calcio según edad
- 7 Diuréticos
- 8 Diuréticos + Betabloqueantes
- 9 Diuréticos o Betabloqueantes
- 10 Diuréticos o Antagonistas del Calcio
- 11 Diuréticos o Betabloqueantes o Antagonistas Ca o IECA
- 12 Inhibidores Enzima de Conversión Angiotensina
- 13 IECA + Antagonistas del Calcio
- 14 IECA, Metildopa, Propanolol, Antagonistas del Calcio
- 15 IECA, Nifedipina, Diuréticos, Betabloqueantes
- 16 Depende de la edad y otros factores
- 17 Depende de edad, cifras y repercusión en órganos
- 18 Según perfil del paciente
- 19 Según historia personal y familiar
- 20 Depende de la situación clínica
- 21 Hay que individualizar
- 22 Hay que individualizar por edad y F.R.
- 23 Según tipo de hipertensión

PREGUNTA 13

- 1 Resinas de intercambio iónico
- 2 Fibratos
- 3 Inhibidores de la HMG CoA Reductasa
- 4 Resinas o Fibratos
- 5 Resinas o Inhibidores de la HMG
- 6 Resinas, Acido Nicotínico
- 7 Fibratos, Inhibidores de la HMG
- 8 Resinas o Fibratos o Nicotínico o Inhibidores HMG
- 9 Probucol
- 10 Evitar diuréticos y betabloqueantes
- 11 Depende de cada caso
- 12 Según fenotipo
- 13 Mayor frecuencia de hiperlipemias

PREGUNTA 14

- 1 Plan Higiénico Dietético
- 2 Dieta + ejercicio + hábitos saludables
- 3 Betabloqueantes
- 4 Antagonistas del Calcio
- 5 Inhibidores Enzima de Conversión Angiotensina
- 6 Diuréticos
- 7 Diuréticos Tiazídicos
- 8 Diuréticos Ahorradores de K en > 65 años
- 9 IECA o Antagonistas del Calcio
- 10 IECA + Antagonistas del Calcio
- 11 IECA + Vasodilatadores
- 12 Betabloqueante o Calcio Antagonistas
- 13 Diuréticos o Betabloqueante
- 14 Diuréticos o IECA
- 15 Diuréticos + IECA + Nifedipina
- 16 Diuréticos + IECA + Nifedipina + Betabloqueantes
- 17 Diuréticos + (IECA o Antagonista del Calcio)
- 18 Diuréticos o Betabloqueante o IECA o Antagonistas del Ca
- 19 Diurético + Betabloqueante
- 20 Diurético + Betabloqueante + Antagonistas del Ca
- 21 Diurético, Betabloqueante, Antagonistas del Ca, IECA
- 22 Diurético + Antagonista del Calcio
- 23 Diurético tiazídico + IECA
- 24 Dieta + Diurético o Betabloqueante o IECA o Antagonista del Ca
- 25 Propanolol / metildopa
- 26 Propanolol / metildopa + diurético
- 27 Betabloqueantes / Tiazídicos / IEH
- 28 Prazosín + Hidralacina
- 29 Alfabloqueantes postsinápticos
- 30 Añadir un Alfabloqueante
- 31 Alfabloqueantes postsinápticos + Antagonistas del Ca
- 32 Alfabloqueantes postsinápticos + Presinápticos + IECA
- 33 Ansiolíticos

- 34 Vasodilatadores
- 35 Asociar
- 36 Asociar 2 de la 1ª opción
- 37 Asociar 2 de la 1ª opción + vasodilatadores
- 38 Asociar 3 de la 1ª opción
- 39 Asociar 3 de la 1ª opción + vasodilatadores
- 40 Asociar 3 de 1ª opción + vasodilatadores + Guanetidina
- 41 Asociar 2 de la 2ª opción
- 42 Asociar 3 de la 2ª opción
- 43 Aumentar dosis
- 44 Comenzar con hipotensores potentes
- 45 Betabloqueantes cardioselectivos en embarazadas
- 46 El tratamiento debe de ser individualizado
- 47 Síndromes acompañantes
- 48 Derivación estudio especializado

PREGUNTA 15

- 1 Dieta
- 2 Dieta + Ejercicio
- 3 Plan Higiénico Dietético
- 4 Relax Psíquico
- 5 Perder peso
- 6 Suprimir tabaco
- 7 Resinas de intercambio iónico
- 8 Fibratos
- 9 Inhibidores de la HMG CoA Reductasa
- 10 Acido Nicotínico
- 11 Probucof
- 12 Resinas o Fibratos
- 13 Resinas + Fibratos
- 14 Resinas + Inhibidores de la HMG
- 15 Resinas + Inhibidores de la HMG + Fibratos
- 16 Resinas + (Fibrato o Nicotínico o Pantet. o Inhibidores de HMG)
- 17 Resinas + Ac. Nicotínico
- 18 Fibrato o Probucof
- 19 Fibrato + Probucof
- 20 Fibratos + Inhibidores de la HMG
- 21 Añadir Inhibidores de la HMG
- 22 Asociar varios
- 23 Otros
- 24 Depende del tipo y otras patologías
- 25 Depende de cada caso
- 26 Derivar a Unidad de Lípidos

PREGUNTA 16

- 1 Colesterol total
- 2 HDL
- 3 LDL

- 4 VLDL
- 5 Estudios de lípidos completo
- 6 Triglicéridos
- 7 Electrolitos
- 8 Formula y recuento
- 9 Glucemia
- 10 Creatinina
- 11 Urea
- 12 Glucemia-fructosamina
- 13 Ac úrico
- 14 Nitrógeno ureico
- 15 Na
- 16 K
- 17 Iones
- 18 Función hepática
- 19 Función renal
- 20 Orina: albúmina, glucosa, sedimentos
- 21 Orina: Na, K
- 22 Transaminasa
- 23 Fosfatasa alcalinas, TP, TPP, fibrinógeno
- 24 Aspecto del suero en ayunas
- 25 Dislipemias

PREGUNTA 17

- 1 Colesterol total
- 2 HDL
- 3 LDL
- 4 Perfil lipídico
- 5 Triglicéridos
- 6 Formula y recuento
- 7 Glucemia
- 8 Creatinina
- 9 Urea
- 10 Acido úrico
- 11 Nitrógeno ureico
- 12 Na
- 13 K
- 14 Cl
- 15 Iones
- 16 Función renal
- 17 Orina: albúmina, glucosa, sedimentos
- 18 Transaminasa
- 19 Controles periódicos
- 20 Cumplimiento
- 21 Iones (solo si diurético)
- 22 Función hepática (con algunos fármacos)
- 23 Revisiones regulares
- 24 Tratamiento Pasa a control semanal hasta normalización
- 25 Control semanal pasa a control mes /6 meses/ año
- 26 Responsabilidad de enfermería, control peso

- 27 Tratamiento dependiendo del individuo
- 28 Dieta pobre sal, dejar fumar, reducir alcohol
- 29 Si esta en tratamiento farmacológico

PREGUNTA 18

- 1 Aspecto suero
- 2 Colesterol total
- 3 HDL
- 4 LDL
- 5 Triglicéridos
- 6 VLDL
- 7 Fracciones del colesterol
- 8 LDL si triglicéridos mayor de 500
- 9 Estudio lípidos
- 10 Formula y recuento
- 11 Acido úrico
- 12 Glucemia
- 13 Según hipercolesterolemia, glucemia
- 14 Quilomicrones
- 15 Enzimas hepáticas
- 16 Creatinina
- 17 Urea
- 18 Controles periódicos
- 19 Coagulación básica
- 20 Función renal
- 21 Apolipoproteinas
- 22 Cifras colesterol cada cuatro meses

PREGUNTA 19

- 1 Accidente vasculo-cerebral
- 2 Hemorragia cerebral
- 3 Cardiopatía isquémica
- 4 Edema agudo de pulmón
- 5 Tromboembolismo pulmonar
- 6 Arritmias
- 7 Aneurisma disecante de aorta
- 8 Fibrilación ventricular
- 9 Insuficiencia cardiaca congestiva
- 10 Shock cardiogénico
- 11 Arritmias ventriculares
- 12 Muerte súbita
- 13 Bloqueo A-V
- 14 Embolismo cerebral
- 15 Hemorragia subaracnoidea
- 16 Infarto cerebral
- 17 Rotura de aneurisma aórtico
- 18 Miocardiopatía hipertrófica
- 19 Crisis hipertensivas

- 20 Aneurisma de la aorta
- 21 Embolismo arterial periférico
- 22 Miocardiopatía hipertrófica y valvular
- 23 Otras enfermedades cardíacas
- 24 Rotura cardíaca
- 25 Taponamiento pericárdico por pericarditis
- 26 Valvulopatías
- 27 Aneurismas
- 28 Disfunción protésica
- 29 Endocarditis bacteriana
- 30 Miocarditis
- 31 Trombosis de miembros inferiores
- 32 Trombosis mesentérica
- 33 Enf. Reumática crónica cardíaca por descompensación
- 34 Taponamiento pericárdico
- 35 W.P.W.

PREGUNTA 20

- 1 Preparación para primera asistencia
- 2 Transporte con reanimación cardiorespiratoria
- 3 Medios transporte adecuado, personal competente
- 4 Ambulancias y UVI móviles. Mejorar la Apease
- 5 UVI móvil para un área de 300.000 a 400.000 habitantes
- 6 Ingreso UCI, cirugía cardíaca urgente, marcapasos
- 7 Evacuación urgente a UCI coronaria
- 8 Creación urgencias eficaces y dotadas de emergencia
- 9 Buena dotación puntos atención continuada
- 10 Dotación medios diagnósticos, responsabilidad
- 11 Posibilidad diagnosticar I.A.M. en Centros de Salud
- 12 Tratar arritmia según tipo y enviar al hospital
- 13 Tratamiento individualizado de cada arritmia maligna
- 14 Sedar al enfermo, calmar el dolor, envío hospital
- 15 Diagnostico precoz, tratamiento inmediato
- 16 Diagnostico precoz de enfermedad de base
- 17 Angor: nitrito sublingual
- 18 Angor: nitrito, sedación y analgesia y hospital
- 19 HT.A.: Vigilancia médica continuada hasta cesar crisis
- 20 Detección sistemática de aneurismas abdominales
- 21 Cardioversión
- 22 Trombolisis precoz
- 23 Vía periférica
- 24 Equipo quirúrgico entrenado para área rural
- 25 Formación del personal facultativo
- 26 Reciclaje personal sanitario
- 27 Cultura médica (campañas)
- 28 Educación en primeros auxilios a la población
- 29 Informar a la población, organización, protocolos
- 30 Organizar programas de formación
- 31 Implantar programa específico, control y seguimiento
- 32 Actuación sobre factores de riesgo

- 33 Control estricto de la P.A.
- 34 Chequeos
- 35 Detectar y controlar individuos de riesgo medio / alto
- 36 Diagnóstico
- 37 Educación sanitaria consultas, contacto periódico
- 38 Evitar los desencadenantes de los F.R.
- 39 Inhibidores de E.C.A.
- 40 Heparina
- 41 Programas crónicos en Atención Primaria
- 42 ¿Influir sobre la mortalidad?
- 43 Control deportistas no profesionales
- 44 Estudio epidemiológico de la muerte súbita
- 45 Identificación situaciones favorables
- 46 Mentalización
- 47 Nutrición cardiosaludable
- 48 Disminuir alcoholismo
- 49 Educación salud, asistencia correcta y rehabilitación
- 50 Hacer deporte moderadamente
- 51 Prevención terciaria: rehabilitación AVC, Cardiopatía Isquémica
- 52 Sedentarismo

PREGUNTA 21

- 1 Actuación antibacaco
- 2 Erradicación tabaquismo
- 3 Prohibición de fumar en lugares públicos
- 4 Cumplir legislación vigente (alcohol, tabaco, droga)
- 5 Actuación contra el alcoholismo
- 6 Promover una dieta saludable
- 7 Disminuir grasas polisaturadas y azúcares refinados
- 8 Dieta mediterránea
- 9 Obligar a los fabricantes a poner: no contiene colesterol
- 10 Asegurar hacer mas asequibles alimentos saludables
- 11 Lucha contra la obesidad
- 12 Evitar sedentarismo y promover ejercicio
- 13 Charlas grupales a hipertensión arterial
- 14 Campañas a favor vigilancia y control F.R.
- 15 Plan de atención a la parada cardiaca
- 16 Prohibición de publicidad negativa o engañosa
- 17 Promover entorno físico y social favorable
- 18 Vigilancia tensión arterial
- 19 Control de hiperlipemias
- 20 Aumentar la educación sanitaria desde los Centros de Salud
- 21 Educación a las empresas
- 22 Educación para la salud en hospitales
- 23 Educación para la salud en todos centros posibles
- 24 Educación sanitaria escolar
- 25 Educación sanitaria para factores de riesgo
- 26 Información/educación sanitaria
- 27 Campañas de orientación del tiempo libre
- 28 Charlas grupales a diabéticos

- 29 Exigencia control calidad alimentos
- 30 Mayor participación comunitaria en materia salud
- 31 Programa de prevención cardiovascular
- 32 Charlas a grupos especiales
- 33 Charlas grupales a amas de casa
- 34 Ejemplo de profesionales
- 35 Formación y concienciación sanitarios
- 36 Lucha contra el estrés
- 37 Oferta de servicios a la comunidad
- 38 Revisiones anuales
- 39 Cambio de la sociedad industrial capitalista
- 40 Campaña captación población riesgo
- 41 Detección hiperlipemias
- 42 Promoción de servicios sanitarios
- 43 Reducir abuso de la sal
- 44 Campañas contra la personalidad tipo A
- 45 Control sanitario según edades
- 46 Creación grupos de apoyo: alcoholismo, diabetes,....
- 47 Fomentar la relajación psico-física
- 48 Limitación de propaganda factores
- 49 Quitar el miedo a las enfermedades

PREGUNTA 22

- 1 Actuación antitabaco
- 2 Dar ejemplo
- 3 Prohibición tajante de tabaco en centros
- 4 Actitud hacia el enfermo considerada
- 5 Concienciación problemas ECV
- 6 Formación continuada
- 7 Formación adecuada
- 8 Formación reanimación cardiorrespiratoria
- 9 Incentivación profesional
- 10 Potenciación atención integral At. Primaria
- 11 Sensibilizar hábitos de vida
- 12 Capacitar para hacer educación sanitaria
- 13 Formación nutricional
- 14 Dedicar mayor tiempo consulta a cada paciente
- 15 Screening empresarial
- 16 Prestar atención a los factores de riesgo
- 17 Establecimiento de protocolos
- 18 Disminuir el estrés
- 19 Estudio serio del hábito del tabaco
- 20 Profesionalidad
- 21 Reconstrucción del discurso de la clínica
- 22 Somos parte de población general
- 23 Transmitir la noción de muy alta morbilidad
- 24 Cambio: enfermedad - curación por detección - salud
- 25 Erradicar propios factores de riesgo
- 26 Evitar el negativismo
- 27 Facilitarles el control de los previstos

- 28 Mejorar medios diagnóstico y tratamiento
- 29 Obligación de respetar normas
- 30 Promover investigación F.R. en la zona
- 31 Temporadas anuales de asistencia a hospital
- 32 Vigilar y tratar obesidad
- 33 Aconsejar mayor consumo de legumbres
- 34 Alcohol.- Recomendar no beber
- 35 Aumentar actividad física
- 36 Control de HT.A.
- 37 Descargarlos de actividades atención directa
- 38 Dotar de medios
- 39 Elaborar un mapa poblacional riesgo
- 40 Historia clínica con personal «paciente» censado
- 41 Ortodoxia en las prescripciones
- 42 Técnicas de grupo
- 43 Utilización de tablas para valorar riesgos
- 44 Vigilar y tratar hipercolesterolemia
- 45 Control parámetros metabólicos
- 46 Crear medios adecuados formar especialistas
- 47 Difundir mayor consumo de pescado
- 48 Elaboración programas concretos actuación
- 49 Hiperlipemia
- 50 Información de los resultados
- 51 Luchar contra la ansiedad que motiva malos hábitos

PREGUNTA 23

- 1 Educación sanitaria
- 2 Control tabaquismo
- 3 Control alcoholismo
- 4 Control hipertensión arterial
- 5 Control colesterol
- 6 Promover una mejora de la alimentación
- 7 Concienciación sobre enfermedad y factores de riesgo
- 8 Mejorar el seguimiento del tratamiento y controles
- 9 Conocimiento sobre signos de alarma
- 10 Seguimiento y educación de la familia
- 11 Desarrollo del principio de autonomía del paciente
- 12 Charlas y entrevistas personales en atención clínica
- 13 Promover hábitos saludables
- 14 Ejercicio físico regular
- 15 Aplicación a prevención primaria
- 16 Coloquios 1/2-1 año con audiovisuales
- 17 Confirmar el diagnóstico
- 18 Grupos de trabajo (HTA, colesterol, etc)
- 19 Promover entornos físicos y sociales favorables
- 20 Aplicación a prevención secundaria
- 21 Control nutricional estricto
- 22 Cursos de formación sanitaria
- 23 Dinámica de grupo
- 24 Facilitar acceso al programa al usuario

- 25 Grupos de terapia
- 26 Hacer caso y tener confianza en el médico
- 27 Importancia del estrés
- 28 Importancia medidas higiénico-dietéticas
- 29 Interacciones médicos
- 30 No se hacen los consejos por no creer
- 31 Propaganda en TV
- 32 Utilizar circuitos de urgencias
- 33 Charlas en grupos de riesgo en su medio
- 34 Correcta toma medicación (si procede)
- 35 Explicación detallada del tratamiento
- 36 Información medios audiovisuales
- 37 Marketin desde centro de salud
- 38 Mejora de condiciones sociales
- 39 No se esta seguro de la causa-efecto
- 40 Oferta de servicios a la comunidad para bajar F.R.
- 41 Plan de actuación según nivel de riesgo
- 42 Prevenir complicaciones
- 43 Propaganda en buzones
- 44 Sedentarismo
- 45 Búsqueda de alteraciones analíticas
- 46 Charlas en salas de conferencia
- 47 Control rutinario
- 48 Corregir factores de riesgo
- 49 Mejora de condiciones económicas
- 50 No dudar usar fármacos si indicado
- 51 Reducir peso
- 52 Consultas de este tema

PREGUNTA 24

- 1 Mejora de la información clínico del paciente de un nivel a otro
- 2 Desaparición y cambio del p-10
- 3 Buena relaciona profesional, con intercambio de opiniones y con conocimiento personal entre distintos niveles y sesiones clínicas conjuntas en casos comunes
- 4 Posibilidad de información telefónica en algunos casos
- 5 Elaboración de protocolos de abordaje común con pautas de derivación
- 6 Sistema de registro eficaz y compartido
- 7 Formación conjunta de los tres niveles
- 8 Conexión entre profesionales mediante rotaciones
- 9 No duplicidad pruebas complementarias
- 10 Seguimiento pacientes, en particular derivados
- 11 Hospital para pruebas especiales
- 12 Estudios no invasivos médico general - médico especialista zona
- 13 Atención máxima del paciente en cada nivel
- 14 Remitir especialidad correspondiente si no cede
- 15 Facilidad remitir pacientes sin listas espera
- 16 Facilidades acceder pruebas y controles hospitalares
- 17 Facilitar al usuario el acceso al 2º nivel
- 18 Crear órgano coordinador que abarque todos niveles
- 19 Normativa que obligue y regule la coordinación

- 20 Crear vías información entre At. Primaria y Especializada
- 21 Teléfono único de urgencias - emergencias
- 22 Consultas externas a nivel hospitalario
- 23 Especialistas en ambulatorios
- 24 Áreas externas de especialidad
- 25 Completar la jerarquización
- 26 Eliminar ambulatorios periféricos especialidades
- 27 Simplificar el número de niveles
- 28 Conveniencia de un segundo nivel bien equipado
- 29 Derivación no : si interconsultas
- 30 Sistema de traslado disponible y equipado
- 31 Buena atención inicial
- 32 Mejora y disminución listas de espera
- 33 Control de la HVI
- 34 Comprensión del paciente de beneficios de la derivación
- 35 Crear unidades para evaluar consultas de At. Primaria
- 36 Difícilmente un paciente con F.R. debe ser remitido
- 37 Hacer estudios a pacientes con cardiopatía isquémica
- 38 Conocimiento de la organización de At. Primaria
- 39 Incentivar a profesionales a estudiar
- 40 Mayor número de profesionales
- 41 Menos burocratización (papeleo)
- 42 Preparación correcta de médicos generales
- 43 Ecocardio, prueba de esfuerzo, coronariografía
- 44 Material y métodos suficientes en At. Primaria
- 45 Mayor credibilidad del médico de cabecera por el médico especialista
- 46 Servicio hospital: ergometría, holter, ecocardiografo, consulta
- 47 Clasificación funciones y especialidad vascular

PREGUNTA 25

- 1 Actualizar conocimientos en ECV del personal EBAP, charlas, sesiones clínicas, intercambio de inquietudes formación continuada
- 2 Visita domiciliaria
- 3 Atención periódica de grupos de pacientes cardiovasculares
- 4 Elaboración de protocolos y unificación de criterios
- 5 Compartir sistemas de registros
- 6 Derivar paciente hospital
- 7 Reuniones periódicas para mejorar la relación entre niveles
- 8 Información personalizada sobre pacientes
- 9 Asesoramiento y consulta conjunta en casos concretos
- 10 No creo que sea necesario
- 11 Solo para los hipertensos que se controlan mal
- 12 Potenciar los medios diagnósticos especialista
- 13 Como consultor
- 14 Información periódica sobre morbilidad
- 15 Problemática social y psicológica de los pacientes
- 16 Revisiones en centros para bajar lista espera
- 17 También el médico de At. Primaria debe ir al hospital
- 18 Ayudar en la formación de la población

- 19 Organizar la especialidad en el área sanitaria
- 20 Participar en las evaluaciones por objetivos
- 21 Planes de rehabilitación y tratamiento
- 22 Planificación
- 23 Participar en diseño y seguimiento de programas
- 24 Urgencia-emergencia hipertensiva
- 25 Especialistas de pulmón y corazón en At. Primaria

PREGUNTA 26

- 1 A través de informes clínicos personalizados o historia clínico
- 2 Historia o protocolo derivación en los dos sentidos
- 3 Abolir p10
- 4 Bajar la burocratización para facilitar entendimiento
- 5 Buena relaciona profesional y científica
- 6 Completar estudios de pacientes
- 7 Reuniones con carácter periódico
- 8 Formación continuada
- 9 Sesiones clínicas conjuntas
- 10 Coordinada
- 11 Crear comisiones profesionales distintos niveles
- 12 Debe existir mas que actualmente
- 13 Directa rápida a base de teléfono o fax
- 14 Es fundamental
- 15 Establecer circuitos protocolizados
- 16 Ideal: base de datos intercambiable pacientes F.R.
- 17 Imprescindible
- 18 La actual es correcta
- 19 Lo mas amplia y posible y en ocasiones personal
- 20 Minimo informe del médico de familia para médico especialista
- 21 Respeto mutuo y merecido a capacidad de cada uno
- 22 Si
- 23 Comprensión mutua del ambiente de trabajo
- 24 Conocer metodología e instrumental disponible
- 25 Coordinación de las normas a transmitir a paciente
- 26 No pasar todos los pacientes por urgencias
- 27 Protocolos comunes.Seguimiento pacientes concretos
- 28 Ideal: utilización eficaz partes interconsulta
- 29 Sistemas de registros compartidos
- 30 Terminales de informática
- 31 Bajo control órgano coordinación
- 32 Datos básicos protocolizados
- 33 Directores de programas y unidad hipertensión. Mensual
- 34 El servicio de cardiología es responsable directo
- 35 Exigencias mutuas y respetuosas y mejorar servicio
- 36 Intercomunicación
- 37 Posibilitar que el EBAP se dirija a consultas externas
- 38 Programas coordinados a la población
- 39 Solo información necesaria para toma de decisiones
- 40 Trabajos de investigación conjuntos

PREGUNTA 27

- 1 Encuentros periódicos en Z.B.S.
- 2 Formación continuada para todos los niveles
- 3 Sesiones clínicas conjuntas
- 4 Sesiones bibliográficas
- 5 Sesiones de trabajo conjuntas
- 6 Cursos...
- 7 Cursos de formación
- 8 Cursos de exploración clínico cardiovascular
- 9 Cursos de formación continuada a nivel de ecv
- 10 Cursos de puesta al día
- 11 Cursos de reciclaje periódicos frecuentes
- 12 Cursos sobre dieta en general, lípidos y glucemias
- 13 Cursos-charlas por especialistas en centros salud
- 14 Cursillos y coloquios sobre patologías comunes
- 15 Participación en cursos específicos
- 16 Protocolización del diagnóstico y tratamiento
- 17 Protocolos terapéuticos comunes prevención primaria
- 18 Elaboración de protocolos de cada factor riesgo
- 19 Protocolos comunes de urgencias
- 20 Confección protocolos, seguimiento de casos
- 21 Asistencia a congresos
- 22 Conocimiento exhaustivo de f.R. Dentro formación continuada
- 23 Desplazamiento puntual para temas concretos
- 24 Facilidades administración informes y revistas
- 25 Fomentar reuniones sobre diversos temas interés
- 26 Formación MIR para todos los niveles
- 27 Mesas redondas
- 28 Parte un programa de ECV y parte proceso investigación
- 29 Actualización periódica interactiva
- 30 Reciclajes hospitalarios de los médicos de EBAP
- 31 Reciclaje continuo personal enfermería y médico
- 32 Reciclaje remunerado obligatorio mínimo 5 días/año
- 33 Rotación mir familia en servicios
- 34 Cursos de electrocardiografía
- 35 Hipertensión hiperlipemias diabetes
- 36 Información escrita continua
- 37 Preguntas que se pueden plantear sobre aspectos concretos
- 38 Unificar con ellos criterios de actuación en enfermería
- 39 Actitudes: dar importancia al riesgo cardiovascular
- 40 Actuaciones comunidad en escuelas, trabajos, TV.
- 41 Alta motivación (actitud) y alta formación (aptitud)
- 42 Comisión de formación continuada en centro salud
- 43 Como reinsertar social y familiarmente
- 44 Control hipertensión arterial con patologías asociadas
- 45 Cursos conjuntos de gerencia de consultas
- 46 Interiorizar la vulnerabilidad de las ECV
- 47 Incentivar la formación y castigar la inoperancia
- 48 Lo mas completo posible
- 49 Crear programas de formación específicos
- 50 Facilitar asistencia a congresos y reuniones especializadas

PREGUNTA 28

- 1 Participación conjunta en los trabajos
- 2 Protocolos conjuntos a un alto nivel
- 3 Creación de protocolos terapéuticos
- 4 Participación de At. Primaria en proyectos investigación del hospital
- 5 Proyectos multicéntricos comunes, hospital-At. Primaria de Salud
- 6 Diseño de trabajo en Z.B.S.
- 7 Diseño trabajos detección población riesgo
- 8 Estudios epidemiológicos conjuntos
- 9 Estudios que promuevan participación
- 10 Facilitar medios en At. Primaria (Por ej. informáticos)
- 11 Fomentar las unidades en funcionamiento
- 12 Información conjunta de historias clínicas
- 13 Intervención por médicos de At. Primaria estudio serio.
- 14 Líneas conjuntas de impacto sobre la asistencia
- 15 Lo que la zona básica de salud requiera o sea propicia
- 16 Mas incentivación para investigar
- 17 Metodología adecuada en centros básicos y 2º nivel
- 18 Permanente información en las distintas especialidades
- 19 Reciclaje sobre investigación
- 20 Reservada a centros especializados
- 21 Se requiere correcta, fácil relación entre niveles
- 22 Dotados de personal y tecnología adecuados
- 23 Estudio resultados alcanzados con planes implantados
- 24 Estudios experimentales en 2º nivel
- 25 Estudios prevalencia en coordinación con 2º nivel
- 26 Evaluación anual de las actividades
- 27 Faltan directores de equipos
- 28 Evaluación programas intervención distintos niveles
- 29 Incentivar actuaciones
- 30 Obligar a tener historias clínicas
- 31 Fundamentar estudios en At. Primaria
- 32 Proyectos
- 33 Independencia
- 34 Mayor sensibilización por la jerarquía establecida
- 35 Publicaciones conjuntas
- 36 Creo no es misión de este nivel
- 37 Dentro de las posibilidades iniciar estudios
- 38 Fundamentalmente epidemiológica
- 39 Historia natural de las cardiopatías
- 40 Incidencia de los hábitos insanos sobre prevalencia
- 41 Incidencia en patología cardiovascular
- 42 Prevalencia de enfermedades cardiovasculares
- 43 Mortalidad por causa cardiovascular
- 44 Para obtener información sobre hábitos nutricionales
- 45 Prevención de factores de riesgo adolescentes y jóvenes
- 46 Seguimiento de pacientes
- 47 Seguimiento de patologías
- 48 Conocer factores culturales asociados al riesgo
- 49 Estudio estimulación económica sobre comunidad
- 50 Acceder a las incidencias (prevalencia por zonas)

- 51 Control/seguimientos de fármacos
- 52 Prevalencia de factores de riesgo en la zona
- 53 Estudios sociológicos en pacientes a efec. Riesgos
- 54 Seguimiento pacientes al menos anual
- 55 Incentivar investigación en prevención, rehabilitación y curación
- 56 Estilo de vida y E.C.V.
- 57 Estudio intervención a nivel nutricional
- 58 Remuneraciones conjuntas
- 59 Abrir puertas en la A.P. a medicinas alternativas

PREGUNTA 29

- 1 Enfermedades cerebrovasculares
- 2 Hemorragias cerebrales
- 3 Ictus
- 4 AVC con déficit neurológico
- 5 Infartos cerebrales
- 6 Accidentes cardiovasculares
- 7 Angina de pecho
- 8 Angor de esfuerzo
- 9 Cardiopatía isquémica
- 10 Cardiopatía isquémica (sobre todo I.A.M.)
- 11 Cardiopatías isquémicas complicadas
- 12 Cardiopatía isquémica con desarrollo de infarto
- 13 Angina de pecho crónica
- 14 Angor inestable (que necesite by-pass)
- 15 Angor espástico
- 16 Cardiopatía isquémica con crisis de angustia
- 17 Infarto / angina
- 18 I.A.M. - Cardiopatías Isquémicas
- 19 Infarto agudo de miocardio
- 20 Hipertensión arterial
- 21 Crisis hipertensivas
- 22 Cardiopatías hipertensivas
- 23 Corazón en fibrilación auricular
- 24 Bloqueo A-V completo
- 25 Arritmias cardiacas
- 26 Miocardiopatías
- 27 C.Reumática (valvulares)
- 28 Cor pulmonale
- 29 Implantación de prótesis
- 30 Prótesis valvulares
- 31 Valvulopatías
- 32 Insuficiencia cardiaca congestiva
- 33 Trombosis profunda MMII
- 34 Arteriopatía diabética
- 35 Claudicación intermitente
- 36 Embolia cerebral y periférica
- 37 Embolismos arteriales periféricos
- 38 Isquemia arterial crónica
- 39 Micro y macroangiopatías diabéticas

- 40 Accidentes tromboembólicos en general
- 41 Angiopatías
- 42 Arteriopatías periféricas
- 43 Aterogenesis
- 44 Aterosclerosis
- 45 Cirugía revascularizadora
- 46 Insuficiencia renal
- 47 Aneurisma aórtico
- 48 Insuficiencia vascular periférica
- 49 Otras enfermedades arteriales
- 50 Postoperatorios
- 51 Vasculopatías periféricas
- 52 Arteriosclerosis periférica
- 53 Enfermedad arteriosclerótica en general
- 54 Nefropatía diabética
- 55 Neurosis de angustia y estados de ansiedad
- 56 Otras enfermedades venosas y circulatorias
- 57 Retinopatía diabética

PREGUNTA 31

- 1 Rehabilitación
- 2 Rehabilitación física, social y laboral
- 3 Rehabilitación física
- 4 Rehabilitación psíquica
- 5 Rehabilitación psicofísica
- 6 Acercando los centros de rehabilitación
- 7 Adecuar y acercar el enfermo a sistemas rehabilitación
- 8 Unidades de rehabilitación en ambulatorios
- 9 Centros de rehabilitación en distritos de At. Primaria
- 10 Descentralización servicios (fisioterapia en At. Primaria)
- 11 Programas rehabilitación distintos niveles
- 12 Potenciar la rehabilitación en centros At. Primaria
- 13 Ampliación recursos asignados a esta especialidad (Rehabilitación)
- 14 Aumentar la capacidad de rehabilitar
- 15 A.V.C. rehabilitador y gimnasio
- 16 Servicios rehabilitación coronaria en centro salud
- 17 Hacer rehabilitación tras los procesos agudos
- 18 Ausencia de centros de rehabilitación
- 19 Centros rehabilitación indefinidos
- 20 Creación centros/unidades rehabilitación ecv
- 21 Establecer auténticos programas de rehabilitación
- 22 Asesoramiento posibles actividades laborales
- 23 Flexibilidad en puesto trabajo dentro empresa
- 24 Creación puestos trabajo adecuados
- 25 Puestos de trabajo para minusvalías cardiogénicas
- 26 Posibilidades de recuperación según tipo trabajo
- 27 Reconversión profesional si fuera posible
- 28 Buen estudio de capacidad de trabajo
- 29 Cambio del sistema laboral reinserción contratación
- 30 Modificar contexto laboral, horario flexible

- 31 Permitir incorporación programada a actividad laboral
- 32 Mejorando los transportes
- 33 En hospitales asistencia cualificada
- 34 Diagnostico y tratamiento precoz
- 35 Tratamiento médico-quirúrgico adecuado
- 36 Asistentes domiciliarios
- 37 Adecuado seguimiento de la enfermedad
- 38 Controles hospitalarios periódicos
- 39 Prevención secundaria correcta
- 40 Prevenir y tratar factores de riesgo
- 41 Equilibrar criterios entre distintos niveles
- 42 Hospitalización específica
- 43 Refuerzo conductas positivas
- 44 Facilitar apoyo psicológico y social especializado
- 45 Crear grupos riesgo y terapia grupal: refuerzo positivo
- 46 De la neurosis de renta a la neurosis solidaria
- 47 Educación en su enfermedad
- 48 Establecer pautas de actividades generales
- 49 Terapia ocupacional en todos
- 50 Apoyo psicológico
- 51 Educación sanitaria y prevenir «rentas»
- 52 Formar e informar a población afectada
- 53 Confianza sobre el futuro
- 54 Psicoterapia personal y familiar
- 55 Redefinición aceptable rol familiar y social
- 56 Charlas distendidas con el cardiólogo
- 57 Conocer el problema del enfermo
- 58 Explicación clara al paciente
- 59 Información individual, familiar y grupo afectados
- 60 Organización
- 61 Implicación efectiva de servicios sociales
- 62 Coordinación 1º nivel con enfermería y Trabajo Social
- 63 Estratificación riesgo
- 64 Programa amplio en At. Primaria (educación Sanitaria Básica)
- 65 Programas específicos de enfermería
- 66 Servicios adecuados control e información paciente
- 67 Tener los medios materiales y humanos suficientes
- 68 Todas pasan por una legislación obsoleta
- 69 Motivando al personal sanitario implicado
- 70 Unidad atención familiar: médico-enfermero
- 71 Con otros centros de valoración e información
- 72 Con un cuadro de especialistas que valoren casos
- 73 Coordinando los distintos niveles asistenciales
- 74 Eliminar listas de espera
- 75 Formación del sanitario
- 76 Mejora en la accesibilidad de los servicios
- 77 Ampliación conocimientos y recursos en At. Primaria
- 78 Conocimiento adecuado del medio familiar y laboral
- 79 Exploraciones adecuadas (consentimiento paciente)
- 80 Depende del grado de deterioro y del trabajo previsto
- 81 Antiagregantes plaquetarios
- 82 Implicación de marcapasos

- 83 Mucho gasto en by-pass sin reintegrar en trabajos
- 84 Mejora de las ayudas económicas
- 85 Mínima o nulo de trabajos manuales
- 86 Evitar barreras arquitectónicas
- 87 Detección fraudes
- 88 Sistemas pensiones mas abiertos
- 89 Creación de asociaciones para estos enfermos
- 90 Dar puerta libre a medicinas alternativas
- 91 Quien no se reinserta es por vaguería y comodidad
- 92 Es mejor la profesión de «cuello blanco»
- 93 Tolerancia administrativa vagueria reinsertar
- 94 Transformar enfermos en clientes y usuarios
- 95 Aumento prestaciones económicas

PREGUNTA 32

- 1 Laboratorio Analítica
- 2 Analítica seca
- 3 Laboratorio Analítica Básica
- 4 Laboratorio Análisis Clínicos completo
- 5 Laboratorio Analítica (CT, Triglicéridos, HDL)
- 6 Espectrofotómetro de bolsillo
- 7 Autoanalizador
- 8 Archivos de Historias Clínicas
- 9 Electrocardiógrafo
- 10 Electrofonomecanografía
- 11 Electrocardiografía de esfuerzo y dinámica
- 12 Ecocardiógrafo
- 13 Ecocardiógrafo + Doppler convencional
- 14 Ecocardiógrafo 2D
- 15 Ecocardiógrafo modo M y 2D
- 16 Doppler
- 17 Oscilómetros
- 18 Esfingomanómetros de mercurio
- 19 Esfingomanómetros de mercurio infantiles
- 20 Holter de Presión Arterial
- 21 Fonendoscopio
- 22 Osciloscopio
- 23 Fisioterapia
- 24 Oxigenoterapia
- 25 Oftalmoscopio
- 26 Martillo de reflejos
- 27 Personal preparado (incluye Trabajador Social)
- 28 Personal suficiente
- 29 Programa Atención Enfermos Crónicos
- 30 Protocolo simple, efectivo
- 31 Quien sea capaz de hacer buen diagnóstico
- 32 Quien sepa auscultar bien
- 33 Radiología
- 34 Radiología Convencional
- 35 Radiología de tórax

- 36 Recogida de muestras analíticas
- 37 Protocolo simple, efectivo
- 38 No barreras arquitectónicas
- 39 Rehabilitación
- 40 Ambulancia Dotada
- 41 Cama de Observación
- 42 Espacio físico para atenderle
- 43 Equipo y material de sueros
- 44 Material Audiovisual
- 45 Medicación
- 46 Medicación de Urgencias
- 47 Medios de Reanimación cardiorrespiratoria
- 48 Desfibrilador
- 49 Salas de conferencias (Ed. para la Salud)
- 50 Sala de Reuniones
- 51 Infraestructura
- 52 Báscula y Talla

PREGUNTA 33

- 1 Ambulancia dotada y fácil traslado
- 2 Carro parada (Ambu, laringoscopio, medicación)
- 3 Desfibrilador
- 4 Desfibrilador, Equipo de parada
- 5 Monitorización
- 6 Monitor ECG y Desfibrilador
- 7 Electrocardiógrafo
- 8 Electrocardiógrafo portátil
- 9 Electrocardiógrafo, Analítica seca, Radiología
- 10 Esfingomanómetros
- 11 Fonendoscopios
- 12 Laboratorio
- 13 Laboratorio asequible
- 14 Laboratorio analítica seca
- 15 Igual equipo que para atención ordinaria
- 16 Medicación
- 17 Medicación de Urgencia
- 18 Medicación de Urgencia, desfibrilador
- 19 Nitroglicerina, morfina, dolantina
- 20 Lincaína, Nifedipina
- 21 Sedantes
- 22 Oxígeno
- 23 Oxígeno, Electrocardiógrafo, camilla articulada
- 24 Personal preparado en RCP básica y avanzada
- 25 Personal suficiente
- 26 Protocolos claros de actuación
- 27 Reflectómetro
- 28 Ecocardiógrafo 2D
- 29 Radiología
- 30 Oscilómetro
- 31 Aspirador

- 32 Botiquín de Urgencias
- 33 Equipos de perfusión
- 34 Tubos endotraqueales
- 35 Laringoscopio
- 36 Respirador de presión, pequeño, portátil
- 37 Espectrofotómetro de bolsillo
- 38 Local para observación
- 39 Marcapaso externo
- 40 Radioteléfono

PREGUNTA 34

- 1 Lo mismo que un Centro de Salud más Ecografía
- 2 Lo mismo que un Centro de Salud más UVI
- 3 Igual que un Centro de Salud + Especialistas + Ecocardiografía + UVI
- 4 Igual que un Centro de Salud + Especialistas + Fonomecánico + UVI
- 5 Archivo - Biblioteca
- 6 Cardiólogos
- 7 Cardiólogos expertos
- 8 Cardiólogos localizados
- 9 Cateterismo cardíaco
- 10 Desfibrilador
- 11 Electrocardiógrafo
- 12 Electrocardiógrafo y fono
- 13 Electrocardiógrafo y ecocardiógrafo
- 14 Ecocardiógrafo
- 15 Ecocardiógrafo Doppler
- 16 Ecocardiógrafo Doppler color
- 17 Ecocardiógrafo Doppler color con sonda transesofágica
- 18 Ecocardiógrafo 2D Doppler
- 19 Doppler
- 20 Ergometría
- 21 Holter
- 22 Laboratorio
- 23 Laboratorio adecuado
- 24 Laboratorio más sofisticado
- 25 Laboratorio detección fracciones de Lípidos
- 26 Monitorización
- 27 Monitorización, electrocardiografía
- 28 Posibilidad angiografía
- 29 Radiología
- 30 Radiología dinámica
- 31 TAC
- 32 Servicio de Análisis Clínicos
- 33 U.V.I. (en condiciones, buena, ...)
- 34 U.V.I. perfectamente equipada
- 35 U.V.I. móvil
- 36 Unidad Coronaria
- 37 Dos Ambulancias
- 38 Electroencefalografía
- 39 Hemodinámica

- 40 Arteriografía
- 41 Equipo para estudios coronariográficos
- 42 Desfibril., Rayos X, Ecógrafo, Quirófano monitor
- 43 Especialista en Endocrinología - metabolismo - nutrición
- 44 Fibrinólisis
- 45 Holter Presión Arterial
- 46 Elementos de Parada
- 47 Respiradores artificiales, intubación
- 48 Reanimación y Resucitación cardiopulmonar
- 49 Unidad prevención cardiovasculares
- 50 No nunca que el que padece es un ser humano
- 51 Unidad de Lípidos
- 52 Pruebas de esfuerzo, Radiología, analítica
- 53 Sala de Urgencias adecuada
- 54 Un helicóptero
- 55 Unidad Hipertensión Arterial
- 56 Unidad de reinserción social
- 57 Quirófano de urgencias
- 58 Óscilómetro
- 59 Oftalmoscopio
- 60 Rehabilitación

PREGUNTA 35

35.1. Aspectos generales de gestión sanitaria

- 1 Análisis de la situación
- 2 Factibilidad
- 3 Constancia y sentimiento de necesidad
- 4 Nivel de necesidad
- 5 Efectividad (cambio estilos vida niños-adolescentes)
- 6 Eficacia
- 7 Eficiencia (coste/resultados)
- 8 Eficacia - Eficiencia
- 9 Vulnerabilidad
- 10 Asignación económica disponible
- 11 Coste económico
- 12 Coste / Beneficio
- 13 Beneficio (Coste / beneficio) tratamiento
- 14 Coste relativo (coste proyecto / disponibilidad de recursos)
- 15 Rentabilidad (coste / paciente / año)
- 16 Amortización (Desgaste, Innovaciones)
- 17 Magnitud (resultados favorables esperados / población)
- 18 Magnitud del daño
- 19 Calidad asistencial
- 20 Datos Demográficos
- 21 Cobertura
- 22 Número de Población
- 23 Distancia a centro hospitalario
- 24 Isocronas distantes más de 30 minutos
- 25 Mejora de las comunicaciones actuales

- 26 Estudio de la población, dispersión
- 27 Facilitar acceso de usuarios a los servicios
- 28 Asignación Territorial equitativa
- 29 Mejorar los gestores hospitalarios
- 30 Utilidad real

35.2. Cuestiones de Salud

- 31 Prevención Primaria
- 32 Prevención Secundaria
- 33 Educación para la Salud
- 34 Educación Sanitaria en Escuela (nutrición y tabaco)
- 35 Educación higiénico dietética
- 36 Cambios nutricionales
- 37 Política alimentaria
- 38 Reuniones con amas de casa y educación culinaria
- 39 Campaña antitabáquica y antialcoholica
- 40 Campañas publicitarias a la población
- 41 Campañas a establecimientos públicos, normativa
- 42 Cambiar estilos de vida
- 43 Mejorar nivel de vida de la población
- 44 Cambios en los hábitos laborales y productivos
- 45 Datos epidemiológicos recientes
- 46 Aceptación Social
- 47 Fomentar Programas de Salud control F.R.
- 48 Información a la población sobre F.R.
- 49 Tratamiento precoz de los F.R.
- 50 Control de la hipertensión arterial
- 51 Control del colesterol
- 52 Control Obesidad
- 53 Control de Diabetes
- 54 Información de personas motivadas
- 55 Prevalencia de las patologías
- 56 Tipo de patología que se atiende
- 57 Presión existente
- 58 Volumen de pacientes que atiende el servicio
- 59 Programas específicos
- 60 Mortalidad
- 61 Índice de mortalidad de la lista de espera
- 62 Mortalidad y morbilidad de los procesos
- 63 Incidencia sobre las listas de espera
- 64 Programas específicos de rehabilitación
- 65 Rehabilitación y reinserción social
- 66 Creación de un protocolo regional

35.3. Infraestructura y equipamiento

- 67 Humanizar y personalizar la asistencia
- 68 Prioridad en Atención Primaria
- 69 Dotación correcta de los centros de At. Primaria

- 70 Atención Primaria eficaz
- 71 Instrumentación EBAP
- 72 Creación de unidades de seguimiento en EBAP
- 73 Dotación centros especializados de suficientes medios
- 74 Quirófanos para los especialistas de cupo
- 75 Quirófanos para operar todos los días
- 76 Facilidad de manejo para los equipos de At. Primaria
- 77 Mejorar la dotación instrumental hospitalaria
- 78 Dotación máxima comarcales
- 79 Dotación máxima hospital regional
- 80 Potenciar y ampliar especialidades hospitales provinciales
- 81 U.V.I. en Hospitales Comarcales
- 82 Complejidad del centro
- 83 Aumento nº camas en salas hospitalarias
- 84 Camas hospitalarias según O.M.S.
- 85 Numero suficiente de camas en Medicina Intensiva
- 86 Servicio de Urgencias de Hospital
- 87 Sistema emergencias adecuado (transporte efectivo)
- 88 Laboratorio de urgencias
- 89 Analítica en centro Zona Básica
- 90 Equipamiento y creación unidades C.V. hospital
- 91 Creación de unidades de HT.A.
- 92 Coordinación periódica entre niveles asistenciales
- 93 Disminución de la presión asistencial en hospitales
- 94 Posibilidades terapéuticas
- 95 Unidades coronarias
- 96 Centros de rehabilitación
- 97 Dotar a cada médico rural de medios básicos
- 98 Dotación equipamiento tecnológico
- 99 Dotación de medios de transporte
- 100 Ambulancia de centro
- 101 Equipamiento tecnológico 1º y 2º niveles
- 102 Electrocardiógrafo
- 103 Electrocardiógrafo en Zona Básica
- 104 Electrocardiógrafo, Rx de Tórax
- 105 Ecocardiografía
- 106 Eco Doppler color
- 107 Ergometría
- 108 Holter
- 109 Monitorización
- 110 Radiología
- 111 Farmacia
- 112 Rendimiento del equipo
- 113 Disminuir inversiones en tecnología coronaria
- 114 Garantía de mantenimiento
- 115 Elementos básicos en todos los sitios

35.4. Recursos Humanos

- 116 Aumentar nº plazas médicos áreas salud
- 117 Aumento del nº de cardiólogos

- 118 Reciclaje en urgencias
- 119 Establecer contacto con expertos
- 120 Atención a la parada cardiaca, teléfono único
- 121 Formación del personal
- 122 Formación y motivación del personal
- 123 Incentivación económica y profesional
- 124 Personal Preparado
- 125 Personal suficiente y bien formado
- 126 Formación continuada
- 127 Hablar con los distintos especialistas
- 128 Aumento de especialistas en hospital
- 129 Aumento número de especialistas en ambulatorio
- 130 Coordinación de equipo
- 131 Mayor iniciativa a personal sanitario no médico
- 132 Formación personal parasanitario
- 133 Investigación
- 134 Investigación tiempo y dinero
- 135 Aplicación de indicadores internacionales

Miscelánea

- 136 Lo ultimo echarle cuenta a las presiones politicas
- 137 Formación previa a la asignación
- 138 Menos actuaciones demagógicas y desde despachos
- 139 Programa andaluz de atención a ECV
- 140 Buen servicio
- 141 Confianza de la población
- 142 Facilitar iniciativas
- 143 Rapidez en estudios, tratamiento y rehabilitación
- 144 Selección en la derivación de enfermos
- 145 No difundir más las mismas sin medios
- 146 Para el personal que mayor rendimiento ofreciera
- 147 Un trasplante si mueren 100 infartos en carretera
- 148 Preferencia asistencial en estudio diagnóstico
- 149 Seguimiento de las reuniones

anexo III
tercer cuestionario

CUESTIONARIO**Por favor:**

En cada respuesta hay un espacio reservado para, que en caso de no estar de acuerdo con ninguna de las opciones puedas explicar el por qué. Recuerda que se pretende obtener el máximo consenso posible, por este motivo sería deseable que no tuvieras que utilizar este apartado, aunque suponga una cierta concesión para lograr unificar criterios.

- 1 En la tabla se recogen las respuestas a la pregunta sobre la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en nuestra comunidad. El valor indica el porcentaje de respuestas que ha recibido cada proceso para cada una de las posiciones. Indica el N^o que identifica tu opinión en la columna correspondiente a la frecuencia de presentación.

N.º	Enfermedad Cardiovascular	Frecuencia de presentación				
		1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a
1	Hipertensión arterial	63,4	16,3	14,0	—	—
2	Cardiopatía Isquémica	18,5	30,3	23,3	11,4	11,6
3	Accidente Cerebrovascular	12,2	25,0	34,9	30,2	16,3
4	Arteriosclerosis	—	14,0	11,6	11,6	11,6
5	Enfermedades venosas o Sd. Varicoso	—	9,3	7,0	11,5	11,6
6	Cardiopatía Hipertensiva	—	—	7,0	—	—
7	Vasculopatías Periféricas	—	—	—	24,0	—
8	Cor Pulmonale	—	—	—	9,3	9,3
9	Infarto Agudo Miocardio	—	—	—	7,0	—
10	Arteriopatía Periférica	—	—	—	—	13,6
11	Cardiopatía Valvular	—	—	—	—	9,3
TU OPCIÓN						

Ninguna de las anteriores porque

- 2 A la pregunta sobre ingesta media diaria de alcohol y el comienzo del riesgo cardiovascular las respuestas han sido las que se señalan. ¿Cuál de ellas recoge mejor tu opinión?

GR.DE ALCOHOL	% DE RESPUESTAS
1 0	16,3%
2 Menor de 10	7,0%
3 De 11 a 20	18,7%
4 De 21 a 30	11,6%
5 De 31 a 40	13,9%
6 De 41 a 50	16,3%
7 De 51 a 80	16,3%

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

- 3 En relación con el tabaco (cigarrillos / día) y el riesgo cardiovascular se han recogido opiniones en los porcentajes que se indican. Señala cual de ellos puede ser asumido por ti.

Nº CIGARRILLOS

% DE RESPUESTAS

1 0	51,2%
2 De 1 a 4	11,6%
3 5	25,6%
4 De 6 a 10	11,6%

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

- 4 El hábito alimenticio que se está incorporando con mayor repercusión sobre el riesgo cardiovascular en opinión de los expertos consultados es uno de los tres que se señalan a continuación. El resto hasta el 100% de las opciones se diluye en opiniones diversas y prácticamente sin coincidencia. Indica cual refleja mejor tu opinión.

1 Abandono paulatino dieta mediterránea	23,3%
2 Aumento consumo de grasas saturadas	23,3%
3 Sobrealimentación	21,0%

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

- 5 El factor etiológico y/o de riesgo cardiovascular más importante y frecuente en Andalucía. Señala cual refleja mejor tu opinión.

1 Hipertensión arterial	27,9%
2 Hiperlipemias	25,6%
3 Tabaco	18,7%
4 Obesidad	9,3%

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

- 6 A la pregunta «Definitivamente, ¿se considera la hiperuricemia como FR cardiovascular?»

La distribución de las respuestas fue la siguiente:

SI	36,4%
NO	63,6%

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

Recuerda que en las próximas cuestiones te enfrentas a la confección de un protocolo para la detección, control y tratamiento de los principales FR cardiovascular.

En las tablas que siguen se indican los porcentajes de respuestas recibidas para cada valor en los tres supuestos de **VALOR IDÓNEO BASAL, VALOR PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO y VALOR ADECUADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**. En cada caso debes ratificar en la fila reservada al efecto cual de los registrados es para ti el indicado.

7

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA			
Valor mmHg	Idóneo	Inicio e Trat. ^o sin fármacos	Inicio de Trat. ^o con fármacos
120	20,9	—	—
130	18,6	—	—
135	11,6	—	—
140	37,2	23,3	—
145	—	11,6	—
150	—	20,9	14,0
155	—	—	7,0
160	—	30,2	37,2
165	—	—	9,3
170	—	—	23,3
180	—	—	7,0
TU OPCIÓN			

Ninguna de las anteriores porque

8

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA			
Valor mmHg	Idóneo	Inicio e Trat. ^o sin fármacos	Inicio de Trat. ^o con fármacos
70	14,0	—	—
80	53,5	—	—
85	9,3	—	—
90	18,6	61,9	9,3
95	—	26,2	44,2
100	—	7,1	25,6
105	—	—	11,6
110	—	—	9,3
TU OPCIÓN			

Ninguna de las anteriores porque

GLUCEMIA			
Valor mmHg	Idóneo	Inicio e Trat. ^o sin fármacos	Inicio de Trat. ^o con fármacos
80	14,0	—	—
90	32,6	—	—
100	20,9	11,6	—
110	14,0	20,9	11,6
120	7,0	44,2	—
130	—	—	9,3
140	—	9,3	23,3
150	—	—	20,9
160	—	—	11,6
TU OPCIÓN			

Ninguna de las anteriores porque

10

COLESTEROL TOTAL			
Valor mmHg	Idóneo	Inicio e Trat. ^o sin fármacos	Inicio de Trat. ^o con fármacos
< 175	16,3	—	—
176 a 199	32,5	—	—
200	41,9	39,5	—
220	7,0	23,3	9,3
230	—	14,0	—
240	—	—	27,9
250	—	14,0	14,0
260	—	—	7,0
270	—	—	7,0
280	—	—	9,3
300	—	—	18,6
TU OPCIÓN			

Ninguna de las anteriores porque

11

COLESTEROL HDL			
Valor mmHg	Idóneo	Inicio e Trat. ^o sin fármacos	Inicio de Trat. ^o con fármacos
< 35	—	18,6	44,1
35	9,3	30,2	27,9
40	9,3	20,9	9,3
45	11,6	18,6	11,6
50	18,6	—	—
55	18,6	—	—
60	11,6	—	—
65	11,6	—	—
TU OPCIÓN			

Ninguna de las anteriores porque

12

TRIGLICERIDOS			
Valor mmHg	Idóneo	Inicio e Trat. ^o sin fármacos	Inicio de Trat. ^o con fármacos
< 100	6,9	—	—
120	11,6	—	—
130	9,3	—	—
140	—	7,0	—
150	41,9	18,6	—
160	7,0	7,0	—
180	—	—	7,0
190	—	9,3	—
200	14,0	41,9	25,6
230	—	7,0	—
250	—	—	25,6
300	—	—	16,3
500	—	—	9,3
TU OPCIÓN			

Ninguna de las anteriores porque

13 Tras el recuento de respuestas los criterios con mayor porcentaje de aceptación para el **inicio de tratamiento farmacológico** en la **Hipertensión Arterial**, han sido los tres que se muestran. Indica cual está en mayor grado de consonancia con tu opinión.

- 1 P.A. Elevada tras dieta + medidas higiénicas 30,1%
- 2 P.A. > 160/95 mmHg no repuesta a otras medidas 18,6%
- 3 P.A. No controlada con MHD 18,7%

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

14 Las respuestas recibidas en relación con los **criterios** para el **inicio de tratamiento farmacológico** en las **Hipercolesterolemias**, muestran un alto grado de dispersión. Los cuatro que se relacionan tienen todos en común el fallo de la dieta, si bien los acompañantes son diversos. Te pedimos que indiques por un lado tu opción en relación con ellos, y por otro si estimas que serían agrupables en un solo concepto.

1 No respuesta trat ^o higiénico - dietético	25,6%
2 Dieta ineficaz 3 - 6 meses	9,3%
3 No respuesta a dieta + pérdida de peso	7,0%
4 Colesterol total > 240 mg% sin control con dieta	7,0%

TU OPCION: _____ ¿Serían agrupables en uno? _____

Ninguna de las anteriores porque

15 Pese a que la mayoría de las respuestas (18% + 11,6%) indican la necesidad de individualizar y teniendo en cuenta la particularidad de cada paciente, creemos que es posible un esfuerzo adicional de cara a definir un grupo farmacológico o un fármaco **de elección** para el **inicio del tratamiento de la Hipertensión Arterial**.

1 Hay que individualizar	18,6%
2 Diuréticos o Betabloqueantes o Antagonistas Ca o IECA	11,6%
3 Inhibidores Enzima de Conversión Angiotensina	11,6%
4 Hay que individualizar por edad y F.R.	11,6%
5 Depende de edad, cifras y repercusión en órganos	9,3%
6 Diuréticos	9,3%

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

16 Aunque el grado de dispersión registrado en las respuestas sobre la existencia de un **grupo farmacológico de elección** para el **inicio del tratamiento de la Hipercolesterolemia**, se sigue registrando un amplio abanico de opciones. Dentro de ellas ¿cuál es la más acorde con tus conocimientos?

1 Resinas de intercambio iónico	23,3%
2 Inhibidores de la HMG CoA Reductasa	20,9%
3 Fibratos	18,6%
4 Depende de cada caso	11,6%
5 Resinas o Fibratos o Nicotínico o Inhibidores HMG	7,0%
6 Resinas o Fibratos	7,0%
7 Fibratos, Inhibidores de la HMG	7,0%

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

Ante las preguntas que planteaban la secuencia a seguir en diferentes protocolos sistematizados de actuación se han registrado las respuestas que se señalan para cada caso en las tablas siguientes. Indica en cada caso tu opción al pie de cada columna

17

OPCIONES EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL						
Plan de actuación	N.º	1.ª Op.	2.ª OP.	3.ª Op.	4.ª Op.	5.ª Op.
Plan Higiénico Dietético	1	43,2	11,4	9,3	9,3	18,6
Diurético, B. bloq., Antag. Ca, IECA	2	18,2	22,7	—	6,8	—
Diuréticos	3	9,3	7,0	—	—	—
Betabloqueantes	4	7,0	—	—	—	—
Tratamiento debe ser individualizado	5	—	7,0	—	—	—
IECA o Antagonistas del Calcio	6	—	—	7,0	—	—
Asociar 2 de la 1.ª opción	7	—	7,0	—	—	—
Diuréticos + IECA + Nifedípina	8	—	—	9,3	9,3	7,0
Asociar 2 de la 2.ª opción	9	—	—	9,3	—	—
Diurético + Betabloqu. + Antag. del Ca	10	—	—	—	7,0	—
IECA + Antagonistas del Calcio	11	—	—	—	7,0	—
Derivación estudio especializado	12	—	—	—	—	20,9
TU OPCION						

Ninguna de las anteriores porque

18

OPCIONES EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA						
Plan de actuación	N.º	1.ª Op.	2.ª OP.	3.ª Op.	4.ª Op.	5.ª Op.
Plan Higiénico Dietético	1	54,5	13,6	13,6	—	—
Resinas o Fibratos	2	11,6	—	7,0	—	—
Resinas de intercambio iónico	3	9,3	18,6	—	—	—
Fibratos	4	9,3	7,0	7,0	7,0	—
Inhibidores de la HMG CoA Reductosa	5	7,0	16,3	14,0	18,6	—
Resinas + Fibratos	6	—	9,3	11,6	—	—
Resinas + Inhibidores de la HMG	7	—	9,3	—	7,0	7,0
Suprimir tabaco	8	—	7,0	—	—	—
Probucol	9	—	—	—	7,0	—
Resinas + Inhib. de la HMG + Fibratos	10	—	—	11,6	11,6	9,3
Derivar a unidad de lípidos	11	—	—	—	—	16,3
TU OPCION						

Ninguna de las anteriores porque

De la lista correspondiente a cada una de las siguientes cuestiones, indica cual es, en tu opinión, la principal determinación analítica a realizar para:

19 Una detección adecuada de los FR cardiovascular

- | | |
|--------------------------------|-------|
| 1 Estudios de lípidos completo | 48,8% |
| 2 Colesterol total | 34,9% |
| 3 Colesterol LDL | 7,0% |
| 4 Colesterol HDL | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

20 Un control y seguimiento adecuado de la hipertensión arterial

- | | |
|--|-------|
| 1 Controles periódicos | 27,3% |
| 2 Función renal | 18,6% |
| 3 Iones | 16,3% |
| 4 Colesterol total | 9,3% |
| 5 Control semanal pasa a control mes/6 meses/año | 7,0% |
| 6 Perfil lipídico | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

21 Un control y seguimiento adecuado de las hipercolesterolemias

- | | |
|-----------------------------|-------|
| 1 Colesterol total | 25,6% |
| 2 Estudio lípidos | 25,6% |
| 3 Fracciones del colesterol | 18,6% |
| 4 Controles periódicos | 14,0% |
| 5 LDL | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

22 El proceso agudo cardiovascular con mayor grado de mortalidad inmediata, ha registrado como respuestas más frecuentes las que se recogen a continuación. Indica cual es la que se ajusta más a tu criterio.

- | | |
|------------------------------|-------|
| 1 Cardiopatía isquémica | 32,6% |
| 2 Fibrilación ventricular | 16,3% |
| 3 Muerte súbita | 11,6% |
| 4 Accidente vasculo-cerebral | 9,3% |
| 5 Rotura cardíaca | 7,0% |
| 6 Tromboembolismo pulmonar | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

23 De las respuestas registradas en la segunda fase en tu opinión ¿cuál es la más importante de las medidas a tomar para influir positivamente en la opción indicada en la pregunta anterior? Se entiende una vez iniciado el cuadro y en su fase aguda.

- | | | |
|---|---|-------|
| 1 | Diagnostico precoz, tratamiento inmediato | 14,0% |
| 2 | Evacuación urgente a UCI coronaria | 9,3% |
| 3 | Buena dotación puntos atención continuada | 9,3% |
| 4 | Transporte con reanimación cardio-respiratoria | 9,3% |
| 5 | Crear urgencias eficaces, dotadas de emergencia | 7,0% |
| 6 | Preparación para primera asistencia | 7,0% |
| 7 | Medios transporte adecuado, personal competente | 7,0% |
| 8 | Trombolisis precoz | 7,0% |
| 9 | Cardioversión | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

24 ¿Qué actuación dirigida a la población en general, consideras que hay que **acometer con mayor urgencia?**

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Actuación antitabaco | 18,6% |
| 2 | Campañas a favor vigilancia y control F.R. | 11,6% |
| 3 | E.para S. en todos centros posible | 9,3% |
| 4 | Información/educación sanitaria | 7,0% |
| 5 | Erradicación tabaquismo | 0% |
| 6 | Programa de prevención cardiovascular | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

25 Y ¿cual de las propuestas para los profesionales sanitarios?

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Formación continuada adecuada | 25,6% |
| 2 | Capacitar para hacer educación sanitaria | 9,3% |
| 3 | Elaboración programas concretos actuación | 7,0% |
| 4 | Formación en reanimación cardio-respiratoria | 7,0% |
| 5 | Dar ejemplo | 7,0% |
| 6 | Prestar atención a los factores de riesgo | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

26 Y ¿de las dirigidas a la población de riesgo?

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Concienciación sobre enfermedad y F.R. | 30,2% |
| 2 | Educación sanitaria | 14,0% |
| 3 | Importancia medidas higiénico-dietéticas | 9,3% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

La coordinación entre niveles asistenciales es fundamental para una atención adecuada al paciente, ¿que medida consideras de más urgente acometer para que este planteamiento sea un hecho correcto y efectivo en los aspectos que siguen:

27 Derivación de enfermos (relación asistencial)

- | | | |
|---|---|-------|
| 1 | Protocolos comunes | 34,9% |
| 2 | Buena relación profesional | 30,2% |
| 3 | Facilidad remitir pacientes sin listas espera | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

28 ¿Cual de los relacionados, sería en tu opinión el principal cometido de un Especialista en ECV en un centro de Atención Primaria?

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Actualizar conocimientos en ECV del personal EBAP. | 41,9% |
| 2 | Atención periódica a grupos de pacientes CV | 16,3% |
| 3 | Asesoría y consulta conjunta en casos concretos | 7,0% |
| 4 | Potenciar los medios diagnósticos especialista | 7,0% |
| 5 | Visita domiciliaria | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

29 La información entre los dos niveles asistenciales debe de realizarse según las respuestas recibidas, básicamente en base a las actuaciones que se indican. Señala cual de ellas encaja mejor en tu criterio.

- | | | |
|---|---|-------|
| 1 | Historia o protocolo derivación bidireccional | 25,6% |
| 2 | Reuniones con carácter periódico | 20,9% |
| 3 | Establecer circuitos protocolizados | 11,6% |
| 4 | Informes clínicos personalizados o Hª Clínica | 11,6% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

30 En relación con los aspectos de Formación las opiniones establecen que debe articularse en torno a las actuaciones de la relación que sigue. ¿Cuál de ellas se adapta mejor a tu opinión?

- | | |
|---|-------|
| 1 Formación continuada para todos los niveles | 25,6% |
| 2 Encuentros periódicos en Z.B.S. | 18,6% |
| 3 Sesiones clínicas conjuntas | 11,6% |
| 4 Cursos de reciclaje periódicos frecuentes | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

31 Por lo que respecta a las actuaciones en Investigación las opiniones mayoritarias han sido:

- | | |
|---|-------|
| 1 Participación conjunta en los trabajos | 30,2% |
| 2 Proyectos multicéntricos comunes, Hospital- At.P | 27,9% |
| 3 Participación de At.P en investigación del hospital | 9,3% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

32 ¿Cual de los reseñados es el **proceso que**, en tu opinión, **deja mayor número de secuelas** del tipo de incapacidad laboral y/o funcional?.

- | | |
|---|-------|
| 1 Enfermedades cerebrovasculares | 44,2% |
| 2 AVC con déficit neurológico | 23,3% |
| 3 Cardiopatía isquémica (sobre todo I.A.M.) | 23,3% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

33 Indica que **medida** tomarías **para mejorar las posibilidades** de rehabilitación y reinserción social de los procesos seleccionados en la pregunta anterior.

- | | |
|---|-------|
| 1 Potenciar la rehabilitación en centros At. Primaria | 18,6% |
| 2 Rehabilitación física, social y laboral | 14,0% |
| 3 Programas rehabilitación distintos niveles | 11,6% |
| 4 Adecuar y acercar el enfermo a rehabilitación | 9,3% |
| 5 Rehabilitación | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

34 En tu opinión ¿que equipos se pueden considerar **imprescindibles** en los Centros de Atención Primaria **para la atención normal** a los enfermos?

- | | | |
|---|--------------------------------|-------|
| 1 | Laboratorio Analítica Básica | 20,9% |
| 2 | Electrocardiógrafo | 14,0% |
| 3 | Archivos de Historias Clínicas | 11,6% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

35 ¿Y para la **atención urgente**?

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Ambulancia dotada y fácil traslado | 16,3% |
| 2 | Electrocardiógrafo | 11,6% |
| 3 | Desfibrilador, Equipo de parada | 11,6% |
| 4 | Carro parada (Ambu, laringoscopio, medicación) | 7,0% |
| 5 | Protocolos claros de actuación | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

36 Dando por supuesto que en un **Hospital Comarcal** existen electrocardiógrafos y equipos de Reanimación Cardiopulmonar, ¿cual de los materiales contemplados en las respuestas a la fase anterior consideras **imprescindible** que debe existir **para** prestar una **adecuada asistencia** a los pacientes afectos de ECV

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Igual que en un Centro de Salud + Especialistas + Ecocardiógrafo + UVI | 32,6% |
| 2 | UVI perfectamente equipada | 18,6% |
| 3 | Lo mismo que un Centro de Salud más UVI | 9,3% |
| 4 | U.V.I. móvil | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

37 Si estuviera en tu mano decidir que recursos aplicar y donde, ¿qué **criterio** es para ti el **más importante a la hora de establecer las prioridades** en su asignación?

37.1 Desde el punto de vista de gestión sanitaria

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------|
| 1 | Análisis de la situación | 20,9% |
| 2 | Calidad asistencial | 16,3% |
| 3 | Eficiencia (coste/resultados) | 14,0% |
| 4 | Eficacia - Eficienci | 9,3% |
| 5 | Asignación Territorial equitativa | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

37.2. En aspectos relacionados con cuestiones de salud

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Prevención Primaria | 37,2% |
| 2 | Fomentar Programas de Salud control F.R. | 14,0% |
| 3 | Educación para la Salud | 14,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

37.3. En temas de infraestructura y equipamiento

- | | | |
|---|--|-------|
| 1 | Dotación correcta de los centros de At. Primaria | 23,3% |
| 2 | Atención Primaria eficaz | 16,3% |
| 3 | Prioridad en Atención Primaria | 11,6% |
| 4 | Sistema emergencias adecuado (transporte efectivo) | 7,0% |
| 5 | Humanizar y personalizar la asistencia | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

37.4. En temas de Recursos Humanos

- | | | |
|---|---------------------------------------|-------|
| 1 | Formación y motivación del personal | 44,2% |
| 2 | Personal suficiente y bien formado | 23,3% |
| 3 | Incentivación económica y profesional | 9,3% |
| 4 | Aumento del nº de cardiólogos | 7,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

Miscelánea

- | | | |
|---|---|-------|
| 1 | Programa andaluz de atención a ECV | 30,2% |
| 2 | Rapidez en estudios, tratamiento y rehabilitación | 18,6% |
| 3 | Facilitar iniciativas | 11,6% |
| 4 | Menos actuaciones demagógicas y desde despachos | 9,3% |
| 5 | Buen servicio | ,0% |

TU OPCION: _____

Ninguna de las anteriores porque

anexo IV
nivel de consenso por preguntas

EVOLUCION DEL NUMERO DE ITEMS POR RESPUESTA (A)

Pregunta Número	N.º de items en		G.º consenso 2.ª vs 1.ª	Items en 3.ª Resp.	G.º consenso 3.ª vs 1.ª
	1.ª Resp.	2.ª Resp.			
1.1	18	8	55,6	1	94,4
1.2	19	10	47,4	4	78,9
1.3	29	15	48,3	4	86,2
1.4	34	12	64,7	9	73,5
1.5	28	17	39,3	9	67,9
2	22	13	40,9	7	68,2
3	9	7	22,2	4	55,6
4	48	16	66,7	3	95,7
5	26	13	50,0	3	88,5

EVOLUCION DEL NUMERO DE ITEMS POR RESPUESTA (B)

Pregunta Número	N.º de items en		G.º consenso 2.ª vs 1.ª	Items en 3.ª Resp.	G.º consenso 3.ª vs 1.ª
	1.ª Resp.	2.ª Resp.			
7.1	8	7	12,5	4	50,0
7.2	8	5	37,5	4	50,0
7.3	10	8	20,0	4	60,0
7.4	13	11	15,4	6	53,8
7.5	13	11	15,4	7	46,2
7.6	11	9	18,2	5	54,5
8.1	10	8	20,0	4	60,0
8.2	6	5	16,7	3	50,0
8.3	10	6	40,0	5	50,0
8.4	10	8	20,0	2	80,0
8.5	11	8	27,3	5	54,5
8.6	13	8	38,5	4	69,2
9.1	7	7	0,0	5	29,6
9.2	5	5	0,0	4	20,0
9.3	10	9	10,0	7	30,0
9.4	13	8	38,5	1	92,3
9.5	12	10	16,7	5	58,3
9.6	11	5	54,5	4	63,6

EVOLUCION DEL NUMERO DE ITEMS POR RESPUESTA (C)

Pregunta Número	N.º de items en		G.º consenso 2.ª vs 1.ª	Items en 3.ª Resp.	G.º consenso 3.ª vs 1.ª
	1.ª Resp.	2.ª Resp.			
10	76	17	77,6	3	96,1
11	60	21	65,0	4	93,3
12	23	14	39,1	6	73,9
13	13	9	30,8	7	46,2
14.a	48	9	81,2	3	93,7
14.b	48	9	81,2	3	93,7
14.c	48	21	56,2	9	81,2
14.d	48	25	47,9	9	81,2
14.e	48	18	62,5	5	89,6
15.a	26	6	76,9	3	88,5
15.b	26	13	50,0	8	69,2
15.c	26	16	38,5	8	69,2
15.d	26	15	42,3	8	69,2
15.e	26	12	53,8	8	69,2
16	25	6	76,0	3	88,0
17	29	13	55,2	4	86,2
18	22	9	59,1	5	77,3
19	35	11	68,6	5	85,7

EVOLUCION DEL NUMERO DE ITEMS POR RESPUESTA (D)

Pregunta Número	N.º de items en		G.º consenso 2.ª vs 1.ª	Items en 3.ª Resp.	G.º consenso 3.ª vs 1.ª
	1.ª Resp.	2.ª Resp.			
20	52	17	67,3	8	84,6
21	49	19	61,2	6	87,8
22	51	19	62,7	5	92,2
23	52	19	63,5	3	94,2
24	47	13	72,3	3	93,6
25	25	12	52,0	4	84,0
26	40	15	62,5	4	90,0
27	50	16	68,0	4	92,0
28	59	15	74,6	2	96,6
29	57	8	86,0	3	94,7
31	95	20	78,9	4	95,8
32	52	15	71,2	3	94,2
33	40	14	65,0	4	90,0
34	60	18	70,0	4	93,3
35.1	30	15	50,0	5	83,3
35.2	36	14	61,1	3	91,7
35.3	49	15	69,4	5	89,8
35.4	20	10	50,0	4	80,0
35.5	14	9	35,7	5	64,3

LISTA DE TABLAS

Tabla I	Grupos y porcentaje de participacion	13
Tabla II	Composicion envios y respuestas	14
Tabla III	Preguntas con mayor grado de consenso final	16
Tabla IV	Patologias cardiovasculares (CV) con mayor incidencia	17
Tabla V	Gramos de Alcohol/día sin riesgo cardiovascular	18
Tabla VI	Cigarrillos/día sin riesgo cardiovascular	19
Tabla VII	Nuevos hábitos alimenticios como factor de riesgo cardiovascular	19
Tabla VIII	Factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia	19
Tabla IX	Valores para la Presión Arterial Sistólica	21
Tabla X	Valores para la Presión Arterial Diastólica	22
Tabla XI	Valores para la Glucemia	23
Tabla XII	Valores para el Colesterol Total	24
Tabla XIII	Valores para el Colesterol HDL	25
Tabla XIV	Valores para los Triglicéridos	26
Tabla XV	Criterios de inicio tratamiento farmacológico en HPTA	27
Tabla XVI	Criterios inicio tratamiento farmacológico en Hipercolesterolemia	27
Tabla XVII	Grupo farmacológico de elección para el inicio en HPTA	27
Tabla XVIII	Grupo farmacológico elección para inicio en Hipercolesterolemia	28
Tabla XIX	Opciones en tratamiento farmacológico de la Hipertensión arterial	30
Tabla XX	Opciones en tratamiento farmacológico de la Hipercolesterolemia	31
Tabla XXI	Analítica para detección adecuada de los FRCV	32
Tabla XXII	Control y seguimiento de la Hipertensión arterial	32
Tabla XXIII	Control y seguimiento hipercolesterolemia	32
Tabla XXIV	Proceso agudo Cardiovascular con mayor mortalidad inmediata	33
Tabla XXV	Medidas a tomar para mejorar la mortalidad	34
Tabla XXVI	Educación para la Salud hacia la población en general	35
Tabla XXVII	Educación para la Salud sobre profesionales sanitarios	35
Tabla XXVIII	Educación para la Salud en la población de riesgo	36
Tabla XXIX	Medidas para potenciar la relación asistencial	36
Tabla XXX	El especialista en centros de Atención Primaria	36
Tabla XXXI	Medidas para potenciar la Información entre niveles asistenciales	37
Tabla XXXII	Formación coordinada entre niveles asistenciales	37
Tabla XXXIII	Investigación conjunta entre Atención Primaria y Especializada	37
Tabla XXXIV	Proceso Cardiovascular que deja mayor número de secuelas	38
Tabla XXXV	Medidas para mejorar rehabilitación	38
Tabla XXXVI	Equipamiento para atención normal en At. Primaria	38
Tabla XXXVII	Equipamiento para atención urgente en Atención Primaria	39
Tabla XXXVIII	Atención cardiovascular en un Hospital Comarcal	39
Tabla XXXIX	Criterios de priorización bajo varios criterios	40

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Patologías con mayor incidencia	17
Figura 2	Gramos de Alcohol sin riesgo cardiovascular	18
Figura 3	Número de cigarrillos/día sin riesgo cardiovascular	19
Figura 4	Factor de riesgo cardiovascular más importante y frecuente	20
Figura 5	Valores para la Presión Arterial Sistólica	21
Figura 6	Valores para la P.A. Diastólica	22
Figura 7	Valores para la Glucemia	23
Figura 8	Valores para el Colesterol Total	24
Figura 9	Valores para el Colesterol HDL	25
Figura 10	Valor para los Triglicéridos	26
Figura 11	Grupos farmacológicos para inicio de tratamiento en la Hipertensión Arterial (nº de respuesta en la tabla XIV)	28
Figura 12	Grupos farmacológicos para el inicio del tratamiento en la hipercolesterolemia (nº de respuesta en la tabla XV)	29
Figura 13	Protocolización del tratamiento de la hipertensión arterial, secuencias propuestas (claves en tabla XIX)	30
Figura 14	Protocolización del tratamiento de la hipercolesterolemia (claves en tabla XVII)	31
Figura 15	Proceso cardiovascular agudo con mayor mortalidad inmediata	33
Figura 16	Medidas de Educación para la Salud sobre enfermedades cardiovasculares en la población general (clave en tabla ...)	34
Figura 17	Medidas de educación para la salud en los profesionales sanitarios (clave en tabla ...)	35
Figura 18	Criterios de salud para priorización	41
Figura 19	Criterios de gestión para priorización	41
Figura 20	Criterios de priorización para dotación de equipamientos	41
Figura 21	Criterios de priorización en recursos humanos	41

BIBLIOGRAFIA

1. I.N.E. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1986.
2. I.N.E. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1987.
3. I.N.E. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1988.
4. Consenso para el control del colesterol en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Cardiol e Hipertensión*. 1991: 21; 1-7.
5. Consenso para el control de la hipertensión arterial en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Rev. Esp. Cardiol*. 1990: 44; 76-94.
6. Estudio Delphi sobre estrategias y prioridades frente al SIDA en la Comunidad de Madrid. Consejería de Salud. Madrid, 1991.
7. PINEAULT, R., DAVELUY, C.: *La planificación sanitaria*. Barcelona. Ed. Masson, 1987.



JUNTA DE ANDALUCÍA
Consejería de Salud



Servicio Andaluz de Salud

