

## PROPUESTA DE FRECUENCIA DE VISITAS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

**Juan Vte. Quintana Cerezal**  
Médico de Familia de EAP  
CS San Blas. Alicante

**Josefina Ocheda**  
Enfermera de EAP  
CS San Blas. Alicante

### BIBLIOGRAFÍA:

Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular. Guía de Prevención Cardiovascular en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2003.

Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):11-26

M.A. Zapata Sampedro. El paciente hipertenso en la consulta de enfermería. Enfermería global. Noviembre 2006. [acceso 20 de agosto de 2007] Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/9/09d03.html>

Grupo de Trabajo sobre la Obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Madrid, España. Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Endocrinol Nutr 2003;50 (Supl 4):1-38

Por todos es padecido el aumento de la demanda de atención sanitaria. Una de las soluciones parciales a la misma, sin menoscabar la calidad, es la de ordenar y protocolizar los controles de los pacientes con enfermedades crónicas, disminuyendo la frecuencia de sus visitas sin disminuir el control sobre los mismos.

Para conseguir dicho objetivo proponemos una sencilla tabla con los puntos a valorar en las visitas programadas, en base a las recomendaciones del PAPPS y otros grupos de expertos.

Muchos equipos de Atención Primaria manejan esquemas de trabajo similares y otros tendrán un protocolo medicina-enfermería más independiente. Con los recientes cambios en la distribución del personal de los EAP, se presumen unas formas de trabajo muy heterogéneas.

Confiamos en que nuestra propuesta sirva de incentivo para promover actividades similares en pos de una mejor gestión del tiempo de consulta y un mejor estado de salud de los pacientes.

Nuestro programa de seguimiento del paciente crónico engloba a pacientes diabéticos, hipertensos, dislipémicos o, como es habitual, pluripatológicos. Y principalmente está gestionado por el personal de

enfermería.

La frecuencia básica de visitas es trimestral. Esta frecuencia está influenciada por la experiencia clínica de los profesionales y por los recursos disponibles en el centro, además de por el riesgo cardiovascular del paciente y sus características personales y sociales.

El número de visitas aumenta si se objetiva mal control en los parámetros a estudio, si han sido necesarios cambios en el tratamiento, si existen complicaciones...Y disminuye si el riesgo cardiovascular es bajo o hay un buen control por parte del paciente.

La solicitud de pruebas complementarias es realizada indistintamente por el médico de familia o la enfermera, siendo la recepción y valoración de las mismas por cuenta del médico. Éste contacta con el paciente, bien telefónica o presencialmente, para comunicar el resultado y actitud a seguir. Evitamos así al menos 2 citas médicas presenciales ( para pedir pruebas y para recibir los resultados ), disminuyendo el tiempo de espera y de toma de decisiones.

También se procura fomentar los autocuidados. Automedida de glucemias en pacientes insulino dependientes y automedida de la presión arterial con esfigmoma-



nómetros electrónicos de brazo validados. Para ello también hemos elaborado una serie de recomendaciones acerca de cómo utilizarlos y qué modelos son los más indicados y que además se pueden obtener en las farmacias de la zona.

Todo ello para incentivar el control por el propio paciente, promover que adquiera consciencia de la importancia de su estado de salud y tener una visión más real de sus parámetros biológicos, no sólo de sus constantes en la consulta.

Frecuencias de revisión recomendadas en pacientes con moderado o alto RCV						
Patología	Inicio	3meses	6meses	9meses	anual	bianual
HTA	Antecedentes familiares y personales	TA, peso	TA, peso	TA, peso	Como en el inicio.	ECG
DLP	Tabaquismo.		TA, peso Analítica			
DM	Exploración: TA, dextro, peso, talla, IMC, perímetro abdominal.  Analítica* ECG RCV(tabla SCORE) En DM, También fondo de ojo, pies, ITB	TA, Peso  Revisión de dextros (ayunas, preprandial, 2h postpr.), valoración de hipoglucemias,  Pies  Revisión de puntos de administración de insulina  Si no hay tto con insulina, la trimestral puede ser semestral	TA, Peso  Revisión de dextros (ayunas, preprandial, 2h postpr.), valoración de hipoglucemias,  Pies  Revisión de puntos de administración de insulina  Analítica con HbA1c (trimestral si DM1 o DM2 inestable)	TA, Peso  Revisión de dextros (ayunas, preprandial, 2h postpr.), valoración de hipoglucemias,  Pies  Revisión de puntos de administración de insulina  Si no hay tto con insulina, la trimestral puede ser semestral	ECG si ECG previo anormal o enfermedad coronaria.	
Valoración del cumplimiento terapéutico, efectos adversos de fármacos, educación sanitaria, dieta y ejercicio						
*Analítica: Cr, Na, K, glucemia, colesterol total, cHDL, cLDL, triglicéridos, transaminasas, GGT, fosfatasa alcalinas, CPK y hemograma. MDRD-4 e índice alb/creat.en orina al menos en diabéticos.						

Aumentar el nº de visitas si:

- Se añaden fármacos antiHTA o antiDLP
- Se cambia la dosis
- Hay complicaciones en la DM (retinopatía, pie diabético... )
- oAlta hospitalaria tras enfermedad CV
- Mal control: TA>160/100, colesterol>300, dextros>200...

Disminuir el nº de visitas si:

- oEnfermedad CV y fumador sin otro FR.
- oColesterol<300mg/dl sin RCV alto
- Controles adecuados y automedidas