

# **MAHAI INGURUA**

GAIXOTASUN KARDIOBASKULARREN  
PREBENTZIOA LEHEN MAILAN

## ZER EGITEN DUGU?: LEHEN ETA BIGARREN PREBENTZIOAK

**Marisol Pérez de San Román**

Familia medikua. San Martineko Osasun Zentroa. Gasteiz

Gaur egun, gaixotasun kardiobaskularrak ( GKB) geroz eta ugariagok dira. Izan ere, gure bizimoduarekin oso lotuta daude: gehiegi eta gaizki jatea, oso gutxi mugitzea, erretzaileen ugaritasuna, estresaren maila igotzea, geroz eta sarriago nahiz errazago haserretzen baikara.... Gauzak horrela, GKB heriotzaren lehen kausa bihurtu dira, heriotzen % 40an zeresana dutelarik eta maila ekonomikoan zein sozialean kostu handia eragiten dutelarik. Beraz, osasun-mailan garrantzi handiko gaitzat jo daitezke.

GKBen sorreran hainbat arrazoiren elkarreragina aurki daiteke; arrazoi hauei arrisku kardiobaskularreko faktore (AKF) deritze. Ebidentziek argi agertzen duten moduan, AKFen eta GKBen artean dagoen harremana oso estua da. AKFek, denboran zehar elkarreraginean arituz, "arrisku kardiobaskularraren continuum-a" deiturikoa eragiten dute, eta honen ondorioz GKBak sortzen dira.

AKF batzuk aldaezinak badira ere, adina eta sexua kasu, gehienak aldagarriak dira (elikadura, pisua eta tabakoa, besteak beste) eta, gainera, gure bizimoduarekin oso lotuak daude. AKFetatik bederatzik, faktore aldagarriak denak, IAM arriskuaren % 90 azaltzen dute: tabakoa, apob/apo a1 koizientearen igoera, diabetesa, tentsioa, faktore psikosozialak, gerriko loditasuna, fruta eta barazkien kontsumoa, alkoholaren kontsumoa eta ariketa fisikoa. Aipatutako faktoreok aldatuz gero, lehenengo IAM arriskua % 80an murriztu daiteke edozein populaziotan. Bestalde, diabetikoen arriskua iskemia koronarioa izan duten pazienteen maila berean dago, gehienbat emakumezko diabetikoen artean.

Osakidetzako lehen mailako profesionalek arrisku kardiobaskularrean eta bere faktoreetan esku hartzea lehentasun gisa eskaintzen dute. Hau da, AKFen bilaketa aktiboa burutzen dute, adin bakoitzari lotutako faktore posibleak identifikatzen saiatuz eta berorien jarraipena eginez. Horrela, hauetako faktoreen bat aurkitzekotan beste faktore posibleen bilaketa areagotzen da. Kontuan izanda biztanleriaren 1/4 erretzailea dela, 1/5ek kolesterola altua duela, 4/10a gizona dagoela eta abar, lana amaigabea bilakatzen da.

**Arrisku kardiobaskularra neurtzeko metodoak**

Gauza jakina da faktore bakoitzaren ebaluazio bereiztua egiteak ez duela zentzu handiegirik; aldiz, paziente bakoitzaren arrisku globala aztertu behar da. Izan ere, sarritan, hainbat faktoreren elkarreaginak, horietako bakoitzak maila baxua erakusten badu ere, arrisku globala handia izatea eragiten du.

Lehenik eta behin, arriskuaz hitz egitean zertaz ari garen argitu behar da:

- Arrisku kardiobaskularra (AKB): 5-10 urteren buruan gaixotasun kardiobaskularra edo koronarioa pairatzeko probabilitatea.
- Arrisku koronarioa (AK): 5-10 urteren buruan infartua, angina edo heriotza koronarioa pairatzeko probabilitatea.
- Gertaera latzetara mugatutako arrisku koronarioa: infartua edo heriotza koronarioa pairatzeko probabilitatea zehazten du soilik. Arrisku mota honek arrisku koronario guztien 2/3ak biltzen ditu.
- $AKB = AK + AIT + IKTUSA + IC +$  gaixo baskular periferikoa.
- $AKB = AK \times 4/3$

Arriskua era zehatzago batean neurtu ahal izateko hainbat neurketa-metodo daude:

A- Kualitatiboak: pazienteak dituen eta ez dituen faktoreak kontuan hartuz, arrisku globala baxu, moderatu edo altu gisa sailkatzen dute.

B- Kuantitatiboak: epe jakin batean gaixotasuna pairatzeko probabilitate-zenbaki bat lortzen dute, populazio-kohorte desberdinak aztertuz.

B1.-Framingham-eko arrisku taula (Anderson 1991): Framingham-eko populazioan oinarrituz 10 urteren buruan gaixotasun koronarioa pairatzeko arrisku-probabilitatea neurtzen da. Neurketa hau ondorengo faktoreak aztertuz ondorioztatzen da: adina (35-74), sexua, kolesterola, HDL-kolesterola, TAS, tabakoa, diabetesa eta ezkerreko bentrikularen hipertrofia.

B2.- Kategorietan sailkatutako Framingham-eko arrisku taula (1998): Aurreko-taula NCEPII eta JNCVen gomendioetara moldatzeko sortu zen, populazio berdina oinarri hartuta. Neurketa-metodo honekin gertaera latzetara mugatutako arrisku koronarioa neurtzen da. Ondokoak dira neurketa-metodo honek darabiltzan faktoreak: adina, sexua, tabakoa, diabetesa, HDL-kolesterola, kolesterol orokorra eta TAS eta TAD. Bentrikuluen hipertrofia berriz, ez da kontuan hartzen. 1999an ADAk glukosaren balioetan egindako aldaketen ondorioz, kategorietan sailkatutako Framingham-eko arrisku-taula moldatu egin zen.

B3.- REGICORreko arrisku taula (2003): Gironako populazioaren infartu-erregistroa oinarritzat harturik, Framingham-eko taula espainiar gizartera moldatzean sortutako arrisku-taula da. Gure populazioaren arrisku erreala Framingham-eko taulako balioetatik baino taula honen balioetatik gertuago dago, betiere Gironako IAM Espainia mailakoa baino % 15 baxuagoa dela kontuan hartuta.

Regicorreko arrisku-taulak diabetikoentzat taula bereziak ditu.

B4.-SCORE taula (2003): Europako 12 herrialdeetako datuak aztertuz egindako taula da. Besteen aldean, taula honek gaixotasun koronarioz hiltzeko arriskua ez ezik edozein gaixotasun kardiobaskularrengatik hiltzeko arriskua ere neurtzen du. Taula honek 2. motako diabetikoak eta 1. motakoak mikroalbuminuriarekin arrisku altuko gaixotzat jotzen ditu. Hori dela eta, ez dago paziente hauentzako taula berezirik. Horretaz gain, arrisku-faktore bat oso altua bada, zuzenean arrisku altuko gaixo gisa kontsideratzen da.

B5.- Beste taula batzuk: PROCAM, Sheffield, Europako taldeak, talde britainiarrak, Zeelanda Berrikoa... Horiek guztiek ekarpen interesgarriak egiten dituzte, baina beren mugak ere badituzte. Dena den, argi dago edozein taula neurketa-eza baino hobea dela.

Egun, 2005ean, Espainiako zientzialari-taldeek SCORE taula erabiltzea gomendatzen dute.

### **TAULEN MUGAK:**

1.- Gehienak Framingham-eko taulan oinarritzen dira, eta arriskuaren gehiegizko balio bat ematen dute. Arrisku indibiduala neurtzeko baino, populazioen arteko konparazioak egiteko baliagarriagoak dira.

2.- Arrisku-tauletan agertzen ez diren beste hainbat arrisku-faktore ere badaude.

3.- Adineko pertsonengan egindako neurketak gazteengan egindakoak baino fidagarriagoak dira.

4.- Faktore bat oso altua bada, 20 zigarro baino gehiago erretzea, kolesterola > 300 edo TA > 180/100 besteak beste, taulek arrisku erreala baino balio baxuago bat ematen dute. Desberdintasun hori zuzentzeko, arrisku-balioa 1,5ekin biderkatzea aholkatzen da.

### **ZERTAN LAGUNTZEN DUTE ARRISKU-TAULEK?**

1.- Sendagileari dagokionez:

Paziente bakoitzaren arrisku globalaren berri izateko.

Arrisku-faktoreen kontrolerako tratamendu farmakologikoaren hasiera erabakitzen laguntzeko.

2.- Pazienteari dagokionez:

Bere arrisku erreala jabetzeko.

Faktore bakoitzak arrisku globalean duen eraginaz konturatzeko, eta faktore hauetako bakoitzaren aldaketak arrisku globalean duen eragina aztertzeko.

Epe luzera izan ditzakeen arriskuen aurreikuspena egiteko.

## HELBURUAK

Gauza jakina da arrisku kardiobaskularraz aritzean ezin dela “balio normalez” hitz egin. Gainera, oinarritzko eta bigarren mailako prebentzioak bereizteak ere ez du zentzu handirik. Izan ere, azken finean, esku-hartzearen helburu nagusia bakarra baita: pazientearengan arrisku-faktore aldakorak arrisku kardiobaskular baxuko pertsonen mailan berrezartzea.

Ondoko bi neurriak helburu honen lorpenera bideratuak daude:

**1.- OHITURA-ALDAKETA:** gorago aipatu modura, bizi-ohiturak aldatuz gero arrisku-mailaren jaitsiera nabarmena dela diote hainbat ikerketek. Gizakiari edozein aldaketa gogorra egiten zaio. Eta are gehiago aldaketa hori arriskua jaisteko bada, azken finean ez baitute sintomarik. Prochaska-ren eredua jarraituz, edozein ohitura-aldaketaren aurrean pauso edo fase desberdinetatik igarotzen da:

- a- Aurrekontenplazioa: ez du arazorik ikusten, ezta aldaketa beharrik ere.
- b- Kontenplazioa: aldaketa beharraz konturatzen da, baina zalantzak ditu.
- c- Prestakuntza: aldaketa txikiak egiten ditu, aldaketarako jarrera erakusten du.
- d- Ekintza: aldatzen ari da.
- e- Mantentzea: aldaketa mantentzen da, hots, ohitura berriari jarraipena ematen zaio.
- f- Erorketa: berriro ohitura zaharrera itzultzen da.

Fase bakoitzean pertsonari laguntzeko planteamendua desberdina izan behar da, bere beharrak desberdinak baitira. Hori kontuan hartu ezean, eta denei mezu berdina luzatuz gero, porrota ziurtatua dago. Beste alde batetik, kontuan hartu behar da aldaketarako jarrera pazientearengan sortu behar dela, bera baita bere osasunaren arduradun. Hala, profesionalak beharrezko laguntza eskain diezaioke, baina aldaketa inposatu gabe.

Bestelako zailtasunak ere badira: 1.- Egungo gizartea, non aurrez prestatutako elikagaiak, koipe eta gatz ugaridunak, geroz eta gehiago kontsumitzen diren. 2.- Ohitura-aldaketak gure bizitzaren zati bati agur esatea suposatzen du. Nolabait onartu beharreko galeraz gain, aldaketen aurrean beldurra ere sortu ohi da. 3.- Normalean familian bizi garenez, ohitura-aldaketa familia osoak egitea komeni da; bestela, oso zaila baita aldaketok mantentzea. Gainera, gainerako senideentzat ere oso osasungarriak izan daitezke.

**2.- BOTIKAK:** esan bezala, ohitura-aldaketak egin arren arriskua oso altua denean, botikak erabiltzen dira, tentsioa eta kolesterola jaisteko batez ere.

Tentsioa jaisteko botika mota desberdinak daude. Kolesterola jaisteko ere botika desberdinak daude, une honetan aproposenak estatinak direlarik. Estatinen hartzaileei dagokienez adostasun-eza da nagusi: aditu gehienen ustez gaixotasuna pairatu ostean botika hau hartu behar bada ere, gaixotasunaren aurretik botikaren egokitasuna zalantzan jartzen da.

Horretaz gain, beste hainbat botika ere beharrezkoak izaten dira gaixotasuna agertu ondoren, antiagregatzaile plaketarioak, beta-blokeatzaileak eta IECAk, besteak beste.

## **GAIXOTASUNA AGERTU OSTEAN**

Gaixotasunak desberdinak badira ere (bihotzeko edo buruko infartua), ezaugarri komun bat dute: egun batean ondo daude eta, 5-8 egun ospitalean eman ondoren, betirako gaixotasuna dutelarik itzultzen dira etxera. Gainera, gaixotasunok bat-batean gertatzen dira eta, gehienetan, gaixoaren bizitza arrisku larrian egoten da. Ondorioak, berriz, oso anitzak izan daitezke: EKGn aldaketaren bat, hitz egiteko ezintasuna, mugitzeko ezintasuna...

Gaixotasuna agertu ostean, lehen azaldutako ohitura-aldaketak beharrezkoak dira gaixotasuna berriz errepika ez dadin, baina orain, gainera, lan gehiago daukate egiteko.

1.- Galera onartzea: Aldaketa bat eman da eta honek galera bat suposatzen du: ibiltzeko ezintasuna, kotxea gidatzeko ezintasuna, lagunekin ateratzeko ezintasuna... Gizakiak galera bat pairatzen duenean, galdutako egoeragatik dolua egin behar du. Dolu hau ezinbestekoa da galera gertatu dela onartzeko eta gure bizitza aurrerantzean horrelakoa izango dela onartzeko.

Batzuetan, galeraren aurrean burua ezkutatu eta ezer gertatu izan ez balitz bezala jokatzaren dute; beste batzuetan, berriz, erruaren pisua handia da, galeraren onarpen-prozesua zailduz.

2.- Moldatzen ikastea: bihotzeko infartua izan bada, ez da, normalean, arazo fisiko berezirik geratzen; burukoa izan bada, ordea, moldatzen ikasi beharko da: sentsibilitatea, hizkuntza, mugimenduak, garbiketak... Horretarako, errehabilitazio-programak daude, baina, oro har, ez da infartuaren aurreko egoerara bueltatzea lortzen, beraz, gelditzen diren mugekin moldatzen ikasi beharko delarik.

3.- Familiak ere gertatutakoa onartu behar du egoera berrira moldatu ahal izateko: aldaketak eguneroko ohituretan, aldaketak etxean, ohe bereziak, atek gurpil-aulkien tamainara moldatzea, gaixoaren behar berriak... Beste alde batetik, "behin eta berriz bere burua zaindu behar zuela esaten bagenion ere, berak kasurik ez. Eta orain, gaixo dagoenean, denok sufritzera."

4.-Kostuak: ohe berezia, gurpildun aulkia, etxeko moldaketak... Laguntza beharra: kontsultetara joateko, kontrol desberdinak jarraitzeko, botikak hartzeko, berarekin egoteko... Gizarte-segurantzak laguntzak ematen baditu ere, aurrekoak ez dira dohain.

5.- Galera sozialak: batzuetan ezin dute gehiago lanik egin edo lan desberdina egin behar dute. Nahiz eta gizarte-segurantzak pentsioa eman, ez da gaixotasunaren aurretik jasotzen zuen soldataren adinakoa izaten, gaitasun ekonomikoa murrizten delarik.

Dena den, gaixo bakoitzak, bere familiarekin batera, bere bizitza nola biziko duen erabakitzea oso garrantzitsua da. Mugatuta badago ere, ahal duen neurrian, bere bizitzaren ardura hartu beharko du.

# TRATAMENDUA EZ BETETZEA GAIXOTASUN KARDIOBASKULARRETAN

**Iñaki Agirrezabal**

Familia medikua. San Martineko Osasun Zentroa. Gasteiz

Gaixotasun kardiobaskularren prebentzioak askotan eskatzen du pazienteak bere bizimodua alda dezan. Honek, batez ere eragina du dietan, ariketa fisikoan eta erretzeko ohituran, egunero sendagaiak hartzean eta, diabetikoa bada, gluzemiaren maila neurtzean. Hori guztia lortzeko pazienteak ahalegin handia egin behar du, baina baita osasun-langileek ere.

Baina askotan, pazienteak ahalegin horren truke ez du saririk aurkitzen, batik bat lehen mailako prebentzioan, pazienteak gaixorik sentitzen ez delako, eta horren ondorioz agertzen da tratamendua ez betetzea (TEB).

## **Tratamendua betetzearen definizioa:**

Pertsona baten jokaera (hau da, sendagaiak hartzea, dieta jarraitzea eta bizimodua aldatzea) bat datorrenean osasun-langileen aholkuekin.

**Sendagairik hoberena ere, ez-eraginkorra da hartu ezean”.**

## **Ondorioak:**

- Emandako neurrien eraginkortasunaren eta efektibitatearen murrizketa, eta efizientziaren murrizketa garrantzitsua.
- Gaixotasun kardiobaskularretan ez da beren arriskua murrizten edo beren ondorioenak eta, berez, ez da ez beren gaixotze-tasa ez heriotza-tasa murrizten. Edo, lor litekeen neurrian baino askoz gutxiago.

## **EZ BETETZEA DIABETESEAN**

- Paziente diabetikoen artean % 10-30ek tratamendua bertan behera uzten du lehenengo urtean diagnostikoa egin ondoren. Gainerakoek, % 20ek ez du nahiko tratamendua hartzen kontrol metaboliko egokia izateko.
- Medikazio-hartzearen betetzea handiagoa da dietarena eta ariketa fisikoarena baino.

- Paziente adinekoek hobeto betetzen dute medikazio-hartzea eta gluzemiaren autokontrola, eta gazteenek, berriz, ariketa fisikoa.
- Tratamendua ondo betetzen dutenek, batez besteko hemoglobina glikosilatuaren mailak 1,4 puntu eta 53 gramo baxuagoak izaten dituzte betetzen ez dutenekin alderatuta.
- Sulfonilureekin tratamendua ez betetzea sendagileen, laborategiaren eta ospitalearen kontsulta-kostuaren igotzearekin lotu da.
- HgbA1c gaizki kontrolatuta duten paziente diabetikoen artean % 78,3k ez du ondo betetzen tratamendua.

### **EZ BETETZEA DISLIPEMIETAN**

- Estatuan ez betetzearen kopurua dislipemien tratamenduan % 27,7 eta % 46,7aren artean dago.
- 30 eguneko tratamenduan, hamarretik 3 eta 5 bitarteko pertsonak, gutxienez, 6 pilula hartzeari uzten diote.
- Tratamendua jarri ostean, 12 hilabeteren buruan, herenak baino ez du pilulak hartzen jarraitzen.
- Tratamendua betetzen ez dutenek batez besteko kolesterol osoaren maila 15,8 mg eta LDL-kolesterolaren maila 15,9 mg handiagoa daukate betetzen dutenekin alderatuta.

### **EZ BETETZEA HIPERTENTSIO ARTERIALEAN**

- JNC-VI txostenaren arabera, HTAren kontrol desegokiaren zergati nagusia tratamendua ez betetzea da.
- Betetzen ez dutenen artean % 43k dio tratamendua ondo jarraitzen duela.
- Estatuan, HTAren arloan, ez betetzearen prebalentzia % 7,1 eta % 66,2 artean dago.
- HTA duten pazienten artean % 45ek hilean 6 pilula hartzeari uzten diote.
- Ez betetzearen ondorioz HTA dutenek batez besteko TASaren maila 9,3 mm Hg eta TADaren maila 4,7 mm Hg altuago dute.
- MAPAren bidez egin diren ikerketetan: monoterapiari, betetzearen portzentajea hilean % 90 edo gehiago denean, HTAren kontrolaren maila % 80ra iristen da.

**Ez betetzearen faktore iragarleak eta bere eragina:**

<b>Noren /Zeren menpekoak</b>	<b>Faktoreak</b>	<b>Eragin-mota</b>
<b>Pazientea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soziodemografikoak eta psikologikoak</li> <li>○ Pazientearen sinesmenak- bizipenak (*)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ahula</li> <li>○ Gogorra</li> </ul>
<b>Gaixotasuna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Izaera</li> <li>○ Larritasuna</li> <li>○ Eboluzioa</li> <li>○ Sintomatologia</li> </ul>	Ahula
<b>Tratamendua</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Konplexutasuna</li> <li>○ Iraupena</li> <li>○ Kostua</li> <li>○ Erabilerraztasuna</li> <li>○ Ondoko efektuak</li> </ul>	Moderatua/gogorra
<b>Pazientearen ingurunea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Familia</li> <li>○ Gizarte-ingurunea</li> <li>○ Lan-ingurunea</li> </ul>	Moderatua/gogorra
<b>Osasun-ingurunea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erabilerraztasuna</li> <li>○ Osasun-arazoak</li> <li>○ Antolaketa</li> </ul>	Moderatua/gogorra
<b>Mediku-paziente harremana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Komunikazio eraginkorra</li> <li>○ Motibazioa</li> <li>○ Enpatia</li> <li>○ Erantzukizun partekatua</li> </ul>	Gogorra

**(\*) Pazientearen sinesmenak eta bizipenak:**

1. Medikazioa hartzeko ordutegia jartzeko orduan, kontuan ez hartzea pazientearen ohiturak.
2. Medikazioa bertan behera uztea ustezko hobekuntza klinikoagatik.
3. Sendagai batzuk ez hartzea egunero pilula gehiegi hartu behar izanagatik.
4. Medikazioa ez hartzea bidaia batean.
5. Hartzea ez dela beharrezkoa sinestea.
6. Bere ustez "kolesterola baxua" daukalako.
7. Ez dago ados diagnostikoarekin.
8. Sendagaiaren salneurria altuegia delako.
9. Kotsultara errezetak jasotzera ezin delako joan.

**Ez betetzearen motak:**

1. Pazienteak ez du eraman errezeta kotsulta bukatu ondoren.
2. Pazienteak ez du sendagaia erosten farmazian.
3. Pazientea ez da itzultzen kotsultara errezeta berrien bila.
4. Egunero pilula batzuk ez hartzea.
5. Pazienteak medikazioa hartzen du, baina ez agindutako dosian, eguneroko dosiaren kopurua handituz zein murriztuz.
6. Pazienteak medikazioa hartzen du, baina medikuak agindutako ordu desberdinetan.
7. Medikazioa aldatzea bestelako sendagai batzuegatik.

**Ez betetzearen ereduak:**

1. *Ez betetze partziala.* Pazienteek tratamendua noizbehinka betetzen ez dutenean, edozein ez betetze motaren bidez.
2. *Opor farmakologikoak.* Pazienteek jarraiko egun batzuetan betetzen ez dutenean, batez ere asteburuetan.
3. *Mantal zuria-ez betetzea:* Kotsultara joateko aurreneko egunetan eta kotsulta pasatu ondorengo egunetan, pazienteek tratamendua ondo betetzen dutenean, baina gainerako egunetan ez dutenean betetzen.
4. *Ez betetze absolutua:* Pazienteek betiko bertan behera uzten dutenean tratamendua.

**Tratamendua betetzea neurtzeko metodoak:**

**A.- Zuzeneko metodoak:**

- Odolean: digoxina, teofilina edo gemfibroziletik eratorriak.
- Gernuan: sodioa.

## **B.- Zeharkako metodoak:**

### *1. Pilulak zenbatzean oinarritutako metodoak:*

- Pilulen zenbatze arrunta.
- MEMSaren bidez zenbatzea.

### *2.- Elkarrizketa klinikoan oinarritutako metodoak:*

- Haynes-Sackett testa: *“Paziente gehienek pilula guztiak hartzeko zailtasunak izaten dituzte. Baduzu zeuk zailtasunik zure pilula guztiak hartzeko?”*
- Morisky-Green testa: pazienteak jarraiko 4 galderei zuzen erantzuten badie, tratamendua betetzen duela pentsatzen da:
  - Noizbehinka ahazten zaizu pilulak hartzea?
  - Agindutako orduan hartzen dituzu?
  - Ongi zaudenean, hartzeari uzten diezu?
  - Pilulak hartzeak noizbehinka ez badizu onik egiten, hartzeari uzten diozu?.

3.- Bestelako metodoak: Batalla testa, Prochaska-Di Clemente testa, Hermes testa.

## **Betetzea hobetzeko ekintzak:**

<b>Osasun-hezkuntza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informazio gehiago eta hobea ematea</li> <li>• Medikuen eta pazientearen arteko harremana hobetzea</li> <li>• Pazientea motibatzea</li> </ul>
<b>Familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia mota ikastea</li> <li>• Etxean bisitak egitea</li> <li>• Senitarteko bati deitzea osasun-zentrora joateko</li> </ul>
<b>Oroigarriak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefono-deia</li> <li>• Eskutitza</li> <li>• Aldizkako hitzorduak</li> </ul>

<b>Agindu idatziak</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Xumeak eta ulertzeko errazak</li> <li>2. Kolore gogorrak, erakargarriak</li> <li>3. Grafikoak eta marrazkiak sartu</li> </ol>
------------------------	---

**Saiakuntza klinikoan bidez HTAn eta dislipemietan betetzea hobetzeko eraginkortasuna erakutsi duten estrategiak:**

1. Banakako osasun-hezkuntza gaixotasunaren eta agindutako tratamenduaren ezaguerak areagotzeko eta aholku idatziak betetzearen beharra esateko.
2. Jarraipena telefono-deiaren bitartez.
3. Taldekako hezkuntza.
4. Posta-mezuak betetzea sustatzeko
5. Kontrol-txartela dislipemiez informazioa emateko eta betetzearen autoneurketa, lipidoen mailak eta helburu lipidikoak apuntatzeko.
6. Elkarrizketa kliniko motibagarria, ahozko eta idatzizko errefortzuarekin.
7. Telefono-deia, betetzea sustatzeko eta hitzorduak gogoratzeko.
8. Farmako monodosia erabiltzea, egunero askotariko dosiak erabiltzearekin alderatuta.

## **KOSTUA: ESTATINEN KONTSUMOA ETA ERABILERAREN EGOKITASUNA**

### **Idoia Beobide**

Farmaziolaria. Gipuzkoako Institutu Onkologikoa. Donostia

Estatinekin egindako tratamenduen helburua odoleko kolesterol-maila altuak eragindako erikortasun eta hilkortasun kardiobaskularra gutxitzea da.

Estatinek dakarten onura LDL kolesterola jaisteagatik gertatzen da. Efektu hau dosiaren arabera da.

Saiakuntza klinikoek diotenaren arabera onurak jasotzeko LDLa % 20an jaitsi beharko litzateke.

Estatu espainolean 5 estatina daude komertzializaturik gaur egun: *lovastatina*, *simvastatina*, *atorvastatina*, *fluvastatina* eta *pravastatina*.

Estatina bat preskribatu aurretik, gogoan eduki behar da neurri dietetikoak eta bizitza-estiloen eraberritzearekin probatu beharko litzatekeela lehenengo denboraldi batez.

Prebentzio primarioan estatinen efektua pertsonak duen arrisku basalarekin erlazionatua dago; hau da, zenbat eta arrisku kardiobaskular handiagoa, orduan eta onura handiagoa lortzen da estatina bat preskribatzearekin.

Prebentzio sekundarioan estatinek morbiditate kardiobaskularra gutxitzen dutela egiaztatu dute. Onura hau, estatinak preskribatu aurretik gaixotasun kardiobaskularra zuten gaixoetan eta kolesterol-balio normal edo altuak zituztenetan ikusi da.

Prebentzio sekundarioan estatina bat preskribatzeak miokardioko infartuen, garuneko istripu baskular akutuen eta heriotzen-arriskua gutxitzen ditu. Erabilera hau saiakuntza klinikoek onartzen dute eta onura hau gaixoaren adinarekin, sexuarekin edo diabetesa edukitzearekin independentea da.

Kontuan eduki behar da saiakuntza klinikoetan barne sartutako populazioa Estatu espainoleko populazioaren desberdina dela eta baliteke emaitzak estrapolatzean estatinekin lortutako onura gainestea.

Estatinen erabilera zabal eta desegokiak eragin kliniko eta ekonomiko garrantzitsuak izan ditzake sistema sanitarioan, eta hori dela-eta estatinen erabilera egokitu beharko litzateke ebidentzia duten indikazioetara.

Estatinen preskripzioa desegokia da portzentaje altu batean (% 69tik % 84ra). Baina ez hori bakarrik: estatinen preskripzio gehienak behar ez dituzten pertsonatan egiten dira eta onura lortu zezaketen pertsonen artean oso gutxi hartzen dute estatina bat (gertakari kardiobaskular bat izan zuten pertsonen artean % 64ak ez zeukan preskribatua estatina bat).

Azkenaldian onura terapeutikoa dakarten medikamentu berriak oso gutxi dira eta, hala ere, farmazia-gastua asko igotzen da urtetik urtera. Gastu honen % 4a gutxi gorabehera medikamentu berriei leporatzen zaie.

Estatu espainolean estatinen kontsumoa eta gastua asko handitu dira: 1987an 27 milioi euro izatetik 2002an 600 milioi euro izatera pasa ziren.

Gure artean, Txagorritxu Ospitaleko datuak ikusiz, 1999tik 2004ra % 400ean igo zen estatinen kontsumoa pastilla-kopuruari begira.

Herralde desberdinetan diferente gertatzen bada ere, Europa osoan estatinen gastua oso azkar igotzen doa. Izan ere, 2003 urtean, *atorvastatina* izan zen osasun-sistemari gasturik handiena eragin zion farmakoa. 2004 urtean *simvastatinaren* patentea bukatu zenean, farmako honen prezioa 4 aldiz jaitسي zen erreferentziako prezioa ezarri zitzaiolako eta medikamentu generikoak azaldu zirelako. Hala ere, *atorvastatinak* jarraitzen du izaten osasun-sistemari kontsumo gehien eragiten dion estatina.

Komertzializaturik dauden 5 estatinen artean *atorvastatina* da garestiena, patenteaz babestua dagoelako. Preskriptore askok *atorvastatinarekiko* duten preferentzia ez dago arrazoitua: dauden estatinen artean morbiditate-balioetan eraginkortasun-datuak lortzea gehien kostatu zitzaion estatina da. Kardiopatia iskemikoa prebenitzeko dauzkan efikazia-probak zalantzaz beterik daude.

*Atorvastatinaren* abantaila ia bakarria dosi altuetan preskribatu daitekeela da eta horrela kolesterol-datu oso altua duten pertsonentzat baliagarria izan daiteke.

Estatina guztiek errabdomiolisia eragin dezakete. Beraien erabilera zabala dela eta ez da arraroa farmako hauek eragindako alterazio muskularrak ikustea.

Esandako guztia ondorioztatuz, esan genezake ez dela nahastu behar berritasun komertziala hobekuntza terapeutikoarekin.

Estatinen artean badirudi prebentzio kardiobaskularra lortzeko aukera hoberena gehien erabilitakoen artean dagoela.

## **NORA GOAZ?**

### **Maixel Sarriegi**

Familia medikua La Habanako Osasun Zentroa. Gasteiz

Jakina da azken urteotan gaixotasun kardiobaskularrek gorakada nabarmena izan dutela.

Populazioa gero eta zaharragoa izateak, gaixotasun kardiobaskularren intzidentzia handitu du eta arrisku kardiobaskularreko faktoreen (hta, dm, hiperlipidemia, etab.en) prebalentzia handitu du.

Medikuntzaren aurrerapenak patologia anitzeko gaixoak izatera garamatza polimedikazioarekin. Gaixo fragilak, ospitalizazio sarriekin . Honek gero eta konplexuagoa egiten du hauen tratamendua. Eta botiken, azterketa osagarrien eta kontsulten kopurua eta gastua izugarri igotzen du

Horien guztien kontrola eta pertsona sanoetan egiten diren prebentzio-aktibitateak osasun-sisteman eragin eta karga handia sortzen du, kontsulten saturazioa, langileen estresa.

Osasuna “ *kontsumo-ondasun*” bihurtu da, denek egon nahi dute osasuntsu eta sarritan exijitzen dituzte analisiak, tentsioa, probak, badaezpada ere.

### **Nora goaz**

#### 1. Teknika berriak

Badira gaur egun erabiltzen hasi garen teknikak eta eragin handia izango dutenak

Telemedikuntza, ampa tentsioaren kontrolean, tele-ekg..

#### 2. Gastuen kontrola

Ikusi dugunez gastua nabarmen igotzen ari da, eta badirudi gure sistemak jasan ezin duen gastuetara iristen ari garela. Horri aurre egiteko proposatzen diren ekintzak hauek dira:

- faktura farmazeutikoa murriztea
- beharrezkoak ez diren edo informazio gutxi emango diguten miaketak ekiditea

#### 3. “Ebidentzian oinarritutako medikuntzaren” protokoloak jarraitzea

#### 4. Gaixoen aldaketa

- populazioaren emigrazioa dela eta, arraza askotariko pazienteak izango ditugu, bere arazo bereziekin
- informazioaren munduan gaudenez, gure gaixoak ere gero eta informatuagoak daude (telebista, irratia, internet, etab.)
- internet gaixotasunaren datuak jakiteko, gaixoen artean harremanetan jartzeko edo eztabaidatzeko (blog-ak, pazienteen foroak, eta antzekoak)
- bere datuen autokontrola: ampa, glucometer, etab.

#### 5. Mediku / pazienteen harremanak

Medikuntzan lan egiteko era berriak sortzen ari dira.

Azken urteotan sortutako lege berriak gaixoen eskubideak balioarazteko egiten ari dira: pazientearen autonomia-legea, baimen informatua, aurretiko borondateen legea eta orain egiten ari diren mendekotasunaren legea.

Bestetik martxan dauden bioetikako komiteak, etika aldetik sortzen diren arazoei aurre egiteko.

Gaixoa ez da subjektu pasibo bat, bere gaixotasunean eta erabakietan parte hartu nahi du, askotan akordio batera iritsi beharko dugu eta horretarako informazioa nahitaezkoa izango da.

Aldaketa honen filosofia “pazientean oinarritutako medikuntza” da.

Honek gaixoa hartzen du oinarritzat eta era paternalistatik era “demokratiko” batera pasatzen dira.

Helburua: Norberak bere gorputzaren eta bere gaixotasunaren ardura hartzea.