

Anexo 1: Encuesta

1. ¿Qué Guías para el manejo de la dislipemia suele utilizar en su práctica clínica diaria?
 - Guías Europeas 2011-2012 (ESC-EAS).
 - Guías Norteamericanas 2013 ACC/AHA (ATP IV).
 - Guías Norteamericanas NCEP 2002 (ATP III).
 - Guías/Algoritmos de la Administración (Conselleria de Sanitat).
 - Sociedades Científicas Españolas.
 - No utilizo ninguna guía.

2. A la hora de establecer el riesgo cardiovascular del paciente, ¿Qué tabla suele emplear?
 - Framingham.
 - SCORE.
 - No suelo usar Tablas.
 - REGICOR (Framingham adaptado a población española).
 - Tomo decisiones en función de si el paciente está en prevención primaria o secundaria.
 - Me gustaría poder usar tablas, pero no tengo medios suficientes para hacerlo de forma rutinaria en mi puesto de trabajo.

3. A la hora de elegir un fármaco hipolipemiante, qué importancia da a cada una de las variables (poner en cada cuadro un número según importancia, de modo que el factor más importante sea 1 y el menos importante sea 7):
 - Potencia en reducción de los valores LDL.
 - Potencia en reducción de HDL y Triglicéridos.
 - Coste que supone a la Administración.
 - Coste directo al paciente (“lo que el paciente paga en la Farmacia”).
 - Perfil de seguridad.
 - Grado de evidencia científica respecto de su eficacia.
 - Indicaciones de algoritmos de la Administración.

4. Señale aquellos hipolipemiantes que suele usar en su práctica clínica, poniendo de 0 (no los uso) a 6 (lo uso mucho) según frecuencia de uso, sea cual fuere el fármaco y si lo es en monoterapia o combinación:
- Estatinas.
 - Ezetimiba.
 - Ácidos omega 3.
 - Secuestradores de sales biliares (Resinas).
 - Fibratos.
 - Otros.
5. ¿Con qué periodicidad hace determinaciones de perfil lipídico a pacientes en tratamiento para dislipemia?.
- Sólo basal.
 - Mensual.
 - Trimestral.
 - Semestral.
 - Anual.
 - Bianual.
6. ¿Con qué periodicidad hace determinaciones de transaminasas a pacientes en tratamiento para dislipemia?.
- Sólo basal.
 - Mensual.
 - Trimestral.
 - Semestral.
 - Anual.
 - Bianual.
 - Sólo en caso de síntomas sugestivos de hepatopatía.

7. ¿Con qué periodicidad hace determinaciones de CK a pacientes en tratamiento para dislipemia?.
- Sólo basal.
 - Mensual.
 - Trimestral.
 - Semestral.
 - Anual.
 - Bianual.
 - Sólo en caso de síntomas sugestivos de miopatía.
8. En el tratamiento individualizado de la dislipemia, ¿Qué parámetro utiliza como objetivo?.
- Colesterol LDL.
 - Colesterol no HDL.
 - Riesgo Cardiovascular global del paciente independientemente de sus valores de LDL o analíticos en general.
 - Colesterol total y LDL.
 - Triglicéridos.
 - Colesterol LDL en función del RCV del paciente.
 - Colesterol HDL.
9. ¿En qué proporción estima que en general sus pacientes tienen los lípidos controlados?.
- 0-25%.
 - 26-49%.
 - 50-74%.
 - 75-100%.
 - No lo sé.
10. ¿Qué proporción de sus pacientes en prevención secundaria cree que tienen un adecuado control lipídico?.
- 0-25%.
 - 26-49%.
 - 50-74%.
 - 75-100%.
 - No lo sé.

11. ¿Qué proporción de sus pacientes diabéticos cree que tienen un adecuado control lipídico?.
- 0-25%.
 - 26-49%.
 - 50-74%.
 - 75-100%.
 - No lo sé.
12. A qué cree que es debido en algunos pacientes el no alcanzar los objetivos lipídicos?. Ordene poniendo un número de forma ascendente a cada opción, siendo 1 el que considera de mayor importancia/peso y 6 el de menor.
- Incumplimiento del paciente.
 - Ineficacia del fármaco.
 - Inercia clínica del médico.
 - Efectos secundarios del fármaco.
 - Presión de la Administración Sanitaria para la contención del gasto.
 - Otros.
13. Cuando considera que su paciente no tiene sus lípidos controlados, ¿Qué estrategia terapéutica de mejora suele emplear? (Señalar sólo una opción como la más habitual):
- Incremento la dosis hasta la máxima del fármaco.
 - Cambio a otro tipo de fármaco a dosis estándar del mismo.
 - Combino con otros hipolipemiantes.
14. ¿En qué situaciones clínicas se plantea el uso de ezetimiba?.
- En caso de intolerancia o toxicidad a estatinas.
 - En caso de no alcanzar objetivos con dosis estándar de una estatina.
 - En caso de no alcanzar objetivos con dosis máximas de una estatina.
 - No suelo emplearla.
15. ¿Cree que las estatinas como clase y respecto de otros hipolipemiantes tienen efectos “pleiotrópicos”?.
- Sí.
 - No.
 - No sé qué son los efectos “pleiotrópicos” de las estatinas.

16. En su práctica clínica diaria, ¿Suele utilizar estatinas aunque el paciente tenga valores normales de colesterol LDL?.
- Sí.
 - No.
 - No le veo sentido a esta pregunta.
17. ¿Conoce la polémica suscitada tras la publicación de las Guías de la ACC/AHA del año 2013?.
- Sí.
 - No.
18. ¿Cree que realmente existe controversia entre estas Guías y las Europeas (ESC/EAS)?.
- Sí.
 - No.
19. ¿Ha afectado la publicación de las Guías norteamericanas del 2013 la forma en que trata en su día a día la dislipemia?.
- Sí.
 - No.
20. ¿Conoce el estudio IMPROVE-IT?.
- Sí.
 - No.
21. ¿Cree que los resultados del IMPROVE-IT modificarán próximas Guías?
- Sí.
 - No.