



LLAMADA A LA ACCIÓN EN

Prevención Secundaria Cardiovascular

DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



LLAMADA A LA ACCIÓN EN

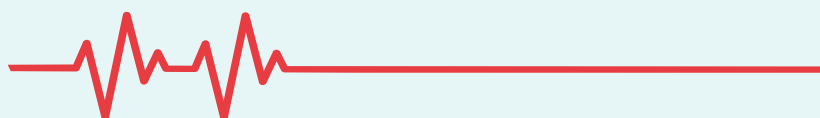
Prevención Secundaria Cardiovascular

DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



ISBN: 978-84-09-48876-6

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte y hospitalización en España y en el mundo, de las cuales el 85% son atribuibles a la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) (1).



En este contexto, valores elevados de presión arterial, glucosa y lípidos en sangre, así como el sobrepeso y la obesidad, según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) participan en la etiopatogenia de la ECVA (1). Estos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son cribados, identificados, tratados y seguidos en los centros de Atención Primaria (AP). En esta línea, más de la mitad de los pacientes que se atienden diariamente en las consultas de AP tienen de 2 a 3 FRCV(2). Además, existen protocolos de atención y seguimiento a crónicos orientados a los pacientes con ECVA. Por ello, es necesario señalar la importancia de dotar de los recursos necesarios a los médicos de familia para la atención a los pacientes con riesgo de sufrir un evento cardiovascular. El control de los factores de riesgo no siempre alcanza los niveles óptimos, pese a los avances terapéuticos logrados en los últimos años. De todos los factores implicados en el evento cardiovascular, la dislipemia es el peor controlado a pesar de contar con las herramientas para poder modificarlo.

Mediante el presente documento, las sociedades científicas de medicina de familia quieren subrayar el papel fundamental de la especialidad en el control de los FRCV y en la prevención de las ECV, con especial atención al control lipídico. Así pues, este consenso se dirige a profesionales y gestores sanitarios, pacientes y familias; Administraciones Públicas e instituciones sociosanitarias para concienciar y poner en marcha iniciativas, que fortalezcan el rol de la AP en el abordaje de la prevención cardiovascular.



Índice

1. Introducción	3
2. Obstáculos que encuentra la Atención Primaria en el abordaje de la Prevención Secundaria Cardiovascular	5
3. Llamada a la acción	6
4. Bibliografía	8

Autores

Dr. José Miguel Álvarez Cabo

CS Perchera. Servicio de Salud del Principado de Asturias. SEMG.

Dra. M^a José Castillo Moraga

CS Sanlúcar Barrio Bajo. Servicio Andaluz de Salud. SEMERGEN.

Dra. M^a Mar Domingo Teixidor

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Institut Català de la Salut. semFYC.

Dra. Isabel Egocheaga Cabello

CS Isla de Oza. Servicio Madrileño de Salud. SEMG.

Dr. Daniel Escribano Pardo

CS Oliver. Servicio Aragonés de Salud. semFYC.

Dr. Juan Carlos Obaya Rebolgar

CS La Chopera. Servicio Madrileño de salud. semFYC.

Dr. Vicente Pallarés Carratalá

Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón. Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón. SEMERGEN.

Dra. Carmen Sánchez Peinador

CS Cantalejo. SACYL. SEMG.

Dr. Miguel Turégano Yedro

CS Aldea Moret. Servicio Extremeño de Salud. SEMERGEN.



1. Introducción

Las ECV son la principal causa de mortalidad y morbilidad en todo el mundo y ocasionan más de 18 millones de fallecimientos al año. En 2019, estas enfermedades provocaron la muerte del 37,4% de la población de la Unión Europea, hasta superar los 2 millones de defunciones.

Por lo que respecta a España, en 2020 se produjeron medio millón de defunciones entre las que las ECV fueron la primera causa de muerte (24,3%), es decir, ocasionaron 1 de cada 3 muertes hasta un total de 120.000 aproximadamente. Esta fue seguida por las patologías oncológicas (22,8%), hasta alcanzar las 110.000 defunciones (3). Las ECV también representaron la primera causa de hospitalización en nuestro país (4).

Además, dos tercios del total de las ECV corresponden a las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas (5). La ECVA y la hipercolesterolemia familiar (HF) están asociadas a una elevada mortalidad, morbilidad y sus costes económicos directos e indirectos son muy significativos.

El coste medio por paciente con ECVA es de 21.115 € en los dos primeros años de seguimiento, en el que el coste sanitario directo medio por paciente supone 9.021 € el primer año, y de 7.839 € el segundo año. Igualmente, un 12,8% de los pacientes requieren baja por incapacidad temporal durante el primer año, y un 10,1% durante el segundo, lo que redundan en un mayor coste sanitario (6).

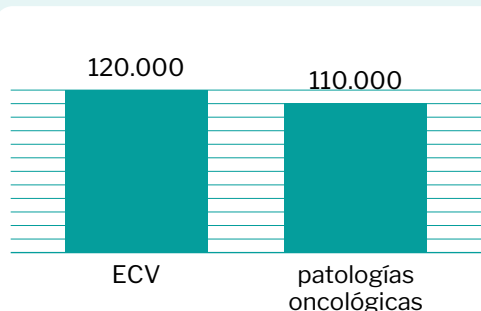
Existe amplia evidencia sobre la fisiopatología de la ECVA, que señala el rol causal del colesterol en la aterosclerosis (7). Las guías de práctica clínica actuales respaldan la necesidad de reducir los niveles del colesterol de baja densidad (c-LDL), según los objetivos más actualizados, más si cabe cuando son el factor etiológico más fácilmente modificable (8).

Las enfermedades cardiovasculares en datos (3)

Fallecimientos al año por ECV



Causas de fallecimiento en España en 2020



Costes



El coste medio por paciente con ECVA es de **21.115 €** en dos años



Un **12,8%** de los pacientes requieren una baja laboral durante el primer año



Reducir los valores de c-LDL se asocia a la disminución del riesgo de eventos cardiovasculares (9). Las guías actuales son más exigentes y aconsejan reducir de forma precoz y mantenida estos niveles (10). En concreto, el objetivo de c-LDL en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular debe ser <55 mg/dl, además de conseguir una reducción de, al menos, el 50% del nivel basal de c-LDL (8).

Es importante concienciar y subrayar la necesidad del control de los FRCV, pues los pacientes en prevención secundaria son de muy alto riesgo. El control lipídico en estos pacientes permite ralentizar su progresión y disminuir el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares.

Diferentes estudios realizados tanto en AP como en Atención Hospitalaria (AH) muestran que el control lipídico no es el óptimo:

- ▶ El **estudio Da Vinci** (11), en el que participaron 18 países europeos, mostró que los pacientes con ECVA no logran alcanzar los niveles recomendados de c-LDL. Concretamente, solo el 18% de ellos mantiene niveles de c-LDL < 55 mg/dl y solo el 25% los reduce hasta < 70 mg/dl.
- ▶ En España, el **estudio REALITY** (12) indica que el 86% de los pacientes con diagnóstico reciente de ECVA no logra los niveles recomendados de c-LDL <70 mg/dl a los 24 meses de seguimiento; y solo un 3% de estos reduce el valor de c-LDL hasta <55 mg/dl, uno de cada cuatro pacientes sufre un segundo evento cardiovascular aterosclerótico durante el periodo de seguimiento, y uno de cada diez fallece.
- ▶ El riesgo de sufrir un evento cardiovascular depende de la exposición previa y acumulativa al c-LDL, así como de la edad desde la que se sufre. La elevación a una edad más temprana, en comparación con los mismos niveles a una edad avanzada, aumenta el riesgo, lo que enfatiza la importancia del control óptimo del c-LDL en etapas tempranas de la vida. (10).

En el abordaje de las ECV, el papel de la AP es clave. El primer nivel asistencial garantiza la continuidad de la atención sanitaria del paciente con ECVA, así como la optimización del tratamiento. Por ello, la coordinación entre profesionales sanitarios de AP es imprescindible.

Nuestro sistema sanitario ha pasado en pocas décadas de un modelo que atiende a pacientes con patología aguda a otro que sigue también a pacientes con patología crónica" (tal y como está ahora parecer que ya no vemos a los agudos). En paralelo, la asistencia sanitaria se ha adaptado a esta realidad de abordaje de la atención a la cronicidad, aunque no siempre con la agilidad y los recursos necesarios. El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-21 señala que se realizan 15,4 visitas a los centros

de AP al año por cada persona con ECV, lo que supone el doble de visitas con respecto a la población general. Este dato demuestra la oportunidad que tiene este nivel asistencial para realizar un seguimiento adecuado al incidir en aspectos indispensables, como la modificación de los estilos de vida, la optimización del tratamiento, la evaluación de la adherencia terapéutica y la detección de posibles efectos secundarios (13).

La coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención hospitalaria es imprescindible para el adecuado seguimiento del paciente que ha sufrido un evento cardiovascular. Para garantizar una continuidad asistencial eficaz es necesario disponer de documentos compartidos, de vías clínicas y de una comunicación bidireccional fluida.

2. Obstáculos que encuentra la Atención Primaria en el abordaje de la Prevención Secundaria Cardiovascular



Heterogeneidad entre áreas y departamentos sanitarios de las Comunidades Autónomas (CCAA) respecto a recursos, prioridades e infraestructuras disponibles en la asistencia adecuada al paciente con muy alto riesgo cardiovascular.



Historia clínica electrónica (HCE) no compartida entre centros de AP y hospitales en la mayoría de las áreas y departamentos de salud de las CCAA y entre las distintas CCAA.



Discontinuidad en el seguimiento del paciente por la falta de protocolos y procesos asistenciales multidisciplinares.



Dificultad de acceso a los perfiles lipídicos completos y adecuados al nivel de riesgo para cada paciente.



Falta de unificación de los valores de referencia adaptados al perfil de riesgo del paciente entre los laboratorios de análisis clínicos.



Escasez de herramientas informáticas para la identificación y seguimiento de pacientes de muy alto riesgo y/o en prevención secundaria cardiovascular.



Insuficiente coordinación entre medicina de familia y enfermera de familia.



Falta de cumplimiento terapéutico y de adhesión a estilos de vida saludables de los pacientes por la falta de concienciación sobre la importancia del control del colesterol LDL.



Acceso limitado a la innovación terapéutica (visados, copago, terapias de dispensación hospitalaria, etc.).



Carencia de indicadores asociados a resultados en salud y su evaluación.



Limitaciones para el seguimiento del paciente de forma continuada en el tiempo por el mismo profesional.



Escasa concienciación sobre la importancia del control integral de los FRCV, especialmente, del c-LDL en pacientes con enfermedad cardiovascular.



3. Llamada a la acción

Las medidas que se proponen a continuación van dirigidas a todos los agentes implicados en la prevención secundaria cardiovascular, con el objetivo de aprovechar las oportunidades necesarias en nuestro sistema sanitario y poder contribuir así a una asistencia eficiente y con un criterio unificado en todo el territorio nacional.

Para los profesionales



1. Impulsar el liderazgo de AP en prevención secundaria cardiovascular y el control de los FRCV, así como potenciar el papel del médico de familia y la enfermera en todas las etapas del proceso asistencial a pacientes de muy alto riesgo cardiovascular.
2. Concienciar sobre la importancia de la prevención cardiovascular en todo paciente que haya sufrido un evento cardiovascular y adaptar la información y educación al paciente a su contexto y necesidad.
3. Elaborar protocolos consensuados de actuación y atención al paciente con ECVA para garantizar la continuidad asistencial y una atención de calidad coordinada desde AP hasta AH contando con enfermería y que refleje el paso de un nivel a otro. Así se establecerán de forma clara los parámetros y funciones concretas que corresponden a cada profesional.
4. Tomar medidas dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica como fomentar la toma de decisiones compartida con el paciente.
5. Fomentar estrategias de educación sanitaria dirigidas a pacientes y familiares entre los distintos profesionales implicados.

Para pacientes y familiares



Tomar conciencia por parte de los pacientes y familiares de la importancia de:

1. La condición de cronicidad de su patología.
2. La adhesión a estilos de vida saludables.
3. El cumplimiento del tratamiento farmacológico.
4. La asistencia y participación en educación sanitaria (paciente experto; organizaciones y asociaciones de pacientes).
5. Realizar el seguimiento recomendado para el control de su patología (analíticas periódicas y consultas programadas).



**Para las administraciones e instituciones sanitarias**

1. Promover estrategias poblacionales y comunitarias para fomentar estilos de vida saludables que permitan mejorar el control de los FRCV en paciente con ECVA.
2. Fomentar campañas de concienciación sobre la importancia del control lipídico, con especial atención al c-LDL en pacientes con una ECV.
3. Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales para el abordaje óptimo de la prevención secundaria cardiovascular y asegurar a los pacientes la equidad y el acceso a la atención, independientemente de su zona de residencia. Es importante también homogeneizar los valores de referencia entre laboratorios de análisis clínicos adecuándolos al riesgo cardiovascular del paciente.
4. Integración de la historia clínica entre AP y AH. Definición, consolidación y establecimiento de criterios y vías rápidas de coordinación y comunicación entre ambas, para realizar una adecuada continuidad asistencial.
5. Impulsar el acceso a la innovación terapéutica para mejorar los resultados en salud. Es decir, que se favorezca la adherencia al tratamiento independientemente del punto del circuito asistencial en el que se encuentre el paciente; la mejora de calidad de vida con acceso a las terapias que necesite; y un buen perfil de coste-efectividad.
6. Definir indicadores asociados a resultados en salud y su correspondiente evaluación periódica, que estén consensuados con los profesionales sanitarios.
7. Dotar a los médicos y enfermeras de familia con herramientas para una correcta atención a sus pacientes con ECVA, que busque la homogeneización máxima en su seguimiento. Impulsar el desarrollo e implementación de un sistema de alertas automático para identificar pacientes con muy alto riesgo cardiovascular y ECVA.
8. Acceso adecuado a la solicitud de pruebas diagnósticas y perfiles lipídicos completos. Lo ideal sería la creación de un preconfigurado analítico con el perfil lipídico.
9. Cuadros de mando sencillos e intuitivos que faciliten el seguimiento al paciente.
10. Acceso a las bases de datos de los sistemas informáticos para poder llevar a cabo trabajos de investigación con datos de la práctica clínica (Real World Evidence), que generarían conocimiento aplicable al seguimiento de otros pacientes.





4. Bibliografía

- 1. Organización Mundial de la Salud:** centro de prensa, enfermedades cardiovasculares [internet]. [consultado en 10 feb 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- 2. Cinza-Sanjurjo, S et al.** "Factores asociados al riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular y renal en el estudio IBERICAN (Identificación de la población Española de riesgo Cardiovascular y reNal): resultados definitivos" [Factors associated with cardiovascular risk and cardiovascular and renal disease in the IBERICAN study: Final results]. *Semergen* vol. 46,6 (2020): 368-378. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.027>
- 3. Instituto Nacional de Estadística.** Defunciones por causas (capítulos), sexo y grupos de edad [internet]. [consultado Nov 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=49075&L=0>
- 4. Ministerio de Sanidad.** *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [consultado 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESCAV_Pendiente_de_NIPO.pdf
- 5. Roth, Gregory A et al.** "Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study." *Journal of the American College of Cardiology* vol. 76,25 (2020): 2982-3021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
- 6. Asociación Economía de la Salud.** *XL+1 Jornadas de Economía de la Salud - AES 2022 Zaragoza Mesa de Comunicaciones IX - Evaluación Económica II Miércoles 15 de Junio 2022* [Internet]. Disponible en: https://www.aes.es/Jornadas2022/docs/pdfs/comunicaciones/aes_2022_o32.pdf
- 7. Borén, Jan et al.** "Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease: pathophysiological, genetic, and therapeutic insights: a consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel." *European heart journal* vol. 41,24 (2020): 2313-2330. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz962>
- 8. Mach, François et al.** "2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk." *European heart journal* vol. 41,1 (2020): 111-188. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
- 9. Ference, Brian A et al.** "Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel." *European heart journal* vol. 38,32 (2017): 2459-2472. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx144>
- 10. Domanski, Michael J et al.** "Time Course of LDL Cholesterol Exposure and Cardiovascular Disease Event Risk." *Journal of the American College of Cardiology* vol. 76,13 (2020): 1507-1516. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.07.059>
- 11. Ray, Kausik K et al.** "EU-Wide Cross-Sectional Observational Study of Lipid-Modifying Therapy Use in Secondary and Primary Care: the DA VINCI study." *European journal of preventive cardiology* vol. 28,11 (2021): 1279-1289. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwaa047>
- 12. Campuzano R, et al.** "Preliminary results from REALITY: a nation-wide study of a database with 1.8 million real-life patients to study atherosclerotic cardiovascular disease and familial hypercholesterolemia in Spain." *European Heart Journal*, vol. 43, Issue Supplement_2, October 2022, ehac544.2672, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac544.2672>
- 13. Ministerio de Sanidad.** *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021.* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [consultado 2022]. Disponible en: [INFORME_ANUAL_2020_21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/informe-anual-2020-21.pdf) (sanidad.gob.es)

LLAMADA A LA ACCIÓN EN

Prevención Secundaria Cardiovascular

DESDE ATENCIÓN PRIMARIA



CARIOTIPO

Lobby in Spanish

SINCE 1997

CON LA COLABORACIÓN DE:

 **NOVARTIS**