

Documento de Consenso CEIPC/SEA 2010

CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Dislipemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular

J. Pedro-Botet

Sociedad Española de Arteriosclerosis

Dislipemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular

Autores:

JM^a. Lobos Bejarano (semFYC)
MA. Royo-Bordonada (ENS- ISCIII)
J. Millán (SEA)
M. Camafort (SEMI)
F. Villar (SEA)
C. Guijarro (SEA)
C. Brotons (semFYC)
A. de Santiago (Semergen)
C. de Pablo (SEC)
J. Pedro-Botet (SEA)

Revisores externos:

F. Rodríguez Artalejo
JR. Banegas (UAM, Med. Preventiva/Salud Pública)
JC. del Castillo Rodríguez
JJ. Alemán (Univ. La Laguna, Tenerife)
Resto miembros del CEIPC

CEIPC

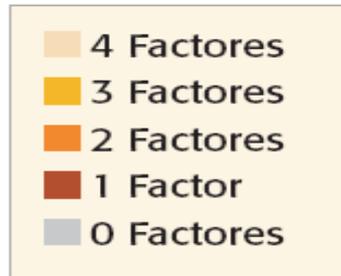


Introducción

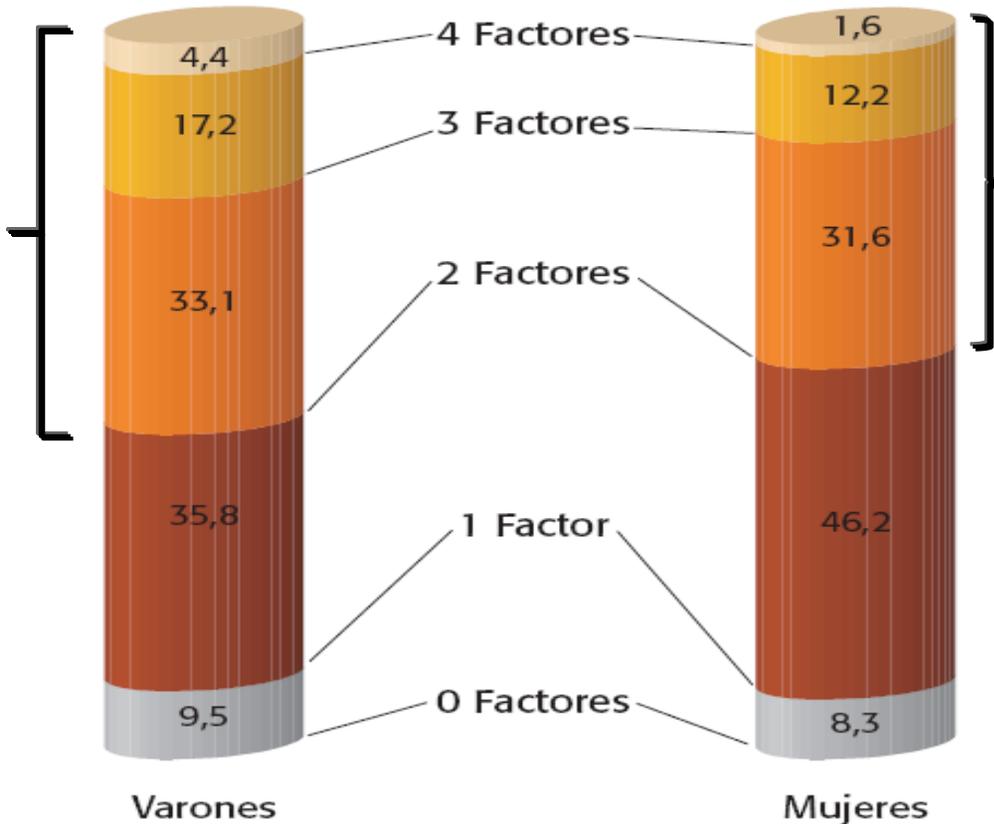
- El abordaje de la dislipemia se realiza en el contexto de la prevención cardiovascular mediante acciones encaminadas a reducir el RCV global.
- En general, los FRCV tienden a agregarse en un mismo individuo, potenciándose entre sí.
- En prevención secundaria, el 30-50% de los casos suele presentar la combinación de varios FRCV levemente alterados.

Agregación de Factores de Riesgo Cardiovascular

Informe SEA 2007



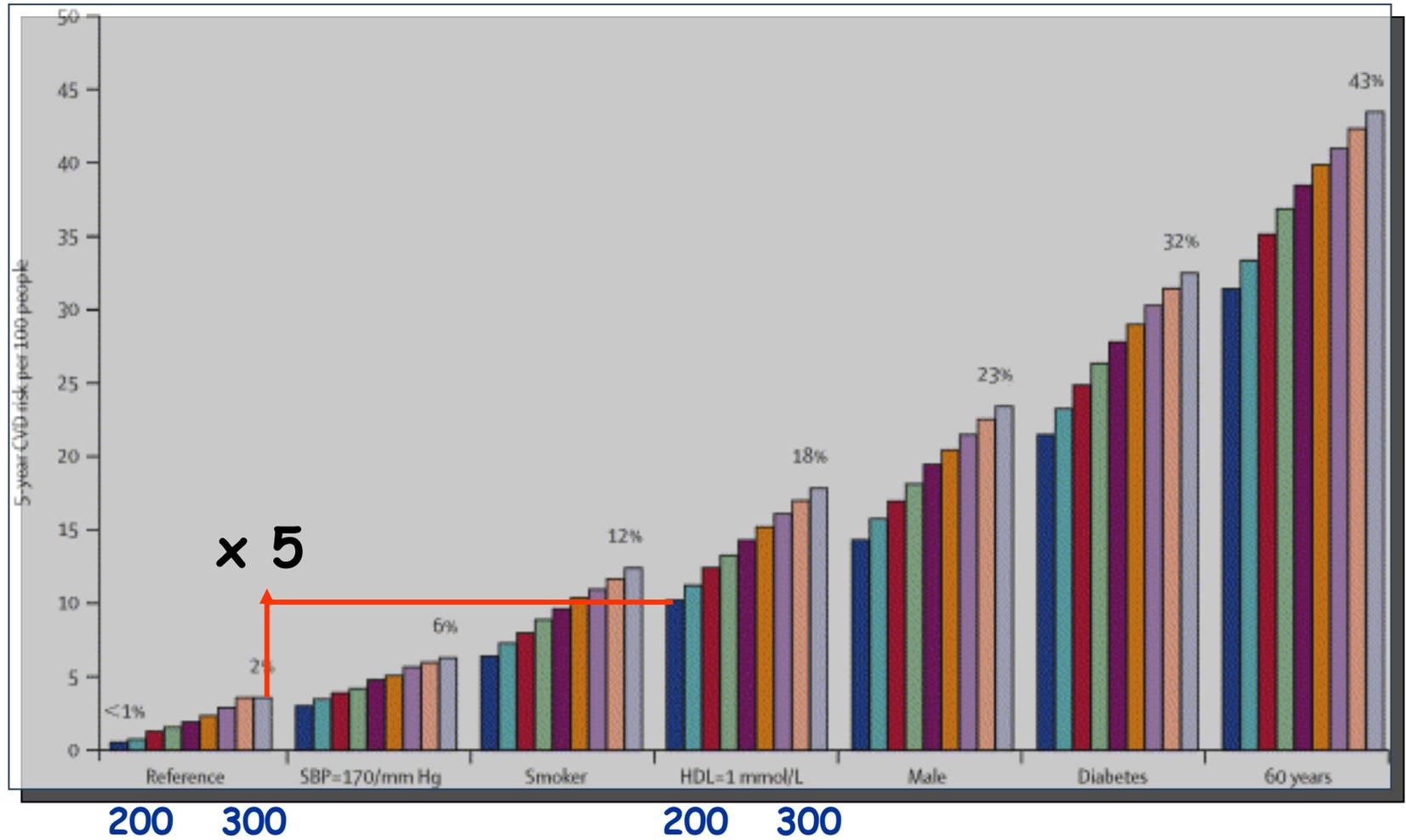
54,7%



45,4%

Síndrome Metabólico
- 25% NCEP-III
- 18% OMS

Riesgo Cardiovascular Global



El objetivo terapéutico

no es tanto, tratar el colesterol ALTO

sino

tratar el colesterol del paciente con riesgo ALTO

Estrategias en Prevención Cardiovascular

- Falta una estrategia definida a nivel nacional en prevención cardiovascular, si bien la mayoría de CCAA disponen de una Estrategia o Programa que orienta las actuaciones.
- Permitiría establecer de forma consensuada las prioridades, los objetivos y principales líneas de actuación, con el fin de facilitar el desarrollo operativo a nivel de los servicios de salud y promover su evaluación a través de indicadores comunes y comparables.

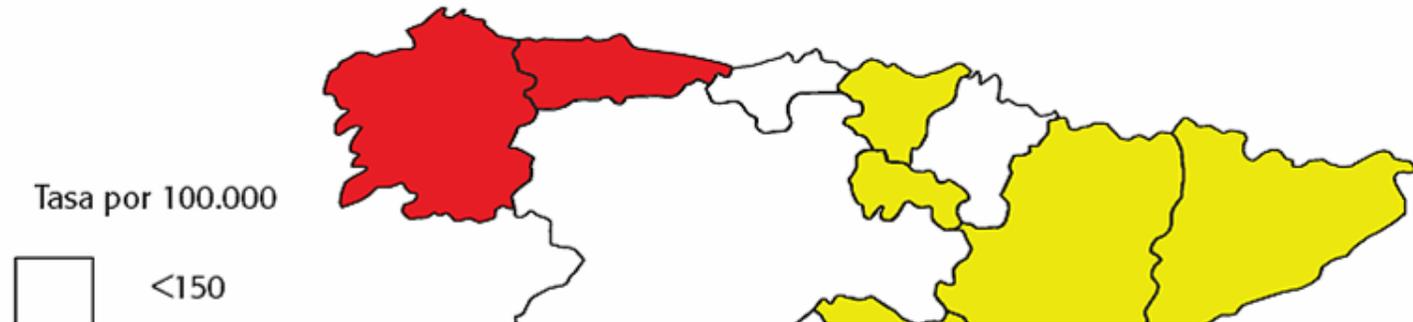
Dislipemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular

Apartados

1. Aspectos epidemiológicos y de control
2. ¿Qué estamos haciendo?
3. Propuestas de actuación, retos y oportunidades de mejora

Morbi/Mortalidad Cardiovascular

Situación actual



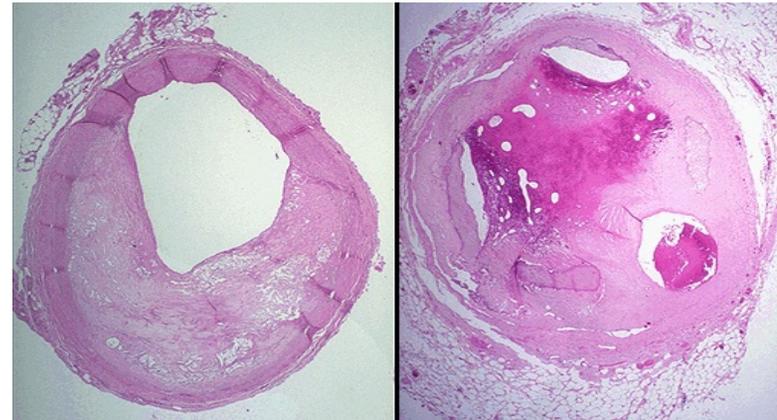
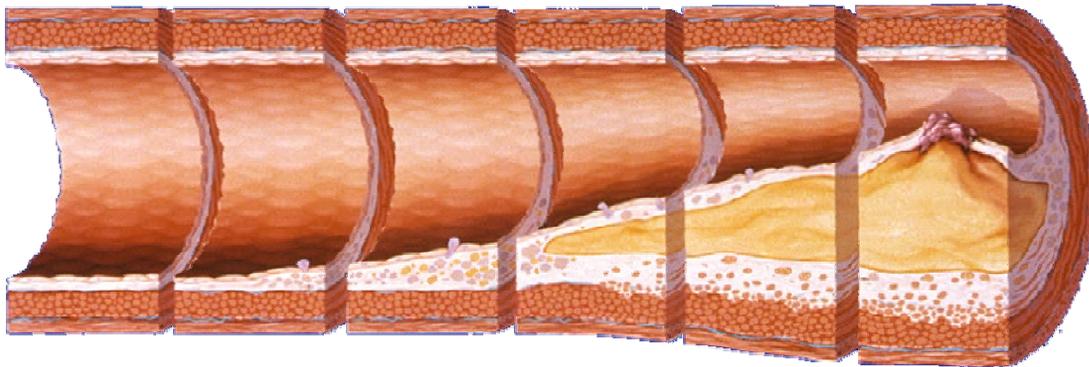
La ECV es la mayor causa de muerte en España, una importante causa de discapacidad y del imparable aumento de los costes sanitarios.



Figura 1.6. Mapa de la tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos en las Comunidades Autónomas. España, 2004.

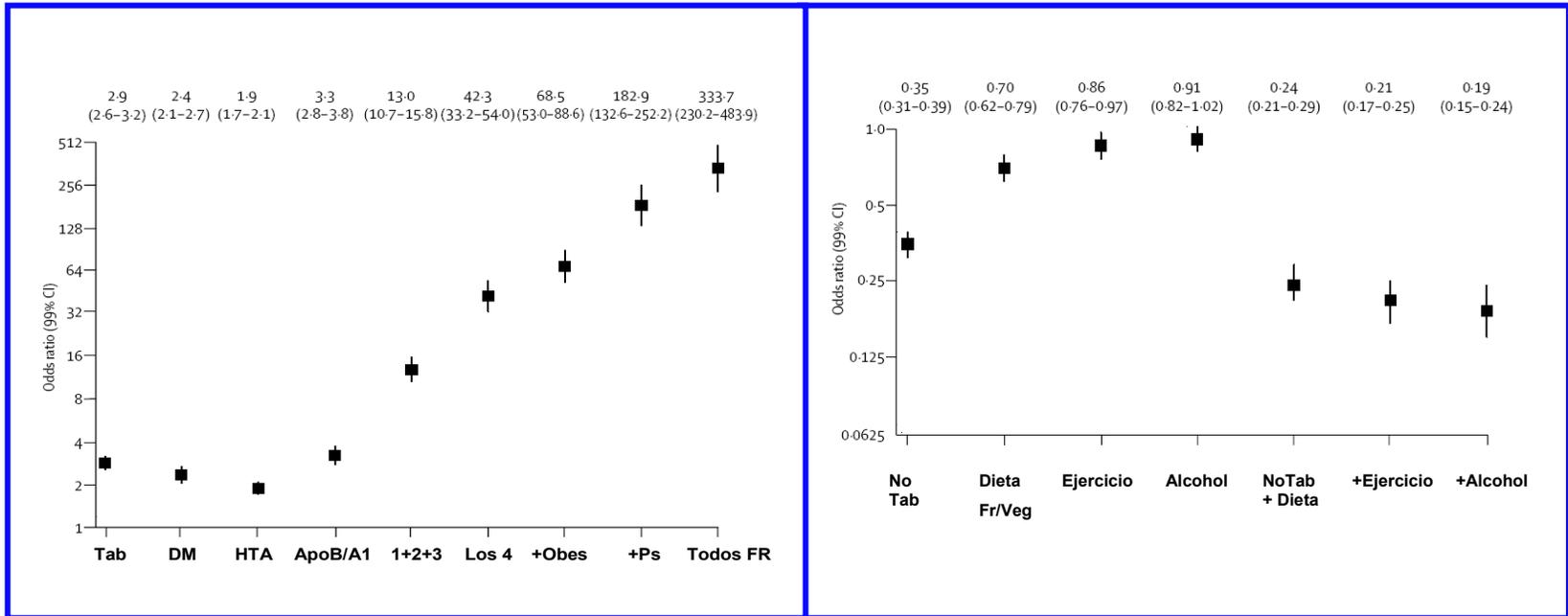
Potencial de Prevención

- La aterosclerosis progresa a lo largo de muchos años y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas clínicos.
- Con frecuencia, la primera manifestación CV es mortal o discapacitante y, por tanto, puede considerarse un fracaso de la prevención.



Estudio INTERHEART

9 FR modificables explican > 90% IM de los 15.152 casos (14.820 controles)



Potenciación de los FRCV

Efecto sinérgico de las intervenciones preventivas

Enfoque multifactorial

Descenso de Muertes por ECC en EEUU (1980-2000)

	Prevención secundaria, ACTP	11%
	Tratamiento SCA	10%
< 50%	Tto de la Insuficiencia Cardiaca	9%
	ACTP-CABG en CI crónica	5%
	Otras terapias	12%
	Reducción colesterol	24%
> 50%	Control HTA	20%
	Reducción tabaco	12%
	Actividad física	5
	Aumento IMC y DM2	-10%

Situación en Europa y en España Sobre el Control de los Factores de Riesgo

EUROASPIRE III

	HTA	CT (%)	cLDL (%)	DM 2	Tabaco	Obesidad
Registro 1 (n=3.180)	58,1	94,5	96,4	17,4	20,3	25,0
Registro 2 (n=2.975)	58,3	76,7	78,1	20,1	21,2	32,6
Registro 3 (n=2.392)	60,9	46,2	47,5	28,0	18,2	38,0

Se confirma continuo aumento en diabetes y obesidad

Prevalencia de los FRCV en España

	Estudio Ibermutuamur ¹	Metaanálisis ² 1995-2005
HTA	22,1%	34%
CT > 250 mg/dl	15,1%	23%
Tabaco	49,3% (51/43)	33% (41/24)
Obesidad	15,5%	20%
DM2	1,2% 6,2% (Glu > 110 mg/dl)	10% (12% V/8% M)

¹Sánchez-Chaparro MA, et al. Rev Esp Cardiol. 2006;59:421-30.

²Medrano MJ, et al. Med Clin (Barc). 2005;124:606-12.

La Hipercolesterolemia en España

Concepto y criterio	Porcentaje
Determinación	80
Prevalencia (CT > 250 mg/dl)	20
Conocimiento	50
Tratamiento en conocidos	73
Tratamiento total	37
Control en tratados	34
Control total	12

Riesgo Coronario Atribuible a los Distintos FRCV

Estudio ZACARIS

TABLA 1. Prevalencia, riesgo relativo de enfermedad coronaria y riesgo coronario atribuible a los factores de riesgo cardiovascular en población española, ambos sexos

Factor de riesgo ^a	Prevalencia ^b (%)		Riesgo relativo ^c (IC del 95%)		Fracción atribuible ^d (%) (IC del 95%)	
	Población general	Enfermos coronarios	Bruto	Ajustado	Bruta	Ajustada
Tabaquismo	32,7	44	1,71 (1,2-2,44)	2,6 (1,75-3,85)	18,9 (6,2-32)	27,1 (18,9-32,6)
Hipercolesterolemia	24,8	40,2	1,53 (1,11-2,1)	1,97 (1,42-2,73)	11,6 (2,7-21,4)	19,8 (11,9-25,5)
Hipertensión	34,1	46	1,45 (1,06-1,99)	1,24 (0,88-1,73)	13,3 (1,9-25,2)	8,9 (-6,3-19,4)
Diabetes	9,9	29,4	1,96 (1,32-2,91)	1,52 (1-2,33)	8,7 (3,1-15,9)	10,1 (0-16,8)
Sobrepeso	57,8	77,3	2,71 (1,59-4,61)	2,21 (1,28-3,83)	49,7 (25,5-67,6)	42,3 (16,9-57,1)

En España, la hipercolesterolemia (CT \geq 240 mg/dl) provoca una elevada carga de CI en ambos sexos: el 19% de los episodios coronarios en varones y el 20% en mujeres.

Alteraciones Lipídicas (% Pacientes) según la ESC

	Todos	Alto riesgo ^a	ECV	Diabetes y/o ECV	Score \geq 5%
	n=3617	n=2574	n=1321	n=846	n=407
cLDL NO objetivos ^b [%]	63,1	60,7	51,3	64,7	83,2
cHDL bajo (< 40 mg/dL varón, < 50 mujer) [%]	23,2	25,7	30,9	23,6	13,8
TG elevados (> 150 mg/dL) [%]	36,8	38,1	36,1	42,1	36,3

a. Alto riesgo = ECV, diabetes, y/o ESC-risk SCORE \geq 5%

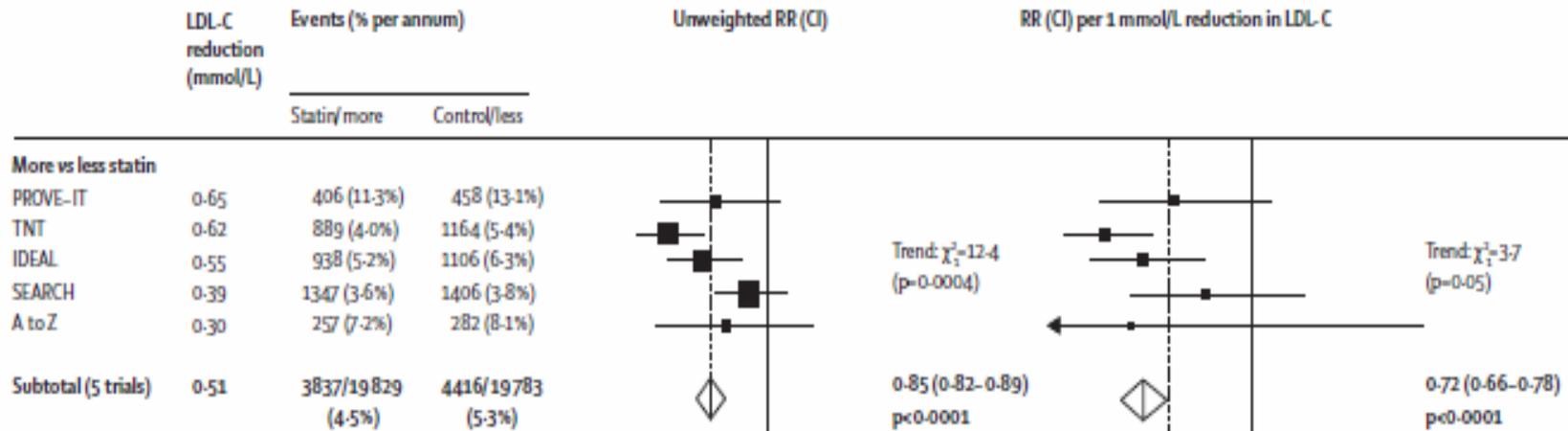
b. cLDL \geq 115 mg/dL (SCORE < 5%) and \geq 100 mg/dL en grupo riesgo alto

Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials



Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration*

Interpretation Further reductions in LDL cholesterol safely produce definite further reductions in the incidence of heart attack, of revascularisation, and of ischaemic stroke, with each 1.0 mmol/L reduction reducing the annual rate of these major vascular events by just over a fifth. There was no evidence of any threshold within the cholesterol range studied, suggesting that reduction of LDL cholesterol by 2–3 mmol/L would reduce risk by about 40–50%.



↓ 1 mmol/L cLDL → 20% reducción de episodios/año
 ↓ 2–3 mmol/L → 40–50% reducción

Dislipemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular

Apartados

1. Aspectos epidemiológicos y de control
2. ¿Qué estamos haciendo?
3. Propuestas de actuación, retos y oportunidades de mejora

Actuaciones en Prevención Cardiovascular de la Administración Sanitaria (MSC)

- Control de la Colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular
- Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007
- Estrategia de Cardiopatía Isquémica del SNS
- Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo
- Estrategia NAOS para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.
- Estrategia de Ictus del SNS
- Estrategia de Diabetes del SNS

Iniciativas y Acciones de SSCC

- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)
- Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España - Prevención Cardiovascular
- Plan de Atención Sanitaria del Ictus (SEN)
- Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)
- Múltiples iniciativas a nivel de SSCC de forma individual

Guías Clínicas, Difusión e Implementación

Artículo especial

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008*

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

José M. Lobos^a, Miguel Ángel Royo-Bordonada^b, Carlos Brotons^c, Luis Álvarez-Sala^d, Pedro Armario^e, Antonio Maiques^e, Dídac Mauricio^f, Susana Sans^g, Fernando Villar^d, Ángel Lizcano^b, Antonio Gil-Núñezⁱ, Fernando de Álvaro^j, Pedro Conthe^k, Emilio Luengo^{l,m}, Alfonso del Río^m, Olga Cortésⁿ, Ana de Santiago^o, Miguel A. Vargas^p, Mercedes Martínez^q y Vicenta Lizarbe^r

^aCoordinador científico CEIPC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. España.

^bCoordinador técnico CEIPC. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto Nacional de Salud Carlos III. España.

^cSociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). España.

^dSociedad Española de Arteriosclerosis. España.

^eSociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA. España.

^fSociedad Española de Diabetes. España.

^gSociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. España.

^hFederación Española de Enfermería de Atención Primaria. España.

ⁱSociedad Española de Neurología. España.

^jSociedad Española de Nefrología. España.

^kSociedad Española de Medicina Interna. España.

^lCoordinador Nacional de Prevención Sociedad Europea de Cardiología-European Society of Cardiology. España.

^mSociedad Española de Cardiología. España.

ⁿAsociación Española de Pediatría de Atención Primaria. España.

^oSociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Semergen. España.

^pSociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo. España.

^qSociedad Española de Epidemiología. España.

^rDirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.

Métodos para Medir el RCV

Métodos basados en la ecuación de Framingham

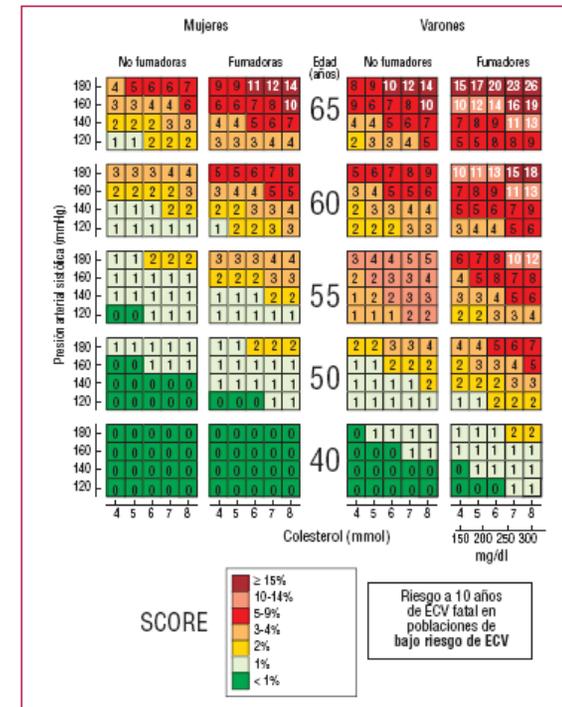
- Framingham (Estados Unidos), (Anderson, 1991)
- Framingham (Estados Unidos), (Wilson, 1998)
- REGICOR (Cataluña, España), (Marrugat, 2003)
- DORICA (España), (Aranceta, 2004)
- CDC (Canarias, España) (Cabrera de León, 2006)
- Framingham (Estados Unidos), (D'Agostino, 2008)
- RICORNA (Navarra, España), (González-Diego, 2009)

Métodos basados en el modelo SCORE

- SCORE (Europa), (Conroy, 2003)
- SCORE (España), (Sans, 2007)

Otros métodos

- REYNOLDS (Estados Unidos), (Ridker, 2007; Ridker, 2009)
- QRISK-2 (Reino Unido), (Hippisley-Cox, 2008; Collins, 2010)



Atención a: Uso apropiado (a quién, cómo y cuándo)
 Limitaciones !!! (sensibilidad/especificidad)
 Aplicar los modificadores del riesgo... y el juicio clínico.

Barreras y Facilitadores para la Aplicación de las Recomendaciones

Niveles	Barreras	Facilitadores
1. Profesionales de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de acuerdo con las recomendaciones (experiencia personal o desacuerdo frente a evidencias científicas) - Falta de formación o de habilidades para la aplicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales bien formados e innovadores, con disposición al cambio - Colaboración con otros centros (redes de aprendizaje) - Programas de formación apropiados y dirigidos a producir cambios
2. Organización, estructura, aspectos económicos	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para los cambios por los poderes establecidos - Falta de tiempo y sobrecarga de los profesionales - Falta de estandarización de los procesos - Falta de trabajo en equipo, excesiva rotación de profesionales - Dotación insuficiente o inapropiada, recursos escasos 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos claros y adaptados localmente - Procesos, procedimientos, servicios y resultados medibles (indicadores) - Sistemas de información apropiados - Líderes y equipos de trabajo que prioricen la efectividad y la eficiencia - Comunicación y retroalimentación con los profesionales en el ámbito local. Establecimiento de consensos
3. Guías de práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Guías demasiado complejas o rígidas, o cuya implementación es demasiado costosa - Guías poco prácticas o poco factibles para los clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías prácticas, sencillas, fácilmente comprensibles y con posibilidades reales de aplicación - Ampliamente consensuadas - Apoyo de las organizaciones centrales y locales
4. Contexto/pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de adherencia - Expectativas falsas respecto a determinadas intervenciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización de los profesionales y de los pacientes sobre el problema - Determinación de estrategias de optimización o mejora del cumplimiento

Dislipemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular

Apartados

1. Aspectos epidemiológicos y de control
2. ¿Qué estamos haciendo?
3. Propuestas de actuación, retos y oportunidades de mejora

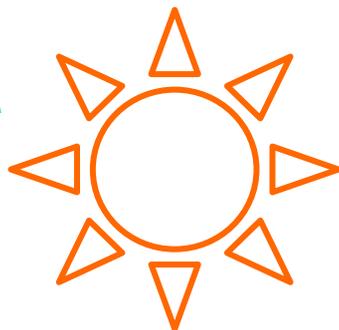
A las Administraciones Sanitarias

- La prevención cardiovascular exige una respuesta global en la que se han de implicar de forma activa
- Es imprescindible que se incluya en la agenda política de los gobiernos y se aborde de una forma homogénea, en consonancia con los recursos disponibles

“Fomentar desde los servicios de salud un enfoque integral del RCV incluyendo a los diferentes niveles asistenciales en equipos o programas multidisciplinarios que garanticen la continuidad de la atención”



Hospital



Centro de Salud



Comunidad

Indicadores

¿En qué debemos mejorar?

- ¿Se ha determinado un *perfil lipídico* al paciente?
- ¿Se ha realizado una *valoración del RCV* global?
- ¿Se han realizado *intervenciones educativas* para la modificación del estilo de vida?
- Si está indicado *tratamiento farmacológico*, ¿se ha iniciado y mantenido dicho tratamiento?
- ¿Se ha optimizado la *adherencia*?
- ¿Se han valorado posibles *efectos adversos*?
- ¿Se han alcanzado (y mantenido) los *objetivos terapéuticos*?

Abordaje Integral del RCV

- Poner énfasis en la modificación del estilo de vida: abandono del tabaquismo, alimentación saludable y promoción de la actividad física en todas las edades, mediante acciones que abarquen los ámbitos poblacional, comunitario, clínico (medicina preventiva) e individual.



- Los profesionales de AP deben tener una responsabilidad inequívoca por su posición, proximidad y accesibilidad.

Puntos Clave en la Comunicación para Abordar los Cambios en los Hábitos de Vida de Forma Eficiente

- ✓ Dedicar **suficiente tiempo** al paciente, hablándole de forma comprensible y con empatía
- ✓ **Escuchar atentamente** e identificar fortalezas y debilidades
- ✓ Asegurar que el paciente **entiende la relación** entre estilo de vida y el riesgo de padecer o empeorar la enfermedad
- ✓ Aceptar la **visión personal** del paciente sobre su enfermedad y facilitar la expresión de sus preocupaciones y ansiedades.
- ✓ Reconocer que cambiar estilo de vida a largo plazo puede ser difícil y que los cambios graduales (**avanzar a pequeños pasos**) son más efectivos y producen un refuerzo positivo
- ✓ **Involucrar al paciente** en la identificación y selección de los factores de riesgo que deben modificarse, y proponer un compromiso.

Papel de las Sociedades Científicas

- **Investigación**
- **Formación**
- **Práctica clínica: elementos clave**

- 1.- Facilitar la relación e integración entre la AP y la especializada
- 2.- La existencia de unidades clínicas de referencia en RCV de base multidisciplinar, tanto en AP como especializada
- 3.- La conducción de planes específicos de detección y control de las dislipemias y alto RCV desde las unidades clínicas de referencia, con especial interés a aquellos dirigidos a las dislipemias genéticas
- 4.- El uso eficiente de los fármacos frente a las dislipemias, garantizando la seguridad y calidad de la prescripción

Conclusiones y Propuestas

Propuestas para un Programa de Prevención Cardiovascular de Ámbito Nacional

1. La promoción de la salud cardiovascular debe incluir desde el inicio acciones dirigidas a la población con el fin de sensibilizar y proporcionar información objetiva a través de los profesionales y *medios de comunicación*.
2. Reconocer el *estilo de vida* como la piedra angular en la prevención cardiovascular.
3. La promoción de hábitos saludables y su adquisición debe iniciarse en la infancia e implica no sólo al ámbito sanitario, sino al *educativo, familiar y comunitario*.

Propuestas para un Programa de Prevención Cardiovascular de Ámbito Nacional

4. Facilitar la realización individual y comunitaria de *actividad física* regular, adaptada a las posibilidades y en espacios apropiados.
5. La prevención y el abordaje del *hábito tabáquico* debe ser una prioridad para la administración central/autonómica y las actuaciones deben ser homogéneas.
6. La prevención, detección y tratamiento de la dislipemia, HTA y otros FRCV (sobrepeso, obesidad, sedentarismo) debe abordarse en el conjunto del RCV con *criterios de eficiencia*.

Propuestas para un Programa de Prevención Cardiovascular de Ámbito Nacional

7. La *DM2* (y la *obesidad*) está adquiriendo un comportamiento epidémico. Puede considerarse el paradigma de la importancia de la prevención y del control integral del RCV.
8. La detección precoz y el tratamiento intensivo de la dislipemia es particularmente importante en los pacientes de *alto riesgo*, incluyendo las *dislipemias genéticas*.
9. Realizar un cribado de los familiares de 1º en las *dislipemias genéticas* aplicando modelos de atención que faciliten el acceso a los tratamientos.
10. Es necesaria la promoción de la *investigación* básica y clínica con la participación interdisciplinaria de las instituciones, profesionales y sociedades científicas.