

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

OVIEDO
17-20 Noviembre 2010

Auditorio-Palacio de Congresos
"Príncipe Felipe"

II Congreso Ibérico de Medicina Interna

**VII Congreso de la Sociedad
Asturiana de Medicina Interna**

***Documento de consenso
CEIPC/SEA 2010
Dislipemias: un reto pendiente
en prevención cardiovascular***

JM Lobos Bejarano. Coordinador CEIPC

CEIPC/SEA 2010

Dislipemias: un reto pendiente en prevención cardiovascular

AUTORES:

*José M. Lobos Bejarano (semFYC)
Miguel A. Royo-Bordonada (ENS- ISCIII)
Jesús Millán Núñez-Cortés (SEA)
Miguel Camafort Bawloski (SEMI)
Fernando Villar Alvarez (SEA)
Carlos Guijarro Herráiz (SEA)
Carlos Brotons Cuixart (semFYC)
Ana de Santiago Nocito (Semergen)
Carmen de Pablo Zarzosa (SEC)
Juan Pedro-Botet (SEA)*

Revisores externos:

- *Fernando Rodríguez Artalejo*
- *José Ramón Banegas*
(Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Medicina Preventiva y Salud Pública)
- *José Carlos del Castillo Rodriguez*
- José Juan Alemán (Univ. La Laguna, Tenerife)*
- *Resto de miembros del CEIPC*

Documento elaborado conjuntamente por el CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular) y la Sociedad Española de Arteriosclerosis.

Con el apoyo de una beca educativa no condicionada de Astra Zeneca España

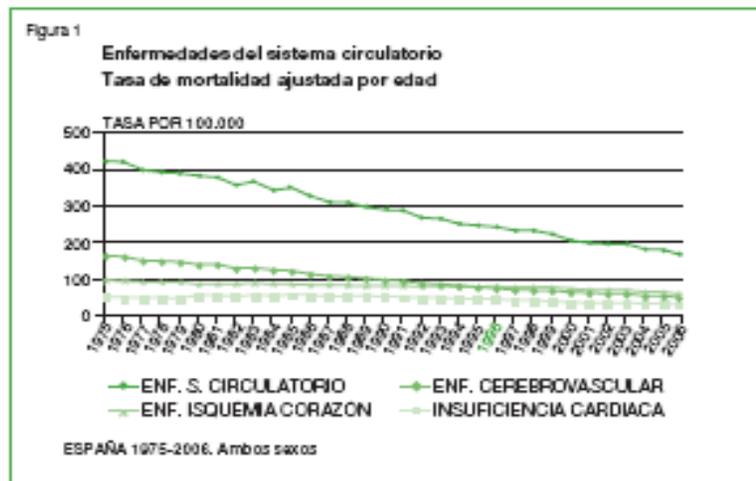
- El abordaje de las dislipemias se realiza en un contexto clínico más amplio, el de la prevención cardiovascular, mediante acciones encaminadas a reducir el riesgo cardiovascular (RCV) global.
- En general, los factores de riesgo vascular tienden a presentarse de forma agregada en un mismo individuo, potenciándose entre sí.
- Entre el 30 y el 50% de las personas con un episodio cardiovascular no suelen presentar un único FR muy marcado, sino la combinación de varios levemente alterados, e incluso en ocasiones de difícil identificación.
- El objetivo de control debe dirigirse principalmente a los FR clásicos, donde existe aún un amplio potencial de mejora.

Dislipemias, un reto pendiente en la prevención cardiovascular

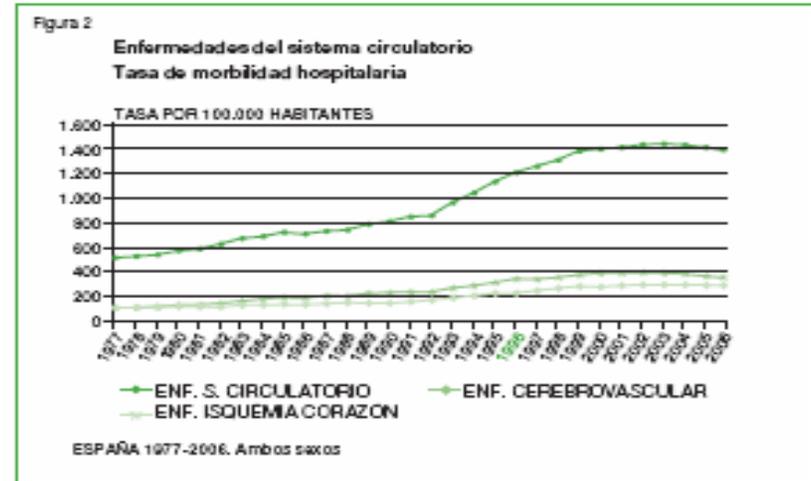
1. Aspectos epidemiológicos y de control, valoración global del RCV.
2. ¿Qué estamos haciendo?
3. Propuestas de actuación, retos y oportunidades de mejora

Situación actual: mortalidad y morbilidad cardiovascular

- La enfermedad cardiovascular (ECV) es la mayor causa de muerte en España y en el mundo occidental, e importante causa de discapacidad y del imparable aumento de los costes sanitarios.



Evolución de la mortalidad por ECV (Fuente: Actualización del Informe SEA 2007).



Evolución de la morbilidad por ECV (Fuente: Actualización del Informe SEA 2007).

Tendencia en mortalidad por CHD, Europa 1972-2005

Figure 1.4c Death rates from CHD, men aged under 65, 1972 to 2005, selected countries

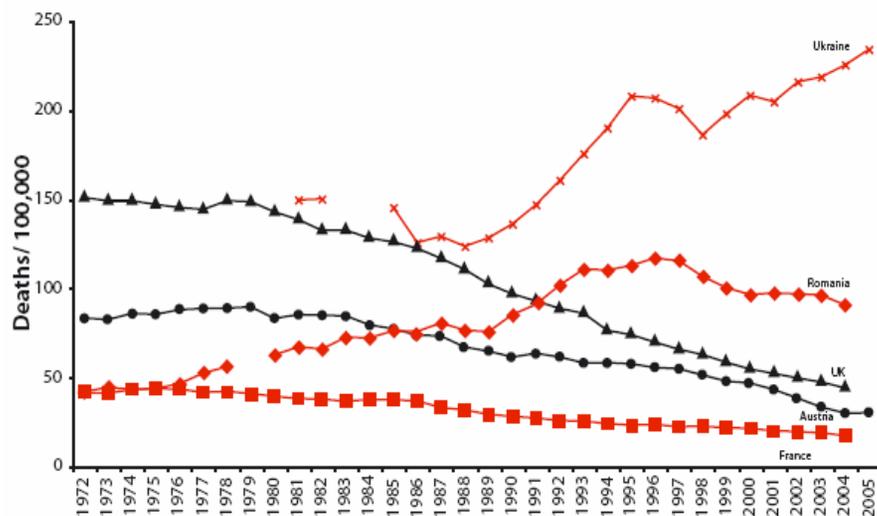
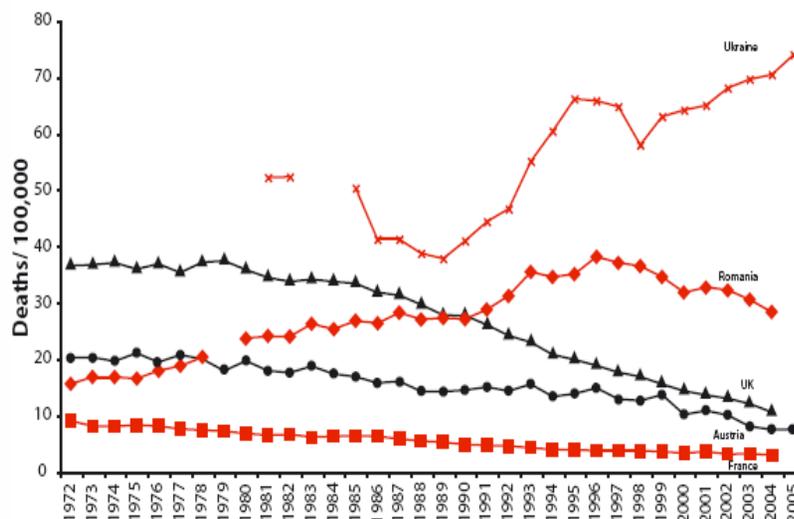


Figure 1.4d Death rates from CHD, women aged under 65, 1972 to 2005, selected countries



1 Mortalidad y morbilidad por enfermedades del sistema circulatorio

1.1. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO. PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN ESPAÑA

Informe SEA 2007

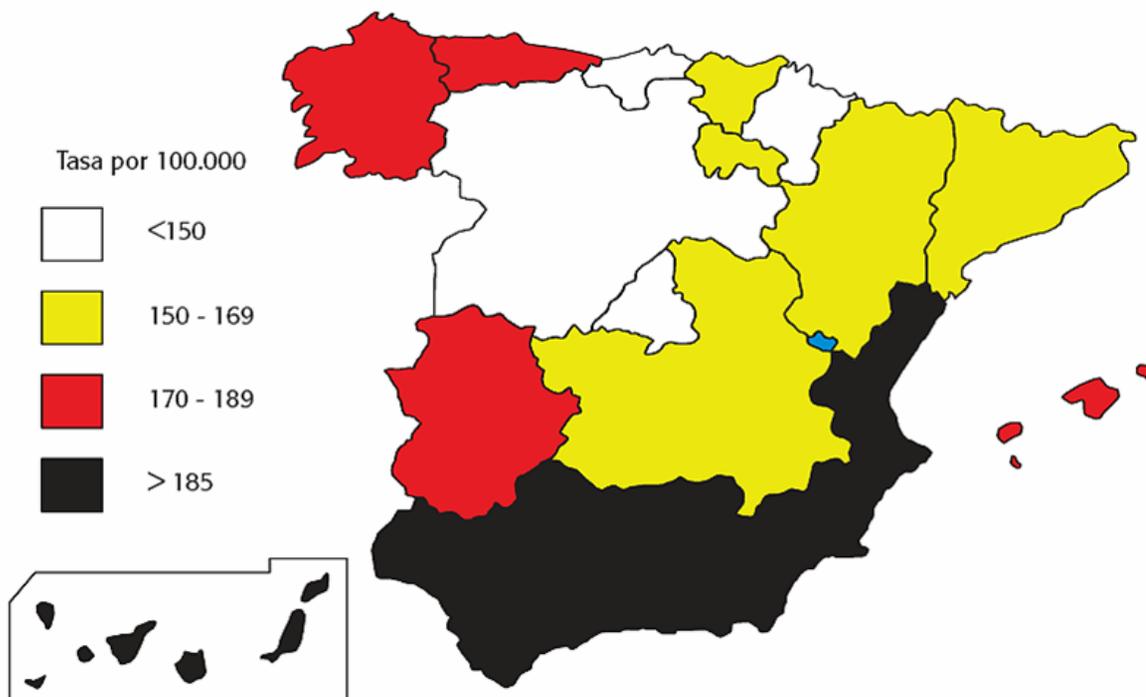
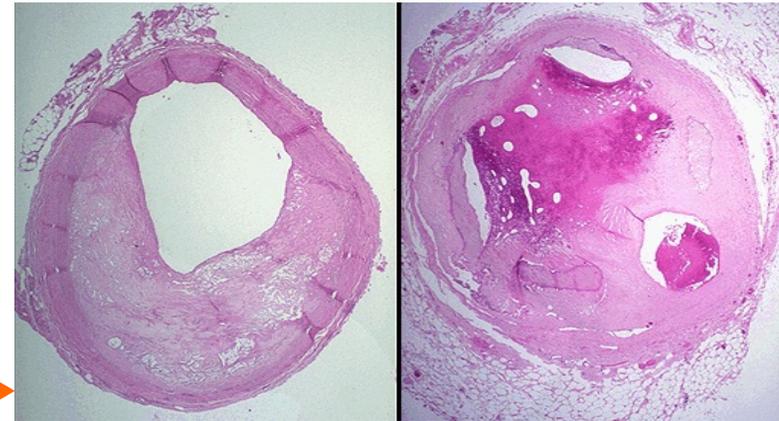
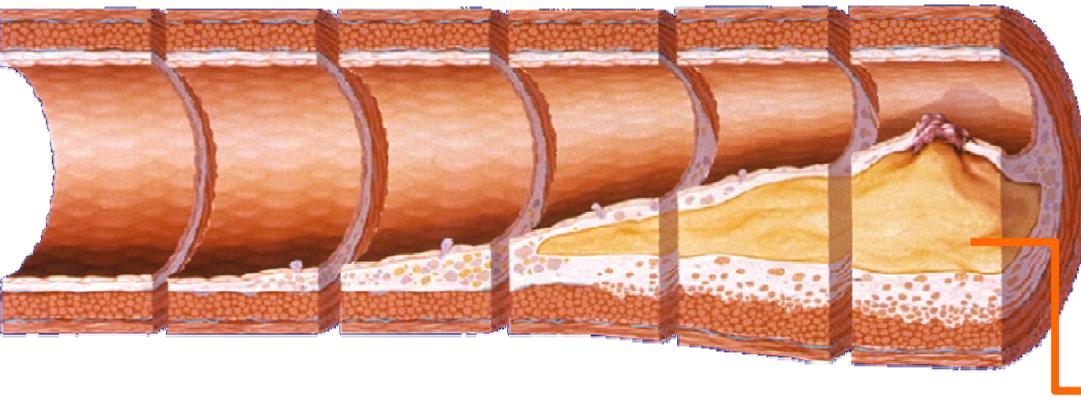


Figura 1.6. Mapa de la tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos en las Comunidades Autónomas. España, 2004.

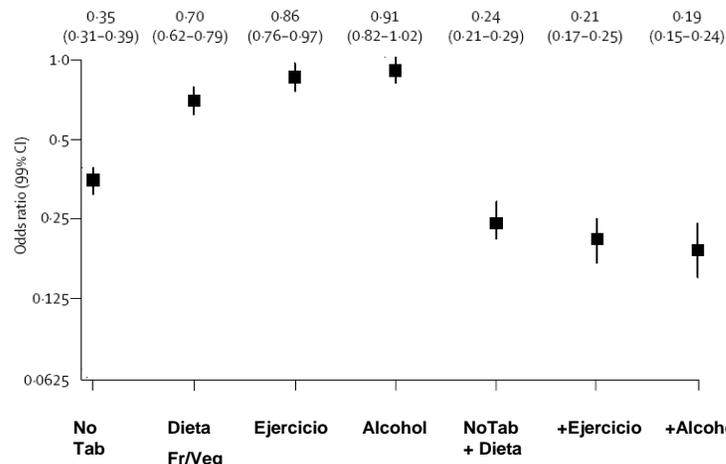
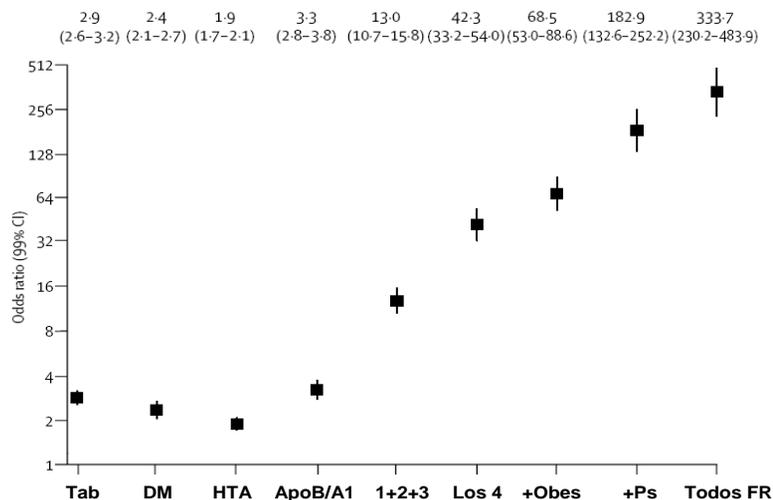
Potencial de prevención

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



Estudio INTERHEART

Los 9 FR modificables explicaron > 90 % IAM de los 15152 casos (14820 controles)



Potenciación de los distintos FRCV

Efecto sinérgico de las intervenciones preventivas

Enfoque multifactorial

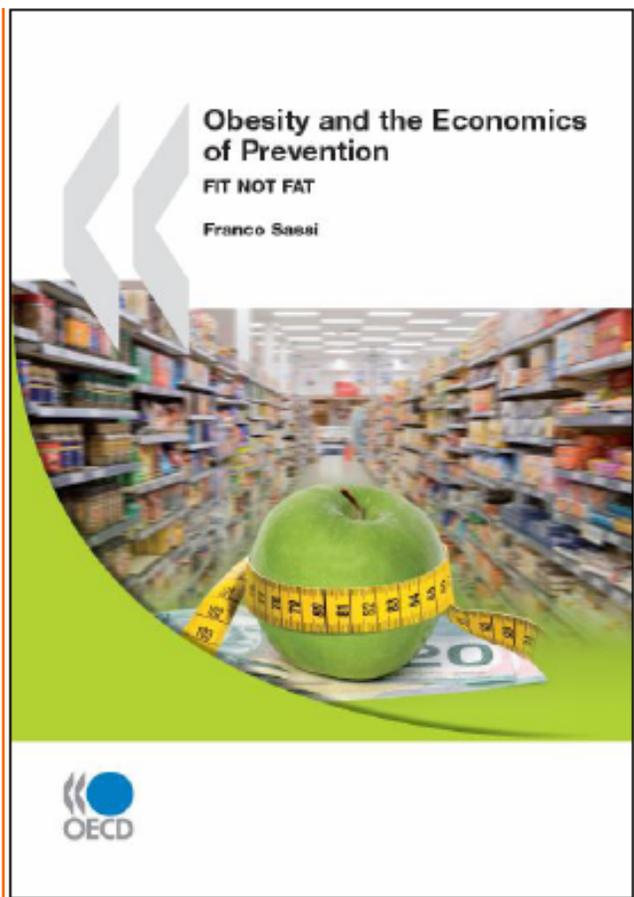
SPECIAL ARTICLE

Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000

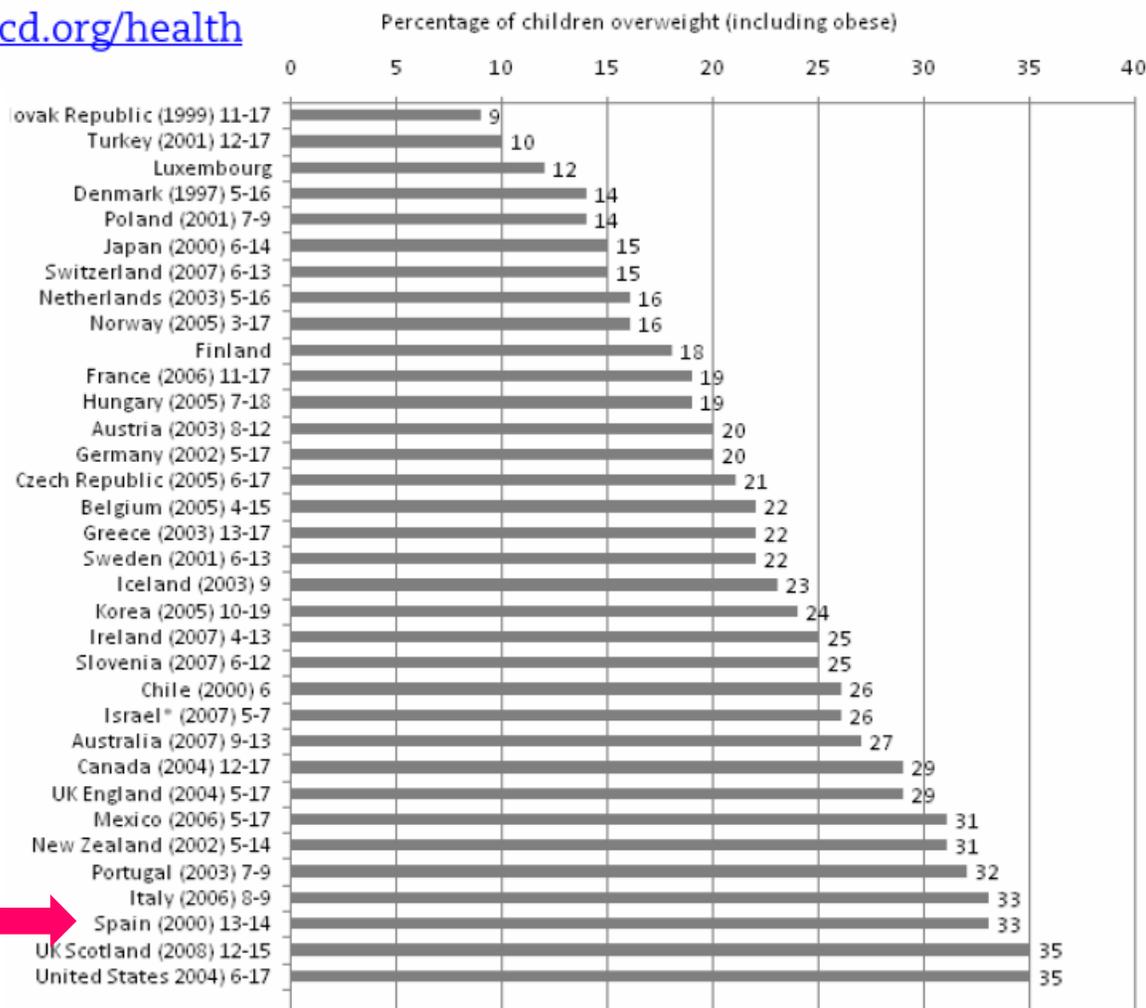
	Prevención secundaria, ACTP	11
	Tratamiento de los SCA	10
< 50%	Tto. de la Insuficiencia cardiaca	9
	ACTP-CABG en CI crónica	5
	Otras terapias	12
	Reducción colesterol	24
	Control hipertensión arterial	20
> 50%	Reducción tabaco	12
	Actividad física	5
	Aumento IMC y Diabetes	-10

Portal del libro: www.oecd.org/health/fitnotfat

División de Salud de la OCDE: www.oecd.org/health



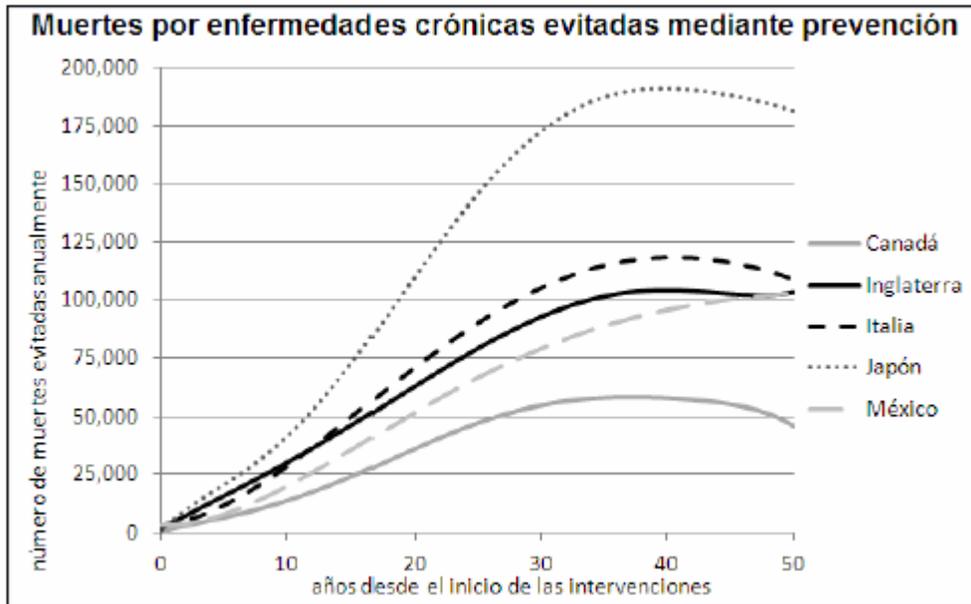
Child overweight in OECD and non-OECD countries



FIT not FAT: Sept. 2010

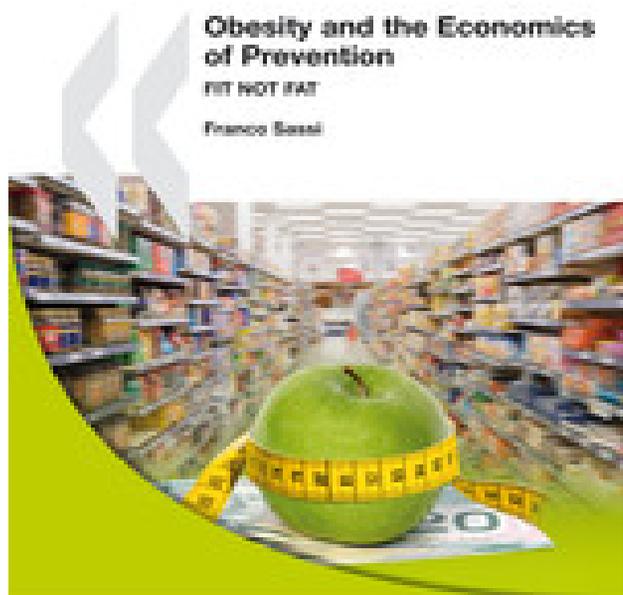
La obesidad como paradigma

- Acciones gubernamentales
- Campañas de sensibilización
- Reglamentación y medidas fiscales
- Consejos sobre estilos de vida por parte de los médicos



Retardaría o prevendría el comienzo de enfermedades crónicas, reduciendo la invalidez y mejorando la calidad de vida. La intervención más efectiva en este paquete corresponde a los consejos individuales de los médicos de familia, aunque la reglamentación gubernamental, impuestos y subsidios pueden generar mejoras de salud a costes mucho menores.

OBESIDAD Y LA ECONOMÍA DE LA PREVENCIÓN - OCDE



El consejo médico individual es la intervención preventiva más efectiva

<http://www.oecd.org/health/fitnotfat>

Situación en Europa y en España sobre el control de los factores de riesgo

Objetivos de control en el EUROASPIRE I, II y III

Objetivo de control	EUROASPIRE I 1995-1996	EUROASPIRE II 2000-2001	EUROASPIRE III 2005-2006	p
Presión arterial 140/90 y 130/80 mmHg en la diabetes	41	41,2	38,7	NS
Colesterol total < 200 mg/dl	19,5	48,8	75,3	< 0,001
Colesterol LDL < 100 mg/dl	5	22	52,5	< 0,001
Diabetes glucemia < 110 mg/dl	17,4	20,1	28,0	0,04

Lancet 2009;373:929-40.

Prevalencia de los FRCV en EUROASPIRE I, II y III

(En porcentaje)	EUROASPIRE I 1995-1996	EUROASPIRE II 2000-2001	EUROASPIRE III 2005-2006	p
Tabaco	20,3	21,2	18,2	NS
Obesidad IMC ≥ 30	25	32,6	38	< 0,0006
↑ Presión arterial 140/90 mmHg	54,6	54	52,2	NS
↑ Presión arterial ² 140/90 y 130/80 mmHg en la diabetes	58,1	58,3	60,9	NS
↑ Colesterol total ≥ 200 mg/dl	87	59,6	28,5	0,0001
↑ Colesterol LDL ≥ 100 mg/dl	96,4	78,1	47,5	0,0001
Diabetes	17,4	20,1	28	0,004

Kotseva et al. Lancet 2009;373:929-40.

Utilización de fármacos cardiovasculares

(En porcentaje)	EUROASPIRE I 1995-1996	EUROASPIRE II 2000-2001	EUROASPIRE III 2005-2006	p
Antiagregante	80,8	83,6	93,2	< 0,0001
Betabloqueante	56	69	85,5	< 0,0001
IECA	31	49,2	74,6	< 0,0001
Hipolipemiente	32,2	69,7	88,8	< 0,0001
Estatina	18,1	57,7	87,0	< 0,0001
ACa ⁺⁺	35	23,2	25,2	0,004
DIU	15,3	18,8	31,1	0,006
ACO	6,9	7,6	5,7	NS

Lancet 2009;373:929-40.

Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en España ¹⁸

	Estudio Ibermutuamur ¹	Metaanálisis ² 1995-2005
HTA	22,1%	34%
Colesterol > 250 mg/dl	15,1%	23%
Tabaco	49,3% (51/43)	33% (41/24)
Obesidad	15,5%	20%
Diabetes mellitus	1,2% (G > 110 mg/dl)	10% (12 v/8 m)

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

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

Control de los factores de riesgo cardiovascular en España

Factor de riesgo	Buen control	
	Atención Primaria	Unidades especializadas
HTA (PA < 140/90 mmHg)	33%	47%
Dislipemia (Criterios ATP III)	33%	40%
Diabetes (GB < 126 mg/dl)	27%	29%
Alto riesgo (PA < 130/85 mmHg)	17%	21%

F Villar. Informe SEA 2007. Hechos y cifras

Situación de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial en España

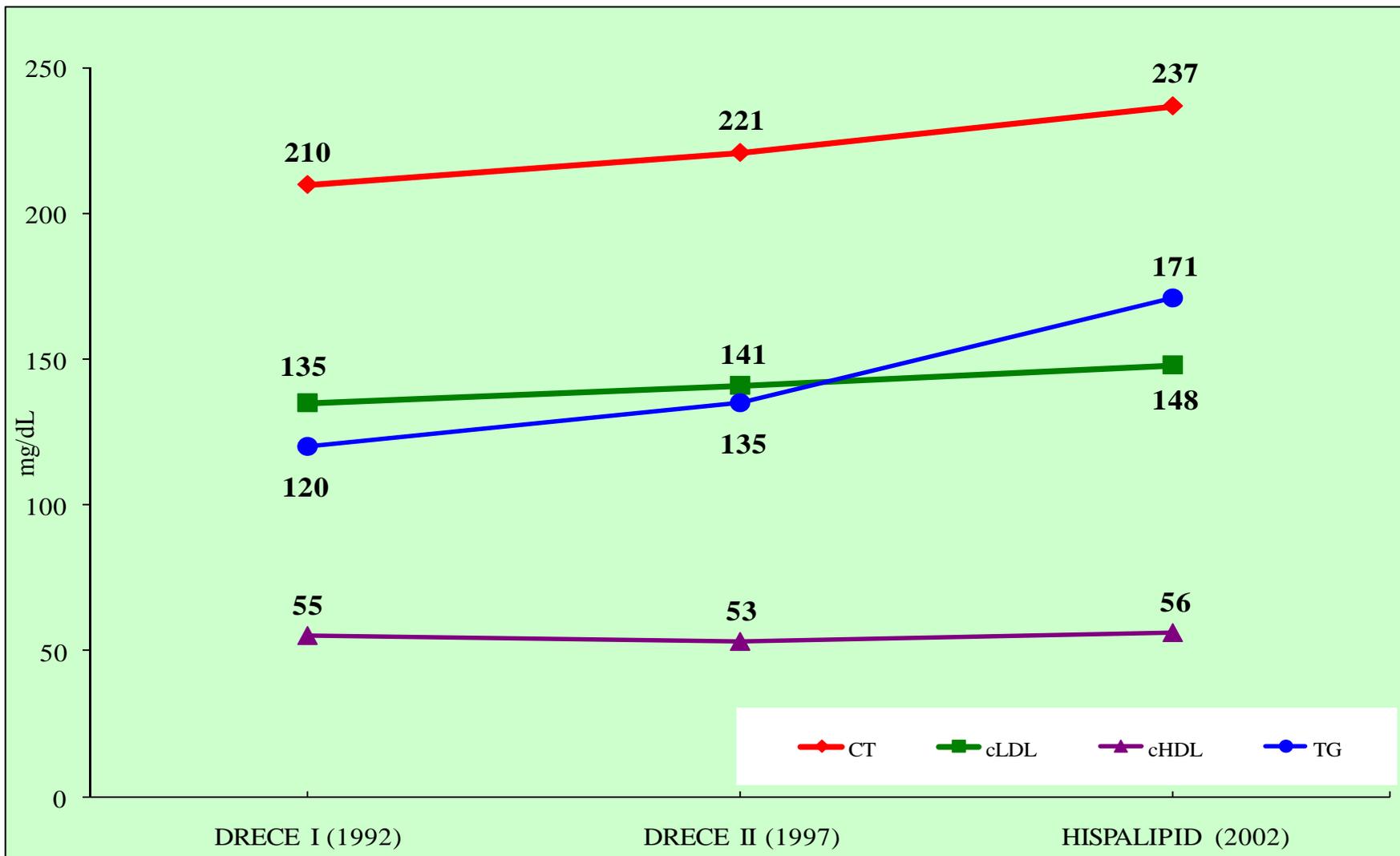
Concepto y criterio	Hipercolesterolemia (%)	Hipertensión arterial (%)
Prevalencia	20*	35**
Conocimiento	50	65
Tratamiento en conocidos	73	85
Tratamiento (total)	37	55
Control en tratados	34	25
Control (total)	12	15

Colesterol Total > 250 mg/dl

*** : Presión arterial sistólica / Presión arterial diastólica \geq 140/90 mm Hg*

El tratamiento se refiere a la terapéutica farmacológica

Evolución del perfil lipídico en adultos (35-65 a.) en España



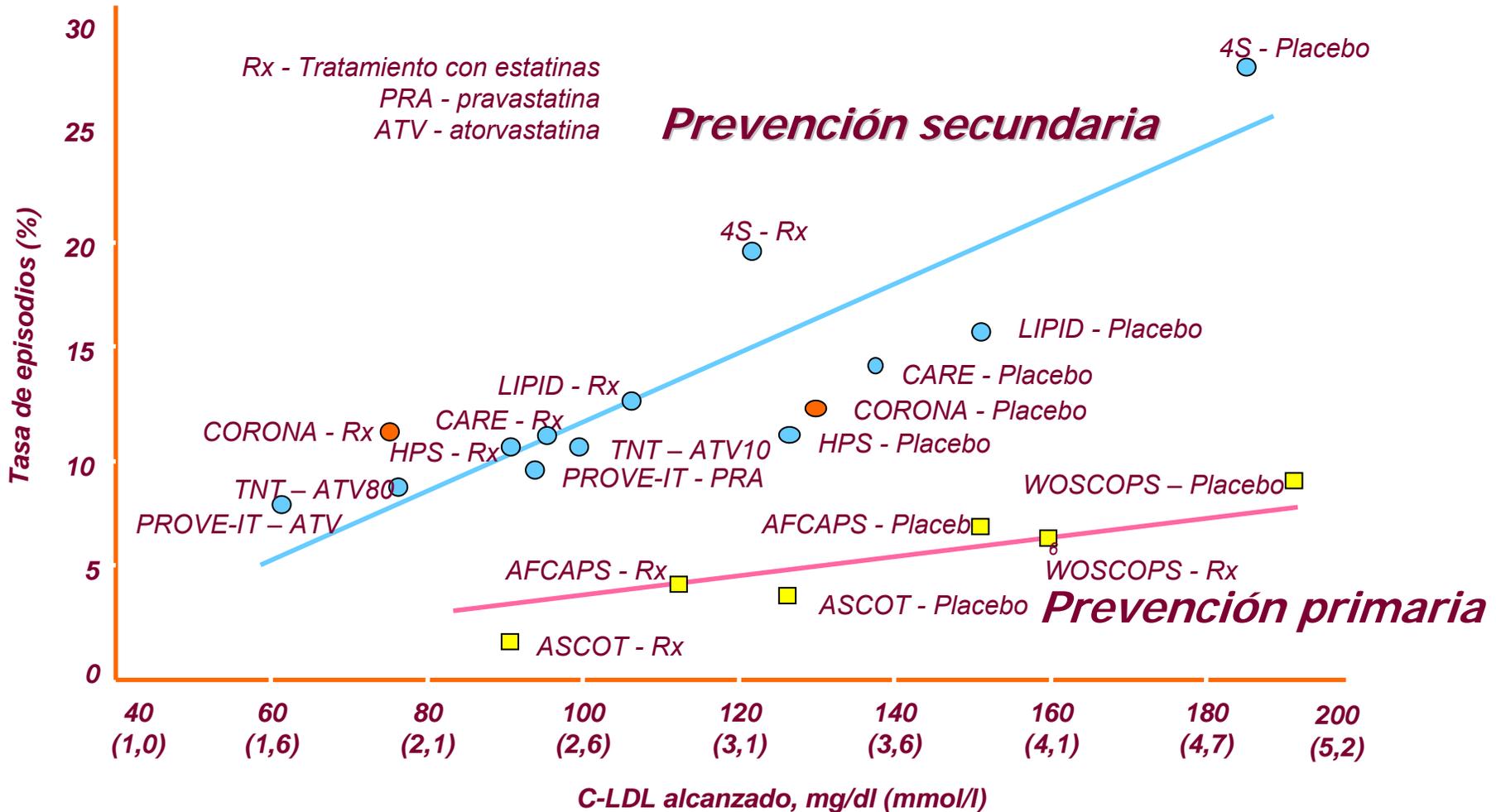
Riesgo coronario atribuible según los distintos FRCV en España

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, se estima que la hipercolesterolemia (CT \geq 240 mg/dl) provoca una elevada carga de cardiopatía isquémica en ambos sexos: el 19% de los episodios coronarios en varones y el 20% en mujeres*

CEIPC Relación entre objetivos de C-LDL y los eventos coronarios en ensayos con estatinas.





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*

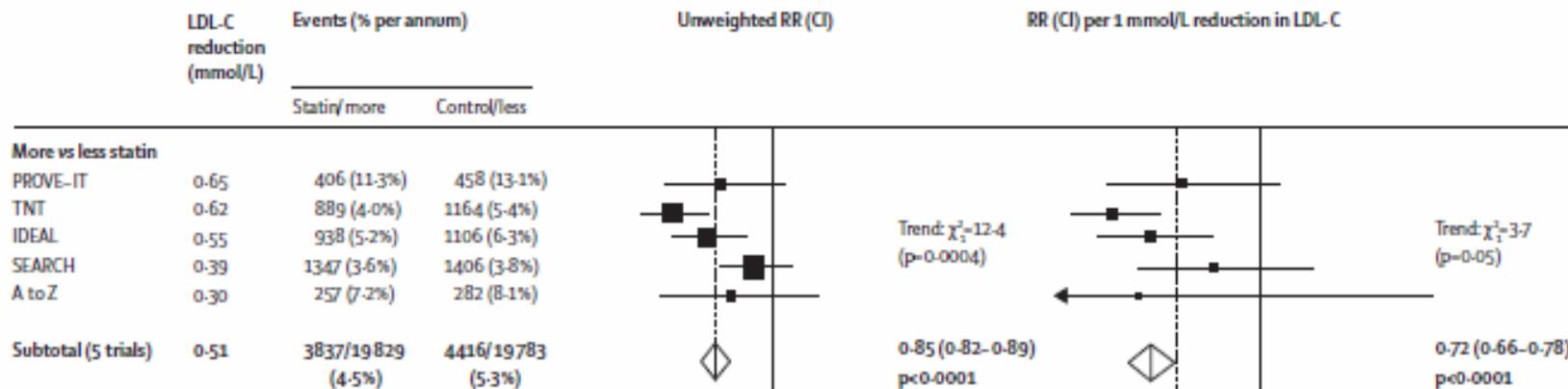
	Number of patients	Treatment comparison (mg per day)	Median follow-up in survivors (years)*	Baseline LDL-C (mmol/L)	LDL-C difference at 1 year (mmol/L)	Women (%)	Diabetes (%)	Prior CHD (%)	Other vascular disease (%)†	No prior vascular disease (%)‡
More versus less statin										
PROVE-IT	4162	A80 vs P40	2.1	2.625	-0.65	911 (22%)	734 (18%)	4162 (100%)	328 (8%)	0
A to Z	4497	S40 then S80 vs placebo then S20	2.0	2.095	-0.30	1100 (24%)	1059 (24%)	4497 (100%)	479 (11%)	0
TNT	10001	A80 vs A10	5.0	2.52	-0.62	1902 (19%)	1501 (15%)	10001 (100%)	1537 (15%)	0
IDEAL	8888	A40-80 vs S20-40	4.8	2.645	-0.55	1702 (19%)	1069 (12%)	8888 (100%)	971 (11%)	0
SEARCH	12064	S80 vs S20	7.0	2.50	-0.39	2052 (17%)	1267 (11%)	12064 (100%)	1062 (9%)	0
Subtotal (5 trials)	39612	NA	5.1	2.53	-0.51	7667 (19%)	5630 (14%)	39612 (100%)	4377 (11%)	0
Statin versus control										
SSSS	4444	S20-40 vs placebo	5.4	4.88	-1.77	827 (19%)	202 (5%)	4444 (100%)	126 (3%)	0
WOSCOPS	6595	P40 vs placebo	4.8	4.96	-1.07	0	76 (1%)	338 (5%)	193 (3%)	6096 (92%)
CARE	4159	P40 vs placebo	5.0	3.58	-1.03	576 (14%)	586 (14%)	4159 (100%)	0	0
Post-CABG	1351	L40-80 vs L2.5-5	4.3	4.02	-1.07	102 (8%)	116 (9%)	1351 (100%)	37 (3%)	0
AFCAPS/TexCAPS	6605	L20-40 vs placebo	5.2	3.89	-0.94	997 (15%)	155 (2%)	10 (<1%)	9 (<1%)	6586 (>99%)
LIPID	9014	P40 vs placebo	6.0	3.88	-1.03	1516 (17%)	782 (9%)	9014 (100%)	905 (10%)	0
GISSI-P	4271	P20 vs no treatment	2.0	3.92	-0.35	587 (14%)	582 (14%)	4271 (100%)	179 (4%)	0
LIPS	1677	F80 vs placebo	3.9	3.42	-0.92	271 (16%)	202 (12%)	1677 (100%)	142 (8%)	0
HPS	20536	S40 vs placebo	5.4	3.38	-1.29	5082 (25%)	5963 (29%)	13386 (65%)	8865 (43%)	3161 (15%)
PROSPER	5804	P40 vs placebo	3.3	3.79	-1.04	3000 (52%)	623 (11%)	1881 (32%)	1026 (18%)	3254 (56%)
ALLHAT-LLT	10355	P40 vs usual care	4.9	3.76	-0.54	5051 (49%)	3638 (35%)	1188 (11%)	1788 (17%)	8037 (78%)
ASCOT-LLA	10305	A10 vs placebo	3.3	3.44	-1.07	1942 (19%)	2527 (25%)	15 (<1%)	1435 (14%)	8860 (86%)
ALERT	2102	F40 vs placebo	5.5	4.14	-0.84	715 (34%)	396 (19%)	400 (19%)	241 (11%)	1702 (81%)
CARDS	2838	A10 vs placebo	4.1	3.03	-1.14	909 (32%)	2838 (100%)	9 (<1%)	97 (3%)	2738 (96%)
ALLIANCE**	2442	A10-80 vs usual care	4.7	3.80	-1.16	434 (18%)	540 (22%)	2442 (100%)	162 (7%)	0
4D**	1255	A20 vs placebo	4.0	3.25	-0.89	578 (46%)	1255 (100%)	630 (50%)	666 (53%)	344 (27%)
ASPEN**	2410	A10 vs placebo	4.0	2.93	-0.99	811 (34%)	2410 (100%)	578 (24%)	302 (13%)	1663 (69%)
MEGA***††	8214	P10-20 vs usual care	5.0	4.05	-0.67	5547 (68%)	1686 (21%)	42 (<1%)	53 (<1%)	8119 (99%)
JUPITER**	17802	R20 vs placebo	2.0	2.70	-1.09	6801 (38%)	76 (<1%)	0	0	17802 (100%)
GISSI-HF**	4574	R10 vs placebo	4.2	3.06	-0.92	1032 (23%)	1196 (26%)	1797 (39%)	4574 (100%)	0
AURORA**	2773	R10 vs placebo	4.6	2.58	-0.99	1050 (38%)	731 (26%)	659 (24%)	743 (27%)	1663 (60%)
Subtotal (21 trials)	129526	NA	4.8	3.70	-1.07	37828 (29%)	26580 (21%)	48291 (37%)	21543 (17%)	70025 (54%)
Total (26 trials)	169138	NA	4.9 	NA	NA	45495 (27%)	32210 (19%)	87903 (52%)	25920 (15%)	70025 (41%)



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%.



*cLDL –Descenso de 1 mmol//L → 20% reducción de eventos/año *
Descenso de 2-3 mmol/L → 40-50% reducción.*

Heart attack, ischaemic stroke, revascularisation

Dislipemias, un reto pendiente en la prevención cardiovascular

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

¿Qué estamos haciendo en prevención cardiovascular?

- **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*

Ejemplos de acciones a nivel de la administración central

- Puesta en marcha de un plan del Ministerio de Sanidad para la reducción del consumo de sal (*)
- Propuesta de eliminación de los ácidos grasos trans de la cadena alimentaria
- Propuesta de la **International Obesity Task Force** para promover un código internacional de publicidad que proteja a los niños de los efectos negativos de la publicidad alimentaria.
- Se ha señalado que los únicos anuncios alimentarios que deberían estar permitidos para niños son aquellos que contribuyan a fomentar una dieta saludable (Suecia y Noruega)
- Oportunidades: **Proyecto de Ley de Seguridad Alimentaria**, aprobado por el gobierno el pasado 3 de septiembre de 2010

Iniciativas y acciones de las sociedades científicas

- *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*

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^c, Dídac Mauricio^f, Susana Sans^g, Fernando Villar^d, Ángel Lizcano^h, Antonio Gil-Núñezⁱ, Fernando de Alvaro^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,a} 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 riesgo cardiovascular

Métodos basados en la ecuación de Framingham

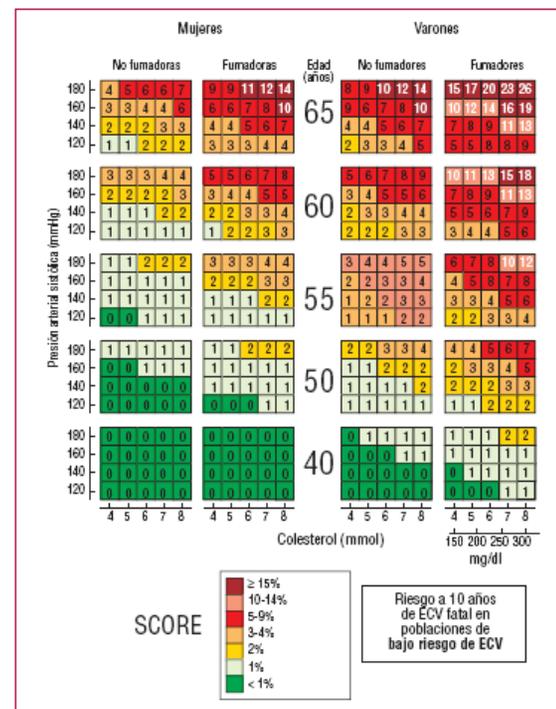
- Framingham (Estados Unidos), (Anderson, 1991)
- Framingham (Estados Unidos), (Wilson, 1998)
- REGICOR (Cataluña, España), (Marrugat, 2003)
- DORICA (España), (Aranceta, 2004)
- CDC (Canarias, España) (Cabrera de León, 2006)
- Framingham (Estados Unidos), (D'Agostino, 2008)
- RICORNA (Navarra, España),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

Modificado de: Guías de Práctica Clínica en el SNS: ICS Nº 2007/02-02

Barreras y facilitadores para la aplicación de las recomendaciones

Niveles	Barreras	Facilitadores
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 y sencillas que sean fácilmente comprensibles y con posibilidades reales de aplicación - Ampliamente consensuadas - Con el 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

Modificado de: Guías de Práctica Clínica en el SNS: ICS Nº 2007/02-02

Dislipemias, un reto pendiente en la prevención cardiovascular

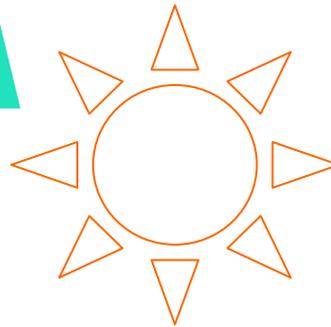
1. Aspectos epidemiológicos y de control
2. ¿Qué estamos haciendo?
3. **Propuestas de actuación, retos y oportunidades de mejora**

“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

Prevention: A Heart Health Imperative

Valentin Fuster, M.D., Ph.D.

Cardiovascular disease (CVD) is the number-one killer and major cause of permanent disability worldwide.

In the United States alone, one in three American adults – 80 million people – live with some form of this deadly disease. In 2009, an estimated \$475 billion will be spent on CVD treatment and related lost productivity. Treatment alone is not the answer, as the cost of care is steadily increasing as a result of insufficient preventive action.

In the US, the trends tell the story. Since the 1980s, the prevalence of overweight and obesity among our nation's children and adolescents has more than doubled, to about one-third today. Nearly one-quarter of our high school students smoke, and two-thirds do not exercise at recommended levels. Initiatives are urgently needed to reverse this tide and tackle the growing burden of CVD.

The logo for Mount Sinai, featuring the words "Mount Sinai" in white serif font on a black rectangular background.

In fact, CVD can start quietly in children as young as age three and progress slowly into adulthood. Smoking, high blood pressure, blood sugar and cholesterol, and being overweight put people at risk. However, these factors stem from behaviors that can be managed.

The mandate for patient care must be expanded to include prevention. Policy makers and health care communities play a major role in changing public attitudes through implementation of health-promoting measures, including diet, physical activity and tobacco control. The Food and Drug Administration's long-overdue authority to regulate tobacco products is a victory for CVD prevention. We need equally strong, pervasive protections against the other risk factors – and for all age groups.

Currently, the vast majority of dollars are spent treating rather than preventing CVD. Instead, through simple, low-cost efforts, we could significantly reduce the prevalence and burden of this debilitating disease and save money and lives.

Valentin Fuster, M.D., Ph.D., is Director of Mount Sinai Heart at The Mount Sinai Medical Center in New York City.

Propuestas de actuación, retos y oportunidades de mejora

- ***A las administraciones sanitarias***
 - La prevención cardiovascular exige una respuesta global en la 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 y en consonancia con los recursos disponibles

Estrategias en prevención cardiovascular

- No existe aún una estrategia definida a nivel nacional en prevención cardiovascular, si bien la mayoría de las CCAA disponen de una Estrategia o Programa que orienta las actuaciones (12 de las 13 CCAA que han contestado a una reciente encuesta del CEIPC).
- Esta 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.

¿En qué debemos mejorar?

- ¿Se ha realizado 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*?

Papel de las sociedades científicas

- **Investigación**
- **Formación**
- **Práctica clínica: elementos clave:**
 - 1.- Facilitar la relación e integración entre la atención primaria y la atención especializada
 - 2.- La existencia de unidades clínicas de referencia en RCV de base multidisciplinar, tanto en atención primaria 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.

Necesidades y áreas de formación a los profesionales

- *Es necesario formar a los médicos y profesionales de enfermería en la atención preventiva, con especial énfasis en:*
 - **Los métodos centrados en el paciente y el proceso de consulta.**
 - **La motivación para el cambio: cómo dar apoyo y reforzar la decisión del paciente para que adopte hábitos saludables.**
 - **Cómo valorar el RCV y utilizar adecuadamente las tablas de riesgo.**
 - **Cómo transmitir la información sobre el riesgo y los posibles efectos de las intervenciones.**
 - **Cómo definir y pactar los objetivos del tratamiento y realizar seguimiento.**

Puntos clave en la comunicación con el paciente 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
- Asegurarse que el paciente **entiende la relación** entre hábitos y 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 estilos de vida a largo término 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.

Conclusiones y propuestas

Propuestas para un programa de prevención cardiovascular de ámbito nacional

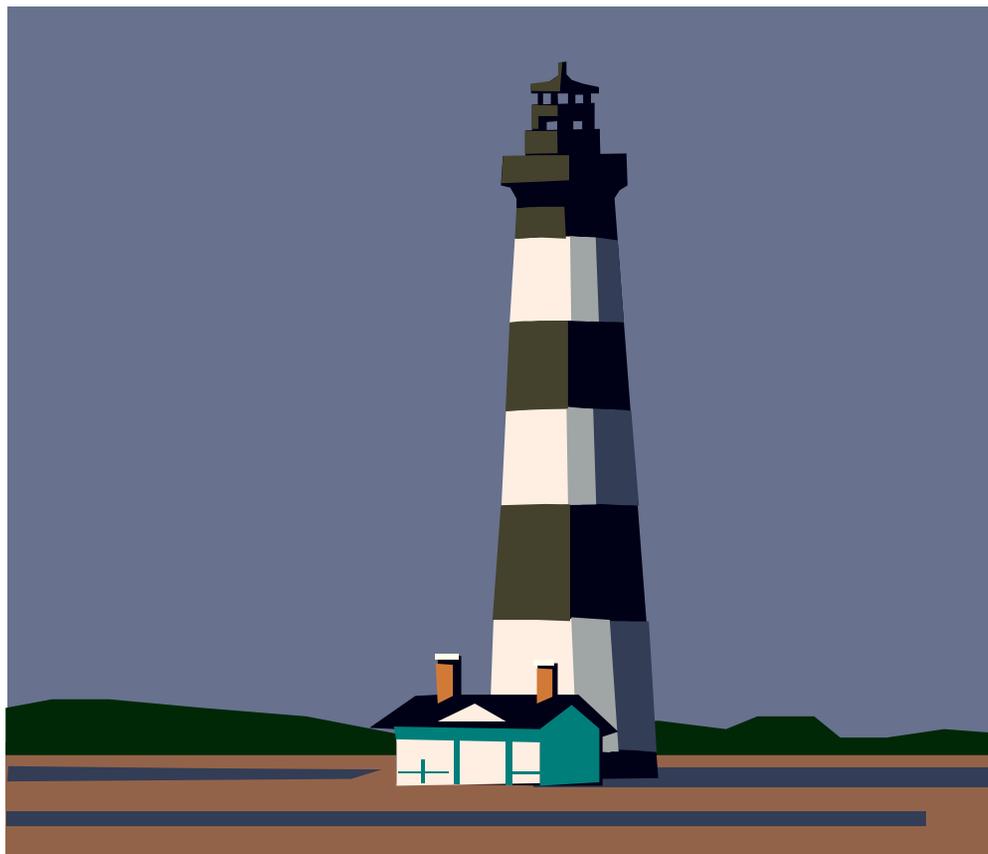
- 1.- La promoción de la salud cardiovascular debe desde el inicio incluir acciones dirigidas a la población con el fin de sensibilizar y proporcionar información objetiva a través de los profesionales y de los *medios de comunicación*.
- 2.- Debe reconocerse el *estilo de vida* como la piedra angular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

prevención cardiovascular de ámbito nacional

- **4.- Debe facilitarse la realización individual y comunitaria de *actividad física* regular, adaptada a las posibilidades y en espacios apropiados.**
- **5.- La prevención y el abordaje frente al *hábito tabáquico* debe ser una prioridad para la administración central y autonómicas y las actuaciones deben ser homogéneas.**
- **6.- La prevención, detección y tratamiento de las dislipemias, la hipertensión y otros factores de riesgo condicionantes (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 *diabetes tipo 2* (y la *obesidad*), está adquiriendo un comportamiento epidémico. Puede considerarse el paradigma de la prevención y del control integral del RCV.
- 8.- La detección precoz y el tratamiento intensivo de las dislipemias es particularmente importante en los pacientes de *alto riesgo*, incluyendo las *dislipemias genéticas*.
- 9.- Debe realizarse un cribado de los familiares de primer grado en las *dislipemias genéticas* aplicando modelos de atención que faciliten el acceso a los tratamientos.
- 10.- Es necesaria la *investigación* básica y clínica, con la participación interdisciplinar de las instituciones, profesionales y sociedades científicas.



GRACIAS