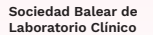
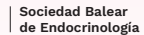
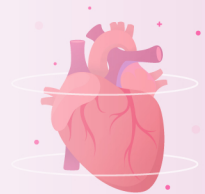


# Vía clínica para el manejo de las dislipemias en el paciente de alto riesgo vascular en Illes Balears





Escanea este código para acceder al **documento completo** a partir del cuál se ha elaborado el presente material:



*Dra. Escarlata Angullo Martínez, Dr. Iñaki Argüelles Jimenez, Dra. Amelia Boix Moreno, Dr. Onofre Joan Caldes Llull, Dr. Hugo Ángel del Castillo Carnevali, Dr. Manuel Díaz Cañestro, Dra. María Fullana Bassa, Dr. Bernardo García de la Villa Redondo, Dr. Fernando García Romanos, María Cristina Gómez Cobo, Dra. María Luisa Molina Guasch, Dra. Ana Moyá Amengual, Dr. Javier Murillas Angoití, Dra. Mercedes Noval Font, Dr. Tomas Rodríguez Ruíz y Dra. Fuensanta Valero García.*



Las **enfermedades del sistema circulatorio** son la **primera causa de muerte a nivel mundial**.<sup>1,2</sup> →

**En España, fallecieron 119.196 personas debido a una enfermedad vascular en 2021.**<sup>3</sup>



La **enfermedad cardiovascular aterosclerótica** (ECVA), caracterizada por la acumulación de lípidos, células inflamatorias y otros componentes en las paredes internas de las arterias, es la **más prevalente** y la **principal manifestación clínica de la aterosclerosis**.<sup>4</sup>



El **aumento de los niveles de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad** (c-LDL) es el principal **factor causal** del desarrollo de la ECVA.<sup>5</sup> No obstante, **el grado de control de los niveles de c-LDL en función del riesgo vascular es significativamente bajo**, y se detecta una gran disparidad entre comunidades autónomas.<sup>6</sup>

Para optimizar el manejo de las dislipemias en el paciente de alto riesgo vascular en las Illes Balears, se recomienda seguir esta ruta asistencial:

## 1. Evaluar el riesgo vascular del paciente<sup>6</sup>

- Una vez se ha realizado adecuadamente el diagnóstico de dislipemia, es importante evaluar el **riesgo vascular del paciente mediante el uso del sistema:**<sup>7</sup>
  - SCORE2** (*Systematic COronary Risk Evaluation 2*) → para edades entre 40 y 69 años.
  - SCORE2-OP** (*SCORE-Old People*) → para edades entre 70 y 89 años.
- A partir de los resultados, se establecen diferentes **categorías de riesgo: riesgo bajo-moderado, alto y muy alto.**
- Se deben ir actualizando los controles clínicos y/o analíticos:** la frecuencia recomendada para la estratificación periódica del riesgo vascular es de 1 año para pacientes de **alto riesgo** a 5 años en **riesgo bajo-moderado.**
- Los **pacientes de muy alto riesgo** mantienen esta categoría de **forma indefinida** y no es necesario estratificar su riesgo de nuevo.
- Existen **situaciones concretas** en las que no es necesario realizar el cálculo del riesgo vascular, puesto **que se asocian con un alto o muy alto riesgo vascular per se.**

**Tabla 1. Categorías de riesgo vascular.**

<b>Riesgo muy alto</b>	<p>Sujetos con alguno de los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ECVA clínica o documentada por imagen de manera inequívoca. La ECVA clínica documentada incluye SCA previo (IM o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria (ICP, CABG y otros procedimientos de revascularización arterial), enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica. La ECVA documentada inequívocamente por imagen incluye los hallazgos cuyo valor predictivo de eventos clínicos está establecido, como la presencia de placa significativa en la angiografía coronaria o la TC (EC multivaso de 2 arterias epicárdicas mayores con estenosis &gt;50%) o ecografía carotídea</li> <li>DM con daño en órganos diana* o al menos 3 factores de riesgo mayores o DM1 de inicio precoz y larga duración (&gt;20 años)</li> <li>ERC grave (TFGe &lt;30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)</li> <li>Estimación SCORE2:           <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;50 años: ≥7,5%</li> <li>50-69 años: ≥10%</li> <li>≥70 años: ≥15%</li> </ul> </li> <li>HF con otro factor de riesgo mayor</li> </ul>
<b>Riesgo alto</b>	<p>Sujetos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Factores de riesgo aislados muy elevados, sobre todo colesterol &gt;8 mmol/l (&gt;310 mg/dL), cLDL &gt;4,9 mmol/l (&gt;190 mg/dL) o PA ≥ 180/110 mmHg</li> <li>Pacientes con HF sin otros factores de riesgo mayores</li> <li>Pacientes con DM sin daño en órganos diana, DM de duración ≥ 10 años u otro factor de riesgo adicional</li> <li>ERC moderada (TFGe 30-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)</li> <li>Estimación SCORE2:           <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;50 años: 2,5 a &lt;7,5%</li> <li>50-69 años: 5 a &lt;10%</li> <li>≥70 años: 7,5 a &lt;15%</li> </ul> </li> </ul>
<b>Riesgo moderado</b>	<p>Pacientes jóvenes (DM1 &lt;35 años; DM2 &lt;50 años) con DM de duración &lt;10 años, sin otros factores de riesgo. Estimación SCORE2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;50 años: &lt;2,5%</li> <li>50-69 años: &lt;5%</li> <li>≥70 años: &lt;7,5%</li> </ul>

CABG: cirugía de revascularización coronaria; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; DM: diabetes mellitus; DM1: DM tipo 1; DM2: DM tipo 2; EC: enfermedad coronaria; ECV: enfermedad cardiovascular; ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica; ERC: enfermedad renal crónica; HF: hipercolesterolemia familiar; ICP: intervención coronaria percutánea; IM: infarto de miocardio; PA: presión arterial; SCA: síndrome coronario agudo; SCORE: *Systematic Coronary Risk Estimation*; TC: tomografía computarizada; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada.

Adaptado de Mach F, et al.<sup>6</sup>

\*El daño en órganos diana se define como albuminuria, retinopatía o neuropatía.

## 2. Definir los objetivos terapéuticos de c-LDL en base a dicha evaluación

Los objetivos terapéuticos de c-LDL en base al riesgo vascular son:

Tabla 2. Categorías de riesgo y objetivos de c-LDL.

Perfil de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo muy alto	Riesgo extremo*
Objetivo lipídico	LDL <116 mg/dL	LDL <100 mg/dL	LDL <70 mg/dL (equivalente a unos niveles de c-no-HDL <100 mg/dL) y reducción >50% respecto al valor basal	LDL <55 mg/dL (equivalente a unos niveles de c-no-HDL <85 mg/dL) y reducción >50% respecto al valor basal	LDL <40 mg/dL

c-no-HDL = colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad; LDL = lipoproteínas de baja densidad.

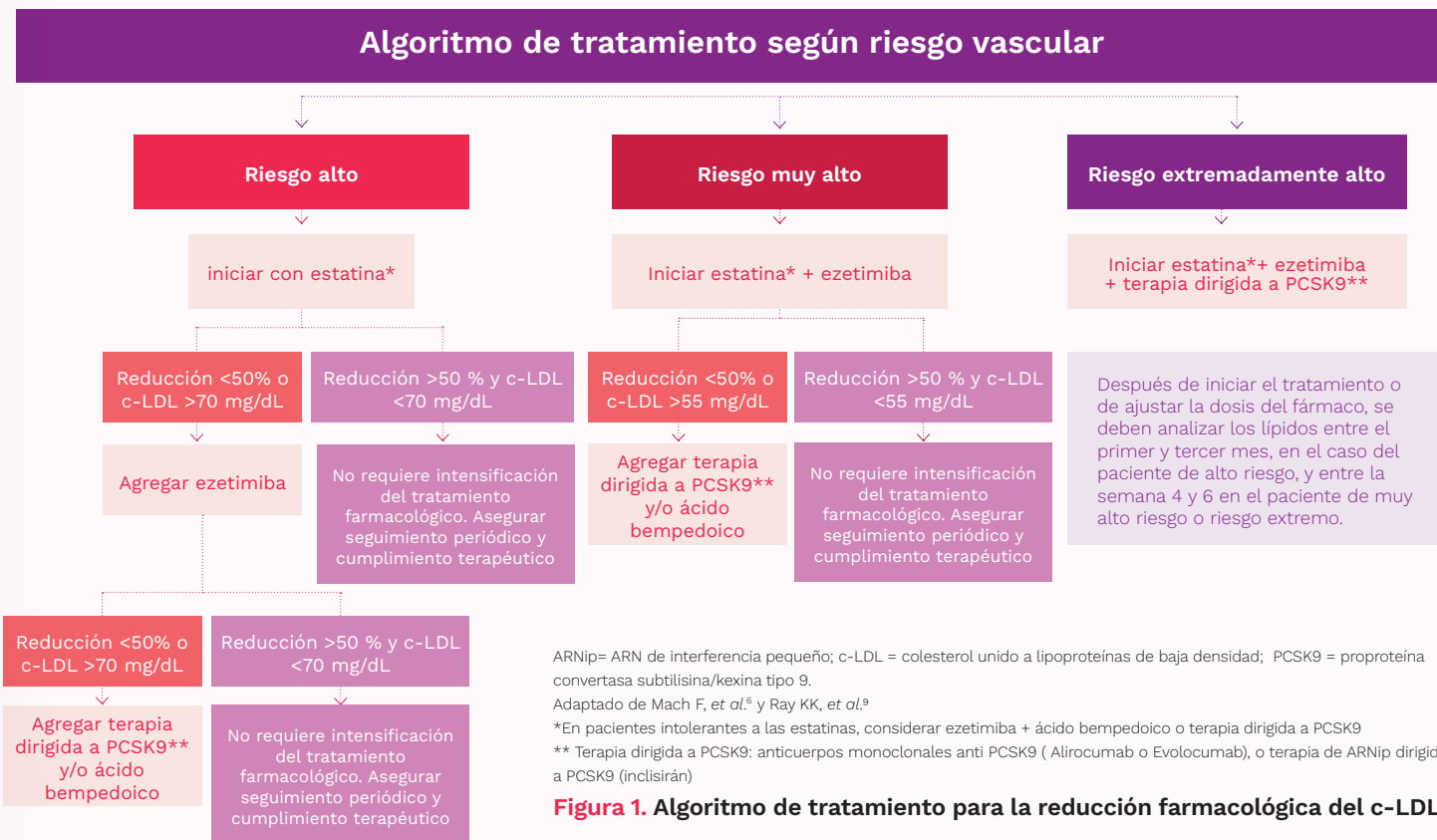
Adaptado de Mach F, et al.<sup>6</sup> y Pérez de la Isla L, et al.<sup>8</sup>

\*pacientes con ECVA que presentan un segundo evento cardiovascular en los 2 años siguientes.

Es importante que la categoría de riesgo se **indique en algún lugar visual y accesible de la cabecera de la historia del paciente**, utilizando una escala de colores e indicando la fecha de realización y la edad del paciente.

**Se debe ir actualizando la consecución de los objetivos de control.** En el caso de no alcanzarlos, se debe notificar en la historia clínica.

## 3. Favorecer el adecuado manejo mediante el correcto uso de los tratamientos hipolipemiantes



## 4. Asegurar el correcto seguimiento y monitorización de los objetivos de c-LDL

Promover la **presencia de la figura de enfermería en atención primaria** en el seguimiento del paciente y abordaje de la enfermedad, encargada de:<sup>10,11</sup>

- **Evaluar la existencia de hábitos de vida poco saludables** y promover la **educación en la salud**.
- **Evaluar y asegurar el seguimiento del paciente**, junto con el médico de atención primaria, **a través de analíticas de control y midiendo otros factores de riesgo vascular** como la talla, el peso, el perímetro abdominal, la tensión arterial y la frecuencia cardiaca.
- **Conocer el grado de cumplimiento** de las medidas higiénico-dietéticas y de la **adherencia al tratamiento** farmacológico por parte del paciente.

Si el paciente requiere de una **hospitalización**:

Confeccionar un **informe de alta hospitalaria estándar** para unificar la forma de actuar en la comunidad que recoja el diagnóstico y la información necesaria para el correcto seguimiento del paciente:

- Crear una **plantilla estándar, sencilla y validada** por los profesionales para el alta hospitalaria de los pacientes ingresados por un evento vascular.
- **Difundir esta plantilla** a todos los servicios encargados de realizar las altas hospitalarias de los diferentes hospitales de la comunidad.
- **Incentivar y facilitar la creación del informe de alta** sin que suponga una carga extra para los profesionales responsables.

Proporcionar un **material informativo al paciente** con la información necesaria **y entregarle la petición del análisis para su primer control** entre las semanas 4-6 tras el alta.

Agendar la **primera visita con atención primaria** antes de la **segunda semana tras el alta** hospitalaria para que el paciente pueda resolver dudas e iniciar el seguimiento.

Agendar la **primera visita con el especialista**, para realizar la evaluación clínica y del tratamiento y ajustar la prescripción de los fármacos.

Establecer un seguimiento a **largo plazo adaptado e individualizado a las características de cada paciente**.

- Pacientes **estables y de bajo o moderado riesgo**: por atención primaria.
- Pacientes **con complicaciones y de alto riesgo**: incorporar también a cardiología.



## Conclusiones:



El **manejo actual de las dislipemias en los pacientes de alto riesgo vascular** es claramente **mejorable**.



Tenemos **herramientas que pueden contribuir a mejorar el control de las dislipemias** en el paciente de alto riesgo vascular: necesariamente precisa la **identificación precoz de estos pacientes**, la mejora en la **coordinación de los niveles asistenciales**, la **optimización del tratamiento** cuando no estemos en objetivo terapéutico y el **seguimiento adecuado** de los pacientes, con la necesaria **implicación de enfermería**.



La **implementación y el desarrollo de esta vía clínica** ayudará a **disminuir la morbimortalidad** de los pacientes de alto riesgo vascular en nuestra comunidad autónoma de Illes Balears.



El **establecimiento de los indicadores** propuestos permitirá la **monitorización de los pacientes**, la **evaluación de resultados** y la **mejora continua de la calidad asistencial** en el paciente de alto riesgo vascular.

## Propuestas concretas al Servei de Salut de Illes Balears

(que facilitarán la implementación y desarrollo de esta vía clínica):

1. Establecer, tanto en la historia de salud como en el Sistema de Información de Atención Primaria (e-SIAP), un **sistema de identificación de los pacientes de alto riesgo vascular**.
2. Actualizar la **herramienta para el cálculo del riesgo vascular** que se utiliza en el programa informático de atención primaria.
3. Crear, en e-SIAP, **alarmas automáticas** que identifiquen a pacientes de alto riesgo vascular en los que no constan controles del perfil lipídico en los últimos 6 meses y/o sus valores se encuentran fuera de objetivo terapéutico.
4. Facilitar en cada sector sanitario el desarrollo del modelo asistencial de **coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria**.
5. Unificar en toda la comunidad autónoma los **informes de laboratorio** para el perfil lipídico.

## Referencias

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. WHO Fact Sheet; [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Vaduganathan M, Mensah GA, Turco JV, Fuster V, Roth GA. The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk: A Compass for Future Health. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Dec 20;80(25):2361-2371.
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2021 y avance 2022 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2021. [citado el 17 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2021.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf).
4. Herrington W, Lacey B, Sherliker P, Armitage J, Lewington S. Epidemiology of Atherosclerosis and the Potential to Reduce the Global Burden of Atherothrombotic Disease. *Circ Res.* 2016;118(4):535-546.
5. Borén J. *et al.* Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease: pathophysiological, genetic, and therapeutic insights: a consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J.* 2020;41(24):2313-2330.
6. Mach F, *et al.* 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-188.
7. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *European Heart Journal.* 2021 Jul 1;42(25):2439-2454.
8. Pérez de Isla L, *et al.* Comentarios a la guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73(5):348-353.
9. Ray KK, *et al.* Combination lipid-lowering therapy as first-line strategy in very high-risk patients. *Eur Heart J.* 2022;43(8):830-833.
10. Mostaza JM, *et al.* Estándares SEA 2022 para el control global del riesgo cardiovascular. *Clin Investig Arterioscler.* 2022 May-Jun;34(3):130-179.
11. Visseren FLJ, *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur Heart J.* 2021; 42(34): 3227-37.

Escanea este código para acceder al **documento completo** a partir del cuál se ha elaborado el presente material:





