

## Iniciativa ACS-Europath para la optimización del control lipídico en el síndrome coronario agudo en España

## Escenario II. Optimización del control lipídico después de un síndrome coronario agudo: la transición entre el servicio de cardiología y atención primaria

Alessandro Sionis<sup>a,b,\*</sup> y Rafael Hidalgo<sup>c</sup><sup>a</sup>Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB-Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España<sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España<sup>c</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Universidad de Sevilla, Sevilla, España**Palabras clave:**

Síndrome coronario agudo

cLDL

Prevención secundaria

Estatinas

Ezetimiba

iPCSK9

telemedicina

**RESUMEN**

Los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo tienen un elevado riesgo de padecer un nuevo evento cardiovascular. El tratamiento hipolipemiente es uno de los pilares de la prevención secundaria para estos pacientes, pese a lo cual el control lipídico a menudo es subóptimo. Nuestro objetivo es elaborar una vía clínica basada en la iniciativa ACS-Europath para un ámbito asistencial en el cual el control de los factores de riesgo después de un ingreso por SCA recae en el servicio de cardiología. Se constituyó un grupo de expertos y revisión de la literatura y de las diferentes propuestas del ACS-Europath, también conocido como #RutaSCA. Se diseñó una vía clínica, consensuada entre todos los agentes implicados, que se basa en un seguimiento intensivo y de corta duración llevado a cabo en el servicio de cardiología, que tiene como objetivo la rápida consecución de las concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) recomendados en las guías de práctica clínica. La disminución intensiva del cLDL tiene que ser una prioridad tras un SCA. Para ser exitosa, una vía clínica diseñada para alcanzar los objetivos de prevención secundaria debe tener en cuenta las características propias de cada contexto asistencial.

**Scenario II. Optimizing lipid control after acute coronary syndrome: the transition between cardiology department and primary care****ABSTRACT**

Patients who have experienced an acute coronary syndrome (ACS) are at a high risk of a new cardiovascular event. Although lipid-lowering therapy is one of the pillars of secondary prevention for these patients, lipid control is often suboptimal. Our aim was to devise a clinical pathway (based on the ACS-Europath initiative) for the clinical situation in which responsibility for controlling risk factors after admission for ACS rests with the cardiology department. An expert group was established and a review of the literature and of the various proposals from the ACS-Europath (#ACSpathway) initiative was carried out. A clinical pathway was developed from a consensus of all stakeholders. It was based on intensive, short-term follow-up in the cardiology department and its aim was to achieve the low-density lipoprotein (LDL) cholesterol concentrations recommended by current clinical guidelines as quickly as possible. The priority after ACS is a rapid reduction in LDL cholesterol level. To be successful, any clinical pathway designed to achieve the aims of secondary prevention must take into account the individual characteristics of the health-care setting involved.

**Keywords:**

Acute coronary syndrome

Low-density lipoprotein cholesterol

Secondary prevention

Statins

Ezetimibe

PCSK9 inhibitors

Telemedicine

**INTRODUCCIÓN**

Los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) tienen un elevado riesgo de padecer eventos recurrentes a medio y largo plazo<sup>1,2</sup>. El tratamiento médico óptimo es uno de los pilares de la prevención secundaria para estos pacientes. En este sentido, la modulación de los factores de riesgo adquiere una especial importancia, ya

que en las últimas décadas ha motivado gran parte de la reducción de la mortalidad cardiovascular<sup>3</sup>. Desafortunadamente, a pesar de los avances terapéuticos y la disponibilidad de tratamientos efectivos, varios registros han demostrado un control subóptimo de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) después de un SCA. En particular, la reducción del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) mediante tratamiento hipolipemiente en la prevención secundaria tiene demostrado beneficio clínico en múltiples ensayos clínicos aleatorizados y metanálisis<sup>4</sup>. En 2018, el registro ACS-EuroPath-I mostró que solo el 32% de los pacientes alcanzaron cifras de cLDL < 70 mg/dl en la segunda visita de seguimiento<sup>5</sup>. Sin embargo, múltiples iniciati-

\*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB-Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

Correo electrónico: asionis@santpau.cat (A. Sionis).

## Abreviaturas

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad  
 FRCV: factores de riesgo cardiovascular  
 SCA: síndrome coronario agudo

vas han demostrado que la implementación de vías clínicas basadas en protocolos de actuación puede resultar efectiva en mejorar estos resultados, con el consiguiente beneficio en reducción de eventos cardiovasculares<sup>6</sup>.

En 2019 y 2020 se ha desarrollado la iniciativa europea ACS-Europath-II, que ha incluido a especialistas de Alemania, Francia, Italia, Países Bajos, Polonia y España con el objetivo de mejorar el control de los FRCV, con especial énfasis en el control lipídico tras un SCA. Esta se articula alrededor de 2 elementos: un cuestionario de autoevaluación (*self-assessment tool questionnaire*) que evalúa la práctica habitual con respecto a la práctica clínica reflejada por el registro ACS-Europath-I<sup>5</sup>, las recomendaciones de las guías de práctica clínica y una serie de vías clínicas que describen experiencias exitosas en diferentes contextos asistenciales<sup>7</sup>.

En este trabajo se aborda el diseño de una vía clínica basada en la iniciativa ACS-Europath (#RutaSCA) enfocada a un ámbito asistencial en el cual el control de los factores de riesgo después de un ingreso por SCA recae en el servicio de cardiología, con especial énfasis en el tratamiento de la dislipemia.

## MÉTODOS

El primer paso en el diseño de los algoritmos presentados fue la constitución de un grupo de expertos en el tratamiento y el seguimiento de pacientes hiperlipémicos que han sufrido un SCA para examinar en profundidad el ACS-Europath *self-assessment tool* y las diferentes vías clínicas posibles, así como las publicaciones derivadas de la iniciativa<sup>5,7</sup>.

Dentro de esta iniciativa se prevé, en una segunda fase, la difusión de dichos protocolos, así como la evaluación de su aplicación y su impacto en la mejora del control lipídico y la reducción en la incidencia de nuevos eventos.

El propósito de los algoritmos es ayudar a los médicos —cualesquiera sean su especialidad, lugar de trabajo o comunidad autónoma— a lograr la optimización precoz del tratamiento desde el ingreso y alcanzar los objetivos terapéuticos lo antes posible. En este sentido, el documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) puede ser de gran utilidad<sup>8</sup>.

## RESULTADOS

Se diseñó una solución operativa en forma de una vía clínica aplicable a una situación de control del paciente después de un ingreso por SCA en las consultas del servicio de cardiología con posterior derivación a atención primaria (AP). En ésta, se pone especial énfasis en la rápida consecución de un adecuado control del cLDL.

### Vía clínica con control al alta después de un SCA en el servicio de cardiología

Se propone una vía clínica para la mejora del control lipídico que se basa en un seguimiento, limitado en el tiempo pero intensivo, en las consultas externas del mismo hospital.

Idealmente, realiza este seguimiento un equipo multidisciplinario que debe incluir, además del cardiólogo, un profesional de enfermería referente y el equipo de AP. El papel de enfermería en el seguimiento es clave para alcanzar la adecuada formación y el empoderamiento

del paciente, sobre todo teniendo en cuenta la progresiva reducción de la estancia hospitalaria. El alta precoz, con sus innegables beneficios en costes sanitarios, conlleva una pérdida de oportunidades de instruir y un paciente con información más deficiente. Al mismo tiempo, es crucial que el informe de alta se transmita lo antes posible al equipo de AP, que deberá estar preparado para recibir al paciente y velar por el estricto control de los FRCV una vez finalizado el seguimiento hospitalario.

## Diseño del programa

La tabla 1 detalla el procedimiento recomendado en esta situación y los aspectos más relevantes que debe incluir.

**Tabla 1**

Requisitos del programa de control en el servicio de cardiología

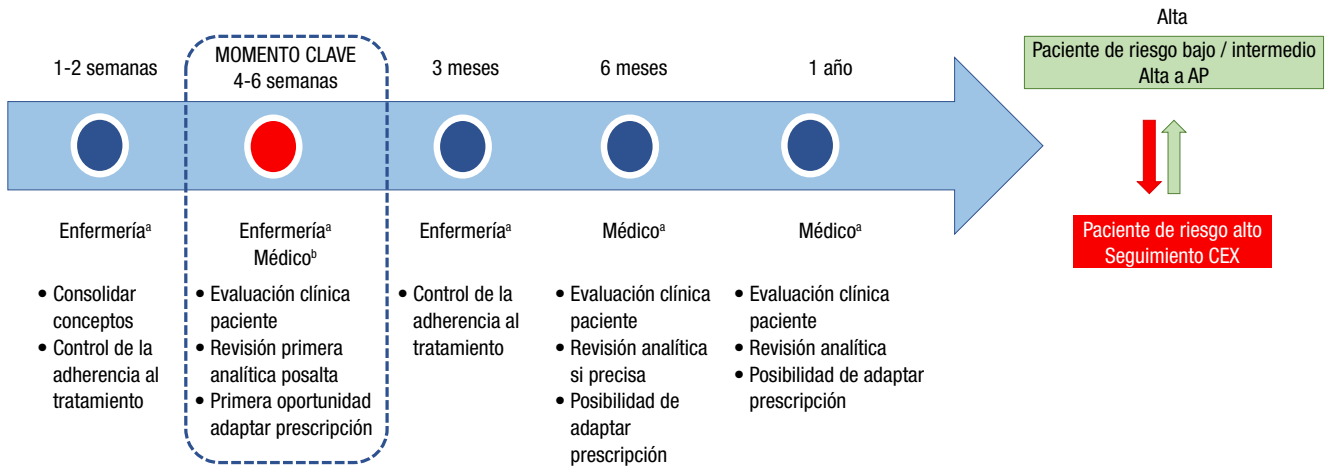
Protocolo multidisciplinario estructurado	Identificación de un líder del programa y de los profesionales médicos y enfermería involucrados en la vía clínica
Sistema de derivación ágil	Creación de una vía clínica multidisciplinaria (cardiología, AP y enfermería) con una primera fase de seguimiento intensivo hospitalario y una segunda de seguimiento a largo plazo, compartido entre cardiología y AP con instrumentos de derivación ágiles y consensuados
Formación	Diseño de actividades formativas
Difusión	Diseño de actividades de difusión del protocolo
Telemedicina	Uso de medios de telemedicina con sus múltiples posibilidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones formativas individuales y grupales</li> <li>• Comunicación de resultados y cambios en el plan terapéutico</li> <li>• Interlocución con enfermería y equipo de AP</li> </ul>

Tabla de elaboración propia. AP: atención primaria.

## Algoritmo de la vía clínica

Durante la hospitalización, es importante aprovechar al máximo las oportunidades instructivas que da la fase aguda, que deberán reforzarse mediante la entrega de material (empoderamiento de paciente y cuidadores). En el seguimiento por el servicio de cardiología (figura 1), resulta atractiva la posibilidad de realizar una o más de las visitas estipuladas en formato virtual adaptándose a los medios técnicos disponibles en cada centro. La primera visita con enfermería deberá llevarse a cabo lo antes posible, idealmente en menos de 2 semanas. En esta visita se consolidarán los conceptos introducidos durante el ingreso, se aclararán dudas y se hará hincapié en la adherencia al tratamiento. A las 4-6 semanas, el médico evaluará la situación clínica del paciente y la adherencia y la tolerancia al tratamiento y revisará la primera batería analítica tras el alta. Esta visita es crucial, ya que representa la primera oportunidad de adaptar la prescripción en caso necesario.

En casos de que se requiera por la situación clínica o por iniciarse inhibidores de PCSK9 (iPCSK9), la visita será presencial para que sea posible la prescripción y el entrenamiento por enfermería. La programación de las siguientes visitas puede ser flexible y dependerá de múltiples factores, pero siempre teniendo en cuenta la necesidad de alcanzar los objetivos terapéuticos lo antes posible y generalmente en un plazo no superior a 3 meses. Posteriormente (6-12 meses después del ingreso), el paciente puede ser derivado a AP siempre que no haya un alto riesgo de eventos que aconseje mantener el seguimiento en cardiología. Es importante que la derivación a AP incluya siempre un



**Figura 1.** Algoritmo de la vía clínica de los pacientes remitidos al alta al servicio de cardiología. Figura de elaboración propia. AP: atención primaria; CEX: consulta externa.

<sup>a</sup>Puede ser virtual.

<sup>b</sup>En esta visita el médico valora la analítica programada al alta y adapta la prescripción terapéutica a los objetivos individualizados; incluye la prescripción de fármacos adicionales (p. ej., inhibidores de PCSK9).

circuito de reconsulta claro y ágil. La interacción entre los 2 niveles asistenciales será de preferencia mediante telemedicina, con consultas en un tiempo de respuesta < 48 h. El control evolutivo tendrá en cuenta tanto la consecución del objetivo de cLDL como los eventos cardiovasculares (muerte cardiovascular, reinfarcto o ictus al año).

## DISCUSIÓN

A pesar de los eficaces tratamientos farmacológicos disponibles, lograr los valores de cLDL óptimos sigue siendo un reto, tal y como muestran los datos del estudio EUROASPIRE V (27 países europeos), en el cual, a pesar de que el 84% de los pacientes tomaban tratamiento hipolipemiente, solo el 32% alcanzó cifras de cLDL < 70 mg/dl<sup>9</sup>.

Las razones de este fracaso son múltiples. Por un lado, los profesionales sanitarios hacen un uso ineficiente de los tratamientos disponibles a causa de la inercia terapéutica, la falta de programas estructurados que impliquen a los diferentes niveles de atención sanitaria y la ausencia de objetivos terapéuticos compartidos con los pacientes. Por otro, los propios pacientes a menudo tienen escaso conocimiento de su situación clínica y no son conscientes de la importancia del tratamiento médico óptimo, lo que lleva a una baja adherencia terapéutica. Además, la hipercolesterolemia familiar suele estar infradiagnosticada.

El escenario ideal para conseguir un control óptimo de los factores de riesgo después de un SCA incluye la derivación a un programa de rehabilitación cardíaca (RC) estructurado<sup>10</sup>.

Desafortunadamente, la disponibilidad de la RC es escasa, cuando no ausente, en muchas comunidades autónomas. Por este motivo, es fundamental que los servicios de cardiología dispongan de un recurso asistencial alternativo que permita alcanzar los objetivos mencionados. Por ello, en esta situación, se propone una vía clínica para la mejora del control lipídico que se basa en un seguimiento, limitado en el tiempo pero intensivo, en las consultas externas del mismo hospital combinado con una utilización proactiva de las oportunidades que hoy ofrece la telemedicina<sup>11</sup>.

## CONCLUSIONES

Hay sólida evidencia sobre la disminución intensiva del cLDL y la reducción del riesgo CV después de un SCA. Un enfoque óptimo para la prevención secundaria debe abarcar cambios en los hábitos de vida y el logro de los objetivos de control de los FRCV, incluido el cLDL,

idealmente mediante la participación en un programa de RC. Sin embargo, los programas de RC no están disponibles en gran parte del territorio nacional y la mayoría de los pacientes no logran alcanzar un control óptimo de los FRCV, especialmente del cLDL. Para hacer frente a esta situación, se propone una vía clínica consensuada entre todos los agentes implicados, diseñada para alcanzar en el menor tiempo posible los objetivos de prevención secundaria.

## FINANCIACIÓN

Este trabajo ha recibido una ayuda no condicionada de Sanofi para su apoyo técnico y logístico. El contenido del manuscrito es responsabilidad de los autores en su integridad.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## INFORMACIÓN SOBRE EL SUPLEMENTO

Este artículo forma parte del suplemento titulado «Iniciativa ACS-Europath para el control lipídico en el síndrome coronario agudo en España», que ha sido patrocinado por Sanofi.

## BIBLIOGRAFÍA

- Jernberg T, Hasvold P, Henriksson M, et al. Cardiovascular risk in postmyocardial infarction patients: nationwide real world data demonstrate the importance of a long-term perspective. *Eur Heart J*. 2015;36:1163e70.
- Fox KA, Carruthers KF, Dunbar DR, et al. Underestimated and underrecognized: the late consequences of acute coronary syndrome (GRACE UKBelgian Study). *Eur Heart J*. 2010;31:2755e64.
- Mensah GA, Wei GS, Sorlie PD et al. Decline in cardiovascular mortality: possible causes and implications. *Circ Res*. 2017;120:366-380.
- Frank L, Visseren J, Mach F, et al. ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42:3227-3337.
- Landmesser U, Pirillo A, Farnier M, et al. Lipid-lowering therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal achievement in patients with acute coronary syndromes: The ACS patient pathway Project. *Atheroscler Suppl*. 2020;42:e49-e58.
- Alings M, Descamps O, Guillon B, et al. Implementation of clinical practices and pathways optimizing ACS patients lipid management: Focus on eight European initiatives. *Atheroscler Suppl*. 2020;42:e59-e64.
- Sionis A, Catapano AL, De Ferrari GM, et al. Improving lipid management in patients with acute coronary syndrome: The ACS Lipid EuroPath tool. *Atheroscler Suppl*. 2020;42:e65-e71.

8. Escobar C, Anguita M, Arrarte V, et al. Recommendations to improve lipid control. Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:161-167.
9. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26:824-835.
10. Sandesara PB, Lambert CT, Gordon NF, et al. Cardiac rehabilitation and risk reduction: time to "rebrand and reinvigorate". *J Am Coll Cardiol*. 2015;65:389-395.
11. Barrios V, Cosín-Sales J, Bravo M, et al. La consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:910-918.