

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

Escenario IV. Tratamiento tras un síndrome coronario agudo en zonas rurales

Manuel Martínez-Sellés^{a,b,*} y Carlos Escobar^{b,c}^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Universidad Europea, Universidad Complutense, Madrid, España^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España^cServicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPaz, Madrid, España**Palabras clave:**

Síndrome coronario agudo
cLDL
Prevención secundaria
Estatinas
Ezetimiba
iPCSK9
Zona rural
Teleconsulta

RESUMEN

Algunas estrategias para mejorar la prevención secundaria y el control lipídico tras un síndrome coronario agudo (SCA) son poco aplicables a zonas rurales. Nuestro objetivo es elaborar un documento para adaptar las recomendaciones del ACS-Europath (#RutaSCA) a la realidad de las zonas rurales españolas. Mediante una revisión de la literatura y las diferentes propuestas del ACS-Europath, siempre teniendo en cuenta las peculiaridades de las zonas rurales, se plasman una serie de iniciativas prácticas adaptadas a ese medio. Se diseñó un algoritmo de derivación del paciente con SCA del ACS-Europath aplicable a medios rurales. Este algoritmo abarca la mayoría de las situaciones clínicas de los pacientes que han sufrido un SCA cuyo seguimiento se hace en un medio rural. Se ha puesto especial énfasis en garantizar un adecuado control del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) lo antes posible y cómo hacerlo en ese medio. La prevención secundaria y el control lipídico tras un SCA deben ser prioritarios, también en el medio rural. Diversos recursos, como las consultas a distancia, pueden facilitar el logro de los objetivos de control del cLDL en esta situación.

Scenariu IV. Patient management in rural areas after an acute coronary syndrome**ABSTRACT**

Some strategies for improving secondary prevention and controlling lipid levels after an acute coronary syndrome (ACS) are not suitable for rural areas. Our aim was to adapt the recommendations of the ACS-Europath (#ACSPathway) initiative to the reality of life in rural Spain. A review of the literature and of the various ACS-Europath proposals was carried out that took into account the particular characteristics of rural areas. We produced a series of practical proposals tailored to a rural setting. An algorithm for the referral of patients with ACS that is applicable in rural settings was developed from the ACS-Europath proposals. This algorithm covers the majority of clinical situations in which patients who have experienced an ACS are followed up in a rural environment. We placed particular emphasis on ensuring that the low-density lipoprotein (LDL) cholesterol level is well-controlled as quickly as possible and on achieving that goal in a rural setting. Secondary prevention and lipid level control are priorities after ACS in rural areas, as they are in other settings. A range of tools, including teleconsultations, is available for helping to achieve the goal of LDL cholesterol control in rural areas.

Keywords:

Acute coronary syndrome
Low-density lipoprotein cholesterol
Secondary prevention
Statins
Ezetimibe
PCSK9 inhibitor
Rural setting
Teleconsultation

INTRODUCCIÓN

En este artículo se aborda el tratamiento del paciente tras un síndrome coronario agudo (SCA) en las áreas rurales. Se entiende por áreas rurales los territorios remotos (con tiempos de actuación/asistencia sanitaria > 30 min), en los que hay mayor dificultad de acceso. Las propias características geográficas de estas áreas dificultan un adecuado tratamiento de estos pacientes. Esto se refleja no solo en el seguimiento posterior, sino también en el mismo momento del SCA, con mayores tiempos de revascularización¹⁻³. Además, la calidad de la

asistencia de los pacientes con SCA con elevación del segmento ST es peor en las áreas rurales que en las urbanas, principalmente por una peor logística y un peor cuidado prehospitalarios, lo que obliga a definir nuevas estrategias para mejorar esta situación⁴.

DISEÑO DEL PROGRAMA

En el ámbito rural, durante el seguimiento se realizan menos visitas tanto al médico de atención primaria como al especialista, hay menos acceso a los programas de rehabilitación cardíaca y posiblemente haya una menor concienciación de la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV)⁵. Se necesitan nuevos instrumentos que mejoren esta situación. En primer lugar, se ha reportado que las consultas telemáticas podrían ayudar a mejorar el tratamiento y el control de los pacientes cardiológicos durante el

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Dr. Esquerdo 46, 28007 Madrid, España.

Correo electrónico: mmselles@seccardiologia.es (M. Martínez-Sellés).

Abreviaturas

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

seguimiento⁶⁻⁸. Estas actuaciones se han demostrado factibles durante la situación de pandemia y en todos los grupos poblacionales, incluidos los pacientes de edad avanzada^{9,10}.

En segundo lugar, la aplicación de algoritmos sencillos podría ayudar a mejorar en la práctica clínica el control de los FRCV y, en concreto, la dislipemia. En este sentido, con el objetivo de mejorar el control lipídico en prevención secundaria, la Sociedad Española de Cardiología ha propuesto recientemente una serie de algoritmos de abordaje sencillos y fácilmente aplicables, que comprenden la mayoría de las situaciones clínicas en prevención secundaria¹¹, así como una aplicación para el control lipídico¹² que proporciona en pocos segundos qué actitud seguir para lograr los objetivos de cLDL.

COSTE-EFECTIVIDAD

Es probable que las intervenciones específicamente diseñadas para prevención secundaria en áreas rurales sean rentables¹³, aunque es posible que los costes de los programas en áreas rurales sean más altos que los realizados en áreas más urbanas, debido a la falta de personal y recursos para la rehabilitación cardíaca y la actividad física, así como personal de enfermería para analíticas o laboratorios para obtener sus resultados. Una telemedicina correctamente aplicada podría contribuir a abaratar costes. Además, algunos datos indican que algunas comunidades rurales pueden tener peor salud cardiovascular¹⁴, por lo que en ellas el beneficio de una intervención podría ser superior. Esta peor salud cardiovascular se debe a una serie de factores como el acceso económico, educativo y sanitario. La telemedicina puede no solo abaratar costes, sino reducir una parte de esta brecha. En particular, modificar los programas de rehabilitación cardíaca para incluir un modelo administrado a distancia mediante telemedicina es un método novedoso y prometedor.

APLICABILIDAD

Varios estudios han valorado el impacto de las intervenciones para mejorar la atención de la enfermedad cardiovascular proporcionada a las personas que viven en áreas rurales¹⁵. Estas intervenciones, habitualmente basadas en cambios organizativos, implementación de

telemedicina y programas formativos, han mostrado su efectividad en un mejor control de los FRCV y la reducción de algunos eventos cardiovasculares. Se han propuesto varias estrategias de mejora. La evidencia disponible muestra que estas intervenciones pueden mejorar los procesos de atención médica, aunque queda por establecer su impacto en la mortalidad.

El reciente llamamiento conjunto de la *American Heart Association* y la *American Stroke Association*¹⁶ va en esta línea. Comprender y abordar las necesidades de salud únicas de las personas que residen en zonas rurales es fundamental para conseguir una mejor salud cardiovascular eliminando las disparidades existentes entre el entorno urbano y el rural. Las poblaciones rurales deben ser una prioridad en la programación de la prevención primaria y secundaria y la investigación y la implementación de políticas de control de FRCV. Solo un enfoque específico de cada uno de los factores que subyacen a las disparidades urbano-rurales en los resultados de salud cardiovascular permitirá eliminarlas o al menos reducirlas. Aquí se incluyen factores individuales, los determinantes sociales de la salud y los factores asociados al sistema de prestación de servicios de salud. Nuestra propuesta va en esta última línea, con un conjunto de soluciones simplificadas en un algoritmo destinado a mejorar la prevención secundaria en el entorno rural.

ALGORITMO DE LA VÍA CLÍNICA EN ÁREAS RURALES

El algoritmo de la vía clínica propuesta se resume en la figura 1. En el flujo de pacientes en áreas rurales, la telemedicina cobra relevancia, pues son muy pocos los pacientes que en ese entorno pueden acceder a un programa de rehabilitación cardíaca. Es importante en este contexto la adecuada coordinación con cardiología para optimizar el tratamiento y garantizar la reevaluación en cada visita de la adherencia y la tolerancia al tratamiento hipolipemiente, la consecución de los objetivos de cLDL y el resto del perfil lipídico.

CONCLUSIONES

La prevención secundaria y el control lipídico tras un SCA deben ser prioritarios, también en el medio rural. Diversos recursos, como las consultas a distancia, pueden facilitar el logro de los objetivos de control del cLDL en ese contexto.

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.

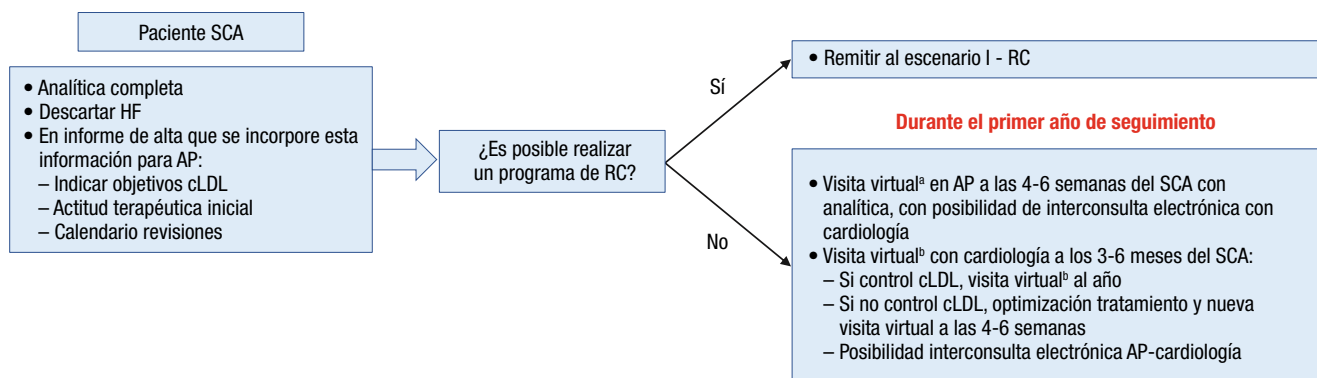


Figura 1. Algoritmo de la vía clínica de los pacientes atendidos en áreas rurales. Figura de elaboración propia. AP: atención primaria; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; HF: hipercolesterolemia familiar; RC: rehabilitación cardíaca; SCA: síndrome coronario agudo.

^aPaciente de AP o zona rural no controlado o requiere ajuste de iPCSK9, derivar a servicio de cardiología

^bVisita presencial en caso de síntomas

CONFLICTO DE INTERESES

M. Martínez-Sellés declara haber recibido honorarios por consultoría y ponencias de Sanofi. C. Escobar declara no tener conflictos de interés.

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

- Piepoli MF, Hoes AW, S. Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37:2315-2381.
- Viana M, Laszczyńska O, Araújo C, et al. Patient and system delays in the treatment of acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol*. 2020;39:123-131.
- Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, et al. Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. *Eur Heart J*. 2010;31:943-957.
- Lindholm D, Alfredsson J, Angeras O, et al. Timing of percutaneous coronary intervention in patients with non-ST-elevation myocardial infarction: a SWEDHEART study. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2017;3:53-60.
- Otto S, Kruse M, Bittner E, et al. Prehospital logistics and therapy delays in urban vs. rural regions: implications for quality of acute ST-elevation myocardial infarction care. *Eur Heart J*. 2019;40 Suppl 1:P1746.
- Thompson SC, Nedkoff L, Katzenellenbogen J, Hussain MA, Sanfilippo F. Challenges in managing acute cardiovascular diseases and follow up care in rural areas: a narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:5126.
- 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.
- Postigo A, González-Mansilla A, Bermejo J, Elízaga J, Fernández-Avilés F, Martínez-Sellés M. Telecardiología en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73:674-675.
- García-Blas S, Cordero A, Díez-Villanueva P, et al. Acute coronary syndrome in the older patient. *J Clin Med*. 2021;10:4132.
- Díez-Villanueva P, Bonanad C, Ariza-Solé A, Martínez-Sellés M. Telematic cardiology consultation in the elderly. The 5M framework can help. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74:116-117.
- 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.
- APP Control lipídico. En <https://control-lipidico.app>. Consultado 20 Ene 2021.
- Wang H, Kenkel D, Graham ML, Paul LC, et al. Cost-effectiveness of a community-based cardiovascular disease prevention intervention in medically underserved rural areas. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:315.
- Schopfer DW. Rural health disparities in chronic heart disease. *Prev Med*. 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.106782>.
- Ruiz-Pérez I, Bastos Á, Serrano-Ripoll MJ, Ricci-Cabello I. Effectiveness of interventions to improve cardiovascular healthcare in rural areas: a systematic literature review of clinical trials. *Prev Med*. 2019;119:132-144.
- Harrington RA, Califf RM, Balamurugan A, et al. Call to action: rural health: a presidential advisory from the American Heart Association and American Stroke Association. *Circulation*. 2020;141:e615-e644.