



CARTAS CIENTÍFICAS

Continuidad asistencial y protocolos de control de objetivos lipídicos tras un síndrome coronario agudo en España



Continuity of care and protocols for lipid goals control after an acute coronary syndrome in Spain

Manuel Anguita Sánchez^{a,b,*}, Juan J. Gómez Doblás^c y Vivencio Barrios Alonso^d

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Quirón Salud, Córdoba, España

^c Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga, España

^d Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

La mortalidad en la fase aguda de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) se ha reducido de forma notable en los últimos años¹. Sin embargo, no es despreciable la tasa de recurrencias de nuevos eventos isquémicos tras el alta y, por ello, es fundamental organizar de forma adecuada la prevención secundaria en estos pacientes. Las guías de práctica clínica vigentes recalcan el papel fundamental de la atención primaria y de la continuidad asistencial en estos pacientes, así como de la rehabilitación cardíaca². Un componente muy importante de la prevención secundaria es el control lipídico, por lo que en la actualidad se recomienda alcanzar unos niveles de colesterol LDL < 55 mg/dl³. Sin embargo, estudios recientes siguen indicando que el control de la dislipidemia, en prevención secundaria, continúa siendo muy deficiente. Datos del EUROASPIRE V indican que, aunque el 84% de los pacientes tomaban tratamiento hipolipemiente, el 71% no alcanzaban un colesterol LDL < 70 mg/dl⁴. Y en el estudio REPAR,

publicado en 2016, solo lo hacía el 26% de los pacientes⁵. Una de las posibles causas para estos malos resultados es la falta de modelos organizativos con protocolos coordinados entre cardiología y atención primaria que garanticen una correcta continuidad asistencial. Nuestro objetivo es analizar cuáles son los modelos organizativos de continuidad asistencial tras un SCA en España.

Para ello, se seleccionaron 20 servicios de cardiología de segundo (10 centros) y tercer nivel (10 centros), que contestaron a un cuestionario enfocado al seguimiento precoz tras un SCA no complicado (con revascularización completa, sin isquemia residual ni insuficiencia cardíaca y con función ventricular normal). Según las respuestas, solo el 40% de los centros remitían a todos los pacientes tras un SCA a un programa de rehabilitación cardíaca en los 3 primeros meses tras el alta, para remitir, a continuación, al paciente a seguimiento en atención primaria (15%) o a consultas generales de cardiología (20%). El 35% de los centros realizaban el seguimiento de todos sus pacientes en consultas de cardiología durante el primer año y el 20% solo durante los primeros 3 o 6 meses, y derivaban después a atención primaria. Solo el 5% de los centros daban directamente el alta tras el ingreso a atención primaria, sin seguimiento en cardiología. En la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelanguita@secardiologia.es (M. Anguita Sánchez).

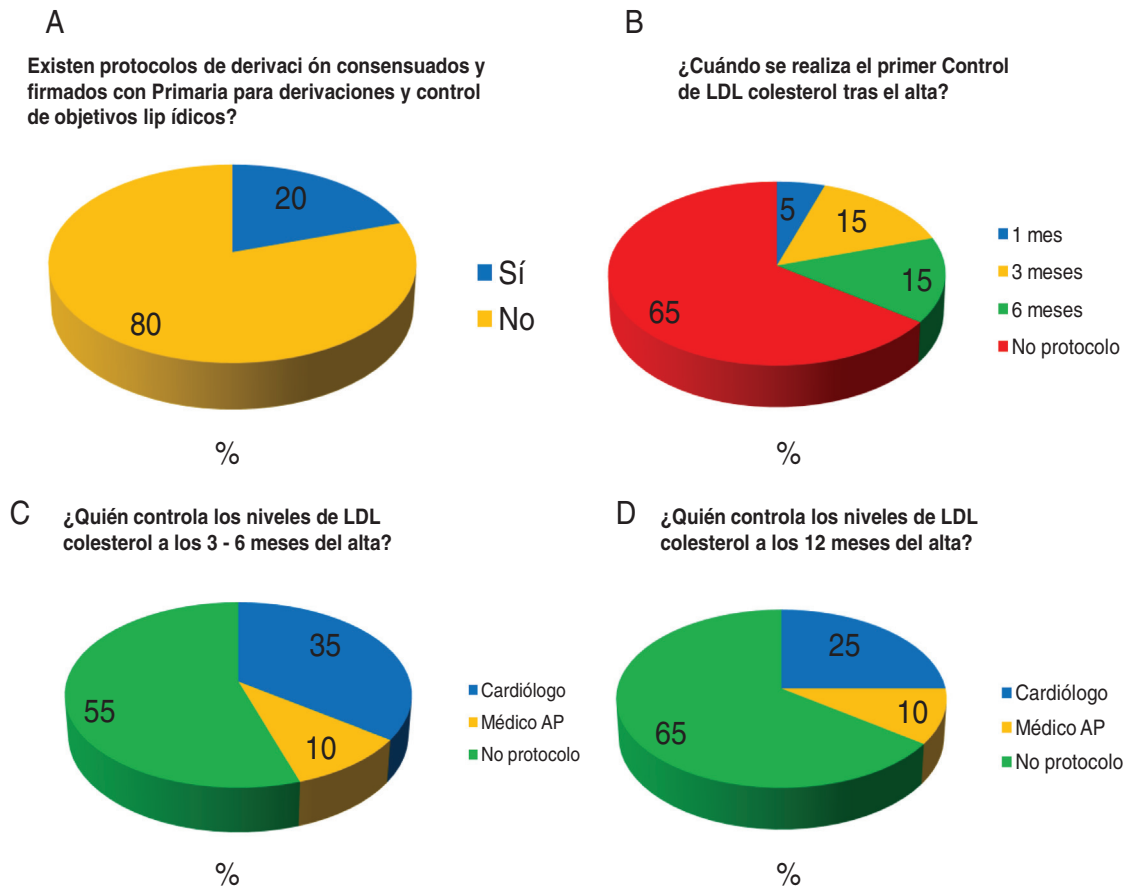


Figura 1 Organización del control de los niveles de colesterol LDL tras el alta por un síndrome coronario agudo.

figura 1 se muestran los resultados sobre la organización del control de los niveles de colesterol LDL tras el alta. Solo el 20% de los centros declaran tener protocolos consensuados y firmados con atención primaria para ello (fig. 1 A). En el 65% de los centros no existe un protocolo definido sobre cuándo se realiza el primer control de colesterol LDL tras el alta (fig. 1 B), mientras que un 5% lo hace al mes, un 15% a los 3 meses y el restante 15% a los 6 meses tras el alta. En más de la mitad de los centros no está tampoco establecido quién es el responsable del control de colesterol LDL (fig. 1 C y D). En los que sí lo tienen definido, es responsabilidad del cardiólogo en las 2/3 partes de los centros (fig. 1 C y D).

La organización de la prevención secundaria tras un SCA, al menos en lo que se refiere al control lipídico, parece, pues, deficiente en España, dado que no existen modelos organizados y bien definidos en más de la mitad de los centros. En cuanto a la continuidad asistencial, en el 80% de los casos no existen protocolos consensuados con atención primaria. Todos estos déficits pueden explicar, al menos en parte, la escasa consecución de los objetivos de colesterol LDL^{4,5}, además de disminuir los beneficios pronósticos para los pacientes en el seguimiento. Parece necesario mejorar esta situación mediante programas y modelos organizados y consensuados entre los servicios de cardiología y atención primaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con respecto a este trabajo.

Bibliografía

- Bertomeu V, Cequier A, Bernal JL, et al. In-hospital mortality due to acute myocardial infarction. Relevance of type of hospital and care provided. RECALCAR study. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:935-42.
- Piepoli M, Hoes AW, Agewall S, et al. Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:894-910.
- Mach F, Baigent C, Catapano A, et al. 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemia: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41:111-88.
- Santos RD. Inadequate control of atherosclerotic cardiovascular disease risk factors in Europe: EUROASPIRE repeats itself. *Eur J Prev Cardiol.* 2019;26:820-3.
- Galve E, Cordero A, Cequier A, Ruiz E, González Juanatey JR. Degree of lipid control in patients with coronary heart disease and measures adopted by physicians. REPAR study. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:931-8.