



# Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## VI CONGRESO CLÍNICO SEMFYC EN CARDIOVASCULAR

### Mesa 1: Manejo coordinado del paciente con enfermedad cardiovascular: en busca de la eficiencia

#### Moderador:

**José M. Lobos Bejarano**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Jazmín, Madrid, España. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC*

#### Ponentes y contenido:

**Gonzalo Barón Esquivias**

*Coordinador de Área del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. Presidente de la Sección de Cardiología Clínica de la SEC*

**Juan José Gómez Doblás**

*Director de la UGC del Área de Cardiología, Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga, España. Vocal de la Sección de Cardiología Clínica de la SEC*

**Santiago Díaz Sánchez**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Pintores, Madrid, España. Tutor de residentes en la UD de MFyC del Área Sur, Madrid, España. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC. Miembro del Grupo de Atención Primaria de la SEC*

#### Resumen

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son actualmente la causa más importante de mortalidad en el mundo occidental. En España, un 33 % de las muertes se deben en su conjunto a estas causas. En concreto la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica crónica constituyen, tanto de forma individual como en conjunto, un importante problema de salud pública en nuestro medio. Su prevalencia y su carga demográfica continúan aumentando y se espera que lo sigan haciendo en las próximas décadas, debido al envejecimiento de la población, a la disminución de la mortalidad por episodios coronarios agudos y por las distintas cardiopatías en general (lo que supone más pacientes con manifestaciones crónicas de la enfermedad durante largo tiempo) y de forma notable, por el aumento epidémico de importantes factores de riesgo determinantes de la ECV, como la diabetes y la obesidad. Aunque las tasas de mortalidad ajustadas por la edad no se han modificado o se han reducido levemente en las últimas décadas, no puede decirse lo mismo de la morbilidad, incluyendo los ingresos hospitalarios y los costes sanitarios, que se han incrementado ampliamente y seguirán haciéndolo.

Son escasos los modelos de gestión clínica compartidos entre atención primaria y cardiología, no tanto como ejercicio teórico, que puede haber muchos, sino los que realmente se han difundido y se aplican actualmente en la práctica real. Los modelos de gestión centrados en el paciente crónico tienen en la enfermedad cardiovascular un primer e importante reto en nuestro país y en las comunidades autónomas en particular, buscando la eficiencia, la óptima utilización de los recursos, más aún en el contexto económico actual, la reducción de la morbilidad y mortalidad preservando la calidad de vida de nuestros pacientes.

## Manejo coordinado del paciente con enfermedad cardiovascular: en busca de la eficiencia

**Jose M. Lobos Bejarano**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Jazmín, Madrid, España. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC*

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son actualmente la causa más importante de mortalidad en el mundo occidental. En España, un 33% de las muertes se deben en su conjunto a estas causas. En concreto la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica crónica constituyen, tanto de forma individual como en conjunto, un importante problema de salud pública en nuestro medio. Su prevalencia y su carga demográfica continúan aumentando y se espera que lo sigan haciendo en las próximas décadas, debido al envejecimiento de la población, a la disminución de la mortalidad por episodios coronarios agudos y por las distintas cardiopatías en general (lo que supone más pacientes con manifestaciones crónicas de la enfermedad durante largo tiempo) y, de forma notable, por el aumento epidémico de importantes factores de riesgo determinantes de la ECV, como la diabetes y la obesidad. Aunque las tasas de mortalidad ajustadas por la edad no se han modificado o se han reducido levemente en las últimas décadas, no puede decirse lo mismo de la morbilidad, incluyendo los ingresos hospitalarios, y los costes sanitarios, que se han incrementado ampliamente y seguirán haciéndolo.

Son escasos los modelos de gestión clínica compartidos entre atención primaria y cardiología, no tanto como ejercicio teórico, que puede haber muchos, sino los que realmente se han difundido y se aplican actualmente en la práctica real. Los modelos de gestión centrados en el paciente crónico tienen en la enfermedad cardiovascular un primer e importante reto en nuestro país y en las comunidades autónomas en particular, buscando la eficiencia, la óptima utilización de los recursos, más aún en el contexto económico actual, la reducción de la morbilidad y mortalidad preservando la calidad de vida de nuestros pacientes.

## Fibrilación auricular. Coordinación interniveles

**Gonzalo Barón Esquivias**

*Coordinador de Área del Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. Presidente de la Sección de Cardiología Clínica de la SEC*

### ¿Dónde se diagnostica la fibrilación auricular?

Los datos del estudio FIATE nos han confirmado como la mayoría de pacientes que padecen fibrilación auricular (FA) son sintomáticos, y nos han mostrado como el diagnóstico se realiza tanto en los servicios de urgencias como en otros lugares diferentes, dependiendo de los síntomas que presenten<sup>1</sup>:

1. El 75%, aproximadamente, presenta síntomas y consulta en las urgencias de los centros de salud, servicio de urgencias extrahospitalario (061) u hospitalarias. Un 25% refiere síntomas inespecíficos, mientras que un 50% refiere síntomas muy diversos, de los que el más frecuente son las palpitaciones y en un 5% de casos el debut es un accidente isquémico vascular cerebral.
2. El 25%, aproximadamente, son pacientes asintomáticos a los que se les descubre la FA de manera casual.
  - Valoraciones realizadas en atención primaria (AP). En las consultas de AP es frecuente que cuando se realiza el control de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV), en la auscultación ante un cuadro de infección respiratoria y cualquier ocasión en la que se ausculta el corazón en un adulto no es infrecuente detectar un pulso arritmico y confirmar con un electrocardiograma (ECG) la presencia de una FA. Es frecuente que esta detección sea realizada por la enfermería, ya que su contacto con los pacientes crónicos representa una gran oportunidad para este diagnóstico.
  - Pacientes portadores de desfibrilador automático implantable o marcapasos, en cuyos registros (histogramas o electrogramas) se detecten episodios de FA durante las revisiones rutinarias o de monitorización domiciliaria.
  - Pacientes revisados en las consultas externas de especialidades como cardiología o medicina interna.
  - Pacientes sometidos a estudios preoperatorios en los servicios de anestesia.

### ¿Cuáles son los criterios de derivación a un servicio de urgencias al diagnosticar una fibrilación auricular?

- La presencia de cardiopatía previa de riesgo (valvulopatías severas, disfunción ventricular severa, hipertrofias severas, cardiopatía isquémica no revascularizada).
- Paciente con síndrome de Wolff-Parkinson-White.
- Inestabilidad hemodinámica con clínica de insuficiencia cardíaca, disnea, síncope, hipotensión, etc.
- También son de derivación urgente los pacientes con criterios de cardioversión inmediata.

### ¿Cómo debe desarrollarse la valoración clínica de un paciente con fibrilación auricular al ser diagnosticado?

El manejo agudo de los pacientes con FA se debe centrar en aliviar los síntomas y valorar el riesgo asociado a la FA:

a) debe realizarse una cuidadosa historia clínica y exploración física prestando especial atención a los antecedentes de FRCV, a la existencia de datos de enfermedad cardiovascular subclínica y a los antecedentes de manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular. La evaluación clínica debe incluir la determinación de la clasificación EHRA (tabla 1). Se debe realizar siempre un ECG de 12 derivaciones que, además de confirmar la arritmia, sirve para evaluar signos de cardiopatía estructural; b) se debe estimar el riesgo de embolia mediante el CHADS<sub>2</sub> y el CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc SCORE, y del riesgo hemorrágico mediante la escala HASBLED; c) se debe hacer hincapié en la búsqueda de factores que predisponen a la FA y complicaciones de la arritmia, y d) se debe decidir entre la estrategia de control de la frecuencia o control de ritmo. Es conveniente disponer de una analítica y de una radiografía de tórax<sup>2</sup>.

Tabla 1 Clasificación EHRA	
Clase EHRA	
EHRA I	No síntomas
EHRA II	Síntomas ligeros: actividad diaria normal no afectada
EHRA III	Síntomas severos: actividad diaria normal afectada
EHRA IV	Síntomas incapacitantes: actividad diaria normal discontinuada

### ¿Cuáles son los criterios de derivación a un servicio de cardiología al diagnosticar una fibrilación auricular?

Dependiendo de las circunstancias clínicas de los pacientes y de la organización del área de salud de que se trate, se pueden elegir diferentes modalidades de valoración inicial y seguimiento de los pacientes.

La visión de este punto debe ser que cada profesional aporte valor añadido al proceso, optimizando el uso de los recursos y manteniendo la calidad de la atención al paciente.

Siempre que se diagnostique una FA se debe realizar una valoración por cardiología para que realice el estudio inicial, instaure el tratamiento y controle inicialmente. Esto se priorizaría para los pacientes con FA aislada (FA en paciente menor de 60 años sin FRCV ni datos de enfermedad cardiovascular previa), pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica u otra cardiopatía estructural no estudiados previamente o en seguimiento por cardiología.

### ¿Qué especialista debe realizar el seguimiento clínico de los pacientes con fibrilación auricular conocida?

En los casos en que el paciente esté estabilizado, independientemente de que se trate de FA paroxística, persistente o permanente, debe ser seguido en AP. El control de los factores de riesgo, sobre todo la presión arterial, y el manejo de la terapia antitrombótica son actuaciones que son competencia del médico de familia.

Durante las visitas de seguimiento se debe registrar un ECG de 12 derivaciones para documentar el ritmo y la frecuencia y para estudiar la progresión de la enfermedad. En pacientes que reciban tratamiento farmacológico antiarrítmico es importante valorar los signos electrocardiográficos potencialmente proarrítmicos, como el alargamiento de los intervalos PR, QRS o QT, taquicardia ventricular no sostenida o pausas. Si se produce algún empeoramiento de los síntomas se debe considerar la reevaluación por cardiología.

### ¿Cuáles deben ser los criterios de reevaluación por cardiología en pacientes con fibrilación auricular conocida?

La aparición de signos y síntomas de descompensación hemodinámica, la mala respuesta al control de la frecuencia o la intolerancia o secundarismos al tratamiento, y la aparición de nueva clínica son criterios para derivar a cardiología, así como la detección de cardiopatía estructural. Los pacientes en los que se ha decidido seguir la estrategia de control del ritmo que estén en tratamiento con fármacos antiarrítmicos, o en los que se pueda establecer indicación de ablación de venas pulmonares deben ser reevaluados de manera periódica por cardiología.

### Bibliografía

1. Lobos JM, Del Castillo JC, Mena-González A, Aleman JJ, Cabrera JA, Pastor A, et al. Características de los pacientes y manejo terapéutico de la fibrilación auricular en atención primaria en España: Estudio FIATE. *Med Clin (Barc)*. 2013.
2. Camm J, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology. *Eur Heart Journal*. 2010;31: 2369-429.

## Manejo coordinado del paciente con enfermedad cardiovascular: en busca de la eficiencia. Insuficiencia cardíaca

### Juan José Gómez Doblás

Director de la UGC del Área de Cardiología,  
Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga, España.  
Vocal de la Sección de Cardiología Clínica de la SEC

Para ofrecer una *prestación integral de salud* y garantizar la *continuidad asistencial* es necesario *coordinar* ambos niveles asistenciales. Pero la realidad es que los CAP no

tienen bien estructurada su relación con el hospital de referencia de forma plenamente satisfactoria para ambas instituciones ni para el paciente, lo que se traduce en una incomodidad para el paciente, una peor calidad del servicio prestado, así como una disminución de la eficiencia del sistema. En la gestión de un sistema sanitario de *recursos limitados*, como el nuestro y los de nuestro entorno, es fundamental *aumentar la eficiencia* en la provisión de los servicios prestados.

En una consulta de cardiología, las 2 principales fuentes de consultas son, por un lado, las *primeras visitas* (30-40%), en su mayor parte *derivaciones desde atención primaria* (AP) y, en menor grado, de otras especialidades, y, por otro, las *revisiones* (60-70%).

Uno de los diversos beneficios, y más estudiados, que se derivan de la implementación en la coordinación entre la AP y la atención especializada es la *disminución de las derivaciones innecesarias por parte de AP* mediante una serie de intervenciones; sin embargo existe otro más indirecto y menos estudiado, consecuencia de las mismas intervenciones, que repercutiría en una *disminución de las revisiones indicadas por los propios especialistas*. Y es que a través del examen de nuestro propio ejercicio diario descubrimos una tendencia a la sobreindicación de citas de revisión para una serie de patologías muy prevalentes en nuestro medio, que se tornarían, en gran parte, innecesarias con el fomento de la relación entre ambos niveles.

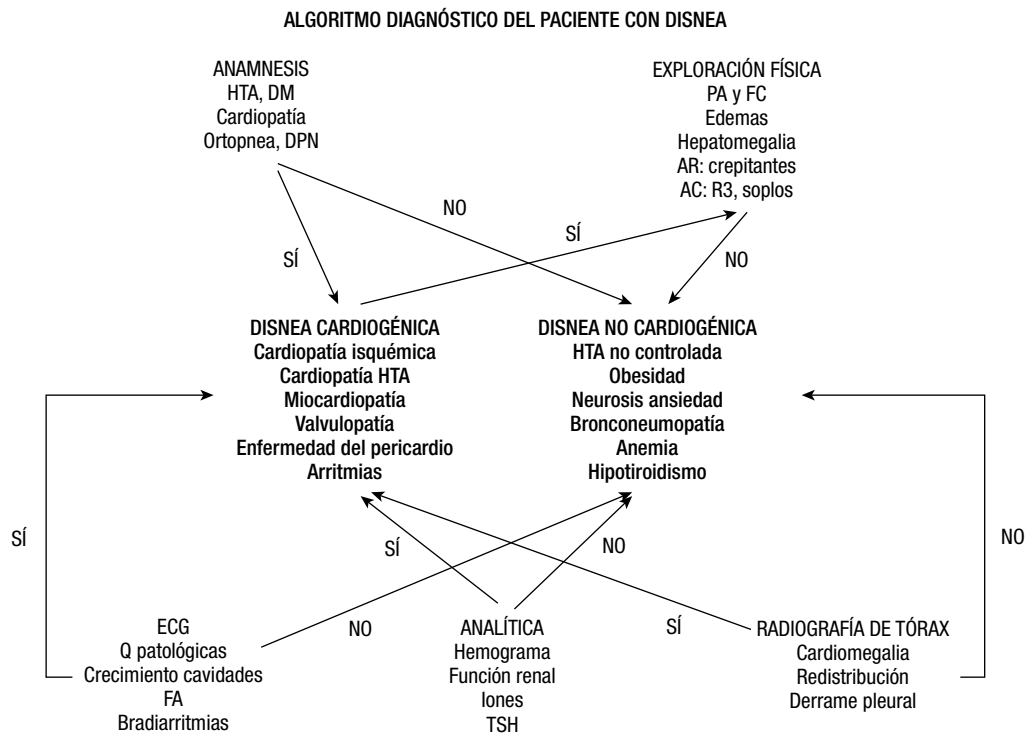
Para la consecución de dicho objetivo se debería, idealmente, incluir el uso de *protocolos de derivación* local comunes y de *protocolos de seguimiento*, con la *implicación activa de los especialistas* mediante *sesiones infor-*

*mativas y seminarios conjuntos* para aumentar el grado de conocimiento mutuo, resolver las dudas más frecuentes y comentar casos clínicos seleccionados. Uno de los pilares fundamentales para el éxito de este tipo de intervenciones reside necesariamente en la *fluidez y continuidad* de dicha *comunicación*, para lo cual, además de la presencia física ocasional del especialista en el centro de salud, se requeriría de la habilitación de otros medios de mayor *agilidad*, como la comunicación telefónica, mediante correo electrónico e, idealmente, mediante videoconferencia, que sientan las bases de la *telemedicina* del futuro. En un análisis descriptivo de las derivaciones de AP a nuestra consulta de cardiología, las principales causas de derivación fueron:

- Valoración de cardiopatía isquémica crónica.
- Fibrilación auricular.
- Valvulopatías.
- Disnea/insuficiencia cardíaca (IC).
- Otras causas.

### Criterios de derivación y flujo de pacientes con IC/disnea

La disnea se define como la percepción subjetiva de falta de aire y el paciente suele referirla como sensación de ahogo. Aunque constituye el síntoma principal en la IC puede estar en relación con otras causas, por lo que es fundamental elaborar una estrategia diagnóstica al afrontar este tipo de pacientes.



**Figura 1.** Algoritmo diagnóstico del paciente con disnea. DB: diabetes mellitus; FA: fibrilación auricular; FC: frecuencia cardíaca; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial.

## SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN LA DISNEA DE ORIGEN CARDIOGÉNICO

<p><b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</b> Factores de riesgo + Angina / IAM previos Ondas Q / T invertidas en ECG</p>	<p><b>CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA</b> HTA larga duración y regular control Disnea de esfuerzo Redistribución en radiografía de tórax Crecimiento del ventrículo izquierdo en ECG</p>
<p><b>ESTENOSIS AÓRTICA</b> FRCV + Disnea de esfuerzo Soplo sistólico irradiado a carótidas No cardiomegalia, calcificación botón aórtico Crecimiento de VI en ECG</p>	<p><b>MIOCARDIOPATÍA DILATADA</b> Historia de C. isquémica / C. HTA Enolismo / miocarditis / quimioterapia Soplo sistólico por insuficiencia mitral Cardiomegalia en radiografía de tórax Crecimiento VI / BRI / FA en ECG</p>
<p><b>MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA</b> Antecedentes familiares de cardiopatía y muerte súbita Soplo sistólico si gradiente dinámico + No cardiomegalia Crecimiento VI en ECG</p>	<p><b>INSUFICIENCIA MITRAL</b> Antecedentes de cardiopatía isquémica Soplo sistólico en ápex irradiado a axila Episodios frecuentes de FA o FA crónica Cardiomegalia Crecimiento AI y VI en ECG</p>
<p><b>ESTENOSIS MITRAL</b> Antecedentes de fiebre reumática Retumbo diastólico en ápex FA con frecuencia desencadenante Crecimiento AI y VD en Rx tórax Crecimiento AI y eje derecho en ECG</p>	<p><b>ARRITMIAS</b> ECG diagnóstico Bradiarritmias Fibrilación auricular Sospechar disfunción sinusal en ancianos</p>
<p><b>DERRAME PERICÁRDICO</b> Insuficiencia cardíaca derecha predominante Generalmente larga evolución Gran cardiomegalia Bajo voltaje en ECG</p>	<p><b>PERICARDITIS CONSTRICTIVA</b> Insuficiencia cardíaca derecha predominante Antecedentes de cirugía cardíaca, TBC, radioterapia Calcificación pericárdica en radiografía de tórax</p>

**Figura 2.** Sospecha diagnóstica en la disnea de origen cardiogénico. ECG: electrocardiograma; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial.

## Actitud ante un paciente con disnea

**Anamnesis y exploración física.** Es importante establecer la presencia de factores de riesgo cardiovascular (especialmente HTA) y de antecedentes de cardiopatía (enfermedad coronaria, miocardiopatías, valvulopatías, etc.) y de fiebre reumática, así como de orptonea y episodios de disnea paroxística nocturna acompañantes. En la orientación inicial se valorarán el momento de aparición (disnea aguda o crónica) y su relación o no con el esfuerzo. En la exploración se debe buscar la presencia de edemas con fovea en ambos miembros inferiores, hepatomegalia y aumento del perímetro abdominal. No olvidar que la obesidad es causa de disnea por hipoventilación asociada e intolerancia al ejercicio. Asimismo será fundamental tomar la presión arterial para descartar una crisis hipertensiva. En la auscultación se pueden evidenciar crepitantes húmedos, hipoventilación basal (en relación con derrame pleural) así como galope por tercer ruido y soplos.

**Analítica.** Permite identificar causas no cardiológicas como la anemia y el hipotirodismo; además permite una aproximación terapéutica posterior (iones, glucemia, función renal, perfil lipídico).

**Radiografía de tórax.** Se debe valorar la presencia de cardiomegalia, redistribución vascular, ocupación de cisuras,

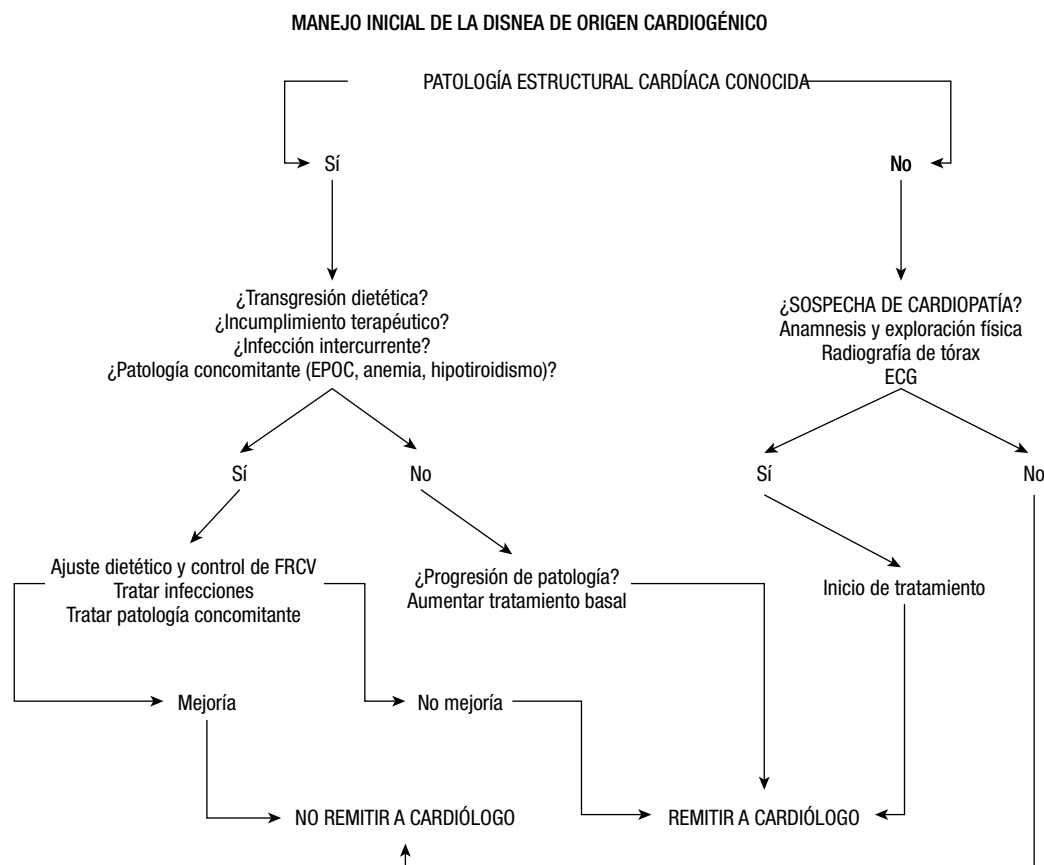
derrame pleural izquierdo o bilateral. Descartar la presencia de patología pulmonar (bronquiectasias, condensaciones, masas, etc.).

**Electrocardiograma.** Puede evidenciar la existencia de crecimiento de cavidades, cardiopatía isquémica previa (necrosis antigua), fibrilación auricular y bradiarritmias.

En el caso de un origen cardiológico de la disnea suele haber evidencia significativa de este con los métodos previos.

En determinados casos de disnea de origen cardiogénico se puede intentar realizar una aproximación terapéutica por parte del médico de familia (control de los factores de riesgo cardiovascular e inicio de tratamiento diurético y vasodilatador en presencia de signos de congestión).

En caso de sospecha de una patología cardíaca y tras descartar procesos extracardíacos que pueden ocasionar disnea (obesidad, bronconeumopatías, anemia, deformidades de la caja torácica, hipotirodismo, neurosis de ansiedad) está justificada su remisión a la consulta de cardiología de forma ambulatoria. En caso de sospecha de patología cardiorrespiratoria aguda se debe remitir al paciente al servicio de urgencias. En los centros que pueden disponer de BNP o NT-proBNP esta puede ser una estupenda herramienta por su elevado valor predictivo negativo.



**Figura 3.** Manejo inicial de la disnea de origen cardiogénico. ECG: electrocardiograma; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FRCV: factores de riesgo cardiovascular.

## Actitud ante un paciente con empeoramiento de su disnea

En el caso de un origen cardiológico se debe establecer la presencia de un factor desencadenante que pueda justificar el empeoramiento como paso previo a su remisión al especialista: transgresión dietética y abandono del tratamiento, toma de antiinflamatorios no esteroideos, infecciones intercurrentes (respiratorias, urinarias, etc.). En este caso intentar solventar dicha eventualidad y si no se produce mejoría remitir al cardiólogo

## Cardiopatía isquémica crónica

### Santiago Díaz Sánchez

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Pintores, Madrid, España. Tutor de Residentes en la UD de MFyC del Área Sur, Madrid, España. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC. Miembro del Grupo de Atención Primaria de la SEC*

La cardiopatía isquémica (CI) es una patología de elevada prevalencia y mal pronóstico, subsidiaria de distintas opciones terapéuticas en función de su gravedad; por tanto, todo paciente con sospecha de padecerla ha de ser sometido a un exhaustivo estudio que permita establecer el diagnóstico de certeza y su grado de severidad, con objeto de instaurar el tratamiento más adecuado en el menor tiempo posible. El tratamiento de la CI persigue un doble objetivo: controlar sintomáticamente al paciente y entretener la evolución de la enfermedad arteriosclerótica de base; por tanto, una vez diagnosticados y tratados, los pacientes han de ser reevaluados periódicamente con objeto de adecuar el tratamiento a la evolución de la enfermedad.

Son múltiples las estructuras diseñadas para alcanzar los objetivos citados, entre otras, las consultas cardiológicas de alta resolución o las unidades de dolor torácico, en función de los medios humanos y materiales disponibles en cada zona asistencial. No obstante, para conseguir un flujo adecuado de pacientes entre niveles, optimizar dichos recursos y evitar las demoras injustificadas o la duplicación de pruebas, resulta imprescindible la coordinación entre atención primaria (AP) y cardiología, sea cual sea el modelo elegido.

Por lo general, el paciente con angina estable (AE) suele realizar la primera consulta en el ámbito de la AP, por lo que será responsabilidad de este nivel asistencial realizar el diagnóstico de sospecha, priorizar la derivación al car-

diólogo en función de su potencial gravedad y establecer el tratamiento adecuado hasta que se complete el estudio.

La gravedad de la CI y la eficacia de su tratamiento obligan a realizar, en la mayoría de las ocasiones, diagnósticos de certeza basados en complejos algoritmos diagnósticos<sup>1</sup> que hacen siempre necesaria la intervención del nivel especializado. También será responsabilidad exclusiva del cardiólogo la instauración de determinados tratamientos y el seguimiento clínico de los pacientes inestables o con peor pronóstico.

El pronóstico a largo plazo de la AE es variable y las opciones de tratamiento se han ampliado considerablemente en función de la estratificación del riesgo (alto riesgo: mortalidad anual > 2%, bajo riesgo: mortalidad anual < 1%)<sup>2</sup>. El proceso de estratificación obedece a un doble objetivo: establecer el pronóstico y decidir el tratamiento cardiológico más adecuado, ya que las opciones terapéuticas más agresivas producen beneficio pronóstico solo en los subgrupos de mayor riesgo, con escaso beneficio en los de buen pronóstico<sup>3</sup>.

Una vez establecido el diagnóstico y el tratamiento de la CI, su carácter evolutivo hace necesario un control clínico estrecho del paciente que permita establecer las modificaciones terapéuticas más adecuadas en cada caso. Este control, en función de las características del paciente, deberá ser, en ocasiones, responsabilidad exclusiva del cardiólogo, pero en otros casos debería ser asumido prioritariamente por el médico de AP o compartido por ambos niveles. Las características propias de la AP permiten supervisar la cumplimentación del tratamiento y establecer de forma ágil y precoz de las modificaciones terapéuticas necesarias.

## Prioridades de derivación

Todo paciente con sospecha de CI crónica de reciente aparición ha de ser valorado por un cardiólogo; no obstante, la AE no suele ser una urgencia médica que requiera estudio inmediato por un servicio de urgencias hospitalario, salvo que hayan dudas diagnósticas que impliquen entidades más graves (angina inestable, infarto agudo de miocardio, em-

bolia pulmonar) o que el cuadro se presente en pacientes con determinados condicionantes clínicos. La priorización de la derivación como preferente (< 10 días) o programada (demoras > 1 mes), dependerá fundamentalmente de la situación clínica del paciente (tabla 1), aunque también han de tenerse en cuenta las condiciones asistenciales de cada zona, los tiempos medios de demora, la existencia de consultas de alta resolución o de unidades de dolor torácico, la experiencia individual del médico de AP y la capacidad del paciente de entender los síntomas de alarma.

## Control del paciente crónico estable

La estratificación del riesgo en el paciente con AE constituye un objetivo fundamental en la valoración cardiológica, puesto que de ella dependerán tanto la instauración del tratamiento definitivo como la elección del ámbito en el que se debe llevar a cabo la mayor parte del seguimiento y el control del paciente. La valoración clínica, la respuesta a la prueba de estrés, la cuantificación de la función ventricular y el grado de CI, son los datos clave para la estratificación del riesgo en estos pacientes.

Las pruebas no invasivas presentan un aceptable valor predictivo de episodios adversos en pacientes con baja probabilidad presentar CI severa (riesgo de mortalidad cardiovascular anual < 1%); en pacientes de riesgo elevado (mortalidad > 2%) la coronariografía sí resulta rentable. En pacientes de riesgo intermedio han de ser valorados otros factores pronósticos como los síntomas, la clase funcional, el estilo de vida, la ocupación, las comorbilidades o la respuesta a la terapia inicial. Una vez que se ha realizado la estratificación del riesgo (tabla 2) y se ha decidido el tratamiento definitivo, el paciente debe ser evaluado periódicamente para confirmar que presenta una adecuada evolución clínica y para monitorizar el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y los posibles cambios electrocardiográficos.

En general, los pacientes considerados de riesgo bajo que permanecen clínica y hemodinámicamente estables desde el inicio de los síntomas o al año de un síndrome coronario agudo no complicado y que muestran buena función ven-

**Tabla 1** Criterios de derivación en la cardiopatía isquémica crónica

Programada (superior al mes)	Programada preferente (< 10 días)	Urgencia hospitalaria
Dolor atípico: ECG normal y RCV bajo/medio Ángor estable: ajuste de tratamiento	Dolor atípico: ECG normal y RCV alto Ángor de esfuerzo: – GF I-II, estable – Sin cardiopatía asociada – Sin cambios en ECG basal – Sin comorbilidad – Con estabilidad hemodinámica	Dolor atípico: ECG alto <sup>b</sup> y RCV alto Ángor: – De reciente comienzo GF II <sup>c</sup> – Progresivo – Incapacitante (GF III-IV) – Al mes de un IAM, RVP o <i>bypass</i> – Con inestabilidad hemodinámica

ECG: electrocardiograma; GF: grado funcional; IAM: infarto de miocardio; RCV: riesgo cardiovascular; RVP: revascularización percutánea.

<sup>a</sup>Angina que cursa sin síncope, insuficiencia cardíaca ni hipotensión.

<sup>b</sup>Alteraciones sugerentes de isquemia: descenso ST, inversión simétrica onda T en varias derivaciones consecutivas.

<sup>c</sup>Individualizar y protocolizar en cada centro en función de recursos y experiencia.

<sup>d</sup>Que cursa con síncope, insuficiencia cardíaca o hipotensión.

**Tabla 2** Estratificación del riesgo en la cardiopatía isquémica crónica

Riesgo alto (mortalidad anual > 2%)	Riesgo intermedio (mortalidad anual 1-2%)	Riesgo bajo (mortalidad anual <1%)
IAM previo (1 año) IC durante el ingreso FEVI < 35% CF < 5 METS Descenso ST > 2 mm en PE	IAM complicado (> 1 año), estable Angina con más de 5 METS FE del 30-50% Signos de isquemia residual	IAM no complicado (> 1 año) CF > 7 METS FE > 50% Sin isquemia residual Sin arritmias ventriculares

IAM: infarto de miocardio; IC: insuficiencia cardíaca; FEVI: fracción de eyección del VI; CF: capacidad funcional.

**Tabla 3** Seguimiento del paciente con cardiopatía isquémica crónica

Preferentemente en AP	Preferentemente en cardiología
Dolor no coronario o atípico con ergometría (-) CI crónica de riesgo bajo y buen control Tras IAM, si riesgo bajo y estable al año Tras RV, si riesgo bajo y estable al año Dificultades de desplazamiento/comorbilidad	1.º año tras IAM, RV o diagnóstico de angina Angina post-IAM o RV + riesgo medio/alto Mal control sintomático Patología CV concomitante

AP: atención primaria; CI: cardiopatía isquémica; IAM: infarto de miocardio; RV: revascularización, CV: cardiovascular.

tricular, al igual que los que han sido sometidos a un proceso de revascularización, podrán realizar el seguimiento de la enfermedad en AP (tabla 3). Los pacientes sometidos a una coronariografía con revascularización y resultado angiográfico óptimo, sin isquemia ni lesiones en otros vasos, con buena evolución clínica y sin isquemia detectable mediante procedimientos no invasivos, también se consideran pacientes de bajo riesgo. El seguimiento clínico y terapéutico de estos pacientes, así como el control de los FRCV, debe ser responsabilidad del médico de AP, y la frecuencia de los controles clínicos y analíticos dependerá de su situación clínica, aunque se recomienda inicialmente una periodicidad semestral y posteriormente anual.

## Bibliografía

1. Fox K, Alonso MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al; Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología sobre el Manejo de la Angina Estable. Guía sobre el manejo de la angina estable. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:919-70.
2. Braunwald E, Domanski MJ, Fowler SE, Geller NL, Gersh BJ, Hsia J, et al. Angiotensin converting-enzyme inhibition in stable coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2004;351:2058-68.
3. Yusuf S, Zucker D, Peduzzi P, Fisher LD, Takaro T, Kennedy JW, et al. Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet*. 1994;344:563-70.

## Mesa 2: Intervenciones en prevención del riesgo vascular. De las guías a la práctica clínica

### Moderador:

#### Enrique Martín Rioboo

Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Asociado, Universidad de Córdoba, Córdoba, España. Coordinador del GdT HTA de la SAMFyC y de la semFYC. Miembro del Grupo Cardiovascular del PAPPs

### Ponentes y contenido:

#### Domingo Orozco Beltrán

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Cabo Huertas, Alicante. Profesor Asociado, Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche, Alicante, España. Miembro del Grupo de Cardiovascular del PAPPs



**José Ignacio Cuende Melero**

*Doctor en Medicina, Experto en Probabilidad y Estadística en Medicina y en Gestión de Servicios de Salud, Especialista en Medicina Interna, Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial de Palencia, Palencia. Profesor en la Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia, Palencia, España*

**Lisardo García Matarín**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Puebla de Vácar, UGC El Parador de Almería, Almería, España. Coordinador del GdT HTA de la SAMFyC. Miembro del Grupo HTA de la SEMERGEN*

## ¿Es la diabetes una enfermedad de alto o muy alto riesgo vascular?

### Domingo Orozco Beltrán

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Cabo Huertas, Alicante.*

*Profesor Asociado, Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche, Alicante, España. Miembro del Grupo de Cardiovascular del PAPPs*

Actualmente se dispone de intervenciones eficaces, tanto farmacológicas como no farmacológicas, que permitirían prevenir la mitad de los casos de complicaciones cardiovasculares (CV) en la diabetes. Sin embargo, las enfermedades CV siguen siendo la primera causa de muerte en la población española, tanto en personas diabéticas como no diabéticas. En la diabetes, la enfermedad CV es entre 2 y 4 veces más frecuente, y es más precoz y más agresiva. Por ello es preciso analizar las recomendaciones, las evidencias disponibles y las barreras que impiden que estas intervenciones se generalicen en la práctica clínica habitual.

La enfermedad CV es de las patologías más analizadas y conocemos bien los factores que condicionan su aparición, muchos de ellos modificables. Los factores de riesgo CV en la diabetes son la hipertensión arterial (HTA), la dislipemia, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo. Más del 80% de pacientes con diabetes tipo 2 presenta HTA y dislipemia, y aproximadamente un 15% sigue fumando. Pero menos de un 10% tiene todos estos factores controlados. Aunque la dislipemia es el factor más condicionante y el menos tratado, el mayor beneficio para la prevención CV se obtiene con la intervención integral sobre todos los factores de riesgo, si bien el control glucémico intensivo no parece reducir las causas de mortalidad total en pacientes con DM2, por lo que resulta más concluyente el control de los demás factores. Es más, se han observado diferencias en el riesgo CV en función del tratamiento hipoglucemizante siendo mayor para algunas sulfonilureas que para metformina. Por otro lado, el control glucémico intensivo en pacientes evolucionados o con complicaciones o mayores de 70 años puede aumentar el riesgo CV.

### Recomendaciones de las guías de práctica clínica respecto al riesgo vascular de la diabetes mellitus tipo 2

Todas las guías incluyen la diabetes como una situación de riesgo CV elevado. Así, la reciente guía europea de preven-

ción CV incluye entre las categorías de muy alto riesgo a la DM1 o DM2 con 1 o más factores de riesgo CV o lesión de órgano diana (como microalbuminuria 30-300 mg/24 h), dando una equivalencia en riesgo a los pacientes que han padecido un episodio coronario. La guía PAPPs de 2012 también dice que el paciente con enfermedad cardiovascular constituye la máxima prioridad en prevención cardiovascular, ya que el riesgo es más elevado, las intervenciones son más eficientes y la magnitud del beneficio es mayor. Un riesgo de muerte CV  $\geq 5\%$  obtenido por la tabla SCORE determina un riesgo CV alto. La diabetes se considera dentro de este grupo con unas particularidades de tratamiento y objetivos. Otras guías, como IDF, ADA, EASD, Ministerio de Sanidad, Nice, consideran a la diabetes como de alto riesgo, pero los objetivos de control son variables. En algunas se recomienda la medición del riesgo, en otras, como NICE, se recomienda iniciar un tratamiento con simvastatina o equivalente en pacientes con diabetes mayores de 40 años.

### Qué evidencia sustenta dichas recomendaciones para considerar a la diabetes como de alto o muy alto riesgo vascular

Si bien el estudio de Hafner mostró una equivalencia de riesgo coronario entre pacientes con diabetes en prevención primaria y pacientes no diabéticos en prevención secundaria, otros estudios como el de Evans no lo han corroborado. Sí que es cierto que en todos los estudios, tanto de cohortes como de ECA, muestran que la diabetes tiene un riesgo CV aumentado. El estudio epidemiológico de Schramm, realizado en Dinamarca, con más de 3 millones de personas, evidenció que los sujetos con diabetes sin episodios CV previos, tratados farmacológicamente, presentaban un riesgo equivalente al de los sujetos en prevención secundaria, por lo que los autores recomiendan el uso precoz de medicación profiláctica CV.

### Cuáles serían los objetivos terapéuticos de los principales factores de riesgo cardiovascular en los pacientes diabéticos en función de su riesgo vascular

Aunque todas las guías incluyen la diabetes como un situación de riesgo CV elevado se establecen objetivos de control diferentes. La guía europea ESC/EAS de manejo de la dislipemia establece como objetivo terapéutico para todas las personas con diabetes tipo 2 o tipo 1 con microalbuminuria en  $< 70$  mg/dl, o una reducción  $\geq 50\%$  de los títulos basales de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL)

catalogándolos como de muy alto riesgo. La guía europea de prevención CV de 2012 propone un objetivo de 70 mg/dl de cLDL a los pacientes de muy alto riesgo, como son los de prevención secundaria o la DM1 o DM2 con 1 o más factores de riesgo CV o lesión de órgano diana (como microalbuminuria 30-300 mg/24 h), dando una equivalencia en riesgo a los pacientes que han padecido un episodio coronario. En la guía PAPPs de 2012, aunque se reconoce que la diabetes tipo 2 es una situación de alto riesgo CV, el objetivo de control planteado es más laxo, de 100 mg/dl. La ADA 2013 recomienda el objetivo de 70 para pacientes con diabetes y enfermedad CV (prevención secundaria) y 100 mg/dl en prevención primaria. En el consenso español para el tratamiento de la DM en el paciente anciano se recomienda 100 mg/dl de cLDL, pero 70 mg/dl si el paciente es de muy alto riesgo. La guía NICE recomienda el tratamiento con simvastatina o similar en todos los pacientes con DM y de más de 40 años, independientemente de su situación en cuanto a comorbilidad planteando el objetivo de 80 mg/dl de cLDL.

## Actualización de las guías de práctica clínica en prevención vascular. Acuerdos y desacuerdos con las tablas de riesgo

**José Ignacio Cuende Melero**

*Doctor en Medicina, Experto en Probabilidad y Estadística en Medicina y en Gestión de Servicios de Salud, Especialista en Medicina Interna, Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial de Palencia, Palencia. Profesor en la Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia, Palencia, España*

Las 2 últimas guías publicadas de ámbito europeo han sido la Guía Europea de Manejo de Dislipemias (ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias) de las Sociedades Europeas de Cardiología y Arteriosclerosis publicada en 2011, y la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice [version 2012]) publicada en 2012 por varias sociedades europeas.

Ambas guías utilizan el sistema SCORE para cuantificar el riesgo cardiovascular en sujetos sin episodios cardiovasculares previos. No obstante difieren en algunos detalles en la estratificación del riesgo cuando hay ciertas condiciones clínicas.

La Guía Europea de Manejo de Dislipemias introduce como novedad en los sujetos de muy alto riesgo cardiovascular el objetivo terapéutico en cuanto a los niveles de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) de < 70 mg/dl. Dicho objetivo expuesto explícitamente era antes de la publicación de estas guías un consejo sugerido en las guías previas.

Por su parte, una de las novedades que recoge la Guía Europea de Prevención Cardiovascular es la utilización del concepto de edad vascular como complementario al de riesgo cardiovascular. Dicho concepto es especialmente útil en

el manejo de los pacientes jóvenes que, aunque no lleguen a niveles altos de riesgo cardiovascular, su edad vascular está notablemente incrementada por la elevación de múltiples factores de riesgo cardiovascular.

Otro concepto epidemiológico reciente es el de riesgo cardiovascular de por vida (*lifetime risk*) llevando el cálculo del riesgo a un horizonte más allá de los 10 años habituales. Este concepto también puede ser útil en la población joven.

Aunque se esperaba para 2012, aun no está publicada la Guía de Manejo de Hipertensión de las Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión esperando su inminente publicación en el Congreso Europeo de Hipertensión que se celebrará en Milán a mediados de junio de este año.

En la esfera norteamericana se espera la próxima publicación de varias guías elaboradas por el National Heart, Lung and Blood Institute:

- Managing Blood Cholesterol in Adults: Report from the Adult Treatment Panel (ATP).
- Managing Blood Pressure in Adults: Report from the Joint National Committee (JNC).
- Managing Overweight and Obesity in Adults: Report from the Obesity Expert Panel.
- Assessing Cardiovascular Risk: Report from the Risk Assessment Work Group.
- Lifestyle Recommendations to Reduce Cardiovascular Risk: Report from the Lifestyle Work Group.

La guía ATP cuantifica explícitamente el riesgo cardiovascular a diferencia del JNC aunque haga referencia a diferentes estados de riesgo cardiovascular.

Independientemente de los Institutos Americanos de Salud, la Asociación Americana de Diabetes publicó en enero, como hace todos los años, la actualización de su guía de diabetes en la que ya introdujo el manejo de la hemoglobina glucosilada, no sólo como objetivo terapéutico sino también como criterio diagnóstico.

## Prevención vascular. De la teoría a la práctica. ¿Cómo podemos actuar racionalmente en nuestras consultas?

**Lisardo García Matarín**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Puebla de Vicar, UGC El Parador de Almería, Almería, España. Coordinador del GdT HTA de la SAMFyC. Miembro del Grupo HTA de la SEMERGEN*

Mi ponencia va a exponer el abismo entre la fértil y prolífica producción científica que se genera anualmente en torno a los factores de riesgo vascular (FRCV) (ensayos clínicos, revisiones, guías de práctica clínica, etc.) y el pobre control de estos FRCV en la población a la que atendemos, incluidos aquellos de alto riesgo vascular que han sufrido un episodio

cardiovascular. Todos sabemos que las enfermedades CV son las responsables del más del 31% de las muertes totales en España y alta morbilidad (más de 100.000 ingresos agudos en 2011), aun conociendo la vulnerabilidad a los tratamientos de los que disponemos. Esta falta de control podemos dividirla en los 3 actores que intervienen en la prevención y tratamiento de las enfermedades CV. El médico, los pacientes y el sistema sanitario... Aunque cada vez menos, la *inerencia terapéutica*: cuando el médico no adopta las decisiones terapéuticas que conoce, para que un paciente alcance las cifras de objetivos terapéuticos consiguiendo que disminuya su riesgo vascular y evite un episodio CV. El paciente: no cumple el tratamiento que se le administra, lo que se conoce como incumplimiento terapéutico, hay todo un cuerpo doctrinal para combatir esta conducta nociva del paciente

que impide adoptar medidas y tratamiento cardiosaludable. Por último, el sistema sanitario: que nunca ha tenido un visión global sobre el abordaje del riesgo vascular de los pacientes que atiende, al no dotar de herramientas eficaces (aplicaciones informáticas idóneas para monitorizar y facilitar el control y de los FRCV y llevar a los pacientes a los objetivos terapéuticos idóneos consensuados por toda la comunidad científica internacional). También la valoración sesgada, parcial y muy escasa de los objetivos clínicos para primar la labor de los profesionales.

Tras la exposición de las carencias, expondré las soluciones que aporte para paliar esta situación, los cambios del paradigma asistencial que debemos llevar a cabo para combatir estas condiciones de salud tan unida a los estilos de vida y a la genética.

## Encuentros con el experto

### EE3. ¿Cuál es el papel del médico de familia en el proceso asistencial del paciente coronario?

#### Moderadores:

**José M. Lobos Bejarano**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Jazmín, Madrid, España. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC*

**Luis Rodríguez Padial**

*Jefe de Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud y Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España*

#### Ponentes y contenido:

#### 1. *Cuándo y qué consultar al cardiólogo para una gestión eficiente*

**Luis Rodríguez Padial**

*Jefe de Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud y Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España*

#### 2. *Importancia del cumplimiento en la doble antiagregación tras un síndrome coronario agudo*

**Mariano de la Figuera von Wichmann**

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Sardenya, Barcelona, España*

#### 3. *Seguimiento y control integral del paciente coronario*

**Enrique Martín Rioboo**

*Doctor en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Asociado, Universidad de Córdoba, Córdoba, España. Coordinador del GdT HTA de la SAMFYC y de la semFYC. Miembro del Grupo Cardiovascular del PAPPs*

#### Contenido

El número de síndromes coronarios agudos (SCA) supera los 100 mil por año en España y el efecto de los tratamientos del episodio agudo, así como la prevención cardiovascular en general (medidas de estilo de vida junto al control farmacológico), han conseguido reducir la mortalidad en la fase aguda de los SCA en muchos países del mundo occidental, incluida España.

En paralelo a este aumento de la expectativa de vida en estos pacientes, la carga demográfica de la enfermedad en su fase más crónica y estable sigue aumentando de forma imparable, siendo actualmente considerada la enfermedad cardiovascular y, en particular, la cardiopatía isquémica como uno de los paradigmas de la atención al paciente crónico, lo que implica que los modelos de gestión van más allá del ámbito hospitalario e involucran cada vez más a los profesionales de atención primaria como eje de la asistencia continuada a medio y largo plazo exigiendo, como no puede ser de otra forma, una optimización en el manejo compartido y coordinado, principalmente con cardiología, de estos pacientes.

El paciente que ha presentado un SCA precisa un seguimiento muy estrecho, en especial durante el primer año tras el episodio agudo, donde es crucial que se consoliden los cambios en el estilo de vida (abandono del tabaco, alimentación saludable, ejercicio físico, etc.) y donde el tratamiento farmacológico es más intensivo y exige una mejor vigilancia clínica y adherencia por parte del paciente.

En esta Mesa, médicos de familia y cardiólogos con amplia experiencia en el manejo de estos pacientes desde sus diferentes ámbitos revisarán la evidencia disponible, plantearán las oportunidades de mejora y nos actualizarán en las nuevas estrategias terapéuticas.

Patrocinado por: ASTRAZENECA

## Sesión práctica

### SP10. Del electrocardiograma al ecocardiograma. Taller interactivo basado en casos clínicos (*sesión interactiva*)

#### Moderador:

**José M. Lobos Bejarano**  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,  
CS Jazmín, Madrid, España. Coordinador del GdT  
Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC

#### Ponentes y contenido:

#### 1. Bases teóricas de la ecocardiografía en la patología cardiovascular

**Santiago Díaz Sánchez**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,  
CS Pintores, Parla, DAS Madrid. Miembro del GdT  
Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC.  
Coordinador del GdT Ecografía Clínica de la SoMaMFyC

#### 2. Hipertrofia del VI y función diastólica. ECG y eco en la hipertensión arterial y en la miocardiopatía hipertrófica

**Pedro Conthe Gutiérrez**

Internista, Hospital General Universitario Gregorio  
Marañón, Madrid, España. Ex Presidente de la SEMI

#### Contenido

La electrocardiografía es una de las técnicas de uso habitual en atención primaria (AP), por lo que la formación en su correcta utilización es imprescindible para todos los médicos de AP. La ecocardiografía es una técnica de mayor precisión diagnóstica en la valoración o detección de distintas cardiopatías. Es una técnica indicada en la mayoría de pacientes con sospecha clínica/diagnóstico de valvulopatía, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, patología pericárdica y otras entidades cardiológicas comunes. A menudo, la sospecha clínica inicial se realiza en AP por la presencia de síntomas o de un hallazgo clínico anormal (soplo, cardiomegalia, ECG anormal). La correlación ECG-ECO es variable, dependiendo de la cardiopatía y de su gravedad. La ecocardiografía, como técnica de imagen que permite la visualización del corazón y sus distintas cámaras de forma dinámica (hipertrofia, dilatación, contractilidad cardíaca, flujos, etc.) ayuda a la comprensión de las enfermedades cardíacas y la repercusión de entidades frecuentes como la hipertensión arterial sobre el corazón. Aunque aún no es accesible al médico de AP en su mayoría, la adecuada interpretación del informe del ecocardiograma, el conocimiento de sus indicaciones y limitaciones, es necesario para la práctica clínica del médico de familia.

Patrocinada por: ALMIRALL

## Otras actividades

### Proyecto ÁGORA. Observatorio de la anticoagulación para la prevención de ictus en España. Nuevos modelos de gestión en anticoagulación oral

#### Moderador:

**José María Lobos Bejarano**  
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,  
CS Jazmín, Madrid, España. Coordinador del GdT  
Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC

#### Ponentes:

**Tomás Ureña Fernández**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Director Asistencial del Distrito Sanitario de Jaén, Jaén, España

**César Hernández García**

Jefe de Departamento de Medicamentos de Uso Humano, Agencia Española del Medicamento, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

**Vicente Vicente García**

Director de la Unidad de Hematología y Oncología Médica, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia, España. Presidente de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia

Patrocinado por: Pfizer-BMS

## CONTROLIPID 360°: Gestión integral del paciente con dislipemia

### Contenido

1. *Justificación y objetivos del proyecto CONTROLIPID 360°*
2. *Resultados de las barreras de inercia y cumplimiento*
3. *Programa formativo: Plan de mejora y propuesta de soluciones (caso clínico)*

En España, del 20 al 25% de los adultos de edades medias presentan el colesterol total superior a 250 mg/dl y entre el 50 y el 60% se sitúan por encima de 200 mg/dl. En la práctica, 1 de cada 4 pacientes en las consultas de atención primaria está diagnosticado de dislipemia. Sin embargo, numerosos estudios realizados en atención primaria y especializada han puesto de manifiesto la escasa capacidad para la consecución de los objetivos recomendados por distintas sociedades científicas nacionales e internacionales.

Mediante el proyecto CONTROLIPID 360°: Gestión integral del paciente con dislipemia pretendemos encontrar soluciones específicas que contribuyan a superar las barreras que existen por parte de todos los agentes participantes en el diagnóstico, tratamiento y control del paciente con dislipemia de alto riesgo, y elaborar un programa formativo para la implantación de las soluciones que finalmente se alcancen.

El proyecto se ha dividido en 3 fases. La primera consistió en un consenso Delphi en el cual se solicitó la opinión personal de un panel multidisciplinar (compuesto por médicos, enfermeros y gestores) a partir del cual se identificaron las principales barreras que se detectan en el tratamiento del paciente con dislipemia de alto riesgo cardiovascular, obteniendo como resultado un “Documento de consenso de barreras”.

En la fase 2 se celebraron sesiones regionales para debatir el documento obtenido y recoger aportaciones sobre posibles soluciones a las barreras identificadas, con el fin de alcanzar una propuesta de solución para eliminar las barreras específicas o de mayor impacto en cada región.

La tercera y última fase consiste en la presentación y divulgación del programa formativo Plan de mejora y propuesta de soluciones, diseñado y elaborado por el comité científico a partir de toda la información recopilada. Mediante el mismo se pretende superar las barreras específicas identificadas y debatidas en las fases anteriores.

El programa consta de una parte teórica y de una parte práctica con situaciones clínicas reales y se divulgará en reuniones que se celebrarán en diferentes centros de salud españoles. Los asistentes a las mismas tendrán la posibilidad de acreditarse superando una evaluación *online* sobre los contenidos impartidos.

Patrocinado por: AstraZeneca

## Heart Songs Self-Paced learning Lab

### Contenido

Programa audiovisual singular que pretende refrescar las habilidades de auscultación cardíaca a los médicos de atención primaria. Después de un test inicial, los participantes auscultarán ruidos cardíacos mientras visualizan fonocardiogramas, ecocardiogramas en un iPad®.

Este taller de habilidades clínicas permite que los participantes elijan entre 3 sesiones: la primera sobre 5 soplos cardíacos comunes, y la segunda sobre ruidos más avanzados, como los de la válvula aórtica bicúspide, prolapso de válvula mitral y miocardiopatía hipertrófica, entre otros; la tercera sesión se dirige a expertos en temas como estenosis e insuficiencia aórticas combinadas o estenosis e insuficiencia mitrales combinadas. Después de cada sesión, los participantes pueden completar un test final para calibrar sus progresos en el reconocimiento de estos soplos.

Los estudios han demostrado que el número de repeticiones necesarias para adquirir habilidades auditivas puede variar hasta 4 veces.

Este taller adapta el aprendizaje a las necesidades de repetición de cada uno. Completar cada sesión requiere aproximadamente 30 min. Los propios participantes regulan el ritmo de las sesiones, que pueden iniciarse una vez rellenado el boletín de inscripción que podrán entregar en el *stand* de Rovi para reservar hora.

Patrocinado por: ROVI

## Sesión ACOclínic

### Ponentes:

**José M. Lobos Bejarano**  
*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, CS Jazmín, Madrid, España. Coordinador del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC*

**Amparo Mena González**  
*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Congrés, CAP Maragall, Barcelona, España. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC y del Grupo Malalties del Cor de la CAMFiC*

**José Carlos del Castillo Rodríguez**  
*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Tenerife, España. Miembro del GdT Enfermedades Cardiovasculares de la semFYC*

### Contenido

Mediante el envío de casos clínicos o series de casos clínicos (dentro del epígrafe proyectos de investigación) se pretende

recoger información sobre problemas clínicos o de manejo, incidentes críticos (no necesariamente excepcionales) que supongan alguna aportación al médico de familia sobre los tratamientos anticoagulantes clásicos y los nuevos anticoagulantes orales (ACO), sin excluir las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), que tienen su papel, en general, durante un período corto (puente a HBPM) o más largo en algunos casos especiales.

Se trata de aportar casos que permitan mejorar el conocimiento y la experiencia clínica sobre problemas de manejo, posibles interacciones, posibles errores de dosificación, ad-

herencia terapéutica, cambio de anticoagulante, tratamientos combinados (antiagregación y anticoagulación), efectos adversos (hemorragia u otros), casos complejos para la toma de decisiones sobre anticoagular o no, y un largo etcétera de posibilidades, incluyendo las nuevas experiencias de uso con los nuevos ACO, respecto a los cuales cualquier experiencia nueva, positiva o negativa, desde la perspectiva del médico de familia, será una excelente aportación por su carácter de innovación en terapéutica.

Patrocinado por: Boehringer-Ingelheim.