

PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA: LAS DIFERENCIAS EN LA ADHERENCIA

Alberto García Cabello / Médico de Atención Primaria
Grupo de Trabajo de Lípidos de SEMERGEN



Educación y motivación

Proporcionar educación sobre la importancia de controlar los niveles de lípidos y motivar a los pacientes puede influir en su adherencia al tratamiento.

Doctor, ¿me ha subido o me ha bajado el colesterol?

Desde las guías de 2016 -con especial hincapié en las de 2019- queda claro que la **entrevista clínica debe tratar de cuantificar el riesgo cardiovascular del paciente**. Ya no "tratamos cifras".

Para ello usamos SCORE, SCORE-2, SCORE-OP...¹



Pero... doctor, yo no tengo ninguna enfermedad...

Como ustedes saben, ahora la tendencia es intentar dejar de hablar de PREVENCIÓN PRIMARIA.

Actualmente parece que la terminología más adecuada sería **manejo del paciente aparentemente sano**.

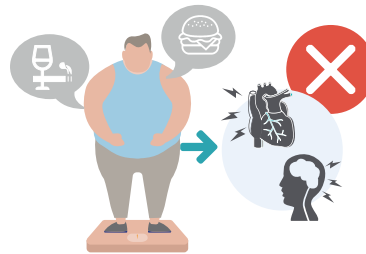
Y es aparente porque las distintas cifras y parámetros clínicos que se usan para el cálculo del riesgo cardiovascular probablemente nos indiquen una lesión de órgano diana (actual o futura)^{2,3}.

A mí no me pasa nada, aparentemente estoy sano, ¿para qué hacer nada?

Porque el **80%** de los infartos de miocardio y de los ACV prematuros son prevenibles⁷.

Para ello hay que concienciar al paciente de:

- 1 Abandonar el tabaco (fumar y sus productos).
- 2 Realizar actividad física adecuada a su edad y características⁸.
- 3 Adecuar la dieta y perder peso, si precisa.
- 4 En caso de que su riesgo cardiovascular lo indique, hay que poner tratamiento farmacológico para reducir el colesterol (estatinas fundamentalmente)⁹⁻¹¹.



Llegamos tarde... ya apareció el evento CV

Cuanto más tiempo tengamos el colesterol elevado, más probabilidad de tener un evento mayor como ictus, infarto, patología arterial, etc.^{4,5}.

Dejar de cumplir las recomendaciones o abandonar tratamientos hace que aparezcan eventos, tanto por primera vez como una repetición del previo⁶.

La calidad de vida con la **enfermedad cardiovascular establecida** (término que sustituye a la antigua prevención secundaria) va a empeorar, tanto por las secuelas como por el aumento de medicación, para alcanzar objetivos más estrictos en cuanto al colesterol².

Si fuésemos capaces de controlar todos los factores de riesgo cardiovascular, podríamos **evitar el 66% de los eventos coronarios** de nuestros pacientes, pero

el más importante es el control del **colesterol**

con un impacto similar prácticamente a la mejoría de actividad física, control de tensión arterial y abandono del tabaco de forma conjunta¹².

1. Mach F, Baigen C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41:111-88. 2. Achury D, Rodríguez-Colmenares SM, Agudelo-Contreras LA, et al. Calidad de vida del paciente con enfermedad cardiovascular que asiste al programa de rehabilitación cardíaca. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2011;13(2):49-74. 3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J. 2021;42(34):3227-337. 4. Wang N, Fulcher J, Abeyasuriya N, et al. Intensive LDL cholesterol-lowering treatment beyond current recommendations for the prevention of major vascular events: a systematic review and meta-analysis of randomised trials including 327 037 participant. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(1):36-49. 5. Domanski MJ, Tian X, Wu CO, et al. Tame Course of LDL Cholesterol Exposure and Cardiovascular Disease Event Risk. J Am Coll Cardiol. 2020;76(13):1507-16. 6. Thompson W, Morin L, Jarbol DE, et al. Statin Discontinuation and Cardiovascular Events Among Older People in Denmark. JAMA Netw Open. 2021; 4(12): e2136802. 7. OMS. Cardiovascular diseases. Data and statistics. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9585:2014-know-your-blood-pressure-numbers-to-prevent-heart-attacks-and-stroke&Itemid=0&lang=es#gs.tab=0 Último acceso: noviembre 2023. 8. Knoop KT, De Groot LC, Kromhout D, et al. Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women. The HAILE Project. JAMA. 2004;292:1433-9. 9. Humphries SE, Cooper JA, Seed M, et al. Coronary heart disease mortality in treated familial hypercholesterolaemia: Update of the UK Simon Broome FH register. Atherosclerosis. 2018;274:41-6. 10. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the management of blood cholesterol: executive summary. Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2019;139:e1046-e1081. 11. American Diabetes Association. Cardiovascular disease and risk management. Diabetes Care. 2017; 40:S75-S87. 12. Mannsverk J, Wilsaard T, Matgiesen EB, et al. Trends in Modifiable Risk Factors Are Associated With Declining Incidence of Hospitalized and Nonhospitalized Acute Coronary Heart Disease in a Population Circulation. 2016;133:74-81.