

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

La iniciativa ACS-EuroPath para la optimización del control lipídico en el síndrome coronario agudo: una propuesta para adaptar los modelos de organización a las diferentes realidades asistenciales en España

José R. González-Juanatey^{a,b,*} y Alessandro Sionis^{b,c}

^aServicio de Cardiología y Unidad de Críticos Cardiológicos, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

^cServicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB-Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

LA INICIATIVA ACS-EUROPATH (#RutaSCA)

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 factores de riesgo cardiovascular (FRCV), con especial énfasis en el control lipídico tras un síndrome coronario agudo (SCA). Se articula alrededor de 2 elementos: un cuestionario de autoevaluación (*self-assessment tool questionnaire*), que evalúa la práctica habitual en comparación con las guías de práctica clínica, y una serie de vías clínicas que describen experiencias exitosas en diferentes contextos asistenciales.

La adaptación y la implementación de este tipo de iniciativas a los circuitos de salud de nuestro entorno son una prioridad y un reto debido a la gran heterogeneidad entre las diferentes comunidades autónomas y dentro de ellas.

En este suplemento de *Revista Española de Cardiología*, se presentan 4 propuestas de vías clínicas que tienen el objetivo de trasladar las recomendaciones de la iniciativa ACS-EuroPath a la realidad española mediante la creación de protocolos de actuación multidisciplinaria en las distintas situaciones de derivación del paciente tras un SCA con el fin de garantizar el tratamiento óptimo para el control lipídico.

Todas las actividades relacionadas con la iniciativa se pueden encontrar bajo el *hashtag* #RutaSCA, nombre con el que también se conoce el proyecto en España.

INTRODUCCIÓN A LA ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL POR PROCESOS

Los distintos sistemas de salud, y en particular los sistemas nacionales y autonómicos, deben promover modelos de organización asistencial que incluyan cambios estructurales orientados a la eficiencia, con mayores productividad y calidad de la atención sanitaria, siempre con un enfoque transversal, orientado a la cronicidad y la resolución de los problemas de salud en el nivel asistencial adecuado. Además, deben incorporarse nuevos modelos de atención sanitaria que favorezcan la accesibilidad. En este sentido, la situación sanitaria que nos ha afectado en el último año y medio ha acelerado la implantación de modalidades de atención sanitaria no presencial en forma de consultas electrónicas entre profesionales sanitarios incorporadas en la historia clínica de los pacientes, plataformas para que los pacientes transmitan parámetros a la historia clínica, teleconsultas y videocon-

sultas, etc. Aunque pueda parecer insustituible la «conexión directa» entre pacientes y profesionales, cada vez más tendremos que aceptar modelos de gestión basados en la conexión entre profesional sanitario y paciente que complementen la actividad presencial y nos ayuden a adaptar nuestras decisiones a las necesidades reales de los pacientes, las organizaciones sanitarias y la sociedad en su conjunto bajo 3 premisas: eficiencia, calidad asistencial y transparencia.

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, en todos los cambios en el modelo de prestación de cuidados debe evaluarse su impacto en el acceso a la atención sanitaria, sobre todo de los más vulnerables, los resultados en salud con indicadores de optimización diagnóstica y terapéutica, la necesidad de atención sanitaria urgente, las hospitalizaciones y la mortalidad, y un análisis de coste-eficacia. Solo con este tipo de evaluaciones se podrá conocer el verdadero impacto en el «valor» en salud de los modelos de gestión de la atención sanitaria¹.

Como se ha descrito, los problemas de coordinación entre niveles asistenciales y el personal de administración/gestión, la escasez de incentivos profesionales que promuevan, evalúen y recompensen la excelencia y la rigidez de las organizaciones sanitarias son barreras que dificultan la transformación de los sistemas de salud que debemos identificar y enfocar como oportunidades de mejora.

Estamos convencidos de que solo desde un liderazgo clínico competente y comprometido es posible acometer los retos que se plantean a los sistemas sanitarios; sin embargo, debemos reconocer nuestra deficiente formación en gestión sanitaria, que es necesario abordar desde la formación universitaria. Por lo tanto, debemos incorporar en nuestros equipos a otros profesionales de la administración sanitaria y, en particular, expertos en desarrollo, implementación y auditoría de sistemas. Debemos estar preparados para la incorporación de modelos de inteligencia artificial en nuestros procesos de decisión diagnóstica y terapéutica que reduzcan la variabilidad de la práctica clínica y permitan evaluar la eficiencia de nuestro trabajo asistencial posibilitando la comparación con los mejores con el objetivo de identificar áreas de mejora. Por otro lado, sistemas de información más eficientes nos ofrecen datos que permiten orientar mejor las políticas sanitarias, desarrollar programas de investigación en salud y estar en disposición de ofrecer datos de salud poblacional a organizaciones públicas y privadas interesadas en la sanidad.

Estas consideraciones van encaminadas a promover la puesta en marcha de un «círculo virtuoso» en gestión de la atención sanitaria que incluya disponer de sistemas de información de nuestra actividad, principalmente nuestros resultados en salud, y establecer índices de calidad con una auditoría externa de nuestro desempeño que nos permita, además de obtener una acreditación de calidad, identificar oportunidades de mejora en todos los ámbitos de la gestión. La pregunta que todos los clínicos debemos hacernos es: ¿disponemos en nuestra área sanitaria de una organización de los procesos asistencia-

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.ramon.gonzalez.juanatey@sergas.es (J.R. González-Juanatey).

les integrada entre los distintos niveles asistenciales con implicación directa de los gestores del área, con una definición de nivel de resolución de los problemas asistenciales y que incluyan indicadores de calidad de evaluación y auditorías periódicas que permitan identificar nuestras oportunidades de mejora? En este sentido, medir indicadores de proceso, en especial, de resultados en salud mediante comparación con una norma y, de ser posible, con los mejores, es el camino para mejorar la calidad de la atención a nuestros pacientes («medir para mejorar»), que por otro lado tienen el derecho a conocer nuestros resultados, que tanto les afectan.

HACIA LA CARDIOLOGÍA DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Las unidades de cardiología (servicios de cardiología o, mejor aún, áreas cardio-quirúrgicas) muestran unas buenas características para este tipo de organización asistencial, ya que abordan problemas sanitarios de alta prevalencia y gran complejidad. También muestran una relativa independencia de otros servicios sanitarios y disponen de indicadores de calidad bien definidos y relativamente robustos, además de por el impacto social y económico de las enfermedades del corazón.

En este sentido, es necesario que todo servicio de cardiología disponga de un «mapa de procesos» que se adapte a sus características y trabaje en red con otros servicios para promover una atención integrada, al menos a la complejidad, que permita optimizar los recursos y mejorar los resultados en salud, evolucionando desde una cardiología de los «procedimientos» a la de los «procesos asistenciales».

Plantear una organización asistencial, al menos de los procesos de alta prevalencia, excesivamente «cardiologicocéntrica» es garantía de fracaso. En la mayoría de las ocasiones da lugar a una asistencia fragmentada, a veces más centrada en nuestros intereses que en los de los pacientes y las organizaciones sanitarias. Tenemos la responsabilidad de reunir a todos, profesionales sanitarios, gestores y pacientes, en la adaptación local de los procesos asistenciales, aunque con la convicción de que, tanto aquí como en otras áreas de gestión sanitaria, es necesario un liderazgo clínico.

Disponer de procesos asistenciales integrados entre niveles asistenciales, adaptados a las características de cada área sanitaria y a las enfermedades de alta prevalencia, supone la definición de las rutas del paciente dentro de la organización sanitaria, como la cardiopatía

isquémica, incluida la atención al SCA. En la figura 1 se resumen las propuestas de los diferentes artículos de este suplemento dedicados a 4 posibles situaciones asistenciales.

CONSIDERACIONES SOBRE LA ORGANIZACIÓN Y LA GESTIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES DE ALTA PREVALENCIA. LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA COMO MODELO

Este proceso debe incluir la ruta de los pacientes desde el SCA, en toda su evolución hospitalaria, con la transición de cuidados al alta y también los síndromes coronarios crónicos.

La formación sanitaria de los ciudadanos es esencial para mejorar el reconocimiento de los síntomas de alarma para el diagnóstico de un SCA, sobre todo de los pacientes con alto riesgo cardiovascular por ser fumadores o sufrir hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, etc. Además de reconocer los síntomas, se debe informarles de que cuando crean que los tienen deben ponerse en contacto con los servicios de atención urgente (061, 112, etc.) para que dirijan su atención y posible traslado a un centro sanitario en caso de necesidad. Esta actitud salva muchas vidas, ya que permite una rápida sospecha diagnóstica y el traslado del paciente en óptimas condiciones de seguridad.

Las redes de perfusión en el SCA, particularmente infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, han supuesto una transformación del pronóstico y la calidad de vida de muchos pacientes; permiten realizar en óptimas condiciones la angioplastia primaria o la fibrinólisis cuando aquella no esté disponible. Todas las comunidades autónomas de España disponen ya de redes de angioplastia primaria a las que acceden la mayoría de los pacientes con infarto.

Iniciar desde el diagnóstico un tratamiento médico óptimo es una prioridad en este grupo de pacientes. Junto con los antitrombóticos y otros fármacos modificadores del pronóstico, debería plantearse la introducción de fármacos hipolipemiantes según la estrategia de colesterol en 2 pasos (inicio de combinación de estatina de alta potencia a altas dosis más ezetimiba) seguida de inhibidores de PCSK9 en el seguimiento para los pacientes que no cumplan los objetivos de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) que plantean las guías de práctica clínica y cumplan los criterios locales de financiación. Estos compuestos deberían plantearse desde la hospitalización para los pacientes ya tratados con estatinas que sigan con altas

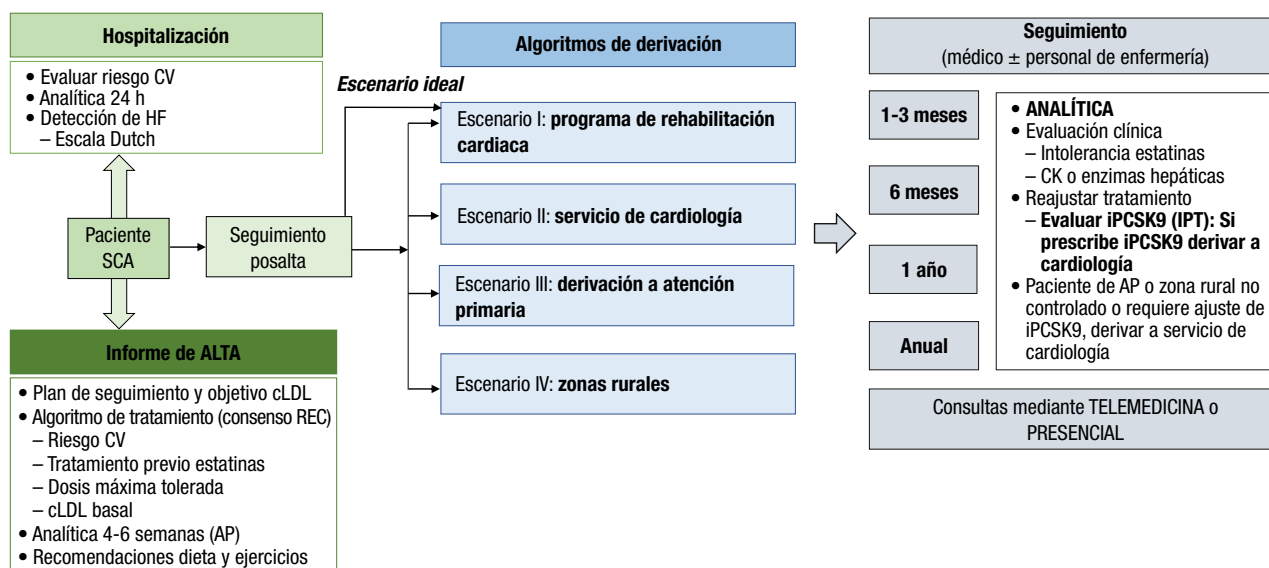


Figura 1. Protocolo de actuación multidisciplinaria en las distintas situaciones de derivación del paciente con SCA, adaptado a las recomendaciones del ACS-Europath (#RutaSCA). AP: atención primaria; CK: creatinina; cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; CV: cardiovascular; HF: hipercolesterolemia familiar; iPCSK9: inhibidor de PCSK9; IPT: informe de posicionamiento terapéutico; REC: Revista Española de Cardiología; SCA: síndrome coronario agudo.

concentraciones de cLDL, lo cual abarca a todos los pacientes con hipercolesterolemia familiar que sufren un SCA.

La formación sanitaria de pacientes y cuidadores, así como el inicio de un programa de rehabilitación cardíaca, se debería ofrecer a todos e iniciarse en las primeras 24 h de la estancia hospitalaria en los casos que sea posible. Al iniciarse de esta manera, es más fácil fidelizar a los pacientes para que continúen la rehabilitación cardíaca en sus diferentes modalidades (programas de rehabilitación hospitalarios para los pacientes en más alto riesgo, en centros de salud cuando sea posible, con la implicación de enfermería y medicina de atención primaria y a distancia). La rehabilitación cardíaca se acompaña de un extraordinario impacto en términos de calidad de vida y supervivencia de pacientes que han sufrido un SCA y debería estar disponible en el conjunto de áreas sanitarias de nuestro país. Tras la pandemia se han desarrollado diversos programas de rehabilitación telemáticos que han demostrado favorecer la participación de los pacientes y mejorar el estilo de vida, el control de factores de riesgo y optimizar los tratamientos y su cumplimentación². Integrado en las diferentes modalidades de rehabilitación cardíaca que se ofrecen a los pacientes en nuestra área, se incluye en la figura nuestra propuesta de seguimiento compartido.

En los sistemas sanitarios que disponen de historia clínica integrada entre niveles asistenciales, deben promoverse programas de consultas electrónicas (e-consulta) para las derivaciones de atención primaria con el compromiso de resolverse en un plazo corto (se propone menos de 72 h), y visita presencial de acto único tan solo para los pacientes que lo requieran. Experiencias previas indican que es posible resolver vía telemática más del 30% de las consultas de atención primaria y otros servicios hospitalarios al servicio de cardiología. Este tipo de programas son de gran valor para el seguimiento compartido de afecciones crónicas, como es el caso de pacientes con cardiopatía isquémica^{3,4}.

Quisiéramos finalizar insistiendo en la necesidad de identificar indicadores de calidad del proceso y resultados en salud en cada una de las áreas sanitarias; además de los más habituales y robustos como tiempo de isquemia hasta la reperusión, tratamiento médico óptimo al alta hospitalaria, reingresos a 30 días, proporción de pacientes que se incorporan a programas de rehabilitación, grado de control de FRCV a los 3 meses, etc., deben pactarse en cada lugar

periodos de evaluación y debate y comparaciones con una norma u otros centros de referencia, siempre con el objetivo de identificar oportunidades de mejora. Más que nunca debemos medir para mejorar. En este sentido, la iniciativa ACS-Europath (#RutaSCA) representa una excelente oportunidad para identificar las potenciales áreas de mejora en las vías asistenciales de atención a los pacientes después de un SCA e implementar una cultura de gestión por procesos orientada a la mejora continua.

FUENTES DE 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

J.R. González-Juanatey declara haber recibido compensaciones económicas por parte de Sanofi por ponencias en congresos y reuniones científicas. A. Sionis 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

1. Gonzalez-Juanatey JR, Virgós A, García-Acuña JM, Pais B. Clinical management in cardiology. Measurement as a means to improve. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74:8-14.
2. Snoek JA, Prescott EI, van der Velde AE, et al. Effectiveness of home-based mobile guided cardiac rehabilitation as alternative strategy for nonparticipation in clinical-based cardiac rehabilitation among elderly patients in Europe: A randomized clinical trial. *JAMA Cardiol*. 2021;6:463-468.
3. Rey-Aldana, Cinza-Sanjurjo S, Portela M, et al. Universal electronic consultation (e-consultation) program of a cardiology service. Long-term results. *Rev Esp Cardiol*. 2022;75:159-165.
4. Cinza-Sanjurjo S, Mazon P, Iglesias D, Rey-Aldana D, Portela M, Gonzalez-Juanatey JR. Longer-term results of a cardiology e-consult program in patients with heart failure. *Rev Esp Cardiol*. 2021;75:93-95.