UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MADRID

# Estrategias de consenso en prevención cardiovascular.
## El ejemplo de la hipertensión arterial

**Dr. José R. Banegas**
Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Madrid

***Nuevas Estrategias de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica.***
***III Jornadas Científicas del CEIPC***
**Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 25 de marzo de 2009**

# Guión

1. Mi intención

2. Ciencia, consenso y política

3. Carga de las ECV en España e implicaciones económicas

2. Guías y documentos de Política de salud
   CEIPC y Consenso de política de HTA

3. La HTA como puerta de entrada al Riesgo cardiovascular

4. Algunas conclusiones

# Mi intención

-No decir “demasiados” lugares comunes

-Ser un “poco” heterodoxo

- Aportar alguna idea crítica “Constructiva”
- Creo en el CEIPC, pero...
  - -Pero no hablaré de lo que no “sé”
  - -La prevención CV en momentos de “crisis”
  - -Contribuir todos, ceder “algo” todos
  - -No aburriros ni pretender ser original, sino independiente (en las ideas y en la ideología)

-Por encima de todo, os las gracias por anticipado

# Ciencia, consenso, y política

- ***Consensus*** ≠ ciencia
  - ¡Cierto! Pero . . .

- ***La Política*** *(policy) es hecha por* ***consenso***!

« Your ideas are mine »

« I thought she was more intelligent !»

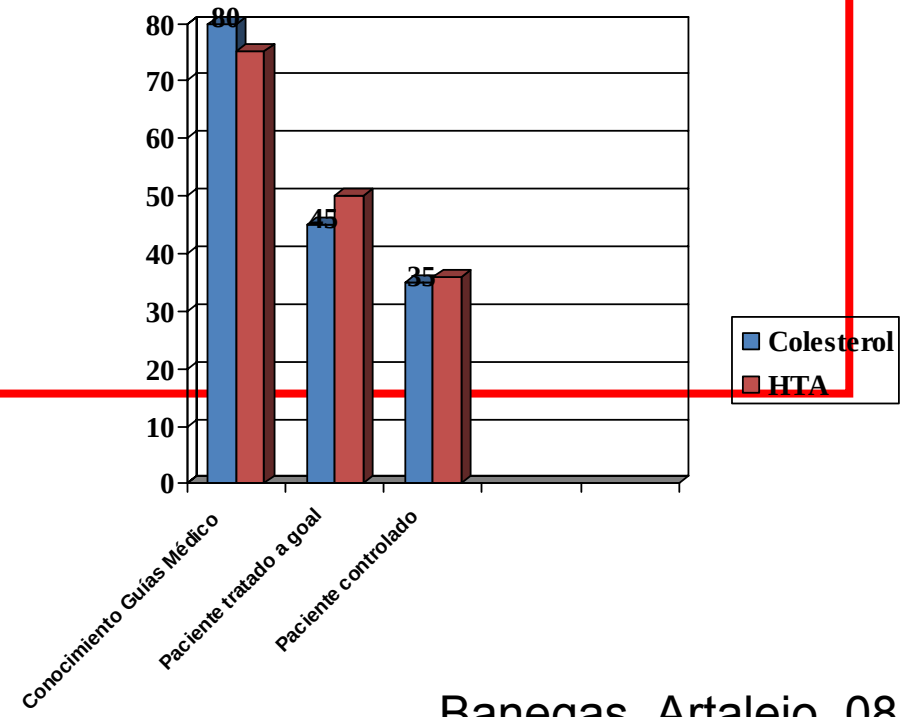


# Tipos y eficacia de los consensos

-Muchos tipos

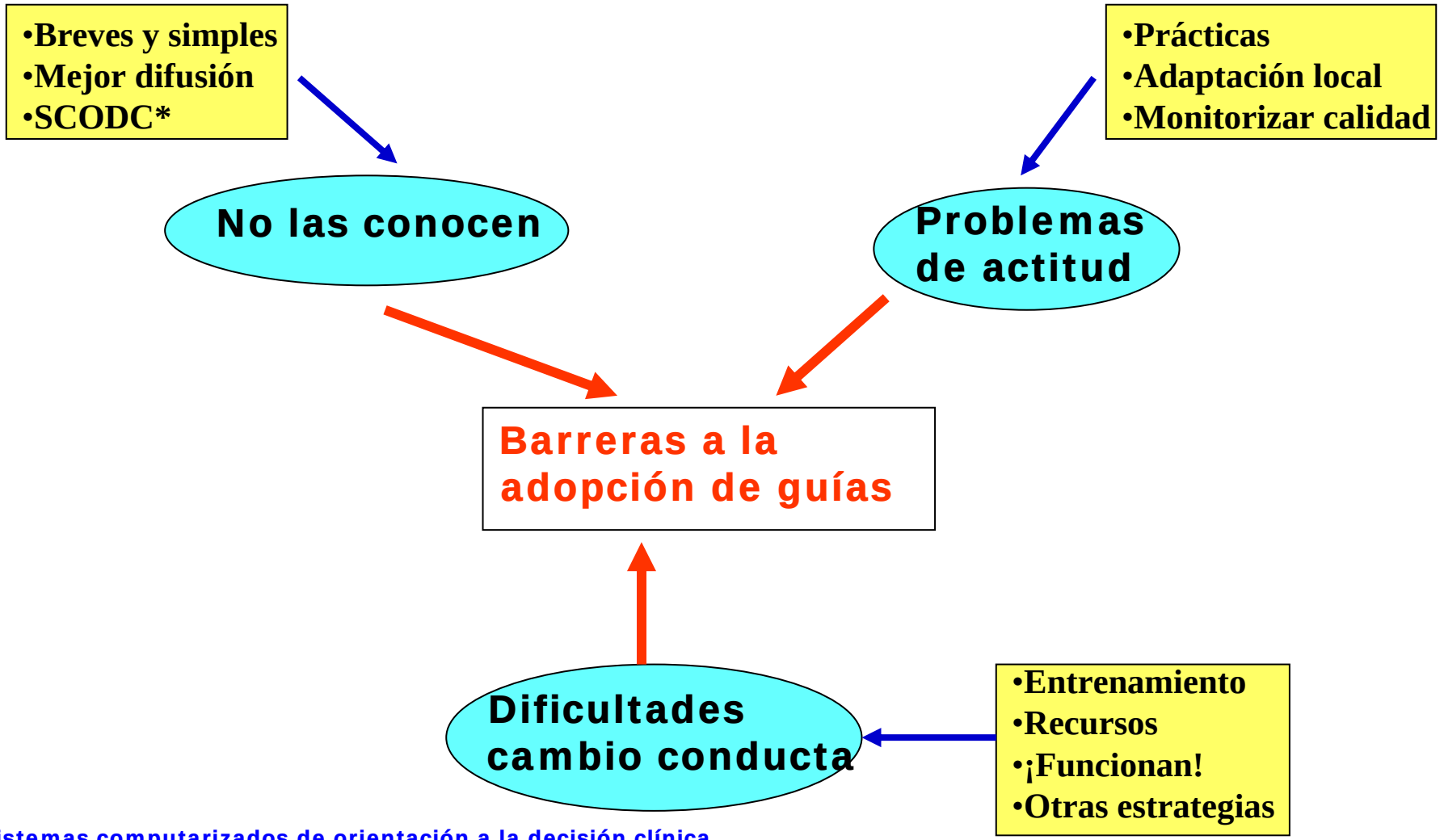
-Cambian algo los conocimientos, un poco las actitudes, y apenas las conductas médicas

**-¡Luego, algo falla!**




Banegas, Artalejo. 08

# Los médicos no siguen las Guías




*sistemas computarizados de orientación a la decisión clínica

Modificado de Cabana et al. JAMA 1999; 282: 1458-65.

Banegas JR, Vegazo O, Civeira F. *Atherosclerosis 2006.* Banegas JR, Artalejo FR, Ruilope LM, et al. *J Hypertens 2002;20:2157-64.* Rodriguez-Roca G, et al. *Med Clin (Barc) 2005.* García Pavía P, González-Mirelis J, Banegas JR, et al. *Rev Clin Esp 2006.*

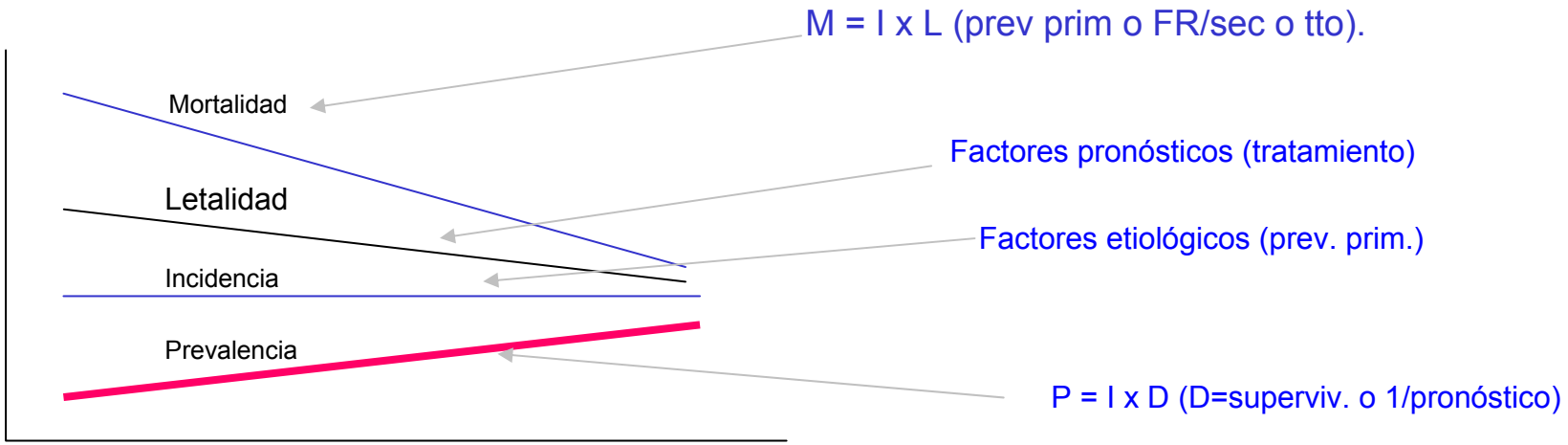
# Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en 2000

| MORTALIDAD | | | AVAD | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **Cardiopatía isquémica** | 10,6 % | **1** | Demencia | 6,6 % |
| **2** | **Enfermedad cerebrovascular** | 9,4 % | **2** | Depresión unipolar | 6,2 % |
| **3** | Cáncer de pulmón | 5,2 % | **3** | **Cardiopatía isquémica** | 4,9 % |
| **4** | Demencia | 4,0 % | **4** | **Enfermedad cerebrovascular** | 4,3 % |
| **5** | BNCO | 3,9 % | **5** | Abuso de alcohol | 4,2 % |
| **6** | Cáncer de colon/recto | 3,2 % | **6** | Accidentes de circulación | 3,9 % |
| **7** | Accidentes de circulación | 2,7 % | **7** | BNCO | 3,3 % |
| **8** | Diabetes mellitus | 2,4 % | **8** | Cáncer de pulmón | 3,2 % |
| **9** | Infecciones vías respiratorias bajas | 2,2 % | **9** | Cáncer de colon/recto | 1,9 % |
| **10** | Cáncer de mama | 1,8 % | **10** | Cáncer de mama | 1,4 % |

AVADS = AVP por muerte prematura + años de vida vividos con discapacidad.

**Álvarez E, Génova R, Morant C, Freire JM. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 3): 58.**

# En España, durante los últimos 20 años… las ECV…




Aumento del número de pacientes que requieren servicios de salud.
No cura.

En 20 años las altas se han multiplicado

*Marrugat, Monica, Banegas…*

# Implicaciones económicas

- **El argumento principal para la prevención es humanitario, no económico.**
- **En teoría, ↓ la incidencia CV debería ↓ los costes de los SS (↓ casos a tratar).**
- **En la práctica, los costes podrían ↑ por los costes de investigar y tratar a cada paciente (nueva tecnología, y cardiólogos y cirujanos CV).**

Banegas JR, Villar F, Graciani A, et al. Epidemiología de las ECV en España. *Rev Esp Cardiol 2006;Supl6:3G-12G.*

# *GUÍA EUROPEA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.*

# *ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL CEIPC 2008*


- **RESUMEN**

- **1.- Esta guía recomienda el modelo SCORE de bajo riesgo para la valoración del riesgo CV.**

- **2.- El objetivo es prevenir la mortalidad y morbilidad por ECV mediante el manejo de sus FR en la práctica clínica.**

- **3.- La guía hace énfasis en la prevención primaria y en el papel del médico y la enfermería de APS en la promoción de un estilo de vida cardiosaludable, basado el incremento de los niveles de actividad física, la adopción de una alimentación saludable y, en los fumadores, el abandono del tabaco.**

- **4.- La meta terapéutica para la PA es en general <140/90 mmHg; pero en pacientes con diabetes, enfermedad renal crónica o ECV el objetivo es 130/80 mmHg.**

- **El colesterol debe mantenerse por debajo de 200 mg/dl (cLDL <130 mg/dl); en los pacientes con ECV o diabetes el objetivo es cLDL <100 mg/dl (80 mg/dl si factible en sujetos de muy alto riesgo).**

- **En diabetes tipo 2 y en pacientes con síndrome metabólico se debe reducir el peso y aumentar la actividad física y en su caso utilizar los fármacos indicados, para alcanzar los objetivos de IMC y de perímetro de cintura. El objetivo en diabéticos tipo 2 debe ser alcanzar una HbA1C <7%.**



**José Mª Lobos (1), Miguel A. Royo-Bordonada (2), Carlos Brotons (3), et al. Comité Español Interdisciplinario para la Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC. *Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 581-616.***

# Características de la guía

5. Apoyo explícito de la administración sanitaria renovado por el nuevo gobierno
   - Facilita su implantación en todo el Estado
   - Se incorpora a mutualidades públicas de asistencia sanitaria
   - Publicación en la revista del Ministerio de Sanidad

**José Mª Lobos (1), Miguel A. Royo-Bordonada (2), Carlos Brotons (3), et al. Comité Español Interdisciplinario para la Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC.** *Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 581-616.*

# GUÍA EUROPEA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

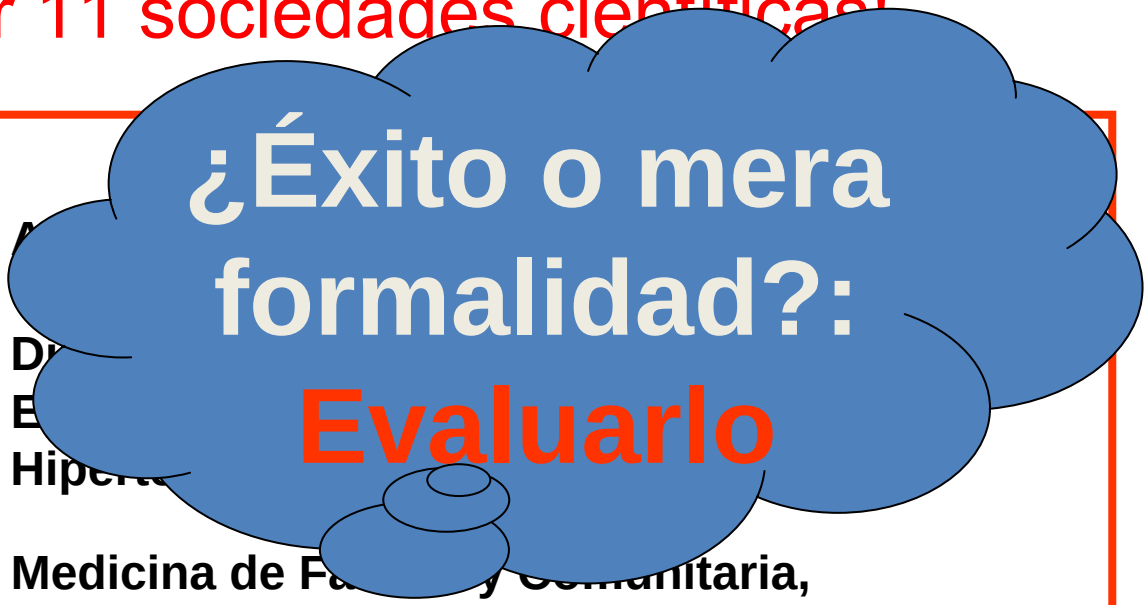
## *ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL CEIPC 2008 **

Reconoce el "fracaso" de las Guías

- Y 6.- La amplia difusión de la [illegible] desarrollo de los programas destinados a favorecer su implantación, identificando barreras y buscando soluciones, son objetivos prioritarios del CEIPC, como uno de los medios fundamentales para trasladar las recomendaciones establecidas a la práctica clínica diaria.

**José Mª Lobos (1), Miguel A. Royo-Bordonada (2), Carlos Brotons (3), Luís Álvarez-Sala (4), Pedro Armario (5), Antonio Maiques (3), Dídac Mauricio (6), Susana Sans (7), Fernando Villar(4), Angel Lizcano (8), Antonio Gil-Núñez (9), Fernando de Álvaro (10), Pedro Conthe (11), Emilio Luengo (12,13), Alfonso del Río (13), Olga Cortés-Rico (14), Ana de Santiago (15), Miguel A. Vargas (16), Mercedes Martínez (17), Vicenta Lizarbe (18) en nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC).** ***Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 581-616.***

# CEIPC (Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular)
# ¡integrado por 11 sociedades científicas!




- **Sociedad Española de A**
- **Sociedad Española de**
- **Sociedad Española de Di**
- **Sociedad Española de E**
- **Sociedad Española de Hiper… Contra la HTA,**
- **Sociedad Española de Medicina de Fa… y Comunitaria,**
- **Sociedad Española de Medicina Interna,**
- **Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista,**
- **Sociedad Española de Nefrología,**
- **Sociedad Española de Neurología,**
- **Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria),**
- **y un representante de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad**

# *"Policy versus Guidelines"*

- GUÍA es distinto de Documento de política de salud
- La guía es aplicación práctica de buena práctica clínica (MBE -pero sin "individualización" formalizable)
- Puede incluir recomendaciones políticas, pero no es estrictamente un documento de política, más centrado en normas generales y consenso político

# La pericia o individualización del tratamiento. El caso de los muy mayores.

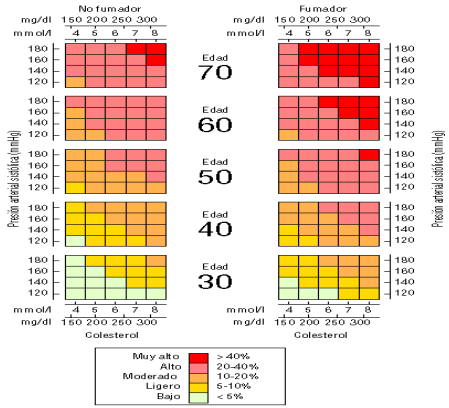
The criteria used to define hypertension have changed with time, but although the cut-off points are not agreed by all physicians, it is certain that the elderly have predominantly isolated systolic hypertension and that its treatment can reduce the risk of cardiovascular events. The treated elderly have increased such as orthostatic and postprandial hypotension and increased BP variability. These problems and the increased burden of side effects and comorbidities with ageing, need to be taken into consideration when treating elderly and particularly very elderly hypertensive patients, in whom the balance of risk and benefit from anti-hypertensive treatment remains to be determined.

Williams B, et al. Circulation 2008.

# Critics to Guidelines development

- **Economic aspects of guidelines are not or poorly considered**
- **Patients and health insurance companies should be enclosed in the expert groups for the development of clinical practice guidelines**
- **Evidence based medicine is not the main element of guidelines**
- **Lack of strategy for implementation and monitoring of the acceptability and effectivity of guidelines *(Guías para implementar Guías)***
- **Special guidelines should be tested as models before being implemented**

# Uso del Riesgo CV




El impacto del perfil de riesgo cardiovascular sobre la utilización de fármacos antihipertensivos es escaso **en asistencia primaria (Estudio Verika-Grupo GEDEC, 1999)**

**Aunque la mayoría de médicos conocen algún método de estratificar el riesgo, sólo el 40% lo aplica en la práctica clínica diaria (Control-Project, 2005)**

El riesgo es útil solo en cifras no muy altas de PA;
Y no captura enfermedades no CV

Coca A, Ruilope LM, et al. Med Clin (Barc) 2000;115:41-5.
Márquez E, et al. Control-Project. Perfil de riesgo CV en HT no controlada. Med Clin (Barc) 2007;128:86-91.
Kaplan NM, Opie LH. Controversies in hypertension.. Lancet 2006;367:168-76.
ESH/ESC 2007.

**(en las guías…) estamos hablando de prevención individual… pero no (o menos) de salud pública**

**La medicina social se relaciona con las enfermedades y mortalidad de poblaciones enteras y sus cambios espacio-temporales.**

**Pero, "los sentimientos de compasión" que presuntamente tientan a los jóvenes a estudiar medicina pronto les hace comprender que los que están enfermos y necesitan tratamiento son individuos y no poblaciones.**

**¡La Medicina Preventiva y la Salud Pública**

# ¿Prevenir eventos o prevenir enfermedad?

- **La posibilidad de que haya diferencias clínicamente relevantes en cuanto a los efectos beneficiosos de diversas clases de fármacos antihipertensivos no debe explorarse tan sólo mediante ensayos basados en episodios.**

- **Las lesiones subclínicas de órganos se producen mucho antes que los episodios clínicos en el espectro continuo de la ECV y pueden ser más sensibles a las acciones diferenciales específicas de los diversos compuestos antihipertensivos.**

- **En pacientes jóvenes, el objetivo del tratamiento no es prevenir un episodio de morbilidad o mortalidad improbable en los años inmediatos, sino más bien prevenir la aparición y/o progresión de lesiones de órganos que, a largo plazo, convertirán al paciente de riesgo bajo en un paciente de riesgo alto.**
  - **A pesar de una intensa reducción de la PA, la incidencia de episodios CV continúa siendo muy superior en los pacientes hipertensos de riesgo alto o los hipertensos que presentan complicaciones, en comparación con los hipertensos con un riesgo inicial bajo o moderado. Esto indica que algunos de los cambios importantes del riesgo CV pueden ser difíciles de revertir, y que la limitación del tratamiento antihipertensivo a pacientes de riesgo alto o muy alto puede estar lejos de ser una estrategia óptima.**

# La HTA como puerta de entrada al manejo del Riesgo CV

- La PA es la 'puerta de entrada' al control del riesgo CV, por:
  - Su gran prevalencia,
  - Su enorme impacto (lesiona muchos órganos diana;: ictus, EIC, ICC; riñón, retina)
  - Contar con un tratamiento eficaz.
- Es el programa sobre FR CV más implantado y aceptado

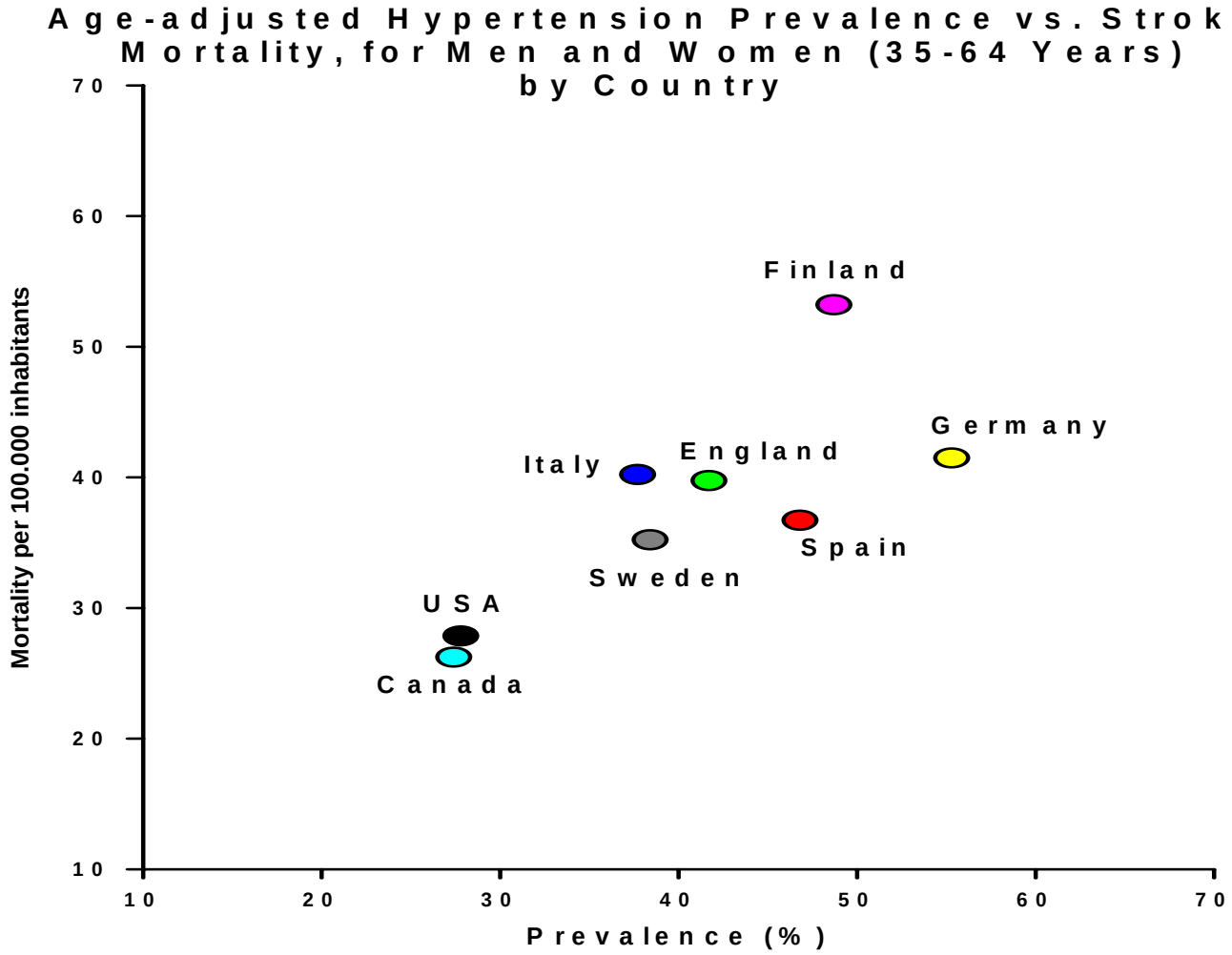
**Banegas JR, Jovell A, Abarca B, et al. Hipertensión arterial y política de salud. Documento de consenso.** ***Med Clin (Barc) 2009;132:222-9.***

**Banegas JR, et al.** ***Hipertensión 2005;22:353-362.***

# *Diferencias en ECV y FR Entre Países*

**Age-standardized mortality from CVD in European regions (men; age group 45-74 years; year 2000).**

# La Influencia de la Intensidad del Tratamiento (Guías)




**Wolf, Cooper, Banegas, et al. *JAMA 2003;289:2363-9.***

**Muller-Nordhorn, J. et al. Eur Heart J 2008 0:ehm604v2-11; doi:10.1093/eurheartj/ehm604**

**There is a high level of CV mortality in Europe and North America which is avoidable through appropriate control of CV risk factors (mainly among high risk patients).**

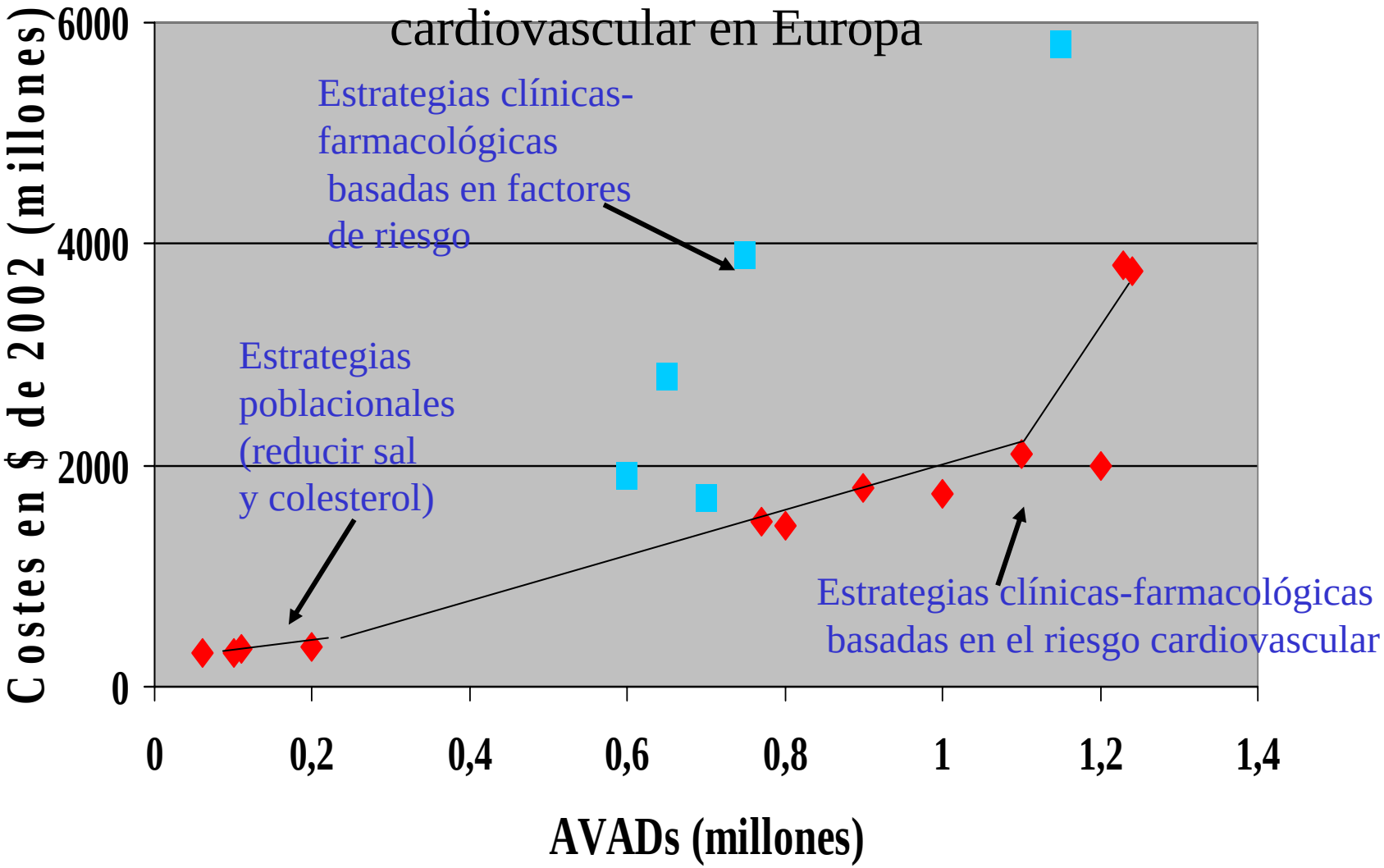
# El futuro

- **Aunque se “eviten” (o pospongan) muertes, cada muerte evitada (por prevención o tratamiento) significa una persona mayor extra.**
  - **Las personas ancianas son económicamente improductivas y generan costes médicos y sociales.**
- **Además, los recursos médicos no pueden estirarse para dar cuidados preventivos “personales” y apoyo a largo plazo a todos,**
  - **Priorizar a aquellos con más probabilidad de beneficiarse (p.e., los hipertensos con cierto riesgo), donde el uso de recursos sería más coste-efectivo.**
  - **Potenciar la prevención primaria**

Banegas JR, Villar F, Graciani A, et al. Epidemiología de las ECV en España. *Rev Esp Cardiol 2006;Supl6:3G-12G.*

# Prevención CV en momentos de crisis:
# ¿Es eficiente económicamente, actuar multifactorialmente?

Costes anuales y efectividad de diversas estrategias de control de riesgo cardiovascular en Europa

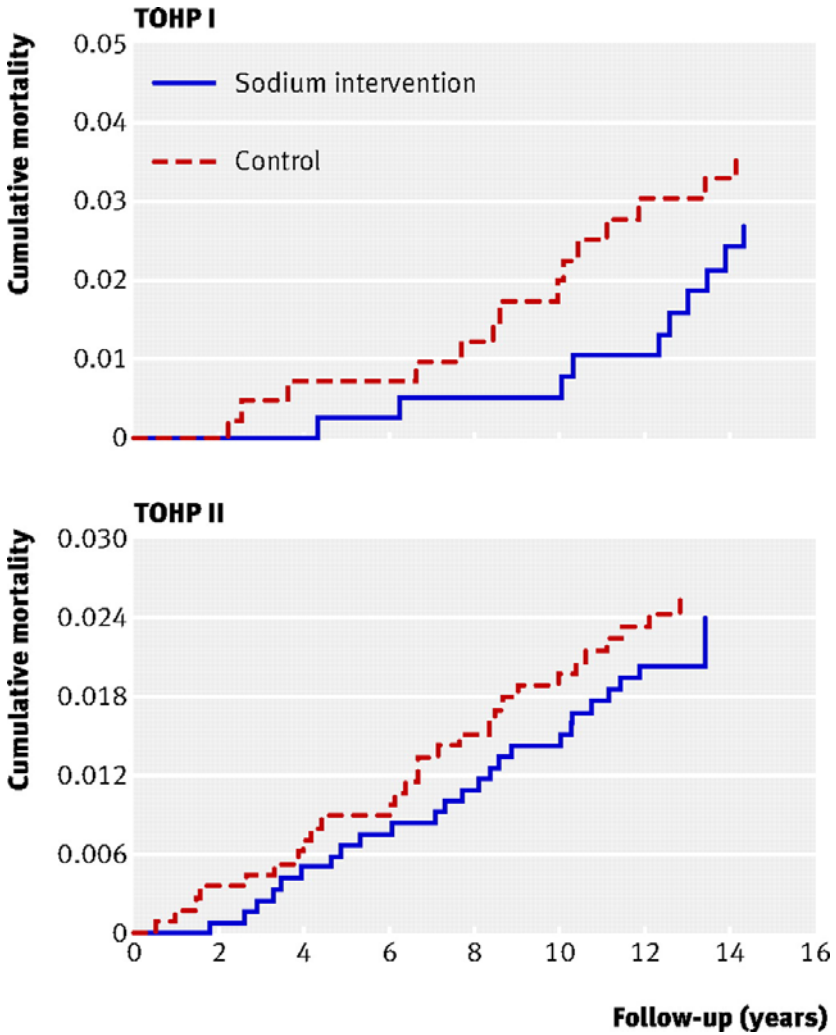



**A pendiente más inclinada, más cara la intervención por DALY evitado. Las risk-based son más caras al bajar el umbral del riesgo (35%, 25%, 15%, 5%).**

Murray CJL, Lauer JA, Hutubessy RCW, et al. *Lancet 2003;361:717-725.*

# ¡Prevención primaria de la HTA para que el SS pueda asumir los costes de su carga!

**Total mortality by sodium intervention group in TOHP I and II, adjusted for age, sex, and clinic**




**Cook, N. R et al. BMJ 2007;334:885**

**Reduction in dietary sodium intake also seems to prevent cardiovascular disease**

BMJ

Copyright ©2007 BMJ Publishing Group Ltd.

# Intervención a nivel individual

- **Orientar el sistema hacia el manejo de enfermos crónicos**
  - **"patient empowerment" ó "active patient"**
    - Mejorar "health literacy"
    - Mejorar conocimientos y habilidades de autocuidado
    - Adaptar manejo de la enfermedad a preferencias de los pacientes
    - **Delegación de funciones clínicas** (quizás mejor en una sola persona que en un equipo)
- **Mejorar seguimiento de guías de práctica clínica**
  - Sencillas y breves
  - Adaptadas a recursos locales
  - Implantación de GPC mediante intervenciones basadas en evidencias
  - Aprovechar nuevas tecnologías (SCODC)
- Probablemente las guías deberían ser "más agresivas de entrada"
  - -Combinacione terapeúticas y de estilos de vidas.

HIPERTENSIÓN
ARTERIAL
Y POLÍTICA DE
SALUD EN ESPAÑA

DOCUMENTO DE CONSENSO


MEDICINA CLINICA

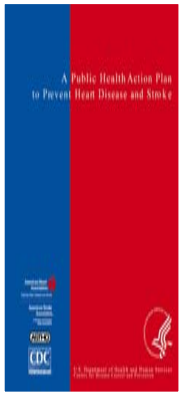
Sábado 17 de Abril de 1999. Número 13 - Volumen 112

Director: Prof. C. Rozman

# Un ejemplo de Política de Salud.
# La Hipertensión arterial.

# Objetivo del documento de Política sobre HTA

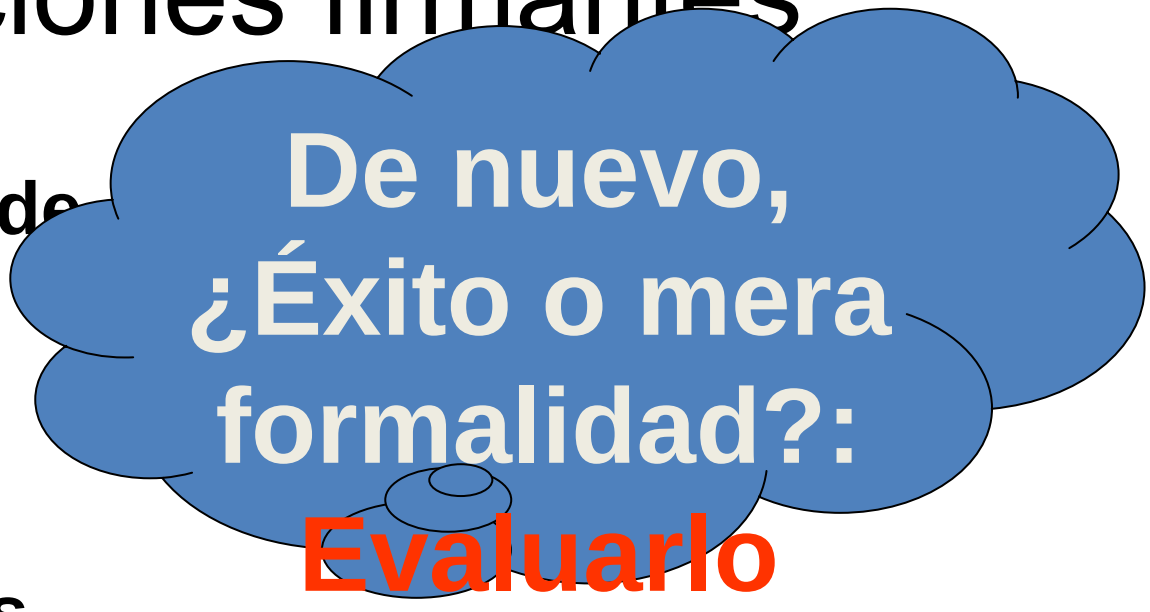
- El documento es fruto del consenso de varias sociedades científicas, organizaciones profesionales, Administración sanitaria y pacientes.
- Pretende constituir una ayuda para profesionales de todos los ámbitos con responsabilidades en la evaluación y tratamiento del paciente hipertenso y de la población con PA elevada en general y, por lo tanto, en la prevención global de la ECV.
- No se ha intentado elaborar una relación exhaustiva de objetivos y actividades, sino una **guía inicial que oriente la agenda política** sobre el tratamiento de la HTA en el futuro inmediato.



# Sociedades científicas e instituciones firmantes

- **17 Sociedades científicas, Foro de Pacientes, Organizaciones profesionales, Universidad, Administraciones sanitarias, CIBER…**

- **Multidisciplinar**




**No basta implicar a muchos y variados actores, ni coordinar, ni elaborar buenos informes, guías y y programas de salud…**

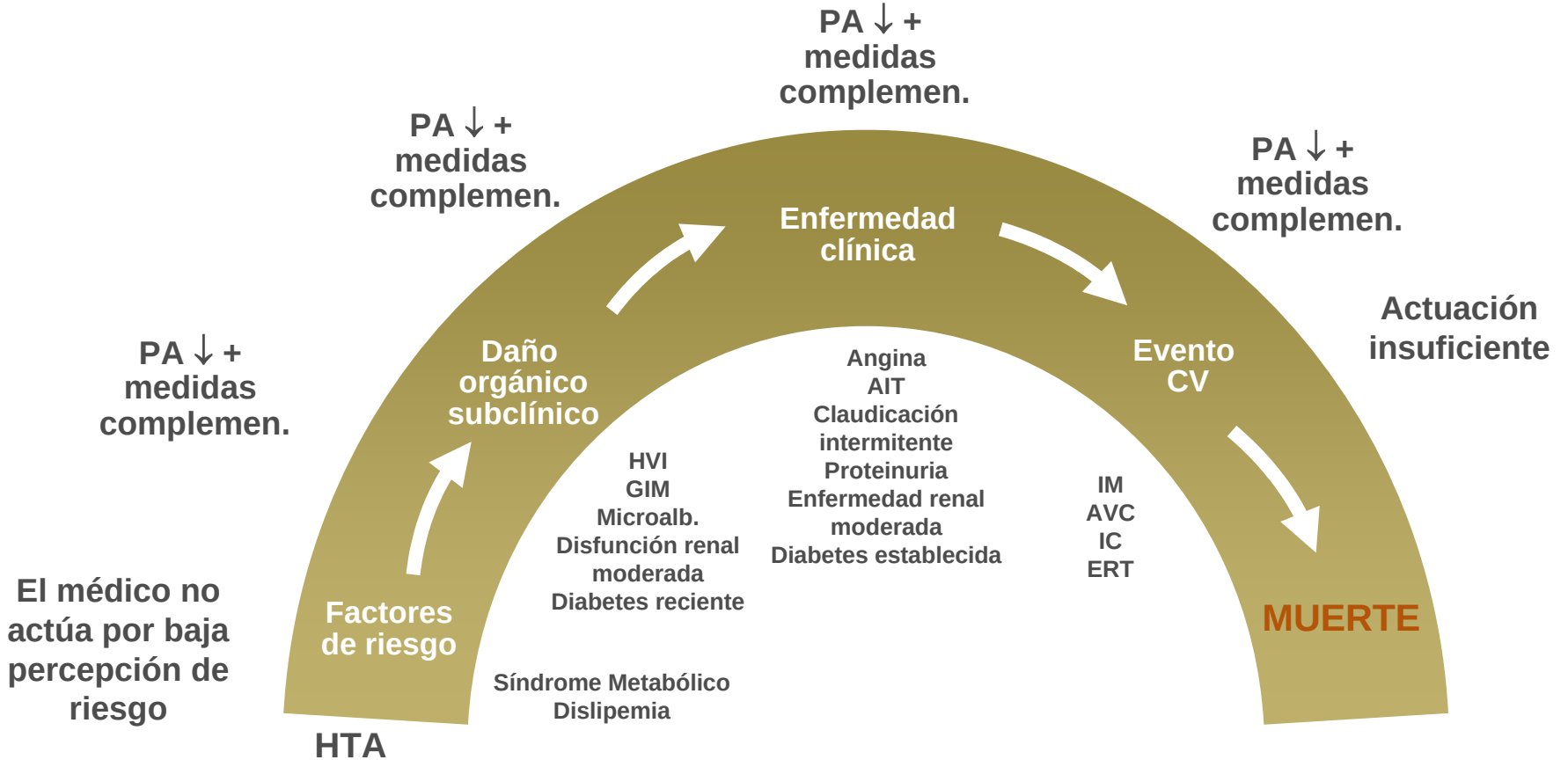
# La Respuesta Política:
## Estrategias/Declaración

- Pandemia Global---- Respuesta Global
  - Liderazgo y coordinación
  - Propuesta "Zanchetti/Dahloff" al parlamento Europeo. *A case study*
- Cooperación Sanitarios, Pacientes, Políticos, Industria, Media
- **Existen ya iniciativas (ESH07, JNC,…) pero no en España actualmente**

## La Respuesta Política:
## Posibilismo en momentos de crisis

- Atendiendo la envergadura de este problema de salud, **las Sociedades Científicas y Organizaciones firmantes, quieren mostrar su apoyo a las Autoridades Sanitarias en el impulso y desarrollo de estrategias** que tienen como principal **objetivo** mejorar la prevención y el control de este grave problema de salud en España.

# Problemas en el control de los FRCV: continuo cardiovascular




ERT: enfermedad renal terminal
AVC: accidente vascular cerebral
AIT: accidente isquémico transitorio
GIM: grosor íntima-media
HVI: hipertrofia ventrículo izquierdo
IC: insuficiencia cardiaca

Zanchetti A. J Hypertens 2005; 23:113

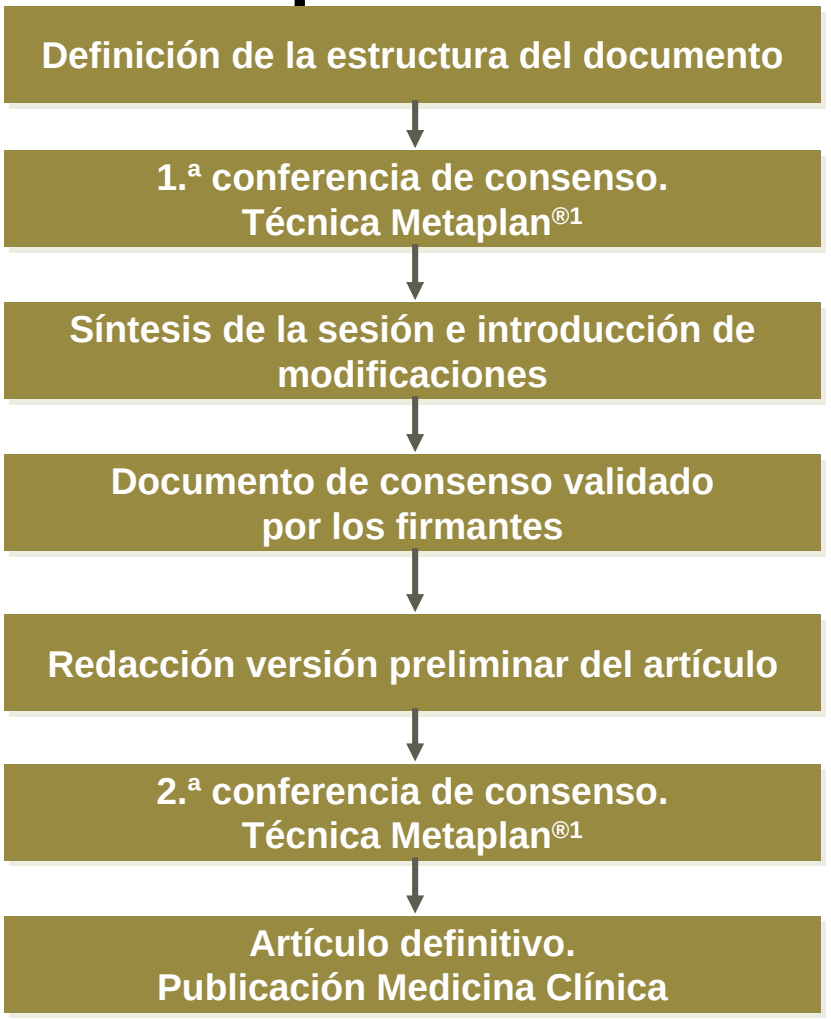
# Implicaciones para la salud pública

El escaso control de la hipertensión supone desafíos a muchos niveles, no solo **retos clínicos** o **asistenciales**: retos que incluyen factores **económicos**, **sociales** y **culturales**, de **organización** y **recursos de los sistemas de salud**, la **práctica clínica** y la **educación** y **responsabilización** (*empowerment*) de los **pacientes**.

Es necesario **estructurar y aplicar políticas sanitarias específicas a medio y largo plazo**, que promuevan un abordaje de este grave problema de salud pública, coordinando y potenciando la **acción de los diferentes agentes implicados**.

# La Metodología no es lo esencial, pero un poco…

El proyecto se ha desarrollado en diferentes etapas cada una con una metodología específica. El proceso de producción desarrollado, propuesto y conducido por GOC S.A., se muestra a continuación:




1.- UNICEF. VIPP: Visualisation in Participatory Planning. Dhaka, Bangladesh: UNICEF, 1993.

# *Algunos ejemplos de decisiones políticas.*

# 1. Reconocer la HTA como un problema de salud pública en las políticas sanitarias

Acciones:

1. Elaborar una estrategia nacional de control de la HTA y el RCV
2. Fomentar la incorporación en los planes autonómicos de salud ya existentes en el ámbito del RCV, de medidas relativas a la prevención y control de la HTA
3. Desarrollar campañas de educación y comunicación que susciten un mayor conocimiento y sensibilidad de la sociedad civil respecto al impacto sanitario y social de la hipertensión, así como a su posible prevención y control

1. **Se dispone de evidencias sobre que la reducción del consumo de sal disminuye no solo la presión arterial sino también el riesgo de eventos cardiovasculares a largo plazo.**
2. **Además, las estrategias basadas en la reducción del consumo de sal son asumibles por el sistema de salud sin cargas extras de financiación sanitaria.**

2. Priorizar el control de la HTA en la gestión de procesos asistenciales

Acciones:

1. **2.3. Por ejemplo, grupos de trabajo como el Grupo MAPA-Madrid, formado por profesionales de atención primaria y especializada de un área sanitaria, fomenta la coordinación entre niveles asistenciales en el campo del manejo de la hipertensión. Un objetivo más ambicioso que persiguen estas unidades es, aun partiendo de pacientes con su PA elevada, plantear estrategias de prevención CV global, es decir convertirse en unidades integrales de manejo del riesgo CV. Para ello se necesitaría disponer de una estructura organizada que integrara la atención primaria y hospitalaria, y que posibilitara la realización de una investigación clínica de la mayor calidad (Juan García Puig & Banegas, comunicación personal).**

# 4. Mejorar la adherencia terapéutica por parte del paciente

Acciones:

1. …
2. Desarrollar en AP (personal de enfermería) y OF (oficinas de farmacia) programas educativos que sensibilicen al paciente respecto al impacto en su salud de la adherencia al plan terapéutico, y mejoren así la adherencia terapéutica
3. Aumentar la corresponsabilidad médico-paciente en el seguimiento del tratamiento prescrito y en el control del mismo
4. Incorporar nuevos canales y herramientas de comunicación (tecnologías de información y comunicación, TIC) que permitan complementar las iniciativas actuales en el ámbito del seguimiento y educación de los pacientes

## 5. Generar evidencia que permita cuantificar la relación coste/beneficio del control de la hipertensión arterial

Acciones:

1. Generar información que permita medir la carga de la HTA y el impacto de las medidas de control
2. **Generar evidencias relativas al impacto de las diferentes intervenciones educativas, de gestión u organizativas sobre el control** de la HTA que se desarrollen en los servicios de salud
3. Fomentar la realización de estudios sobre la utilización de medicamentos antihipertensivos, tanto a nivel nacional como local, que permitan la evaluación de su impacto sanitario, social y económico

# Conclusión (**y Comienzo**)

- Poner orden y coordinación en las iniciativas ya existentes y desarrollar las ya en marcha
  - Hacia un Plan Integrado de HTA (o de Riesgo CV)
  - La HTA como puerta de entrada (gateway)
  - National HBP Education Program in the USA

# Tratamiento HTA

## Informe JNC-7

**La terapéutica más eficaz aplicada por el médico más riguroso, sólo permitirá el control del paciente hipertenso si consigue motivarle y hacerle corresponsable con el seguimiento de su enfermedad**

Chobanian AV et al *JAMA* 2003; 289:2560-72