

CONCLUSIONES RETO 6

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Rocío Mera Gallego. Farmacia J. Carlos Andrés. Vigo

- El objetivo principal de la prevención secundaria es disminuir la gravedad, duración y la letalidad de las enfermedades.
- En la historia natural de cualquier enfermedad, la prevención secundaria corresponde a la fase presintomática y la clínica.
- El estudio INTERHEART (2004) encontró que la asociación más fuerte de los factores de riesgo cardiovascular fue con el tabaquismo actual donde la abstención total de tabaco supone la acción preventiva más eficaz.
- Los factores de riesgo cardiovascular más significativos son Apoproteína B con elevación de la fracción LDL, Tabaquismo e Hipertensión.
- En prevención secundaria de pacientes con riesgo cardiovascular muy alto, se recomienda como objetivo terapéutico disminuir el cLDL $\geq 50\%$ el valor basal y un objetivo de cLDL < 55 mg/dL.
- Los cuatro pilares básicos para optimizar el control de las enfermedades crónicas son: información veraz, la educación sanitaria, el seguimiento personalizado y continuado de los pacientes por parte de todos los profesionales sanitarios y la adherencia terapéutica de los pacientes a las pautas recomendadas.
- No se puede conseguir mejorar la adherencia terapéutica en los pacientes crónicos sólo con acciones aisladas sino que se necesitan múltiples acciones diferentes.
- El uso de asociaciones terapéuticas o fármacos en monodosis en el tratamiento de patologías crónicas, permiten simplificar el tratamiento y mejorar la adherencia terapéutica.

Organizado por:

CONCLUSIONES RETO 6

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Rocío Mera Gallego. Farmacia J. Carlos Andrés. Vigo

- Las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica deben ser multidisciplinares entre los diferentes profesionales sanitarios que cuidan al paciente.
- El tratamiento con la polipíldora CNIC consigue disminuir los eventos cardiovasculares adversos mayores, además de aumentar la adherencia terapéutica y la simplificación del tratamiento para el control de los factores de riesgo CV en una sola cápsula.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). 2ª Edición. Washington D.C.: OPS. 2002.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9.
3. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas S, Casula M, Badimon L, et al. Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73(9):403.e1-403.e70. DOI: 10.1016/j.recesp.2019.10.031.
4. Espinosa J, Alonso FJ. Adherencia terapéutica e Inercia clínica. Monografía DPC Formación oficial para el Desarrollo Profesional Continuo. Madrid: Ediciones SEMERGEN; 2017.
5. Conthe P, Márquez E, Pinto JL, Fernández de Cano N, Ollero M, Barragán B, et al. Documento de consenso. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro. Madrid: Ed. DGMM; 2012.
6. Penín O, Villasuso B, Domenech M, Moyá A, Torras J, Peña M, et al. Guía para el abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario en el ámbito de la atención primaria: documento de consenso multidisciplinar. Madrid: SEFAC; 2022.
7. Castellano JM, Pocock SJ, Bhatt DL, Quesada AJ, Owen R, Fernandez-Ortiz A, et al. Polypill Strategy in Secondary Cardiovascular Prevention. *N Engl J Med*. 2022;387(11):967-77.

Organizado por: