

FEDERACIÓN MUNDIAL DEL CORAZÓN

ACTUALIZACIÓN DE LA HOJA DE RUTA DE COLESTEROL

Informando sobre los enfoques de los sistemas de salud en relación con las enfermedades cardiovasculares, dando prioridad a las acciones prácticas, probadas y costo efectivas



La aterosclerosis es una afección silenciosa que se va desarrollando a lo largo de la vida hasta que se presenta de forma súbita, a menudo con consecuencias mortales. A pesar de importantes avances en nuestra comprensión de sus causas, sus consecuencias y del desarrollo de nuevas terapias preventivas, la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) continúa siendo la principal causa de muerte en el mundo.

El proceso subyacente se conoce muy bien: específicamente, es el depósito paulatino de

colesterol en las paredes de los vasos sanguíneos. Esta actualización de la Hoja de Ruta del Colesterol de la Federación Mundial del Corazón (WHF, por sus siglas en inglés) establece un marco para que los responsables políticos y los profesionales de la salud aborden las barreras de los sistemas de atención médica e implementen soluciones para evitar la exposición indeseable al colesterol durante el transcurso de la vida. Aquí pasamos de ver al colesterol alto no como el problema a considerar, sino que la solución está en la reducción del colesterol a través de diferentes enfoques a lo largo de la vida. Esto incluye las pruebas para detectar las causas genéticas de trastornos de colesterol alto como la hipercolesterolemia familiar y lipoproteína (a) alta durante los primeros 20 años de vida, una especial atención a la prevención primordial y un mayor uso de terapias combinadas para aquellos con una aterosclerosis más avanzada diagnosticada más tarde en el curso de la vida. Esta Hoja de Ruta pasa de ver al colesterol alto como el problema, a ver la disminución del colesterol como la solución para reducir la ECVA.

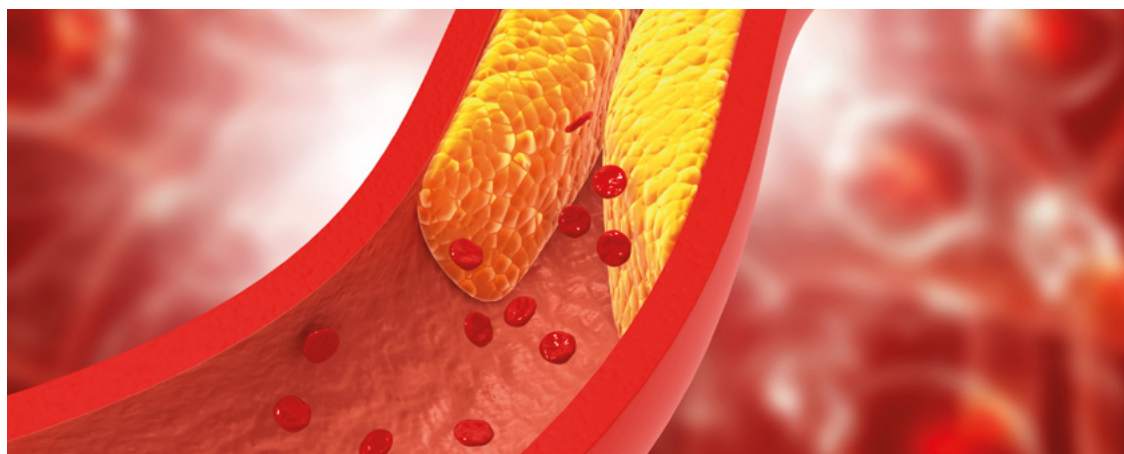
ACERCA DEL COLESTEROL

El colesterol alto es un factor de riesgo para las afecciones graves de salud. Si no se trata puede conducir a la aterosclerosis, la cual es el resultado de la retención (en la pared de los vasos) de lipoproteínas que contienen la apolipoproteína B (Apo B), la mayoría en forma de lipoproteínas de baja densidad (LDL).

El colesterol LDL (C-LDL) no solo es un factor causal sino también un factor de riesgo acumulativo para la ECVA a lo largo de la vida. A su vez, esto puede conducir a enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y otras enfermedades vasculares⁽¹⁾, que mundialmente continúan siendo las causas principales de muerte prematura, discapacidad y gastos en atención médica. Por lo tanto, prevenir la acumulación de lipoproteínas aterogénicas que

contienen colesterol en las paredes de los vasos es central para cualquier estrategia de atención médica para prevenir la ECVA. A menudo, las personas poseen una vulnerabilidad heredada a niveles de colesterol mucho más bajos, o tienen factores de riesgo adicionales que aumentan la retención/ deposición de las partículas que contienen colesterol.

Estas personas desarrollan enfermedades cardíacas solo con modestos aumentos de colesterol. Los avances en los conceptos actuales sobre la reducción de la exposición acumulativa a las lipoproteínas que contienen Apo B y el surgimiento de terapias innovadoras ofrecen nuevas consideraciones en cuanto a cómo se pueden implementar las estrategias de reducción del colesterol a lo largo de la vida.



EL COLESTEROL CONTROLADO DE MANERA INADECUADA COMO FACTOR DE RIESGO

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

El colesterol total elevado (≥ 5.0 mmol/L) afecta mundialmente **aproximadamente al 39 % de los adultos**⁽²⁾. En 2019, el colesterol no HDL causó una cantidad **estimada de 4,4 millones de muertes**⁽³⁾. Aun cuando la cifra de muertes ha disminuido en los países de ingresos altos de occidente durante las últimas décadas, esta ha aumentado más del doble en el Sudeste Asiático e incluso se ha triplicado en Asia Oriental. Esto demuestra un cambio global de la carga de enfermedad desde los países de ingresos altos en el noroeste de Europa, América del Norte y Australasia hacia los países de ingresos medios en el este y el sudoeste de Asia, así como también en otros países en Oceanía y países latinos de América Central⁽⁴⁾. Asimismo, muchas personas que viven con enfermedades

cardiovasculares establecidas tienen niveles de colesterol que están controlados de manera inadecuada para su nivel de riesgo, con solo un **20 %** o menos que logran los objetivos de colesterol recomendados.

La hipercolesterolemia familiar (HF), un trastorno genético que se encuentra en personas de todas las razas y etnias, afecta aproximadamente a **28 millones** de personas en todo el mundo, es decir, a 1 de cada 311 personas⁽⁵⁾. La HF continúa siendo diagnosticada y tratada de manera deficiente debido a los escasos conocimientos; solo entre el **5 % y el 10 %** de quienes se encuentran afectados conocen su trastorno y menos del **3 %** reciben el tratamiento adecuado.

El colesterol no HDL causó una cantidad estimada

4,4 MILLONES DE MUERTES
2019

Mundialmente el colesterol total elevado (≥ 5.0 mmol/L) afecta aproximadamente

AL 39% 
DE LOS ADULTOS²

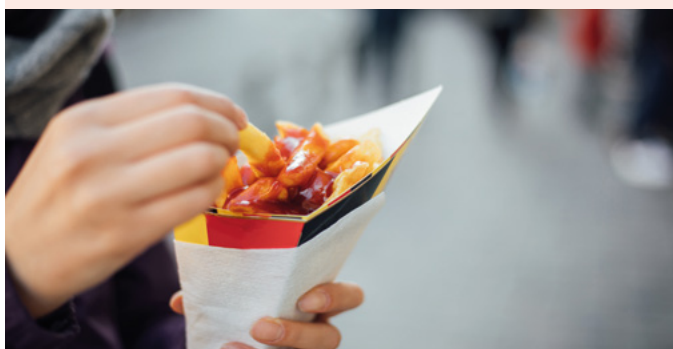
3

PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN EFICACES:

- Cambiar el entorno que favorece el desarrollo de los factores de riesgo tan temprano como sea posible para evitar el desarrollo de dichos factores de riesgo (prevención primordial).
- Impulsar intervenciones poblacionales, tales como fomentar la actividad física y el acceso a los alimentos sanos, prohibiciones de tabaco, etc.
- Implementar el cribado a gran escala para el colesterol alto, incluidas la HF y la Lp(a) a edades tempranas (antes de los 18 años e idealmente durante la primera década de vida).

PRÁCTICAS DE MANEJO EFICACES:

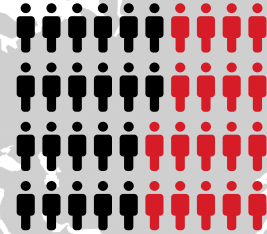
- Centrarse en una estimación del riesgo vitalicio más que solo en el riesgo a 10 años para guiar la terapia.
- Prevenir los eventos de ECVA reduciendo la exposición acumulativa al C-LDL, la causa principal de aterosclerosis. Esto se puede lograr manteniendo reducciones modestas en el C-LDL a largo plazo, comenzando a edades tempranas con una dieta o a través de una combinación de dieta y terapias potentes genéricas de reducción del C-LDL, tales como las estatinas de alta intensidad o las combinaciones de estatinas con ezetimiba.
- Prescribir intervenciones no farmacológicas (controlar el peso, hacer dieta [en particular, ingerir alimentos de origen vegetal], no fumar, realizar actividad física, consumir alcohol en moderación)
- Prescribir intervenciones farmacológicas según las pautas más recientes, es decir, terapias innovadoras accesibles para aquellos cuyo colesterol alto se debe a causas genéticas o que se hallan en alto riesgo y necesitan una combinación de varias terapias.



FIGURAS DE LA ENCUESTA

38

PAÍSES



122

RESPUESTAS

respuestas de cardiólogos, especialistas en lípidos, endocrinólogos, enfermeros, nutricionistas, investigadores y defensores de la salud, más 370 respuestas de una encuesta paralela en China.

+370

RESPUESTAS de una encuesta paralela en China

4

A nivel global

93,3%

el 93,9 % de los encuestados informó que inició una terapia de reducción de lípidos en función del riesgo de ECVA, independientemente de las condiciones que llevaron al aumento del riesgo de ECVA. (Aproximadamente 1 de cada 10 inició el tratamiento solo sobre la base del nivel de colesterol).



ASCVD

A nivel mundial,

1 DE CADA 4

aproximadamente 1 de 4 encuestados se sintió incómodo con recetar estatinas de alta potencia. En los PIBM, esta cifra alcanza el 60 %.



En los PIB,

50%

el 50 % de los encuestados informó que las estatinas de alta intensidad se pueden recetar libremente.



Solo

1 DE CADA 5

encuestados informó que al menos el 75 % de sus pacientes logran el control del C-LDL.



Solo

1 DE CADA 4

informó que la ezetimiba, las dosis fijas de la combinación estatinas/ezetimiba y los inhibidores de la PCSK9 se pueden recetar libremente.



El

39%

informó que menos de la mitad de sus pacientes logró el control del colesterol.





**PREVENIR,
DETECTAR, TRATAR
Y CONTROLAR EL
COLESTEROL ALTO**

LOS OBSTÁCULOS QUE IDENTIFICÓ LA ENCUESTA INCLUYEN:

- La falta de conocimientos entre los médicos y la población en general sobre la hipercolesterolemia familiar (HF) y los factores de riesgo de HF.
- La carencia de programas de detección subóptimos.
- La baja capacidad de los médicos para diagnosticar y manejar el tratamiento con estatinas entre los pacientes con HF.
- Las barreras del entorno en cuanto a la modificación del estilo de vida (por ejemplo, la inseguridad alimentaria, pocas opciones para realizar actividades físicas y la comercialización del tabaco).
- La carencia de centros para la medición de los niveles de colesterol en la sangre a gran escala, especialmente en las zonas rurales.
- La falta de conocimientos entre los pacientes en cuanto a la importancia de cumplir con el tratamiento con estatinas.
- El escaso acceso a los centros de salud entre las poblaciones pobres o remotas.
- El acceso poco frecuente al seguimiento o al apoyo para el cumplimiento del tratamiento.
- El miedo injustificado de los pacientes en cuanto a los efectos secundarios del tratamiento con estatinas.
- La falta de conocimientos entre los médicos sobre la importancia del cribado para la prevención y detección del riesgo de ECV.
- La carencia de educación/capacitación de los médicos con respecto al tratamiento.
- La escasa capacidad de los médicos para monitorear el tratamiento, especialmente con otras prioridades de enfermedades.
- Las pautas clínicas múltiples y complejas (y a veces contradictorias).
- Las estatinas son inasequibles para los pacientes.



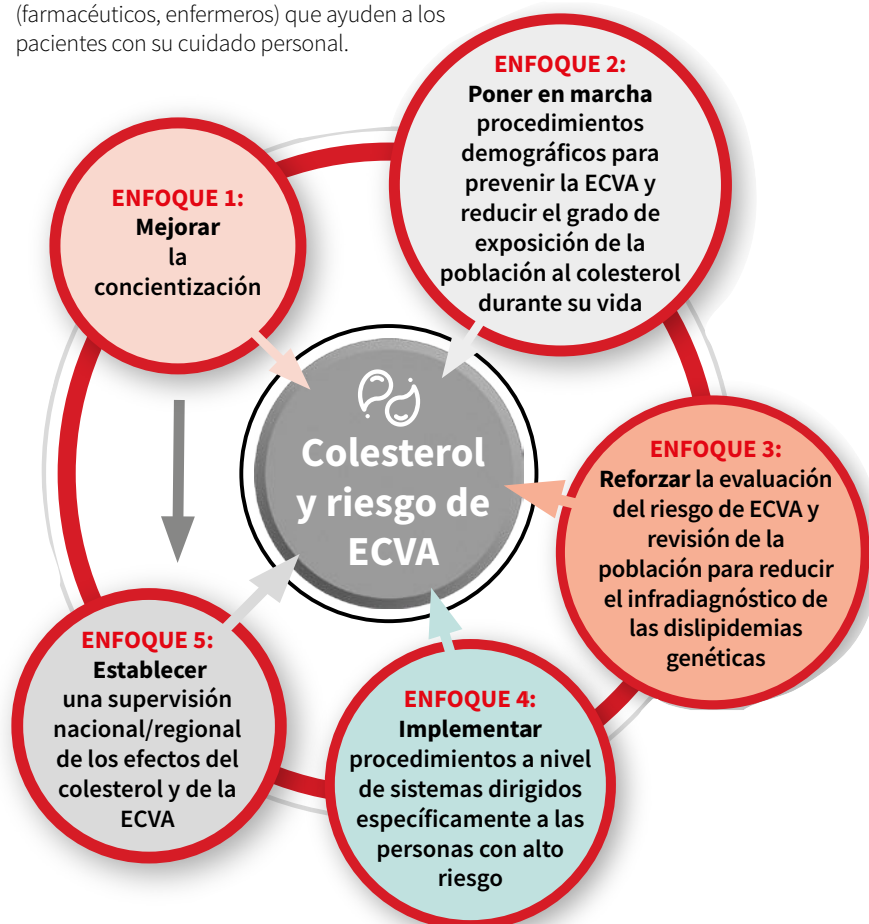
FIGURA 1: LAS SOLUCIONES VIABLES PARA ABORDAR EL CONTROL DEL COLESTEROL A FIN DE REDUCIR LA ECVA HAN IDENTIFICADO 5 ESFERAS PRINCIPALES:

En la Hoja de Ruta se identificaron una serie de soluciones viables para prevenir los eventos de ECVA mediante la lucha contra la exposición al colesterol, según se destaca en la **Figura 1**. La esfera 1 se refiere a mejorar la conciencia mediante la realización de campañas de concientización y de educación para garantizar que los profesionales de la salud conozcan la asociación continua y graduada entre los niveles de colesterol en la sangre y el riesgo de ECVA. También se puede lograr una mejor concientización entre los pacientes y la población en general mediante la promoción de la defensa a través de una mayor interacción entre las organizaciones de pacientes con los profesionales de atención médica y los responsables de las políticas, así como también la implementación de un enfoque más inclusivo en el desarrollo de las pautas, la asociación en la defensa y la influencia en las políticas, el diseño de los ensayos clínicos y la participación en el proceso regulatorio y de evaluación técnica.

La **esfera 2** tiene como objetivo brindar enfoques basados en la población para prevenir la ECVA, tales como los esfuerzos de reformulación de los alimentos y la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).

La **esfera 3** describe la importancia de la evaluación del riesgo de ECVA y del cribado poblacional para reducir el infradiagnóstico de las dislipidemias genéticas. Estos incluyen pautas simplificadas adaptadas localmente para el cribado de riesgo de ECVA sobre la base de un enfoque de riesgo total para la población en general y el cribado para HF y Lp(a). Los enfoques a nivel de sistema dirigidos específicamente a personas con alto riesgo (**esfera 4**) se refieren al acceso y la asequibilidad de los medicamentos esenciales para reducir los lípidos de colesterol (las terapias con estatinas y sin estatinas).

Finalmente, la **esfera 5** define la necesidad de una supervisión nacional/regional del colesterol y de los valores de ECVA para monitorear si los pacientes toman los medicamentos recomendados para reducir el colesterol y controlar otros factores de riesgo. Esto podría ser la utilización de aplicaciones y recursos en Internet que enlacen a los pacientes, las farmacias y los profesionales de atención médica o la creación de grupos de monitoreo de profesionales de la salud (farmacéuticos, enfermeros) que ayuden a los pacientes con su cuidado personal.



RECOMENDACIONES PARA ESTRATEGIAS, PRUEBAS Y TERAPIAS POBLACIONALES QUE DEBERÍAN ESTAR DISPONIBLES GLOBALMENTE PARA EL MANEJO DE LOS LÍPIDOS Y DEL RIESGO DE ECVA

La siguiente tabla ofrece pautas sobre los medicamentos esenciales, las pruebas y otros enfoques que se deberían implementar en los países de ingresos bajos, medios y altos. Esto incluye las políticas que se guían a través de los datos en tiempo real, que tienen una naturaleza holística y que generan sistemas de atención médica con un enfoque en la preservación de la salud y no solo en tratar la enfermedad durante el transcurso de la vida humana.

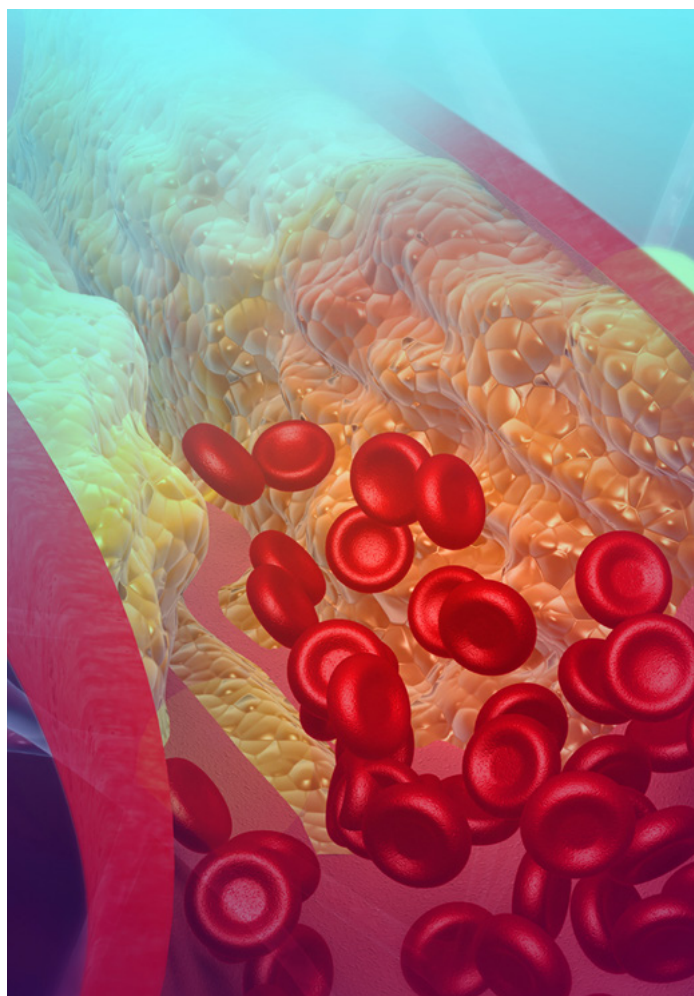
Estrategia recomendada	PIB	PIM	PIA	Estrategia recomendada	PIB	PIM	PIA
Estrategias de concientización y estrategias poblacionales (por ejemplo, campañas de educación y de concientización, etiquetado/regulación de los alimentos, legislación sobre el tabaco, políticas de impuestos a los productos no saludables)	Sí	Sí	Sí	<i>Pacientes intolerantes a las estatinas</i> Ezetimiba Ácido bempedoico / ácido bempedoico con ezetimiba	Sí	Sí Sí	Sí Sí
Evaluación de los riesgos y cribado de la población • Estrategia poblacional (por ejemplo, todo antes de 10/ cascada inversa) • Distintos lípidos (CT, C-HDL, C-LDL, TG, colesterol no HDL) • Lp(a) • Apo B • Imagenología para la estratificación del riesgo	Sí	Sí	Sí	<i>ECVA o HFHe</i>		(En función del nivel y/o riesgo de C-LDL)	(En función del nivel y/o riesgo de C-LDL)
	Sí	Sí	Sí	AcM contra la PCSK9 Inclisiran		Sí Sí	Sí Sí
		Sí	Sí	<i>HFHo</i> Aféresis Lomitapida Evinacumab	Sí Sí Sí	Sí Sí Sí	Sí Sí Sí
Reestructuración de los sistemas de atención médica Por ejemplo, "Digital Solutions" para la generación de datos que sirvan de base para la política, el manejo de la enfermedad y herramientas de apoyo para las decisiones	Sí	Sí	Sí	<i>Éster icosapento de etilo</i>		Sí	Sí
Acceso a las terapias <i>Acceso general (prevención primaria o secundaria, incluidas la HF heterocigota [HFHe] y la HF homocigota [HFHo]) a través de la disponibilidad y accesibilidad de las estatinas, la inclusión de las estatinas en los programas de medicamentos esenciales y la inclusión de terapias sin estatinas, incluidas las terapias con láser de bajo nivel (LLLT).</i>				<i>Fibratos</i> (como terapias de reducción de TG para la prevención de la pancreatitis)	Sí	Sí	Sí
Estatinas genéricas de alta intensidad	Sí	Sí	Sí	Supervisión nacional/regional de la evolución del colesterol y de la ECVA <i>Por ejemplo, el monitoreo de los medicamentos de los pacientes, el logro de las metas de colesterol, los faltantes de medicamentos esenciales tales como las estatinas, la recopilación de datos epidemiológicos para ofrecer políticas basadas en datos</i>	Sí	Sí	Sí
Combinación de estatina y ezetimiba genéricas	Sí	Sí	Sí				

* Es posible que estas recomendaciones no sean óptimas para su implementación en los PIBM, ya que es improbable que estos países puedan pagar algunas de las costosas terapias que se necesitan para lograr las metas de C-LDL muy bajo. Una estrategia más eficaz para los PIBM puede ser prevenir de manera proactiva los eventos de ECVA reduciendo la exposición acumulativa al C-LDL, la principal causa de aterosclerosis. La exposición acumulativa al C-LDL durante el transcurso de la vida se puede reducir manteniendo reducciones modestas a largo plazo con respecto al C-LDL, empezando a edades tempranas con una dieta o con una combinación de dieta y terapias genéricas de dosis bajas para la reducción del C-LDL.

** En los PIB, la industria y los gobiernos deberían alcanzar acuerdos de descuentos significativos en los costos, de modo que aquellos que padezcan trastornos heredados de los lípidos no sean marginados.



8



ADOPCIÓN DE MEDIDAS: ADAPTACIÓN DE LA HOJA DE RUTA DEL COLESTEROL A LAS NECESIDADES LOCALES EN TODO EL MUNDO

A través de la WHF y de nuestros miembros, las Hojas de Ruta de la WHF, un marco global para las actividades regionales y nacionales, pueden utilizarse para convocar Mesas Redondas específicas para cada país. Estas permiten que las partes interesadas pertinentes se reúnan para identificar los obstáculos y las potenciales soluciones relevantes para sus entornos y para elaborar planes nacionales. Desde la publicación en 2017 de la primera Hoja de Ruta del Colesterol de la WHF se han organizado **10** Mesas Redondas en 10 países en **5** continentes.

EJEMPLOS CONCRETOS

En 2017 se convocó en **Colombia** una Mesa Redonda Nacional, en una colaboración entre la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, la WHF y el Ministerio de Salud, Academia y Sociedad Civil. Este encuentro dio como resultado la adopción del “Colombian Manifesto Against Heart Attack” (Manifiesto colombiano contra el infarto), con la aspiración de lograr 7000 menos ataques cardíacos por año en el país para el 2025. Una de las tres prioridades incluidas en el manifiesto consistió en la implementación prioritaria de pautas clínicas para el colesterol en todos los entornos de atención médica del país.

2018 / 2021

México (Sociedad Mexicana de Cardiología)

2017

Colombia (Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular)

2017

Brasil (Sociedad de Cardiología de Sao Paulo)

En diciembre de 2021 se convocó en **Bélgica** una Mesa Redonda Nacional de Partes Interesadas. Los puntos de acción acordados incluyeron trabajar estrechamente con FH Europe para unir fuerzas con otros países de la UE e implementar el cribado de HF en todo el país.

2021 **Bélgica (Liga Belga del Corazón)**

2021 **Eslovenia (Fundación del Corazón de Eslovenia)**

2017 **España (Fundación Española del Corazón)**

2017 **Arabia Saudita (Asociación Saudita del Corazón)**

2021 **Rusia (Sociedad Rusa de Cardiología)**

2018 **Filipinas (Asociación Filipina del Corazón)**

2022 **Australia (Fundación Nacional del Corazón de Australia)**

En la **Filipinas**, una Mesa Redonda Nacional organizada en 2018 dio como resultado un plan de acción contra el colesterol. Las soluciones prioritarias incluyeron el fortalecimiento de la colaboración para el cribado de pacientes, el refuerzo de las actividades de educación médica continua, la mejora del acceso de las poblaciones pobres o remotas a los centros de atención médica y la actualización de las pautas nacionales sobre la dislipidemia. Además, la Asociación Filipina del Corazón acordó continuar con sus programas mensuales/bimensuales de cribado a escala nacional, dependiendo de la disponibilidad de fondos.

La WHF continuará convocando Mesas Redondas de Colesterol con sus miembros para implementar esta Hoja de Ruta actualizada.

“ Las Mesas Redondas nacionales, con la participación de las sociedades científicas, las fundaciones, las autoridades sanitarias, los responsables de políticas, las ONG y otras instituciones, y con el apoyo de la WHF, son un paso fundamental para la implementación de los cambios necesarios en materia de políticas de salud para avanzar en el control de colesterol en la población de un país. Durante la Mesa Redonda, la información que brinda la Hoja de Ruta, junto con la información local acerca de la magnitud y distribución de la brecha en el control del colesterol y de los obstáculos nacionales específicos, conduce a seleccionar las estrategias adecuadas para superar las barreras y definir las políticas y los objetivos nacionales.

PROFESOR FERNANDO LANAS
oficial de enlace de las Hojas de Ruta de la WHF

”

“ Como comunidad global, el destino que deseamos alcanzar es reducir el número de muertes debidas a enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas, el sufrimiento humano y los costos sociales y fiscales. Para llegar a este destino debemos entender el trayecto, que es la acumulación de colesterol en las paredes de nuestros vasos sanguíneos durante el transcurso de la vida. Sabiendo esto, la Hoja de Ruta del Colesterol actual de la WHF ofrece soluciones pragmáticas y escalables, con diferentes soluciones para las distintas etapas de la vida que se pueden aplicar globalmente, con el objetivo de utilizar un enfoque de reducción del colesterol durante toda la vida como herramienta para disminuir la carga poblacional de las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas.

PROFESOR KAUSIK K RAY

profesor de Salud Pública de Imperial College London, copresidente de la Hoja de Ruta del Colesterol de la WHF

”

“ La aterosclerosis es la principal causa de muerte en el mundo, y el colesterol juega un papel fundamental en su desarrollo; las pruebas sobre la reducción del C-LDL para la prevención de las enfermedades cardiovasculares son unas de las más robustas disponibles en medicina. Una buena evaluación de los riesgos y una intervención temprana pueden cambiar el curso de la enfermedad para siempre. Ahora tenemos terapias potentes y asequibles que, si se aplican de forma adecuada, tendrán un fuerte impacto sobre la aterosclerosis. El documento ha identificado los obstáculos y las posibles soluciones para implementar terapias adecuadas para aquellos que se encuentran en riesgo. Estas soluciones se deben adaptar a diferentes modelos de atención médica, y su implementación será esencial para lograr el éxito.

PROFESOR RAUL D. SANTOS

Universidad de Sao Paulo y Hospital Israelita Albert Einstein, copresidente de la Hoja de Ruta del Colesterol de la WHF

”

“ Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la causa principal de muerte en el mundo. Durante décadas, el colesterol ha sido una de las causas de ECV menos apreciadas y públicamente reconocidas. La Hoja de Ruta del Colesterol de la WHF es una herramienta de salud pública oportuna y desesperadamente necesaria, que tiene el poder de guiar las actividades y políticas globales en materia de salud. La implementación de este documento ayudará a mejorar la vida de muchos pacientes y a salvar la vida de muchas personas que aún no han sido diagnosticadas. Pero el objetivo final al que debemos apuntar es pasar de las enfermedades cardiovasculares a la salud cardiovascular de la población.

MAGDALENA DACCORD

directora ejecutiva de FH Europe, coautora de la Hoja de Ruta del Colesterol de la WHF

”



¹ World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland; 2009. Report No.: 978 92 4 156387 1.

² World Health Organization. Raised Cholesterol: situation and trends [Available from: https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en/].

³ Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol. 2020;76(25):2982-3021.

⁴ NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Repositioning of the global epicentre of non-optimal cholesterol. Nature. 2020;582(7810):73-7.

⁵ Hu P, Dharmayat KI, Stevens CAT, Sharabiani MTA, Jones RS, Watts GF, et al. Prevalence of Familial Hypercholesterolemia Among the General Population and Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Circulation. 2020;141(22):1742-59.

⁶ Wilemon KA, Patel J, Aguilar-Salinas C, Ahmed CD, Alkhnifawi M, Almahmeed W, et al. Reducing the Clinical and Public Health Burden of Familial Hypercholesterolemia: A Global Call to Action. JAMA Cardiol. 2020;5(2):217-29.

LAS HOJAS DE RUTA DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DEL CORAZÓN

Las muertes por enfermedades cardiovasculares (ECV) son **“el asesino número uno del mundo”** y están aumentando mundialmente.

Las ECV y las afecciones relacionadas a menudo se pueden prevenir, pero si no es así, se pueden

detectar de manera temprana y tratarse de manera rentable, evitando las hospitalizaciones costosas y la muerte. Sin embargo, esto requiere una política nacional coordinada y respuestas de los sistemas de atención médica construidas en torno a estrategias basadas en la evidencia. Los recursos de salud son limitados y, por lo tanto, se deben priorizar las intervenciones rentables para la prevención, la detección y el manejo de la ECV, con el fin de planificar respuestas eficaces de los sistemas de atención médica.



¿QUÉ SON LAS HOJAS DE RUTA?

Las Hojas de Ruta de la WHF son un marco global que se puede adaptar y utilizar a nivel nacional o regional.

SUS OBJETIVOS SON:

1. Resumir las actuales recomendaciones probadas, prácticas y rentables para reducir la carga de las ECV.
2. Destacar los obstáculos para la implementación de estas recomendaciones.
3. Proponer potenciales soluciones para superar estos obstáculos.
4. Ofrecer herramientas y estrategias para adaptar las soluciones a las necesidades locales.



¿CÓMO FUNCIONAN?

Las Hojas de Ruta de la WHF ofrecen un marco global, herramientas y soluciones que luego se pueden utilizar y adaptar (por medio de la colaboración de las partes interesadas) para satisfacer las necesidades específicas de distintas naciones y regiones.

Esto requiere:

- Un análisis de la situación del sistema de atención médica actual, sobre la base de herramientas tales como las CVD Score-cards de la WHF.

- Mesas Redondas con múltiples partes interesadas para discutir los obstáculos, las soluciones y las estrategias adecuadas.
- Un plan para implementar y evaluar las estrategias propuestas.

¿PARA QUIÉN SON?

Las Hojas de Ruta de la WHF empoderan a nuestros miembros (incluidas las fundaciones para las ECV, las sociedades y las asociaciones de pacientes) a conducir iniciativas específicas y orientadas hacia la acción para cada país, entre ellas, las Mesas Redondas.

Estas involucran a varias partes interesadas, tales como:

- Gobiernos y responsables de políticas
- ONG, activistas y defensores de la salud
- Profesionales de la salud
- Entidades corporativas
- Instituciones académicas y de investigación
- Pacientes y grupos de pacientes

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES?

Poner en marcha una acción eficaz que pueda reducir de forma apreciable las muertes prematuras y la carga económica mundial asociada a las ECV.

PARA DESCARGAR LA HOJA DE RUTA COMPLETA VISITE: CVDROADMAPS.ORG

Los autores agradecen a los miembros y socios de la Federación Mundial del Corazón que brindaron sus comentarios durante la elaboración de la Hoja de Ruta. También agradecemos a Amgen y Novartis, cuyo patrocinio de la Hoja de Ruta del Colesterol de la WHF hizo posible esta importante publicación. Se debe mencionar que el contenido es competencia exclusiva de los coautores.

HOJA DE RUTA DE COLESTEROL

ACTUALIZACIÓN DE LA HOJA DE RUTA DE COLESTEROL



WORLD HEART FEDERATION
32 rue de Malatrex
1201 Geneva
Switzerland
+41 22 512 06 95
info@worldheart.org
www.worldheart.org

