Guía Europea de Prevención Cardiovascular
Adaptación Española CEIPC 2008

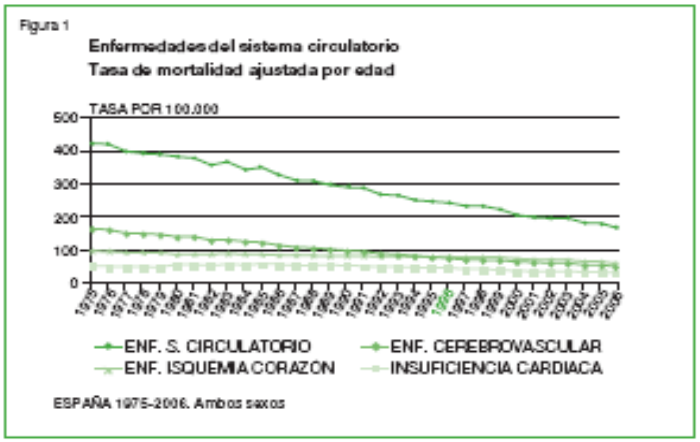
Novedades y controversias

José Mª Lobos Bejarano
Coordinador CEIPC

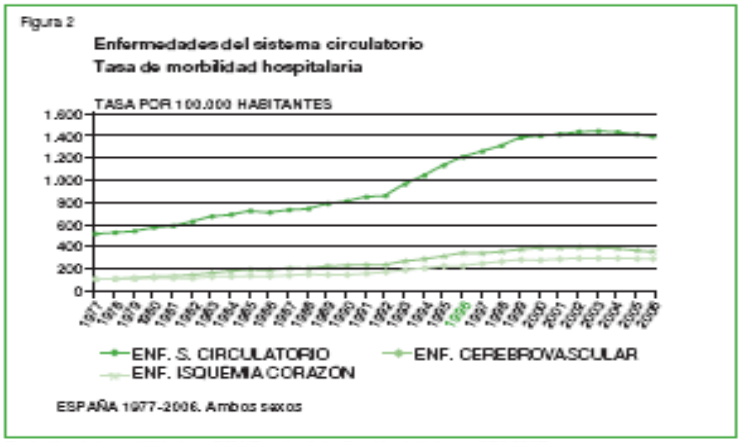
CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Puntos clave

- La enfermedad cardiovascular (ECV) es la mayor causa de muerte en España y en el mundo occidental, e importante causa de discapacidad y del imparable aumento de los costes sanitarios.



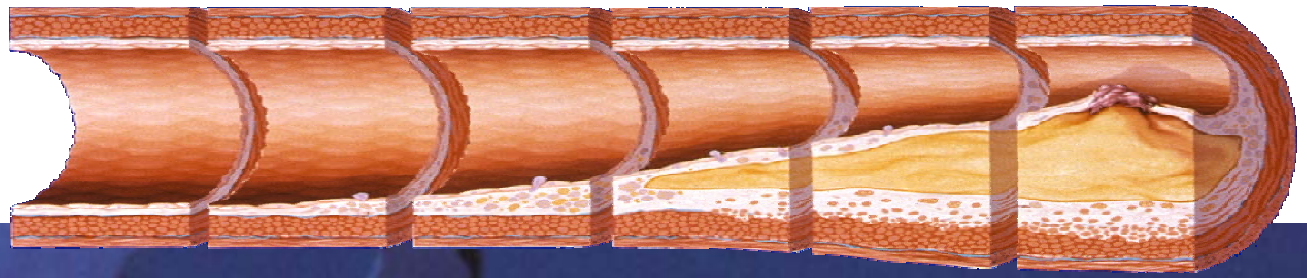
Evolución de la mortalidad por ECV (Fuente: Actualización del informe SEA 2007).

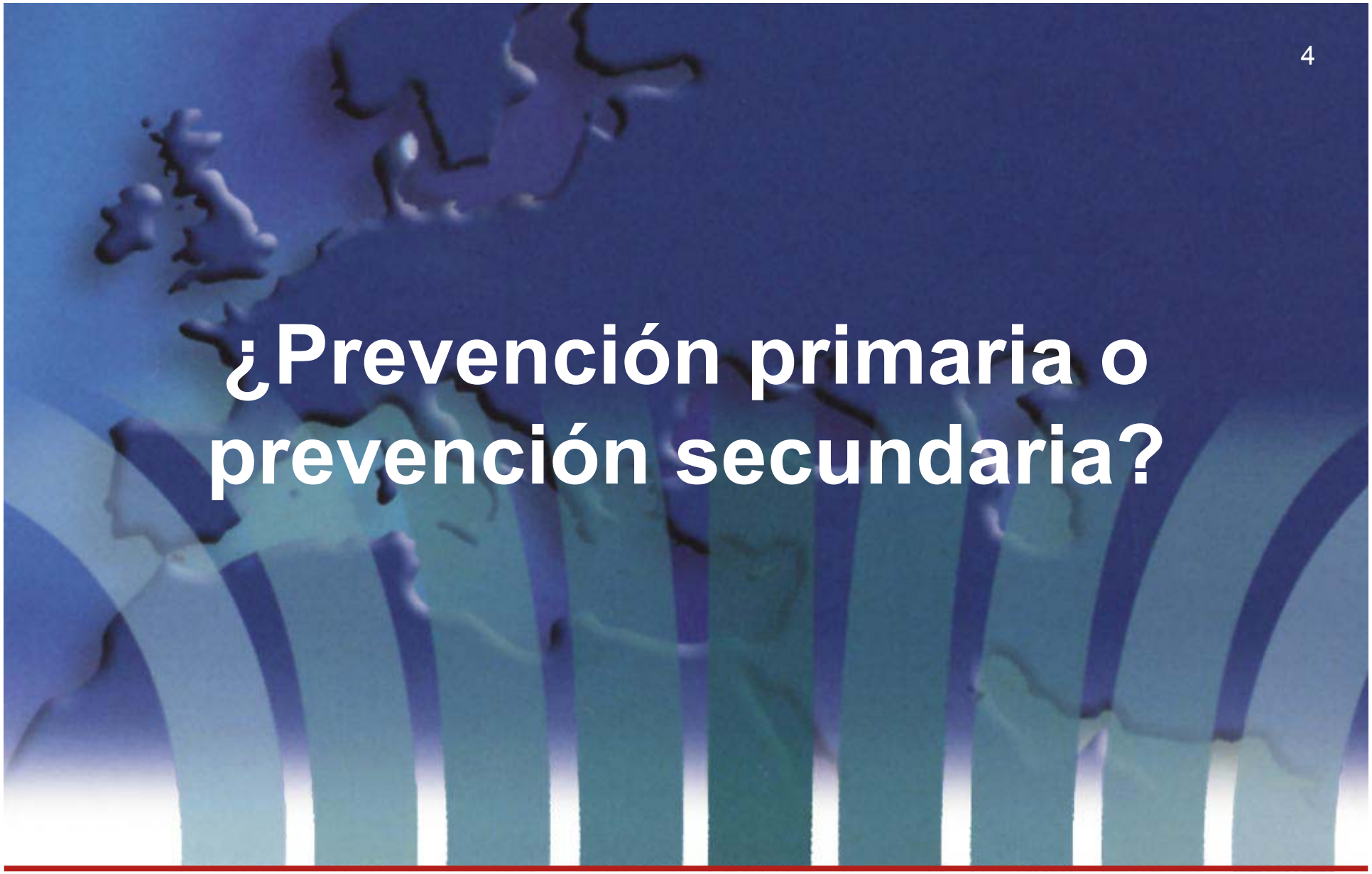


Evolución de la morbilidad por ECV (Fuente: Actualización del informe SEA 2007).

Puntos clave

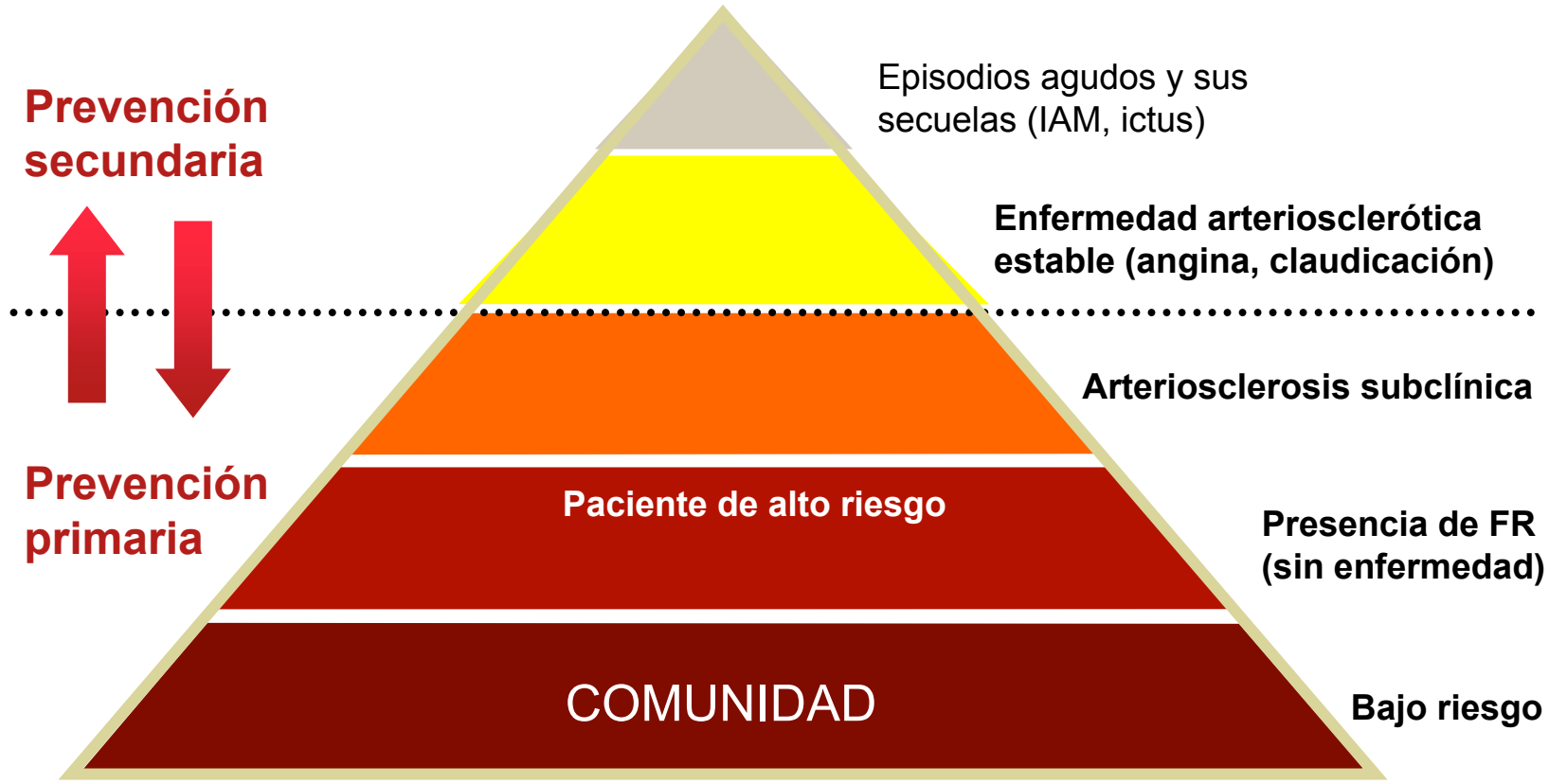
- La aterosclerosis subyacente evoluciona insidiosa y progresivamente a lo largo de muchos años y suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas clínicos.
- Con frecuencia, la primera manifestación de ECV es mortal o discapacitante y, por tanto, puede considerarse un fracaso de la prevención.





¿Prevención primaria o prevención secundaria?

Objetivo de las Guías



Objetivo de las Guías



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000

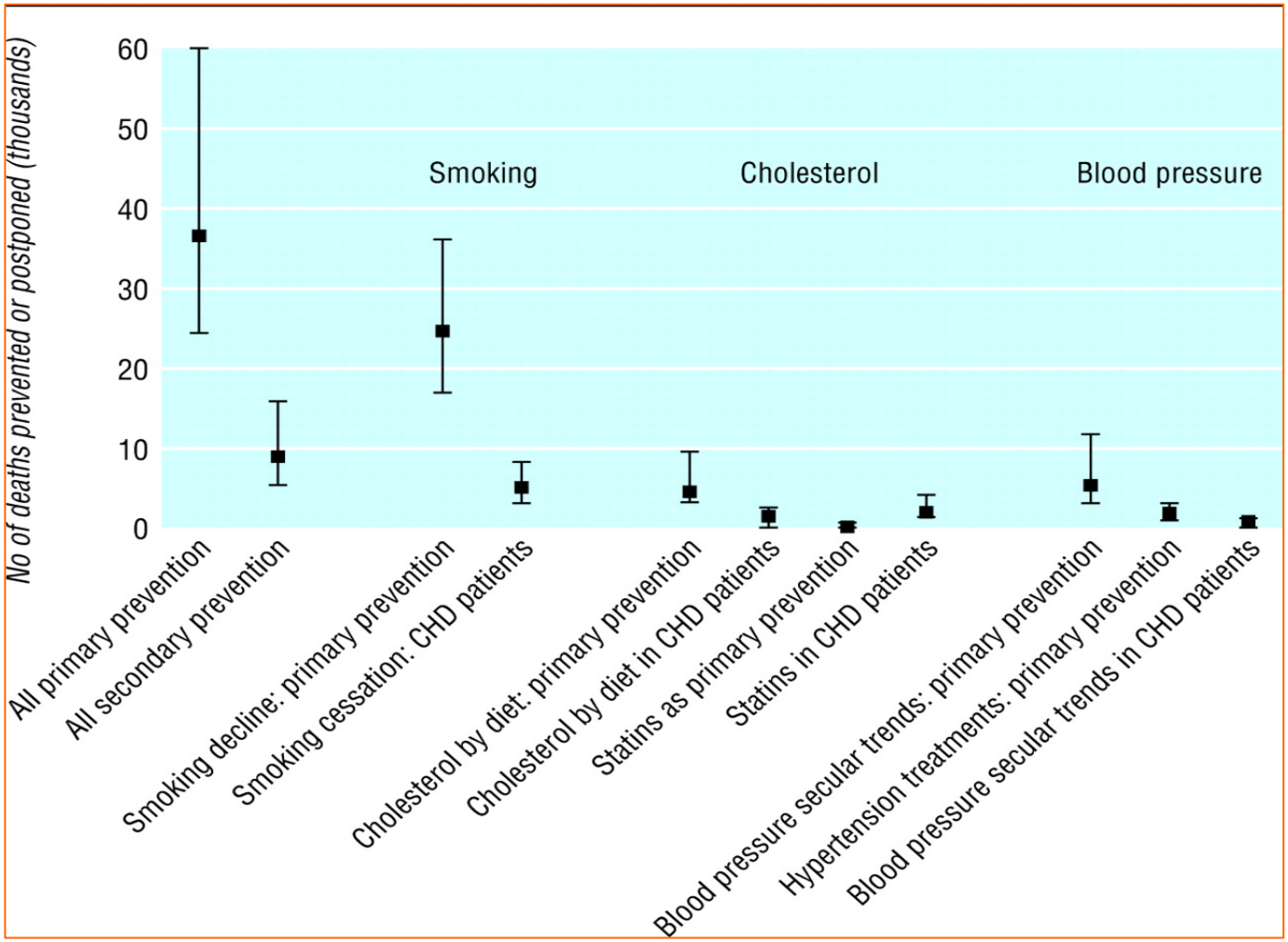
CONCLUSIONS

Approximately half the decline in U.S. deaths from coronary heart disease from 1980 through 2000 may be attributable to reductions in major risk factors and approximately half to evidence-based medical therapies.



N Engl J Med 2007;356(23):2388-2398

Descenso en la mortalidad por EC atribuible a cambios en los FR en personas con o sin EC en Inglaterra y Gales, 1981-2000



The decline in coronary heart disease (CHD) deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention.

- **Un descenso de 45.370 muertes por CHD fueron atribuibles a reducción en tabaco, colesterol y presión arterial en toda la población.**

- **36.625 (81%) de éstas muertes prevenidas ocurrieron en población sin CHD y 8.745 (19%) en pacientes con CHD.**

- **La prevención primaria consiguió reducir 4 veces más el número de muertes que la prevención 2ª**

Unal B. et al. BMJ 2005; bmj.com

Estrategia de reducción del RCV



1. **Poblacional: promoción de hábitos saludables**
   población general
2. **Individual**
   Detección y estratificación del RCV
3. **Individual de alto riesgo**
   Pacientes de alto riesgo
   Daño orgánico o ECV establecida

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Nuevas aportaciones Guías 2008

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

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Prioridades médicas en prevención CV

1. **Pacientes con ECV establecida**
2. **Sujetos asintomáticos de ALTO RIESGO:**
   - Varios FR que den lugar a un riesgo alto **(≥ 5 %)**
   - Pacientes diabéticos tipo 1 (+ MA) o tipo 2
   - Uno o más FR muy elevados o lesión de órgano diana
3. **Familiares próximos (padres o hermanos) con ECV o de muy alto riesgo**

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Objetivos en prevención cardiovascular

Alcanzar y mantener el perfil de bajo riesgo

- No fumar
- Alimentación saludable (*dieta mediterránea*)
- Actividad física al menos 30 min. al día
- IMC < 25 y evitar obesidad abdominal
- PA < 140/90 mmHg
- Colesterol total < 200 mg/dl (5.2 mmol/L)
- cLDL < 130 mg/dl (3.4 mmol/L)
- Glucemia < 110 mg/dl en ayunas

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Objetivos en prevención cardiovascular
Control riguroso en alto riesgo

- **Estilo de vida:**
  - No fumar
  - Elegir dietas saludables
  - Actividad física (al menos 30 min/d)
  - Reducir sobrepeso, obesidad, perímetro de cintura
- **Factores de riesgo:**
  - Presión arterial
    - < 140/90 mmHg
    - < 130/80 mmHg en diabéticos o ECV y/o renal
  - Colesterol total
    - < 200 mg/dl
    - < 175 mg/dl si ECV o DM
  - Colesterol LDL
    - < 130 mg/dl
    - < 100 mg/dl si ECV o DM (80 mg/dl *si factible*)
  - Control glucémico en diabéticos (HbA1C ≤ 7%)
- **Considerar fármacos preventivos**

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Estimación del riesgo cardiovascular

Valoración del RCV global

- La valoración del RCV es una **herramienta clave** para orientar el manejo del paciente. Sin embargo, es difícil establecer el umbral a partir del cual debe iniciarse una intervención.
- Debe ser realizada en el contexto de cada paciente, considerando los **modificadores** y siempre bajo el juicio clínico.

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

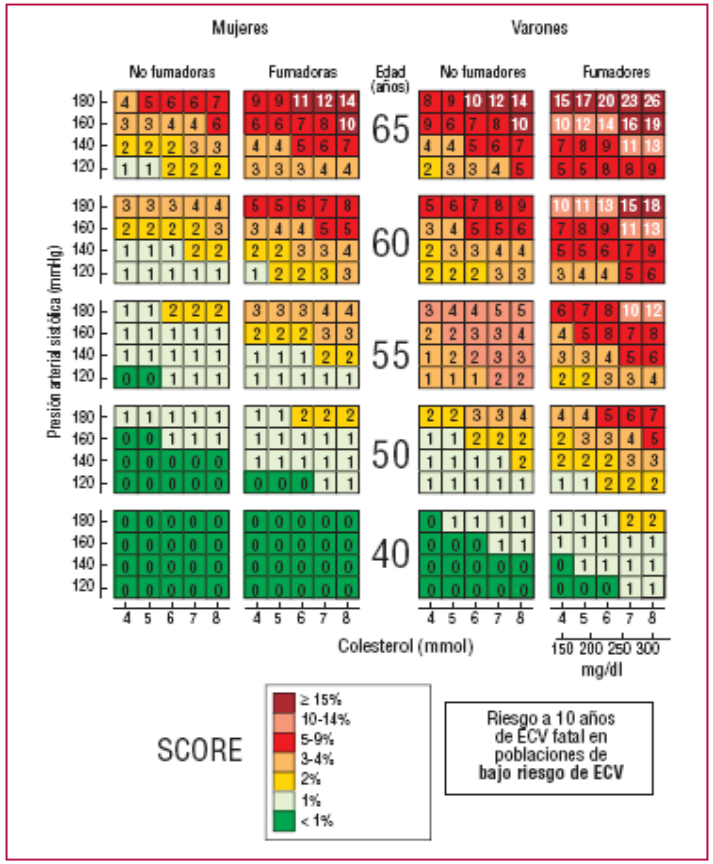
Algunos cambios en SCORE
Uso práctico

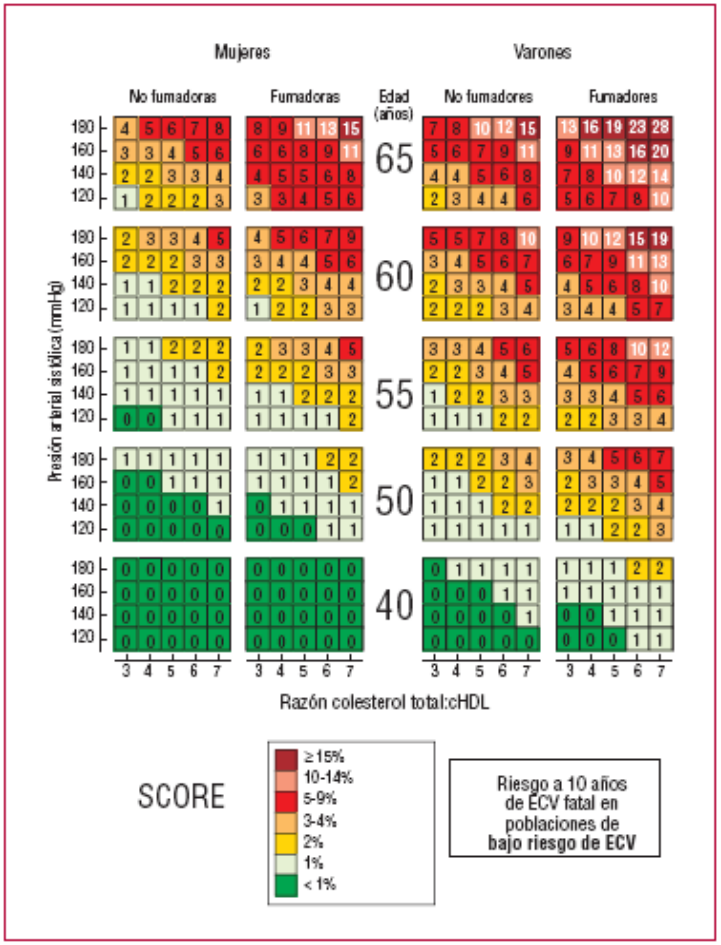
- **Considerar el impacto en la ECV total (mortal o no mortal)**
- **Un 5% en ECV mortal es equivalente al 10% (15% en varones) en términos de ECV total (*FINRISK-MONICA).***
- **Se abandona la extrapolación a los 60 a. (usar tablas de RR en jóvenes junto al RA)**
- **Versión electrónica con la tabla calibrada para España en**

www.heartscore.org

Tablas SCORE

Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular





Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Cómo estratificar el RCV

Modificadores del riesgo
(riesgo mayor que el señalado en las tablas)

- **Sedentarismo y obesidad (s/t obesidad central)**
- **Hª familiar de enfermedad CV prematura (x 1.5-1.7)**
- **Nivel socioeconómico bajo**
- **En diabéticos x 3 (varón) y x 5 (mujer)**
- **Triglicéridos altos y/o HDL bajo**
- **Manifestación de ECV preclínica (ej: índice T/B reducido, US carotídea, TC ó RMN**

En jóvenes…

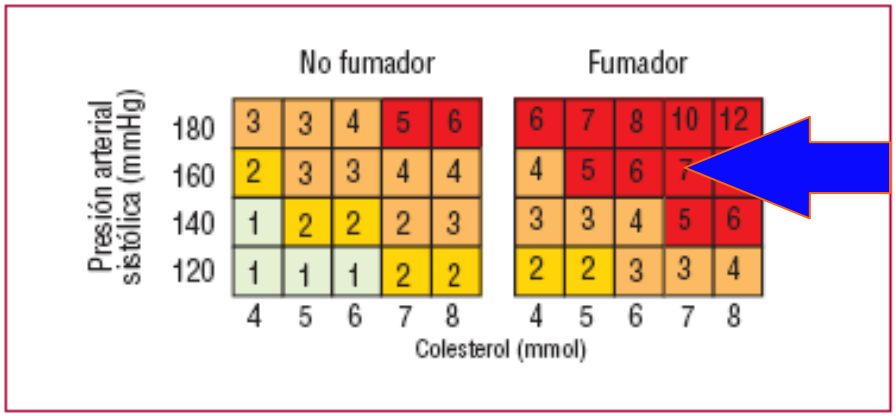


Fig. 6. Tabla de riesgo relativo. © The European Society of Cardiology.

- Varón 45 años fumador con PAS 160 mmHg y colesterol de 280 mg/dl.

¿Cuándo evaluar el RCV?

- Si existe uno o más FRCV
- Si existen AF de enfermedad CV
- Para valorar la probabilidad de ECV si existe una sospecha clínica
- Rutinariamente, a partir de cierta edad (> 40 a.) aprovechando exámenes preventivos con igual periodicidad.
- Si la persona lo solicita

¿Cuándo NO aplicar SCORE?

- Si existe ya una ECV establecida
- Si la persona es diabética
- Si presenta uno o más FR de mucha intensidad (i.e. PA > 180/100 mmHg, CT > 300 mg/dl, etc.) que requieren tratamiento y control intensivo.

¿Y en las personas mayores?

- Riesgo ≥ 5 % en la mayoría independiente de los FRCV por efecto de la edad.
- Individualizar en personas de edad avanzada (con criterios de MBE) para no exceder en tratamiento farmacológico si no hay evidencias contrastadas.

Controversias: nuevos FR

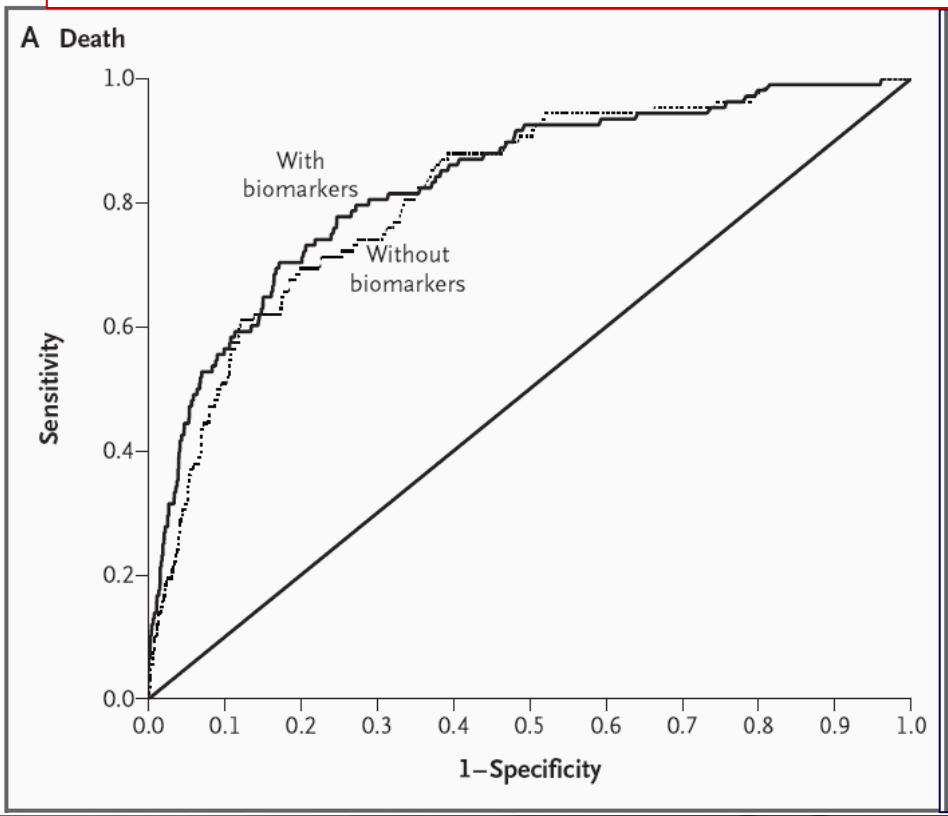
- PCR-HS
- Homocisteína
- Fibrinógeno
- NT-ProBNP
- D-Dímero

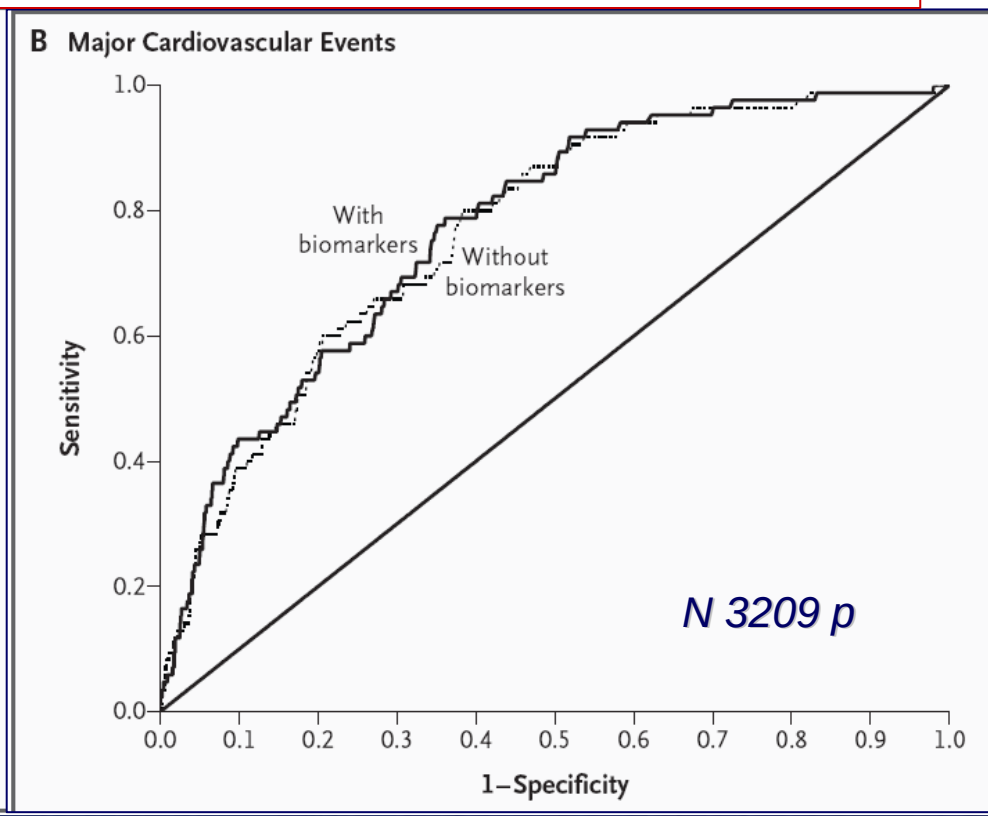
¿Qué aportan en la valoración del RCV en la práctica diaria?

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Multiple Biomarkers for the Prediction of First Major Cardiovascular Events and Death





N 3209 p

N Engl J Med 2006;355(25):2631-2639

Controversias: nuevos FR

Características necesarias:

- **Capacidad de predicción a corto, medio y largo plazo**
- **Disponer de medición estandarizada**
- **Conocer la variabilidad**
- **Mejorar la predicción de otros FR**
- **¿causalidad inversa?**

Manejo del riesgo cardiovascular en la práctica clínica

Cambio de hábitos y manejo de los FR conductuales

- Interacción positiva médico-paciente
- Toma conjunta de decisiones…



Cambio de hábitos y manejo de los FR conductuales

- Identificar fortalezas y debilidades. Visión personal del paciente.
- Reconocer la dificultad de los cambios
- **Enfermería: involucrar desde el principio**
- El recurso tiempo es crucial



Estrategias de prevención

- Se hace necesario formar a los médicos y profesionales de enfermería en la *atención preventiva centrada en el paciente.*



- Los objetivos, para ser factibles, deben establecerse de acuerdo con él.

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Obesidad y sobrepeso

- **En pacientes con ECV y en personas de alto riesgo es crucial evitar el sobrepeso o reducirlo**
- **Pérdidas ponderales ligeras pueden ser clínicamente relevantes si se mantienen en el tiempo**
- **Conseguir la reducción de peso:**
  - **en personas obesas (IMC ≥ 30) o con sobrepeso.**
  - **Nivel 1: si existe aumento de grasa abdominal : perímetro de la cintura ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres**
  - **Nivel 2: en sujetos con PC 94-10 cm (v) ó 80-88 cm (m) debe aconsejarse NO aumentar peso**

Objetivos terapéuticos en la DM-2

		objetivo
HbA1c (DCCT-estandarizado)	HbA_{1c}	≤ 7%)
Glucosa venosa	**Ayunas/preprandial**	
	mmol/l	≤6,0
	mg/dl	<110
Automonitorización	**Ayunas/preprandial**	
	mmol/l	4,0-5,0
	mg/dl	70-90
	Postprandial	
	mmol/l	4,0-7,5
	mg/dl	70-135
Presión arterial	mmHg	< 130/80
Colesterol total	mmol/l (mg/dl)	< 4.5 (175)
Colesterol LDL	mmol/l (mg/dl)	<2.5 (100)

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular), 2008.

Manejo de la presión arterial

TABLA 6. **Manejo del riesgo total de ECV: presión arterial**

SCORE Riesgo de ECV	Normal < 130/85	Normal alto 130-139/85-89	Grado 1 140-149/90-99	Grado 2 160-179/170-109	Grado 3 ≥ 180/110
Bajo < 1%	Orientación estilo de vida	Orientación estilo de vida	Orientación estilo de vida	Medicación si persiste	Medicación
Moderado 1-4%	Orientación estilo de vida	Orientación estilo de vida	+ Considerar medicación	Medicación si persiste	Medicación
Aumentado 5-9%	Orientación estilo de vida	+ Considerar medicación	Medicación	Medicación	Medicación
Muy aumentado ≥ 10%	Orientación estilo de vida	+ Considerar medicación	Medicación	Medicación	Medicación

En TODOS los casos hay que buscar y manejar todos los factores de riesgo. Aquellos con ECV establecida, diabetes o enfermedad renal tienen un riesgo notablemente más elevado, y es deseable una PA < 130/80 mmHg cuando sea factible. Para las demás personas, hay que evaluar el riesgo SCORE. Se debe tratar a quienes tengan lesión de un órgano diana como con «riesgo aumentado».

- ***5 grupos farmacológicos. Combinaciones.***
- ***Precaución BB-Diu si riesgo metabólico.***
- ***Control 24 horas. Simplificar tratamiento***

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Manejo de la presión arterial

- Inicio de tratamiento inmediato en Gr. 3 y en Gr. 1-2 si RCV ≥ 5%.
- Grados 1-2 con riesgo moderado valorar cambio de hábitos ~ 3 meses.
- Puede esperarse más en Grado 1 con bajo riesgo (*seguimiento*)
- **En PA normal-alta (130-139/80-85 mmHg se recomienda tratamiento farmacológico si existe ECV, diabetes o nefropatía.**

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Manejo de los lípidos en función del riesgo cardiovascular

Abordar todos los factores de riesgo

ECV establecida

Diabetes tipo 2 ó tipo 1 con MA

Hiperlipemia severa (colesterol total ≥ 320 mg/dl (~ 8meq/l) o cLDL ≥ 240 mg/dl (~6meq/l)

- Proporcionar orientación sobre el ejercicio y la dieta.
- El objetivo es reducir el colesterol total **< 175 mg/dl (~ 4,5 mmol/l) ó < 155 mg/dl (~ 4mmol/l) si es factible**, y el **cLDL a < 100 mg/dl** (~ 2,5 mmol/l) ó **< 80 mg/dl** (~ 2 mmol/l) si es factible*.
- Esto requiere tratamiento con estatinas en la mayoría de casos**.

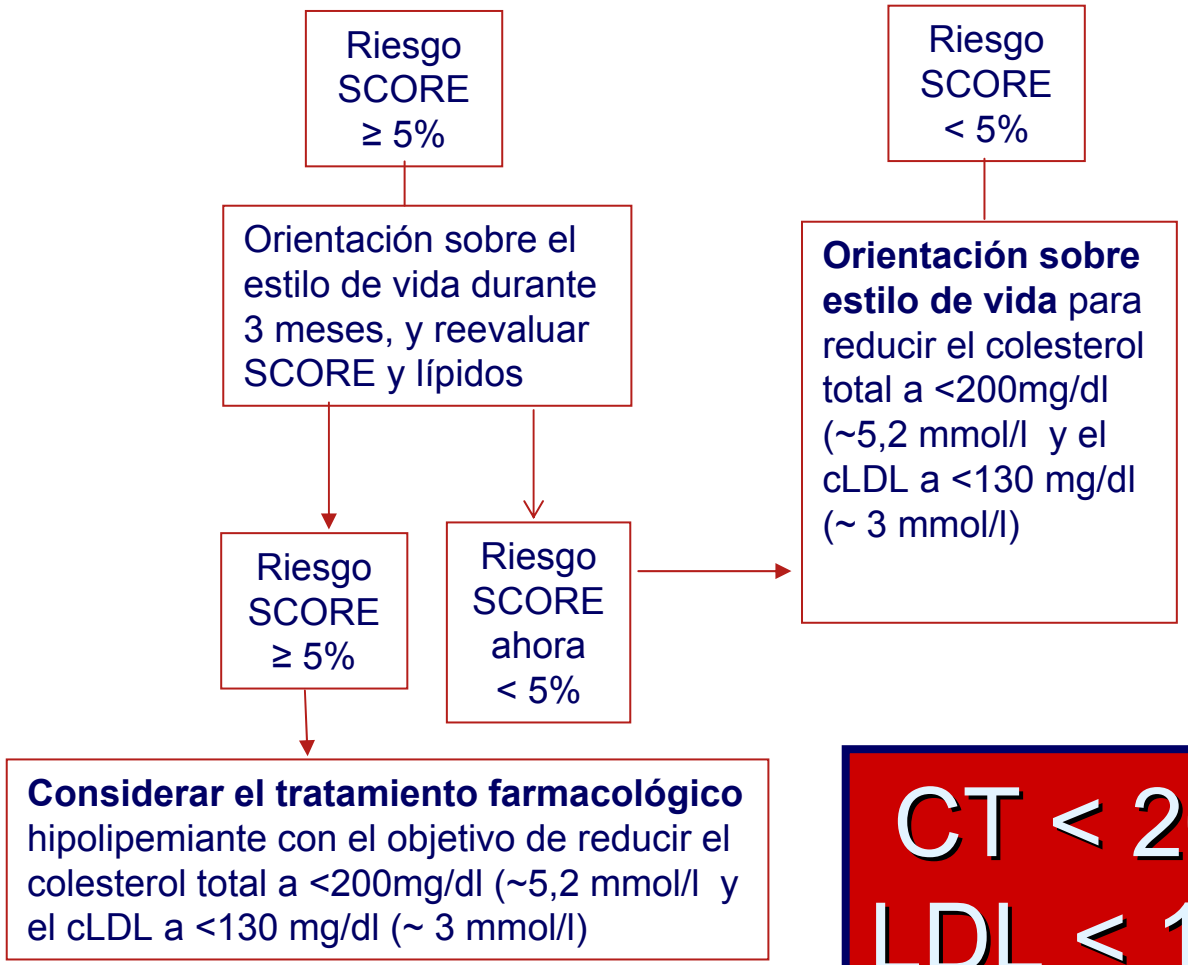
CT < 175 mg/dl
LDL < 100 mg/dl
(80 si factible)

Los objetivos del tratamiento no están definidos para el cHDL y los triglicéridos, pero un cHDL < 1 mmol/l (40 mg/dl) para los varones y < 1,2 mmol/l (45 mg/dl) para las mujeres, y unos triglicéridos en ayunas de > 1,7 mmol/l (150 mg/dl) son marcadores de riesgo cardiovascular aumentado.

* Particularmente en pacientes de especial alto riesgo

**Algunos grupos recomiendan estatinas para todos los pacientes con ECV y la mayoría de los pacientes diabéticos independientemente de los valores basales.

Para las demás personas, se debe aplicar las tablas SCORE .

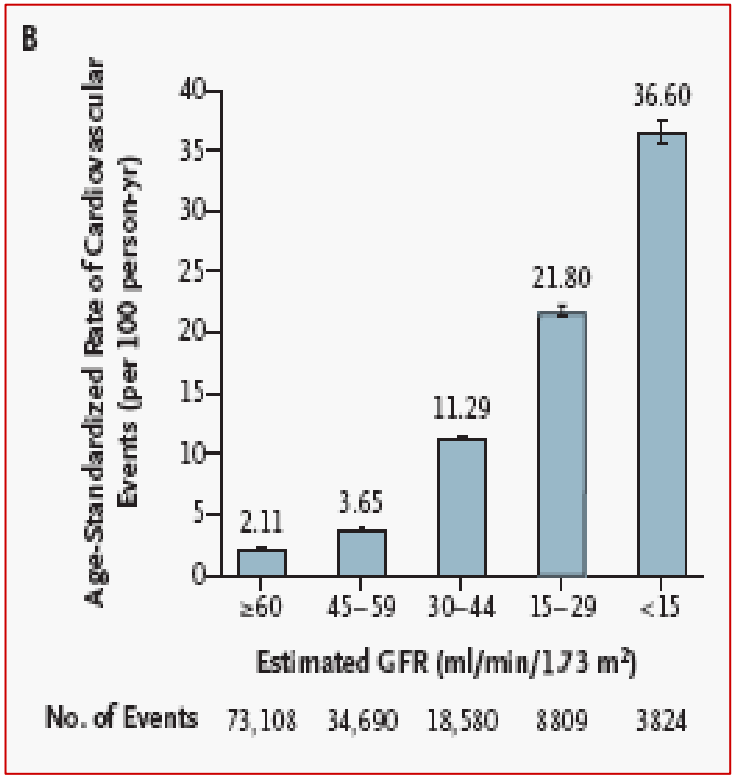


CT < 200 mg/dl
LDL < 130 mg/dl

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Enfermedad renal crónica

- TFGe < 60 ml/min implican un riesgo progresivo de ECV
- La microalbuminuria (30-300 mg/24 horas) tiene un efecto aditivo.
- Los pacientes con ER requieren un control intenso de los FR
- Estimar la TFG en población de riesgo (HTA, diabetes, > 60 a.)



NEJM, Sep 23, 2004. Vol 351: 1296-305

Prevención CV en la mujer

- La mujer está poco representada en los ECA de prevención cardiovascular
- Aunque la ECV está 10 años "retrasada", es la 1ª causa absoluta de mortalidad
- Algunas situaciones son de particular riesgo en la mujer: ACO, tabaco, sobrepeso/obesidad, IHC, diabetes.

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Prevención CV en la mujer

Particularidades del efecto de los fármacos:

- El *AAS* reduce el riesgo de ictus en mujeres pero no (o menos) de IAM.
- En prevención primaria, las *estatinas* pueden no tener impacto en la mortalidad (se extrapolan resultados de estudios en varones).
- La THS no reduce el riesgo CV.

Fármacos en prevención CV

Fármacos "protectores"

INDEPENDIENTE DE SU USO PARA EL CONTROL DE DETERMINADOS FR

1. Aspirina: en ECV y prevención 1ª con *SCORE* ≥ 10% y PA controlada. Doble AAG sólo tras SCA (1m-1 año).
2. Estatinas: objetivos LDL o más allá…
3. Betabloqueantes: angina, post-IM, ICC.
4. IECA (ARA-2): DVI post-IM, ICC, CI de alto riesgo, nefroprotección (i.e.diabetes).

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

Ácido acetilsalicílico para la prevención de enfermedades cardiovasculares

Resumen clínico de las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos

Población	Hombres de 45 - 79 años	Mujeres de 55 - 79 años	Hombres de < 45 años	Mujeres de < 55 años	Hombres y Mujeres de ≥ 80 años
Recomendación	Fomentar el uso de aspirina cuando el beneficio potencial sobre ECV (IM prevenidos) supere el potencial de hemorragia GI	Fomentar el uso de aspirina cuando el beneficio potencial sobre ECV (ictus prevenidos) sea superior al potencial de hemorragia GI	No fomentan el uso de aspirina para la prevención del IM	No fomentan el uso de aspirina para la prevención del ictus	Sin recomendación
	GRADO A		GRADO D		Grado I (Evidencia insuficiente)

Como emplear esta recomendación

Fomentar la decisión compartida en personas cuyo riesgo se aproxime (por encima o por debajo) a los niveles estimados de riesgo a 10 años abajo indicados. Dado que el beneficio potencial sobre las ECV es superior a los daños, la recomendación de tomar aspirina debe ser más fuerte.

Para determinar si el beneficio potencial de IMs prevenidos (hombres) e ictus prevenidos (mujeres) supera el potencial daño del aumento de la hemorragia GI, se debe considerar tanto la edad como el riesgo de ECV a 10 años en base a los datos de Framingham.

Nivel de riesgo en que la prevención de ECV (beneficio) supera los daños GI			
Hombres		Mujeres	
riesgo de enfermedad coronaria a 10 años		riesgo de ictus a 10 años	
edad entre 45 - 59 años	≥ 4 %	edad entre 45 - 59 años	≥ 3 %
edad entre 60 - 69 años	≥ 9 %	edad entre 60 - 69 años	≥ 8 %
edad entre 70 - 79 años	≥ 12 %	edad entre 70 - 79 años	≥ 11 %

Esta tabla es aplicable a adultos que no estén tomando AINEs y que no tienen dolor GI superior o historia de úlcera GI

El uso de AINEs y la historia de úlcera GI aumenta el riesgo de hemorragia GI severa y debe ser considerado al determinar el balance entre beneficios y daños

El uso de AINEs en combinación con aspirina aproximadamente cuadruplica el riesgo de hemorragia GI severa en comparación con el riesgo de la aspirina sola

El ratio de sangrados severos es aproximadamente 2-3 veces mayor en pacientes con historia de úlcera GI

U.S. Preventive Services Task Force “Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement” Ann Intern Med. 2009;150:396-404.

Aspectos clave para facilitar la prevención cardiovascular

- Guías sencillas, claras y realistas
- Tiempo suficiente en consulta
- Políticas estatales y autonómicas apropiadas (recursos e incentivos para la prevención)
- Políticas educativas útiles a largo plazo
- Asesorar a las personas de bajo riesgo para mantenerlo

Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2008.

CEIPC

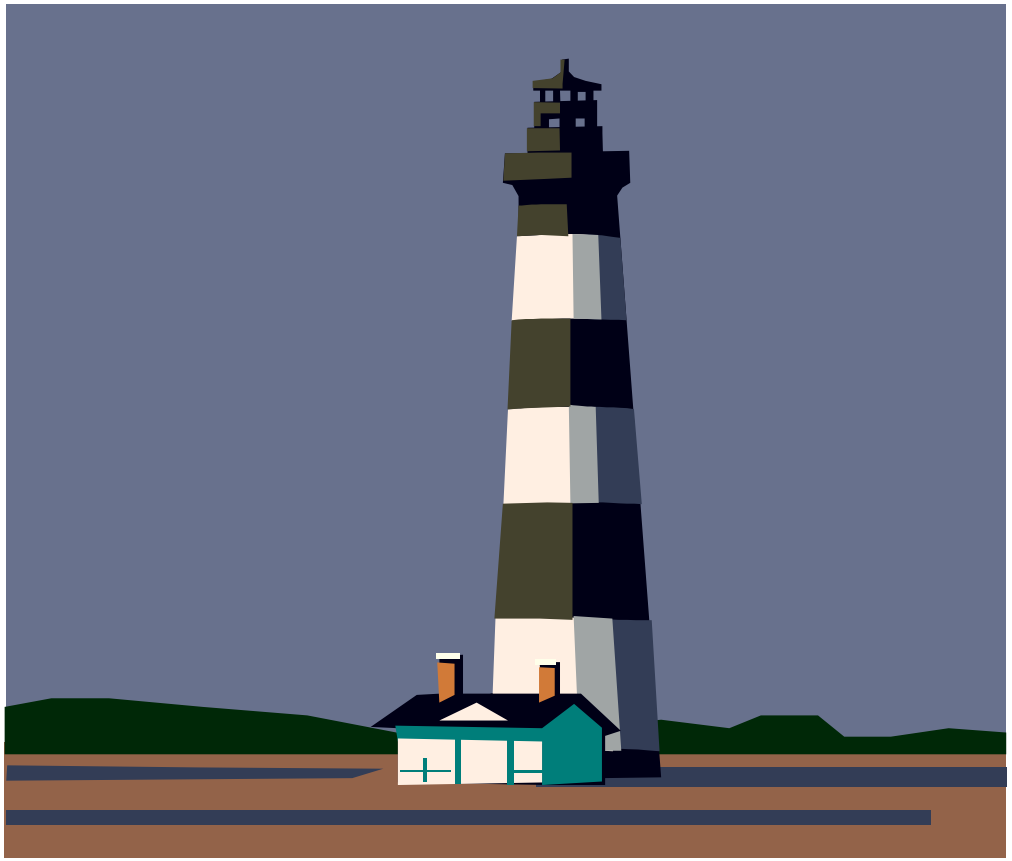
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Si aplicáramos efectivamente lo que hoy sabemos que hay que hacer (o no hacer) se lograría un impacto mucho mayor en la salud que con cualquier nuevo fármaco o tecnología que pueda ser desarrollado en los próximos diez años.

Sir Muir Gray,
Director NHS National Knowledge Service







GRACIAS

