

# PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

European Society of Cardiology 2007

Noviembre-2007. Cambados  
M.Jorge Alvear. CS Noia (A Coruña)

# JUSTIFICACIÓN

- La Enfermedad Cardiovascular (EC) es la causa más frecuente de muerte y la más importante de incapacitación.
- La aterosclerosis subyacente se desarrolla a lo largo de los años y está en fase avanzada cuando aparecen síntomas.
- La muerte por EC suele ser repentina y antes de poder prestar atención médica.
- Intima relación entre EC y estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables.
- Modificar los factores de riesgo reduce la morbimortalidad por EC particularmente en pacientes de alto riesgo.

# NOVEDADES

- Mayor acopio de datos de Medicina General.
- Mayor énfasis en el ejercicio, peso y estilo de vida.
- Redefinición de prioridades y objetivos.
- Revisión de la valoración del riesgo en jóvenes.
- Consideración de todos los datos además de la mortalidad.
- Más información sobre diabetes, colesterol, HDL e IMC del SCORE
- Nuevas secciones sobre sexo, ritmo cardíaco, perímetro abdominal, IMC otras manifestaciones de EC y disfunción renal.

# CARACTERÍSTICAS DE LAS GUÍAS CLÍNICAS

- Validez
- Reproductibilidad
- Fiabilidad
- Aplicabilidad clínica
- Flexibilidad clínica
- Claridad
- Rigurosa documentación
- Revisión regular
- Participación

# GRUPOS PRIORITARIOS

- Pacientes con EC aterosclerótica diagnosticada
- Individuos asintomáticos con alto riesgo de EC por:
  - Múltiples factores de riesgo...Score  $\geq 5$  % de muerte por EC a 10 años
  - Diabetes 2 y 1 con microalbuminuria
  - Factores aislados de riesgo claramente elevados si se asocian con daño en órgano diana.
- Parientes cercanos de pacientes con EC aterosclerótica o con alto riesgo

# OBJETIVOS (1)

- 1.-AYUDAR A LOS SUJETOS CON RIESGO BAJO DE EC A MANTENERSE.  
AYUDAR A LOS DE RIESGO ALTO A REDUCIRLO.

# OBJETIVOS (2)

## 2.-ALCANZAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE TIENDEN A TENER SALUD

- No fumar
- Elección de comida sana
- Actividad física (30 m/día)
- IMC <25. Evitar obesidad central
- Tensión arterial <140/90
- Colesterol total <190 mg/dl
- LDL-Colesterol <115 mg/dl
- Glucemia <110 mg/dl

# OBJETIVOS EN PACIENTES DE ALTO RIESGO (EC diagnosticada o diabetes)

... si es posible...

- Tensión arterial <130/80 mmHg
- Colesterol Total <175 mg/dl
- LDL-colesterol <80 mg/dl
- Glucemia <110 mg/dl y HbA1c <6,5%
- Considerar tratamiento cardiológico cardioprotector en todos con EC diagnosticada (aspirina, betabloqueantes, IECA, anticoagulantes)

# EVALUACIÓN DEL RIESGO (1)



- Utilizar la tabla SCORE
- EXCEPCIONES: \* EC conocida
  - \* Diabetes
  - \* Factores aislados de riesgo muy altos

# EVALUACIÓN DEL RIESGO (2)

- HISTORIA: Enfermedades previas, historia familiar de EC prematura, tabaco, ejercicio y hábitos alimentarios.
- EXPLORACIÓN: PA, IMC, perímetro cintura, pulsos periféricos y auscultación cardiopulmonar.
- LABORATORIO: Sangre: Glucosa, creatinina, colesterol (LDL/HDL) y triglicéridos. (\*)  
Orina: Glucosa, proteínas.  
ECG

(\*) Considerar PCR de alta sensibilidad, lipoproteína (a), Fibrinógeno y homocisteína.

# RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA

- No fumar.
- Reducción de peso:
  - si  $IMC > 25$    $> 88$  cm M
  - si P.Abdominal   $> 102$  cm H
- Ejercicio físico: 30 minutos, moderadamente vigoroso, la mayor parte de los días.

# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Si el riesgo SCORE  $>5\%$  o daño en órgano diana.
- En personas mayores no se recomienda por debajo de un riesgo de 10%.
- Considerar antihipertensivos si PA  $\geq 140/90$  mmHg
- Considerar estatinas si CT  $\geq 190$  mg/dl o LDL  $\geq 115$
- EC establecida: aspirina y estatinas para la mayoría.

Siempre con consejo sobre estilo de vida.

Reevaluar el riesgo total a intervalos regulares.

# CONSIDERACIONES A LA TABLA SCORE (1)

- Utilización según el conocimiento y criterio del profesional. Consideración especial a circunstancias locales.
- En países con mortalidad por EC decreciente infravaloran el riesgo. Con mortalidad creciente, sobrevaloran el riesgo.
- A cualquier edad el riesgo calculado es mayor en mujeres que en hombres. Puede ser engañoso, el riesgo simplemente se aplaza 10 años.

# CONSIDERACIONES A LA TABLA SCORE (2)

## RIESGO MAYOR QUE EL INDICADO EN LA GRAFICA

- Pacientes sedentarios u obesos (especialmente obesidad abdominal).
- Con historia familiar de EC prematura.
- Socialmente deprimidos.
- La diabetes multiplica por 5 el riesgo en mujeres y por 3 en hombres.
- Bajo HDL-Colesterol o triglicéridos elevados.
- Asintomáticos con evidencia de aterosclerosis preclínica.

# ¿CUÁNDO EVALUAR EL RIESGO DE EC?

1.-Si el paciente lo pide

2.-Si durante una consulta:

- \* La persona es de mediana edad y fumadora.
- \* Uno o más factores de riesgo.
- \* Historia familiar de EC prematura o factores de riesgo importantes.
- \* Síntomas que sugieren EC.

# CONTROL DEL RIESGO DE EC TOTAL: NO FUMAR: IDEAR

- Identificar todos los fumadores en cualquier oportunidad (preguntar)
- Determinar el grado de adicción y su disposición para dejar el tabaco.
- Estimular sin rodeos a todos los fumadores a dejarlo.
- Ayudar: estrategias para dejarlo incluyendo terapia de conducta, sustitutos y fármacos.
- Revisar: organizar un calendario de seguimiento.

# **CONTROL DEL RIESGO DE EC TOTAL: ALIMENTACIÓN SALUDABLE**

- Asesorar a todos los individuos sobre dieta cardiosaludable.
- Recomendaciones adaptadas a la cultura local.
- Alimentación variada.
- Ingesta adecuada para evitar el sobrepeso.
- Recomendar frutas, verduras, cereales y pan integral, pescado (sobretudo azul), carne magra y productos lácteos bajos en grasa.
- Reducir la grasa total a menos del 30% del aporte calórico, y menos de un tercio saturada.
- Reducir la ingesta de sal si hay hipertensión. Elegir productos frescos o congelados sin sal.

# CONTROL DEL RIESGO DE EC TOTAL: PESO CORPORAL

- La obesidad está asociada a un aumento de la mortalidad y morbilidad general y por EC inducido por aumentos de la TA y lípidos en sangre, bajo HDL y mayor probabilidad de diabetes.
- Recomendar reducir peso a todos os obesos y considerar para todos los que tengan sobrepeso.
- Hombres con perímetro de cintura entre 94-102 y mujeres entre 80-88 se recomendará no aumentar de peso. Por encima de 102 en hombres y de 88 en mujeres, recomendar bajar peso.
- Limitar la ingesta total de calorías y ejercicio físico regular son los pilares del control del peso. Es probable que la mejora en el metabolismo central de las grasas ocurra con el ejercicio antes de que se de la reducción de peso.

# CONTROL DEL RIESGO TOTAL DE EC: ACTIVIDAD FISICA

- Cualquier incremento de actividad física mejora la salud. Aprovechar oportunidades.
- Intentar encontrar actividades de ocio que se disfruten positivamente.
- 30 minutos de ejercicio moderadamente vigoroso la mayor parte de los días, reduce el riesgo y aumenta la buena forma.
- Ejercitarse con la familia o amigos tiende a mejorar la motivación.
- Beneficios adicionales: sentimiento de bienestar, disminución de peso y mayor autoestima.
- Un apoyo y estímulo continuado por parte del médico puede ayudar en el largo plazo.

# ...PARA AYUDAR AL CAMBIO DE CONDUCTA...

- Dedicar tiempo al paciente.
- Utilizar un lenguaje apropiado a cada paciente.
- Establecer una alianza cordial.
- Escuchar y reconocer puntos fuertes y débiles en la actitud del paciente.
- Asegurarse que comprende la relación entre estilo de vida y enfermedad.
- Aceptar las opiniones personales del paciente sobre su enfermedad y permitir la expresión de preocupaciones y ansiedades.
- Reconocer la dificultad de cambio en hábitos arraigados. El cambio gradual es más permanente.
- Conseguir un compromiso de cambio de estilo de vida.
- Implicar al paciente en identificar los factores de riesgo que hay que cambiar.
- Explorar posibles reticencias al cambio.