

Grupo para la Implementación de GPC

Resumen de recomendaciones de la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA:



Riesgo cardiovascular



GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
TALAVERA DE LA REINA



GERENCIA DE ATENCIÓN
PRIMARIA
TALAVERA DE LA REINA

sescam

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

Guía revisada:

El presente documento es un resumen de las principales recomendaciones de la guía sobre *VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR*, editada en febrero 2.008 por la Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León. En su elaboración participaron médicos y enfermeros de atención primaria, médicos especialistas en endocrinología y nutrición, cardiólogos, farmacéuticos y médicos de distintas direcciones técnicas y unidades docentes de dicha Gerencia Regional.

Guía disponible en: <http://www.guiasalud.es/viewGPC.asp?idGuia=418>
Resumen de las recomendaciones disponible en: www.gaptalavera.es

La guía revisada es una traducción, adaptación y actualización de la publicada en el año 2003 por el *New Zealand Guidelines Group*, con bastantes cambios con respecto a la original, no solo por la evidencia científica publicada desde su edición, sino también debido a las diferencias en hábitos, costumbres y riesgo cardiovascular de las dos poblaciones, y a las características específicas del Servicio de Salud de Castilla y León.

El propósito de la guía es proporcionar un resumen de las intervenciones clínicas efectivas, basadas en la evidencia científica, para la valoración y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular. Pretende ayudar a los profesionales, a los pacientes y a sus familiares en la toma de decisiones sobre la actuación adecuada ante la presencia de factores de riesgo o enfermedad cardiovascular conocida. Los aspectos clínicos cubiertos por la misma son:

1. Valoración del riesgo cardiovascular.
2. Plan de cuidados de enfermería a las personas con RCV.
3. Intervenciones:
 - Hábitos dietéticos cardiosaludables.
 - Actividad física.
 - Sobrepeso u obesidad.
 - Deshabitación tabáquica.
 - Modificación del perfil lipídico.
 - Presión arterial.
 - Tratamiento antiagregante y anticoagulante.
 - Atención al paciente con diabetes, estados hiperglucémicos y síndrome metabólico.
4. Medicación para las enfermedades cardiovasculares.

Esta guía, por su amplitud (408 páginas), es poco manejable para el día a día, no obstante, sí es muy útil como documento de consulta, ya que abarca todos los aspectos relacionados con el RCV. Además, dispone de una edición resumida (122 páginas), más manejable, y con abundantes tablas y esquemas de tratamiento.

Grupo revisor:

Virginia Arroyo Pineda, Lourdes Díaz Sánchez, M^a Jesús López Gutiérrez, Yolanda Jaro Monterde, Ana Cecilia Marín Guerrero y Esteban Peña Serradilla.

Diseño y maquetación: Pilar Fluriache García-Caro

Grados de recomendación:

- **A:** Conjunto de evidencias de al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ensayos clínicos o ensayo clínico con bajo riesgo de sesgo.
- **B:** Conjunto de evidencias de estudios clasificados con muy bajo riesgo de sesgo, directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos.
- **C:** Conjunto de evidencias de estudios con mayor riesgo de sesgo, directamente aplicables a la población diana de la guía, que demuestran gran consistencia entre ellos.
- **D:** Evidencias de consensos, comités de expertos y experiencia clínica.

Recomendaciones “clave”:

- El riesgo cardiovascular (RCV) debe ser valorado globalmente y las intervenciones deben ser integrales y acordes con el riesgo estimado.
- Conocer el RCV nos permite actuar en pacientes de RCV alto.
- **Se debe valorar el RCV a (C):**
 - Personas de ≥ 40 años, asintomáticas, sin FR conocidos.
 - Toda persona diabética en el momento del diagnóstico.
 - Personas con uno o más de los siguientes factores de RCV:
 - a. Historia de enfermedad CV prematura en familiares de primer grado (varones antes de 55 años y mujeres antes de los 65).
 - b. Historia de diabetes en familiares de primer grado.
 - c. Antecedentes personales de diabetes gestacional, tabaquismo reciente o fumador actual, presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o valores de colesterol total ≥ 250 mg/dL.
 - d. Glucemia basal alterada o intolerancia a la glucosa.
 - e. Obesidad (IMC ≥ 30) u obesidad abdominal (perímetro abdominal ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 en mujeres).
 - Personas con enfermedad CV, con el propósito de determinar mejor el enfoque terapéutico.
 - Familiares de primer grado de los casos índice de alteraciones genéticas de los lípidos.

• **Se recomienda hacer una nueva valoración (C):**

- Cada 5 años a personas con RCV a los 10 años < 3%.
 - Anualmente a personas con RCV \geq 3%, diabéticos y personas con tratamiento farmacológico hipolipemiante o antihipertensivo.
 - Cada 3-6 meses a personas con RCV \geq 5%.
 - Pueden necesitar valoraciones cada 3-6 meses los diabéticos y personas que están recibiendo medicación o seguimiento de los cambios en sus estilos de vida por la presencia de otros factores de riesgo.
- El tratamiento integral para **adelgazar** debería incluir la combinación de reducción de ingesta energética, aumento de la actividad física y terapia conductual **(A)**.
- Se debe recomendar hacer como mínimo 30 minutos de **actividad física** de intensidad moderada-intensa, 5 días a la semana.
- Se recomienda interrogar y registrar sistemáticamente los antecedentes y consumo actual de **tabaco** a toda persona que consulte al sistema de atención de la salud **(A)**.
- Se recomienda que los profesionales de la medicina y enfermería ofrezcan un consejo breve para **dejar de fumar** a todos los fumadores en cada oportunidad de contacto, dado que esta breve intervención incrementa moderadamente las tasas de cesación tabáquica **(A)**.
- Una dieta cardiosaludable basada en la dieta mediterránea es recomendable en el manejo integral de las **dislipemias**. Identificar y elegir comidas bajas en ácidos grasos saturados y colesterol **(A)**.
- El tratamiento con **estatinas en prevención primaria** está indicado en pacientes con riesgo cardiovascular alto (>5%) y colesterol c-LDL >130 mg/dL **(A)**.
- La **presión arterial** se puede prevenir combinando cambios en el estilo de vida, como evitar el sobrepeso, aumentar la actividad física, reducir el consumo de sal, de alcohol y otras medidas dietéticas **(A)**.
- Todas las personas con **intolerancia a la glucosa, glucosa basal alterada o diabetes tipo 2** deben recibir educación dietética. La educación será impartida de forma individual o en grupos por personal sanitario. La actividad física debe ser igualmente aconsejada **(A)**.

- Para lograr la mejora de todos los factores de riesgo en diabéticos, especialmente peso corporal y control de la glucemia, son necesarias intervenciones dietéticas que incluyan educación continuada, modificación de la conducta, establecimiento de objetivos y seguimiento intensivo (**plan de cuidados individualizado**) (A).
- Para el control de la hiperglucemia postprandial se recomienda incluir comidas ricas en fibra y con bajo-moderado **índice glucémico** en cada comida, así como hacer una distribución adecuada de carbohidratos a lo largo del día (A).
- Los **valores óptimos** de los factores de riesgo en diabéticos son:

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS	VALOR
c-LDL	< 100 mg/dL
c-HDL	> 40 mg/dL en varones > 50 mg/dL en mujeres
Triglicéridos	< 150 mg/dL
Presión arterial	< 130 PAS y < 80 mm Hg PAD Control intensivo en sujetos con diabetes y neuropatía, microalbuminuria y otra enfermedad renal
Hemoglobina glucosilada	Lo más cercana a los valores fisiológicos. Objetivo aceptable < 7%
Glucemia preprandial	90-130 mg/dL
Glucemia postprandial	< 180 mg/dL

- El tratamiento **antiagregante** está indicado **en prevención primaria** sólo en varones y mujeres con RCV alto y presión arterial sistólica (PAS) <145 mmHg (A).
- **Después de un evento cardiovascular** (enfermedad coronaria o ictus trombótico) debe administrarse **AAS**, salvo contraindicación o indicación de anticoagulación, de modo rutinario y de por vida (A).
- El tratamiento **anticoagulante** en prevención secundaria se debe prescribir a pacientes que sobreviven a un IM con alto riesgo, incluidos aquellos con fibrilación auricular (FA) o FA paroxística, aneurisma ventricular izquierdo, trombos en el ventrículo izquierdo en el lugar del infarto demostrados por ecocardiografía o embolismo sistémico (A).

¿Cuáles son las intervenciones de acuerdo con el RCV?

RCV (SCORE)	Estilo de vida	Tratamiento farmacológico	Objetivos	Seguimiento
RCV clínicamente determinado y RCV > 7% MUY ELEVADO	Educación intensiva sobre patrones dietéticos cardiosaludables, actividad física, y supresión del tabaco. La educación sanitaria debe proporcionarse de manera simultánea al tratamiento farmacológico.	Antiagregación si no está contraindicada. Tratamiento farmacológico de los FR elevados y de la enfermedad cardiovascular.	Alcanzar los niveles óptimos de los FR. Los FR deben de ser tratados hasta los niveles considerados como buen control RCVT calculado <5%.	Valoración del riesgo cardiovascular al menos anualmente. Monitorización de los factores de riesgo cada 3-6 meses. PAE
5-7% ELEVADO	Educación intensiva sobre patrones dietéticos cardiosaludables, actividad física, y supresión del tabaco. La educación sanitaria debe proporcionarse de manera simultánea al tratamiento farmacológico.	Antiagregación si no está contraindicada. Tratamiento farmacológico de los FR elevados.	Los FR deben de ser tratados hasta los niveles considerados como buen control RCVT calculado <5%.	Valoración del RCV al menos anualmente. Monitorización de los factores de riesgo cada 3-6 meses. PAE
3-4% MODERADO	Educación intensiva en patrones dietéticos cardiosaludables, actividad física y supresión del tabaco. Antes de iniciar tratamiento farmacológico, mantenerlo durante 3-6 meses.	Tratamiento farmacológico de los FR en función de las indicaciones específicas.	Los FR deben de ser tratados hasta los niveles considerados como buen control.	Valoración del RCV al menos anualmente. Monitorización de los factores de riesgo cada 12 meses. PAE
< 3% BAJO RIESGO	Educación sobre patrones dietéticos cardiosaludables, actividad física, y supresión del tabaco.	Tratamiento no farmacológico salvo que alguno de los FR esté suficientemente elevado para justificarlo.	Reducción RCV.	Valoración del riesgo cardiovascular cada 5 años. PAE

PAE: proceso de atención de enfermería.

TABLA SCORE

RIESGO A LOS 10 AÑOS DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR MORTAL EN POBLACIONES DE BAJO RIESGO

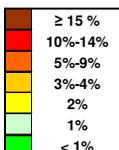
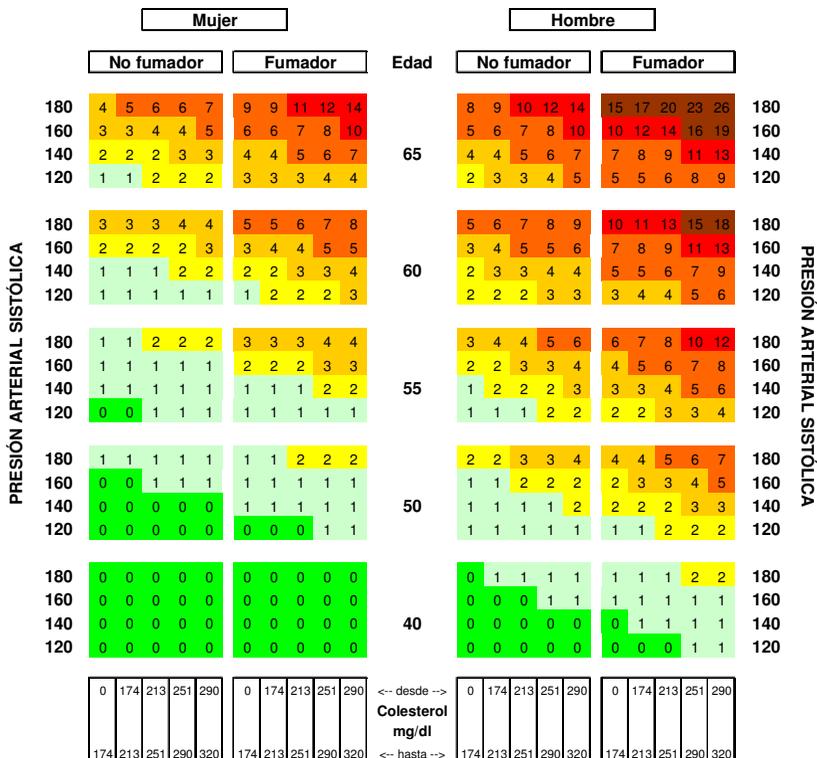


Tabla modificada de: Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Atención Primaria. Dirección General de Atención Sanitaria-SESCAM. Consejería de Sanidad. JCCM. Toledo, 2004.

El RCV puede ser más alto que el indicado en la tabla:

- A medida que la persona se aproxima a la siguiente categoría.
- En personas asintomáticas con evidencia preclínica de aterosclerosis (tomografía computerizada, ecografía).
- En personas con fuertes antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura. Algunas guías aconsejan en estos casos multiplicar el riesgo calculado por 1,31.
- En sujetos con bajo colesterol HDL, elevados niveles de triglicéridos, glucemia basal alterada, elevados niveles de proteína C reactiva ultrasensible, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B o Lp(a).
- En sujetos obesos y sedentarios.
- En los pacientes diabéticos se aconseja multiplicar el riesgo calculado según la tabla por 2 en el caso de los varones y por 4 en el caso de las mujeres.

Cómo usar la tabla:

- En España se utiliza la tabla SCORE correspondiente a las poblaciones de bajo riesgo.
- El riesgo de muerte por ECV total (absoluto) se calcula llevando a la tabla los datos de sexo, edad y status de fumador. En la tabla se busca la celda más cercana a los valores de colesterol total (mg/dL; mmol/L) y de tensión arterial sistólica que tenga esa persona.
- El efecto del envejecimiento puede apreciarse siguiendo la tabla hacia arriba. Puede ser usado cuando se aconseje a personas jóvenes.
- Se establecen 4 niveles de riesgo: bajo <3%, moderado 3-4%, alto 5-7%, muy alto > 7%.
- El riesgo relativo se estima comparando el valor calculado de riesgo con el que tendría una persona de su misma edad y sexo pero con valores de colesterol total < 200 mg/dL y con tensión arterial < 140/90 mmHg.
- La tabla puede ser usada también para mostrar cómo la reducción de uno de los factores de riesgo interviene en la reducción del RCV total.

Nota importante:

En mayores de 40 años el programa Turriano proporciona el cálculo automático del RCV, una vez introducidos en *Parámetros clínicos* la TAS del brazo izquierdo y el colesterol total. Para ello, debe estar reflejado en la *Hoja de antecedentes* si el paciente es o no fumador.

Las recomendaciones incluidas en este documento no son de obligado cumplimiento, ni sustituyen el juicio clínico de los profesionales sanitarios.