



Mesa control intensivo de FRCV

¿Qué 10 novedades de las guías de prevención elegirías?

Vicente Barriales Álvarez
Cardiología. HUCA



ESC

European Society
of Cardiology

European Heart Journal (2021) **42**, 3227–3337

doi:10.1093/eurheartj/ehab484

ESC GUIDELINES

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies

With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)

La piedra angular de la guía es la promoción de un estilo de vida saludable y el control agresivo de los factores de riesgo cardiovascular aterosclerótico.

Se estableció el objetivo de elaborar una única directriz para la atención primaria y la atención hospitalaria para apoyar la práctica clínica.

1

Se recomienda una discusión informada sobre los factores de riesgo cardiovascular y los beneficios de tratamiento individualizados a la necesidad del paciente

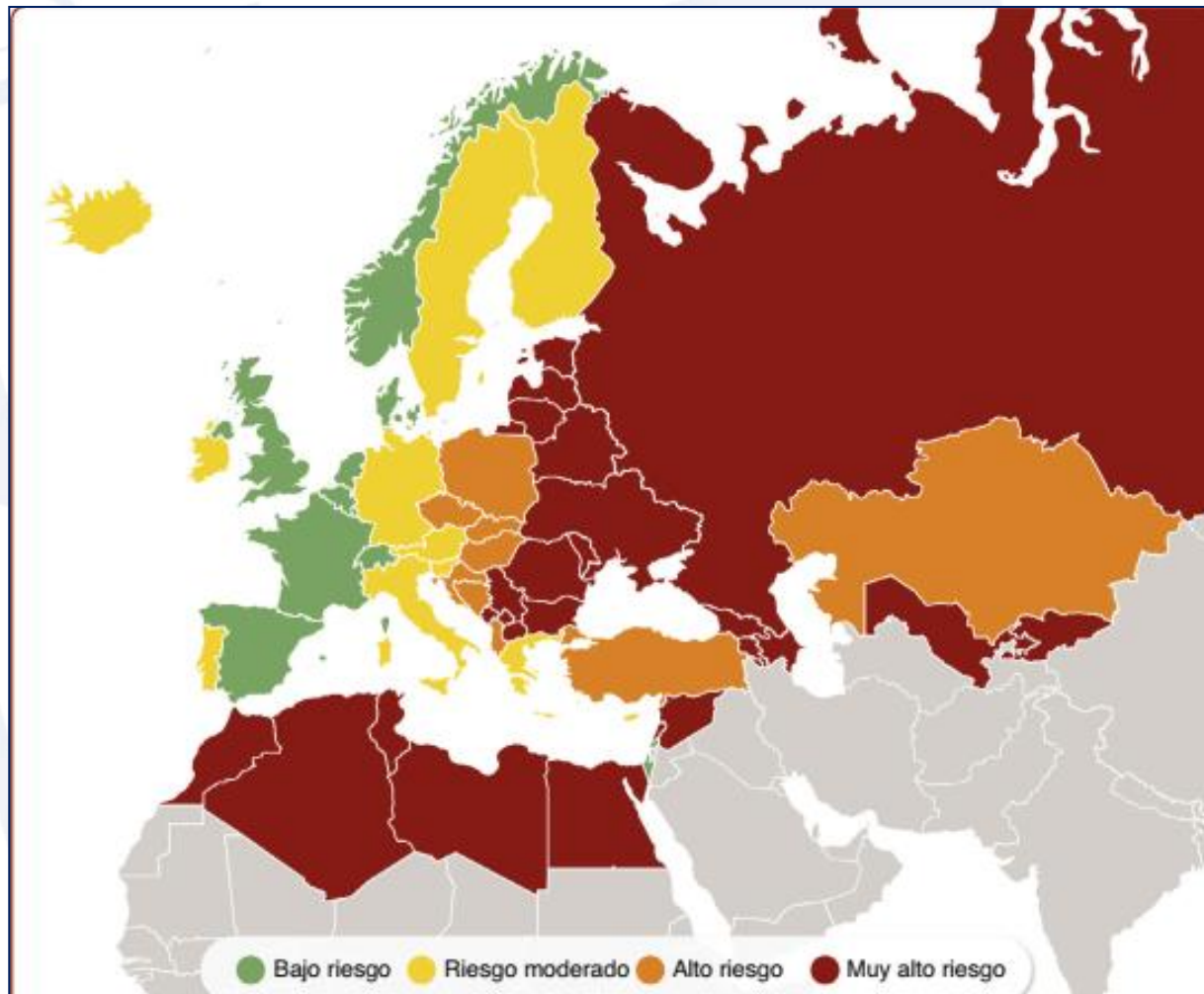
Se recomienda un abordaje de intensificación de tratamiento escalonado con el objetivo de tratamiento intensivo de factores de riesgo

Se resalta la importancia de la comunicación con el paciente, recomendándose tener una discusión informada sobre el riesgo y los beneficios terapéuticos, adaptados a las necesidades del individuo. Concretamente, se comenta la necesidad de utilizar el RV de por vida, sobre todo en los más jóvenes, o los beneficios de por vida tras la intervención o la edad vascular

A lo largo de las guías se destacan los problemas potenciales de costo-beneficio

2

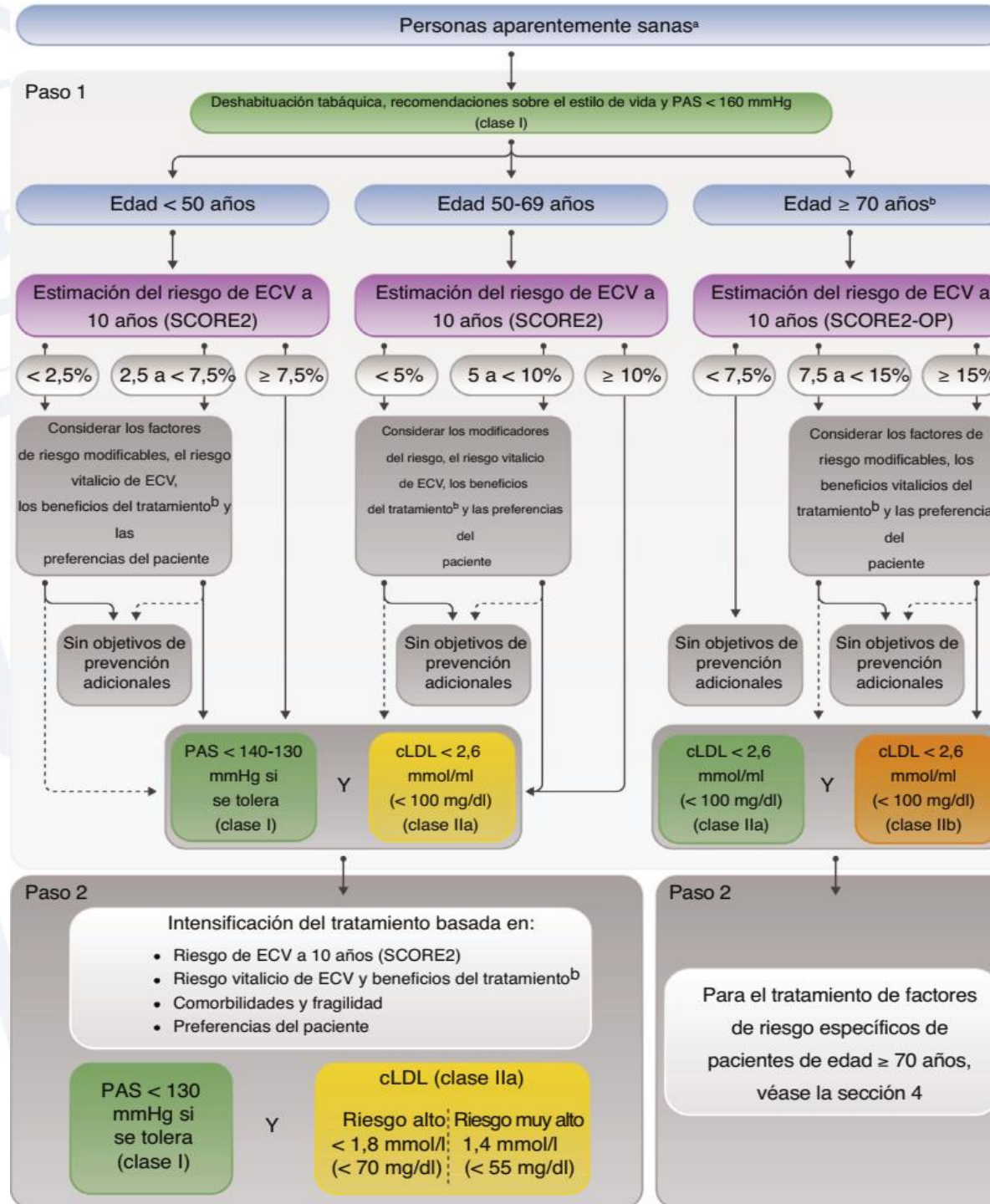
Se establece la evaluación del riesgo cardiovascular a 10 años con la nueva ecuación de riesgo SCORE2 en personas aparentemente sanas de 40 a 69 años y el SCORE2-OP en personas mayores de 70 años.

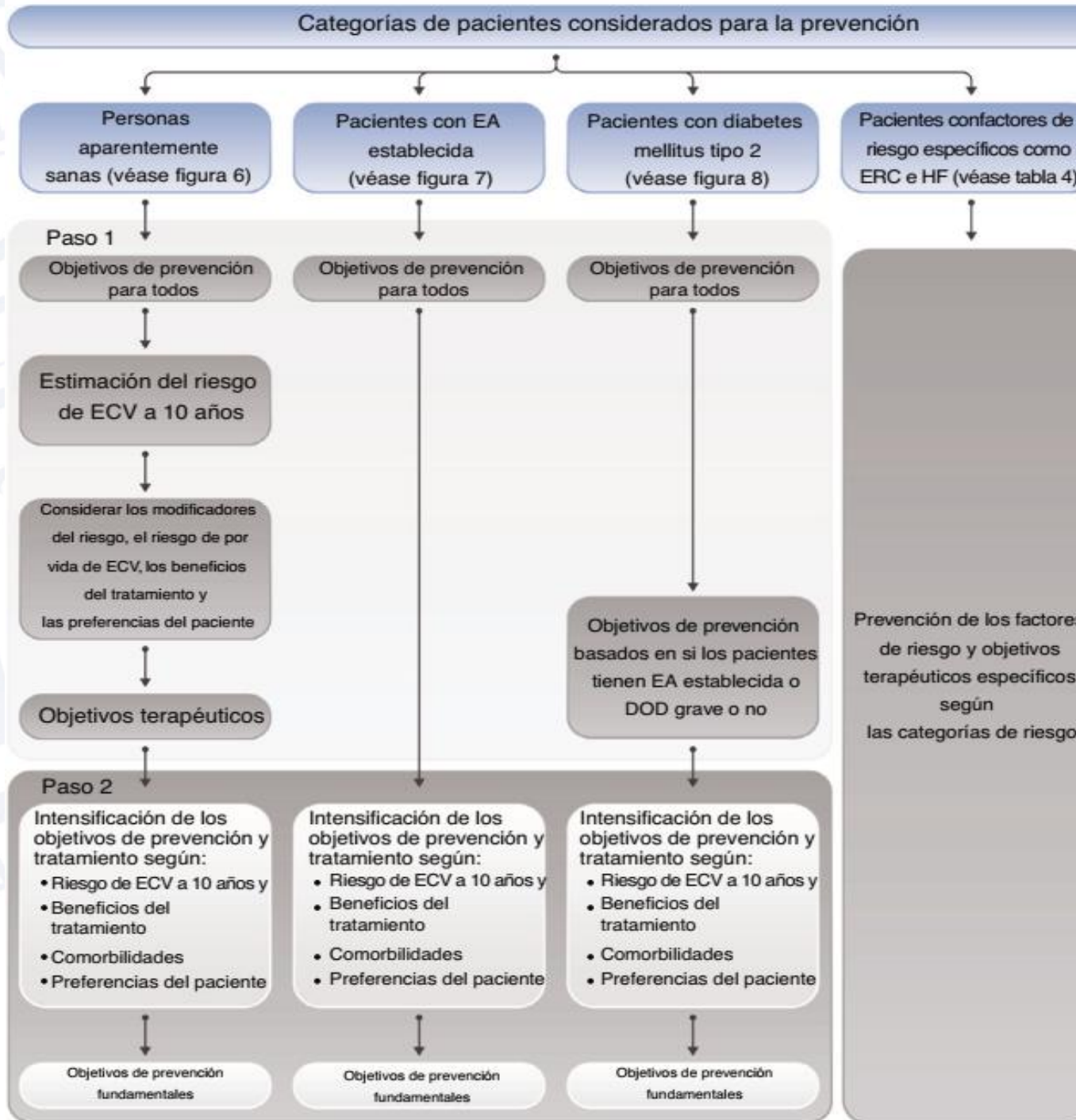


3 Novedades del riesgo ESC SCORE₂ / SCORE₂-OP :

- A. Pasa del riesgo de 10 años de eventos cardiovasculares fatales en la Estimación Sistemática del Riesgo Coronario (SCORE) original de ESC, al riesgo de 10 años de eventos cardiovasculares fatales y no fatales
- B. Se incluye por primera vez en unas tablas de riesgo el cálculo del colesterol no-HDL en vez del colesterol LDL
- C. Se establecen las siguientes categorías de riesgo cardiovascular de las personas aparentemente sanas para su edad según SCORE₂ y SCORE₂-OP.

	<50 años	50-69 años	≥70 años ^a
Riesgo de ECV de bajo a moderado: por norma general no se recomienda el tratamiento de los factores de riesgo	<2,5%	<5%	<7%
Riesgo de ECV alto: se debe considerar el tratamiento de los factores de riesgo	2,5-<7,5%	5-<10%	7,5-<15%
Riesgo de ECV muy alto: por norma general, se recomienda el tratamiento de los factores de riesgo ^a	≥7,5%	≥10%	≥15%





6

Los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica son el colesterol asociado a LDL, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes mellitus y la adiposidad (IMC / perímetro abdominal)

Modificadores del riesgo:

- Factores psicosociales: estrés psicosocial se relaciona con un mayor riesgo vascular.
- Etnia: en población del Sur de Asia multiplicar el riesgo entre 1,1-1,7, en población negra del Caribe o africana multiplicar por 0,85 y en población china multiplicar por 0,7.
- Pruebas de imagen: calcio coronario o en su defecto presencia de placa carotídea.
- Historia familiar de enfermedad CV prematura: aunque sólo mejora marginalmente la predicción del riesgo es una información simple y fácil de recoger.
- Fragilidad: se ha demostrado que la fragilidad tiene una relación independiente con el riesgo vascular, pero no se recomienda tenerlo en cuenta en el cálculo del riesgo. Sí se recomienda ser prudente con las intervenciones farmacológicas, por los posibles efectos secundarios de las interacciones con otros fármacos, y con la implantación de dispositivos.
- Nivel socioeconómico: la clase socioeconómica baja se relaciona con un mayor riesgo vascular.
- Contaminación ambiental: se recomienda que los pacientes de alto o muy alto riesgo de padecer una enfermedad vascular traten de evitar la exposición prolongada a lugares de alta contaminación.
- Composición corporal: El IMC, la cintura abdominal y el índice cintura/cadera se han asociado de manera independiente con la enfermedad vascular, aunque no hay evidencia que mejoren la reclasificación. Sin embargo, son medidas simples y fáciles de recoger.

7 Condiciones clínicas

1. La enfermedad renal crónica
2. El cáncer
3. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica
4. Las condiciones inflamatorias crónicas
5. La infección con el VIH
6. Influenza y las infecciones periodontitis
7. La migraña, particularmente aquella con aura
8. Un sueño no reparador y una duración del sueño que varía significativamente de las óptimas 7 horas
9. Los desórdenes mentales
10. El hígado graso no alcohólico
11. Condiciones relacionadas con el género:
 1. La preeclampsia y la HTA relacionada con el embarazo
 2. El síndrome de ovario poliquístico
 3. La disfunción eréctil

8

Tanto a nivel individual como poblacional estas guías renuevan las anteriores, con sugerencias de políticas de intervención sobre actividad física, dieta, tabaquismo y consumo de alcohol

Los objetivos terapéuticos para el colesterol LDL, la presión arterial y la glucemia no han cambiado respecto a las anteriores guías, pero se ha modificado la manera de controlarlos en las personas, de forma escalonada (etapas 1 y 2).

Programas de rehabilitación cardíaca:

A- Indicación IA tras un episodio CV agudo o revascularización.

B- Es nueva la recomendación IA también para todo paciente con IC para reducir el riesgo de hospitalización y muerte.

C- También se aconseja derivar a los pacientes de forma activa, automatizada y precoz a los programas de rehabilitación y la implicación de enfermería y demás profesionales (IIa).

D- Los programas domiciliarios, la telemedicina y las intervenciones con dispositivos móviles de salud pueden incrementar la participación de los pacientes y la adherencia a largo plazo a los hábitos saludables (IIb)

9 Nuevas indicaciones de tratamientos:

1. Los inhibidores de GLP-1RA o SGLT2 se recomiendan en:
 - a. pacientes diabéticos tipo 2 con ASCVD para reducir los eventos cardiovasculares y cardiorrenales (Clase I).
 - b. pacientes diabéticos tipo 2 con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida o enfermedad renal crónica (Clase I)
2. Aspirina en dosis bajas en personas con diabetes o riesgo muy alto de ECV (Clase IIb).
3. Dosis bajas de colchicina (0,5 mg al día) para la prevención secundaria, especialmente si otros factores de riesgo no están suficientemente controlados o si se producen eventos CVD recurrentes con el tratamiento óptimo (Clase IIb).

10 Gestión del riesgo de enfermedad cardiovascular específico por enfermedad

1. Enfermedad coronaria
2. Insuficiencia cardiaca
3. Enfermedades cerebrovasculares
4. Enfermedad arterial de las extremidades inferiores
5. Enfermedad renal crónica
6. Fibrilación auricular
7. Multimorbilidad

Objetivos de prevención para todos

Personas aparentemente sanas
Riesgo de ECV a 10 años

Pacientes con EA establecida
Riesgo de ECV residual

Enfermedades de riesgo específicas
Diabetes mellitus, CKD, Familiar Hypercolesterolaemia

Estimación del riesgo de ECV

Debate informado

Sobre el riesgo (a lo largo de la vida) de ECV y los beneficios del tratamiento personalizado según las necesidades y preferencias del paciente, tomando en consideración edad, comorbilidades, fragilidad y polifarmacia

Decisiones terapéuticas personalizadas

Intervenciones individuales y objetivos terapéuticos

- Estilo de vida (actividad física, peso corporal, alimentación)
- Factores psicosociales
- Tratamiento de los factores de riesgo (tabaquismo, lípidos, presión arterial, diabetes)
- Tratamiento antitrombótico
- Intervenciones específicas de la enfermedad

Modificadores del riesgo

- Estrés psicológico
- Etnia
- Pruebas de imagen (p. ej., puntuación de calcio coronario)
- Comorbilidad
- P. ej., cáncer, EPOC, enfermedades inflamatorias, trastornos mentales, enfermedades específicas del sexo

Consideraciones sobre coste-efectividad

Intervenciones poblacionales

- Políticas y promoción de salud pública
- Intervenciones poblacionales en factores de riesgo específicos (actividad física, dieta, alcohol, tabaquismo)
- Medio ambiente, contaminación, cambio climático

Reducción de la carga de ECV