Capítulo 1

Estrategias de prevención cardiovascular



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Alcance del problema

Situación actual y tendencias

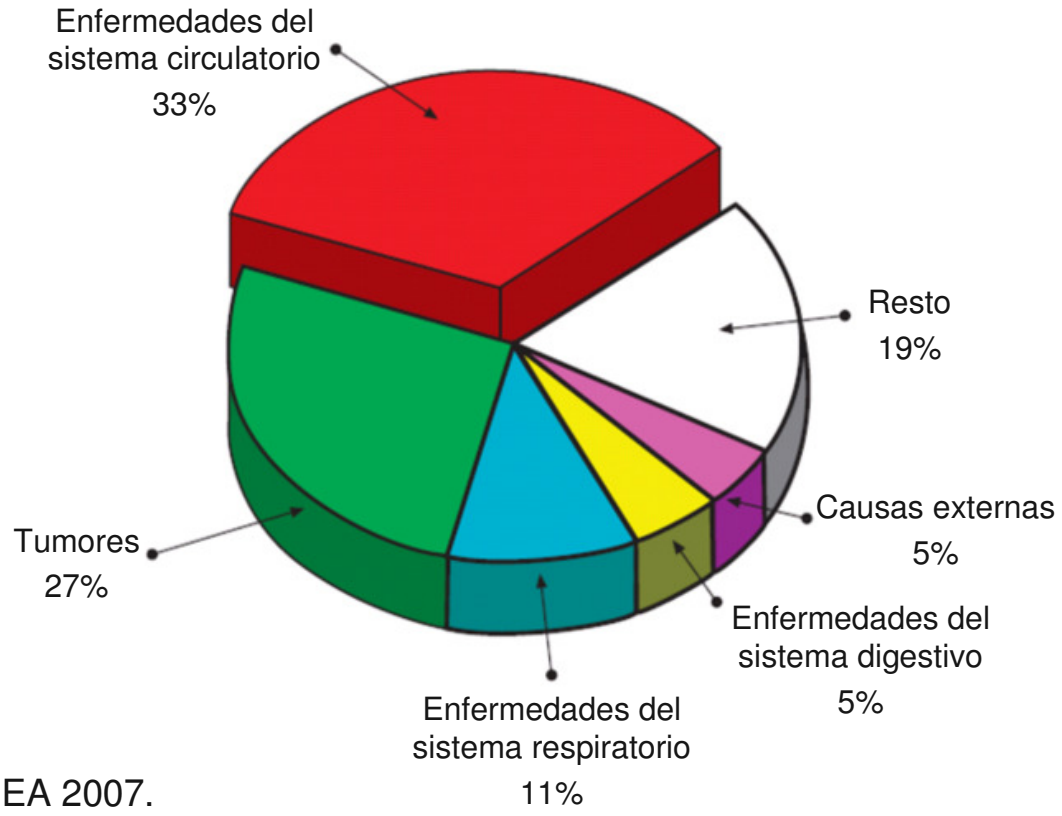


CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Mortalidad y morbilidad por enfermedades del sistema circulatorio

Mortalidad proporcional por todas las causas en ambos sexos, en España (2004)



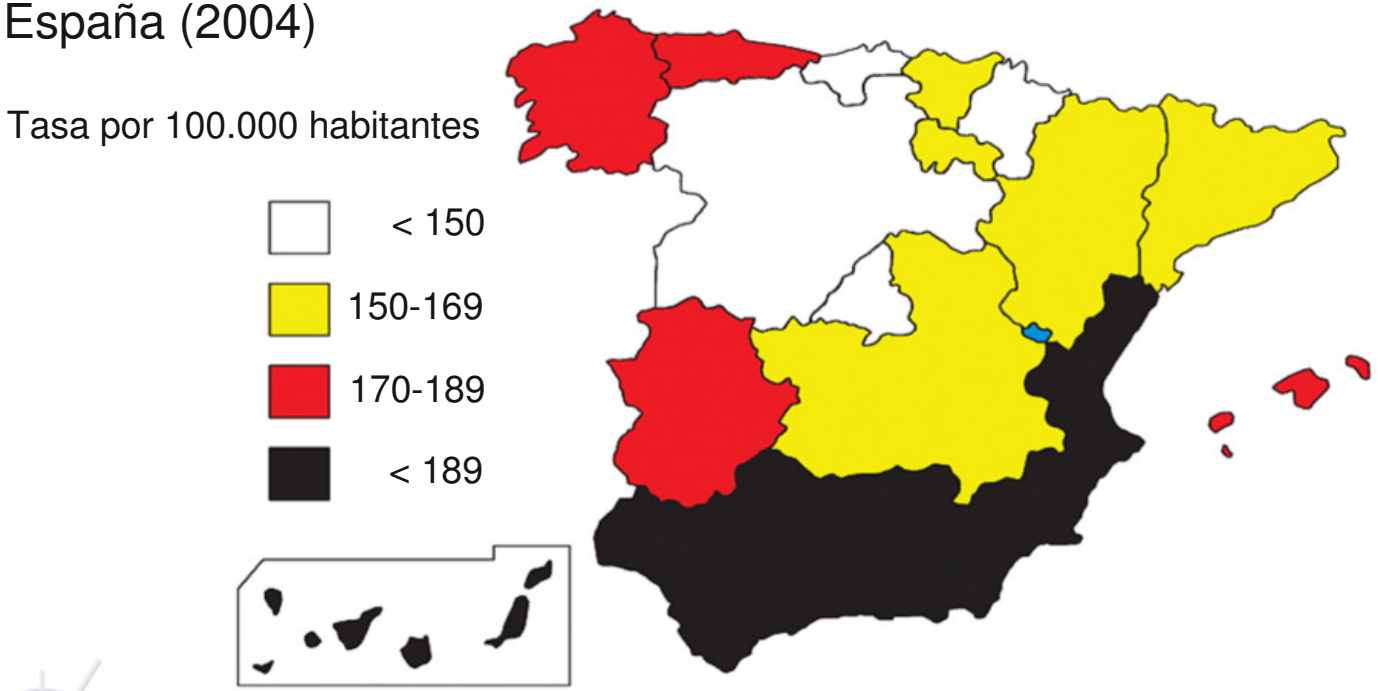
Informe SEA 2007.

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Mortalidad y morbilidad por enfermedades del sistema circulatorio

Mapa de la tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos en las Comunidades Autónomas de España (2004)



Informe SEA 2007.

Mortalidad ajustada por edad debido a enfermedad coronaria e ictus en Europa

Tasa de mortalidad por enfermedad cardiaca coronaria, ajustada por edad, en mujeres entre 0 y 64 años en el último año disponible



Tasa de mortalidad por accidente cerebrovascular, ajustada por edad, en hombres entre 0 y 64 años en el último año disponible



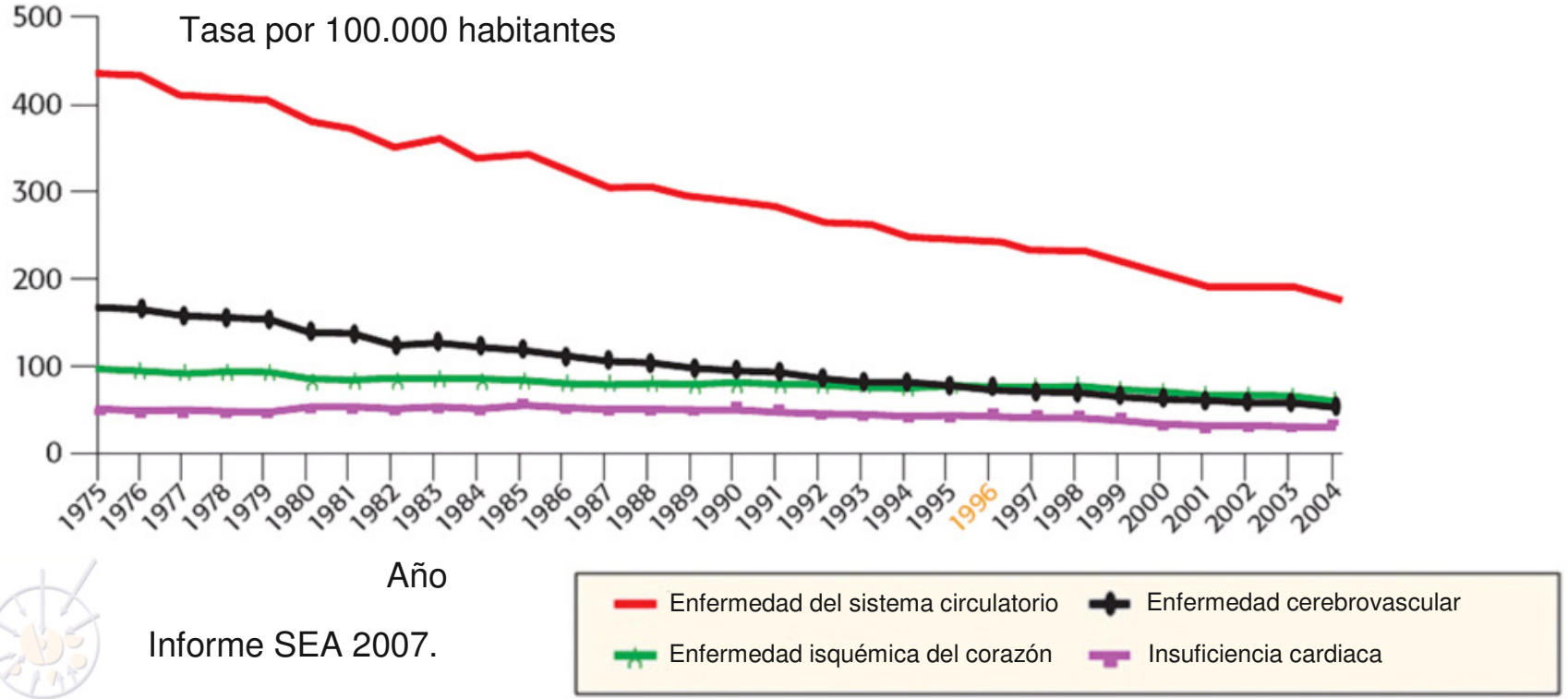
European Cardiovascular Disease Statistics, 2008

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

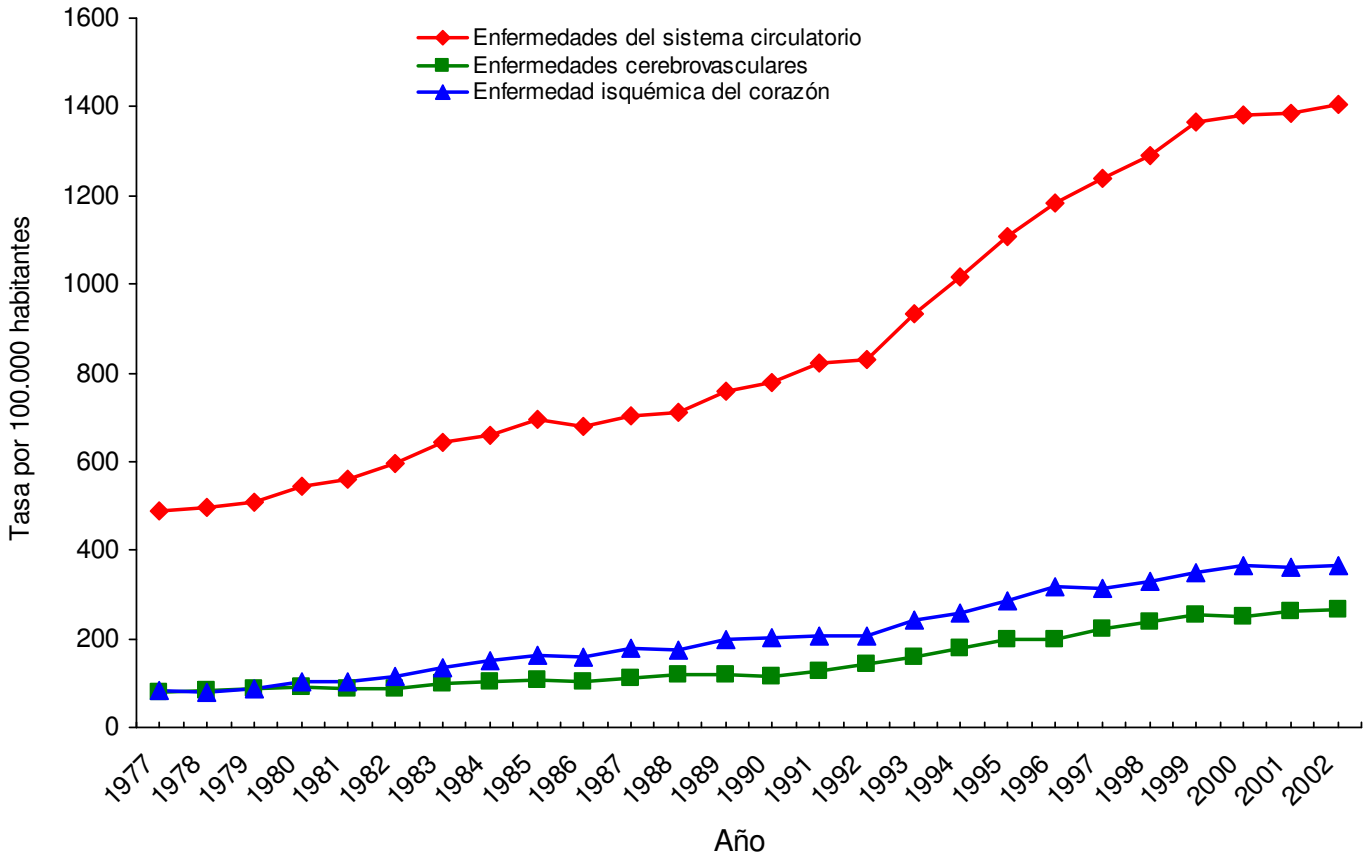
Mortalidad y morbilidad por enfermedades del sistema circulatorio

Tendencia de la tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades del sistema circulatorio, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular en ambos sexos en España (1968-2004)



Informe SEA 2007.

Enfermedades cardiovasculares
Tasa de morbilidad hospitalaria en España



Villar F, et al. Informe SEA 2007. Sociedad Española de Arteriosclerosis.

Objetivos y prioridades de la prevención cardiovascular

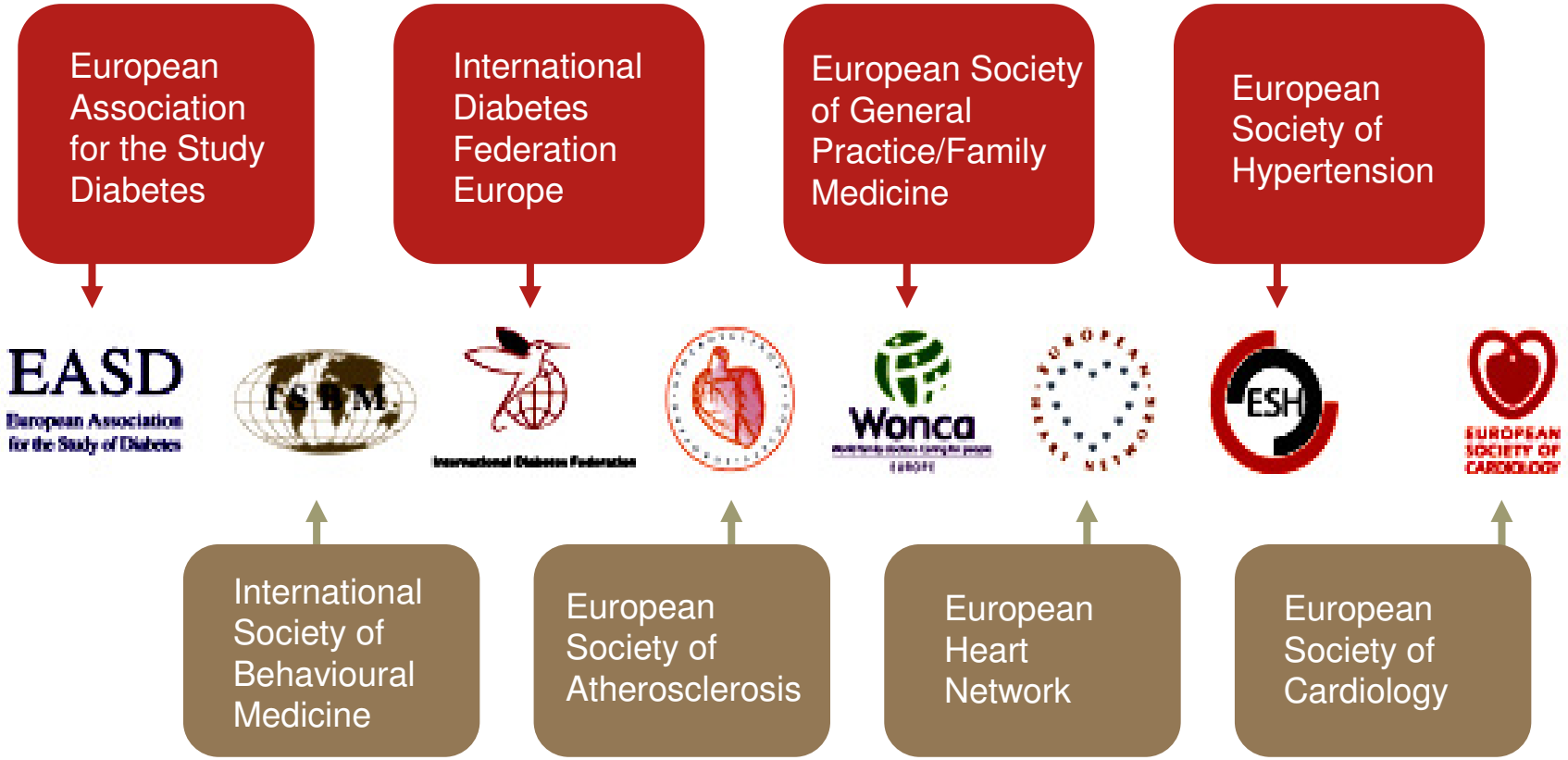


CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

IV *Joint Task Force* europeo

Proyecto ampliamente sustentado (European Society of Cardiology y ocho sociedades de ámbito europeo):



Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)

- Sociedad Española de Arteriosclerosis.
- Sociedad Española de Cardiología.
- Sociedad Española de Diabetes.
- Sociedad Española de Epidemiología.
- Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA.
- Sociedad Española de Medicina Interna.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-SEMERGEN.
- Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.
- Sociedad Española de Nefrología.
- Sociedad Española de Neurología.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
- Federación Española de Enfermería de Atención Primaria.
- Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular.
- Dirección General de Salud Pública. MSPS.
- Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. MICIN.

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Presentación de la adaptación del CEIPC de la Guía Europea

"Presentamos la adaptación española de la Guía Europea de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) 2008, realizada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC), integrado por catorce sociedades científicas españolas y sendos representantes de los Ministerios de Sanidad y Consumo, y Ciencia e Innovación.

La presente adaptación nos permite disponer de un único documento en prevención cardiovascular consensuado por todas las sociedades científicas y adaptado a la realidad española. La guía hace énfasis en la prevención primaria y en el papel del médico y la enfermería de Atención Primaria en la promoción de un estado de vida saludable, basado en el incremento de los niveles de actividad física, en la adopción de una alimentación saludable y, en el caso de los fumadores, en el abandono del tabaco."



Objetivos de las guías

- El objetivo de estas guías para la población general es conseguir un perfil de estilo de vida saludable, de bajo riesgo.
- Para los individuos de alto riesgo, se pretende mejorar el pobre control existente en la actualidad sobre los distintos FR, especialmente en relación con la obesidad, el tabaco y la presión arterial.



Nuevas aportaciones (Guías 2008)

Aspectos generales

- Énfasis en la prevención primaria, con un enfoque claramente centrado en el paciente.
- Mayor implicación del médico y del profesional de Enfermería de Atención Primaria.
- Revisión de los sistemas de clasificación de la evidencia.
- Mayor atención a las medidas relacionadas con el estilo de vida (abandono del tabaco, alimentación saludable, ejercicio físico).
- Adaptación de guías y calibración SCORE en el ámbito nacional.
- Desarrollo de equipos multidisciplinarios de implantación.



Prioridades médicas en la prevención cardiovascular

- Pacientes con ECV establecida.
- Sujetos asintomáticos de riesgo elevado:
  - Varios FR cardiovascular que determinen un riesgo elevado (≥ 5%).
  - Uno o más FR muy elevados o lesión de órgano diana.
  - Pacientes diabéticos tipo 1 (+MA) o tipo 2.
- Familiares próximos (padres o hermanos) con ECV o de muy alto riesgo.
- Otros individuos atendidos en la práctica habitual.

Cálculo del riesgo cardiovascular



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Ventajas del SCORE

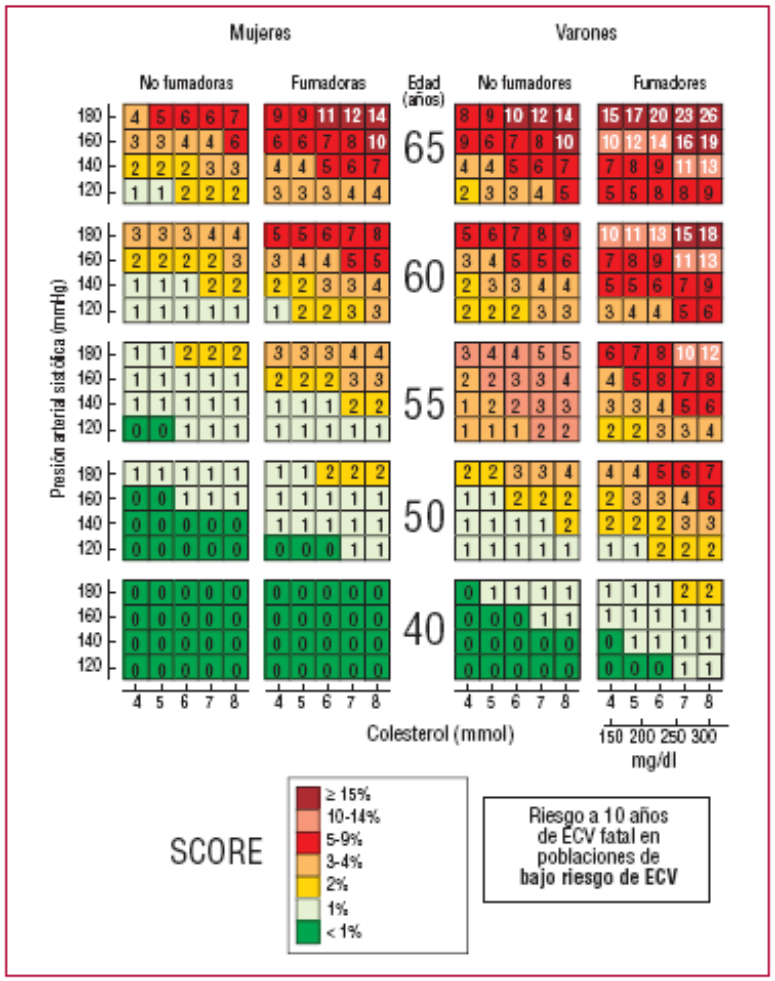
- Intuitivo y fácil de utilizar.
- Tiene en cuenta el origen multifactorial de la ECV.
- Calcula el riesgo de todas las ECV y no sólo de la cardiopatía isquémica.
- Flexibilidad en el manejo: si no es posible reducir un FR puede abordarse otro.
- Permite una valoración del riesgo en el eje temporal.
- Establece un lenguaje común para los clínicos.



Algunos cambios en SCORE
Uso práctico

- Cambio de paradigma: riesgo aumentado ≥ 5% de episodios cardiovasculares mortales (se prefiere a un riesgo elevado).
- Debe considerarse el impacto en la ECV total (mortal o no mortal).
- 5% de ECV mortal equivalente al 10% (15% en varones) en términos de **ECV total** (FINRISK-MONICA).
- Se abandona la extrapolación a los 60 años (se usan tablas de riesgo relativo en jóvenes junto a otras de riesgo absoluto).
- Versión electrónica en www.heartscore.org

Tablas SCORE

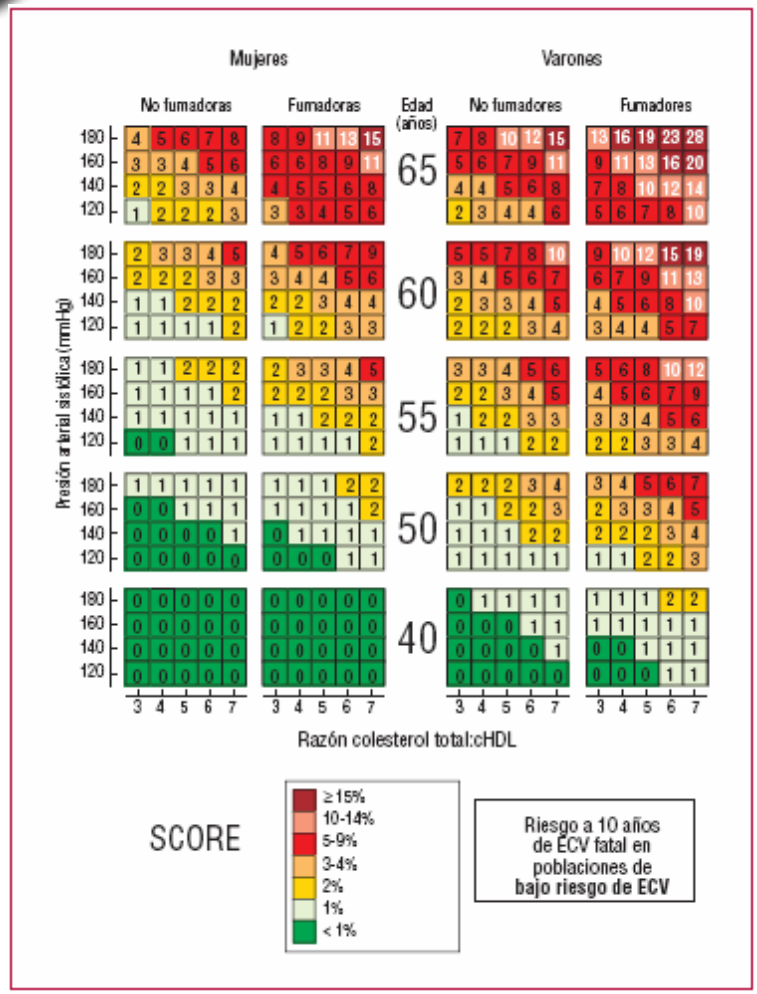


Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular **(basada en el colesterol total)**.

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Tablas SCORE



Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular **(basada en el cociente CT/cHDL).**

Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Italia, Grecia, Francia, Portugal y España.

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Cómo estratificar el riesgo cardiovascular

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

- Sedentarismo y obesidad (especialmente, obesidad central).
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.
- Nivel socioeconómico bajo.
- En diabéticos x 3 (varón) y x 5 (mujer).
- Triglicéridos altos y/o HDL bajo.
- Manifestación de ECV preclínica (por ejemplo, índice T/B reducido, ecografía, tomografía computarizada o RM).

En jóvenes

Varón de 45 años, fumador, con PAS de 160 mm Hg y colesterol de 280 mg/dl.

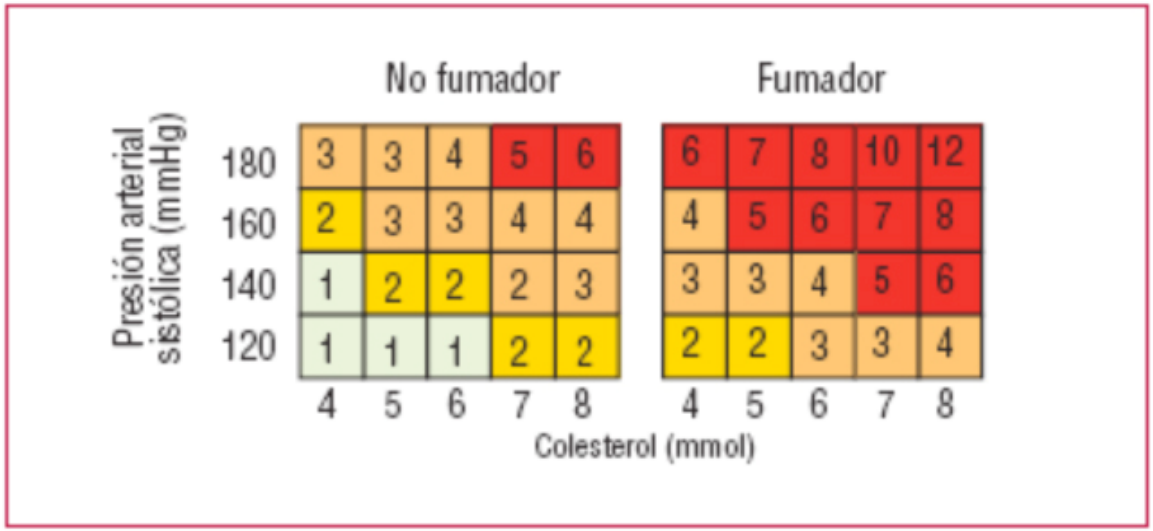


Tabla de riesgo relativo

© The European Society of Cardiology



Cribado de los familiares próximos

Debe realizarse una valoración apropiada de los distintos factores de riesgo a:

- Los familiares de primer grado de pacientes con ECV precoz (hombres menores de 55 años y mujeres de menos de 65 años).

- Los distintos miembros de familias con hipercolesterolemia familiar (chequeo en cascada) u otras dislipemias hereditarias.

Capítulo 2

Principios para el cambio de hábitos y manejo de los factores de riesgo conductuales



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

¿Cómo conseguir cambios duraderos en el estilo de vida?



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Fases del proceso de cambio en los estilos de vida

- Conciencia del problema.
- Intención de superarlo.
- Estar preparado.
- Pasar a la acción.
- Mantenimiento



Factores que dificultan los cambios en el estilo de vida

- Bajo nivel socioeconómico.
- Aislamiento social.
- Estrés.
- Emociones negativas.

- Los pacientes con bajo nivel socioeconómico, socialmente aislados o sometidos a estrés presentan una mayor resistencia al cambio.
- Debe intensificarse la atención que se les presta.



Cambio de hábitos y manejo de los factores de riesgo conductuales

- Garantizar que el paciente comprende la relación entre los factores de riesgo (FR) y la enfermedad cardiovascular (ECV).
- Identificar fortalezas y debilidades. Visión personal del paciente.
- Interacción positiva entre el médico y el paciente, basada en una relación
  de confianza.
- Toma conjunta de decisiones.
- Involucrar a los profesionales de Enfermería desde el inicio.
- Reconocer la dificultad de los cambios.
- Establecer objetivos realistas.
- Refuerzo positivo y continuo.

Dejar de fumar



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Dejar de fumar

Todos los fumadores deben recibir ayuda profesional para abandonar definitivamente el tabaco

Estrategia de las cinco "A":

- **Averiguar** de forma sistemática qué pacientes son fumadores.
- **Analizar** el grado de adicción y su disposición a dejar de fumar.
- **Aconsejar** con firmeza a todos los fumadores que abandonen el hábito.
- **Ayudar** a establecer una estrategia para dejar de fumar, incluyendo el consejo conductual, la terapia de sustitución con nicotina o el tratamiento farmacológico.
- **Acordar** un calendario de visitas de control y seguimiento.

Alimentación saludable



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Elegir una dieta saludable

Una dieta sana y equilibrada reduce el riesgo cardiovascular a través de diferentes mecanismos:

- Disminución o mantenimiento del peso.
- Descenso de la presión arterial.
- Mejora del perfil lipídico.
- Control de la glucemia.
- Reducción de la predisposición a la trombosis.



Elegir una dieta saludable

La dieta mediterránea constituye un patrón de alimentación saludable, considerado ideal para la prevención de las enfermedades cardiovasculares

- Dieta con un gran número de productos frescos de origen vegetal (frutas, verduras, cereales, patatas, frutos secos, etc.).
- Escasez de productos con un alto contenido de azúcares refinados y carne.
- El aceite de oliva como fuente principal de grasa.
- El queso, yogurt, pollo y pescado en cantidades moderadas, como fuente esencial de proteínas.

Aumentar y mejorar la actividad física



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Actividad física

- Fomentar la actividad física en todos los grupos de edad: establecer rutinas específicas (uso de escaleras) en la vida diaria.
- Cualquier incremento de la actividad física proporciona beneficios para la salud.
- En las personas sanas se aconseja:
  - Entre 30 y 45 minutos diarios (intensidad moderada).
  - La mayoría de los días de la semana.
  - Beneficios añadidos (autoestima, sensación de bienestar, reducción de peso).



Obesidad y sobrepeso

- En el caso de pacientes con ECV y de personas con un 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:
  - Personas obesas (IMC ≥ 30 kg/m^2) o con sobrepeso.
  - **Nivel 1.** Si hay un aumento de grasa abdominal: perímetro de cintura (PC) ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres.
  - **Nivel 2.** En el caso de sujetos con PC entre 94 y 100 cm (varones) u 80-88 cm (mujeres), debe aconsejarse **no** aumentar peso .

Capítulo 3

Manejo del riesgo cardiovascular en la práctica clínica



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Hipertensión arterial



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Manejo de la presión arterial

Manejo del riesgo total de enfermedad cardiovascular (ECV): presión arterial

SCORE Riesgo de ECV	Normal < 130/85 mm Hg	Normal alto 130-139/85-89 mm Hg
Bajo (< 1%)	Orientación estilo de vida	Orientación estilo de vida
Moderado (1-4%)	Orientación estilo de vida	Orientación estilo de vida
Aumentado (5-9%)	Orientación estilo de vida	+ Considerar medicación
Muy aumentado (10%)	Orientación estilo de vida	+ Considerar medicación

Grado 1 140-149/90-99 mm Hg	Grado 2 160-179/100-109 mm Hg	Grado 3 ≥ 180/110 mm Hg
Orientación estilo de vida	Medicación si persiste	Medicación
+ Considerar medicación	Medicación si persiste	Medicación
Medicación	Medicación	Medicación
Medicación	Medicación	Medicación

En todos los casos, hay que buscar y manejar todos los factores de riesgo (FR). Aquellos pacientes con ECV establecida, diabetes o enfermedad renal (ER) tienen un riesgo notablemente más elevado, y es deseable una presión arterial (PA) < 130/80 mm Hg siempre que sea factible. Para las demás personas, hay que evaluar el riesgo SCORE. Se debe tratar tanto a aquellos que presenten una lesión de órgano diana como con un «riesgo alto».



Manejo de la presión arterial

Manejo del riesgo total de enfermedad cardiovascular (ECV): presión arterial

- Se pueden usar inicialmente los cinco grupos farmacológicos con posibilidad de realizar combinaciones (la mayoría de los pacientes necesitarán una terapia combinada).
- Precaución con la combinación entre un betabloqueante y un diurético en caso de que haya riesgo metabólico o diabetes.
- Fármacos que cubran las 24 horas: simplificación del tratamiento.



Cambios en el estilo de vida del paciente hipertenso

- Reducción de la ingesta de sal por debajo de 3,8 g/día (ingesta de Na^+ inferior a 1,5 g/día ≈ 65 mmol/día).
- Restricción en el consumo de alcohol: por debajo de 10-30 g/día en varones y de 10-20 g/día en mujeres.
- Actividad física regular.
- Aumento del consumo de fruta y verdura (de cuatro a cinco raciones por día), y reducción de la ingesta de grasas saturadas y colesterol.



Aspectos prácticos del tratamiento y objetivos

- El objetivo primordial del tratamiento antihipertensivo es conseguir la máxima reducción a largo plazo del RCV, es decir, de la morbilidad y de la mortalidad cardiovascular y renal.
- Para ello, se deben controlar todos los FR modificables y no sólo las cifras de PA (abordaje global).
- El objetivo a alcanzar es una PA < 140/90 mm Hg en general.
- En pacientes con diabetes mellitus, el objetivo debe ser una PA < 130/80 mm Hg, lo que puede convertirse también en un objetivo adecuado para pacientes con ECV establecida, si bien se necesitan más estudios en este contexto.
- Un descenso excesivo de la PA (por ejemplo, por debajo de 120/70 mm Hg) puede ser contraproducente, en particular en sujetos con una ECV establecida.



Aspectos prácticos del tratamiento y objetivos (II)

- Cambios en el estilo de vida para todos los individuos una vez diagnosticada la HTA, mientras que el momento del inicio del tratamiento farmacológico depende del RCV.
- De forma inmediata en la HTA de grado 3, así como en la HTA de grado 1 y 2 si el RCV es elevado.
- En caso de HTA de grado 1 y 2 con RCV moderado, el tratamiento farmacológico puede posponerse durante un tiempo breve (días o semanas), para ver la respuesta ante los cambios en el estilo de vida.
- Este tiempo de espera puede ser algo mayor en los casos de HTA de grado 1 y de riesgo bajo, bajo control y seguimiento adecuados.
- En los casos de PA en el rango normal/alto (130-139/85-89 mm Hg), la decisión de tratamiento farmacológico depende del RCV global, de la existencia de lesión de órgano diana o de enfermedad cardiovascular.
- Si existe nefropatía establecida el objetivo debe ser < 130/80 mm Hg.

Lípidos plasmáticos



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Manejo de los lípidos plasmáticos en pacientes de alto riesgo

Deben abordarse todos los factores de riesgo de forma global:

ECV establecida	Diabetes tipo 2 o tipo 1 con MA	Hiperlipemia severa (CT ≥ 320 mg/dl [~ 8 meq/l] o LDL ≥ 240 mg/dl [~6 meq/l])

- Proporcionar orientación sobre el ejercicio y la dieta
- El objetivo es reducir el CT por **debajo de 175 mg/dl (~ 4,5 mmol/l) o de 155 mg/dl (~ 4mmol/l) si es factible**, y el **colesterol LDL, por debajo de 100 mg/dl** (~ 2,5 mmol/l) o **de 80 mg/dl** (~ 2 mmol/l) si es factible*
- Esto requiere tratamiento con estatinas en la mayoría de casos**

Objetivos

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

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

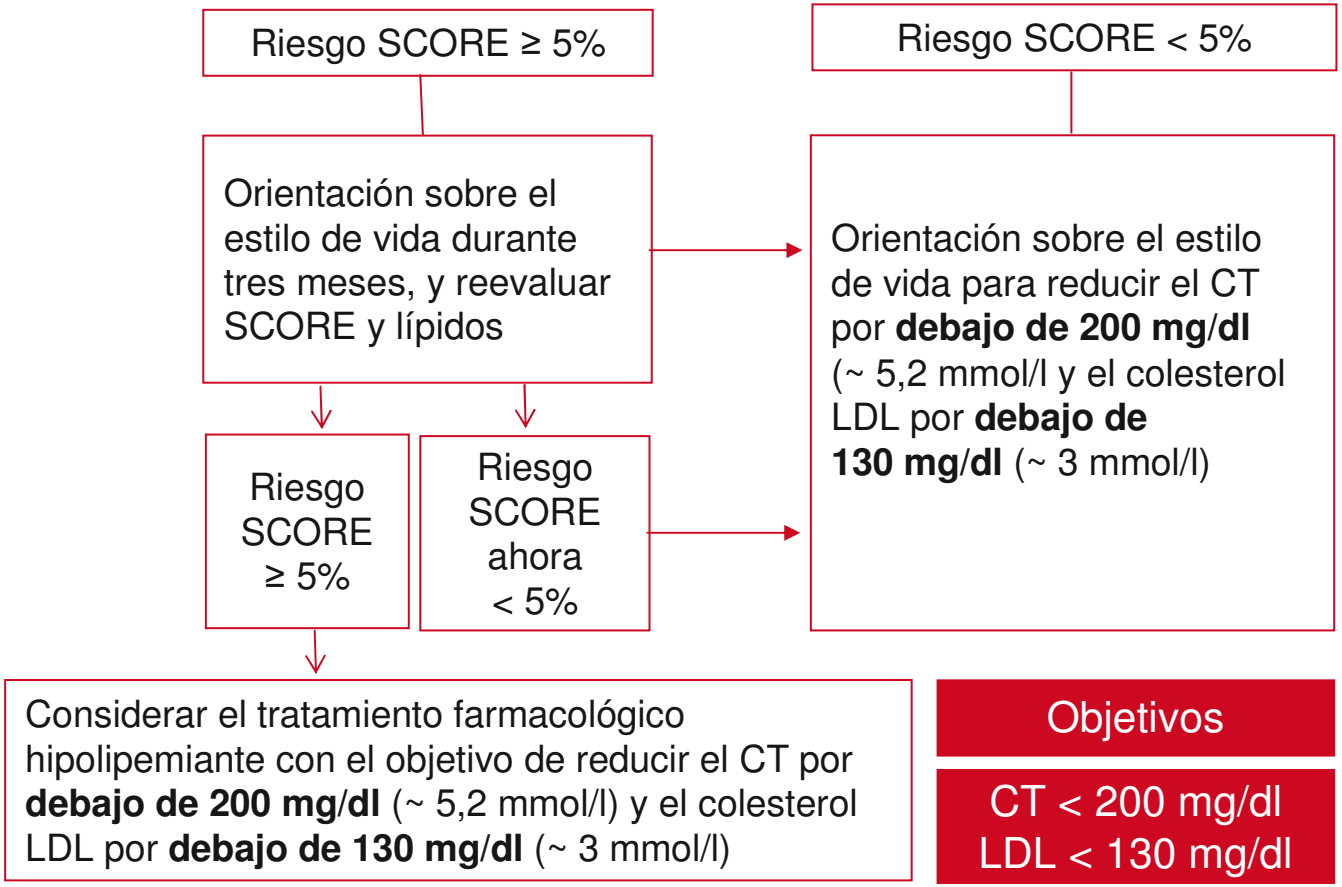
MA: microalbuminuria; CT: colesterol total

*Particularmente en pacientes con un riesgo especialmente elevado

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

Manejo de los lípidos plasmáticos

Para las demás personas, deben aplicarse las tablas SCORE:

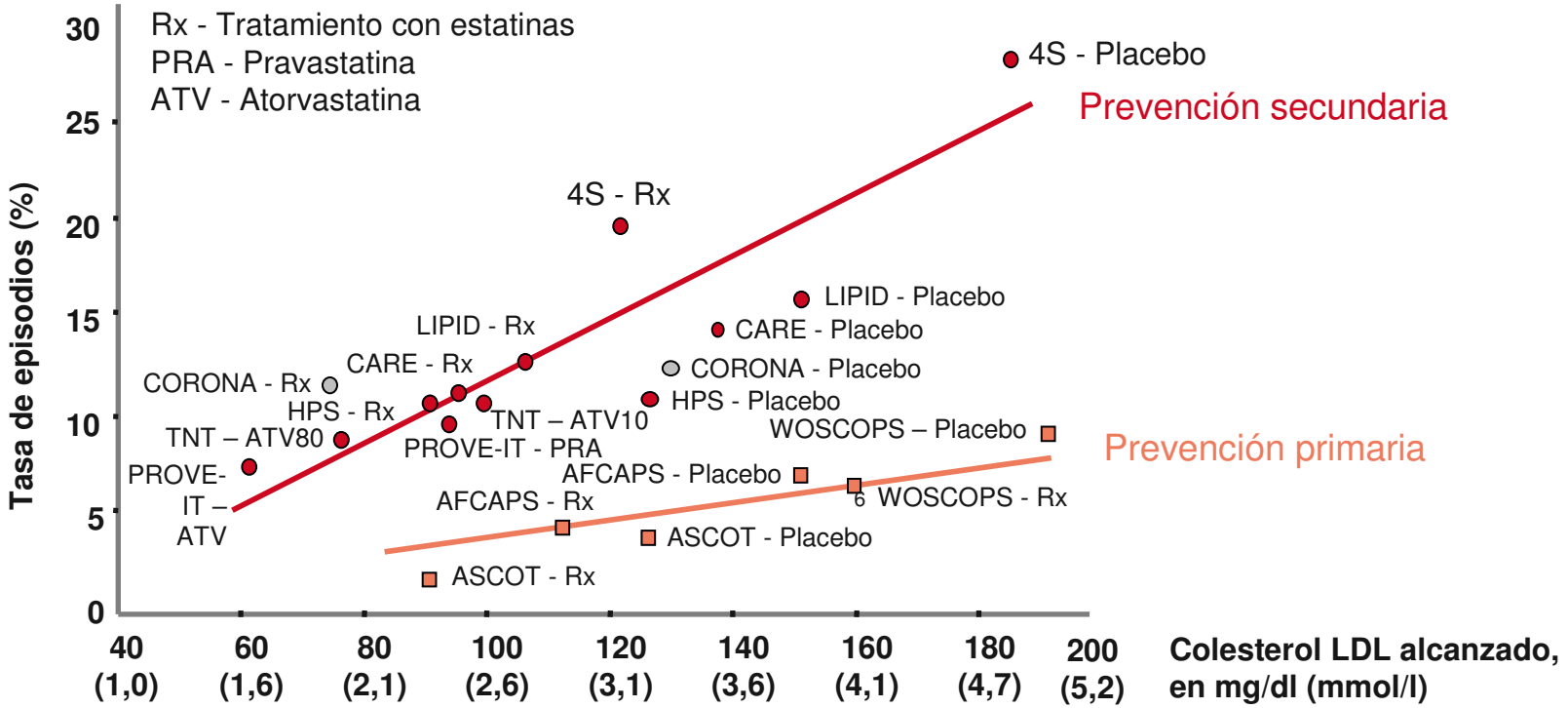


Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Colesterol LDL y acontecimientos cardiovasculares

La disminución del colesterol LDL se relaciona con una reducción de los acontecimientos cardiovasculares hasta valores por debajo de 70 mg/dl



Adaptado de Rosensen RS. Exp Opin Emerg Drugs 2004;9(2):269-79.
LaRosa JC, et al. N Engl J Med 2005;352:1425-35.

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Síndrome metabólico: obesidad y diabetes



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Identificación del síndrome metabólico

Presencia de tres o más de los siguientes factores de riesgo:

Factor de riesgo	Nivel de definición
Obesidad abdominal	Circunferencia cintura
Varones	> 102 cm
Mujeres	> 88 cm
Triglicéridos	≥ 150 mg/dl
Colesterol HDL	
Varones	< 40 mg/dl
Mujeres	< 50 mg/dl
Presión arterial	≥ 130/ 85 mm Hg
Glucosa en ayunas	≥ 110 mg/dl



Manejo del síndrome metabólico

- Estratificación adecuada del RCV.
- Tratamiento de la causa fundamental.
  - Pérdida de peso: reduce el colesterol LDL y modifica favorablemente el resto de factores de riesgo.
  - Actividad física: reduce el colesterol VLDL y LDL, y aumenta el colesterol HDL.
  - Abandono del hábito tabáquico.
- Tratamiento de las condiciones subyacentes.
  - Optimización del tratamiento antihipertensivo.
  - Hipolipemiantes (estatinas, fibratos, ácido nicotínico).
  - Ácido acetilsalicílico en pacientes con ECV o de alto riesgo.
  - Tratamiento o prevención de la diabetes mellitus.



Obesidad y sobrepeso

- En pacientes con ECV y en personas con un elevado riesgo, es crucial evitar el sobrepeso o reducirlo.
- Pérdidas ponderales ligeras pueden ser clínicamente relevantes si se mantienen en el tiempo.
- Debe lograse una reducción de peso en los siguientes casos:
  - Personas obesas (IMC ≥ 30 kg/m^2) o con sobrepeso.
  - Nivel 1: si existe aumento de grasa abdominal, con un PC ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres.
  - Nivel 2: en sujetos con un PC entre 94 y 100 cm (varones) o entre 80 y 88 cm (mujeres), debe aconsejarse no aumentar peso.

IMC: índice de masa corporal; PC: perímetro de cintura



Objetivos terapéuticos en la diabetes mellitus tipo 2

		Objetivo
HbA_1c (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
	Posprandial	
	mmol/l	4,0-7,5
	mg/dl	70-135
Presión arterial	mm Hg	< 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 (2008).

Factores de riesgo emergentes



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



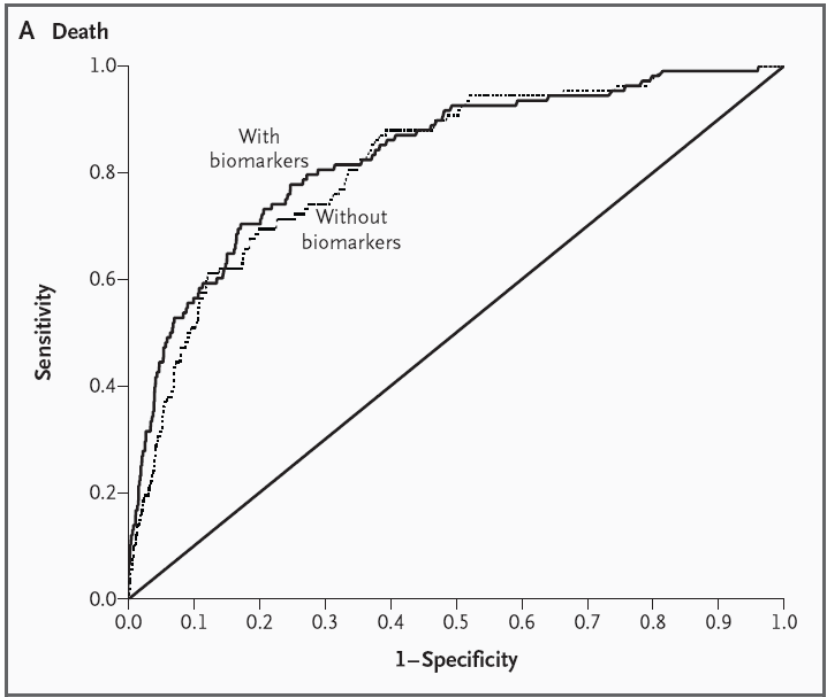
Factores de riesgo emergentes

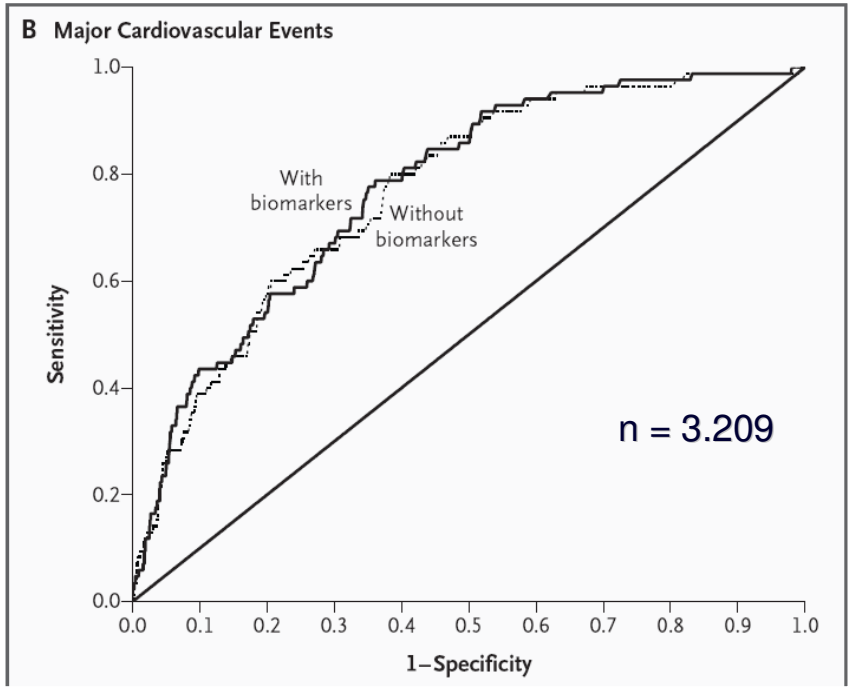
- Proteína C reactiva de alta sensibilidad.
- Homocisteína.
- Fibrinógeno.
- NT-ProBNP.
- Dímero D.

¿Qué aportan a la valoración del riesgo cardiovascular en la práctica diaria?

Biomarcadores para la prevención cardiovascular

Wang TJ, Gona P, Larson MG, Tofler GH, Levy D, Newton-Cheh C, et al. Multiple biomarkers for the prediction of first major cardiovascular events and death. N Engl J Med 2006; 355(25): 2631-9.





CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Factores de riesgo emergentes

Características necesarias:

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

Factores genéticos y dislipemias familiares



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Cribado de los familiares próximos

- Debe realizarse una valoración apropiada de los distintos FR a los familiares de primer grado de pacientes con ECV precoz (hombres menores de 55 años y mujeres con menos de 65 años de edad).
- Se debe multiplicar el riesgo relativo por 1,5-1,7.
- La carga familiar “global” es importante, no sólo la de familiares directos.
- Los antecedentes familiares son un importante modificador del riesgo.



Dislipemias familiares o hereditarias

- Hipercolesterolemia familiar (HF)
  - Es la más grave, con una prevalencia de 1/500 en la población general.
  - Personas jóvenes con colesterol muy elevado y cardiopatía isquémica en las primeras décadas de la vida (30-50 años).
  - Requieren tratamiento farmacológico intensivo y estudio ("chequeo en cascada") de los familiares.

- Hiperlipemia familiar combinada (HFC)
  - Más frecuente (prevalencia de 1/100) y poligénica.
  - Fenotipo variable (colesterol, triglicéridos, etc.).
  - También asociada fuertemente con la cardiopatía isquémica y la ECV.

Detección de la enfermedad cardiovascular subclínica por métodos de imagen



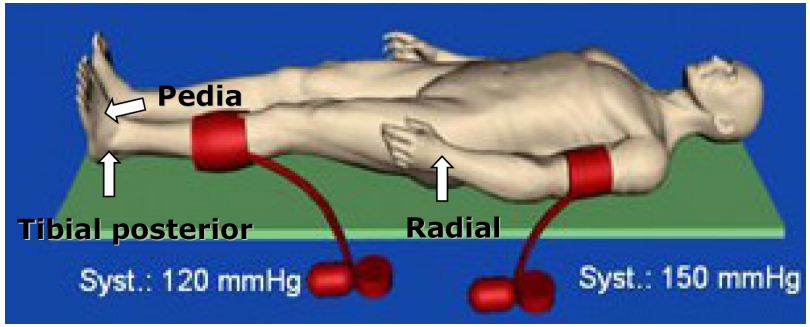
CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Métodos de detección de enfermedad cardiovascular preclínica o subclínica

- Electrocardiograma o ecocardiografía: valoración de la hipertrofia del ventrículo izquierdo.
- Estimación de microalbuminuria y de la función renal (filtrado glomerular estimado).
- Índice tobillo/brazo (ITB).
- Grosor íntima-media (GIM) carotídeo: población diana por definir.
- TC multicorte (TC-MS) de las arterias coronarias: VPN 98%; dirigido a sujetos de muy alto riesgo.
- Oftalmoscopía directa.
- Resonancia magnética nuclear.

Determinación del ITB



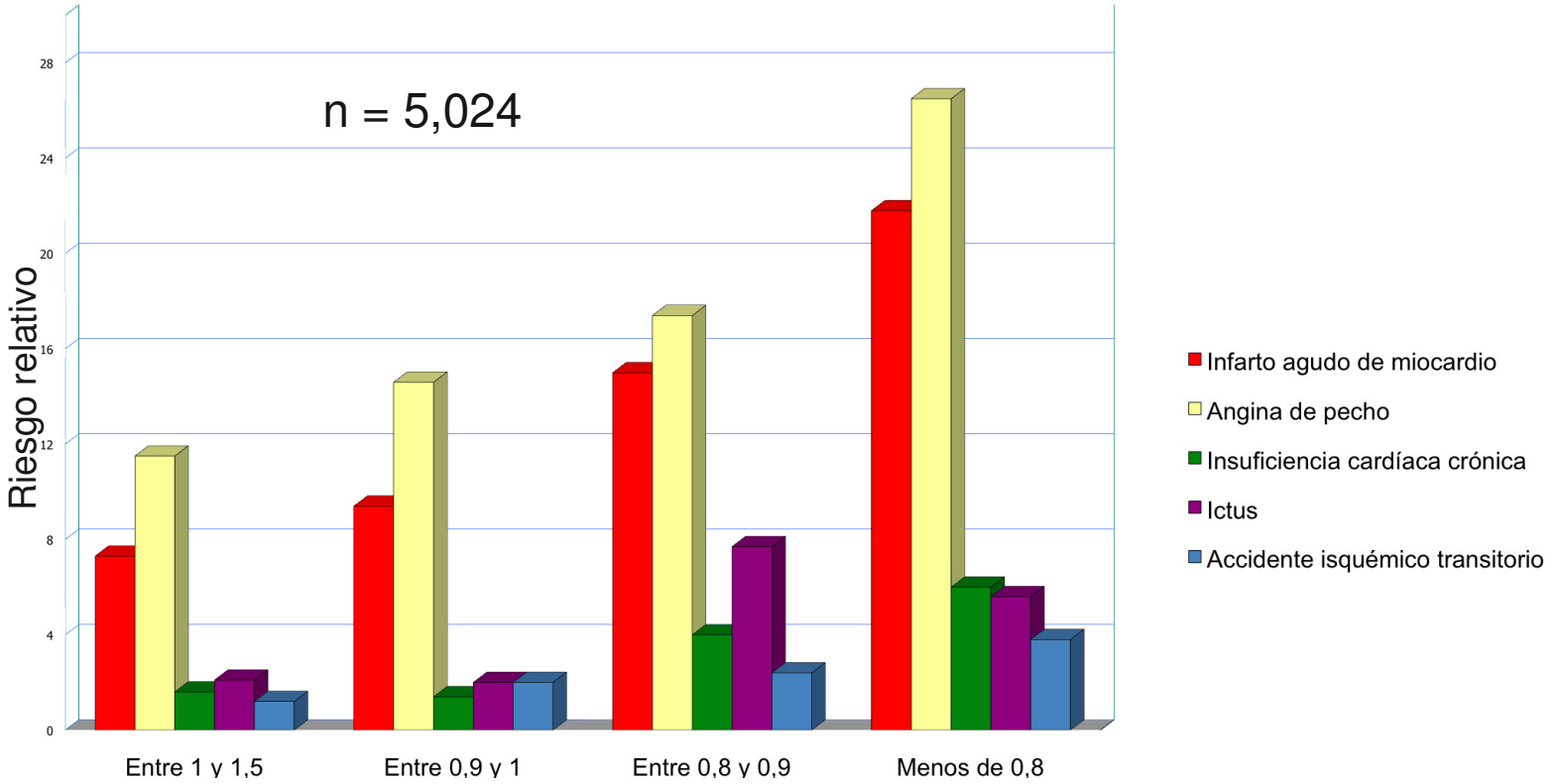
$$ITB\ (D/I) = \frac{PAS\ (D/I)}{PAS\ brazo}$$

Valoración	
> 1,30	No compresible
0,91-1,30	Normal
0,41-0,90	EAP leve/moderada
< 0,41	EAP grave/crítica

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Índice tobillo/brazo como predictor de episodios cardiovasculares

Índice tobillo/brazo y riesgo de complicaciones vasculares



Newman AB, et al. Circulation 1993; 88: 837-45.

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Enfermedad renal crónica

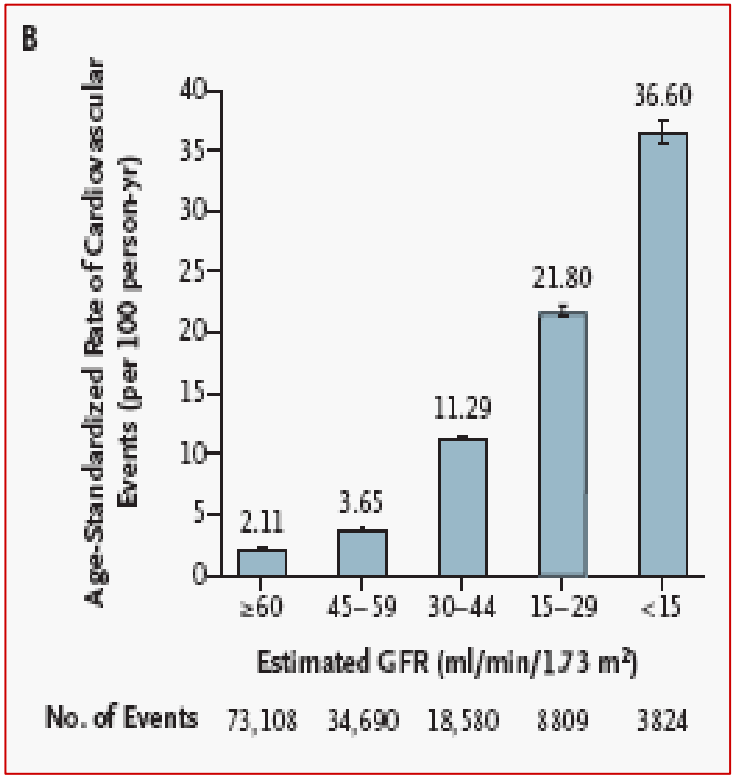


CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Enfermedad renal crónica

- Una TFGe por debajo de 60 ml/min implica un riesgo progresivo de ECV.
- La microalbuminuria como FR (30-300 mg/24 horas) tiene un efecto aditivo.
- Los pacientes con enfermedad renal requieren un control exhaustivo de los FR cardiovasculares.
- Estimar la TFG en la población de riesgo (HTA, diabetes mellitus, mayores de 60 años).



NEJM 2004;351:1296-305.

Prevención cardiovascular en la mujer



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Prevención cardiovascular en la mujer

- En general, la mujer está poco representada en los ensayos clínicos sobre prevención cardiovascular.
- Aunque la ECV está 10 años “retrasada” en las mujeres en comparación con los varones, es la primera causa absoluta de mortalidad en la mujer.
- En el IAM, existe un retraso diagnóstico en la mujer respecto al varón, aunque la letalidad de un primer IAM es mayor en la mujer.
- Algunas situaciones son de particular riesgo en la mujer:
  - Anticoncepción hormonal.
  - Tabaco.
  - Sobrepeso u obesidad.
  - Diabetes mellitus tipo 2.



Prevención cardiovascular en la mujer

Particularidades del efecto de los fármacos:

- El ácido acetilsalicílico reduce el riesgo de ictus en mujeres, pero no cuando se trata de IAM (o la reducción del riesgo es menor).
- En prevención primaria, las estatinas pueden no tener impacto en la mortalidad (se extrapolan los resultados de estudios realizados en varones).
- La terapia hormonal sustitutiva no reduce el riesgo cardiovascular.

Fármacos recomendados para la prevención cardiovascular



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Fármacos para la prevención cardiovascular: “protectores”

Independientemente de su uso para el control de determinados factores de riesgo

- Antiagregantes: ácido acetilsalicílico, excepto en caso de contraindicación.
- Estatinas: colesterol LDL como objetivo o más allá del descenso de colesterol (efectos pleiotrópicos).
- Betabloqueantes: en la angina estable, después de un IAM o en la insuficiencia cardiaca por disfunción sistólica.
- IECA (o ARA-II): disfunción ventricular izquierda después de un IAM, insuficiencia cardiaca crónica, cardiopatía isquémica de riesgo elevado o nefroprotección.



Fármacos para la prevención cardiovascular: antiagregantes

- Ácido acetilsalicílico
  - Todos los pacientes con ECV establecida (incluidos los diabéticos), a menos que haya contraindicación formal: se recomienda tratamiento de por vida con dosis bajas (75-100 mg/día).
  - Individuos asintomáticos, con SCORE ≥ 10% y PA bien controlada.

- Clopidogrel
  - En caso de alergia al ácido acetilsalicílico.
  - Además del ácido acetilsalicílico, en los síndromes coronarios agudos (durante al menos un mes, y al menos 12 meses en caso de revascularización con implantación de *stent* recubierto y/o síndrome coronario agudo sin ascenso del segmento ST).
  - No se recomienda la combinación sistemática de ácido acetilsalicílico y clopidogrel en la enfermedad aterosclerótica crónica y estable.



Fármacos para la prevención cardiovascular: betabloqueantes

Los betabloqueantes están indicados en los siguientes casos:

- Pacientes que han padecido un IAM (incluidos los pacientes con diabetes mellitus tipo 2).
- Pacientes con insuficiencia cardiaca o disfunción sistólica del ventrículo izquierdo.
- Angina de pecho, para aliviar los síntomas de la isquemia miocárdica.
- Como antihipertensivos (son preferibles otros antihipertensivos cuando se trata de diabéticos).



Fármacos para la prevención cardiovascular: IECA y ARA-II

Están indicados en los siguientes casos:

- Tratamiento de la insuficiencia cardiaca o disfunción sistólica ventricular izquierda.
- En pacientes diabéticos, para disminuir la PA y reducir o retrasar la nefropatía.
- Como antihipertensivos.
- Los ARA-II pueden utilizarse en pacientes con indicación de IECA que no los toleren, principalmente a causa de la tos o de angioedema.
- En general, no está indicada la asociación entre un IECA y un ARA-II, salvo en situaciones especiales de nefropatía con proteinuria.

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Fármacos para la prevención cardiovascular: anticoagulantes

- Están indicados en los siguientes casos:
  - Historia de tromboembolismo.
  - Presencia de trombo intraventricular izquierdo tras IAM (seis meses al menos de tratamiento).
  - Fibrilación auricular permanente o no permanente, con factores de riesgo embólico asociados.

- Debe considerarse su uso en los siguientes casos:
  - IAM anterior extenso.
  - Aneurisma ventricular izquierdo.
  - Taquiarritmias paroxísticas.
  - Insuficiencia cardiaca tras IAM.
  - Otras fuentes de cardioembolismo.



¿Cuándo prescribir fármacos preventivos cardiovasculares?

- Ácido acetilsalicílico para prácticamente todos los pacientes con ECV establecida y para personas con un riesgo SCORE igual o mayor al 10%, una vez que se ha controlado la PA
- Betabloqueantes después de un IAM, y en dosis cuidadosamente tituladas en pacientes con insuficiencia cardiaca (en este caso carvedilol, bisoprolol o nevibolol)
- IECA en pacientes con disfunción sistólica ventricular izquierda (con síntomas de insuficiencia cardiaca o sin ellos) y en diabéticos con hipertensión o nefropatía
- Anticoagulantes en pacientes con riesgo aumentado de episodios tromboembólicos, especialmente fibrilación auricular



Perfil de paciente de alto riesgo a antiagregar

- ADA, AHA y ACCF (2010) recomiendan utilizar ácido acetilsalicílico en prevención primaria para aquellos diabéticos que presenten un riesgo cardiovascular superior al 10% a los 10 años. Diabéticos varones mayores de 50 años o mujeres mayores de 60 años con uno o más factores de riesgo reconocidos (tabaquismo, hipertensión, dislipemia, síndrome metabólico, albuminuria u otras).

- La European Society of Hypertension (Reappraisal 2009) recomienda 75-100 mg/día de ácido acetilsalicílico en sujetos hipertensos con insuficiencia renal (pacientes con creatinina sérica por encima de 1,3 mg/dl) o con un riesgo cardiovascular alto (15-20% a los 10 años, basado en la ecuación de Framingham).

Capítulo 4

Estrategias de implementación de las Guías en la prevención cardiovascular



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Estudios EUROASPIRE I, II y III



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Guías clínicas de prevención cardiovascular*

EUROASPIRE I
1995

Prevention of coronary heart disease in clinical practice

Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension

European Heart Journal 1994;15:1300-31.

EUROASPIRE II
2000

Prevention of coronary heart disease in clinical practice

Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies† on Coronary Prevention

†European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioural Medicine, European Society of General Practice/Family Medicine, European Heart Network

European Heart Journal 1998;19:1434-503.

EUROASPIRE III
2006

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts)

European Heart Journal 2003;24:1600-09.



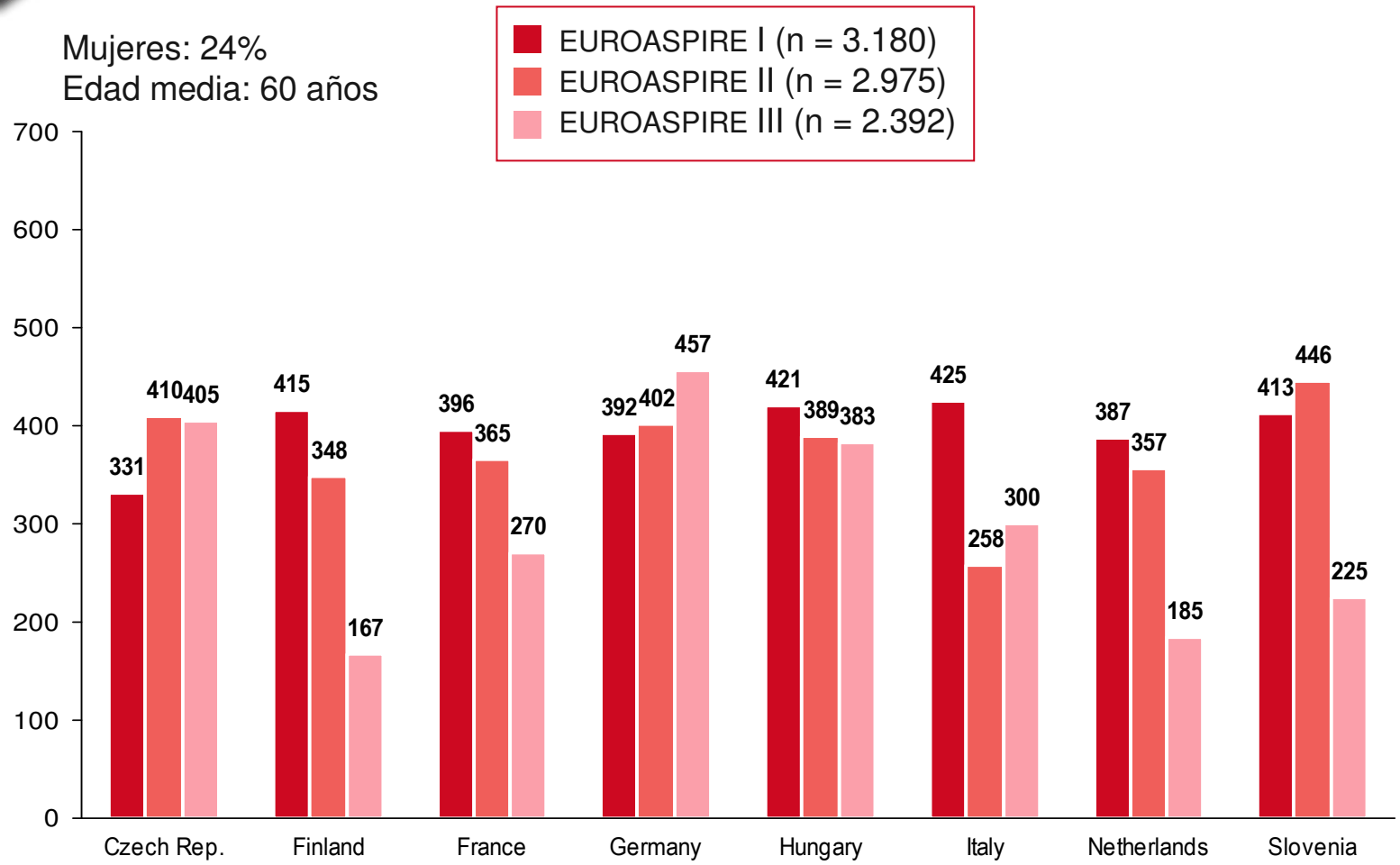
Ámbito geográfico y número de pacientes

Kotseva K, Wood D De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. Lancet. 2009; 373: 929-40.

- Países participantes:
  - República Checa, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Eslovenia y Países Bajos.
- Pacientes incluidos:
  - EUROASPIRE I: 3.180.
  - EUROASPIRE II: 2.975.
  - EUROASPIRE III: 2.392.

Poblaciones incluidas

Mujeres: 24%
Edad media: 60 años

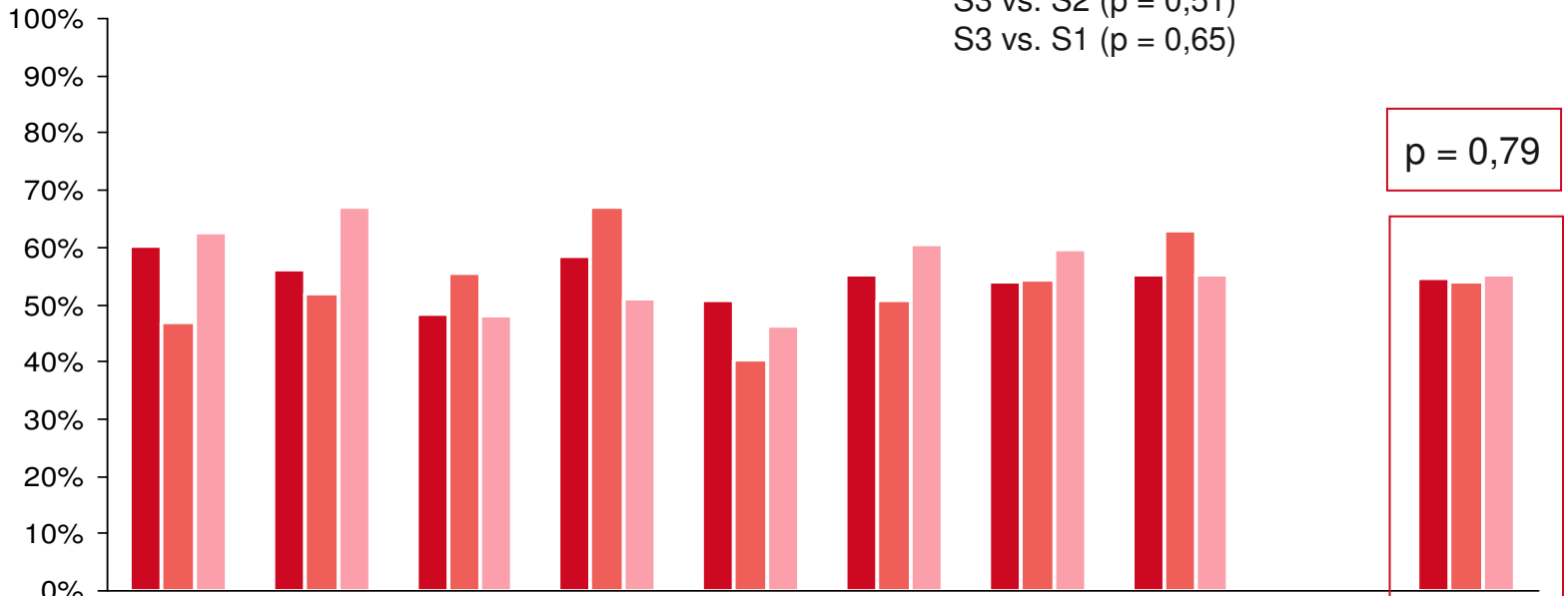


CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Prevalencia de presión arterial elevada*

S2 vs. S1 (p = 0,83)
S3 vs. S2 (p = 0,51)
S3 vs. S1 (p = 0,65)

p = 0,79

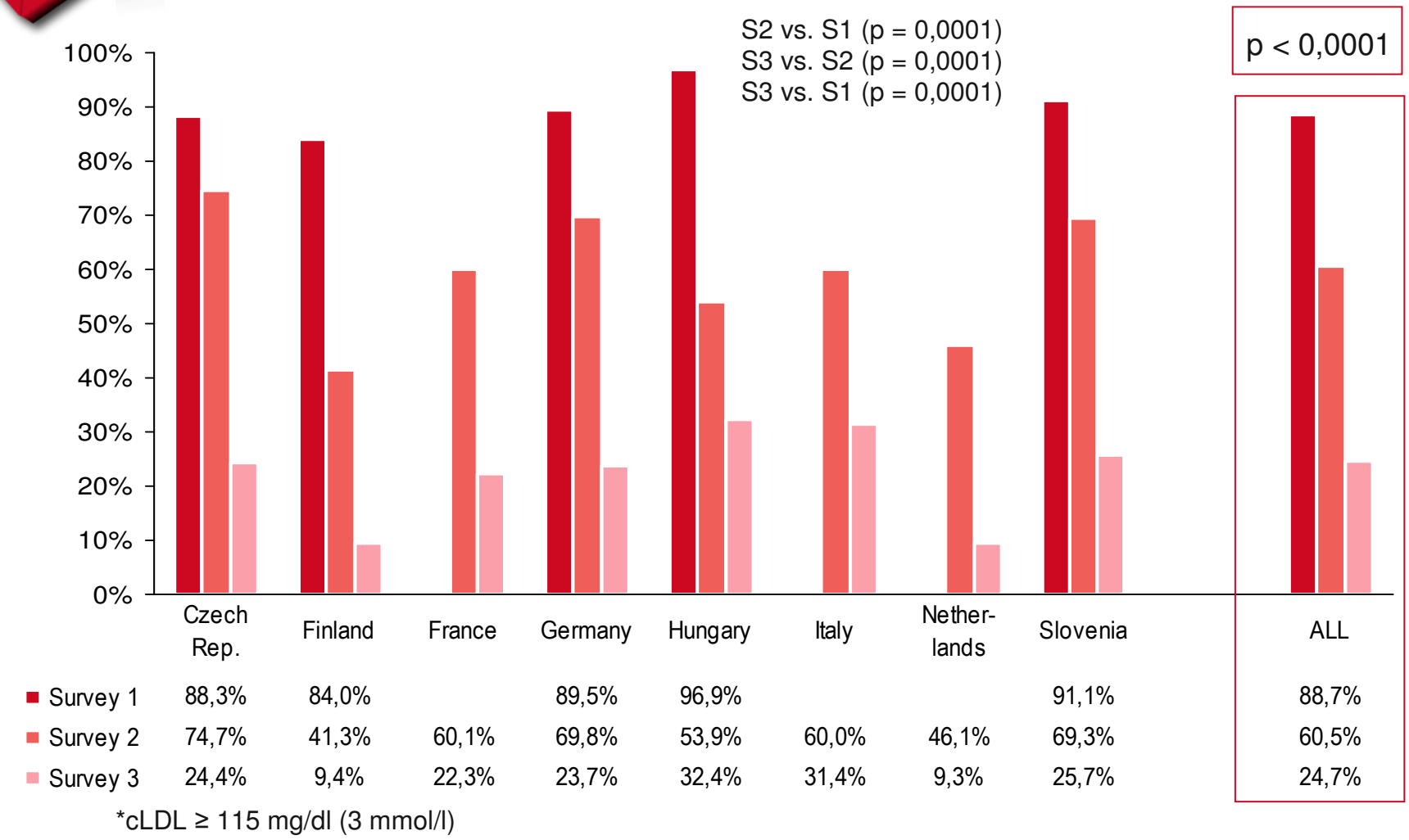


	Czech Rep.	Finland	France	Germany	Hungary	Italy	Nether lands	Slovenia	ALL
Survey 1	60,1%	56,1%	48,4%	58,4%	50,6%	55,3%	54,0%	55,1%	54,6%
Survey 2	46,9%	52,0%	55,5%	67,0%	40,4%	50,8%	54,4%	62,8%	54,0%
Survey 3	62,5%	67,1%	48,1%	50,9%	46,3%	60,5%	59,6%	55,1%	55,2%

*SBP ≥ 140 mm Hg and/or DBP ≥ 90 mm Hg

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Prevalencia de colesterol LDL elevado*



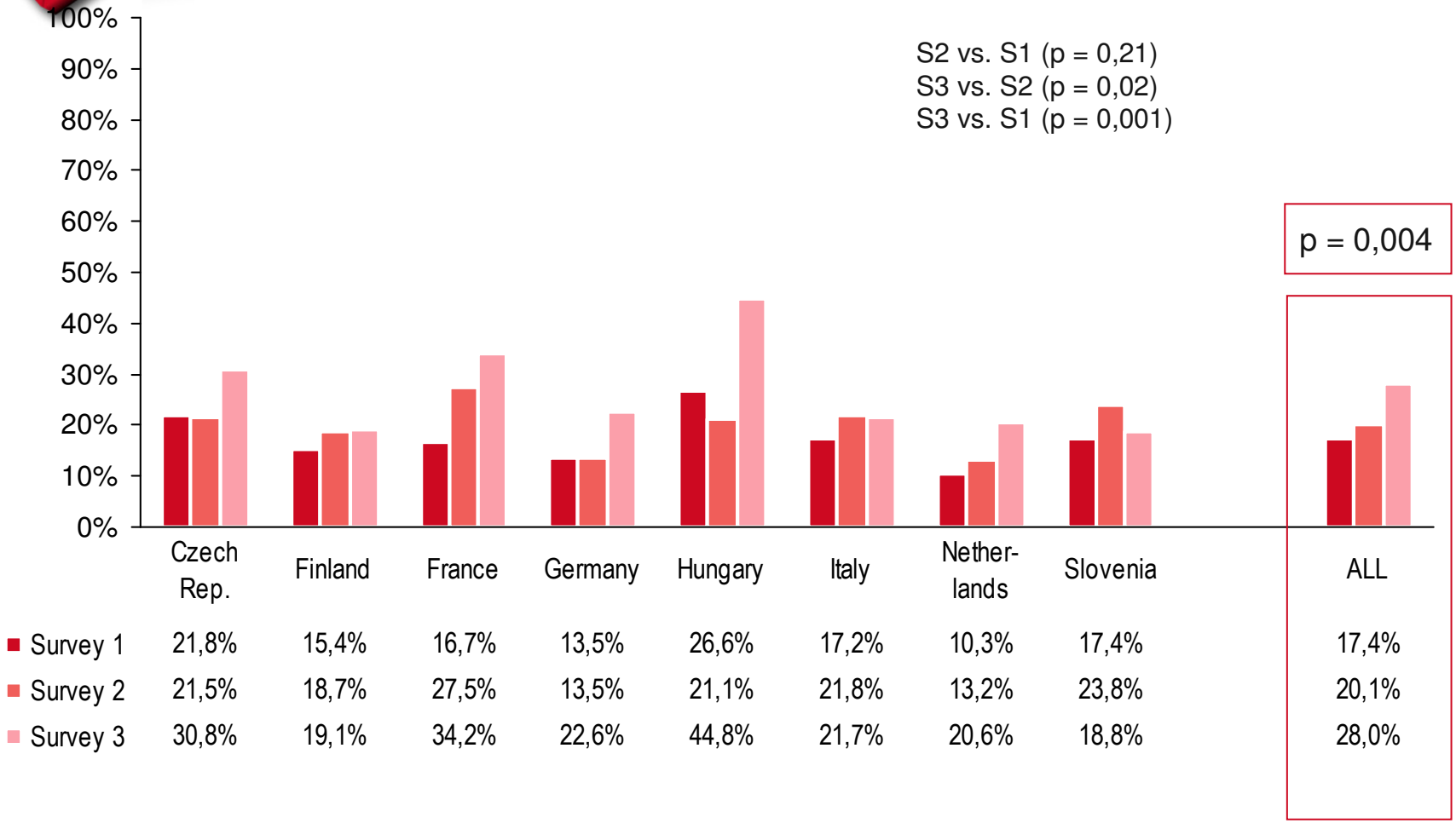
	Czech Rep.	Finland	France	Germany	Hungary	Italy	Nether-lands	Slovenia	ALL
Survey 1	88,3%	84,0%		89,5%	96,9%			91,1%	88,7%
Survey 2	74,7%	41,3%	60,1%	69,8%	53,9%	60,0%	46,1%	69,3%	60,5%
Survey 3	24,4%	9,4%	22,3%	23,7%	32,4%	31,4%	9,3%	25,7%	24,7%

*cLDL ≥ 115 mg/dl (3 mmol/l)

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica.
Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

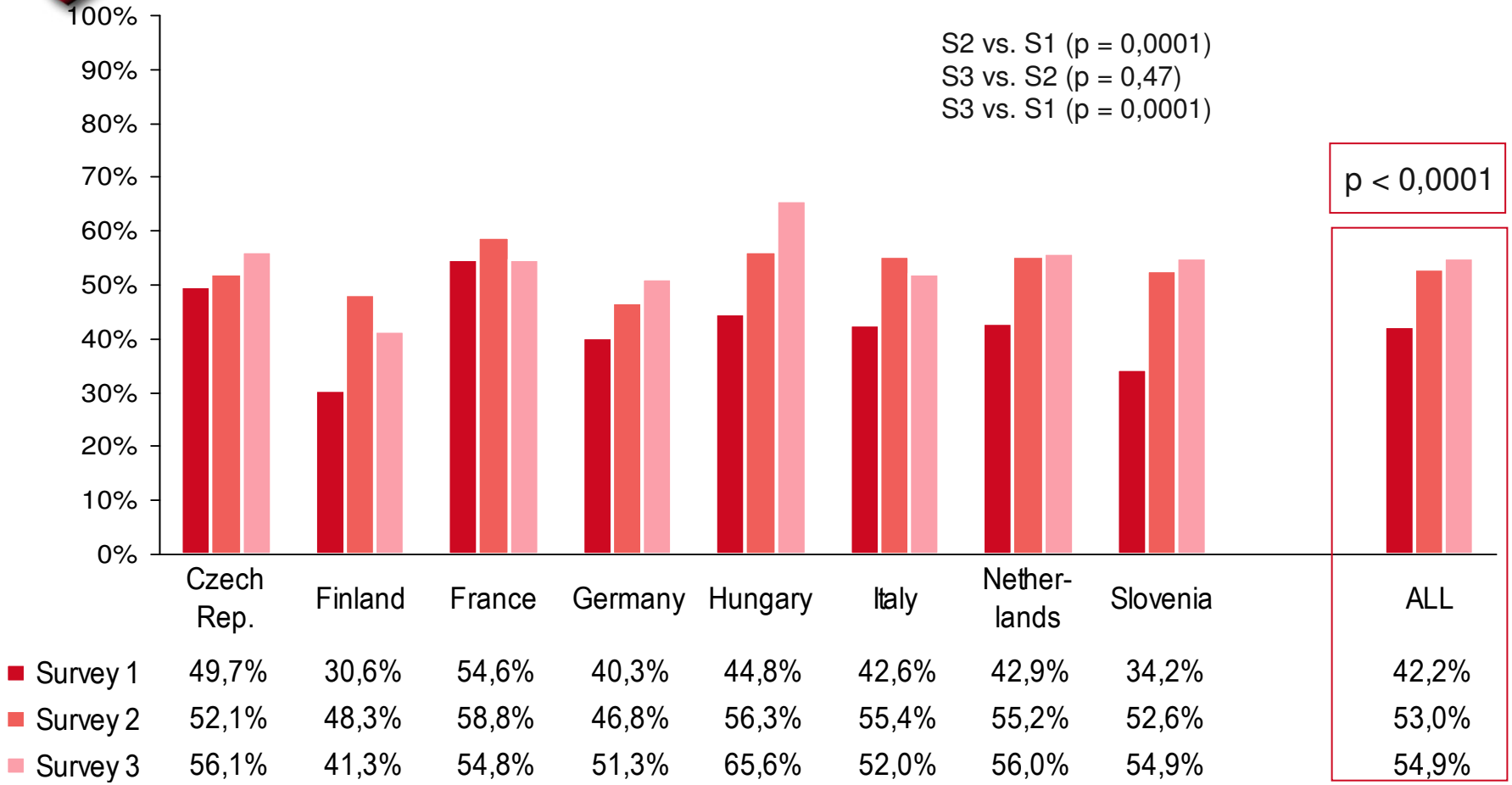
Prevalencia de diabetes*



*Self-reported history of diagnosed diabetes

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Prevalencia de obesidad central*

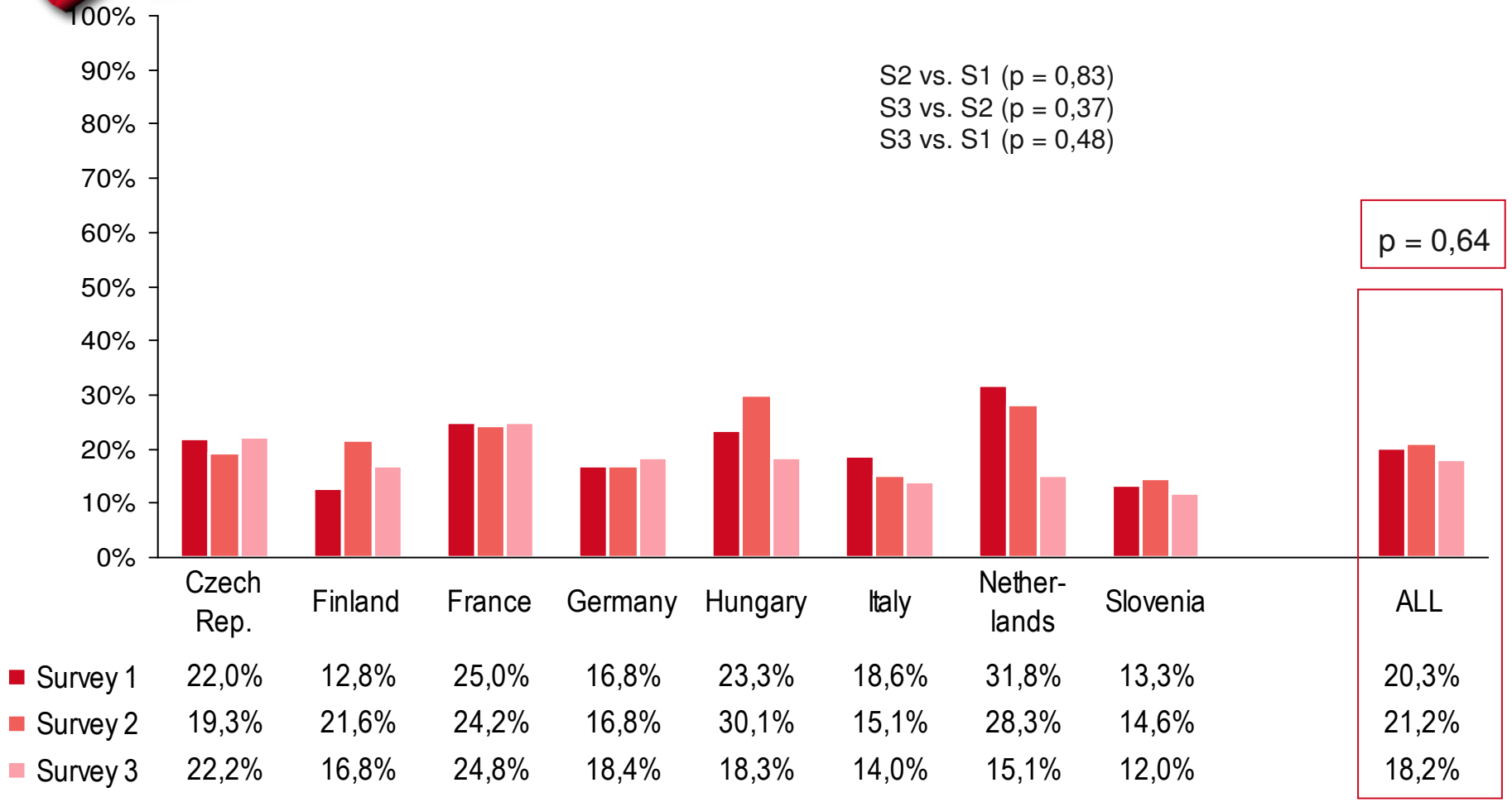


	Czech Rep.	Finland	France	Germany	Hungary	Italy	Nether-lands	Slovenia	ALL
Survey 1	49,7%	30,6%	54,6%	40,3%	44,8%	42,6%	42,9%	34,2%	42,2%
Survey 2	52,1%	48,3%	58,8%	46,8%	56,3%	55,4%	55,2%	52,6%	53,0%
Survey 3	56,1%	41,3%	54,8%	51,3%	65,6%	52,0%	56,0%	54,9%	54,9%

*Waist circumference ≥ 102 cm in men or ≥ 88 cm in women

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Prevalencia de tabaquismo*



	Czech Rep.	Finland	France	Germany	Hungary	Italy	Nether-lands	Slovenia	ALL
Survey 1	22,0%	12,8%	25,0%	16,8%	23,3%	18,6%	31,8%	13,3%	20,3%
Survey 2	19,3%	21,6%	24,2%	16,8%	30,1%	15,1%	28,3%	14,6%	21,2%
Survey 3	22,2%	16,8%	24,8%	18,4%	18,3%	14,0%	15,1%	12,0%	18,2%

*Self-reported smoking or CO in breath > 10 ppm.

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Objetivos de control en el EUROASPIRE I, II y III

Objetivo de control	EUROASPIRE I 1995-1996	EUROASPIRE II 2000-2001	EUROASPIRE III 2005-2006	p
Presión arterial 140/90 y 130/80 mm Hg en la diabetes	41	41,2	38,7	NS
Colesterol total < 200 mg/dl	19,5	48,8	75,3	< 0,001
Colesterol LDL < 100 mg/dl	5	22	52,5	< 0,001
Diabetes Glucemia < 110 mg/dl	17,4	20,1	28,0	0,04

Lancet. 2009; 373: 929-40.



Prevalencia de los factores de riesgo en el EUROASPIRE I, II y III

(En porcentaje)	EUROASPIRE I 1995-1996	EUROASPIRE II 2000-2001	EUROASPIRE III 2005-2006	p
Tabaco	20,3	21,2	18,2	NS
Obesidad IMC ≥ 30	25	32,6	38	< 0,0006
↑ Presión arterial 140/90 mm Hg	54,6	54	52,2	NS
↑ Presión arterial[2] 140/90 y 130/80 mm Hg en la diabetes	58,1	58,3	60,9	NS
↑ Colesterol total ≥ 200 mg/dl	87	59,6	28,5	0,0001
↑ Colesterol LDL ≥ 100 mg/dl	96,4	78,1	47,5	0,0001
Diabetes	17,4	20,1	28	0,004

Lancet. 2009; 373: 929-40.



Utilización de fármacos cardiovasculares

(En porcentaje)	EUROASPIRE I 1995-1996	EUROASPIRE II 2000-2001	EUROASPIRE III 2005-2006	p
Antiagregante	80,8	83,6	93,2	< 0,0001
Betabloqueante	56	69	85,5	< 0,0001
IECA	31	49,2	74,6	< 0,0001
Hipolipemiante	32,2	69,7	88,8	< 0,0001
Estatina	18,1	57,7	87,0	< 0,0001
ACa^{++}	35	23,2	25,2	0,004
DIU	15,3	18,8	31,1	0,006
ACO	6,9	7,6	5,7	NS

Lancet. 2009; 373: 929-40.

Situación en España en el control de los factores de riesgo



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en España

	Estudio Ibermutuamur[1]	metanálisis[2] 1995-2005
HTA	22,1%	34%
Colesterol > 250 mg/dl	15,1%	23%
Tabaco	49,3% (51/43)	33% (41/24)
Obesidad	15,5%	20%
Diabetes mellitus	1,2% 6,2% (G > 110 mg/dl)	10% (12 v/8 m)

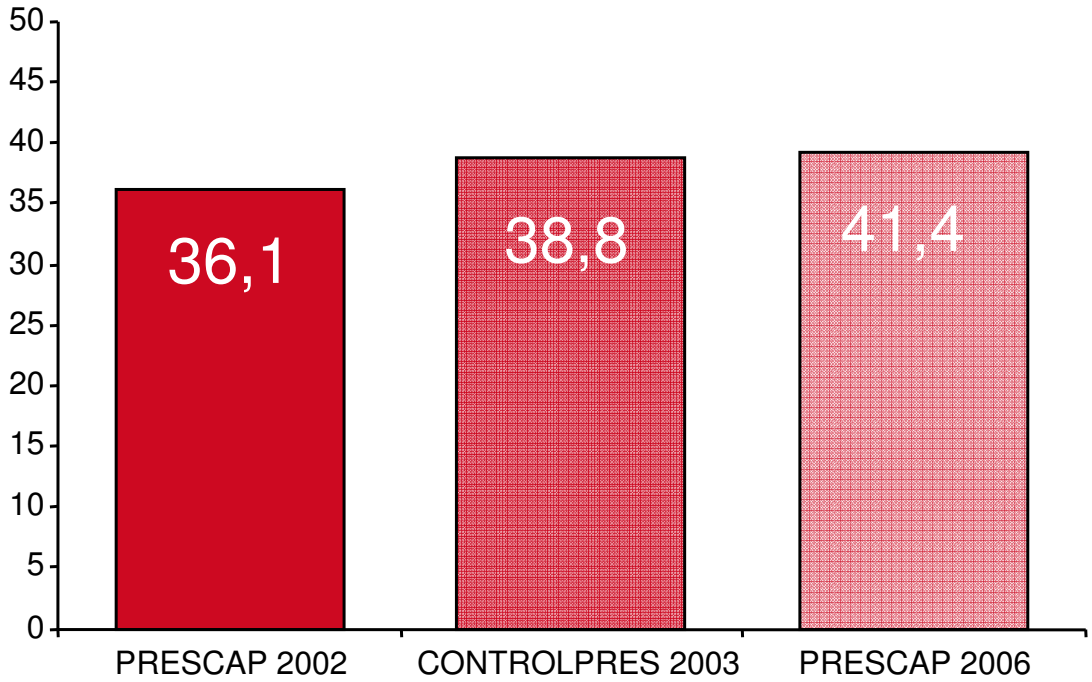
1. Sánchez-Chaparro et al. Rev Esp Cardiol. 2006; 59: 421-30.
2. Medrano MJ. Med Clin (Barc). 2005; 124: 606-12.



Control de los factores de riesgo cardiovascular en España

Factor de riesgo	Buen control	
	Atención Primaria	Unidades especializadas
HTA (PA < 140/90 mm Hg)	33%	47%
Dislipemia (criterios ATP III)	33%	40%
Diabetes (GB < 126 mg/dl)	27%	29%
Alto riesgo (PA < 130/85 mm Hg)	17%	21%

Control de la hipertensión arterial en España en Atención Primaria



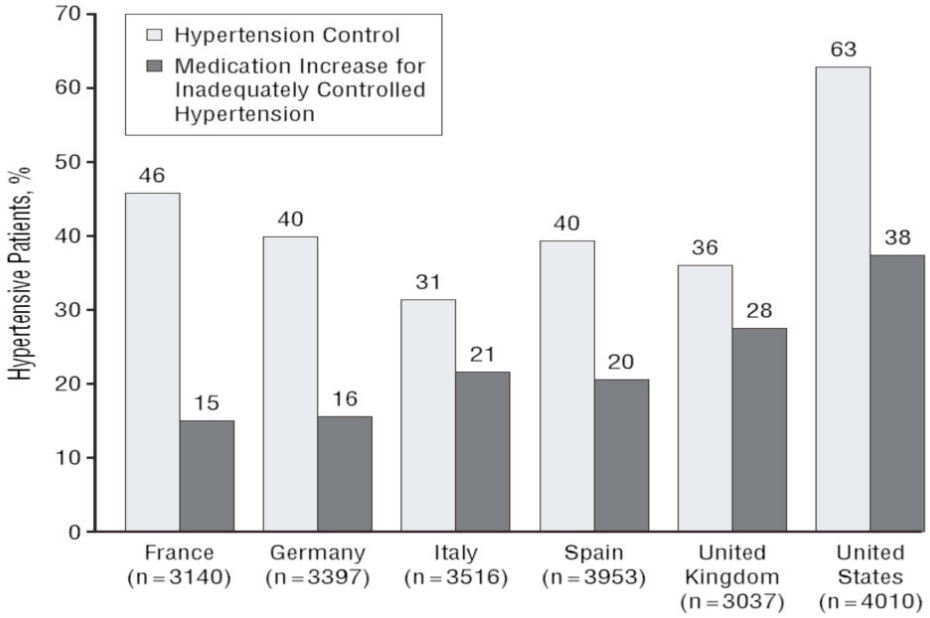
Llisterri JL, et al. Med Clin (Barc). 2004; 122(5): 165-71.
Banegas JR. Hypertension. 2004; 43: 1338-44.
Llisterri JL, et al. PRESCAP 2006. Med Clin (Barc). 2008.

(Controlpres, 1995-13%)

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Control de la hipertensión arterial e intensificación del tratamiento

Diferencias en el control e intensificación del tratamiento entre distintos países del oeste de Europa y Estados Unidos.



Wang RY, et al. Arch Intern Med. 2007; 167: 141-7.

Misión del CEIPC y acciones en marcha



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

La misión fundamental del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC) es promover y difundir las recomendaciones sobre prevención cardiovascular, transmitiendo un único mensaje, evitando la multiplicidad de criterios y concentrando todos los esfuerzos en la aplicación de las guías en la práctica clínica.

Guías CEIPC 2008

Artículo especial

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008*

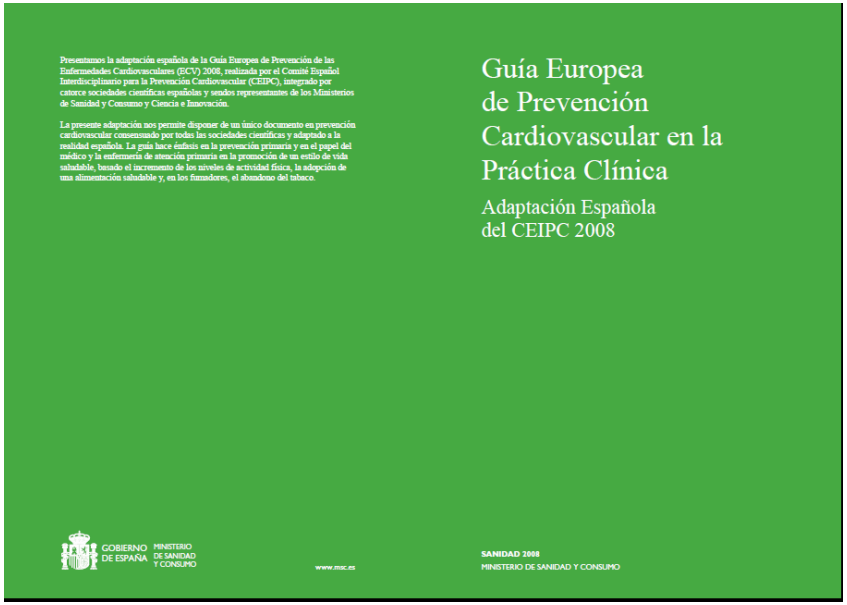
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular
José M. Lobos[a], Miguel Ángel Royo-Bordonada[b], Carlos Brotons[c], Luis Álvarez-Sala[d], Pedro Armario[e], Antonio Maiques[c], Dídac Mauricio[f], Susana Sans[g], Fernando Villar[d], Ángel Lizcano[h], Antonio Gil-Núñez[i], Fernando de Álvaro[j], Pedro Conthe[k], Emilio Luengo[l,m], Alfonso del Río[m], Olga Cortés[n], Ana de Santiago[o], Miguel A. Vargas[p], Mercedes Martínez[g,q] y Vicenta Lizarbe[r]

[a]Coordinador científico CEIPC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. España.
[b]Coordinador técnico CEIPC. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto Nacional de Salud Carlos III. España.
[c]Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS). España.
[d]Sociedad Española de Arteriosclerosis. España.
[e]Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA. España.
[f]Sociedad Española de Diabetes. España.
[g]Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. España.
[h]Federación Española de Enfermería de Atención Primaria. España.
[i]Sociedad Española de Neurología. España.
[j]Sociedad Española de Nefrología. España.
[k]Sociedad Española de Medicina Interna. España.
[l]Coordinador Nacional de Prevención Sociedad Europea de Cardiología-European Society of Cardiology. España.
[m]Sociedad Española de Cardiología. España.
[n]Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. España.
[o]Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Semergen. España.
[p]Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo. España.
[q]Sociedad Española de Epidemiología. España.
[r]Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.

Clin Invest Arterioscl. 2009; 21(3): 124-50.

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Difusión de las Guías





CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Difusión de las Guías



APRIM : 156 ARTICLE IN PRESS

Aten Primaria. ;(1):–

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ELSEVIER DOYMA

ARTÍCULO ESPECIAL

Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008 ☆

J.M. Lobos[a,*], M.A. Royo-Bordonada[b], C. Brotons[c], L. Álvarez-Sala[d], P. Armario[e], A. Maiques[c], D. Mauricio[f], S. Sans[g], F. Villar[d], A. Lizcano[h], A. Gil-Núñez[i], F. de Álvaro[i], P. Conthe[j], E. Luengo[k,l], A. del Río[l], O. Rico[m], A. de Santiago[n], M.A. Vargas[o], M. Martínez[g,p], V. Lizarbe[q] y Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)

Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 581-616 N.º 6 - Noviembre-Diciembre 2008

COLABORACIÓN ESPECIAL

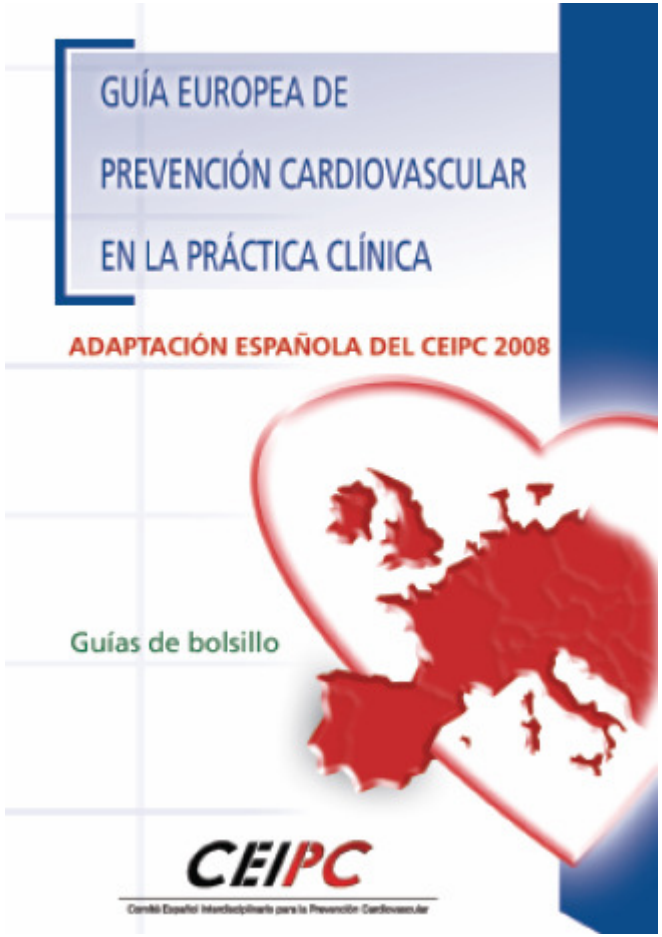
GUÍA EUROPEA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL CEIPC 2008 *

José Mª Lobos (1), Miguel A. Royo-Bordonada (2), Carlos Brotons (3), Luís Álvarez-Sala (4), Pedro Armario (5), Antonio Maiques (3), Dídac Mauricio (6), Susana Sans (7), Fernando Villar (4), Angel Lizcano (8), Antonio Gil-Núñez (9), Fernando de Álvaro (10), Pedro Conthe (11), Emilio Luengo (12,13), Alfonso del Río (13), Olga Cortés-Rico (14), Ana de Santiago (15), Miguel A. Vargas (16), Mercedes Martínez (17), Vicenta Lizarbe (18) en nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)

(1) Coordinador Científico CEIPC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
(2) Coordinador Técnico CEIPC. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto Nacional de Salud Carlos III.
(3) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS).
(4) Sociedad Española de Arteriosclerosis.
(5) Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA.
(6) Sociedad Española de Diabetes.
(7) Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
(8) Federación Española de Enfermería de Atención Primaria.
(9) Sociedad Española de Neurología.
(10) Sociedad Española de Nefrología.
(11) Sociedad Española de Medicina Interna.
(12) Coordinador Nacional de Prevención Sociedad Europea de Cardiología-European Society of Cardiology.
(13) Sociedad Española de Cardiología.
(14) Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
(15) Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Semergen.
(16) Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.
(17) Sociedad Española de Epidemiología.
(18) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Guías de bolsillo



GUÍAS DE BOLSILLO
ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL CEIPC 2008
GUÍA EUROPEA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)

José M. Lobos[a], Miguel Ángel Royo-Bordonada[b], Carlos Brotons[c], Luis Álvarez-Sala[d], Pedro Armario[e], Antonio Maiques[f], Didac Mauricio[g], Susana Sans[h], Fernando Villar[e], Ángel Lizcano[b], Antonio Gil-Núñez[i], Fernando de Álvaro[j], Pedro Conthe[k], Emilio Luengo[l,m], Alfonso del Río[n], Olga Cortés[o], Ana de Santiago[p], Miguel A. Vargas[p], Mercedes Martínez[q], Rosa Mª Moreno[r], Vicenta Lizarbe[s]

[a]Coordinador científico CEIPC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
[b]Coordinador técnico CEIPC. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto Nacional de Salud Carlos III. España.
[c]Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS).
[d]Sociedad Española de Arteriosclerosis.
[e]Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA.
[f]Sociedad Española de Diabetes.
[g]Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
[h]Federación Española de Enfermería de Atención Primaria.
[i]Sociedad Española de Neurología.
[j]Sociedad Española de Nefrología.
[k]Sociedad Española de Medicina Interna.
[l]Coordinador Nacional de Prevención Sociedad Europea de Cardiología-European Society of Cardiology.
[m]Sociedad Española de Cardiología.
[n]Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
[o]Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Semergen.
[p]Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.
[q]Sociedad Española de Epidemiología.
[r]Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. España.
[s]Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.

Basado en el Documento del Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras sociedades científicas (Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: fourth joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Prevention in Clinical Practice [constituted by representatives of nine societies and by invited experts]. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;28:2375-414).

Adicionalmente a estas guías de carácter general, las diferentes sociedades científicas que componen el CEIPC publican sus propias guías, en las que abordan con más profundidad aspectos específicos de factores de riesgo o condiciones patológicas concretas.

3ª Jornada del CEIPC, Madrid 2009

Co-organizadores:

Dirección General de Salud Pública
(Ministerio de Sanidad y Consumo)

Instituto de Salud Carlos III
(Ministerio de Ciencia e Innovación)

Patrocinadores:

Almirall

AstraZeneca, S.A.

Química Farmacéutica Bayer, S.A.

Novartis Farmacéutica, S.A.

Pfizer, S.A.

Sanofi-Aventis

PLAZAS LIMITADAS

- Las reservas se harán por riguroso orden de llegada
- Envíe su solicitud al e-mail: congresos@plannermedia.com
- Referencia: Terceras Jornadas CEIPC 2008
- Inscripción telefónica: 91 787 03 00 (Violeta Álvarez)
- Indicar nombre y apellidos, centro de trabajo, teléfono, correo electrónico, y sociedad científicica o institución a la que pertenece

Información adicional: www.ceipc.org

Solicitada acreditación a la CFC del Sistema Nacional de Salud

Secretaría Técnica:
Teléfono: 91 787 03 00
e-mail: congresos@plannermedia.com

COMITÉ EJECUTIVO

José Mª Lobos Bejarano
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Miguel Ángel Royo-Bordonada
Instituto de Salud Carlos III
Ana de Santiago Nocito
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
Vicenta Mª Lizarbe Alonso
Ministerio de Sanidad y Consumo
Ángel Lizcano Álvarez
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
Emilio Luengo Fernández
Sociedad Europea de Cardiología
Fernando Villar Álvarez
Sociedad Española de Arteriosclerosis

COMITÉ CIENTÍFICO

Sociedad Española de Arteriosclerosis
Jesús Millán Núñez-Cortés
Sociedad Española de Cardiología
Mª Jesús Salvador Taboada
Sociedad Española de Diabetes
Manuel Aguilar Diosdado
Sociedad Española de Epidemiología
Mª Teresa Brugal Puig
Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial
Pedro Aranda Lara
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Luis Aguilera García
Sociedad Española de Medicina Interna
Pedro Conthe Gutiérrez
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
Julio Zarco Rodríguez
Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo
Francisco Vicente Fornés Úbeda
Sociedad Española de Nefrología
Alberto Martínez Castelao
Sociedad Española de Neurología
Eduardo Martínez Vila
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Juan Ruiz Canela
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
Andreu Segura Benedicto
Instituto de Salud Carlos III
José Jerónimo Navas Palacios
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior
Ildefonso Hernández Aguado

Madrid, 25 de Marzo de 2009

TERCERAS JORNADAS CIENTÍFICAS DEL

CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

NUEVAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Salón de Actos
(Paseo del Prado, 18-20)

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOSCLEROSIS, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA, FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN-LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA RURAL Y GENERALISTA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA, INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y SANIDAD EXTERIOR

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica.
Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Impacto en los medios de comunicación

La obesidad ganará terreno al tabaco como primer factor de riesgo en ECV

Expertos prevén un aumento del número de pacientes con sobrepeso debido a una deficiencia en el cuidado de los hábitos saludables de la población

MARTA ESCAVIAS DE CARVAJAL

Pese a que una de cada tres muertes en España se produce por enfermedad cardiovascular (ECV) y a que el tabaco continúa siendo el principal responsable de estas defunciones, la tercera encuesta *Euroaspire*, conducida con el apoyo de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) en 2007, muestra que no ha habido una reducción del hábito tabáquico en los últimos diez años y que el 20 por ciento de la población que ha sufrido algún episodio cardiovascular continúa fumando. Sin embargo, los ex

de obesidad que podría generar más defunciones a largo plazo que el tabaco.

"Más del 50 por ciento de la población tiene sobrepeso. De este porcentaje, un 14 por ciento son niños. La obesidad hay que tratarla como una enfermedad que

Se incluye por primera vez la enfermedad renal como factor de riesgo cardiovascular

se asocia además a diabetes tipo 2 (DM2), por lo que el riesgo de tener alguna complicación cardiovascular es elevado", señala a CF Pedro Conthe, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna y miembro del Ceipc.

Según el Consenso firmado por la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, la edad crítica para el sobrepeso se sitúa entre los 25 y los 30 años. En este sentido, apunta, es imprescindible prevenir antes que curar ya que "el 75 por ciento de las muertes en personas por sobrepeso está relacionado con complicaciones cardiovasculares". Es en esta etapa, recuerda, cuando aumenta también la prevalencia de diabetes tipo 2 arrastrada por la obesidad.

La mayoría de los casos de enfermedad cardiovascular se asocia con estilos de vida modificables. Los expertos apuntan que una modificación de los hábitos saludables se relacionaría de inmediato con una disminución de la mortalidad y la morbilidad. Y precisamente con este objetivo se presentó en el Ceipc la Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica

Redacción Médica

PLANNER Media 31 de marzo de 2009

Quince sociedades científicas se unen en una guía de consenso para la prevención cardiovascular

Cada día fallecen en España más de 300 personas por una enfermedad cardiovascular, lo que representa que una de cada tres muertes está asociada a estas patologías. En esta línea, el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular, integrado por quince sociedades científicas involucradas en la enfermedad cardiovascular junto con el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto de Salud Carlos III, han adaptado y consensuado la Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. "Es una iniciativa de las principales sociedades europeas involucradas en la prevención cardiovascular -precisa Miguel Ángel Royo-Bordonada, coordinador técnico del CEIPC- y permite disponer de un único documento en prevención cardiovascular consensuado por los profesionales y adaptado a la realidad española".

ep europa press
www.europapress.es

PLANNER Media 30 de marzo de 2009

NUEVA GUÍA CLÍNICA

Sólo el 31% de pacientes tiene acceso a programas de rehabilitación cardíaca

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Foto: CEIPC Ampliar

MADRID, 30 Mar. (EUROPA PRESS) -

Sólo el 31 por ciento de los pacientes tiene acceso a programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca, según muestran los datos del estudio Euroaspire III, que ponen de manifiesto a su vez que existe un pobre control de los principales factores de riesgo cardiovascular en España.

terra

PLANNER Media 30 de marzo de 2009

hay un entorno social que promueve hábitos de vida 'cardioperniciosos', y si no se actúa sobre ese entorno y sobre los hábitos de consumo y ocio que no promueven ninguna actividad física rutinaria, va a ser difícil mejorar estos datos.

CONSUMO DE TABACO

Por su parte, el miembro de la Sociedad Española de Arterioesclerosis, el doctor Fernando Villar, hizo referencia al problema del tabaquismo, y apuntó que, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, se ha producido un descenso importante en el consumo de tabaco por parte de los varones, de un 55 por ciento en 1997 al 35 por ciento en 2006, mientras que en el caso de las mujeres los valores han pasado del 23 por ciento en 1997 al 24 por ciento en 2006.

 Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC (2008).

CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

Cómo mejorar la aplicación de las Guías en la práctica clínica



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Barreras y facilitadores para la implementación de las Guías

Áreas de trabajo y posibilidades de actuación:

- Profesionales de la salud.
- Organización, estructura, aspectos económicos.
- Guías de práctica clínica.
- Contexto/pacientes.



Barreras y facilitadores para la aplicación de las recomendaciones

Niveles	Barreras	Facilitadores
1. Profesionales de la salud	- Falta de acuerdo con las recomendaciones (experiencia personal o desacuerdo frente a evidencias científicas). - Falta de formación o de habilidades para la aplicación.	- Profesionales bien formados e innovadores, con disposición al cambio. - Colaboración con otros centros (redes de aprendizaje). - Programas de formación apropiados y dirigidos a producir cambios.
2. Organización, estructura, aspectos económicos	- Dificultad para los cambios por los poderes establecidos. - Falta de tiempo y sobrecarga de los profesionales. - Falta de estandarización de los procesos. - Falta de trabajo en equipo, excesiva rotación de profesionales. - Dotación insuficiente o inapropiada, recursos escasos.	- Objetivos claros y adaptados localmente. - Procesos, procedimientos, servicios y resultados medibles (indicadores) . - Sistemas de información apropiados. - Líderes y equipos de trabajo que prioricen la efectividad y la eficiencia. - Comunicación y retroalimentación con los profesionales en el ámbito local. Establecimiento de consensos.

Modificado de: Guías de Práctica Clínica en el SNS: ICS N.º 2007/02-02.



Barreras y facilitadores para la aplicación de las recomendaciones

Niveles	Barreras	Facilitadores
3. Guías de práctica clínica	- Guías demasiado complejas o rígidas, o cuya implementación es demasiado costosa. - Guías poco prácticas o poco factibles para los clínicos.	- Guías prácticas y sencillas que sean fácilmente comprensibles y con posibilidades reales de aplicación. - Ampliamente consensuadas. - Con el apoyo de las organizaciones centrales y locales.
4. Contexto/pacientes	- Falta de adherencia. - Expectativas falsas respecto a determinadas intervenciones.	- Sensibilización de los profesionales y de los pacientes sobre el problema. - Determinación de estrategias de optimización o mejora del cumplimiento.

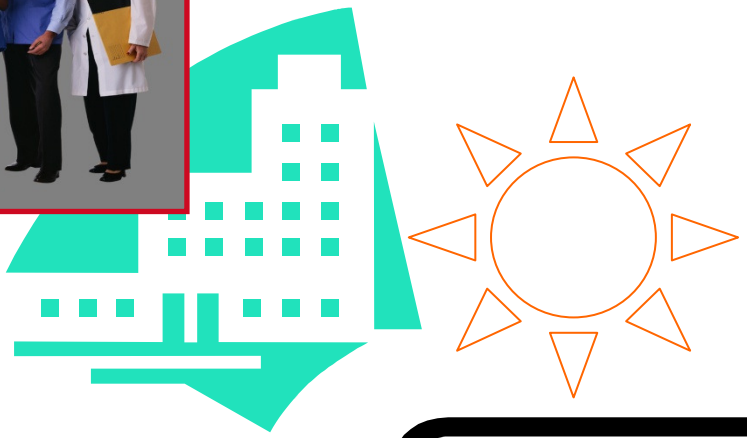
Modificado de: Guías de Práctica Clínica en el SNS: ICS N.º 2007/02-02.

Manejo coordinado centrado en el paciente





Centro de Salud



Hospital



Comunidad

Relación con el paciente

- Es 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 el paciente.



Comunicación con el paciente

Puntos clave en la comunicación con el paciente para abordar los cambios en los hábitos de vida de forma eficiente:

- Dedicar suficiente tiempo al paciente, hablándole de forma comprensible y con empatía.
- Escuchar atentamente e identificar fortalezas y debilidades
- Asegurarse de que el paciente entiende la relación entre hábitos y estilo de vida y el riesgo de padecer o empeorar la enfermedad.
- Aceptar la visión personal del paciente sobre su enfermedad y facilitar la expresión de sus preocupaciones y ansiedades.
- Reconocer que cambiar estilos de vida a largo término puede ser difícil y que los cambios graduales (avanzar dando pequeños pasos) son más efectivos y producen un refuerzo positivo.
- Involucrar al paciente en la identificación y en la selección de los factores de riesgo que deben modificarse, y proponer un compromiso.

Estrategias de implementación



CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular



Necesidades y áreas de formación

Es necesario formar a los médicos y profesionales de Enfermería en la atención preventiva centrada en el paciente, con especial énfasis en:

- Los métodos centrados en el paciente y el proceso de consulta.
- La motivación para el cambio: cómo dar apoyo y reforzar la decisión del paciente para que adopte hábitos saludables.
- Cómo valorar el riesgo cardiovascular y utilizar adecuadamente las tablas de riesgo.
- Cómo transmitir la información sobre el riesgo y los posibles efectos de las intervenciones.
- Cómo definir y pactar los objetivos del tratamiento y realizar seguimiento.



Estrategias de implementación

- A escala europea (internacional):
  - — Publicación de las guías en revistas relevantes.
  - — Presentación en conferencias o congresos internacionales organizados por las sociedades científicas.
  - — Implicación en las políticas de la Unión Europea.
- A escala nacional:
  - — Debe existir un grupo experto, reconocido e integrado por las organizaciones profesionales y científicas involucradas en la prevención cardiovascular, coordinado con los grupos de trabajo de las sociedades europeas, que debe recibir el apoyo de las autoridades sanitarias nacionales y autonómicas. En este sentido, en España, desde el año 2000 en que fue constituido, viene desarrollando su trabajo el CEIPC.
  - — La implementación ulterior debe ser coordinada con las sociedades científicas y con las entidades afines de ámbito estatal y autonómico, de acuerdo con las necesidades locales, con la colaboración e implicación de las autoridades sanitarias.



Acciones que deben incluir las estrategias de implementación

- Se debe implementar una propuesta sanitaria pública que haga hincapié en el abandono del tabaquismo, en una alimentación más saludable, y en fomentar y promover la actividad física en todas las edades, de modo que se apoye y se complemente la estrategia de prevención desde el ámbito clínico.
- Se debe dar una amplia difusión a las guías, incluyendo dos aspectos clave:
  - Información sobre el paradigma de la evaluación global del riesgo cardiovascular, niveles de intervención y objetivos del tratamiento.
  - Conocimiento de la población sobre acciones concretas para identificar y reducir el riesgo cardiovascular, permitiendo su implicación activa.
- En el ámbito de la Atención Primaria, se debe desarrollar un programa de información y educación basado en estrategias eficaces:
  - Actividades acreditadas e interactivas.
  - Auditoría e informes de evaluación.
  - Amplia disponibilidad en el entorno asistencial de versiones informatizadas amigables.
  - Divulgación de algoritmos y recomendaciones sobre prevención y tratamiento simples, claras y breves (de una sola hoja, de bolsillo o desplegables).

Programa EUROACTION

Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial

*D A Wood, K Kotseva, S Connolly, C Jennings, A Mead, J Jones, A Holden, D De Bacquer, T Collier, G De Backer, O Faergeman, on behalf of EUROACTION Study Group**

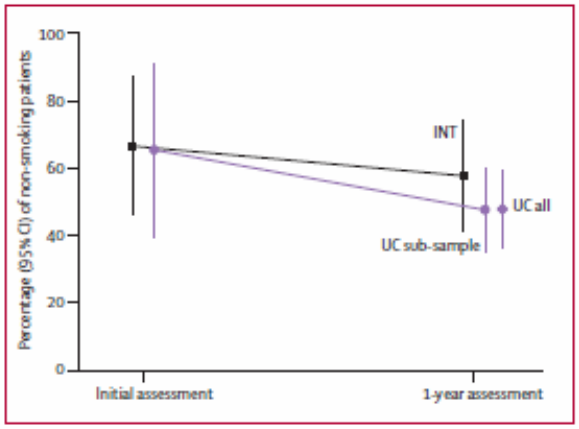


Figure 2: **Proportion of non-smoking patients at the initial and 1-year assessments among those reported as smoking in the month before the index event**
Error bars represent 95% CI. INT=intervention. UC=usual care.

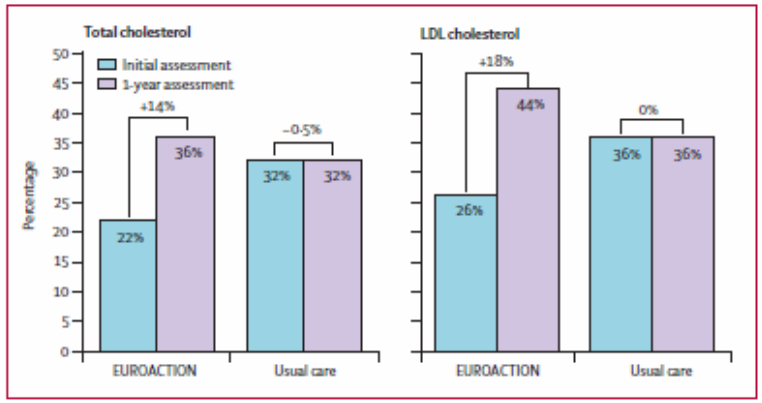


Figure 3: **Changes in proportions of high-risk patients achieving the European target for concentrations of lipids in intervention and usual-care subsamples between initial and 1-year assessments**
European target was less than 5 mmol/L for total cholesterol concentration and less than 3 mmol/L for LDL cholesterol.



Aspectos clave para facilitar la prevención cardiovascular

- Guías sencillas, claras y realistas.
- Tiempo suficiente en la consulta.
- Políticas estatales apropiadas (recursos e incentivos para la prevención).
- Optimizar el uso de los recursos disponibles y la coordinación entre los profesionales y los diversos niveles asistenciales.
- Políticas educativas que promuevan el asesoramiento del paciente por profesionales, animando a las personas con bajo riesgo a permanecer así, evitando la medicalización.



Conclusiones

- La implementación de estas guías debe incluirse entre las prioridades establecidas por las autoridades sanitarias y los organismos científicos y profesionales.

- Es imprescindible identificar las barreras para modificar la práctica clínica y buscar posibles soluciones.

- La implementación debe ser coordinada con las sociedades científicas, con los grupos españoles que estén implicados en la prevención (CEIPC, PAPPS) y con las entidades afines de ámbito estatal, autonómico y local, bajo el paraguas de las autoridades sanitarias y teniendo en cuenta las características y las necesidades específicas de cada comunidad.