

# NOVEDADES en RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PAPPS 2022.

Lunes, 8 de mayo de 2023





# GRUPO CARDIOVASCULAR DEL PAPPS

**Orozco-Beltrán D, Brotons Cuixart C, Banegas Banegas JR, Gil Guillén VF,  
Cebrián Cuenca AM, Martín Rioboó E, Jordá Baldó A, Vicuña J, Navarro Pérez J.**

***Aten Primaria. 2022 Oct;54 Suppl 1(Suppl 1):102444.***

# LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Son la **1ª causa de muerte** en España.

**Una de cada 4 personas fallecidas.**

Más frecuente en **Mujeres** (262 vs 240 x10<sup>5</sup> hab.)

**1ª causa Años Potenciales de Vida Perdidos. Mas que el cáncer,**  
(35 vs 24% H)  
(40 vs 25% M).

**30.000 muertes súbitas/año**  
(80/día)

La mortalidad CV se ha reducido **10 puntos en 20 años** (34,9 vs 24,3%).  
Y mas en mujeres que en hombres.

**Pero en el ultimo año ha subido 2 puntos.**

## Defunciones por capítulos de la CIE-10. Año 2021

	Defunciones	%	2020
Enfermedades del sistema circulatorio	119.196	26,4	119.858 (24,3%)
Tumores	113.662	25,2	
Enfermedades infecciosas y parasitarias <sup>1</sup>	46.001	10,2	
Enfermedades del sistema respiratorio	35.534	7,9	
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	25.014	5,5	

# RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

Cálculo del RCV sistemático a todas las personas adultas con algún factor de RCV

## Novedad:

- Establecimiento de **diferentes umbrales de riesgo** dependiendo de la **edad**.
- Evitar el **infratratamiento** en jóvenes y el **sobrettratamiento** en mayores.
- El **beneficio** a largo plazo del **tratamiento** es mayor en pacientes **jóvenes**.

Guías europeas de  
prevención CV



**CVD Risk**



	< 50 años	50-69 años	≥ 70 años
Bajo a moderado riesgo vascular	< 2,5%	<5%	< 7,5%
alto riesgo vascular	2,5 a < 7,5%	5 a < 10%	7,5 a < 15%
muy alto riesgo vascular	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%

# HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Estudio IBERICAN El **42%** de los HTA **no presentaban niveles adecuados de PA**  
El **50%** de los tratados estaban en régimen de **monoterapia**



## HTA $\geq$ 140/90 mmHg

Cribado HTA:

### Toma de PA en la consulta

- Anual:  $>40$  años o con alto riesgo
- Cada 3-5 años: el resto de las personas



## Inicio de tratamiento

- TA  $\geq$  160/100 mmHg
- HTA G1 si RCV alto/muy alto
- HTA G1 si RCV moderado iniciar tras 3-6 meses sin buen control



## Objetivo PA:

- TA  $<$  140/90 mmHg (1º paso)
- Si buena tolerancia  $<$  130/80
- ERC: PAS  $<$  120 mmHg

¿Tratamiento inicial combinado?  
No, falta evidencia

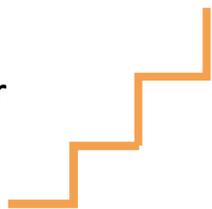
>18 años  
Cada 4 años

# DISLIPEMIA

## CRIBADO

- **Colesterol total**
  - Mortalidad
  - >200 mg/dL
- **HDLc**
  - Cálculo RCV
  - Efecto protector >45 mg/dL

Tratar



Muy alto riesgo  
Alto riesgo  
ECV  
DM

## Novedades en el Tratamiento

Estatinas	Ezetimiba	PCSK9	Icosapento de Etilo
<b>Elección</b>	Añadir si no se alcanza objetivo con estatina	ECV/ HFHo/HFHe + Estatinas en dosis máx/intolerancia	↓ 25% del RR de ECV en DM o ECV estable con LDL <100 mg/dL
↓ ECV ( IM, Ictus, tto revasculariz) ↓ Mortalidad total y CV	Intolerancia a estatinas	+ LDL > 100mg/dL	<b>Otros</b>
	Combinada con estatinas: ↓ ECV ↓ Mortalidad	↓ ECV ↓ Mortalidad	Fibratos, niacina, ácidos grasos omega-3, ácido bempedoico

HFHo: hipercolesterolemia familiar homocigota; HFHe: hipercolesterolemia familiar heterocigota

# DIABETES MELLITUS

**Infradiagnosticada**, 54% casos no se conocen

**Mal control** (ENRICA, sólo 60.5% cifras HbA1c en rango)

## CRIBADO

> 18 años cada 4 años  
Glucemia basal + HbA1c

## ESTRATEGIA DE CONTROL

**Abordaje multifactorial**  
cifras de glucemia y FRCV

Valoración del **eje cardio-renal**  
(metformina + iSGLT2/ arGLP1)

Objetivo: **HbA1c < 6.5%\*/ 7%/ 8%**

## Reducción ECV + Evitar hipoglucemias

Modificaciones **dietéticas** y de **ejercicio físico** ↓ 37% laHbA1c

### Novedades en el tratamiento

- **Metformina** → ↓ ECV
- **iSGLT2** → ↓ ECV, ↓ Mortalidad total y CV, ↓ hospitalización por IC, enfermedad renal terminal, lesión renal aguda, ↓ IM (EMPERO, CREDENCE, DECLARE, DAPA-HF...)
- **arGLP1** → ↓ ECV ↓ Mortalidad total y CV, ↓ Ictus (LEADER, SUSTAIN, REWIND o HARMONY entre otros).
- **Evitar** el uso de Glibenclamida (por el mayor riesgo de hipoglucemias y de eventos CV respecto a otras opciones)

# ALCOHOL-OBESIDAD-TABACO

Alcohol	Obesidad	Tabaco
<p>Asociación incierta</p> <p>↑Riesgo ACV e IC con consumos &gt;100g/semana</p> <p>Se recomienda consumo OH &lt;100g/sem → ↑Esperanza de vida en 2 años</p>	<p>↑prevalencia en niños y adolescentes</p> <p>Enfermedad crónica</p> <p>El IMC y el perímetro abdominal se asocian a enfermedad aterosclerótica y DM</p>	<p>Pérdida de 10 años de vida en fumadores</p> <p>El riesgo CV en fumadores &lt;50 años se multiplica x5 respecto a no fumadores</p> <p>↑ Riesgo CV en fumadores pasivos y fumadores de cigarrillos electrónicos</p> <p>No hay programas específicos en los centros de salud</p>

# PREVALENCIA-DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO-CONTROL

	Hipertensión arterial	Dislipemia	Diabetes mellitus
<b>Prevalencia</b>	48%	50%	13%
<b>Diagnosticados</b>	<b>60%</b>	<b>50%</b>	<b>54%</b>
<b>Tratados</b>	88%	42%	79%
<b>Controlados</b>	<b>62%</b>	<b>50%</b>	<b>60%</b>

# ADHERENCIA - INERCIA



## FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Estudio Prevención 2ª:

Al año solo el **43%** continuaba en tratamiento con IECA/ARA-II+ estatina + AAS y a los 3 años solo el 39%

**¿Y qué hacer con la adherencia?**

Preguntar: Hayness-Sacckett, escala de Morisky y recuento de comprimidos

Intervenir: mensajes cortos a través de telemedicina, terapias combinadas a dosis fijas, intervenciones basadas en trabajadores comunitarios

**Inercia terapéutica**

Modelo de Káiser Permanente

Chronic Care Model (CCM)

Atención integral

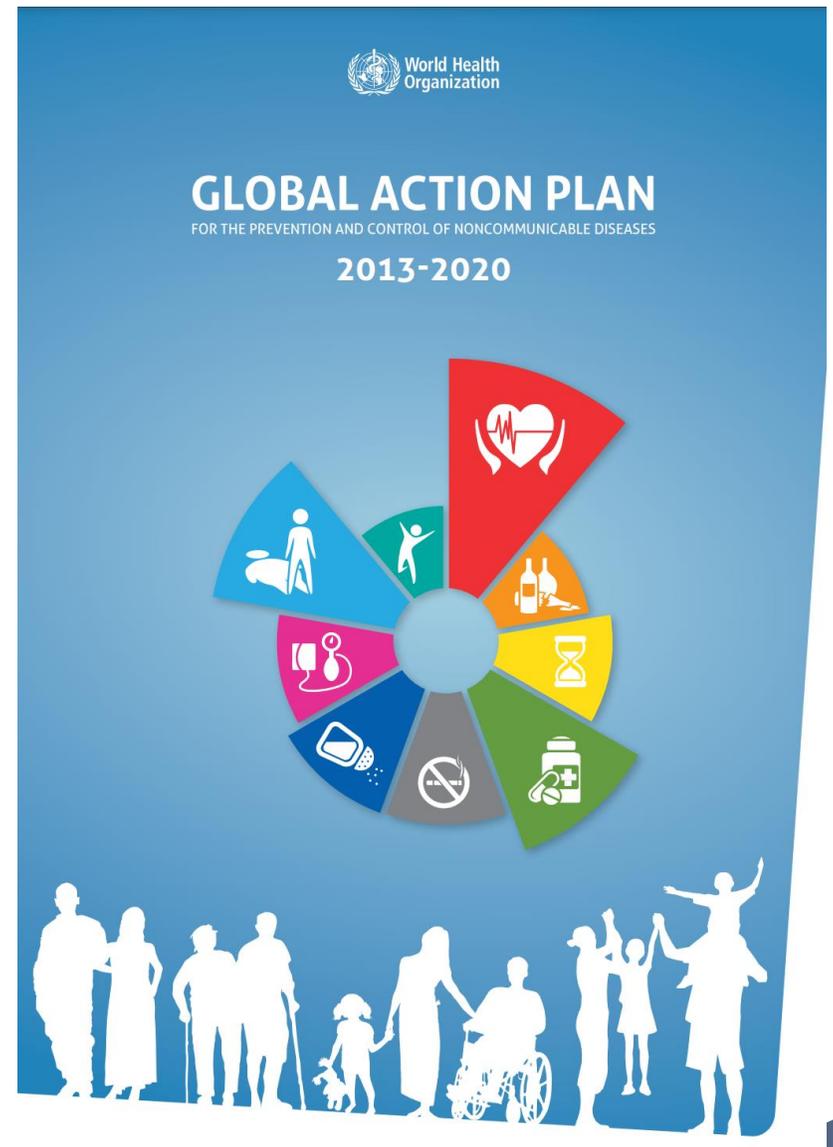
# CONCLUSIONES

- Las ECV Siguen siendo la **primera causa de muerte (28,3%)**, la **primera causa de mortalidad prematura** y la primera en **años potenciales de vida perdidos**.
- Los **factores de riesgo de las ECV son conocidos** y en su mayoría **modificables**: HTA, DLP, DM, Tabaquismo, Sedentarismo, Obesidad.
- El grado de **detección, tratamiento y control de la HTA, DLP y DM es muy mejorable** a pesar de los importantes avances terapéuticos alcanzados.
- Como estos factores suelen diagnosticarse y tratarse en Atención Primaria, si se quieren obtener **mejores resultados** de prevención CV, es **esencial potenciar el papel de la AP en el SNS**.



## Seis Objetivos generales para la prevención y control de las enfermedades crónicas (2013-2020).

- Fortalecer y orientar los sistemas de salud para abordar la **prevención y el control** de las **enfermedades crónicas** y los determinantes sociales subyacentes mediante una **atención primaria de salud** centrada en las personas y una **cobertura sanitaria universal**.



*Muchas  
gracias*

Prof. DOMINGO OROZCO-BELTRAN  
[dorozco@umh.es](mailto:dorozco@umh.es)