

Curso de Actualización
en **Cardiología**

2, 3, 9 y 10 ABRIL 2014



Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada
de las Profesiones Sanitarias de Castilla y León



PREVENCIÓN SECUNDARIA

Dra. Mar de la Torre

*Servicio de Cardiología. Hospital Universitario
Río Hortega de Valladolid.*

INTRODUCCIÓN



European Heart Journal (2012) 33, 1635–1701
doi:10.1093/eurheartj/ehs092

JOINT ESC GUIDELINES



European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012)

<http://www.escardio.org/guidelines>

INTRODUCCIÓN

Prevención secundaria conjunto de medidas profilácticas dirigidas a aumentar la supervivencia y reducir la incidencia de nuevos eventos en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) aterosclerótica establecida

INTRODUCCIÓN

Prevención conjunto de medidas coordinadas, poblacionales o individuales dirigidas a erradicar, eliminar o minimizar el impacto y la discapacidad de la ECV

INTRODUCCIÓN

Riesgo muy alto

Pacientes con ECV establecida

DM (1 o 2) con uno o más FRCV y/o LOD

IR crónica severa (FG $<30\text{ml/min/1,73m}^2$)

SCORE $\geq 10\%$

INTRODUCCIÓN

Pacientes con ECV establecida

Coronaria: IAM previo, revascularización coronaria quirúrgica o percutánea, enfermedad coronaria documentada (coronariografía, medicina nuclear, ecoestrés)

Ictus isquémico

Vasculopatía periférica o carotídea

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Estilo de vida

Control de factores de riesgo

Fármacos cardioprotectores

Otros

ESTILO DE VIDA

Dieta

Ejercicio

Tabaquismo/tóxicos

ESTILO DE VIDA: DIETA

Dieta mediterranea

Calorias para BMI < 25 kg/m²

AG saturados < 10%, sustituir por poliinsaturados

Grasas trans (comida procesada) lo menos posible, < 1%
energía total

< 5 g sal

30-45 g fibra de productos integrales, frutas y vegetales

200 g de fruta (2-3 raciones)

200 g de vegetales (2-3 raciones)

Pescado al menos dos días por semana uno de ellos azul

Alcohol máx 2 vasos día v (20g) 1 vaso m (10 g)

ESTILO DE VIDA: ACTIVIDAD FÍSICA

IAM, revascularización (Q/ICP), AE, ICC estable/ bajo riesgo:

Ejercicio aeróbico moderado a vigoroso ≥ 3 veces por semana y 30 min por sesión

Alto riesgo: individualizado

Sedentarios: comenzar intensidad ligera

ESTILO DE VIDA: ACTIVIDAD FÍSICA

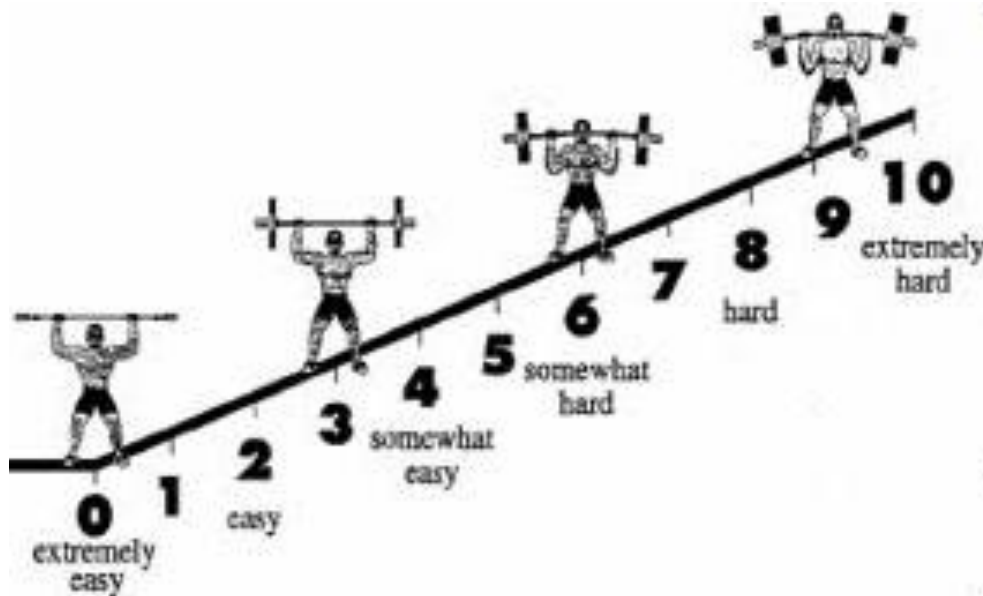
Bajo Riesgo	Riesgo Moderado	Alto Riesgo
Curso hospitalario sin complicaciones.	Angina o isquemia con carga superior a 5 METs	Infarto previo
Capacidad Funcional > 7 METs	FE 30-50%	Insuficiencia Cardíaca hospitalaria
FE > 50%		FE < 30%
No signos de isquemia residual		Capacidad funcional < 5 METs por respuesta hipotensora o depresión ST > 1 mm
No signos de arritmias ventriculares		Presencia de arritmias ventriculares malignas
Revascularización completa/adecuada	Revascularización parcial	Sin revascularizar

ESTILO DE VIDA: ACTIVIDAD FÍSICA

Moderado 40-59 % FC reserva 5-6 Borg
Vigoroso 60-85% FC reserva 7-8 Borg

FC reserva= (220-edad)-FC reposo

ESTILO DE VIDA: ACTIVIDAD FÍSICA



ESCALA DE Borg	
0	NADA
1	MUY MUY LIGERO
2	MUY LIGERO
3	LIGERO
4	MODERADO
5	UN POCO PESADO
6	PESADO
7	
8	MUY PESADO
9	
10	EXTREMADAMENTE PESADO

ESTILO DE VIDA: ACTIVIDAD FÍSICA

**Ejercicio dinámico
(isotónico
aeróbico)**

(grandes grupos
musculares)



**Ejercicio estático
(isométrico
anaeróbico)**

(pequeños grupos
musculares).



ESTILO DE VIDA: TABAQUISMO

Eliminar, *incluido pasivo*

Aconsejar a todos los fumadores que lo dejen y ofrecer ayuda para ello

Otros tóxicos

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Estilo de vida

Control de factores de riesgo

Fármacos

Otros

CONTROL FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo

Factores psicosociales

Peso

Tensión arterial

Diabetes Mellitus

Lípidos

CONTROL FACTORES DE RIESGO

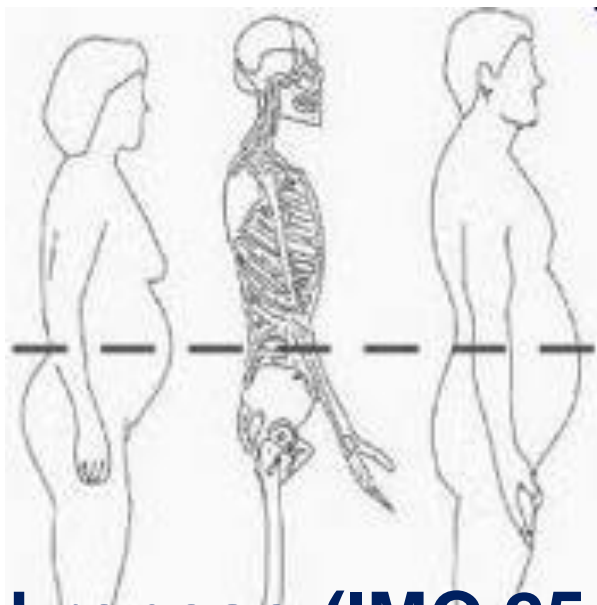
Factores psicosociales

Intervenciones conductuales multimodales que integren educación sanitaria, ejercicio físico y terapias psicológicas que ayuden con estos factores y a afrontar la enfermedad

Sintomas clínicos, medicación, psicoterapia o interconsulta

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

CONTROL FACTORES DE RIESGO



Peso

Adelgazar si sobrepeso (IMC 25-29,9) u obesidad (>30) por los efectos favorables en PA y dislipemia

Cintura ≥ 94 cm V ≥ 80 cm M no engordar

Cintura ≥ 102 cm V ≥ 88 cm M adelgazar

CONTROL FACTORES DE RIESGO

Peso: obesidad

Dieta, ejercicio, mod conductuales

Orlistat y/o cirugía bariátrica:

BMI >40

BMI >35 + comorbilidades alto riesgo

CONTROL FACTORES DE RIESGO

HTA

PAS <140/90 mmHg (130-139/80-85)

Valorar doble terapia

No indicada la asociación IECA + ARA II

CONTROL FACTORES DE RIESGO

HTA

IAM reciente BB

Resto C. isq. cualquier antiHTA (BB y Ca antg en angina)

ICC o disfunción VI severa: diureticos, BB, IECAs, ARA II y/o antialdosterónicos

ICC y FE preservada <140 mmHg, cualquier fármaco

Si riesgo FA o recurrencia FA considerar IECAs y ARA II (y BB y antialdosterónicos si ICC)

Si HVI tto antihipertensivo (iniciar tto fármaco que haya demostrado revertir IECA, ARA II, Ca antg)

CONTROL FACTORES DE RIESGO

Diabetes

HbA1c para prevenir ECV <7%

Estatinas para disminuir el riesgo de ECV

DM 2 y ECV objetivo LDL <70

Evitar hipoglucemias y sobrepeso

Metformina de elección si se tolera y no está contraindicada

PA <140/85

AAS no recomendado si no hay evidencia clínica de ECV

CONTROL FACTORES DE RIESGO

Lípidos

Objetivo LDL col <70 o $\geq 50\%$ del basal
SCA iniciar tto intensivo en hospital
Repetir perfil en 4-6 semanas y en
función de los niveles ajustar

TG <150 HDL >40 V >45 M

CONTROL FACTORES DE RIESGO

Lípidos: guías AHA/ACC

-No LDL objetivo

-4 grupos

- *ECV (<75 años alta intensidad > 75 mod)*
- LDL >190
- DM 40-75 con LDL 70-189 sin ECV
- Riesgo >7,5% LDL 70-189

CONTROL FACTORES DE RIESGO

Lipidos

Table 5. High- Moderate- and Low-Intensity Statin Therapy (Used in the RCTs reviewed by the Expert Panel)*

High-Intensity Statin Therapy	Moderate-Intensity Statin Therapy	Low-Intensity Statin Therapy
Daily dose lowers LDL-C on average, by approximately $\geq 50\%$	Daily dose lowers LDL-C on average, by approximately 30% to $< 50\%$	Daily dose lowers LDL-C on average, by $< 30\%$
Atorvastatin (40[†])–80 mg Rosuvastatin 20 (40) mg	Atorvastatin 10 (20) mg Rosuvastatin (5) 10 mg Simvastatin 20–40 mg[‡] Pravastatin 40 (80) mg Lovastatin 40 mg <i>Fluvastatin XL 80 mg</i> Fluvastatin 40 mg bid <i>Pitavastatin 2–4 mg</i>	<i>Simvastatin 10 mg</i> Pravastatin 10–20 mg Lovastatin 20 mg <i>Fluvastatin 20–40 mg</i> <i>Pitavastatin 1 mg</i>

[Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2013.](#)

CONTROL FACTORES DE RIESGO

Programas de rehabilitación cardiaca integral

Conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiópatas una condición física, mental y social óptimas que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad.

Calidad de vida

Mejorar la capacidad funcional
Corregir los deterioros psicológicos
Mejorar las relaciones sociales y sexuales
Conseguir retorno precoz al trabajo

Prevención secundaria

Facilitar el control de los F.R.
Disminuir incidencia complicaciones
Evitar la muerte súbita
Aumentar la supervivencia

CONTROL FACTORES DE RIESGO

Rehabilitación cardíaca

- Las principales sociedades científicas de cardiología (ESC, AHA, ACC) recomiendan incluir a los pacientes con cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca crónica en un programa de rehabilitación cardíaca como parte de su tratamiento
- La rehabilitación cardíaca se considera una intervención costo efectiva después de un evento agudo ya que mejora el pronóstico al disminuir mortalidad y los reingresos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

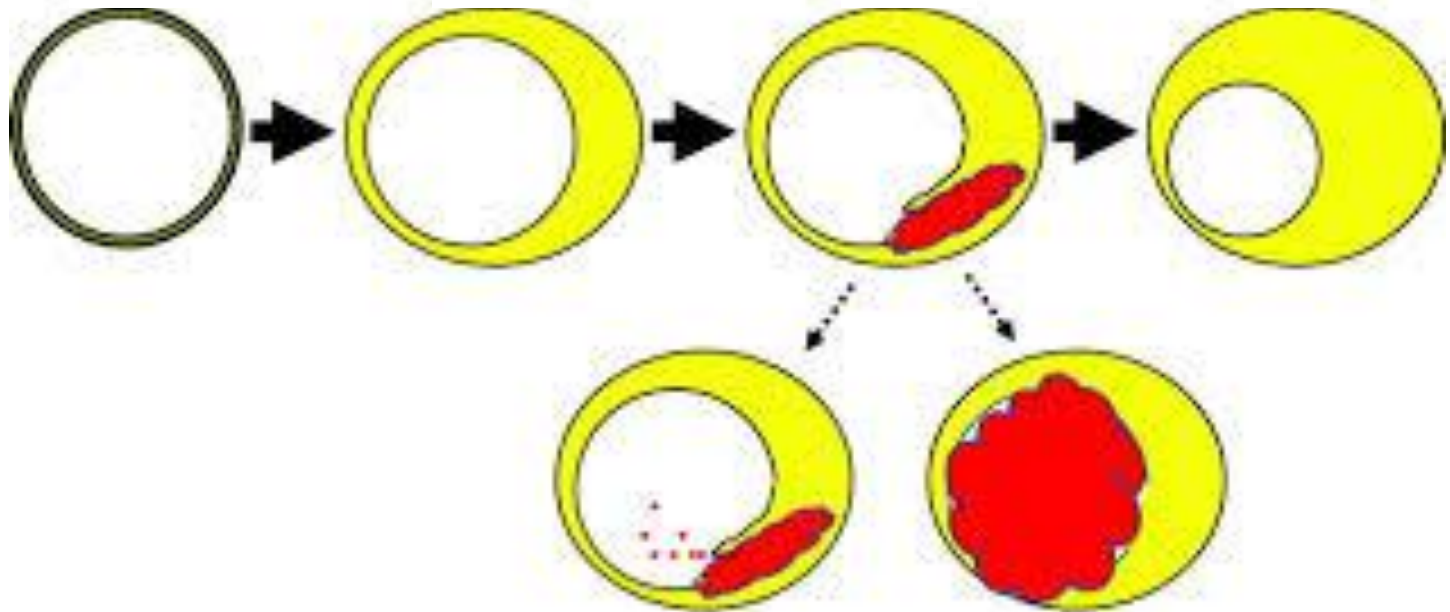
Estilo de vida

Control de factores de riesgo

Fármacos cardioprotectores

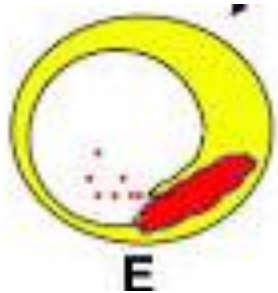
Otros

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES



SCASEST SCACEST
Síndrome Coronario Agudo

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES



Síndrome Coronario Agudo: SCASEST (1)

Antiagregación

AAS todos 75-100 mg

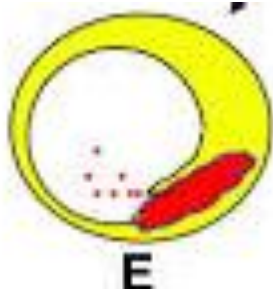
Añadir clopidogrel/ticagrelor/prasugrel 1 año

IBP (no omeprazol) HD o ulcus peptico, tb

H.pylori, ≥ 65 , anticoagulantes, esteroides

No interrumpir doble antiagregacion 1 año

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES



Síndrome Coronario Agudo: SCASEST (2)

BB FE <40% , rev parcial o no posible?

IECAs FE <40% ICC HTA DM IR (IA) todos (IB)

ARA II intolerancia a IECAs

Antialdosterónicos pacientes con IECA y BB con FE \leq 35% y DM o ICC sin IRenal (<2,5 V, <2 M) ni hiperK

Estatinas

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES



Síndrome coronario agudo: SCACEST (1)

Antiagregación

Indefinidamente

Doble antiagregación 12 meses

BB si ICC o disfunción VI

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES



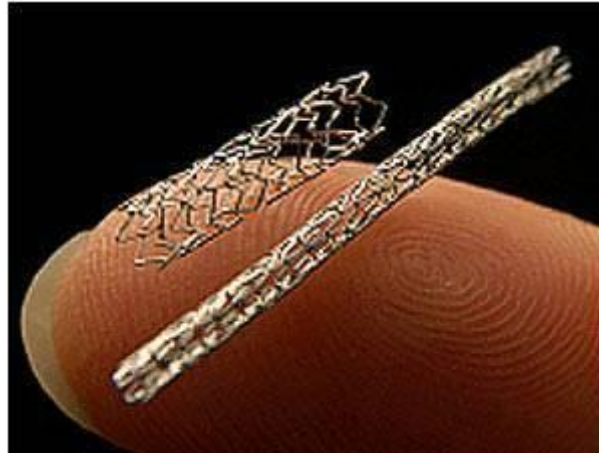
Síndrome coronario agudo: SCACEST (2)

IECAs ICC, disfunción VI o IAM anterior

ARA II si intolerancia a IECAs

Antialdosterónicos si FE <40% o ICC o DM
sin IR ni hipotensión y resto tto óptimo

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES



Stent convencional doble antiag 1 mes
Stent recubierto doble antiag 1 año (3-6 meses alto riesgo hemorrágico)

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES



Enfermedad coronaria estable

Asintomaticos con EC

Angor estable

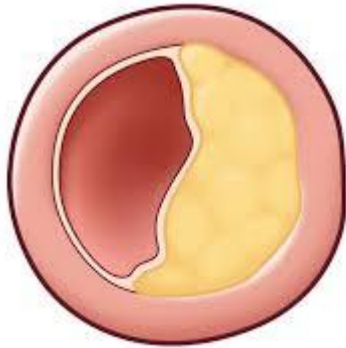
Clinica estable

Angina microvascular

Vasoespasma

Primer episodio angor (bajo riesgo)

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES



AAS a dosis bajas

Clopidogrel si intolerancia AAS

Estatinas

IECA (o ARAII) si ICC, HTA, DM

FÁRMACOS CARDIOPROTECTORES

Anticoagulantes

FA riesgo embólico o prótesis mecánica: si requiere doble antiagregación (“triple terapia”), mínimo imprescindible

Trombo intraventricular, al menos tres meses

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Estilo de vida

Control de factores de riesgo

Fármacos cardioprotectores

Otros

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Otros

Vacuna gripe

Evitar/minimizar AINEs

Educación: cumplimiento

Medico Familia----Cardiología

PREVENCIÓN SECUNDARIA

CONCLUSIONES

No es solo recetar o pedir análisis
Abordaje integral: estilo de vida,
control FRCV y fármacos
Medico Familia-----Cardiología

DANKSCHEEN
TASHAKKUR ATU
GRACIAS
ARIGATO
SHUKURIA
ISPAKAR
GOLANADITA
SPENDITO
KONGGOLUBEDA
HAKET
GRAZIE
MEHRBANI
PALLES
YORINAYELBY
SUKSAMA
KANGIT
BOLZIN MERCI
THANK
YOU
BIYAN
SHUKRIA

감사합니다 Natick

Grazie Danke Ευχαριστίες Dalu
Thank You Köszönöm
Tack
Спасибо Dank Gracias
谢谢 Merci Seé
ありがとう

Obrigado