BCC: bloqueadores de los canales de calcio

EAPC: European Association of Preventive Cardiology

ECV: enfermedad cardiovascular

ECVA: enfermedad cardiovascular aterosclerótica

FRCV: factores de riesgo cardiovascular

1 Ray KK, Reeskamp LF, Laufs U, et al. *Combination lipid-lowering therapy as first-line strategy in very high-risk patients.* Eur Heart J. 2022 Feb 22;43(8):830-833. doi: 10.1093/eurheartj/ehab718.

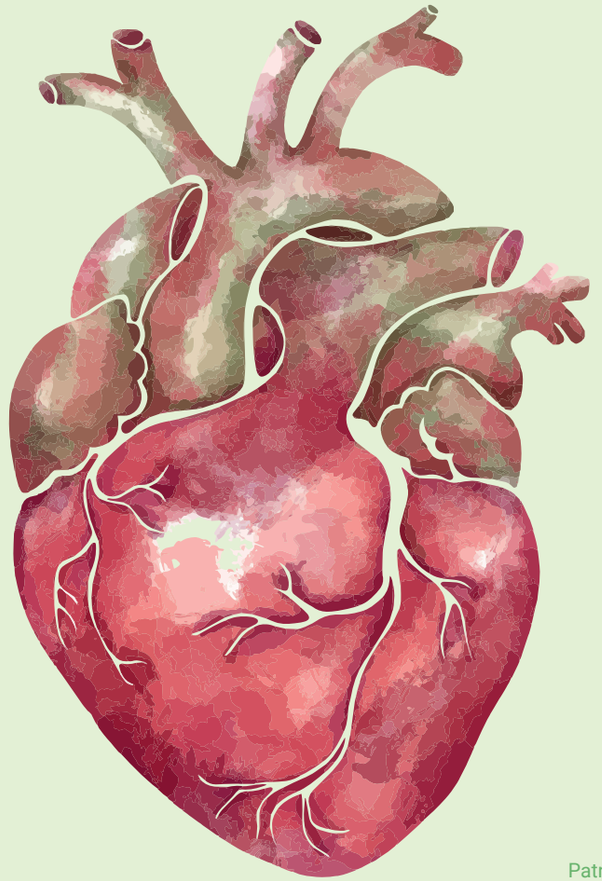
2 Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. *ESC National Cardiac Societies; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.* Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484

3 Ferrari R, Pavasini R, Censi S, et al. *The New ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes: the Good and the Not So Good.* Curr Probl Cardiol. 2021 Mar;46(3):100554. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2020

DO IT / DON'T DO IT
EN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

El paciente con ECVA: profundizando en el manejo de los factores de riesgo y su tratamiento óptimo

Dr. Joan Barrot | CS Jordi Nadal - Salt (Girona)



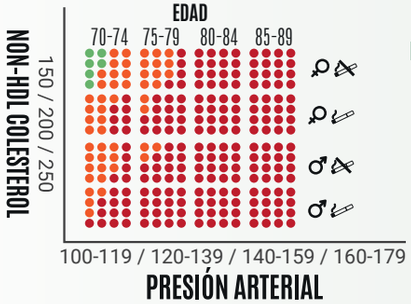
Fundación redGDPS

Patrocinado por:

NOVARTIS

DO IT

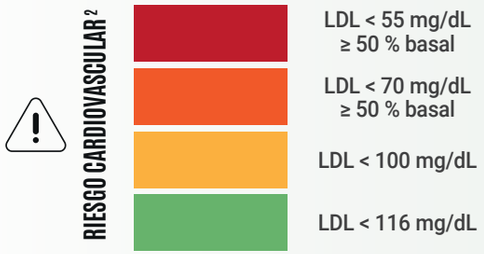
Reducir de forma precoz y mantenida los FRCV, promoviendo comportamientos saludables en el paciente



Para calcular el **riesgo de muerte por ECV a 10 años** que tiene una persona, usar las **tablas SCORE2** (Systematic Coronary Risk Evaluation 2) adaptado a países de bajo riesgo o las **calculadoras HEARTSCORE** de la EAPC.

La reducción de peso, la actividad física, la dieta mediterránea y evitar hábitos dañinos como el tabaco son una parte fundamental del tratamiento de los FRCV.

Intensificar el abordaje terapéutico para alcanzar los objetivos de c-LDL[1]



La **hipercolesterolemia es el factor causal de la ECVA**, siendo fundamental la reducción del c-LDL según las guías europeas de Arterioesclerosis y de Cardiología (EAS y ESC) para el control de la dislipemia.

El control del c-LDL ha de ser nuestro objetivo primario. Las guías europeas (ESC/EAS 2019) recomiendan una reducción de los niveles de C-LDL ≥50% y C-LDL <70 mg/dL en pacientes de alto riesgo y reducción de C-LDL ≥50% y C-LDL <55 mg/dL en pacientes con ECVA o de muy alto riesgo.

Optimización del tratamiento según objetivos de Guías de práctica clínica y **evitar la inercia terapéutica**. Atender a objetivos individuales para cada persona

Se recomienda **prescribir un regimen intensivo de estatinas** hasta alcanzar la dosis maxima tolerada para lograr el objetivo de cada nivel de riesgo (Clase I, nivel A). Si no se alcanza el objetivo con la dosis máxima tolerada **se recomienda la combinación de estatina con ezetimida** (Clase I, nivel B).

En prevención secundaria, **se recomienda añadir un inhibidor de la PCSK9 para pacientes con riesgo muy alto** cuando no se alcanza el objetivo de cLDL con la combinación de estatina a la dosis maxima tolerada y ezetimiba (Clase I, nivel A).

El **abordaje multidisciplinar** es imprescindible para un tratamiento adecuado

Los resultados de distintos estudios confirman que **aquellos pacientes con mayor riesgo CV son aquellos en los que se consigue menor grado de control en los objetivos** planteados. Esto ocurre tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria (estudio *CODIMET*).

CONSIDERACIONES GENERALES

Educar al paciente en la enfermedad, el riesgo y el tratamiento

Revisar el efecto del tratamiento sobre el paciente (2-4 semanas)

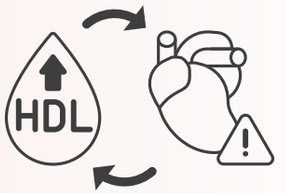
ABORDAJE MULTDISCIPLINAR

DON'T DO IT

No usar todas aquellas herramientas terapéuticas de las que dispongamos



Considerar el c-LDL sólo como un factor de riesgo. La hipercolesterolemia es un factor etiológico de la ECVA, siendo causa de la enfermedad en más de la mitad de los casos



No evaluar la adherencia terapéutica, sobreestimando el seguimiento que se tiene sobre las medidas terapéuticas. **Desintensificar tratamientos** tras haber alcanzado objetivos

INTENSIDAD DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE

REDUCCIÓN PROMEDIO cLDL	
30%	Estatina intensidad moderada
50%	Estatina alta intensidad
65%	Estatina alta intensidad + ezetimiba
60%	Inhibidor PCSK9
75%	Inhibidor PCSK9 + estatina alta intensidad
85%	Inhibidor PCSK9 + estatina alta intensidad + ezetimiba

No coordinarse entre niveles asistenciales y no realizar **autoevaluaciones** de los procesos