

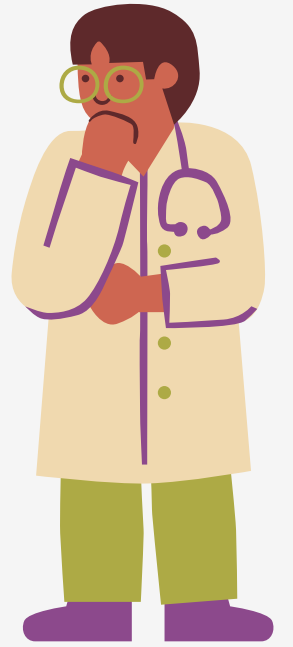
RECOMENDACIONES PREVENTIVAS RIESGO CARDIOVASCULAR PAPPS ACTUALIZACION 2022

HIPERTENSION ARTERIAL



¿PAPPS?

Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)



- **Elabora y sintetiza recomendaciones preventivas en distintos ámbitos de la salud en base a la evidencia científica.**
- **Mantiene un convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad**
- **Desde 1988. Actualización bienal a partir del 2012**

OBJETIVO



Estimula la calidad asistencial en los Centros de Atención Primaria promoviendo la integración de un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas habitualmente en las consultas de Atención Primaria.



Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en base a la evidencia científica.



Mortalidad y Morbilidad ECV

Mortalidad

2020
119,858 (n) ECV

Primera causa de
muerte(24.3%)

2000 -- 34.9%
(30.1% H;40.2%M)



2020--24.3%
(22.4%H;26.2%M)

Morbilidad

2020 Tasa M hospitalaria
ECV 1,285 por 10⁵ hab.
1,285 H; 935 M



4.5 mill EIH

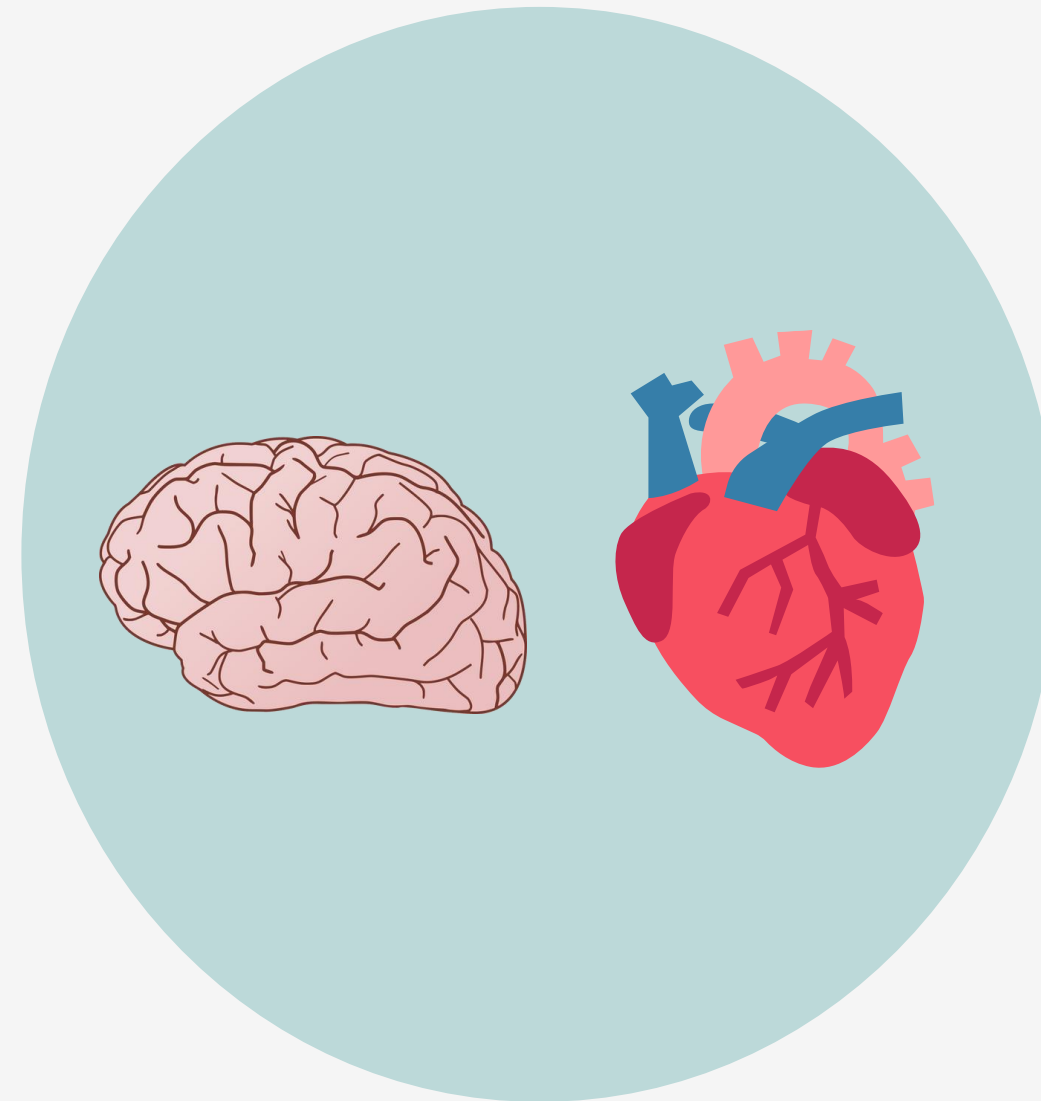
ECV primera causa de Mortalidad Prematura (<70 años) en hombres.

Preponderancia Enfermedad Isquémica

MUJERES

2016: 6.4% EICo
7.7% EIC

2018: 6% EICo
7.1% EIC



HOMBRES

2016: 9,1% EICo
5,5%EIC

2018: 8,5% EICo
5,3%EIC

EICo: enf. isquémica corazón

EIC: enf. isquémica cerebrovascular

Factores de RCV: MAYORES

1.

HIPERTENSION ARTERIAL

2.

DISLIPEMIA

3.

DIABETES MELLITUS

4.

TABAQUISMO

5.

OBESIDAD

 **Factores de RCV: ADICIONALES**

Alcohol, sedentarismo, dieta no saludable



Factores de riesgo inherentes del sexo femenino

- Menarquia temprana
- Histerectomía
- Primigesta joven
- Menopausia prematura
- SOP
- Enfermedades autoinmunes
- HTA en el embarazo
- Diabetes gestacional
- Pobre historia obstétrica



Recomendación RCV



Recomendaciones para el cálculo del riesgo cardiovascular

Recomendación	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Se recomienda el cálculo del riesgo cardiovascular a todos los adultos de 40 años o mayores que no tengan una enfermedad cardiovascular o que, por sus características, no sean de alto riesgo, mediante SCORE2 (pacientes entre 40 y 69 años) SCORE2-OP (70 y 90 años).	Moderada	Fuerte a favor
Las tablas de riesgo constituyen una información complementaria y útil para ayudar a estratificar el riesgo y a tomar decisiones en el tratamiento de la dislipemia y de la HTA.	Moderada	Fuerte a favor

En las nuevas guías europeas de prevención cardiovascular 2021⁵ se recomienda el cálculo del RCV de manera sistemática a todas las personas adultas con algún factor de RCV, pudiéndose considerar también en los hombres > 40 años y las mujeres > 50 años y que se pueda repetir cada cinco años.

RIESGO CARDIOVASCULAR



**Systematic Coronary Risk Evaluation-2
SCORE 2**



**Systematic Coronary Risk Evaluation-2 Old person
SCORE 2OP (<70 años)**

- **ADVANCE risk score**
Diabetes Mellitus
- **SMART risk score**
Enfermedad vascular establecida

Permite el cálculo del riesgo de morbimortalidad vascular en hombres y mujeres entre 40 y 89 años de edad que NO están en tratamiento antihipertensivo o hipolipemiente para estratificar a pacientes, implementar estrategias y marcar objetivos de control.

SCORE Y SCORE OP

Se basa en datos antiguos (hasta 1986).

Estima solo el riesgo de ECV mortal

SCORE: 40-65 años.

SCORE-OP: 65-80 años

2 regiones europeas de riesgo.

4 categorías de riesgo (bajo, moderado, alto y muy alto). No discrimina por edad.

Los valores de corte de cada categoría de riesgo son iguales para todas las edades

Utiliza el colesterol total

SCORE2 Y SCORE 2 OP

Datos actualizados.

Estima el riesgo de ECV mortal y no mortal.

SCORE2: 40-69 años.

SCORE2-OP: 70-89 años.

4 regiones europeas de riesgo.

4 categorías de riesgo (bajo-moderado, alto y muy alto), ajustadas según la edad

Los valores de corte de cada categoría de riesgo difieren según la edad (Ej. riesgo muy alto se corresponde con un SCORE $\geq 7,5$ % en < 50 años, ≥ 10 % en 50-69 años y ≥ 15 % en ≥ 70 años). Así se evita el infratratamiento en jóvenes y el sobretatamiento en anciano

Utiliza el colesterol no HDL.

SCORE2 risk prediction algorithms key features



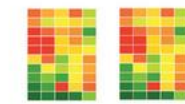
Sex-specific risk prediction models



Estimate 10-year risk of fatal and non-fatal CVD



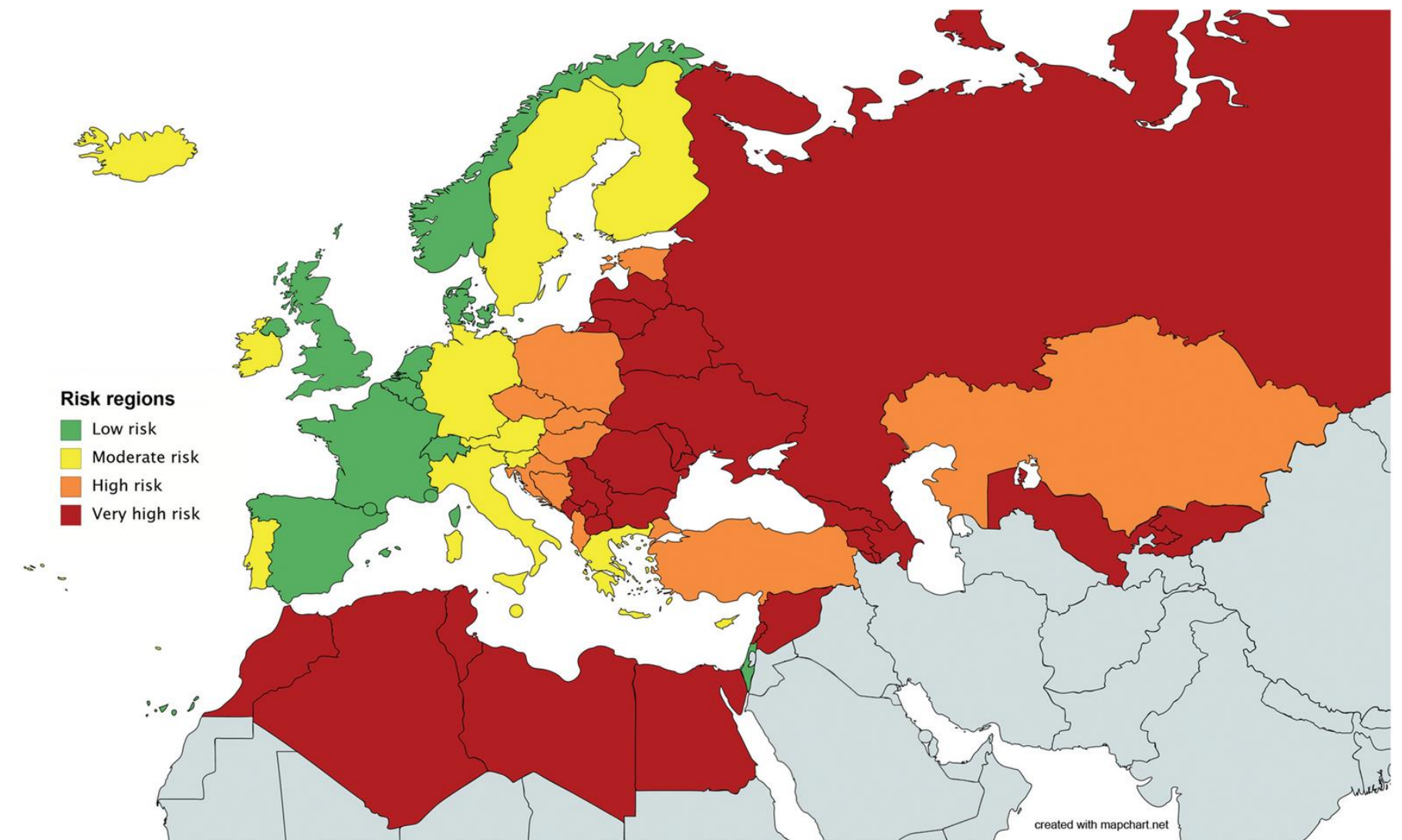
Calibrated to the most contemporary and representative CVD rates



Available for four distinct European risk regions



Can be rapidly updated to reflect future CVD incidence and risk factor profiles



- **España: países de bajo RCV**

¿Cómo se utiliza el SCORE2?



Identificar la tabla adecuada según la región geográfica



Se identifica la parte de la tabla adecuada según el sexo, el estado de tabaquismo y la edad más aproximada.

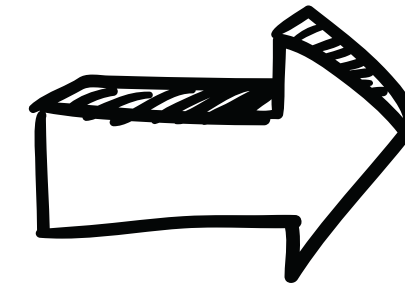


Dentro de la tabla, se busca la celda más cercana a la presión arterial sistólica y la cifra de colesterol no HDL (colesterol total – colesterol HDL) del paciente. Esa celda determina el riesgo cardiovascular total de ese paciente, en porcentaje.

¿Cómo se utiliza el SCORE2?



40 años
Fumadora
PAS: 140mmHg
no HDL col: 5.5 mmol/l



4

Indica que esa persona tiene una probabilidad del 4% de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal en los próximos 10 años.

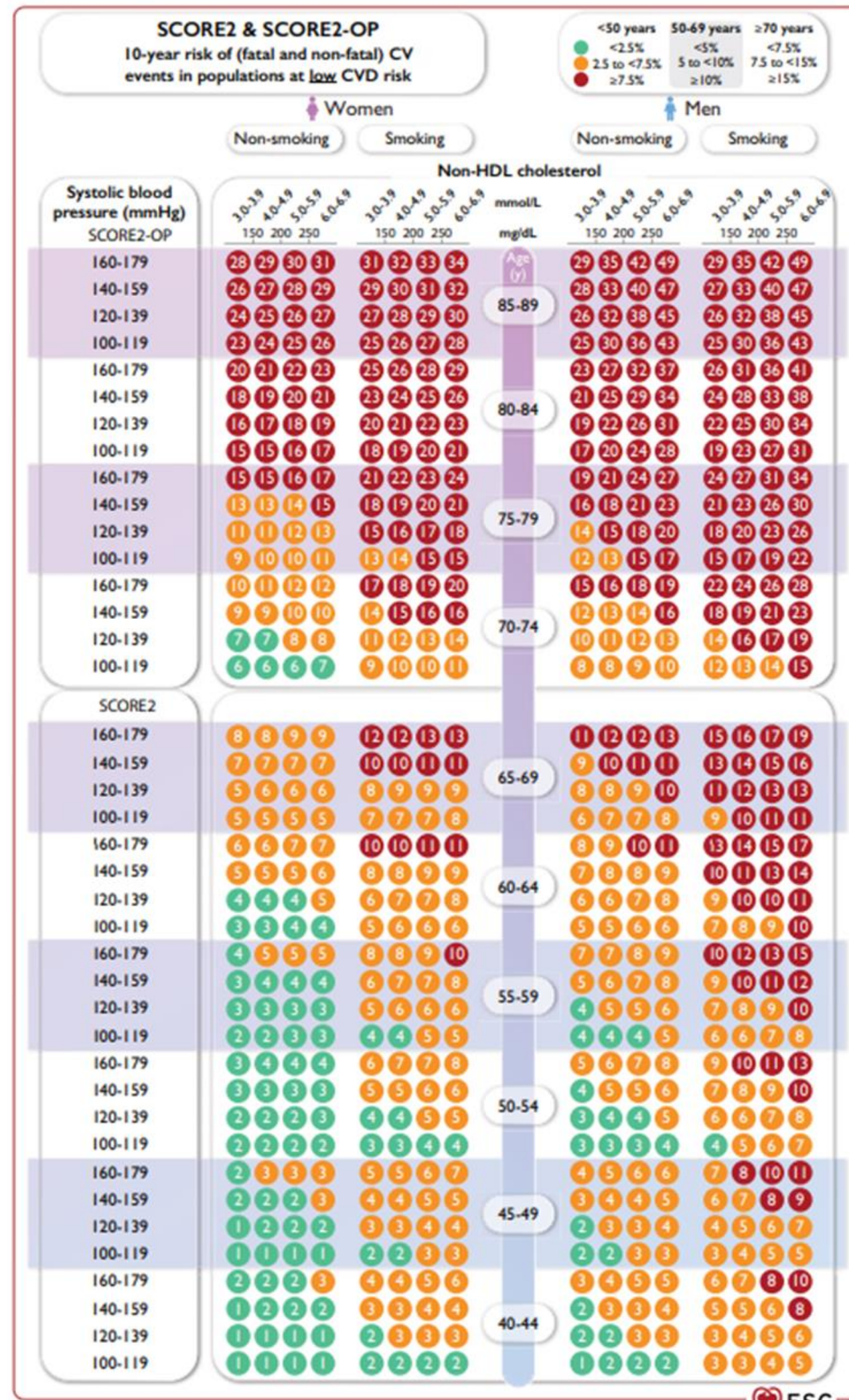


Tabla 2 Categorías de riesgo vascular según grupos de edad*

	< 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%

* Riesgo en los próximos 10 años.



El beneficio a largo plazo de las intervenciones en los factores de RCV es mayor en pacientes jóvenes

DON'T FORGET

EL SCORE es un método válido SOLO para personas aparentemente sanas (sin ECV, diabetes, IRC ni hipercolesterolemia familiar). Tampoco puede aplicarse a embarazadas

TABLAS SCORE (2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice)
Actualización app ESC CVD Risk Calculation.
Calculadoras de riesgo de la web U-prevent.



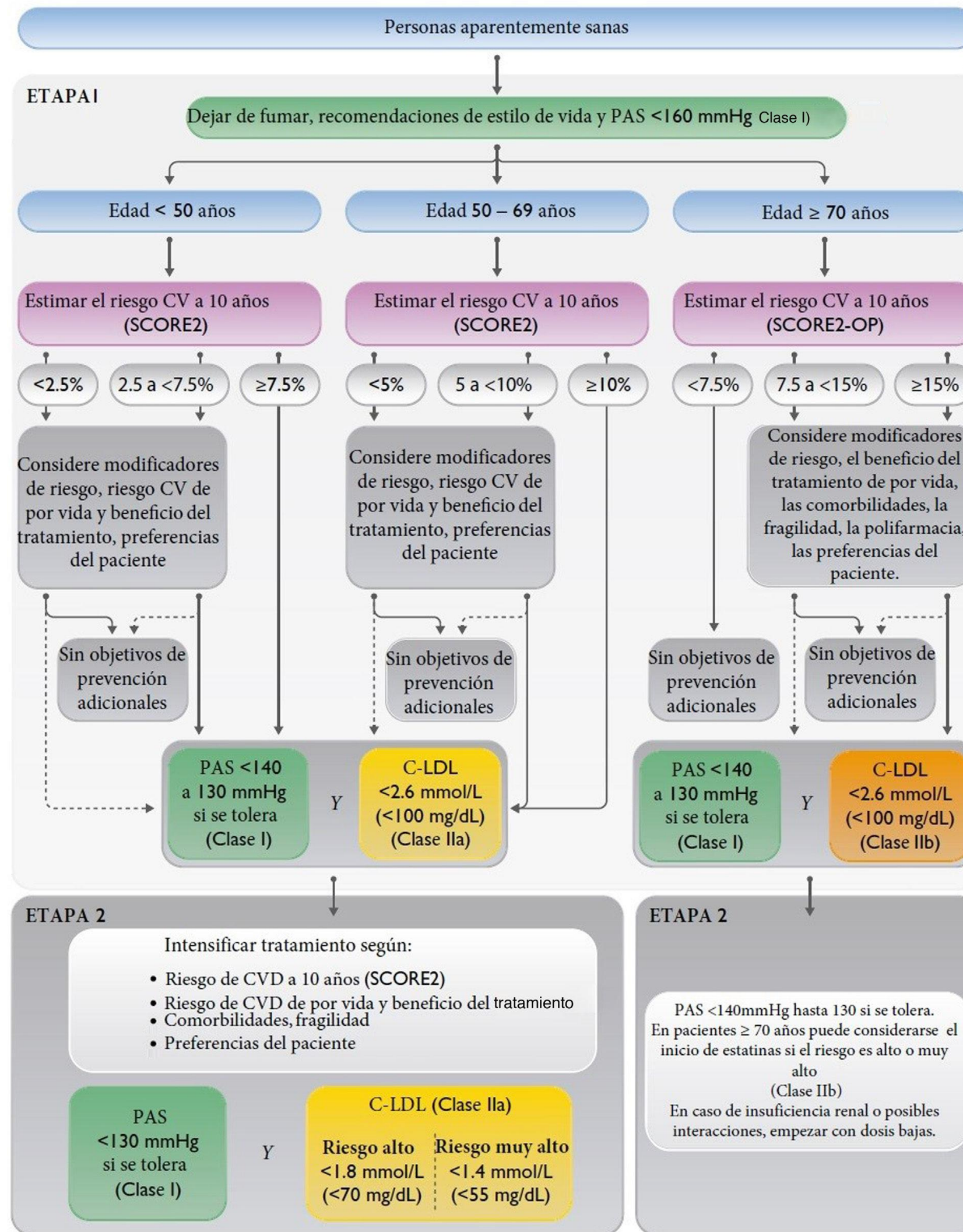
¿Qué hacemos?

La decisión de empezar a tratar los FRCV se apoya en las categorías de RCV.
Cuanto mayor es el riesgo, más indicado es tratar.

Riesgo bajo-moderado: en general, no se recomienda tratar
Riesgo alto: debe considerarse tratar
Riesgo muy alto: se recomienda tratar

En todas las categorías de riesgo deben tomarse en cuenta también otros aspectos:

Factores modificadores del RCV
Riesgo a lo largo de la vida (LIFE-CVD, IBERLIFE-RISK)
Beneficio del tratamiento
Enfermedades concomitantes
Fragilidad
Preferencias del paciente



HIPERTENSION ARTERIAL

- ✓ Problema de salud pública. Prevalencia España 43% (**di@bet.es**)
- ✓ Insuficientemente controlada en la mayoría de poblaciones y ámbitos clínicos
- ✓ Estudio **IBERICAN** 2014-2018, el 48% de los adultos tenían HTA
- ✓ **ENRICA** prevalencia en > 64 años 67%(2010) y 62% (2017)
Grado de tto farmacológico 68%(2010) y 80%(2017)
Control de tratados 40% y 60% respectivamnete



DEFINICIÓN HTA

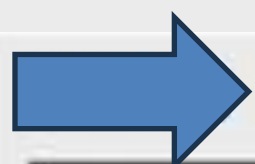
Cifras de PA repetidamente elevadas en la consulta clínica PAS > o = 140 y/o
PAD > o = 90 mmHg

(Guías Europeas de HTA 2018)

Cribado y Diagnóstico

AMPA	135/80
MAPA	130/80 (diurnos)
	120/70 (nocturnos)

Cribado y Diagnóstico



Recomendaciones en hipertensión arterial

	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación
<i>Cribado y diagnóstico</i>		
La prueba inicial de cribado de hipertensión arterial (HTA) es la toma de la presión arterial (PA) en la consulta	Fuerte	Fuerte a favor
Periodicidad anual en mayores de 40 años o si hay factores de riesgo para el desarrollo de la HTA (sobrepeso-obesidad, cifras de PA normal-alta, o raza negra)	Débil	Fuerte a favor
Periodicidad del cribado cada 3-5 años en todas las demás situaciones	Débil	Fuerte a favor
Debe confirmarse el diagnóstico de HTA mediante MAPA	Fuerte	Fuerte a favor
Debe confirmarse el diagnóstico de HTA mediante AMPA	Moderada	Fuerte a favor

MAPA

Diagnosticar

Pronóstico predictivo de ECV y CV

Evitan sobrediagnóstico

HTA enmascarada

HTA resistente

HTA bajas

AMPA

Monitorizar

CLASIFICACIÓN

OPTIMA

PAS < 120
PAD < 80

**HTA
Grado 1**

PAS 140-159
PAD 90-99

NORMAL

PAS 120-129
PAD 80-84

**HTA
Grado 2**

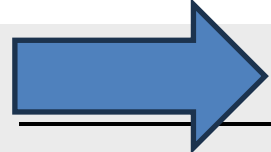
PAS 160/79
PAD 100-109

**NORMAL
ALTA**

PAS 130/39
PAD 85-89

**HTA
Grado 3**

PAS >180
PAD >110



Recomendaciones en hipertensión arterial

Estilos de vida

La pérdida mantenida del exceso de peso, la reducción del consumo de sal en la dieta (< 5 g/d), el ejercicio físico regular, la dieta mediterránea y la reducción del consumo de alcohol (si se bebe), reducen la PA. Debe añadirse «no fumar» para incrementar la reducción del riesgo cardiovascular.

Calidad de la evidencia

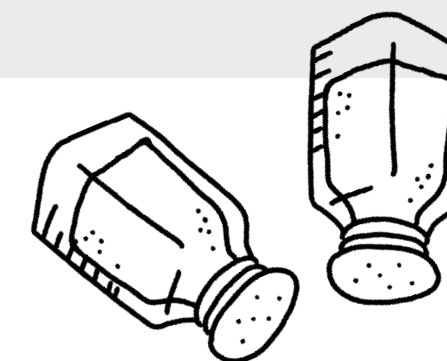
Fuerza de la recomendación

Fuerte

Fuerte a favor



30 min ejercicio aeróbico dinámico moderado 5-7 d/sem



Reduce PA 6/2 mmHg PAS/PAD



<14U /sem (H)
<8U/sem (M)



Dieta mediterranea
DASH

Recomenaciones para inicio del tratamiento farmacológico

VALORES DE TA		RECOMENDACION
> o = 160/100 mmHg		Iniciar tratamiento farmacológico de inmediato
HTA Grado 1	RCV alto/muy alto ECV, ER, DOMH	Iniciar tratamiento farmacológico de inmediato
HTA Grado 1	RCV moderado /bajo Sin ECV, ER, DOMH	Intervención en estilos de vida. Reevaluar a los 3-6 meses. Si persiste iniciar tratamiento farmacológico
Mayores de 80 años PAS >o= 160 (150)	Sin fragilidad	Iniciar tratamiento farmacológico
PA NORMAL/ALTA	RCV muy alto , ECV	Considerar iniciar el tratamiento farmacológico

Objetivos Terapéuticos



- ✿ > 140/90 en todos los pacientes
- ✿ Pacientes tratados : PAS 120-129mmHg
ERC : PAS 130-139 mmHg (inferiores si se toleran) } < 70 años
- ✿ Pacientes tratados: PAS <140 mmHg
(130-139 si se tolera) } > o =70 años (>80 no frágiles)
- ✿ El objetivo terapéutico de la PAD es un rango entre 70-79mmHg en todos los pacientes



El límite de seguridad de la PAS, por debajo del cual el riesgo supera al beneficio, está en torno a los 120 mmHg, e incluso <130 mmHg en pacientes muy mayores

Esto es importante y llama a la prudencia de cifras muy bajas, sobre todo en ciertos pacientes



Una guía clínica es justamente eso, un conjunto de recomendaciones que orientan pero que no sustituyen el juicio terapéutico individualizado del médico para su paciente

FARMACOS ANTI HTA

5 GRANDES CLASES

- ✓ IECAs
- ✓ ARA-II
- ✓ BETABLOQUEADORES
- ✓ CALCIOANTAGONISTA
- ✓ DIURETICOS TIAZIDICOS Y SIMILARES



FARMACOS ANTI HTA.

Combinaciones

Guías Europeas

Doble terapia

IECA o ARA-II /
CA-DHP

IECA o ARA-II /
TIAZIDA o SIMILAR

Triple terapia

IECA o ARA-II /
CA-DHP/TIAZIDA

Cuarto fármaco: Espironolactona (K , FG)

BETABLOQUEANTES: IC, CI, FA

El **tratamiento inicial combinado** suele ser bien tolerado por los pacientes y puede mejorar la adherencia terapéutica y el control de la PA. Sin embargo, a pesar de que algunas guías recomiendan como terapia inicial la combinación de fármacos, la evidencia sobre sus beneficios y seguridad, factibilidad y economía implicadas es debatida. No se dispone de evidencia suficiente de beneficio en términos de morbimortalidad cardiovascular ni sobre los efectos secundarios.



Falta de control de PA

- a) Fenómeno de la bata blanca (20-50%)
- b) Escaso uso de MAPA (20%) y AMPA (60%)
- c) Insuficiente adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica
- d) Uso insuficiente de terapia farmacológica combinada (50%actualmente)
- e) Escasa estimación de riesgo cardiovascular



Muchas
Gracias!

