Insuficiencia cardiaca **desde el Riesgo**

¿Estamos realizando un buen abordaje de la **Hipertensión** y la **Dislipemia** para prevenir IC?

J.Carlos Aguirre
Centro de Salud Fotuny Velutti

¿Estamos realizando un buen abordaje de la **Hipertensión** y la **Dislipemia** para prevenir IC?

J.Carlos Aguirre
Centro de Salud Fotuny Velutti

LDL: 138
TA: 147/96

Igual análisis: ¿Igual tratamiento?

III Jornadas
sobre
Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca
PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC
11 Mayo 2023

III Jornadas sobre

Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca

PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC

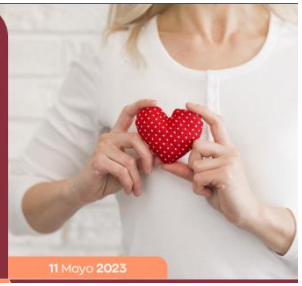
11 Mayo 2023

SALA DE ESPERA

III Jornadas sobre

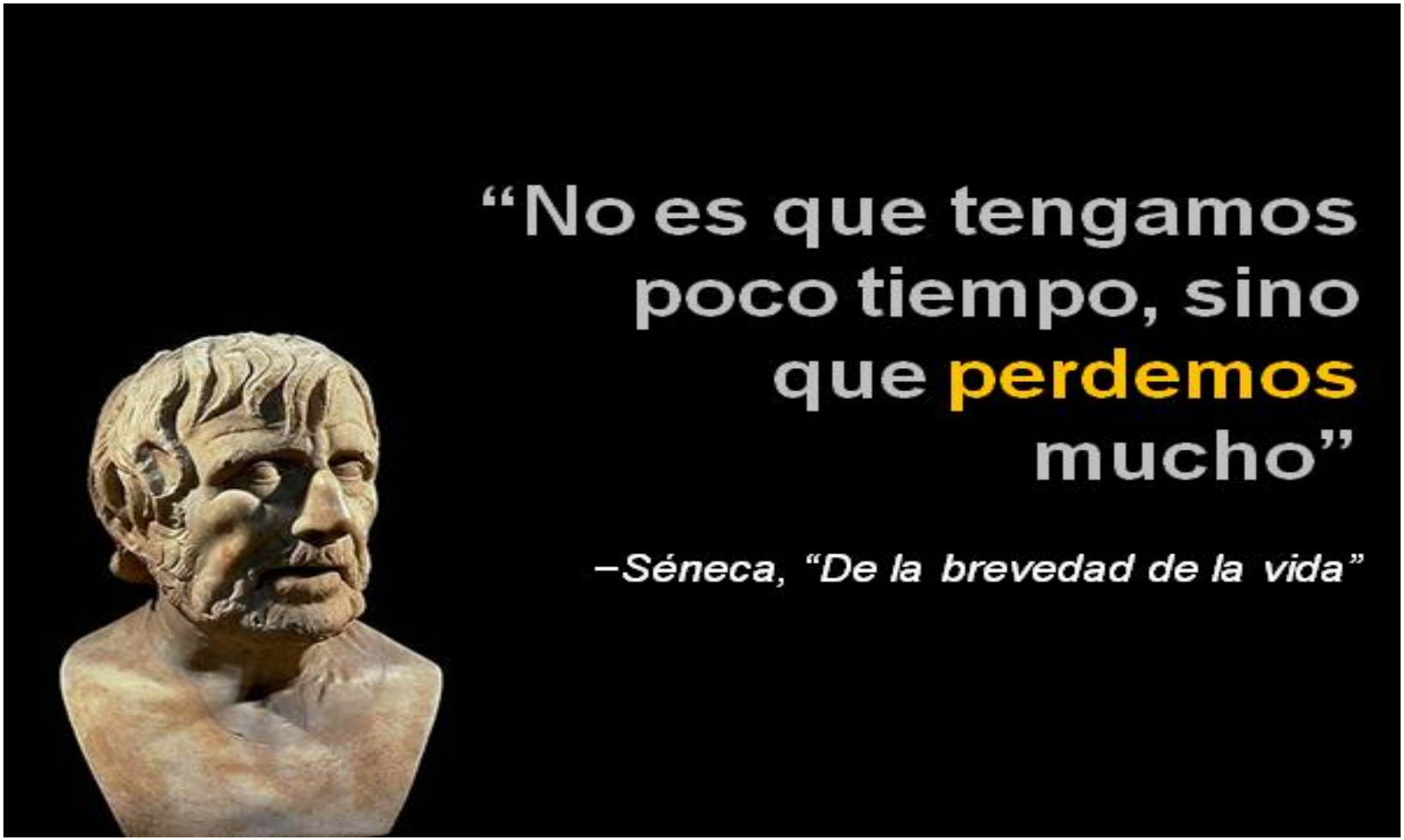
Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca

PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC



11 Mayo 2023

III Jornadas
sobre
Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca
PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC
11 Mayo 2023


"No es que tengamos poco tiempo, sino que perdemos mucho"
–Séneca, "De la brevedad de la vida"

III Jornadas
sobre
Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca
PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC
11 Mayo 2023

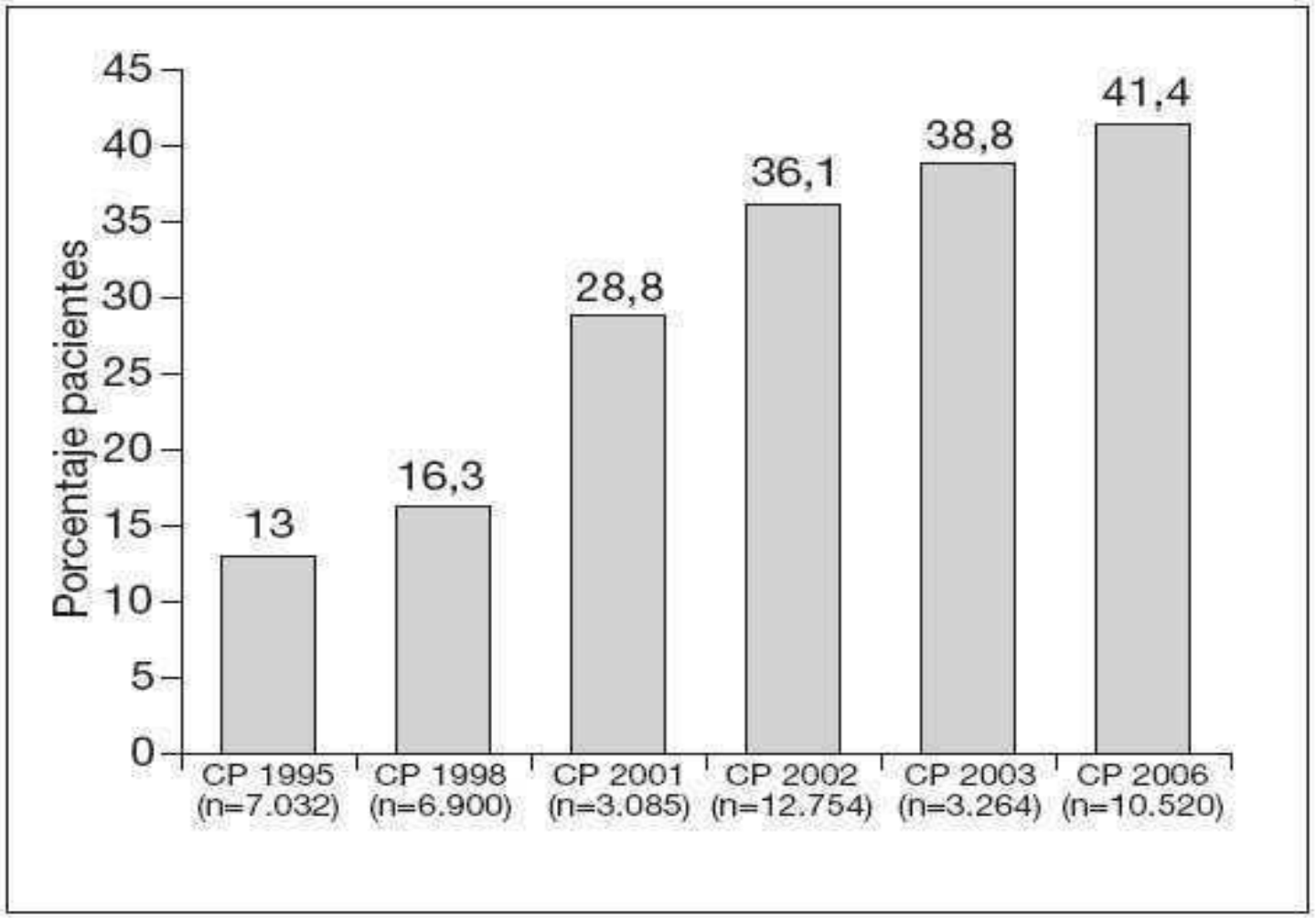
Objetivos

HTA, Dislipemia, e IC

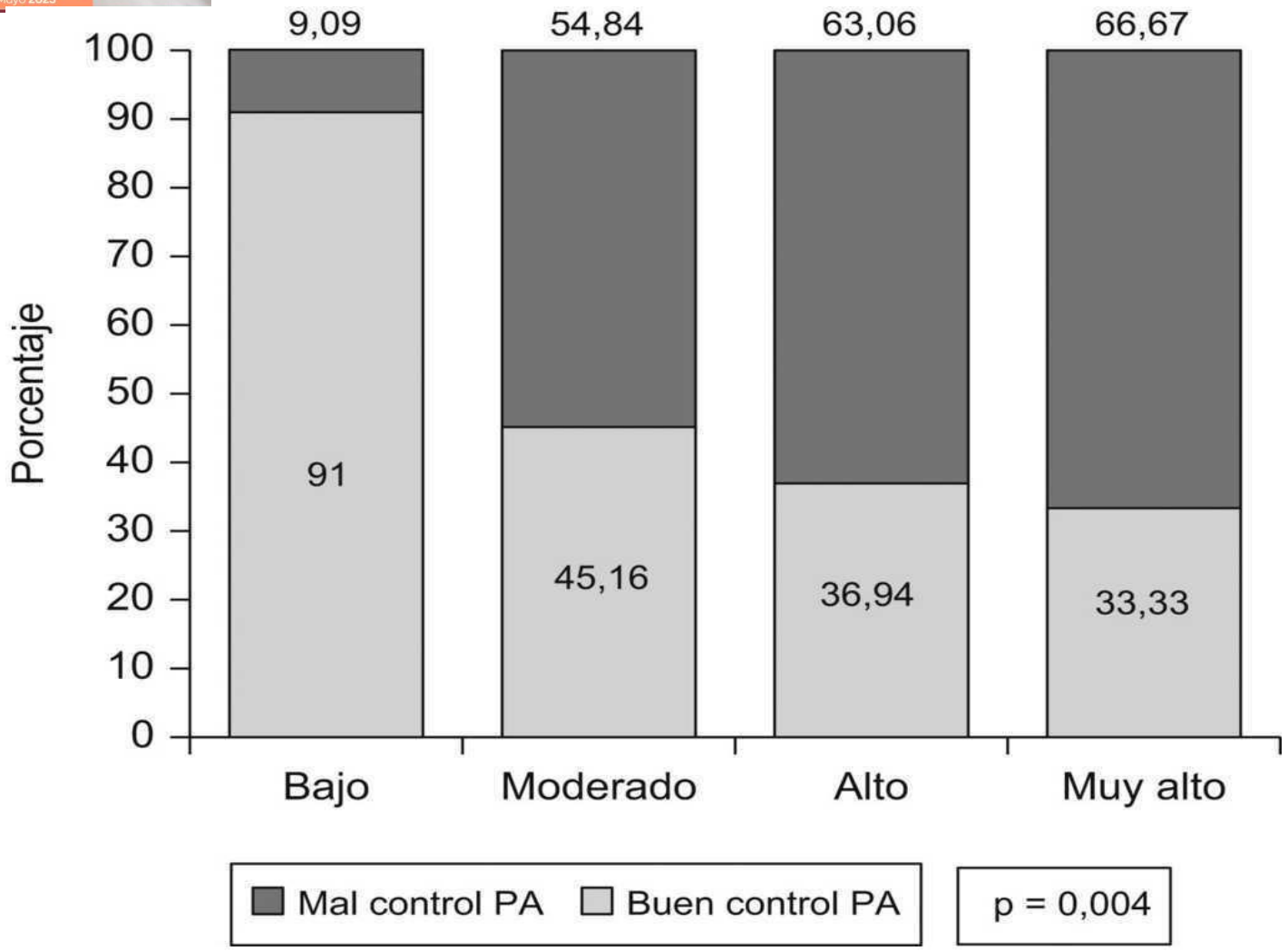
- ✓ El tratamiento de la HTA reduce la incidencia de IC

- ✓ El tratamiento de la dislipemia reduce la IC de forma similar a la incidencia de IAM.
  Por tanto, la incidencia de IC se redujo por la prevención de eventos coronarios, más que por efecto o mecanismo directo.

Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) 1994
Colesterol And Recurrent Events (CARE) 1191
L*ong Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) 1998*
Veteran's Affair Cooperative Studies Program High Density Lipoprotein (HDL) Colesterol Intervention Trial (VAHIT) 1996



Llisterri et al. Semergen 2009; 35 (9): 450-56



Cinza Sanjurjo et al. Semergen , 2010; 36 (10): 554-61

Med Gen Fam. 2018; 7(4): 140-145

SEMG Sociedad Española de Medicina General y de Familia

medicina general y de familia
edición digital

www.mgyf.org

Original

Grado de control cardiovascular en pacientes diabéticos tipo 2 de acuerdo con objetivos individualizados: Estudio "CONCARDIA"

*Juan Carlos Aguirre Rodríguez**, *Abraham Hidalgo Rodríguez*, *María Mené Llorente*, *David Martín Enguix*, *Adoración de Cruz Benayas*, *María Teresa García Sánchez*

Centro de Salud Casería de Montijo. Granada.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 10 de mayo de 2018
Aceptado el 2 de julio de 2018
On-line el 21 de diciembre de 2018

Palabras clave:
Diabetes tipo 2
Control metabólico
Hemoglobina glicosilada
Lípidos
Hipertensión arterial

R E S U M E N

Introducción. El 30-60 % de diabéticos no tiene un correcto control de la glucemia; si además consideramos la tensión arterial (TA) y el perfil lipídico, esta cifra se eleva al 80 %. Las actuales guías de práctica clínica recomiendan individualizar los objetivos de control glucémico.

Objetivos. Analizar el grado de control glucémico de los diabéticos de nuestra área, según los objetivos individualizados basados en sus características propias; valorar el control de otros factores de riesgo cardiovascular: TA y lípidos.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo de una muestra representativa de diabéticos de nuestra área. Variables consideradas: datos demográficos, hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico, TA, índice de masa corporal, tiempo de evolución de diabetes y yatrogenia.

Resultados. Analizamos datos de 300 diabéticos tipo 2; edad media 67,7 (DE 10,9); hombres 53 %. El 53,64 % tenía una HbA1c por debajo de 7 % (media 7,29, DE 1,42 %). Cumplía objetivos individualizados de control glucémico el 66,28 %. El 71 % era hipertenso, con TA inferior a 130/80 el 49,8 % e inferior a 140/90 el 77,3 %. Estaba diagnosticado de dislipemia el 46 %, con LDL-colesterol por debajo de 100 solo el 34,8 %. Cumplían simultáneamente los 3 objetivos de control el 12,8 % con HbA1c inferior a 7 %; el 15,5 % considerando una HbA1c individualizada.

Historias del Abuelo Cebolleta

CIENCIA

Nueva droga antihipertensiva obtenida de veneno de serpientes

EL PAÍS
07 MAY 1981 - 00:00 CEST

Un nuevo medicamento, calificado de «revolucionario», para combatir la hipertensión podrá comercializarse pronto en Estados Unidos, después de superar las pruebas a que ha sido sometido por la Administración de Alimentos y Fármacos.La droga, denominada «captopril», proviene del veneno de una serpiente suramericana, llamada jararaca, a partir del cual los científicos aislaron el componente activo, y posteriormente

JOURNAL ARTICLE

Lovastatin: A New Cholesterol-Lowering Agent

Get access >

James M. McKenney, Pharm.D. ✉

American Journal of Hospital Pharmacy, Volume 45, Issue 2, 1 February 1988, Pages 410–425, https://doi.org/10.1093/ajhp/45.2.410

Published: 01 February 1988

Lovastatin: A new cholesterol-lowering agent

JAMES M. MCKENNEY, PHARM.D.

Clin Pharm. 1988; 7:21–36 (74 references). Address reprint requests to Dr. McKenney at the School of Pharmacy, Medical College of Virginia–Virginia Commonwealth University, Richmond, VA 23298.

The chemistry, pharmacology, pharmacokinetics, clinical efficacy, dosage and administration, and adverse effects of lovastatin are reviewed.

Chemistry. Lovastatin, a chemical modification of a fermentation product of the microorganism *Aspergillus terreus*, is the first agent marketed in a new class of pharmacologic compounds called the 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A (HMG CoA) reductase inhibitors.

Pharmacology. By competitively inhibiting HMG CoA reductase, the drug disrupts the biosynthesis of cholesterol in hepatic and peripheral cells. This increases the synthesis of low-density-lipoprotein (LDL) receptors and thereby increases the uptake of LDL cholesterol from the plasma.

Pharmacokinetics. After oral administration, less than 5% of the lovastatin dose is available to the general

Estrategia básica del tratamiento de la HTA

1 comprimido — Tratamiento inicial Combinación doble — IECA o ARA-II + BCC o un diurético

Considere la monoterapia para la HTA de grado 1 (PAS < 150 mmHg) y riesgo bajo o para pacientes ancianos (≥ 80 años) o frágiles

↓

1 comprimido — Paso 2 Combinación triple — IECA o ARA-II + BCC + un diurético

↓

2 comprimidos — Paso 3 Combinación triple + espironolactona u otro fármaco — HTA resistente Añada espironolactona (25-50 mg/día) u otro diurético, bloqueador alfa o bloqueador beta

Considere derivar al paciente a un centro especializado para más estudios

Bloqueadores beta

Considere el uso de bloqueadores beta en cualquier fase de tratamiento si hay una indicación específica, como insuficiencia cardiaca, angina, IM reciente o fibrilación auricular, o para jóvenes embarazadas o que planeen gestar

Bryan Williamas, el al 2019

European Heart Journal

ESC European Society of Cardiology

GUIDELINES

2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: *lipid modification to reduce cardiovascular risk*: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) FREE

Recommendations	Class[a]	Level[b]
In secondary prevention for patients at very-high risk,[c] an LDL-C reduction of ≥50% from baseline[d] and an LDL-C goal of <1.4 mmol/L (<55 mg/dL) are recommended.[33–35,119,120]	I	A
In primary prevention for individuals at very-high risk but without FH,[c] an LDL-C reduction of ≥50% from baseline[d] and an LDL-C goal of <1.4 mmol/L (<55 mg/dL) are recommended.[34–36]	I	C
In primary prevention for individuals with FH at very-high risk, an LDL-C reduction of ≥50% from baseline and an LDL-C goal of <1.4 mmol/L (<55 mg/dL) should be considered.	IIa	C
For patients with ASCVD who experience a second vascular event within 2 years (not necessarily of the same type as the first event) while taking maximally tolerated statin-based therapy, an LDL-C goal of <1.0 mmol/L (<40 mg/dL) may be considered.[119,120]	[illegible]	B
In patients at high risk,[c] an LDL-C reduction of ≥50% from baseline[d] and an LDL-C goal of <1.8 mmol/L (<70 mg/dL) are recommended.[34,35]	I	A
In individuals at moderate risk,[c] an LDL-C goal of <2.6 mmol/L (<100 mg/dL) should be considered.[34]	IIa	A
In individuals at low risk,[c] an LDL-C goal <3.0 mmol/L (<116 mg/dL) may be considered.[36]	IIb	A

116-40

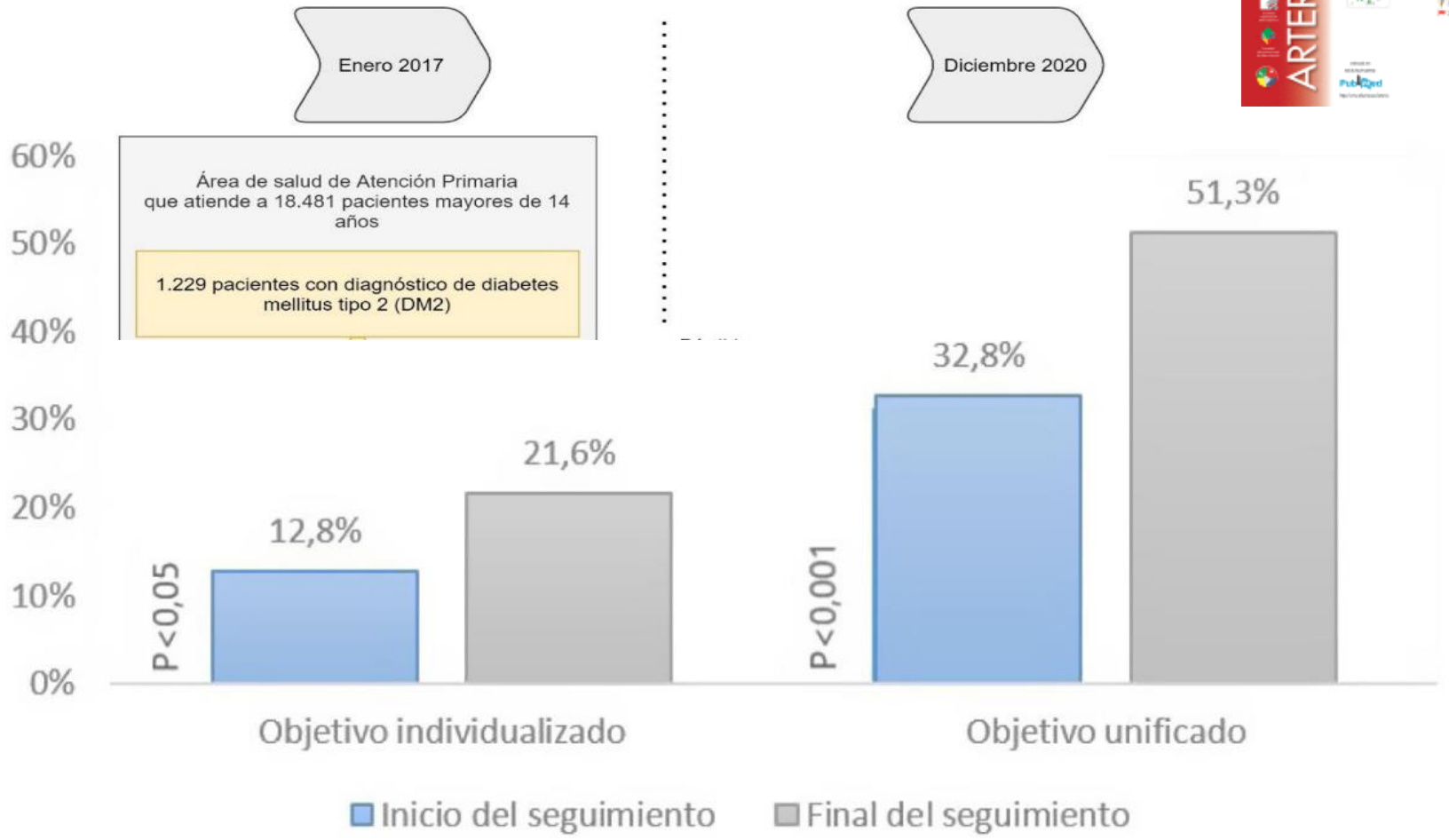
©ESC 2019

https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehz455/5556353

¿116? ¿Hasta cuánto hay que bajar el cLDL de la población catalogada como en «bajo riesgo»?

116? How much should LDL-C be lowered in the «low risk» population?

Aguirre Rodríguez JC. ¿116? ¿Hasta cuánto hay que bajar el cLDL de la población catalogada como "en bajo riesgo? Revista Española de Cardiología 2020; 73 (8): 690-91



Martín Enguix D, Hidalgo Rodríguez A, Sánchez Cambronero M y Aguirre Rodríguez JC. Aplicación de los objetivos individualizados definidos por la guía europea 2019 de lípidos en pacientes con diabetes tipo 2, Clinica e Investigacion en Arteriosclerosis, 2021

ARTÍCULOS ESPECIALES

Recomendaciones para mejorar el control lipídico. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología

Carlos Escobar, Manuel Anguita, Vicente Arrarte, Vivencio Barrios, Ángel Cequier, Juan Cosín-Sales, Isabel Egocheaga, Esteban López de Sa, Luis Masana, Vicente Pallarés, Leopoldo Pérez de Isla, Xavier Pintó

Rev Esp Cardiol. 2020;73:161-7

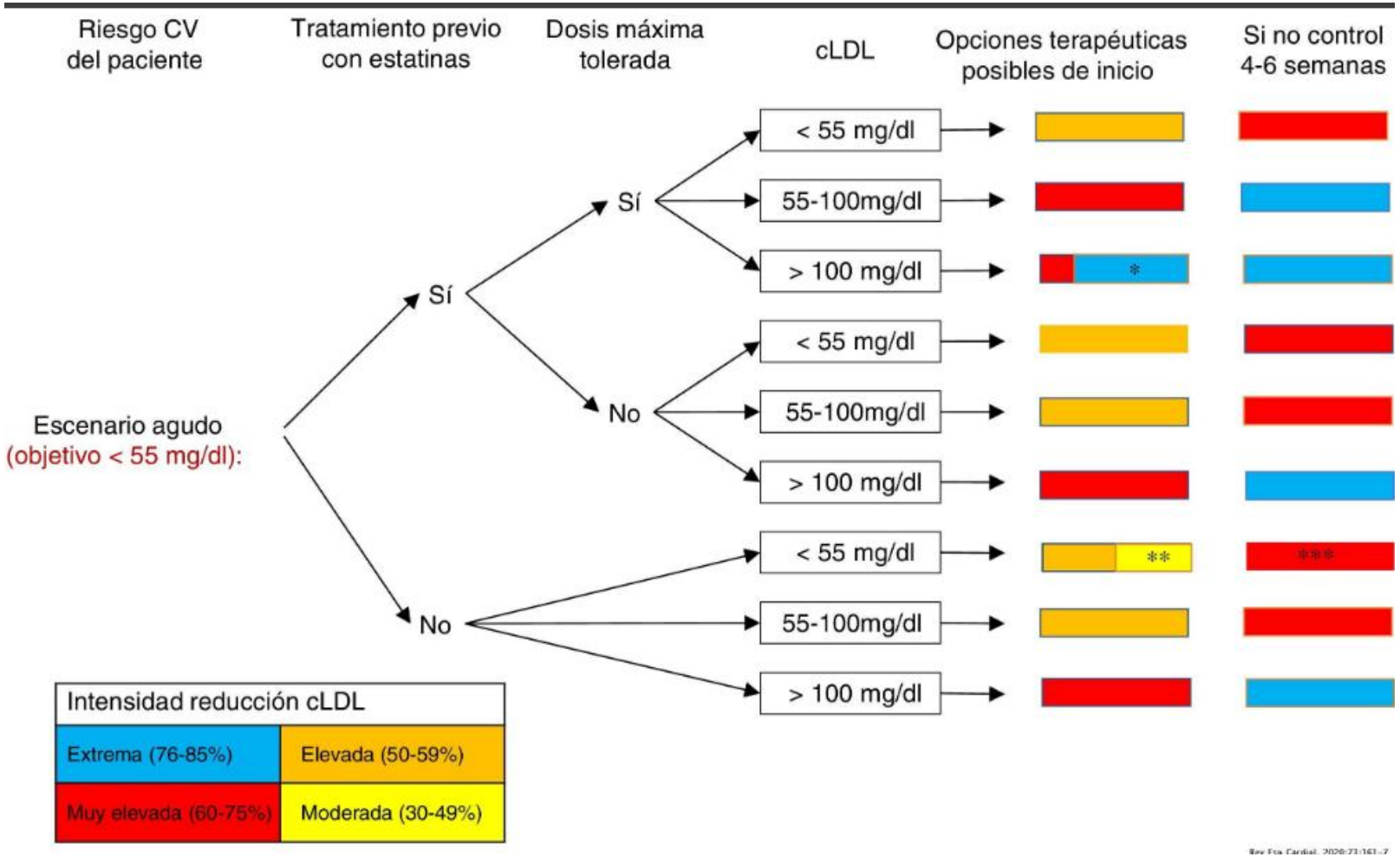
De hecho, con los tratamientos actuales (estatinas, ezetimiba e inhibidores de la proteína PCSK9), la mayoría de los pacientes en prevención secundaria debería lograr los objetivos de control del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad.

el reciente estudio EUROASPIRE V, solo un tercio de los pacientes coronarios estaban en objetivos del cLDL[2,17]. Esta situación deficitaria se debe, entre otras razones, a que una proporción significativa de facultativos no prescriben los tratamientos hipolipemiantes de la intensidad suficiente o actúan con cierta inercia a la hora de ajustar la intensidad del tratamiento cuando no se alcanzan los objetivos,

III Jornadas
sobre
Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca
PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC
11 Mayo 2023

Algoritmo 1

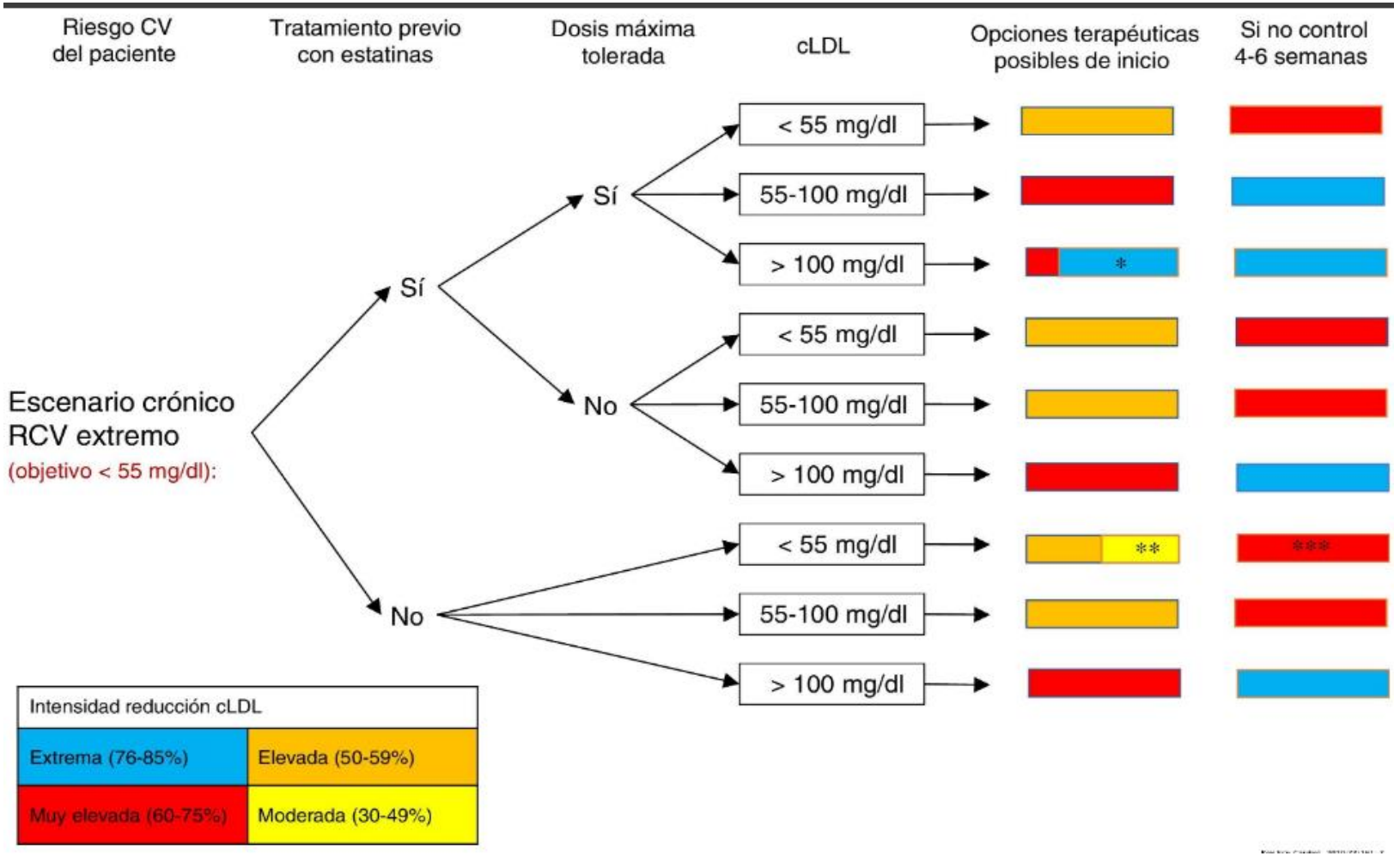
REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA


Riesgo CV del paciente
Tratamiento previo con estatinas
Dosis máxima tolerada
cLDL
Opciones terapéuticas posibles de inicio
Si no control 4-6 semanas
Escenario agudo (objetivo < 55 mg/dl):
Sí
No
Sí
No
< 55 mg/dl
55-100mg/dl
> 100 mg/dl
< 55 mg/dl
55-100mg/dl
> 100 mg/dl
< 55 mg/dl
55-100mg/dl
> 100 mg/dl
*
**
***
Intensidad reducción cLDL
Extrema (76-85%)
Elevada (50-59%)
Muy elevada (60-75%)
Moderada (30-49%)

III Jornadas
sobre
Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca
PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC
11 Mayo 2023

Algoritmo 2

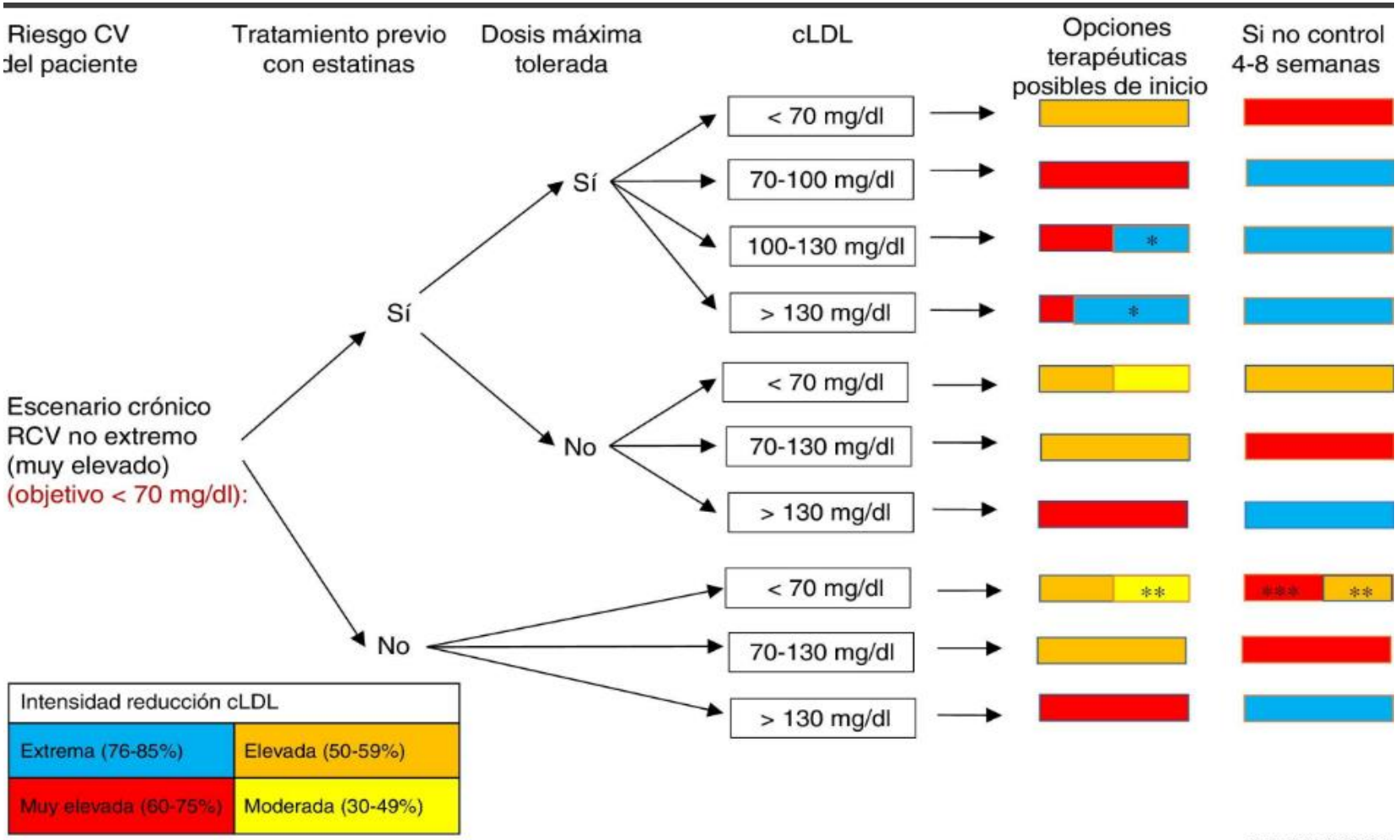
REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA


Riesgo CV del paciente
Tratamiento previo con estatinas
Dosis máxima tolerada
cLDL
Opciones terapéuticas posibles de inicio
Si no control 4-6 semanas
Escenario crónico
RCV extremo
(objetivo < 55 mg/dl):
Sí
No
Sí
No
< 55 mg/dl
55-100 mg/dl
> 100 mg/dl
< 55 mg/dl
55-100 mg/dl
> 100 mg/dl
< 55 mg/dl
55-100 mg/dl
> 100 mg/dl
*
**
***
Intensidad reducción cLDL
Extrema (76-85%)
Elevada (50-59%)
Muy elevada (60-75%)
Moderada (30-49%)

III Jornadas
sobre
Atención Multidisciplinar del Paciente con Insuficiencia Cardíaca
PUNTOS DE ENCUENTRO EN IC
11 Mayo 2023

Algoritmo 3

REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGIA

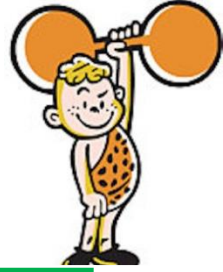

Riesgo CV del paciente
Tratamiento previo con estatinas
Dosis máxima tolerada
cLDL
Opciones terapéuticas posibles de inicio
Si no control 4-8 semanas
Escenario crónico RCV no extremo (muy elevado) (objetivo < 70 mg/dl):
Sí
No
Sí
No
No
< 70 mg/dl
70-100 mg/dl
100-130 mg/dl
> 130 mg/dl
< 70 mg/dl
70-130 mg/dl
> 130 mg/dl
< 70 mg/dl
70-130 mg/dl
> 130 mg/dl
*
*
**
***
**
Intensidad reducción cLDL
Extrema (76-85%)
Elevada (50-59%)
Muy elevada (60-75%)
Moderada (30-49%)

¿Estamos realizando un buen abordaje de la **Hipertensión** y la **Dislipemia** para prevenir IC?

Propuesta de mejora:

1) Valorar objetivos individuales de TODOS los FRCV
2) En HTA utilizar doble terapia, incluso desde el Dtº
3) En lípidos utilizar la potencia adecuada de los fármacos

Potencia de las diferentes estatinas



Prava	Fluva	Lova	Simva	Atorva	Pita	Rosu	P+E	F +E	L + E	S + E	Pi + E	A + E	R + E	% ↓ c-LDL
20	20													25
		20	10											30
40	80	40	20	10	1									36
			40	20	2	5								41
				30			20	40						44
				40	4	10								47
				60					20	10				50
				80		20	40	80	40	20	1	10		55
										40	2	20	5	60
												30		63
											4	40	10	67
												60		70
												80	20	73

Elaboración propia en base a datos publicados

"Para hablar 10 minutos sobre un tema,
necesito prepararlo unas 2 semanas;
para hablar 1 hora, necesito una semana y…
para hablar 2 horas: ¡Estoy listo ahora mismo!"

Woodrow Wilson
28º presidente de los EEUU (1913-1921)