

Protocolo de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares

Estratificación del riesgo cardiovascular

Octubre 2006

POBLACIÓN DIANA

La prevención cardiovascular (CV) tiene dos vertientes complementarias: una basada en estrategias de tipo poblacional y orientada a amplios grupos de población, y otra dirigida a población que podríamos denominar de alto riesgo, donde se da prioridad a las personas sanas que presentan un riesgo absoluto más elevado y, por tanto, un mayor potencial preventivo individual. De forma prioritaria las actuaciones deben estar orientadas hacia las personas de mayor riesgo CV.

Nuestro objetivo es la población aragonesa mayor de 14 años, dentro de la cual seleccionaremos la población de mayor riesgo para el **establecimiento de prioridades**, lo que ayuda a ordenar las actuaciones en razón de la eficacia y la magnitud del beneficio.

PLAN DE ACTUACIÓN

Para la **detección y registro de los factores de riesgo (FR)** se recomienda una **estrategia de carácter oportunista**, basada en aprovechar los múltiples contactos de los individuos con Atención Primaria.

Comenzar con anamnesis sobre antecedentes familiares y personales de ECV (enfermedad coronaria o cualquier otra enfermedad arterial oclusiva, cerebral o periférica) y registrarlo en la historia clínica del paciente.

La **valoración y estratificación del RCV** se realizará sistemáticamente en todos aquellos individuos sin enfermedad coronaria conocida (o cualquier otra enfermedad arterial oclusiva, cerebral o periférica) y con algún FRCV presente (antecedentes familiares en primer grado de enfermedad coronaria precoz, tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, obesidad).

En personas sin FR conocido, se recomienda la valoración del RCV a partir de los 45 años en hombres y 55 años en mujeres .

Para la estimación del RCV, se utilizará la tabla de **Framingham**.

Esta tabla utiliza un método de puntuación en base a las siguientes variables: edad (35-74 años), sexo, HDL-c, colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) e hipertrofia ventricular izda (HVI) (sí/no). Nos permite calcular el riesgo coronario a los 10 años que incluye: angina estable, infarto de miocardio (IAM) y muerte coronaria.

TABLA DE RIESGO DE FRAMINGHAM

Mujer				Hombres			
Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos
30	-12	41	1	30	-2	48-49	9
31	-11	42-43	2	31	-1	50-51	10
32	-9	44	3	32-33	0	52-54	11
33	-8	45-46	4	34	1	55-56	12
34	-6	47-48	5	35-36	2	57-59	13
35	-5	49-50	6	37-38	3	60-61	14
36	-4	51-52	7	39	4	62-64	15
37	-3	53-55	8	40-41	5	65-67	16
38	-2	55-60	9	42-43	6	68-70	17
39	-1	61-67	10	44-45	7	71-73	18
40	0	68-74	11	46-47	8	74	19

Colesterol-HDL		Colesterol total		Tensión arterial sistólica		Otros	
c-HDL	Puntos	Col total	Puntos	TAS	Puntos	Factor	Puntos
25-26	7	139-151	-3	98-104	-2	Tabaquismo	4
27-29	6	152-166	2	105-112	1	diabético	3
30-32	5	167-182	-1	113-120	0	diabética	6
33-35	4	183-199	0	121-129	1	HVI-ECG	9
36-38	3	200-219	1	130-139	2		
39-42	2	220-239	2	140-149	3		
43-46	1	240-262	3	150-160	4		
47-50	0	263-288	4	161-172	5		
51-55	-1	289-315	5	173-185	6		
56-60	-2	316-330	6				
61-66	-3						
67-73	-4						
74-80	-5						
81-87	-6						
88-96	-7						

Riesgo a los 10 años, que corresponde con el total de puntos (suma de todos los factores de riesgo):

Puntos	Probabilidad	Puntos	Probabilidad	Puntos	Probabilidad	Puntos	Probabilidad
≤ 1	≤ 2%	9	5%	17	13%	25	27%
2	2%	10	6%	18	14%	26	29%
3	2%	11	6%	19	16%	27	31%
4	2%	12	7%	20	18%	28	33%
5	3%	13	8%	21	19%	29	35%
6	3%	14	9%	22	21%	30	38%
7	4%	15	10%	23	23%	31	40%
8	4%	16	12%	24	25%	32	42%

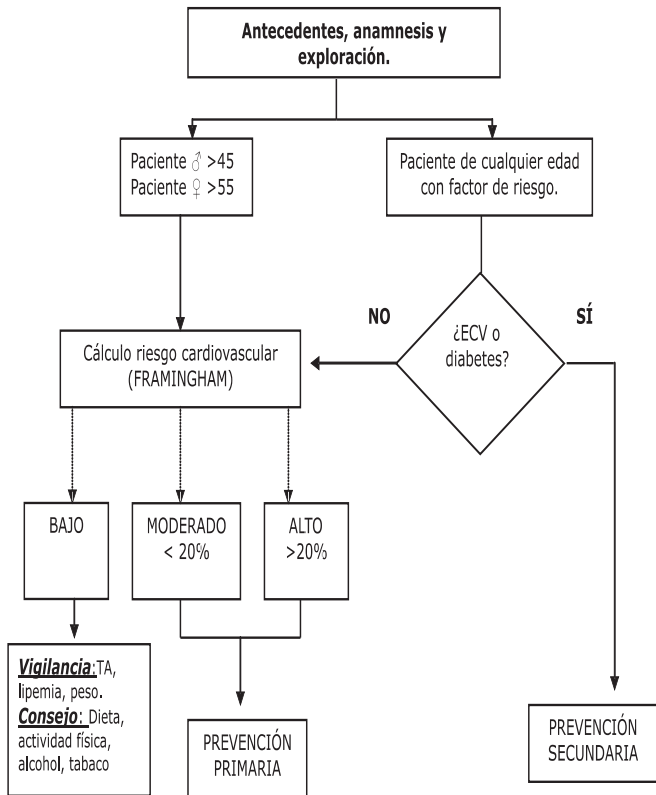
Tras el cálculo del RCV, se le asignará al paciente una de las siguientes **categorías de riesgo**:

- RCV alto: probabilidad $\geq 20\%$ de sufrir un episodio CV en los próximos 10 años.
- RCV moderado: presenta algún FR y tiene una probabilidad de sufrir un episodio CV $<20\%$ en los próximos 10 años.
- RCV bajo: no presenta ningún FRCV (tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y obesidad).

En la práctica clínica se establecen las **siguientes prioridades** para la aplicación de actividades preventivas:

- 1.º Personas con ECV o equivalentes de riesgo como la diabetes.
- 2.º Personas sin ECV y con RCV alto ($\geq 20\%$ en 10 años).
- 3.º Personas sin ECV y con RCV moderado (algún factor de riesgo y RCV $< 20\%$).
- 4.º Personas sin ECV y RCV bajo (ningún factor de riesgo cardiovascular).

PLAN DE ACTUACIÓN EN PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR



SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN RCV:

Los pacientes, en que tras una evaluación inicial se detecte ECV ó diabetes, necesitaran medidas de prevención secundaria (Ver **Tabla**).

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS CON ECV O DIABETES

- Tabaco. Si el paciente es fumador se ha de aconsejar que deje de fumar e incluirlo en programa de deshabituación incluso con tratamiento farmacológico: parches de nicotina y bupropion (*Grado de recomendación B*).
- Control del peso. Se marcará como objetivo un IMC entre 18,5 y 24,9 Kg/m². Un perímetro abdominal mayor de 102 cm en hombre y mayor de 88 cm en mujeres induce a evaluar posibilidad de síndrome metabólico y aplicar estrategias de pérdida de peso. (*Grado de recomendación B*).
- Alcohol. Detección y tratamiento del consumo de alcohol peligroso y de riesgo.
 1. Bajo riesgo: < 17 U*/semanales en varones y < 11 U/semanales en mujeres.
 2. Consumo peligroso: entre 17 y 28 U/semanales en varones y entre 11-17 U/semanales en mujeres.
 3. Consumo de riesgo: ≥ 28 U/semanales en varones y ≥ 17 U/semanales en mujeres.

4. Consumo inferior si hipertrigliceridemia.
- Control lipídico:
 1. Si LDL-c ≥ 100 mg/dl: tratamiento con fármacos, preferentemente estatinas (*Grado de recomendación A*).
 2. HDL-c recomendable ≥ 40 mg/dl (*Grado de recomendación B*).
 3. Triglicéridos: objetivo < 150 mg/dl.
Sí > 500 mg/dl, añadir fibratos o niacina (*Grado de recomendación B*).
 - Control de TA:
 1. Cifras $\geq 120/80$ mmHg, reducción mediante modificación de estilos de vida (dieta, ejercicio, reducción de peso).
 2. Cifras $\geq 140/90$ mmHg, instaurar tratamiento farmacológico.
 3. En diabetes o nefropatía crónica, tratamiento farmacológico con cifras \geq de 130/80 mmHg (*Grado de recomendación B*).
 - Control de diabetes:
 1. Hipoglucemiantes para lograr niveles de HbA1c $< 7\%$ (*Grado de recomendación B*).

En los pacientes excluidos por su edad de la tabla de Framingham, se actuará según protocolos específicos de cada uno de los factores de riesgo por separado.

Tras el cálculo del RCV, la pauta de actuación es la siguientes:

Si el RCV es bajo se debe realizar vigilancia periódica sobre: tabaco, TA, dislipemias, dieta, obesidad, actividad física y consumo de alcohol. Han de identificarse a los bebedores de alcohol en exceso (> 20 gr/día en hombres y > 10 gr/día en mujeres, por ser causa de HTA secundaria (*Nivel de evidencia 1+*) y sustituirlo por bebidas no alcohólicas (*Grado de recomendación A*).

INVESTIGACIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

-CERVEZA	<input type="text"/>	-UNIDADES* / DÍA	<input type="text"/>
-VINO	<input type="text"/>		<input type="text"/>
-COPAS	<input type="text"/>		<input type="text"/>
-COMBINADOS	<input type="text"/>		<input type="text"/>
-CARAJILLOS	<input type="text"/>		<input type="text"/>
		TOTAL	<input type="text"/>

(*) 1U = 10 gr. de alcohol puro.

Gr de alcohol = ml x 0,8 x %/100ml.

Además se debe dar consejos sobre hábitos saludables como son: práctica de ejercicio físico, no fumar y dieta cardiosaludable.

La dieta cardioprotectora incluye limitar el consumo de alcohol y sodio (*Grado de recomendación B*) y si es posible, que este consumo de sal sea inferior a 2 gramos al día (*Grado de recomendación A*). A las personas obesas, o con sobrepeso, se les debe ofrecer consejo profesional (*Grado de recomendación A*) con el fin de disminuir el peso un 5-10% y reducir las cifras de TA (*Nivel de evidencia 1+ A*). El consejo debe incluir información sobre dietas pobres en grasas saturadas y ricas en frutas y verduras.

Se recomienda la práctica de ejercicio físico aeróbico al menos 3 sesiones semanales de 45-60 minutos (*Grado de recomendación A*).

Si el RCV es moderado o alto se realizará (*Grado de recomendación D*):

- Anamnesis dirigida buscando: antecedentes familiares de ECV o muerte súbita precoz, HTA, DM, dislipemia.
- Anamnesis dirigida buscando: antecedentes personales de ECV, FRCV, fecha de diagnóstico y tratamiento recibido.
- Exploración física: talla, peso, IMC, auscultación cardiopulmonar, soplos carotídeos o abdominales, exploración abdominal y pulsos periféricos.
- Analítica básica de sangre: creatinina, sodio, potasio, glucemia, colesterol y sus fracciones, TGR, ALT, AST, gammaGT, fosfatasa alcalina, hemograma y calcemia. En orina: formas anormales, sedimento y microalbuminuria.
- ECG.
- En HTA exploración de fondo de ojo.

En estos pacientes, además de las medidas anteriormente expuestas, se ha de llevar a cabo el seguimiento de los factores de riesgo detectados valorando el RCV global.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO

Hipertensión:

¿Cómo se identifica y clasifica al paciente?

Se define HTA cuando la TA es superior o igual a 140 mmHg de PAS y/o igual o superior a 90 mmHg de PAD

(*Grado de recomendación B*). Todas las personas que estén recibiendo tratamiento farmacológico para la hipertensión deberán considerarse hipertensas.

Se recomienda el cribado de HTA a través de la toma periódica de TA mediante estrategia oportunista de captación en consulta (*Grado de recomendación B*) o por cribado masivo de población. Si la primera toma es igual o superior a 140/90 mmHg se debe medir la TA por lo menos en 3 ocasiones separadas en el tiempo. En cada visita se tomará la TA al menos 2 veces separadas entre sí más de un minuto. Se ha de utilizar una técnica estándar de medida de tensión arterial.

¿QUÉ TIPO DE INTERVENCIÓN SE REALIZA?

Independientemente del RCV, con cifras de TA igual o superior a 180 mmHg de PAS y/o 110 mmHg de PAD, además de los consejos sobre cambio de estilo de vida se iniciará tratamiento farmacológico antihipertensivo.

En RCV moderado está indicado el tratamiento farmacológico, acompañado de consejo sobre estilo de vida, cuando la TA es $\geq 150/95$ mmHg o si está comprendida entre 140/90 y 150/95 mmHg y existe lesión de órgano diana. Las cifras entre 140-149/90-94 precisan consejo sobre estilos de vida varios meses y si no disminuye valorar tratamiento según las preferencias del paciente.

En RCV alto y TA \geq a 140/90 mmHg se debe iniciar tratamiento farmacológico acompañado de consejo sobre estilo de vida.

En ECV y TA \geq a 140/90 mmHg se ha de realizar prevención secundaria con tratamiento farmacológico, acompañado de consejo sobre estilo de vida. (Ver **Tabla**).

DIRECTRICES DE ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Otros FR e historia de enfermedad	Normal 120-129 ó 80-84	Normal-alta 130-139 ó 85-89	Grado 1 140-159 ó 90-99	Grado 2 160-179 ó 100-109	Grado 3 PAS \geq 180 ó PAD \geq 110
Sin otros FR	No intervenir	No intervenir	MEV + /- terapia farmacológ.	MEV + terapia farmacológ.	MEV + terapia farmacológ. inmediata
1-2 FR	MEV	MEV	MEV + terapia farmacológ.	MEV + terapia farmacológ.	MEV + terapia farmacológ. inmediata
3 ó más FR o LOD o diabetes	MEV	MEV + terapia farmacológ.	MEV + terapia farmacológ.	MEV + terapia farmacológ.	MEV + terapia farmacológ. inmediata
Condiciones clínicas asociadas	MEV + terapia farmacológ.	MEV + terapia farmacológ. inmediata	MEV + terapia farmacológ. inmediata	MEV + terapia farmacológ. inmediata	MEV + terapia farmacológ. inmediata

Sin riesgo añadido	RCV entre 15-20%	RCV > 30%
RCV <15%	RCV entre 20-30%	

MEV: Medidas sobre estilo de vida; **LOD:** Lesión de órgano diana.

Condiciones clínicas asociadas:

- ✓ Enfermedad cerebrovascular: ictus isquémico; hemorragia cerebral; accidente isquémico transitorio.
- ✓ Cardiopatía: infarto de miocardio; angina; revascularización coronaria; insuficiencia cardíaca congestiva.
- ✓ Enfermedad renal: nefropatía diabética; insuficiencia renal (creatinina sérica V > 133; M > 124 μ mol/L; V > 1,5; M > 1,4 mg/dL); proteinuria (> 300 mg/24h).
- ✓ Enfermedad vascular periférica. Retinopatía avanzada; hemorragias o exudados, edema de papila.

LOD:

- ✓ Hipertrofia ventricular izquierda (electrocardiograma: Sokolow-Lyons > 38 mm; Cornell > 2.440 mm/ms; ecocardiografía: IMVI: V \geq 125; M \geq 110 g/m²)
- ✓ Signos ecocardiográficos de engrosamiento de la pared arterial (GIM \geq 0,9 mm) o de placas ateroscleróticas.
- ✓ Ligero aumento de la creatinina sérica (V 115-133; M 107-124 μ mol/L; V 1,3-1,5; M 1,2-1,4 mg/dL)
- ✓ Microalbuminuria (30-300 mg/24h; cociente albúmina-creatinina V \geq 2,2; M \geq 3,1 mg/mmol)

Factores que influyen en el pronóstico:

- ✓ Niveles de PAD y PAS, hombres > 55 a; mujeres > 65 a. Tabaco, dislipemia, historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura, obesidad abdominal, proteína C-Reactiva \geq 1mg/dl.

OBJETIVOS DE CONTROL

- Población General: TA <140/90 mmHg (*Grado de recomendación B*).
- Diabéticos: TA <130/80 mmHg (*Grado de recomendación A*).
- Enfermedades renales crónicas: TA <130/80 mmHg.
- Proteinuria mayor de 1 gr al día: TA <125/75 mmHg (*Grado de recomendación B*).

PERIODICIDAD EN EL SEGUIMIENTO

En el paciente no hipertenso se recomienda una medición de TA antes de los 14 años. Entre 14 y 40 años medición cada 4-5 años. De 40 a 50 años una medición cada 2 años (*Grado de recomendación C*). A partir de 50 años la toma de TA debe ser anual.

En caso de cifras de TA entre 130-139/85-89 mmHg se recomienda control al menos una vez al año.

Los pacientes hipertensos, en un principio tras el diagnóstico, precisan controles trimestrales. Posteriormente si el RCV es bajo se realizarán controles semestrales. Si el RCV es moderado o alto los controles seguirán siendo trimestrales (*Grado de recomendación D*) y un control anual que incluya reevaluación del RCV, exploración física y analítica. Bienalmente ECG.

En cada visita se valorará el cumplimiento terapéutico, la aparición de efectos adversos y se reforzarán las medidas de educación para la salud.

Si la TA es $\geq 160/100$ mmHg se valorará el incremento de la dosis de fármacos actuales y/o la introducción/cam-

bio de un nuevo antihipertensivo. Tanto en estas circunstancias como en caso de Alta Hospitalaria se incrementará la frecuencia de los controles.

DISLIPEMIA

Existe relación directa entre niveles de LDL y enfermedad coronaria siendo el riesgo de EC relativamente bajo cuando el LDL es < 130 mg/dl en personas sin otro FR. En personas con LDL \geq a 130 mg/dl, la reducción el LDL disminuye el riesgo de padecer EC en prevención primaria.

Por otra parte, los niveles elevados de colesterol total (CT) medidos en adultos jóvenes, se correlacionan con enfermedad coronaria y con la esperanza de vida.

En el estudio de Framingham, el cociente CT/HDL, es un buen predictor de RCV, mejor que cada uno de ellos de manera independiente (CT, LDL, HDL ó TG). Destacar que el cociente CT/HDL $>4,5$ empieza a aumentar el RCV calculado con la ecuación de Framingham.

Los niveles de HDL están fuerte e inversamente asociados con el riesgo de enfermedad coronaria.

¿CÓMO SE IDENTIFICA Y CLASIFICA LA DISLIPEMIA?

Mediante la realización de un perfil lipídico en ayunas (CT, HDL, LDL, CT/HDL y TG).

Se consideran niveles deseables CT <200 mg/dl y LDL <130 mg/dl. En ECV o diabetes las cifras deseables descienden a: CT <175 mg/dl y LDL <100 mg/dl.

¿QUÉ TIPO DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS SE REALIZAN EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE DISLIPEMIA?

La dieta es un componente esencial para el manejo de las dislipemias (*Nivel de evidencia A*).

Antes de iniciar tratamiento con fármacos o cambios intensos en el estilo de vida son necesarias dos determinaciones de lípidos. Si hay diferencia superior a 31-37 mg/dl entre las dos determinaciones, se realiza una tercera y la media de las tres se puede utilizar como valor de referencia.

El LDL es el primer objetivo en el tratamiento (*Grado de recomendación C*).

Actitud terapéutica:

En pacientes con (CT >3 10 mg/dl, o CT/HDL >8, o LDL \geq 220mg/dl se puede iniciar tratamiento farmacológico, además de los cambios en los estilos de vida (*Grado de recomendación C*).

Todos los pacientes con enfermedad coronaria, diabetes, clínica de aterosclerosis, o RCV > 20% deben recibir recomendaciones sobre cambios en el estilo de vida. El tratamiento farmacológico se instaurará según los niveles basales de LDL (*Grado de recomendación C*).

En los paciente con RCV comprendido entre 10-20%, se puede comenzar con cambios en el estilo de vida. Si las cifras de LDL continúan por encima de 130 mg/dl a los tres meses, debe considerarse la instauración de medidas farmacológicas.

En pacientes con RCV<10% y dos o más factores de riesgo, se debe pautar modificaciones en el estilo de vida con LDL>130mg/dl. Si a los tres meses, LDL<160 mg/dl, se puede continuar con el tratamiento dietético. Por el contrario, si LDL ≥160, se debe considerar introducir fármacos.

En los pacientes con RCV<10% y uno o ningún FR, se debe iniciar intervenciones para el cambio en el estilo de vida si LDL ≥160 mg/dl. Si después de tres meses las cifras de LDL son ≥190 mg/dl, se debe iniciar tratamiento farmacológico de forma concomitante. Ver **Tablas**.

OBJETIVOS DE LDL- COLESTEROL EN LOS PACIENTES CON DISLIPEMIA RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO

Tratamiento en pacientes con enfermedad coronaria (EC), equivalentes de riesgo ¹ o RCV>20%.			
Niveles basales LDL	Objetivo LDL	Niveles LDL para iniciar cambios estilo de vida	Niveles LDL considerar introducir fármacos
≥130	<100	≥100	si
100-129	<100	≥100	Considerar fármacos
<100	<100	≥100	no

-
1. Diabetes es un equivalente de riesgo de cardiopatía isquémica.

OBJETIVOS DE LDL- COLESTEROL EN LOS PACIENTES CON DISLIPEMIA SEGÚN RIESGO CARDIOVASCULAR

Manejo en función del RCV de Framingham			
RCV	Objetivo LDL	Niveles LDL para iniciar cambios estilos de vida	Niveles LDL considerar introducir fármacos
>20%	Tabla anterior		
10-20%	<130	≥130	≥130
<10% Y 2 o + FR ¹	<130	≥130	≥160
<10 % y 0-1 FR	<160	≥160	≥190 ²

1. Factores de riesgo: tabaco, HTA, HDL<40 mg/dl, historia familiar de enfermedad coronaria prematura. Diabetes es un equivalente de riesgo de cardiopatía isquémica.

2. Opcionalmente con LDL 160-189 (después de dieta).

¿QUÉ HACER EN EL SEGUIMIENTO EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE DISLIPEMIA?

En la población general, el despistaje de la dislipemia se realiza según los siguientes criterios:

- En pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular (historia familiar de ECV antes de 50 años en hombres y de 60 en mujeres, historia familiar de hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo o HTA) se recomienda realizar un cribado a partir de los 20 años de edad con un grado de recomendación (*Grado de recomendación B*). A partir de 35 años en hombres y de 45 en mujeres, el grado de recomendación pasaría a ser (*A*).

- Entre los 20 y 35 años en hombres y los 20 y 45 años en mujeres si no existe FR no hay que realizar cribado (*Grado de recomendación C*).
- No hay un tope de edad para realizar el cribado.
- El intervalo de controles es incierto, se basa en opiniones de expertos y parece razonable la opción de 5 años.

Pacientes con dislipemia:

Solicitar perfil lipídico (colesterol total, HDL-C, LDL-C, triglicéridos), tomar la TA, determinar el peso (el IMC como mínimo en la primera visita), control del posible hábito tabáquico, valorar cumplimiento de recomendaciones higiénico dietéticas y observancia terapéutica.

En los pacientes con tratamiento dietético, se les realizará a los tres meses del diagnóstico, un control lipídico para valorar la inclusión de medidas farmacológica.

En los pacientes en tratamiento con fármacos está indicado realizar controles de lípidos cada 3 meses, hasta que las cifras estén controladas y posteriormente cada 6 meses (*Grado de recomendación C*).

Otras determinaciones: la determinación de transaminasas está indicada antes de iniciar tratamiento con estatinas y en el seguimiento del tratamiento con estas. La CPK se ha de valorar en tratamiento con estatinas si existe sospecha clínica de miopatía por fármacos con alto riesgo de miositis o rhabdomiólisis. Antes de iniciar tratamiento con fibratos se debe valorar la creatinina.

En pacientes sin tratamiento farmacológico, se repetirá la analítica en función de los FRCV y niveles de LDL **Ver Tabla.**

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DISLIPEMIA SEGÚN FACTORES DE RIESGOCARDIOVASCULAR Y NIVELES DE LDL- COLESTEROL

Nivel de riesgo	Objetivo para las LDL (mg/dL)	Niveles de LDL observados (mg/dL)	Repetir determinación de lipoproteínas
Cardiopatía isquémica ó equivalentes.	< 100	< 100	< 1 año
2 o más factores de riesgo cardiovascular.	< 130	< 130	≥ 2 años
0 ó 1 factor de riesgo cardiovascular.	< 160	130 - 159	≥ 2 años
0 ó 1 factor de riesgo cardiovascular.	< 160	< 130	≥ 5 años

TABAQUISMO:

¿Cómo se identifica y clasifica el hábito tabáquico?

El primer paso para el tratamiento de la dependencia del tabaco es identificar sistemáticamente a los fumadores que acuden a la consulta por cualquier motivo y registrar si el paciente es fumador o exfumador. Se considera fumador a la persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno; Se define como exfumador al individuo que siendo previamente fumador se mantiene al menos 12 meses sin fumar (OMS). Las personas que llevan menos de 12 meses sin fumar, a efectos del cálculo del RCV, se consideran fumadores.

¿Qué tipo de intervención se realiza en función de la existencia del hábito tabáquico?

Se debe analizar el grado de adicción del paciente y su disposición para abandonar el hábito^(3,31). Se puede usar el test de Fagerstrom para valorar la dependencia nicotínica y el test de Richmond para valorar la motivación para el abandono.

Aconsejar con firmeza que dejen de fumar, ofreciendo ayuda y establecer una estrategia, incluida terapia conductual, sustitución con nicotina o farmacológico.

Dentro de los tratamientos farmacológicos, el tratamiento con nicotina es la primera elección (*Nivel de evidencia 1++*), siendo de segunda elección el bupropión (*Grado de recomendación A*). El tratamiento farmacológico debe ser ofertado a todo paciente fumador de más de 10 cigarrillos/día que quiera hacer un serio intento de abandono (*Grado de recomendación A*), excepto si existe alguna contraindicación.

Acordar un calendario para visitas de control y seguimiento.

A los exfumadores se les preguntará si siguen sin fumar y se les reforzará en esa conducta.

¿Qué hacer en el seguimiento, en función de la presencia del hábito tabáquico?

Consejos por parte de los profesionales sanitarios, materiales de autoayuda, seguimiento telefónico, programas grupales (*Grado de recomendación A*).

¿Cuál es la periodicidad del seguimiento?

Si no fuma se realizarán controles cada 2 años, comenzando a partir de los 14 años de edad. No es necesario reinterrogar a los pacientes en los que conste en su historia que nunca han fumado y son mayores de 25 años.

Los que inician el abandono tabáquico deben ser atendidos periódicamente al menos en la primera semana, al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año del abandono.

DIABETES:

¿Cómo se identifica el paciente y se clasifica en función de las cifras de glucemia?

El diagnóstico precoz se realiza mediante determinación de glucemia basal en plasma venoso.

Los criterios diagnósticos de diabetes son:

1. Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl en presencia de síntomas (poliuria, polidipsia y pérdida de peso no explicada).
2. Ó glucemia venosa en ayunas (8h) ≥ 126 mg/dl.
3. Ó glucemia >200 mg/dl tras el test de tolerancia oral de glucosa (TTOG) con 75 gr.

En las opciones 2 y 3 es preciso confirmar el diagnóstico con una segunda determinación de glucemia en ayunas o tras el TTOG.

Se define como glucemia basal alterada (GBA) los niveles entre 100 y 125 mg/dl y como intolerancia a la glucosa (ITG) las glucemias entre 140 y 199 mg/dl tras el TTOG.

Estas dos situaciones se clasifican de prediabetes por presentar un RCV aumentado.

El paciente diabético presenta un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular y su control se considera equivalente a la prevención secundaria.

¿QUÉ TIPO DE INTERVENCIÓN SE REALIZA EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE DIABETES?

Población general: en los pacientes no diabéticos se determinará la glucemia a partir de los 45 años y en particular si IMC > 25. Posteriormente se realizará seguimiento cada 3 años.

Está indicada una determinación antes de los 45 años en pacientes con sobrepeso (IMC > 25) y alguno de estos FR:

- Sedentarismo.
- Antecedentes familiares en primer grado de diabetes.
- Antecedentes personales de diabetes gestacional y/o fetos macrosómicos > de 4 kg.
- HTA.
- HDL colesterol < 35 mg/dl ó TGC > 250 mg/dl.
- Síndrome de ovario poliquístico o acantosis.

- Diagnóstico previo de ITG o GBA.
- Historia de ECV.
- Perímetro de cintura > 102 cm para hombres y > 88 cm en mujeres.

En estos casos el seguimiento ha de ser entre 1 y 3 años.

En los pacientes con diabetes: se procederá a realizar una valoración integral del paciente: para descartar diabetes tipo I o secundaria, valorar antecedentes familiares y otros factores de riesgo como hábito tabáquico, HTA, obesidad y dislipemia así como el grado evolutivo de la diabetes y los fármacos que puedan influir en el control metabólico. Se han de fijar objetivos de control con el paciente de forma individualizada, en particular en relación a los diferentes FRCV (**Ver Tabla**).

	Unidades	Objetivo Control	Intensificar intervenciones
HBA1c	%	< 7	> 8
Glucosa capilar basal preprandial.	mg/dl	90 - 130	> 130
Glucosa capilar postprandial.	mg/dl	< 180	> 180
TA.	mmHg	130/80	>140/90
LDL-c.	mg/dl	< 100	> 130
TG	mg/dl	< 150	> 200
HDL-c.	mg/dl	> 40	< 35
Peso.	IMC	IMC < 27	IMC > 30
Cintura.	cm	< 102 (H)	< 88 (M)
Tabaco.		no	si