



KIT DE HERRAMIENTAS

Enfermedad cardiovascular aterosclerótica

LLAMADO A LA ACCIÓN: GUÍA PARA PROVEEDORES

Se calcula que la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) afecta entre 10-15% de los adultos mayores de 21 años.¹ Aunque la mortalidad global debida a esta enfermedad ha disminuido en las últimas décadas,² sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en los Estados Unidos.³ Las estatinas son herramientas importantes para prevenir y tratar las enfermedades cardiovasculares,⁴ pero además de los medicamentos, animar a los pacientes a adoptar ciertos hábitos de vida puede reducir el riesgo de padecer ASCVD. Se recomienda mantener un régimen de ejercicio de unos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o 75 minutos de actividad física intensa, junto con una dieta sana (verduras, frutas, frutos secos, cereales integrales, proteínas vegetales o animales) y menos carnes procesadas, alimentos fritos y carbohidratos refinados.⁵

Solo la mitad de los pacientes que podrían beneficiarse de los medicamentos para reducir el colesterol los toman, lo que ha evidenciado desigualdades en materia de salud...

- ▶ A pesar del descenso general de la mortalidad, ciertas subpoblaciones (p. ej., la hispana) han registrado un aumento.⁶
- ▶ Los afroamericanos tienen menos probabilidades de que se les recete una estatina que las personas caucásicas.⁷
- ▶ Las personas de origen sudasiático presentan un mayor riesgo de padecer ASCVD que otros grupos.⁸

LA PREVENCIÓN Y LA DETECCIÓN SON FUNDAMENTALES

La ASCVD suele ser asintomática, lo que demuestra la importancia de la detección y la evaluación del riesgo. Ciertas afecciones y factores, como la dislipidemia, la diabetes, la hipertensión y el tabaquismo, pueden aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Además de insistir en un estilo de vida saludable, el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón recomiendan lo siguiente para la prevención de la ASCVD.⁹

DE 20 A 39 AÑOS: Evaluar los factores de riesgo cada 4 a 6 años

DE 40 A 75 AÑOS: Evaluar de manera rutinaria los factores de riesgo y **calcular el riesgo a 10 años**



Instrumento de diagnóstico

Haga clic en el icono para calcular el riesgo de ASCVD a 10 años de su paciente

<5%	RIESGO BAJO	Hacer énfasis en los cambios saludables en el estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> Comer menos carne roja/comida frita y más frutas/verduras Ser más activo físicamente Fumar menos o no hacerlo Evitar o limitar el consumo de alcohol y cafeína Controlar el estrés
5% - <7.5%	RIESGO LÍMITE	<ul style="list-style-type: none"> Hacer énfasis en los cambios saludables en el estilo de vida Evaluar los factores que aumenten el riesgo y considerar el tratamiento con estatinas en función de los resultados Considerar la posibilidad de someterse a una prueba de CAC para ayudar a reclasificar el riesgo de intervenciones preventivas* 	<p>Consultar la tabla de factores de riesgo más abajo</p>
≥7.5% - <20%	RIESGO INTERMEDIO		
≥20%	RIESGO ALTO	Se recomienda un tratamiento inmediato con estatinas	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda una dosis de alta intensidad (reducción del LDL-C ≥50%) <ul style="list-style-type: none"> Las estatinas de alta intensidad reducen el riesgo de ASCVD 30% más que las estatinas de intensidad moderada Vigilar de cerca los efectos secundarios, aumentar/disminuir la dosis según sea necesario

Factores de riesgo clínico que deben evaluarse	Parámetros
Antecedentes familiares de ASCVD prematura	Hombres <55 años; mujeres <65 años
Hipercolesterolemia primaria	Colesterol-HDL, 160-189 mg/dL [4.1- 4.8 mmol/L]; colesterol-no-HDL 190-219 mg/dL [4.9-5.6 mmol/L]
Síndrome metabólico	Aumento de la circunferencia de la cintura, triglicéridos elevados [>175 mg/dL], presión arterial elevada, glucosa elevada y colesterol-HDL bajo [<40 mg/dL en hombres; <50 mg/dL en mujeres] son factores; si tiene 3 de ellos, se diagnostica
Enfermedades inflamatorias crónicas	Como psoriasis, artritis reumatoide o VIH/SIDA
Enfermedad renal crónica	eGFR 15-59 mL/min/1.73 m ² con o sin albuminuria, no tratada con diálisis o trasplante renal
Características específicas del sexo	Antecedentes de menopausia prematura (antes de los 40 años) Antecedentes de afecciones asociadas al embarazo que aumenten el riesgo posterior de ASCVD (preeclampsia)

CÓMO HABLAR CON SUS PACIENTES SOBRE...

(haga clic para saber más)



Atención médica y
tratamientos



Salud emocional y
mental



Salud física y
acondicionamiento
físico

ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

- **Solo 29% de las personas describen efectos secundarios al tomar estatinas.** Por lo general, se trata de dolores musculares o debilidad. Estos efectos pueden controlarse fácilmente modificando la dosis o el tipo de medicamento recetado.¹⁰
- Según varios **estudios**, aproximadamente la mitad de los pacientes abandonan el tratamiento con estatinas durante el primer año.¹¹
 - **Los datos muestran** un riesgo mucho mayor de accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos e incluso la muerte en los 4 años posteriores a la interrupción del tratamiento con estatinas.¹²
 - Hable con los pacientes sobre las características específicas de las estatinas. Haga énfasis en cómo el medicamento actúa "silenciosamente" para eliminar el colesterol malo de la sangre.
- **Anime a los pacientes a "conocer sus cifras" y a asegurarse de que se encuentran en la zona segura de LDL.**
 - 70% de los pacientes de alto riesgo nunca alcanzan la zona segura de LDL, **según Family Heart Foundation**.¹³
 - Consulte esta **infografía** para conocer las zonas de niveles de colesterol.¹⁴
- **Algunos consejos para aumentar el cumplimiento con el tratamiento:**
 - Proponerse tomar el medicamento una vez al día.
 - Utilizar recordatorios automáticos.
 - Educar a los pacientes sobre la importancia de tomar los medicamentos a la hora indicada.
- **Temas relacionados para hablar con los pacientes:**
 - Síntomas nuevos o que empeoran.
 - Problemas o efectos secundarios de los medicamentos, como dolores musculares, dolores de cabeza, mareos, problemas para dormir, etc.
 - Riesgos de interrumpir los medicamentos.
 - Impacto de los medicamentos sin sentir sus efectos.
 - Dificultades para controlar la enfermedad. Advice or support with lifestyle changes.
 - Consejos o apoyo para cambiar el estilo de vida.
 - Cambios en el apetito o el peso.



SALUD EMOCIONAL Y MENTAL

- Los **estudios** demuestran que el estrés psicológico se asocia con un aumento de los triglicéridos, un aumento del colesterol LDL y una disminución del colesterol HDL.¹⁵
- La educación sobre las intervenciones basadas en la atención plena y la derivación a programas de control del estrés pueden ayudar a **abordar el estrés del paciente** y mejorar los resultados relacionados con enfermedades cardiovasculares.¹⁶ Para más información sobre las intervenciones basadas en la atención plena, haga clic aquí:
 - [Meditación y atención plena: Lo que debe saber | NCCIH \(nih.gov\)](#)
- **Temas relacionados para hablar con los pacientes:**
 - Compartir objetivos y expectativas realistas.
 - Afrontar enfermedades cardíacas y otras afecciones.
 - Sentirse inusualmente triste o ansioso.
 - Fuentes de estrés.
 - No dormir lo suficiente o dormir demasiado.
 - Beneficios de acudir a un terapeuta o unirse a un grupo de apoyo.



SALUD FÍSICA Y ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

- El asesoramiento breve que integra estrategias cognitivo-conductuales, como la evaluación de la autoeficacia, el establecimiento de objetivos y el autocontrol, se **asocia** a mejoras en la aptitud cardiorrespiratoria.¹⁷ Para más información sobre las recomendaciones basadas en la evidencia para promover la actividad física, haga clic aquí: [Intervenciones para promover la actividad física y cambios alimentarios para reducir los factores de riesgo cardiovascular en adultos | Circulation \(ahajournals.org\)](#)
- El modelo de las 5A puede ayudar a los médicos a estructurar un plan de asesoramiento breve y personalizado sobre la actividad física:
 - *Averiguar* el nivel actual de actividad física del paciente.
 - *Aconsejar* a los pacientes con recomendaciones estructuradas (p. ej., realizar 30 minutos de actividad física de intensidad moderada/alta más de 5 días a la semana).
 - *Acordar* con los pacientes un plan, mediante la toma de decisiones compartida y en función de su estado de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción/mantenimiento).
 - *Ayudar* a los pacientes facilitándoles recursos o herramientas de autocontrol.
 - *Asegurar* el seguimiento programando una visita o una derivación a asesoramiento o intervención adicional.
- **Temas relacionados para hablar con los pacientes:**
 - Dificultad para hacer las tareas o labores cotidianas.
 - Capacidad para trabajar o cuidar de la familia.
 - Nivel de actividad ([documentado en un signo vital de actividad física](#)).¹⁸
 - Dificultad para ponerse de pie, caídas recientes o problemas de equilibrio.

Para más información sobre las 5A y las recomendaciones de asesoramiento, haga clic aquí:

[Asesoramiento sobre actividad física | AAFP](#)

Tabla de instrumentos de diagnóstico - **CAC = Calcio en las arterias coronarias. Esta prueba puede no estar cubierta por algunos planes de seguro.
Fuente: Wong, N. D., Budoff, M. J., Ferdinand, K., Graham, I. M., Michos, E. D., Reddy, T., Shapiro, M. D., y Toth, P. P. (2022). Atherosclerotic cardiovascular disease risk assessment: An American Society for Preventive Cardiology clinical practice statement. *American Journal of Preventive Cardiology*, 10, 100335. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2022.100335>

Tabla de factores de riesgo - Fuente: Key Points From the 2019 ACC/AHA Guidelines on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. (2019). American College of Cardiology. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2019/04/29/07/42/http%3a%2f%2fwww.acc.org%2flatest-in-cardiology%2farticles%2f2019%2f04%2f29%2f07%2f42%2fkey-points-from-the-2019-acc-aha-guidelines-on-the-primary-prevention-of-cvd>

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Gu, J., Sanchez, R., Chauhan, A., Fazio, S., & Wong, N. (2022). Lipid treatment status and goal attainment among patients with atherosclerotic cardiovascular disease in the United States: A 2019 update. *American Journal of Preventive Cardiology*, 10, 100336. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2022.100336>
- 2 Wall, H. K., Ritchey, M. D., Gillespie, C., Omura, J. D., Jamal, A., y George, M. G. (2018). Vital Signs: Prevalence of Key Cardiovascular Disease Risk Factors for Million Hearts 2022 — United States, 2011–2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(35), 983–991. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6735a4>
- 3 Al Rifai, M., Blumenthal, R. S., Stone, N. J., Schofield, R. S., Orringer, C. E., Michos, E. D., Heidenreich, P. A., Braun, L., Birtcher, K. K., Smith, S. C., Nambi, V., Grundy, S., y Virani, S. S. (2021). Department of Veterans Affairs (VA) and U.S. Department of Defense (DoD) guidelines for management of dyslipidemia and cardiovascular disease risk reduction: Putting evidence in context. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 68, 2–6. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2021.08.001>
- 4 CDC. (2023, May 15). *High Cholesterol Facts* | [cdc.gov](https://www.cdc.gov/cholesterol/facts.htm). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/cholesterol/facts.htm>
- 5 *Lifestyle Changes for Heart Failure*. (n.d.). [Www.Heart.Org](https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/treatment-options-for-heart-failure/lifestyle-changes-for-heart-failure). Recuperado el 4 de octubre de 2023, de <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/treatment-options-for-heart-failure/lifestyle-changes-for-heart-failure>
- 6 Wall, H. K., Ritchey, M. D., Gillespie, C., Omura, J. D., Jamal, A., y George, M. G. (2018). Vital Signs: Prevalence of Key Cardiovascular Disease Risk Factors for Million Hearts 2022 — United States, 2011–2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(35), 983–991. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6735a4>
- 7 Khatib, R., Glowacki, N., Lauffenburger, J., Siddiqi, A. (2021). Race/Ethnic Differences in Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Factors Among Patients With Hypertension: Analysis From 143 Primary Care Clinics, *American Journal of Hypertension*, Volume 34, Issue 9, Pages 948–955, <https://doi.org/10.1093/ajh/hpab053>
- 8 American Heart Association (2020). *My Cholesterol Guide: Take Action. Live Healthy!* <https://professional.heart.org/-/media/Files/Health-Topics/Cholesterol/My-Cholesterol-Guide-English.pdf>
- 9 *2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines* | (2019) Vol 140:e596–e646 <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>
- 10 https://millionhearts.hhs.gov/files/Scoop_on_Statins-508.pdf Million Hearts, Department of Health and Human Services. (2018). *The Scoop on Statins: What Do You Need to Know?* https://millionhearts.hhs.gov/files/Scoop_on_Statins-508.pdf
- 11 Maningat, P., Gordon, B.R., Breslow, J.L. (2013) How do we improve patient compliance and adherence to long-term statin therapy? *Current Atherosclerosis Reports*. Enero 15(1):291. doi: 10.1007/s11883-012-0291-7. PMID: 23225173; PMCID: PMC3534845.
- 12 <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M16-0838> Zhang, H., Plutzky, J., Shubina, M., y Turchin, A. (2017). Continued Statin Prescriptions After Adverse Reactions and Patient Outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 167(4), 221–227. <https://doi.org/10.7326/M16-0838>
- 13 <https://familyheart.org/ldlsafezone> *LDL Safe Zone*. (2023). Family Heart Foundation. Recuperado el 4 de octubre de 2023 de <https://familyheart.org/ldlsafezone>
- 14 <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/11920-cholesterol-numbers-what-do-they-mean> *Cholesterol: Understanding Levels and Numbers*. (2022). Cleveland Clinic. Recuperado el 4 de octubre de 2023 de <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/11920-cholesterol-numbers-what-do-they-mean>
- 15 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5419930/> Assadi, S. N. (2017). What are the effects of psychological stress and physical work on blood lipid profiles? *Medicine*, 96(18), e6816. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006816>
- 16 <https://academic.oup.com/abm/article/54/1/67/5511695> Scott-Sheldon, L. A. J., Gathright, E. C., Donahue, M. L., Balletto, B., Feulner, M. M., DeCosta, J., Cruess, D. G., Wing, R. R., Carey, M. P., y Salmoirago-Blotcher, E. (2020). Mindfulness-Based Interventions for Adults with Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(1), 67–73. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz020>
- 17 https://psycnet.apa.org/record/2001-18138-001?utm_medium=email&utm_source=transaction Simons-Morton, D. G., Blair, S. N., King, A. C., Morgan, T. M., Applegate, W. B., O'Toole, M., Haskell, W. L., Albright, C. L., Cohen, S. J., Ribisl, P. M., y Shih, J. H. (2001). Effects of physical activity counseling in primary care: The Activity Counseling Trial: A randomized controlled trial. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 286(6), 677–687. <https://doi.org/10.1001/jama.286.6.677>
- 18 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29191260/> Golightly, Y. M., Allen, K. D., Ambrose, K. R., Stiller, J. L., Evenson, K. R., Voisin, C., Hootman, J. M., y Callahan, L. F. (2017). Physical Activity as a Vital Sign: A Systematic Review. *Preventing Chronic Disease*, 14, E123. <https://doi.org/10.5888/pcd14.170030>

