

CONSEJERÍA DE SALUD

**guía rápida**

proceso  
asistencial  
integrado

**riesgo vascular**



JUNTA DE ANDALUCÍA

proceso  
asistencial  
integrado



CONSEJERÍA DE SALUD

**guía rápida**

proceso  
asistencial  
integrado

**riesgo vascular**



JUNTA DE ANDALUCÍA



## Aspectos esenciales para el abordaje clínico

### Definición funcional:

Conjunto de actividades a través de las cuales se identifica a las personas con factores de riesgo vascular<sup>a</sup> y/o enfermedad vascular conocida<sup>b</sup> (coronaria, neurológica o periférica), se valora el riesgo vascular global y, en función del mismo, se planifican y acuerdan con la persona y/o cuidadores las actividades preventivas, terapéuticas, de seguimiento y cuidados.

### Límite de entrada:

Consulta de una persona en cualquier punto del sistema sanitario, por cualquier motivo en el que de manera oportunista o casual se le detecta la existencia de algún factor de riesgo vascular (FRV). La entrada en el proceso asistencial integrado (PAI) puede realizarse a través de cualquier ámbito asistencial de Atención Primaria o Atención Hospitalaria; la vía deseable, por su accesibilidad y por sus características de longitudinalidad asistencial, es la Atención Primaria (consulta médica o de enfermería). La detección de los FRV se hará mediante una estrategia de captación (cribado) de carácter oportunista<sup>c</sup> y, en determinadas situaciones<sup>d</sup>, mediante búsqueda selectiva de casos.

### Límite final:

No existe límite final. Sólo puede considerarse finalizado en caso de fallecimiento de la persona.

### Límites marginales:

- Edad inferior a 14 años.
- Otros factores de riesgo vascular<sup>e</sup>.
- Diabetes Mellitus y Atención a las personas fumadoras (PAI específicos ya desarrollados).
- Estudio y tratamiento de la enfermedad vascular (cardiopatía isquémica, trasplantados cardíacos, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica).

---

<sup>a</sup> Factores de Riesgo Vascular (FRV): Edad, sexo, antecedentes de enfermedad cardiovascular en familiares de primer grado (padres o hermanos) de forma precoz (antes de los 55 años en familiares varones y/o antes de los 65 años en familiares mujeres), Tabaquismo, Hipertensión Arterial, Dislipemia, Diabetes Mellitus, Obesidad y Sedentarismo.

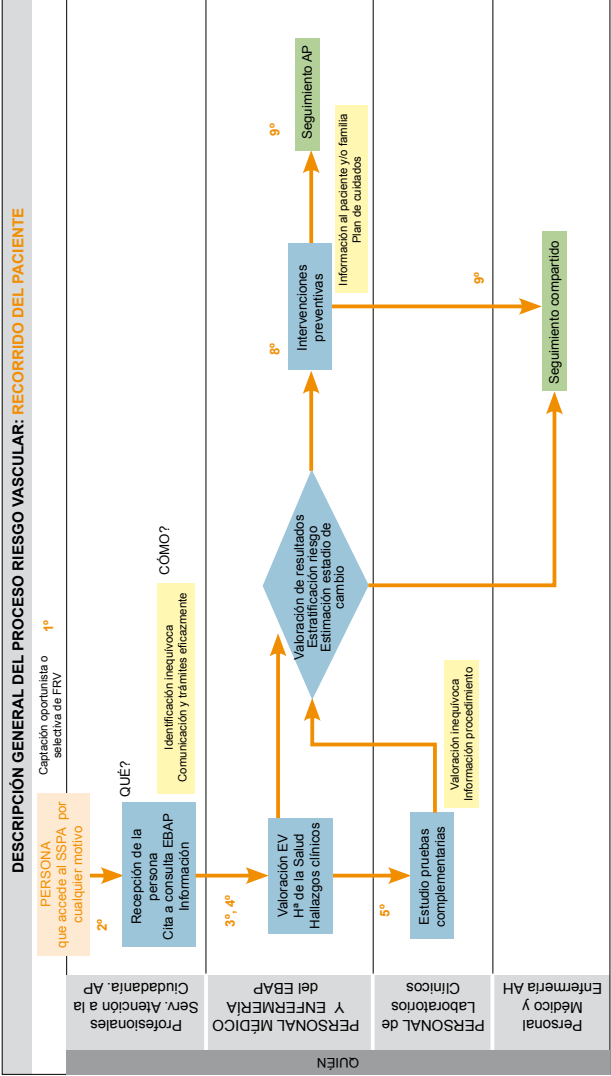
<sup>b</sup> Enfermedad Vascular (EV): Se considerarán las siguientes entidades:

- Cardiopatía isquémica (angina de pecho, infarto agudo de miocardio y angioplastia o cirugía de revascularización miocárdica)
- Enfermedad cerebrovascular (ictus isquémico o hemorrágico, ataque isquémico transitorio, demencia vascular, angioplastia o endarterectomía carotídea, estenosis carotídea significativa)
- Arteriopatía periférica (índice tobillo-brazo patológico, claudicación intermitente y angioplastia o cirugía vascular periférica), Aneurisma aórtico.

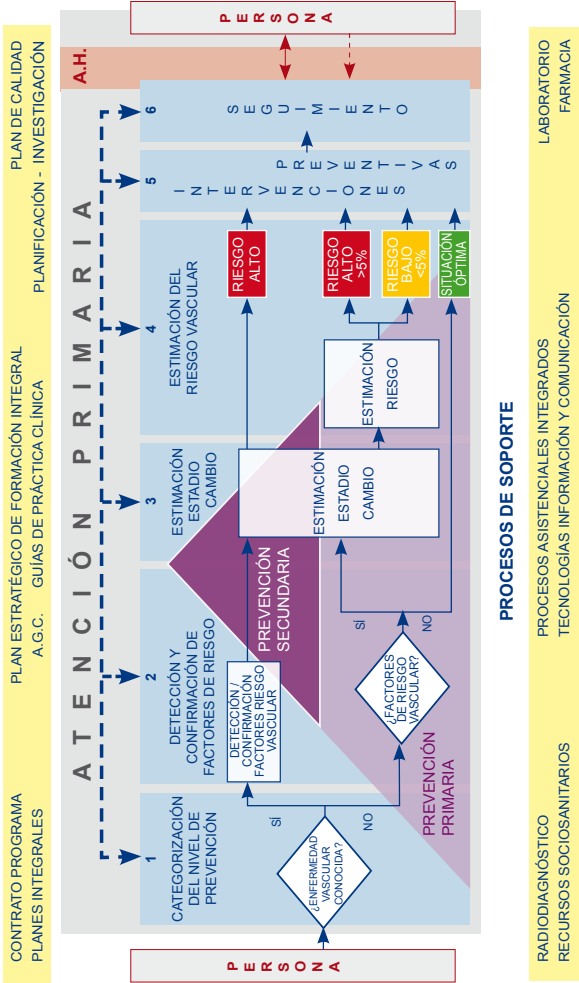
<sup>c</sup> La estrategia de captación o cribado de carácter oportunista, también conocida como "detección de casos", es aquella que se basa en aprovechar cualquier motivo de consulta.

<sup>d</sup> Enfermedad cardiovascular precoz, hipercolesterolemia familiar.

<sup>e</sup> Hipertrofia ventricular izquierda, hiperuricemia, alcohol y otras drogas, hiperinsulinemia y resistencia a la insulina, hiperhomocisteinemia, lipoproteína A, hiperfibrinogenemia, agentes infecciosos, marcadores inflamatorios (proteína C reactiva), sustancias procoagulantes (plasminógeno, factor VII y factor de Von Willebrand), etc.



# REPRESENTACIÓN GRÁFICA: PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO RIESGO VASCULAR



## **PASO 1: CATEGORIZACIÓN DEL NIVEL DE PREVENCIÓN**

Se realizará anamnesis y registro de antecedentes personales de enfermedad vascular (EV) conocida y documentada, asignándose a:

- **Prevención Primaria**, si no se identifica EV previa.
- **Prevención Secundaria**, si se identifica EV previa.

## **PASO 2: DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DE FACTORES DE RIESGO**

Se realizará **anamnesis de factores de riesgo vascular (FRV)**:

- Hábito tabáquico y clasificación
- Diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA) o tratamiento actual con antihipertensivos
- Diagnóstico previo de diabetes mellitus (DM) o tratamiento actual con insulina/antidiabéticos orales
- Diagnóstico previo de dislipemia (DL) o tratamiento con hipolipemiantes
- Diagnóstico previo de obesidad, a partir del IMC o del perímetro abdominal

En caso de anamnesis negativa, se completará el despistaje de cada FRV, dependiendo de la situación de cribado previa.

**Si no se detecta o confirma ningún FRV** (situación óptima), continuar con el PASO 5.


**Si existe algún FRV** se realizará:

- Medida de peso (kg) y talla (m) -para calcular IMC- y perímetro abdominal (cm)
- Toma de presión arterial (PA) (mmHg)
- Determinación de lípidos

## **PASO 3: ESTIMACIÓN DEL ESTADIO DE CAMBIO**

Las personas en las que exista enfermedad vascular o algún factor de riesgo vascular, serán clasificadas en uno de los siguientes **estadios de cambio**:

- **Precontemplativa**: la persona no intenta actuar en los próximos 6 meses, es defensiva y resistente.
- **Contemplativa**: la persona está dispuesta a actuar en los próximos 6 meses aunque experimenta una ambivalencia; es consciente de los beneficios del cambio pero también de los esfuerzos que conlleva.

- 
- **Preparación para la acción:** la persona está lista para participar en intervenciones para modificar su conducta en un plazo breve (30 días).
  - **Acción:** la persona desarrolla modificaciones evidentes.
  - **Mantenimiento:** la persona continúa aplicando procesos particulares de cambio.
  - **Fracaso en experiencias previas:** la persona ha tenido intentos previos de cambio, sin éxito.

#### **PASO 4: ESTIMACIÓN DEL RIESGO VASCULAR**

A las personas con algún factor de riesgo vascular se les calculará el **riesgo vascular (RV) absoluto a los 10 años** por un método cuantitativo. Se recomienda utilizar el modelo de riesgo del proyecto **SCORE** para países de bajo riesgo (ver tabla). Para la estimación del riesgo es necesario conocer edad, sexo, presión arterial sistólica, lípidos plasmáticos, hábito tabáquico y glucemia basal.

Se clasificará como:

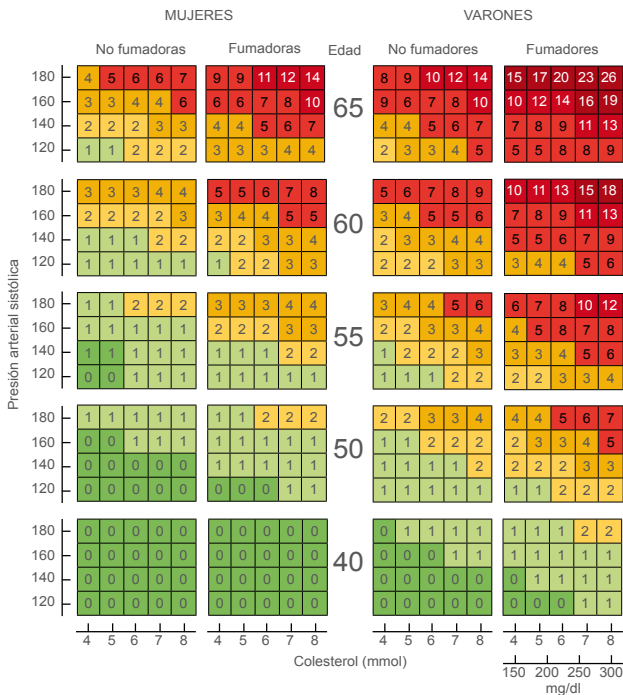
- **Riesgo alto:** si el riesgo es  $\geq 5\%$ .
- **Riesgo bajo:** si el riesgo es  $< 5\%$ .

Serán **directamente clasificadas como riesgo alto** las personas con:

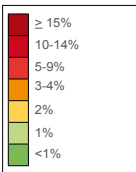
- Enfermedad vascular establecida.
- Diabetes Mellitus de más de 15 años de evolución o con nefropatía.
- Dislipemias familiares aterogénicas.
- HTA estadio 3 o con afectación de órganos diana.



**Tabla SCORE de riesgo a los 10 años de enfermedad cardiovascular mortal en las regiones de Europa de bajo riesgo**



**Puntuación SCORE**



Riesgo a los 10 años de ECV mortal en población de bajo riesgo cardiovascular

## PASO 5: INTERVENCIONES PREVENTIVAS

### Intervenciones preventivas generales

En función del estadio de cambio detectado en la persona y de su riesgo vascular se implementarán **las intervenciones preventivas generales (IPG) para modificación del estilo de vida**, descritas en la versión completa del PAI-RV (páginas 92 a 102), de acuerdo a la siguiente tabla:

Estadio de cambio	Riesgo Vascular		
	SITUACIÓN ÓPTIMA	BAJO (RV<5%)	ALTO (RV>5%)
Precontemplativo		Información escrita Intervención mínima	Información escrita Intervención mínima Revisión 3 meses
Contemplativo	Intervención mínima	Intervención básica con entrevista motivacional	
Preparado para la acción	Promoción de la Salud	Intervención básica con entrevista motivacional	
Acción		Valoración focalizada, plan de cuidados, intervención intensiva Valorar Intervención individual o grupal	
Fracaso en intentos previos		Valorar estadio Intervención según resultado	

Las **intervenciones preventivas generales (IPG) para modificación del estilo de vida de especial relevancia** son:

- En pacientes que han sufrido un **episodio coronario**: abandono del tabaco, realización de ejercicio físico y especialmente la rehabilitación cardiaca. Si consumen habitualmente alcohol, moderación del consumo y si tienen sobrepeso u obesidad, reducción de peso.
- En pacientes con **ictus**: control estricto de la PA, y el abandono del alcohol.
- En pacientes con **enfermedad arterial periférica**: abandono del tabaco.
- El consejo sobre actividad física, en caso de **cardiopatía isquémica**, se basará en un diagnóstico clínico exhaustivo, incluyendo los resultados de una prueba de esfuerzo.

## Intervenciones preventivas específicas

Las **intervenciones preventivas específicas (IPE)** por factores de riesgo se realizarán de acuerdo con los siguientes objetivos terapéuticos:

Factores de riesgo	Objetivos terapéuticos		
<b>Tabaco</b>	<b>Cese completo</b> del hábito		
<b>Lípidos</b>	Nivel de riesgo	Objetivos	Intervenciones recomendadas
	Prevención Secundaria	<b>cLDL &lt; 100 mg/dl</b> ó <b>reducción 30%</b> sobre basal	<b>Fármacos</b> Modificaciones estilos de vida
	Prevención Primaria RV Alto	<b>Reducción 30%</b> sobre cLDL basal	<b>Modificaciones estilos de vida</b> Considerar fármacos si cLDL $\geq 160$ mg/dl ( $\geq 100$ mg/dl en diabetes)
	Prevención Primaria RV Bajo	Sin evidencias	Modificaciones estilos de vida Considerar fármacos si cLDL $\geq 190$ mg/dl ( $\geq 160$ mg/dl en diabetes) o CT $\geq 300$ mg/dl
<b>HTA</b>	En general, <b>PA &lt; 140/90 mm Hg</b> Excepciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes: PA &lt; 130/80 mm Hg. Considerar fármacos o intensificar tratamiento farmacológico si PA <math>\geq 140/80</math> mm Hg</li> <li>• Nefropatía con proteinuria superior a 1 g/día: PA &lt; 125/75 mm Hg</li> </ul>		
<b>Diabetes</b>	<b>Hb A1c &lt; 7%</b> (1% más del valor normal de referencia del laboratorio) Intensificar tratamiento si Hb A1c > 8%.		
<b>Obesidad</b>	<b>Óptimo:</b> IMC < 25 kg/m <sup>2</sup> <b>Mínimo:</b> reducción del peso de al menos <b>5-10%</b>		

Las **intervenciones preventivas específicas (IPE)** por factores de riesgo más relevantes son las siguientes:

- **Tabaquismo:** se seguirán las recomendaciones establecidas en el PAI Atención a Personas Fumadoras (ver tabla resumen en la página 101 del PAI Riesgo Vascular).
- **Hipertensión arterial:**
  - Entre los **consejos sobre dieta** es especialmente importante la restricción del consumo de sal sódica.
  - Se ofrecerá **tratamiento farmacológico** a:
    - Pacientes en prevención secundaria o con RV alto y PA > 140/90 mmHg



- Pacientes con RV bajo e HTA grado I y II cuando tras un periodo de tratamiento no farmacológico (modificación de estilos de vida) no se consigan los objetivos de PA.
- Los **fármacos de primera elección** son las **tiazidas**, los **IECA** y los **antagonistas del calcio**. Por su relación coste-efectividad los diuréticos tiazídicos a dosis bajas deberían ser los de elección, salvo que existan otras razones justificadas.
- **Dislipemias:**
  - En todas las personas se aplicarán intervenciones dirigidas a las **modificaciones del estilo de vida**.
  - Se ofrecerá **tratamiento farmacológico** con hipolipemiantes a:
    - Todos los pacientes en prevención secundaria: objetivo cLDL < 100 mg/dl
    - Pacientes en prevención primaria con RV alto y un cLDL  $\geq 160$  mg/dl cuando tras seis meses de medidas no farmacológicas (modificación de estilos de vida) no se consigan los objetivos.
    - Pacientes en prevención primaria con RV bajo y un cLDL  $\geq 190$  mg/dl o CT  $\geq 300$  mg/dl cuando tras seis meses de medidas no farmacológicas (modificación de estilos de vida) no se consigan los objetivos.
  - Los **medicamentos hipolipemiantes de primera elección** son las **estatinas**. Por su relación coste - efectividad, la simvastatina (20-40 mg/día) debe ser la de elección, salvo que existan otras razones justificadas.
- **Diabetes Mellitus:** se seguirán las recomendaciones establecidas en el PAI Atención a Personas con Diabetes
- **Obesidad:**
  - Los **pilares fundamentales del tratamiento** para conseguir un balance energético negativo son el plan de alimentación y de actividad física, los cambios del estilo de vida y la terapia conductual (descritas en la página 109 de la versión completa del PAI Riesgo Vascular).
  - No se recomienda el uso del fármaco **Orlistat**.
  - El **tratamiento quirúrgico** de la obesidad (cirugía bariátrica) está indicado en personas con IMC > 40 Kg/m<sup>2</sup> ó > 35 Kg/m<sup>2</sup> en presencia de otras comorbilidades mayores.
- **Otras intervenciones preventivas específicas (IPE's):**
  - **Tratamiento antiagregante:** el fármaco antiagregante de elección es el **AAS a dosis de 75-100 mg/día** en toma única.

Debe ofrecerse tratamiento antiagregante en:

- Pacientes en prevención secundaria.
- Personas en prevención primaria con un RV muy aumentado (>10%), siempre que la presión arterial esté controlada.

En **personas con RV bajo**, la relación riesgo/beneficio de la antiagregación es desfavorable.

En las **personas con diabetes**, la recomendación de antiagregación no depende del diagnóstico de diabetes, sino que se basará en su nivel de riesgo.

- **Tratamiento con beta-bloqueantes**: en todos los pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), salvo contraindicación.

- **Tratamiento con los IECA**: en pacientes que hayan sufrido un IAM, tengan o no disfunción ventricular izquierda, salvo contraindicación.

## **PASO 6: SEGUIMIENTO**

El seguimiento debe ser **individualizado** según el nivel de prevención, el RV en caso de prevención primaria, los FRV presentes y el logro de los objetivos terapéuticos.

Se **acordarán con la persona** las actividades o intervenciones a realizar y la periodicidad del seguimiento, ofertando los posibles recursos de la comunidad y, si procede, implicando a los familiares.

Se **volverá a calcular el RV** para evaluar la reducción del riesgo global tras la intervención cada 1 o 2 años, según el riesgo previo, adaptando las medidas a la nueva situación y siempre que existan modificaciones de los FRV.

proceso  
asistencial  
integrado

