

GUIAS, CONSENSOS, DECLARACIONES Y RECOMENDACIONES 2º CUATRIMESTRE 2022

[Actualización de la Guía Española de la EPOC \(GesEPOC\): comorbilidades, automanejo y cuidados paliativos](#)
[35315327](#)

ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA ESPAÑOLA DE LA EPOC (GESEPOC): COMORBILIDADES,
AUTOMANEJO Y CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMEN

Los modelos de atención sanitaria actuales descritos en GesEPOC indican la mejor manera de hacer un diagnóstico correcto, la categorización de los pacientes, la adecuada selección de la estrategia terapéutica y el manejo y la prevención de las agudizaciones. Además, en la EPOC concurren diversos aspectos que resultan cruciales en una aproximación integrada de la atención sanitaria a estos pacientes. La evaluación de las comorbilidades en el paciente con EPOC representa un reto asistencial. Dentro de una valoración integral debe estudiarse la presencia de comorbilidades que tengan relación con la presentación clínica, con alguna técnica diagnóstica o con algunos tratamientos relacionados con la EPOC. Asimismo, son necesarias intervenciones en hábitos de vida saludables, la adhesión a tratamientos complejos, desarrollar capacidades para poder reconocer los signos y síntomas de la exacerbación, saber qué hacer para prevenirlos y tratarlos enmarcados en un plan de automanejo. Finalmente, los cuidados paliativos constituyen uno de los pilares en el tratamiento integral del paciente con EPOC, con los que se buscan prevenir o tratar los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, y los problemas físicos, psicológicos y sociales de los pacientes y sus cuidadores. Por tanto, el objetivo principal de estos cuidados paliativos no es prolongar la

esperanza de vida, sino mejorar su calidad. En este capítulo de GesEPOC 2021 se presenta una actualización sobre las comorbilidades más importantes, las estrategias de automanejo y los cuidados paliativos en la EPOC, y se incluye una recomendación sobre el uso de opiáceos para el tratamiento de la disnea refractaria en la EPOC.

[Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC \(GesEPOC\). Tratamiento no farmacológico 35312554](#)

ACTUALIZACIÓN 2021 DE LA GUÍA ESPAÑOLA DE LA EPOC (GESEPOC). TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

RESUMEN

La nueva edición de 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC 2021) propone, junto al tratamiento farmacológico ajustado por estratificación de riesgo y fenotipo, el abordaje personalizado de los rasgos tratables, definidos como una característica (clínica, fisiológica o biológica) que se puede identificar mediante pruebas diagnósticas o biomarcadores y que tiene un tratamiento específico. Existen algunos rasgos tratables que tienen un tratamiento no farmacológico y que no fueron contemplados en detalle en la guía, como puede ser la desnutrición, el sedentarismo, el enfisema o la insuficiencia respiratoria. En este capítulo de GesEPOC 2021 se presenta una actualización narrativa con recomendaciones sobre tratamiento dietético, actividad física, rehabilitación respiratoria, oxigenoterapia, ventilación no invasiva, reducción de volumen y trasplante pulmonar. Además, se incluye una pregunta PICO con recomendación sobre el uso de oxígeno suplementario durante el ejercicio en pacientes con EPOC sin hipoxemia grave.

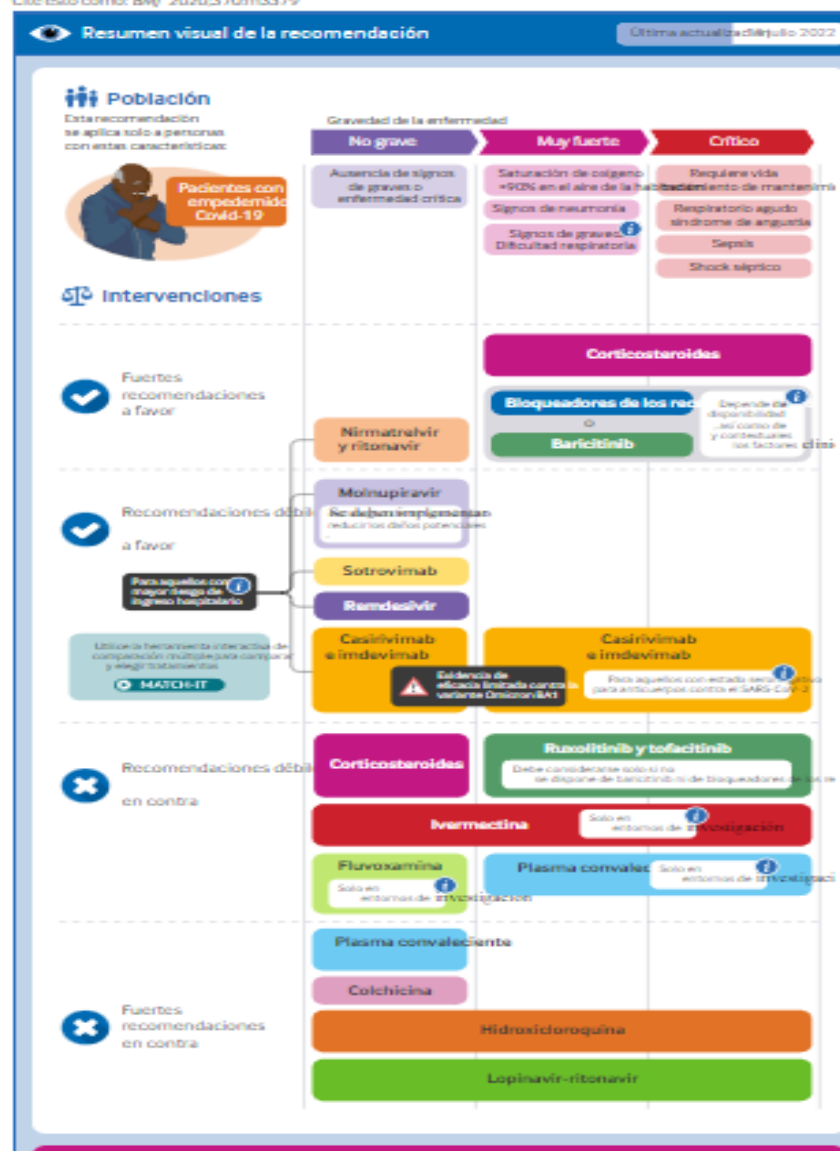
[A living WHO guideline on drugs for covid-19](#)

[32887691](#)

GUÍA VIVA DE LA OMS SOBRE FÁRMACOS PARA LA COVID-19

Una guía viva de la OMS sobre medicamentos para la covid-19

BMJ 2020 ; 370 : doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3379> (Publicado el 04 de septiembre de 2020)
Cite esto como: BMJ 2020;370:m3379



[2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines](#)

[35363499](#)

GUÍA 2022 DE AHA/ACC/HFSA PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA: INFORME DEL COMITÉ CONJUNTO DE ACC/AHA SOBRE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Abstract

Aim:

The “2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure” replaces the “2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure” and the “2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure.” The 2022 guideline is intended to provide patient-centric recommendations for clinicians to prevent, diagnose, and manage patients with heart failure.

Methods:

A comprehensive literature search was conducted from May 2020 to December 2020, encompassing studies, reviews, and other evidence conducted on human subjects that were published in English from MEDLINE (PubMed), EMBASE, the Cochrane Collaboration, the Agency for Healthcare Research and Quality, and other relevant databases. Additional relevant clinical trials and research studies, published through September 2021, were also considered. This guideline was harmonized with other American Heart Association/American College of Cardiology guidelines published through December 2021.

Structure:

Heart failure remains a leading cause of morbidity and mortality globally. The 2022 heart failure guideline provides recommendations based on contemporary evidence for the treatment of these patients. The recommendations present an evidence-based approach to managing patients with heart failure, with the intent to improve quality of care and align with patients’ interests. Many recommendations from the earlier heart failure guidelines have been updated with new evidence, and new recommendations have been created when supported by published data. Value statements are provided for certain treatments with high-quality published economic analyses.

[Series: Practical guidance to qualitative research. Part 6: Longitudinal qualitative and mixed-methods approaches for longitudinal and complex health themes in primary care research 35593106](#)

SERIE: GUÍA PRÁCTICA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. PARTE 6: ABORDAJES CUALITATIVOS LONGITUDINALES Y DE MÉTODOS MIXTOS PARA TEMAS DE SALUD LONGITUDINALES Y COMPLEJOS EN INVESTIGACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Abstract

This article, the sixth in a series aiming to provide practical guidance for qualitative research in primary care, introduces two approaches for addressing longitudinal and complex health themes in primary

care research. The first approach – longitudinal qualitative research – supports the study of change during the life course. The second approach – mixed-methods research – integrates quantitative and qualitative research to gain new insights to address the complex and multifaceted themes in primary care.

We discuss the context, what, why, when and how of these approaches and their main practical and methodological challenges. We provide examples of empirical studies using these approaches and sources for further reading.

[Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement 35536260](#)

CRIBADO DE LA EPOC: DECLARACIÓN DE REAFIRMACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Abstract

Importance Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is an irreversible reduction of airflow in the lungs. Progression to severe disease can prevent participation in normal activities because of deterioration of lung function. In 2020 it was estimated that approximately 6% of US adults had been diagnosed with COPD. Chronic lower respiratory disease, composed mainly of COPD, is the sixth leading cause of death in the US.

Objective To update its 2016 recommendation, the US Preventive Services Task Force (USPSTF) commissioned a reaffirmation evidence update that focused on targeted key questions for benefits and harms of screening for COPD in asymptomatic adults and treatment in screen-detected or screen-relevant adults.

Population Asymptomatic adults who do not recognize or report respiratory symptoms.

Evidence Assessment Using a reaffirmation process, the USPSTF concludes with moderate certainty that screening for COPD in asymptomatic adults has no net benefit.

Recommendation The USPSTF recommends against screening for COPD in asymptomatic adults. (D recommendation)

[Screening for Primary Open-Angle Glaucoma: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement](#)
[35608574](#)

CRIBADO DEL GLAUCOMA PRIMARIO DE ÁNGULO ABIERTO: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Abstract

Importance Glaucoma affects an estimated 2.7 million people in the US. It is the second-leading cause of irreversible blindness in the US and the leading cause of blindness in Black and Hispanic/Latino persons.

Objective To update its 2013 recommendation, the US Preventive Services Task Force (USPSTF) commissioned a systematic review to evaluate the benefits and harms of screening for glaucoma in adults.

Population Adults 40 years or older who present in primary care and do not have signs or symptoms of open-angle glaucoma.

Evidence Assessment The USPSTF concludes that the evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for glaucoma in adults. The benefits and harms of screening for glaucoma in adults are uncertain. More research is needed.

Recommendation The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for primary open-angle glaucoma in adults. (I statement)

[New US Preventive Services Task Force Recommendations on Screening for Eating Disorders](#)
[35289838](#)

NUEVAS RECOMENDACIONES DEL USPSTF SOBRE CRIBADO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Summary and Conclusions

In summary, the USPSTF found insufficient evidence for screening for eating disorders in asymptomatic adolescents and adults.³ Research on benefits and harms of screen-detected populations from primary care settings is needed because no studies assessing this question were identified.⁴ In particular, studies of screening and treatment in adolescents, men, racial and ethnic minority groups, and sexual and gender minority groups are needed to move beyond the insufficient evidence recommendation.

MENSAJES CLAVE DE LA GUÍA SOBRE QUÉ HACER Y QUÉ NO

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular		
Se recomienda evaluar sistemáticamente el riesgo de ECV en general de toda persona con cualquier factor de riesgo vascular mayor (como antecedentes familiares de ECV prematura, HF, factores de riesgo de ECV como tabaquismo, hipertensión arterial, DM, hiperlipemia, obesidad o comorbilidades que aumenten el riesgo de ECV)	I	C
No se recomienda la evaluación sistemática del riesgo de ECV de los varones menores de 40 años y las mujeres menores de 50 sin factores de riesgo cardiovascular conocidos	III	C
Recomendaciones sobre la estimación del riesgo de enfermedad cardiovascular		
Para toda persona aparentemente sana menor de 70 años sin EA establecida, DM, ERC o trastornos raros/genéticos de la PA, se recomienda estimar el riesgo a 10 años de ECV mortal y no mortal con las tablas SCORE2	I	B
Para toda persona de edad ≥ 70 años aparentemente sana sin EA establecida, DM, ERC o trastornos raros/genéticos de la PA, se recomienda estimar el riesgo a 10 años de ECV mortal y no mortal con las tablas SCORE2-OP	I	B
Se debe considerar en alto o muy alto riesgo a los pacientes con ECV, DM, nefropatía de moderada a grave o trastornos raros/genéticos de la PA	I	A
Para personas aparentemente sanas con riesgo alto o muy alto de EA, así como para pacientes con EA establecida o DM, se recomienda intensificar el tratamiento con un enfoque por pasos que busque el tratamiento intensivo de los factores de riesgo tomando en consideración el riesgo de ECV, el beneficio del tratamiento de los factores de riesgo, los modificadores del riesgo, las comorbilidades y las preferencias del paciente	I	B
Para las personas aparentemente sanas sin DM, ERC, trastornos genéticos/raros de la PA o los lípidos que tengan una puntuación de riesgo de ECV muy alta (SCORE2 $\geq 7,5\%$ los menores de 50 años; SCORE2 $\geq 10\%$ los de 50-69 años, y SCORE2-OP $\geq 15\%$ los de 70 o más años), se recomienda el tratamiento de los factores de riesgo de EA	I	C
Recomendación para la comunicación del riesgo cardiovascular		
Se recomienda un debate informado sobre el riesgo de ECV y los beneficios del tratamiento ajustado a las necesidades del paciente	I	C
Recomendaciones sobre los modificadores del riesgo		

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
No se recomienda recopilar sistemáticamente otros posibles modificadores como puntuaciones de riesgo genético, biomarcadores en sangre u orina, pruebas vasculares o pruebas de imagen (más allá de la puntuación de CAC o la ecografía carotídea para la detección de placas)	III	B
Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de enfermedad cardiovascular en cuadros clínicos específicos		
Para todo paciente con ERC, con o sin DM, se recomienda el oportuno cribado de EA y de progresión de la nefropatía incluyendo monitorización de la albuminuria	I	C
Se recomienda monitorizar la disfunción cardíaca con técnicas de imagen y biomarcadores en sangre antes, periódicamente durante y tras el tratamiento oncológico	I	B
Se recomienda el cribado de factores de riesgo cardiovascular y la optimización del perfil de riesgo de ECV de los pacientes en tratamiento oncológico	I	C
Se recomienda que se considere la EA y los factores de riesgo de EA en todo paciente con EPOC	I	C
Para pacientes con ECV, obesidad e hipertensión, se recomienda el cribado de sueño no reparador (p. ej., con la pregunta: «¿Cada cuánto tiene problemas para dormirse o mantenerse dormido o duerme demasiado?»)	I	C
Se recomienda la derivación a un especialista en caso de problemas de sueño importantes que no responden a las medidas para la higiene del sueño en 4 semanas	I	C
Se recomienda considerar la influencia de los trastornos mentales, ya sea con deterioro funcional significativo o disminución del uso de los servicios de salud, como una influencia en el riesgo de ECV	I	C
Se recomienda que los adultos de todas las edades se esfuercen en mantener AF de intensidad moderada al menos 150-300min/semana o AF aeróbica vigorosa 75-150min/semana o una combinación equivalente, para reducir la mortalidad por cualquier causa, la mortalidad y la morbilidad cardiovasculares	I	A
Se recomienda que los adultos que no puedan realizar AF de intensidad moderada 150min/semana se mantengan tan activos como su capacidad y su estado de salud les permitan	I	B
Se recomienda reducir el tiempo sedentario a favor de una actividad al menos ligera durante el día para reducir la mortalidad por cualquier causa y la mortalidad y la morbilidad cardiovasculares	I	B
Se recomienda la práctica de ejercicio de fuerza, además de aeróbico, 2 o más días por semana para reducir la mortalidad por cualquier causa	I	B
Recomendaciones sobre alimentación y consumo de alcohol		
Se recomienda una dieta saludable para todas las personas como piedra angular de la prevención cardiovascular	I	A
Se recomienda adoptar una dieta mediterránea o similar para reducir el riesgo de ECV	I	A

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Se recomienda sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas para reducir el riesgo de ECV	I	A
Se recomienda disminuir el consumo de sal para reducir la PA y el riesgo de ECV	I	A
Se recomienda adoptar un patrón alimentario de origen vegetal, rico en fibra, que incluya cereales integrales, frutas, verduras, legumbres y frutos secos	I	B
Se recomienda restringir el consumo de alcohol a un máximo de 100g a la semana	I	B
Se recomienda consumir pescado, preferiblemente graso, al menos una vez a la semana y restringir el consumo de carne (procesada)	I	B
Se recomienda restringir la ingesta de azúcares libres, especialmente bebidas azucaradas, a un máximo del 10% de la ingesta energética	I	B
Recomendaciones sobre el peso corporal		
Para las personas con sobrepeso y obesidad, se recomienda un objetivo de pérdida de peso para reducir la PA, la dislipemia y el riesgo de DM2 y así mejorar el perfil de riesgo de ECV	I	A
Aunque hay una amplia gama de dietas efectivas para la pérdida de peso, se recomienda una dieta saludable para mantener la salud cardiovascular a lo largo del tiempo	I	A
Recomendaciones sobre salud mental e intervenciones psicosociales individuales		
Los pacientes con trastornos mentales necesitan más atención y apoyo para mejorar la adherencia a los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico	I	C
Para los pacientes con EA y trastornos mentales, se recomienda una atención a la salud mental basada en la evidencia y la cooperación interdisciplinaria	I	B
No se recomiendan los ISRS, los IRSN ni los antidepresivos tricíclicos para los pacientes con IC y depresión mayor	III	B
Recomendaciones sobre estrategias para la intervención en el tabaquismo		
Se debe cesar todo consumo de tabaco, ya que este es una importante causa independiente de EA	I	A
Se recomienda la deshabituación tabáquica independientemente de la ganancia de peso, ya que esta no disminuye los beneficios de la deshabituación para la EA	I	B
Recomendaciones sobre los objetivos de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad		
Para las personas aparentemente sanas con riesgo de ECV alto o muy alto o con EA establecida o DM, se recomienda una intensificación del tratamiento por pasos con consideración del riesgo de ECV, el beneficio del tratamiento, los modificadores del riesgo y las preferencias del paciente	I	C
Recomendaciones sobre la reducción farmacológica del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad en pacientes menores de 70 años		

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Se recomienda prescribir estatinas de alta intensidad hasta la dosis máxima tolerada para la consecución de los objetivos de cLDL por riesgo específico para cada grupo	I	A
Para los pacientes con EA establecida, se recomienda un tratamiento hipolipemiente con un objetivo fundamental de cLDL de 1,4mmol/l (55mg/dl) y una reducción $\geq 50\%$ de los valores basales	I	A
Si no se alcanzan los objetivos con la dosis máxima tolerada de estatinas, se recomienda combinarla con ezetimiba	I	B
Se recomienda la politerapia con inhibidores de la PCSK9 en prevención secundaria para pacientes que no alcancen los objetivos con la dosis máxima tolerada de estatinas y ezetimiba	I	A
Se recomienda la politerapia con inhibidores de la PCSK9 para pacientes con muy alto riesgo y HF (con EA u otro factor de riesgo importante) que no alcancen los objetivos con la dosis máxima tolerada de estatinas y ezetimiba	I	C
Para las pacientes premenopáusicas que tengan intención de gestar o no utilicen métodos anticonceptivos adecuados, no se recomienda el tratamiento con estatinas	III	C
Recomendación sobre el tratamiento farmacológico de pacientes con hipertrigliceridemia		
Se recomienda el tratamiento con estatinas como medicamento de primera elección para la reducción del riesgo de ECV de las personas con alto riesgo e hipertrigliceridemia (triglicéridos $> 2,3\text{mmol/l}$ [200mg/dl])	I	A
Recomendaciones sobre el tratamiento de las dislipemias en ancianos (edad ≥ 70 años)		
Se recomienda el tratamiento con estatinas para los ancianos con EA de la misma forma que para los pacientes más jóvenes	I	A
Se recomienda iniciar el tratamiento con estatinas con una dosis baja si hay un deterioro renal significativo o son posibles interacciones medicamentosas	I	C
Recomendación sobre el tratamiento de las dislipemias en la diabetes mellitus		
Para los pacientes con DM2 y muy alto riesgo (p. ej., con EA establecida o DOD grave), se recomienda intensificar el tratamiento hipolipemiente con un objetivo fundamental ^d de reducción del cLDL $\geq 50\%$ y valores de cLDL $< 1,4\text{mmol/l}$ (55 mg/dl) ^{21,22,522,540,541}	I	A
Para los pacientes menores de 40 años con DM2 y alto riesgo, se recomienda el tratamiento hipolipemiente con un objetivo fundamental de reducción del cLDL $\geq 50\%$ y cifras de cLDL $< 1,8\text{mmol/l}$ (70 mg/dl)	I	A
Recomendaciones sobre el tratamiento lipídico para pacientes con enfermedad renal crónica moderada-grave (estadios 3-5 de la <i>Kidney Disease Outcomes Quality Initiative</i>)		
Para pacientes con ERC en estadios 3-5 sin diálisis diaria, se recomienda el tratamiento con estatinas o combinado de estatinas-ezetimiba	I	A

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Para los pacientes con ERC en diálisis sin EA, no se recomienda iniciar el tratamiento con estatinas	III	A
Recomendaciones sobre el tratamiento clínico de la hipertensión		
<i>Clasificación de la PA</i>		
Se recomienda la clasificación de la PA en óptima, normal y normal-alta, o grados 1-3 de hipertensión, según la PA en consulta	I	C
<i>Diagnóstico de hipertensión</i>		
Se recomienda basar el diagnóstico de hipertensión en:		
Determinaciones de PA repetidas en consulta, en más de una cita, excepto cuando la hipertensión sea grave (p. ej., grado 3, sobre todo en pacientes con alto riesgo) o	I	C
PA fuera de consulta con MAPA o AMPA cuando sea posible	I	C
<i>Evaluación del daño orgánico mediado por hipertensión</i>		
Para todos los pacientes, se recomienda la determinación de la creatinina sérica, la TFGe, los electrolitos y el cociente albúmina/creatinina para evaluar la presencia de daño orgánico mediado por hipertensión. Para los pacientes con alteraciones electrocardiográficas y signos/síntomas de disfunción del VI, se recomienda un ECG de 12 derivaciones y ecocardiografía. Para los pacientes con hipertensión de grados 2 o 3 y todo paciente hipertenso con DM, se recomienda una oftalmoscopia o pruebas de imagen retinianas	I	B
<i>Parámetros para el inicio del tratamiento hipotensor</i>		
Se recomienda iniciar el tratamiento según el riesgo de ECV absoluto, la estimación de los beneficios de por vida y la presencia de daño orgánico mediado por hipertensión para la hipertensión grado 1	I	C
Se recomienda el tratamiento farmacológico para los pacientes con hipertensión de grado ≥ 2	I	A
<i>Objetivos de PA en consulta</i>		
Para todos los pacientes, se recomienda que el primer objetivo terapéutico sea disminuir la PA a $< 140/90$ mmHg y luego ajustar los objetivos según la edad y las comorbilidades específicas	I	A
Para la mayoría de los pacientes de 18-69 años con tratamiento, se recomienda un objetivo fundamental en el intervalo de 120-130 mmHg	I	A
Para los pacientes de edad ≥ 70 años en tratamiento, se recomienda un objetivo de PAS < 140 e incluso < 130 si se tolera	I	A
Para todos los pacientes en tratamiento, se recomienda reducir la PAD a < 80 mmHg	I	A
<i>Tratamiento de la hipertensión: intervenciones en el estilo de vida</i>		
Para toda persona con PA normal-alta o superior, se recomiendan intervenciones en el estilo de vida	I	A
<i>Tratamiento de la hipertensión: fármacos</i>		
Para la mayoría de los pacientes, se recomienda iniciar el tratamiento antihipertensivo con una combinación de 2 fármacos, preferiblemente en un único comprimido. Las excepciones son los pacientes frágiles o	I	A

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
de edad avanzada y aquellos con hipertensión de grado 1 y bajo riesgo (especialmente con PAS < 150mmHg)		
Se recomienda que las combinaciones preferibles incluyan un bloqueador del SRA (p. ej., un IECA o ARA-II) con un BCC o un diurético, pero se pueden utilizar otras combinaciones de los 5 grandes grupos (IECA o ARA-II, bloqueadores beta, BCC, tiacidas o un diurético tiacídico)	I	A
Si no se logra controlar la PA con tratamiento combinado se recomienda, se recomienda instaurar el tratamiento triple, generalmente un bloqueador del SRA con un BCC y un diurético, preferiblemente combinados en un único comprimido	I	A
Si no se logra controlar la PA con tratamiento triple, se recomienda añadir espironolactona al tratamiento o, si no se tolera, otros diuréticos como amilorida o dosis más altas de otros diuréticos, un bloqueador alfa o un bloqueador beta o clonidina	I	B
No se recomienda la combinación de 2 bloqueadores del SRA	III	A
Recomendaciones sobre el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus		
<i>Estilo de vida</i>		
Se recomiendan cambios en el estilo de vida que incluyan la deshabituación tabáquica, una dieta baja en grasas saturadas y alta en fibras, AF aeróbica y entrenamiento de fuerza	I	A
Se recomienda reducir la ingesta energética para contribuir a la pérdida de peso o prevenir la ganancia de peso lenta	I	A
<i>Objetivos glucémicos</i>		
Para la mayoría de los adultos con DM2 o DM2, se recomienda un objetivo de HbA1c < 0,7% (53mmol/mol) para reducir el riesgo de ECV y complicaciones microvasculares	I	A
<i>Tratamiento de la hiperglucemia y la EA/los riesgos cardiorrenales</i>		
Para la mayoría de los pacientes sin antecedentes de EA, ERC o IC, se recomienda la metformina como tratamiento de primera línea tras evaluar la función renal	I	B
Se recomienda el tratamiento con un aGLP-2 o un iSGLT2 con resultados probados para reducir el riesgo cardiovascular y los eventos cardiorrenales en pacientes con DM2 y EA	I	A
Para los pacientes con DM2 y ERC, se recomienda el tratamiento con un iSGLT2 para mejorar los eventos cardiovascular y cardiorrenales	I	A
Para los pacientes con DM2 e IC-FEr, se recomienda el tratamiento con un iSGLT2 con demostrado beneficio en los resultados para disminuir las hospitalizaciones por IC y la muerte cardiovascular	I	A
Recomendaciones sobre el tratamiento antitrombótico		
Para la prevención secundaria de la ECV, se recomienda AAS 75-100 mg/día	I	A
Se recomienda clopidogrel 75 mg/día en prevención secundaria como alternativa al AAS en caso de intolerancia a este	I	B

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Para los pacientes en tratamiento antiagregante plaquetario con alto riesgo de hemorragia gastrointestinal, se recomienda el tratamiento concomitante con un inhibidor de la bomba de protones	I	B
Para los pacientes con riesgo cardiovascular bajo-moderado, no se recomienda el tratamiento antiagregante plaquetario debido al aumento del riesgo de hemorragia grave	III	A
Recomendaciones sobre rehabilitación cardíaca		
Para los pacientes que han sufrido eventos de EA y revascularización y los pacientes con IC (principalmente IC-FEr), se recomienda la participación en una rehabilitación cardíaca basada en el ejercicio, estructurada, integral y multidisciplinaria para mejorar los resultados	I	A
Recomendación sobre políticas de intervención poblacionales		
Se recomienda implementar medidas para reducir la contaminación atmosférica, la emisión de partículas y contaminantes gaseosos y el consumo de combustibles fósiles y limitar las emisiones de dióxido de carbono para reducir la mortalidad y la morbilidad por ECV	I	C
Recomendaciones para pacientes con enfermedad coronaria		
Para los pacientes con infarto de miocardio o revascularización previos, se recomienda AAS 75-100 mg/día	I	A
Para los pacientes con SCA, se recomienda añadir al AAS un inhibidor del P2Y ₁₂ durante 12 meses, a no ser que haya contraindicaciones como riesgo hemorrágico excesivo	I	A
Para los pacientes con síndromes coronarios crónicos tras endoprótesis coronaria, independientemente del tipo de endoprótesis, se recomienda añadir al AAS clopidogrel 75 mg/día durante 6 meses, a no ser que esté indicada una pauta más corta (1-3 meses) debido al riesgo de hemorragia mortal	I	A
Se recomiendan los IECA (o ARA-II) si el paciente presenta otras enfermedades (como IC, hipertensión o DM)	I	A
Se recomiendan los bloqueadores beta para los pacientes con disfunción del VI o IC sistólica	I	A
Para los pacientes con EA establecida, se recomienda el tratamiento hipolipemiente oral con un objetivo fundamental de cLDL < 1,4mmol/l (55mg/dl) y una reducción $\geq$ 50% de los valores basales de cLDL	I	A
Recomendaciones sobre intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para pacientes sintomáticos (NYHA II-IV) con insuficiencia cardíaca y fracción de eyección reducida (< 40%) con demostrado beneficio en desenlaces clínicos como la morbilidad y la mortalidad cardiovasculares		
Para todo paciente con IC se recomienda un programa de RC integral para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes sintomáticos estables con IF-FEr, se recomiendan la RC basada en ejercicio para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC, se recomienda el cribado de comorbilidades cardiovasculares y no cardiovasculares que, de hallarse, habría que	I	A

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
tratar si existe un tratamiento seguro y efectivo, no solo para aliviar los síntomas, sino también para mejorar el pronóstico		
Para los pacientes con IC-FEr sintomática, se recomienda añadir un IECA a un bloqueador beta o un ARM para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC-FEr sintomática, se recomienda añadir un bloqueador beta a un IECA (o un INRA) y un ARM para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC-FEr tratados con un IECA (o un INRA) y un bloqueador beta, se recomienda un ARM para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC-FEr, se recomienda el sacubitrilo-valsartán como sustituto de un IECA para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	B
Para los pacientes sintomáticos con IC-FEr que no toleren un IECA o un INRA, se recomienda un ARA-II para reducir el riesgo de hospitalización por IC o muerte CV (también se debe prescribir un bloqueador beta y un ARM)	I	B
Para los pacientes con IC-FEr, se recomiendan dapagliflozina o empagliflozina, además del tratamiento óptimo con un IECA (o un INRA), un bloqueador beta y un ARM, para reducir el riesgo de hospitalización por IC y muerte	I	A
Para los pacientes con IC-FEr y signos/síntomas de congestión, se recomiendan los diuréticos para reducir el riesgo de hospitalización por IC	I	C
Recomendaciones para pacientes con enfermedad cerebrovascular		
Para los pacientes con un evento cerebrovascular, se recomienda mejorar los factores del estilo de vida, además del tratamiento farmacológico adecuado	I	A
Para los pacientes con ictus isquémico o AIT, se recomienda la prevención con antitrombóticos. La elección del antitrombótico dependerá del mecanismo del evento. Para los pacientes con ictus isquémico o AIT no cardioembólico, se recomienda el tratamiento con antiagregantes plaquetarios; para aquellos con ictus isquémico o AIT cardioembólico, se recomienda el tratamiento con anticoagulantes	I	A
Para los pacientes con ictus isquémico o AIT no cardioembólico, se recomienda la prevención con AAS en monoterapia o dipiridamol+AAS o clopidogrel solo	I	A
Para los pacientes con ictus o AIT con PA de 140/90 o superior, se recomienda reducir la PA	I	A
Recomendaciones para pacientes con enfermedad arterial de las extremidades inferiores: tratamiento médico óptimo		
Se recomienda la deshabituación tabáquica para todo paciente con EAEI	I	B
Se recomienda una dieta saludable y valores óptimos de PA para todo paciente con EAEI	I	C
Para los pacientes con claudicación intermitente:		

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Se recomienda ejercicio de entrenamiento supervisado	I	A
Se recomienda ejercicio de entrenamiento no supervisado cuando la supervisión no sea posible o no esté disponible	I	C
Para los pacientes con EAEI sintomática, se recomienda tratamiento antiagregante plaquetario	I	C
Para los pacientes con EAEI e hipertensión, se recomienda reducir la PA a < 140/90mmHg	I	A
Para todos los pacientes diabéticos con EAEI, se recomienda el control glucémico estricto	I	A
Recomendaciones para pacientes con enfermedad renal crónica: tratamiento médico óptimo		
Para los pacientes diabéticos con hipertensión y albuminuria, se recomienda el tratamiento con un IECA o un ARA-II. Estos fármacos deben ajustarse progresivamente hasta la dosis máxima tolerada	I	B
No se recomienda la politerapia con IECA y ARA-II	I	C
Recomendaciones sobre intervenciones en el estilo de vida y tratamiento de los factores de riesgo y las enfermedades concomitantes en pacientes con fibrilación auricular		
Se recomienda identificar y tratar los factores de riesgo y las enfermedades concomitantes como parte integral del tratamiento	I	B
Se recomienda modificar los estilos de vida poco saludables y el tratamiento dirigido de las enfermedades intercurrentes para reducir la carga de FA y la gravedad de los síntomas	I	B
Se recomienda prestar atención al buen control de la PA de los pacientes con FA e hipertensión para reducir las recurrencias de FA y los riesgos de ictus y de hemorragias	I	B

[Comentarios a la guía ESC 2021 sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica](#)
[35165071](#)

COMENTARIOS A LA GUÍA ESC 2021 SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
 CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

CONCLUSIONES

La nueva guía de prevención aporta algunas novedades que cambiarán la práctica clínica en la valoración del RCV de personas aparentemente sanas. El SCORE2 valora la morbimortalidad y no solo la mortalidad y, además, el SCORE-OP es una aproximación mejorada al RCV de los pacientes mayores de 70 años no disponible anteriormente. Respecto al control de FRCV y enfermedades que

Selección y traducciones de las referencias realizadas por Antonio Manteca González

requieren especial atención preventiva por su mayor RCV, se plantean numerosas recomendaciones; algunas recalcan las ya vigentes en otras guías y otras muchas presentan discretos cambios. Hay también espacio para recomendaciones más controvertidas, la estrategia en 2 pasos y algunas lagunas en la evidencia. Por último, la rehabilitación cardíaca tiene máxima recomendación y evidencia, no solo en cardiopatía isquémica sino también en IC, todo ello considerando la etapa sanitaria actual.

[Recomendaciones SER sobre el manejo de los pacientes con fibromialgia. Parte II: educación del paciente y formación de los profesionales](#)
33933369

RECOMENDACIONES SER SOBRE EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA. PARTE II: EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

RESUMEN

Objetivo

Evitar el deterioro de los pacientes con fibromialgia por actuaciones perjudiciales en la práctica clínica potencialmente evitables.

Métodos

Un panel multidisciplinar de expertos identificó las áreas clave, analizó la evidencia científica y formuló las recomendaciones a partir de esta evidencia y de técnicas cualitativas de «evaluación formal» o «juicio razonado».

Resultados

Se han elaborado 39 recomendaciones sobre diagnóstico, tratamientos no eficaces ni seguros, educación del paciente y

formación del profesional. En esta parteII se reflejan las 12 recomendaciones, referidas a las dos últimas áreas.

Conclusiones

Un buen conocimiento de la fibromialgia por el paciente mejora el afrontamiento y la aceptación de la enfermedad reduciendo la gravedad de algunas manifestaciones clínicas. Los profesionales sanitarios que tratan a los pacientes con fibromialgia deben tener una buena formación sobre esta enfermedad para mejorar los resultados del tratamiento y la relación con el paciente.

[PCSK9 inhibitors and ezetimibe for the reduction of cardiovascular events: a clinical practice guideline with risk-stratified recommendations](#)
35508320

INHIBIDORES DE PCSK9 Y EZETIMIBA PARA LA REDUCCIÓN DE ACONTECIMIENTOS CARDIOVASCULARES: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CON RECOMENDACIONES DE ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO

Abstract

Clinical question In adults with low density lipoprotein (LDL) cholesterol levels >1.8 mmol/L (>70 mg/dL) who are already taking the maximum dose of statins or are intolerant to statins, should another lipid-lowering drug be added, either a proprotein convertase subtilisin/kexin 9 (PCSK9) inhibitor or ezetimibe, to reduce the risk of major cardiovascular events? If so, which drug is preferred? Having decided to use one, should we add the other lipid-lowering drug?

Current practice Most guidelines emphasise LDL cholesterol targets in their recommendations for prescribing PCSK9 inhibitors and/or ezetimibe in adults at high risk of experiencing a major adverse cardiovascular event. However, to achieve these goals in very high risk patients with statins alone is almost impossible, so physicians are increasingly considering other lipid-lowering drugs solely for achieving LDL cholesterol treatment goals rather than for achieving important absolute cardiovascular risk reduction. Most guidelines do not systematically assess the cardiovascular benefits of adding PCSK9 inhibitors and/or ezetimibe for all risk groups across primary and secondary prevention, nor do they report, in accordance with explicit judgments of assumed patients' values and preferences, absolute benefits and harms and potential treatment burdens.

Recommendations The guideline panel provided mostly weak recommendations, which means we rely on shared decision making when applying these recommendations. For adults already using statins, the panel suggests adding a

second lipid-lowering drug in people at very high and high cardiovascular risk but recommends against adding it in people at low cardiovascular risk. For adults who are intolerant to statins, the panel recommends using a lipid-lowering drug in people at very high and high cardiovascular risk but against adding it in those at low cardiovascular risk. When choosing to add another lipid-lowering drug, the panel suggests ezetimibe in preference to PCSK9 inhibitors. The panel suggests further adding a PCSK9 inhibitor to ezetimibe for adults already taking statins at very high risk and those at very high and high risk who are intolerant to statins.

How this guideline was created An international panel including patients, clinicians, and methodologists produced these recommendations following standards for trustworthy guidelines and using the GRADE approach. The panel identified four risk groups of patients (low, moderate, high, and very high cardiovascular risk) and primarily applied an individual patient perspective in moving from evidence to recommendations, though societal issues were a secondary consideration. The panel considered the balance of benefits and harms and burdens of starting a PCSK9 inhibitor and/or ezetimibe, making assumptions of adults' average values and preferences. Interactive evidence summaries and decision aids accompany multi-layered recommendations, developed in an online authoring and publication platform (www.magicapp.org) that also allows re-use and adaptation.

The evidence A linked systematic review and network meta-analysis (14 trials including 83 660 participants) of benefits found that PCSK9 inhibitors or ezetimibe probably reduce myocardial infarctions and stroke in patients with very high and high cardiovascular risk, with no impact on mortality (moderate to high certainty evidence), but not in those with moderate and low cardiovascular risk. PCSK9 inhibitors may have similar effects to ezetimibe on reducing non-fatal myocardial infarction or stroke (low certainty evidence). These relative benefits were consistent, but their absolute magnitude varied based on cardiovascular risk in individual patients (for example, for 1000 people treated with PCSK9 inhibitors in addition to statins over five years, benefits ranged from 2 fewer strokes in the lowest risk to 21 fewer in the highest risk). Two systematic reviews on harms found no important adverse events for these drugs (moderate to high certainty evidence). PCSK9 inhibitors require injections that sometimes result in injection site reactions (best estimate 15 more per 1000 in a 5 year timeframe), representing a burden and harm that may matter to patients. The MATCH-IT decision support tool allows you to interact with the evidence and your patients across the alternative options: <https://magicevidence.org/match-it/220504dist-lipid-lowering-drugs/>.

Understanding the recommendations The stratification into four cardiovascular risk groups means that, to use the recommendations, physicians need to identify their patient's risk first. We therefore suggest, specific to various geographical regions, using some reliable risk calculators that estimate patients' cardiovascular risk based on a mix of known risk factors. The largely weak recommendations concerning the addition of ezetimibe or PCSK9 inhibitors reflect what the panel considered to be a close balance between small reductions in stroke and myocardial infarctions weighed against the burdens and limited harms. Because of the anticipated large variability of patients' values and preferences, well informed choices warrant shared decision making. Interactive evidence summaries and decision aids linked to the recommendations can facilitate such shared

decisions. The strong recommendations against adding another drug in people at low cardiovascular risk reflect what the panel considered to be a burden without important benefits. The strong recommendation for adding either ezetimibe or PCSK9 inhibitors in people at high and very high cardiovascular risk reflect a clear benefit.

The panel recognised the key uncertainty in the evidence concerning patient values and preferences, namely that what most people consider important reductions in cardiovascular risks, weighed against burdens and harms, remains unclear. Finally, availability and costs will influence decisions when healthcare systems, clinicians, or people consider adding ezetimibe or PCSK9 inhibitors.

[Type 2 diabetes: summary of updated NICE guidance](#)
35584815

DIABETES TIPO 2: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA

What you need to know

- When assessing or reviewing adults with type 2 diabetes, include an assessment of the person's cardiovascular status and cardiovascular risk
 - Assess the lifetime risk of cardiovascular disease in people with type 2 diabetes aged <40 years, instead of 10-year cardiovascular risk
 - Offer adults with type 2 diabetes who have chronic heart failure or atherosclerotic cardiovascular disease a sodium-glucose transport protein 2 (SGLT2) inhibitor with proven cardiovascular benefit
 - Consider an SGLT2 inhibitor in adults with type 2 diabetes who have do not have chronic heart failure or atherosclerotic cardiovascular disease but who have an increased cardiovascular risk
 - If an SGLT2 inhibitor is indicated and no glucose lowering drugs are already being taken, it should be prescribed in combination with metformin as soon as metformin tolerability is confirmed
 - Check and address modifiable risks for diabetic ketoacidosis before starting treatment with an SGLT2 inhibitor
-

[Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement](#)
35608838

CRIBADO DEL DETERIORO DE LA AGUDEZA VISUAL EN ANCIANOS: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Abstract

Importance Impairment of visual acuity is a serious public health problem in older adults. The number of persons 60 years or older with impaired visual

acuity (defined as best corrected visual acuity worse than 20/40 but better than 20/200) was estimated at 2.91 million in 2015, and the number who are blind (defined as best corrected visual acuity of 20/200 or worse) was estimated at 760 000. Impaired visual acuity is consistently associated with decreased quality of life in older persons, including reduced ability to perform activities of daily living, work, and drive safely, as well as increased risk of falls and other unintentional injuries.

Objective To update its 2016 recommendation, the US Preventive Services Task Force (USPSTF) commissioned a systematic review to evaluate the benefits and harms of screening for impaired visual acuity in older adults.

Population Asymptomatic adults 65 years or older who present in primary care without known impaired visual acuity and are not seeking care for vision problems.

Evidence Assessment The USPSTF concludes that the evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for impaired visual acuity in asymptomatic older adults. The evidence is lacking, and the balance of benefits and harms cannot be determined. More research is needed.

Recommendation The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for impaired visual acuity in older adults. (I statement)

[Vitamin, Mineral, and Multivitamin Supplementation to Prevent Cardiovascular Disease and Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 35727271](#)

SUPLEMENTOS DE VITAMINAS, MINERALES Y MULTIVITAMINAS PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y EL CÁNCER: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Abstract

Importance According to National Health and Nutrition Examination Survey data, 52% of surveyed US adults reported using at least 1 dietary supplement in the prior 30 days and 31% reported using a multivitamin-mineral supplement. The most commonly cited reason for using supplements is for overall health and wellness and to fill nutrient gaps in the diet. Cardiovascular disease and cancer are the 2 leading causes of death and combined account for approximately half of all deaths in the US annually. Inflammation and oxidative stress have been shown to have a role in both cardiovascular disease and cancer, and dietary supplements may have anti-inflammatory and antioxidative effects.

Objective To update its 2014 recommendation, the US Preventive Services Task Force (USPSTF) commissioned a review of the evidence on the efficacy of supplementation with single nutrients, functionally related nutrient pairs, or multivitamins for reducing the risk of cardiovascular disease, cancer, and mortality in the general adult population, as well as the harms of supplementation.

Population Community-dwelling, nonpregnant adults.

Evidence Assessment The USPSTF concludes with moderate certainty that the harms of beta carotene supplementation outweigh the benefits for the prevention of cardiovascular disease or cancer. The USPSTF also concludes with moderate certainty that there is no net benefit of supplementation with vitamin E for the prevention of cardiovascular disease or cancer. The USPSTF concludes that the evidence is insufficient to determine the balance of benefits and harms of supplementation with multivitamins for the prevention of cardiovascular disease or cancer. Evidence is lacking and the balance of benefits and harms cannot be determined. The USPSTF concludes that the evidence is insufficient to determine the balance of benefits and harms of supplementation with single or paired nutrients (other than beta carotene and vitamin E) for the prevention of cardiovascular disease or cancer. Evidence is lacking and the balance of benefits and harms cannot be determined.

Recommendation The USPSTF recommends against the use of beta carotene or vitamin E supplements for the prevention of cardiovascular disease or cancer. (D recommendation) The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the use of multivitamin supplements for the prevention of cardiovascular disease or cancer. (I statement) The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the use of single- or paired-nutrient supplements (other than beta carotene and vitamin E) for the prevention of cardiovascular disease or cancer. (I statement)

[Management of depression in adults: summary of updated NICE guidance 35858703](#)

MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS: RESUMEN DE LA GUÍA NICE ACTUALIZADA

What you need to know

- Discuss treatment options to match the needs and preferences of a person with a new episode of depression
- Consider the least intrusive and least resource-intensive available treatment (eg, guided self-help) first for less severe depression
- Do not offer antidepressant medication routinely as first line treatment for less severe depression unless that is the person's preference

- When stopping antidepressants, advise a relatively long tapering using a proportional (hyperbolic) reduction schedule

[Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Disease Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement](#)
35881115

INTERVENCIONES DE CONSEJO CONDUCTUAL PARA PROMOVER DIETA SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ADULTOS SIN FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Abstract

Importance Cardiovascular disease (CVD), which includes heart disease, myocardial infarction, and stroke, is the leading cause of death in the US. A large proportion of CVD cases can be prevented by addressing modifiable risk factors, including smoking, obesity, diabetes, elevated blood pressure or hypertension, dyslipidemia, lack of physical activity, and unhealthy diet. Adults who adhere to national guidelines for a healthy diet and physical activity have lower rates of cardiovascular morbidity and mortality than those who do not; however, most US adults do not consume healthy diets or engage in physical activity at recommended levels.

Objective To update its 2017 recommendation, the US Preventive Services Task Force (USPSTF) commissioned a review of the evidence on the benefits and harms of behavioral counseling interventions to promote healthy behaviors in adults without CVD risk factors.

Population Adults 18 years or older without known CVD risk factors, which include hypertension or elevated blood pressure, dyslipidemia, impaired fasting glucose or glucose tolerance, or mixed or multiple risk factors such as metabolic syndrome or an estimated 10-year CVD risk of 7.5% or greater.

Evidence Assessment The USPSTF concludes with moderate certainty that behavioral counseling interventions have a small net benefit on CVD risk in adults without CVD risk factors.

Recommendation The USPSTF recommends that clinicians individualize the decision to offer or refer adults without CVD risk factors to behavioral counseling interventions to promote a healthy diet and physical activity. (C recommendation)

[Updated USPSTF Recommendations for Behavioral Counseling Interventions: Gaps, Challenges, and Opportunities](#)

35881411

RECOMENDACIONES ACTUALIZADAS DEL USPSTF PARA LAS INTERVENCIONES DE CONSEJOS CONDUCTUALES: LAGUNAS, RETOS Y OPORTUNIDADES

Heart disease is the leading cause of death in the US and accounted for 693 021 (or 1 in 4) deaths in 2021.¹ The US Preventive Services Task Force (USPSTF) has recently published updated recommendations on behavioral counseling interventions to promote healthy eating and physical activity for cardiovascular disease (CVD) prevention in adults without known CVD risk factors.² The recommendations, which were supported by an updated evidence report and systematic review,³ were given a grade of C based on evidence that behavioral counseling interventions provide a small benefit in improving physical activity levels and healthy eating, as well as a small improvement in CVD risk factors such as blood pressure, low-density lipoprotein cholesterol, and body weight, with little evidence for harm. The grade means that clinicians should individualize the decision to offer or refer adults without CVD risk factors to behavioral counseling interventions.

[Documento de consenso de expertos para el control del asma en personas mayores](#)

34226059

DOCUMENTO DE CONSENSO DE EXPERTOS PARA EL CONTROL DEL ASMA EN PERSONAS MAYORES

RESUMEN

El asma constituye un problema de salud pública presente en pacientes de cualquier edad, aunque continúa existiendo cierta tendencia a asumir de forma errónea que dicha entidad resulta casi siempre exclusiva de la infancia y de gente joven. Los estudios epidemiológicos señalan que, a partir de la sexta década de la vida, la prevalencia de esta enfermedad en países como España alcanza el 6-10%, con mayor predominio entre las mujeres de 64 a 75 años. Asimismo, dos tercios de las muertes debidas al asma acontecen en esta etapa de la vida, llegando a ocasionar un número de ingresos sustancial, estancias hospitalarias más prolongadas y, desde el punto de vista del financiador, unos costes económicos directos notables. En la actualidad el asma en las personas mayores (65 años o más) constituye un tema de enorme preocupación, cuya realidad se encuentra infravalorada e infratratada, por lo que resulta del

todo necesario establecer unas recomendaciones adecuadas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en esta población de edad. Con este objetivo nació este consenso que recoge la evidencia disponible más actualizada. Las recomendaciones/conclusiones que se proponen son el resultado de un consenso de tipo nominal desarrollado a lo largo del año 2019 y que han sido validadas por los panelistas en sucesivas rondas de votación.

[Nueva guía de insuficiencia cardiaca de la HFA-ESC 2021. Un enfoque práctico e integral](#)
35337780

NUEVA GUÍA DE INSUFICIENCIA CARDIACA DE LA HFA-ESC 2021. UN ENFOQUE PRÁCTICO E INTEGRAL

[Preventing Obesity in Midlife Women: A Recommendation From the Women's Preventive Services Initiative](#)
35914264

PREVENIR LA OBESIDAD EN MUJERES DE MEDIANA EDAD: RECOMENDACIÓN DE LA WOMEN'S PREVENTIVE SERVICES INITIATIVE

Abstract

Description:

The Women's Preventive Services Initiative (WPSI), a national coalition of women's health professional organizations and patient advocacy representatives, developed a recommendation for counseling midlife women aged 40 to 60 years with normal or overweight body mass index (BMI; 18.5 to 29.9 kg/m²) to maintain weight or limit weight gain to prevent obesity with the long-term goals of optimizing health, function, and well-being. This recommendation is intended to guide clinical practice and coverage of clinical preventive health services for the Health Resources and Services Administration and other stakeholders. Clinicians providing preventive health care to women in primary care settings are the target audience for this recommendation.

Methods:

The WPSI developed this recommendation after evaluating results of a systematic review of the effectiveness and harms of interventions to prevent weight gain and obesity in women aged 40 to 60 years without obesity. Seven randomized clinical trials

Selección y traducciones de las referencias realizadas por Antonio Manteca González

including 51 638 participants and using various counseling and behavioral interventions were included. Trials indicated favorable weight changes with interventions that were statistically significantly different from control groups in 4 of 5 trials of counseling, but not in 2 trials of exercise. Few harms were reported.

Recommendation:

The WPSI recommends counseling midlife women aged 40 to 60 years with normal or overweight BMI (18.5 to 29.9 kg/m²) to maintain weight or limit weight gain to prevent obesity. Counseling may include individualized discussion of healthy eating and physical activity.

This executive summary includes the rationale and recommendation statement of the Women's Preventive Services Initiative (WPSI) about prevention of obesity in midlife women. Obesity is a common health condition for women experiencing physiologic and lifestyle changes related to menopause and aging at midlife. In the United States during 2017 to 2018, the prevalence of obesity (body mass index [BMI] ≥ 30.0 kg/m²) was 43.3% among women aged 40 to 59 years (1). The prevalence of severe obesity (BMI ≥ 40.0 kg/m²) was highest in this age group at 11.5% (1). Midlife women gain weight at an average of approximately 1.5 pounds per year (2), which increases their risk for transitioning from normal or overweight to obese BMI. Obesity increases the risk for many chronic conditions including hypertension, dyslipidemia, type 2 diabetes, coronary artery disease, stroke, and all-cause mortality, and is causally related to cancer at 13 different anatomical sites including the endometrium, ovary, and breast (3, 4). Other clinical recommendations do not specifically address obesity prevention in this population (5–9) (Table).

Table. Recommendations for Obesity Screening and Prevention Included Under the Preventive Services Mandate of the ACA

Population	Recommendation	Guideline Group	Normal Weight: BMI, 18.5–24.9 kg/m ²	Overweight: BMI, 25.0–29.9 kg/m ²	Obese: BMI ≥ 30.0 kg/m ²
Adolescents	Screen for obesity, offer or refer those with obesity to comprehensive, intensive behavioral interventions to promote improvements in weight status (8)	USPSTF	X	X	X
Adults, all ages	Offer or refer to intensive, multicomponent behavioral interventions (6)	USPSTF	—	—	X
Pregnant adolescents and adults	Offer effective behavioral counseling interventions to promote healthy weight gain and prevent excess gestational weight gain in pregnancy (9)	USPSTF	X	X	X
Midlife women, aged 40–60 y	Counseling to maintain weight or limit weight gain to prevent obesity (10)	WPSI	X	X	—

— = not applicable; ACA = Affordable Care Act of 2010; BMI = body mass index; USPSTF = U.S. Preventive Services Task Force; WPSI = Women's Preventive Services Initiative.

Recommendation Statement

Given the prevalence and burden of obesity in women, the increased risk for weight gain during midlife, the potential to prevent many chronic health conditions, and supportive evidence of benefit of behavioral interventions to prevent weight gain with minimal harms, the WPSI developed the following recommendation: *The WPSI recommends counseling midlife women aged 40 to 60 years with normal or overweight BMI (18.5 to 29.9 kg/m²) to maintain weight or limit weight gain to prevent obesity and*

its associated health conditions. Counseling may include individualized discussion of healthy eating and physical activity ([10](#)).

[High-Sensitivity Cardiac Troponin and the 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guidelines for the Evaluation and Diagnosis of Acute Chest Pain](#)
[35775423](#)

TROPONINA CARDIACA DE ALTA SENSIBILIDAD Y GUÍAS
AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR 2021 PARA LA EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL
DOLOR TORÁCICO AGUDO

Abstract

The 2021 American Heart Association/American College of Cardiology/American Society of Echocardiography/American College of Chest Physicians/Society for Academic Emergency Medicine/Society of Cardiovascular Computed Tomography/Society for Cardiovascular Magnetic Resonance guidelines for the evaluation and diagnosis of acute chest pain make important recommendations that include the recognition of high-sensitivity cardiac troponin (hs-cTn) as the preferred biomarker, endorsement of 99th percentile upper reference limits to define myocardial injury, and the use of clinical decision pathways, as well as acknowledgment of the uniqueness of women and other patient subsets. Details on how to integrate hs-cTn into clinical practice are less extensively addressed. Clinicians should be aware of some of the analytical aspects related to hs-cTn assays regarding the limit of detection and the limit of quantitation and how they are used clinically, especially for the single sample strategy to rule out acute myocardial infarction. Likewise, it is important for clinicians to understand issues related to the derivation of the 99th percentile upper reference limit; the value of sex-specific 99th percentile upper reference limits; how to use changing concentrations (deltas) to facilitate diagnosis and risk stratification of patients with suspected acute coronary syndrome, including the differentiation of acute from chronic myocardial injury; and how to best integrate the use of hs-cTn with clinical decision pathways. With the use of hs-cTn, conditions such as type 2 myocardial infarction become more common, whereas others such as unstable angina become less frequent but still occur. Sections relating to these issues are included.

[Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement](#)
[35997723](#)

USO DE ESTATINAS PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR
EN ADULTOS: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIÓN DEL USPSTF

Abstract

Importance Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of morbidity and death in the US and is the cause of more than 1 of every 4 deaths. Coronary heart disease is the single leading cause of death and accounts for 43% of deaths attributable to CVD in the US. In 2019, an estimated 558 000 deaths were caused by coronary heart disease and 109 000 deaths were caused by ischemic stroke.

Objective To update its 2016 recommendation, the US Preventive Services Task Force (USPSTF) commissioned a review of the evidence on the benefits and harms of statins for reducing CVD-related morbidity or mortality or all-cause mortality.

Population Adults 40 years or older without a history of known CVD and who do not have signs and symptoms of CVD.

Evidence Assessment The USPSTF concludes with moderate certainty that statin use for the prevention of CVD events and all-cause mortality in adults aged 40 to 75 years with no history of CVD and who have 1 or more CVD risk factors (ie, dyslipidemia, diabetes, hypertension, or smoking) and an estimated 10-year CVD event risk of 10% or greater has at least a moderate net benefit. The USPSTF concludes with moderate certainty that statin use for the prevention of CVD events and all-cause mortality in adults aged 40 to 75 years with no history of CVD and who have 1 or more of these CVD risk factors and an estimated 10-year CVD event risk of 7.5% to less than 10% has at least a small net benefit. The USPSTF concludes that the evidence is insufficient to determine the balance of benefits and harms of statin use for the primary prevention of CVD events and mortality in adults 76 years or older with no history of CVD.

Recommendation The USPSTF recommends that clinicians prescribe a statin for the primary prevention of CVD for adults aged 40 to 75 years who have 1 or more CVD risk factors (ie, dyslipidemia, diabetes, hypertension, or smoking) and an estimated 10-year CVD risk of 10% or greater. (B recommendation) The USPSTF recommends that clinicians selectively offer a statin for the primary prevention of CVD for adults aged 40 to 75 years who have 1 or more of these CVD risk factors and an estimated 10-year CVD risk of 7.5% to less than 10%. The likelihood of benefit is smaller in this group than in persons with a 10-year risk of 10% or greater. (C recommendation) The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of initiating a statin for the primary prevention of CVD events and mortality in adults 76 years or older. (I statement)