

EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CaP^{1,2}



- Considerarla en todas las etapas de abordaje en CaP¹
- Iniciar desde la atención primaria y complementarse por un equipo multidisciplinario^{1,2}

Atención primaria



→ La evaluación no debe ser una barrera para el inicio de TDA en pacientes hormonodependientes con CaP avanzado¹



- Se recomienda una evaluación sencilla y alcanzable dentro de los recursos disponibles¹
- Existen diversas calculadoras que pueden ayudar a estimar la estratificación del riesgo CV a 10 años²⁻⁵

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CV^{1-3,5}

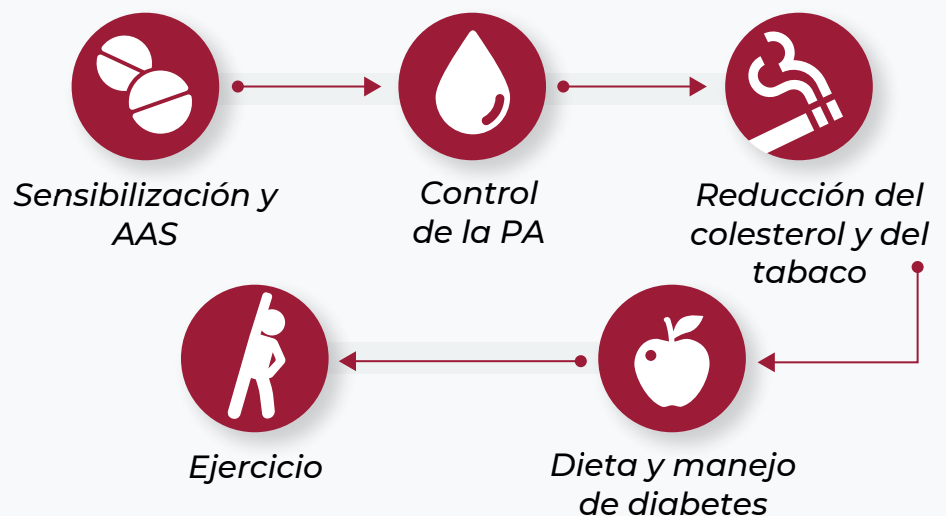
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	INTERVENCIÓN
Riesgo muy alto	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad CV establecida • Hipertensión • Infarto al miocardio • Evento cerebro vascular • Evento isquémico transitorio • Diabetes Mellitus con daño a órgano blanco • Enfermedad vascular periférica • Colesterol elevado 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificaciones en el estilo vida • Manejo de factores de riesgo • Terapias con medicamentos • Objetivo: optimizar los lípidos, glucosa, presión arterial, control de peso y dejar de fumar
Riesgo elevado	<ul style="list-style-type: none"> • >40 años de edad • Diabetes Mellitus • Colesterol elevado • Hipertensión 	<ul style="list-style-type: none"> • Si el riesgo es >10%, se debe ofrecer a los pacientes tratamiento hipolipemiante con estatinas
Riesgo bajo	<ul style="list-style-type: none"> • ≤40 años de edad • >40 años con riesgo CV <10% 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejos generales de estilo de vida • Control de peso • Reevaluación del riesgo CV anualmente si la TDA es a largo plazo

Adaptado de: Plummer C, et al. Trends in Urology & Men's Health. 2017;1-18.



Una vez identificado un mayor riesgo CV: ofrecer un tratamiento de prevención primaria o secundaria e indicar el régimen de TDA apropiado.¹

FASES PARA PREVENIR ECV en sobrevivientes de CaP⁶



CV=cardiovascular; TDA=terapia de deprivación de andrógenos; PA=presión arterial; ECV=enfermedad cardiovascular; AAS=ácido acetilsalicílico.



+ MAYOR SOBREVIDA,
- MENOR RIESGO

Referencias: 1. Plummer C, Collins P, Rosario DJ, et al. Managing cardiovascular risk in high-risk prostate cancer. Trends in Urology & Men's Health. 2017;1-18. 2. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. Circulation. 2019;140:e596-e646. 3. Piepoli MF, Hoes AW, Agewalli S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2016;37:2315-2381. 4. Hajifathalian K, Ueda P, Lu Y, et al. A novel risk score to predict cardiovascular disease risk in national populations (GloboRisk): a pooled analysis of prospective cohorts and health examination surveys. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015;1-6. 5. NICE. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. 2014. 6. Guan J, Khambhati J, Jones LW, et al. ABCDE Steps for Heart and Vascular Wellness Following a Prostate Cancer Diagnosis. Circulation. 2015;132:e218-e220. 7. Crawford DE, Shore ND, Moul JW, et al. Long-term Tolerability and Efficacy of Degarelix: 5-Year Results From a Phase III Extension Study With a 1-Arm Crossover From Leuprolide to Degarelix. Urology. 2014;83(5):1122-8. 8. Albertsen PC, Klotz L, Tombal B, et al. Cardiovascular Morbidity Associated with Gonadotropin Releasing Hormone Antagonist. Eur Urol. 2014;65(3):565-573.