



American
Heart
Association.

Los principales mensajes de la guía

Traducción revisada por Dr. Priscilla Duran Luciano (Albert Einstein College of Medicine) y Dr. Carlos Urdininea Kirkwood (Sarah D. Culbertson Memorial Hospital)

- 1. Determinación de los estadios del síndrome cardiovascular-renal-metabólico:** Se recomienda la clasificación por estadios del síndrome cardiovascular-renal-metabólico (CKM, por sus siglas en inglés) en jóvenes y adultos con el objetivo de prevenir la progresión de los estadios del síndrome CKM, individualizar el tratamiento según el riesgo absoluto, reducir los eventos cardiovasculares y la pérdida de la función renal a lo largo de la vida, así como promover la regresión de los estadios del síndrome CKM mediante cambios en el estilo de vida y pérdida de peso.
- 2. Cuantificación del riesgo mediante las ecuaciones de riesgo cardiovascular PREVENT:** En las personas con riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) (síndrome CKM en estadios 0–3) se debe cuantificar el riesgo mediante las ecuaciones PREVENT (del inglés Predicting Risk of Cardiovascular Disease Events, predicción del riesgo de eventos cardiovasculares) para estimar el riesgo a 10 y 30 años de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA), insuficiencia cardíaca (IC) y ECV total. Las estimaciones de PREVENT complementan la clasificación por estadios del síndrome CKM, en la que un riesgo estimado de ECV a 10 años $\geq 20\%$ constituye uno de los criterios para la clasificación en estadio 3 del síndrome CKM. Un riesgo estimado de ECV a 10 años $\geq 7.5\%$ proporciona información adicional para priorizar las terapias farmacológicas en el tratamiento del síndrome CKM.
- 3. Evaluación rutinaria de los factores de riesgo del síndrome CKM:** Se recomienda realizar evaluaciones rutinarias de los factores de riesgo metabólico y de función renal en todos los adultos, así como evaluaciones específicas para pre-falla cardíaca (o estadio B de IC), enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD, por sus siglas en inglés) y apnea obstructiva del sueño (AOS) en determinados grupos de personas.

4. **Evaluación y tratamiento de los determinantes sociales de la salud:** Se recomienda realizar evaluaciones rutinarias de los determinantes sociales de la salud (DSS) que están estrechamente relacionados con el desarrollo del síndrome CKM y sus complicaciones. Abordar los DSS desfavorables cuando son identificados constituye un componente clave de la atención integral del síndrome CKM.
5. **Enfatizar la atención interdisciplinaria mediante un profesional coordinador del cuidado del síndrome CKM:** Se recomienda el uso de modelos de atención interdisciplinaria para aquellos individuos con coexistencia de diabetes tipo 2 (DT2), enfermedad renal crónica (ERC) y ECV dentro del síndrome CKM, con el fin de facilitar una atención centrada en el paciente. Se enfatiza la necesidad de contar con un profesional coordinador responsable (persona de contacto) de articular los esfuerzos del equipo interdisciplinario de CKM, facilitar la implementación de una atención clínica basada en la evidencia y del tratamiento médico dirigido por las guías clínicas (TMDG), así como brindar apoyo a los pacientes y a los profesionales de la salud.
6. **Evaluación y tratamiento del sobrepeso y la obesidad:** Se recomienda evaluar el sobrepeso, la obesidad y la adiposidad abdominal mediante el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de la cintura para determinar el riesgo asociado al exceso de adiposidad. Se debe abordar el sobrepeso y la obesidad para prevenir la progresión del síndrome CKM y favorecer su regresión. Se enfatiza la importancia de promover modificaciones en el estilo de vida, con el uso complementario de terapias farmacológicas para la obesidad y cirugía metabólica y bariátrica, según sea necesario, para facilitar la pérdida de peso.
7. **Uso de terapias antihiper glucémicas con beneficio cardioprotector en la diabetes:** En pacientes con DT2 que padecen ECV o tienen un riesgo elevado de padecerla, además de las modificaciones en el estilo de vida, el control del peso y el control de los factores de riesgo, se recomienda el uso de terapias antihiper glucémicas con beneficio cardioprotector basadas en TMDG, incluidos los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2i, por sus siglas en inglés), la terapia basada en el péptido de tipo 1 similar al glucagón (GLP-1, por sus siglas en inglés) o ambos, para mejorar los resultados cardiovasculares y renales. La elección del medicamento debe guiarse por las comorbilidades clínicas, como ERC, ECVA, IC, obesidad, hiperglucemia grave y MASLD.

8. **Evaluación de la ERC y uso de medicamentos de protección renal:** Se recomienda el uso tanto de la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) como de la relación albúmina/creatinina en orina (UACR, por sus siglas en inglés) para caracterizar la ERC y orientar el uso de medicamentos de protección renal, con el fin de obtener beneficios tanto cardiovasculares como renales. Para los pacientes con ERC y DT2 o ERC y albuminuria, se deben utilizar inhibidores del sistema renina-angiotensina (RASi, por sus siglas en inglés) y SGLT2i como terapia de primera línea. Si la albuminuria persiste en pacientes con ERC y DT2, se debe agregar antagonistas de los receptores mineralocorticoides (ARM) no esteroideos o una terapia basada en GLP-1 para una mayor protección renal y cardiovascular.
9. **Tratamiento de los factores de riesgo del síndrome CKM en pacientes con ECVA:** El manejo de la ECVA debe centrarse en las comorbilidades del síndrome CKM, lo que incluye el tratamiento de la obesidad mediante modificaciones en el estilo de vida, terapias farmacológicas y, cuando sea adecuado, cirugía metabólica y bariátrica; el uso de agentes antihiperlipémicos cardioprotectores para la DT2; y el uso de agentes renoprotectores para la ERC, con el fin de reducir el riesgo de eventos cardiovasculares adversos y la pérdida de la función renal.
10. **Tratamiento de los factores de riesgo del síndrome CKM en pacientes con IC:** Los factores de riesgo del síndrome CKM deben incorporarse al manejo de la IC. Para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr), se deben destacar los beneficios cardiovasculares y renales de los inhibidores del RASi (inhibidores del receptor de angiotensina y neprilisina [ARNI, por sus siglas en inglés], inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [ACEi, por sus siglas en inglés] y bloqueadores del receptor de angiotensina II [ARB, por sus siglas en inglés]) y los SGLT2i como parte de una terapia cuádruple con betabloqueadores y ARM esteroideos. Para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección ligeramente reducida (IC-FElr) o insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada (IC-FEc), utilice los inhibidores de SGLT2i como TMDG de primera línea, agregue terapias basadas en GLP-1 en pacientes con obesidad u otros factores de riesgo de CKM, y considere el uso de MRA no esteroideos en aquellos con DT2 y ERC para reducir los eventos cardiovasculares adversos y la pérdida de función renal.