

EVALUACION GLOBAL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

de la Torre Lozano EJ, Avon Gómez C, Ruiz Muñoz MA , Carrasco Serrano MP, Saghin D.
Centro de Salud de Miguelturra (Ciudad Real)

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica es la 1ª causa individual de muerte en varones y la 2ª en mujeres. Se estima en España un importante aumento en la incidencia de SCA durante los próximos 35 años, paralelo al envejecimiento poblacional. La hospitalización y letalidad por IAM aumentan especialmente por encima de los 65 años.

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

Varón de 81 años. Diagnosticado de HTA sistólica aislada tratada con dieta y ejercicio aeróbico de más de 30 min al día 5 veces por semana. Exfumador hace 4 años. No DM. Hijo con IAM no letal a la edad de 39 años. En 2014 se realiza analítica donde se objetiva colesterol total 215 mg/dl e insuficiencia renal moderada por lo que se incide en la dieta y el ejercicio moderado. En la analítica de revisión de octubre de 2015 se realiza c-LDL y c-HDL con valores de 139 mg/dl y 34 mg/dl y se le diagnostica de hipotiroidismo subclínico. En 2016 inicia cuadro de dolor opresivo precordial irradiado a cuello y diaforesis que le impedía la deambulacion. El ECG del C. de Salud presentaba ritmo sinusal con eje izquierdo sin alteraciones de la repolarización. Se derivó al Servicio de Urgencias de Hospital donde se le diagnostico de SCASEST con lesión de 2 vasos con revascularización.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

Debido a la inercia terapéutica si evaluamos cada factor de riesgo de nuestro paciente de manera individualizada caemos en el error de no intensificar el tratamiento. Evaluado según las tablas de riesgo de la ESH/ESC presenta:

- a) HTA grado 1
- b) FRCV: Edad (varón mayor de 55 años), dislipemia, HTA, antecedente familiar de enfermedad CV prematura
- c) Enfermedad renal crónica fase 3

Le estratificamos como elevado RCV con una probabilidad de hasta un 40% de evento CV en los próximos 10 años por lo que se debería intensificar el tratamiento de los FRCV modificables. Actualmente en tratamiento con Atorvastatina 80mg, lisinopril 5mg, clopidogrel 75mg, AAS 100mg, pantoprazol y bisoprolol 2.5 mg

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CV TOTAL EN CATEGORÍAS DE RIESGO BAJO, MODERADO, ALTO Y MUY ALTO (Guía de hipertensión ESH / ESC 2013)				
Otros factores de riesgo daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	PAS normal elevada 130-139 o PAD 85-89	HTA grado 1 PAS 140- 159 o PAD 90-99	HTA grado 2 PAS 160- 179 o PAD 100-109	HTA grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo elevado
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado / elevado	Riesgo elevado
≥ 3 FR	Riesgo bajo / moderado	Riesgo moderado / elevado	Riesgo elevado	Riesgo elevado
Lesión DO, ERC fase 3 o diabetes	Riesgo moderado / elevado	Riesgo elevado	Riesgo elevado	Riesgo elevado / muy elevado
ECV sintomática, ERC fase 3 o ≥ 4 o diabetes con DO/FR	Riesgo muy elevado	Riesgo muy elevado	Riesgo muy elevado	Riesgo muy elevado

CV = cardiovascular; ECV = enfermedad cardiovascular; ERC = enfermedad renal crónica; PAD = presión arterial diastólica; HTA = hipertensión; DO = daño orgánico; FR = factor de riesgo; PAS = presión arterial sistólica

BIBLIOGRAFÍA

Búsqueda en PUBMED

Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Rev Esp Cardiol. 2013;66:472-81. López-Bescós L, Cosín J, et al. Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España: estudio PANES. Rev Esp Cardiol. 1999;52:1045-56. Mancia Giuseppe, et al Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013).