



## **Importancia de los Factores de Riesgo Cardiovascular**

*Dr. Ángel F. González Caamaño / Abril 2016*

### **ACCIONES PREVENTIVAS**

Las acciones preventivas y curativas no han de considerarse excluyentes, sino que deben integrarse dentro del mismo proceso asistencial, de forma que se potencie su efectividad. En el tema que estamos tratando, el riesgo cardiovascular, este tipo de actuaciones adquieren su mayor significado, ya que cuando hablamos de prevención primaria nos estamos refiriendo a las acciones que realizamos sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), modificándolos, para evitar la aparición de la enfermedad cardiovascular (ECV).



Dentro de las actividades preventivas han de considerarse varios puntos de partida o niveles de actuación:

### **Promoción de la Salud**

Se actúa fundamentalmente por medio de la educación para la salud sobre los estilos de vida. En este campo el consejo médico es el arma más potente, sobre todo cuando se realiza de forma sistematizada y reiterada, habiéndose demostrado su eficacia en numerosos estudios. La educación grupal también se ha demostrado eficaz en el abordaje de algunos problemas de salud, especialmente en el caso de la diabetes, siendo más discutible su eficacia en la hipertensión arterial (HTA).



#### **Estrategias para el consejo y la información de los pacientes según la Sociedad Mexicana contra el Estudio de la Hipertensión.**

- Limitar la información para que se ajuste a las percepciones del paciente.
- Informar por completo sobre los propósitos y los efectos que cabe esperar de las intervenciones, así como sobre el momento en que cabe esperar que se produzcan esos efectos.
- Sugerir pequeños cambios, en vez de grandes.
- Ser concreto.
- En ocasiones es más fácil añadir nuevos comportamientos que eliminar otros ya establecidos.
- Establecer la relación entre los nuevos y los viejos comportamientos.
- Utilizar el poder de la profesión.
- Conseguir del paciente compromisos explícitos.
- Utilizar una combinación de estrategias.
- Implicar a todo el equipo que trabaja en la consulta.
- Remitir al paciente a otros servicios.
- Observar el progreso mediante seguimiento.

## Prevención Primaria

Se interviene sobre los FRCV existentes en sujetos sanos, intentando evitar la aparición de la ECV. Se deben analizar los perfiles de riesgo individualizadamente, midiendo la reducción del mismo con la intervención.



Una de las actividades fundamentales en prevención primaria es la búsqueda precoz de casos, la cual puede llevarse a cabo de dos formas:

- Búsqueda selectiva en los individuos más expuestos, mediante evaluación de antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz en familiares de primer grado (antes de los 55 años en familiares varones o antes de los 65 años en familiares mujeres), presencia de xantomas o xantelasmas, anamnesis detallada en hipertensos, diabéticos, obesos, etc.
- Búsqueda oportunista en cualquier individuo que acuda a la consulta de Atención Primaria (AP), realizando:

- a) Interrogatorio sobre antecedentes de ECV precoz en familiares de primer grado.
- b) Cálculo del índice de masa corporal (IMC).
- c) Medición de la presión arterial.
- d) Exploración física en busca de xantomas, xantelasmas, arco corneal, etc.
- e) Determinación de glucemia basal y colesterol total.



## Prevención Secundaria

El riesgo cardiovascular ya estaría establecido y trataríamos de reducirlo o de evitar su progresión, mejorando la calidad de vida y aumentando la supervivencia.

En un enfoque individual: los objetivos serían reducir el riesgo cardiovascular global mediante el adecuado control de sus factores de riesgo. En un enfoque poblacional: los objetivos serían conocer el mayor número posible de individuos en situación de riesgo y lograr que la mayoría de ellos reduzcan su riesgo.



Los FRCV pueden ser causales, condicionales y predisponentes.

## PREVENCIÓN

### Cardiovascular

El Grupo de Trabajo de Riesgo Cardiovascular de la Sociedad Mexicana para el Estudio de la Hipertensión Arterial y el Consejo Mexicana contra la Hipertensión Arterial considera, como otros Grupos de expertos, que en el momento actual lo importante es que en AP se sistematice la estratificación y cálculo del riesgo cardiovascular de los pacientes, utilizando para ello, en líneas generales, cualquiera de las escalas o tablas propuestas por las Sociedades Científicas (tabla de Anderson, Guías Americanas y Europeas de las Sociedades de Cardiología e Hipertensión, Framnghan, SCORE, etc.).

En el campo de la HTA, parece existir un amplio consenso para utilizar el método propuesto por las Guías Europeas de las Sociedades de Cardiología e Hipertensión. Sin embargo, no parece existir ese grado de acuerdo entre las Sociedades Científicas, por lo que consideramos un importante paso adelante el aval que numerosas Sociedades Científicas han dado a la recomendación Nc7 de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular de utilizar el modelo SCORE, el cual, aunque no supere en términos de exactitud al de Framingham, parece adaptarse mejor a las características y al perfil de riesgo cardiovascular de la población mexicana.

Consideramos de igual forma que la inclusión de la evaluación del riesgo cardiovascular de los pacientes en todas las Guías, Programas y Protocolos de los diferentes Servicios de Salud de México podría ser el siguiente paso para lograr el objetivo principal de cualquier Programa de Prevención de la ECV, que no es otro que reducir la morbimortalidad cardiovascular de la población incluida en él.



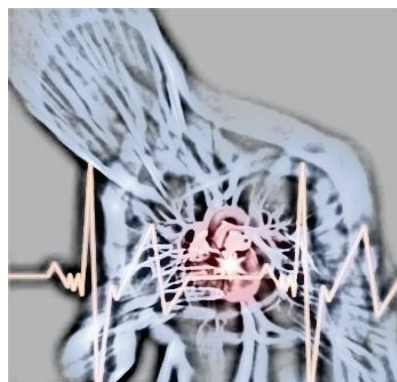
En la actualidad se habla de prevención de la enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, AVC isquémico y arteriopatía periférica) y no sólo de prevención de la enfermedad coronaria; por lo tanto, el inicio de actividades preventivas específicas dependerá de la estimación del riesgo de sufrir cualquier tipo de evento vascular, y no sólo coronario. En el modelo SCORE, el riesgo se define como la probabilidad de desarrollar un evento cardiovascular mortal a los 10 años, y se considera que un paciente tiene un riesgo cardiovascular alto si éste es igual o superior al 5%. Un inconveniente de este modelo es que no contempla para el cálculo del riesgo la hipertrofia ventricular izquierda ni la presencia de valores muy elevados de un solo FRCV, por lo que en estos casos podría subestimarse el riesgo cardiovascular real del individuo. Por otro lado, una ventaja de los modelos SCORE y Heart Score es que es posible estimar la proyección del riesgo cardiovascular a los 60 años, lo que puede resultar muy

interesante a la hora de dar consejo a los individuos más jóvenes con riesgo bajo en los que se prevé un riesgo elevado con el incremento de la edad.

Para finalizar, deseamos hacer hincapié en que, sea cual sea el modelo que se utilice, siempre debe ser prioritaria la intervención en los sujetos con riesgo cardiovascular alto y en los que presentan ECV establecida, ya que ellos serán los que más beneficio obtendrán (mayor proporción de descenso del riesgo).

### **Prioridades De Actuación**

- Pacientes con enfermedad vascular establecida (enfermedades coronaria, arterial periférica o cerebral arteriosclerótica).
- Individuos asintomáticos con riesgo alto por presentar:
  - Varios factores de riesgo que le hacen sumar un riesgo igual o superior al 5% (SCORE)
  - Valores muy elevados de un solo factor de riesgo:
    - Colesterol total igual o superior a 320 mg/dl
    - Colesterol LDL igual o superior a 240 mg/dl
    - Presión arterial igual o superior a 180 /110 mmHg
    - Diabetes mellitus tipo 1 con microalbuminuria o diabetes mellitus tipo 2
- Familiares de primer grado de pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica de aparición precoz.
- Pacientes que acuden a consulta por otros motivos.



### **Manejo de la Tablas del Modelo SCORE**

En la población española se recomienda el uso de las tablas de bajo riesgo.

Para calcular el riesgo de un evento mortal a los 10 años, debe buscarse en primer lugar la parte de la tabla que corresponde al sexo, la edad y el hábito tabáquico; posteriormente, debe localizarse la celdilla más próxima a la intersección entre sus cifras de presión arterial sistólica y colesterol total; la proyección a lo largo de la vida se estimaría ascendiendo por la columna marcada hacia la parte superior de la tabla.

Debe saberse que en el modelo SCORE, el riesgo cardiovascular puede ser mayor al calculado cuando:

- Los individuos se acercan al siguiente grupo de edad.
- Existen antecedentes familiares de ECV precoz.
- Se evidencian hipertrigliceridemia, intolerancia a la glucosa, niveles bajos de colesterol-HDL o altos de proteína C reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B o de la lipoproteína (a).
- Se valoran sujetos obesos y sedentarios.