



Escuela de Verano  
Medicina Interna

Ronda, Málaga  
Palacio de Congresos  
Convento de Santo Domingo  
29Junio/2Julio\_2011

# Caso Clínico: Riesgo vascular

## Moderadora: Mónica Doménech



# Caso clínico

- Varón 56 años, fumador de 20 paq/año. Enolismo de 20 gr/OH día (cerveza).
- Antecedentes familiares: madre HTA y diabética fallecida a los 60 años de IAM, padre fallecido a los 64 años de cáncer de pulmón.



# Caso clínico

- HTA diagnosticada hace 8 años, tratamiento y controles muy irregulares, actualmente en tratamiento con Enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg/día (1-0-0) y amlodipino 5mg( 1-0-0). Refiere cifras de PA en farmacia entre 130-150/90 mmHg.
- Conoce cifras de colesterol algo elevadas desde hace 2 años, en tratamiento con dieta hipolipemiente.
- Remitido a unidad de HTA por falta de control de la presión arterial.



# Caso clínico

- **Analítica (CAP):** Hb 13,5 Glucosa 114 mg/dl (previas entre 100-125 mg/dl), creatinina 1,1 mg/dl, MDRD > 60 ml/min, Acido úrico 7,8 mg/dl, Colesterol total 274 mg/dl, Colesterol HDL 31mg/dl, Colesterol LDL 169 mg/dl Triglicéridos 165 mg/dl, ionograma plasmático normal, proteína C reactiva < 1 mg/dl, microalbuminuria 45 mg/g creatinina.
- **ECG:** ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización ni datos de HVI.
- **Ecocardiograma-doppler:** IMVI 142 gr/m<sup>2</sup> FE 58%, cociente E/A 0,7.



# Caso clínico

## ■ Exploración física:

Peso 86 Kg. Talla 1,72 m. IMC 29 Kg/m<sup>2</sup> Cintura  
103 cm

- ✓ PA brazo Derecho: 158/96 FC 84x'  
154/93 FC 82x'
- ✓ PA brazo Izquierdo: 156/92 FC 83x'  
152/92 FC 83x'
- ✓ Bipedestación: 159/95 FC 88x'



# Caso clínico

- Apto cardiocirculatorio, respiratorio y abdomen sin alteraciones significativas.
- No refiere clínica de insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica ni claudicación intermitente.
- Fondo de ojo: Retinopatía hipertensiva grado II.



# Preguntas

¿Cuál es el riesgo cardiovascular de este paciente?

**Discusión:** Diego Real de Asua  
Hospital La Princesa



# Preguntas

¿Qué pruebas complementarias realizarías a este paciente para optimizar su diagnóstico y manejo terapéutico?

**Discusión:** Beatriz García Olid  
Hospital Reina Sofía. Córdoba



# Preguntas

¿Qué actitud/des terapéuticas te plantearías en este paciente?

**Discusión:** Ana Torres do Rego

HGU Gregorio Marañón



# Riesgo cardiovascular

¿Es necesario calcular el riesgo cardiovascular a los pacientes?

- A. Si, siempre.
- B. No, sólo si presenta más de 3 FR o presenta LOD o ECV asociado.
- C. No, sólo a partir de los 55 años en varones y 65 años en las mujeres.
- D. Hay que dar valor a cada factor de riesgo de forma individualizada sin necesidad de calcular el RCV global de cada paciente.



# Riesgo cardiovascular

¿Por qué es importante evaluar el RCV de un paciente?

- A. Si se trata de un paciente de alto RCV, debemos tratarlo de forma más enérgica y precoz.
- B. Si se trata de un paciente de riesgo intermedio o bajo, no es necesario ser tan “agresivo” en el tratamiento.
- C. El cálculo de riesgo CV depende de las guías, y tiende a infraestimar el RCV en los jóvenes y lo sobreestima en los ancianos.
- D. La determinación del RCV debe ir acompañado de unas recomendaciones de guía clínica práctica y sentido común.



# Pruebas complementarias

**En este paciente en concreto, de todas las pruebas complementarias mencionadas, cuál es la que mayor “rentabilidad” te daría para decidir el esquema terapéutico de este paciente ?**

- A. Índice tobillo-brazo.
- B. Velocidad de la onda de pulso.
- C. Monitorización ambulatoria de la PA (MAPA).
- D. Proteinuria de 24 h.



# Pruebas complementarias

**De cara al seguimiento de la LOD de éste paciente, y teniendo en cuenta el balance valor pronóstico, disponibilidad y coste, que prueba te parece la más rentable?**

- A. ECG
- B. Microalbuminuria
- C. MAPA
- D. Grosor íntima media carotideo



# Estrategia terapéutica

**Instaurarías todas las medidas higiénico-dietéticas y terapéuticas a la vez?**

- A. Si, al tratarse de un paciente con múltiples FRCV y LOD.
- B. No, lo haría de forma progresiva, priorizando el control de los FRCV más alejados de su objetivo.



# Estrategia terapéutica

**¿De todas estas medidas, cuál te parece la de mayor rentabilidad en un paciente con SM?**

- A. Si, al tratarse de un paciente con múltiples FRCV y LOD.
- B. No, lo haría de forma progresiva, priorizando el control de los FRCV más alejados de su objetivo.



# Estrategia terapéutica

**Instaurarías todas las medidas higiénico-dietéticas y terapéuticas a la vez?**

- A. Si, al tratarse de un paciente con múltiples FRCV y LOD.
- B. No, lo haría de forma progresiva, priorizando el control de los FRCV más alejados de su objetivo.



# Estrategia terapéutica

## Qué medida es más eficaz en el tratamiento del síndrome metabólico?

- A. Cambios en el estilo de vida con un pérdida progresiva del peso entre 6-10%
- B. Incremento del ejercicio con un mínimo de 30m/día o 150 m/semana.
- C. Bloquear el sistema renina-angiotensina
- D. Iniciar tratamiento con metformina



# Estrategia terapéutica

**Cuales serían las cifras objetivo de PA, glucemia y lipidos para este paciente?**

- A. Cifras de PA  $< 135/80$  mmHg, c-LDL  $< 100$  mg/dl y glucemia  $< 100$  mg/dl.
- B. Cifras de PA  $< 140/90$  mmHg, Col no HDL  $100$  mg/dl y Hb A1c  $< 7\%$ .
- C. Cifras de PA  $< 140/90$  mmHg más cerca del rango  $130/80$ , c-LDL  $< 130$ mg/dl y Hb1c  $< 7\%$ .
- D. Cifras de PA  $< 130/80$  mmHg, c-LDL  $< 100$ mg/dl y Hb1c  $< 6,5\%$ .