

Necesidad de un abordaje global del paciente con riesgo cardiovascular

Dra. Raquel Hernández del Rey

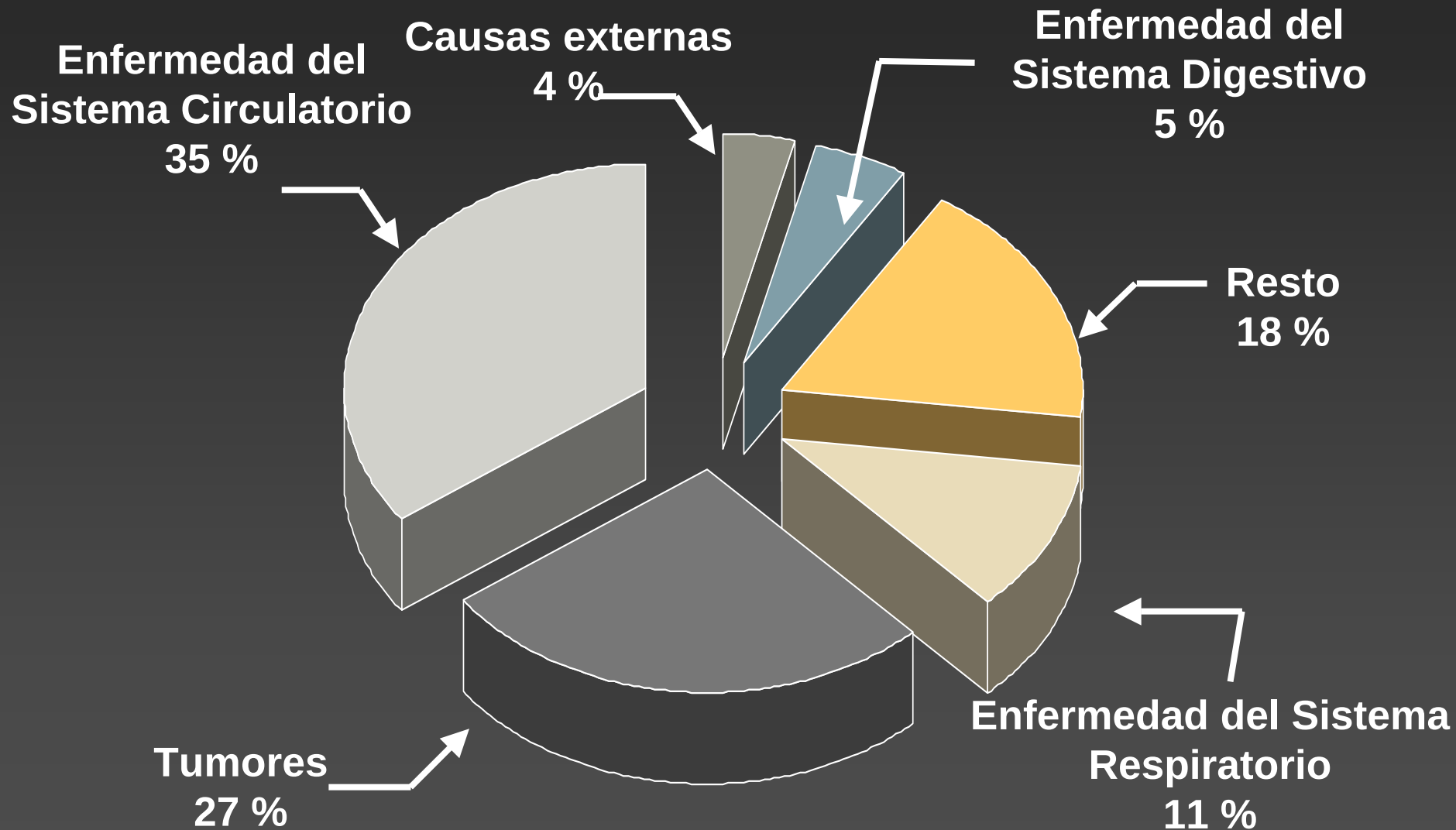
Unidad de HTA y Riesgo Vascular

Servicio de Medicina Interna

Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona

Abril 2007

Causas de mortalidad en España, año 2001



Causas de mortalidad cardiovascular en España en el año 2001, según sexo

VARONES

Enfermedad isquémica
del Corazón
39 %

Enfermedad
cerebrovascular
27 %

Resto de enfermedades
cardiovasculares
23 %

Insuficiencia cardíaca
11 %

MUJERES

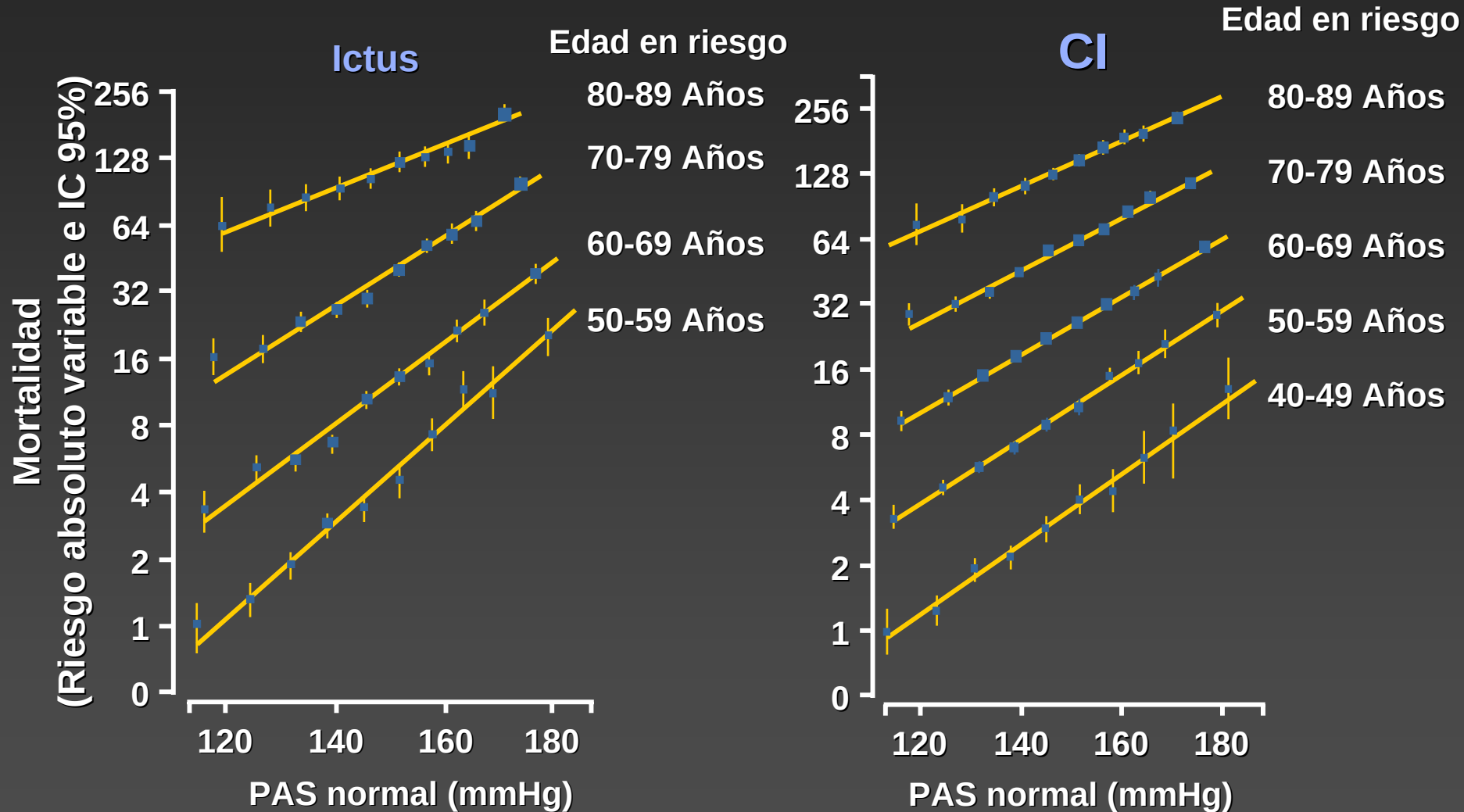
Enfermedad isquémica
del Corazón
25 %

Enfermedad
cerebrovascular
31 %

Resto de enfermedades
cardiovasculares
25 %

Insuficiencia cardíaca
19 %

Relación entre PAS y mortalidad cardiovascular



PAS = presión arterial sistólica; CI = cardiopatía isquémica.

Prospective Studies Collaboration. Lancet. 2002;360:1903-1913

Combinación de resultados de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en España

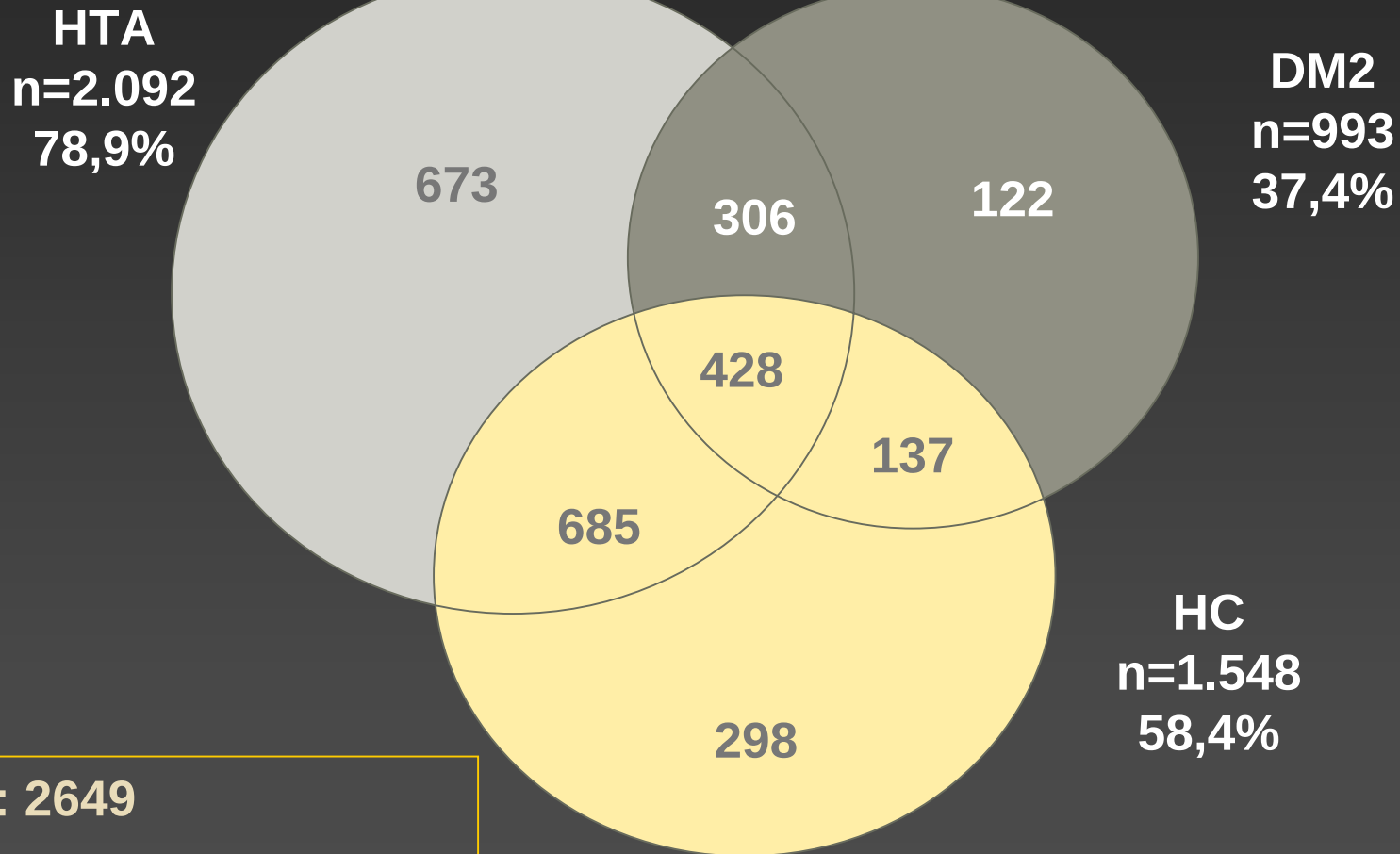
Tabaquismo		Hipercolesterolemia Colesterol total > 250mg/dl	HTA > 140/90 mmHg	Obesidad IMC > 30Kg/m ²	Diabetes Mellitus Glucemia basal > 126 mg/dl
M	24,3 (22,0-26,5)	22,8 (18,4-27,3)	33,0 (25,5-40,5)	23,2 (19,0-27,5)	8,4 (7,4-9,4)
H	41,1 (38,4-43,8)	20,9 (17,1-24,7)	34,8 (28,8-40,9)	17,9 (15,4-20,4)	11,7 (9,8-13,6)
	25- 44 a.: 47 % 16 -24 a.: 40 %	Colesterol T > 200 Estudios en escolares M 22,2 (7,6- 36,8) H 20,5 (10,0-31,3)	Estudios en > 60 años 66,7 (59,1-74,2)	IMC > 25Kg/m ² M 48,3 (41-55) V 66,9 (63-71)	

Porcentaje e IC del 95%

Control de riesgo cardiovascular en Atención Primaria

Agregación de factores de riesgo

Estudio PREVENCAT



n: 2649

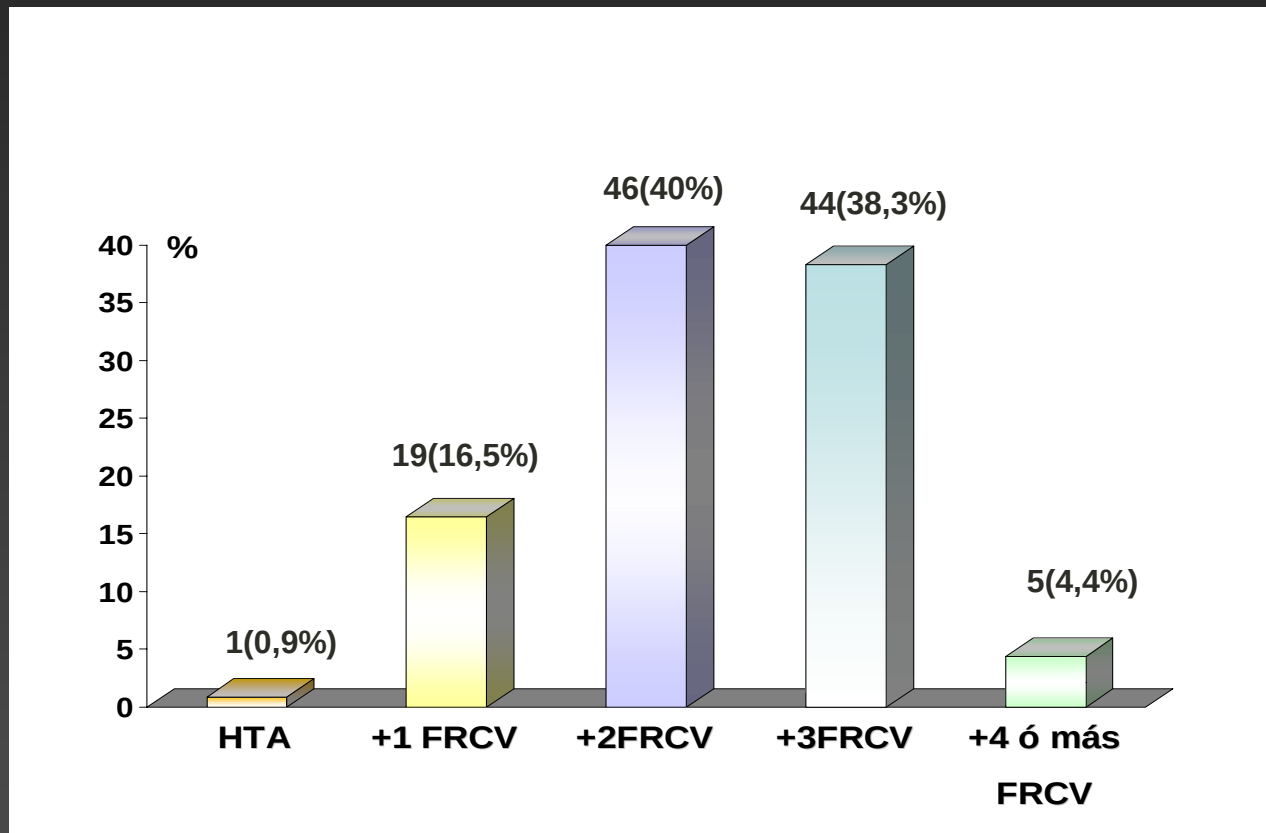
2,95 FRCV de media

Factores de riesgo cardiovascular en HTA resistente (n:115)

	n (%)
▪ Obesidad (IMC ≥ 30 g/m ²)	64 (56)
▪ Sedentarismo	63 (55)
▪ Colesterol > 6,5 mmol/l o trat.	43 (37)
▪ HDL Colesterol	
H < 1,0, M < 1,3mmol/l	34 (30)
▪ Triglicéridos $\geq 1,7$ mmol/l	37 (32)
▪ Diabetes	32 (28)
▪ Tabaquismo	9 (8)

Síndrome metabólico 62 (54%)

Agregación de factores de riesgo cardiovascular* en sujetos con HTA resistente



* utilizados en la estratificación del riesgo cardiovascular en las Guías Europeas de tratamiento de la HTA, 2003

Factores de riesgo cardiovascular asociados a dislipemia

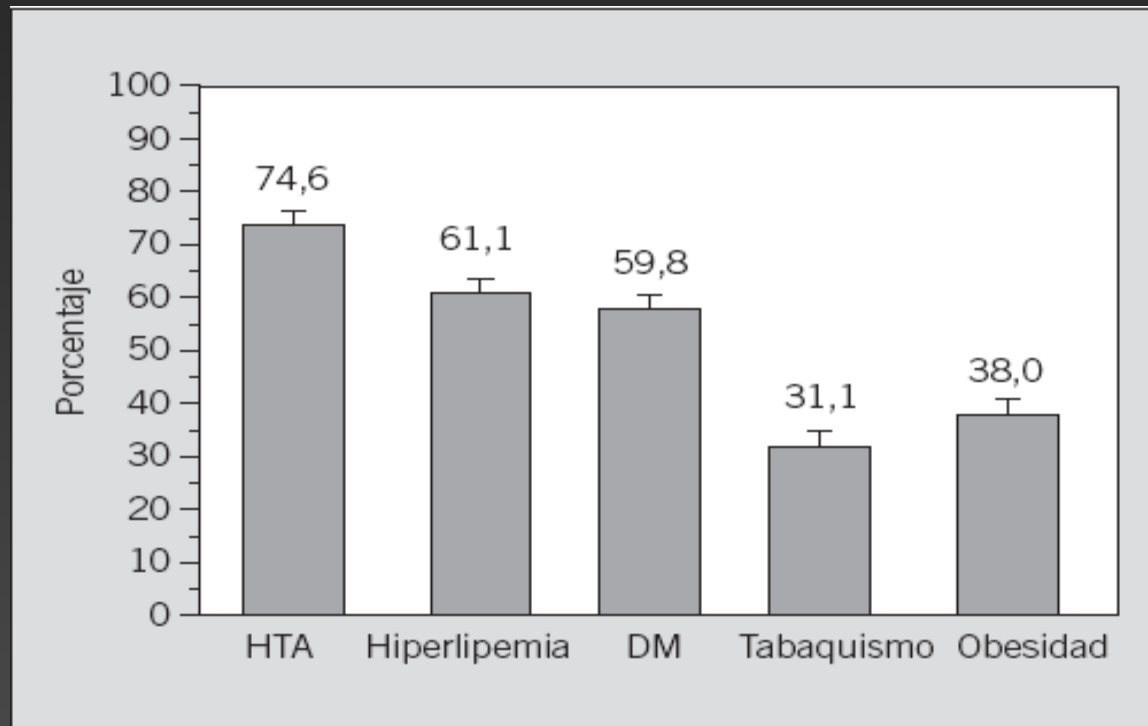
Estudio LIPICAP

% (n: 7054)

Hipertensión arterial	50 (3.541)
Obesidad (IMC $\geq$ 30 Kg/m ²)	29 (1.986)
Tabaquismo	26 (1.862)
Diabetes mellitus	28 (1.957)
Antecedentes familiares de ECV prematura	23 (1.607)
Sedentarismo	67 (4.786)
Ingesta elevada de alcohol	13 (926)
Hiperuricemia	18 (1.214)

Prevalencia de factores de riesgo

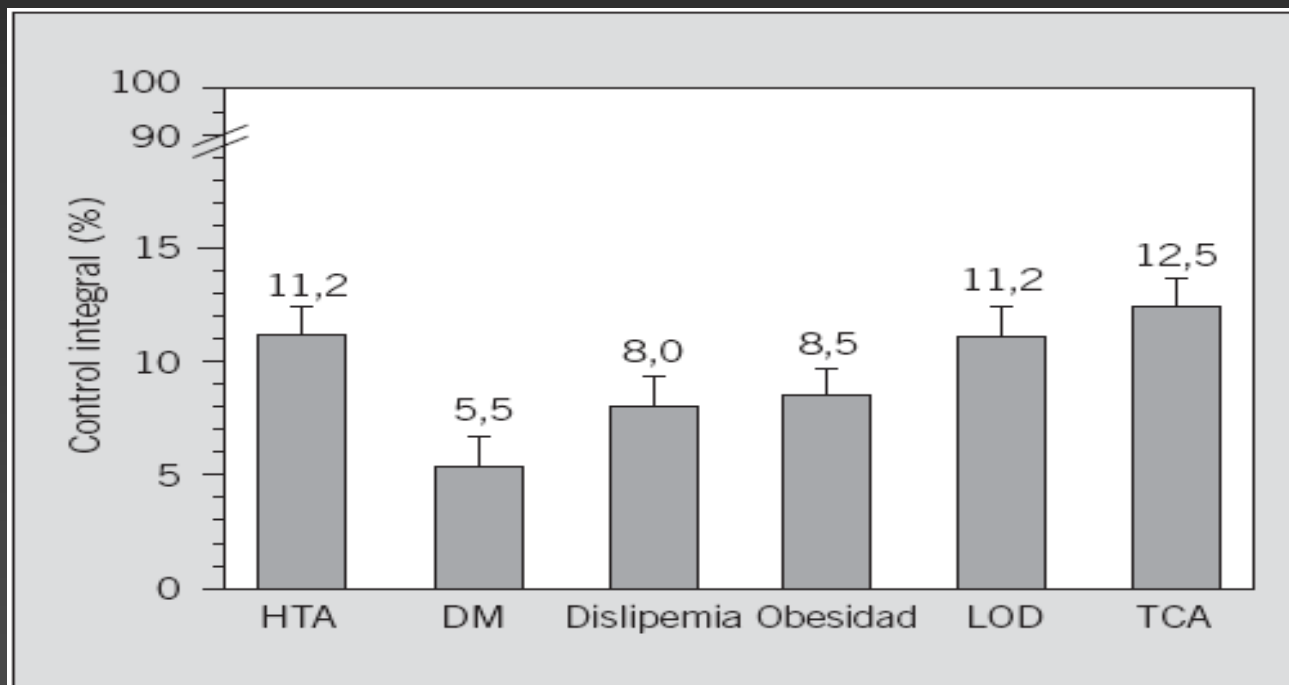
Estudio CIFARC



2264 sujetos con riesgo cv alto-muy alto
edad media 66 ± 11 , 54% varones

Control integral del riesgo cardiovascular

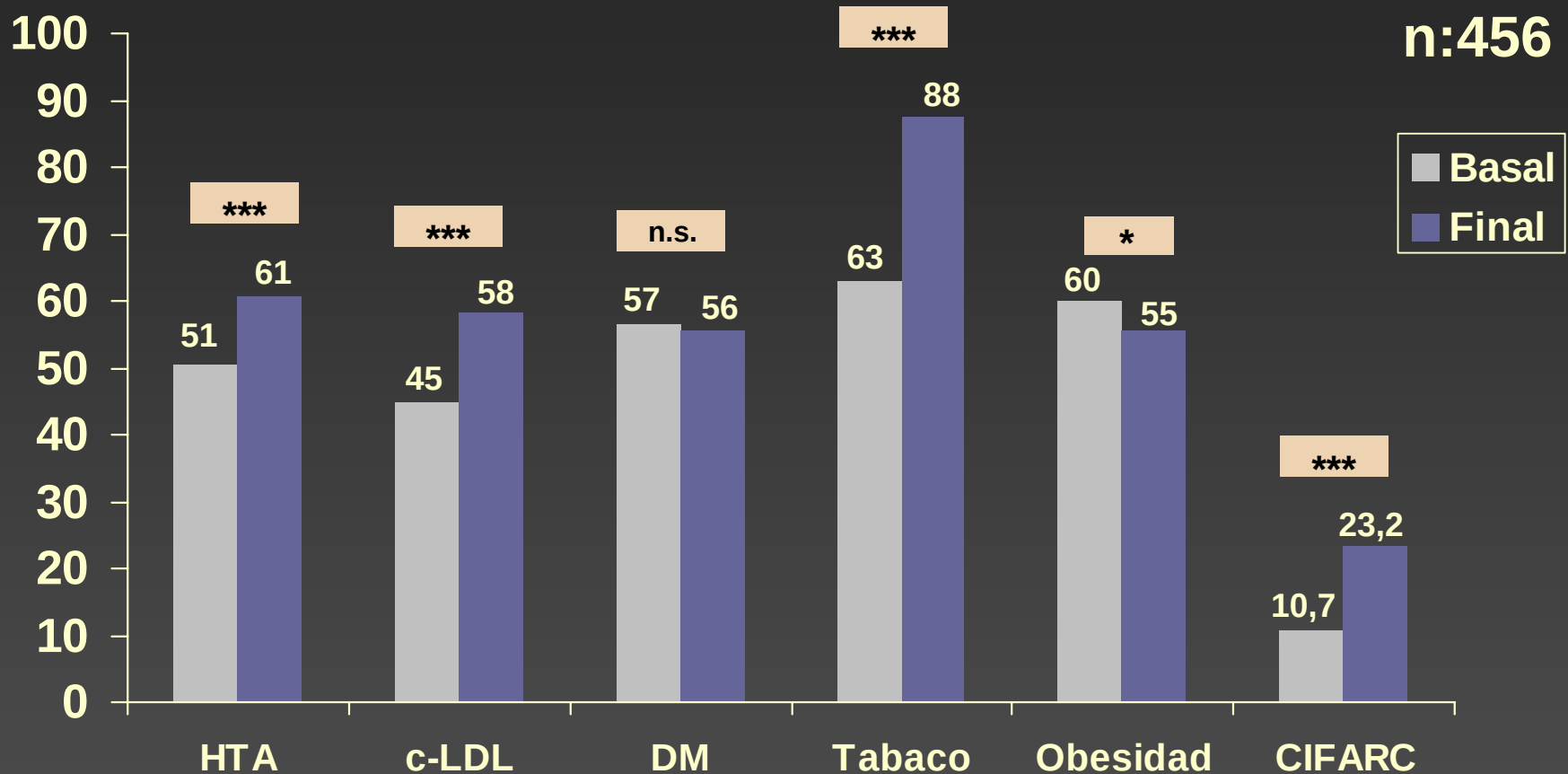
Estudio CIFARC



El control integral de los factores de riesgo fue del **6,9%**
(10,2% excluyendo la obesidad)

Control integral de factores de riesgo al año

Estudio CIFARC



*Porcentaje de pacientes que consiguieron tener control sobre los factores de riesgo, en situación basal y al final del período de seguimiento: * $p < 0,05$; ** $p > 0,01$; *** $p < 0,001$*

Aplicación práctica de las Guías Clínicas sobre prevención secundaria de la enfermedad coronaria en España

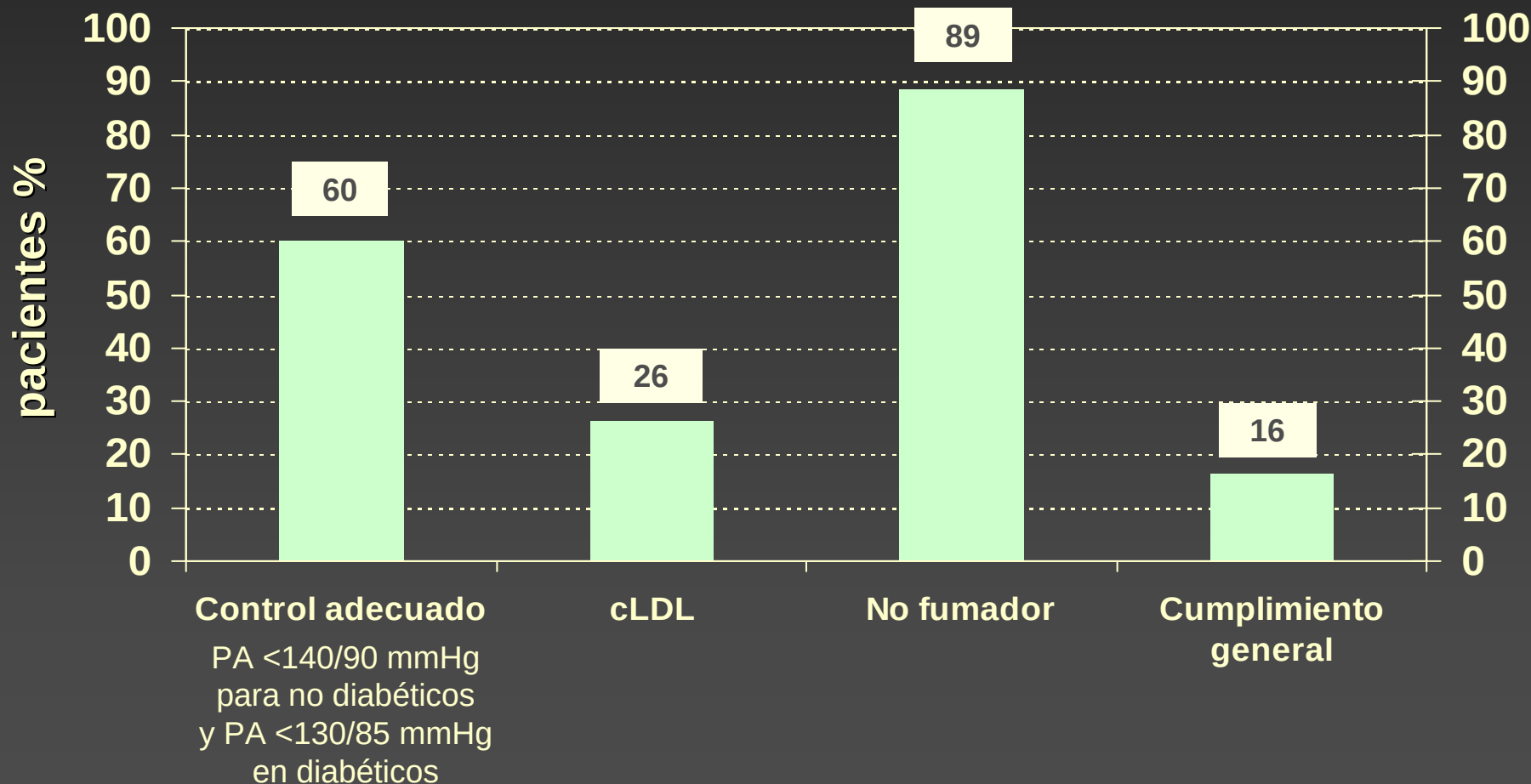
Comparación entre el EUROASPIRE I y II

	Tabaquismo	Obesidad ≥ 30 Kg/m ²	↑ PA ≥ 140/90 mmHg	↑ Colesterol ≥ 5,0 mmol/l	D. Mellitus autoreferida
EUROASPIRE I	12,1 %	27,8 %	55,2 %	80,4 %	22,9 %
EUROASPIRE II	17,8 %^(*)	34,1 %	49,4 %	53,0 %	35,2 %

(*) 21 % en Europa: 39% en los <50 años, 26 % en los 50-60 y 14% en los ≥60 años

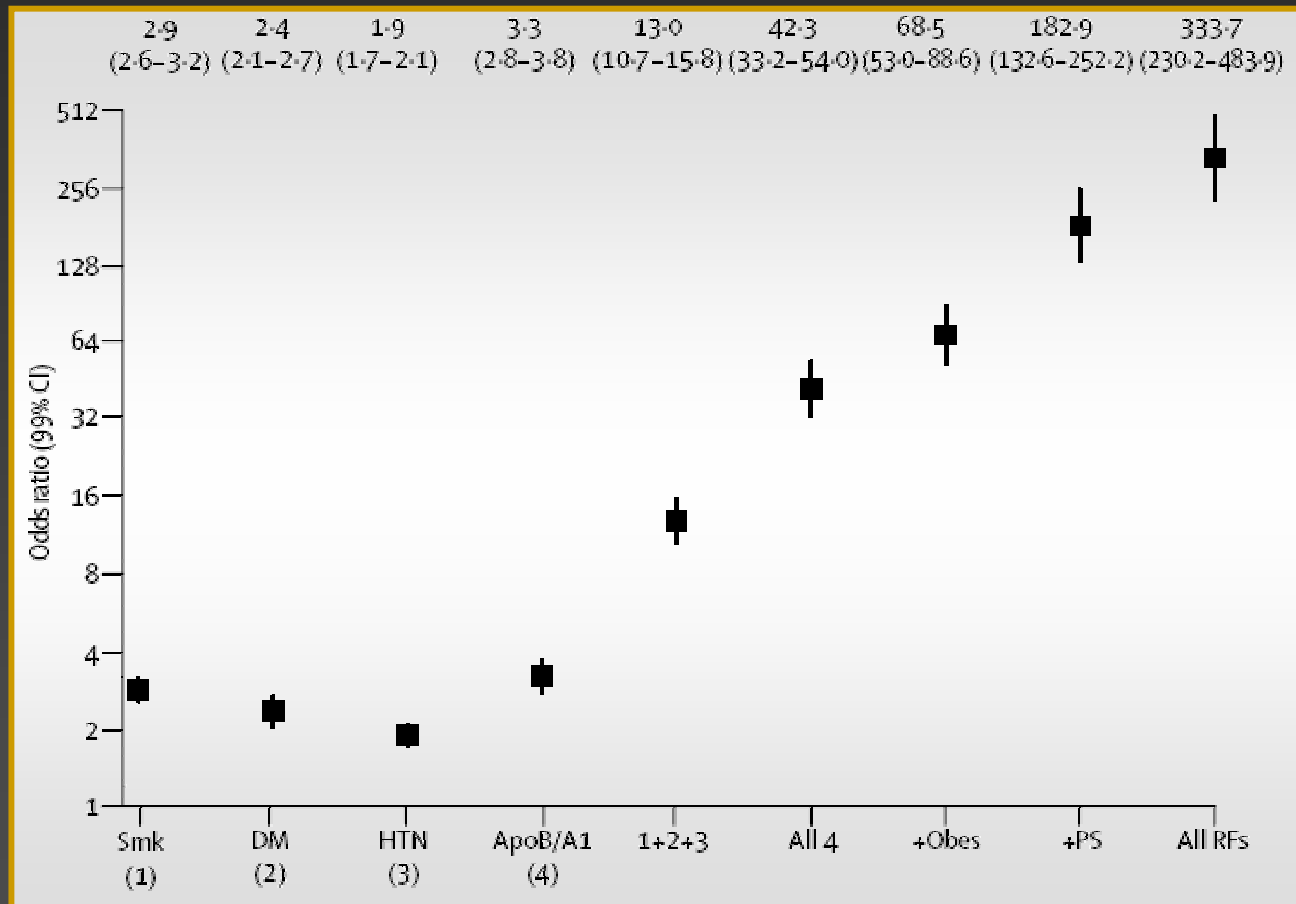
Grado de control de cada factor de riesgo y cumplimiento global de todos los factores de riesgo

Estudio PRESENAD



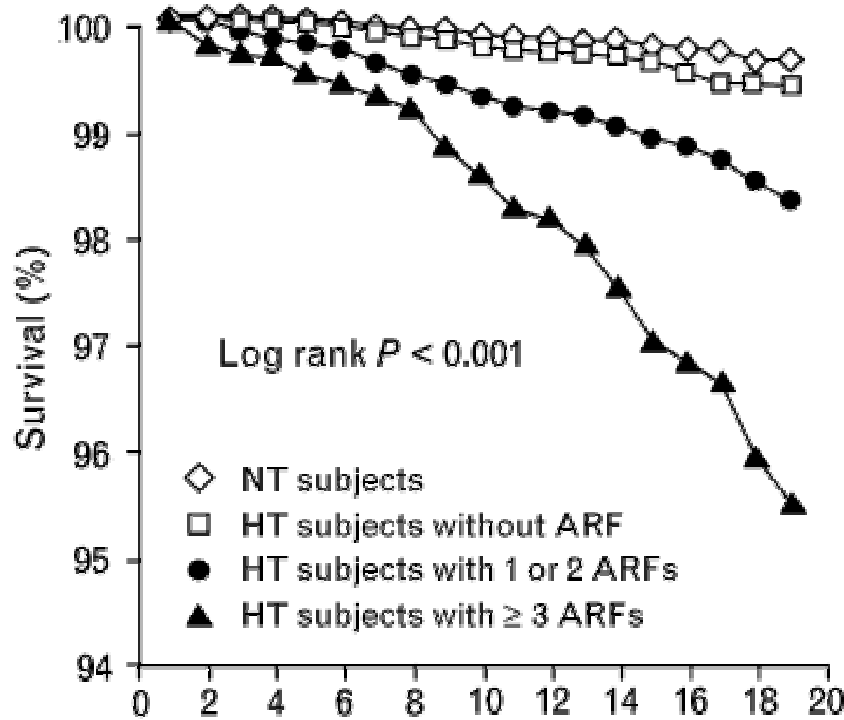
Riesgo de IAM asociado a diferentes factores de riesgo cardiovascular

Estudio INTERHEART



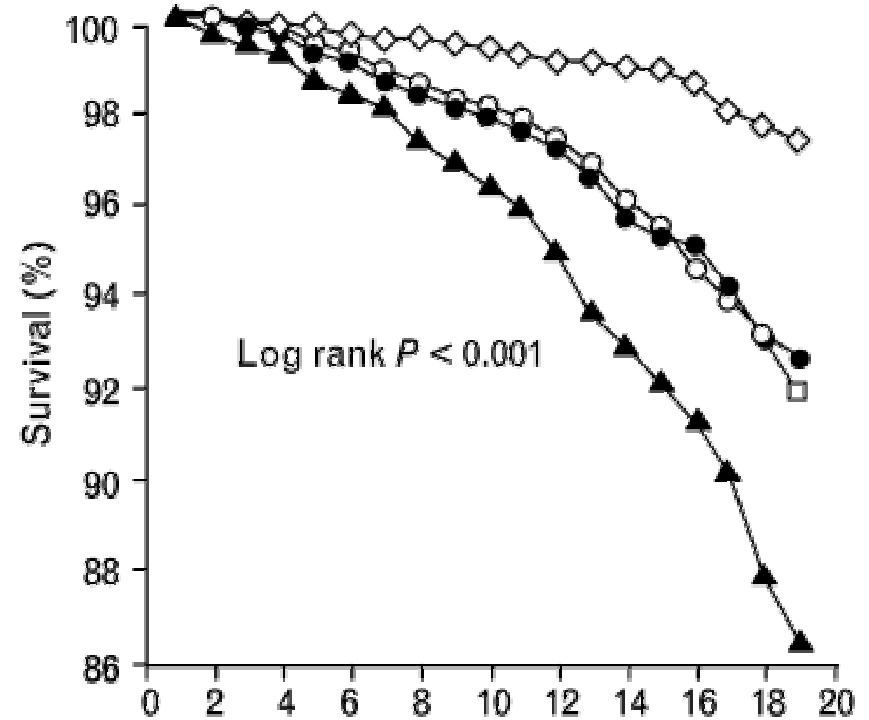
Mortalidad cardiovascular en varones hipertensos según el número de factores de riesgo cardiovascular

< 55 años



años de seguimiento

≥ 55 años



años de seguimiento

Hipertensos Tratados y no Controlados

Estudio CONTROLPROJECT

Factores de Riesgo Cardiovascular 96%

Dislipidemia	53%
Fumadores	24%
Edad > 55 (v); > 65 (m)	66%
Obesidad Abdominal	54%
Diabetes tipo 2	40%

Lesión de Órgano Diana 34%

Enfermedad Cardiovascular clínica 40%

Prevalencia, detección y control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios con aterotrombosis

REACH REGISTRY

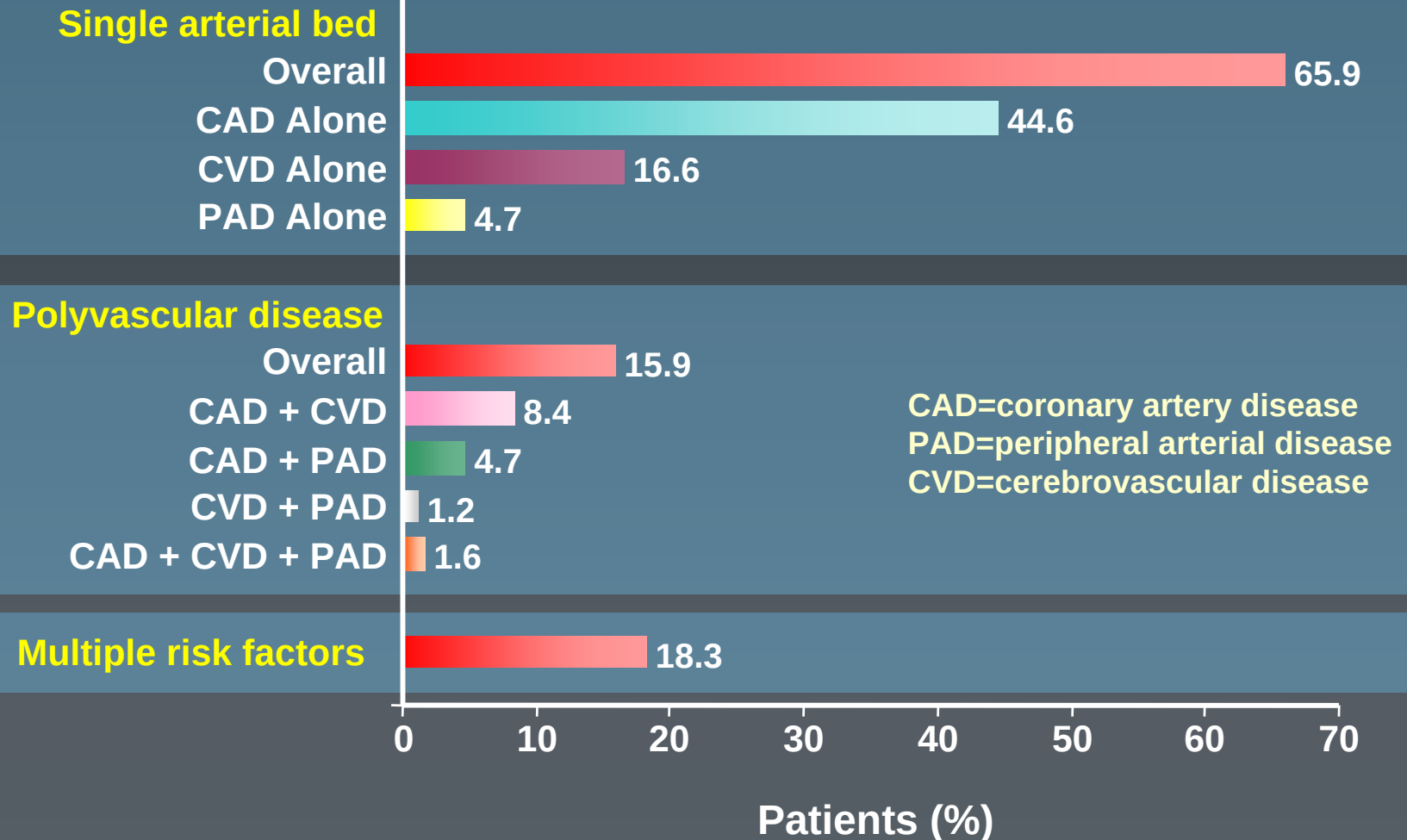
En el período Diciembre-2003 a Junio-2004 se incluyeron 67.888 pacientes ambulatorios ≥ 45 años, de 44 países de todo el mundo con enfermedad aterotrombótica o elevado riesgo cardiovascular

Enfermedad coronaria	(n=40.258)
Enfermedad cerebrovascular	(n=18.843)
Enfermedad arterial periférica	(n=8.273)
O ≥ 3 factores de riesgo	(n=12.389)

Edad media: 68,5 $\pm$ 10 años, 36,38 % mujeres

Prevalencia de enfermedad polivascular

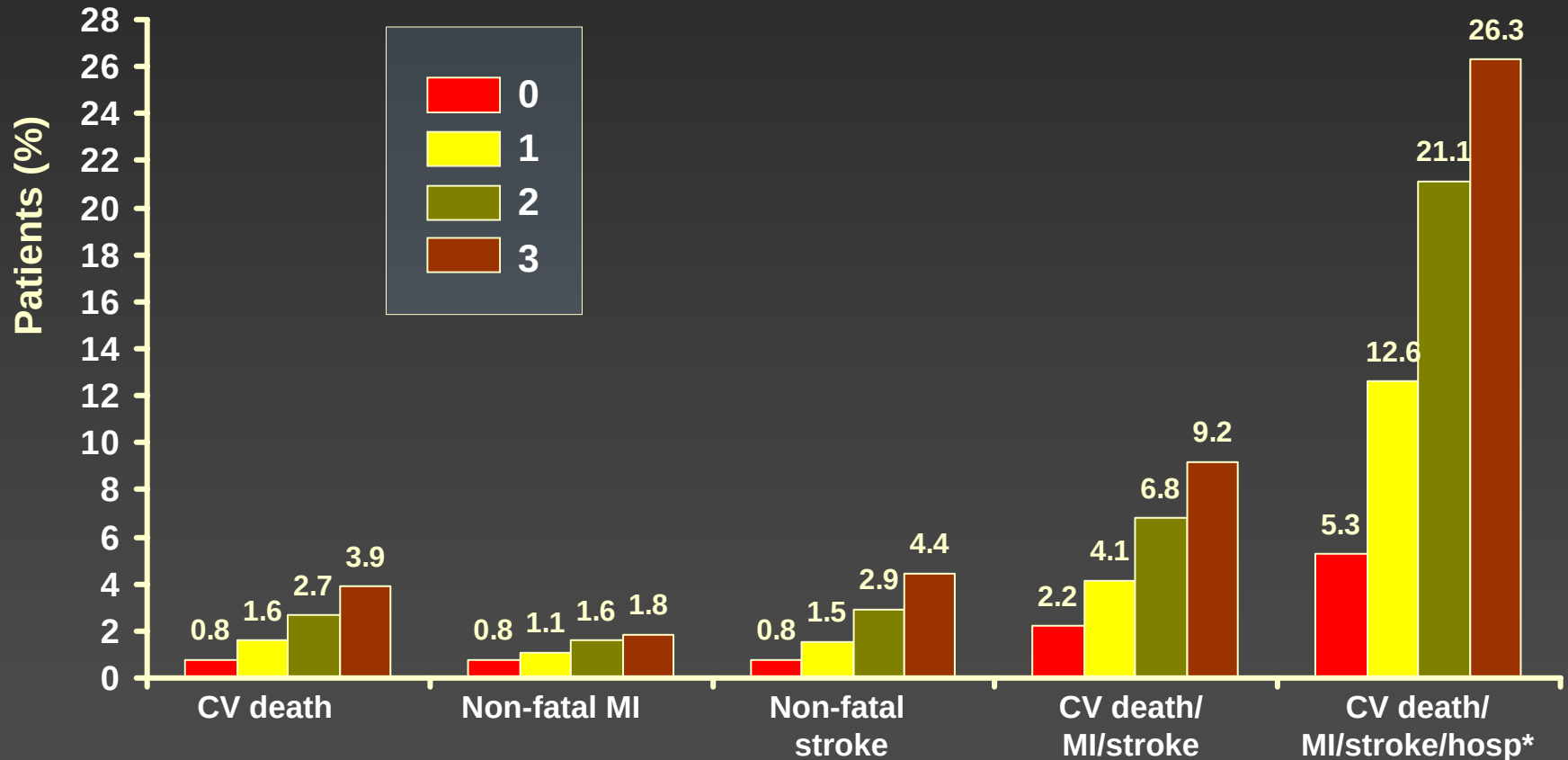
REACH REGISTRY



Tasas de eventos cardiovasculares al año, en función del nº de localizaciones de enfermedad sintomática

REACH REGISTRY

Patients with ≥ 3 risk factors but no symptoms are counted as 0, even in the presence of asymptomatic carotid plaque or reduced ankle brachial index

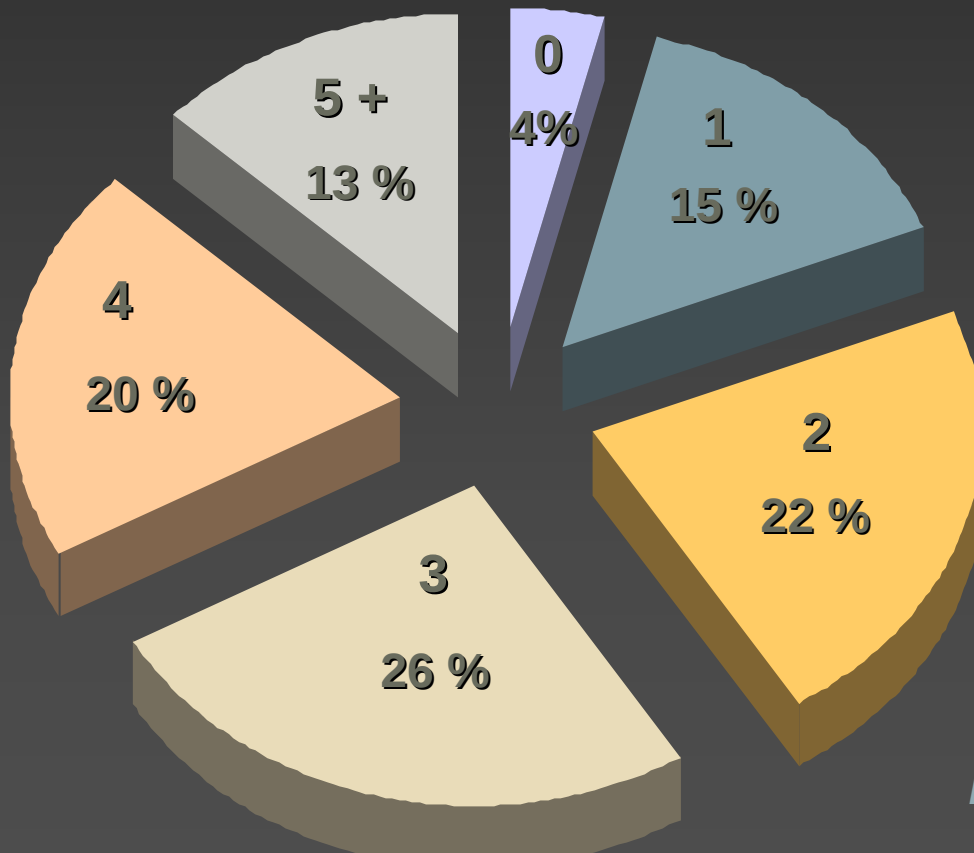


MI=myocardial infarction; *such as transient ischemic attack, unstable angina, worsening of peripheral arterial disease; adjusted for age and gender

Perfil de riesgo cardiovascular en pacientes con PA normal/alta

Estudio TROPHY

Número de factores
de riesgo cardiovascular



n: 809

edad 49 ± 8 a

PA $134 \pm 4 / 85 \pm 4$ mmHg

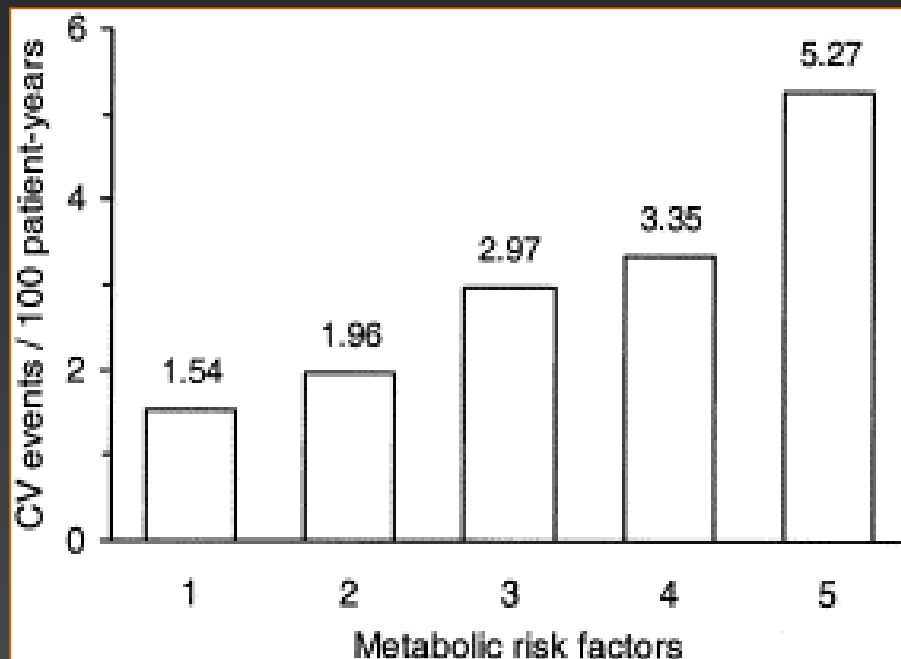
96 % $\geq$ 1 FRCV

81 % $\geq$ 2 FRCV

33 % $\geq$ 4 FRCV

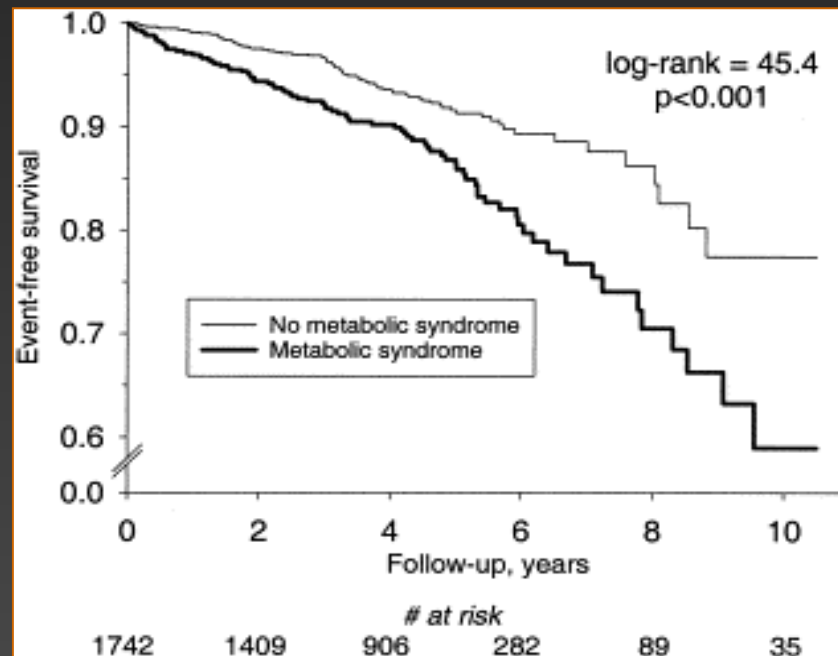
Pronóstico del Síndrome Metabólico en hipertensos

Estudio PIUMA



**Eventos según número de elementos
del Síndrome Metabólico**

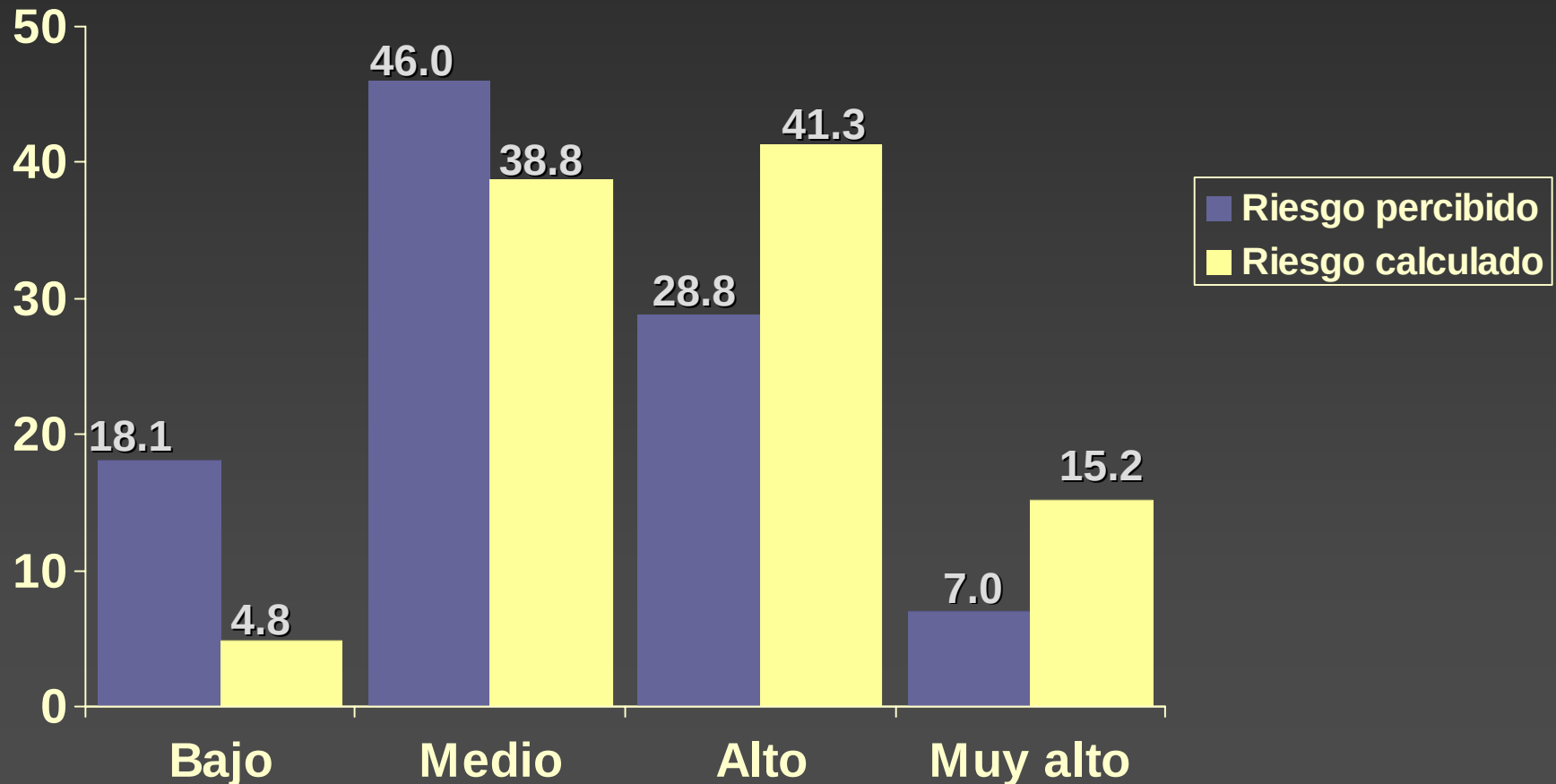
n:1742



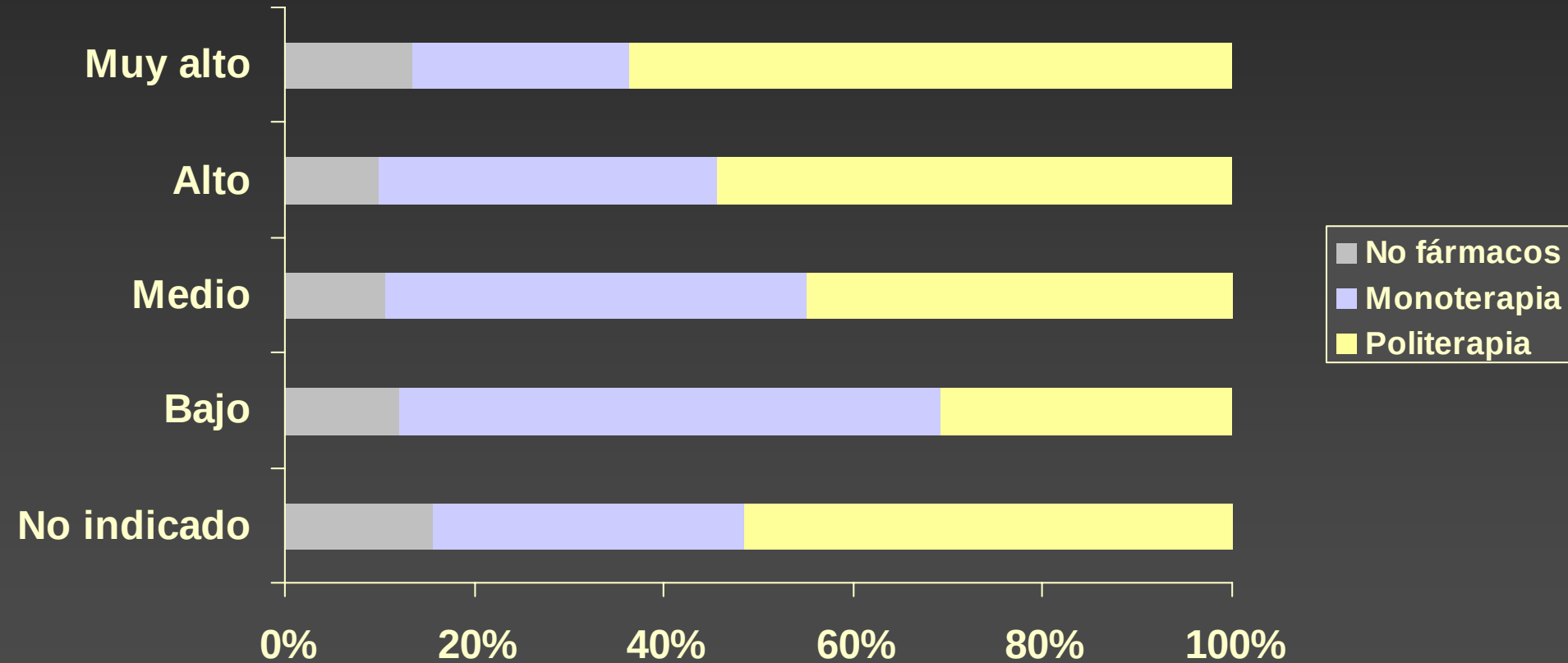
**Más eventos en SM
(3,23 vs 1,76 por 100 ptes/año)**

Distribución del riesgo cardiovascular calculado según WHO/ISH guías versus el percibido por el médico

n: 3.812 hipertensos



Tratamiento de la HTA en relación al riesgo global percibido por el médico



Conclusiones

- Existe una importante asociación de FRCV y su combinación multiplica la probabilidad de sufrir un evento vascular
- Las decisiones terapéuticas en el manejo del riesgo cardiovascular, no deben basarse en un único FRCV, ni establecerse por el valor de corte arbitrario del mismo, sino que debe realizarse una estimación del riesgo global del paciente
- La asociación entre mayor riesgo y menor grado de control hace necesario enfatizar la importancia de controlar el propio riesgo más que el nivel individual de un FRCV