



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

O-035 - El papel del Médico de Atención Primaria en la prevención de la mortalidad cardiovascular precoz

R. Cenjor Martín, E.M. Prieto Piquero, M. Cordero Cervantes, E. Cano Cabo y R. Álvarez Navascués

Hospital Central de Asturias.

Resumen

Caso clínico: Varón de 34 años que consulta por cifras elevadas de presión arterial (PA) de larga evolución para las que ha abandonado tratamientos previos. No presenta alergias medicamentosas, es fumador activo, tiene constitución pícnica y su estilo de vida es sedentario. En la exploración se confirma obesidad tipo I (índice de masa corporal 30,12) y PA 168/116 mmHg. El resto es anodino. El electrocardiograma muestra hipertrofia de ventrículo izquierdo por los criterios voltaje-duración de Cornell. La analítica revela colesterol total normal, con HDL-colesterol muy bajo; no había proteinuria ni alteraciones iónicas o renales. El MAPA confirma una hipertensión arterial (HTA) con patrón dipper. Dados estos resultados, se le informa de la necesidad e importancia de iniciar el tratamiento (valsartán/amlodipino 160/5 mg/24 horas). A través del índice JBS3, su cálculo de vida libre de enfermedad isquémica cardiaca o cerebrovascular es de 68,1 años, pero si se controlasen obesidad, HTA, tabaquismo y HDL, sería de 77,5 años. Esto implica un incremento de 9,4 años solo por el control de los factores de riesgo (FRCV). Al preguntar por sus antecedentes familiares, informa de que su padre falleció con 39 años por infarto agudo de miocardio. Recalculando entonces su riesgo cardiovascular (RCV), se observa cómo el antecedente familiar supone un incremento del riesgo de enfermedad de los 68,1 años a 65,6 años, lo que implica una pérdida de 2,5 años. Sin embargo, si eliminamos los FRCV modificables, la diferencia por el hecho de tener enfermedad precoz familiar se reduce a 0,8 años. Finalmente gracias a estos cálculos de RCV y a la concienciación del paciente, se instauró tratamiento antihipertensivo, hipolipemiante y antiagregante con muy buen resultado.

Conclusiones: Existen FRCV modificables y no modificables. El papel del médico de Atención Primaria radica en su detección para poder actuar precozmente instaurando medidas básicas (actividad física, abandono de hábitos tóxicos y dieta saludable) y tratamiento. La HTA es el FRCV más importante (dado que el aumento de PA es proporcional al riesgo de enfermedad isquémica cardiaca y cerebral), seguido de edad, colesterol elevado, colesterol HDL bajo, diabetes mellitus y tabaquismo. Sin embargo, el RCV es mayor si se combina HTA moderada con dos o más FRCV que HTA elevada con un solo FRCV. En nuestro caso, el paciente presentaba 4FRCV y lesión de órgano diana además de carga familiar, que implica per se un incremento del riesgo basal del 40-60%. La aproximación al RCV y al beneficio potencial del control de los FRCV se puede realizar con simuladores como el Índice JBS3 (útil para pacientes > 30 años) que constituyen también un apoyo visual para nuestros pacientes y facilitan la adhesión al tratamiento y la concienciación de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. JBS3 Board. Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease. *Heart*. 2014;100(Suppl 2):ii1-ii67.
2. Kaplan NM. Cardiovascular risks of hypertension. [Monografía en Internet]. UpToDate, 2014.
3. Wilson PWF. Overview of the risk equivalents and established risk factors for cardiovascular disease. UpToDate, 2014.