

CONSULTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Patricia Rodríguez Torres

A5/R10 Medicina Interna

H.U. Nuestra Señora de Valme (Sevilla)

patricia.rtorres@hotmail.com

Los misterios del RCV en 45 minutos



CONSULTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

COMPLE

1. Transmitiros mi experiencia
2. Que comprendáis la importancia que tiene en nuestra formación la ECV
3. Aportaros material y contenido para que **NO OS TIEMBLÉN LAS PIERNAS** si un día de improviso tenéis que pasarla

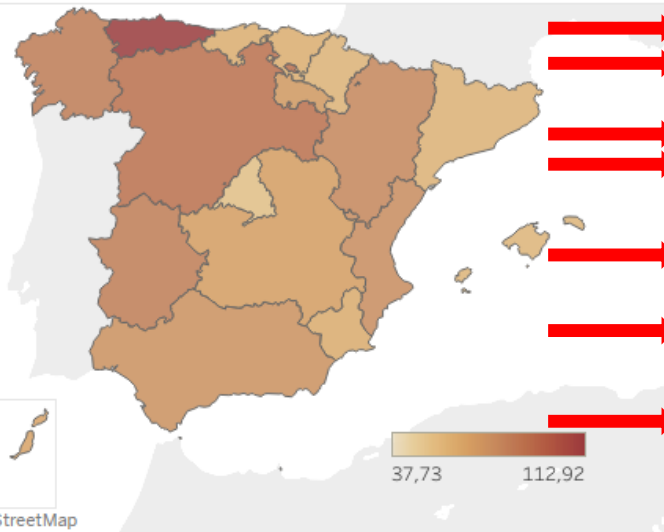




Causas de muerte más frecuentes: Enfermedades isquémicas del corazón
 Sexo: Ambos sexos
 Año: 2017

Defunciones por 100.000 habitantes

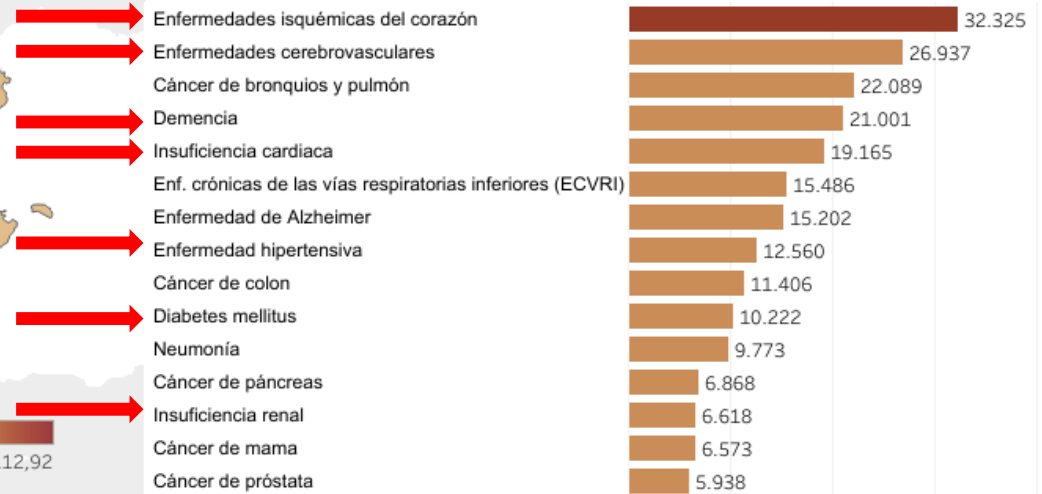
Enfermedades isquémicas del corazón, Ambos sexos, 2017



© 2019 Mapbox © OpenStreetMap

Pulse sobre el mapa para ver datos de las comunidades autónomas

Número de defunciones Nacional



Defunciones Totales, Ambos sexos 424.523

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2017. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

Avance de causas de muerte de enero-mayo 2020

23% causadas por enfermedades del sistema circulatorio.

Las enfermedades infecciosas, que incluyen COVID-19 (virus identificado y cuadro sospechoso) fueron la segunda causa de muerte (20,9% del total), superando a los tumores (20,4%)

CASO CLÍNICO: Paciente que lo tiene todo, pero no tiene nada

Motivo de consulta:

Neus, 70 años

Derivada por AP por mal control de FRCV.

Antecedentes familiares:

Padre murió probablemente de IAM con 75 años (fumador)

1 hermano de 65 años con ictus (fumador)



Antecedentes personales:

- Nunca fumadora ni bebedora
- HTA primaria grado 2 desde hace 20 años con mal control en los últimos 10 años
- DM tipo 2 desde hace 8 años sin evidencia de daño de órgano diana.
- Dislipemia mixta sin tratamiento
- Obesidad grado I de predominio central
- Nunca eventos CV
- Estilo de vida activo, realiza 30 minutos de ejercicio 2 veces a la semana.

TRATAMIENTO HABITUAL:

Enalapril 10 mg por la mañana

Linagliptina 5 mg por la mañana.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- BQ:

Glucosa 135 mg/dl, urea 45mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl, estimación de FG con CKD-EPI 64 mL/min/1,73 m², ác. úrico 9 mg/dl, PCR 4.5 mg/l,

CT 260mg/dl, LDL 160 mg/dl, HDL 37 mg/dl, (no HDL 223 mg/dl), TG 220 mg/dl.

HbA1c 7.8%

- HG: 3 series normales.
- Orina: proteinuria +/-+++
- Rx de tórax: ICT normal, elongación aórtica.

Paciente que lo tiene todo,
pero no tiene nada



Motivo de derivación es:
Prevención primaria

- Promoción de salud CV: dieta, ejercicio, hábitos tóxicos
- Despistaje de factores de riesgo clásicos y daño de órgano:
 - H^{ia} familiar
 - Hábitos tóxicos
 - EXPLORACIÓN: **¡¡ IMPORTANTE !!**
 - PA, medición de perímetro de cintura y cálculo de IMC
 - Auscultación de soplos a todos los niveles
 - Palpación de pulsos a todos los niveles
 - PPCC: BQ y HG generales, perfil lipídico, HbA1c, orina con Alb/Cr, ECG básico

ANAMNESIS

Refiere mal control de TA con cifras de 160/100 mmHg al despertarse, resto del día 135/85 mmHg.

No realiza determinaciones glucemia capilar.

Asintomática.

EXPLORACIÓN

PA brazo derecho 147/85 mmHg, PA brazo izquierdo 152/85 mmHg. FC 85 lpm. Peso 80 kg, talla 1.60 m. IMC 31.25 kg/m². Perímetro de cintura 105 cm.

No fenotipo característico de ningún síndrome. Normocoloreada. No xantomas ni xantelasmas.

Pulso carotídeo normal, no ingurgitación yugular. Pulsos radiales femorales llenos y simétricos, **disminución de intensidad de pulso en a. pedia derecha respecto a la izquierda.**

No soplos carotídeos, abdominales ni femorales.

AC **soplo pansistólico** grado 1-2 de Levine no irradiado. AP normal.

Abdomen con abundante panículo adiposo, no masas ni megalias.

Miembros normales, no edemas.





1. SÍNDROM METABÓLICO COMPLETO:

- Obesidad
- HTA (hipertensión) patía sistólico
- hipercolesterolemia
- DM (diabetes mellitus) de (niveles de glicemia)
- orgánico (niveles de creatinuria)
- en
- Dislipemia (perfil lipídico) (↑LDL, HDL ↓, TG ↑)

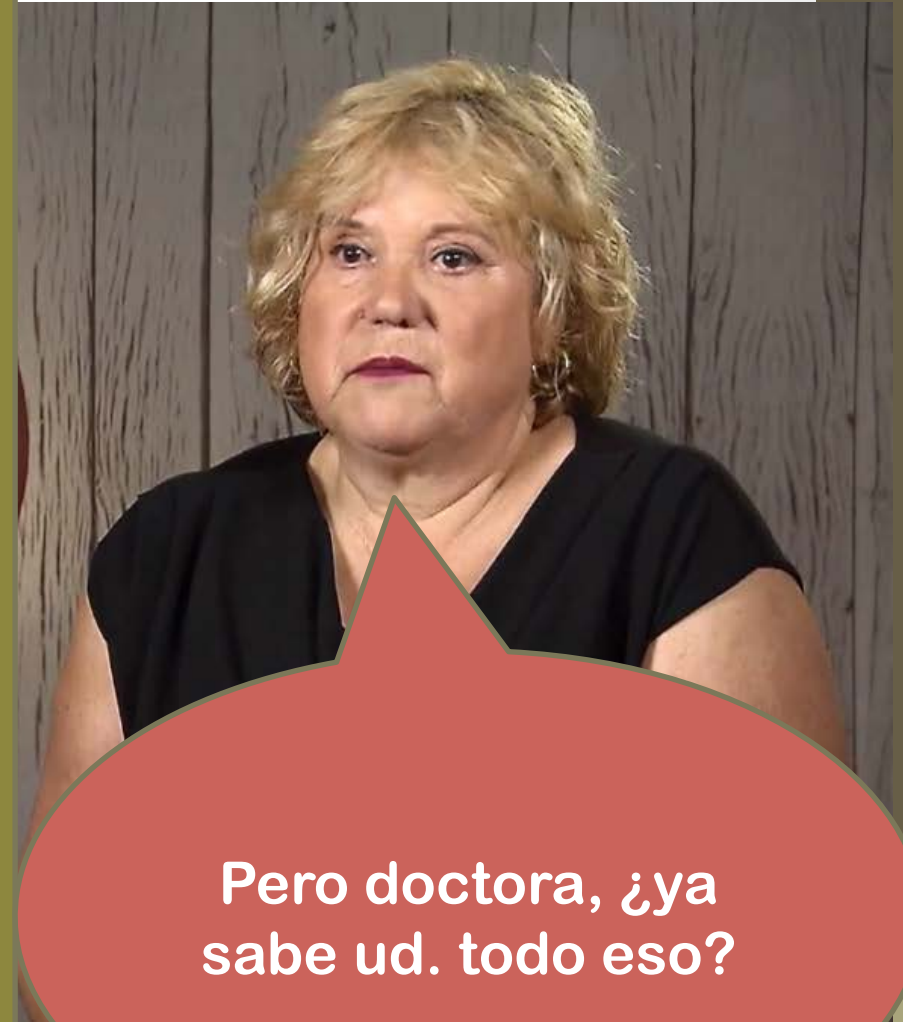
¡Si!
Gracias a la exploración

2. HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA

- Datos en Rx simple de **aterosclerosis aórtica**.
- **Disminución de pulso pedio**, a descartar enfermedad arterial periférica asintomática.



ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA SUBCLÍNICA



Pero doctora, ¿ya sabe ud. todo eso?

TRAS UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA:

1. Completar las PPCC
2. Definir objetivos:
 - General: ↓ eventos CV
 - Concretos por áreas
 - Realistas y Progresivos **¡¡ IMPORTANTE !!**
 - Tener en cuenta edad y el grupo de riesgo CV al que pertenezca
3. Establecer un plan de tto y de seguimiento.

Table 4 Cardiovascular risk categories

Very-high-risk	<p>Documented ASCVD, either clinical or unequivocal on imaging. Documented ASCVD includes previous ACS (MI or unstable angina), stable angina, coronary revascularization (PCI, CABG, and other arterial revascularization procedures), stroke and TIA, and peripheral arterial disease. Unequivocally documented ASCVD on imaging includes those findings that are known to be predictive of clinical events, such as significant plaque on coronary angiography or CT scan (multivessel coronary disease with two major epicardial arteries having >50% stenosis), or on carotid ultrasound.</p> <p>DM with target organ damage,^a or at least three major risk factors, or early onset of T1DM of long duration (>20 years).</p> <p>Severe CKD (eGFR <30 mL/min/1.73 m²).</p> <p>A calculated SCORE ≥10% for 10-year risk of fatal CVD.</p> <p>FH with ASCVD or with another major risk factor.</p>
High-risk	<p>People with:</p> <p>Markedly elevated single risk factors, in particular TC >8 mmol/L (>310 mg/dL), LDL-C >4.9 mmol/L (>190 mg/dL), or BP ≥180/110 mmHg.</p> <p>Patients with DM without target organ damage,^a with DM duration ≥10 years or another additional risk factor.</p> <p>Moderate CKD (eGFR 30–59 mL/min/1.73 m²).</p> <p>A calculated SCORE ≥5% and <10% for 10-year risk of fatal CVD.</p>
Moderate-risk	<p>Young patients (T1DM <35 years; T2DM <50 years) with DM duration <10 years, without other risk factors. Calculated SCORE ≥1 % and <5% for 10-year risk of fatal CVD.</p>
Low-risk	<p>Calculated SCORE <1% for 10-year risk of fatal CVD.</p>

Guía ESC/EAS 2019 para control de dislipemias:

Según esta clasificación:

- Pacientes con ECV conocida
- DM
- 1 factor de riesgo muy descontrolado
- ERC

Son de alto o muy alto riesgo.

En el resto: Pacientes sanos >40 años realizar SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation). Estima de riesgo a 10 años de sufrir un evento CV mayor.

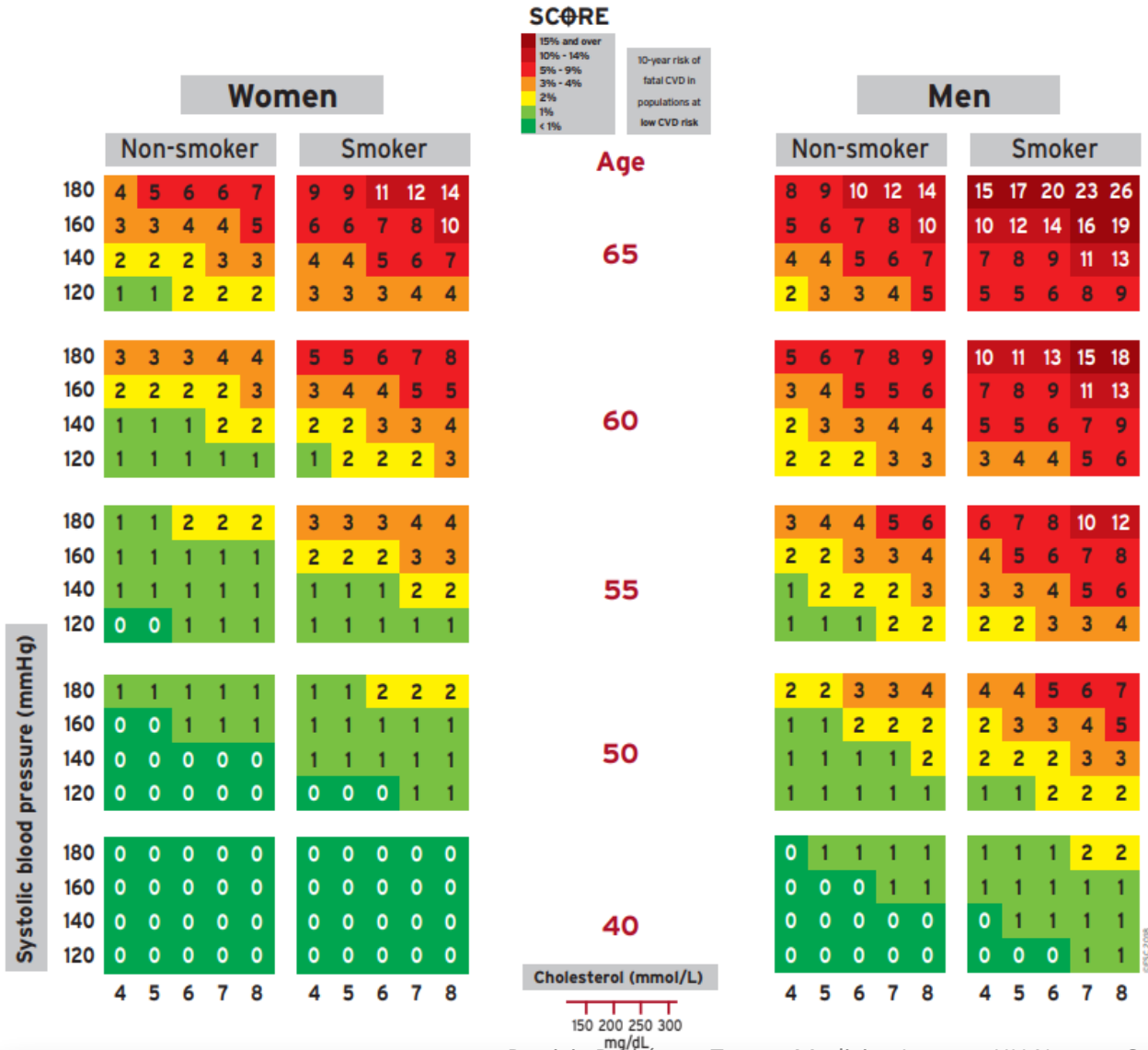
www.heartscore.org

ASCVD = atherosclerotic cardiovascular disease; ACS = acute coronary syndrome; BP = blood pressure; CABG = coronary artery bypass graft surgery; CKD = chronic kidney disease; CT = computed tomography; CVD = cardiovascular disease; DM = diabetes mellitus; eGFR = estimated glomerular filtration rate; FH = familial hypercholesterolaemia; LDL-C = low-density lipoprotein cholesterol; MI = myocardial infarction; PCI = percutaneous coronary intervention; SCORE = Systematic Coronary Risk Estimation; T1DM = type 1 DM; T2DM = type 2 DM; TC = total cholesterol; TIA = transient ischaemic attack.

^aTarget organ damage is defined as microalbuminuria, retinopathy, or neuropathy.

SCORE - European Low Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in low risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status



Objetivos concretos

Objetivo peso, ejercicio, perímetro de cintura

Peso:

IMC 25-35 kg/m² → reducir 5-10% (5-10 Kg) en 6 meses.

IMC > 35 kg/m² → 15-20% (>10 kg). En 1 año.

Ejercicio:

Aeróbico >30 min/día

Intensidad mod-alta (FC 60-85% de la máxima teórica para ese individuo).

Para la persona obesa no entrenada: comenzar 5 Km/día.

En personas mayores además dos sesiones semanales de ejercicios de fuerza/resistencia

Perímetro de cintura: < 102 cm ♂ y < 88 cm ♀, o el máximo conseguido con las recomendaciones peso y ejercicio.



¿ Neus ?

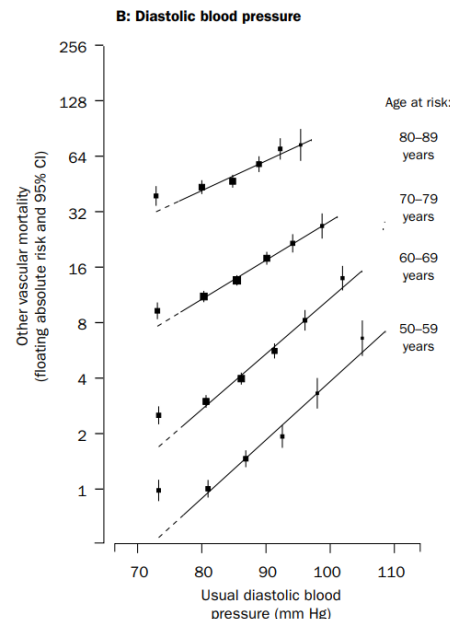
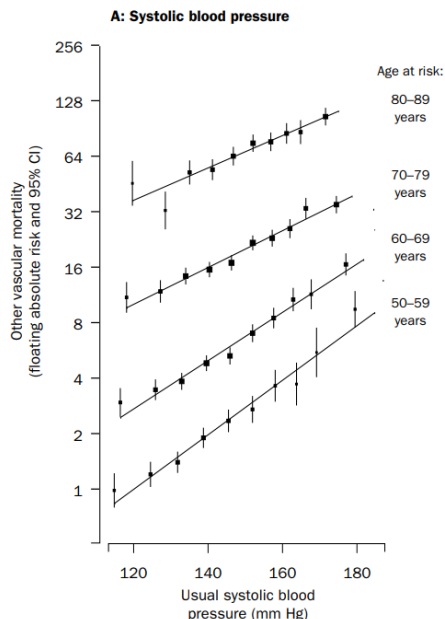
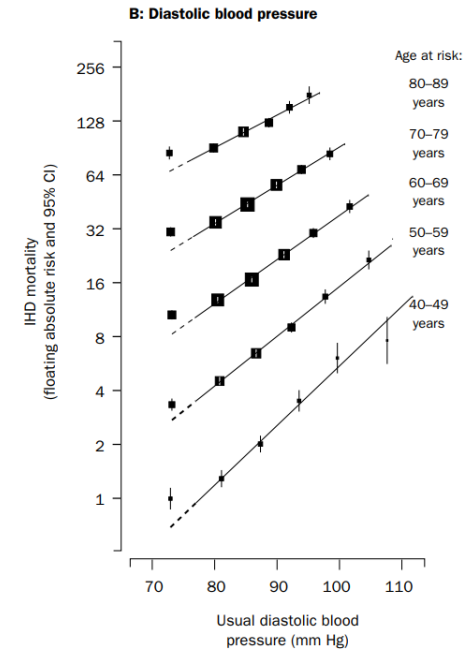
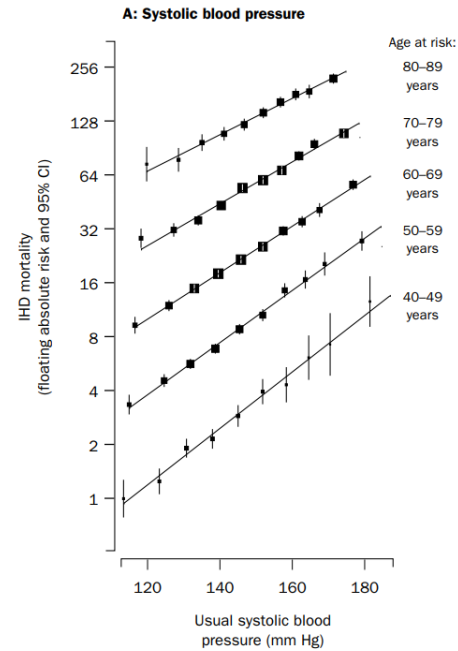
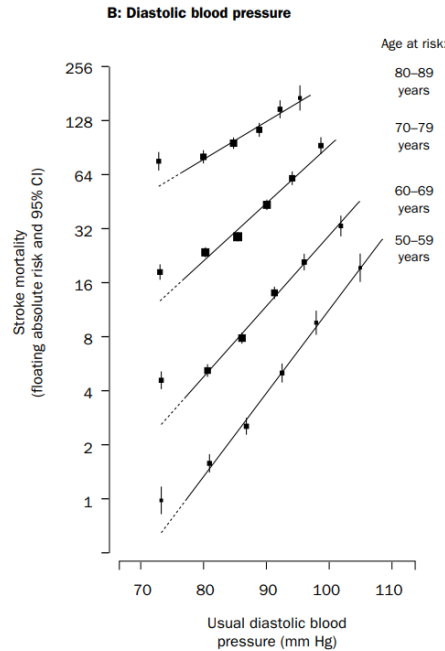
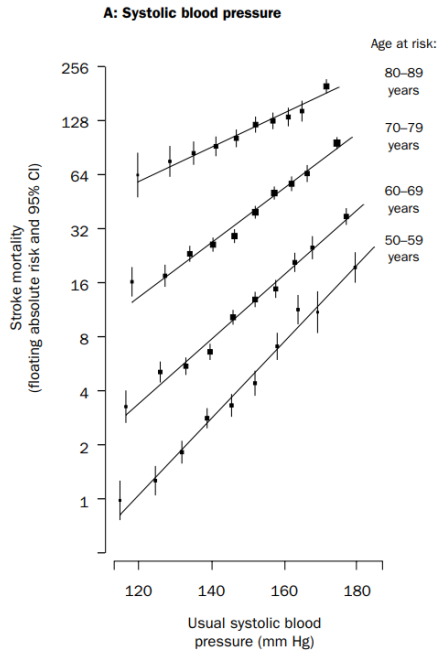
Pérez-Jiménez et al. Document of recommendations of the SEA 2018. Lifestyle in cardiovascular prevention. Clin Investig Arterioscler. Nov-Dec 2018;30(6):280-310.

Objetivos concretos

Objetivos tabaco y alcohol.

- Abolir completamente consumo de tabaco.
- No superar el consumo recomendado de alcohol al día:
< 2.5 UBE ♀ y < 4 UBE ♂.
- No inducir a consumir a los abstemios.

Pérez-Jiménez et al. Document of recommendations of the SEA 2018. Lifestyle in cardiovascular prevention. Clin Investig Arterioscler. Nov-Dec 2018;30(6):280-310.



El riesgo de ECV mortal aumenta de manera lineal:

- A partir de 115/75 mmHg
- Intrínsecamente con la edad
- RR mayor en los pacientes más jóvenes

Lewington S et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A metaanalysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet. 2002; 360:1903-13

Objetivo de PA

PREMISA PARA TRATAR BIEN HTA
El riesgo de muerte por ECV se duplica por cada 20 mmHg de PAS o 10 mmHg de PAD

ESH/ESC 2018:

¿Qué es HTA? >140/90 mmHg.

¿Cuándo iniciar tto? General >130/85 mmHg, > 65 años si > 140/90 mmHg

¿Cómo iniciar tto?

- Con RCV alto o muy alto: Tto médico + cambios estilo de vida
- Con RCV bajo o moderado: cambios en estilo de vida e iniciar tto médico si tras este período (¿???) continúa hipertenso.

Objetivos de TA:

PA <140/90 mmHg en todos los pacientes y siempre que la el tratamiento es bien tolerado.

Intentar llegar a 130/80 mmHg o menos en la mayoría de los pacientes.

No bajar de 120/70 mmHg.

Fármacos: cualquiera de los 5 grupos que existen según la comorbilidad del paciente

ACC/AHA 2017:

¿Qué es HTA? > 130/80 mmHg

¿Cuándo iniciar tto? > 130/80 mmHg

¿Cómo iniciar tto?

- Con RCV alto-muy alto: Tto médico + cambios estilo de vida
- Con 130-140/80-90 mmHg: Probar con cambios estilo de vida y si pasado un período continúa en este rango iniciar tto médico
- Con TA > 140/90 mmHg: siempre

Objetivos de TA: <130/80 mmHg (sin establecer límite inferior)

- Williams et al. 2018 Guidelines for the management of arterial hypertension of the ESH/ESC. J Hypertens. 2018 Dec;36(12):2284-2309.

- Whelton et al. 2017 ACC/AHA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension. 2018 Jun;71(6):e13-e115

- Chobanian et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA, 289 (2003), pp. 2569-72

Objetivo de lípidos

PREMISA PARA TRATAR BIEN DLP

Por cada 40 mg/dL de ↓C-LDL
↓22% la tasa de ECV

PRIMARIOS: LDL (con grado de recomendación/nivel de evidencia)

- 55 mg/dl → muy alto (IA)
- <70 mg/dl → alto (IA)
- <100 mg/dl → moderado (IIa A)
- <115 mg/dl → bajo (IIb A)

SECUNDARIOS:

- No HDL (Col total – HDL)
 - < 85 mg/dl → Muy alto
 - 100 mg/dl → alto
 - 130 mg/dl → moderado
- Apo B: preferible al no HDL en pacientes con TG (>400) o con DM
 - < 65 mg/dl → Muy alto
 - < 80 mg/dl → alto
 - <100 mg/dl → moderado
- TG < 150 mg/dl

NO SON OBJETIVOS PERO SON NIVELES DESEABLES:

- HDL > 40
- Lp(a) < 30 mmHg

Mach et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Atherosclerosis. 2019 Nov;290:140-205

Objetivo de HbA1c

ESC 2019/ ADA 2019:

Tener en cuenta:

- duración de la DM
- Comorbilidad
- Edad
- existencia de episodios de hipoglucemia

- General para todo adulto no gestante: HbA1c <7%
- Situaciones especiales:
 - HbA1c 6-6.5% al inicio de la DM en individuos más jóvenes y sin evidencia de ECV, si se logra sin hipoglucemia significativa , sobre todo si se maneja sólo con cambios estilo de vida o con metformina
 - HbA1c <8% (incluso < 9%) cuando hay comorbilidad severa , ECV avanzada, esperanza de vida limitada, y fragilidad, episodios hipoglucémicos severos y peligrosos. → objetivo evitar las complicaciones agudas hiperosmolares
- Glucemia en ayunas y antes de las comidas <130 mg/dl y después de las comidas <180 mg/dl.

PREMISA PARA TRATAR BIEN LA DIABETES

HbA1c más cercana a 6% posible pero sin hipoglucemias el máximo tiempo de la vida posible, reduce la aparición del daño microvascular.
Una vez ya hay daño microvascular no merece la pena control tan estricto.

Cosentino et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2020 Jan 7;41(2):255-323
Buse et al. 2019 Update to: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by ADA and the EASD. Diabetes Care . 2020 Feb;43(2):487-493.

PPCC

- Recordemos perfil lipídico: colesterol total 260mg/dl, LDL 160 mg/dl, HDL 37 mg/dl, (no HDL 223 mg/dl), triglicéridos 220 mg/dl
- **Ampliamos:** Lipoproteína a ó Lp(a): 40 mg/dl (N <30 mg/dl)

Lp (a)

- Factor de riesgo independiente.
- Determinado genéticamente.
- Medir a toda persona 1 vez en la vida.
- Produce: cardiopatía isquémica precoz arteriosclerosis universal, estenosis válvula aórtica precoz.
- De momento no hay tto para bajarlo
- Cuando está elevado trataremos el LDL

- Recordemos tira de orina: proteinuria +/-+++
- **Ampliamos:** CAC 180 mg/g (microalbuminuria A2)

- Recordemos PA: Refería mal control de TA con cifras de 160/100 mmHg al despertarse, resto del día 135/85 mmHg
- **Ampliamos:** MAPA
 - definir mejor su HTA
 - distribución horaria de su HTA
 - cursa en crisis o es un aumento mantenido
 - ¿Se acompaña de aumentos en FC?
- **¿Ampliamos:** Realizamos búsqueda de HTA secundaria?
- No parece perfil

ORIENTAN A HTA SECUNDARIA

1. Aparición de cualquier grado de HTA en la infancia
2. <40 años con hipertensión de grado 2
3. Empeoramiento agudo de HTA en pacientes previamente normotensos o crónicamente estables
4. Hipertensión resistente (3 o + fcos, uno de ellos diurético).
5. Hipertensión grave (grado 3) o emergencia hipertensiva
6. Presencia de daño órgano diana extenso.
7. Características clínicas o bioquímicas que sugieren causas endocrinas o ERC
8. Características clínicas sugestivas de SAHOS.
9. Síntomas sugestivos de feocromocitoma o antecedentes familiares de feocromocitoma