

Maneig del Risc Cardiovascular Global

Autors

Raimon Ferré
Alberto Zamora

Octubre 2017

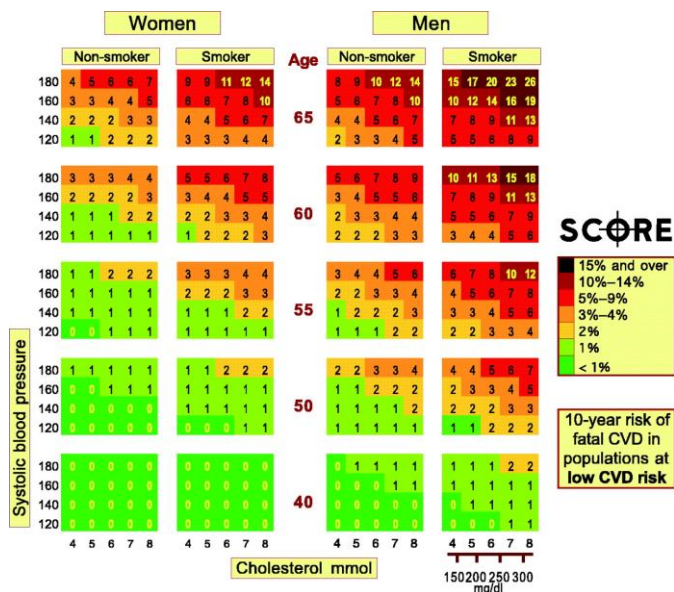


Justificació i objectiu

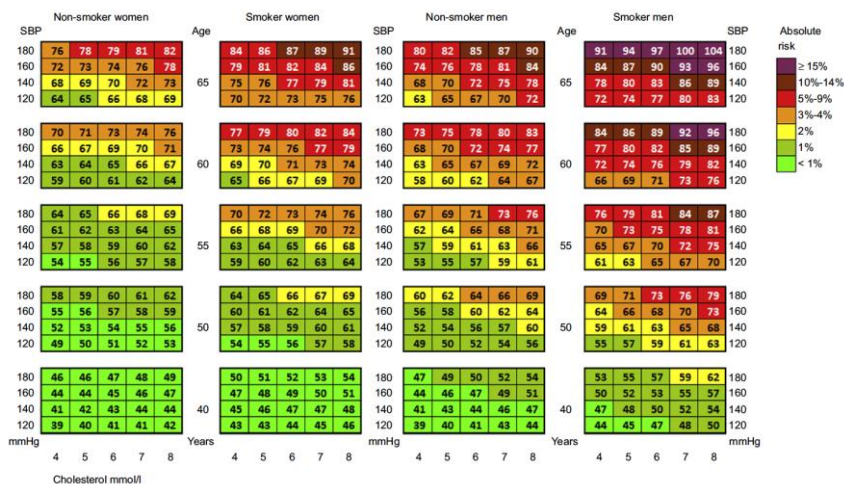
- El pacient amb Hipertensió Arterial comparteix molt sovint altres factors de risc cardiovascular, com són la dislipèmia, la resistència insulínica o diabetis, el sedentarisme, la obesitat i el tabaquisme, entre d'altres
Per aquest motiu és imprescindible per a la bona pràctica clínica fer un abordatge global del risc cardiovascular
- Aquesta guia pretén donar eines que facilitin l'estratificació del risc cardiovascular global i definir els objectius de control òptims pels diferents factors de risc cardiovascular principals que podem observar en el mateix pacient
- Els objectius pel control òptim estan definits segons la estratificació del risc global per les evidències científiques actuals
- La guia no contempla aspectes com les mesures de canvi d'estil de vida ja que la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial en té editats documents específics

Estratificació poblacional del RCV

Risc absolut de mort cardiovascular



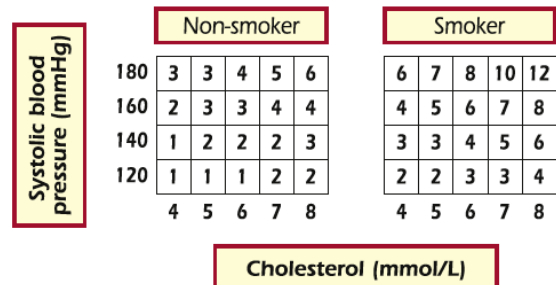
Càlcul de l'edat vascular i el risc associat



Consideracions:

- Estimació de mortalitat cardiovascular a només 10 anys
- Edats compreses entre els 40 i 65 anys, per edats superiors utilitzar SCORE-OP
- Molt útil en l'estratificació del risc en poblacions, no tan en la individual
- En individus amb diabetis s'ha de multiplicar el risc x3 en homes i x5 en dones
- En persones amb malalties inflamatòries cròniques, per ex. l'artritis reumatoide, es recomana multiplicar el risc x1.5
- Els pacients amb hipercolesterolemia familiar es consideren d'alt risc. La història familiar del malaltia cardiovascular precoç i lesions d'organ diana es consideren factors modificadors del risc.
- Bona correlació amb les taules de Regicor
- La taula de risc relatiu és d'utilitat en persones joves i amb baix risc, així com les taules d'edat vascular.

Risc relatiu de mort cardiovascular



Cholesterol: mmol/L → mg/dL: 8 = 310; 7 = 270; 6 = 230; 5 = 190; 4 = 155

Estratificació individual del risc CV global

FRCV, LOD o MCV\PA	PA normal-alta 130-139 o 85-89	HTA grau 1 140-159 o 90-99	HTA grau 2 160-179 o 100-109	HTA grau 3 ≥180 o ≥110
Sense altres FRCV	Risc de referència	Risc afegit baix	Risc afegit moderat	Risc afegit alt
1-2 FRCV afegits	Risc afegit baix	Risc afegit moderat	Risc afegit moderat-alt	Risc afegit alt
≥ 3 FRCV afegits	Risc afegit baix-moderat	Risc afegit moderat-alt	Risc afegit alt	Risc afegit alt
LOD, MRC estadi 3 o DM	Risc afegit moderat-alt	Risc afegit alt	Risc afegit alt	Risc afegit alt-molt alt
MCV, MRC ≥ estadi 4, o DM amb LOD	Risc afegit molt alt	Risc afegit molt alt	Risc afegit molt alt	Risc afegit molt alt

Es consideren també de **molt alt risc CV afegit** aquells individus amb placa significativa coronària o carotídia diagnosticada per imatge i/o SCORE ≥10%

Es consideren també **d'alt risc CV afegit** aquells individus amb hipercolesterolèmia familiar i/o SCORE >5% - ≤10% i els diabètics.

Els pacients joves amb DM tipus 1 sense cap altre factor de risc cardiovascular i sense lesió d'òrgan diana podrien considerar-se de baix o moderat risc afegit.

Es consideren de **risc afegit moderat** tots aquells individus amb SCORE ≥1% - <5%, la major part de la població de mitjana edat correspon a aquest grup

Es considera en **risc de referència** qualsevol persona amb SCORE <1%

Objectius segons risc CV global

	Risc de referència	Risc afegit moderat	Risc afegit alt	Risc afegit molt alt
PA clínica, mmHg	<140/90	<140/90	<140/90	<130/80 considerar PAs<120 *
Colesterol LDL, mg/dL	< 115	<100	<100 ↓ ≥50% si basal 100-200	<70 o ↓ ≥50% si basal 70-135
Hb A1c, %	<7	<7	<7	<7 considerar <6.5

Consideracions

- * En referència a la necessitat d'assolir objectius de PA <130/80 mmHg: els resultats de l'estudi SPRINT i de recents metanàlisis suporten un tractament més intens de la HTA en pacients d'alt risc, però la metodologia de la mesura de la PA en aquest estudi no és la habitual en la pràctica clínica i s'ha de valorar de forma individualitzada el risc/benefici d'un tractament més intens de la HTA.
- L'objectiu de PA en el pacient amb DM tipus 2 és <140/85 mmHg, si bé en diabètics joves amb risc de complicacions com retinopatia, ictus o albuminúria, es pot considerar l'objectiu de PA <130/80 mmHg
- L'objectiu de pressió arterial en la DM tipus 1 és <130/80 mmHg
- En pacients amb malaltia renal crònica i proteïnúria l'objectiu de PA és <130/80 mmHg
- En individus amb DM tipus 2 de curta evolució o en el diagnòstic, sense fragilitat ni malaltia cardiovascular coneguda, i també en la gestació, es pot considerar l'objectiu d'HbA1c ≤6.5%
- L'objectiu lipídic principal és la reducció del colesterol LDL, si bé un cop assolit es pot considerar prendre les mesures adients per revertir la dislipèmia aterogènica consistent en hipertriglicèrididèmia i colesterol HDL baix, amb l'objectiu d'aconseguir uns nivells de Tg <150 mg/dL i de colesterol HDL >40 mg/dL

Abreviatures

HTA: hipertensió arterial

PA: pressió arterial

PA: pressió arterial sistòlica

MCV: malaltia cardiovascular

FRCV: factors de risc cardiovascular

MRC: malaltia renal crònica

DM: diabetis mellitus

LOD: lesió d'òrgan diana

HbA1c: hemoglobina glicosilada A1c

LDL: lipoproteïna de baixa densitat

HDL: lipoproteïna d'alta densitat

Tg: triglicèrids