

Factores de riesgo personales y familiares de enfermedad coronaria – 2013

Dr. Alberto Morales Salinas (QEPD)

Queridos colegas

¿Qué harían con un paciente hipertenso controlado de 60 años de edad, con buena clase funcional, EKG negativo y ETT al reposo normal, pero con el antecedente de que la hermana y la madre murieron a los 42 y 44 años de infarto de miocardio?

Múltiples son los factores protrombóticos y proarritmogénicos que existen e imposible es cuantificarlos todos.

De manera preventiva ¿que harían en el aspecto farmacológico?:

- a) solo antiagregantes
- b) solo antocoagulación
- c) combinación de antiagregantes y anticoagulantes
- d) nada (sólo control de la HTA)

¿Qué conducta seguirían en los complementarios?

Por último, ¿qué documentos me recomiendan sobre manejo de los pacientes con APF positivos de ECV precoz, donde la causa parece ser más por factores protrombóticos, que por pro-arritmicos primarios (QT, Brugada, Taquicardia catecolaminérgica,..).

Considero que el tema de APF de ECV precoz es un tema inadecuadamente manejado en las guías de prevención cardiovascular.

Esperando vuestra respuesta

Cordialmente desde Cuba

Alberto Morales Salinas (QEPD)

OPINIONES DE COLEGAS

Querido Alberto: muy interesante tu pregunta.

No me impresiona tenga riesgo a no ser que presente hiperfibrinogenemia o hiperhomocistinemia familiar, en las mujeres los factores protrombóticos suelen ser otros relacionados con anticuerpos anticardiolipinas, antifosfolípidos que dudo presente este paciente, por la edad que referís incluiría la deficiencia de proteína C o S, pero en mujeres que consumen anticonceptivos.

Lo que realizaría es una adecuada valoración de FRC tradicionales e incluiría homocisteína y fibrinógeno, si deseas a pesar de tener un perfil lipídico normal podés agregarle lipoproteína a y PCR cuantitativa para evaluar su riesgo cardiovascular actual y decidir si es necesario el agregado de estatinas o no.

Por lo referido por vos adecuado con los estudios actuales no presenta un aumento del riesgo cardiovascular (su riesgo CV actual es de un paciente con HTA, su riesgo está representado por esto), por lo que con un adecuado control de su TA y antiagregación con ácido acetil salicílico en dosis si deseas de 325 mg, le indicaría solo 100 mg por día pero es mi conducta en prevención primaria. No encuentro motivos por el antecedente de anticoagulación ni siquiera de doble antiagregación plaquetaria.

Un abrazo y hasta la victoria querido Alberto

Martin Ibarrola

Queridos Alberto y Martín:

Comparto y no comparto lo expresado por Martín respecto a este paciente de 60 años

que trae a la consulta Alberto.

Comparto que faltan datos para poder establecer su perfil de riesgo cardiovascular a 10 años, según lo establecen los baremos conocidos. No está dicho si es o ha sido fumador, sus niveles de glucemia en ayunas, su IMC y/o su perímetro de cintura y su perfil lipídico.

Así el nuevo baremo de Framingham de 2008 tiene en cuenta la edad, el HDL-colesterol, el colesterol total, la presión arterial sistólica (con puntuaciones diferentes en función del tratamiento de la misma o no), hábito de fumar y presencia de diabetes.

Otro baremo utilizado en Europa es el SCORE que toma en cuenta la edad, sexo, colesterol total, cociente colesterol total/HDL-colesterol, presión sistólica, hábito de fumar y recientemente en las nuevas guías Europeas sobre el manejo de dislipemias, los niveles de HDL-Colesterol. Para la población general la introducción del HDL-Colesterol representa una modesta mejora de la valoración del riesgo cardiovascular.

Existen otros baremos que se utilizan, en general similares como el ASSIGN, el PROCAM, etc que a veces incluyen las antecedentes familiares.

Otros marcadores, como los niveles de PCR ultrasensible, el score de calcio son discutidos en cuánto a establecer si agregan valor al establecimiento del riesgo CV.

Solo PCR, NT-proBNP y troponina I (medidas con métodos ultrasensibles) mostraron asociación significativa con el riesgo cardiovascular. Ninguno de los tres tiene de forma individual la capacidad de mejorar el perfil de riesgo determinado por los factores tradicionales, pero en combinación parecen mejorar significativamente la capacidad de discriminación. No obstante no son utilizados rutinariamente.

Ninguno de estos baremos ni las guías recomienda la determinación de factores protrombóticos.

Este paciente se halla en prevención primaria y no está dicho que la prescripción de AAS mejore su perfil de riesgo.

El estudio JUPITER puso sobre el tapete si el suministro de rosuvastatina podría incidir en cuanto al riesgo en pacientes con colesterol normal o bajo, y con niveles de PCR ultrasensible elevados; la respuesta es **sí** pero si se aplicara este criterio millones de pacientes a nivel poblacional deberían ser tratados con esta droga, con grandes beneficios para los fabricantes y dudosos a nivel poblacional.

Concluyendo, este paciente debería recibir consejos en cuánto a una dieta adecuada, actividad física, tener valores de TA en rango normal y no haría ninguna prescripción farmacológica. Y obviamente conocer sus otros FR, si los hay

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Estimado Edgard comparto con Ud la apreciación de la utilidad de las guías de prevención de enfermedad cardiovascular. Sin olvidar que estas están diseñadas en estudios poblacionales y no personalizan el perfil de riesgo, sino que estiman el riesgo poblacional en personas de determinado grupo etario de acuerdo a diversos factores según las guías que utilice.

Ud para decidir conductas en este paciente que refiere HTA, aunque desconozcamos otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. ¿Qué haría primero, establecería su riesgo según las guías de HTA de la SAHA o de la ESC? Con valoración de masa VI, espesor miointimal y/o placas carotideas, etc. Con esto obtendría un perfil de riesgo por su HTA, si desea puede utilizar predictores de ACV o FA por Framingham también, y estas mismas valoraciones contribuirían como lo muestra el estudio ARIC, a la estratificación individual de su perfil de riesgo cardiovascular junto a los parámetros mencionados.

En casos de enfermedad cardiovascular prematura en familiares de primer grado y/o enfermedad coronaria prematura las JNC VII y las guías Europeas frente a la ausencia de otros factores de riesgo tradicionales admite la valoración de hiperhomocistinemia para evaluar su riesgo CV, no de manera rutinaria obviamente ni en grandes poblaciones.

Comparto su pensamiento, las guías son fundamentales a las cuales el estudio y valoración de cada paciente permite estimar su riesgo individual y no poblacional como lo hacen las tablas de riesgo por Ud mencionadas.

No hago loby para ningún holding empresario ni prescribo medicamentos o estudios innecesarios, ¿por qué desconfiar de las evidencias médicas en la estratificación de riesgo cardiovascular individual de acuerdo a los medios que uno disponga?

Obviamente la mejor prevención cardiovascular se da en la educación en hábitos saludables en niños, y ahí no tengo necesidad de estratificar riesgo para implementar medidas generales que reducirán y mejorarán su salud cardiovascular.

Un abrazo

Martin Ibarrola

Queridos Alberto, Ibarrola e Edgardo:

Esto es lo gran desafío de la práctica diaria: avaliar lo perfil del paciente, identificar los factores de riesgo, meterlos a uno score, submeterlos a exámenes e estudios que muestre evidencia de aterosclerosis sub clínica, según ya comentado abajo e la toma de decisión: mudar lo estilo de vida, agregar medicaciones e quais. Como ejemplo la rosuvastatina fue espectacular en el Jupiter, mas hay un pequeño subgrupo que vaya a diabetes. Qui---en son estes? Hay como identificarlos previamente? E la adherencia? Esto es la arte que los libros non enseñan, mas el corazón, la alma e la compasión del cardiólogo en el corazón de su paciente lo entrena e lo prepara a estes desafíos. Finalmente lembro ao amigo Alberto lo score de Reynolds que añade aterosclerosis clínica precoce en su calculo. Desculpen mis asaltos ruinosos a hermosa lengua de Cervantes. Envio este endereço com una análisis crítica de algunos scores:

<http://www.socergs.org.br/medico/images/stories/revistas/23/DRA.%20CARISI.pdf>

Abrazos a todos

Adail - Bahia - Brasil

Actualmente se realiza evaluación de aterosclerosis precoz con evaluación no invasiva. Los siguientes estudios son recomendados:

- 1.- Cardiografía por impedancia.
- 2.- Evaluación de espacio intima-media.
- 3.- Evaluación de placas ateroscleróticas en territorios carotídeos y femorales.
- 4.- Evaluación de vasodilatación mediada por flujo.
- 5.- Evaluación de velocidad de onda de pulso.
- 6.- Evaluación de índice tobillo-brazo.

De esta manera se hace una reclasificación del riesgo cardiovascular del paciente.

En la actualidad, las situaciones en las que este método puede ser de utilidad en la evaluación del hipertenso, son las siguientes:

- Pacientes con riesgo intermedio según score de Framingham sin enfermedad arterial clínica establecida, o en presencia de diabetes.
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (hombres menores de 55 y mujeres menores de 65 años).
- Pacientes menores de 60 años con un factor de riesgo muy elevado que aisladamente no tendría indicación de medicación.
- Mujeres menores de 60 años con dos o más factores de riesgo.

Atentamente

Dr. Arias David

Estimado Dr. David muy buena la mención de los estudios que contribuyen a valorar el riesgo individual en enfermedad cardiovascular y estratificarlo.

Tengo un solo interrogante, ¿en qué guías se basa para establecer la secuencia de estudios por Ud mencionados?

- 1.- Cardiografía por impedancia.
- 3.- Evaluación de placas ateroscleróticas en territorios femorales.
- 4.- Evaluación de vasodilatación mediada por flujo.
- 5.- Evaluación de velocidad de onda de pulso.

Le agradecería no me mencione la bibliografía y la utilidad clínica de estos métodos sino ¿qué guías lo recomiendan para estratificación de riesgo cardiovascular?

No quiere decir no comparta su utilidad clínica, disiento con Ud en su aplicación clínica rutinaria, ya que implica la utilización de nueva aparatología no accesibles para la mayoría de los centros.

Un cordial saludo

Martín Ibarrola

Estimado Dr. En la guía de HTA de la SAHA se encuentran recomendados los siguientes estudios:

- 1.-VOP
- 2.- Presión central e índice de aumentación. (esto con un equipo Sphigmocor, o Tensiomed-Arteriograph)
- 3.- Índice tobillo-brazo.

La guía Europea de HTA dice:

- 1.- Evaluación de Intima-media
- 2.- VOP
- 3.- Índice tobillo-Brazo

Los demás estudios están en etapa de validación y son el futuro en Hipertensología, la evaluación arterial no invasiva y la reclasificación desde la perspectiva de las presiones centrales aórticas, como ya se dijo en el subestudio CAFE.

un abrazo.

David Arias