

GUÍA CLÍNICA

3

**RIESGO
CARDIOVASCULAR**

GUÍA RÁPIDA

Riesgo Cardiovascular: Guía de actuación en Atención Primaria. Guía rápida

Autores:

Grupo de trabajo de Riesgo Cardiovascular de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca:

- Tomás Rodríguez Ruíz. Médico de Familia. Centro de Salud de Son Ferriol
- Fernando Rigo Carratalá. Médico de Familia. Centro de Salud de Emili Darder
- Santiago Mairata Bosch. Médico de Familia. Centro de Salud de Marratxí
- Basilio Garcia Sánchez. Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud de Inca
- Luis Escriche Erviti. Médico de Familia. Centro de Salud de Inca
- Francisca Fiol Gelabert. Médico de Familia. Centro de Salud de Son Serra
- Antoni Jover Palmer. Médico de Familia. Centro de Salud de Arquitecte Bennasar
- Bartolomé Seguí Real. Médico de Familia. Centro de Salud de Inca

Han revisado el documento

Atención Primaria

- Andrés Estela Mantolán. Médico de Familia. Área de Menorca
- Carlos Montañés Rustullet. Médico de Familia. Centro de Salud de Es Rafal
- María Martín-Rabadán Muro. Médico de Familia. Área de Ibiza y Formentera

Atención Especializada

- Jaume Marrugat De La Iglesia. Unitat de Recerca en Lípids i Epidemiologia

Cardiovascular. Institut Municipal d'Investigació Mèdica

- Jordi Calls Ginesta. Jefe de Sección de Nefrología. Fundación Hospital de Manacor
- Andrés de la Peña Fernández. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Son Llàtzer

Coordinador Gerència Atenció

Primària: José Estelrich Bennasar

Secretaria de redacción: María Perelló Galmés

Edita Gerència Atenció Primària de Mallorca
Ib-salut. Balears
C/ Reina Esclaramunda 9
07003 Palma de Mallorca

Depósito legal:

NIPO:

Diseño grafico y maquetación: Ddc

Impresión: amadip.esment

Copyright: Gerència Atenció Primària

Debe citarse como: Riesgo Cardiovascular: Guía de actuación en Atención Primaria. Guía rápida. Gerència Atenció Primària de Mallorca. Ib-salut. Balears

Índice

1. Introducción	3
1.1. Consideraciones previas	3
1.2. Algoritmo de intervención en Prevención Primaria	4
1.3. Algoritmo de intervención en Prevención Secundaria	5
2. Modificación del estilo de vida	6
2.1. Dieta	6
2.2. Ejercicio físico	6
2.3. Tabaco	7
3. Hipertensión arterial	9
3.1. Despistaje en población general	9
3.2. Diagnóstico de la hipertensión arterial	9
3.3. Clasificación de la hipertensión arterial	10
3.4. Evaluación del paciente hipertenso	10
3.5. Abordaje terapéutico del paciente hipertenso	11
3.6. Criterios de derivación al nivel especializado	13
3.7. Seguimiento y control	13
3.8. MAPA y AMPA	15
3.9. Actitud ante elevaciones agudas de la presión arterial	17
3.10. Hipertensión arterial en la mujer embarazada	18
4. Dislipemias	19
4.1. Despistaje en población general	19
4.2. Diagnóstico de las dislipemias	19
4.3. Evaluación del paciente con dislipemia	19
4.4. Abordaje terapéutico de la hipercolesterolemia	20
4.5. Abordaje terapéutico de la hipertrigliceridemia	22
4.6. Abordaje terapéutico de la dislipemia con niveles bajos de HDL	23
4.7. Criterios de derivación al nivel especializado	23
4.8. Seguimiento y control	23
4.9. Recomendaciones dietéticas para las dislipemias	24
4.10. Guía para la prescripción del tratamiento hipocolesterolemizante orientado a la obtención de objetivos terapéuticos	24
5. Diabetes	26
6. Síndrome metabólico	28

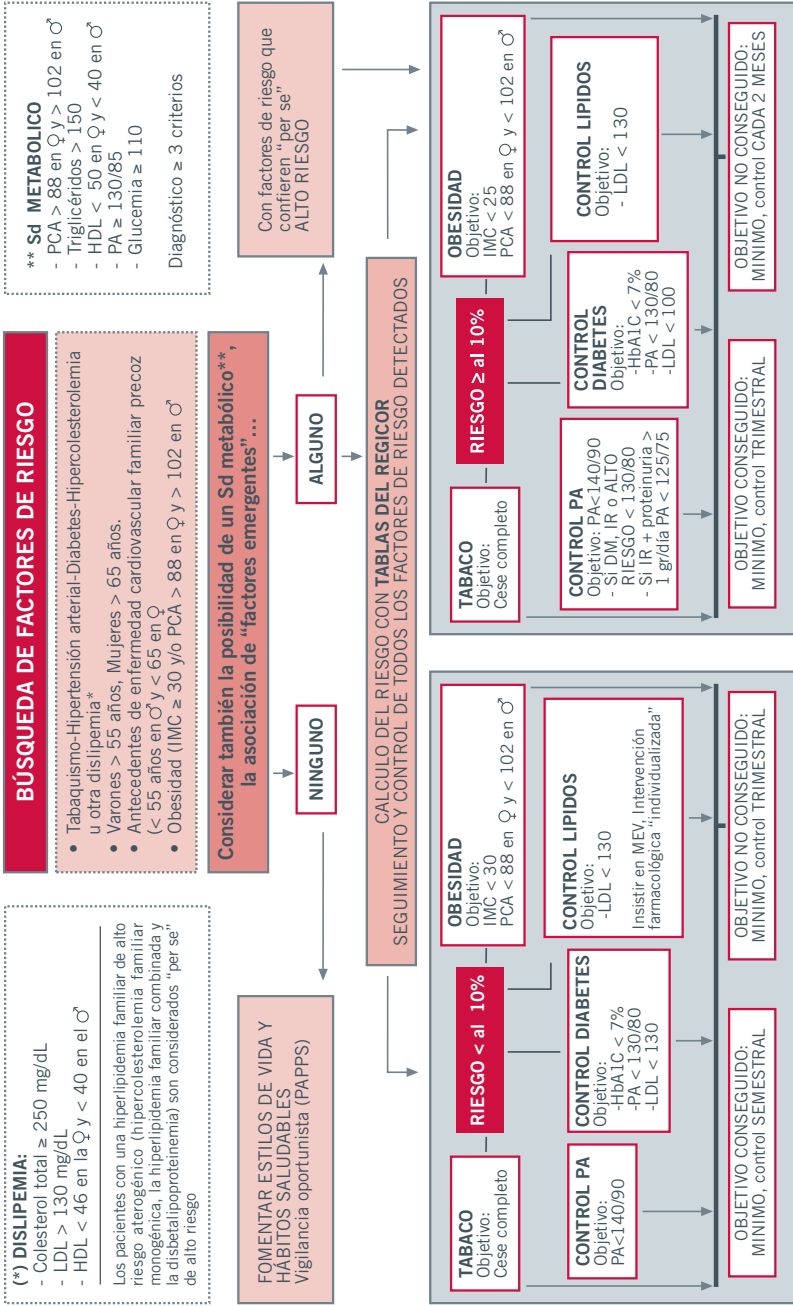
7. Obesidad	29
7.1. Diagnóstico de la obesidad	29
7.2. Evaluación del paciente obeso	29
7.3. Abordaje terapéutico del paciente obeso	30
7.4. Criterios de derivación al nivel especializado	31
7.5. Seguimiento y control	31
7.6. Algoritmo de actuación en la obesidad	32
8. Resumen de objetivos terapéuticos	33
9. Antiagregación en Prevención Cardiovascular	34
10. Tablas del REGICOR	35

1. INTRODUCCIÓN

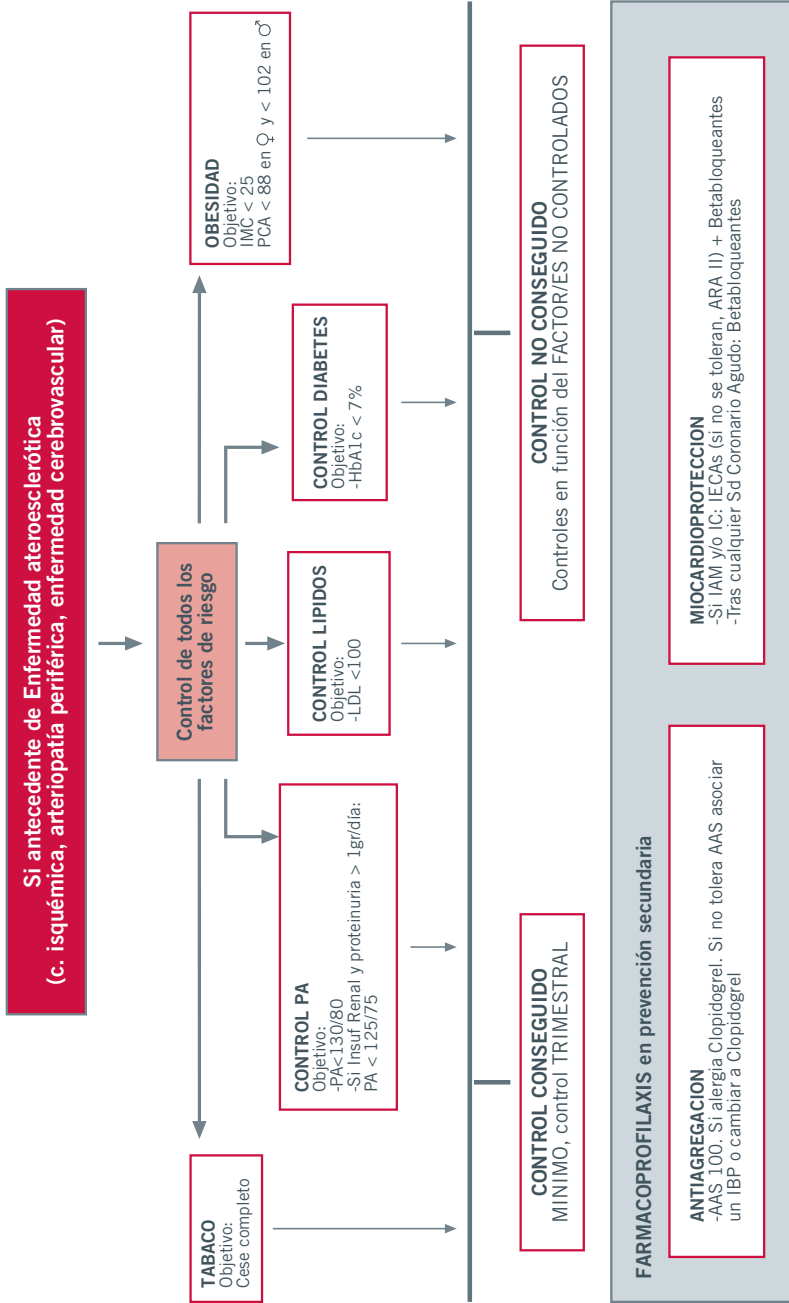
1.1. Consideraciones previas

- La prevención cardiovascular es más eficiente cuando abordamos todos los factores de riesgo de una forma integral, y esto pasa por estratificar el riesgo vascular con las tablas de riesgo. Entre las disponibles, el grupo de trabajo ha decidido vincular esta Guía con el uso de las **tablas de REGICOR**.
- Existen pacientes que por la patología que presentan debemos calificarlos “per se” de alto riesgo. **En estos pacientes no procede calcular el riesgo con las tablas:**
 - . Pacientes que ya han tenido un evento cardiovascular.
 - . Pacientes en prevención primaria:
 - Con hipercolesterolemia familiar altamente aterogénica (hipercolesterolemia familiar monogénica, hiperlipidemia familiar combinada y disbetalipoproteinemia).
 - Cifras extremadamente elevadas de alguno de los factores de riesgo: Hipertensos grado 3 (PA \geq 180/110), o colesterol total > 320 mg/dL o LDL > 240 mg/dL.
 - Diabéticos con microalbuminuria
- Las tablas de REGICOR nos miden el riesgo coronario global a 10 años. El grupo de investigadores del REGICOR ha sugerido establecer **como punto de corte a partir del cual se indique la intervención farmacológica el 10%**. Los argumentos para esta elección quedan suficientemente explicados en la Guía.
- Tenemos que conocer las **limitaciones que presentan las tablas de riesgo**, y saber que hay situaciones en las que claramente están infravalorando el riesgo vascular del paciente. Entre estas situaciones caben destacar:
 - . Sujetos asintomáticos con evidencia de arteriosclerosis preclínica (placas de ateroma, engrosamiento de la íntima...).
 - . Sujetos con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura.
 - . Pacientes con hipercolesterolemias familiares.
 - . Pacientes jóvenes (la predicción en población joven es menos exacta).
 - . Cuando uno de los factores de riesgo es muy elevado.
 - . Sujetos con otros factores de riesgo no contemplados en las tablas: triglicéridos elevados, glucosa basal alterada - intolerancia glucídica, o con elevaciones de la PCR, de la homocisteína, del fibrinógeno, de la apoB, de la lipoproteína (a) ...
 - . Obesos y sedentarios.
- El riesgo vascular conviene que sea estratificado anualmente en cada paciente.

1.2. Algoritmo de intervención en Prevención Primaria



1.3. Algoritmo de intervención en Prevención Secundaria



2. MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

Es una parte fundamental en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular.

2.1. Dieta

La dieta cardiosaludable tradicional es la típicamente mediterránea. Sus caracte-

rísticas quedan reflejadas en el apartado 2.1 de la Guía.

2.2. Ejercicio físico

El ejercicio genera protección cardiovascular por lo que se recomendará sistemáticamente, a no ser que existan contraindicaciones.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> - IAM reciente (menos de 6 semanas) - Angina inestable o de reposo - Arritmias ventriculares no controladas - Insuficiencia cardiaca congestiva - Estenosis aórtica severa. - Miocardiopatía hipertrófica obstructiva severa - Aneurisma aórtico - Tromboembolismo pulmonar reciente - HTA severa inducida por esfuerzo (PAS >250 / PAD >120) - Dosis altas de fenotiacinas - Tromboflebitis aguda. - Trombos intracardiacos 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno metabólico no controlado: diabetes descompensada (glucemia >300 y/o cuerpos cetónicos), hipertiroidismo - HTA en reposo (PAS >200 o PAD >115) - Arritmias supraventriculares no controladas - Extrasístoles ventriculares frecuentes o complejos - Embarazo complicado - Aneurisma ventricular - Estenosis aórtica moderada - Artrosis y otras enfermedades musculoesqueléticas, reumatoideas o musculares que se exacerban con el ejercicio

Objetivo mínimo: 30 minutos, 4 días / semana.

Objetivo óptimo: 45 minutos diariamente.

2.2.1. Intervención

- Ajustar la intervención a cada paciente valorando su edad, estilo de vida, su motivación, su estado físico inicial, su riesgo vascular y la presencia de contraindicaciones.
- En prevención secundaria, o en pacientes de alto riesgo que deseen realizar ejercicio intenso, se considerará la realización de una prueba de esfuerzo previa.

- Se recomendará una actividad aeróbica (caminar, nadar, correr, bicicleta, bailar...) de entre 30-60 minutos, 4-5 días por semana, preferentemente a diario. Comenzar con un **calentamiento** suave de 10 minutos y aumentar la intensidad hasta alcanzar una suficiente para producir sudoración, terminar los 10 últimos minutos de forma suave (**vuelta a la calma o enfriamiento**).
- Los aumentos de intensidad y duración deberán ser graduales.

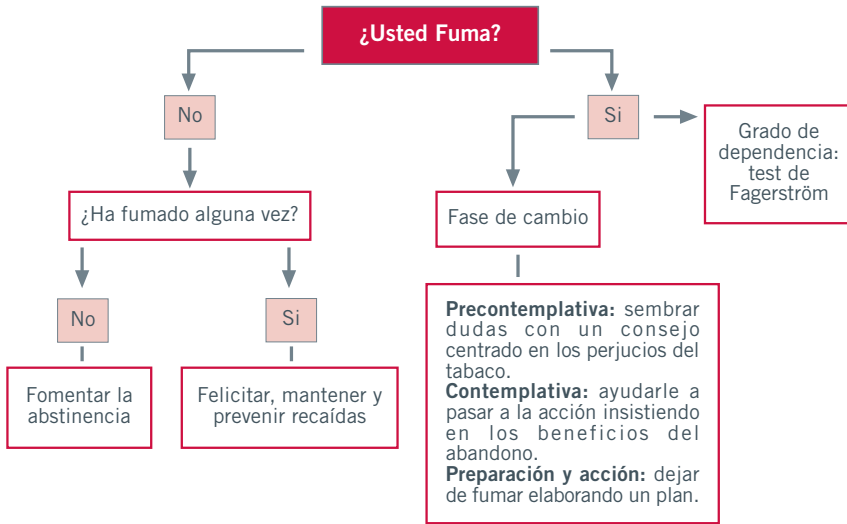
2.2.2. Normas generales para el ejercicio físico. Consejos para los pacientes

Quedan recogidas en la Guía en el apartado 2.2.2.

2.3. Tabaco

Se considera que una persona es fumadora cuando ha fumado tabaco en cual-

quier cantidad, diariamente durante el último mes, o cuando lo consume de forma habitual (con independencia de la cantidad y frecuencia) en los últimos seis meses. Se recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco y registrarlo en la historia clínica. La periodicidad mínima debe ser de una vez cada dos años.



TEST DE FAGERSTRÖM (REDUCIDO)

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?

- Menos de 11: 0 puntos
- Entre 11 y 20: 1 punto
- Entre 21 y 30: 2 puntos
- Más de 30: 3 puntos

2. ¿Fuma más por la mañana que por la tarde?

- No: 0 puntos
- Si: 1 punto

3. ¿Cuándo fuma el primer cigarrillo después de despertarse?

- Más de una hora después: 0 puntos
- Entre 31 y 60 minutos: 1 punto
- Entre 6 y 30 minutos: 2 puntos
- En el momento de levantarse: 3 puntos

4. ¿Qué cigarrillo considera más importante?

- Otro: 0 puntos
- El primero: 1 punto

5. ¿Fuma también aunque esté tan enfermo que deba estar en la cama?

- No: 0 puntos
- Si: 1 punto

6. ¿Le cuesta trabajo no fumar en lugares prohibidos (cine, autobús, etc.)?

- No: 0 puntos
- Si: 1 puntos

Se considera que con una puntuación total:

- ≤4 puntos: dependencia baja
- 5-6 puntos: dependencia moderada
- ≥ 7 puntos: dependencia alta

FÁRMACOS SUSTITUTIVOS CON NICOTINA

NIVELES DE DEPENDENCIA			FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DOSIFICACIONES DE LAS PRESENTACIONES (UNIDADES POR CAJA)		
Números de cigarrillos por día	Test de Fagerström (Puntos)	Concentración de monóxido de carbono en partes por millón (ppm)	Chicles 2/4mg (30/105 u)	Parches 24 h 21/14/7 mg (7/14 u)	Parches 16 h 15/10/5 mg (7/14 u)
Dosis diaria y duración en semanas					
10-19	≤ 4	<15	2 mg 8-10 u/día 8-10 sem	21 mg 4 sem 14 mg 4 sem	15 mg 4-6 sem 10 mg 2-4 sem
20-30	5-6	15-30	4 mg/90 min 12 sem	21 mg 4sem 14 mg 4sem 7 mg 4sem	15+10 mg 4sem 15 mg 4sem 10 mg 4sem
>30	≥ 7	>30	4 mg/60 m 12 sem	21 mg 6sem 14 mg 4sem 7 mg 2sem	15+10 mg 6sem 15 mg 4sem 10 mg 2sem

Bupropion

La primera semana 150 mg diarios. Posteriormente, 300 mg diarios divididos en dos dosis durante 7 a 9 semanas (al menos 8h de separación entre las 2 tomas).

Contraindicaciones y precauciones:

- Hipersensibilidad al bupropion o a los excipientes de la formulación.

- Trastorno convulsivo.
- Tumor del SNC.
- Pacientes en proceso de deshabitación alcohólica o benzodiacepínica.
- Diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa.
- Historia de trastorno bipolar.
- Cirrosis hepática grave.
- Tratamiento concomitante con IMAOS.

3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

3.1. Despistaje en población general

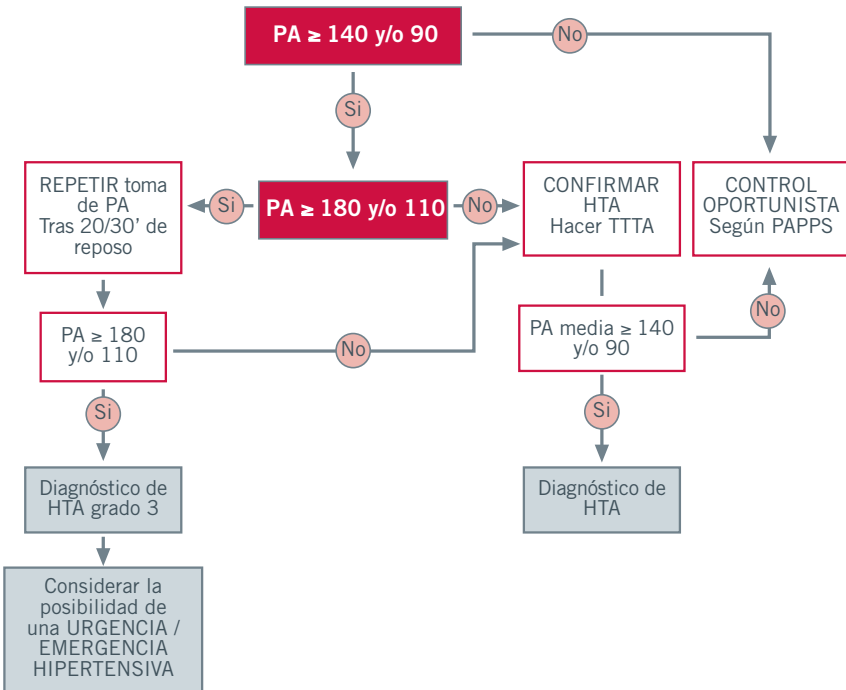
Se aconseja la toma de la PA al menos una vez antes de los 14 años, posterior-

mente cada 4 -5 años hasta los 40 años y cada 2 años a partir de los 40 años (sin límite superior de edad).

3.2. Diagnóstico de hipertensión arterial

	MAPA (MEDIA DE LA PA)	AMPA (MEDIA DE LA PA)
PA sistólica /PA diastólica	Diurna $\geq 135 / 85$ Nocturna $\geq 120 / 75$ 24 horas $\geq 125 / 80$	$\geq 135 / 85$

ALGORITMO DE ACTUACIÓN TRAS UNA PRIMERA TOMA DE PA



3.3. Clasificación de la hipertensión arterial

CATEGORIA	SISTÓLICA		DIASTÓLICA
Optima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	ó	80-84
Normal elevada	130-139	ó	85-89
Hipertensión grado 1 (leve)	140-159	ó	90-99
Hipertensión grado 2 (moderada)	160-179	ó	100-109
Hipertensión grado 3 (grave)	≥ 180	ó	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

3.4. Evaluación del paciente hipertenso

1) Identificar otros factores de riesgo cardiovascular asociados

Los incluidos para la estratificación del riesgo y decidir las intervenciones a realizar en el paciente hipertenso son:

- Hombres > 55 años
- Mujeres > 65 años
- Tabaquismo
- Diabetes
- Dislipemia: colesterol total > 250 mg/dL, o colesterol LDL > 155 mg/dL, o colesterol HDL en hombres <40 y en mujeres <48 mg/dL
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (a edad < 55 años en hombres y < 65 años en mujeres).
- Obesidad abdominal (circunferencia abdominal en hombres > 102 cm y en mujeres > 88 cm)
- Proteína C reactiva > 10 mg/L

2) Descartar causas de hipertensión secundaria

- Inducida por fármacos
- Insuficiencia renal crónica
- Enfermedad renovascular
- Feocromocitoma
- Enfermedades tiroideas
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño
- Hiperaldosteronismo primario
- Síndrome de Cushing
- Coartación de aorta
- Enfermedades paratiroides

3) Identificar la presencia de enfermedad cardiovascular concomitante: “Enfermedades Clínicas Asociadas” (ECA) y/o lesión de órgano diana (LOD)

LESIONES DE ÓRGANO DIANA	ENFERMEDADES CLÍNICAS ASOCIADAS
<ul style="list-style-type: none"> Hipertrofia ventricular izquierda (ECG: Sokolow-Lyons > 38 mm; Cornell > 20 mm en mujeres y > 28 mm en hombres; ECGCARDIO: IMVI hombres ≥ 125, mujeres ≥ 110 g/m²) Pruebas ecográficas de engrosamiento de la pared arterial (carótida ≥ 0,9 mm) o de placa aterosclerótica Ligero aumento de la creatinina sérica (hombre: 1,3-1,5; mujeres: 1,2-1,4 mg/dL) Microalbuminuria (30-300 mg/24 h.); cociente albúmina-creatinina (hombres ≥ 22, mujeres ≥ 31 mg/g). <hr/> <p><i>Criterios de HVI:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Sokolov:</i> $S(V1) + R(V5-6)$ <i>Cornell:</i> $R(aVL) + S(V3)$ 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad cerebrovascular: <ul style="list-style-type: none"> - Accidente cerebrovascular isquémico - Hemorragia cerebral - Ataque isquémico transitorio Enfermedad cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> - Infarto de miocardio - Angina - Revascularización coronaria - Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad renal <ul style="list-style-type: none"> - Nefropatía diabética - Deterioro renal (creatinina sérica > 1,5 en hombres y >1,4 en mujeres -mg/dL-) - Proteinuria (> 300 mg/24 h) Enfermedad vascular periférica Retinopatía avanzada: hemorragias o exudados, papiledema.

Modificada de ESH/ESC Guidelines. J Hypertens 2003

4) Establecer el riesgo vascular

Con las tablas del REGICOR. En el caso particular de los pacientes hipertensos también son útiles las tablas de las Sociedades Europeas.

3.5. Abordaje terapéutico del paciente hipertenso

- En los individuos clasificados como PA normal o normal-alta es recomendable aconsejar modificaciones en el estilo de vida y considerar el tratamiento farmacológico antihipertensivo si tienen historia de ECA, diabetes o numerosos factores de riesgo asociados.
- Una vez iniciado el tratamiento farmacológico en monoterapia es conve-

niente esperar unos 2 meses antes de cambiar la estrategia terapéutica. En hipertensión grave (≥ 180/110) debemos adelantar las decisiones.

- En pacientes con cifras tensionales sistólica y/o diastólica respectivamente por encima de 20/10 mm Hg del objetivo terapéutico es recomendable iniciar el tratamiento con dos fármacos, uno de los cuales convendría fuese un diurético tiazídico.
- En pacientes hipertensos mayores de 50 años, que tengan ligeras elevaciones de la creatinina en sangre (>1,3), o que tengan un riesgo vascular alto o que sean diabéticos esta indicada la antiagregación con AAS a dosis de 100 mg/día (siempre y cuando tengan controlada la PA).

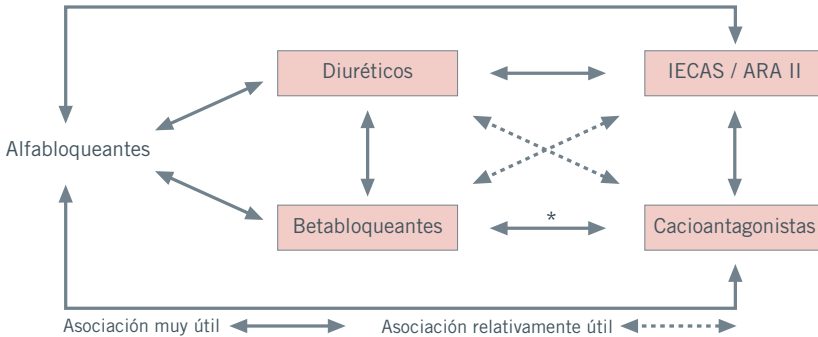


* Tomamos como referencia el riesgo calculado con las tablas de REGICOR.

FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS ACONSEJADOS SEGÚN LA PATOLOGÍA ESPECÍFICA

- **Paciente menor de 65 años y sin otra enfermedad:** diurético tiazídico a dosis baja o β-bloqueante.
 - **Paciente mayor de 65 años sin otro factor de riesgo asociado:** diurético tiazídico a dosis baja o calcioantagonista o IECA (ARA II).
 - **Diabéticos:** IECA (ARA II). Diurético a dosis baja o β-bloqueante. En una segunda línea los calcioantagonistas.
 - **Infarto de miocardio:** β-bloqueante, IECA (ARA II) o antagonista de la aldosterona.
 - **Angina de pecho:** β-bloqueante (o Calcioantagonista no dihidropiridínico si contraindicado). IECA (ARA II).
 - **Insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica:** IECA (ARA II), betabloqueante. Diurético según precise (incluidos antagonistas de la aldosterona).
 - **Insuficiencia renal:** IECA o ARA II (vigilar función renal y potasio al iniciar el tratamiento).
 - **Enfermedad vascular (coronaria, cerebrovascular o arteriopatía):** IECA (ARA II) o diurético.
 - **Fibrilación auricular:** β-bloqueante o calcioantagonista no dihidropiridínico.
 - **Hipertensión sistólica aislada:** Diurético tiazídico a dosis baja o calcioantagonista dihidropiridínico
 - **Prostatismo:** α-bloqueantes
 - **Síndrome metabólico:** IECA o ARA II.
 - **Embarazo:** betabloqueantes o alfa-metildopa.
- Cuando se decide el tratamiento combinado la asociación de fármacos debe basarse en sus características farmacológicas para potenciar su eficacia antihipertensiva y minimizar los efectos secundarios (ver figura).

RECOMENDACIONES PARA LA ASOCIACIÓN DE ANTIHIPERTENSIVOS



* Sólo asociar con Calcioantagonistas dihidropirimidínicos

(Tomada y modificada de la Guía de Hipertensión Arterial del Institut Català de la Salut)

Cuando sea preciso el tratamiento combinado con tres fármacos, para que la asociación sea sinérgica, disponemos de dos posibles estrategias:

- **Diurético + calcioantagonista + beta-bloqueante**
- **Diurético + calcioantagonista + IECA/ARAII (indicada especialmente en pacientes diabéticos).**

Si necesitamos de un cuarto fármaco consideraremos asociar doxazosina.

3.6. Criterios de derivación al nivel especializado

- Emergencias hipertensivas y alguna de las urgencias hipertensivas.
- Sospecha de HTA secundaria.
- HTA asociada a insuf. renal crónica (creatinina > 1,5 mg/dL; aclaramiento de creatinina < 60 mL/m) y/o alteraciones de la función renal (proteinuria > 300 mg/24 horas).
- HTA en paciente diabético cuando la creatinina sea > 1,3 o con proteinuria de > 300 mg/24 horas.
- HTA refractaria (habiendo descartado previamente efecto de bata blanca).

- HTA en el embarazo.
- Sospecha de HTA de bata blanca cuando no se tenga acceso a AMPA y/o MAPA.
- Necesidad de ecocardiografía para confirmar la existencia de HVI o descartar la existencia de cardiopatía estructural.

3.7. Seguimiento y control.

- Para todos los sujetos mayores de 18 años, salvo en los casos que comentamos a continuación, el objetivo general del tratamiento antihipertensivo será mantener registros tensionales < 140/90, intentando incluso en los menores de 55 años alcanzar cifras de PA óptima (< 120/80). En los pacientes de alto riesgo vascular (REGICOR ≥ 20%), en diabéticos, en enfermedad renal crónica o en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida son convenientes registros < 130/80. Si además de nefropatía crónica coexiste una proteinuria > 1 gr/día el objetivo terapéutico es de una PA < 125/75.
- Es recomendable que en el paciente hipertenso realicemos al menos un control analítico anual que incluya glucemia,

creatinina, perfil lipídico, Na, K, hemo-grama, sedimento urinario y cociente albuminuria/creatininuria (o microabul-minuria de 24 horas si se considera necesario). Si coexiste diabetes y/o disli-pemia se aumentará la periodicidad de los controles (trimestral - semestral, según proceda). Al inicio del tratamiento con IECAS o con ARA II conviene contro-lar la función renal y la kaliemia.

- Para valorar la función renal se recomien-da el cálculo estimado del filtrado glome-ular utilizando la fórmula de Cockcroft (también la fórmula MDRD abreviada). Esta fórmula puede abreviarse sin corregir por la superficie corporal, entonces estima el aclaramiento de creatinina en ml/m.

[(140-edad) x peso (Kg)] / [72 x creatinina sérica (g/dL)] = aclaración de creatinina (mL/m)

(en mujeres multiplicar x 0,85)

- En pacientes hipertensos con glucosa basal alterada (GBA) es recomendable la realización de un TSOG para despis-tar la posibilidad de una diabetes, dadas las implicaciones que esto tiene

en cuanto a objetivos a conseguir en el control de la PA (< 130/80).

- El control electrocardiográfico se reali-zará cada 2 años. En caso de HTA complicada (con LOD/ECA) es conve-niente hacerlo anualmente.
- Convendría hacer un fondo de ojo en la valoración inicial, y si se confirma la existencia de retinopatía hipertensiva severa repetirlo con periodicidad anual-bianual.
- Las indicaciones de ecocardiografía en el hipertenso son:
 - Existencia de cardiopatía concomi-tante: valvulopatía, miocardiopatía, insuficiencia cardiaca...
 - Signos electrocardiográficos de HVI severa.
 - HTA grado 1 sin LOD.
 - HTA resistente sin LOD.

No obstante, en estos momentos y en nuestro contexto, nos encontramos con serias dificultades para disponer de ella de una forma rutinaria lo que limita que sea una exploración a incorporar en la valoración global del paciente hipertenso.

RECOMENDACIONES PARA EL SEGUIMIENTO EN CONSULTA DEL PACIENTE HIPERTENSO

SITUACIÓN	CONTROL EN ENFERMERÍA	CONTROL EN MEDICINA
HTA CONTROLADA		
HTA con REGICOR < 10% y objetivo cumplido	Mínimo: semestral Recomendado: trimestral	Recomendado: anual
HTA con REGICOR ≥ 10%, o con LOD/ECA y/o diabetes, y con objetivo cumplido	Mínimo: trimestral Recomendado: bimensual	Mínimo: anual Recomendada: semestral
HTA NO CONTROLADA		
HTA no controlada con PA < 180/110	Recomendado: bisemanal Tras 3 controles deficientes consecutivos remitir a C. médica. También si controles deficientes frecuentes, aunque no sean consecutivos.	Por indicación de enfermería

Continúa

HTA no controlada con PA \geq 180/110	Comprobar tras 20-30' de reposo y si se confirma remitir urgente a consulta médica	Valoración urgente
-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

CONTROLES TRAS INICIO / AJUSTE DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tras inicio del tratamiento farmacológico en pacientes con REGICOR < 10%	Mínimo: mensual Recomendado: bisemanal Hasta nuevo control en C. medicina, y luego según indicaciones	Recomendado a los 2 meses de iniciado el tto
Tras inicio de tratamiento farmacológico en pacientes con REGICOR \geq 10% / ECA/LOD y/o diabetes	Mínimo: bisemanal Recomendado: semanal	Recomendado: mensual

3.8. MAPA y AMPA

3.8.1 MAPA

Indicaciones

- De diagnóstico:

- Identificación del efecto de “bata blanca”.
- Confirmación de la sospecha clínica de HTA de “bata blanca”.
- Identificación de HTA “enmascarada”.
- Diagnóstico de la HTA leve en pacientes sin lesión de órganos diana.
- HTA con variabilidad elevada.
- HTA episódica.

- De tratamiento y seguimiento:

- Valoración de la respuesta a la medicación antihipertensiva.
- Estudio de la HTA no controlada y/o refractaria.
- Sospecha de hipotensión producida por el tratamiento.
- Disfunción autonómica.
- Necesidad de controles rigurosos.
- Hipertensos con limitaciones de acceso al sistema sanitario.

- Necesidad de conocer el perfil circadiano de la PA arterial.

Contraindicaciones

Tener una circunferencia del brazo > 42 cm y la existencia de fibrilación auricular u otras arritmias que pueden interferir en el registro automático de la PA.

Instrucciones para su uso

Quedan recogidas en la Guía en el Anexo 3 del capítulo de HTA.

Interpretación del registro:

La interpretación del registro debe tener en cuenta los siguientes aspectos: validez del registro, niveles de PA y patrón circadiano de la PA.

1. Validez del registro: deben registrarse adecuadamente al menos el 70% de las mediciones (además tienen que haber sido al menos 14 medidas por el día y 7 por la noche).

2. Cifras tensionales: consideraremos las medias de los registros obtenidos durante las 24 horas, durante el periodo diurno (o de actividad) y durante el periodo nocturno (o de descanso). Los valores

considerados como límites altos de la normalidad son:

- 24 HORAS:	< 125/80
- DIURNO (activo):	< 135/85
- NOCTURNO (descanso):	< 120/75

Cuando se indica para evaluar la efectividad del tratamiento farmacológico en pacientes con objetivos de PA inferiores a lo habitual (diabéticos...) hay que tener en cuenta que los valores obtenidos con la MAPA tienden a ser como media al menos 5-10 mmHg más bajos para la presión arterial sistólica y 5 mm Hg para la diastólica. De esto se deduce que en estos casos el objetivo de PA en el periodo activo será < 125/75 y en el global de las 24 horas < 115/75.

3. Patrón circadiano: según la reducción porcentual de la media de los valores obtenidos en el registro nocturno (o periodo de reposo) con respecto al diurno (o de actividad) los pacientes serán clasificados en las siguientes categorías:

- DIPPER EXTREMO: descenso > 20%
- DIPPER: descenso entre el 10-20 %
- NO-DIPPER: descenso entre 0-10 %
- RISER: elevación tensional nocturna

Periodicidad de los registros de MAPA

Una vez sentada la indicación los controles deberían repetirse al menos con una periodicidad bianual. En general se acepta:

- HTA de bata blanca:
 - . Para confirmar el diagnóstico: repetir a los 3-6 meses
 - . Una vez confirmado el diagnóstico:
 - Riesgo vascular bajo, repetir cada 2 años.
 - Riesgo vascular alto, cada 6 - 12 meses (considerar la pertinencia de AMPA)
- Valoración de la eficacia del tratamiento:

- . Riesgo vascular alto, cuando se considere necesario (considerar AMPA).
- . Riesgo vascular bajo o moderado, cada 2 años.

3.8.2 AMPA

Las medidas deben realizarse con oscilómetros electrónicos automáticos validados, siendo conveniente instruir adecuadamente al paciente tanto en cuanto al manejo del aparato como en cuanto a las condiciones en que deben hacerse los registros. En este momento las directrices existentes consideran como límites superiores de normalidad para la AMPA 135 mm Hg para la PA sistólica y 85 mm Hg para la PA diastólica.

Indicaciones

Son las mismas que las recogidas para la MAPA, excepto la posibilidad de conocer el patrón circadiano de la PA ya que no se recogen tomas durante el sueño.

Frecuencia de las medidas

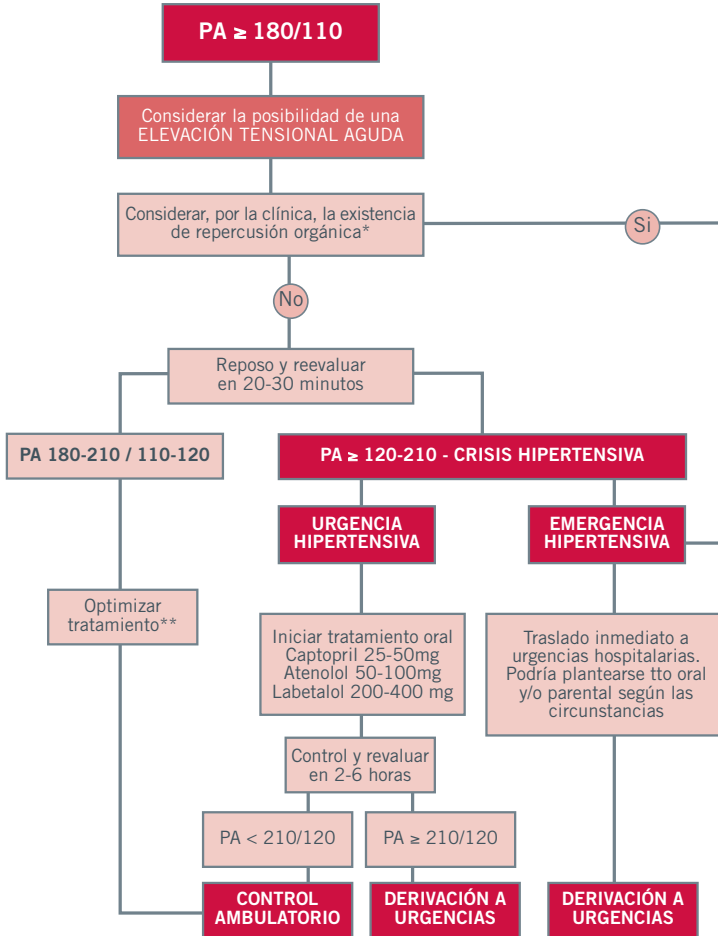
- Al inicio del diagnóstico y para evaluar un cambio de tratamiento hipotensor la automedición podría hacerse durante 3 días consecutivos, basándose la toma de decisiones en el promedio de la AMPA del segundo y tercer día.
- Para el control de la PA podría ser razonable realizar las lecturas una vez cada 15 días o cada mes.

Se realizarán 3 mediciones al levantarse y 3 antes de la cena, con intervalos de 3-5 minutos entre ellas. Como la primera medición suele ser más elevada que las siguientes será desestimada, y consideraremos la segunda y la tercera tomas para realizar las medias de PAs, PAD y frecuencia cardiaca.

Recomendaciones para el paciente:

Pueden consultarse en el Anexo 4 del capítulo de HTA de la Guía.

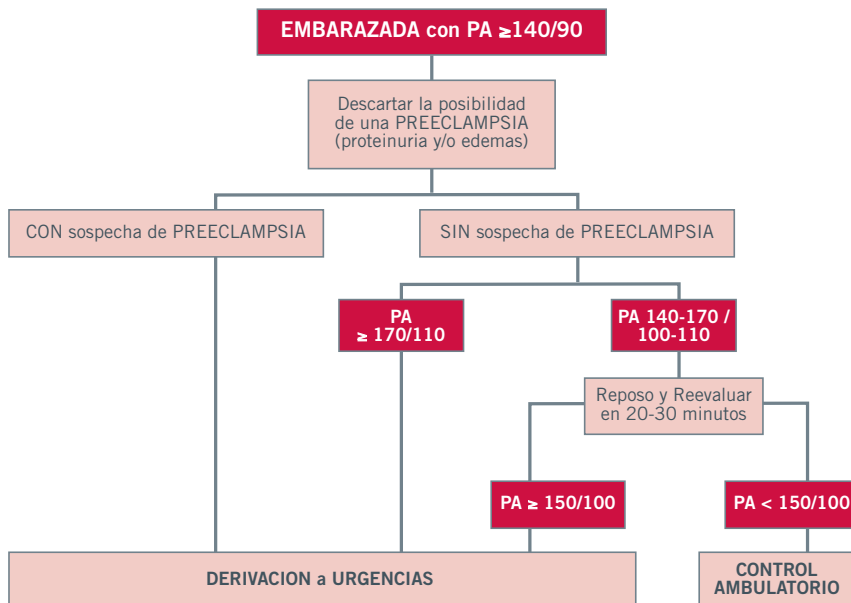
3.9. Actitud ante las elevaciones agudas de la presión arterial



* Si hay repercusión orgánica pasar directamente a considerar la situación como una emergencia hipertensiva

** Si no llevaba tratamiento iniciaremos tratamiento antihipertensivo y si ya lo llevaba se optimizará. Se indicará control en consulta médica en 24 horas.

3.10. Hipertensión arterial en la mujer embarazada



En la mujer embarazada, la elección del tratamiento farmacológico vendrá determinada por los efectos adversos potenciales en el desarrollo fetal:

- La alfa-metil dopa y los betabloqueantes (atenolol y labetalol) son los de primera elección. De segunda línea puede

asociar hidralacina y nifedipino oral retardado.

- Los IECA y los ARA II están contraindicados en el embarazo. Los diuréticos están contraindicados, excepto si hay fallo cardíaco asociado a la preeclampsia.

4. DISLIPEMIAS

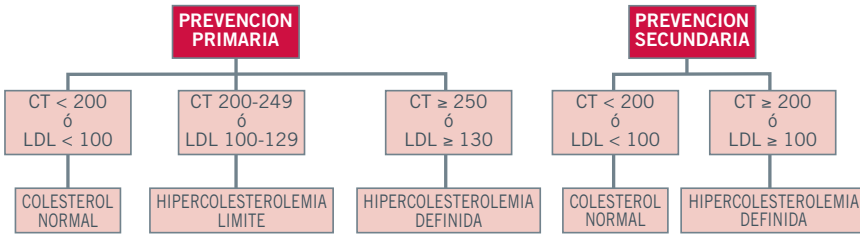
4.1. Despistaje en población general

Se recomienda practicar una determinación de colesterol total al menos una vez antes de los 35 años en los varones y

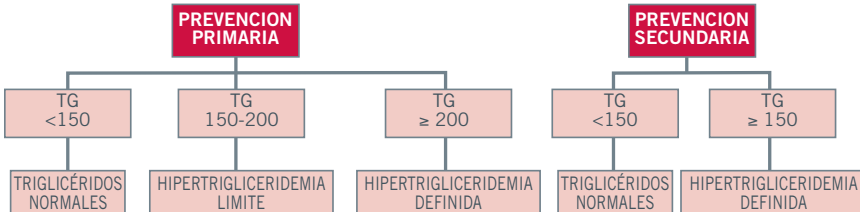
una vez antes de los 45 años en las mujeres. Después se determinará cada cinco años hasta los 75 años de edad. En las personas mayores de 75 años se realizará una determinación si no se les había practicado ninguna anteriormente.

4.2. Diagnóstico de las dislipemias

Diagnóstico de hipercolesterolemia



Diagnóstico de hipertrigliceridemia

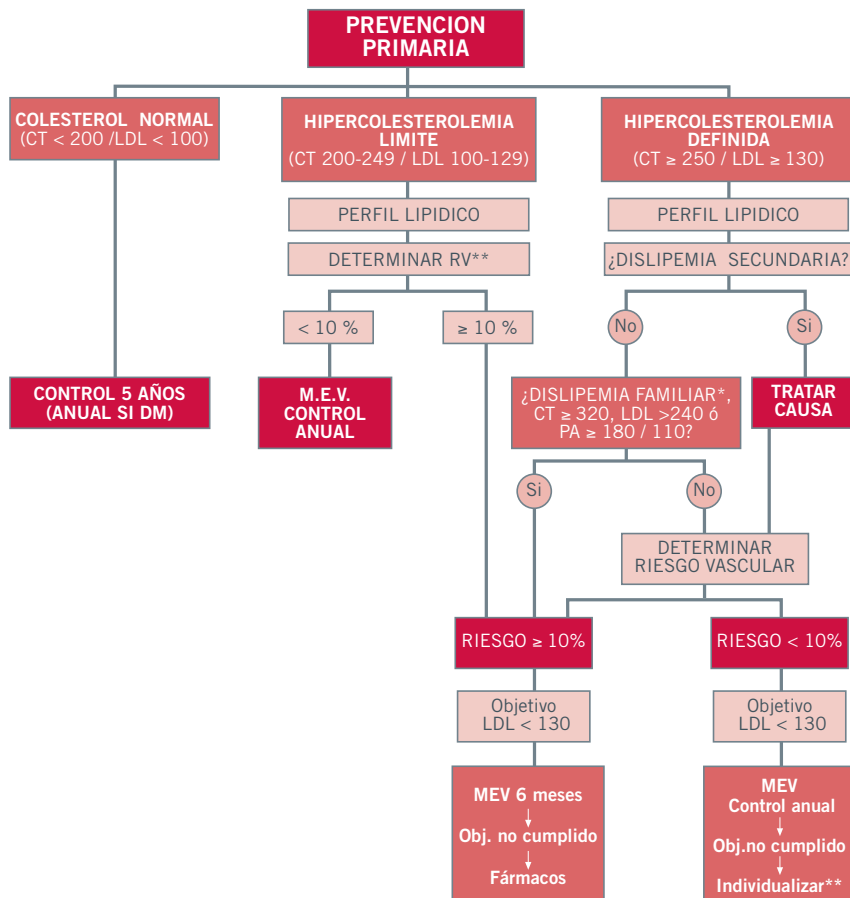


4.3. Evaluación del paciente con dislipemia

Ver en Guía completa.

4.4. Abordaje terapéutico de la hipercolesterolemia

Abordaje terapéutico en Prevención primaria



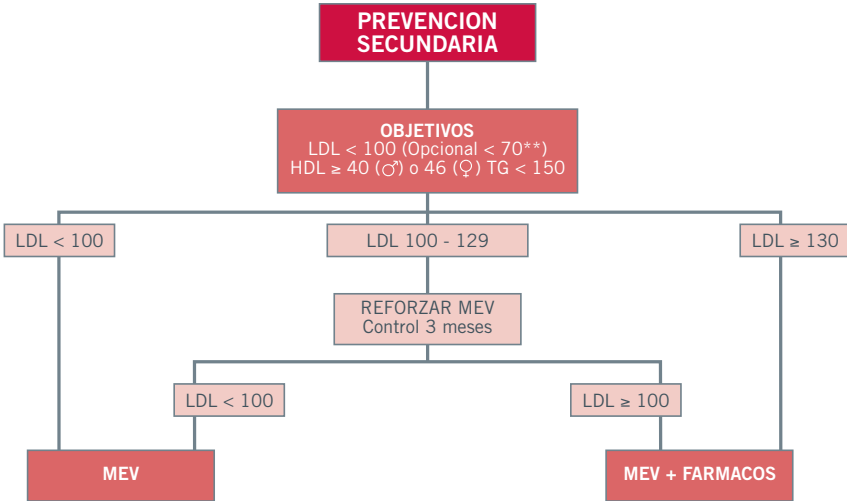
* Recordar que las formas familiares con gran riesgo aterogénico (hipercolesterolemia familiar monogénica, la hiperlipidemia familiar combinada y la disbetalipoproteinemia) deben considerarse "per se" de alto riesgo y no precisan del cálculo del riesgo con las tablas.

** Considerar las circunstancias que pueden modificar el riesgo vascular calculado con las tablas.

En Prevención primaria con bajo riesgo (REGICOR < 10%), cuando el LDL esté por encima de 130 hay que individualizar la necesidad de tratamiento farmacológico. Teniendo en cuenta

sólo la magnitud de los niveles lipídicos hay consenso en indicar el tratamiento farmacológico en situaciones extremas (Colesterol total > 320 y/o LDL > 240).

Abordaje terapéutico en Prevención secundaria



(**) En pacientes de muy alto riesgo puede considerarse como objetivo un LDL < 70 mg/dL. Entonces esta indicado iniciar tratamiento farmacológico con LDL > 100 mg/dL, e incluso si el LDL está entre 70 y 100 mg/dL.

Tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia

En estos momentos contamos con cuatro grupos farmacológicos: estatinas, fibratos, resinas y los inhibidores de la absorción intestinal.

INTERACCIONES DE LAS ESTATINAS

	LOVA	SINVA	PRAV	FLUV	ATOR	CONSECUENCIA
Fibratos	X	X	X	X	X	Riesgo de miopatía o rabdomiolisis
Macrólidos	X	X	i	X	X	
Ciclosporina	X	X	i	i	X	
Antifúngicos	X	X	no	no	X	
Diltiazem Verapamilo	X	X	no	?	?	
Digoxina	i	X	no	X	X	Puede ↑ nivel digoxina
Anticoagulantes orales	X	X	no	X	i	Riesgo de sangrado
Resinas	X	X	X	X	X	↓ Efectividad resinas

X = interacción i= precaución ?= no documentada

Controles en pacientes con estatinas

• GOT/GPT:

A - Previo al tratamiento

→ Si transaminasas elevadas > 3 veces del límite máximo del valor normal: No iniciar estatinas.

→ Si transaminasas elevadas < 3 veces del límite máximo del valor normal: Iniciar estatinas pero hacer controles seriados.

B - A los 1^o y 3 meses, y también siempre que se aumente la dosis:

→ Si transaminasas elevadas > 3 veces del límite máximo del valor normal: Suspender estatinas. Puede reintentarse o combinar.

→ Si transaminasas elevadas < 3 veces del límite máximo del valor

normal: Seguir estatinas, pero hacer controles seriados.

C - Posteriormente en cada control analítico por la dislipemia.

• **CPK:** SOLO si hay sintomatología muscular y/o riesgo de miopatía:

- IRC y DM
- Múltiples fármacos
- Intervenciones quirúrgicas
- Dosis altas de estatinas
- Combinación con:
 - Abuso del alcohol
 - Jugo de pomelo (> 1/4 L/día)
 - Fibratos o ácido nicotínico
 - Ciclosporina.
 - Antifúngicos azoles
 - Macrólidos
 - Inhibidores de las proteasas
 - Verapamilo y Amiodarona

SÍNTOMAS MUSCULARES	ELEVACIÓN CPK	PAUTA
SI	>10 veces del límite máximo del valor normal	Suspender estatinas
	<10 veces del límite	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar otras causas: ejercicio máximo del valor normal muscular, hipotiroidismo • Valorar riesgo miopatía • Seguimiento semanal. Si persistencia síntomas o CPK ↑ o riesgo de miopatía: reducir o suspender estatinas.
NO	> 10 veces del límite máximo del valor normal	Suspender estatinas
	< 10 veces del límite máximo del valor normal	Seguir con las estatinas y con controles seriados de CPK

4.5. Abordaje terapéutico de la hipertrigliceridemia

TG	GRADO	OBJETIVO	TRATAMIENTO
< 150	Normal	—	—
150-199	Normal - alto	Conseguir objetivo LDL ejercicio. No alcohol	Dieta hipocalórica y ejercicio. No alcohol
200-499	Elevado	1° Conseguir objetivo LDL 2° Conseguir Col. No-HDL < 30 mg/L sobre objetivo LDL (Col. No-HDL = CT - HDL)	Dieta hipocalórica y ejercicio. No alcohol

500-999	Muy elevado	1° - Disminuir TG a < 500 para prevenir pancreatitis 2° - Volver a terapia para disminuir LDL responde al tratamiento	Dieta, no alcohol. Ejercicio y fibratos Unidad lípidos si no
≥ 1000	Muy elevado		Remitir a Unidad de lípidos

4.6. Abordaje terapéutico de la dislipemia con niveles bajos de HDL

Las medidas no farmacológicas son fundamentales. En caso de precisar intervención farmacológica los fibratos constituyen el fármaco de elección en la actualidad.

- LDL > 260 mg/dL
- HDL < 25 mg/dL
- Triglicéridos > 1000 mg/dL

• Hiperlipidemias de difícil control:

- No se alcanza el objetivo terapéutico con dos fármacos a dosis adecuadas
- Intolerancia farmacológica

4.7. Criterios de derivación al nivel especializado

- Hiperlipidemias genéticas graves:
- Colesterol total > 400 mg/dL

4.8. Seguimiento y control

RV	CONTROL CLÍNICO	CONTROL ANALÍTICO
PREVENCION PRIMARIA RCV ≥ 10 %	Tres meses: - Control de peso si hay sobrepeso - Control PA si HTA - Valorar tolerancia y cumplimiento terapéutico Anualmente: - Valoración general - Reevaluación del riesgo cardiovascular	Perfil lipídico cada 3 meses hasta cumplir objetivo de control. Luego perfil lipídico semestral
PREVENCION PRIMARIA RCV < 10 %	- Control de peso y PA - Reevaluación del riesgo cardiovascular	Perfil lipídico anualmente
Paciente que inicia fármacos	A los tres meses: - Valorar tolerancia y cumplimiento tratamiento	A los tres meses perfil lipídico con transaminasas (CPK si riesgo miopatía) hasta cumplir objetivo de control. Luego, perfil lipídico cada 6-12 meses según riesgo vascular

RV	CONTROL CLÍNICO	CONTROL ANALÍTICO
PREVENCIÓN SECUNDARIA	Cada tres meses: - Control de peso si hay sobrepeso - Control PA si HTA - Valorar tolerancia y cumplimiento tratamiento - Reevaluar factores de riesgo cardiovascular Anualmente: Valoración general	Cada 6 meses perfil lipídico

4.9. Recomendaciones dietéticas para las dislipemias

Ver tabla en la Guía.

rosa medio para la prevención primaria. En gris para prevención secundaria. En rosa oscuro: nuevas recomendaciones, LDL < 70 mg/dL.

4.10. Guía para la prescripción del tratamiento hipocolesterolemiante orientado a la obtención de objetivos terapéuticos

Presentamos una tabla recientemente publicada que nos permite conocer la dosis de estatina (sóla o en tratamiento combinado con ezetimibe) necesarias para conseguir los objetivos terapéuticos deseados en función del riesgo vascular del paciente.

- **Columna 1:** valor inicial de LDL del paciente.
- **Columnas 2, 3 y 4:** porcentaje de LDL que debe reducirse para alcanzar los objetivos terapéuticos en prevención primaria (columna 2) y en prevención secundaria, diabetes y situaciones de riesgo equivalentes (columna 3). Columna 4: según nuevas recomendaciones LDL < 70 mg/dL.
- **Columnas 5 a 29:** Fármacos o combinación de fármacos que permitirán la reducción de LDL necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos. En

Modo de empleo:

1. Localizar el valor de LDL de partida.
2. Comprobar el descenso requerido para conseguir objetivo de LDL < 130, < 100 o < 70 mg/dL en columnas adyacentes.
3. Seguir la fila.
4. Las celdas rosa medio señalan las terapias que permitirán alcanzar objetivos en prevención primaria.
5. Las celdas grises señalan las terapias que permitirán alcanzar objetivos en prevención secundaria, diabetes y situaciones de riesgo equivalentes. Las celdas rosa oscuro: nuevas recomendaciones, LDL < 70.

S: simvastatina; P: pravastatina; F: fluvastatina; L: lovastatina; A: atorvastatina; E: ezetimiba.

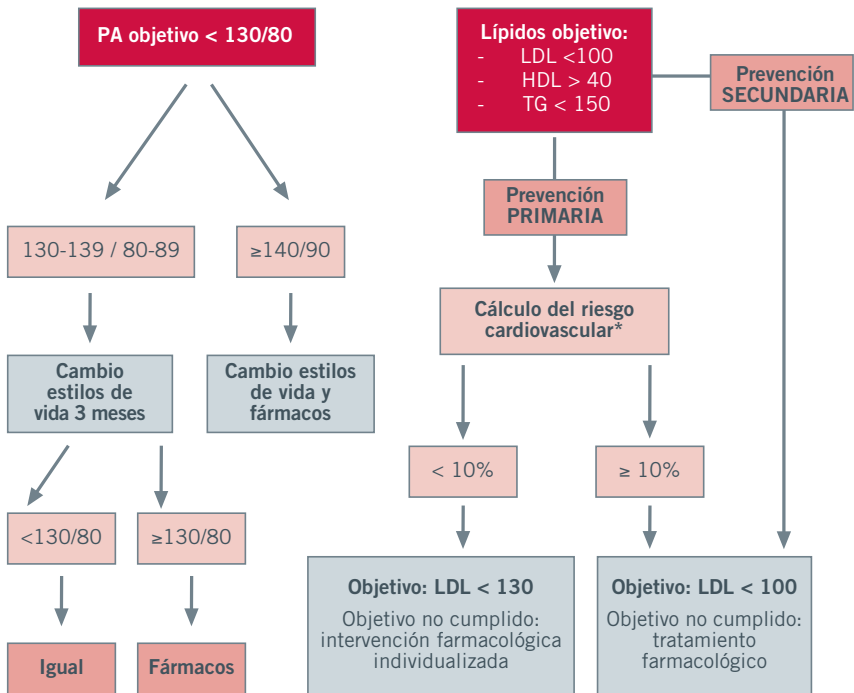
LDL INICIAL (mg/dl) (mmol/L)	% RED LDL <130 (3.37)	% RED LDL <100 (2.59)	% RED LDL <70 (1.81)	S20	S40	S80	P40	L40	L80	F80	A10	A20	A40	A80	S10 + EZ	S20 + EZ	S40 + EZ	S80 + EZ	P20 + EZ	P40 + EZ	L20 + EZ	L40 + EZ	L80 + EZ	F80 + EZ	A10 + EZ	A20 + EZ	A40 + EZ	A80 + EZ		
300 (7.77)	57	67	77																											
295 (7.64)	56	66	76																											
290 (7.61)	55	65	75																											
285 (7.38)	54	65	75																											
280 (7.25)	53	64	75																											
275 (7.12)	53	64	74																											
270 (6.99)	52	63	74																											
265 (6.99)	51	62	73																											
260 (6.73)	50	61	73																											
255 (6.6)	49	61	72																											
250 (6.47)	48	60	72																											
245 (6.34)	47	59	71																											
240 (6.22)	46	58	71																											
235 (6.09)	45	57	70																											
230 (5.96)	43	56	69																											
225 (5.83)	42	55	69																											
220 (5.7)	41	54	68																											
215 (5.57)	39	53	67																											
210 (5.44)	38	52	67																											
205 (5.31)	37	51	66																											
200 (5.18)	35	50	65																											
195 (5.05)	33	49	64																											
190 (4.92)	31	47	63																											
185 (4.79)	30	46	62																											
180 (4.66)	28	44	61																											
175 (4.53)	26	43	60																											
170 (4.41)	24	41	59																											
165 (4.27)	21	39	57																											
160 (4.14)	19	37	56																											
155 (4.01)	16	35	55																											
150 (3.88)	13	33	53																											
145 (3.76)	10	31	52																											
140 (3.62)	7	29	50																											
135 (3.5)	4	26	48																											
130 (3.37)		23	46																											
125 (3.24)		20	44																											
120 (3.11)		17	42																											
115 (2.98)		13	39																											
110 (2.85)		9	36																											
105 (2.72)		5	33																											

Tomada de Masana et al. Med Clin (Barc). 2005;124(3):108-10.

5. DIABETES

**GLUCEMIA BASAL ALTERADA
TOLERANCIA ALTERADA A LA
GLUCOSA (TAG)** → Dieta. Control de peso. Ejercicio. No tabaco
Control PA y lípidos
Glucemia + HbA1C: anuales

DIABETES: HbA1c < 7 % IMC: 18'5-24'9. Ejercicio. No tabaco. Alcohol <30gr/d. En diabéticos tipo 2 mayores de 40 años y algún otro factor de riesgo (H^a familiar de RCV, HTA, dislipemia, tabaquismo y albuminuria) antiagregar con AAS 100 mgr (en caso de alergia o intolerancia considerar clopidogrel)



(*): Si hay microalbuminuria y/o nefropatía considerarlo de alto riesgo (no es preciso estratificarlo)

CRIBADO DIABETES EN POBLACIÓN GENERAL Y GRUPOS DE RIESGO

- 1. Personas mayores de 45 años y cada 3 años**
- 2. Anualmente, a partir de los 35 años de edad en hombres y 45 años en mujeres, con algún factor de riesgo de diabetes:**
 - Antecedente de diabetes en familiares de primer grado
 - Índice de Masa Corporal (IMC) >27
 - Perímetro cintura abdominal (≥ 102 hombres, ≥ 88 mujeres)
 - Macrosomía y/o Diabetes gestacional previa
 - Colesterol HDL ≤ 40 mg/dL y/o triglicéridos ≥ 200 mg/dL
 - Hipertensión arterial
 - Diagnóstico previo de TAG o glucemia basal alterada
 - Etnias de alto riesgo

6. SÍNDROME METABÓLICO

Conjunto de trastornos metabólicos cuya base es la insulinoresistencia (IR). Para el diagnóstico los criterios más utilizados

son los propuestos por el NCEP ATP-III y se establece cuando están presentes tres o más de los determinantes de riesgo.

	HOMBRES	MUJERES
Obesidad abdominal (perímetro cintura)	> 102 cm	> 88 cm
Triglicéridos	≥ 150 mg/dL	≥ 150 mg/dL
HDL	< 40 mg/dL	< 50 mg/dL
Presión arterial	≥ 130 / ≥ 85 mm Hg	≥ 130 / ≥ 85 mm Hg
Glucemia en ayunas	≥ 110 mg/dL	≥ 110 mg/dL

Tratamiento del SM:

- Modificación de estilos de vida
- Fármacos: se prescribirán según el factor de riesgo elevado y el objetivo a conseguir. Entre los antidiabéticos orales tanto la metformina como las glitazonas mejoran la sensibilidad a la insulina. Entre los antihipertensivos, los que tienen evidencias de que ayudan a reducir la IR son los IECA (rami-

pril, captopril). En cuanto a los ARA-II, en la actualidad hacen falta datos más concluyentes.

Recientemente, la Internacional Diabetes Federation (IDF) ha establecido unos nuevos criterios para la definición del síndrome metabólico. Hay controversia sobre su aceptación. Algunos expertos incluso están cuestionando el Síndrome Metabólico como una verdadera entidad nosológica.

7. OBESIDAD

7.1. Diagnóstico de la obesidad

Se aconseja registrar el índice de masa corporal y el perímetro de la cintura abdo-

minal del paciente a partir de los 20 años cada cuatro años, con una medición de la talla de referencia a los 20 años o en la primera visita que se registre el peso.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS IMC (%)

Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad tipo I	30-34,9
Obesidad de tipo II	35-39,9
Obesidad de tipo III	≥ 40

PERÍMETRO DE CINTURA ABDOMINAL (PCA) -ALTO RIESGO

HOMBRES

> 102 cm

MUJERES

> 88 cm

7.2. Evaluación del paciente obeso

La puesta en marcha de un programa de reducción del peso se ha de indicar en todos los obesos y en los pacientes con sobrepeso, o con PCA aumentado, y que tienen dos o más factores de riesgo o enfermedad cardiovascular establecida.

La evaluación del paciente obeso debe seguir los siguientes pasos:

1. Cálculo del IMC (peso en Kg / talla en metros²) y PCA.
2. Identificar la presencia de enfermedad cardiovascular concomitante u otros factores de riesgo.
3. Establecer el riesgo vascular, si procede.
4. Entrevista clínica y valorar motivación del paciente (Test de Richmond).
5. Encuesta alimentaria y de actividad física.
6. Cálculo del requerimiento energético:
 - 6.1. En primer lugar se realiza el cálculo del **peso máximo aceptable (PMA)**

$$\text{PMA mujer} = 25 \times (\text{talla})^2$$

$$\text{PMA hombre} = 27 \times (\text{talla})^2$$

6.2. En segundo lugar se calculan las necesidades calóricas diarias

	MUJERES (KCAL/KG Y DÍA)	HOMBRES (KCAL/KG Y DÍA)
Metabolismo basal	24	24
Reposo en cama o actividad mínima	30	30
Actividades ligeras: profesiones sedentarias, amas de casa con aparatos mecánicos, jubilados ...	36	42
Actividades moderadas: amas de casa con hijos, obreros, trabajadores del campo, pescadores, soldados...	47	54
Actividades muy intensas: deportistas, leñadores ...	55	62

6.3. Ajustar la necesidad calórica diaria según la edad

EDAD	AJUSTE NECESIDAD DE LA CALÓRICA
40-49 años	Reducción del 5%
50-59 años	Reducción del 10%
60-69 años	Reducción del 20%
A partir de los 70 años	Reducción del 30%

6.4. Finalmente, corregir según el grado de sobrepeso u obesidad

- **Sobrepeso:** reducir las necesidades calóricas calculadas un 10-20%
- **Obesidad:** reducir las necesidades calóricas calculadas un 20-30%

$$\text{Requerimiento energético} = (\text{PMA} \times \text{Factor actividad física}) - \text{Reducción según edad} - \text{Reducción según obesidad}$$

7.3. Abordaje terapéutico del paciente obeso

7.3.1. Intervención y objetivos terapéuticos

Objetivo final: IMC: 18,5-24,9 kg/m² y/o **PCA:** <102 cm (hombres) o <88cm (mujeres).

Objetivo Parcial (4-6 meses): pérdida ponderal del 5-10% del peso total hasta objetivo final.

Prevención primaria con RCV < 10%	IMC<30; PCA<88(M)-<102(V)
Prevención primaria con RCV ≥ 10%	IMC18,5-24,9; PCA<88(M)-<102(V)
Prevención secundaria	IMC18,5-24,9; PCA<88(M)-<102(V)

INTERVENCIÓN Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS (SEEDO)

RIESGO	ACTUACIÓN
Sobrepeso	Dieta, ejercicio físico y reducción de peso: 5-10%
Obesidad grado I	Dieta, ejercicio físico y reducción de peso: 10%
Obesidad grado II	Dieta, ejercicio físico y reducción de peso: ≥ 10%. Si RCV ≥ 10% y no cumplimiento derivar a especializada
Obesidad grado III	Dieta, ejercicio físico y reducción de peso: 20-30%. Derivar a especializada

7.3.2. Fármacos para la obesidad

Orlistat: en pacientes con sobrepeso grado II y factores de riesgo asociado y en pacientes con obesidad. Indicado en pacientes que consigan adelgazar con dieta hipocalórica y aumento de actividad física 2,5 kg en las semanas previas. El tratamiento se continuará solamente en aquellos pacientes que consigan perder ≥ 5% durante 12 semanas. Duración del tratamiento hasta un máximo de 2 años.

Sibutramina: Tiene la misma indicación que el Orlistat. Duración del tratamiento hasta un máximo de 1 año. Se esta cuestionando como fármaco de primera línea por los problemas de seguridad.

Fluoxetina: Indicada en depresión, bulimia y trastorno obsesivo-compulsivo. Las dosis usadas para la pérdida de peso son de unos 60 mg/día.

7.4. Criterios de derivación al nivel especializado

1. IMC >40 o IMC >35 con comorbilidad (apnea del sueño, enfermedad cardia-

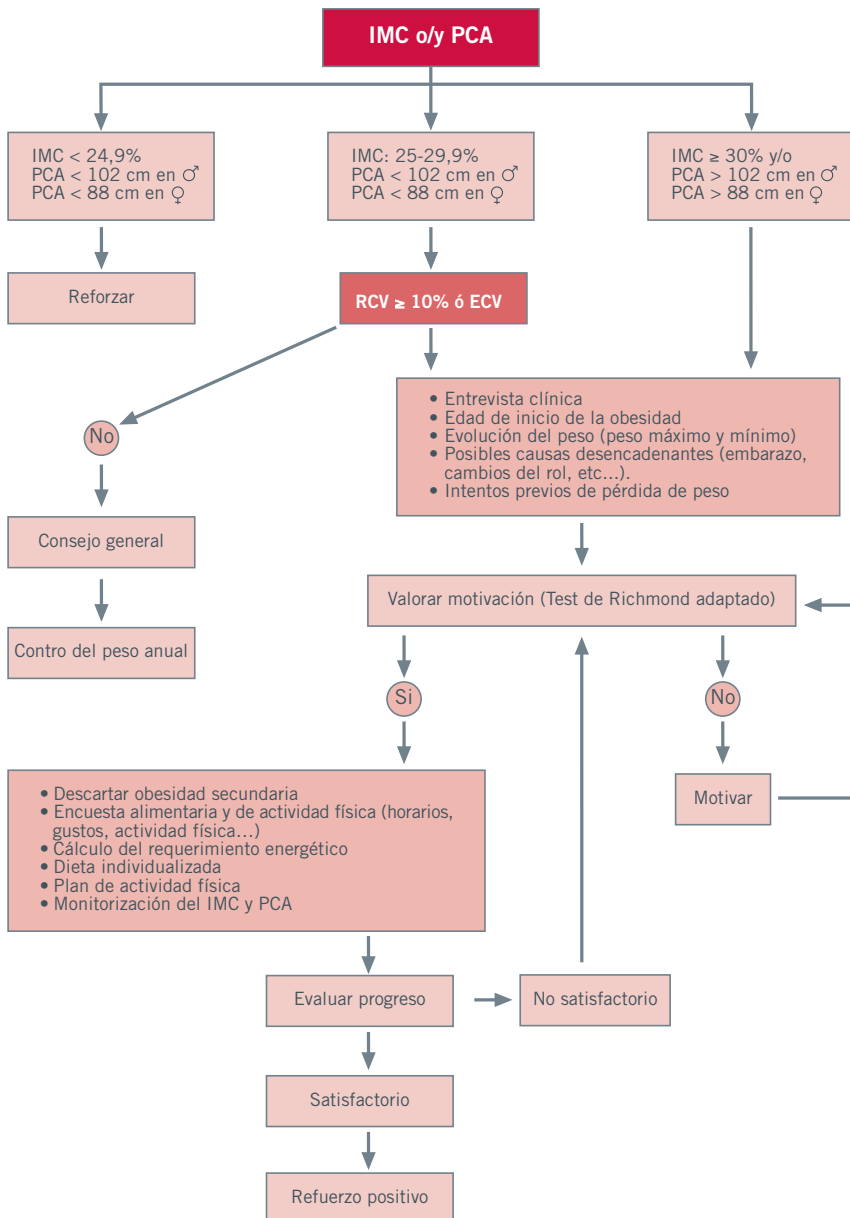
ca relacionada con la obesidad, HTA, diabetes, Sdr. de Pickwick...).

2. Al menos tras 6 meses de tratamiento dietético con buen cumplimiento.
3. Sin historia de alcoholismo ni de otras drogodependencias o enfermedad psiquiátrica grave.
4. Adecuada comprensión de las alteraciones producidas por la intervención y una buena posibilidad de adhesión a la estrategia terapéutica propuesta.

7.5. Seguimiento y control

- IMC Semestral y PCA: Anual
- Cálculo del requerimiento energético y ajuste de dieta: anual
- Peso: primer semestre mensual, resto trimestral

7.6. Algoritmo de actuación en obesidad



8. RESUMEN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

DISLIPEMIA

Prevención primaria con RCV < 10%	LDL < 130 mg/dL
Prevención primaria con RCV ≥ 10%, dislipemia familiar, COL T>300, LDL > 240 o PA > 180/110	LDL < 130 mg/dL
Prevención secundaria	LDL < 100 mg/dL Colesterol total < 175 mg/dL

OBESIDAD

Prevención primaria con RCV < 10%	IMC < 30 PCA < 88 (♀) - < 102 (♂)
Prevención primaria con RCV ≥ 10%	IMC 18,5 - 24,9 PCA < 88 (♀) - < 102 (♂)
Prevención secundaria	IMC 18,5-24,9 PCA < 88 (♀) - < 102 (♂)

DIABETES

Presión arterial	< 130/80
Lípidos	LDL < 100 mg/dL HDL > 40 mg/dL
	Triglicéridos < 150 mg/dL
HbA1c	< 7 %
IMC	18,5 - 24,9

HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PRESIÓN ARTERIAL (MM Hg)

Objetivo general	< 140/90
Diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o alto riesgo vascular	< 130/80
Nefropatía crónica y proteinuria >1gr/día	< 125/75

TABACO

Cese completo

9. CUANDO ANTIAGREGAR EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

1. Antiagregación en Prevención Primaria

- Pacientes de **alto riesgo vascular** (REGICOR \geq 20% y/o alto riesgo “per se”).
- Pacientes **hipertensos** mayores de 50 años en los que coexista cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - . Riesgo vascular alto (REGICOR \geq 20% y/o alto riesgo “per se”).
 - . Diabetes Mellitus
 - . Creatinina sérica > 1,3 mg/dL

En este grupo de pacientes si no se tolera el AAS puede plantearse asociar un inhibidor de la bomba de protones (IBP). En caso de alergia no hay acuerdo en considerar como alternativa el Clopidogrel.

- **Diabéticos** mayores de 40 años y que además presenten algún otro factor de riesgo cardiovascular (H^a familiar de ECV, HTA, dislipemia, tabaquismo y albuminuria). Si no toleran AAS se puede plantear asociar un IBP. Si presentan alergia al AAS las recomendaciones actuales proponen como alternativa Clopidogrel.

2. Antiagregación en Prevención Secundaria

Salvo contraindicación absoluta, procede la antiagregación en todo paciente que ha presentado un evento cardiovascular previo. El fármaco de elección es el AAS, si existe la intolerancia al AAS es factible asociar un IBP o considerar Clopidogrel. En caso de alergia al AAS pautar Clopidogrel.

La dosis antiagregante recomendada de AAS es de 100 mg/día y de Clopidogrel 75 mg/día.

(*) Recordar, que tal como comentamos en el capítulo 1 de la Guía, se consideran de alto riesgo “per sé”, por tanto no es necesario estratificar su riesgo con las tablas, los siguientes grupos de pacientes:

- Pacientes que ya han presentado un evento cardiovascular (prevención secundaria)
- Pacientes con una hiperlipidemia familiar altamente aterogénica (hipercolesterolemia familiar monogénica, hiperlipidemia familiar combinada y disbetalipoproteinemia).
- Hipertensos grado 3 (PA \geq 180/110 mm Hg).
- Colesterol total > 320 mg/dL o LDL > 240 mg/dL
- Diabetes tipo 2 con microalbuminuria

TABLAS DEL REGICOR

HOMBRES

Fumadores

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	230	260	≥280	mg/dl
7	13	15	20	23	>=160/100
7	12	14	19	21	140-159/90-99
5	10	11	15	17	130-139/85-89
4	7	9	12	14	120-129/80-84
4	7	9	12	13	<120/80

Edad
65-74

No fumadores

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
5	8	10	13	15	>=160/100
4	7	9	12	14	140-159/90-99
3	6	7	9	11	130-139/85-89
2	5	5	7	8	120-129/80-84
3	5	5	7	8	<120/80

Edad
55-64

Fumadoras

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
6	18	10	10	12	>=160/100
5	7	8	11	11	140-159/90-99
4	5	6	7	9	130-139/85-89
4	5	6	7	9	120-129/80-84
3	3	4	4	5	<120/80

Edad
65-74

No fumadoras

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
5	6	8	8	10	>=160/100
4	5	6	6	8	140-159/90-99
3	4	5	5	6	130-139/85-89
3	4	5	5	6	120-129/80-84
2	3	3	3	4	<120/80

Edad
55-64

Fumadoras

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
6	18	10	10	13	>=160/100
5	7	8	11	11	140-159/90-99
4	5	6	7	9	130-139/85-89
4	5	6	7	9	120-129/80-84
3	3	4	4	5	<120/80

Edad
45-54

Fumadoras

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
4	15	6	7	9	>=160/100
4	4	5	5	7	140-159/90-99
3	4	4	4	6	130-139/85-89
3	4	4	4	6	120-129/80-84
2	2	3	3	4	<120/80

Edad
35-44

Fumadoras

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
2	2	2	3	3	>=160/100
2	2	2	2	2	140-159/90-99
1	2	2	2	2	130-139/85-89
1	2	2	2	2	120-129/80-84
1	1	1	1	1	<120/80

Edad
35-44

No fumadoras

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
2	1	1	1	1	>=160/100
2	1	1	1	1	140-159/90-99
1	1	1	1	1	130-139/85-89
1	1	1	1	1	120-129/80-84
1	1	1	1	1	<120/80

Edad
35-44

Presión arterial mmHg sistólica/diastólica

Presión arterial mmHg sistólica/diastólica

Colesterol

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	230	260	≥280	mg/dl
2	3	4	5	6	>=160/100
2	3	4	5	6	140-159/90-99
2	3	3	4	5	130-139/85-89
1	2	3	4	5	120-129/80-84
1	2	3	4	5	<120/80

Colesterol

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	230	260	≥280	mg/dl
2	3	4	5	6	>=160/100
2	3	4	5	6	140-159/90-99
2	3	3	4	5	130-139/85-89
1	2	3	4	5	120-129/80-84
1	2	3	4	5	<120/80

Colesterol

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
1	1	1	1	1	>=160/100
1	1	2	3	4	140-159/90-99
1	2	3	3	4	130-139/85-89
1	2	2	3	3	120-129/80-84
1	2	2	2	2	<120/80

Riesgo a 10 años

Muy alto	39%
Alto	20-39%
Moderado	10-19%
Ligero	5-9%
Bajo	<5%

Si el colesterol de HDL < 35mg/dL, el riesgo real = riesgo x 1,5
Si el colesterol de HDL ≥ 60mg/dL, el riesgo real = riesgo x 0,5

Colesterol

<41	47	57	67	72	mmol/L
<100	180	220	260	≥280	mg/dl
2	1	1	1	1	>=160/100
1	2	2	2	2	140-159/90-99
1	1	2	2	2	130-139/85-89
1	1	2	2	2	120-129/80-84
1	1	1	1	1	<120/80

Riesgo a 10 años

Muy alto	39%
Alto	20-39%
Moderado	10-19%
Ligero	5-9%
Bajo	<5%

Si el colesterol de HDL < 35mg/dL, el riesgo real = riesgo x 1,5
Si el colesterol de HDL ≥ 60mg/dL, el riesgo real = riesgo x 0,5

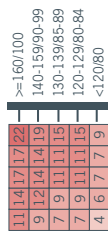
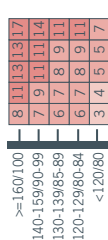
MUJERES DIABÉTICAS

No fumadoras

Fumadoras

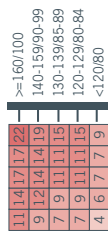
mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280



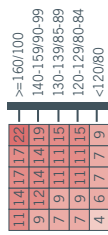
mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280



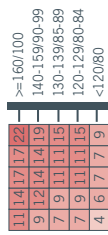
mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280



mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280



mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

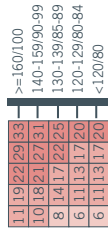
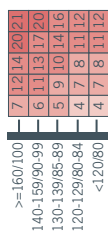
mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

No fumadores

Fumadores

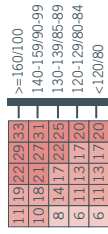
mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280



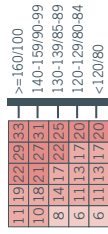
mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280



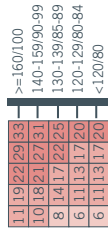
mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280



mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280

mmHg <4,1 4,7 5,7 6,7 7,2
mg/dl <100 180 220 260 ≥280



Presión arterial mmHg sistólica/diastólica

Presión arterial mmHg sistólica/diastólica

Riesgo a 10 años
Muy alto 39%
Alto 20-39%
Moderado 10-20%
Bajo 5-10%
Bajo <5%

Colesterol

Riesgo a 10 años
Muy alto 39%
Alto 20-39%
Moderado 10-20%
Bajo 5-10%
Bajo <5%

Colesterol

Colesterol

Si el colesterol de HDL < 35mg/dL, el riesgo real = riesgo x 1,5
Si el colesterol de HDL ≥ 60mg/dL, el riesgo real = riesgo x 0,5

**RIESGO
CARDIOVASCULAR**



ib-salut

servei de salut
de les Illes Balears