Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):754

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

RV-113. - GUÍAS ESH/ESC 2013: NOVEDADES EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL

S. Sandomingo Freire, M. Cimas Valencia, C. Teijo Núñez, C. Prada González, P. Dos Santos Gallego, N. Ramos Vicente, R. Muñumer Blázquez, S. López Nicolás

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

Resumen

Objetivos: Durante más de una década, las guías de la Sociedad Europea de Hipertensión/Sociedad Europea de Cardiología han propuesto métodos para estimar el riesgo cardiovascular absoluto en los pacientes hipertensos determinando, en consecuencia, las decisiones terapéuticas en este conjunto de individuos. El objetivo del presente estudio es estimar el riesgo cardiovascular total en pacientes hipertensos comparando las recomendaciones de las guías ESH/ESC de 2007 y 2013, analizando el abordaje terapéutico propuesto por ambos documentos.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal de 204 pacientes hipertensos ingresados en nuestro centro durante el período comprendido entre el 29 de abril y el 10 de junio. Los datos se obtuvieron a partir de la historia clínica. Se analizaron dichos datos estratificando el riesgo cardiovascular total de los sujetos, atendiendo a los criterios propuestos en las guías ESH/ESC de los años 2007 y 2013.

Resultados: De acuerdo a las guías ESH/ESC de 2007 nuestra muestra se divide en 29 (14,2%) individuos hipertensos con riesgo añadido bajo, 42 (20,6%) con riesgo moderado, 42 (20,6%) con riesgo alto y 90 (44,1%) con riesgo muy alto. Si tenemos en cuenta las últimas guías los resultados son de 21 (10,3%) pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular total bajo, 10 (4,9%) de riesgo bajo-moderado, 10 (4,9%) de riesgo moderado, 20 (9,8%) de riesgo moderado-alto, 27 (13,2%) de riesgo alto y 115 (56,4%) de riesgo muy alto. De este modo el cómputo total de pacientes con riesgo alto/muy alto es de 64,7% según la estratificación de riesgo antigua y de 69,6% considerando las guías de 2013.

Discusión: Teniendo en cuenta la estratificación de riesgo de acuerdo a ambas guías, nos hallamos ante un 4,9% más de pacientes que se clasifican como hipertensos de alto/muy alto riesgo si adoptamos los nuevos criterios promovidos por la guía ESH/ESC de 2013. La razón de este aumento de hipertensos de alto/muy alto riesgo obedece principalmente a la introducción de nuevos factores de riesgo: test de tolerancia de glucosa anormal, sexo masculino, IMC > 30; o a la inclusión de nuevas lesiones de órgano diana como la presión de pulso o las nuevas definiciones de enfermedad renal crónica o microalbuminuria. Asimismo, hay que considerar la aparición de dos nuevos grupos de riesgo: leve-moderado y moderado-alto. Los hipertensos grado I pertenecientes a estos dos nuevos grupos que no se controlen adecuadamente tras intervenciones en su estilo de vida, deberían recibir tratamiento farmacológico, con lo que podemos inferir que el porcentaje de pacientes de alto/muy alto riesgo pudiese ser incluso mayor. Sin embargo, el cómputo total de pacientes de bajo riesgo cardiovascular total disminuye según los nuevos criterios, debido posiblemente a que muchos de los pacientes estratificados en las guías ESH/ESC de 2007 como de bajo riesgo han sido incluidos en el

nuevo grupo de hipertensos de riesgo bajo-moderado.

Conclusiones: Las nuevas guías clasifican a una mayor proporción de pacientes (69,6%) como de alto/muy alto riesgo que las guías ESH/ESC 2007 (64,7%). Este leve aumento no condiciona grandes cambios, dado que la estrategia terapéutica en este grupo de pacientes es similar en ambas guías, recomendándose tratamiento farmacológico desde el momento del diagnóstico, preferiblemente con combinación de fármacos en lugar de monoterapia. Además, las nuevas guías aconsejan un seguimiento más estrecho de aquellos sujetos clasificados en el grupo de hipertensión arterial grado I con riesgo cardiovascular total bajo o moderado pues, a diferencia de lo recogido en la guía ESH/ESC 2007, este grupo de pacientes se considera subsidiario de tratamiento farmacológico cuando los cambios en el estilo de vida han fracasado.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.