

PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN MEDICINA DE EMPRESA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Ramón Ubeda Asensio
 Jefe del Servicio de Medicina Socio-laboral
 C.N.C.T. Barcelona. I.N.S.H.T.
 Ilustraciones: Enrique Mitjans

1. INTRODUCCION

La toma de la tensión arterial y la utilización de pruebas analíticas se han hecho corrientes en atención primaria y en medicina de empresa.

La tendencia natural de los pacientes es valorar unilateralmente los factores de riesgos, ya sea su hipertensión, obesidad, etc. No obstante, la valoración del riesgo cardiovascular debe tener un carácter multivariante.

Este trabajo tiene dos objetivos. Por una parte, informar al paciente, de una forma sencilla, de su perfil de riesgo multivariante, hecho que constituiría una motivación para el propio paciente, y, por otra parte, la confección de una ficha informatizada que, de forma simple, pudiera ser utilizada con fines estadísticos en medicina de empresa y atención primaria.

Tasas por 100.000 habitantes y porcentaje sobre la mortalidad total. España, 1979

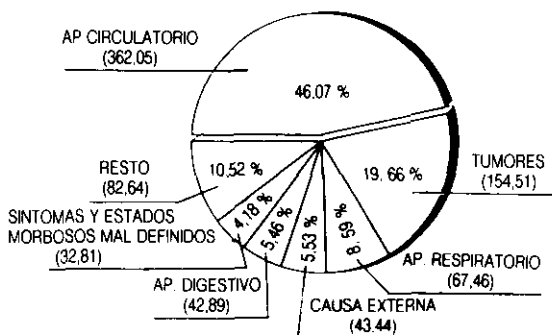


Figura 1. Mortalidad por grupos de causas en España (año 1979)

La mortalidad cardiovascular en nuestro país alcanza aproximadamente el 46,07 % (1979); esta tasa de mortalidad va en aumento, quizá por los cambios sociológicos (hábitat, régimen alimenticio, tabaquismo, etc.), y coincide con el desarrollo industrial de los sesenta.

Los recientes estudios epidemiológicos sobre el riesgo cardiovascular (Galicia, Asturias, Vascongadas, etc.) y el incremento de las investigaciones en nuestro país en el campo de las dislipemias (Carmena, Cruz), nos hacen pensar en una infrautilización de los medios que poseemos en medicina de empresa y atención primaria.

2. IDENTIFICACION Y VALORACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Para la valoración del riesgo cardiovascular, hemos de considerar, de forma esquemática, unos factores de riesgo primarios capaces de producir ellos solos lesión vascular, y unos factores de riesgo secundarios capaces, por su asociación, de producir complicaciones (ASSMANN).

Los factores de riesgo primarios serían: la hipertensión, la hipercolesterolemia, el tabaquismo y la diabetes.

Entre los factores de riesgo secundarios, consideramos: la edad y antecedentes, la obesidad, los anticonceptivos orales, los hábitos dietéticos aterogénicos, la personalidad tipo A y el sedentarismo.

La incidencia de la enfermedad cardiovascular aumenta acumulativamente con la presencia de múltiples factores de riesgo. A continuación, analizaremos brevemente cada uno de los parámetros correspondientes a estos factores de riesgo.

3. LOS FACTORES DE RIESGO

3.1. EDAD Y SEXO

La tensión arterial tiende a aumentar con la edad, mientras que los varones por debajo de los cincuenta años superan a las mujeres tanto en P. A. diastólica

como sistólica, esta relación se invierte a partir de aquella edad a causa de la época de la menopausia.

En relación con las cifras de colesterol y de las fracciones HDL y LDL, también podemos observar diferencias relacionadas con la edad y el sexo.

Por otra parte, diferentes encuestas han demostrado que las mujeres fuman menos y sus hábitos dietéticos son diferentes a los de los hombres, predominando en ellas el consumo de pollo, frutas y verduras, más que en los hombres, consumiendo éstos más carne, huevos y patatas que las mujeres (Gómez Esmonis).

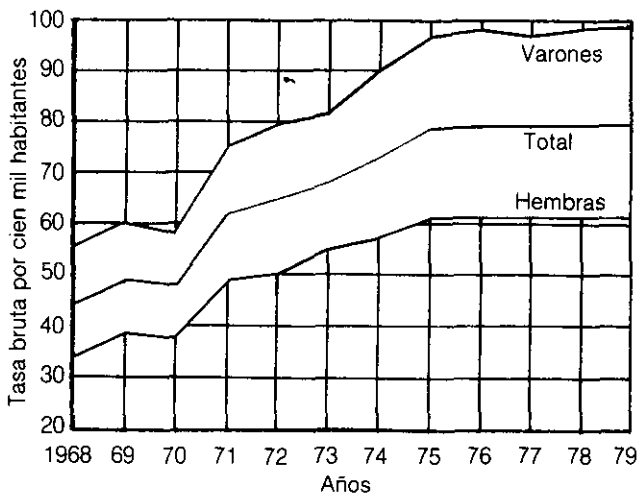


Figura 2. Tasas brutas de mortalidad por cardiopatía isquémica en España (1968-1979)

3.2. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La importancia del componente genético en la hipertensión arterial es muy grande, como se demuestra por:

- La alta prevalencia de la hipertensión en descendientes de parejas hipertensas.
- La demostración de que los hijos de madres hipertensas tienen tensiones superiores a los de madres normotensas.

También se ha demostrado el carácter hereditario de ciertas dislipemias.

En relación con la hipertensión, comentan algunos autores (Roca-Cusachs) que el factor genético es permisivo, pero se requiere el concurso de factores ambientales para que se desarrolle la enfermedad.

3.3. HIPERTENSION

La OMS define como hipertenso a todo individuo mayor de dieciocho años que presenta tensiones arteriales superiores o iguales a los 160 y 95 mm de Hg. El Comité Nacional para la detección y evaluación y tratamiento de la hipertensión (USA) considera como presión arterial diastólica elevada cuando ésta sobrepasa los 85 mm de Hg.

Estos dos conceptos permiten clasificar la T. A. de la siguiente forma:

Clasificación según niveles de TA en la población adulta

PA diastólica	mmHg	PA sistólica	mmHg
PA normal	< 80	PA normal	< 140
HTA ligera	90-104	HTA sistólica	140-159
HTA moderada	105-114	HTA sistólica	≥ 160
HTA severa	≥ 115		

En relación con nuestro país, los estudios efectuados a nivel regional permiten afirmar que existe alrededor de un 20 % de hipertensos en España. De ellos, el 50 % conocen su enfermedad, el 25 % son tratados y sólo el 12 % son controlados.

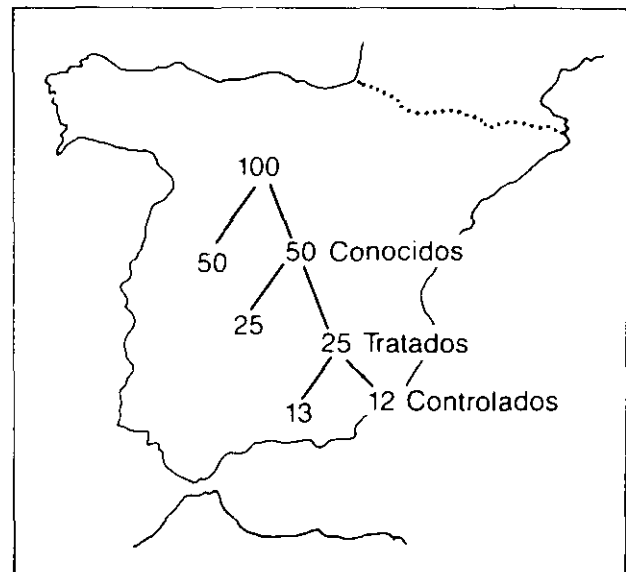


Figura 3. Detección, Tratamiento y Control de la H.T.A. (Estimación)

Curiosamente, algunas encuestas (Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral) nos dan resultados que demuestran el bajo nivel de autoconciencia de la existencia de la enfermedad a nivel laboral.

De los muchos estudios realizados, cabe deducir que la hipertensión, aun ligera, supone un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Todo ello para cualquier edad y sexo, y más acusadamente en presencia de alteración orgánica o presencia concomitante de otros factores de riesgo.

3.4. HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

La hipertensión produce un crecimiento de la aurícula y ventrículo izquierdo que puede evidenciarse de múltiples formas: ECG, ecocardiograma, radiografía de tórax, etcétera.

Edad	Censo	Hipertensos	(%)	Conocidos	(%)
16-24		16	0,54	4	25
25-34		294	1,39	61	20
35-44		813	3,00	247	30
45-54		1.682	8,36	584	34
55-64		2.144	12,36	1.048	48
Censo total	68.990	5.186	7,50	1.944	26

Figura 4. Epidemiología de la hipertensión en el medio laboral español (1985)

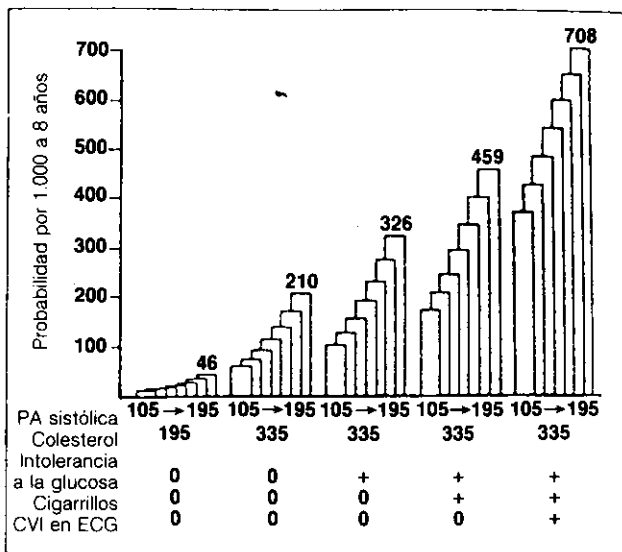


Figura 5. Riesgo de enfermedad cardiovascular según presión arterial sistólica a diversos niveles de otros factores de riesgo. Varones de 40 años. Estudio Framingham, 18 años de seguimiento.)

La hipertrofia cardíaca inducida por la hipertensión es por sí sola un factor de riesgo que, unida a la hipertensión y a los demás factores de riesgo, multiplican las posibilidades de padecer un accidente cardiovascular, como fue puesto de manifiesto en el estudio de Framingham.

Este aumento de riesgo existente en el paciente con hipertrofia ventricular puede ser debido a la existencia de arritmias ventriculares.

3.5. PERFIL LIPIDICO

A la hora de decidir sobre los parámetros a aplicar con relación a las hiperlipemias, optamos por aplicar las cifras dadas por el 47 Congreso de la Sociedad Europea de Aterosclerosis de 1986 (G. Assman, R. Carmena).

No obstante, Carmena, a la hora de definir el perfil lipídico «ideal» y los objetivos que debe marcarse el médico práctico, sitúa las cifras aceptables de colesterol LDL en 155 mg/dl, el colesterol total entre 200 y 215 mg/dl y los triglicéridos en 200 mg/dl, cuando no existe ningún otro factor de riesgo asociado.

Pero si hay otros factores de riesgo asociados hay que ser más severos, situando la cifra de colesterol LDL en 135 mg/dl, los índices de colesterol total problemáti-

Valores orientativos de tratamiento (G. Assman, 1980)
 Corregido según el CONSENSUS EUROPEO para la Prevención de la Cardiopatía Coronaria (47 Congreso de la Sociedad Europea de Aterosclerosis -G. Assman, R. Carmena y otros- 1986)

mg/dl	Ausencia de riesgo	Valores límite	Tratamiento necesario
Colesterol total	< 200	200-250	> 250
Triglicéridos	< 150	150-200	> 200
Colesterol LDL	< 150	150-190	> 190
Colesterol HDL			
Varones	> 55 (*)	35-55	< 35
Mujeres	> 65 (*)	45-65	< 45
Índice aterogenicidad (CT:HDL)			
Varones		4,5	> 4,5
Mujeres		3,9	> 3,9

(*) Pronóstico favorable

cos a partir de 200 mg/dl y graves a partir de 250 mg/dl. En cuanto a los índices de HDL, situó la barrera en 34 mm/dl, considerándose que niveles inferiores constituyen un factor de riesgo.

En relación con las medidas preventivas, las recomendaciones de la Conferencia Europea del Consenso constituyen una puesta a punto al respecto.

3.6. HIPERGLUCEMIA

La diabetes es una enfermedad que se asocia con extraordinaria frecuencia a la hipertensión, con el consiguiente riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. De hecho, la afectación coronaria y cerebrovascular representa la principal causa de muerte de los diabéticos en los países occidentales (Rojas Hidalgo).

La diabetes mellitus se asocia de forma casi constante a alteraciones en las lipoproteínas plasmáticas.

3.7. HABITOS DE CONDUCTA

Sedentarismo. Según el estudio de Framingham, existe un menor riesgo coronario en aquellos individuos con actividad física aumentada.

A
Total de colesterol 200-250 mg/dl.

Valorar el riesgo general para CHD, teniendo en cuenta la historia familiar de CHD, la hipertensión, diabetes, sexo masculino, edad más joven, tabaco, colesterol bajo en HDL, por ej. 35 mg/dl.

Restringir la energía alimentaria si hay sobrepeso, dar consejos sobre nutrición y corregir otros factores de riesgo si existen.

C
Total colesterol 200 mg/dl
Triglicéridos 200-500 mg/dl.

Mirar de destacar las causas de hipertrigliceridemia, por ej. obesidad, excesivo consumo de alcohol, diuréticos, beta-bloqueadores, exógenos, estrógenos, diabetes.

Restringir la energía alimentaria si hay sobrepeso, tratar con causas destacables si existen. Prescribir y monitorizar una dieta rebajante de lípidos. Monitorizar niveles de colesterol y triglicéridos.

E
Total colesterol 300 mg/dl
y/o
Triglicéridos 500 mg/dl.

Considerar el recurso a un clínico de lípidos o a un médico especialista para investigar e iniciar un tratamiento por dieta y, si fuera necesario, fármacos.

B
Total colesterol 250-300 mg/dl.
Triglicéridos mg/dl

Valorar riesgo general de CHD como en A.

Restringir la energía alimentaria si hay sobrepeso, prescribir dieta rebajante de lípidos y monitorizar la respuesta y la aceptación. Si el colesterol permanece alto, considerar el uso de fármacos rebajantes de lípidos.

D
Total colesterol 200-300 mg/dl
Triglicéridos 200-500 mg/dl.

Valorar riesgo general de CHD como en A, buscar causas destacables de hipertrigliceridemia como en C.

Restringir la energía dietaria si hay sobrepeso, tratar con causas destacables de hipertrigliceridemia si existen y proceder de acuerdo con A o B. Prescribir y monitorizar una dieta rebajante de lípidos. Si la respuesta de lípidos del suero es inadecuada y el riesgo general de CHD es alto, considerar el uso de fármacos lípido-rebajantes.

Figura 6. Líneas directrices para el tratamiento de la hiperlipidemia, de acuerdo con las recomendaciones de la Conferencia Europea del Consenso (2)

3.8. TABACO

A la cabeza de los factores de riesgo cardiovascular que puedan asociarse a la hipertensión, se encuentra el tabaco. En contra de lo que a veces se cree, el tabaco no aumenta la tensión arterial.

La mortalidad cardiovascular es proporcional al número de cigarrillos diarios, el cual puede ser más importante que la duración del hábito; estadísticamente se puede demostrar que fumar diariamente 20 cigarrillos duplica el riesgo de padecer cardiopatía isquémica (Jover Sanz).

La interrupción del consumo de cigarrillos reduce el riesgo coronario un 50 % un año después de la abstinencia, alcanzándose el mismo nivel de riesgo que los no fumadores a los diez años de no fumar.

La incidencia de cardiopatía izquémica es de 14,9 veces superior entre las mujeres con maridos fumadores cuando se comparan con aquellas cuyos maridos no fuman, hecho que evidencia el riesgo de los llamados fumadores pasivos.



E. Miljans

	Todas las pacientes		Pacientes con factores de riesgo		Pacientes sin factores de riesgo	
	30-39 años	40-44 años	30-39 años	40-44 años	30-39 años	40-44 años
Incidencia estimada de muerte en usuarias de OC			40,0 (*)	134,1 (*)	3,0 (**)	10,2 (**)
Incidencia global muertes estimadas menor/10 ⁵ población	5,4	18,0	14,3	47,9	1,5	5,1
Exceso incidencia muertes atribuibles al uso de OC			25,7	86,2	1,5	5,1

(*) Basado en riesgo relativo de 2,6

(**) Basado en riesgo relativo de 2,0

Modificado de H. Y. Dry. Association between oral contraceptives and myocardial infarction: a review. JAMA 1977; 237 (24): 2619-2622

Figura 7. Aumento del riesgo de muerte por infarto de miocardio, por 100.000 usuarias de anticonceptivos orales (OC), por grupos de edad y condiciones predisponentes

3.9. PATRON DE CONDUCTA TIPO A

Usualmente asociada con el mando y la ambición y por tener éxito a cualquier precio, así como a situaciones estresantes frecuentes y sostenidas. Esta forma de ser y vivir hace a estas personas de un aumento de riesgo cardiovascular.

Por el contrario, el **Patrón de Conducta tipo B** relacionado con personas comunicativas, más tranquilas y menos ambiciosas, sería menos probable en ellos el riesgo coronario. No obstante, esta división arbitraria ha sido bastante discutida.

3.10. ANTICONCEPTIVOS ORALES

Los anticonceptivos orales suben un poco la tensión arterial. Ocasionalmente suben hasta niveles que podrían considerarse tributarios de tratamiento y entonces la mejor conducta sería la supresión de la píldora.

Los riesgos cardiovasculares de la píldora están grandemente acumulados en mujeres de más de treinta y cinco años y fumadoras.

3.11. OBESIDAD

El estudio de Framingham demostró cómo en la población normal el sobrepeso estaba asociado a un mayor riesgo de muerte por infarto de miocardio.

Es también conocido el hecho de que adelgazar a un obeso conlleva una disminución de la cifra de tensión.

Es importante valorar el grado de sobrepeso. Hay muchas fórmulas, una de ellas, para valorar el índice de masa corporal, es la división del peso en kilogramos por la talla en metros elevada al cuadrado:

$$\text{BMI} = \text{Peso}/\text{talla}^2$$

Si el resultado es menos de 23, el sujeto está en su peso ideal. Entre 23 y 25 se habla de sobrepeso, entre

25 y 30 estará en una obesidad grado I, de 30 a 40 la obesidad será de grado II y cuando es mayor de 40 de grado III (Luque Otero).

Tyroler describe una mayor probabilidad de desarrollar hipertensión entre los individuos que mostraban, según su seguimiento, un aumento de peso y viceversa: un incremento o descenso del 10 % del peso podría suponer una modificación con idéntico sentido de unos 7 mm Hg de P. A.

No obstante, encontrar una respuesta suficiente a la pregunta de si la obesidad facilita el desarrollo de la arteriosclerosis y se constituye en factor de riesgo vascular es una tarea aún por resolver (Portugal Alvarez y González Sanmartín).

Diferentes estudios sugieren que un subgrupo de obesidad, el de predominio abdominal o central, es el que soporta la asociación con enfermedad cardiovascular, sin que estén aclarados los mecanismos de esta asociación.

Utilizando la relación de circunferencia cintura/cadera como índice de obesidad abdominal, se comprueba una asociación lineal entre centiles del cociente y la incidencia de cardiopatía isquémica. Según datos referidos por Björntorp, el riesgo en hombres para la cardiopatía isquémica y el Ictus aumentó marcadamente cuando el cociente cintura/cadera se elevó hasta 1,0 o más, y en mujeres cuando lo hizo por encima de 0,8.

3.12. HABITOS DIETETICOS

Es bien sabido que la dieta puede eliminar o reducir ciertos factores de riesgo. Hipocalórica en obesidad, hipoglucémica en diabetes, hiposódica e hiperpotasémica en hipertensión, hipolipémica en la hipercolesterolemia.

Se ha comprobado que en nuestro país existen diferencias de hábitos alimenticios según las regiones, el medio rural o urbano y también según el sexo.

De una forma simple, hemos clasificado las tendencias alimenticias en dos grupos: A y B. La prevalencia del grupo A nos orientará sobre la recomendación necesaria.

Tabla 1

IDENTIF.

PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

edad sexo: varón 1 hembra 2 talla peso

cintura cadera

estado civil: soltero 1 casado 2 viudo 3 divorciado 4 separado 5

Domicilio:

Localidad: Código postal:

Provincia:

DATOS EMPRESA

Empresa:

Domicilio:

Localidad: Código postal:

Provincia:

DATOS TRABAJO

Fijo en plantilla	<input type="checkbox"/> 1	TURNO	Mañana	<input type="checkbox"/> 1
Temporal o eventual	<input type="checkbox"/> 2	Permanente	Tarde	<input type="checkbox"/> 2
			Noche	<input type="checkbox"/> 3
		Rotativo		<input type="checkbox"/> 4
		Normal		<input type="checkbox"/> 5

ANTECEDENTES

FAMILIARES				PERSONALES			
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>
Coronariopatías	<input type="checkbox"/>	Enf. art. Periférica	<input type="checkbox"/>	Coronariopatías	<input type="checkbox"/>	Enf. art. Periférica	<input type="checkbox"/>
Ictus	<input type="checkbox"/>			Ictus	<input type="checkbox"/>		

HABITOS DE CONDUCTA

Sedentarismo Anticonceptivos Cigarrillos N.º

Patrón de conducta tipo A Hábitos alimenticios

INTOLERANCIA A LA GLUCOSA

FIBRINOGENO

PERFIL LIPIDICO

Colesterol total H D L L D L

Triglicéridos Índice de Aterogenicidad

Hipertensión

Desconocida

Conocida

máx. min.

Controlada

Hipertrofia V.I., ECG Otras ECG



E. Milians

4. MEDIDAS PREVENTIVAS Y RECOMENDACIONES

Hemos examinado al personal del Centro Nacional de Condiciones de Trabajo de Barcelona, y los resultados de este examen serán objeto de una posterior comunicación.

Como mencionábamos anteriormente, el objetivo principal de este trabajo, además de informar al paciente del carácter plurifactorial del riesgo cardiovascular, era la confección de una ficha informatizada que nos permitiera, de una forma sencilla:

Contenido en 100 g	Proteínas	Contenido en alcohol (*)	Carbohidratos	Calorías kcal
Bebidas				
Aguardiente	-	40	-	280
Cerveza	0,6	4,4	4,0	50
Coca-Cola	0	0	11,3	45
Limonada	0	0	12	48
Oporto	0,3	15,0	14	163
Ron	0	43,9	0	308
Sidra	0	5,2	1,0	41
Vino medio	-	7,5	0,1	53
Whisky	0	42,2	0	295

(*) El alcohol tiene un valor de 7 kcal/g

Figura 8

A) Una recogida de datos que nos facilitara un posterior seguimiento y una explotación estadística (Tabla I).

GRUPO A

PAN
HUEVOS
CARNE
LEGUMBRES
EMBUTIDOS
ALCOHOL

GRUPO B

PAN
POLLO
PESCADO
VERDURAS
FRUTAS
ALCOHOL

B) Dar una información simple al paciente del carácter multivariante del riesgo cardiovascular, que le motivara hacia un control médico posterior.

Esta información la daría directamente el ordenador (Tabla II), tras la explotación de los datos recogidos en la ficha informatizada (Tabla I).

A la hora de programar las recomendaciones tuvimos ciertas dudas en la forma de hacerlo. La forma habitual a la que estamos acostumbrados es mencionar sólo los factores de riesgo encontrados. Por ejemplo: Los factores de riesgo que usted presenta son: obesidad e hipertensión, consulte con su médico al respecto.

Creemos que esta fórmula derivaría, en la mayoría de los casos, a un tratamiento unilateral de uno de los factores de riesgo, cuando el objetivo principal del examen era la concienciación y la motivación del paciente hacia la prevención global del riesgo cardiovascular.

Por eso, optamos por un tipo de información escueta, en forma de educación sanitaria, que motivara al paciente a un seguimiento posterior.

La mayoría de estos consejos los reciben los pacientes de una forma unilateral cuando consultan su problema específico (hipertensión, diabetes, etc.) con su médico habitual.

La prevención debe consistir en minimizar el riesgo atacando los factores de riesgo y viendo la interrelación que existe entre ellos.

5. RECOMENDACIONES

Tabla 2

Las recomendaciones podrían ser las siguientes:

A. Los factores de riesgo, unos son más importantes que otros. Los más importantes son la hipertensión, el aumento de colesterol, la diabetes y el tabaquismo. No obstante, todos se interrelacionan y deben ser controlados globalmente y no unilateralmente.

B. Los factores de riesgo que hemos encontrado en usted son:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| ANTECEDENTES | <input type="checkbox"/> | COLESTEROL TOTAL | <input type="checkbox"/> |
| ANTICONCEPTIVOS | <input type="checkbox"/> | HDL | <input type="checkbox"/> |
| OBESIDAD | <input type="checkbox"/> | LDL | <input type="checkbox"/> |
| SEDENTARISMO | <input type="checkbox"/> | INDICE | <input type="checkbox"/> |
| PATRON CONDUCTA TIPO A | <input type="checkbox"/> | ATEROGENICIDAD | <input type="checkbox"/> |
| TABAQUISMO | <input type="checkbox"/> | TRIGLICERIDOS | <input type="checkbox"/> |
| HABITO DIETETICO | <input type="checkbox"/> | HIPERTENSION | <input type="checkbox"/> |
| HIPERGLUCEMIA | <input type="checkbox"/> | HIPERTROPIA V.I. | <input type="checkbox"/> |
| FBRINOGENO | <input type="checkbox"/> | ALTERACIONES E.C.G. | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | NINGUNO | <input type="checkbox"/> |

5.1. ANTECEDENTES

Los antecedentes familiares han de tenerse en cuenta, sobre todo si están asociados a algún otro factor de riesgo cardiovascular.

5.2. ANTICONCEPTIVOS ORALES

Los anticonceptivos ocasionalmente suben la tensión arterial. Los riesgos cardiovasculares de la píldora están grandemente aumentados cuando la mujer tiene más de treinta y cinco años y es fumadora.

5.3. OBESIDAD

tipo 1

Tiene usted una obesidad de las llamadas tipo 2

tipo 3

con un índice cintura/cadera de

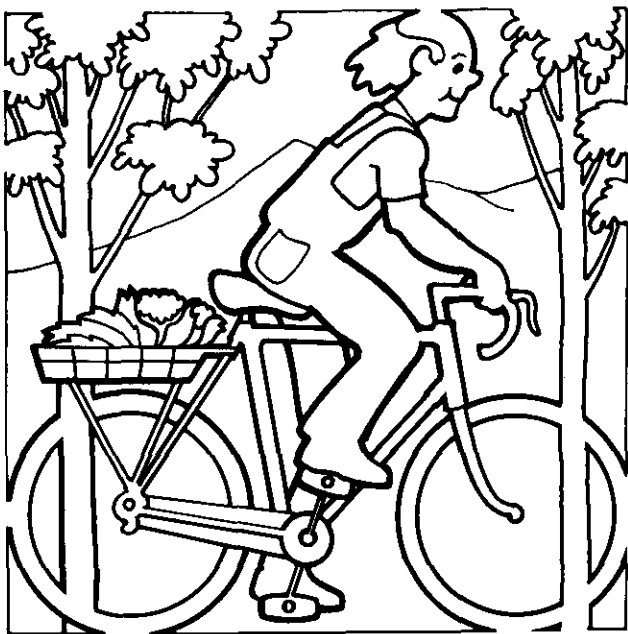
El índice cintura/cadera debería ser menor que 1.

No es necesario llegar al peso ideal, el descenso de peso comporta una baja estimable de tensión arterial, una baja en las cifras de colesterol y una mejoría de cierto tipo de diabetes.

Una dieta hipocalórica equilibrada con un poco de ejercicio físico adaptado a su edad es el mejor tratamiento de la obesidad.

5.4. SEDENTARISMO

Se ha demostrado que existe un menor riesgo coronario en aquellos individuos con actividad física aumentada.



Un programa de ejercicio físico bajo supervisión puede mejorar la tolerancia al ejercicio y además es útil para controlar la obesidad.

5.5. PATRON DE CONDUCTA TIPO A

Las situaciones de estrés repetidas, el sentido exagerado de la urgencia del tiempo y de la competitividad presentan un factor de riesgo de coronariopatía. En consecuencia, evite en lo posible las situaciones de estrés, comuníquese, descargue sus emociones y relájese.

5.6. TABAQUISMO

El tabaco es un importantísimo factor de riesgo, no sólo cardiovascular sino también de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y del cáncer.

La interrupción del hábito tabáquico reduce el riesgo coronario en un 50 % después de un año de abstinencia, alcanzando el mismo nivel de riesgos que los no fumadores a los diez años de no fumar.

5.7. HABITO ALIMENTICIO

La tendencia a un mayor consumo de grasas animales y huevos puede a la larga perjudicar su salud. Sería conveniente modificar sus costumbres alimenticias. Consuma más verduras.

5.8. HIPERGLUCEMIA

La diabetes es un importante factor de riesgo, sobre todo si se asocia a la hipertensión y a las dislipemias. Su tratamiento se divide en tres partes:

- Dieta pobre en hidratos de carbono.
- Vigilar el exceso de peso.
- A veces es necesario el uso de medicamentos.

5.9. FIBRINOGENO

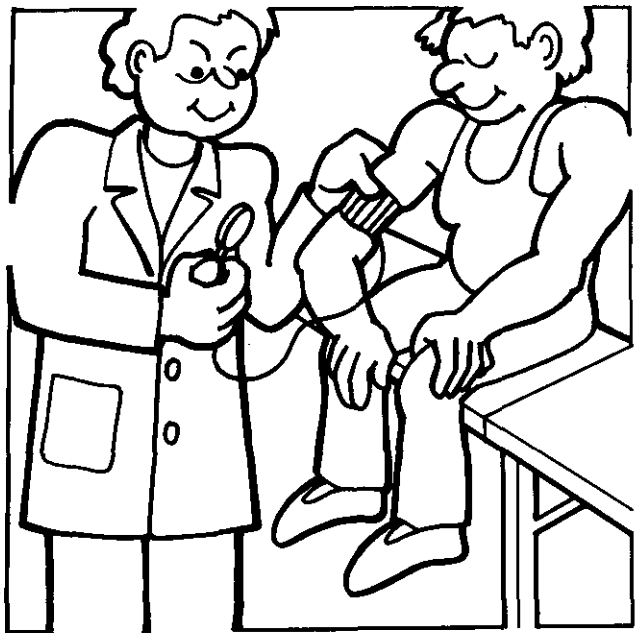
El aumento de las cifras de fibrinógeno en sangre puede a veces considerarse como un factor de riesgo a tener en cuenta.

5.10. LAS DISLIPEMIAS

Las anomalías en las cifras de colesterol o de sus fracciones HDL y LDL, así como en los triglicéridos, son un importante factor de riesgo cardiovascular. Las recomendaciones dietéticas de la Sociedad Europea de Arteriosclerosis son las siguientes:

	COLESTEROL	TRIGLICERIDOS
PERMITIDOS	Leche descremada, verduras, legumbres, arroz, pescados (blanco y azul), pollo, ternera, pavo, perdiz y queso fresco. Frutas frescas y zumos. Aceites vegetales (oliva, girasol, maíz o soja). Bebidas azucaradas	Cereales completos
A LIMITAR	Carnes rojas (2-3 veces a la semana) Huevos (2-3 yemas semana) Visceras y sesos (riñones, hígado, criadillas) (1-2 veces mes) Pan (90 g día) = 6 rebanadas	Pan (60 g día) = 4 rebanadas Bebidas alcohólicas (incluida cerveza)
PROHIBIDOS	Carne grasa y de cerdo, pato, embutidos, charcutería y quesos grasos. Fritos, grasa de carne (tocino) y mantequilla. Helados, nata, pastelería y productos que contengan coco.	Bebidas alcohólicas fuertes. Azúcar y bebidas azucaradas.

- Vigilar el exceso de peso.
- A veces es necesario el uso de medicamentos. El control debe hacerlo periódicamente su médico.



E. Mijangos

El uso de medicamentos necesita control médico periódico.

5.11. HIPERTENSION

La hipertensión es un importante factor de riesgo cardiovascular (infarto de miocardio, insuficiencia renal, trombosis cerebral); por tanto, es necesario controlar con normas higiénico-dietéticas y/o tratamiento farmacológico.

El tratamiento se divide en tres partes:

- Dieta con poca sal y rica en potasio.

5.12. HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

Es una de las primeras complicaciones de la hipertensión, que se reduce al controlarse ésta.

Debe ser controlada por su médico.

5.13. ALTERACIONES DEL ECG

Las alteraciones del ECG pueden ser un factor importante del riesgo cardiovascular, y deben ser motivo de consulta a su cardiólogo.

* * *

BIBLIOGRAFIA

WILLIAM, B. K. Factores de riesgo cardiovascular y «tratamiento» preventivo. *Hospital Practice*, 1988, Vol. 3, núm. 4 (abril).

ASSMANN, G. Identificación de pacientes en riesgo de infarto de miocardio. *Drugs of Today*, 1988, Vol. 24 (septiembre), 189-195.

GOMES ESMORIS, L. Estudio epidemiológico de la distribución de los factores de riesgo cardiovascular en Asturias. *Drugs of Today*, 1988, Vol. 24 (septiembre), 9-30.

CONNELL, E. Anticonceptivos Orales: Utilidad y Riesgo

Cardiovascular. *Jano*, 1988, Vol. XXXV (noviembre), núm. 840, 85-90.

Jornadas Internacionales sobre hiperlipidemias y Cardiopatía Isquémica. *Jano*, 1988, Vol. XXXV (octubre), núm. 834, 16-17.

CASADO, P. Epidemiología de la hipertensión arterial. *Agora Medicina*, 1987, IDEPSA, 5-10.

GUILERA, E. Aspectos Generales de la Hipertensión. *Jano*, 1987, Vol. 1 (enero), núm. 1, 11-17.

ROCA CUSACHS, A. Epidemiología de la hipertensión. *Jano*, 1987, Vol. 1, núm. 1, 17-35.

SRAHAM, J. Presión sanguínea elevada, tratamiento. *Jarpyo Editores*, 1986, 25-32.

LUQUE OTERO, M. Hipertensión arterial. *Jarpyo*, 1988.