



**Organización
Mundial de la Salud**

Prevención de las enfermedades cardiovasculares

Guía de bolsillo para la estimación
y el manejo del riesgo cardiovascular



Predecir el
riesgo de
crisis cardíaca
y accidente
cerebrovascular



**Organización
Mundial de la Salud**

Prevención de las enfermedades cardiovasculares

Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular

(Tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMS/ISH para las
subregiones epidemiológicas de la OMS AMR A, AMR B, AMR D)

Ginebra, 2008

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Prevención de las enfermedades cardiovasculares : guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular.

1.Enfermedades cardiovasculares - prevención y control. 2.Enfermedades cardiovasculares - diagnóstico. 3.Factores de riesgo. 4.Medición de riesgo. 5.Pautas. 6.Gráficos. 7.Américas. 1.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 354728 2

(Clasificación NLM: WG 120)

Las tablas de predicción del riesgo que se exponen en esta guía sólo son válidas para los siguientes países:

Canadá, Cuba, Estados Unidos de América, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, República Dominicana, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú

Las tablas de la OMS/ISH para todos los Estados Miembros de la OMS se pueden obtener en disco compacto.

*** Ya están disponibles otras tablas de predicción del riesgo para Australia, Canadá, Nueva Zelandia, Estados Unidos de América y muchos países europeos.**

© Organización Mundial de la Salud, 2008

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Printed in Switzerland

Índice

Introducción	1
Población destinataria	2
Contextos	2
Recursos necesarios	2
¿Qué objetivos persigue la implantación de estas directrices?	2
¿A quiénes se debe derivar a un especialista?	3
Parte 1	5
Estimación y manejo del riesgo cardiovascular en las personas con factores de riesgo que no han presentado síntomas de enfermedad cardiovascular (prevención primaria)	5
¿En qué casos se puede prescindir de la estratificación mediante tablas de riesgo cardiovascular para la toma de decisiones terapéuticas?	7
Instrucciones para la utilización de las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH	7
Consideraciones prácticas	9
Cuadro 1	10
Lista de tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH (Sociedad Internacional de Hipertensión) disponibles para los Estados Miembros de la OMS	
Figura 1	12
Tabla de predicción del riesgo AMR A de la OMS/ISH (aplicable en contextos en los que se puede determinar el colesterol sanguíneo).	
Figura 2	13
Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH (aplicable en contextos en los que se puede determinar el colesterol sanguíneo).	
Figura 3	14
Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH (aplicable en contextos en los que se puede determinar el colesterol sanguíneo).	
Figura 4	15
Tabla de predicción del riesgo AMR A de la OMS/ISH (aplicable en contextos en los que no se puede determinar el colesterol sanguíneo).	
Figura 5	16
Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH (aplicable en contextos en los que no se puede determinar el colesterol sanguíneo).	

Figura 6	Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH (aplicable en contextos en los que no se puede determinar el colesterol sanguíneo).	17
	Recomendaciones para la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares en las personas con factores de riesgo	18
Parte 2	Manejo de las personas con cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular o vasculopatía periférica establecidas (prevención secundaria)	25
	Recomendaciones para la prevención secundaria de episodios coronarios (infarto de miocardio) y episodios cerebrovasculares (ataque apoplético) recurrentes	26
Cuadro 2	Causas y manifestaciones clínicas de la hipertensión secundaria	31
Cuadro 3	Manifestaciones clínicas de la hipertensión maligna	31
Cuadro 4	Medicamentos y dosis diarias	32

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo. El problema subyacente es la aterosclerosis, que progresa a lo largo de los años, de modo que cuando aparecen los síntomas, generalmente a mediana edad, suele estar en una fase avanzada. Los episodios coronarios (infarto de miocardio) y cerebrovasculares (ataque apoplético) agudos se producen de forma repentina y conducen a menudo a la muerte antes de que pueda dispensarse la atención médica requerida. La modificación de los factores de riesgo puede reducir los episodios cardiovasculares y la muerte prematura tanto en las personas con enfermedad cardiovascular establecida como en aquellas con alto riesgo cardiovascular debido a uno o más factores de riesgo.

Esta guía de bolsillo ofrece recomendaciones basadas en la evidencia sobre cómo reducir la incidencia de primeros y sucesivos episodios clínicos de cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular y vasculopatía periférica en dos categorías de personas:

1. Personas con factores de riesgo que aún no han presentado síntomas de enfermedad cardiovascular (prevención primaria)¹.
2. Personas con cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular o vasculopatía periférica establecidas (prevención secundaria)².

Las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH que aquí se adjuntan permiten estimar el riesgo cardiovascular global en la primera categoría de personas. Las recomendaciones basadas en la evidencia expuestas en la Parte I de esta guía indican el tipo de medidas preventivas a adoptar, así como la intensidad de las mismas.

Las personas incluidas en la segunda categoría tienen un riesgo cardiovascular alto y requieren intervenciones de cambio de su modo de vida, así como un tratamiento farmacológico adecuado según se muestra en la Parte II de esta guía. En este grupo no es necesario usar las tablas de estratificación de riesgo para tomar decisiones terapéuticas.

¹ World Health Organization. *Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Geneva, 2007.

² World Health Organization. *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy makers and health professionals*. Geneva, 2003.

Población destinataria

Esta guía de bolsillo puede ser utilizada tanto por los médicos como por otros profesionales de la salud a todos los niveles asistenciales, incluida la atención primaria. La hipertensión, la diabetes o las enfermedades cardiovasculares establecidas pueden servir como puntos de acceso para aplicar las directrices que contiene.

Contextos

Atención primaria y otros niveles asistenciales, incluidos contextos con pocos recursos.

Recursos necesarios

- *Recursos humanos:* médicos, o bien enfermeros u otros profesionales sanitarios con formación específica.
- *Equipo:* estetoscopio, dispositivo preciso de medición de la presión arterial¹, cinta métrica y báscula, equipo para medir la glucosa y la albúmina en orina y la glucosa y el colesterol sanguíneos.
- *Medicamentos:* diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, antagonistas del calcio, aspirina, metformina, insulina, estatinas.
- *Otros recursos:* sistemas de mantenimiento de las historias clínicas, medios para el envío de casos

¿Qué objetivos persigue la implantación de estas directrices?

El objetivo es prevenir los episodios coronarios y cerebrovasculares reduciendo el riesgo cardiovascular. Las recomendaciones ayudan a la población a:

- abandonar el tabaco, o fumar menos o no empezar a hacerlo
- seguir una dieta saludable
- realizar actividad física
- reducir el índice de masa corporal, el índice cintura/cadera y el perímetro de cintura
- reducir la tensión arterial
- disminuir la concentración de colesterol total y colesterol LDL en sangre
- controlar la glucemia
- tomar antiagregantes plaquetarios cuando sea necesario

¹ Parati G, Mendis S, Abegunde D, Asmar R, Mieke S, Murray A, Shengelia B, Steenvoorden G, Van Montfrans G, O'Brien E; Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones sobre dispositivos de medida de la presión arterial para la consulta/ambulatorio en contextos de bajos recursos.* *Blood Press Monit.* 2005 Feb;10(1):3-10.

¿A quiénes se debe derivar a un especialista?

Deben derivarse los casos con manifestaciones clínicas indicativas de:

- episodios cardiovasculares agudos, como infarto de miocardio, angina, insuficiencia cardíaca, arritmia, ataque apoplético o accidente isquémico transitorio
- hipertensión secundaria (cuadro 2), hipertensión maligna (cuadro 3)
- diabetes mellitus (diagnosticada recientemente o mal controlada)
- enfermedad cardiovascular establecida (diagnosticada recientemente o no evaluada por un especialista)

Una vez evaluada y estabilizada la afección en cualquiera de las dos categorías de personas consideradas, se podrá realizar el seguimiento de los pacientes en servicios de atención primaria conforme a las recomendaciones formuladas en esta guía de bolsillo. Periódicamente, además, los pacientes deberán ser examinados por especialistas.

Parte 1

Estimación y manejo del riesgo cardiovascular en las personas con factores de riesgo que aún no han presentado síntomas de enfermedad cardiovascular (prevención primaria)

¿En qué casos se puede prescindir de la estratificación mediante tablas de riesgo cardiovascular para la toma de decisiones terapéuticas?

Algunos individuos tienen un elevado riesgo cardiovascular porque sufren una enfermedad cardiovascular establecida o presentan niveles muy altos de algún factor de riesgo. En estos casos no es necesario estratificar el riesgo mediante tablas para adoptar decisiones terapéuticas, pues esas personas pertenecen a la categoría de alto riesgo. Todas ellas requieren intervenciones de cambio intensivo de su modo de vida y un tratamiento farmacológico adecuado.^{1,2} Se clasifica así a las personas:

- con enfermedad cardiovascular establecida;
- sin enfermedad cardiovascular establecida pero con un colesterol total ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl), un colesterol LDL ≥ 6 mmol/l (240 mg/dl) o una relación CT/C-HDL > 8 ;
- sin enfermedad cardiovascular establecida pero con cifras de tensión arterial permanentemente elevadas (> 160 – $170/100$ – 105 mmHg);
- con diabetes tipo 1 o tipo 2, con nefropatía manifiesta u otra enfermedad renal importante;
- con insuficiencia renal o deterioro de la función renal.

Instrucciones para la utilización de las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH

Las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (infarto de miocardio o ataque apoplético), en un periodo de 10 años según la edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de diabetes mellitus en 14 subregiones epidemiológicas de la OMS.

Existen dos modelos de tablas. Uno de ellos (14 tablas) es válido para los contextos en los que se puede determinar el colesterol en sangre, mientras que el otro (14 tablas) se ha concebido para los contextos en que eso no es posible. Los dos modelos están disponibles en disco compacto en color y en blanco y negro.

Cada tabla debe usarse sólo en los países de la subregión epidemiológica de la OMS correspondiente, según se indica en el cuadro 1.

Las tablas presentan estimaciones aproximadas del riesgo de enfermedad cardiovascular en personas sin cardiopatía coronaria, ataque apoplético u otra enfermedad aterosclerótica establecidas. Son una valiosa ayuda para identificar a

¹ World Health Organization. *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy makers and health professionals*. Geneva, 2003.

² World Health Organization. *Avoiding heart attacks and strokes. Don't be a victim protect yourself*. Geneva 2005.

las personas de alto riesgo cardiovascular y motivar a los pacientes, especialmente para que modifiquen su modo de vida y, si es necesario, sigan el tratamiento oportuno con medicamentos antihipertensivos, hipolipemiantes y aspirina.

¿Cómo deben utilizarse las tablas para determinar el riesgo cardiovascular?

- En primer lugar hay que cerciorarse de que se han elegido las tablas adecuadas, partiendo de la información facilitada en el cuadro 1
- Si no se puede determinar el colesterol en sangre por falta de recursos, se utilizarán las tablas que no usan el colesterol total
- Antes de usar la tabla para estimar el riesgo cardiovascular a 10 años de un individuo, se debe recopilar la siguiente información:
 - Presencia o ausencia de diabetes
 - Sexo
 - Fumador o no fumador
 - Edad
 - Presión arterial sistólica
 - Colesterol total en sangre (si se mide en mg/dl, dividir por 38 para pasar a mmol/l)

Una vez obtenida esta información, se procede a la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años de la siguiente manera:

Paso 1 Elegir la tabla adecuada según la presencia o ausencia de diabetes¹.

Paso 2 Elegir el cuadro del sexo en cuestión.

Paso 3 Elegir el recuadro fumador o no fumador².

Paso 4 Elegir el recuadro del grupo de edad (elegir 50 si la edad está comprendida entre 50 y 59 años, 60 para edades entre 60 y 69 años, etc.).

Paso 5 En el recuadro finalmente elegido, localizar la celda más cercana al cruce de los niveles de presión arterial sistólica (mmHg)³ y de colesterol total

¹ Se considera diabéticas a las personas que están tratándose con insulina o medicamentos hipoglucemiantes orales o que han presentado una concentración plasmática de glucosa superior a 7,0 mmol/l (126 mg/dl) en ayunas o superior a 11,0 mmol/l (200 mg/dl)* en situación posprandial (aproximadamente 2 horas después de una comida principal) en dos ocasiones distintas. En los contextos con muy escasos recursos en los que no se puede determinar la glucosa en sangre, la prueba de glucosa en orina puede servir como cribado de la diabetes. Un resultado positivo en orina debe confirmarse con un análisis de sangre para establecer el diagnóstico de diabetes mellitus.

² Para determinar el riesgo cardiovascular se considerará fumadores a todos los que lo sean en el momento de la estimación y a los que hayan dejado de fumar en el último año.

³ La presión arterial sistólica, calculada como la media de dos mediciones, (con dos lecturas en cada medición), es suficiente para evaluar el riesgo, pero no para establecer unas cifras tensionales basales antes del tratamiento.

en sangre (mmol/l)¹. El color de la celda indica el riesgo cardiovascular a 10 años.

Consideraciones prácticas

Hay que tener en cuenta que el riesgo de enfermedad cardiovascular puede ser mayor que el indicado en las tablas en los siguientes casos:

- personas ya sometidas a tratamiento antihipertensivo;
- menopausia prematura;
- personas que se aproximan a la siguiente categoría de edad o a la siguiente categoría de presión arterial sistólica;
- obesidad (en particular obesidad central);
- sedentarismo;
- antecedentes familiares de cardiopatía coronaria o ataque apoplético prematuros en familiar de primer grado (hombre < 55 años, mujer < 65 años);
- concentración elevada de triglicéridos (> 2,0 mmol/l o 180 mg/dl);
- concentración baja de colesterol HDL (< 1 mmol/l o 40 mg/dl en los hombres, < 1,3 mmol/l o 50 mg/dl en las mujeres);
- concentraciones elevadas de proteína C-reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B ó Lp(a), hiperglucemia en ayunas o intolerancia a la glucosa;
- microalbuminuria (aumenta el riesgo a 5 años de los diabéticos en un 5% aproximadamente);
- frecuencia cardíaca aumentada;
- bajo nivel socioeconómico.

¹ La media de dos determinaciones del colesterol sérico mediante reactivos en fase sólida, o bien una medición de laboratorio, en ambos casos sin que el paciente esté en ayuno, es suficiente para evaluar el riesgo.

Cuadro 1. Lista de tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH por subregiones epidemiológicas¹ y Estados Miembros de la OMS

Tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH por subregiones epidemiológicas		Estados Miembros de la OMS
África	AFR D	Angola, Argelia, Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Madagascar, Malí, Mauricio, Mauritania, Níger, Nigeria, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Togo
	AFR E	Botswana, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Kenia, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia, Zimbabwe
Las Américas	AMR A	Canadá*, Cuba, Estados Unidos de América*
	AMR B	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Panamá, República Dominicana, Paraguay, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela
	AMR D	Bolivia, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú
Mediterráneo Oriental	EMR B	Arabia Saudita, Bahrein, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, Qatar, República Árabe Siria, Túnez
	EMR D	Afganistán, Djibouti, Egipto, Iraq, Marruecos, Pakistán, Somalia, Sudán, Yemen

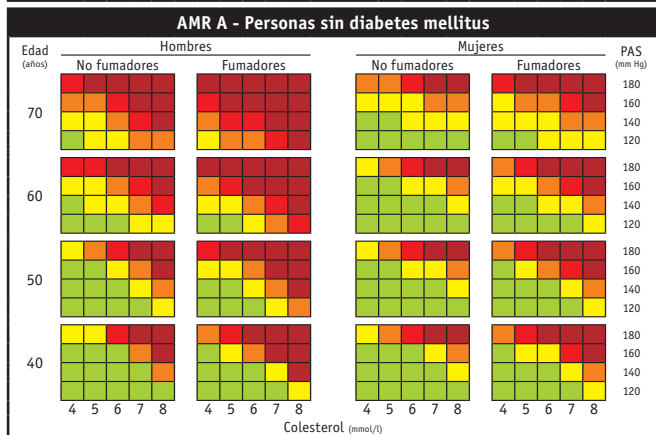
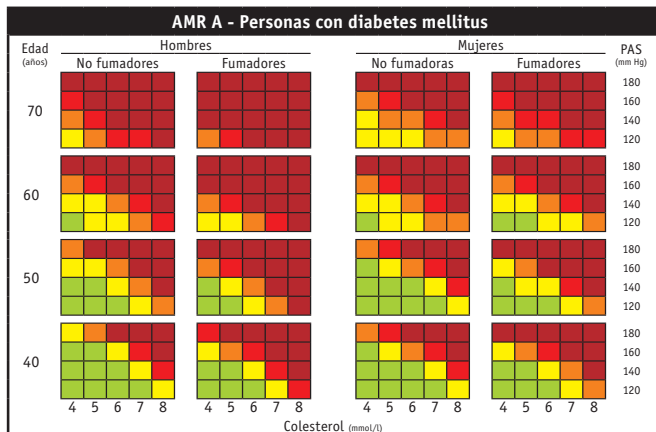
¹ Mortalidad por categorías: A: muy baja mortalidad en la niñez y muy baja mortalidad de adultos; B: baja mortalidad en la niñez y baja mortalidad de adultos; C: baja mortalidad en la niñez y alta mortalidad de adultos; D: alta mortalidad en la niñez y alta mortalidad de adultos; E: alta mortalidad en la niñez y muy alta mortalidad de adultos.

* Ya hay disponibles otras tablas de predicción del riesgo para Australia, el Canadá, Nueva Zelandia, Estados Unidos de América y muchos países europeos.

Tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH por subregiones epidemiológicas		Estados Miembros de la OMS
Europa [*]	EUR A	Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Croacia, Chipre, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, San Marino, Suecia, Suiza,
	EUR B	Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Eslovaquia, Ex República Yugoslava de Macedonia, Georgia, Kirguistán, Polonia, Rumania, Serbia y Montenegro, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Uzbekistán
	EUR C	Belarús, Estonia, Federación de Rusia, Hungría, Kazajistán, Letonia, Lituania, República de Moldova, Ucrania
Asia Sudoriental	SEAR B	Indonesia, Sri Lanka, Tailandia
	SEAR D	Bangladesh, Bután, India, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea
Pacifique occidental	WPR A	Australia [*] , Brunei Darussalam, Japón, Nueva Zelandia [*] , Singapur
	WPR B	Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam

Figura 1. Tabla de predicción del riesgo AMR A de la OMS/ISH, para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

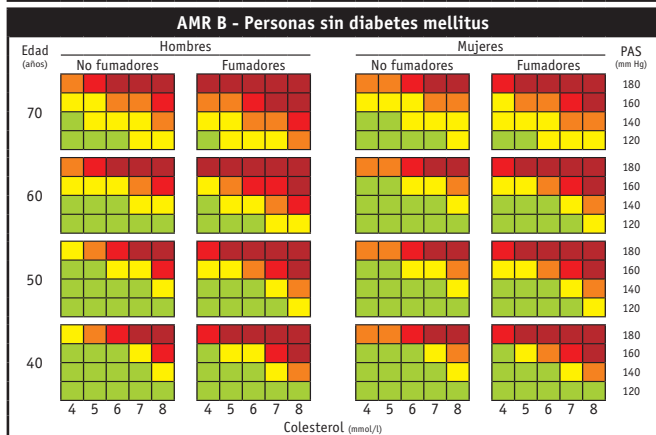
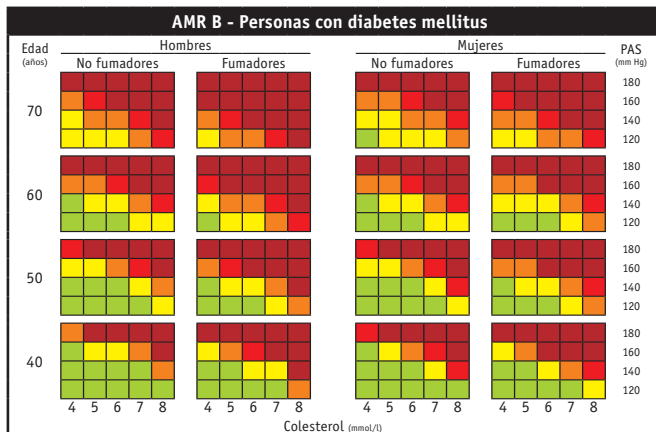
Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Esta tabla sólo debe usarse en los países de la subregión A de la Región de las Américas de la OMS. (véase el cuadro 1).

Figura 2. Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

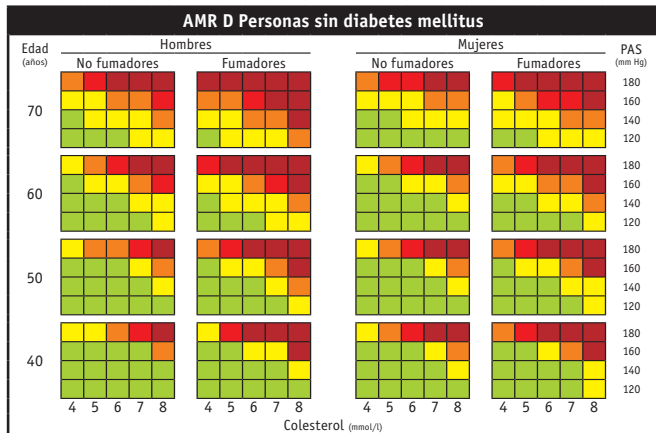
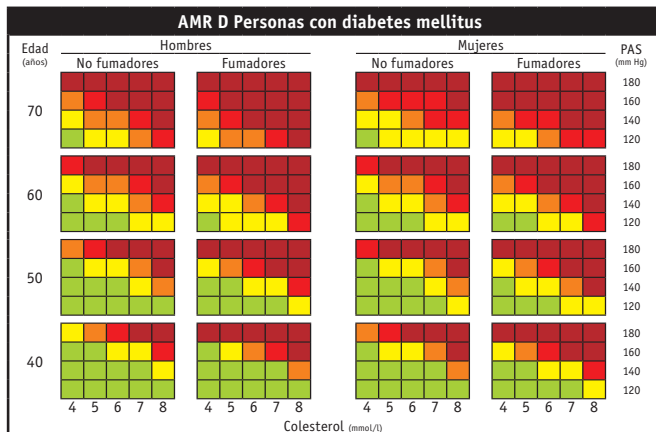
Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Esta tabla sólo debe usarse en los países de la subregión B de la Región de las Américas de la OMS. (véase el cuadro 1).

Figura 3. Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH, para los contextos en que se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

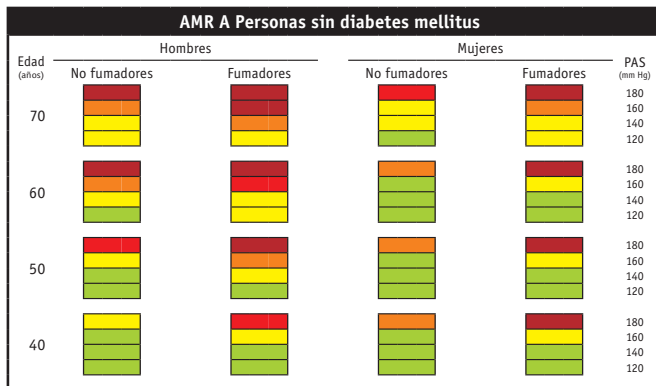
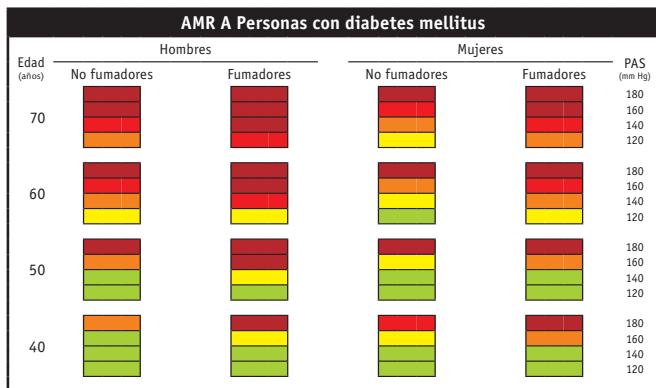
Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Esta tabla sólo debe usarse en los países de la subregión D de la Región de las Américas de la OMS. (véase el cuadro 1).

Figura 4. Tabla de predicción del riesgo AMR A de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

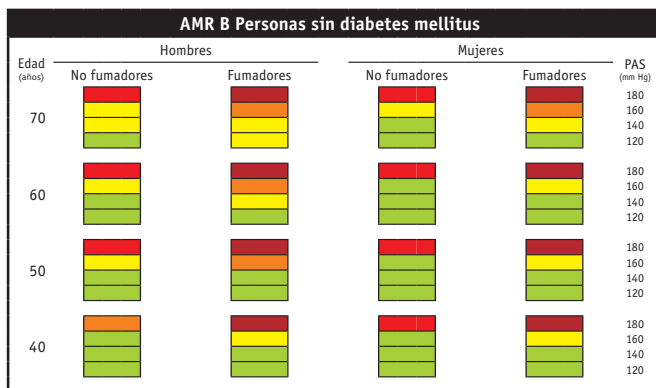
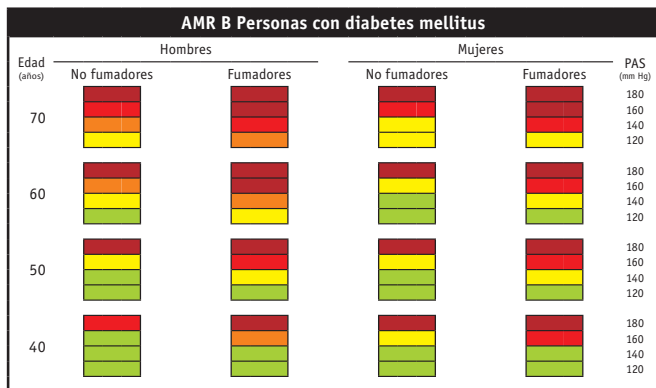
Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Esta tabla sólo debe usarse en los países de la subregión A de la Región de las Américas de la OMS. (véase el cuadro 1).

Figura 5. Tabla de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

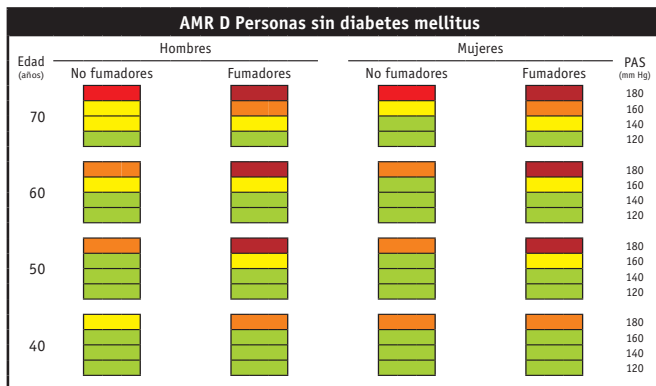
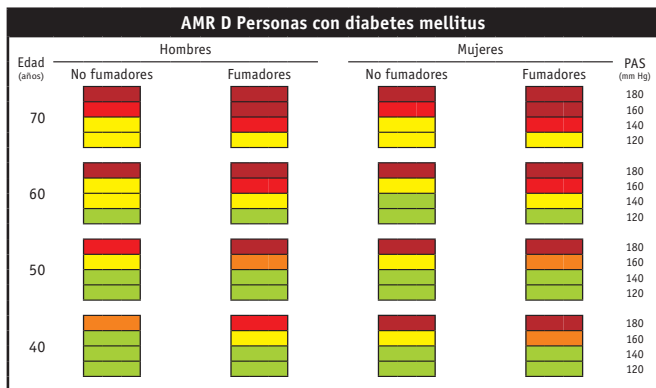
Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Esta tabla sólo debe usarse en los países de la subregión B de la Región de las Américas de la OMS. (véase el cuadro 1).

Figura 6. Tabla de predicción del riesgo AMR D de la OMS/ISH, para los contextos en que NO se puede medir el colesterol sanguíneo. Riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o ausencia de diabetes mellitus.

Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥40%



Esta tabla sólo debe usarse en los países de la subregión D de la Región de las Américas de la OMS. (véase el cuadro 1).

Recomendaciones* para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en las personas con factores de riesgo cardiovascular (según el riesgo individual total)^a

Riesgo de episodio cardiovascular a 10 años < 10 %, 10 a < 20%, 20 a < 30%, ≥ 30%	
Si los recursos son limitados, puede que haya que priorizar el asesoramiento y la atención individuales en función del riesgo cardiovascular.	
Riesgo < 10%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo bajo. Un bajo riesgo no significa “ausencia de riesgo”. Se sugiere un manejo discreto centrado en cambios del modo de vida ^b .
Riesgo 10%-< 20%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo moderado de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 6-12 meses.
Riesgo 20%-< 30%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.
Riesgo ≥ 30%	Los individuos de esta categoría tienen un riesgo muy alto de sufrir episodios cardiovasculares, mortales o no. Monitorización del perfil de riesgo cada 3-6 meses.

* Respecto a los niveles de evidencia y de recomendación, véase la referencia 1.

^a Quedan excluidas las personas con cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular o vasculopatía periférica establecidas.

^b Las medidas normativas tendentes a crear entornos propicios para dejar el tabaco, hacer alguna actividad física y consumir alimentos saludables son esenciales para promover cambios de comportamiento en beneficio de toda la población. En las personas de categorías de bajo riesgo, esas medidas pueden tener efectos en la salud a un menor costo que las medidas de asesoramiento y tratamiento individuales.

ABANDONO DEL TABACO

En el caso de los no fumadores, se les alentará a que no empiecen a fumar.

Los profesionales sanitarios deben aconsejar firmemente a los fumadores que dejen de fumar y prestarles apoyo en el proceso.

(1 ++, A)

A quienes consumen otras modalidades de tabaco, se les aconsejará que abandonen el hábito. (2+, C)

Riesgo 20%-<30%

Se debe prescribir terapia de sustitución con nicotina y/o nortriptilina o amfebutamona (bupropion) a los fumadores motivados que no hayan conseguido dejar de fumar tras recibir consejo. (1++, B)

Riesgo $\geq 30\%$

Se debe prescribir terapia de sustitución con nicotina y/o nortriptilina o amfebutamona (bupropion) a los fumadores motivados que no hayan conseguido dejar de fumar tras recibir consejo. (1++, B)

CAMBIOS DIETÉTICOS

Se debe alentar con firmeza a todos los individuos a reducir la ingesta total de grasas y la ingesta de grasas saturadas. (1+, A)

La ingesta total de grasas debe reducirse hasta aproximadamente un 30% del total de calorías, y la de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta calórica total. La ingesta de ácidos grasos trans debe disminuirse al mínimo o incluso suprimirse, de modo que la mayoría de las grasas procedentes de la dieta sean poliinsaturadas (hasta el 10% de la ingesta calórica total) o monoinsaturadas (del 10% al 15% del total de calorías).

(1+, A)

Se debe alentar firmemente a todos los individuos a reducir la ingesta de sal al menos en un tercio, a ser posible hasta cifras inferiores a 5 g o 90 mmol diarios. (1+, A)

Se debe alentar a todos los individuos a comer al menos 400 g/día de frutas y verduras variadas, así como cereales integrales y legumbres.

(2+, A)

ACTIVIDAD FÍSICA

Se debe recomendar encarecidamente a todas las personas que realicen al menos 30 minutos de actividad física moderada al día (por ejemplo caminar a paso rápido) repartidos durante el tiempo de ocio, las tareas cotidianas y el trabajo. **(1+, A)**

CONTROL DEL PESO

Se debe aconsejar a todos los individuos con sobrepeso u obesidad que pierdan peso combinando una dieta hipocalórica (consejo dietético) y un aumento de la actividad física. **(1+, A)**

CONSUMO DE ALCOHOL

Debe recomendarse a las personas que beban más de 3 unidades de alcohol^c al día que reduzcan su consumo. **(2++, B)**

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS[√]

Todos los individuos con presión arterial igual o superior a 160/100 mmHg, o con cifras inferiores a esas pero con órganos dañados, deben recibir tratamiento farmacológico y consejo específico sobre el modo de vida para reducir su tensión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular (2++, B).

Todos los individuos con presión arterial inferior a 160/100 mmHg, o sin órganos dañados, deben recibir tratamiento farmacológico en función del riesgo cardiovascular (riesgo de episodio cardiovascular a 10 años <10%, 10%-<20%, 20%-<30%, ≥30%)

Riesgo < 10%

Las personas con presión arterial ≥ 140/90 mmHg^e de forma persistente deben mantener los cambios introducidos en su modo de vida para reducir su presión arterial y controlarse cada 2-5 años las cifras de presión arterial y el riesgo cardiovascular global según el contexto clínico y los recursos disponibles.

^c Una unidad (de bebida) = media pinta de cerveza/cerveza rubia (5% de alcohol), 100 ml de vino (10% de alcohol), 25 ml de bebidas fuertes o licores (40% de alcohol) (255).

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS^v

Riesgo 10%-20%	Las personas con presión arterial $\geq 140/90$ mmHg ^e de forma persistente deben mantener los cambios introducidos en su modo de vida para reducir su presión arterial y controlarse anualmente las cifras de presión arterial y el riesgo cardiovascular global según el contexto clínico y los recursos disponibles.
Riesgo 20%-30%	En las personas con presión arterial $\geq 140/90$ mmHg ^e de forma persistente que no consigan reducirla modificando su modo de vida con consejo profesional en un plazo de 4 a 6 meses, se debe considerar uno de los siguientes fármacos para reducir la presión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular: diuréticos tiazídicos, IECA, antagonistas del calcio, betabloqueantes. ^d Se recomienda una dosis baja de un diurético tiazídico, IECA o antagonista del calcio como tratamiento de primera línea. (I++, A)
Riesgo $\geq 30\%$	A las personas con presión arterial $\geq 130/80$ mmHg de forma persistente se les debe prescribir uno de los siguientes fármacos para reducir la presión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular: diuréticos tiazídicos, IECA, antagonistas del calcio, betabloqueantes. ^d Se recomienda una dosis baja de un diurético tiazídico, IECA o antagonista del calcio como tratamiento de primera línea. (I++, A)

^d Según dos metaanálisis recientes, como tratamiento de la hipertensión los betabloqueantes son inferiores a los antagonistas del calcio y los IECA para reducir la frecuencia de episodios graves. Además, los betabloqueantes son peor tolerados que los diuréticos. La mayoría de estas conclusiones proceden de ensayos en los que se utilizó el atenolol como betabloqueante.

^e Una reducción de las cifras de tensión arterial de 10–15/5–8 mmHg con tratamiento farmacológico disminuye aproximadamente en un tercio la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares, independientemente del riesgo absoluto antes del tratamiento. No obstante, para aplicar esta recomendación una gran proporción de la población adulta debería recibir tratamiento farmacológico antihipertensivo. La tendencia actual, incluso en algunos entornos con recursos altos, consiste en recomendar la administración de fármacos para este grupo sólo cuando la tensión arterial sea igual o superior a 160/100 mmHg.

FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES (ESTATINAS)[✓]

Se debe recomendar a todos los individuos con una concentración de colesterol total igual o superior a 8 mmol/l (320 mg/dl) que sigan una dieta pobre en grasas, y someterlos a un régimen de estatinas para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular (2++, B).

Todos los individuos con presión arterial inferior a 160/100 mmHg, o sin órganos dañados, deben recibir tratamiento farmacológico en función del riesgo cardiovascular (riesgo de episodio cardiovascular a 10 años <10%, 10%-<20%, 20%-<30%, ≥30%)

Riesgo <10%	Se recomendará una dieta pobre en grasas ^g .
Riesgo 10%-20%	Se recomendará una dieta pobre en grasas ^g .
Riesgo 20%-30%	Se deben prescribir estatinas a los adultos mayores de 40 años con concentraciones de colesterol en sangre permanentemente elevadas (> 5,0 mmol/l) y/o colesterol LDL > 3,0 mmol/l a pesar de seguir una dieta pobre en grasas. (1+, A)
Riesgo ≥30%	Se debe recomendar a las personas de esta categoría de riesgo que sigan una dieta pobre en grasas y que tomen estatinas. (1++,A) Debe reducirse el colesterol sérico a menos de 5,0 mmol/l (el colesterol LDL a menos de 3,0 mmol/l), o en un 25% (30% para el colesterol LDL), lo que suponga una mayor reducción. ^f

^f Se estima que una reducción de un 20% (aproximadamente 1 mmol/l) de la concentración de colesterol mediante estatinas disminuiría la mortalidad por cardiopatía coronaria en un 30%, independientemente del riesgo absoluto antes del tratamiento. No obstante, la aplicación de esa medida a toda la población no es necesariamente costoeficaz e implica el tratamiento de una alta proporción de la población adulta. La tendencia actual, incluso en algunos entornos con recursos altos, consiste en recomendar la prescripción de fármacos para este grupo sólo cuando el colesterol sérico supere los 8 mmol/l (320 mg/dl).

^g No se han realizado ensayos clínicos que hayan valorado los beneficios absolutos y relativos de la reducción del colesterol a otros niveles deseables en relación con los episodios clínicos.

FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES[√]

A las personas con glucemia persistentemente superior a 6 mmol/l en ayunas pese a seguir una dieta se les debe prescribir metformina. (1+, A)

ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS[√]

Riesgo < 10%	Los perjuicios causados por la aspirina son mayores que los beneficios en esta categoría de riesgo. No se debe prescribir aspirina a los individuos clasificados en esta categoría de bajo riesgo. (1++, A)
Riesgo 10%-20%	Los perjuicios del tratamiento con aspirina contrarrestan los beneficios en esta categoría de riesgo. No se debe prescribir aspirina. (1++, A)
Riesgo 20%-30%	No está claro que el tratamiento con aspirina beneficie o perjudique a los individuos de esta categoría de riesgo cardiovascular ^h . Probablemente no se deba tratar con aspirina a los individuos clasificados en esta categoría de riesgo. (1++, A)
Riesgo 30%	A las personas de esta categoría de riesgo se les debe prescribir aspirina a dosis bajas. (1++, A)

MEDICAMENTOS NO RECOMENDADOS

No se recomienda el tratamiento hormonal sustitutivo, ni los suplementos de vitamina B, C E o de ácido fólico, para reducir el riesgo cardiovascular.

La aspirina y la monoterapia antihipertensiva (tiazidas a dosis bajas) constituyen el tratamiento preventivo más costoeficaz. El tratamiento antihipertensivo combinado y el tratamiento con estatinas son menos costoeficaces. Una estrategia preventiva costoeficaz en los entornos con pocos recursos podría

^h Se considerará la posible prescripción de aspirina en las zonas donde las tasas de cardiopatía coronaria superen a las de ataque apoplético.

[√] Apunte de buena praxis: salvo que haya razones convincentes para usar determinados medicamentos, se emplearán los preparados más económicos de cada tipo de fármacos. Se recomiendan los productos genéricos de buena calidad que figuran en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

consistir en prescribir aspirina y monoterapia antihipertensiva a todos los individuos de alto riesgo antes de ofrecerles tratamiento antihipertensivo combinado y estatinas.

Parte 2

Manejo de las personas con cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular o vasculopatía periférica establecidas (prevención secundaria).

Las personas con enfermedad cardiovascular establecida (angina, cardiopatía coronaria, infarto de miocardio, accidente isquémico transitorio, ataque apoplético, vasculopatía periférica o antecedente de revascularización coronaria o endarterectomía carotídea) tienen un riesgo muy alto de presentar episodios cardiovasculares recurrentes. Con estos pacientes no es necesario usar tablas de riesgo para tomar decisiones terapéuticas.

El objetivo de la aplicación de las siguientes recomendaciones es prevenir la aparición de episodios cardiovasculares recurrentes reduciendo el riesgo cardiovascular.

Recomendaciones* para la prevención de los episodios coronarios (infarto de miocardio) y cerebrovasculares (ataque apoplético) recurrentes

RECOMENDACIONES SOBRE EL MODO DE VIDA

Se debe prescribir a los pacientes que introduzcan cambios drásticos en su modo de vida y reciban tratamiento farmacológico.

ABANDONO DEL TABACO

Los profesionales sanitarios deben aconsejar firmemente a los pacientes con cardiopatía coronaria y/o enfermedad cerebrovascular establecida que dejen de fumar y prestarles apoyo en el proceso. (IIa B)

Se debe recomendar también a esos pacientes el abandono de cualquier otra forma de tabaco. (IIa C)

Se debe ofrecer terapia de sustitución con nicotina a los individuos que sigan fumando como mínimo 10 cigarrillos diarios, pues ello es indicio de un alto grado de adicción a la nicotina. No se suele recomendar el tratamiento con antidepresivos como ayuda para dejar de fumar en los pacientes con cardiopatía coronaria y/o enfermedad cerebrovascular. (Ia B)

Se debe aconsejar a las personas no fumadoras con cardiopatía coronaria y/o enfermedad cerebrovascular que eviten en lo posible la exposición al humo del tabaco. (IIa C)

CAMBIOS DIETÉTICOS

A todos los individuos con cardiopatía coronaria y/o enfermedad cerebrovascular se les debe prescribir consejo para seguir una dieta que reduzca el riesgo de vasculopatía recurrente.

La ingesta total de grasas debe reducirse a menos del 30% del total de calorías, y las grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta calórica total. La ingesta de ácidos grasos trans debe disminuirse al mínimo o incluso suprimirse, de modo que la mayoría de las grasas procedentes de la dieta sean poliinsaturadas (hasta el 10% de la ingesta calórica total) o monoinsaturadas (del 10% al 15% del total de calorías). **(IIa B)**

Se debe aconsejar encarecidamente a todos los individuos que reduzcan la ingesta diaria de sal al menos en un tercio, y a ser posible a menos de 5 g o 90 mmol al día. **(IIa B)**

Se debe alentar a todos los individuos a comer al menos 400 g/día de frutas y verduras variadas, así como cereales integrales y legumbres. **(1a, A)**

ACTIVIDAD FÍSICA

A todas las personas en fase de recuperación de un episodio coronario grave (incluidos los pacientes sometidos a revascularización coronaria) se les recomienda realizar regularmente ejercicio físico de intensidad leve o moderada. **(1a A)**

Si es factible, se debe ofrecer programas de ejercicio supervisado a los pacientes que se estén recuperando de episodios coronarios o cerebrovasculares graves. **(1a A)**

CONTROL DEL PESO

Se debe aconsejar a todos los enfermos cardiovasculares con sobrepeso u obesidad que pierdan peso combinando una dieta hipocalórica y un aumento de la actividad física. **(IIa B)**

CONSUMO DE ALCOHOL

Debe recomendarse a las personas que beban más de 3 unidades de alcohol^c al día que reduzcan su consumo. **(2++, B)**.

^c Una unidad (de bebida) = media pinta de cerveza/cerveza rubia (5% de alcohol), 100 ml de vino (10% de alcohol), 25 ml de bebidas fuertes o licores (40% de alcohol) (255).

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS[✓]

En todos los pacientes con cardiopatía coronaria establecida se debe procurar reducir la presión arterial, especialmente si los valores están por encima de 140/90 mmHg. En primer lugar se debe actuar sobre el modo de vida (evitando en particular el consumo elevado de alcohol), y si la presión arterial sigue siendo superior a 140/90 mmHg se instaurará tratamiento farmacológico. Si no se pueden prescribir betabloqueantes ni IECA, o si la presión arterial se mantiene elevada, el tratamiento con diuréticos tiazídicos puede reducir el riesgo de nuevos episodios cardiovasculares. El objetivo debe ser alcanzar unas cifras tensionales de 130/80-85 mmHg.

En todos los pacientes con antecedentes de accidente isquémico transitorio o ataque apoplético se procurará reducir la presión arterial a menos de 130/80-85 mmHg (1a A).

FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES[✓]

Se recomienda el tratamiento con estatinas a todos los pacientes con cardiopatía coronaria establecida. El tratamiento debe prolongarse a largo plazo, probablemente de por vida. Los pacientes con alto riesgo basal son los que más parecen beneficiarse de esa medida. (1a A)

Se recomienda tratar con estatinas a todos los pacientes con enfermedad cerebrovascular establecida, sobre todo si presentan signos de cardiopatía coronaria asociada. (1a A)

No es imprescindible monitorizar la concentración de colesterol en sangre. Se considerarán deseables unas cifras de colesterol total inferiores a 4,0 mmol/l (152 mg/dl) y un colesterol LDL inferior a 2,0 mmol/l (77 mg/dl), o una reducción del 25% del colesterol total o del 30% del colesterol LDL, lo que suponga el menor nivel de riesgo absoluto.

No se recomienda usar ningún otro agente hipolipemiante, ni como alternativa a las estatinas ni como tratamiento concomitante. (1a A)

FÁRMACOS HIPOGLUCEMIANTES[✓]

La prevención secundaria de la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular y la vasculopatía periférica es importante en los pacientes con diabetes, ya sea de tipo 1 o de tipo 2. A los individuos que pese al control dietético presenten una glucemia en ayunas persistentemente superior a 6 mmol/l se les debe prescribir metformina y/o insulina según el caso. (1+, A).

ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS[✓]

Todos los pacientes con cardiopatía coronaria establecida deben ser tratados con aspirina en ausencia de contraindicaciones absolutas. El tratamiento debe iniciarse pronto y prolongarse de por vida. (Ia A)

Todos los pacientes con antecedentes de accidente isquémico transitorio o ataque apoplético atribuido presumiblemente a isquemia o infarto cerebral deben ser tratados con aspirina a largo plazo (probablemente de por vida) en ausencia de contraindicaciones absolutas. (Ia A)

USO DE IECA TRAS EL INFARTO DE MIOCARDIO[✓]

Se recomienda tratar con IECA a todos los pacientes que hayan sufrido un infarto de miocardio. El tratamiento ha de instaurarse lo antes posible y debe prolongarse a largo plazo, probablemente de por vida. Los beneficios de este tratamiento son especialmente marcados en los pacientes con deterioro de la función ventricular izquierda. (Ia A)

USO DE BETABLOQUEANTES TRAS EL INFARTO DE MIOCARDIO[✓]

Se recomienda tratar con betabloqueantes a todos los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio y a aquellos que presenten cardiopatía coronaria y hayan sufrido una disfunción ventricular izquierda grave que les provoque insuficiencia cardíaca. (Ia A) El tratamiento debe prolongarse como mínimo durante 1-2 años tras el infarto, y probablemente de por vida, a menos que aparezcan efectos secundarios graves. Los betabloqueantes son probablemente beneficiosos para los pacientes con angina, pero faltan datos robustos para confirmarlo.

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE[✓]

El tratamiento a largo plazo con anticoagulantes no está recomendado en los pacientes con antecedentes de ataque apoplético o accidente isquémico transitorio en ritmo sinusal. (Ia A)

Se aconseja tratamiento anticoagulante a largo plazo a los pacientes con antecedentes de ataque apoplético o accidente isquémico transitorio que presenten fibrilación auricular, un bajo riesgo de hemorragia y garantías de monitorización del tratamiento anticoagulante. Cuando no se pueda monitorizar el tratamiento o el paciente no pueda tomar anticoagulantes, se ofrecerá aspirina. (Ia A)

REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

En los pacientes con riesgo moderado o alto y probable afección del tronco izquierdo o de tres vasos se debe considerar la posibilidad de realizar un injerto de revascularización coronaria como complemento de un tratamiento médico adecuado que incluya aspirina, hipolipemiantes, IECA y betabloqueantes. (Ia A)

En los pacientes con angina resistente a un tratamiento médico óptimo, se considerará la posibilidad de realizar una angioplastia percutánea transluminal coronaria (APTC) para aliviar la sintomatología. (Ia A)

ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA

La endarterectomía carotídea reduce el riesgo de ataque apoplético recurrente y muerte en los pacientes con antecedentes de AIT, o de ataque apoplético no discapacitante en los que presentan estenosis carotídea ipsilateral grave (70%–99%) y posiblemente en los pacientes con estenosis moderada (50–69%), pero no en los casos más leves de estenosis. (Ia A)

MEDICAMENTOS NO RECOMENDADOS

A tenor de la evidencia disponible, el tratamiento con antiarrítmicos de clase I, antagonistas del calcio, vitaminas antioxidantes o ácido fólico o con hormonas sustitutivas no está recomendado en los pacientes con cardiopatía coronaria o enfermedad cerebrovascular.

* Respecto a los niveles de evidencia y de recomendación, véase la referencia 2.

✓ Apunte de buena praxis: salvo que haya razones convincentes para usar determinados medicamentos, se emplearán los preparados más económicos de cada tipo de fármacos. Se recomiendan los productos genéricos de buena calidad que figuran en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

Cuadro 2 Causas y manifestaciones clínicas de la hipertensión secundaria

Causa	Manifestaciones clínicas
Enfermedades renales: Nefropatía Estenosis de la arteria renal	Antecedente de episodios de hematuria o proteinuria, infecciones urinarias, edema corporal Familiares con enfermedad renal (riñón poliquístico) Exploración física: soplo abdominal o lumbar, riñones palpables
Feocromocitoma Síndrome de Cushing Síndrome de Conn Acromegalia	Síntomas episódicos: cefalea, rubefacción, sudoración Hipertensión arterial fluctuante y de comienzo brusco Aspecto general típico: obesidad troncular, estrías Debilidad, calambres, poliuria Estatura alta, facies característica con mandíbula inferior prominente, manos grandes y anchas
Coartación de la aorta	Hipertensión en extremidades superiores (no en las inferiores). Pulso femoral retrasado o débil
Medicamentos	Anticonceptivos orales, antiinflamatorios, esteroides, simpaticomiméticos, descongestivos nasales, anorexígenos, ciclosporina, eritropoyetina, regaliz, antidepresivos

Cuadro 3 Manifestaciones clínicas de la hipertensión maligna

Síntomas	Cefalea, visión borrosa, náuseas, vómitos, letargia, dolor torácico, disnea, convulsión, confusión mental, oliguria
Signos	Aumento brusco de la presión arterial (Presión diastólica a menudo > 120 mmHg) Examen del fondo de ojo: edema de papila, hemorragias retinianas en llama, exudados algodonosos, Signos de insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar Daño neurológico

Cuadro 4 Medicamentos y dosis diarias

Tipo de medicamento	Fármaco	Posología
IECA (inhibidores de la enzima Conversora de la angiotensina)	Captopril	<i>dosis inicial: 6,25 a 12,5 mg tres veces al día, aumentando a 25–50 mg tres veces al día</i>
	Enalapril	<i>dosis inicial: 2,5–5,0 mg dos veces al día, aumentando a 10–20 mg dos veces al día</i>
Antagonistas del calcio	Nifedipino (preparado de liberación sostenida)	<i>Se comienza con 30 mg, aumentando a 120 mg una vez al día</i>
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	<i>Se comienza con 12,5 mg, aumentando a 25 mg una vez al día</i>
	Bendrofluazida	<i>2,5 mg en dosis única diaria</i>
Betabloqueantes	Propranolol	<i>80 mg dos veces al día</i>
	Atenolol	<i>Se comienza con 50 mg a 100 mg una vez al día</i>
	Metoprolol	<i>50–100 mg dos veces al día</i>
Hipolipemiantes	Simvastatina	<i>dosis inicial: 10 mg una vez en toma nocturna, aumentando a 40 mg una vez en toma nocturna</i>
Antiagregantes plaquetarios	Aspirina	<i>Se comienza con 75-100 mg al día</i>
Hipoglucemiantes	Glibenclamida	<i>Se comienza con 2,5, aumentando a 5 mg dos veces al día antes de las comidas</i>
	Metformina	<i>Se comienza con 0,5g, aumentando a 1,0 g tres veces al día</i>



Las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH para las demás subregiones epidemiológicas están disponibles en disco compacto y en el sitio web de la OMS

http://www.who.int/cardiovascular_diseases

El material de esta guía de bolsillo se ha adaptado a partir de las directrices de la OMS sobre prevención primaria y secundaria disponibles en el sitio web de la OMS.

Organización Mundial de la Salud. *Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk.* Ginebra, 2007.

Organización Mundial de la Salud. *Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations: evidence-based recommendations for policy-makers and health professionals.* Ginebra, 2003.

**Información de contacto para
los módulos de formación**

Tel.: 0041 22 791 3441

E-mail: mendiss @who.int

ISBN 978 92 4 354728 2



9 789243 547282