



**sea**  
Sociedad Española  
de Arteriosclerosis



ATENCIÓN PRIMARIA

## El manejo del paciente hipertenso con dislipemia.

Factores de riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso

### DISLIPEMIAS



---

**Dr. Manuel Frías Vargas**  
Médico Especialista en Medicina Familiar.  
Experto en Riesgo Vascular.



Factores de riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso

## DISLIPEMIAS

El sustrato anatomofisiopatológico común de las enfermedades cardiovasculares es la arteriosclerosis, proceso multifactorial al que contribuyen numerosos factores de riesgo cardiovascular (FRCV), siendo la unión de hipertensión arterial y dislipemia, uno de los más frecuentes debido a su impacto en las enfermedades cardiovasculares<sup>1</sup>.

La prevalencia de dislipemia es mayor en la población hipertensa que normotensa conocida desde los estudios de Framingham y PROCAM, de dichos estudios se deduce que aproximadamente el 35% de hipertensos mayores de 40 años presentan concentraciones de colesterol superiores a 250 mg/dl,

llegando a un más de 80% en las concentraciones mayores de 200 mg/dl<sup>3</sup>. En nuestro país en diferentes estudios se ha detectado prevalencias de hasta 27.9%<sup>4</sup> y de 11% cuando hablamos específicamente de dislipemia aterogénica (DA)<sup>2</sup>.

Los dos principales trastornos lipídicos que aparecen en el paciente hipertenso son el exceso de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) y DA caracterizada por una elevación de los triglicéridos y un descenso del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) que puede acompañarse o no de un aumento del c-LDL o del colesterol no HDL, este último sustituto del c-LDL cuando no puede ser calculado por hipertrigliceridemia<sup>2</sup>.

Existe una correlación positiva y consistente entre ambos factores de riesgo, lo que sugiere que existe una interrelación entre ambos. Aunque el mecanismo de esta interrelación no es bien conocido, es probable que pueda ser explicado por mecanismos genéticos aún no bien dilucidados. A favor de ello iría la hipertensión familiar dislipémica descrita por Williams y colaboradores. Otros mecanismos que pueden intervenir en esta relación serían el incremento del tono adre-

nérgico o la resistencia a la insulina. Estas alteraciones lipídicas están ya presentes en sujetos con hipertensión ligera no tratados farmacológicamente, tanto la elevación del colesterol total y LDL así como la DA y ha sido observado también en jóvenes con hipertensión límite<sup>3</sup>.

## Riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso dislipémico

El paciente hipertenso dislipémico presenta un importante riesgo vascular que debe ser evaluado según estadio de HTA y FRCV como se observa en la siguiente figura 1.

Donde el hipertenso-dislipémico puede ocupar un riesgo bajo-moderado-riesgo alto, esta estratificación puede ser evaluada y reestratificada según el hallazgo de daño orgánico asintomático que observamos en figura 2.

El beneficio de añadir una estatina al tratamiento antihipertensivo quedó claramente establecido en el estudio ASCOT-LLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm)<sup>1</sup>.

Como observamos en la figura no. 3 el origen multifactorial de la arteriosclerosis hace

que el tratamiento de las dislipemias se realice con un enfoque integral, teniendo en cuenta además de las cifras de lípidos, el riesgo cardiovascular global del paciente y las tomas de decisiones de tratamiento posteriormente, según figura 3.

Figura 1. Tabla de riesgo cardiovascular de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología

Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
≥ 3 FR	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
ECV sintomática, ERC de grado ≥ 4 o diabetes con daño orgánico/FR	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Figura 2 Modificación de tabla del daño orgánico asintomático, según guía de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología.

Daño orgánico asintomático
Presión de pulso (en ancianos) ≥ 60 mmHg
HVI electrocardiográfica (índice de Sokolow-Lyon > 3,5 mV; RaVL > 1,1 mV; producto de la duración por el voltaje de Cornell > 244 mV <sup>2</sup> ms), o
HVI ecocardiográfica (índice de MVI: varones, > 115 g/m <sup>2</sup> ASC; mujeres, > 95 g/m <sup>2</sup> ASC)*
Grosor de la pared carotídea (GIM > 0,9 mm) o placa
PWW carotídeofemoral > 10 m/s
Índice tobillo-brazo < 0,9
Microalbuminuria (30-300 mg/24 h) o cociente albúmina/creatinina (30-300 mg/g; 3,4-34 mg/mmol) (preferiblemente en muestra matinal de orina)

Figura 3. Modificación de tabla de tratamiento de los factores de riesgo asociado a la hipertensión arterial, según guía de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología.

Recomendaciones	Clase <sup>a</sup>	Nivel <sup>b</sup>
Se recomienda el uso de estatinas para pacientes hipertensos con riesgo CV moderado para lograr un objetivo de cLDL < 3,0 mmol/l (115 mg/dl)	I	A
En caso de EC manifiesta, se recomienda administrar estatinas para lograr un objetivo de cLDL < 1,8 mmol/l (70 mg/dl)	I	A

### Bibliografía:

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2013;31:1281–357.
2. De la Sierra, A., Gorostidi, M., Aranda, P., Corbella, E., Pintó, X. Prevalencia de dislipemia aterogénica en hipertensos españoles y su relación con el control de la presión arterial y el daño orgánico silente. Rev Esp Cardiol. 2015;68:592–598
3. Cía, P., Armario, P., Badimón, L., Redón, J. Hipertensión arterial en el paciente dislipémico: Documento de consenso. Clin Invest arteriosclerosis, 2001;13:179-94.
4. Listeri, J.L. et al. Conducta del médico ante el mal control de la hipertensión arterial. Aportaciones de los estudios PRESCAP 2002 y 2006 al conocimiento de la inercia terapéutica en España. Semergen 2010;36:336-41.