El hospital valdemoreño reúne a internistas, médicos de familia, cardiólogos, endocrinólogos, nefrólogos y enfermeras en una jornada de actualización en riesgo vascular

C. MADRID: UNA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DEL RIESGO Y UNA INTERVENCIÓN ADECUADA SOBRE LOS FACTORES MODIFICABLES PERMITE PREVENIR GRAN PARTE DE LOS INFARTOS E ICTUS, ADVIERTEN LOS ESPECIALISTAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA ELENA

- **Las calculadoras de riesgo no detectan a todos los pacientes: pruebas como el calcio coronario o la ecografía de las arterias descubren la aterosclerosis antes de que dé síntomas**
- **Los nuevos fármacos para el colesterol, la diabetes y la obesidad reducen además los eventos cardiovasculares, pero ninguno sustituye a un estilo de vida saludable**
- **La preeclampsia, la diabetes gestacional o la menopausia precoz elevan el riesgo cardiovascular futuro de la mujer**

Hoy existen mejores herramientas que nunca para prevenir la enfermedad cardiovascular, pero queda un importante margen de mejora para identificar a tiempo a los pacientes en riesgo y controlar de verdad sus factores de riesgo. Esa fue la principal conclusión de la jornada “Actualización 2026 en riesgo vascular. De la organización de la consulta a la medicina personalizada”, recientemente celebrada en el Hospital Universitario Infanta Elena -perteneciente a la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid (Sermas)- y organizada por su Servicio de Medicina Interna, que reunió a internistas, médicos de Atención Primaria, cardiólogos, endocrinólogos, nefrólogos y profesionales de Enfermería.

“Un mensaje fundamental es que gran parte de los infartos de miocardio, ictus y episodios de insuficiencia cardiaca pueden prevenirse mediante una identificación temprana del riesgo y una intervención adecuada sobre los factores modificables”, señala la Dra. Marta Pastor de Blas, jefa asociada del Servicio de Medicina Interna del hospital valdemoreño.

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en España. Muchos de los factores que las provocan, como la hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol elevado, la obesidad o el tabaquismo, son muy frecuentes y a menudo pasan inadvertidos o no están bien controlados. La hipertensión, por ejemplo, afecta aproximadamente a uno de cada tres adultos.

Para organizar mejor la consulta, la jornada abordó el algoritmo AMAREVA, una herramienta que clasifica de forma sistemática a los pacientes según su probabilidad de sufrir un evento cardiovascular y asigna a cada uno un circuito asistencial acorde con su nivel de riesgo. Así se detecta antes a quienes necesitan estudios complementarios o tratamientos más intensivos y se racionaliza el seguimiento de quienes tienen menos riesgo, con una atención más personalizada, homogénea y eficiente.

La Enfermería desempeña un papel esencial en estas consultas. Además de participar en la valoración inicial, educa y acompaña al paciente en el control de la tensión arterial, el cumplimiento del tratamiento, la alimentación, el ejercicio y el abandono del tabaco. “La experiencia demuestra que los programas liderados conjuntamente por médicos y enfermeras mejoran el cumplimiento terapéutico y los resultados cardiovasculares”, dice la Dra. Pastor.

Riesgos que pasan inadvertidos

El riesgo vascular se calcula con escalas que combinan la edad, el sexo, la tensión arterial, el colesterol, la diabetes o el tabaquismo.

En Europa se utilizan sobre todo los modelos SCORE2 y SCORE2-OP, este último pensado para mayores de 70 años, que estiman la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en los diez años siguientes. Pero no son infalibles. Hay personas aparentemente sanas con aterosclerosis subclínica, es decir, depósitos de grasa en las paredes de las arterias, que todavía no dan síntomas, cuyo riesgo real es mayor que el que indican las tablas. Ocurre sobre todo en quienes tienen antecedentes familiares de patología cardiovascular precoz, enfermedad renal crónica, diabetes, obesidad o enfermedades inflamatorias crónicas.

En estos casos, pruebas como el calcio coronario o calcium score, que mide con un escáner la calcificación de las arterias del corazón, y la ecografía de las arterias carótidas, en el cuello, o femorales, en la ingle, permiten detectar la aterosclerosis antes de que dé la cara y reclasificar el riesgo del paciente para intensificar la prevención. “La medicina preventiva moderna busca precisamente eso: actuar antes de que aparezca el infarto o el ictus”, resume por el Dr. Pablo Ramírez Sánchez, especialista del Servicio de Medicina Interna del Infanta Elena.

La jornada repasó también los avances en el tratamiento. Para el colesterol, nuevos fármacos como los inhibidores de PCSK9 o el ácido bempedoico permiten alcanzar objetivos cada vez más exigentes en pacientes de alto y muy alto riesgo. En diabetes, los inhibidores SGLT2 y los agonistas del receptor GLP-1, que imitan la acción de una hormona intestinal que regula el azúcar y el apetito, no solo controlan la glucemia, sino que reducen los eventos cardiovasculares, la insuficiencia cardiaca y la progresión de la enfermedad renal. En obesidad, estos fármacos y los nuevos agonistas duales logran pérdidas de peso muy significativas, con beneficios metabólicos y cardiovasculares demostrados. Y en hipertensión se apuesta por combinar medicamentos desde fases tempranas para mejorar el control y facilitar que el paciente cumpla el tratamiento.

Hablar de medicina personalizada, explica el Dr. Ramírez, es adaptar la intensidad de las intervenciones al riesgo real de cada paciente: no todos necesitan el mismo tratamiento ni los mismos objetivos. Las decisiones tienen en cuenta sus características clínicas, el daño que ya puedan presentar órganos como el corazón o el riñón, las pruebas de imagen, sus otras enfermedades y sus propias preferencias.

La mujer merece una atención específica. La enfermedad cardiovascular es también la primera causa de muerte femenina, pero históricamente ha estado infradiagnosticada por la idea errónea de que es un problema sobre todo masculino. Además, hay factores propios de la mujer que aumentan su riesgo futuro y deben tenerse en cuenta, como la preeclampsia, una subida de la tensión arterial durante el embarazo que puede dañar otros órganos, la hipertensión, la diabetes gestacional, la menopausia precoz o algunas enfermedades autoinmunes.

El ejercicio, con receta

“Los hábitos de vida son el pilar fundamental de la prevención cardiovascular. Ningún tratamiento farmacológico puede sustituir completamente el beneficio de un estilo de vida saludable”, subraya la Dra. Pastor. Por eso, en la consulta el ejercicio se prescribe igual que un medicamento, con su tipo, intensidad, frecuencia y duración. Como pauta general, se recomiendan entre 150 y 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, como caminar a buen paso, y ejercicios de fuerza dos o tres días por semana, siempre adaptados a la edad, la forma física y las enfermedades de cada persona.

Los consejos para la población son sencillos: no fumar, mantener un peso saludable, hacer actividad física con regularidad, seguir una dieta de tipo mediterráneo, controlarse periódicamente la tensión, el colesterol y el azúcar, dormir lo suficiente, cumplir los tratamientos prescritos y consultar pronto ante cualquier síntoma que haga sospechar un problema cardiovascular. Porque, como recuerdan los especialistas, la prevención empieza muchos años antes de que aparezca el primer síntoma.

“Hoy sabemos que la mayoría de los eventos cardiovasculares no aparecen de forma repentina, sino que son la consecuencia de factores de riesgo que se acumulan durante años. La buena noticia es que muchos de ellos pueden prevenirse. Nuestro objetivo es identificar a los pacientes antes de que aparezca la enfermedad, intervenir precozmente y acompañarlos en el control de sus factores de riesgo. La prevención cardiovascular no consiste únicamente en vivir más años, sino en vivirlos con mejor calidad de vida”, concluyen los doctores Pastor y Ramírez.