

## CAPÍTULO III

# Estratificación y valoración del riesgo cardiovascular

### Introducción

Los factores de riesgo convencionales, especialmente la HTA, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus y el hábito tabáquico, son predictores útiles de morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV) y renal, y su control se traduce en una reducción de los eventos clínicos por dichas enfermedades<sup>69-72</sup>.

Hace algunas décadas ya se observó que el tratamiento de la HTA se traducía en una reducción de aquellas complicaciones clínicas directamente relacionadas con la elevación moderada o grave de la PA en proporción a la disminución de la PA obtenida con tratamiento. En los últimos años se ha observado cómo el tratamiento de la HTA ligera también se traduce en una reducción de la morbilidad y mortalidad coronaria y por enfermedad cerebrovascular<sup>69,70</sup>. Estos beneficios han sido vistos con diferentes grupos de antihipertensivos, tanto con los clásicos como con los introducidos posteriormente, sin que se hayan observado globalmente diferencias significativas entre ellos<sup>71,72</sup>. A pesar de los beneficios del tratamiento antihipertensivo sobre la morbilidad y mortalidad CV, el envejecimiento de la población ha conllevado que la insuficiencia cardíaca<sup>73-75</sup> y la insuficiencia renal crónica terminal sean actualmente muy prevalentes<sup>76-77</sup>.

La evolución desde la exposición a un factor de riesgo hasta la presentación de un evento clínico viene precedida por una fase de lesión estructural asintomática, por lo que se puede identificar al paciente de elevado riesgo cardiovascular mediante la evaluación de la lesión asintomática de órganos diana. La capacidad de prevenir las complicaciones CV mediante la detección y el control de los factores de riesgo clásicos es limitada. Por ello se siguen investigando nuevos factores de riesgo CV y valorando el papel que desempeñan como factores de riesgo independientes de padecer una enfermedad CV, así como otros aspectos importantes, como son su variabilidad intraindividual e interindividual y la dificultad, reproducibilidad y coste de la técnica, que hagan posible su generalización en la práctica clínica.

### Factores de riesgo cardiovascular

Históricamente, los umbrales de intervención terapéutica para el tratamiento de factores de riesgo CV clásicos, como la elevación de la PA, la hipercolesterolemia y la hiperglucemia, se basan en valores discriminatorios variables y arbitrarios de cada uno de los factores individuales. El informe JNC-7<sup>2</sup> simplificó la cuestión en el manejo de la HTA y suprimió la clasificación del riesgo A, B y C de su VI informe<sup>40</sup>. Sin embargo, la tendencia en el resto de directrices internacionales, y muy especialmente las europeas, tanto las conjuntas de las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología<sup>3</sup>, como las directrices europeas para la prevención cardiovascular, es la propuesta de manejo de la HTA en función del riesgo cardiovascular global<sup>4,78</sup>.

Los factores de riesgo CV clásicos propuestos por las directrices conjuntas de las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología (tabla 1) son perfectamente adaptables a nuestra población, si bien con algunas matizaciones, que serán tratadas en el apartado de nuevos factores de riesgo: proteína C reactiva (PCR), microalbuminuria e insuficiencia renal (calculada mediante la estimación por fórmulas del filtrado glomerular). Estos dos últimos representan de hecho lesión de órganos diana<sup>2</sup>, pero otros informes (JNC-7), tras la evidencia publicada en los últimos años, los han considerado como factores de riesgo CV independientes.

### Factores de riesgo no modificables

Entre los factores de riesgo CV no modificables, pero sí a tener en cuenta estarían la edad, el sexo y la historia familiar, especialmente en familiares de primer grado<sup>79</sup>. Se incluye como riesgo la edad superior a 55 años en varones y la superior a 65 años en la mujer. Por lo que respecta a los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, se considera como factor de riesgo el antecedente de la misma en un familiar de primer grado en varones antes de los 55 años y en mujeres antes de los 65 años<sup>3</sup>.

TABLA 1  
Factores que influyen en el pronóstico y se utilizan para la estratificación del riesgo

FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR UTILIZADOS PARA LA ESTRATIFICACIÓN	LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA	DIABETES MELLITUS	ENFERMEDADES CLÍNICAS ASOCIADAS
Valores de PAS y PAD Hombres > 55 años Mujeres > 65 años Tabaquismo Dislipidemia (colesterol total > 6,5 mmol/l, $\geq$ 250 mg/dl o c-LDL > 4,0 mmol/l, > 155 mg/dl o c-LDL > 1,0 en varones, < 40 mg/dl o < 1,2 mmol/l en mujeres, < 48 mg/dl) Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura: < 55 años en varones y < 65 años en mujeres Obesidad abdominal (circunferencia abdominal en varones $\geq$ 102 cm y en mujeres $\geq$ 88 cm) Proteína C reactiva $\geq$ 1 mg/dl	Hipertrofia ventricular izquierda (electrocardiográfica: Sokolow-Lyon > 38 mm; Cornell > 2.440 mm/ms) Ecocardiograma: IMVI en varones $\geq$ 125 en mujeres $\geq$ 110 g/m <sup>2</sup> )  Signos ecocardiográficos engrosamiento de la pared arterial (grosor íntima-media carotídea $\geq$ 0,9 mm) o placa aterosclerótica  Ligero aumento de la creatinina plasmática: H: 1,3-1,5 mg/dl; M: 1,2-1,4 mg/dl Microalbuminuria (30-300 mg/24 h o cociente albúmina/creatinina: H $\geq$ 22, M $\geq$ 31 mg/g)	Glucemia en ayunas $\geq$ 7,0 mmol/l (126 mg/dl) Glucemia posprandial > 11,0 mmol/l (198 mg/dl)	Enfermedad cerebrovascular ACV isquémico Hemorragia cerebral AIT  Cardiopatía Infarto de miocardio Angina de pecho Revascularización coronaria Insuficiencia cardíaca congestiva  Nefropatía Nefropatía diabética Deterioro de la función renal (creatinina plasmática: H > 1,5, M > 1,4 mg/dl)  Arteriopatía periférica  Retinopatía avanzada Hemorragias o exudados Edema de papila

Adaptada de European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee<sup>3</sup>. AIT: accidente isquémico transitorio.

### Factores de riesgo modificables

#### Tabaquismo

Existe una clara evidencia del efecto adverso del tabaco sobre la salud, siendo el tabaquismo el responsable de aproximadamente un 50% de las muertes evitables<sup>78</sup>. La mitad de dichas muertes son debidas a ECV. El riesgo de infarto de miocardio es mucho más alto entre los fumadores que entre los no fumadores, y el de muerte súbita está aumentado más de 10 veces en los varones y más de 5 veces en las mujeres que fuman<sup>80</sup>. El efecto del tabaco está en relación con la cantidad de tabaco consumida y con la duración del hábito tabáquico. A su vez, el efecto del tabaco sobre el riesgo CV está claramente influido por la presencia de otros factores de riesgo<sup>81,82</sup>.

#### Dislipidemia

La asociación entre niveles de colesterol y ECV está asimismo influida por la presencia de otros factores de riesgo cardiovasculares asociados a la dislipidemia. La presencia de diabetes o de niveles altos de triglicéridos, o de niveles bajos de colesterol HDL agrava los efectos del colesterol total aunque sus niveles estén tan sólo li-

geramente elevados. Este motivo es fundamental para la estimación global del riesgo CV. En la tabla 1 podemos observar los valores considerados como dislipidemia según las directrices de las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología<sup>3</sup>.

La presencia de unos niveles de triglicéridos > 1,7 mmol/l (150 mg/dl) es uno de los criterios utilizados en la definición de síndrome metabólico<sup>83</sup>.

#### Obesidad

Los estudios llevados a cabo en países occidentales han mostrado una relación entre obesidad y mortalidad CV y total<sup>78</sup>. Se considera como factor de riesgo cardiovascular la presencia de un IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> o un perímetro abdominal a nivel de la cintura  $\geq$  102 cm en el varón y  $\geq$  88 cm en la mujer (tabla 2)<sup>84</sup>. La obesidad central es uno de los factores utilizados en la definición del *síndrome metabólico*, cuya frecuencia es muy elevada, tanto en EE.UU. (25%) como en las zonas de nuestro país en las que se ha estudiado<sup>85</sup>. En una muestra de 578 adultos en Canarias, la prevalencia fue del 24,4%, siendo más alta a medida que aumentaba la edad<sup>86</sup>. En un estudio llevado a cabo en Valencia, en 292 personas no diabéticas de 15 a 65 años, la preva-

TABLA 2  
Riesgo de enfermedad con relación a sujetos con peso y circunferencia de la cintura normales

	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	MEDIDA DE LA CINTURA	
		VARONES ≤ 102 cm MUJERES ≤ 88 cm	VARONES > 102 cm MUJERES > 88 cm
Peso bajo	< 18,5	—	—
Peso normal	18,5-24,9	—	—
Sobrepeso	25,0-29,9	Riesgo incrementado	Riesgo alto
Obesidad, clase			
I	30,0-34,9	Riesgo alto	Riesgo muy alto
II	35,0-39,9	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto
III (extrema)	≥ 40	Riesgo extremadamente alto	Riesgo extremadamente alto

Adaptada de Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults<sup>85</sup>.

lencia del síndrome metabólico fue del 31,8%, siendo mayor en varones que en mujeres<sup>87</sup>.

### Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un factor de riesgo mayor de enfermedad coronaria e ictus<sup>88</sup>. Diversos estudios prospectivos han mostrado que la diabetes tipo 2 tiene el doble de riesgo en la incidencia de enfermedad coronaria e ictus, aumentando de 2 a 4 veces la mortalidad por dichas enfermedades. Basándose en los resultados de Haffner et al<sup>89</sup>, se ha sugerido que el riesgo de ECV en los sujetos con diabetes tipo 2 es similar al de pacientes con infarto de miocardio previo. Datos procedentes del estudio ARIC, con un seguimiento de 13.790 sujetos afroamericanos y de raza blanca, de 45 a 64 años de edad, confirmaron el elevado riesgo CV de los sujetos con diabetes tipo 2<sup>90</sup>. El riesgo de enfermedad coronaria de los sujetos diabéticos fue superior al de los no diabéticos, aunque sin llegar al riesgo de los sujetos no diabéticos con enfermedad coronaria previa. Por lo que respecta al ictus, el riesgo en los pacientes diabéticos fue similar al que presentaban los sujetos no diabéticos con enfermedad coronaria. Recientemente se ha observado que niveles elevados de hemoglobina glucosilada, incluso en el rango de valores actualmente considerados como normales, incrementan el riesgo CV<sup>91,92</sup>.

Siguiendo las directrices de otras sociedades científicas internacionales, se considera como diabetes la presencia de una glucemia en ayunas > 7,0 mmol/l (126 mg/dl) o una glucemia posprandial > 11,0 mmol/l (198 mg/dl).

## Factores de riesgo cardiovascular emergentes

### Proteína C reactiva

La inclusión como factor de riesgo de una PCR ≥ 1 mg/dl en las directrices europeas de las Sociedades de Hipertensión y de Cardiología fue

sorprendente, no porque no haya evidencia en la bibliografía acerca de su valor pronóstico<sup>93</sup>, sino porque no existe aún un estudio sobre la estandarización y variabilidad de dicha determinación de forma universal en la mayoría de los laboratorios.

Una reciente publicación cuestiona el papel predictor de enfermedad coronaria de la PCR y sugiere que las recomendaciones acerca de su utilización deberían ser revisadas<sup>94,95</sup>. En contraposición a dicha opinión, la publicación posterior de dos estudios<sup>96,97</sup> y una editorial de la prestigiosa revista que los describe<sup>98</sup> ponen de manifiesto que los efectos antiinflamatorios de las estatinas mejoran la ECV. El primero de los trabajos mencionados<sup>96</sup> muestra que los pacientes con niveles bajos de PCR tras el tratamiento con estatinas presentan mejores resultados que los sujetos con niveles más altos de PCR, independientemente de los niveles obtenidos de colesterol LDL. El segundo trabajo llevado a cabo en 502 pacientes con enfermedad coronaria documentada mediante angiografía, muestra que el tratamiento intensivo con estatinas se asocia a una reducción de la tasa de progresión de la aterosclerosis y se correlaciona con las mayores reducciones de lipoproteínas y de PCR.

### Microalbuminuria

Clásicamente se ha definido como microalbuminuria la tasa de excreción de albúmina urinaria (EUA) de 30 a 300 mg/24 horas o de 20-200 g/min. La EUA también puede ser expresada en forma de cociente de las cantidades de albúmina/creatinina en una muestra de orina aislada. En la tabla 1 podemos ver los valores de normalidad definidos por las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología<sup>3</sup>.

Existe una importante variabilidad intrasujeto e intersujeto, con un coeficiente de variación del 30% al 35%. Por ello, para aceptar que la EUA es alta se requiere que lo sea en al menos dos de tres determinaciones. También es necesario tener

TABLE 3  
**Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation**

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	FG (ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )
1	Daño renal <sup>†</sup> con FG normal	≥ 90
2	Daño renal <sup>†</sup> con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 o diálisis

FG: filtrado glomerular.

<sup>†</sup> Daño renal: alteraciones patológicas o marcadores de daño, fundamentalmente proteinuria persistente o índice albúmina/creatinina > 30 mg/g (aunque la *National Kidney Foundation* propone cortes sexo-específicos en > 17 mg/g en varones y > 25 mg/g en mujeres); otros marcadores pueden ser las alteraciones en el sedimento urinario (sobre todo microhematuria) y alteraciones morfológicas en las pruebas de imagen.

Adaptada de Levey AS, et al<sup>119</sup>.

en cuenta que los niveles de EUA pueden ser modificados por el ejercicio intenso y por la presencia de infección urinaria, por lo que dichos factores deben ser excluidos antes de su realización. Los métodos más comúnmente utilizados para la determinación de la EUA son el radioinmunoensayo y la nefelometría, existiendo unos coeficientes de correlación elevados entre ambas técnicas.

Desde la publicación ya clásica de Yudkin en 1988<sup>99</sup> diversos estudios han confirmado el papel de la microalbuminuria como factor de riesgo independiente de ECV. Numerosos estudios prospectivos han demostrado que la presencia de microalbuminuria es un potente predictor de eventos CV, incluso con cifras inferiores a las utilizadas habitualmente como umbral patológico<sup>100-106</sup>. Su prevalencia en sujetos normotensos es del 4%, mientras que en la HTA ligera aumenta hasta el 6%-10%<sup>107-113</sup>. El estudio HARVEST llevado a cabo en Italia<sup>114</sup>, y el estudio Hospitalet<sup>115</sup>, en Barcelona, han mostrado que la prevalencia de microalbuminuria es menor en los sujetos con HTA de bata blanca con respecto a los sujetos

con HTA mantenida; en hipertensos de mayor grado es notablemente superior.

### Insuficiencia renal

Existe actualmente una clara evidencia de que los sujetos con insuficiencia renal expresada por un filtrado glomerular estimado < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> presentan un incremento del riesgo cardiovascular, habiéndose observado de forma consistente una relación inversa entre el nivel del filtrado glomerular y la ECV y la mortalidad total<sup>8,13</sup>. La concentración de creatinina sérica por sí sola no debe utilizarse para valorar el grado de función renal, pues podría infravalorar el grado de insuficiencia renal, especialmente en ancianos por su menor masa muscular<sup>116</sup>. La medición del aclaramiento de creatinina se complica por la necesidad de recoger la orina de 24 horas, por lo que en la práctica clínica se ha sustituido por su estimación mediante la fórmula de Cockcroft-Gault<sup>117</sup>, o más recientemente mediante la fórmula desarrollada y validada en el estudio MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*

TABLE 4  
**Estratificación del riesgo para cuantificar el pronóstico**

OTROS FACTORES DE RIESGO Y ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	PA (mmHg)				
	NORMAL PAS 120-129 o PAD 80-84	NORMAL ELEVADA PAS 130-139 o PAD 85-89	GRADO 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	GRADO 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	GRADO 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
I. Sin otros factores de riesgo	Riesgo de referencia	Riesgo de referencia	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido elevado
II. Uno o dos factores de riesgo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido elevado
III. Tres o más factores de riesgo o LOD o diabetes	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido elevado	Riesgo añadido elevado	Riesgo añadido elevado	Riesgo añadido muy elevado
IV. ECA	Riesgo añadido elevado	Riesgo añadido muy elevado	Riesgo añadido muy elevado	Riesgo añadido muy elevado	Riesgo añadido muy elevado

ECA: enfermedades clínicas asociadas; LOD: lesión en órgano diana.

Tomada de European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guideline Committee<sup>3</sup>.

se)<sup>118</sup>. Un reciente documento de directrices sobre enfermedad renal crónica aconseja la utilización de esta fórmula para la estimación del filtrado glomerular y la consiguiente clasificación de la enfermedad renal crónica (tabla 3)<sup>119</sup>. La importancia del descenso del filtrado glomerular estimado como factor de riesgo cardiovascular ha sido confirmada recientemente por los resultados de un estudio llevado a cabo en más de 1 millón de personas, en California, en el cual se observó una asociación gradual, independiente entre reducción del filtrado glomerular estimado y el riesgo de muerte, eventos cardiovasculares y hospitalización<sup>120</sup>.

### Métodos y tablas de valoración del riesgo vascular. Adaptación española de dichas tablas

La valoración global del riesgo mediante modelos multifactoriales predice el riesgo global indivi-

dual de forma más exacta y permite una utilización más eficiente de la medicación antih Hipertensiva. La información a los pacientes de su riesgo CV global puede ayudar a modificar dichos factores y, por tanto, a prevenir la ECV.

Se han propuesto diversos modelos para realizar la estimación del riesgo CV. El primero de ellos, simple, pero útil en la práctica clínica, es cuantificar el número de factores de riesgo. Otra forma sería la estimación de forma cuantitativa del riesgo, hecha clásicamente a partir de las tablas derivadas del estudio de Framingham. El uso de estas tablas, ampliamente extendido, presenta básicamente dos problemas. El primero de ellos es que permiten una estimación del riesgo coronario, pero no del CV, cuando es bien conocido que la HTA se asocia a otras muchas complicaciones vasculares, y muy especialmente el ictus. El segundo problema es que dichas tablas sobrestiman el riesgo coronario en poblaciones de menor riesgo como la española<sup>121,122</sup>.

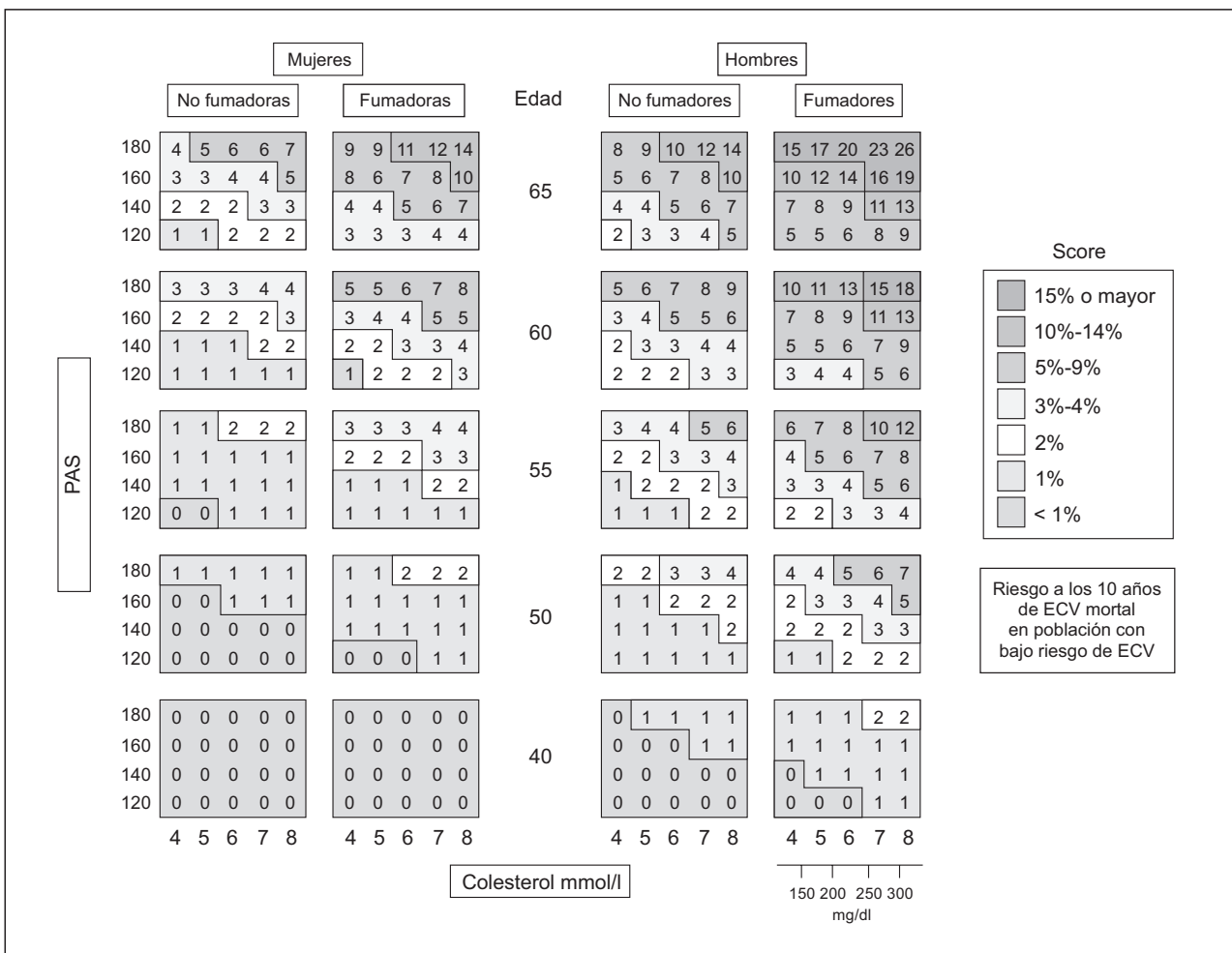


Fig. 1a. Tabla del estudio SCORE para la estimación del riesgo cardiovascular en países de bajo riesgo, utilizando el colesterol total. Tomada de De Backer G, et al<sup>4</sup>.

### Estratificación cualitativa del riesgo cardiovascular

Se parte del concepto de riesgo de referencia, correspondiente a los sujetos con niveles de PA normales: PAS 120-129 mmHg y PAD 80-84 mmHg, sin la presencia de otros factores de riesgo, y se introduce la noción de riesgo añadido en las situaciones con mayores niveles de PA, incluso con niveles de presión arterial normal alta, cuando existen otros factores de riesgo, lesiones de órganos diana o complicaciones clínicas asociadas (tabla 4). Este sistema es útil en la práctica clínica para el manejo del paciente hipertenso, si bien tiene algunas limitaciones, ya que utiliza una clasificación categórica de los factores de riesgo respecto a las ecuaciones de riesgo basadas en variables continuas. Los términos de riesgo añadido bajo, moderado, alto y muy alto indican, según los criterios de Framingham, un riesgo absoluto aproximado de ECV a los 10 años < 15%, 15%-

20%, 20%-30% y > 30% o un riesgo absoluto aproximado de enfermedad CV mortal a los 10 años < 4%, 4%-5%, 5%-8% y > 8% según las tablas del proyecto SCORE<sup>123</sup>.

Las directrices de las Sociedades Europeas de Hipertensión y de Cardiología reconocen las limitaciones de estas tablas con valoraciones categóricas en lugar de utilizar variables continuas, así como que el peso de la afectación de órganos diana variará en función de cómo sea valorado, a través de técnicas más o menos sensibles<sup>124,125</sup>. No obstante, considera que son tablas útiles para la toma de decisiones clínicas en pacientes hipertensos.

### Estratificación cuantitativa del riesgo cardiovascular

Clásicamente se ha llevado a cabo a partir de las tablas de Framingham. Como se ha mencionado anteriormente, los datos procedentes de Framingham pueden sobreestimar el riesgo co-

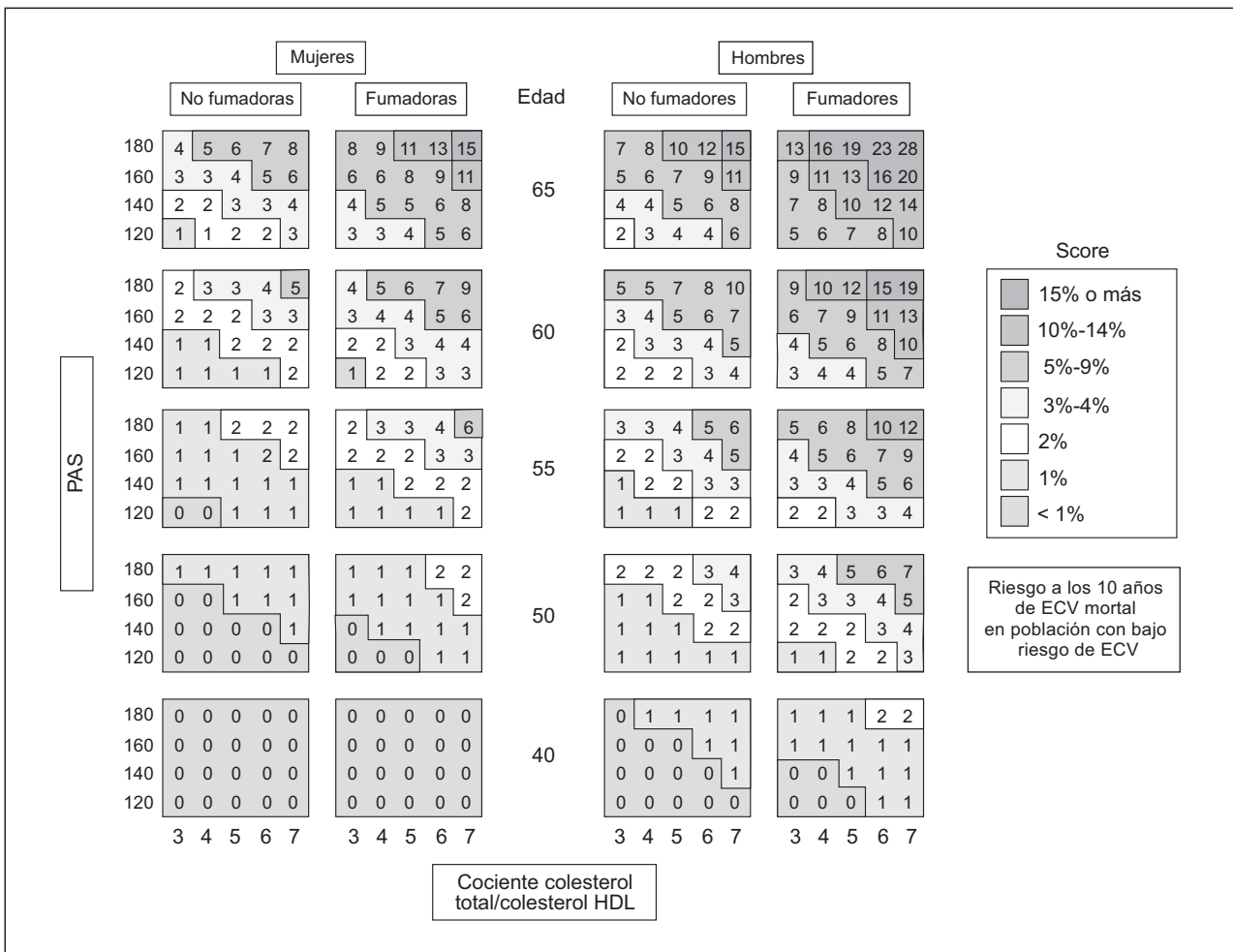


Fig. 1b. Tabla del estudio SCORE para la estimación del riesgo cardiovascular en países de bajo riesgo, utilizando el cociente colesterol total/colesterol HDL. Tomada de De Backer G, et al.

ronario en zonas como España con una baja incidencia y mortalidad por enfermedad coronaria, por lo que la reciente publicación de los resultados del proyecto SCORE sobre mortalidad cardiovascular a los 10 años, ha permitido elaborar unas tablas basadas en datos europeos, y confeccionar dos tablas distintas, unas para países de alto riesgo cardiovascular y otras para países de bajo riesgo cardiovascular, entre los que se incluyen España (figs. 1a y 1b). Existen una serie de factores que no se utilizan para la estimación del riesgo CV con dichas tablas, pero que pueden modificar el riesgo y pueden ser tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones clínicas, tal como indican las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular<sup>4,78</sup>. Estos factores serían los siguientes:

- 1) Personas con una edad próxima a la siguiente categoría de edad de las tablas.
- 2) Sujetos asintomáticos con evidencia preclínica de aterosclerosis (por ecografía o por ecodoppler).
- 3) Sujetos con historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.
- 4) Sujetos con niveles reducidos de colesterol HDL, niveles elevados de glucemia y aumentos de PCR, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B o Lp(a).
- 5) Sujetos obesos o con vida sedentaria.

El Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC), en la adaptación española de las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular<sup>5</sup> aconseja la utilización de las tablas del SCORE, si bien menciona otras alternativas como las tablas calibradas de Fra-

mingham<sup>126,127</sup>, en función de los resultados que vayan apareciendo en el futuro. Las características fundamentales de las tablas del SCORE son las siguientes: estiman el riesgo de complicaciones cardiovasculares de tipo aterotrombótico, incluido el ictus, valoran el riesgo de eventos cardiovasculares mortales, y están basadas en poblaciones europeas. Dichas guías, así como su adaptación española, establecen el punto de corte del riesgo cardiovascular mortal para iniciar tratamiento a partir del 5% a los 10 años<sup>5</sup>. En los últimos meses se han publicado distintos trabajos en España con la aplicación en la práctica clínica de unas u otras tablas<sup>128-131</sup>. Tanto el porcentaje de pacientes de alto riesgo, como el tipo de pacientes de alto riesgo considerados en función de las tablas utilizadas varía de unos a otros. Sin embargo, su repercusión en la práctica clínica probablemente sea mayor para el abordaje terapéutico de la hipercolesterolemia que para el de la HTA, debido a que sujetos con riesgo menor del 5% según las tablas del SCORE, pero con lesiones de órganos diana o complicaciones clínicas asociadas, o con persistencia de la elevación de la PA tras varios meses, requerirán tratamiento farmacológico para su HTA.

Por último, se sigue investigando el papel de nuevos factores de riesgo CV, algunos de ellos antes mencionados, así como el de otros factores de riesgo clásicos pero con resultados contradictorios. En este sentido, los resultados del estudio INTERHEART, recientemente publicados, son interesantes, especialmente en lo referente al papel de los factores psicosociales<sup>132,133</sup>.