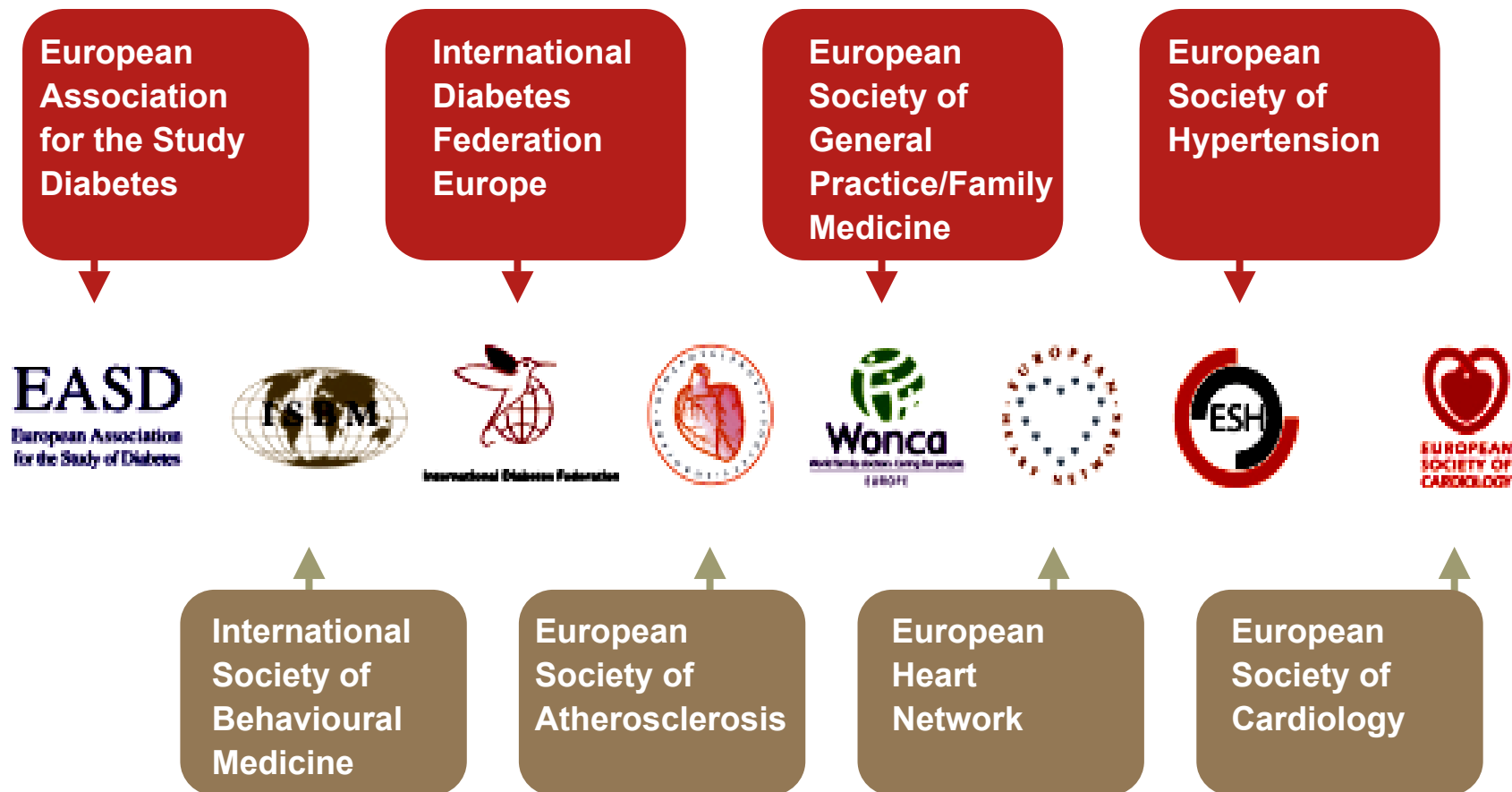


Guía Europea de Prevención Cardiovascular

Proyecto ampliamente sustentado

(8 sociedades de ámbito europeo)



Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)

Carlos Brotons (1,2), Miguel Angel Royo-Bordonada (3), Luis Álvarez-Sala (4), Pedro Armario (5), Rosario Artigao (6), Pedro Conthe (7), Fernando de Álvaro (8), Ana de Santiago (9), Antonio Gil (10), José M^a Lobos (11), Antonio Maiques (11), Jaume Marrugat (12,13), Didac Mauricio (14), Fernando Rodriguez-Artalejo (4), Susana Sans (1,15) y Carmen Suárez (7)

(1) Miembro de la Third Joint Task Force of European and other Societies on CVD Prevention in Clinical Practice; (2) Coordinador de la CEIPC; (3) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo; (4) Sociedad Española de Arteriosclerosis; (5) Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA; (6) Sociedad Española de Cardiología; (7) Sociedad Española de Medicina Interna; (8) Sociedad Española de Nefrología; (9) Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; (10) Sociedad Española de Neurología; (11) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; (12) Sociedad Española de Epidemiología; (13) Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; (14) Sociedad Española de Diabetes; (15) Coordinadora Nacional de la Sociedad Europea de Cardiología

Revista Esp. Salud Pública, Atención Primaria, Nefrología, Semergen, Rev Clínica Española, Neurología, Arteriosclerosis, Hipertensión, Avances en diabetes 2004-2005.

Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular

El documento que se presenta es el resumen ejecutivo de la *Guía europea para la prevención de las enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica* realizada conjuntamente y consensuada por varias sociedades científicas europeas. La traducción y adaptación de esta guía europea a la realidad española ha sido elaborada por el *Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)*.

Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular

La misión fundamental del CEIPC es revisar y discutir la evidencia existente sobre prevención cardiovascular para la adaptación de las recomendaciones internacionales aplicables en nuestro país.

A través del CEIPC sus integrantes pretenden transmitir a los médicos españoles un enfoque conjunto y homogéneo que facilite y apoye sus decisiones para la prevención cardiovascular en la práctica clínica diaria y evitar así la multiplicidad de criterios.

El CEIPC entiende que las administraciones sanitarias deben promover y evaluar el seguimiento de estas recomendaciones por los profesionales sanitarios.

Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular

Resumen Ejecutivo

**Guía Europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica.
Tercer Grupo de Trabajo de las Sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica.
(constituido por representantes de ocho sociedades y expertos invitados)**

Guy De Backer (Presidente), Ettore Ambrosionie, Knut Borch-Johnsen, Carlos Brotons, Renata Cifkova, Jean Dallongeville, Shah Ebrahim, Ole Faergeman, Ian Graham, Giuseppe Mancina, Volkert Manger Cats, Kristina Orth-Gomér, Joep Perk, Kalevi Pyörälä, Jose L Rodicio, Susana Sans, Vedat Sansoy, Udo Sechtem, Sigmund Silber, Troels Thomsen, y David Wood

Asociación Europea para el estudio de la Diabetes (EASD)

Federación Internacional de Diabetes Europa (IDF-Europa)

Sociedad Europea de Arteriosclerosis

Red Europea del Corazón

Sociedad Europea de Cardiología

Sociedad Europea de Hipertensión

Sociedad Internacional de Medicina Conductual

Sociedad Europea de Medicina General/Medicina de Familia (ESGP/FM)

Las terceras guías europeas (*Third Joint Task Force*) se diferencian de las previas en varios aspectos importantes:

- 1. Se pasa de la prevención de la enfermedad coronaria a la prevención de las enfermedades cardiovasculares.**
- 2. Se recomienda usar el modelo SCORE y sus tablas de riesgo desarrollados recientemente.**
- 3. La primera prioridad para los médicos son los pacientes con ECV y los sujetos con alto riesgo de desarrollarla.**

Prioridades médicas en prevención CV

- 1. Pacientes con ECV establecida**
- 2. Sujetos asintomáticos de ALTO RIESGO:**
 - Varios FRCV que den lugar a un riesgo alto ($\geq 5\%$)
 - Un solo FR muy elevado (CT ≥ 320 mg/dl o LDL ≥ 240 mg/dl; HTA $\geq 180/110$ mmHg)
 - Pacientes diabéticos tipo 1 (+MA) o tipo 2
- 3. Familiares próximos (padres o hermanos) con ECV o de muy alto riesgo**
- 4. Otros individuos atendidos en la práctica habitual**

Objetivos de la prevención CV

- **Reducir la incidencia de eventos clínicos CV primeros o recurrentes (prevención primaria y secundaria)**
- **Prevenir la discapacidad y la muerte prematura**
- **Mediante:**
 - Cambios en el estilo de vida
 - Manejo o control de los factores de riesgo CV
 - Tratamientos farmacológicos apropiados

*Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.
Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2004.*

Cálculo del riesgo cardiovascular

Proyecto SCORE

- Basado en datos de 12 estudios de cohortes europeos (205.178 personas; 2,7 millones de personas-año de seguimiento)
- Estimación de la mortalidad cardiovascular global (no eventos no fatales) a 10 años
- Posibilidad de ajustar a cada región según registros de mortalidad
- Programa informático HEARTSCORE

Proyecto SCORE

- Tablas para países con “alto riesgo” y “bajo riesgo” de ECV
- Tablas según CT y ratio CT/cHDL
- Valor predictivo estimado en población 45-64 años: área bajo curvas ROC en rango 0,71-0,84.
- Tablas como parte de una Guía Clínica

Cálculo del RCV

- **Necesidad de disponer de un método consensuado para el cálculo del RCV específico para la población española (1)**
- **Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (2)**
 - Múltiples sociedades científicas
 - Tabla del Proyecto SCORE para países con baja incidencia de mortalidad cardiovascular

1. Lobos JM, Brotons C. *Aten Primaria*, nov 2004.

2. *Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular*, 2004.

Tablas SCORE

Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular (basada en colesterol total)

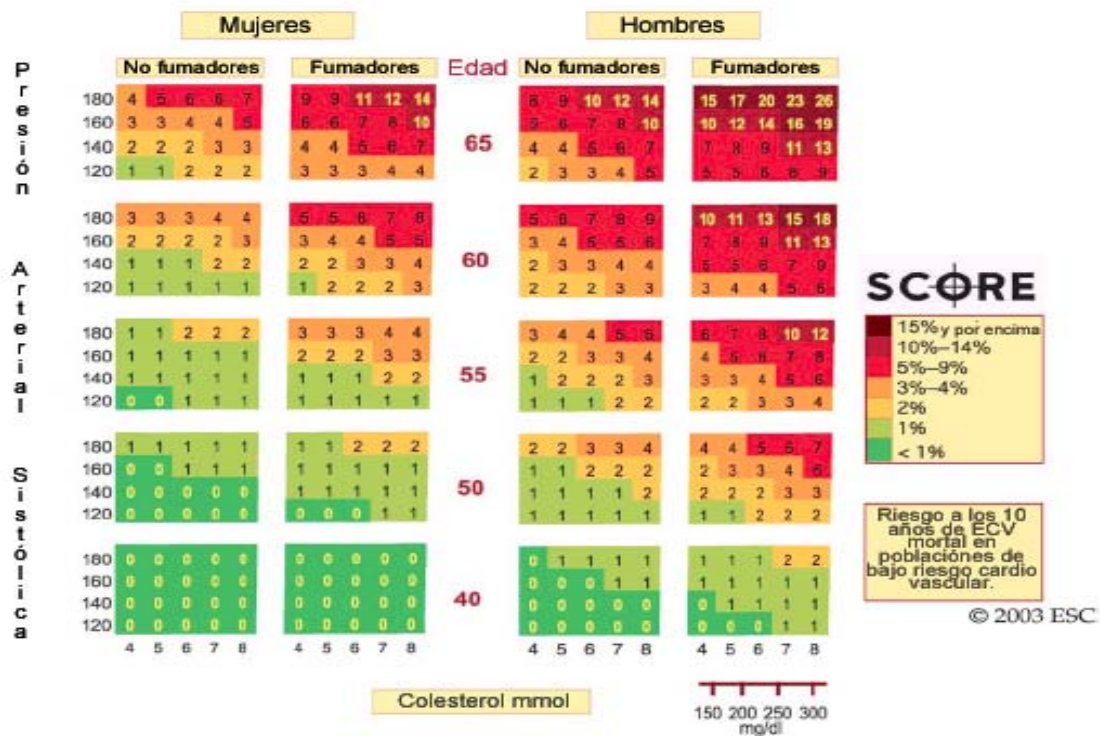
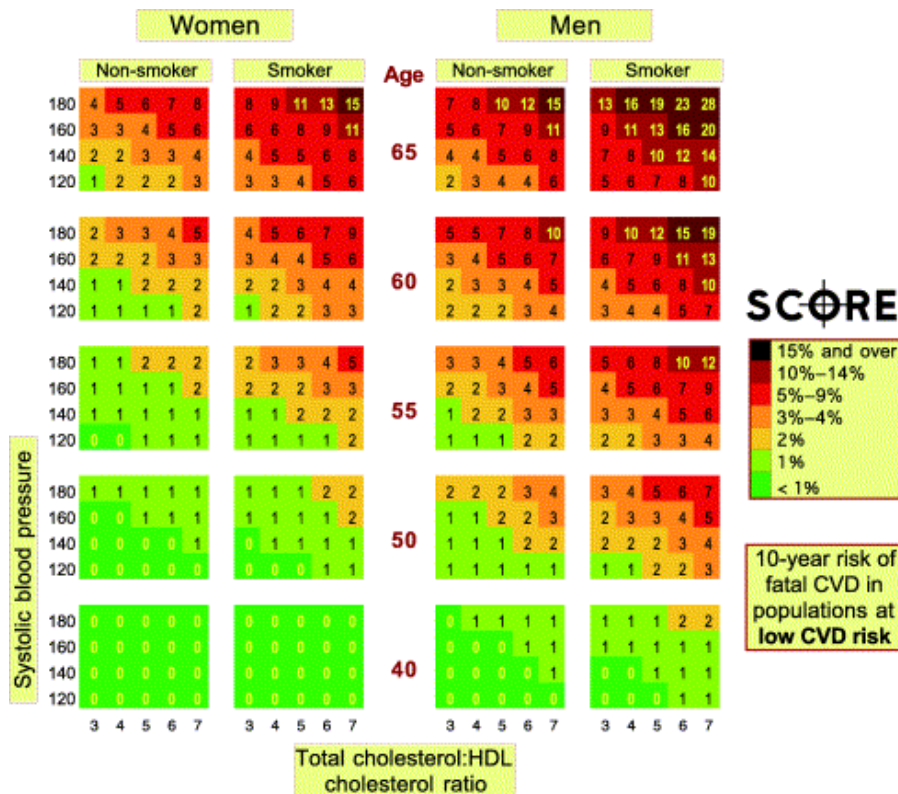


Fig.1 Riesgo a los 10 años de ECV mortal en las regiones de Europa de bajo riesgo por sexo, edad, presión arterial sistólica, colesterol total y tabaco.

Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Italia, Grecia, Francia, Portugal, España

Tablas SCORE

Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular (basada en cociente colesterol/HDL)



Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Italia, Grecia, Francia, Portugal, España

Cómo estratificar el RCV

Modificadores del riesgo

(riesgo mayor que el señalado en las tablas)

- Proximidad al siguiente grupo de edad
- Manifestación de enfermedad CV subclínica (e.g., ecografía, tomografía computarizada).
- Antecedentes familiares de enfermedad CV prematura
- Hipertrigliceridemia, HDL bajo
- Homocisteína ↑ , PCR ↑, fibrinógeno ↑
- Sedentarismo-obesidad

Algunas particularidades del SCORE

- De eventos coronarios a mortalidad cardiovascular global
- Cambio de paradigma: Riesgo alto $\geq 5\%$ (equivalente $\geq 20\%$ clásico de enfermedad coronaria)

¿EXTRAPOLACION A LOS 60 AÑOS?

- Para motivar al paciente
- Precaución con el “etiquetado”
- Priorizar los cambios en los estilos de vida

Pacientes de alto riesgo CV

1. Pacientes con ECV establecida

2. Individuos asintomáticos:

- Varios FRCV
(riesgo actual $\geq 5\%$ o extrapolado a 60 años)
- Un solo FR muy elevado
(CT ≥ 320 mg/dl; LDL ≥ 240 mg/dl; HTA $\geq 180/110$ mmHg)
- Pacientes diabéticos tipo 1 (con microalbuminuria) o tipo 2

HEARTSCORE

- **Orientado al paciente**
 - FR modificables y no modificables
 - Efecto de los cambios en FR
 - Consideraciones para el paciente
- **Para el profesional**
 - Riesgo absoluto. NNT. ¿Cuándo tratar...?
 - Guías clínicas de prevención CV
 - Recomendaciones específicas
 - Gráficos, escalas, evolución FR...

Manejo del riesgo cardiovascular en la práctica clínica

Objetivos en pacientes con ECV establecida y sujetos con alto riesgo

- **Estilo de vida:**
 - No fumar
 - Elegir dietas saludables
 - Actividad física
 - IMC < 25
- **Factores de riesgo:**
 - Presión arterial
 - < 140/90 mmHg
 - < 130/80 mmHg en pacientes diabéticos
 - Colesterol total
 - < 200 mg/dl
 - < 175 mg/dl si ECV o DM
 - Colesterol LDL
 - < 130 mg/dl
 - < 100 mg/dl si ECV o DM
 - Control glucémico en diabéticos
- **Considerar fármacos profilácticos**

Cribado de los familiares próximos

Debe realizarse una valoración apropiada de los distintos factores de riesgo a:

- **Los familiares de primer grado de pacientes con ECV precoz (hombres < 55 años y mujeres < 65 años).**
- **Los distintos miembros de familias con hipercolesterolemia familiar u otras dislipemias hereditarias.**

Factores de riesgo ligados a los estilos de vida

- El manejo de los **FRCV *conductuales*** es similar en pacientes con enfermedad cardiovascular y en individuos de alto riesgo
- El cambio de conductas como dieta inadecuada, hábito de fumar, vida sedentaria, etc., requiere un abordaje profesional

¿Cómo conseguir cambios en el estilo de vida?

1. Establecer una alianza terapéutica y obtener un compromiso para el cambio de hábitos
2. El paciente debe comprender la relación entre estilo de vida y probabilidad de enfermar
3. Ayudar al paciente a superar las dificultades existentes
4. Involucrar al paciente en la selección de los FRCV a modificar
5. Diseñar un plan de modificación de estilos de vida
6. Usar una combinación de estrategias, incluyendo el refuerzo positivo
7. Realizar un seguimiento mediante visitas de control
8. Involucrar a otros profesionales sanitarios (enfermería)

Factores que dificultan cambios en el estilo de vida

- **Bajo nivel socio-económico**
- **Aislamiento social**
- **Estrés**
- **Emociones negativas**

- **Los pacientes con bajo nivel socio-económico, socialmente aislados o sometidos a estrés tienen mayores resistencias**
- **Debe intensificarse la atención en ellos**

Dejar de fumar

“Todos los fumadores deben recibir consejo profesional para abandonar definitivamente el tabaco”

Estrategias de las 5 Aes:

- **Averiguar** de forma sistemática qué pacientes son fumadores
- **Analizar** el grado de adicción y su disposición
- **Aconsejar** con firmeza a todos los fumadores que lo dejen
- **Ayudar** a establecer una estrategia para dejar de fumar, incluyendo el consejo conductual, la terapia de sustitución con nicotina o el tratamiento farmacológico
- **Acordar** un calendario de visitas de control y seguimiento

Elegir una dieta saludable

Una dieta sana y equilibrada reduce el riesgo CV a través de diferentes mecanismos:

- **Reducción de peso**
- **Descenso de la presión arterial**
- **Mejora el perfil lipídico**
- **Controla la glucemia**
- **Reduce la predisposición a la trombosis**

Elegir una dieta saludable

- **Variada y con un aporte calórico adecuado (peso ideal)**
- **Fomentar consumo de fruta y verdura, cereales y pan integral, productos lácteos bajos en grasa y pescado**
- **Pescado más que carne y la carne debe ser magra (evitar grasa)**
- **Recordar que el aceite de pescado y ácidos grasos omega-3 tienen propiedades protectoras específicas**
- **Ingesta total de grasa no superior al 30% de la ingesta calórica total, y los ácidos grasos saturados no deben exceder un tercio de la ingesta total de grasa**
- **Ingesta de colesterol < 300 mg/día**

Elegir una dieta saludable

La dieta mediterránea constituye un patrón de alimentación saludable, considerado ideal para la prevención de las enfermedades cardiovasculares

- **Rica en productos frescos de origen vegetal (frutas, verduras, cereales, patatas, frutos secos, etc.)**
- **Escasez de productos ricos en azúcares refinados y carne**
- **Presencia del *aceite de oliva* como fuente principal de grasa**
- **Queso, yogurt, pollo y pescado en cantidades moderadas como fuente esencial de proteínas**

Aumentar la actividad física

- **Fomentar la actividad física en todos los grupos de edad**
- **Objetivo: al menos media hora diaria de actividad física**
- **La actividad física moderada se asocia con beneficios para la salud**
- **Conseguir compatibilizar con rutina diaria**
- **En las personas sanas aconsejar:**
 - 30- 45 minutos diarios
 - 4 - 5 veces por semana
 - al 60-75% de la frecuencia cardíaca máxima

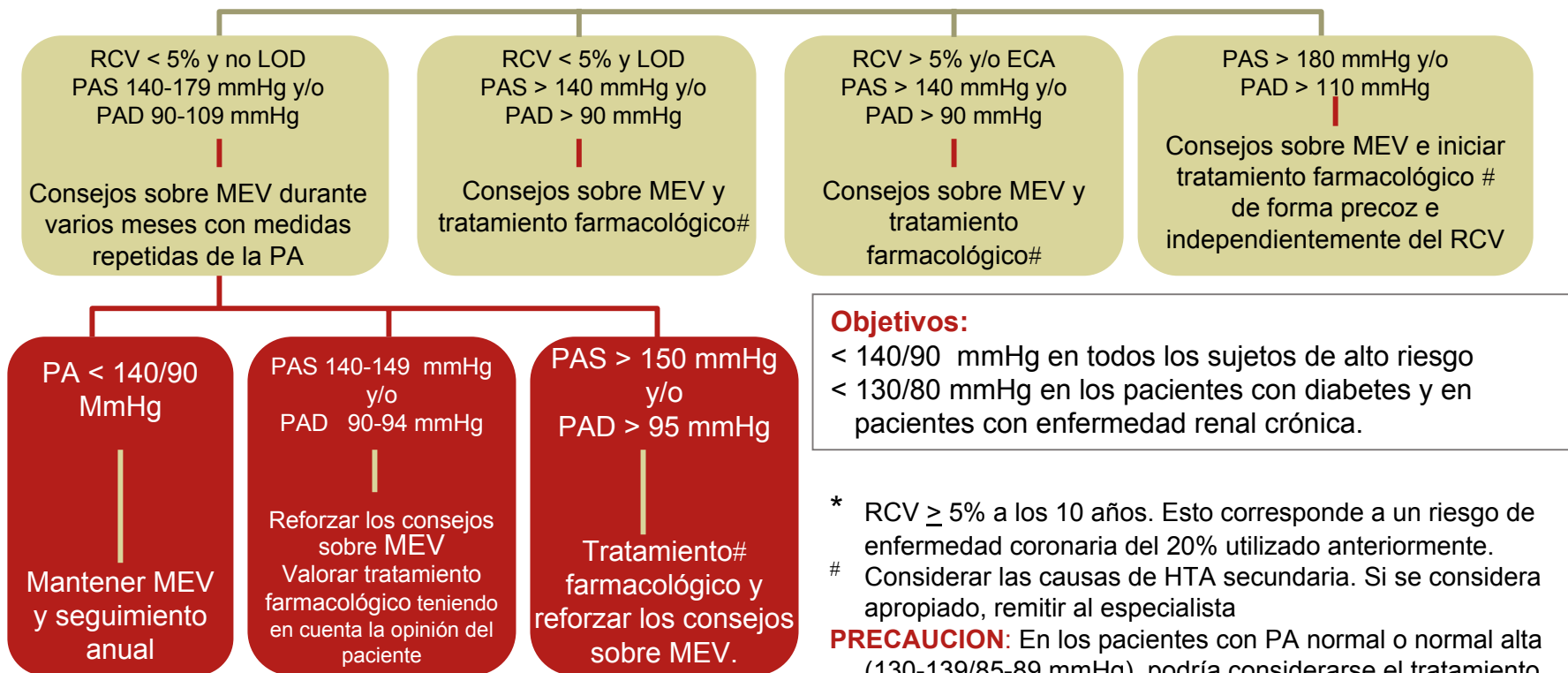
Recomendaciones

- **En pacientes con ECV y en personas de alto riesgo es muy importante evitar el sobrepeso o reducirlo**
- **Pérdidas ponderales ligeras (5-10%) pueden ser clínicamente relevantes)**
- **Conseguir la reducción de peso:**
 - **en personas obesas o con sobrepeso**
 - **si existe aumento de grasa abdominal : perímetro de la cintura > 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres**
- **Mayor éxito en la reducción de peso con ayuda profesional y también con una fuerte motivación individual**

Tratamiento de la PA elevada

Guía Europea de prevención cardiovascular

Guía para el manejo de la PA
 Calcular el RCV (*) usando la puntuación SCORE
 Utilizar la PA clínica inicial para calcular el RCV global



RCV: riesgo cardiovascular; **LOD:** lesión órgano diana;
MEV: modificación del estilo de vida

* RCV \geq 5% a los 10 años. Esto corresponde a un riesgo de enfermedad coronaria del 20% utilizado anteriormente.
 # Considerar las causas de HTA secundaria. Si se considera apropiado, remitir al especialista
PRECAUCION: En los pacientes con PA normal o normal alta (130-139/85-89 mmHg) podría considerarse el tratamiento antihipertensivo si tienen historia de ictus, enfermedad coronaria o diabetes.

Guía para el manejo de los lípidos en pacientes asintomáticos

RCV < 5%
CT \geq 200 mg/dl (5,2 mmol/l)

Consejos sobre MEV
 Objetivo: reducir CT < 190 mg/dl y el LDL < 130 mg/dl
 Seguimiento: cada 2-5 años*

RCV \geq 5%
CT \geq 200 mg/dl (5,2 mmol/l)

1. Perfil completo (tras 12 h ayuno)
2. MEV al menos 3 meses
3. Realizar nueva determinación

* Si RCV bajo: 5 años

* Si RCV moderado (3-4%): cada 2 años

CT < 200 mg/dl y LDL < 130 mg/dl

Mantener consejos sobre MEV y seguimiento anual

CT \geq 200 mg/dl o LDL \geq 130 mg/dl

Mantener consejos sobre MEV vida y empezar con fármacos

RCV: Riesgo cardiovascular

MEV: Modificación del estilo de vida

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica.

Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular), 2004.

Objetivos terapéuticos en la DM-2

		objetivo
HbA1c (DCCT-estandarizado)	HbA _{1c} (%)	< 6,1
Glucosa venosa	Ayunas/preprandial	
	mmol/l	≤6,0
	mg/dl	<110
Automonitorización	Ayunas/preprandial	
	mmol/l	4,0-5,0
	mg/dl	70-90
	Postprandial	
	mmol/l	4,0-7,5
	mg/dl	70-135
Presión arterial	mmHg	< 130/80
Colesterol total	mmol/l (mg/dl)	< 4.5 (175)
Colesterol LDL	mmol/l (mg/dl)	<2.5 (100)

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica.

Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular), 2004.

Control glucémico en DM tipo 2

Evaluación del control de los niveles de glucosa para la diabetes tipo 2

		No diabético	Adecuado	Inadecuado
HbA1c (DCCT-estandarizado)	HbA1c (%)	< 6,1	6,2-7,5	> 7,5
Glucosa venosa plasmática	Ayunas/preprandrial			
	mmol/l	≤ 6,0	6,1-7,0	≥ 7,0
	mg/dl	< 110	110-125	> 125
Automonitorización de la glucosa	Ayunas/preprandrial			
	mmol/l	4,0-5,0	5,1-6,5	> 6,5
	mg/dl	70-90	91-120	> 120
	Postprandial			
	mmol/l	4,0-7,5	7,6-9,0	> 9,0
	mg/dl	70-135	136-160	> 160

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica.

Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular), 2004.

Identificación del síndrome metabólico

Tres o más de los siguientes:

Factor de riesgo	Nivel de definición
Obesidad abdominal	Circunferencia cintura
Varones	> 102 cm
Mujeres	> 88 cm
Triglicéridos	\geq 150 mg/dl
Colesterol HDL	
Varones	< 40 mg/dl
Mujeres	< 50 mg/dl
Presión arterial	\geq 130/ 85 mm Hg
Glucosa en ayunas	\geq 110 mg/dl

Manejo del síndrome metabólico

- **Estratificación adecuada del RCV**
- **Tratamiento de la causa fundamental**
 - Pérdida de peso: reduce el cLDL y modifica favorablemente resto de factores de riesgo.
 - Actividad física: reduce el cVLDL y cLDL y aumenta el cHDL
 - Abandono tabaco
- **Tratamiento de las condiciones subyacentes**
 - Optimizar tratamiento antihipertensivo
 - Hipolipemiantes (estatinas, fibratos)
 - Aspirina en pacientes con ECV o de alto riesgo
 - Tratamiento/prevención de la DM

Otros tratamientos

Indicación de otros tratamientos farmacológicos

- **En la prevención de la enfermedad CV deben considerarse también los siguientes grupos farmacológicos:**
 - Ácido acetilsalicílico u otros antiagregantes
 - Betabloqueadores
 - IECA
 - Anticoagulantes

Recomendaciones

Guía Europea de Prevención Cardiovascular

“En pacientes asintomáticos de alto riesgo existe evidencia de que las dosis bajas de ácido acetilsalicílico pueden reducir el riesgo de eventos cardiovasculares, especialmente si son diabéticos, tienen hipertensión controlada o son hombres con múltiples factores de riesgo cardiovascular.”