



## EDITORIAL semFYC

## Nuevas guías europeas de prevención cardiovascular y su adaptación española



### New European guidelines for cardiovascular prevention and its Spanish adaptation

El pasado mes de mayo de 2016 se publicaron las nuevas guías europeas de prevención cardiovascular<sup>1</sup>, que aparecen cada 4 años, y en las que por vez primera, en comparación con las previas, han participado en su redacción y desarrollo hasta 10 sociedades científicas europeas o internacionales (en esta edición se ha añadido la Federación Internacional de Medicina del Deporte), y una de ellas es la Sociedad Europea de Medicina General/Medicina Familiar–WONCA Europe. Desde que se publicaron las primeras guías europeas en el año 1994 hasta las actuales, la prevención cardiovascular ha evolucionado sustancialmente, pasando de unas guías muy simples y centradas en la cardiopatía isquémica hasta las actuales donde se abordan con mucho detalle la prevención cardiovascular desde una perspectiva más global, incluyendo la promoción de estilos de vida favorables (no fumar, alimentación sana y ejercicio físico regular) como base de la prevención, el control de los principales factores de riesgo (hipertensión, colesterol, diabetes, tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso-obesidad) con o sin tratamiento farmacológico, llegando a los factores psicosociales, ambientales, genéticos, técnicas diagnósticas más o menos sofisticadas (cuando estén indicadas) para la detección precoz de la enfermedad vascular subclínica, la importancia de la adherencia (y herramientas útiles para optimizarla). En cuanto al tratamiento farmacológico, se incluyen desde los tratamientos antihipertensivos, hipolipemiantes e hipoglucemiantes (clásicos o más novedosos) hasta la complejidad, por ejemplo, de los tratamientos anti-trombóticos más complejos en prevención secundaria, como la doble antiagregación tras un síndrome coronario agudo o la implantación de un *stent* o la anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular y riesgo embólico moderado o alto. Todos estos aspectos son los que el médico de familia debe conocer y manejar adecuadamente para poder atender y realizar el seguimiento de una manera óptima a los pacientes tanto en prevención primaria como en prevención

secundaria, de forma integrada en los programas y modelos de control de crónicos<sup>2</sup>, siendo el paciente cardiovascular (cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica) el paradigma de paciente crónico y a menudo complejo, por la alta frecuencia de comorbilidades, polimedicación, edad avanzada, etc.

Como aspectos más destacables a reseñar, y a diferencia de las guías previas, en esta edición se hace mayor énfasis en el abordaje poblacional, como ya hiciera el Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) en la adaptación española de la versión anterior de las guías<sup>3</sup>, en grupos específicos de individuos como son en jóvenes menores de 50 años, en mujeres con algunas enfermedades específicas (historia de preeclampsia, síndrome de ovario poliquístico o con historia de partos prematuros), y en minorías étnicas (como asiáticos o subsaharianos, que tienen un riesgo más alto).

Se sigue recomendando el cálculo del riesgo cardiovascular como herramienta útil para la toma de decisiones clínicas, y concretamente el *Systematic Coronary risk Estimation* (SCORE), para países de bajo riesgo o para países de alto riesgo, o las tablas SCORE que se han adaptado y validado localmente. Se introduce una tabla sobre las ventajas y debilidades de la utilización del SCORE, y se comenta la importancia de colesterol HDL en el cálculo del riesgo, sobre todo en aquellos individuos con un riesgo próximo al 5% a los 10 años, utilizando unas tablas específicas donde se incluye el colesterol HDL (aparecen en una adenda en la web como material suplementario), o bien mediante la utilización del SCORE electrónico (*HeartScore*). También se introduce el concepto de la estimación del riesgo cardiovascular de por vida, que puede ser útil sobre todo en individuos jóvenes, aunque reconocen los autores que todavía la evidencia existente es insuficiente como para poder hacer recomendaciones concretas de uso. Se recomienda el cálculo de la edad vascular o el riesgo relativo en individuos

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.002>

0212-6567/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

jóvenes que, debido al efecto de la edad, presentan un riesgo absoluto bajo.

Respecto a las categorías de riesgo, se sigue recomendando clasificar a los pacientes en muy alto, alto, moderado o bajo riesgo, pero como novedad se define con más precisión qué grupos de pacientes se incluirían en cada categoría. Por ejemplo, los pacientes diabéticos para considerarse de muy alto riesgo han de tener una afectación de órgano diana como albuminuria o proteinuria, o la asociación de un factor de riesgo adicional como la hipertensión o la dislipidemia pero con marcadas elevaciones de la presión arterial o del colesterol. O cómo los diabéticos tipo 1 jóvenes y sin ningún otro factor de riesgo se pueden considerar como de riesgo moderado.

También se comenta la importancia de los modificadores de riesgo, útiles sobre todo para aquellos pacientes con un riesgo moderado, pero se sobre todo aquellos factores que mejoren la reclasificación del riesgo y que sea factible aplicarlos en la práctica clínica diaria.

En este sentido, las recomendaciones de esta guía son más estrictas que las previas. Por ejemplo, se recomienda preguntar por los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, pero no se recomienda la utilización de marcadores genéticos específicos. Tampoco se recomienda la utilización de forma rutinaria de biomarcadores de tipo inflamatorio (PCR, fibrinógeno), protrombóticos (homocisteína) o urinarios.

Respecto a las pruebas de imagen que podrían modificar la valoración del riesgo, las recomendaciones también son más estrictas, y por ejemplo, tanto la medición del calcio coronario como el índice tobillo-brazo han pasado de una recomendación *IIa* («se deberían considerar...») a una recomendación *IIb* («podrían considerarse en casos determinados...»). De hecho, uno de los mensajes clave que se comenta es que no se recomienda de forma rutinaria en la práctica clínica la utilización de técnicas de imagen para predecir futuros eventos cardiovasculares.

Como novedad, se comentan una serie de enfermedades no cardiovasculares que pueden influir en desarrollo de una enfermedad cardiovascular. Por ejemplo, los pacientes tratados por cáncer por la posible cardiotoxicidad debida a la radioterapia torácica o al uso de algunos agentes quimioterápicos (p. ej., para el cáncer de mama); el riesgo cardiovascular está aumentado en las enfermedades autoinmunes, como sucede en la artritis reumatoide.

Respecto a las intervenciones preventivas a nivel individual, estas guías presentan como novedad una información más exhaustiva en las recomendaciones sobre actividad física, y en la clasificación de la intensidad de la actividad física, incluyendo ejemplos concretos. Se sigue destacando la importancia de la intervención antitabáquica (con una perspectiva multimodal), con las diferentes estrategias existentes.

En el control lipídico, las recomendaciones son estrictas en el sentido de llegar incluso a niveles más bajos de colesterol LDL, sobre todo en los pacientes de los grupos de muy alto riesgo y alto riesgo. Concretamente se recomienda alcanzar un objetivo de colesterol LDL < 70 mg/dl o una reducción del 50% si los niveles basales sin tratamiento están entre 70 y 135 mg/dl en los pacientes de muy alto riesgo, o un objetivo de LDL < 100 mg/dl o una reducción del 50% si los niveles basales sin tratamiento son entre 100 y 200 mg/dl

en los pacientes de alto riesgo. Se comentan brevemente los inhibidores de la proproteína PCSK9 como nuevos fármacos hipolipidémicos potentes, aunque no se especifican las indicaciones concretas hasta disponer de los resultados de los estudios actualmente en marcha.

En el apartado de diabetes la guía se posiciona a favor del uso de iSGLT2 para diabéticos con enfermedad cardiovascular establecida, principalmente debido a los resultados del reciente estudio EMPA-REG-OUTCOMES<sup>4</sup> con empaglifozina vs. placebo

En el apartado de hipertensión, como novedad se presenta una nueva tabla de fármacos preferidos para enfermedades específicas. En el apartado de antiagregación se hace una actualización de las diferentes indicaciones en el síndrome coronario agudo y en el seguimiento a largo plazo del paciente coronario. Se sigue desestimando la indicación de antiagregación en prevención primaria.

En el apartado de la adherencia, como novedad, se comenta el papel del policomprimido (*polypill*) para aumentar la adherencia al tratamiento, sobre todo en prevención secundaria.

Como se ha comentado antes, en esta guía se hace mucho énfasis en el abordaje poblacional, por lo que se presentan unas recomendaciones específicas sobre dieta, actividad física, tabaco y alcohol.

Para finalizar, y de manera novedosa, se presenta en esta nueva guía una tabla resumen de las recomendaciones sobre *qué hacer* y *qué no hacer* en prevención cardiovascular, línea en la que semFYC viene trabajando también en los últimos años<sup>5</sup>.

En sus 15 años de existencia, el CEIPC ha publicado la adaptación española de las guías europeas de 2003, 2008 y 2012<sup>3,6-8</sup>, y ahora las del 2016<sup>9</sup> pasando de disponer de una decena de guías, con recomendaciones en ocasiones dispares, a un único documento consensuado y avalado por el Ministerio de Sanidad, el Instituto de Salud Carlos III y 14 sociedades científicas involucradas en la prevención cardiovascular. Las guías europeas del 2003 ya recomendaban explícitamente no solo la adopción sino también la adaptación de las guías para mejorar la difusión y la implementación de las mismas a nivel nacional. España, junto a otros países como Holanda e Inglaterra, es de los países que ha impulsado más activamente la prevención cardiovascular a través del CEIPC en nuestro caso, aspecto este reconocido en diferentes foros europeos, como buen ejemplo de colaboración entre diferentes sociedades científicas de cara a la aplicación de las guías en el «mundo real». En esta nueva adaptación española, se hace un resumen de los aspectos más relevantes de esta nueva guía, en el contexto de nuestro entorno sociosanitario. Por ejemplo, se comentan las diferentes funciones adaptadas y desarrolladas para el cálculo de riesgo en España, presentándose los datos de las más utilizadas en España. También se incluyen datos epidemiológicos españoles, como por ejemplo, las tendencias de la morbimortalidad cardiovascular hasta el año 2014, o datos sobre la prevalencia del consumo diario de refrescos en españoles entre 5 y 14 años. En aspectos concretos de las intervenciones poblacionales se resaltan diferentes acciones llevadas a cabo en relación con los alimentos y bebidas no saludables. Se comentan las diferentes iniciativas que existen en España como las estrategias en cardiopatía isquémica, ictus o diabetes del Sistema Nacional de Salud<sup>9-11</sup> que

suponen un esfuerzo consensuado entre el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y los profesionales expertos. También se dispone de la «Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS)» para mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la práctica regular de la actividad física de todos los ciudadanos, con especial énfasis en la población infantil<sup>12</sup>.

## Bibliografía

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37:2315–81.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: [www.msssi.gob.es/organizacion/sns/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD)
3. Royo-Bordonada MA, Lobos Bejarano JM, Villar Alvarez F, Sans S, Pérez A, Pedro-Botet J, et al. Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las guías europeas de prevención cardiovascular 2012. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87:103–20.
4. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al., for the EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373:2117–28.
5. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Documentos semFYC núm 33. Qué no hacer. Disponible en: <https://www.semfy.com/biblioteca/doc-33-recomendaciones-no-hacer/>
6. Brotons C, Royo-Bordonada MA, Álvarez-Sala L, Armario P, Artigao R, Conthe P, et al. Adaptación española de la guía europea de prevención cardiovascular. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:435–8.
7. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Álvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:581–616.
8. Royo-Bordonada MÁ, Armario P, Lobos Bejarano JM, Botet JP, Villar Álvarez F, Elosua R, et al., en nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública*. 2016;90:e1–24.
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: [http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatia.isquemica/Estrategia\\_Cardiopatia\\_Isquemica.pdf](http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatia.isquemica/Estrategia_Cardiopatia_Isquemica.pdf)
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: [http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia\\_en\\_diabetes\\_del\\_SNS\\_Accesible.pdf](http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/DIABETES/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf)
12. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>

Carlos Brotons Cuixart\* y José María Lobos Bejarano  
*Coordinadores anteriores del Comité Español para la  
Prevención Cardiovascular (CEIPC)*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico: cbrotons@eapsardenya.cat*  
(C. Brotons Cuixart).