

**COLABORACIÓN ESPECIAL****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), Luís 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<sup>º</sup> Lobos (11), Antonio Maiques (11), Jaume Marrugat (12,13), Dídac Mauricio (14), Fernando Rodríguez-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 del 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

**RESUMEN**

Presentamos la Guía europea para la prevención de las enfermedades cardiovasculares (ECV), traducida y adaptada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular. Esta guía se centra en la prevención de la ECV en su conjunto, recomienda el modelo SCORE para valorar el riesgo y prioriza la atención a los pacientes y sujetos de alto riesgo. El objetivo es prevenir la muerte prematura por ECV, mediante el manejo de sus factores de riesgo en la práctica clínica. Así, se requiere una intervención profesional sostenida para que los pacientes e individuos de alto riesgo incrementen su actividad física y elijan dietas cardiosaludables, y para que los fumadores abandonen el tabaco. La decisión de iniciar el tratamiento de la presión arterial dependerá de sus valores, del riesgo cardiovascular y de posibles lesiones de órganos diana. La meta terapéutica es lograr una presión arterial <140/90

Correspondencia:  
 Carlos Brotons  
 Secretaria del CEIPC  
 Avd. de Roma, 107 entresuelo  
 08029 Barcelona  
 Correo electrónico: cbrotons@eapsardenya.net

**ABSTRACT****Spanish adaptation of the European  
Guidelines on Cardiovascular Disease  
Prevention**

We are pleased to present the European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention, translated and adapted by the Interdisciplinary Spanish Committee for Cardiovascular Disease Prevention. This guide is focused on the prevention of cardiovascular disease as a whole, recommending the SCORE model for risk assessment and placing priority on the care of patients and high-risk individuals. The objective is to prevent premature death due to CVD by means of dealing with its related risk factors in clinical practice. Hence, a maintained professional intervention is required in order to obtain an increase of physical activity and of healthy diets in patients high-risk individuals, and smoking cessation in smokers. The decision to start blood pressure treatment will depend upon the BP values, cardiovascular risk and possible damage to target organs. The treatment goal is to achieve BP <140/90 mmHg, but among patients with diabetes, chronic kidney disease, a past history of ictus, coronary heart disease or heart failure, lower levels must be pursued. Serum cholesterol must be below 200 mg/dl and LDL cholesterol below 130 mg/dl, although among patients with CVD or diabetes, levels respectively below 175 mg/dl and 100 mg/dl must

mmHg, pero en pacientes con diabetes, enfermedad renal crónica, historia de ictus, enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca, se deben perseguir niveles inferiores. La colesterolemia debe ser menor de 200 mg/dl y el colesterol LDL menor de 130 mg/dl, aunque en pacientes con ECV o diabetes se deben perseguir niveles inferiores a 175 y 100 mg/dl, respectivamente. Un buen control de la glucemia siempre exige consejo dietético profesional. En la diabetes tipo 1 se precisa una adecuada terapia insulínica. En la diabetes tipo 2 y en los pacientes con síndrome metabólico se debe reducir el peso y aumentar la actividad física y, en su caso, aplicar fármacos. Finalmente, se incluye un anexo con recomendaciones dietéticas adaptadas a nuestro entorno y criterios de derivación o consulta con el especialista de los pacientes hipertenso y dislipémico.

**Palabras clave:** Enfermedades cardiovasculares. Hipertensión arterial. Prevención de la enfermedad. Colesterol. Tabaco. Diabetes mellitus.

be pursued. Advice of a professional dietitian is always required in order to keep blood sugar levels controlled. Proper insulin therapy is required in Type I diabetes. Patients with Type II diabetes and those with metabolic syndrome must lose weight and increase their physical activity, drugs being administered wherever applicable. Lastly, an appendix is included providing diet recommendations adapted to our environment and criteria related to referral or seeing a specialist for hypertensive or dyslipemic patients.

**Key words:** Cardiovascular diseases. Hypertension. Disease Prevention. Cholesterol. Tobacco. Diabetes mellitus

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España<sup>1-2</sup>. Su impacto sobre la salud, medido por el número de enfermos y el uso de servicios sanitarios, aumentará en los próximos años debido al envejecimiento de nuestra población. Por ello, es de la máxima prioridad llevar a cabo actividades con eficacia demostrada para prevenir estas enfermedades, tanto a nivel poblacional por las administraciones sanitarias públicas, como sobre los pacientes. En concreto, este documento se refiere particularmente a las segundas e incluye un conjunto de recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios para orientar sus decisiones clínicas en la prevención cardiovascular de sus pacientes.

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<sup>3</sup>. 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). Dicho comité, como otros similares en otros países, se constituyó a nivel nacional por recomendación de las sociedades europeas y está formado por representantes de once sociedades científicas involucradas en la prevención cardiovascular (Sociedad Española de Arte-

riosclerosis, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Española de Diabetes, Sociedad Española de Epidemiología, Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), y un representante de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo. 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.

Este documento transcribe el resumen de las recientes recomendaciones de las sociedades europeas para la prevención cardiovascular en la práctica clínica. En él se han introducido algunas modificaciones con respecto al documento original europeo (se muestran a pie de página), con el fin de adap-

tarlo a las características epidemiológicas de las enfermedades cardiovasculares en España y de nuestro sistema sanitario. Además se comentan algunos aspectos que aparecen en el documento completo original<sup>4</sup> pero no en el resumen<sup>3</sup>. En el anexo se han incluido aspectos concretos que no aparecen en el documento original y que se ha considerado importante incluirlos en este documento de adaptación. Todo ello es coherente con lo sugerido por las sociedades europeas en el propio texto de sus recomendaciones, para facilitar su uso en los distintos países de Europa.

En este documento se adapta la guía de prevención cardiovascular elaborada por las sociedades europeas a las circunstancias españolas y, por tanto, se utiliza la versión para países de baja incidencia del modelo SCORE<sup>5</sup> para la valoración del riesgo cardiovascular propuesto en dicha guía. Este modelo de valoración del riesgo difiere de los anteriores, por ejemplo el modelo Framingham, en tres aspectos fundamentales. Primero, valora el riesgo de padecer cualquier evento cardiovascular de tipo aterotrombótico (incluido el accidente vascular cerebral y no sólo el riesgo de un evento coronario). Segundo, valora el riesgo de eventos cardiovasculares mortales. Tercero, está basado totalmente en poblaciones del Norte, Centro y Sur de Europa. Las presentes guías establecen el punto de corte del riesgo cardiovascular mortal para iniciar tratamiento a partir del 5% en 10 años. Por tanto, se ha de tener en cuenta que el punto de corte actualmente recomendado, difiere del 20% del riesgo coronario mortal o no, establecido en las anteriores recomendaciones europeas. La reiterada observación de que las tablas de Framingham sobrestiman el riesgo en muchos países europeos, ha conducido a su calibración y a la búsqueda de alternativas para la estimación del riesgo coronario más cercanas a la realidad de cada país, incluida España<sup>5,6</sup>. El CEIPC señala que además del modelo SCORE existe la tabla de Framingham calibrada con los datos del

estudio REGICOR para el riesgo coronario<sup>7</sup>. En este caso el punto de corte en el riesgo a utilizar podría ser inferior al 20%<sup>8</sup>.

Por todo ello, el CEIPC continuará analizando en el futuro las nuevas evidencias científicas disponibles con la idea de actualizar y adaptar las recomendaciones de prevención cardiovascular en España. Actualmente existen al menos dos estudios en curso para establecer la validez de la clasificación de riesgo obtenida con el SCORE y la función calibrada de Framingham en España, cuyos resultados estarán disponibles previsiblemente a finales del 2004.

#### AGRADECIMIENTOS

El CEIPC agradece a la secretaría de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA) el apoyo logístico para el desarrollo de su trabajo. Al Dr. Antonio Coca y al Dr. Rafael Marín la aportación de comentarios sobre el manuscrito.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR, Rodriguez Artalejo F, del Rey Calero J. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas. *Med Clin (Barc)* 1998; 110:321-27.
2. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D. The burden of cardiovascular disease in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997; 18:1231-48.
3. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Executive summary. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003; 24:1601-10.
4. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical

- Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardio Prev Rev* 2003; 10 (suppl 1):S1-S78.
5. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003; 24:987-1003.
  6. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to southern Europe Mediterranean areas. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57: 634-8.
  7. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cerdón F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56: 253-261.
  8. Ramos R, Solanas P, Cerdón F, Rohlfs I, Elosua R, Sala J, et al. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. *Med Clin (Barc)* 2003;121: 521-6.