

Lo que tenemos que saber del CEIPC: Guía Europea de Prevención Cardiovascular

El comité español interdisciplinario para la prevención cardiovascular (CEIPC), es un comité independiente formado por un elevado número de sociedades científicas y algún miembro de la administración sanitaria que se creó en junio del año 2000 y cuyo objetivo fundamental es la revisión de la evidencia científica en prevención cardiovascular para 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 evite así la multiplicidad de criterios. La difusión de guías de consenso a los profesionales del Sistema Nacional de Salud y en particular a los médicos de atención primaria, es un elemento clave en la actuación del comité.

La revista de la Semergen¹ publicó en su número de febrero de este año la adaptación del IV Documento Conjunto de las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular a la realidad española, que ya fue publicado con anterioridad, en diciembre, en la Revista Española de Salud Pública². El objetivo del presente boletín es realizar un resumen con mayor profundidad del contenido del documento de consenso citado y que ya fue destacado como noticia en nuestro blog de Hemos Leído³. Los elementos clave que justifican la necesidad de realizar una estrategia de prevención de la enfermedad cardiovascular son:

- La enfermedad cardiovascular representa la primera causa de morbi-mortalidad en el mundo occidental. En España, el Instituto Nacional de Estadística⁴, ha publicado recientemente los datos de defunción según la causa de muerte en el año 2007 y las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer puesto representando el 32,2% del total de defunciones.
- La aterosclerosis subyacente suele estar avanzada cuando aparecen los síntomas clínicos.
- Con frecuencia las intervenciones terapéuticas son inaplicables o paliativas debido a la súbita presentación de los síntomas.
- La mayoría de los casos de Enfermedad Cardiovascular están estrechamente relacionados con hábitos de vida y factores bioquímicos y fisiológicos modificables.
- La modificación del riesgo cardiovascular ha demostrado reducir la morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular, particularmente en individuos de alto riesgo. En este contexto, en la práctica clínica debe tenerse en cuenta que no existe evidencia de que el cribado poblacional de la enfermedad cardiovascular en estado subclínico sea una medida coste-efectiva.

El CEIPC apoya todas aquellas iniciativas de organismos y organizaciones nacionales e internacionales para el control de los factores de riesgo y entre las que se encuentra la conferencia de la Unión Europea de 2005⁵ que definió las características necesarias

para alcanzar un nivel óptimo de salud cardiovascular; nulo consumo de tabaco; actividad física adecuada al menos 30 minutos cinco veces por semana; hábitos de comida saludables; ausencia de sobrepeso; tensión arterial por debajo de 140/90; colesterol en sangre por debajo de 5,2 mmol/L (200 mg/dl); metabolismo normal de la glucosa; reducción del nivel de estrés. La estimación del riesgo cardiovascular se realiza a través de las tablas del SCORE⁶ calibradas para España. En personas jóvenes debe calcularse además el riesgo relativo ya que es difícil alcanzar un riesgo absoluto del 5 % a pesar de tener los factores de riesgo elevados. En personas de 60 años o más se suele alcanzar un riesgo absoluto superior al 5% con independencia de los factores de riesgo, lo que puede conducir a un exceso de indicación de tratamiento farmacológico, por lo que además de existir un riesgo alto deben existir pruebas científicas claras de la eficacia del tratamiento farmacológico en estas edades.

Al aplicar las tablas debe considerarse aquellas circunstancias que indican un mayor riesgo al obtenido, son los denominados modificadores de riesgo: sedentarismo; obesidad; historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura; diabetes; c-HDL bajo o triglicéridos altos; personas asintomáticas con pruebas de aterosclerosis preclínica.

El tratamiento de la tensión arterial estaría formado por los cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico. Se debe disminuir la ingesta de sal a menos de 3.8 g/día, reducir la ingesta de alcohol (10-30 g/día en hombres y 10-20 g/día en mujeres), aumentar consumo de fruta y verduras (4-5 raciones por día), reducir la ingesta de grasas saturadas y colesterol y realizar actividad física de forma regular. Los diuréticos tiazídicos, β -bloqueantes, calcioantagonistas, IECA y ARA II reducen la presión arterial y reducen de forma significativa la morbi-mortalidad cardiovascular. Todos estos grupos están indicados para el inicio o mantenimiento, en monoterapia o en combinación.

Los IECA y ARA II son particularmente efectivos en la reducción de la hipertrofia ventricular izquierda, de la microalbuminuria y la proteinuria, preservando la función renal, retrasando la evolución a insuficiencia renal terminal y reduciendo las recurrencias vasculares tras ictus o accidente isquémico transitorio.

El tratamiento con diuréticos y β -bloqueantes aumenta el riesgo de diabetes de nuevo comienzo, por lo que debe de evitarse o usarse con precaución en pacientes con múltiples factores de riesgo metabólicos. En la siguiente tabla se muestra el manejo de la presión arterial en función del riesgo cardiovascular.

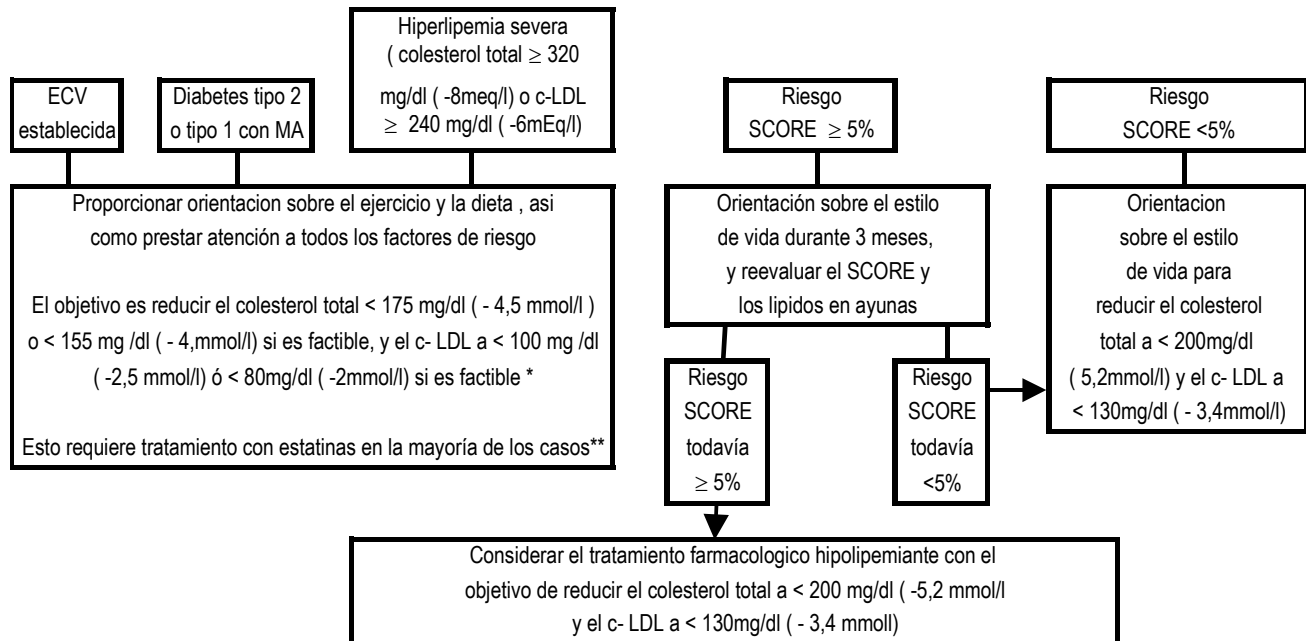
SCORE Riesgo de ECV	Normal <130/85	Normal / alto 130 - 139/85 -89	Grado 1 140-159/90-99	Grado 2 160 -179/100 -109	Grado 3 \geq 180 - 110
Bajo < 1%	Orientación estilo de vida	Orientación estilo de vida	Orientación estilo de vida	Medicación si persiste	Medicación
Moderado 1-4%	Orientación estilo de vida	Orientación estilo de vida	+ Considerar medicación	Medicación si persiste	Medicación
Aumentado 5-9%	Orientación estilo de vida	+ Considerar medicación	Medicación	Medicación	Medicación
Muy Aumentado \geq 10%	Orientación estilo de vida	+ Considerar medicación	Medicación	Medicación	Medicación

En todos los casos hay que buscar y manejar todos los factores de riesgo. Aquellos con enfermedad cardiovascular establecida, diabetes o enfermedad renal tienen un riesgo notablemente elevado y es deseable una presión arterial < 130 / 80 mmHg cuando sea factible. Para las demás personas, hay que evaluar el riesgo SCORE. Se debe tratar a quienes tengan lesión de un órgano diana como con "riesgo aumentado".

En todos los pacientes con síndrome coronario agudo, el tratamiento hipolipemiente farmacológico debe iniciarse precozmente durante el ingreso hospitalario al igual que la modificación intensa de los hábitos de vida que se reforzarán ampliamente tras el alta. Las estatinas son los fármacos de primera elección. La ezetimiba estaría indicada cuando no se alcanzan los objetivos de control con las estatinas. Los secuestradores de ácidos biliares reducen el c-LDL, pero aumentan los

triglicéridos. Los fibratos y el ácido nicotínico reducen los triglicéridos y aumentan el c-HDL mientras que los ácidos grasos Omega-3 estarían indicados para el tratamiento de la hipertrigliceridemia. El tratamiento combinado puede ser necesario en determinados pacientes cuidadosamente seleccionados y vigilados particularmente la combinación de estatinas con fibratos. A continuación se muestra la tabla de manejo de los lípidos en función del riesgo cardiovascular.

En todos los casos se deben buscar y abordar todos los factores de riesgo. Los pacientes con ECV establecida, diabetes tipo 2 (o de tipo 1 con microalbuminuria) o con hiperlipemia severa, presentan ya un riesgo elevado. Para las demás personas, se deben usar las tablas SCORE para calcular el riesgo total.



Los objetivos del tratamiento no están definidos para c-HDL y los triglicéridos, pero un c-HDL < 1mmol (40 mg/dl) para los varones y < 1,2 mmol/l (45mg/dl) para las mujeres y unos triglicéridos en ayunas de > 1,7 mmol/l (150 mg/dl) son marcadores de riesgo CV aumentado.

* Particularmente en pacientes de especial alto riesgo

** Algunos grupos recomiendan estatinas para todos los pacientes con enfermedad cardiovascular y la mayoría de los pacientes diabéticos independientemente de los valores basales.

En la diabetes tipo 1, el control de la glucemia exige una adecuada terapia insulínica individualizada y consejo dietético profesional. En la diabetes tipo 2, el consejo dietético, la reducción de peso y la actividad física deben ser el primer paso del tratamiento, seguido de tratamiento farmacológico (hipoglucemiantes orales e insulina si es necesario) dirigido a la consecución de un buen control de la glucemia. Una HbA_{1c} igual o inferior a 7% y una glucosa plasmática en ayunas/ preprandial < a 110mg/dl (6mmol/l) y posprandial < 135mg/dl (7.5mmol/l) son los objetivos terapéuticos en pacientes con diabetes tipo 2.

Un nivel socioeconómico y educativo bajo, el aislamiento social (personas que viven solas), falta de ayuda y soporte social, estrés laboral, familiar o social y emociones negativas (depresión, ansiedad y hostilidad) son factores psicosociales que influyen en el riesgo cardiovascular y ante los que debe de recomendarse una intervención multimodal que incluya consejos individuales o grupales. En la guía se desarrollan ideas clave para la supresión o modificación de factores de riesgo claves en la enfermedad cardiovascular relacionados con los hábitos de vida como el tabaquismo, la nutrición, el sobrepeso, la obesidad y la actividad física.

También se recogen [las indicaciones del manejo farmacológico preventivo en la ECV](#) independientemente del tratamiento de la hipertensión arterial, dislipemia o diabetes.

1. Lobos, JM, Royo- Bordonada, JM. A., Brotons C. et al. [Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica: Adaptación española del CEIPC 2008. Rev. Esp. Salud Pública, nov.-dic. 2008, vol.82, no.6, p.581-616.](#)
2. Lobos, JM, Royo- Bordonada, JM. A., Brotons C. et al. [Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica: Adaptación española del CEIPC 2008](#)
3. [CEIPC: Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Hemos Leído 20/03/2009](#)
4. [Nota de Prensa: Defunciones según la Causa de Muerte 2007. Instituto Nacional de Estadística. 6 de abril de 2009](#)
5. [Carta Europea sobre la salud cardiovascular. European Heart Health Charter. 2005](#)
6. [4th Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. HeartScore. 2007.](#)