



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



AVANCES EN MEDICINA

Nuevas recomendaciones de las guías europeas de prevención de la enfermedad cardiovascular de 2016



New recommendations of 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention

C. Escobar^{a,c,*} y J.A. Divisón^{b,c}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), Murcia, España

^c Grupo de Hipertensión Arterial de SEMERGEN

Recibido el 19 de junio de 2016; aceptado el 21 de junio de 2016

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. Authors/Task Force Members. 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. pii: ehw106. [Epub ahead of print].

Comentario

En el año 2016 se han presentado las nuevas guías europeas de prevención de la enfermedad cardiovascular (CV),

que actualizan las previas del año 2012^{1,2}. A continuación se resumen las principales recomendaciones que realizan estas guías.

En primer lugar, se recomienda determinar de manera sistemática el cálculo del riesgo CV en los pacientes con un riesgo CV elevado, incluyendo a aquellos pacientes que tengan algún factor de riesgo CV (tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia), antecedentes familiares de enfermedad CV prematura, etc. Además, el cálculo del riesgo CV se debe reevaluar de manera periódica, en general cada 5 años, o más frecuentemente en aquellos casos en los que el riesgo esté próximo a iniciar un tratamiento específico. Sin embargo, no se recomienda la determinación sistemática del riesgo CV en varones < 40 años y mujeres < 50 años, que no tengan factores de riesgo CV conocidos.

Para el cálculo de riesgo CV continúan recomendando el empleo de las tablas SCORE, excepto en aquellos sujetos que por sus características clínicas tengan directamente un riesgo CV alto o muy alto. Sin embargo, no se recomienda la determinación de manera rutinaria de biomarcadores en sangre o en orina para redefinir la estratificación de riesgo CV. Tampoco se recomienda para la estratificación del riesgo CV el cibaje del grosor íntima media carotídeo mediante ecografía. En resumen:

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: escobar.cervantes.carlos@hotmail.com
(C. Escobar).

- **Riesgo CV muy elevado:** enfermedad CV documentada (cardiopatía isquémica, ictus o ataque isquémico transitorio, aneurisma de aorta, enfermedad arterial periférica), diabetes mellitus con lesión de órgano diana (como proteinuria) o al menos un factor de riesgo CV, enfermedad renal crónica severa (filtrado glomerular $< 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$) o un riesgo calculado SCORE $\geq 10\%$.
- **Riesgo CV elevado:** factor de riesgo CV marcadamente elevado, como un colesterol $> 310 \text{ mg/dl}$, o una presión arterial (PA) $\geq 180/110 \text{ mmHg}$, el resto de los pacientes diabéticos (excepto los pacientes jóvenes con diabetes tipo 1 sin factores de riesgo CV, que pueden tener un riesgo CV bajo o moderado), enfermedad renal crónica moderada (filtrado glomerular $30\text{-}59 \text{ ml/min/1,73 m}^2$), o un riesgo calculado SCORE $\geq 5\%$ y $< 10\%$.
- **Riesgo CV moderado:** riesgo calculado SCORE $\geq 1\%$ y $< 5\%$ a 10 años.
- **Riesgo CV bajo:** riesgo calculado SCORE $< 1\%$.

En cuanto a la dieta y el ejercicio, se recomienda en adultos sanos la realización de al menos 150 min a la semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o 75 min de intensidad vigorosa. En los pacientes con un riesgo CV bajo, no hace falta hacer más pruebas para recomendar realizar actividad física. Por otra parte, y como es lógico, se recomienda mantener una dieta saludable, que en el caso de España será la dieta mediterránea. Asimismo, se recomienda que en los sujetos con sobrepeso u obesidad se reduzca el peso para conseguir un peso saludable.

Con respecto a los factores de riesgo CV, aunque en líneas generales se parecen a las recomendaciones realizadas en las guías de 2012, existen algunas matizaciones.

Se recomienda identificar a los sujetos fumadores y proporcionar consejo de manera repetida para que dejen de fumar, y en su caso, ofrecer ayuda que incluya un seguimiento periódico, terapias de sustitución con nicotina, vareniclina y bupropion, solos o en combinación.

Con respecto a la dislipemia, el colesterol LDL sigue siendo el objetivo principal de tratamiento, y las estatinas la terapia de base para conseguir esa reducción del colesterol LDL. Se mantienen los objetivos de control de colesterol LDL, pero con una pequeña matización:

- **Sujetos con un riesgo CV muy elevado:** objetivo de colesterol LDL $< 70 \text{ mg/dl}$ o una reducción de al menos el 50% si el colesterol LDL basal se encuentra entre 70-135 mg/dl.
- **Sujetos con un riesgo CV elevado:** objetivo de colesterol LDL $< 100 \text{ mg/dl}$ o una reducción de al menos el 50% si el colesterol LDL basal se encuentra entre 100-200 mg/dl.

Además, se recomienda el empleo de estatinas para reducir el riesgo CV en todos los sujetos con diabetes tipo 2, y en los diabéticos tipo 1 > 40 años de edad.

En cuando a la hipertensión arterial, después de la publicación del estudio SPRINT³, había bastante interés en cómo quedarían los nuevos objetivos de la PA. Sin embargo, después de un análisis crítico de las evidencias, las nuevas recomendaciones quedan como siguen:

- Pacientes hipertensos tratados < 60 años: PA sistólica $< 140 \text{ mmHg}$ y PA diastólica $< 90 \text{ mmHg}$.
- Pacientes > 60 años con PA sistólica $\geq 160 \text{ mmHg}$: PA sistólica entre 140-150 mmHg.

- En individuos > 80 años con PA sistólica inicial $\geq 160 \text{ mmHg}$: PA sistólica entre 140-150 mmHg, si se encuentran en buenas condiciones físicas y mentales.
- Pacientes con diabetes tipo 2: PA $< 140/85 \text{ mmHg}$ (puede considerarse $< 130/80 \text{ mmHg}$ en pacientes seleccionados como sujetos jóvenes con un riesgo elevado de presentar complicaciones específicas).
- Pacientes con diabetes tipo 1: PA $< 130/80 \text{ mmHg}$.

Para el tratamiento de la hipertensión arterial se pueden emplear cualquiera de los fármacos antihipertensivos de primera línea, y que incluyen los diuréticos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los calcioantagonistas, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y los betabloqueantes. Sin embargo, en caso de pacientes con hipertensión arterial y diabetes, sobre todo en caso de proteinuria o microalbuminuria, se recomienda el empleo de un bloqueante del sistema renina angiotensina. En cambio, no se recomienda el empleo de beta bloqueantes y de diuréticos tiazídicos en hipertensos con múltiples factores de riesgo metabólicos, debido al riesgo incrementado de diabetes.

En cuanto a los pacientes con diabetes mellitus (tipo 1 y 2), se recomienda para la mayoría de los pacientes una HbA1c $< 7,0\%$ para reducir el riesgo CV y las complicaciones microvasculares. La metformina se sigue manteniendo como tratamiento de primera línea. Es interesante destacar que a raíz de los resultados del estudio EMPA-REG OUTCOME⁴, con un nivel de recomendación IIa, nivel de evidencia B, las guías señalan que en los pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad CV, puede considerarse de manera temprana el empleo de un inhibidor SGLT2 para reducir la mortalidad total y CV.

Finalmente, no se recomienda el tratamiento antiagregante plaquetario en aquellos sujetos que no tengan enfermedad CV establecida, debido a un riesgo incrementado de sangrados mayores.

Bibliografía

1. Perk J, de Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012;33:1635-701.
2. 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 May 23, pii: ehw106. [Epub ahead of print].
3. Wright JT Jr, Williamson JD, Whelton PK, Snyder JK, Sink KM, Rocco MV, SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood pressure control. *N Engl J Med.* 2015;373:2103-16.
4. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, Fitchett D, Bluhmki E, Hantel S, et al., EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2015;373:2117-28.