

# Comentario del CEIPV a las nuevas guías europeas de prevención cardiovascular 2021

Carlos Brotons<sup>a</sup>, Miguel Camafort<sup>b</sup>, María del Mar Castellanos<sup>c</sup>, Albert Clarà<sup>d</sup>, Olga Cortés<sup>e</sup>, Ángel Díaz Rodríguez<sup>f</sup>, Roberto Elosua<sup>g</sup>, Manuel Gorostidi<sup>h</sup>, Antonio M. Hernández<sup>i</sup>, María Herranz<sup>j</sup>, Soledad Justo<sup>k</sup>, Carlos Lahoz<sup>b</sup>, Pilar Niño<sup>l</sup>, Vicente Pallarés-Carratalá<sup>f</sup>, Juan Pedro-Botet<sup>m</sup>, Antonio Pérez<sup>i</sup>, Miguel Ángel Royo-Bordonada<sup>n</sup>, Rafael Santamaría<sup>h</sup>, Ricard Tresserras<sup>o</sup>, Alberto Zamora<sup>m</sup>, Inés Zuza<sup>k</sup> y Pedro Armario<sup>p</sup>

<sup>a</sup> Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria-SEMFYC. Barcelona (España).

<sup>b</sup> Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid (España).

<sup>c</sup> Sociedad Española de Neurología. Barcelona (España).

<sup>d</sup> Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Madrid (España).

<sup>e</sup> Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Madrid (España).

<sup>f</sup> Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-SEMERGEN. Madrid (España).

<sup>g</sup> Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona (España).

<sup>h</sup> Sociedad Española de Nefrología. Santander (España).

<sup>i</sup> Sociedad Española de Diabetes. Madrid (España).

<sup>j</sup> Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria-FAECAP. Madrid (España).

<sup>k</sup> Ministerio de Sanidad. Madrid (España).

<sup>l</sup> Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo. Madrid (España).

<sup>m</sup> Sociedad Española de Arteriosclerosis. Barcelona (España).

<sup>n</sup> Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España).

<sup>o</sup> Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria-SESPAS. Barcelona (España).

<sup>p</sup> Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Madrid (España).

## Correspondencia

Carlos Brotons Cuixart

Equipo de Atención Primaria Sardenya

Instituto de Investigaciones Biomédicas Sant Pau

C/ Sardenya, n.º 466. 08025 Barcelona (España)

Pedro Armario García

Área de Atención Integrada de Riesgo Vascular

Servicio de Medicina Interna

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi

Universitat de Barcelona

C/ Jacint Verdaguer. 9008970 Sant Joan Despí, Barcelona (España)

## Correo electrónico

Carlos Brotons Cuixart. cbrotons@eapsardenya.cat

Pedro Armario García. parmario@csi.cat

parmario@gmail.com



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

## RESUMEN

Se presenta la adaptación española de las Guías Europeas de Prevención Cardiovascular 2021. En esta actualización, además del abordaje individual, se pone mucho más énfasis en las políticas sanitarias como estrategia de prevención poblacional. Se recomienda el cálculo del riesgo vascular de manera sistemática a todas las personas adultas con algún factor de riesgo vascular. Los objetivos terapéuticos para el colesterol LDL, la presión arterial y la glucemia no han cambiado respecto a las anteriores guías, pero se recomienda alcanzar estos objetivos de forma escalonada (etapas 1 y 2). Se recomienda llegar siempre hasta la etapa 2, y la intensificación del tratamiento dependerá del riesgo a los 10 años y de por vida, del beneficio del tratamiento, de las comorbilidades, de la fragilidad y de las preferencias de los pacientes. Las guías presentan por primera vez un nuevo modelo para calcular el riesgo —SCORE2 y SCORE2-OP— de morbimortalidad vascular en los próximos 10 años (infarto de miocardio, ictus y mortalidad vascular) en hombres y mujeres entre 40 y 89 años. Otra de las novedades sustanciales es el establecimiento de diferentes umbrales de riesgo dependiendo de la edad (< 50, 50-69, ≥ 70 años).

Se presentan diferentes algoritmos de cálculo del riesgo vascular y tratamiento de los factores de riesgo vascular para personas aparentemente sanas, pacientes con diabetes y aquellos con enfermedad vascular aterosclerótica. Los pacientes con enfermedad renal crónica se considerarán de riesgo alto o muy alto, según la tasa del filtrado glomerular y el cociente albúmina/creatinina. Se incluyen innovaciones en las recomendaciones sobre los estilos de vida, adaptadas a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, así como aspectos novedosos relacionados con el control de los lípidos, la presión arterial, la diabetes y la insuficiencia renal crónica.

**Palabras clave:** prevención y control, enfermedades vasculares, guías de práctica clínica, dieta saludable, hipertensión arterial, diabetes, control de lípidos, tabaco, riesgo cardiovascular.

## STATEMENT OF THE SPANISH INTERDISCIPLINARY VASCULAR PREVENTION COMMITTEE ON THE UPDATED EUROPEAN GUIDELINES IN REGARD TO CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION

## ABSTRACT

We report the Spanish adaptation of the 2021 European Guidelines on Cardiovascular Disease (CVD) prevention in clinical practice. In addition to the individual approach this update greatly emphasizes the importance of population level approaches to the prevention of cardiovascular diseases.

Systematic CVD risk assessment is recommended for all adults with any major vascular risk factor. Regarding LDL-Cholesterol, blood pressure and glycaemic control in patients with diabetes mellitus, goals and targets remain as recommended in previous guidelines. However, a new, stepwise approach (Steps 1 and 2) to treatment intensification is proposed as a tool to help physicians and patients attain these targets in a way that fits the patient profile. After Step 1, considering proceeding to the intensified goals of Step 2 is mandatory, and this intensification will be based on 10-year CVD risk, lifetime CVD risk and treatment benefit, comorbidities, frailty and patient preferences.

The updated SCORE algorithm—SCORE2, SCORE-OP— is recommended in these guidelines, which estimates an individual's 10-year risk of fatal and non-fatal CVD events (myocardial infarction, stroke) in healthy men and women aged 40-89 years.

Another new and important recommendation is the use of different risk categories according to different age groups (< 50, 50-69, ≥ 70 years).

Different flowcharts of CVD risk and risk factor treatment in apparently healthy persons, in patients with established atherosclerotic CVD and in diabetic patients are recommended. Patients with chronic kidney disease are considered high risk or very high-risk patients according to glomerular filtration rate and albumin-to-creatinine ratio. New lifestyle recommendations adapted to those published by the Spanish Ministry of Health as well as recommendations focused on the management of lipids, blood pressure, diabetes and chronic renal failure are included.

**Keywords:** arterial hypertension, cardiovascular risk, clinical practice guidelines, diabetes, healthy diet, lipid control, prevention and control, smoking, vascular diseases.

## INTRODUCCIÓN

Las nuevas guías europeas de prevención cardiovascular (CV)<sup>1</sup> se han publicado 5 años después de las últimas del 2016<sup>2</sup>, aunque se hizo una actualización en 2020<sup>3</sup>, de la que el Comité Español Interdisciplinar para la Prevención Vascular (CEIPV) hizo un comentario crítico<sup>4</sup>.

Las guías de 2021 han sido elaboradas por 13 sociedades científicas europeas y han introducido novedades destacables, que se comentan a continuación. Además del abordaje individual de la prevención cardiovascular, ponen un énfasis especial en la estrategia poblacional y de salud pública, que desde el CEIPV siempre se ha considerado muy pertinente, como reflejan los documentos publicados y los programas de las jornadas bienales organizadas en el Ministerio de Sanidad. Son unas guías más complejas que las anteriores, porque buscan un abordaje más personalizado, lo que ciertamente refleja la diversidad fenotípica de los pacientes atendidos en la práctica clínica.

En cuanto a la evaluación del riesgo vascular, en las nuevas guías de prevención cardiovascular se recomienda el cálculo del riesgo vascular (RV) de manera sistemática en todas las personas adultas con algún factor de RV, pudiéndose considerar también en los hombres > 40 años y las mujeres > 50 años, y que se pueda repetir cada 5 años. Algunas publicaciones<sup>5</sup> han evidenciado potenciales riesgos de etiquetar a las personas como de bajo RV, ya que se les puede dar una falsa seguridad de que están protegidos frente a la enfermedad vascular, lo que compromete su motivación para la prevención de los factores de riesgo. La mayoría de la población se encuentra en estas franjas de riesgo (moderado o bajo), donde se dan más casos de enfermedad vascular en números absolutos. Por esta razón, es fundamental la promoción de estilos de vida saludables en toda la población.

Los objetivos terapéuticos para el colesterol LDL (cLDL), la presión arterial (PA) y la glucemia no han cambiado respecto a las anteriores guías, pero se ha modificado la manera de controlarlos en las personas, de forma escalonada (etapas 1 y 2). Este abordaje no es conceptualmente nuevo, e intenta reflejar la práctica clínica habitual de intensificación progresiva de las estrategias terapéuticas, como parte de un proceso de decisiones compartidas entre profesionales sanitarios y pacientes. Se recomienda llegar siempre hasta la etapa 2, y la intensificación del tratamiento dependerá del riesgo a los 10 años y de por vida, del beneficio del tratamiento, de las comorbilidades, de la fragilidad y de las preferencias de los pacientes. Sin embargo, no debe olvidarse que, según los resultados del estudio European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events (EU-ROASPIRE)<sup>6</sup> realizado en 27 países europeos, todavía estamos lejos de

la consecución de los objetivos terapéuticos (un 71% de las personas con patología coronaria tenían unos valores de cLDL ≥ 70 mg/dl), y esta estrategia en etapas podría facilitar la inercia, comprometiendo la consecución de los objetivos lo antes posible, sobre todo en pacientes de alto o muy alto RV. Por tanto, en pacientes de alto o muy alto RV, particularmente los que ya han padecido un evento vascular, se sigue recomendando la consecución estricta de los objetivos de cLDL junto con la reducción ≥ 50% del cLDL respecto al basal en una sola etapa y lo más pronto posible. Independientemente del riesgo, se recomienda para todas las personas el abandono del tabaco, la adopción de un estilo de vida saludable y tener una presión arterial sistólica (PAS) < 160 mmHg.

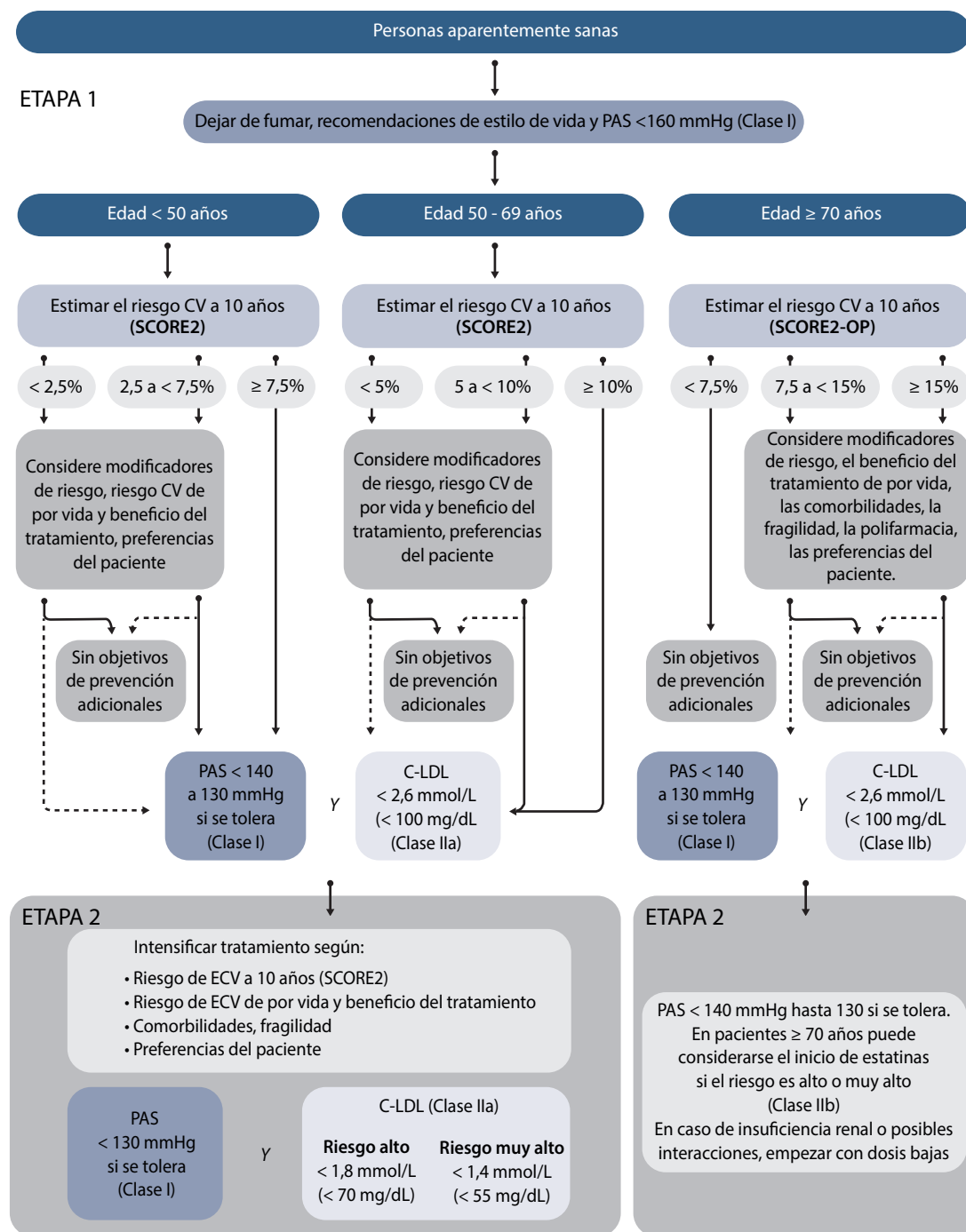
Las guías presentan por primera vez un nuevo modelo para calcular el riesgo —Systematic Coronary Risk Evaluation-2 (SCORE2)<sup>7</sup> y Systematic Coronary Risk Evaluation-2 Old person (SCORE2-OP)<sup>8</sup>— que ha sido calibrado para cuatro regiones de Europa según las tasas de mortalidad vascular, perteneciendo España a los países de bajo RV. Esta herramienta permite el cálculo del riesgo de morbimortalidad vascular en los próximos 10 años (infarto de miocardio, ictus y mortalidad vascular) en hombres y mujeres entre 40 y 89 años. Se pueden usar las tablas coloreadas que aparecen en las guías (utilizan PAS, edad, sexo, tabaco y colesterol no HDL), la aplicación (*app*) de la European Society of Cardiology (ESC) o la herramienta disponible en la web (<https://u-prevent.com>), que permite la entrada del colesterol total y HDL. Mediante estas aplicaciones es posible calcular también el RV de por vida (*LIFE-CV model*) y los beneficios del tratamiento en términos de años de vida ganados sin enfermedad vascular. Además, hay herramientas específicas para el cálculo del riesgo en personas con diabetes (ADVANCE Risk Score o DIAL Model) y con enfermedad vascular establecida (SMART RISK Score o SMART REACH Model).

Respecto a las categorías de riesgo vascular según SCORE2/SCORE2-OP en personas aparentemente sanas, otra de las novedades sustanciales es el establecimiento de diferentes umbrales de riesgo dependiendo de la edad, como se muestra en la **tabla 1**, a diferencia de las versiones anteriores, que establecían un único umbral de riesgo, al objeto de evitar el infratratamiento en jóvenes y el sobretatamiento en mayores, ya que el beneficio a largo plazo del tratamiento de los factores de RV es mayor en pacientes jóvenes.

Se recomienda tratar a toda persona de muy alto riesgo y debería considerarse el tratamiento para las de alto riesgo, en función de los modificadores de riesgo, el riesgo de por vida, los beneficios del tratamiento y las preferencias personales.

En las **figuras 1, 2 y 3** se exponen los algoritmos de cálculo del RV y tratamiento de los factores de RV para personas aparentemente

Figura 1. Algoritmo de riesgo vascular y objetivos terapéuticos en pacientes aparentemente sanos



Modificada de: Visseren FLJ et al. 20211.

C-LDL: colesterol de lipoproteína de baja densidad; CV: cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; PAS: presión arterial sistólica; SCORE2: Systematic Coronary Risk Estimation 2; SCORE2-OP: Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons.

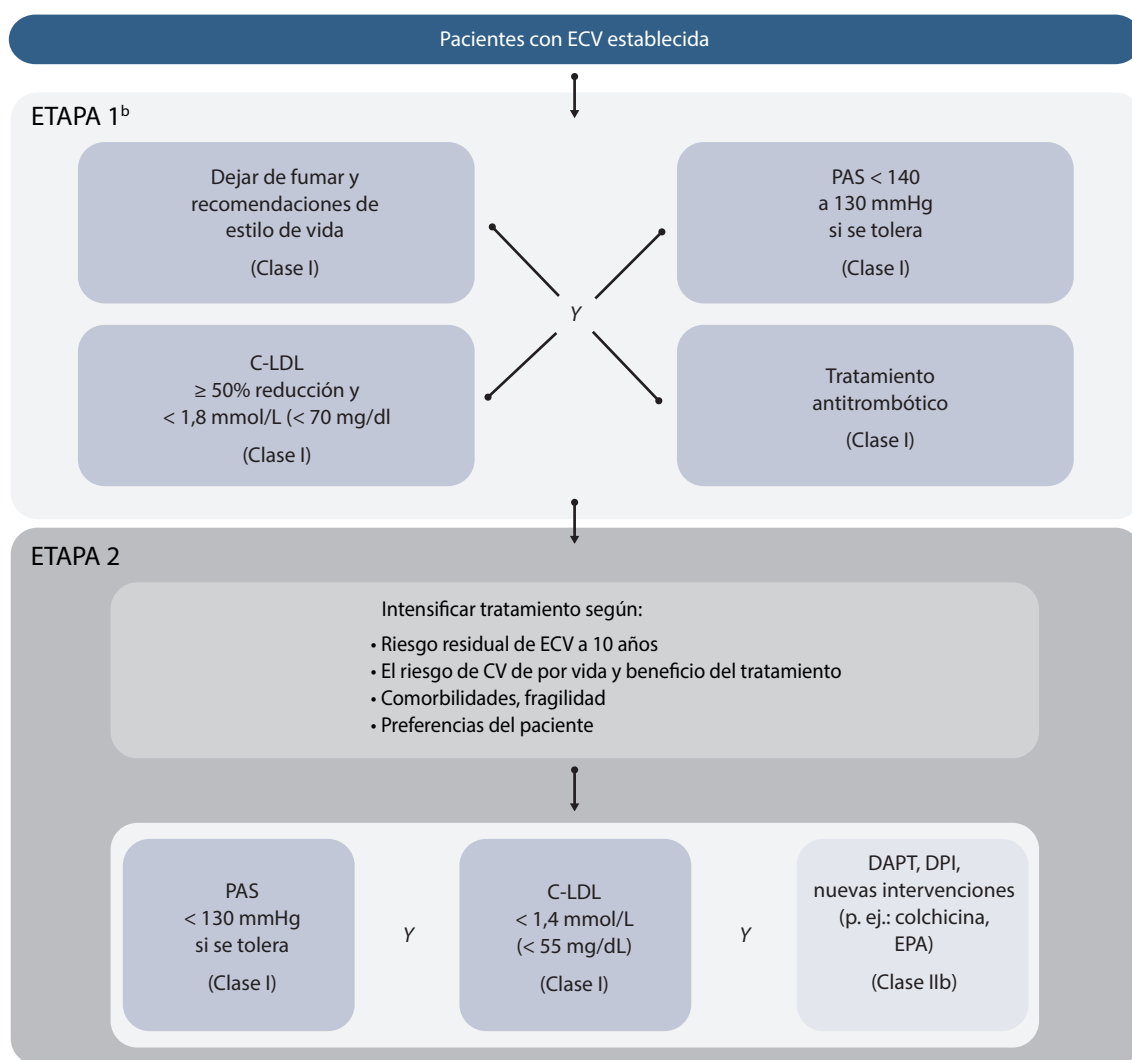
sanos, pacientes con diabetes y aquellos con enfermedad vascular aterosclerótica. Los pacientes con enfermedad renal crónica se considerarán de riesgo alto o muy alto, según la tasa del filtrado glomerular y el cociente albúmina/creatinina. Los pacientes con hipercolesterolemia familiar se consideran de alto riesgo.

Se resalta la importancia de la comunicación con el paciente, recomendándose tener una discusión informada sobre el riesgo y los beneficios terapéuticos, adaptados a las necesidades del individuo. Concretamente, se comenta la necesidad de utilizar el RV de por

vida, sobre todo en los más jóvenes, o los beneficios de por vida tras la intervención o la edad vascular.

En cuanto a los modificadores del riesgo, pocos cumplen los criterios para ser considerados en el cálculo del RV: mejorar la predicción (discriminación y reclasificación), tener un impacto claro en salud pública (número necesario de pacientes a tratar o a cribar) y ser factibles de llevar a cabo en la práctica clínica. En la **tabla 2** se resumen los modificadores más relevantes.

Figura 2. Algoritmo de objetivos terapéuticos y tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad vascular establecida



Modificada de: Visseren FLJ et al. 20211.

C-LDL: colesterol de lipoproteínas de baja densidad; CV: cardiovascular; DAPT: dual antiplatelet therapy; DPI: dual pathway inhibition; ECV: enfermedad cardiovascular; EPA: ácido eicosapentaenoico; PAS: presión arterial sistólica

En lo referente a novedades en las recomendaciones sobre estilos de vida, el CEIPV ha adaptado las recomendaciones de las nuevas guías basándose en las de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Sanidad. Se recomienda:

- Realizar actividad física moderada al menos entre 150 y 300 minutos a la semana (o entre 75 y 150 minutos de actividad vigorosa o una combinación equivalente de ambas) y practicar al menos 2 días a la semana actividades de fortalecimiento muscular, de mejora de masa ósea y de flexibilidad<sup>9,10</sup>.

Tabla 1. Categorías de riesgo vascular según grupos de edad<sup>a</sup>

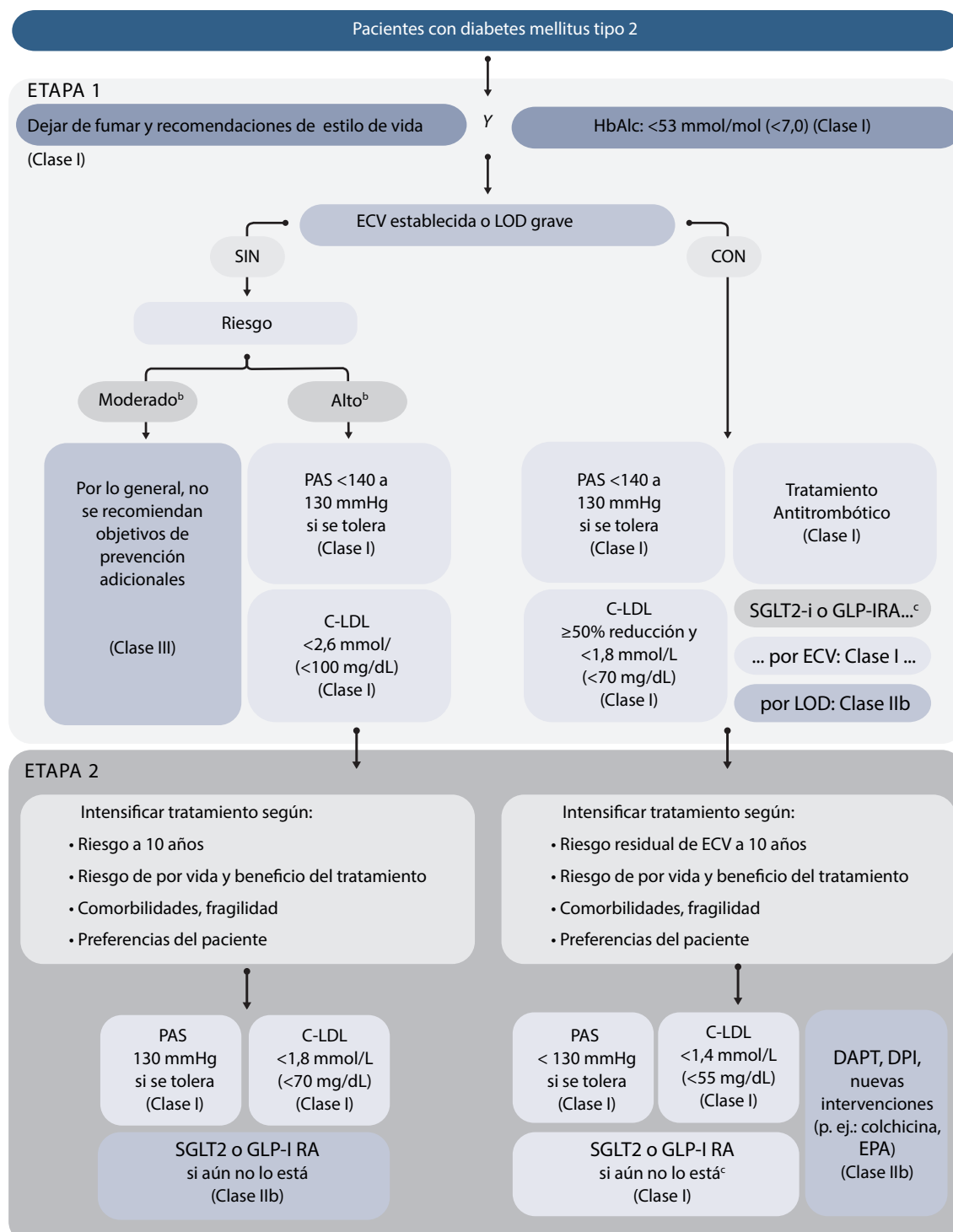
	< 50 AÑOS	50-69 AÑOS	≥ 70 AÑOS
Bajo a moderado riesgo vascular	< 2,5 %	< 5 %	< 7,5 %
Alto riesgo vascular	2,5 a < 7,5 %	5 a < 10 %	7,5 a < 15 %
Muy alto riesgo vascular	≥ 7,5 %	≥ 10 %	≥ 15 %

<sup>a</sup>Riesgo en los próximos 10 años.

Tabla 2. Modificadores de riesgo

- Factores psicosociales: el estrés psicosocial se relaciona con un mayor riesgo vascular
- Etnia: en población del sur de Asia, multiplicar el riesgo por 1,1-1,7; en población negra del Caribe o africana, multiplicar por 0,85, y en población china, multiplicar por 0,7
- Pruebas de imagen: calcio coronario o en su defecto presencia de placa carotídea
- Historia familiar de enfermedad CV prematura: aunque solo mejora marginalmente la predicción del riesgo, es una información simple y fácil de recoger
- Fragilidad: se ha demostrado que la fragilidad tiene una relación independiente con el riesgo vascular, pero no se recomienda tenerlo en cuenta en el cálculo del riesgo. Si se recomienda ser prudente con las intervenciones farmacológicas, por los posibles efectos secundarios de las interacciones con otros fármacos, y con la implantación de dispositivos
- Nivel socioeconómico: la clase socioeconómica baja se relaciona con un mayor riesgo vascular
- Contaminación ambiental: se recomienda que los pacientes de alto o muy alto riesgo de padecer una enfermedad vascular traten de evitar la exposición prolongada a lugares de alta contaminación
- Composición corporal: el IMC, la cintura abdominal y el índice cintura-cadera se han asociado de manera independiente con la enfermedad vascular, aunque no hay evidencia que mejoren la reclasificación. Sin embargo, son medidas simples y fáciles de recoger

Figura 3. Algoritmo de riesgo vascular, objetivos terapéuticos y tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes



Modificada de: Visseren FLJ et al. 20211.

c-LDL: colesterol de lipoproteína de baja densidad; DAPT: dual antiplatelet therapy; DPI: dual pathway inhibition; ECV: enfermedad cardiovascular; EPA: ácido eicosapentaenoico; GLP-1RA: agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1; LOD: lesión orgánica; PAS: presión arterial sistólica; SGLT2-i: inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa.

- Reducir los periodos sedentarios, con descansos activos cada 1 o 2 horas, incrementar el transporte activo y limitar el tiempo delante de una pantalla<sup>9,10</sup>.
- Adoptar una alimentación saludable y sostenible basada en alimentos frescos, de temporada y proximidad: comer al menos cinco raciones de fruta y verdura al día, cereales integrales, priorizar la proteína de origen vegetal (legumbres, frutos secos) y pescado, preferentemente azul, incorporando huevos, pollo,

yogur natural y leche con moderación, y evitar carnes rojas o procesadas, alimentos precocinados, bollería industrial y bebidas azucaradas<sup>11</sup>.

- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, ya que es la única recomendación que evita los riesgos asociados a su consumo. Si se consume, cuanto menos mejor, y siempre por debajo de los límites de consumo de bajo riesgo: 10 g de alcohol/día (1 unidad de bebida estándar [UBE]) en mujeres y 20 g/día (2 UBE)

en hombres<sup>12</sup>, dejando algunos días a la semana libres sin alcohol y evitando los episodios de consumo intensivo; y en menores de 18 años, durante el embarazo y la lactancia materna, evitar completamente el consumo.

- Abandonar el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas, incluido el tabaco calentado y productos relacionados como los cigarrillos electrónicos, y evitar la exposición ambiental al humo del tabaco.

Novedades en el tratamiento de los factores de riesgo en pacientes con enfermedad vascular:

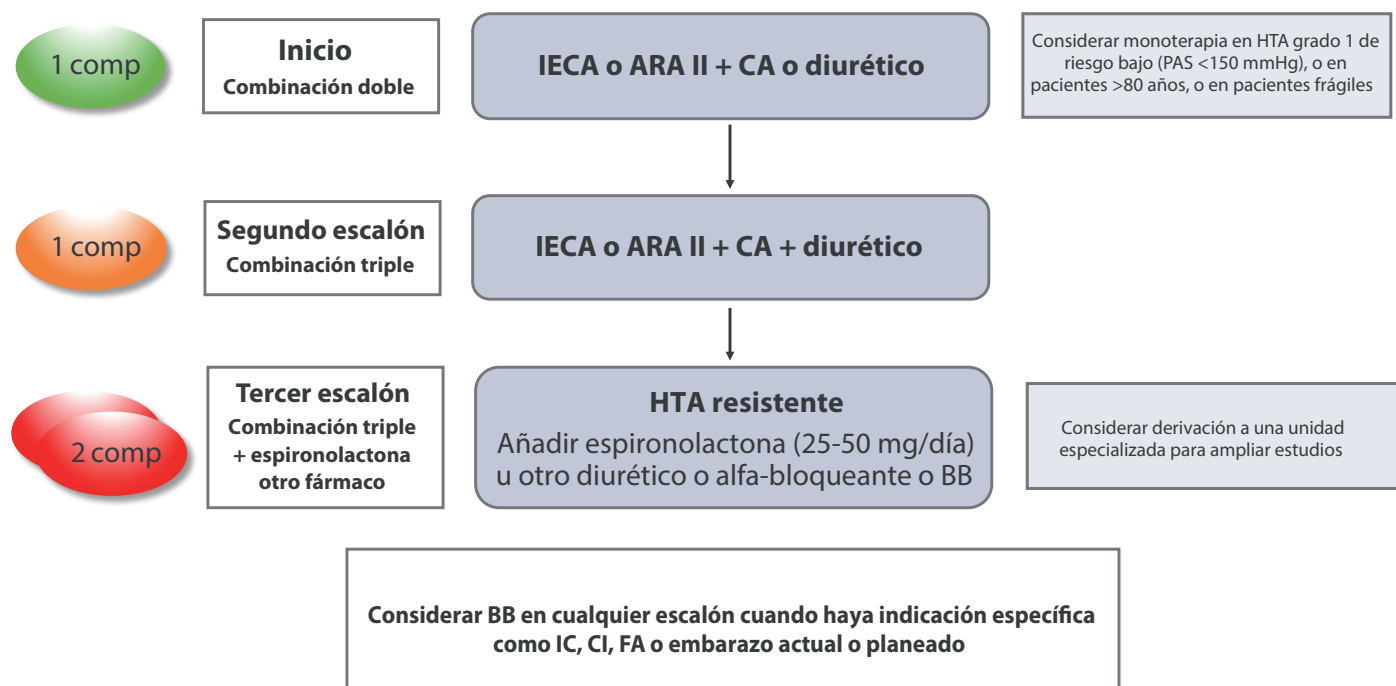
- **Lípidos:** se aconseja un abordaje escalonado de intensificación del tratamiento en personas aparentemente sanas de alto o muy alto RV y en pacientes con enfermedad vascular o diabetes, teniendo en cuenta el RV, el beneficio del tratamiento, los modificadores del riesgo, las comorbilidades y las preferencias personales. En pacientes que han padecido una enfermedad vascular, para conseguir llegar a los objetivos terapéuticos de cLDL lo antes posible, se recomienda pasar directamente a la etapa 2. Se recomiendan las estatinas de alta intensidad en personas de muy alto riesgo o con enfermedad vascular, y si no se consiguen los objetivos de cLDL, se debería añadir ezetimiba, y si aún no se consiguen los objetivos, se debería añadir un inhibidor de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (iPCSK9). Aunque esta recomendación está en línea con la consecución de los objetivos en dos etapas, es difícil conseguir reducciones  $\geq 50\%$  en cLDL, excepto con las máximas dosis de atorvastatina y rosuvastatina. Las evidencias disponibles permiten cambiar la terminología de estatinas de alta potencia por la de terapias hipolipemiantes de alta intensidad<sup>13</sup>. De esta forma, la primera opción en pacientes de alto o muy alto RV podría ser utilizar dosis no máximas de estatinas (atorvastatina 40 mg o rosuvastatina 10 mg) asociadas a ezetimiba, que facilitan la consecución de los objetivos terapéuticos con una mejor tolerancia y adherencia. Se podría considerar añadir ácidos grasos n-3 (etilo de icosapento 2 x 2 g/día) al tratamiento con estatinas en pacientes de alto o muy alto riesgo con hipertrigliceridemia leve/moderada (a partir de niveles de triglicéridos superiores a 150 mg/dL).
- **Hipertensión arterial:** en contraposición a las guías americanas (ACC/AHA 2017), se sigue recomendando el mismo umbral clásico para la definición de hipertensión (HTA) y para la clasificación en PA óptima, PA normal, normal-alta y HTA grados 1-3 (tabla 3). La Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) ya publicó un documento de posicionamiento justificando la conveniencia de mantener este mismo punto de corte para la definición de HTA<sup>14</sup>.

Se recomienda iniciar el tratamiento en personas con HTA grado 1 teniendo en cuenta el RV, el beneficio de por vida y la presencia de afectación de órganos diana. Por otra parte, a pesar de la evidencia sobre el beneficio de la disminución de la PA para reducir la morbilidad y la mortalidad vasculares, el control de la PA en Europa y otras zonas del mundo es subóptimo, especialmente en países con nivel medio o bajo de ingresos<sup>15</sup>, y en los últimos años ha empeorado<sup>16</sup>. Aunque la

causa es multifactorial, la adherencia deficiente desempeña un papel relevante. La estrategia recomendada para el tratamiento inicial sigue siendo el uso de combinaciones farmacológicas, con un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II) asociado a un diurético tiazídico o a un antagonista del calcio de semivida larga (figura 4). Un reciente metanálisis ha mostrado que esta estrategia mejora la adherencia y la tasa de control en pacientes con HTA<sup>17</sup>.

- **Diabetes mellitus:** se recomienda la metformina como tratamiento de primera línea de la diabetes mellitus (DM) con seguimiento de la función renal, para su uso especialmente en pacientes sin enfermedad vascular, insuficiencia renal crónica o cardíaca. En estos casos, además del uso o no de la metformina, se recomienda el tratamiento con agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP1) o inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa (iSGLT2) que hayan demostrado reducción de episodios vasculares y renales. En los pacientes con DM y enfermedad renal crónica se recomienda la utilización de iSGLT2 por los beneficios vasculares y renales. En los pacientes con DM y fracción de eyección reducida se recomiendan los iSGLT2 para reducir las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca y las muertes vasculares.
- **Enfermedad renal crónica:** la enfermedad renal crónica (ERC), definida por el filtrado glomerular estimado (FGe) y el cociente albúmina/creatinina en orina (CAC) condiciona el pronóstico (figura 5). En pacientes sin DM, tener un FGe  $< 30$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> o un FGe 30-44 ml/min/1,73m<sup>2</sup> con CAC  $> 30$  mg/g condiciona un riesgo de eventos vasculares muy alto, de la misma manera que haber tenido un evento vascular previo. Por otra parte, tener FGe 30-44 ml/min/1,73m<sup>2</sup> y CAC  $< 30$  mg/g o FG 45-59 ml/min/1,73m<sup>2</sup> y CAC 30-300 mg/g o FGe  $\geq 60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> y CAC  $> 300$  mg/g condiciona un riesgo elevado de eventos vasculares<sup>18</sup>. En pacientes con DM, se considera como lesión severa de órgano diana la presencia de FGe  $< 45$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o FGe 45-59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y CAC 30-300 mg/g o CAC  $> 300$  mg/g, de igual manera la presencia de complicaciones microvasculares en tres sitios diferentes, confiriendo una situación de muy alto RV. En los pacientes con ERC se recomiendan medidas generales de abandono de tabaco y optimización del estilo de vida, objetivos de control de PA sistólica entre 130 y 140 mmHg y de PA diastólica  $< 80$  mmHg según tolerancia, y objetivos de cLDL menores de 70 mg/dl o 55 mg/dl en pacientes con alto o muy alto RV. En pacientes con DM y enfermedad renal diabética se recomienda el uso de fármacos hipoglucemiantes con reconocidos efectos de protección renal.
- **Tratamiento antitrombótico:** Se debería considerar añadir a la aspirina un segundo fármaco antitrombótico (inhibidor del receptor plaquetario P2Y12 o dosis bajas de rivaroxabán) en prevención secundaria de la enfermedad vascular en pacientes con alto riesgo isquémico y bajo riesgo hemorrágico. Se podría considerar el tratamiento combinado de aspirina y dosis baja de rivaroxabán en pacientes con diabetes y enfermedad arterial periférica. Se podría considerar el tratamiento con bajas

Figura 4. Estrategia para el tratamiento de la hipertensión arterial sin complicación clínica asociada



ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; BB: betabloqueantes; CA: calcioantagonista; CI: cardiopatía isquémica; HTA: hipertensión arterial; IC: insuficiencia cardíaca; FA: fibrilación auricular; IECA: inhibidor la enzima convertora de angiotensina; PAS: presión arterial sistólica.

dosis de colchicina (0,5 mg día) en prevención secundaria de la enfermedad vascular, si otros factores de RV están insuficientemente controlados o en presencia de episodios isquémicos recurrentes a pesar del tratamiento óptimo.

**Estrategias de prevención a nivel poblacional**

Se pone mucho más énfasis en las políticas sanitarias como estrategia de prevención poblacional. El objetivo es reducir el riesgo atribuible de los factores de riesgo, es decir, la carga de enfermedad vascular que podemos prevenir eliminando o reduciendo la prevalencia de cada factor. Estas estrategias se basan en el paradigma de Geoffrey Rose, según el cual pequeños desplazamientos en la distribución poblacional de los factores de riesgo hacia la izquierda tienen un gran impacto en la carga global de enfermedad<sup>19</sup>. En las guías y otras

recomendaciones de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud<sup>20-23</sup>, proponen las intervenciones más costo-efectivas a nivel poblacional para crear entornos que fomenten unos estilos de vida saludables, modificando factores de riesgo como la inactividad física, la alimentación no saludable, el consumo de tabaco y alcohol<sup>24</sup>, la exposición a contaminación atmosférica y acústica<sup>25</sup> (sobre todo por tráfico rodado), y actuando sobre el cambio climático. Además, se describen diferentes métodos (gubernamentales, medios de comunicación y educación, etiquetado e información, incentivos económicos), entornos (escuelas, lugar de trabajo, comunidad) y acciones para cada uno de ellos, respaldados con un nivel de evidencia y una clase de recomendación. El objetivo, y la tarea para las autoridades nacionales, regionales y locales, es hacer fácil lo saludable, creando entornos donde las opciones por defecto sean promotoras de salud.

Figura 5. Riesgo relacionado con la enfermedad renal crónica según las categorías de filtrado glomerular y de albuminuria

Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min 1,73 m <sup>2</sup> )			Albuminuria		
			Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			De normal a ligeramente elevada < 30 mg/g <sup>a</sup>	Moderadamente elevada 30-300 mg/g <sup>a</sup>	Gravemente elevada > 300 mg/g <sup>a</sup>
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada o gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	< 15			

NOTA: Áreas en verde, riesgo de referencia (no hay enfermedad renal si no hay otros marcadores definitorios); áreas en amarillo, riesgo moderado; áreas en naranja, riesgo alto; áreas en rojo, riesgo muy alto. Modificado de: Guías KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) sobre enfermedad renal crónica. a La albuminuria se expresa como cociente albúmina/creatinina.

Entre las recomendaciones para promover la práctica de actividad física y la reducción del sedentarismo se incluyen medidas urbanísticas que faciliten una movilidad activa y saludable, el transporte activo y aumentar la disponibilidad de espacios y equipamientos que faciliten la actividad física en las escuelas y el entorno comunitario. Para promover una alimentación saludable se incluyen medidas legislativas para prohibir o reducir las grasas trans, reducir el aporte calórico, de sal, azúcares añadidos y grasas saturadas en los alimentos y bebidas preparadas, medidas fiscales (impositivas o incentivas) sobre algunos alimentos y bebidas, y disponibilidad de comidas saludables en los menús servidos y en las máquinas distribuidoras de alimentos en el entorno escolar y laboral. Se incluyen también recomendaciones, principalmente legislativas, para reducir el consumo de tabaco y alcohol: regulación sobre el consumo en lugares públicos, disponibilidad y venta, publicidad, etiquetado y empaquetado, políticas de precios y la implementación de campañas educativas<sup>21-26</sup>. Por último, se recomiendan medidas para reducir las emisiones de partículas pequeñas y contaminantes gaseosos, el uso de combustibles sólidos y el tráfico rodado, y limitar las emisiones de dióxido de carbono para reducir la morbimortalidad CV.

El enfoque poblacional puede traer numerosos beneficios, como reducir la brecha en las desigualdades en salud, prevenir otras enfermedades no transmisibles que tienen factores de riesgo y determinantes comunes con los eventos vasculares, como el cáncer, enfermedades pulmonares y DM tipo 2, y ahorrar los costes sanitarios y sociales de los episodios vasculares evitados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. ESC Scientific Document Group, 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur Heart J*. 2021;42:3227-37. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European guideline on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2016;37:2315-81. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
3. Piepoli MF, Abreu A, Albus C, Ambrosetti M, Brotons C, Catapano AL, et al. Update on cardiovascular prevention in clinical practice: a position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2020;27:181-205. doi: 10.1177/2047487319893035
4. Armario P, Brotons C, Elosua R, Alonso de Leciana M, Castro A, Clarà A, et al. Comentario del CEIPV a la actualización de las Guías Europeas de Prevención Vascular en la Práctica Clínica. *Rev Esp Salud Pública*. [Internet]. 2020;94:e202009102. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/11098>
5. Owolabi MO, Thrif AG, Mahal A, Ishida M, Martin S, Johnson WD, et al; on behalf of the Stroke Experts Collaboration Group. Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. *Lancet Public Health*. 2022;7:e74-85. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00281-4.
6. De Backer G, Jankowski P, Kotseva K, Mirrakhimov E, Reiner Ž, Rydén L, et al. Management of dyslipidaemia in patients with coronary heart disease: results from the ESC-EORP EUROASPIRE V survey in 27 countries. *Atherosclerosis*. 2019;285:135-46. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2019.03.014.
7. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J*. 2021;42:2439-54. doi: 10.1093/eurheartj/ehab309
8. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J*. 2021;42:2455-67. doi: 10.1093/eurheartj/ehab312
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. En: Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo (who.int). [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337004/9789240014817-spa.pdf>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recomendaciones para la población sobre actividad física y reducción del sedentarismo. [Internet.] Madrid: MSSSI; 2015. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones\\_ActivFisica.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones_ActivFisica.htm).
11. Mozaffarian D. Dietary and policy priorities for cardiovascular disease, diabetes, and obesity: a comprehensive review. *Circulation*. 2016;133:187-225. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018585
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. [Internet.] Madrid: MSSSI; 2020. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/Limites\\_Consumo\\_Bajo\\_Riesgo\\_Alcohol.htm](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol.htm)
13. Masana L, Pedro-Botet J, Civeira F. IMPROVE-IT clinical implications. Should the "high-intensity cholesterol-lowering therapy" strategy replace the "high-intensity statin therapy"? *Atherosclerosis*. 2015;240:161-2. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2015.03.002.
14. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboo E, Morales-Oliva F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2018;35:119-29. doi: 10.1016/j.hipert.2018.04.001
15. Al-Makki A, DiPette D, Whelton PK, Murad MH, Mustafa RA, Acharya S, et al. Hypertension pharmacological treatment in adults: a World Health Organization Guideline Executive Summary. *Hypertension*. 2022;79:293-301. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18192
16. Choudhry NK, Kronish IM, Vongpatanasin W, Ferdinand KC, Pavlik VN, Egan BM, et al.; American Heart Association Council on Hypertension; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Clinical Cardiology. Medication adherence and blood pressure control: a scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*. 2022;79:e1-e14. doi: 10.1161/HYP.0000000000000203
17. Parati G, Kjeldsen S, Coca A, Cushman WC, Wang J. Adherence to single-pill versus free-equivalent combination therapy in hypertension. A systematic review and meta-analysis. *Hypertension*. 2021;77:692-705. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15781
18. Gorostidi M, Santamaría R, Alcázar R, Fernández-Fresnedo G, Galcerán JM, Goicoechea M, et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2014;34:302-16. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464
19. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985;14:32-8. doi: 10.1093/ije/14.1.32
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). «Mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. [Internet.] OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259351/WHO-NMH-NVI-17.9-spa.pdf?sequence=1>
21. Organización Panamericana de la Salud. El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol. Washington: PAHO; 2020. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51867/9879275321959\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51867/9879275321959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
22. World Health Organization. WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Ginebra: WHO; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345329>
23. World Health Organization (WHO). Environmental noise guidelines for the European Region. [Internet.] Copenhagen: WHO; 2018. Disponible en: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/383921/noise-guidelines-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/383921/noise-guidelines-eng.pdf)
24. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Consumo de alcohol: Proteger la salud como prioridad. Prevención y reducción de los daños. Información para decisores políticos. ¿Qué pueden hacer las administraciones públicas? [Internet.] Madrid: MSCBS; 2021. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol\\_DecisoresPoliticos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol_DecisoresPoliticos.pdf)
25. Floud S, Blangiardo M, Clark C, de Hoogh K, Babish W, Houthuijs D, et al. Exposure to aircraft and road traffic noise and associations with heart disease and stroke in six European countries: a cross-sectional study. *Environ Health*. 2013;12:89. doi: 10.1186/1476-069X-12-89
26. FCTC. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. [Internet.] Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1>