

Prevención de la enfermedad coronaria en la práctica clínica

Resumen de recomendaciones del Segundo Grupo de Trabajo de las Sociedades Europeas y otras Sociedades* sobre prevención coronaria

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Desde que en 1994¹ se publicaron las primeras recomendaciones conjuntas del Grupo de Trabajo de las Sociedades Europeas –Sociedad Europea de Cardiología (ESC), Sociedad Europea de Aterosclerosis (EAS) y Sociedad Europea de Hipertensión (ESH)– sobre la prevención de la enfermedad coronaria en la práctica clínica, han surgido nuevas evidencias científicas tanto sobre la prevención secundaria como primaria de la enfermedad coronaria, particularmente en relación con la reducción de lípidos. Por tanto, las tres sociedades principales convocaron un segundo Grupo de Trabajo, que incluía representantes profesionales de la medicina del comportamiento, la atención primaria y la Red Europea del Corazón para que revisaran las recomendaciones.

El Grupo de Trabajo ha resumido los temas clínicos más importantes sobre la prevención de la enfermedad coronaria en los que hay un buen nivel de acuerdo, para ofrecer a los cardiólogos, a los médicos hospitalarios, de los centros de salud y de los ambulatorios y otros, y demás profesionales de la salud, las mejores recomendaciones posibles para facilitar su trabajo de prevención de la enfermedad coronaria. La prioridad para los médicos todavía es que se concentren en los pacientes con enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica manifiesta, y en los demás individuos de alto riesgo. El potencial para una acción preventiva es máximo en estos grupos y es necesario mejorar considerablemente la práctica clínica actual². Las presentes recomendaciones están destinadas específicamente a impulsar el desarrollo y la revisión de las guías de práctica clínica sobre la prevención coronaria. Para que ésta se convierta en una parte integral de la

práctica clínica cotidiana, las sociedades nacionales de cardiología, aterosclerosis e hipertensión, en colaboración con otras organizaciones profesionales de cada país, deben responsabilizarse de desarrollar sus propias guías, reflejando de forma apropiada sus circunstancias políticas, económicas, sociales y médicas.

Los cardiólogos, médicos y otros profesionales de la salud de toda Europa tienen el reto común de alcanzar el potencial de la prevención coronaria para todos nuestros pacientes y de contribuir a los esfuerzos que, a un nivel más amplio, realiza la salud pública para reducir la enorme carga de las enfermedades cardiovasculares³.

PRIORIDADES MÉDICAS

En el contexto de una estrategia integradora que abarque a toda la población –reducir el uso del tabaco, fomentar una alimentación saludable y aumentar la actividad física para toda la población– los médicos deben concentrarse de forma prioritaria en los pacientes que han desarrollado síntomas de enfermedad coronaria o de otra enfermedad aterosclerótica importante, y en aquellos que tienen un elevado riesgo de desarrollar tales enfermedades en el futuro.

Las prioridades para la cardiología preventiva son:

1. Los pacientes con enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica establecida.
2. Los individuos sanos con alto riesgo de desarrollar la enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica, debido a una combinación de factores de riesgo –que incluyen el hábito de fumar, presión arterial elevada, elevado nivel de lípidos (nivel alto de colesterol total y de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad [colesterol LDL], nivel bajo de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad [colesterol HDL] y nivel alto de triglicéridos), glucemia elevada, historia familiar de enfermedad coronaria prematura–, o los que tienen hipercolesterolemia grave u otras formas de dislipidemia, hipertensión o diabetes.
3. Los familiares de primer grado de pacientes coronarios o con otra enfermedad aterosclerótica de aparición precoz, y los de personas sanas con un riesgo particularmente alto.
4. Otras personas atendidas en la práctica clínica ordinaria.

*Sociedad Europea de Cardiología, Sociedad Europea de Aterosclerosis, Sociedad Europea de Hipertensión, Sociedad Internacional de Medicina del Comportamiento, Sociedad Europea de Medicina General y Familiar, Red Europea del Corazón.

Preparado por David Wood, Guy de Backer, Ole Faergeman, Ian Graham, Giuseppe Mancini y Kalevi Pyörälä junto con miembros del Grupo de Trabajo.

Correspondencia: Dr. D. Wood.
National Heart, Lung and Blood Institute.
Dovenhouse Street. London.

(*Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 413-421)

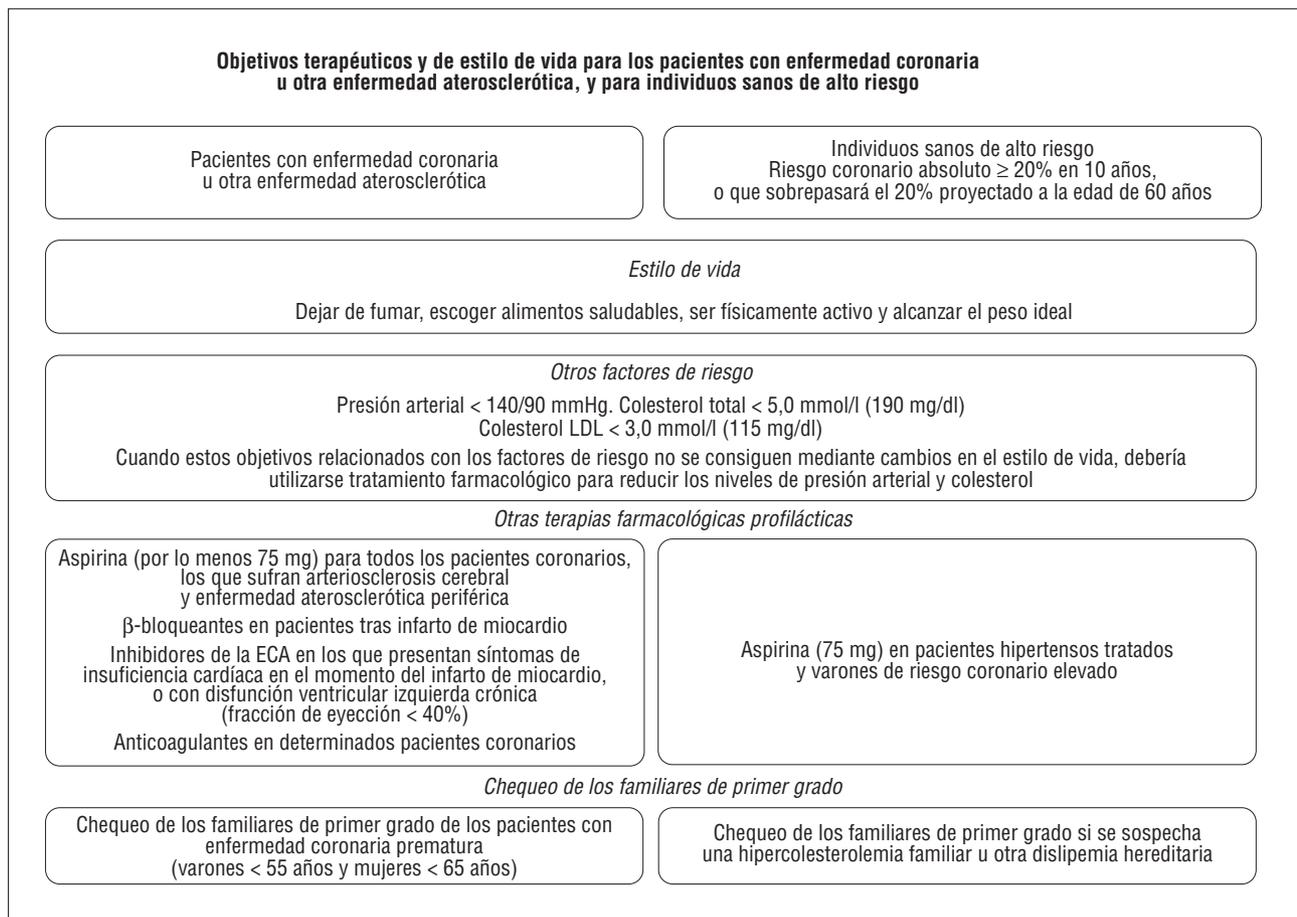


Fig. 1.

OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

El objetivo general de la prevención de la enfermedad coronaria es el mismo tanto en pacientes con enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica clínicamente establecida como en personas de alto riesgo: reducir el riesgo de un episodio mayor de enfermedad coronaria o de otros eventos ateroscleróticos y, así, reducir la discapacidad prematura, la mortalidad y prolongar la supervivencia. En estas recomendaciones se han establecido objetivos no sólo para un cambio en el estilo de vida, sino también para el manejo de la presión arterial, el nivel de lípidos plasmáticos y la diabetes en la prevención secundaria y primaria de la enfermedad coronaria (fig. 1).

EL RIESGO MULTIFACTORIAL ABSOLUTO DE ENFERMEDAD CORONARIA COMO GUÍA PARA LA MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA Y EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los pacientes que presentan síntomas de enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica están, por este mismo hecho, en una situación de riesgo absoluto muy

alto de sufrir otro episodio vascular. Por tanto, requieren una modificación del estilo de vida de máxima intensidad y, si es necesario, terapia farmacológica, a fin de conseguir los objetivos relacionados con los factores de riesgo.

Debido a que el origen de la enfermedad coronaria es multifactorial, en los individuos sanos es importante estimar el riesgo absoluto (el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria, bien sea un episodio no fatal o la muerte coronaria en los próximos 10 años) teniendo en cuenta todos los factores de riesgo mayores (fig. 2). Aquellos que tienen el riesgo multifactorial más elevado pueden identificarse y ser candidatos a la modificación del estilo de vida y, en los casos en que sea apropiado, tratamiento farmacológico. Los médicos deberían utilizar siempre el riesgo absoluto de enfermedad coronaria al realizar juicios clínicos sobre la utilización de fármacos para tratar la presión arterial y los lípidos plasmáticos, en lugar de considerar únicamente el nivel de sólo uno de los factores de riesgo. Un riesgo absoluto de enfermedad coronaria que sobrepase el 20% en los próximos 10 años, o que vaya a sobrepasar el 20% si se proyecta a la edad de 60 años, y que se mantenga a pesar de una intervención profesional para modificar el estilo de vida, es suficientemente alto para justificar el uso selectivo de terapias farmacológicas

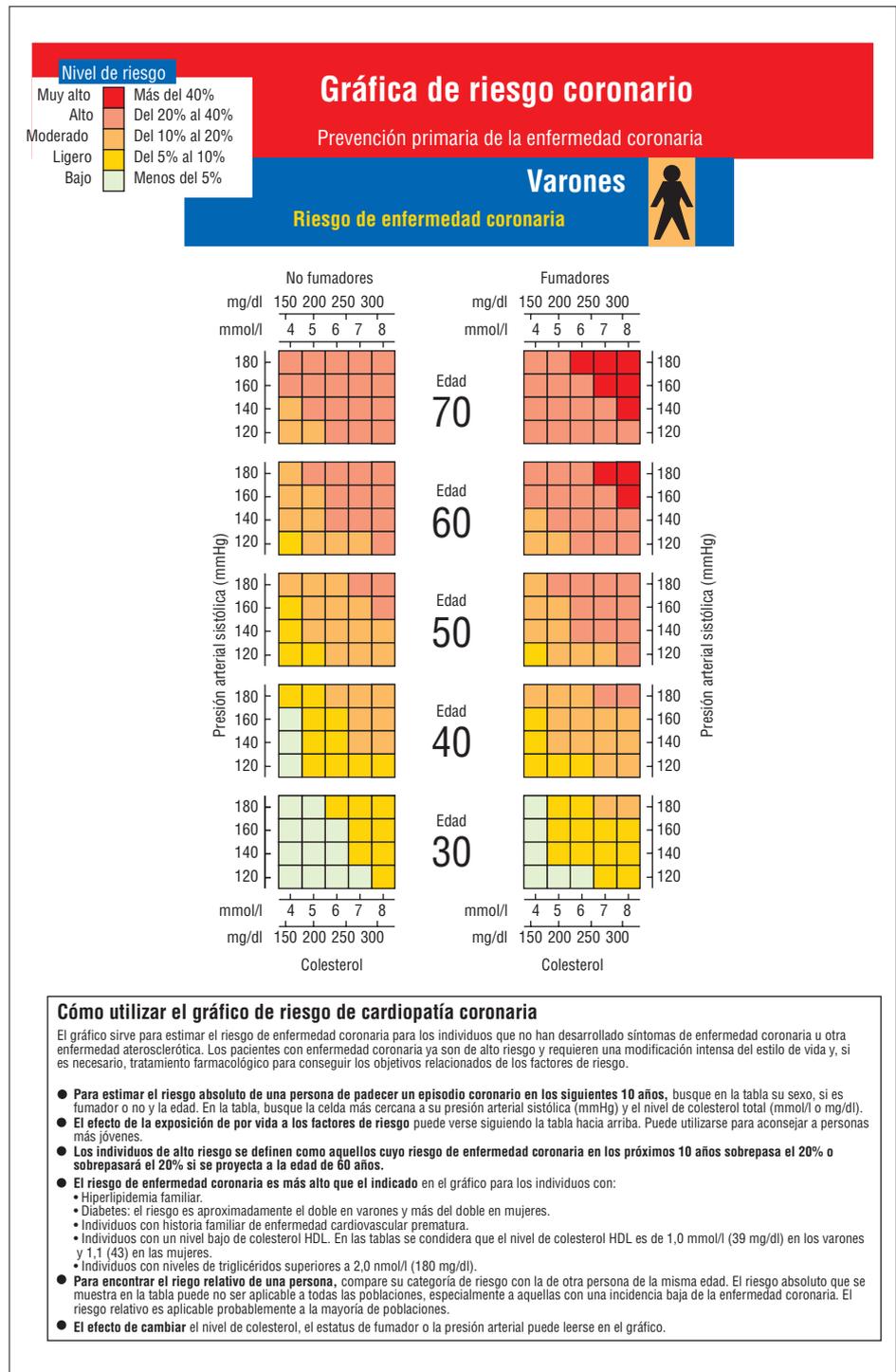


Fig. 2a.

probadas.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA U OTRA ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA

Estilo de vida

Los cambios en el estilo de vida dependen de la disponibilidad que tengan los pacientes coronarios y demás pacientes de alto riesgo para modificar su comportamiento.

Cuando los pacientes desarrollan síntomas de enfermedad coronaria, o se descubre que son pacientes de alto riesgo, ésta es una oportunidad ide-

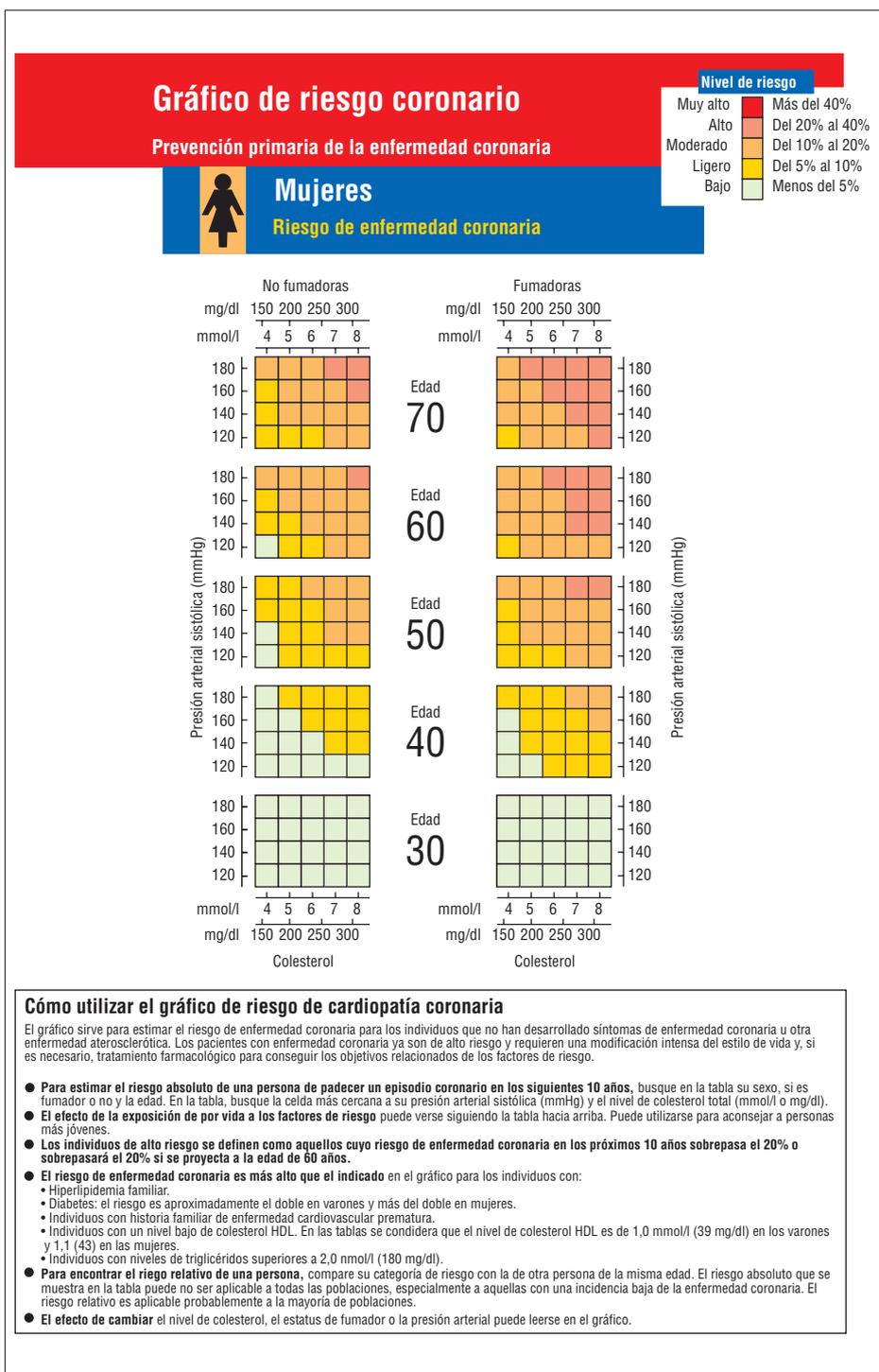


Fig. 2b.

al para revisar su estilo de vida. Muchos de ellos considerarán realizar cambios apropiados y, con apoyo profesional y familiar, podrán hacerlo para toda la vida.

Dejar de fumar

Los profesionales deben animar y apoyar a los pacientes para que dejen de fumar cualquier forma de ta-

baco para toda la vida. Un médico puede, mediante consejos reiterados, ayudar a los pacientes a dejar de fumar. También sería prudente que evitaran ser fumadores pasivos. Las terapias de sustitución de la nicotina pueden ser útiles inicialmente para algunos pacientes, particularmente para los muy adictos a la nicotina. Los miembros de la familia que convivan con el paciente pueden ayudarlo a dejar de fumar y a reducir los riesgos de reanudar este hábito absteniéndose ellos

mismos de fumar.

Escoger alimentos saludables

Todos los pacientes deben recibir recomendaciones profesionales sobre los alimentos y el tipo de alimentación para una dieta asociada con el menor riesgo de enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica. Los médicos deben resaltar la importancia de la dieta en la reducción de peso, de la presión arterial y del nivel de colesterol en la sangre, en el control del nivel de glucemia en los pacientes diabéticos y en la reducción de la propensión a la trombosis. La dieta forma parte del tratamiento global del paciente. El papel de la familia es particularmente importante en este contexto, ya que la persona principalmente responsable de la adquisición y preparación de la comida debe estar informada de la necesidad de una alimentación saludable y de cómo conseguirla en la práctica. Debe explicarse la importancia de la actividad física en el control del peso y en la modificación de otros factores de riesgo. Existen muchos factores dietéticos relacionados con el riesgo de enfermedad coronaria y de otras enfermedades ateroscleróticas. Para un paciente con enfermedad aterosclerótica los objetivos dietéticos son:

- Reducir la ingestión total de grasa al 30% o menos de la ingestión energética total, la ingestión de grasa saturada a no más de un tercio de la ingestión de grasa total, y la ingestión de colesterol a menos de 300 mg diarios.
- Conseguir la reducción de las grasas saturadas substituyéndolas en parte por grasas monosaturadas y poliinsaturadas de origen tanto vegetal como marino y en parte por carbohidratos complejos.
- Aumentar la ingestión de frutas frescas, cereales y vegetales.
- Reducir la ingestión total de calorías cuando es necesario perder peso.
- Reducir el uso de sal y alcohol cuando la presión arterial es elevada.

Los pacientes que tienen hipertensión, hipercolesterolemia u otras formas de dislipidemia o diabetes, pueden beneficiarse de los consejos dietéticos especializados. Los cambios dietéticos apropiados pueden influenciar favorablemente en todos estos factores de riesgo y reducir la necesidad de tratamiento farmacológico.

Aumentar la actividad física

Todos los pacientes deberían ser animados y apoyados de forma profesional para que aumenten su actividad física de una forma segura, hasta un nivel de actividad asociado al menor riesgo de enfermedad vascular. Se recomienda realizar ejercicio aeróbico (por ejemplo, andar, nadar o ir en bicicleta) durante 20 o 30

minutos 4 o 5 veces por semana. Los médicos deberían resaltar la importancia de la contribución de la actividad física a la sensación de bienestar del paciente. La actividad física ayuda a reducir peso (junto con la alimentación saludable), a aumentar el colesterol HDL, a reducir los triglicéridos y la propensión a la trombosis. Una vez más, es importante que la familia ayude al paciente a llevar un estilo de vida activo.

OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Sobrepeso y obesidad

Los pacientes con sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] $> 25 \text{ kg}\cdot\text{m}^{-2}$) u obesos (IMC $> 30 \text{ kg}\cdot\text{m}^{-2}$), y particularmente los que tienen obesidad abdominal, son los de mayor riesgo y deben recibir apoyo profesional para perder peso mediante una dieta adecuada y una mayor actividad física. La reducción de peso también ayuda a reducir la presión arterial, así como los niveles de colesterol y glucosa plasmáticos. La medida de la circunferencia de la cintura es un índice clínico útil para la obesidad y para supervisar la reducción de peso. Una circunferencia de cintura $\geq 94 \text{ cm}$ en los varones y $\geq 80 \text{ cm}$ en las mujeres es un indicativo de la necesidad de perder peso, y si llega a $\geq 102 \text{ cm}$ en los varones y $\geq 88 \text{ cm}$ en las mujeres se requiere ayuda profesional para la reducción de peso.

Presión arterial

En los pacientes coronarios, el objetivo es reducir la presión arterial de forma consistente por debajo de 140/90 mmHg. Si no se consigue este objetivo con los cambios en el estilo de vida, debería utilizarse tratamiento farmacológico. Para los pacientes con angina, debe darse preferencia a los betabloqueantes o, si éstos no son tolerados o no resultan efectivos, a los calcio-antagonistas de larga duración, ya que ambos tipos de fármacos reducen la presión arterial y alivian los síntomas. Después de un infarto de miocardio agudo debe darse preferencia a los betabloqueantes, ya que estos fármacos reducen también el riesgo de recurrencias de la enfermedad. También pueden utilizarse inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina (IECA), particularmente en pacientes con una disfunción ventricular sistólica izquierda significativa.

Lípidos plasmáticos

Los objetivos relacionados con el nivel de colesterolemia son conseguir un nivel de colesterol total consistentemente inferior a 5,0 mmol/l (190 mg/dl), y un colesterol LDL inferior a 3,0 mmol/l (115 mg/dl). Las concentraciones de colesterol HDL y triglicéridos no se utilizan como objetivos terapéuticos. Sin embargo,

un nivel de colesterol HDL $< 1,0$ mmol/l (40 mg/dl) y un nivel de triglicéridos en ayunas $> 2,0$ mmol/l (180 mg/dl), son indicativos de un riesgo coronario aumentado. Si los objetivos de colesterol total y LDL no se consiguen con cambios en el estilo de vida, debería utilizarse tratamiento farmacológico. Debería darse preferencia a los inhibidores de la reductasa HMG Co-A (estatinas), ya que esta clase de hipolipomiantes dispone de la evidencia más sólida para reducir la morbilidad, la mortalidad y prolongar la supervivencia de los enfermos coronarios. También se ha observado que las estatinas reducen el riesgo de accidente cerebrovascular en los pacientes coronarios.

Glucemia

Aunque no se sabe si un buen control de la glucemia reduce el riesgo de enfermedad recurrente en los pacientes diabéticos con enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica, sí influye favorablemente la enfermedad microvascular y otras complicaciones diabéticas. Los objetivos para un control adecuado de la glucosa en la diabetes tipo 1 (insulinodependiente) son: nivel de glucosa en ayunas de 5,1-6,5 mmol/l (91-120 mg/dl); pico de glucosa posprandial de 7,6-9,0 mmol/l (130-160 mg/dl); HbA_{1C} de 6,2-7,5%; y evitar hipoglucemias graves. En la mayoría de pacientes con diabetes tipo 2 (no insulinodependiente) se pueden conseguir objetivos incluso inferiores sin problemas, hasta llegar al nivel no diabético. Para algunos pacientes, particularmente de edad avanzada, deben aceptarse objetivos menos exigentes.

Otras terapias farmacológicas profilácticas

Además de los fármacos necesarios para complementar el control de la presión arterial, los niveles de lípidos y glucosa mediante el estilo de vida, también deben tenerse en cuenta las siguientes clases de fármacos, que pueden reducir la morbilidad y la mortalidad en los pacientes con enfermedad coronaria:

- Aspirina (por lo menos 75 mg) u otros fármacos modificadores de las plaquetas, en casi todos los pacientes.
- Betabloqueantes, en los pacientes que hayan sufrido un infarto de miocardio agudo.
- Inhibidores de la ECA en los pacientes con síntomas o signos de insuficiencia cardíaca en el momento del infarto de miocardio, o con una disfunción ventricular sistólica izquierda persistente (fracción de eyección $< 40\%$).
- Anticoagulantes, después de un infarto de miocardio, para aquellos pacientes seleccionados con gran riesgo de afecciones tromboembólicas, incluidos los que hayan sufrido un infarto de miocardio con gran afectación de la cara anterior, aneurisma o trombo ventricular izquierdo, taquiarritmia paroxística, insuficiencia cardíaca crónica y los que tengan antecedentes

de episodios tromboembólicos.

Chequeo de los familiares de primer grado

Los factores de riesgo coronario deben ser examinados en los familiares de primer grado de los pacientes con enfermedad coronaria prematura (varones < 55 años y mujeres < 65 años), ya que existe un mayor riesgo de que desarrollen enfermedades coronarias.

PREVENCIÓN PRIMARIA

PERSONAS CON GRAN RIESGO DE DESARROLLAR ENFERMEDAD CORONARIA U OTRA ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA MAYOR

Estimación del riesgo coronario

El riesgo absoluto de desarrollar la enfermedad coronaria (enfermedad coronaria no fatal o muerte coronaria) en los próximos 10 años puede estimarse a partir del gráfico de riesgo coronario (fig. 2) utilizando el sexo, la edad, el hecho de fumar o no, la presión arterial sistólica y el colesterol total. Para los individuos cuyo riesgo de enfermedad coronaria absoluto es $\geq 20\%$ en los próximos 10 años (o que sobrepasará el 20% si se proyecta a la edad de 60 años) se recomienda una modificación intensiva de los factores de riesgo, incluyendo, cuando sea adecuado, el uso selectivo de tratamientos farmacológicos probados. La modificación del estilo de vida es particularmente importante en este grupo de alto riesgo.

Estilo de vida

Es especialmente importante que los individuos de alto riesgo dejen de fumar, opten por una alimentación más sana y sean físicamente activos. Evitar el sobrepeso, o reducir el sobrepeso existente, es importante en prevención primaria. Si se realizan estos cambios en el estilo de vida se puede evitar la necesidad de tratamiento farmacológico durante toda la vida. Las recomendaciones sobre el estilo de vida que se han dado para los pacientes coronarios son aplicables a estos individuos de alto riesgo.

Presión arterial

Los ensayos clínicos para reducir la presión arterial utilizando diferentes fármacos han demostrado de forma convincente que los riesgos asociados con la elevación de la presión arterial pueden reducirse sustancialmente, en particular para el accidente cerebrovascular, pero también para la enfermedad coronaria y la insufi-

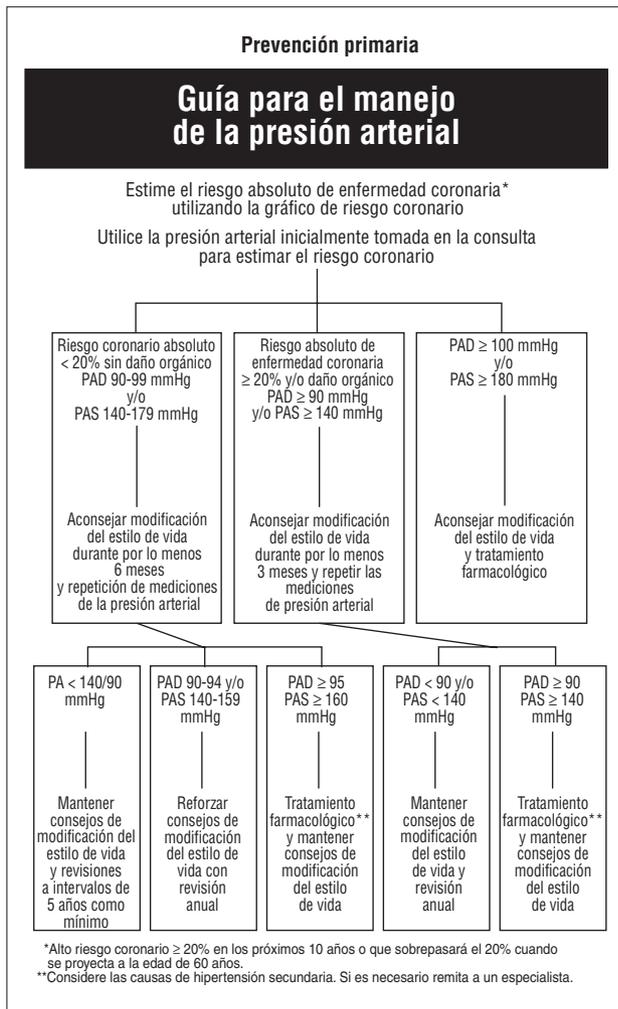


Fig. 3.

ciencia cardíaca. La reducción del riesgo probablemente se debe al factor común de la reducción de la presión arterial, más que a cualquier propiedad intrínseca de las clases de agentes antihipertensivos utilizados. Ya que la enfermedad coronaria es responsable de la mayor proporción de muertes debidas a las enfermedades cardiovasculares, la consideración principal en el tratamiento de la presión arterial es reducir el riesgo de enfermedad coronaria.

La decisión de tratar farmacológicamente la presión arterial depende del riesgo absoluto de enfermedad coronaria, así como de los niveles de presión sistólica y diastólica, y del daño orgánico (fig. 3). Para los individuos con una presión arterial sistólica sostenida ≥ 180 mmHg y/o una presión diastólica ≥ 100 mmHg, a pesar de la modificación del estilo de vida, el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca es tan alto que el tratamiento farmacológico es esencial. Los individuos con una presión arterial sistólica (PAS) de 160-179 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) entre 95 y 99 mmHg

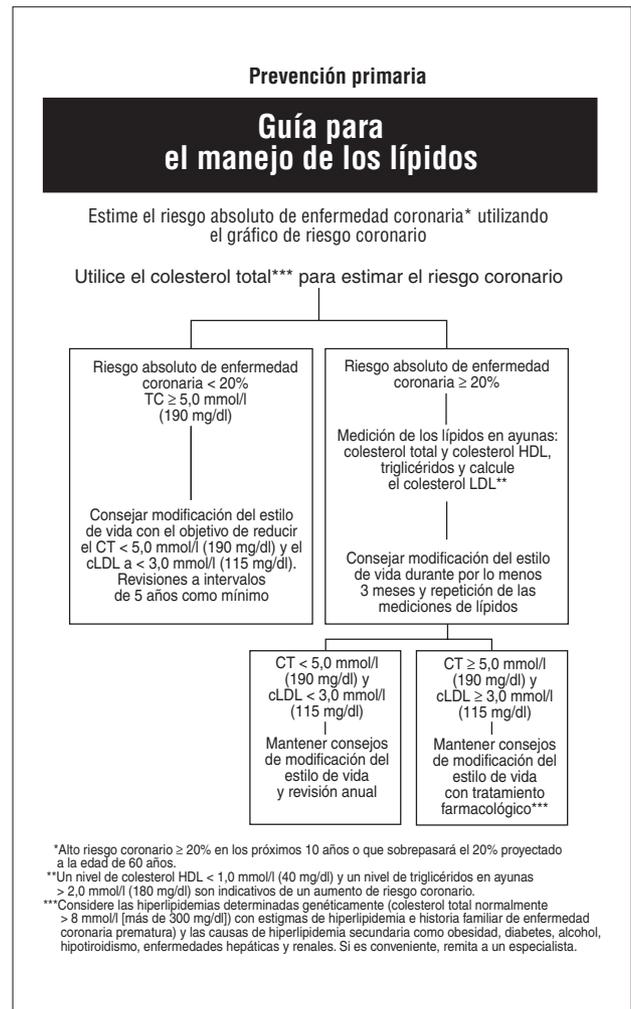


Fig. 4.

a menudo requieren tratamiento farmacológico si estos valores de la presión arterial son sostenidos. Los pacientes que sufren aumentos de la presión arterial más moderados (PAS 140-159 y/o PAD 90-94 mmHg) pueden requerir también tratamiento farmacológico, pero esto depende de la presencia de otros factores de riesgo (un riesgo absoluto de enfermedad coronaria ≥ 20% en los próximos 10 años, o ≥ 20% si se proyecta a la edad de 60 años) y de si existen o no lesiones orgánicas. En cambio, con los mismos niveles de presión, los fármacos no suelen ser necesarios en personas con un menor riesgo absoluto de enfermedad coronaria.

Al iniciar una terapia de reducción de la presión arterial se define el objetivo del tratamiento y se va titulando la dosis hasta conseguirlo. El tratamiento se inicia preferentemente con un fármaco y, si es necesario, se añade un segundo o incluso un tercer agente antihipertensivo hasta conseguir el objetivo. Para la prevención primaria el objetivo apropiado es una presión arterial clara y consistentemente inferior a 140/90

mmHg. Para individuos jóvenes, pacientes con diabetes y pacientes con enfermedad renal parenquimatosa, el objetivo a alcanzar puede ser una presión todavía más baja.

La reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular con el tratamiento antihipertensivo con regímenes basados en diuréticos (particularmente tiazidas) y betabloqueantes está bien demostrada. Recientemente se han obtenido pruebas similares para algunos regímenes basados en calcioantagonistas. En algunos de estos ensayos, sin embargo, también se han utilizado inhibidores de la ECA y otros fármacos en los regímenes de tratamiento. Por tanto, para el tratamiento antihipertensivo pueden tomarse en consideración varias clases de fármacos, con el objetivo de reducir adecuadamente la presión arterial.

Lípidos plasmáticos

Los ensayos clínicos de modificación de los lípidos mediante dietas y diferentes fármacos han demostrado de forma convincente que el riesgo de enfermedad coronaria asociado con unos niveles elevados de colesterol puede reducirse sustancialmente. Esta reducción del riesgo se debe probablemente al factor común de la modificación de las lipoproteínas, principalmente a la reducción del colesterol LDL, más que a alguna propiedad intrínseca de los agentes reductores de lípidos utilizados.

La decisión de tratar los lípidos plasmáticos depende del riesgo absoluto de enfermedad coronaria, así como de los niveles de lípidos, el perfil lipoproteico y la historia familiar de enfermedad coronaria prematura u otra enfermedad aterosclerótica (fig. 4). Los pacientes con hipercolesterolemia familiar tienen tal riesgo elevado de enfermedad prematura de cardiopatía coronaria que el tratamiento farmacológico es siempre necesario. Los individuos que tienen un riesgo elevado de enfermedad coronaria debido a una combinación de factores de riesgo (riesgo absoluto de enfermedad coronaria $\geq 20\%$ en 10 años, o $\geq 20\%$ proyectado a la edad de 60 años), y cuyos niveles de colesterol no descienden con la dieta, requieren tratamiento farmacológico hipolipemiente. Para este tipo de individuos de alto riesgo, los objetivos son conseguir un nivel de colesterol total persistentemente inferior a 5,0 mmol/l (190 mg/dl) y un colesterol LDL inferior a 3,0 mmol/l (115 mg/dl). Esta opinión está apoyada por los ensayos de prevención primaria con hipocolesterolemiantes que han demostrado beneficios, en la reducción de la morbilidad y mortalidad coronarias, al tratar individuos con riesgos absolutos de enfermedad coronaria incluso inferiores al 20%. Las concentraciones de colesterol HDL $< 1,0$ mmol/l (40 mg/dl) y de triglicéridos en ayunas $> 2,0$ mmol/l (180 mg/dl) son indicativas de un aumento del ries-

go de enfermedad coronaria.

Al iniciar una terapia hipolipemiente la dosis de fármacos debe ir aumentándose hasta conseguir el objetivo de nivel de colesterol. Puede que no todos los individuos de alto riesgo consigan este objetivo mediante la dieta, o con un fármaco hipolipemiente a la dosis máxima y, por tanto, algunos necesitarán una terapia de combinación de fármacos. Los que presentan niveles muy elevados de colesterol total o de colesterol LDL puede que todavía no consigan el objetivo previsto, incluso con una terapia máxima, pero aun así se beneficiarán según el grado en que se consiga reducir el nivel de colesterol.

Actualmente están en uso cuatro clases de fármacos (estatinas, fibratos, resinas y niacina), y uno o más fármacos de cada clase han demostrado reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedad coronaria, pero las que demuestran una evidencia más sólida en cuanto a eficacia y seguridad en la prevención primaria son las estatinas.

Glucemia

Hasta este momento no hay evidencia basada en ensayos clínicos sobre el efecto del control de la glucemia sobre el riesgo de enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica en pacientes diabéticos. Tanto en la diabetes de tipo 1 como de tipo 2 el grado de hiperglucemia está asociado a un mayor riesgo de enfermedades ateroscleróticas. El control de la glucemia (tal como se define para los pacientes con enfermedad coronaria) tiene efectos beneficiosos en la enfermedad microvascular diabética y otras complicaciones diabéticas y, por tanto, debe conseguirse, siempre que sea posible, en todos los diabéticos. A todos los niveles de un factor de riesgo dado –consumo de tabaco, presión arterial y lípidos plasmáticos– y con cada combinación de estos factores de riesgo, el riesgo total de enfermedad coronaria en pacientes diabéticos es mucho mayor que el riesgo en un paciente no diabético comparable. Por tanto, en los pacientes diabéticos es particularmente importante conseguir los objetivos relacionados con los factores de riesgo.

Terapias farmacológicas profilácticas

La aspirina y otros fármacos modificadores de las plaquetas no están generalmente indicados en el tratamiento de los individuos de alto riesgo. Se ha observado que una dosis baja de aspirina (75 mg) puede reducir el riesgo de enfermedad coronaria en los pacientes hipertensos tratados cuya presión arterial está bien controlada, y en varones con un riesgo de enfermedad coronaria particularmente elevado. No se recomienda prescribir aspirina a todos los individuos de alto riesgo.

Chequeo de los familiares de primer grado

Se deben medir los lípidos a los familiares de primer grado de pacientes de los que se sospecha que tienen hipercolesterolemia familiar u otra dislipidemia hereditaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pyörälä K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P, Wood D on behalf of the Task Force. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J* 1994; 15: 1300-1331; *Atherosclerosis* 1994; 100: 121-161; *International Society of Hypertension News* 1995; 1: 6-12.
2. EUROASPIRE Study Group, EUROASPIRE. A European Society

APÉNDICE

Este resumen se ha extraído de las Recomendaciones del Segundo Grupo de Trabajo Conjunto de las Sociedades Europeas y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Coronaria en la Práctica Clínica, publicado en el *European Heart Journal*, *Atherosclerosis* y el *Journal of Hypertension* en 1998.

El segundo Grupo de Trabajo fue convocado por la ESC, la EAS y la ESH, sociedades responsables de las recomendaciones originales del Grupo de Trabajo de 1994 sobre prevención coronaria (Presidente: Profesor K. Pyörälä) y consistió en un grupo redactor, otros miembros y especialistas invitados, junto con representantes de otras sociedades europeas y organizaciones que se citan a continuación.

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

Presidente: D. Wood (*Reino Unido*).

Grupo redactor: G. De Backer (*Bélgica*); O. Faergeman (*Dinamarca*); I. Graham (*Irlanda*); G. Mancina (*Italia*); K. Pyörälä (*Finlandia*).

Miembros: O. Bokarew (*Rusia*); F. Cambien (*Francia*); R. Cifkova (*República Checa*); H. Gohlke (*Alemania*); F. Gutzwiller (*Suiza*); W. Klein (*Austria*); P.A. Poole-Wilson (*Reino Unido*); S. Priori (*Italia*).

B. Angelin (*Suecia*) Sociedad Europea de Aterosclerosis.

C. Brotons (*España*) Sociedad Europea de Medicina General y Familiar.

K. Orth-Gomer (*Suecia*) Sociedad Internacional de Medicina del Comportamiento.

V. Press (*Reino Unido*) Red Europea del Corazón.

P. Van Zwieten (*Holanda*) Sociedad Europea de Hipertensión.

Agradecemos las contribuciones especializadas del Profesor Daan Kromhout (División de Investigación de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente, Bilthoven, Holanda) sobre la dieta, del Profesor Philip Home y el Profesor George Alberti sobre diabetes mellitus, y de Ronan M. Conroy (Servicios de Estadística e Informática del Departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva, Colegio Real de Cirujanos de Irlanda, Dublín) que preparó el gráfico de riesgo coronario.

Academy Design Partners U.K. preparó las imágenes del gráfico de riesgo coronario. También agradecemos el soporte administrativo de la Sra. Rosa Valay, la Sra. Liisa Roulinson y el personal del Instituto Nacional del Corazón y el Pulmón, de la Facultad de Medicina del Colegio Imperial de la Universidad de Londres.

- of Cardiology Survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569-1582.
3. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D on behalf of the Task Force. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997; 18: 1231-1248.