# I JORNADAS CIENTIFICAS DEL CEIPC

## 27-28 DE ENERO 2006

**Escuela Nacional de Sanidad**
**Instituto de Salud Carlos III**

## Guías Clínicas de Prevención Cardiovascular: aportaciones de las Guías Europeas

**Carlos Brotons**



# Guías Europeas en Prevención Cardiovascular

**First Joint Task Force-** ***Pyörälä K, et al. Eur Heart J 1994;15:1300-31***
***(3 sociedades científicas europeas)***

**Second Joint Task Force-** ***Wood DA, et al. Eur Heart J 1998;19:1434-1503***
**(6 sociedades científicas)**

**Third Joint Task Force-** ***de Backer G, et al. Eur Heart J 2003;24:1601-1610***
**(8 sociedades científicas)**



# Proyecto ampliamente sustentado

*(8 sociedades de ámbito europeo)*

- European Association for the Study Diabetes
- International Diabetes Federation Europe
- European Society of General Practice/Family Medicine
- European Society of Hypertension
- International Society of Behavioural Medicine
- European Society of Atherosclerosis
- European Heart Network
- European Society of Cardiology



# Las terceras guías europeas (*Third Joint Task Force) se* diferencian de las previas en varios aspectos importantes:

1. **Se pasa de la prevención de la enfermedad coronaria a la prevención de las enfermedades cardiovasculares.**
2. **Se recomienda usar el modelo SCORE para el cálculo del riesgo cardiovascular**
3. **La primera prioridad para los médicos son los pacientes con ECV y los sujetos con alto riesgo de desarrollarla.**

*Guía Europea de Prevención CV en la práctica clínica.*
*Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención CV), 2004.*




JUNE 2003
VOLUME 24 NUMBER 11
ISSN 0195 668X
PACING IN HEART FAILURE
LONGTERM TRACKING OF CARDIOVASCULAR RISK
SCORE PROJECT
NURSE-LED HEART FAILURE CLINICS
GENDER AND OUTCOME IN ASSENT-2
ESC GUIDELINES FOR GUCH
ELSEVIER
European Heart Journal
Journal of the European Society of Cardiology
www.eurheartj.org
0195-668X(200306)24:11;1-1

# Razones para cambiar de tablas de riesgo

1. Las dificultades de aplicar una función de riesgo derivada de una población norteamericana a poblaciones europeas

2. La definición de resultados ('end-points') utilizados en el estudio de FRA difiere de las definiciones utilizadas en la mayoría de estudios de cohortes, y de las variables de resultados utilizadas en los ensayos clínicos.

3. La dificultad en utilizar datos locales para ajustar el modelo de FRA para su uso en poblaciones europeas



# Tablas SCORE

Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular (basada en colesterol total)

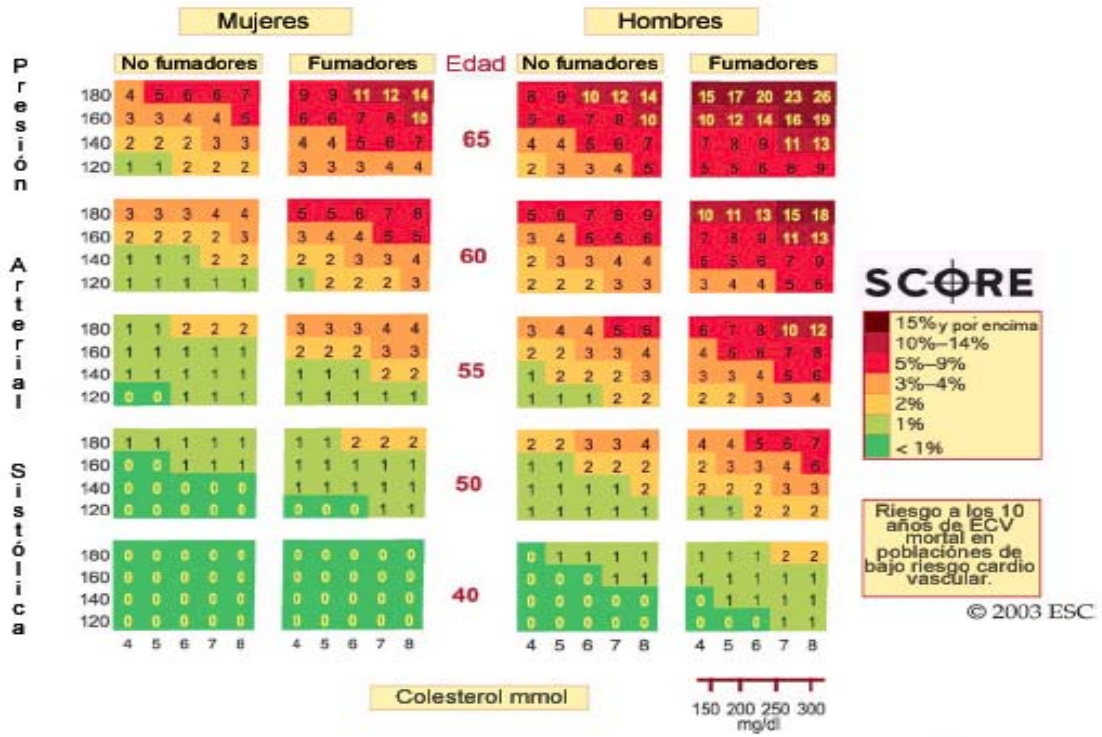
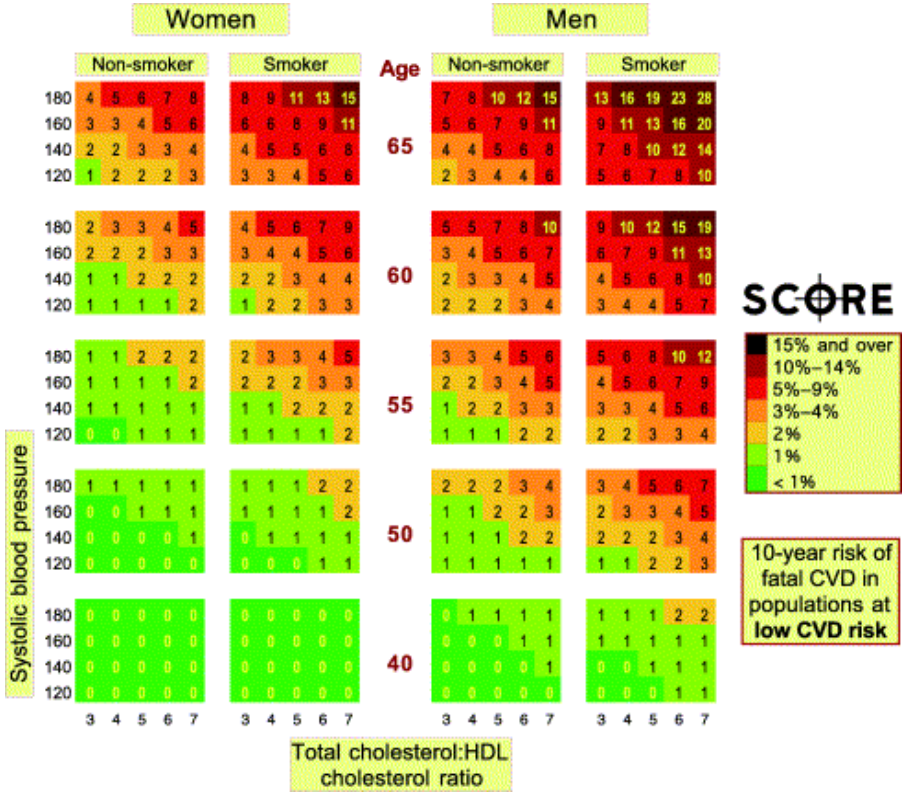



Fig.1 Riesgo a los 10 años de ECV mortal en las regiones de Europa de bajo riesgo por sexo, edad, presión arterial sistólica, colesterol total y tabaco.

**Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Italia, Grecia, Francia, Portugal, España**

# Tablas SCORE

Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular (basada en cociente colesterol/HDL)

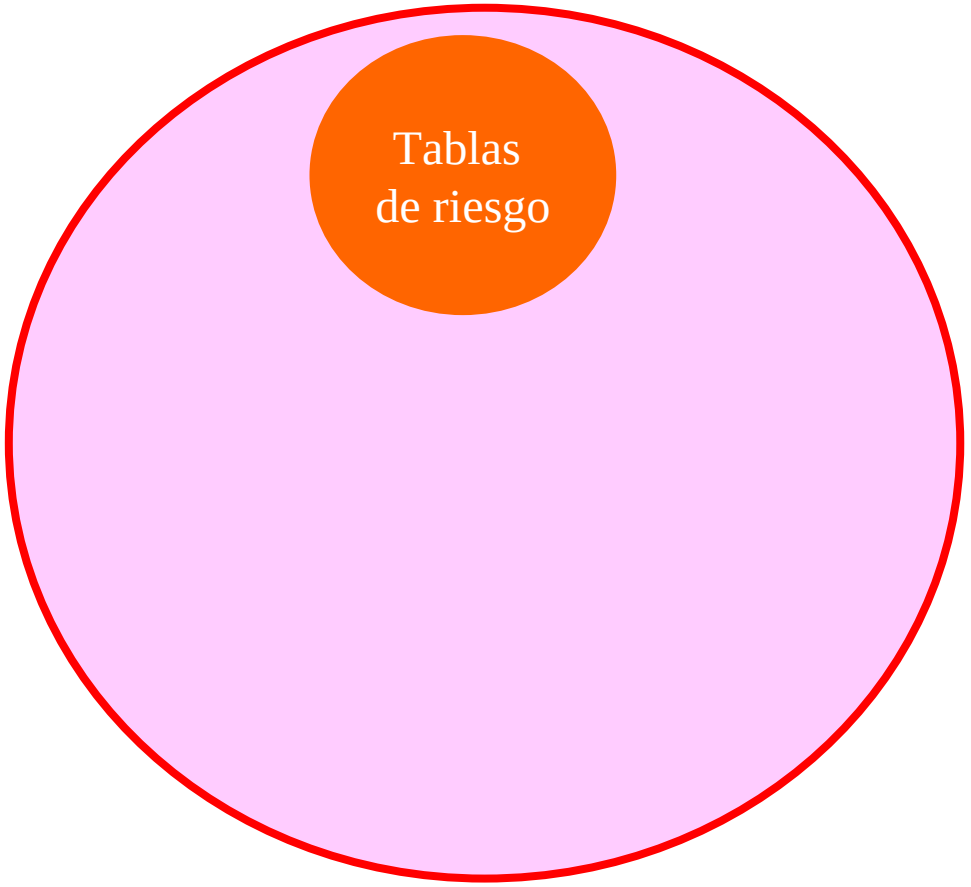



**Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Italia, Grecia, Francia, Portugal, España**

# Utilización del SCORE en las guías de prevención cardiovascular

- Alto riesgo: ≥ 5% a los 10 años
- Diabéticos son pacientes de alto riesgo
- Tablas para países de bajo y alto riesgo utilizando sólo CT.

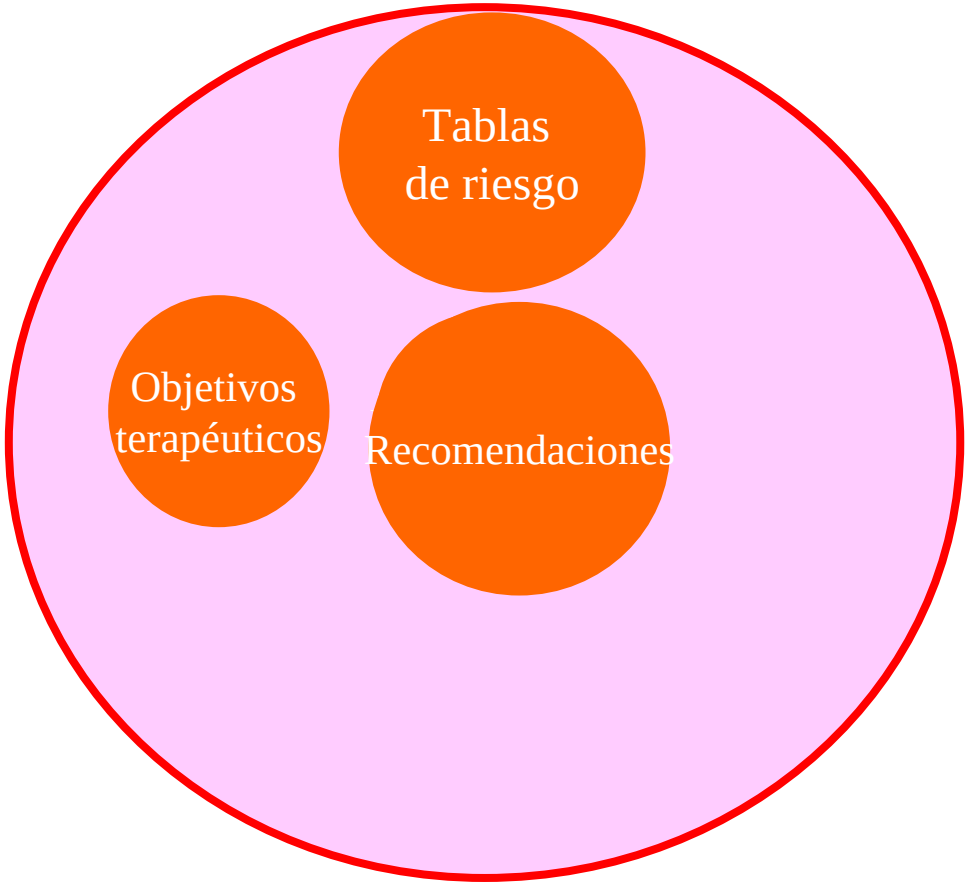
# Guías Europeas en Prevención Cardiovascular



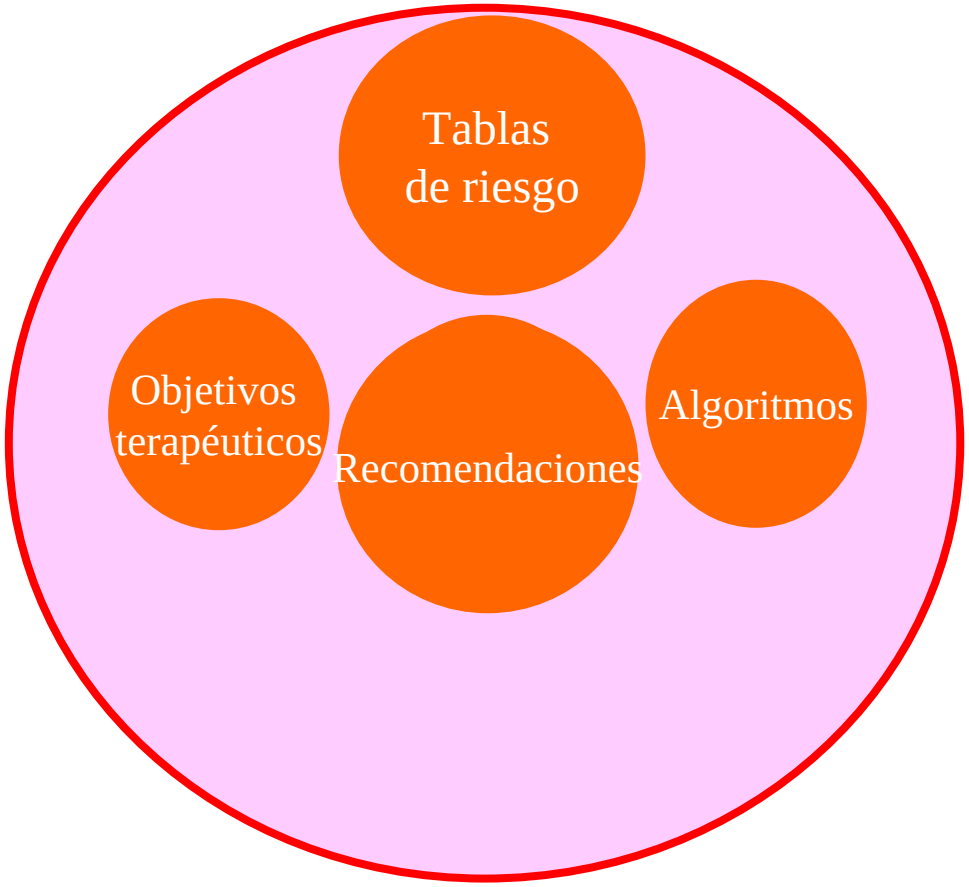
# Guías Europeas en Prevención Cardiovascular



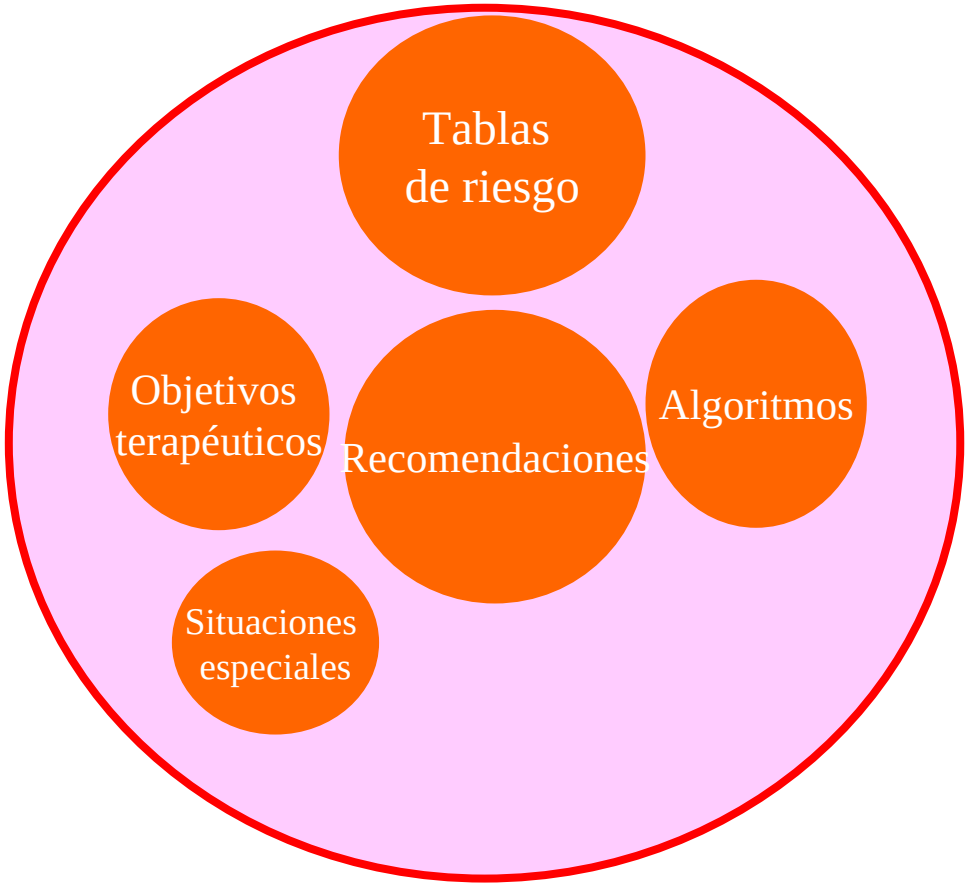
# Guías Europeas en Prevención Cardiovascular



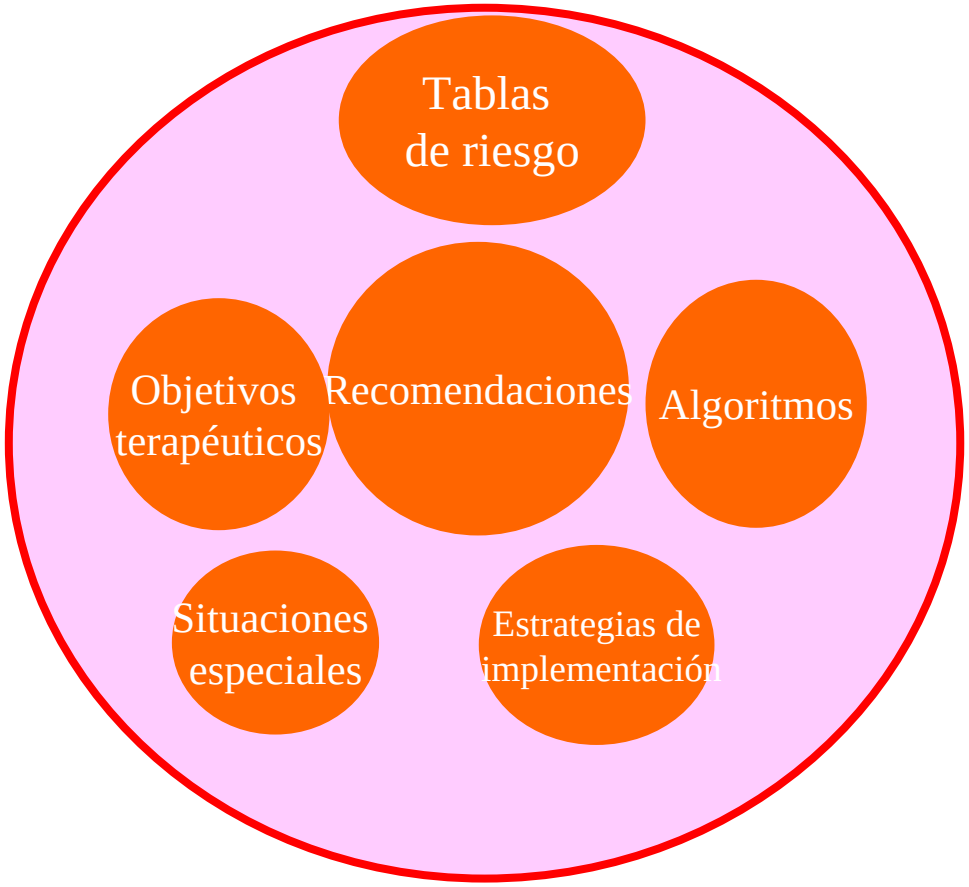
# Guías Europeas en Prevención Cardiovascular



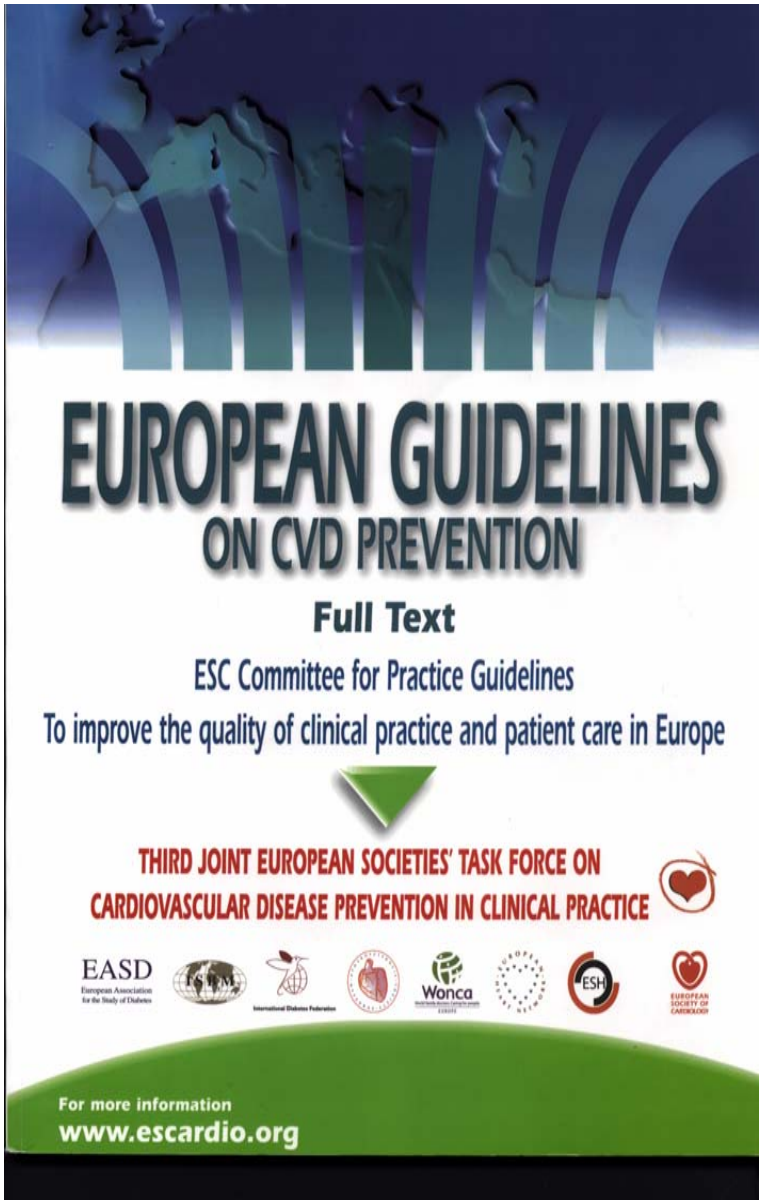
# Guías Europeas en Prevención Cardiovascular



# Guías Europeas en Prevención Cardiovascular




Volume 24 Number 17 September 2003 ISSN 0195-668X
EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY
European Heart Journal
Journal of the European Society of Cardiology
Infective endocarditis in the elderly
Stress echocardiography for the assessment of coronary artery disease
stenting
European guidelines on cardiovascular disease
Editor-in-Chief: Frans Van de Werf
Deputy Editors: Stefan Janssens
George R. Sutherland
ELSEVIER
www.eurheartj.org


EUROPEAN GUIDELINES
ON CVD PREVENTION
Full Text
ESC Committee for Practice Guidelines
To improve the quality of clinical practice and patient care in Europe
THIRD JOINT EUROPEAN SOCIETIES' TASK FORCE ON
CARDIOVASCULAR DISEASE PREVENTION IN CLINICAL PRACTICE
EASD
Wonca
ESH
For more information
www.escardio.org

# Prioridades médicas en prevención CV

1. **Pacientes con ECV establecida**
2. **Sujetos asintomáticos de ALTO RIESGO:**
   - Varios FRCV que den lugar a un riesgo alto **(≥ 5 %)**
   - Un solo FR muy elevado (CT ≥ 320 mg/dl o LDL ≥ 240 mg/dl; HTA ≥ 180/110 mmHg)
   - Pacientes diabéticos tipo 1 (+MA) o tipo 2
3. **Familiares próximos (padres o hermanos) con ECV precoz o de muy alto riesgo**
4. **Otros individuos atendidos en la práctica habitual**



# Modificadores del riesgo

*(riesgo mayor que el señalado en las tablas)*

- Proximidad al siguiente grupo de edad
- Manifestación de enfermedad CV subclínica (e.g., ecografía, tomografía computarizada).
- Antecedentes familiares de enfermedad CV prematura
- Hipertrigliceridemia, HDL bajo, intolerancia a la glucosa,
- Homocisteína ↑, PCR ↑,fibrinógeno ↑, apolipo. B ↑, Lp(a)↑
- Sedentarismo-obesidad

# Guías Europeas en Prevención Cardiovascular

*'Esta guía pretende impulsar el desarrollo de guías nacionales para la prevención cardiovascular. Su aplicación sólo es posible mediante la colaboración entre diferentes grupos de profesionales a nivel nacional. Estas recomendaciones deben considerarse como un marco en el que son posibles todas las adaptaciones necesarias que reflejen las diferentes circunstancias políticas, económicas, sociales y médicas'*



# Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular

## Comité Español Interdisciplinario para la Prevencion Cardiovascular (CEIPC)

**Carlos Brotons (1,2), Miguel Angel Royo-Bordonada (3), Luis Álvarez-Sala (4), Pedro Armario (5), Rosario Artigao (6), Pedro Conthe (7), Fernando de Álvaro (8), Ana de Santiago (9), Antonio Gil (10), José Mª Lobos (11), Antonio Maiques (11), Jaume Marrugat (12,13), Didac Mauricio (14), Fernando Rodriguez-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 de la CEIPC; (3) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo; (4) Sociedad Española de Arteriosclerosis; (5) Sociedad Española de Hipertensión-Liga Espanola 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



# Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular

## Comité Español Interdisciplinario para la Prevencion Cardiovascular (CEIPC)

Carlos Brotons (1,2), Miguel Angel Royo-Bordonada (3), Luis Álvarez-Sala (4), Pedro Armario (5), Rosario Artigao (6), Pedro Conthe (7), Fernando de Álvaro (8), Ana de Santiago (9), Antonio Gil (10), José Mª Lobos (11), Antonio Maiques (11), Jaume Marrugat (12,13), Didac Mauricio (14), Fernando Rodriguez-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 de la CEIPC; (3) Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo; (4) Sociedad Española de Arteriosclerosis; (5) Sociedad Española de Hipertensión-Liga Espanola 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**



# Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular

## Comité Español Interdisciplinario para la Prevencion Cardiovascular (CEIPC)

**Sociedad Española de Arteriosclerosis**
**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 Interna**
**Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**
**Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista**
**Sociedad Española de Nefrología**
**Sociedad Española de Neurología**
**Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria**
**Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo**



# Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)

Sociedad Española de Arteriosclerosis
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 Interna
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo
Sociedad Española de Nefrología
Sociedad Española de Neurología
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo
Instituto de Salud Carlos III



# Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)

La misión fundamental del CEIPC es dar un único mensaje en lo que las recomendaciones en prevención cardiovascular se refiere, y evitar así la multiplicidad de criterios.



# Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)

EL CEIPC revisa y discutir la evidencia científica existente sobre prevención cardiovascular para la elaboración de unas recomendaciones (adaptación de las recomendaciones europeas) y su aplicación en nuestro país.

A través del CEIPC se pretender llevar a cabo actividades de difusión, formación e investigación (evaluación de la penetración de las recomendaciones y su grado de dificultad)

El CEIPC entiende que las administraciones sanitarias deben promover y evaluar el seguimiento de estas recomendaciones por los profesionales sanitarios.



# Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular

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. 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).



# Cálculo del riesgo cardiovascular

# Tablas SCORE

Riesgo de muerte cardiovascular para países europeos de baja mortalidad cardiovascular (basada en colesterol total)

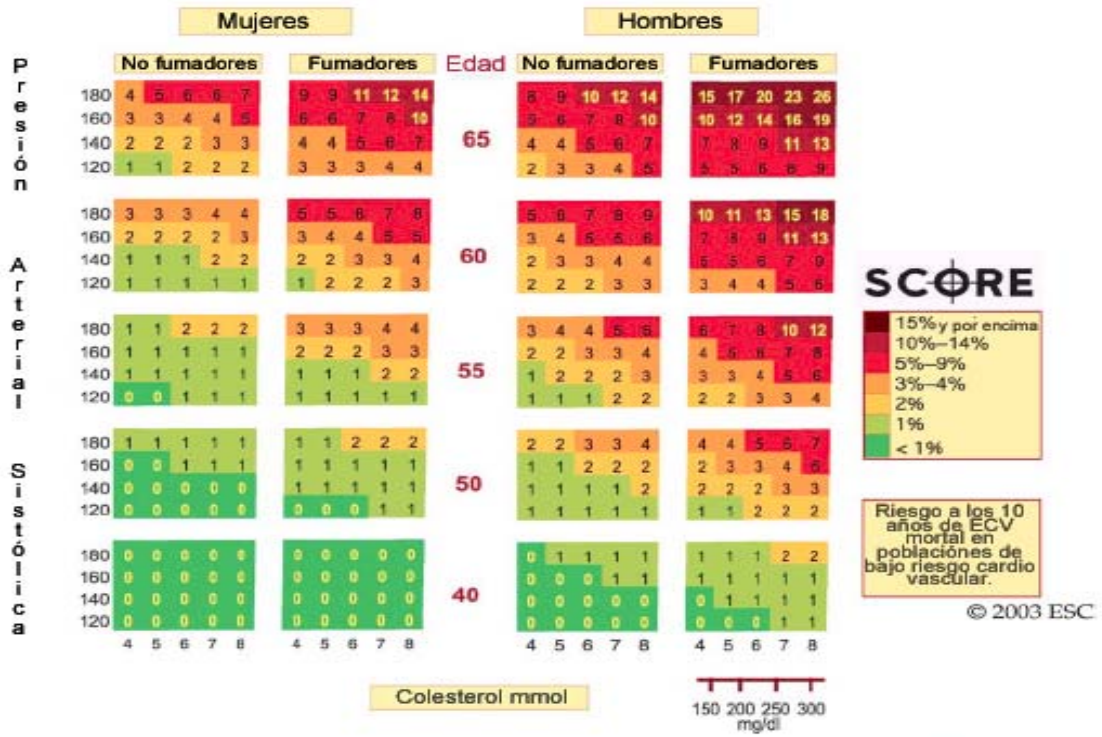



Fig.1 Riesgo a los 10 años de ECV mortal en las regiones de Europa de bajo riesgo por sexo, edad, presión arterial sistólica, colesterol total y tabaco.

**Bélgica, Luxemburgo, Suiza, Italia, Grecia, Francia, Portugal, España**

# Prioridades médicas en prevención CV

- **Pacientes con ECV establecida**
- **Sujetos asintomáticos de ALTO RIESGO:**

  Varios FRCV que den lugar a un riesgo actual (o extrapolado a los 60 años de edad) alto **≥ 5**

**¿EXTRAPOLACION A LOS 60 AÑOS?**

*Comité Español Interdiscipinario para la Prevención Cardiovascular, 2004.*

# Prioridades médicas en prevención CV

## ¿EXTRAPOLACION A LOS 60 AÑOS?

***'La extrapolación del riesgo a los 60 años es controvertida; el CEIPC recomienda que en aquellos pacientes jóvenes con varios factores de riesgo pero que por la edad no se consideran de alto riesgo, antes que etiquetarles como tales haciendo una simple extrapolación, se debería hacer énfasis en el consejo y los cambios en los estilos de vida'.***

*Comité Español Interdiscipinario para la Prevención Cardiovascular, 2004.*



# Prioridades médicas en prevención CV

## ¿EXTRAPOLACION A LOS 60 AÑOS?

- Para motivar al paciente
- Precaución con el “etiquetado”
- Priorizar los cambios en los estilos de vida



# Factores de riesgo ligados a los estilos de vida

## Dejar de fumar
## Estrategias para alcanzar este objetivo- 5As

**Estrategias de las 5 Aes:**

**Averiguar** de forma sistemática qué pacientes son fumadores
**Analizar** el grado de adicción y su disposición
**Aconsejar** con firmeza a todos los fumadores que lo dejen
**Ayudar** a establecer una estrategia para dejar de fumar, incluyendo el consejo conductual, la terapia de sustitución con nicotina o el tratamiento farmacológico.

**Acordar** un calendario de visitas de control y seguimiento



# Factores de riesgo ligados a los estilos de vida

## Dejar de fumar

***'Es prioritario que todos los fumadores reciban consejo profesional para dejar de fumar. El consejo firme del profesional sanitario para dejar de fumar constituye el factor más importante para poner en marcha el proceso de abandono del tabaco en pacientes con enfermedades cardiovasculares'***



# Factores de riesgo ligados a los estilos de vida

Elegir dietas saludables: recomendaciones muy generales

**Anexo**

***Limitación de la ingesta de sal para el control de la PA.***

- ***El consejo en relación con el consumo de bebidas alcohólicas.***
- ***La ingesta de grasas (30-35% de la ingesta calórica total), y las saturadas (<7% de la ingesta calórica total)***
- ***Dieta mediterránea***



# Manejo de la Presión arterial

En los pacientes con enfermedades cardiovasculares, la elección del tratamiento antihipertensivo dependerá de la enfermedad cardiovascular subyacente

***Los sujetos con antecedentes de una alteración clínica asociada (ERC, IM, AP, RC, Ictus, AIT, IC, EVP) son sujetos de alto riesgo, por lo que no será precisa la estimación del riesgo CV. En estos sujetos los fármacos con efecto antihipertensivo pueden estar indicados no sólo por su efecto reductor de la PA sino también por otros efectos CV y por ello pueden estar indicados incluso en presencia de PA considerada normal en sujetos exentos de estas enfermedades.***



# Guía para el manejo de la PA

**Calcular el RCV (*) usando la puntuación SCORE**
**Utilizar la PA clínica inicial para calcular el RCV global**

- RCV < 5% y no LOD; PAS 140-179 mmHg y/o PAD 90-109 mmHg → **Consejos sobre MEV durante varios meses con medidas repetidas de la PA**
  - PA < 140/90 MmHg → Mantener MEV y seguimiento anual
  - PAS 140-149 mmHg y/o PAD 90-94 mmHg → Reforzar los consejos sobre MEV. Valorar tratamiento farmacológico teniendo en cuenta la opinión del paciente
  - PAS > 150 mmHg y/o PAD > 95 mmHg → Tratamiento# farmacológico y reforzar los consejos sobre MEV.
- RCV < 5% y LOD; PAS > 140 mmHg y/o PAD > 90 mmHg → Consejos sobre MEV y tratamiento farmacológico#
- RCV > 5% y/o ECA; PAS > 140 mmHg y/o PAD > 90 mmHg → Consejos sobre MEV y tratamiento farmacológico#
- PAS > 180 mmHg y/o PAD > 110 mmHg → Consejos sobre MEV e iniciar tratamiento farmacológico # de forma precoz e independientemente del RCV

**Objetivos:**
< 140/90 mmHg en todos los sujetos de alto riesgo
< 130/80 mmHg en los pacientes con diabetes y en pacientes con enfermedad renal crónica.

* RCV ≥ 5% a los 10 años. Esto corresponde a un riesgo de enfermedad coronaria del 20% utilizado anteriormente.

\# Considerar las causas de HTA secundaria. Si se considera apropiado, remitir al especialista

**PRECAUCION**: En los pacientes con PA normal o normal alta (130-139/85-89 mmHg) podría considerarse el tratamiento antihipertensivo si tienen historia de ictus, enfermedad coronaria o diabetes.

***RCV:*** *riesgo cardiovascular;* ***LOD****: lesión órgano diana;*
***MEV****: modificación del estilo de vida*

# Guía para el manejo de la presión arterial

***Los sujetos con cifras de PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90 mmHg y con un riesgo < 5% pueden representar un grupo de pacientes hipertensos muy heterogéneo. Estos deberían ser seguidos muy estrechamente, y es oportuno recomendarles cambios en el estilo de vida durante al menos 6 meses, dependiendo de las cifras de PA. Se aconseja un control clínico a los 1,3 y 6 meses, valorando la evolución de las cifras de PA y el seguimiento de las medidas no farmacológicas.***



# Guía para el manejo de la presión arterial

Los pacientes con riesgo cardiovascular elevado o muy elevado y los sujetos con diabetes mellitus se beneficiarán de una mayor reducción de la PA por debajo de la meta terapéutica de < 140/90 mmHg.

***También los pacientes con enfermedad renal crónica, historia de ictus, enfermedad coronaria o insuficiencia cardiaca. Específicamente, existen recomendaciones de que tras un ictus o AIT, la PA debe ser reducida, independientemente de su nivel, con un inhibidor de la ECA y un diurético, dependiendo de la tolerancia al tratamiento.*** **EUSI. Cerebrovasc Dis 2004;17 (supp 2): 15-29.**



# Guía para el manejo de los lípidos en pacientes asintomáticos

**RCV < 5%**
**CT ≥ 190 mg/dl (5mmol/)**

Consejos sobre MEV
Objetivo: reducir CT > 5 mmol/l (< 190 mg/dl ) y el LDL < 3 mmol/l (115 mg/dl)
Seguimiento: mínimo 5 años

**RCV ≥ 5%**
**CT ≥ 190 mg/dl (5 mmol/l)**

1. Perfil completo (tras 12 h ayuno)
2. MEV al menos 3 meses
3. Realizar nueva determinación

**CT < 5 mmol/l (190 mg/dl) y LDL < 3 mmol/l (115 mg/dl)** Mantener consejos sobre MEV y seguimiento annual. Si el riesgo permanece ≥5%,considerar fármacos para reducir el CT a < 4,5 mmol/l (<175 mg/dl) y cLDL a < 2,5 mmolo/l (<100 mg/dl)

**CT ≥ 5 mmol/l (190 mg/dl) o LDL ≥ 115 mg/dl)**
Mantener consejos sobre MEV vida y empezar con fármacos

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica.
*Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular), 2004.*



# Guía adaptada para el manejo de los lípidos en pacientes asintomáticos

**RCV < 5%**
**CT ≥ 200 mg/dl (5,2 mmol/)**

Consejos sobre MEV
Objetivo: reducir CT < 200 mg/dl y el LDL < 130 mg/dl
Seguimiento: 5 años

**RCV ≥ 5%**
**CT ≥ 200 mg/dl (5,2 mmol/l)**

1. Perfil completo (tras 12 h ayuno)
2. MEV al menos 6 meses
3. Realizar nueva determinación

**CT < 200 mg/dl y LDL < 130 mg/dl**

Mantener consejos sobre MEV y seguimiento anual

**CT ≥ 200 mg/dl o LDL ≥ 130 mg/dl**

Mantener consejos sobre MEV vida y empezar con fármacos

Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica.
*Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular), 2004.*



# Guía para el manejo de los lípidos

No se definen objetivos terapéuticos para el cHDL ni para los TG aunque las concentraciones de éstos se utilicen como marcadores de riesgo aumentado.

***En el documento completo de las guías europeas incluyen la Lp (a) > 30 mg/dl y la Apolipoproteían B > 150 mg/dl como valores claramente asociados a un incremento del riesgo de enfermedades arterioscleróticas.***



# Objetivos terapéuticos en la DM-2

| | | objetivo |
|---|---|---|
| **HbA1c (DCCT-estandarizado)** | $HbA_{1c}$ (%) | < 6,1 |
| | | |
| **Glucosa venosa** | **Ayunas/preprandial** | |
| | mmol/l | ≤6,0 |
| | mg/dl | <110 |
| **Automonitorización** | **Ayunas/preprandial** | |
| | mmol/l | 4,0-5,0 |
| | mg/dl | 70-90 |
| | **Postprandial** | |
| | mmol/l | 4,0-7,5 |
| | mg/dl | 70-135 |
| **Presión arterial** | mmHg | < 130/80 |
| **Colesterol total** | mmol/l (mg/dl) | < 4.5 (175) |
| **Colesterol LDL** | mmol/l (mg/dl) | <2.5 (100) |

# Objetivos terapéuticos en la DM-2

***También se deben considerar como objetivo terapéutico los TG < 150 mg/dl.***

***La evaluación del control de los niveles de glucosa para la diabetes tipo I y en la diabetes tipo 2 aparece en las tablas 2-3 del anexo.***



## Evaluación del control de los niveles de glucosa para la diabetes tipo 2

| | | No diabético | Adecuado | Inadecuado |
|---|---|---|---|---|
| HbA1c (DCCT-estandarizado) | HbA1c (%) | < 6,1 | 6,2-7,5 | > 7,5 |
| Glucosa venosa plasmática | Ayunas/prepandrial | | | |
| | mmol/l | ≤ 6,0 | 6,1-7,0 | ≥ 7,0 |
| | mg/dl | < 110 | 110-125 | > 125 |
| Automonitorización de la glucosa | Ayunas/prepandrial | | | |
| | mmol/l | 4,0-5,0 | 5,1-6,5 | > 6,5 |
| | mg/dl | 70-90 | 91-120 | >120 |
| | Postprandial | | | |
| | mmol/l | 4,0-7,5 | 7,6-9,0 | > 9,0 |
| | mg/dl | 70-135 | 136-160 | > 160 |



# Criterios de derivación o consulta al especialista del paciente hipertenso

- ***Sospecha de HTA secundaria no farmacológica***
- ***HTA asociada a insuficiencia renal crónica***
- ***HTA refractaria o resistente (descartar previamente el efecto de bata blanca)***
- ***HTA durante embarazo***
- ***Emergencia hipertensivas***



# Criterios de derivación o consulta al especialista del paciente dislipémico

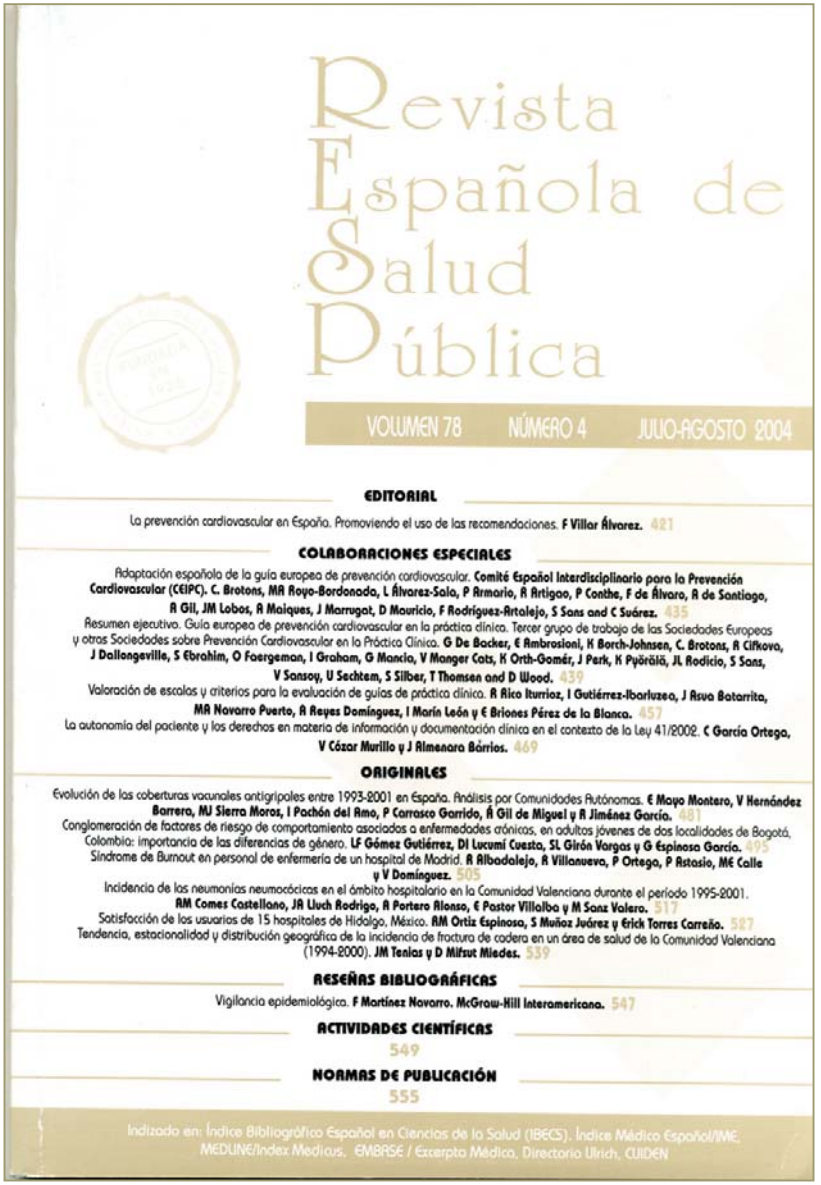
- ***Sospecha de hiperlipidemia primaria, familiar o esporádica, que requiera para su diagnóstico determinaciones analíticas especializadas***

- ***Cuando sea necesario añadir un tercer fármaco para el control de la hiperlipidemia, o bien aparezcan efectos secundarios al tratamiento imposibles de controlar en atención primaria.***



# Difusión de la adaptación de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular





# Revista Española de Salud Pública

VOLUMEN 78 NÚMERO 4 JULIO-AGOSTO 2004

**EDITORIAL**

La prevención cardiovascular en España. Promoviendo el uso de las recomendaciones. **F Villar Álvarez.** 421

**COLABORACIONES ESPECIALES**

Adaptación española de la guía europea de prevención cardiovascular. **Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). C. Brotons, MA Royo-Bordonada, L Álvarez-Sala, P Armario, R Artigao, P Conthe, F de Álvaro, R de Santiago, R Gil, JM Lobos, R Maiques, J Marrugat, D Mauricio, F Rodríguez-Artalejo, S Sans and C Suárez.** 435

Resumen ejecutivo. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Tercer grupo de trabajo de las Sociedades Europeas y otras Sociedades sobre Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. **G De Backer, E Ambrosioni, K Borch-Johnsen, C. Brotons, R Cifkova, J Dallongeville, S Ebrahim, O Faergeman, I Graham, G Mancia, V Manger Cats, K Orth-Gomér, J Perk, K Pyörälä, JL Rodicio, S Sans, V Sansoy, U Sechtem, S Silber, T Thomsen and D Wood.** 439

Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica. **R Rico Iturrioz, I Gutiérrez-Ibarluzea, J Asua Batarrita, MA Navarro Puerto, R Reyes Domínguez, I Marín León y E Briones Pérez de la Blanca.** 457

La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. **C García Ortega, V Cózar Murillo y J Almenara Bárrios.** 469

**ORIGINALES**

Evolución de las coberturas vacunales antigripales entre 1993-2001 en España. Análisis por Comunidades Autónomas. **E Mayo Montero, V Hernández Barrera, MJ Sierra Moros, I Pachón del Amo, P Carrasco Garrido, Á Gil de Miguel y R Jiménez García.** 481

Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas, en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género. **LF Gómez Gutiérrez, DI Lucumí Cuesta, SL Girón Vargas y G Espinosa García.** 495

Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. **R Albadalejo, R Villanueva, P Ortega, P Astasio, ME Calle y V Domínguez.** 505

Incidencia de las neumonías neumocócicas en el ámbito hospitalario en la Comunidad Valenciana durante el período 1995-2001. **RM Comes Castellano, JR Lluch Rodrigo, R Portero Alonso, E Pastor Villalba y M Sanz Valero.** 517

Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. **RM Ortiz Espinosa, S Muñoz Juárez y Erick Torres Carreño.** 527

Tendencia, estacionalidad y distribución geográfica de la incidencia de fractura de cadera en un área de salud de la Comunidad Valenciana (1994-2000). **JM Tenias y D Mirsut Miedes.** 539

**RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS**

Vigilancia epidemiológica. **F Martínez Navarro. McGraw-Hill Interamericana.** 547

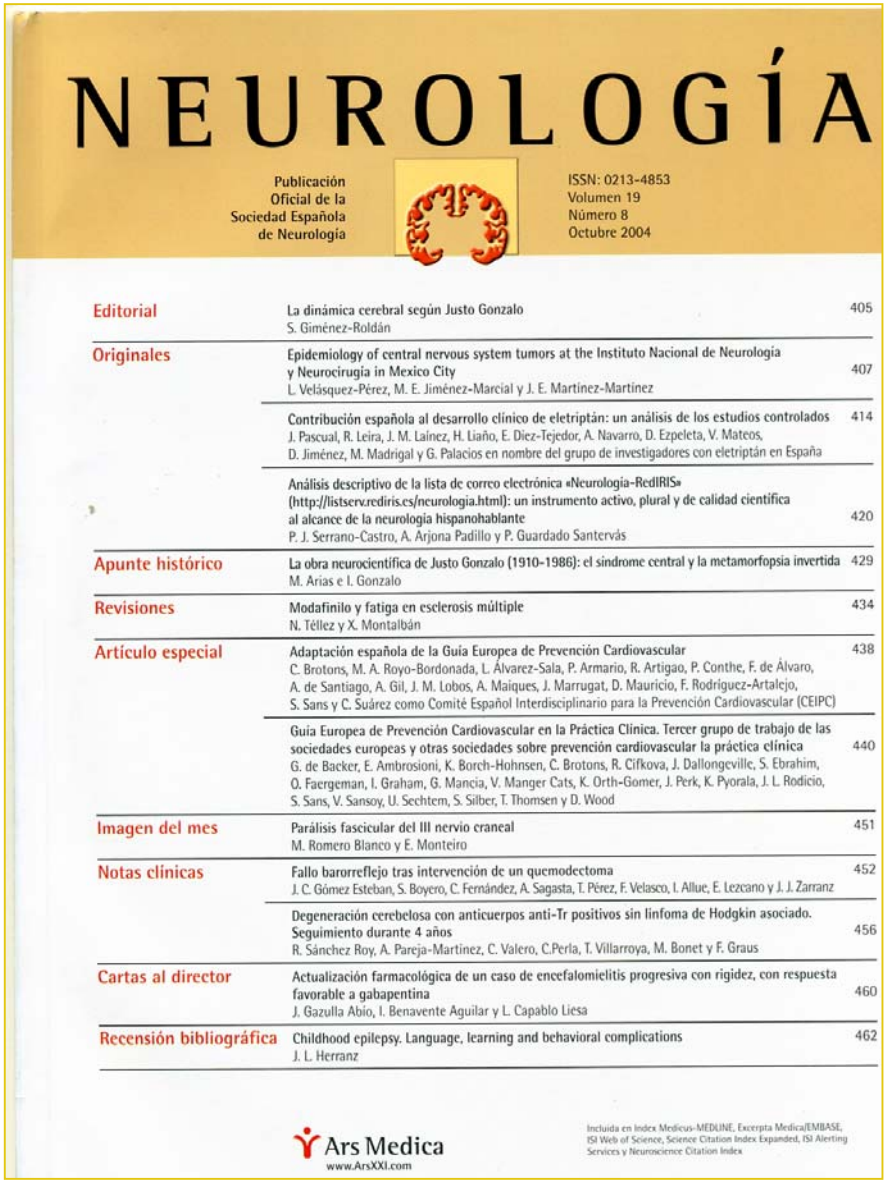
**ACTIVIDADES CIENTÍFICAS**

549

**NORMAS DE PUBLICACIÓN**

555

Indizado en: Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Índice Médico Español/IME, MEDLINE/Index Medicus, EMBASE / Excerpta Médica, Directorio Ulrich, CUIDEN



# NEUROLOGÍA

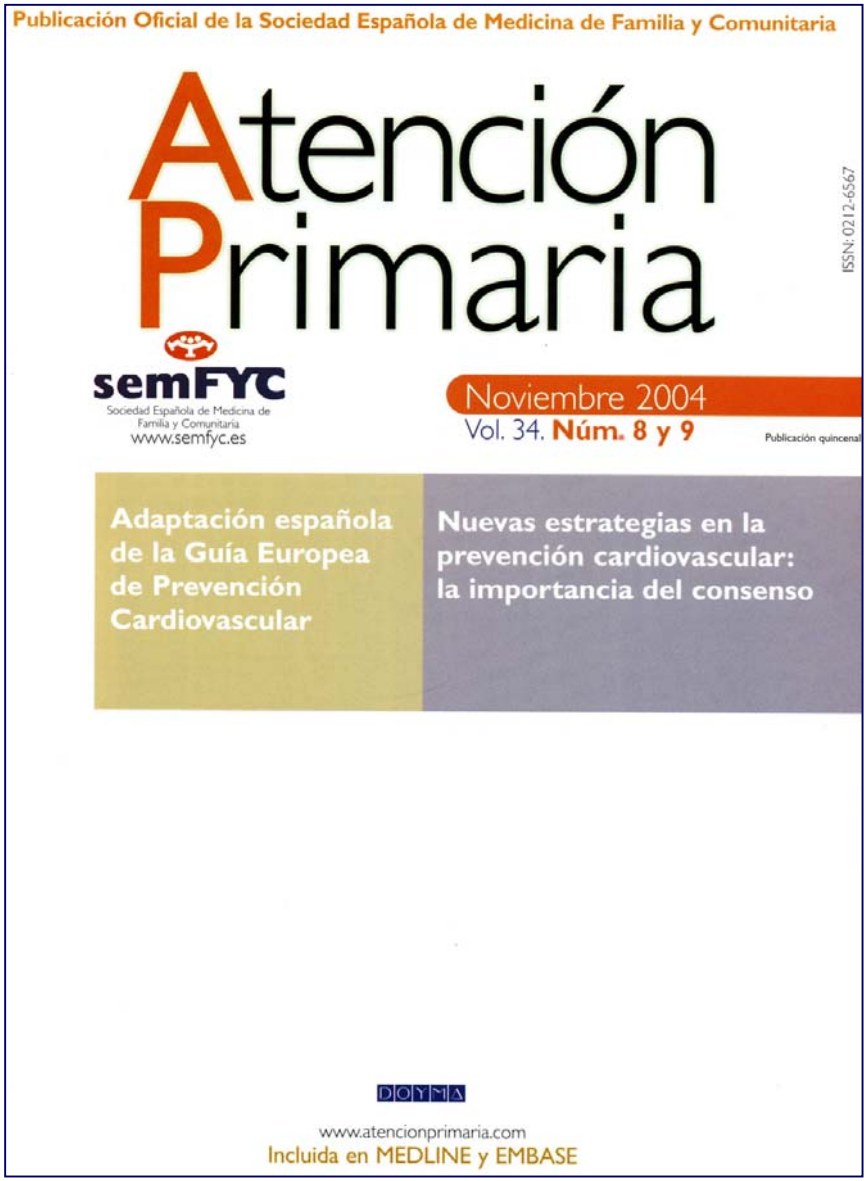
Publicación Oficial de la Sociedad Española de Neurología

ISSN: 0213-4853
Volumen 19
Número 8
Octubre 2004

| | | |
|---|---|---|
| Editorial | La dinámica cerebral según Justo Gonzalo<br>S. Giménez-Roldán | 405 |
| Originales | Epidemiology of central nervous system tumors at the Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía in Mexico City<br>L. Velásquez-Pérez, M. E. Jiménez-Marcial y J. E. Martínez-Martínez | 407 |
| | Contribución española al desarrollo clínico de eletriptán: un análisis de los estudios controlados<br>J. Pascual, R. Leira, J. M. Laínez, H. Liaño, E. Díez-Tejedor, A. Navarro, D. Ezpeleta, V. Mateos, D. Jiménez, M. Madrigal y G. Palacios en nombre del grupo de investigadores con eletriptán en España | 414 |
| | Análisis descriptivo de la lista de correo electrónica «Neurología-RedIRIS» (http://listserv.rediris.es/neurologia.html): un instrumento activo, plural y de calidad científica al alcance de la neurología hispanohablante<br>P. J. Serrano-Castro, A. Arjona Padillo y P. Guardado Santervás | 420 |
| Apunte histórico | La obra neurocientífica de Justo Gonzalo (1910-1986): el síndrome central y la metamorfopsia invertida<br>M. Arias e I. Gonzalo | 429 |
| Revisiones | Modafinilo y fatiga en esclerosis múltiple<br>N. Téllez y X. Montalbán | 434 |
| Artículo especial | Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular<br>C. Brotons, M. A. Royo-Bordonada, L. Álvarez-Sala, P. Armario, R. Artigao, P. Conthe, F. de Álvaro, A. de Santiago, A. Gil, J. M. Lobos, A. Maiques, J. Marrugat, D. Mauricio, F. Rodríguez-Artalejo, S. Sans y C. Suárez como Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC) | 438 |
| | Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Tercer grupo de trabajo de las sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular la práctica clínica<br>G. de Backer, E. Ambrosioni, K. Borch-Hohnsen, C. Brotons, R. Cifkova, J. Dallongeville, S. Ebrahim, O. Faergeman, I. Graham, G. Mancia, V. Manger Cats, K. Orth-Gomer, J. Perk, K. Pyorala, J. L. Rodicio, S. Sans, V. Sansoy, U. Sechtem, S. Silber, T. Thomsen y D. Wood | 440 |
| Imagen del mes | Parálisis fascicular del III nervio craneal<br>M. Romero Blanco y E. Monteiro | 451 |
| Notas clínicas | Fallo barorreflejo tras intervención de un quemodectoma<br>J. C. Gómez Esteban, S. Boyero, C. Fernández, A. Sagasta, T. Pérez, F. Velasco, I. Allue, E. Lezcano y J. J. Zarranz | 452 |
| | Degeneración cerebelosa con anticuerpos anti-Tr positivos sin linfoma de Hodgkin asociado. Seguimiento durante 4 años<br>R. Sánchez Roy, A. Pareja-Martínez, C. Valero, C.Perla, T. Villarroya, M. Bonet y F. Graus | 456 |
| Cartas al director | Actualización farmacológica de un caso de encefalomielitis progresiva con rigidez, con respuesta favorable a gabapentina<br>J. Gazulla Abio, I. Benavente Aguilar y L. Capablo Liesa | 460 |
| Recensión bibliográfica | Childhood epilepsy. Language, learning and behavioral complications<br>J. L. Herranz | 462 |

Ars Medica
www.ArsXXI.com

Incluida en Index Medicus-MEDLINE, Excerpta Medica/EMBASE, ISI Web of Science, Science Citation Index Expanded, ISI Alerting Services y Neuroscience Citation Index


Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Atención Primaria
ISSN: 0212-6567
semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
www.semfyc.es
Noviembre 2004
Vol. 34. Núm. 8 y 9
Publicación quincenal
Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular
Nuevas estrategias en la prevención cardiovascular: la importancia del consenso
DOYMA
www.atencionprimaria.com
Incluida en MEDLINE y EMBASE



ISSN: 0212-8241

Órgano oficial de la Sociedad Española de Hipertensión-
Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

# Hipertensión

Volumen 21, Número 8, Noviembre 2004

**Editorial**
Grado de control de la hipertensión arterial en España: ¿dónde estamos? 385
*A. Coca*

**Originales**
¿Hemos mejorado en el grado de control de la presión arterial en los pacientes hipertensos y diabéticos de Cataluña? Estudio DISEHTAC 1996 a 2001 388
*A. Dalfó Baqué, M. Benitez Camps, S. Pérez Zamora, M. Piqueras Ballester y G. Losada Duval*

Perfil clínico de una población hipercolesterolémica española y diferencias entre sexos. Estudio LIPYCARE 395
*V. Barrios Alonso, M. Martínez Sellés, J. P. Tomás Zorlenga, I. Herranz Tejedor, L. Prieto Valiente, J. L. Llisterri Caro, A. Calderón Montero y L. M. Ruilope Urioste*

**Documentos de consenso**
Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular **403**
*C. Brotons, M. A. Royo-Bordonada, L. Álvarez-Sala, P. Armario, R. Artigao, P. Conthe, F. de Álvaro, A. de Santiago, A. Gil, J. M. Lobos, A. Maiques, J. Marrugat, D. Mauricio, F. Rodríguez-Artalejo, S. Sans y C. Suárez*

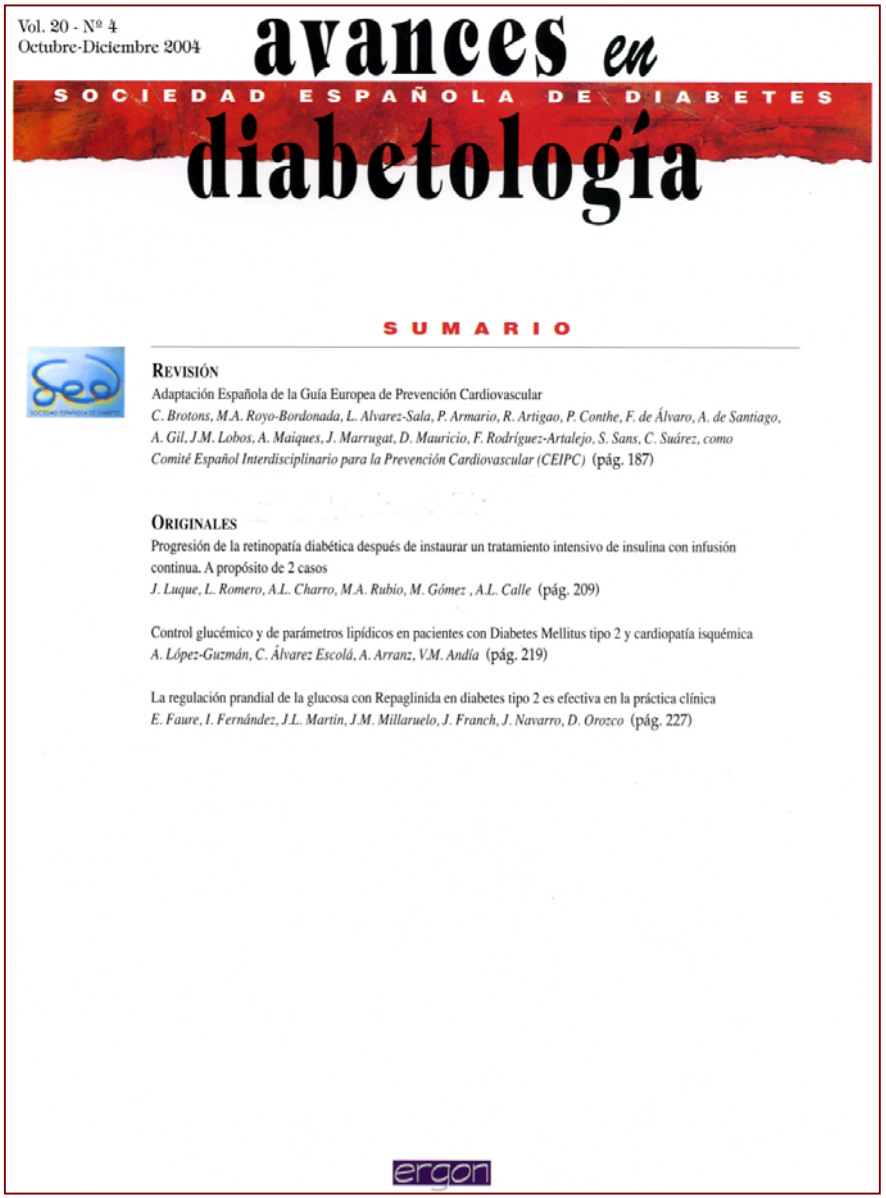
**Caso clínico**
Paciente diabética con hipertensión acelerada que ingresa con clínica de insuficiencia cardíaca 418
*G. Torres Cortada, J. Cabau Rubies, F. Losfablos Callau, A. Gort Oromí, O. Sacristán García, A. Saiz, L. Rosello Ubach y P. Gallel*

**Abstracts de Sociedades Científicas**
II Reunión de Jóvenes Investigadores de la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial 422
*Prullans de Cerdanya, 23-24 de enero de 2004*

Resúmenes 433

Normas editoriales

DOYMA
www.doyma.es/hipertension



Vol. 20 - Nº 4
Octubre-Diciembre 2004

# avances en diabetología

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES

## SUMARIO

**REVISIÓN**

Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular
*C. Brotons, M.A. Royo-Bordonada, L. Alvarez-Sala, P. Armario, R. Artigao, P. Conthe, F. de Álvaro, A. de Santiago, A. Gil, J.M. Lobos, A. Maiques, J. Marrugat, D. Mauricio, F. Rodríguez-Artalejo, S. Sans, C. Suárez, como Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)* (pág. 187)

**ORIGINALES**

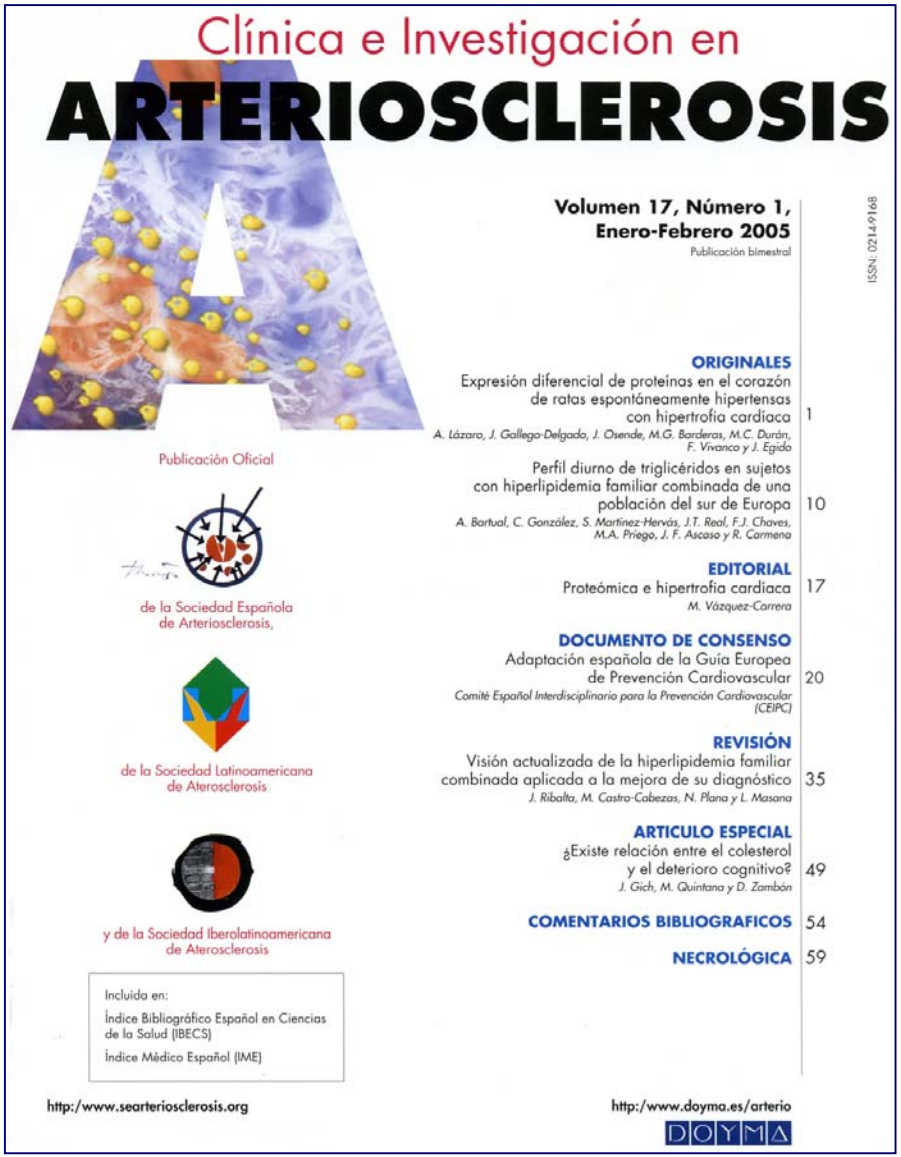
Progresión de la retinopatía diabética después de instaurar un tratamiento intensivo de insulina con infusión continua. A propósito de 2 casos
*J. Luque, L. Romero, A.L. Charro, M.A. Rubio, M. Gómez , A.L. Calle* (pág. 209)

Control glucémico y de parámetros lipídicos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica
*A. López-Guzmán, C. Álvarez Escolá, A. Arranz, V.M. Andía* (pág. 219)

La regulación prandial de la glucosa con Repaglinida en diabetes tipo 2 es efectiva en la práctica clínica
*E. Faure, I. Fernández, J.L. Martín, J.M. Millaruelo, J. Franch, J. Navarro, D. Orozco* (pág. 227)

ergon


Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN)
Medicina General / de Familia
semergen
Octubre 2004. Vol. 30. N.º 9
Publicación mensual
www.semergen.es
Editorial
La formación posgraduada en el medio rural 4
Original
Características de la asistencia a la población inmigrante en un Centro de Salud 4
Formación continuada
Factores pronósticos en la insuficiencia cardíaca 4
Artículo de opinión
¿Centros de Atención Primaria y farmacias comunitarias o un ámbito integrado de atención comunitaria?: la experiencia del barrio de la Barceloneta 4
Tema central: Prevención cardiovascular
Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular 4
Exploración y pruebas complementarias en Atención Primaria
Exploración vascular en Atención Primaria 4
Situaciones clínicas
Betabloqueantes e insuficiencia cardíaca 4
Cartas al director
Limitaciones en la prevención del cáncer de próstata 4
Réplica 4
Semergen biblio 4
SCORE
www.doyma.es/semergen
DOYMA



Clínica e Investigación en

# ARTERIOSCLEROSIS

Volumen 17, Número 1,
Enero-Febrero 2005
Publicación bimestral
ISSN: 02149168

Publicación Oficial

de la Sociedad Española de Arteriosclerosis,

de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis

y de la Sociedad Iberolatinoamericana de Aterosclerosis

**ORIGINALES**
Expresión diferencial de proteínas en el corazón de ratas espontáneamente hipertensas con hipertrofia cardiaca 1
*A. Lázaro, J. Gallego-Delgado, J. Osende, M.G. Barderas, M.C. Durán, F. Vivanco y J. Egido*

Perfil diurno de triglicéridos en sujetos con hiperlipidemia familiar combinada de una población del sur de Europa 10
*A. Bartual, C. González, S. Martínez-Hervás, J.T. Real, F.J. Chaves, M.A. Priego, J. F. Ascaso y R. Carmena*

**EDITORIAL**
Proteómica e hipertrofia cardiaca 17
*M. Vázquez-Carrera*

**DOCUMENTO DE CONSENSO**
Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular 20
*Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC)*

**REVISIÓN**
Visión actualizada de la hiperlipidemia familiar combinada aplicada a la mejora de su diagnóstico 35
*J. Ribalta, M. Castro-Cabezas, N. Plana y L. Masana*

**ARTICULO ESPECIAL**
¿Existe relación entre el colesterol y el deterioro cognitivo? 49
*J. Gich, M. Quintana y D. Zambón*

**COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS** 54

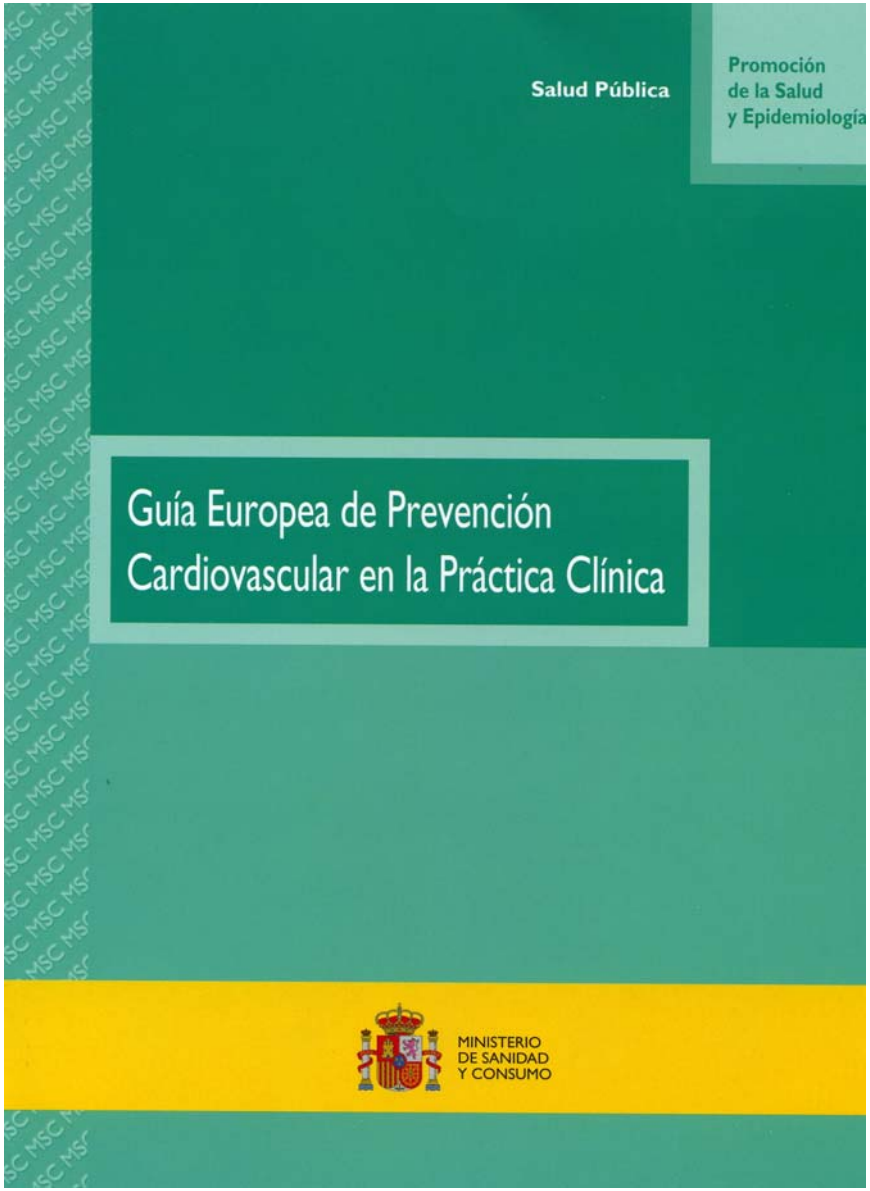
**NECROLÓGICA** 59

Incluida en:
Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS)
Índice Médico Español (IME)

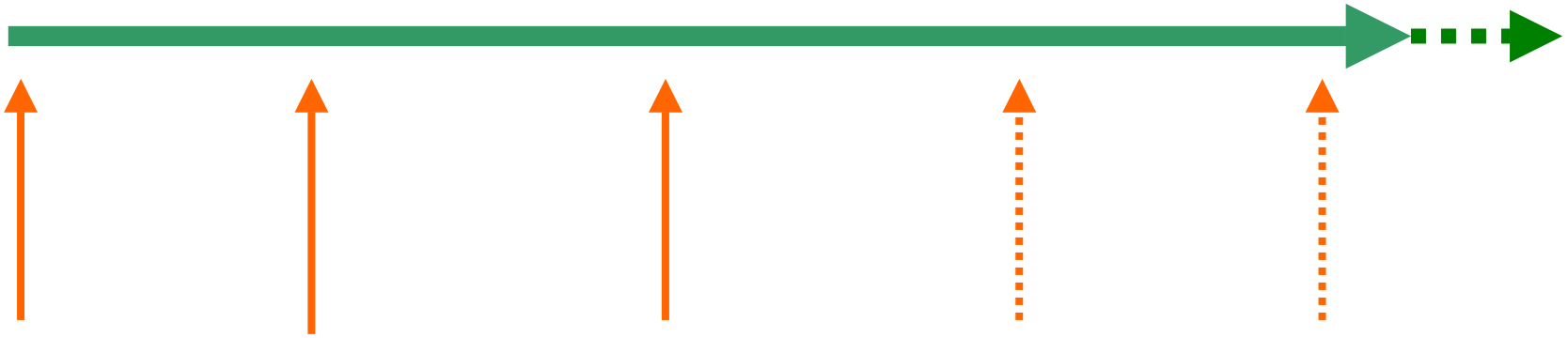
http:/www.searteriosclerosis.org

http:/www.doyma.es/arterio

DOYMA


Salud Pública
Promoción de la Salud y Epidemiología
Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

# CEIPC *(Comité Español Interdisciplinario para la prevención cardiovascular)*



| Junio 2000 CEIPC | Mayo 2002 Tríptico | Junio 2004 Adaptación | Enero 2006 I Jornadas CEIPC 12 SC | Nueva Evidencia SCORE adaptado ERICE HERMES VERIFICA |
|---|---|---|---|---|
| 5 SC | 7 SC | 11 SC+DGSP | DGSP+ISCIII | |

# *¡Muchas gracias por vuestra atención!*

