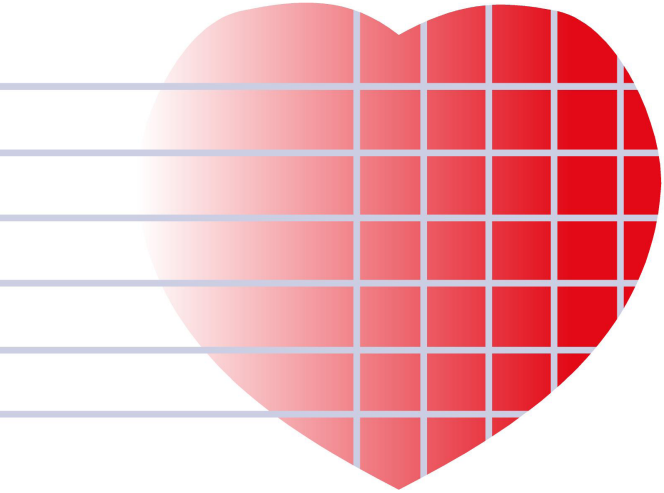
ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LAS GUÍAS EUROPEAS DE 2016 SOBRE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA



CEIPC
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LAS GUÍAS EUROPEAS DE 2016 SOBRE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Miguel Ángel Royo-Bordonada[1], Pedro Armario[2], José María Lobos Bejarano[3], Juan Pedro-Botet[4], Fernando Villar Alvarez[4], Roberto Elosua[5], Carlos Brotons Cuixart[3], Olga Cortés[6], Benilde Serrano[7], Miguel Camafort Babkowski[8], Antonio Gil Núñez[9], Antonio Pérez[10], Antonio Maiques[3], Ana de Santiago Nocito[11], Almudena Castro[12], Eduardo Alegría[12], Ciro Baeza[13], María Herranz[14], Susana Sans[15], Pilar Campos[16], en nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC).

1. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.
2. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española de la Lucha Contra la HTA
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
4. Sociedad Española de Arteriosclerosis.
5. Sociedad Española de Epidemiología
6. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
7. Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo
8. Sociedad Española de Medicina Interna
9. Sociedad Española de Neurología
10. Sociedad Española de Diabetes
11. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria-Semergen
12. Sociedad Española de Cardiología
13. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular
14. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
15. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. España.

Basado en el Sexto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica (Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2016;37: 2315-81.).

Cita sugerida: Royo-Bordonada MÁ, Armario P, Lobos Bejarano JM, Botet JP, Villar Alvarez F, Elosua R et al en nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Salud Pública. 2016;Vol.90: 24 de noviembre: e1-e24.

© De los textos: los autores, 2018.

Imprime: *Artes Gráficas Gala, S.L.*

Depósito Legal: M-6439-2018

Reservados todos los derechos de edición. Se prohíbe la reproducción total o parcial de los artículos, material fográfico, dibujos o cuadros contenidos en el presente libro, ya sea por medio mecánico, de fotocopia o sistema de grabación, sin la autorización por escrito los titulares del copyright.

CONTENIDO

1. Objetivo de la guía 5

2. Quién debería beneficiarse de la prevención cardiovascular Estrategias y estimación del riesgo 6

3. Cómo intervenir a nivel individual 11

4. Cómo intervenir y dónde a nivel poblacional 23

1. OBJETIVOS DE LA GUÍA

El pasado mes de Mayo del 2016 se publicaron las nuevas Guías Europeas de Prevención Cardiovascular, que aparecen cada 4 años, y en la que han participado en su desarrollo 10 sociedades científicas europeas o internacionales (http://bit.ly/2obccAa). Esta guía tiene como objetivo ofrecer de una manera clara y concisa una actualización de las recomendaciones en prevención cardiovascular. Como en ediciones anteriores, esta guía ha sido adaptada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (http://bit.ly/2swMrzD).

El mensaje general de la guía es que la prevención cardiovascular se debe implantar en la población general promoviendo los estilos de vida saludables, a nivel del individuo- sobre todo en aquellos con riesgo cardiovascular moderado-alto, cambiando los malos hábitos de salud (dieta poco saludable, falta de actividad física, tabaco), y optimizando el control de los factores de riesgo en uno u otro escenario la prevención cardiovascular es costo-efectiva. Más de la mitad de la reducción de la mortalidad cardiovascular en las últimas tres décadas puede atribuirse a cambios positivos en el control de los factores de riesgo, fundamentalmente de la presión arterial, el colesterol, y el tabaco. Aunque también es cierto que esta tendencia favorable puede ser parcialmente descompensada por el aumento de otros factores de riesgo, como son la obesidad y la diabetes tipo 2.

2. QUIÉN DEBERÍA BENEFICIARSE DE LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR ESTRATEGIAS Y ESTIMACIÓN DEL RIESGO

Esta guía recomienda el cálculo del riesgo cardiovascular como herramienta útil para la toma de decisiones clínicas y concretamente el Systematic Coronary risk Estimation (SCORE) para países de bajo riesgo o para países de alto riesgo, o el SCORE validado localmente, u otras funciones que hayan sido validadas a nivel local. En España las funciones más utilizadas son el SCORE de bajo riesgo y la adaptación Framingham-REGICOR. Se introduce una tabla sobre las ventajas y debilidades de la utilización del SCORE, y se comenta la importancia de colesterol HDL en el cálculo del riesgo, sobre todo en aquellos individuos con un riesgo próximo al 5% a los 10 años. El riesgo se puede estimar mediante las clásicas tablas o mediante aplicativos online (http://www.HeartScore.org o http://bit.ly/2F7TLnQ).

En la Figura 1 se muestra la tabla del SCORE para países de bajo riesgo. Conociendo la edad, sexo, la presión arterial sistólica, el colesterol total, y el hábito tabáquico, se puede calcular rápidamente el riesgo del individuo, considerándose de alto riesgo cuando es igual o superior al 5% a los 10 años.

En individuos jóvenes con riesgo absoluto inferior al 5% según la figura 1 recomiendan el cálculo del riesgo relativo (ver figura 2) o el cálculo de la edad vascular.

Respecto a las categorías de riesgo, se recomienda clasificar a los pacientes en muy alto, alto, moderado o bajo riesgo (tabla 1). También se recomienda tener en cuenta

los modificadores de riesgo, útiles sobre todo para aquellos pacientes con un riesgo moderado, pero sobre todo aquellos factores que mejoren la reclasificación del riesgo y que sea factible su aplicación en la práctica diaria.

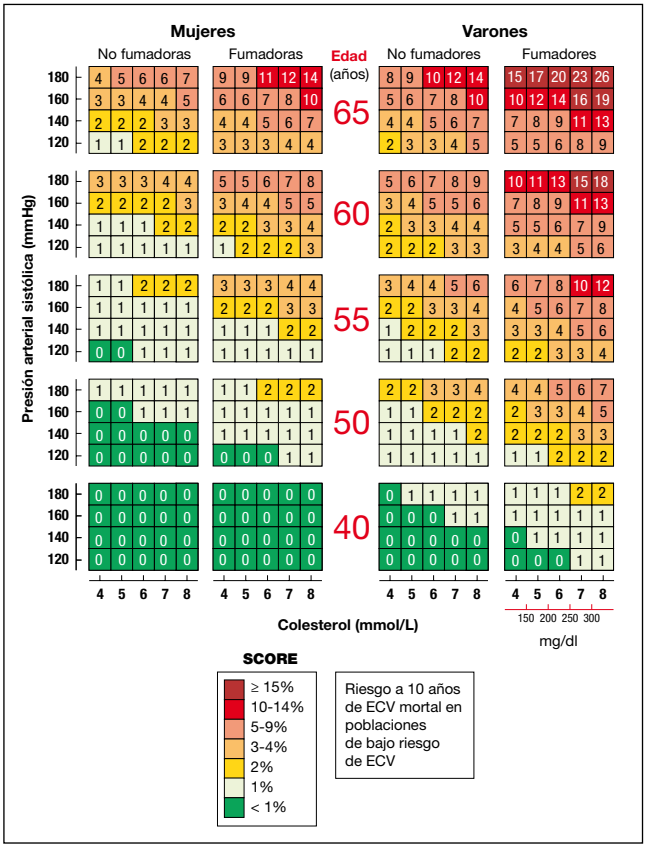


Figura 1. Tabla SCORE para países de bajo riesgo: riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular mortal basado en los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, presión arterial sistólica y colesterol total. ECV: enfermedad cardiovascular; SCORE: Systematic Coronary Risk Estimation.

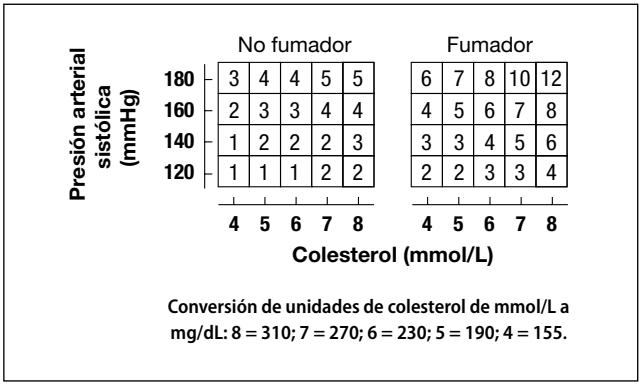


Figura 2. Tabla de riesgo relativo.

Tabla 1. Categorías de riesgo

Riesgo muy alto	Individuos con alguna de la siguientes: Enfermedad cardiovascular documentada, ya sea clínicamente o a través de imágenes, incluyendo infarto de miocardio, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria o de otras arterias, ictus y accidente vascular transitorio, y enfermedad vascular periférica, la presencia de placas en la arteriografía coronaria o en la ecografía carotidea. No incluiría aumento del grosor de la íntima media carotidea. Diabetes con afectación de órgano diana como proteinuria o con la presencia de un factor de riesgo mayor, como tabaquismo, hipercolesterolemia o hipertensión arterial. Enfermedad renal crónica grave (FGe< 30 mL/min/1.73 m^2). Un SCORE ≥ 10% a los 10 años.
Riesgo alto	Individuos con: Un factor de riesgo elevado, como colesterol > 310 mg/dl (8 mmol/L) , presión arterial ≥ 180/110 mm Hg. El resto de sujetos con diabetes (con la excepción de jóvenes con diabetes tipo 1 y sin factores de riesgo que podrían ser de riesgo moderado o bajo). Insuficiencia renal crónica moderada (FGe 30–59 mL/min/1.73 m^2) Un SCORE ≥ 5% y < 10% a los 10 años.
Riesgo moderado	SCORE ≥ 1% y < 5% a los 10 años.
Riesgo bajo	SCORE < 1% a los 10 años.

FGe: Filtrado glomerular estimado

3. CÓMO INTERVENIR A NIVEL INDIVIDUAL

En esta guía se resalta que los métodos de intervención cognitivo-conductual son eficaces para motivar el cambio e inducir a la adopción de un estilo de vida saludable. En concreto, la intervención para el fomento de la salud en equipos multidisciplinares es una medida eficaz para mejorar los hábitos higiénico- dietéticos y facilitar los cambios en el estilo de vida.

Factores psicosociales: En pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) establecida y síntomas psicosociales (estrés, aislamiento social y emociones negativas) se recomienda utilizar intervenciones conductuales para mejorar su nivel de salud psicosocial, integrando educación para la salud, ejercicio físico y terapia psicológica.

Sedentarismo y actividad física: Las personas de cualquier edad y condición que practican actividad física regularmente tiene menor riesgo de complicaciones y de mortalidad cardiovascular. Se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico a todos los adultos sanos de cualquier edad. Debería extenderse esta recomendación a niños y adolescentes. El estilo de vida sedentario está considerado como uno de los principales factores de riesgo de ECV. El mínimo recomendado es de 150 minutos/semana de actividad física de intensidad moderada (30 minutos diarios, cinco días a la semana) o 75 minutos /semana de actividad física vigorosa.

Tabaquismo: Se recomienda no fumar tabaco ni otros productos derivados de hierbas ya que su consumo aumenta el riesgo de ECV. Así mismo, se recomienda evitar la

exposición al humo de tabaco (fumador pasivo). En fumadores, el abandono del tabaco es la medida más eficiente para prevenir la ECV.

Nutrición: Una de las piedras angulares de la prevención cardiovascular es una dieta saludable, que comienza por limitar la ingesta energética para mantener un peso saludable. El riesgo de ECV y su mortalidad asociada son más bajos cuanto mayor es la adherencia a la dieta mediterránea: abundancia de productos de origen vegetal frescos o mínimamente procesados: frutas, verduras, cereales, legumbres, frutos secos, escasez de productos ricos en azúcares y carnes rojas; aceite de oliva como principal fuente de grasa e ingesta de queso, yogur, pollo y pescado en cantidades moderadas.

Peso corporal: Se recomienda que los sujetos con un peso saludable lo mantengan, y aquellos con sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal de 25-29.9 kg/m^2 o ≥ 30,0 kg/m^2 respectivamente) alcancen un peso saludable o aspiren a una disminución ponderal. En relación con la grasa abdominal, se recomienda no ganar peso cuando la cintura es ≥ 94 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres, y la reducción de peso si el perímetro de la cintura es ≥102 cm en hombre y ≥ 88 cm en mujeres.

Lípidos: Se recomienda que el riesgo cardiovascular (RCV) guíe la intensidad de la estrategia terapéutica. Se sigue distribuyendo en función de 5 franjas de concentraciones de colesterol LDL y 4 niveles de RCV. Sin embargo en la tabla de recomendaciones del control de lípidos, se simplifica los niveles de riesgo a tres (muy alto riesgo, alto riesgo, y el resto) y no hace mención a enfermedades específicas, por

lo que merece la pena recordar que casi todos los sujetos que han padecido un ictus isquémico o ataque isquémico transitorio (al igual que la enfermedad coronaria) tienen un RCV muy alto. La tabla 2 muestra cómo intervenir y los objetivos.

Tabla 2. Cómo intervenir a nivel individual: lípidos

La reducción del colesterol LDL (cLDL) es el objetivo principal

- Riesgo muy alto: Objetivo cLDL < 70 mg/dL (< 1,8 mmol/L) o una reducción de al menos un 50% si el valor está entre 70-135 mg/dL (1,9-3,5 mmol/L).
- Riesgo alto: Objetivo cLDL < 100 mg/dL (<2,6 mmol/l) o una reducción de al menos un 50% si el valor basal está entre 100-200 mg/dL (2,6-5,1 mmol/L).
- Riesgo bajo-moderado: objetivo cLDL < 115 mg/dL (< 3,0 mmol/L).

Los niveles de colesterol HDL (cHDL) se asocian con un mayor riesgo cardiovascular, pero las estrategias para aumentar el cHDL no se acompañan de una disminución del riesgo.

Se recomienda utilizar el colesterol no HDL como objetivo terapéutico en presencia de hipertriglicéridemia.

Diabetes mellitus: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbimortalidad en personas con diabetes, una condición que confiere por sí misma un riesgo cardiovascular elevado y en la mayoría de pacientes un riesgo alto o muy alto. La excepción serían aquellos pacientes con diabetes tipo 2 de < 10 años de evolución o diabetes tipo I, sin otros factores de riesgo cardiovascular y sin complicaciones. Los pacientes con diabetes suelen presentar varios factores de riesgo cardiovascular. En la tabla 3 se puede observar cómo intervenir a los sujetos con diabetes mellitus.

Tabla 3. Cómo intervenir a nivel individual: diabetes mellitus

- La estrategia más eficaz es la intervención terapéutica e integral, con objetivos de control para cada factor de riesgo modificable.
- Los cambios en el estilo de vida son claves en el tratamiento de pacientes con diabetes tipo 2.
- En la mayoría de pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 se recomienda como objetivo de HbA1c < 7,0% < 53 mmol//mol.
- En pacientes con diabetes de larga evolución, edad avanzada, frágiles o con complicaciones graves, deben considerarse objetivos menos estrictos, especialmente si existe riesgo de hipoglucemia.
- En los pacientes no frágiles, con diagnóstico reciente o corta evolución de la diabetes debe considerarse un objetivo de HbA1c ≤ 6,5 % (≤ 48 mmol/mol).
- Después de la metformina, en la diabetes tipo 2 la selección de los fármacos hipoglucemiantes debe ser individualizada, considerando el efecto sobre el riesgo de hipoglucemia y el peso, las preferencias del paciente y el coste. La existencia de enfermedad cardiovascular debe favorecer la selección de fármacos con beneficio cardiovascular demostrado: empaglifozina, liraglutide y canaglifozina.

Hipertensión arterial: Se recomienda la medida clínica de la presión arterial (PA) como cribado y diagnóstico de hipertensión arterial, basándose en al menos dos medidas de la PA en cada visita, en al menos 2 visitas. Si la PA está solo ligeramente elevada (HTA grado 1, ver Tabla 4), sin complicaciones clínicas ni lesión de órganos diana, se recomienda repetir las medidas en otras ocasiones.

Tabla 4. Clasificación de la presión arterial en adultos

Categoría	Sistólica mm Hg	Diastólica mm Hg
Óptima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
HTA grado 1	140-159	90-99
HTA grado 2	160-179	100-109
HTA grado 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	< 90
El diagnóstico de HTA se establecerá tras la comprobación de los valores de PA en al menos dos medidas de la PA en 2 o más visitas, separadas varias semanas.		
Cuando las presiones arteriales sistólica y diastólica se encuentren en distintas categorías se aplicará la categoría superior		
La HTA sistólica aislada se clasifica en grados (1, 2 ó 3) según el valor de la PA sistólica		
HTA: ***hipertensión arterial.*** **PAS:** ***presión arterial sistólica.*** **PAD:** ***presión arterial diastólica.***		

Las medidas ambulatorias de PA, mediante monitorización de la PA-24h (MAPA) o mediante automedida (AMPA) se correlacionan más estrechamente con el pronóstico y lesión de órganos diana que la medida clínica, por lo que su uso es altamente recomendado, no solo como diagnóstico en sujetos no tratados, sino también para monitorizar los efectos del tratamiento y la mejora de la adherencia.

En la tabla 5 se indica cómo intervenir a nivel individual en los sujetos con hipertensión arterial.

Tabla 5. Cómo intervenir a nivel individual: hipertensión arterial

- La decisión de iniciar el tratamiento farmacológico dependerá no solo del nivel de PA, sino también del riesgo cardiovascular y de la presencia o no de lesión de órganos diana. En sujetos con HTA grado 1 el número necesario a tratar (NNT) puede ser elevado, y el tratamiento debe ser individualizado.
- El principal beneficio del tratamiento antihipertensivo deriva de la reducción de la PA, independientemente del fármaco utilizado, pudiéndose iniciar el tratamiento con cualquiera de los antihipertensivos de primera línea. En la mayoría de hipertensos será necesaria la combinación de al menos dos antihipertensivos.
- El objetivo terapéutico es una reducción de la PA < 140/90 mm Hg en todos los pacientes y PA sistólica < 150 mm Hg en pacientes octogenarios. Los resultados del estudio SPRINT y de meta-análisis recientes sugieren que el tratamiento podría intensificarse en sujetos con riesgo elevado (PA < 130/80 mm Hg), incluido los sujetos ancianos, a criterio clínico, valorando el riesgo/beneficio individual y coste general de dicha intervención.

En la tabla 6 se resumen los objetivos para los principales factores de riesgo cardiovascular.

Tabla 6. Objetivos para los principales factores de riesgo cardiovascular.

Tabaquismo	Sin exposición al tabaco en cualquiera de sus formas
Dieta	Aporte calórico adecuado
	Baja en grasas saturadas y centrada en productos integrales, verduras, frutas y pescado.
Actividad física	Al menos 150 minutos /semana de actividad física aeróbica moderada (30 min/día, 5 días/semana) o 75 min/semana de actividad física aeróbica intensa (15 min/día, 5 días/semana) o una combinación de ambas
Peso	Indice de masa corporal 20-25 kg/m^2. Perímetro de cintura < 94 cm (varones) o < 80 cm (mujeres).
Presión arterial	< 140/90 mm Hg
Lípidos	
cLDL es el objetivo principal	Riesgo muy alto: < 70 mg/dl (< 1,8 mmol/L) o una reducción de al menos un 50% si el valor basal está entre 70-135 mg/dL (1,8 y 3,5 mmol/L). Riesgo alto: < 100 mg/dL (<2,6 mmol/L) o una reducción de a al menos un 50% si el valor basal está entre 100-200 mg/dL (2,6 y 5,1 mmol/L). Riesgo bajo-moderado: < 115 mg/dL (<3,0 mmol/L).

cHDL	No hay cifra objetivo, pero > 40 mg/dL (>1,0 mmol/L) para varones y > 45 mg/dL (>1,2 mmol/L) en las mujeres indica un riesgo más bajo.
Triglicéridos	No hay cifras objetivo, pero < 150 mg/dl (<1,7 mmol/l) indica un riesgo más bajo, y concetraciones más altas indican la necesidad de buscar otros factores de riesgo.
Diabetes mellitus	HbA1c < 7% (< 53 mmol/mol).

4. CÓMO Y DÓNDE INTERVENIR A NIVEL POBLACIONAL

Cambios pequeños en el RCV de toda la población producen reducciones de la carga de enfermedad mayores que grandes cambios únicamente en personas de alto riesgo. Por este motivo, las estrategias de prevención individuales en personas de riesgo alto o ECV establecida deben complementarse con estrategias poblacionales que promuevan la adopción de estilos de vida saludables y la reducción de los factores de riesgo en la población. Este enfoque poblacional proporciona una serie de beneficios adicionales: aborda la salud cardiovascular durante toda la vida, previene otras comorbilidades, reduce las desigualdades sociales en salud, ahorra costes sanitarios y laborales, y mejora la esperanza y calidad de vida.

Los profesionales de la salud pueden ejercer un papel importante en la promoción de intervenciones poblacionales, proporcionando a los grupos de apoyo, comunidades y políticos locales y nacionales, propuestas basadas en la evidencia sobre intervenciones coste-efectivas de modificación del entorno para hacer fáciles las elecciones saludables. Las intervenciones poblacionales para hacer frente a las dietas poco saludables, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la inactividad física, deben realizarse desde el ámbito internacional, nacional, regional y local.

Dieta

Los hábitos alimentarios del individuo están fuertemente condicionados por factores que escapan a su control, como la globalización del mercado alimentario, que produce y

distribuye una amplia gama de productos ultraprocesados a precios asequibles, y la publicidad intensiva y sofisticada para promover su consumo. Este entorno obesogénico interacciona con las vulnerabilidades de las personas a nivel biológico, psicológico y social, afectando con mayor intensidad a los grupos más desfavorecidos. Entre las medidas de intervención poblacional más coste-efectivas para promover una alimentación saludable mediante la modificación del entorno alimentario están las siguientes:

1. La limitación de la exposición de los niños a la publicidad de alimentos y bebidas no saludables mediante una regulación eficaz.

2. El establecimiento de un sistema de etiquetado simple, basado en códigos de color, en la parte frontal del envase, como reclama la Red Europea del Corazón.

3. La instauración de un impuesto a las bebidas azucaradas y reducciones del IVA a productos saludables (frutas, verduras y cereales integrales).

4. Los subsidios para promover el consumo de alimentos saludables entre las clases más desfavorecidas.

5. La elaboración de protocolos dirigidos a promocionar medidas para crear un entorno saludable y ofrecer alimentos sanos en centros educativos, sanitarios, deportivos y de trabajo. Por ejemplo, mediante la eliminación de máquinas expendedoras de alimentos y bebidas procesados y la provisión de fuentes de agua.

Tabla 7. Políticas nutricionales propuestas por la Organización Mundial de la Salud y estado de la situación en España.

Propuestas de la OMS	Situación en España
Implantar una tasa efectiva a las bebidas azucaradas.	Solo se aplica en Cataluña
Implementar el conjunto de recomendaciones de la OMS para restringir la publicidad dirigida a la población infantil de alimentos y bebidas no saludables.	El Código PAOS no regula el perfil nutricional de los productos anunciados
Desarrollar perfiles nutricionales para identificar alimentos y bebidas no saludables.	No se ha desarrollado
Implantar sistemas de etiquetado frontal interpretativos, tipo semáforo nutricional.	No se ha implantado
Prohibir la venta de alimentos y bebidas no saludables en escuelas, guarderías, centros deportivos y eventos para niños.	Implantación parcial y variable entre Comunidades Autónomas
Aumentar el acceso de las comunidades desfavorecidas a alimentos saludables	No existen iniciativas integrales que aborden las barreras de acceso

Actividad física

La creación de infraestructuras en barrios y comunidades que garanticen un ambiente más seguro (carriles bicis, zonas peatonales, parques, etc.) incentivarán la actividad física (AF) cotidiana. A modo de ejemplo, se proponen las siguientes estrategias simples para aumentar la AF diaria:

1. Fomentar el uso de las escaleras en lugar del ascensor o las escaleras mecánicas, mediante señalización y divulgación de materiales que informen de los efectos positivos de subir escaleras.

2. Incrementar los precios del combustible para reducir el uso de automóviles y aumentar el desplazamiento activo a pie o en bicicleta.

3. Asegurar la continuidad de la educación en el estilo de vida activo desde la edad preescolar, pasando por todos los niveles de educación primaria y secundaria. Insistir en que la AF también mejora el rendimiento escolar. Fomentar el desplazamiento a los centros escolares a pie.

4. Ofrecer en los lugares de trabajo diferentes opciones para la promoción de la AF.

Tabaquismo

Las siguientes medidas son eficaces para promover el abandono del tabaquismo: el empaquetado sencillo, las restricciones a la publicidad, promoción y patrocinio de la industria tabacalera, la prohibición de su consumo en lugares públicos, incluido los puesto de trabajo, y la prohibición de su venta a adolescentes y su venta en máquinas expendedoras. Para reducir el uso del tabaco se debe mantener elevados los

impuestos en todos los productos de tabaco, recomendar a las mujeres embarazadas no fumar, a los profesionales sanitarios, cuidadores y profesores no consumir tabaco en el trabajo, y a los padres no fumar en presencia de niños. Además, las campañas educativas en las escuelas reducen el inicio del uso del tabaco y promueven el abandono tanto en los niños como en el profesorado.

Protección contra el abuso de alcohol

Las estrategias con mayor nivel de eficacia para prevenir el consumo de alcohol son: límites de edad para la venta y el suministro de alcohol, control de alcoholemia en conductores, control de la venta minorista y reducción de los horarios de apertura, prohibición del alcohol en la publicidad, la promoción y el patrocinio de eventos, y aumento de los precios de venta. Todas estas intervenciones son rentables y coste-efectivas.

Entorno saludable

Se deben impulsar esfuerzos y medidas encaminadas a disminuir la contaminación del aire, que deberían asumir los gobiernos nacionales a través de una legislación adecuada y eficaz. Las organizaciones de pacientes y los profesionales sanitarios deben hacer oír su voz en las iniciativas educativas y políticas necesarias para lograr los objetivos mencionados. Además, se debe informar al paciente sobre qué hacer durante los periodos de contaminación.

CEIPC

Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular

www.ceipc.info

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ARTERIOSCLEROSIS, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA, FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN - LIGA ESPAÑOLA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA, ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA, INSTITUTO DE SALUD CARLOS III, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.