

▪ Introducció.

A Catalunya les malalties vasculares són la primera causa de mortalitat en el conjunt de la població [1]. Els seus dos principals components són la malaltia isquèmica cardíaca i la malaltia cerebrovascular, que en conjunt produeixen el 60% de la mortalitat vascular total [1]. Com a la majoria de països de la Mediterrània, les taxes de mortalitat per malaltia coronària han estat tradicionalment més baixes comparades amb les del país anglosaxons i del nord i el centre d'Europa [2,3]. Encara així, constitueixen un problema de salut pública prioritari [4]. Suposen una pèrdua d'anys potencials de vida molt important [1], es situen com la primera causa d'hospitalització i són el segon motiu de consulta a l'atenció primària de salut [5].

L'informe del Comitè d'experts en Prevenció de la Malaltia Coronària de l'Organització Mundial de la Salut [6] considera que les estratègies de prevenció han d'incloure una estratègia per actuar en la població sense malaltia establerta, però exposada a risc elevat per reduir el seus nivells de factors de risc. En aquest darrer punt, l'element necessari rau en la identificació d'aquests individus.

Quan s'estima l'efecte d'un determinat factor de risc en un individu concret, cal tenir en compte el context de la resta de factors de risc, ja que les malalties vasculares tenen una etiologia multifactorial. Aquest concepte forma part d'un principi fonamental de l'atenció mèdica que obliga a tractar integralment els condicionants o problemes de salut dels individus. La capacitat predictiva de la estimació multifactorial de risc és superior a la que mostra la consideració aïllada d'un dels factors; per exemple: quan s'empra com a criteri de tractament els homes que es troben en el quintil superior de la distribució de colesterol s'estarà actuant només sobre el 20% del total de subjectes que patiran una alteració coronària mentre que si el criteri emprat és l'abordatge fet als homes que es troben en el quintil superior de la distribució del risc coronari s'estarà actuant sobre el 59% d'aquests homes que patiran la malaltia [7]. La mesura de la exposició al risc vascular d'un individu particular, no es pot fer des de la perspectiva de cada factor de risc per separat, sinó que s'ha d'analitzar utilitzant un model multivariant mitjançant una equació de risc. Les equacions de risc vascular estableixen l'excés de risc de la persona estudiada en relació al risc promig de la població [8,9].

El present document pretén establir recomanacions en aspectes bàsics de la prevenció vascular amb l'objectiu de aportar unes directrius comuns en relació als objectius fonamentals. La complexitat del maneig dels diferents factors de risc i de les estratègies per assolir el seu control, resten més properes a les guies de pràctica clínica que s'han d'adaptar a les necessitats de cada organització. La etiologia multifactorial de les malalties vasculares obliga a pensar que les estratègies preventives han de ser intervencions també multifactorials. En qualsevol cas, el criteri mèdic ha de ser la base fonamental per a la presa de decisions finals a nivell individual; i la valoració de les mesures adients en cada individu ha de tenir en compte el context biopsicosocial i les particularitats de cada cas.

▪ Importància bàsica de la modificació d'estils de vida.

Un estil de vida saludable és aquell patró de conductes que es correlacionen amb una menor probabilitat d'emmalaltir, una major longevitat i un augment de la qualitat de vida. Quan es parla de modificació de l'estil de vida ens referim a l'adopció d'hàbits i conductes que han demostrat una disminució en la incidència d'esdeveniments vasculares. La modificació de l'estil de vida és una part fonamental, i freqüentment menysvalorada, en la prevenció i tractament de la malaltia vascular. Els seus components fonamentals són: dieta saludable (basada en la dieta Mediterrània), control del pes, moderació en el consum d'alcohol, exercici físic habitual, cessament del consum de tabac i control de l'estrès.

Promoure la intenció de canvi cap a comportaments saludables i modificar els hàbits que es consideren de risc per a la salut és una de les tasques prioritàries dels professionals sanitaris. Aquests tenen, al mateix temps, el paper d'educadors sanitaris actius davant la població, fet que els proporciona una gran capacitat per incidir sobre coneixements, actituds i comportaments dels individus en relació amb la salut. És per això, que el consell és considerat una estratègia bàsica per a la millora de la salut a la comunitat [10-11].

L'OMS ha publicat un informe en què situa el sedentarisme com un dels principals factors de risc i causa de mort modificable, sobretot en els països industrialitzats [6]. La pràctica regular d'activitat física moderada és beneficiosa per a la majoria de persones i redueix el risc de patir o morir de malalties cardíques i altres [12]. En un estil de vida saludable, l'alimentació equilibrada i la adherència a la dieta Mediterrània té un paper rellevant i està lligada al control del pes i d'altres factors de risc. L'obesitat s'associa a nombroses malalties cròniques greus. A llarg termini, l'estratègia més efectiva i barata per millorar la salut de la població podria ser prioritzar i incentivar el tractament de l'obesitat [13]. És conegut que el consum de tabac constitueix en els països desenvolupats i en vies de desenvolupament la primera causa de morbimortalitat evitable [14]; i és el responsable del 16,5 % de la mortalitat global a Catalunya (el 26,2 % de les morts en homes i el 5,6 % de les morts en dones) [15].

Tal com s'indicava en l'anterior Pla de salut, cal continuar potenciant l'educació sanitària en forma de consell personalitzat com una activitat habitual en les consultes d'atenció primària i, en general, en tots els àmbits assistencials. Tanmateix, el consell preventiu individual, per ser efectiu, requereix el compliment d'uns criteris ben definits pel que fa a l'impacte i al desenvolupament: procediments, habilitats dels professionals i condicions de l'entorn. En aquest sentit, és fonamental que les activitats de consell preventiu estiguin basades en l'evidència científica i siguin periòdicament avaluades.

▪ **Estratificació del risc: Les funcions de risc.**

La reiterada observació que les taules de Framingham sobreestimen el risc en molts països europeus, ha conduït al seu calibratge i a la recerca d'alternatives per a l'estimació del risc coronari més properes a la realitat de cada país, inclosa Espanya [8,9]. La funció calibrada de REGICOR és una adaptació de la funció original de Framingham en la seva versió de 1998 realitzada utilitzant una metodologia validada pels propis investigadors de Framingham [8]. Utilitza els riscos relatius de la equació original i substitueix la incidència basal d'esdeveniments coronaris i la distribució dels factors de risc poblacionals pels observats en l'estudi REGICOR. Aquesta equació mesura el risc de patir un esdeveniment coronari en els propers 10 anys. Degut a la possibilitat que l'adaptació pogués contenir supòsits que no es complissin, es va portar a terme l'estudi VERIFICA per analitzar la validesa de la equació calibrada en el nostre medi [16]. Els resultats varen mostrar que la equació adaptada de REGICOR estima de forma correcta l'aparició d'esdeveniments coronaris. No van existir diferències estadísticament significatives entre el nombre d'esdeveniments estimats per l'equació adaptada i els observats en l'estudi en cap nivell de risc ni pels homes, ni per a les dones, ni per als participants diabètics. Per aquest motiu el Departament de Salut de la Generalitat recomana l'ús de la equació validada de REGICOR [17]. A més de la taula de Framingham calibrada de l'estudi REGICOR existeix la taula del model SCORE [18]. En aquest últim cas el punt de tall en el risc a utilitzar podria ser inferior al 5% , però aquesta equació no ha estat validada per a la nostra població i es desconeix el seu rendiment. Per tot això, es continuarà analitzant en el futur la noves evidències científiques disponibles amb la idea d'actualitzar i adaptar les recomanacions de prevenció vascular a Catalunya.

L'estimació del risc coronari s'utilitza, fonamentalment, per a sustentar la necessitat de tractament farmacològic de la hipercolesterolèmia. També pot ser una informació útil per a valorar la necessitat de tractament antiagregant. Tot i que el risc elevat pot suposar un inici immediat de tractament farmacològic en alguns casos d'hipertensió arterial, la decisió d'iniciar tractament farmacològic antihipertensiu o antidiabètic es basa més en les pròpies xifres de control d'aquests factors de risc i en la presència d'altres factors de risc que en l'estimació del risc amb aquestes funcions [19,20,21].

Les proves complementaries (proves funcionals, d'imatge...) indicades per a la valoració del risc i la valoració de arteriosclerosi asimptomàtica es realitzaran en base als criteris les guies de cada organització. **Per altre banda, el criteri del professional sanitari és el més important a l'hora de prendre decisions a nivell individual a la consulta.**

▪ **Dintell de risc per a la indicació de tractament farmacològic de la hipercolesterolèmia**

Segons els assaigs clínics disponibles en prevenció primària [22-26], es disposa d'evidència que tractar amb hipolipemians a poblacions amb risc de malaltia coronària igual o superior a 12,5% a 10 anys és efectiu. No existeix evidència de que en individus amb un risc coronari inferior al 13% al 10 anys, els beneficis del tractament amb estatines superin els possibles efectes adversos en la mortalitat a 10 anys [27]. Segons el darrer informe de la *National Cholesterol Education Program* [20] tractar amb hipolipemians a població amb un risc inferior al 10 % no és cost-efectiu i aquesta relació es deteriora a mesura que disminueix el risc poblacional. Amb la equació adaptada de REGICOR, utilitzant un punt de tall del 10%, es classificarien com pacients d'alt risc a un 12,4% de la població [17]. Amb aquestes dades s'aconsella considerar el 10% de probabilitats de patir un esdeveniment coronari en 10 anys amb la funció adaptada de REGICOR com un punt de tall sensible, segur i cost-efectiu en la indicació del tractament farmacològic de la hipercolesterolèmia.

▪ **Edat d'aplicació de les equacions de risc**

Amb l'equació calibrada de REGICOR es prediu el risc en els propers 10 anys en pacients amb edats compreses entre els 35 i els 74 anys. L'esperança de vida a Espanya era de més de 76 anys en los homes i 83 en dones al 2002 i segueix una tendència al alça [28]. El 60% dels esdeveniments coronaris incidents i més del 40% de la mortalitat es produeixen en edats superiors als 65 anys [29]. Això suggereix que el càlcul del risc és útil almenys fins els 74 anys i per tant que la equació utilitzada hauria de permetre englobar aquest tram d'edat, molt particularment en les dones on l'esperança de vida es més llarga. Els canvis en el temps dels factors de risc invaliden la predicció més enllà dels 10 anys [29]. No hi ha cap fonament per utilitzar la projecció de risc a una edat diferent de la real en cap sentit. Fora del rang d'edat en el que s'ha dissenyat una equació de risc, el criteri mèdic ha de ser la base fonamental per a la valoració de les mesures adients en cada cas. La periodicitat del càlcul de risc depèn bàsicament de les modificacions observades en els factors de risc, la mesura dels quals s'ha d'anar repetint segons les periodicitats indicades en els protocols de prevenció [17].

▪ **Estimació del risc en pacients diabètics.**

La diabetis mellitus, i especialment el tipus 2, s'associa a un increment (de 2 a 4 vegades) del risc de cardiopatia isquèmica, respecte a la població no diabètica. La malaltia cardiovascular representa la primera causa (66%) de mortalitat en els pacients diabètics [30,31]. Aquest excés de risc, més gran entre les dones diabètiques, queda reflectit en les taules de càlcul del risc coronari. Les societats científiques britàniques [32] recomanen el càlcul del risc, però consideren que el risc pot resultar infraestimat en casos de diabetis tipus 2 amb nefropatia i en diabètics tipus 1. Les recomanacions del *National Cholesterol Education Program* (Adult Treatment Panel III) y les de la Societat Europea de Cardiologia consideren la diabetis mellitus com un equivalent de risc equiparable a la malaltia isquèmica coronària, recomanant un tractament més intensiu basat en les xifres de colesterol LDL i no en el càlcul del risc coronari [20, 21]. Aquesta mesura pot tenir sentit en països amb elevada incidència de malaltia coronària però no té evidència sòlida en poblacions de baix risc com la nostra. Amb la evidència actual es pot concloure que el risc d'un individu no diabètic amb antecedents de IAM es 1,9 vegades superior que el d'un individu diabètic sense malaltia coronària [32,33]. Dades recents de l'estudi Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS) [25] suggereixen que el benefici pot ser superior en pacients diabètics amb elevat risc coronari però això no s'ha confirmat en els assaigs clínics com l'estudi MEGA [36] o en l'estudi ASPEN [37] on els participants són diabètics de baix risc. En canvi, en prevenció secundària, s'ha demostrat una reducció significativa de la morbimortalitat vascular [38-40] i de la mortalitat total [40] en diabètics tipus 1 i 2.

També cal recordar que en individus diabètics amb altres factors de risc no contemplats a les equacions de risc, s'ha d'ajustar el seu risc segons criteri mèdic, donat que no hi ha una recomanació amb evidència al respecte. **Els pacients diabètics que tenen malaltia renal són considerats d'alt risc i no se'ls aplicarà el càlcul de risc.**

En l'avaluació dels pacients amb diabetis, el criteri mèdic és fonamental per a la valoració de les mesures adients en cada individu; cal tenir en compte el context biopsicosocial i les particularitats de cada cas, en especial la presència de factors de risc no inclosos en la equació: anys d'evolució de la diabetis, mal control metabòlic, presència d'obesitat, hipertrigliceridèmia etc..

Algorisme de risc vascular baix i moderat

Cribratge de factors de risc

- Consum de tabac
- Dislipèmies
- Hipertensió arterial
- Diabetis
- Antecedents de malaltia cardiovascular familiar precoç
- Sedentarisme / Obesitat
- Perímetre abdominal elevat (homes: > 102 cm; dones: > 88 cm)

Cap Factor de risc:
Fomentar i/o Mantenir estils de vida saludables.

Algun factor de risc

Valoració del risc- taules de REGICOR*

REGICOR < 10%

REGICOR \geq 10% < 20%

ESTILS DE VIDA:

**Abandonament tabac /Promoure Exercici físic
Alimentació equilibrada/Control del pes**

OBJECTIUS**

PRESIÓ ARTERIAL:

Control <140/90 mmHg

LÍPIDS:

Aplicar mesures de modificació d'estils de vida per mantenir els valors dintre de la normalitat.

Només fàrmacs si LDL>220 mg/dl o TGL > 200 mg/dl després de modificació d'estils de vida. **DIABETIS:**

HBA1C

<7%

PA

<130/80 mmHg

OBJECTIUS**

PRESIÓ ARTERIAL:

Control <140/90 mmHg

LÍPIDS:

LDL <130 mg/dl

Triglicèrids < 200mg/dl

DIABETIS:

HBA1C <7%

PA

<130/80 mmHg

*Existeixen altres taules de valoració de risc (SCORE) però que no han estat validades en el nostre medi, per aquest motiu el Departament de Salut de la Generalitat recomana l'ús de la equació validada de REGICOR (13).

**L'abordatge terapèutic de la hipertensió arterial i la diabetis, per la seva complexitat, no s'especifiquen en aquest document. Es recorda que estimació del risc coronari s'utilitza, fonamentalment, per a sustentar la necessitat de tractament farmacològic de la hipercolesterolèmia. La decisió d'iniciar tractament farmacològic antihipertensiu o antidiabètic es basa més en les pròpies xifres de control d'aquests factors de risc i en la presència d'altres factors de risc que en l'estimació del risc amb aquestes funcions.

En diabètics i pacients amb risc proper a risc alt valorar individualment el tractament antiagregant (sempre que no existeixi cap altre contraindicació). Per iniciar el tractament antiagregant

Individus amb altres FR no contemplats a les taules (anys d'evolució de la diabetis, mal control metabòlic, presència d'obesitat, hipertrigliceridèmia etc..), s'ha d'ajustar el seu risc segons criteri mèdic (cita ATP III), donat que no hi ha una recomanació amb evidència al respecte. En general es recomana que la presència d'altres factors de risc no inclosos en l'equació suposi un salt en la classificació de risc dels pacients que tinguin un risc proper al dintell de risc moderat o alt.

Les proves complementaries (proves funcionals, d'imatge...) indicades per a la valoració del risc i la valoració de arteriosclerosi asintomàtica es realitzaran en base als criteris les guies de cada organització.

Algoritme de risc vascular alt

- Dislipèmia familiar d'alt risc aterogènic.
- Risc REGICOR $\geq 20\%$ a 10 anys
- Valors extrems d'un factor de risc (p.e. LDL >220 mg/dl, HTA grau III o superior, etc.)
- Antecedents malaltia arterioscleròtica:
 - Cardiopatia isquèmica
 - Arteriopatia perifèrica
 - Malaltia cerebrovascular
- Evidència d'arteriosclerosi silenciosa (ITB $\leq 0,9$ o presència d'estenosi carotídia $> 50\%$)
- Diabetis amb malaltia renal*.
- Diabetis >10 anys evolució
-



Risc elevat



ESTILS DE VIDA:
Abandonament tabac /Promoure Exercici físic
Alimentació equilibrada/Control del pes

Objectius

PRESIÓ ARTERIAL:

Control <140/90 mmHg
Si Diabetis Mellitus o Afectació Renal <130/80 mmHg

DIABETIS:

HBA1C <7%

LÍPIDS:

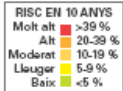
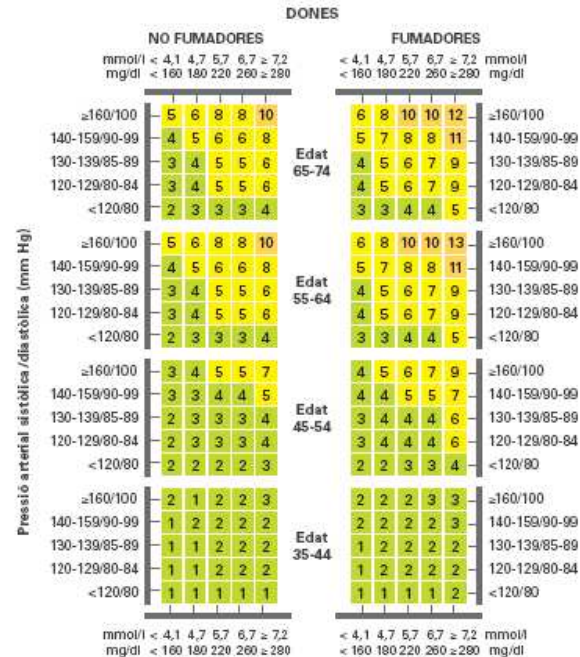
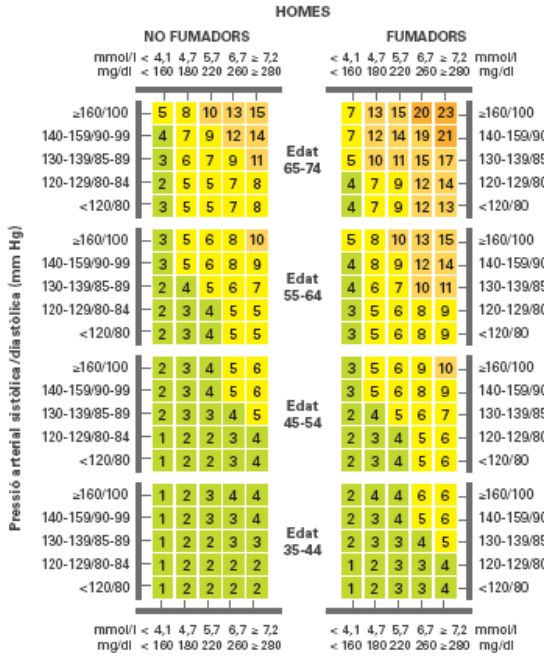
LDL <100 mg/dl
Triglicèrids < 200 mg/dl

Tractament antiagregant indicat (sempre que no existeixi cap altre contraindicació). Iniciar el tractament antiagregant un cop s'hagi aconseguit el control de la pressió arterial.

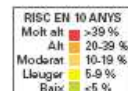
*La malaltia renal considerada des de l'aparició de microalbuminúria.

Bibliografia

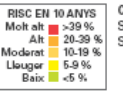
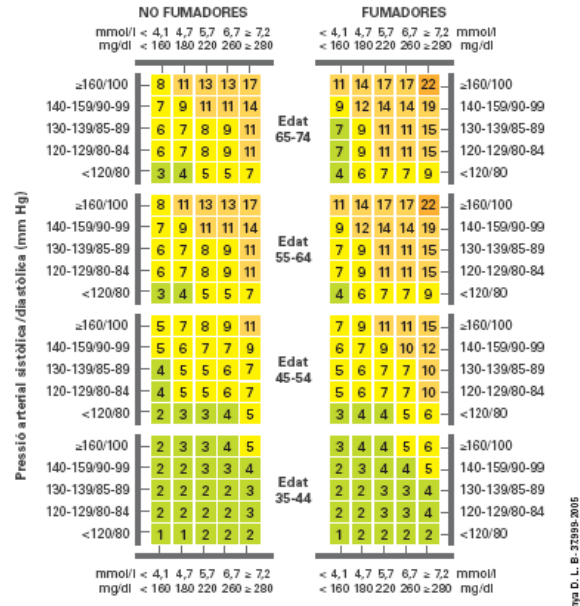
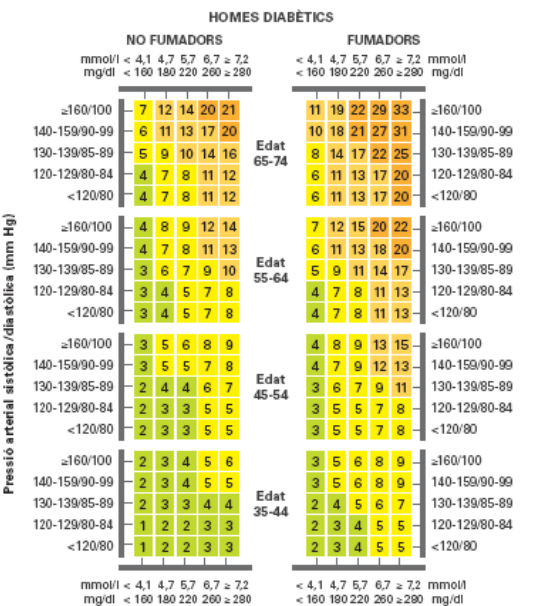
1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2000. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002.
2. Tresserras R, Pardell H. Cardiovascular mortality trends in Spain and Catalonia. Comparisons with Europe. *Eur J Clin Nutr* 1993;47(Suppl 1):S42-6.
3. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mähönen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P, for the WHO MONICA Project. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. *Lancet* 1999;353:1547-57.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
5. Bolibar B, Juncosa S, Martínez C, Pasarín I, Pujol E, Rosell M. Taxes d'incidència i prevalença a l'Atenció Primària. Mètodes per a la seva obtenció. Barcelona: Fundació Gol i Gurina, 2002.
6. World Health Organization. The World health report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.
7. Shaper A, Pocock S, Pijlps A, Walker M. Identifying men at high risk of heart attacks: strategy four use in general practice. *Br Med J* 1986;293:474-9.
8. D'Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P. CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA* 2001;286:180-7.
9. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary heart disease risk function to European Mediterranean areas. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:634-8.
10. Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Counseling For Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners. CTFPHC Technical Report. November, 2001. London, ON: Canadian Task Force.
11. Cabezas C. Intervenciones efectivas en educación sanitaria. Doyma (Barc.) FMC 2004 11:3-10.
12. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health promotion, 1999.
13. U.S.Preventive Services Task Force. An Overview of Recommendations. Screening for Obesity in Adults. What's New. AHRQ Publication No. 04-IP002, December 2003.
14. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risk. Promoting Healthy Life. Geneva WHO/WHR/02.1.2002.
15. Salleras L, Pardell H, Jané M, Saltó E, Cabezas C, Marín D i cols. Dona i Tabac. Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2001.
16. Marrugat J, Subirana I, Comín E, Cabezas C, Vila J, Elosua R, Nam B. Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: the VERIFICA study. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:40-7.
17. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Llibre blanc. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària, 2006. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.
18. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.
19. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2007;25:1751-62.
20. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III, or ATP III). *JAMA* 2001;285: 2486-97.Consultable a www.ucm.es/BUCM/be/bases/newcronos03. Visitat Juny de 2007.
21. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J*. 2007;28:2375-414.
22. Shepherd J, Cobbe S, Ford I, Isles C, Ross A, Macfarlane P. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995;333:1301-7.
23. Sever P, Dahlöf B, Poulter N, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361:1149-58.
24. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in moderately hypercholesterolemic, hypertensive patients randomized to pravastatin vs usual care: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT-LLT). *JAMA* 2002;288:2998-3007.
25. Colhoun HM, Betteridge DJ, Durrington PN, Hitman GA, Neil HA, Livingstone SJ, et al; CARDS investigators. Primary prevention of cardiovascular disease with atorvastatin in type 2 diabetes in the Collaborative Atorvastatin Diabetes Study (CARDS): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:685-96.
26. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shpairo DR, Baere PA, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels: results of AFCAPS/TexCAPS. *JAMA* 1998;279:1615-22.
27. Jackson P, Wallis E, Haq IU, Ramsay LE. Statins for primary prevention: at what coronary risk is safety assured? *Br J Clin Pharmacol* 2001;52:439-46.
28. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Tendències de la malaltia coronària a Catalunya, 1985-97: Projecte MONICA. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2000;XXI:61-7.
29. Lloyd-Jones DM, Wilson PWF, Larson MG, Beiser A, Leip EP, D'Agostino RB, Levy D. Framingham Risk Score and Prediction of Lifetime Risk for Coronary Heart Disease. *MD Am J Cardiol* 2004;94:20-24.
30. World Health Organization (WHO). Prevention of diabetes mellitus. En: WHO Technical Report Series No 884. Geneva: WHO, 1994.
31. Meigs JB, Singer DE, Sullivan LM. Metabolic control and prevalent cardiovascular disease in non-insulin dependent diabetes mellitus (NIDDM): the NIDDM patients outcomes research group. *Am J Med* 1997; 102: 38-47.
32. Should Diabetes be considered a coronary heart disease risk equivalent? Whiteley L. *Diabetes Care* 2005;28:1588-1593.
33. Haffner SM, Lehto S, Rönkämaa T et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1998; 339:229-234.
34. Evans JMM, Wang J, Morris AD. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. *BMJ*. 2002;324:1-5.
35. Lee C, Folsom A, Pankow J et al. Cardiovascular events in diabetic and nondiabetic adults with or without history of myocardial infarction. *Circulation*. 2004;109:855-860.
36. Nakamura H, Arakawa K, Itakura H, Kitabatake A, Goto Y, Toyota T et al. Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study) : a prospective randomised controlled trial. *Lancet* 2006 ;368 :1155-63.
37. The Atorvastatin Study for Prevention of Coronary Heart Disease Endpoints in Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (ASPEN) Robert H. Knopp, MD1, Michael d'Emden, MD2, Johan G. Smilde, MD, PHD3, Stuart J. Pocock, PHD4 on behalf of the ASPEN Study Group. *Diabetes Care* 2006;29:1478-1485.
38. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study. *Lancet* 1994;344:1383-1389.
39. Sacks F, Pleiffer M, Moye L, Rouleau J, Cole T et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol events. *N Engl J Med* 1996;335: 1001-1009.
40. The Long-term Intervention with Pravastatin in ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998;339:1349-1357.



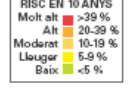
COLESTEROL
 Si el colesterol d'HDL <35 mg/dl, el risc real = risc x 1,5
 Si el colesterol d'HDL ≥60 mg/dl, el risc real = risc x 0,5



COLESTEROL
 Si el colesterol d'HDL <35 mg/dl, el risc real = risc x 1,5
 Si el colesterol d'HDL ≥60 mg/dl, el risc real = risc x 0,5



COLESTEROL
 Si el colesterol d'HDL <35 mg/dl, el risc real = risc x 1,5
 Si el colesterol d'HDL ≥60 mg/dl, el risc real = risc x 0,5



COLESTEROL
 Si el colesterol d'HDL <35 mg/dl, el risc real = risc x 1,5
 Si el colesterol d'HDL ≥60 mg/dl, el risc real = risc x 0,5

© Generalitat de Catalunya D. L. B. 23895/2005