

Título

Ojo de Markov número 75- Julio 2018

Actualización en prevención de la enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular (**ECV**) es la primera causa de muerte en la población española (30%), aunque la tendencia temporal en mortalidad ajustada por edad en ECV ha experimentado un descenso en los últimos 40 años, con un aumento de las tasas de morbilidad hospitalaria. El descenso de la mortalidad CV se atribuye a las reducciones de hipercolesterolemia, presión arterial (PA) y tabaquismo; por el contrario, aumentan la obesidad, y la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) (**CEIPC 2016**).

La prevención de la ECV engloba intervenciones dirigidas a su reducción y a las discapacidades originadas por las mismas. A mayor riesgo, mayor exigencia en la adopción de medidas preventivas, ya que la evidencia ha mostrado que la reducción absoluta del riesgo es mayor en los individuos con mayor riesgo basal. Se recomienda estimar el Riesgo Cardio Vascular (RCV) a las personas con mayor riesgo (*antecedentes familiares de ECV prematura o dislipemias familiares o pacientes que presenten un factor de riesgo importante: exposición al tabaco, diabetes, o valores elevados de lípidos o de presión arterial*) y repetir dicho cálculo cada 5 años. Podría aconsejarse también en *hombres > 40 años o mujeres > 50 años, o en postmenopáusicas sin factores de riesgo*. No se recomienda el cálculo del RCV en personas más jóvenes.

Las guías europeas (2016 **Guidelines European**) y el **Comité Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular** (el encargado de la adaptación española de las Guías Europeas), (**CEIPC 2016**) proponen la función **SCORE** para cuantificar el RCV, aunque existen otras funciones como el SCORE adaptado a la población española, REGICOR. Con independencia de la función, lo más relevante es estimar el riesgo para poder adoptar las estrategias oportunas de prevención de la ECV. En la tabla 1 se muestran las categorías de riesgo y las poblaciones que se incluyen en cada una de ellas.

Tabla 1.- Categorías del Riesgo y poblaciones incluidas (2016 Guidelines European):

Clase de riesgo	Población de cada riesgo
Muy alto	<ul style="list-style-type: none"> • ECV documentada, clínica o inequívoca por imagen. • ECV documentada incluye IAM previo, SCA, revascularización coronaria y otros procedimientos de revascularización arteriales, ictus AIT, aneurisma aórtico y PAD. • ECV inequívocamente documentada por imagen incluye placas significativas en angiografía coronaria o por ultrasonidos en carótida. <p>No se incluye algunos incrementos de ciertos parámetros como el espesor de la íntima de la media de la arteria carotídea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DM con daño de órganos diana como proteinuria o con un FRCV mayor como ser fumador o marcada hipercolesterolemia o marcada HTA. • ERC grave (TFG < 30 ml/min/1,73 m²).
Alto	<ul style="list-style-type: none"> • FR individuales notablemente elevados, en particular colesterol > 310 mg/dl (como en hipercolesterolemia familiar) o PA ≥ 180/110 mm Hg. • DM de bajo o moderado riesgo (con la excepción de DM1 jóvenes y sin FR mayores). • ERC moderada (TFG 30-59 ml/min/1,73 m²). • SCORE ≥ 5% y < 10%.
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • SCORE ≥ 1% y 5 % a los 10 años.
Bajo	<ul style="list-style-type: none"> • SCORE < 1%.
<p>ECV: enfermedad cardiovascular; IAM: infarto agudo de miocardio; SCA: síndrome coronario agudo; AIT: accidente isquémico transitorio; PAD: enfermedad arterial periférica; DM: diabetes mellitus; FRCV: factor de riesgo cardiovascular HTA: hipertensión arterial; ERC: enfermedad renal crónica; TFG: tasa de filtración glomerular.</p>	

La medición del RCV tiene una serie de limitaciones (CEIPC 2016):

- No hay ningún umbral determinado de RCV a partir del cual se pueda tomar la decisión de iniciar tratamiento farmacológico o intervención individualizada sobre el estilo de vida. El cálculo del riesgo en personas jóvenes, suele ser bajo o moderado, por lo que se recomienda calcular el riesgo relativo, que nos informa sobre cuántas veces más riesgo tiene el paciente respecto de una persona de su misma edad y sexo pero sin factores de riesgo.
- El cálculo del riesgo en personas mayores, dada la escasa evidencia del beneficio de las estrategias preventivas en este grupo de edad. El grupo SCORE ha publicado unas tablas para pacientes mayores de 65 años.
- En el cálculo del RCV no se incluyen en la función de riesgo factores modificadores, como antecedentes familiares de ECV prematura, la obesidad central y factores psicosociales (posición económica, aislamiento social y falta de apoyo social). Han de considerarse fundamentalmente en los pacientes que se encuentran entre dos niveles de riesgo.
- Baja sensibilidad de las funciones de riesgo. Se están evaluando nuevos marcadores genéticos, plasmáticos, de daño vascular preclínico,...

Grupos especiales, cuyos RCV deben ajustarse: (CEIPC 2016):

- Menores de 50 años con RCV alto: algunos factores aislados como colesterol > 300 mg/dl o PA \geq 180/110 mm Hg. Es preciso identificar los que poseen historia familiar de ECV prematura o con posible dislipemia familiar.
- Personas mayores: se recomiendan objetivos de tratamiento menos intensivos en hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) y valorar relación beneficio/riesgo en el tratamiento con estatinas.
- Mujeres: la preclamsia y la HTA en el embarazo se asocian a un mayor riesgo CV. El síndrome de ovario poliúístico se asocia a un mayor riesgo de diabetes.
- Minorías étnicas, como los procedentes del sur de Asia y los subsaharianos, que tienen un riesgo más alto que los chinos o los sudamericanos.

Intervenciones a nivel individual no farmacológicas

Tabla 2.- Recomendaciones no farmacológicas para la reducción del RCV sobre: dieta, reducción de peso, actividad física, hábito tabáquico y alcohol (tomada y adaptada de 2016 Guidelines European, CEIPC 2016)

2016 Guidelines European
Dieta saludable , es la piedra angular en prevención de la ECV en todos los individuos (I/B) .
<ul style="list-style-type: none"> • Baja en grasas saturadas: <10% de la ingesta total diaria. Mejor comida no procesada. • Pescado: 1-2 veces/semana; uno de ellos debe ser pescado azul. • < 5 g/d de sal. • 30-45 g de fibra/d, sobre todo productos integrales. • ≥ 200 g/d de fruta (2 o 3 porciones). • ≥ 200 g/d de verduras/d. • 30 g/d de nueces no saladas. • Desaconsejado el consumo de bebidas azucaradas y bebidas alcohólicas.
Reducción de peso:
<ul style="list-style-type: none"> • Perímetro de cintura < 94 (varones) o < 80 (mujeres). • Reducción del peso en obesos y adultos, alcanzando peso saludable. Se recomienda que los pacientes con sobrepeso u obesidad alcancen un peso saludable (IMC 20-25 kg/m²)*, para reducir la PA, dislipidemia y el riesgo de desarrollar DM2, y así mejorar el perfil de RCV (I/A).
Actividad física (AF):
<ul style="list-style-type: none"> • Al menos 150 minutos/semana de moderada (30 minutos durante 5 días) o 75 minutos/semana de AF intensa (15 minutos durante 5 días) o una combinación de ejercicios aeróbicos e isométricos (I/A). • Para beneficios adicionales en adultos sanos, se recomienda alcanzar 300 min/sem de AF de moderada intensidad, o 150 min/sem de AF intensa o una combinación equivalente de los mismos (I/A). • Se recomienda valoración regular y consejo en AF para promover el compromiso, y si es necesario, para incrementar la AF a lo largo del tiempo (I/B). • Se también recomienda AF en población de bajo riesgo (I/C). • Se debe considerar evaluación clínica, incluyendo pruebas de ejercicio a la población sedentaria con FRCV que tiene intención de participar en deportes o AF intensa (IIa/C).
Hábito tabáquico
<ul style="list-style-type: none"> • No exposición al tabaco. • Identificar a los fumadores y proporcionar consejo para dejar de fumar, con seguimiento y soporte con tratamiento de sustitución de nicotina, vareniclina o bupropion, individualmente o en combinación** (I/A). • Evitar la exposición pasiva al tabaco (I/B).
Alcohol
<ul style="list-style-type: none"> • Limitar el alcohol a 2 bebidas diarias (20 g/d) para varones y 1 vaso/d (10 g/d) para mujeres
<p>g/d: gramos al día; g/sem: gramos a la semana; Kg: kilogramo; RCV: riesgo cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; IMC: índice de masa corporal. *Hay evidencia de que hay mejor peso óptimo en mayores que en jóvenes y en edades medias de la vida. **Hay evidencia de mayor eficacia de los tratamientos farmacológicos combinados, excepto para las terapias de reemplazo de nicotina más vareniclina</p>

Estrategias de intervención, control y tratamiento farmacológico en antiagregación, lípidos y PA (incluye clase de recomendación y nivel de evidencia)

Tabla 3.- Niveles objetivo en lípidos, PA y HbA_{1c} (2016 Guidelines European):

PA	<140/90 mm Hg en términos generales. Según resultados del estudio SPRINT y meta-análisis, se sugiere que el tratamiento podría intensificarse en sujetos con alto RCV. Solo pacientes con alto RCV podrían beneficiarse de objetivos más estrictos. (PA<130/80) , valorando el riesgo/beneficio. En octogenarios, el objetivo de PA sistólica se reduce a < 150 mm Hg.
Lípidos	La reducción del LDL-C es el objetivo principal.
LDL-C (Objetivo principal)	Riesgo muy alto: < 70 mg/dl, o una reducción de al menos el 50% si el valor basal sin tratamiento está entre 70 y 135 mg/dl). Riesgo alto : < 100 mgdl, o una reducción de al menos el 50% si el valor basal está entre 100 y 200 mg/dl. Riesgo bajo-moderado: < 115 mg/dl.
HDL-C	Los niveles bajos de HDL-C se asocian con un mayor RCV, pero las estrategias para aumentar el HDL-C no se acompañan de una disminución del riesgo. Sin objetivo, pero indican bajo riesgo > 40 mg/dl, en varones y > 45 mg/dl en mujeres .
Triglicéridos	En presencia de hipertrigliceridemia, se recomienda utilizar el colesterol no-HDL como objetivo terapéutico. Sin objetivo, pero indica bajo riesgo < 150 mg/dl. Altos niveles indican la necesidad de mirar otros factores de riesgo.
Diabetes	En general, se recomienda un objetivo de HbA_{1c} < 7% . En los pacientes con diabetes de larga evolución, edad avanzada, frágiles o con complicaciones graves, deben considerarse objetivos menos estrictos, especialmente si existe riesgo de hipoglucemia.
HbA _{1c} : hemoglobina glicosilada; PA: presión arterial; RCV: riesgo cardiovascular; LDL: lipoproteínas de baja densidad; HDL-C: lipoproteínas de alta densidad; HbA _{1c} : hemoglobina glicosilada A _{1c}	

Tabla 4.- Recomendaciones en antiagregación (2016 Guidelines European, CEIPC 2016)

Clase de recomendación/Nivel de evidencia	
En Prevención primaria	No está recomendada la antiagregación, debido al incremento en el riesgo de hemorragias mayores (IIIB)*.
En Prevención Secundaria, con ECV o cerebrovascular	<ul style="list-style-type: none"> • En SCA: AAS + inhibidor de P2Y12 (clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) durante 1 año (IA). Puede considerarse AAS + inhibidor de P2Y12 más allá de 1 año valorando riesgos isquémicos y hemorrágicos (IIb/A). • En pacientes considerados con alto riesgo de sangrado, después de una implantación de stent fármaco-activo se considera un inhibidor de P2Y12 durante 3-6 meses (IIb/A). • En SC (fase crónica), después de un IAM, más de 12 meses: AAS sola (IA). • En AIT o ictus isquémico no cardioembólico: AAS o AAS + dipiridamol o clopidogrel solo (IA). • No se recomienda prasugrel en pacientes con enfermedad coronaria estable (IIIC). • No recomendado ticagrelor en SCA (IIIC).
SCA: Síndrome coronario agudo; AAS: ácido acetil salicílico; inhibidor de P2Y12: inhibidor del receptor plaquetario, P2Y12 de adenosina difosfato; ECV: enfermedad cardiovascular; AIT: accidente isquémico transitorio	

Tabla 5. Recomendaciones para el control de lípidos y estrategias de intervención con estatinas en función del RCV y del LDL-C

Recomendaciones para control de lípidos	<ul style="list-style-type: none"> • En RCV muy alto: LDL-C < 70 mg/dl o reducción de LDL-C de al menos el 50% concentraciones basales entre 70-135 mg/dl (IB). • En RCV alto : LDL-C < 100 mg/dl o reducción de al menos el 50% concentraciones basales entre 100-200 mg/dl (IB). • En el resto de los pacientes, se debe considerar alcanzar LDL-C < 115 mg/dl (IIaC).
Estrategias de Intervención**	<ul style="list-style-type: none"> • <1% SCORE y LDL-C > 190 mg/dl (IIa/A). • ≥1 a <5 SCORE y LDL-C > 190 mg/dl (I/A). • ≥5% a < 10% SCORE o alto riesgo y LDL-C 155 a <190 mg/dl y >190 mg/dl (I/A). • >10% SCORE y LDL-C ≥ 100 mg/dl (I/A).
<p>** Con estatinas en función del RCV y del LDL-C (Clase de recomendación/Nivel de evidencia) RCV: riesgo cardiovascular; LDL: lipoproteínas de baja densidad; HDL-C: lipoproteínas de alta densidad.</p>	

Consideraciones acerca de la reducción de lípidos [\(CEIPC 2016\)](#):

Hay que destacar que el RCV marca la intensidad de la estrategia terapéutica en función de los 5 cortes de concentraciones de colesterol LDL y 4 niveles de RCV, pero sin embargo, la tabla de recomendaciones del control de lípidos, simplifica los niveles de riesgo a tres (muy alto, alto y el resto). Hay que tener en cuenta que los ictus isquémicos y el accidente isquémico transitorio (TIA) son de RCV muy alto. Las estatinas siguen siendo el fármaco de primera elección. La terapia de combinación estatina más ezetimiba también aporta beneficios CV.

Tabla 6. Recomendaciones de cribado, objetivos de PA para tratamiento farmacológico y no farmacológico

(Clase de recomendación/Nivel de evidencia)	
Recomendaciones cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Medida clínica de la PA como cribado y diagnóstico de HTA (dos medidas de PA en cada visita) y al menos 2 visitas. • Se recomiendan para diagnóstico y monitorización de tratamiento y para mejora de adherencia las medidas ambulatorias de la PA* mediante MAPA o mediante automedida (AMPA), porque se correlaciona más estrechamente con el pronóstico y la lesión de órganos diana que la medida clínica.
Recomendaciones en los objetivos de PA y en tratamiento farmacológico y no farmacológico de HTA	<ul style="list-style-type: none"> • El objetivo general de PA se encuentra en <140/90, excepto en mayores en los que se debe flexibilizar. • Se recomienda medidas de los cambios en los estilos de vida** (IA) en todos los pacientes con HTA (>140/90) y en los de PA normal-alta (130-139 y/o 85-89 mm Hg). • Los antihipertensivos (diuréticos, IECAs, CA, ARAs, y BB) no difieren significativamente en la eficacia de la bajada de la PA y son igualmente recomendados para bajar la misma (IA). • Se recomienda estratificación del RCV SCORE en asintomáticos con HTA, pero sin ECV, ERC o DM (IB). • Se recomienda tratamiento farmacológico en HTA grado 3 (≥180 y/o ≥110) independientemente del RCV, en grado 1 o 2 (≥140 y/o ≥90) con muy alto RCV (IB) y en grado 1 o 2 con alto RCV (IIa/B). • Se recomiendan cambios en los estilos de vida en RCV bajo o moderado e HTA grado 1 o 2 (IB) y si con esta intervención no se logra reducir la PA, se puede considerar tratamiento antihipertensivo (IIb/B). • Se recomienda en <60 años una PA <140/90 mm Hg (IB). • Se recomienda en >60 años y PAS ≥160 mm Hg, reducir la PA entre 140-150 mm Hg (IB).

<p>Recomendaciones en los objetivos de PA y en tratamiento farmacológico y no farmacológico de HTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda en <80 años una PAS objetivo < 140 mm Hg, si se tolera bien el tratamiento. En algunos de estos pacientes se puede considerar un objetivo de PAS <120 mm Hg si existe muy alto RCV, y toleran múltiples fármacos para reducir la PA (Ib/B). Se recomienda en > 80 años y PAS ≥160 mm Hg reducir la PAS entre 140-150 mm Hg, siempre que estén en buenas condiciones físicas y mentales (I/B). Debe considerarse especialmente la intensidad del tratamiento en ancianos frágiles, (ej: número de antihipertensivos) y los objetivos de la PA y monitorizar cuidadosamente sus efectos clínicos (Ila/B). Se considera el inicio de la combinación con dos fármacos en PA basal marcadamente elevada o con alto RCV. La combinación de dos fármacos a dosis fijas en una sola formulación puede mejorar la adherencia (Ib/C). No se recomiendan BB y diuréticos tiazídicos en HTA con múltiples factores de riesgo metabólicos, debido al incremento del riesgo de DM (III/B).
<p>PA: presión arterial; HTA: hipertensión arterial; MAPA: monitorización ambulatoria de tensión arterial; RCV: riesgo cardiovascular; BB: beta-bloqueantes; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; ARA: bloqueante de los receptores de la angiotensina; CA: antagonistas del calcio; PAS: presión arterial sistólica; ** Cambios en los estilos de vida (control del peso, incremento de actividad física, moderación del consumo de alcohol, restricción de sodio, incremento de consumo de frutas y vegetales, y de productos bajos en grasa).</p>	

* **Clasificación de niveles PA** ([pincha aquí](#))

Fármacos preferentes en pacientes con HTA en situaciones específicas ([2016 Guidelines European, CEIPC 2016](#))

En pacientes con HTA y situaciones específicas, de daño orgánico, clínica con eventos CV u otros, existen opciones preferentes, bien porque se han utilizado en pacientes con esas condiciones en ensayos, o bien porque han mostrado mayor efectividad en daño orgánico específico

Tabla 7.- Condiciones específicas en pacientes con HTA y tratamientos de elección

Condición	Fármacos
Asintomáticos con daño orgánico	
HVI	IECA, CA, ARA
Ateroesclerosis asintomática	CA, IECA
Microalbuminuria	IECA, ARA
Disfunción renal	IECA, ARA
Clinica CV	
Ictus previo	Fármaco antihipertensivo efectivo
IAM previo	BB, IECA, ARA
Angina de pecho	BB, CA
Insuficiencia cardiaca	Diuréticos, BB, IECA, ARA, ARM
Aneurisma aórtico	BB
Prevención de fibrilación auricular	ARA, IECA, BB o ARM
Control frecuencia en fibrilación auricular	BB, CA no dihidropiridínicos
ERT/proteinuria	IECA, ARA
Enfermedad arterial periférica	IECA, CA
Otros	
PAS aislada	Diuréticos, CA
Diabetes mellitus	IECA, ARA
Embarazo	Metildopa, BB, CA
Población negra	Diuréticos, CA
<p>HVI: Hipertrofia ventricular izquierda; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina; ARA. Bloqueante de los receptores de la angiotensina; CA: antagonistas del calcio; BB: beta-bloqueantes; ARM: antagonistas de los receptores de los mineralcorticoides; IAM: infarto agudo de miocardio; ERT: enfermedad renal terminal; PAS: presión arterial sistólica.</p>	

El caso especial de la Diabetes en Prevención CV (2016 Guidelines European, CEIPC 2016)

- En pacientes diabéticos, La ECV es la principal causa de morbi-mortalidad. Padecer diabetes (DM) conlleva de por sí un RCV elevado (alto o muy alto), excepto en DM tipo 2 (DM2) de <10 años de evolución, sin otros factores de RCV y sin complicaciones o en DM de tipo 1 (DM1) de poca evolución y sin complicaciones. La estrategia más eficaz en diabetes es el abordaje multifactorial, ya que se suele asociar a otros factores de RCV. El control de la HTA y del colesterol reducen el RCV; el control glucémico reduce significativamente las complicaciones microvasculares y a largo plazo, también las macrovasculares.
- En términos generales se recomienda un objetivo de HbA_{1c} <7%; sin embargo, en DM de larga evolución, mayores, frágiles o con complicaciones graves, los objetivos deben ser más flexibles, sobre todo si hay riesgo de hiperglucemia. Por otro lado, en pacientes no frágiles con diagnóstico reciente o corta evolución de la DM2 debe considerarse un objetivo de HbA_{1c} ≤6,5%.
- Se considerará tratamiento con estatinas en todos los pacientes con DM tipo 1 o 2 >40 años y en <40 años con RCV alto por múltiples FR o complicaciones microvasculares. El objetivo de PA es <140/85 mm Hg, y 130/80 mm Hg en DM1, pero en pacientes más jóvenes con riesgo elevado de complicaciones se recomienda <130/80 mm Hg.
- El tratamiento antiagregante no está recomendado en los pacientes sin ECV.

Tabla 8.- Recomendaciones para el manejo de la Diabetes (2016 Guidelines Europea)

Recomendaciones	Clase*	Nivel**
Se recomienda un cambio en los estilos de vida que incluye el abandono del tabaco, dieta baja en grasas y alta en fibra, actividad física aeróbica y entrenamiento intenso.	I	A
Se recomienda reducción del consumo de energía en los pacientes a los que se va a ayudar a bajar peso o evitar ganancia de peso.	I	B
Se recomienda para la mayoría de adultos con DM1 o 2 y mujeres no embarazadas un objetivo de HbA_{1c} <7% , para la reducción del riesgo de ECV y de complicaciones microvasculares.	I	A
Se recomiendan objetivos de HbA _{1c} menos estrictos en pacientes con DM de larga duración, mayores, frágiles, o con ECV.	IIa	B
Se debe considerar un objetivo de HbA_{1c} ≤ 6,5% en pacientes con DM2 con diagnóstico reciente, que no sean frágiles y que no tengan ECV.	IIa	B
Se debe considerar la evaluación de la HbA _{1c} (que puede realizarse sin ayuno) o la glucemia en ayunas cuando se realiza la detección de DM en individuos con o sin ECV. Se puede ofrecer una prueba oral de tolerancia a la glucosa cuando todavía hay dudas.	IIa	A
Se recomienda metformina como primera línea de tratamiento, si se tolera o no existe contraindicación, con evaluación de la función renal.	I	B
Deben evitarse las hipoglucemias y la excesiva ganancia de peso en pacientes con enfermedad avanzada y considerar un enfoque individual con respecto a ambos objetivos de tratamiento y a la elección de los fármacos.	IIa	B
Se debe considerar un inhibidor de SGLT2 en pacientes con DM2 y ECV .	IIa	B
Se recomiendan fármacos hipolipemiantes en todos los pacientes con DM1 ó 2 > 40 años (estatinas principalmente) para reducir el RCV.	I	A
Pueden considerarse fármacos hipolipemiantes (estatinas principalmente) en pacientes <40 años con un RCV significativamente elevado, debido a la presencia de complicaciones microvasculares o múltiples FRCV.	IIb	A

Se recomienda un objetivo de LDL-C < 70 mg/dl en pacientes con DM con muy alto RCV, o una reducción de al menos el 50%, si valor de referencia del LDL-C está entre 70-135 mg/dl.	I	B
Se recomienda un objetivo de LDL-C < 100 mg/dl en pacientes con DM con alto RCV o una reducción de al menos el 50%, si el valor de referencia del LDL-C está entre 100-200 mg/dl.	I	B
En general, se recomienda que los objetivos en PA en DM2 < 140/80 mm Hg , aunque en pacientes seleccionados se recomienda un objetivo bajo < 130/80 mm Hg (como pacientes jóvenes con elevado riesgo para complicaciones específicas), para conseguir beneficios adicionales en ictus, retinopatía y riesgo de albuminuria. Se recomiendan los bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona en el tratamiento de HTA en DM, particularmente en presencia de proteinuria o microalbuminuria. Se recomienda un objetivo de PA < 130/80 mm Hg en pacientes con DM1.	I	B
No se recomiendan fármacos que incrementen HDL-C en DM2 para la prevención de ECV.	III	A
No se recomienda terapia antiagregante (como AAS) para población con DM sin ECV .	III	A
*Clase de recomendación. **Nivel de evidencia. ECV: enfermedad cardiovascular; DM1: diabetes mellitus tipo 1; DM2: diabetes mellitus tipo 2; PA: presión arterial; HTA: hipertensión arterial; AAS: aspirina.		

*Autora: M^a Rosa Miranda Hidalgo
Revisor: Judit Ceruelo Bermejo*