

# Nya europeiska riktlinjer för kardiovaskulär prevention



**JOEP PERK**, professor i hälsovetenskap, läkare, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet, Kalmar  
joep.perk@lnu.se

Vid EuroPrevent-kongressen i Dublin i maj 2012 presenterades nya riktlinjer för kardiovaskulär prevention [1], en revidering av 2007 års riktlinjer. Publikationen, betydligt kortare än tidigare, är ett konsensusdokument från nio organisationer: allmänläkare, kardiologer, beteendevetare och forskare inom områdena epidemiologi, hypertoni, diabetes mellitus, lipider, stroke och vårdvetenskap har samverkat.

Dokumentet ställer fem frågor: Vad är kardiovaskulär prevention, varför behövs den, för vem behövs den, hur bör den tillämpas i klinisk verksamhet och var bör prevention erbjudas? I varje kapitel finns förutom sedvanligt graderade rekommendationer och nyckelbudskap även rubrikerna »Viktig ny vetenskaplig information« och »Kvarstående brister i kunskapsläget«.

En nyhet är evidensvärderingen enligt metoden GRADE [2], vilken ger större vikt åt populationsstudier. Den erbjuder endast två grader av rekommendation, stark eller svag, en klar förenkling av budskapet till sjukvården.

**En god nyhet** är att Sverige, liksom våra grannländer, numera räknas som ett land med låg risk för kardiovaskulär sjukdom; skillnaden mellan de västeuropeiska och östeuropeiska länderna har ökat.

Baserat på SCORE-tabellerna (systematic coronary risk evaluation) föreslås begreppet »kardiovaskulär ålder« (risk age). 10-årsrisken att dö i kardiovaskulär sjukdom relaterad till ålder, kön, rökvanor, total kolesterol och blodtryck jämförs där med åldern hos en person med samma risknivå men med normala värden för riskfaktorerna (en rökande 40-åring med ett systoliskt blodtryck på 180 mm Hg och ett total kolesterol på 6 mmol/l har en kar-

diovaskulär ålder motsvarande en frisk 60-åring).

**Man har ökat** antalet risknivåer från tre till fyra och erbjuder olika målvärden för råd och behandling för var och en av dessa nivåer. I gruppen med mycket hög risk ingår personer med redan etablerad kardiovaskulär sjukdom, diabetiker med organskador och/eller minst en annan riskfaktor, patienter med svår kronisk njursjukdom och personer med en SCORE-nivå >10 procent. I gruppen med hög risk finner man personer med kraftigt förhöjda enskilda riskfaktorer (hyperlipidemi och hypertoni), diabetiker utan organskador eller andra riskfaktorer, patienter med måttlig kronisk njursjukdom och personer med en SCORE-nivå >5 procent och <10 procent.

Gruppen med måttlig risk för kardiovaskulär sjukdom, till vilka de flesta vuxna hör, har en SCORE-nivå >1 procent och <5 procent, medan lågriskgruppen har en SCORE-nivå <1 procent.

**Råden om levnadsvanor** skiljer sig inte från föregående riktlinjer, men risken med passiv rökning framhålls tydligare liksom behovet av preventiva åtgärder mot psykosociala riskfaktorer, stress, ångest och depression. Den i massmedier livliga debatten om kost avspeglas inte i dokumentet; LCHF-dieten (low carb high fat) får inget stöd.

**Målvärden för blodtrycket** ligger kvar på 140/90 mm Hg, och man slår fast att det inte finns kliniskt relevanta skillnader i blodtryckssänkande effekt mellan de vanligaste läkemedlen. Tre nivåer för hypertoni anges (grad 1, 2 och 3), där råd om levnadsvanor bör erbjudas i grad 1 och 2 innan man beslutar om behandling med läkemedel.

LDL-kolesterol förblir den viktigaste parametern för behandling med målvärde <1,8 mmol/l för patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom (eller en minskning med minst 50 procent från utgångsvärdet om målvärdet inte kan uppnås). HDL-kolesterol rekommenderas inte som mål för terapi men

kan ge ett värdefullt bidrag i riskvärderingen. SCORE-tabellen har därför fått ett tillägg med en korrigering för HDL-kolesterol. Målvärdet för HbA<sub>1c</sub> har höjts till <7,0 procent (<53 mmol/mol).

**I sista kapitlet** understryks åter allmänläkarens centrala roll för kardiovaskulär prevention i klinisk vardag. Man rekommenderar dock även att i större grad engagera sjuksköterskor i preventiva program och att samarbeta med ideella grupper såsom patientföreningar. Slutligen efterlyser man en större närvaro av den medicinska professionen i debatten kring god folkhälsa i enlighet med EU:s deklaration om hjärthälsa (Heart health charter) [3].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## REFERENSER

- Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) \* Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. E-publ 3 maj 2012.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence strength of recommendations. BMJ. 2008;336:924-6.
- European Parliament. Resolution on action to tackle cardiovascular disease. Procedure: 2007/2601(RSP). <http://www.europarl.europa.eu/sides>

## ■ SAMMANFATTAT

**2012 års europeiska** riktlinjer för kardiovaskulär prevention i klinisk praxis utgår från några nyckelfrågor: Vad är kardiovaskulär prevention, varför behövs den och för vem, hur och var bör den erbjudas? **Riktlinjedokumentet** är kortare och rekommendationerna för vården är tydligare än tidigare riktlinjer. **Fyra nivåer** av kardiovaskulär risk definieras, och riktade preventiva råd ges för varje riskgrupp. **Sverige är numera** ett lågriskland för hjärt-kärlsjukdom.