
COMENTARIO EDITORIAL

Prevencción secundaria de la cardiopatía isquémica en España. *¿Quo vadis?*

Carles Brotons

Unidad de Investigación. CAP Sardenya. Barcelona. España.

La prioridad en prevención cardiovascular son los pacientes que han padecido un acontecimiento isquémico; a estos pacientes, por su elevado riesgo de morbimortalidad, se debería dedicar más tiempo y recursos para conseguir los objetivos marcados por las guías.

Hay abundante evidencia científica que demuestra el beneficio de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en estos pacientes. A diferencia de lo que ocurre en prevención primaria, donde hay dudas o diferentes opiniones respecto a quiénes serían los pacientes de riesgo alto,

Puntos clave

- El grado de utilización de fármacos profilácticos en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria es subóptimo.
- Hay una alta variabilidad en los resultados de los diferentes estudios de prevención secundaria en España.
- La evidencia sobre la eficacia de los programas de prevención secundaria, o las estrategias para mejorarla en el ámbito de la atención primaria, es incierta.
- Actualmente, en España se están realizando estudios de intervención, que en un futuro nos pueden proporcionar resultados de aplicación práctica en atención primaria.

en prevención secundaria no hay estas incertidumbres, y prácticamente todas las guías coinciden en las recomendaciones que deberían realizarse. Sin embargo, la realidad es que, por un motivo u otro, no se está trasladando la evidencia a la práctica clínica, y no se está consiguiendo esos objetivos marcados por las guías. Este hecho lo conocemos porque se ha llevado a cabo múltiples estudios nacionales e internacionales de corte observacional y de tipo evaluativo, mediante diseños transversales o longitudinales, precisamente para conocer hasta qué punto se está alcanzando los objetivos en términos de tratamiento profiláctico y control de los factores de riesgo. La revisión que hacen Sanfélix et al¹ en este número de esta revista ponen claramente de manifiesto que el grado de utilización de fármacos profilácticos es claramente subóptimo, aunque se observa una tendencia al alza, sobre todo cuando se analizan los resultados de los estudios llevados a cabo en el ámbito hospitalario.

Otro aspecto interesante que se pone de manifiesto en esta revisión es la alta variabilidad en los resultados que, en parte, podrían ser debidos a la diferente metodología utilizada. Los estudios revisados por los autores han sido 19, publicados entre 1995 y 2004, lo que daría como promedio dos estudios publicados por año. Trece estudios se realizaron en un ámbito hospitalario, reclutando un total de 25.478 pacientes, mientras que 6 se realizaron en el ámbito de la atención primaria, reclutando un total de 2.115 pacientes (se han incluido en este último ámbito los del estudio ICAR por considerarlo más propio de atención primaria). Llama la atención esta diferencia tan grande en el número de estudios y pacientes reclutados, y más cuando estamos hablando no de un tratamiento agudo hospitalario sino de tratamiento preventivo para evitar nuevos ingresos y reducir la mortalidad de estos pacientes. Fundamentalmente, la prevención secundaria se debe implantar

al alta hospitalaria, cuando el seguimiento del paciente lo efectúa el médico de familia exclusivamente, o de forma compartida con el cardiólogo extrahospitalario.

Una revisión como ésta nos permite valorar los resultados con una cierta perspectiva, observar lo que se ha hecho hasta la fecha y hacia dónde vamos, y hacer un ejercicio de reflexión y autocrítica. Si pudiéramos volver atrás en el tiempo, y a la vista de todos estos estudios, la pregunta que nos hacemos es si hubiéramos hecho algo diferente. La respuesta, en mi opinión, es que sí, y la recomendación hubiera sido hacer un único estudio, con información al alta hospitalaria, y con información de seguimiento en el ámbito de la atención primaria, recogiendo información de diferentes centros hospitalarios –urbanos y rurales, terciarios y de segundo nivel, universitarios y no universitarios– de todas las comunidades autónomas. Este mismo estudio, seguramente mucho más caro que cualquiera de los 19 publicados, se podría repetir una vez cada 2 o 3 años, utilizando la misma metodología y, por tanto, las diferencias observadas en el tiempo en los tratamientos profilácticos –si las hubiere– serían muy próximas a la realidad. En un lapso de 10 años se hubiera publicado entre 3 y 5 estudios, lo que finalmente hubiera podido salir más rentable, y tal vez con un mejor rendimiento científico. Ahora hay que mirar hacia delante, esperando que, en el futuro, cualquier estudio descriptivo en prevención secundaria tenga en cuenta esta revisión, y se valore la necesidad de realizar o no más estudios.

Quizás ahora es el momento de plantearse nuevos retos, diseñar estudios con otros objetivos, para intentar responder a preguntas todavía no formuladas ni contestadas. Algunos de los estudios de la revisión ya van en esta línea, como el estudio ICAR o el estudio PRESENTE.

Sin embargo, la evidencia sobre la eficacia de los programas de prevención secundaria, o las estrategias para mejorarla en el ámbito de la atención primaria, sigue siendo incierta.

Una revisión sistemática de ensayos clínicos sobre programas de prevención secundaria² concluyó que éstos mejoran la atención médica, reducen los ingresos hospitalarios, y mejoran la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes coronarios, pero su eficacia en la reducción de la mortalidad y los reinfartos, así como el coste-efectividad, eran dudosos.

También hay evidencia de estudios que evalúan diferentes estrategias para mejorar los resultados en prevención secundaria, utilizando diseños pragmáticos de intervención aleatorizada en la atención primaria, con resultados dispares. Uno de estos estudios evaluó el efecto de unidades de prevención secundaria dirigidas por personal de enfermería comparándolas con la atención habitual en las consultas del médico de familia. Se observaron mejoras en la utilización de antiagregantes, en el control de la presión arterial y de los lípidos, y en realización de actividad física y seguimiento de dieta. Estos mismos investigadores pu-

blicaron después el seguimiento a los 4 años³, y observaron una reducción de la mortalidad y de los eventos coronarios cuando se comparan ambas estrategias, aunque los mismos autores comentaban que estos resultados se deben interpretar con precaución por la baja potencia del estudio para detectar estas diferencias y por los valores de significación estadística en el límite (*p borderline*).

Además, estos estudios se han hecho en ámbitos diferentes del nuestro y, por tanto, sus resultados son difícilmente extrapolables, sobre todo porque intervienen aspectos organizativos y del sistema sanitario específicos del país donde se realicen.

Actualmente se está llevando a cabo otras iniciativas en España en el marco de un estudio europeo, o exclusivamente en nuestro país, que en un futuro pueden proporcionar resultados interesantes. El estudio EUROACTION⁴ tiene como objetivo demostrar que un equipo multidisciplinario de enfermería puede ayudar a los pacientes y sus familiares a conseguir el estilo de vida recomendado y a reducir los factores de riesgo en la prevención primaria (pacientes de riesgo alto) y secundaria de las enfermedades cardiovasculares. En este estudio participan 8 países europeos, entre ellos España, concretamente la Comunidad Valenciana. Los resultados finales se presentaron en el Congreso Europeo de Cardiología celebrado en Barcelona.

El estudio PREseAP⁵ es un ensayo clínico realizado en el ámbito de la atención primaria en 42 centros de salud de 8 comunidades autónomas, que tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria para reducir la morbimortalidad en los pacientes que han padecido una enfermedad cardiovascular. En este estudio se han aleatorizado los centros de salud, unos para seguir la atención habitual y otros en los que se ha implantado un programa integral de prevención secundaria, donde el personal de enfermería previamente entrenado está realizando una intervención educativa para mejorar el control de los factores de riesgo y el cumplimiento terapéutico. Está previsto que el estudio finalice a finales del año 2007.

Estos estudios sin duda empezarán a darnos resultados de aplicación práctica, que nos ayudarán a mejorar la implantación de las recomendaciones en la práctica clínica.

Otra pregunta interesante y pendiente de contestar es saber cuáles son los estándares que podemos asumir en la práctica clínica en el control real de los factores de riesgo en los pacientes con una enfermedad cardiovascular. A partir de los resultados de un estudio previo ya se obtuvo una aproximación a los estándares recomendables en la medicación profiláctica⁶ en los pacientes que habían padecido un infarto de miocardio. Estos resultados son útiles para generar indicadores de salud en prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, ya sea en el ámbito más reducido de un centro de salud o más amplio de un área sanitaria, con el fin de establecer cuáles son los niveles óptimos (que nunca son del 100%) en el control de los factores de riesgo y en la medicación profiláctica.

Bibliografía

1. Sanfélix G, Peiró S, Gosalbes Soler V, Cervera Casino P. La prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. Una aproximación desde los estudios observacionales. *Aten Primaria*. 2006;38:250-9.
2. McAlister FA, Lawson FME, Teo KK, Armstrong PW. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ*. 2001;323:957-62.
3. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Simpson JA, Thain J. Secondary prevention clinic for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *BMJ*. 2003;326:84-7.
4. Wood DA, Kotseva K, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, et al, por el EuroAction Study Group. EUROACTION: a European Society of Cardiology demonstration project in preventive cardiology. A cluster randomised controlled trial of a multidisciplinary preventive cardiology programme for coronary patients, asymptomatic high risk individuals and their families. Summary of design, methodology, and outcomes. *EHJ*. 2004;6 Suppl J: 1.
5. Brotons C, Ariño D, Borrás I, Buitrago F, González ML, Kloppe P, et al. En nombre del Equipo Investigador del Estudio PREseAP. Evaluación de la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en atención primaria: estudio PREseAP. *Aten Primaria*. 2006;37:295-8.
6. Brotons C, Permanyer-Miralda G, Moral I, Ribera A, Cascant P. Prophylactic treatment after myocardial infarction in primary care: how far can we go? *Fam Pract*. 2003;20:32-5.