



PREVENCIÓN SECUNDARIA DE ENFERMEDAD CORONARIA: AÚN AJENA A LA PRÁCTICA MÉDICA DIARIA

SECONDARY PREVENTION OF CORONARY HEART DISEASE: STILL OUTSIDE THE DAILY CLINICAL PRACTICE

Claudia V. Anchique, MD.⁽¹⁾

La enfermedad coronaria continúa siendo la principal causa de mortalidad y discapacidad prematura en la mayoría de países desarrollados y en vía de desarrollo a pesar de los diferentes e importantes avances en la terapéutica cardiovascular (1). La brecha entre los adelantos tecnológicos y la implementación de estrategias efectivas para el control de factores de riesgo y las causas subyacentes de la enfermedad, es evidente. La aproximación terapéutica y las intervenciones que se realizan bajo el concepto de prevención secundaria, tendrán el impacto correspondiente en la medida en que se avance en el verdadero cumplimiento de objetivos y metas, lo cual requiere mayor trabajo, vigilancia y control de los "cómo", dado que a la luz de la literatura científica no han sido suficientes los resultados con relación a la adherencia al tratamiento y el logro de metas.

Encuestas y estudios ampliamente conocidos han transmitido las malas noticias; entre ellos vale la pena mencionar las encuestas EUROASPIRE I, II, III, llevadas a cabo durante doce años (1995/2000/2006-2007) que evaluaron cómo se lleva a la práctica de la prevención secundaria en pacientes que en los seis meses previos han sufrido revascularización miocárdica electiva o de urgencias, angioplastia percutánea, infarto agudo del miocardio o isquemia cardíaca. Se evidenció que Europa sigue sin encontrar la forma de alcanzar las metas de prevención secundaria de la enfermedad coronaria, pues:

- Una quinta parte de los pacientes coronarios seguía fumando.
- El sobrepeso y la obesidad avanzaron en forma significativa (4 de cada 5 pacientes tiene sobrepeso y hubo un aumento promedio de 4,9 kilos entre la primera y la tercera encuesta).
- El manejo de la hipertensión arterial no mostró cambios significativos en las tres encuestas ya que la mitad de pacientes todavía tenía la presión arterial por encima del objetivo recomendado; sólo 41% logró la meta.
- La prevalencia de diabetes incrementó reflejando el aumento de la obesidad.
- El uso de medicamentos hipolipemiantes se elevó, pero aun casi la mitad de pacientes permanecían por encima de los objetivos lipídicos (2, 3).

En el mismo sentido, el estudio PREVESE I y II, llevado a cabo en España, en el que se evaluaron las medidas de prevención secundaria dadas a los pacientes en el momento de ser dados de alta posterior a un infarto del miocardio y la de control a seis meses, encontró un perfil de riesgo elevado de acuerdo con la prevalencia de los factores de riesgo y con los antecedentes personales, y con relación al cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria, el abandono del hábito tabáquico muestra resultados aceptables, así como el control adecuado de las cifras de tensión arterial (2,3% con cifras superiores a 140/90 mm Hg), a diferencia del control del perfil lipídico. Entre el PREVESE I y II se hizo notorio un incremento en la prescripción de hipolipemiantes y betabloqueadores, 6,7% frente a 30,5% y 33,3% frente a 45,1% respectivamente (4). Otros estudios de características similares realizados en otros países, buscaron cifras propias que mostraran la realidad de cada uno de ellos y a la fecha los resultados son, en general, muy similares (5).

(1) Mediagnóstica. Duitama-Boyacá, Colombia.

Correspondencia: Dra. Claudia Anchique. Correo electrónico: claudia.anchiquesantos@gmail.com

Recibido: 07/05/2013. Aceptado: 08/05/2013.

El estudio llevado a cabo en la Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia, sobre el cumplimiento de las recomendaciones de prevención secundaria de enfermedad coronaria en pacientes sometidos a revascularización coronaria percutánea, en dicha institución, es un aporte a este grupo de estudios y un asomo a las cifras colombianas a pesar de las dificultades y limitaciones metodológicas descritas por los autores.

Un aspecto que llama la atención del estudio es el no haber considerado la remisión a rehabilitación cardiaca como un ítem a evaluar dado que es una de las recomendaciones de las Guías de Manejo de Prevención Secundaria para enfermedad coronaria (nivel de evidencia Clase IA) (6), información que a la fecha no se conoce de ninguna institución en Colombia.

De otra parte, se destacan y contrastan los resultados significativamente altos del estudio con relación a los estilos de vida saludables (que son los más difíciles de implementar y cumplir, vs. la adherencia a los medicamentos) con 67,44% que reportó estar consumiendo una dieta saludable y 61% que afirmó estar realizando 150 minutos de ejercicio aeróbico a la semana, y las cifras conocidas a nivel país sobre iguales aspectos; si bien no se tienen estudios previos de iguales características en Colombia que permitan comparar, las cifras conocidas a la fecha reportan que 45% de la población colombiana es sedentaria, uno de cada tres habitantes (33,2%) entre los 5 y 64 años no consume frutas diariamente y cinco de cada siete (71,9%) en el mismo rango de edad no ingiere hortalizas o verduras todos los días; uno de cada cuatro colombianos (24,5%) consume comidas rápidas a diario, uno de cada cinco (22,1%) bebe gaseosas, uno de cada siete (14,5%) ingiere alimentos de paquete y uno de cada tres come golosinas y dulces todos los días (7). Si bien la muestra del estudio corresponde a pacientes con una patología específica y una supuesta sensibilización a la recomendación de estilos de vida saludables, las respuestas en este estudio podrían estar sobrevaloradas por algunas de las características metodológicas (pregunta abierta, percepción individual del encuestado entre otras).

Al margen de estos análisis, es importante destacar que el resto de los resultados del estudio es muy similar a los resultados más significativos de los estudios mencionados anteriormente, y en consecuencia también comparten la conclusión principal, que es, un pobre cumplimiento de las metas de prevención secundaria para la enfermedad coronaria (sólo 3,5% de los pacientes cumplían con el 100% de las recomendaciones para la prevención secundaria de enfermedad coronaria y 17% lo hacía con menos del 50% de éstas), lo cual representa un nuevo llamado y nueva señal de alarma que debe motivar al verdadero cambio; es decir, un cambio que sólo es posible a partir de la coherencia entre el discurso de la importancia de la prevención y su implementación en todos los niveles, mediante el trabajo diario en el campo que a cada uno le compete dentro del sistema de salud.

El objetivo global de reducir la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles en 25% para el año 2025, fue parte central de la Declaración Política de la Reunión de alto nivel de Naciones Unidas en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en septiembre de 2011, y generó una nueva dinámica, retos y compromisos para todos los países. Como objetivos específicos para el sistema de salud se determinó que 50% de la población con la indicación, reciba los medicamentos de prevención para enfermedad cardiovascular y cerebrovascular y que 80% de la población tenga acceso y disponibilidad a los medicamentos esenciales y las tecnologías básicas para el tratamiento para enfermedad cardiovascular y cerebrovascular (8). Sin duda el logro de estas metas requiere ajustes en el sistema de salud como tal y medidas de salud pública, entre otros, pero además precisa, en forma indispensable, de la adecuada y acertada intervención diaria del médico frente a cada paciente, a través de la coherencia del discurso y la prescripción de los medicamentos de prevención indicados, la remisión a rehabilitación cardiaca, la motivación y las herramientas para el cambio hacia los estilos de vida saludables y la interacción con el resto de disciplinas y profesionales de la salud que puedan fortalecer las recomendaciones e influenciar favorablemente las causas subyacentes de la enfermedad.

Conocer datos propios y registros, y aportar en la recopilación de las cifras de las instituciones colombianas, siempre serán un insumo bienvenido para revisar, analizar y avanzar en la mejor práctica médica y/o estrategias de salud nacional, y sin duda para Colombia el tema de prevención cardiovascular es una prioridad en salud. Mientras tanto, "los cómo" para lograr la implementación sistemática de las recomendaciones de prevención secundaria de enfermedad coronaria, continúan siendo el reto diario de la práctica médica.

CONFLICTO DE INTERESES: manifiesto no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Murray CJ, López AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease Study. *Lancet*. 1997; 349: 1269-76.
2. EUROASPIRE study group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II: EURO Heart Survey, Programme. *Eur Heart J*. 2001; 22: 554-72.
3. Lessons from KK. EUROASPIRE I, II, and III surveys. *Heart Metab*. 2011; 50: 32-35.
4. Velasco JA, Cosin J, Lopez JL, De Teresa E, De Oya M, Sellers G en nombre del Grupo de Investigadores del Estudio PREVESE II. Nuevos datos sobre la prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Resultados del estudio PREVESE II. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55 (8): 801-9.
5. Guarda E, Acevedo M, Lira MT, Chamorro G, Corbalán R. Insuficiente control de factores de riesgo en prevención secundaria cardiovascular. *Rev Med Chile*. 2005; 133: 1147-52.
6. AHA/ACCF. Secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update. A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation*. 2011; 124: 2458-73.
7. Fonseca Z, Heredia A, Ocampo PR, Forero Y, Sarmiento O, Álvarez M, et al. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010. [libro en internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)-Ministerio de la Protección Social-Profamilia-Instituto Nacional de Salud. Bogotá, 2011. [acceso 26 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadGestion/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf>
8. Smith S, Collins A, Ferrari R, Holmes DR, Logstrup S, McGhie DV, et al. Our time: a call to save preventable death from cardiovascular disease (Heart Disease and Stroke). *Circulation*. 2012; 126: 2769-75.