

Aplicación de las guías de prevención cardiovascular en la práctica diaria. Resultados del estudio EUROASPIRE III, en comparación con EUROASPIRE I y II

Kotseva K, Word D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373:929-40.

Análisis crítico: **Anna Oliveras Serrano**

Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Nefrología. Hospital Universitari del Mar. Barcelona

NefroPlus 2009;2(2):52-54.

■ Diseño y seguimiento

EUROASPIRE III es un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico, internacional, llevado a cabo en 22 países, en el que se evaluaba en el tiempo la aplicación y la consecución de la prevención cardiovascular secundaria en pacientes con enfermedad coronaria. El presente artículo compara los resultados de éste y de los estudios previos, EUROASPIRE I y II, en los ocho países europeos que participaron en los tres estudios, tras una media de seguimiento superior a un año.

■ Ámbito

Áreas geográficas y hospitales de la República Checa, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, los Países Bajos y Eslovenia.

■ Ética y registro

Los coordinadores nacionales obtuvieron el consentimiento de los comités éticos de investigación locales, y los investigadores obtuvieron el consentimiento informado por escrito de cada participante.

■ Población

Pacientes consecutivos (varones y mujeres ≤ 70 años de edad), con alguno de los siguientes diagnósticos clínicos de enfermedad coronaria identificados retrospectivamente a partir de los listados de altas hospitalarias u otras fuentes: 1) *by-pass* coronario; 2) angioplastia coronaria transluminal percutánea; 3) infarto agudo de miocardio; 4) isquemia miocárdica aguda. La obtención de datos fue llevada a cabo por asistentes de investigación adiestrados, y el periodo de inclusión de los pacientes fue inferior a un año en los tres estudios. En EUROASPIRE I se entrevistó a 3.180

pacientes, a 2.975 en el segundo y a 2.392 en el tercero, y la media de tiempo de evaluación tras el episodio coronario inicial fue de 1,22, 1,48 y 1,45 años, respectivamente.

■ Intervención

Identificación de los pacientes y entrevista tras al menos seis meses del episodio o procedimiento agudo, con obtención de datos demográficos, antecedentes familiares, indicaciones de medicación y estilo de vida en relación a tabaquismo, dieta y ejercicio físico, así como peso, presión arterial, lípidos y diabetes. Los diagnósticos clínicos de infarto e isquemia miocárdicos agudos se basaron en los códigos de la ICD (*International Classification of Diseases*).

■ Estadística

Se utilizaron estadísticas descriptivas para estimar la frecuencia de factores de riesgo y la utilización de fármacos por estudio, país, sexo y categoría diagnóstica. Para comparar frecuencias de factores de riesgo y utilización de fármacos entre los tres estudios EUROASPIRE, se llevaron a cabo modelos multivariados con las siguientes variables explicativas: estudio, edad y categoría diagnóstica. Los valores de p para evaluar la hipótesis nula de igualdad en las frecuencias de factores de riesgo entre estudios se basaron en los test tipo Wald. Para considerar la multiplicidad en las comparaciones por pares de estudios, los valores de p e IC (intervalo de confianza) se ajustaron por el método de Tukey. Se utilizó el paquete estadístico SAS (versión 9.1) para todos los análisis estadísticos.

■ Promoción

Entre los recursos obtenidos para la realización de estos estudios, cabe mencionar las becas otorgadas

por la *European Society of Cardiology* a través de Astra-Zeneca, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Merck Sharp & Dohme, Merck/Schering-Plough, Novartis, Pfizer, Sanofi-Aventis y Servier. Los Dres. Wood, De Backer y Keil declaran haber recibido becas o tener contratos de investigación con algunas de las

compañías mencionadas. Los demás autores declaran no tener conflicto de intereses. Ninguna de las entidades que colaboraron en la promoción de los estudios intervino en el diseño, la recogida, el análisis o la interpretación de los datos, ni en la redacción de este trabajo.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las comparaciones entre los tres estudios, basadas sólo en los datos obtenidos en la entrevista. La tasa global de participación fue del 77,2, 76,5 y 68,4% en los estudios EUROASPIRE I, II y III, respectivamente, y la media de edad (DE; desviación estándar) de 59,3 (8,7), 59,4 (8,5) y 60,9 (7,6) años.

Otros datos que cabe destacar son los siguientes: aumento significativo en la proporción de mujeres <50 años fumadoras del estudio I al III. No hubo diferencias entre los tres estudios en la tasa de pacientes que tomaban fármacos antihipertensivos y tenían buen control de la presión arterial. Entre el estudio I y el III se multiplicó por siete la proporción de pacientes con tratamiento hipolipemiente que alcanzaron niveles adecuados de colesterol. Entre el estudio I y el III se observó un incremento en la utilización de fármacos antihipertensivos ($p < 0,0001$) y de hipolipemiantes ($p < 0,0001$). Por otro lado, la frecuencia de diabetes no detectada fue del 3,8, 15,3 y 14,8% en los estudios EUROASPIRE I, II y III, respectivamente.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Los resultados del estudio EUROASPIRE III y su comparación con los precedentes, I y II, demuestran que exis-

te un gran abismo entre las recomendaciones de las guías para la prevención cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria y la práctica clínica diaria. Atendiendo a estos estudios, parece evidente que, a pesar del incremento en la utilización de fármacos cardioprotectores, la implementación exclusiva de tratamientos farmacológicos no es suficiente y debería combinarse con una intervención en el estilo de vida. Los autores señalan que es imprescindible invertir en prevención.

COMENTARIOS

Las modificaciones en los hábitos higiénico-dietéticos para mejorar el estilo de vida han sido y son indicaciones permanentes en las guías de prevención cardiovascular, con independencia de la prescripción de tratamiento farmacológico. La recomendación de estas medidas terapéuticas no farmacológicas, sin embargo, no parece dar lugar a los resultados esperados. Aun cuando se ha demostrado el beneficio de las medidas terapéuticas, farmacológicas o no, no sólo en el tratamiento de los distintos factores de riesgo, sino también en la prevención cardiovascular tanto primaria como secundaria, la realidad es que la patología cardiovascular continúa siendo la principal causa de morbimortalidad en la población europea, a la vez que supone un

■ **Tabla 1**

Comparación entre los tres estudios EUROASPIRE

	EUROASPIRE I	EUROASPIRE II	EUROASPIRE III	Comparación de los tres estudios
Tabaquismo	20,3%	21,2%	18,2%	$p = 0,64$
Sobrepeso y obesidad	76,8%	79,9%	82,7%	$p = 0,048$
Obesidad	25,0%	32,6%	38,0%	$p = 0,0006$
Presión arterial elevada	58,1%	58,3%	60,9%	$p = 0,49$
Colesterol elevado	94,5%	76,7%	46,2%	$p < 0,0001$
Diabetes mellitus reconocida	17,4%	20,1%	28,0%	$p = 0,004$

importante coste económico¹. A su vez, esta evidencia está poco en consonancia con el desarrollo de nuevos fármacos de probada eficacia en los diferentes niveles de prevención cardiovascular, como pueden ser distintos antihipertensivos o hipolipemiantes.

Aun cuando los estudios EUROASPIRE I y II mostraron en su momento que los pacientes con enfermedad coronaria tenían una importante prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables, los resultados de aquéllos y del más reciente EUROASPIRE III demuestran que, en los ocho países europeos que se han evaluado en los tres estudios, estos objetivos están todavía lejos de ser alcanzados. Así, en este artículo se muestra como la tasa global de fumadores prácticamente no se ha modificado, existiendo en cambio un incremento en la proporción de mujeres de menos de 50 años fumadoras, a la vez que un aumento importante en EUROASPIRE III respecto al primero de los tres estudios en la tasa de obesos (38,0 frente al 25,0%, $p = 0,0006$) y de pacientes con diabetes, tanto conocida (28,0 frente al 17,4%, $p = 0,004$) como no detectada (14,8 frente al 3,8%, $p = 0,005$). Por el contrario, el porcentaje de pacientes con presión arterial no controlada fue similar en los tres estudios (alrededor de tres de cada cinco pacientes), y la tasa de sujetos con niveles de colesterol superiores a los recomendados descendió de forma muy significativa (46,2 frente al 94,5%, $p < 0,0001$). Sin embargo, en el estudio EUROASPIRE III todavía casi la mitad de los pacientes evaluados tienen niveles plasmáticos de colesterol superiores a los recomendados. Todo ello a pesar de que se incrementó la utilización de fármacos antihipertensivos e hipolipemiantes.

No hay duda, por tanto, de que, además de la prescripción de fármacos adecuados para la prevención cardiovascular, es fundamental que se haga un gran esfuerzo en la implementación de las modificaciones en el estilo de vida recomendadas que han demostrado ser eficaces, así como en el cumplimiento y la optimización del tratamiento farmacológico prescrito. El incremento en la prevalencia de obesidad y diabetes durante el periodo de tiempo estudiado, unos 12 años, además de ser preocupante, traduce unos hábitos dietéticos desfavorables y un estilo de vida sedentario en la población global. Seguramente sería necesaria una mayor atención no sólo a objetivos terapéuticos muy estrictos, sino también a promover hábitos alimentarios y con-

ductas de salud mucho más adecuados, como la educación y el fácil acceso a una alimentación saludable, así como la facilitación de la práctica de ejercicio físico. Más aún, no debería facilitarse, como mínimo, la promoción de los alimentos poco saludables, como la bollería industrial o la «comida rápida» en general, o hábitos nocivos como el tabaquismo. La prevención secundaria en la enfermedad coronaria, en cualquier caso, debería ser prioritaria, tanto por parte de los sujetos afectados como del personal sanitario a su cargo, pero también de las administraciones.

Parece evidente, pues, que la patología cardiovascular continuará teniendo un lugar preeminente en tanto en cuanto no se haga un esfuerzo a todos los niveles para combinar la investigación en el tratamiento farmacológico con un programa bien diseñado y con suficiente implicación de todas las instituciones para la implementación y seguimiento, más allá de las meras recomendaciones, del tratamiento de las causas modificables de la enfermedad cardiovascular.

CONCLUSIONES DE LOS REVISORES

En la prevención de la enfermedad cardiovascular son obligados la detección y el tratamiento intensivo de todos los factores de riesgo, especialmente aquellos que son modificables y muchas veces susceptibles de un abordaje no farmacológico. La ignorancia de estos factores puede minimizar el beneficio de la farmacoterapia.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J* 2006;27:1610-19.

CLASIFICACIÓN

Palabras clave: Prevención cardiovascular secundaria. Enfermedad coronaria. Estudio EUROASPIRE. Estudio observacional.

Nivel de evidencia: 2b.

Grado de recomendación: B.