

### ***Realidad clínica de las directrices de prevención coronaria: comparación del EUROASPIRE I y II en 9 países***

*Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries*

**Grupo EUROASPIRE I y II**

**Lancet 2001; 357: 995-973**

**Fundamento.** Los pacientes con coronariopatía son la máxima prioridad de la cardiología preventiva. El primer sondeo EUROASPIRE, en 1995-1996, entre pacientes de 9 países con coronariopatía establecida puso de manifiesto un sustancial potencial para la reducción del riesgo. En 1999-2000 se llevó a cabo un segundo sondeo (EUROASPIRE II) en los mismos países para examinar si la cardiología preventiva había mejorado desde el primer sondeo. Comparamos la proporción de pacientes en ambos estudios que alcanzaron los objetivos de estilo de vida, factores de riesgo y terapéuticos recomendados por el informe de las Joint European Societies sobre prevención.

**Métodos.** Los sondeos se llevaron a cabo en las mismas áreas geográficas y hospitales seleccionados de Alemania, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Holanda, Hungría, Italia y República Checa. Se identificaron a pacientes consecutivos (varones y mujeres  $\leq 70$  años de edad) después de un injerto mediante derivación de la arteria coronaria o angioplastia coronaria transluminal percutánea, o de un ingreso hospitalario con infarto agudo de miocardio o isquemia miocárdica y se les entrevistó como mínimo 6 meses más tarde.

**Hallazgos.** En el primer y segundo sondeo se entrevistó a 3.569 y 3.379 pacientes, respectivamente. La prevalencia del hábito tabáquico prácticamente no se modificó, siendo del 19,4% comparado con un 20,8%. La prevalencia de obesidad (índice de masa corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) aumentó sustancialmente desde un 25,3% hasta un 32,8%. La proporción con hipertensión arterial ( $\geq 140/90$  mmHg) fue prácticamente la misma (55,4% comparado con 53,9%), mientras que la prevalencia de concentraciones elevadas de colesterol total ( $\geq 5,0$  mmol/l) disminuyó sustancialmente desde un 86,2% hasta un 58,8%. La aspirina u otras terapias antiplaquetarias fueron tan utilizadas en el segundo sondeo como en el primero (83,9% en conjunto), y aumentó la utilización documentada de bloqueadores beta, inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina y de hipolipemiantes.

**Interpretación.** Las tendencias de un estilo de vida adverso entre pacientes europeos con coronariopatía son causa de preocupación, al igual que la ausencia de mejora en el tratamiento de la hipertensión arterial, y el hecho de que la mayor parte de pacientes con coronariopatía todavía no han obtenido el objetivo de un valor de colesterol inferior a 5 mmol/l. Esto representa un fracaso colectivo de la práctica médica en Europa para alcan-

zar el potencial sustancial entre pacientes con coronariopatía con la finalidad de reducir el riesgo de enfermedad recurrente y muerte.

### **COMENTARIO**

Estudios como el EUROASPIRE I y II son necesarios porque son los que realmente reflejan lo que está ocurriendo en la práctica asistencial y nos dicen cuán lejos estamos de la buena praxis, entendiendo ésta como la que viene determinada por los estudios de eficacia o ensayos clínicos. En el caso concreto de la prevención secundaria existe abundante evidencia científica de que los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica mejoran su pronóstico cuando tienen un buen control de los factores de riesgo y siguen un tratamiento profiláctico adecuado, como recomiendan diferentes directrices como las europeas<sup>1</sup>. Lamentablemente, y atendiendo a los resultados del presente estudio donde se compara en el tiempo (1995-1996 y 1999-2000) el seguimiento clínico de los pacientes coronarios de 9 países europeos, la evidencia científica, por un motivo u otro, no se está trasladando a la práctica clínica, y existe todavía un potencial importante a ganar en estos pacientes. Algunos de los resultados encontrados, aunque todavía no se pueden considerar como óptimos, son positivos: por ejemplo, el descenso en términos absolutos de un 27% de los pacientes con cifras de colesterol  $> 5$  mmol/l debido seguramente al aumento del 31% en la prescripción de hipolipemiantes, o el incremento de la prescripción de un 13% en los bloqueadores beta, o un 13% en los IECA o de un 3% en los antiagregantes. Sin embargo, hay otros resultados que son francamente negativos: no se observaron cambios en la prevalencia de fumadores (se mantiene alrededor de un 20%), ni en el porcentaje de pacientes con hipertensión (alrededor del 50%), o el aumento de la prevalencia de la obesidad (de un 25 a un 33%), o un aumento de la prevalencia de la diabetes (de un 18 a un 22%).

Respecto al tabaco, en un estudio realizado en 710 pacientes operados de bypass coronario en Cataluña<sup>2</sup> se observó que al año de seguimiento seguían fumando un 7%, la mitad de la prevalencia observada en el grupo de 827 pacientes operados de bypass del estudio EUROASPIRE II, aunque la prevalencia del primer estudio podría estar infravalorada ya que no se midió el monóxido de carbono. La obesidad es otro de los factores que no sólo no se ha mantenido sino que ha aumentado entre los dos estudios. No es sorprendente esta alta prevalencia de la obesidad teniendo en cuenta la actual epidemia de obesidad en la población general y el aumento de la prevalencia en la última década en muchos países occidentales<sup>3</sup>. Este aumento de la prevalencia de la obesidad cuando se comparaban los dos estudios puede haber influido –dado su asociación con otros factores de riesgo– en el aumento de la prevalencia de la diabetes y en la prevalencia tan alta de hipertensión arterial.

Diferentes razones pueden argumentarse delante de estos resultados, aunque pueden haber diferencias entre países

atendiendo a las grandes variaciones observadas en algunos resultados (p. ej., la prevalencia de tabaquismo oscila entre 14,6% en Eslovenia y 30,1% en Hungría, o la prevalencia de obesidad oscila entre 23,6% en Italia y 40,1% en la República Checa). Pudiera ser que parte del colectivo médico que controla estos pacientes desconociera la evidencia científica o las directrices de prevención secundaria, aunque los resultados del EUROASPIRE II reflejan más bien una tendencia contraria ya que, por ejemplo, la introducción de estatinas ha aumentado considerablemente (un 39%), y en menor medida los IECA, los bloqueadores beta y los antiagregantes, aunque los niveles de utilización de estos últimos se pueden considerar razonables. Pudiera ser que, aun conociendo la evidencia, los médicos no insistieran mucho en conseguir los objetivos terapéuticos, por no aumentar las dosis de los fármacos prescritos o no utilizar las mismas dosis utilizadas en los ensayos clínicos (como ya se comenta en el artículo). Otras razones las podríamos situar en los pacientes, sobre todo en relación al cumplimiento terapéutico, si bien es cierto que los profesionales sanitarios también pueden influir mucho en la mejora del mismo. La coordinación asistencial entre hospital y atención primaria también es fundamental para un correcto seguimiento y control de los factores de riesgo. Sería importante que los especialistas hospitalarios, antes del alta hospitalaria dieran unas normas muy claras y precisas sobre las recomendaciones terapéuticas y de estilos de vida, ya que puede pasar un tiempo entre que el paciente sale del hospital y después es visitado en la atención primaria. El médico de atención primaria será el que deberá hacer un seguimiento continuado del paciente y supervisar las recomendaciones que se han dado desde el hospital para conseguir alcanzar los objetivos terapéuticos que marcan las recomendaciones. Para ello se deberían consensuar guías de práctica clínica entre los diferentes niveles asistenciales, donde también puedan participar otros profesionales de salud como enfermeras, rehabilitadores, psicólogos y dietistas. Esto es especialmente importante para algunos factores de riesgo como la obesidad, que hasta el momento no se le ha dado la importancia que merece<sup>4</sup>, y puede ser el factor de riesgo que descompense otros, como la hipertensión o la diabetes.

Aparte de todas estas consideraciones –y posiblemente otras– que pudieran influir en la aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica, también es importante reconocer que no se puede llegar al 100% de aplicación de la evidencia científica en la práctica clínica, ya que en los ensayos clínicos se aplican unos criterios muy estrictos de inclusión y exclusión, y se dedican muchos recursos, asistenciales y no asistenciales, para poderlos llevar a cabo y, en cambio, la práctica asistencial, donde nos encontramos con algunos pacientes que por motivo de la edad, la comorbilidad u otras características clínicas que pueden influir negativamente en el grado de control de los factores de riesgo y en el cumplimiento terapéutico, no se hubieran incluido en los ensayos clínicos, y además los recursos son mucho más limitados. Por este motivo sería interesante conocer cuáles son los estándares poblacionales en prevención secundaria que podemos considerar como aceptables en la práctica asistencial, como por ejemplo, el porcentaje de

pacientes con colesterol < 5 mmol/l, o de PA < 140/90 mmHg, o de no fumadores, o el porcentaje de pacientes en tratamientos profilácticos con antiagregantes, bloqueadores beta o IECA.

C. Brotons

## Bibliografía

1. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. Eur Heart J 1998; 19: 1434-1503.
2. Brotons Cuixart C, Moral Peláez I, Permanyer Miralda G, Ribera Solé A, Cascant Castelló P, por el estudio CIRCORCA. Control terapéutico de los factores de riesgo y calidad de vida en los pacientes tratados mediante derivación aortocoronaria. Med Clin (Barc) 2001; 116: 241-245.
3. Bray GA. Obesity: a time bomb to be defused. Lancet 1998; 352: 160-161.
4. Brotons C, Soler-Soler J. Obesity, Cinderella of CHD risk factors. Eur Heart J 2000; 21: 793-795.

## Efectos de la atorvastatina comparado con fenofibrato sobre los perfiles de lipoproteínas, subfracciones de las lipoproteínas de baja densidad y parámetros hemorreológicos en la diabetes mellitus tipo 2 con hiperlipoproteinemia mixta

*Effects of atorvastatin versus fenofibrate on lipoprotein profiles, low density lipoprotein subfraction distribution, and hemorheologic parameters in type 2 diabetes mellitus with mixed hyperlipoproteinemia*

R.J.A. Frost, C. Otto MD, H.C. Geiss, MD, P. Schwandt, MD, y K.G. Parhofer, MD

Am J Cardiol 2001; 87: 44-48

La dislipoproteinemia diabética caracterizada por hipertrigliceridemia, valores bajos de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), y con frecuencia aumento del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) con predominio de LDL pequeñas, densas, es un potente factor de riesgo de aterosclerosis. En estos pacientes no está claro si es más eficaz la terapia con fibratos o con estatinas. Comparamos la atorvastatina (10 mg/día) con fenofibrato (200 mg/día), cada uno durante 6 semanas separadas por un período de lavado de 6 semanas en 13 pacientes (5 varones y 8 mujeres; edad media 60,0 ± 6,8 años; índice de masa corporal 30,0 ± 3,0 kg/m<sup>2</sup>) con diabetes mellitus tipo 2 (hemoglobina A<sub>1c</sub> 7,3 ± 1,1%) e hiperlipoproteinemia mixta (cLDL 164,0 ± 37,8 mg/dl, triglicéridos 259,7 ± 107 mg/dl, cHDL