

## De la eficacia a la efectividad en la prevención secundaria de la enfermedad coronaria

Carlos Brotons Cuixart

Unidad de Investigación. EAP Sardenya. Servei Català de la Salut. Barcelona. España.  
Miembro del *Joint European Societies Cardiovascular Disease Prevention Committee*.

Se ha afirmado que el sueño de la medicina para este milenio es que, como norma de actuación habitual, la atención médica a los pacientes estuviera, siempre que fuera posible, basada en la evidencia científica y que ésta estuviera sustentada por ensayos clínicos aleatorizados y estudios de efectividad centrados en la evaluación de resultados finales (*outcomes studies*)<sup>1</sup>.

Lo cierto es que en algunas enfermedades —como las cardiovasculares— cada vez hay más evidencia basada en ensayos clínicos, y algunas de las preguntas sobre la eficacia de ciertas intervenciones que se formulan ellos se han contestado con una rotunda claridad, ya sea en forma de resultados positivos o negativos. El siguiente paso sería conseguir que los resultados de la investigación sean aplicados o «transferidos» a la práctica clínica, aspecto éste nada fácil y muy complejo. Diferentes estudios sugieren que entre un 30 y un 40% de los pacientes no reciben una atención sanitaria basada en la evidencia científica, y que un 20-25% de la atención sanitaria o no es necesaria o puede ser perjudicial<sup>2</sup>. De esto se deduce que las estrategias tradicionalmente empleadas para mejorar la calidad de la atención médica —como la educación médica continuada, las auditorías clínicas u otras centradas en el médico de manera individual— están teniendo un efecto muy modesto y que es necesario investigar otras opciones que abarquen un espectro mucho más amplio en el sistema sanitario, mediante la utilización de las nuevas tecnologías de la información, la incorporación activa de los médicos en actividades de mejora continua de la calidad médica o la implantación nacional de guías de práctica clínica consensuadas por los propios profesionales. La efectividad de cualquier nueva estrategia dependerá con toda probabilidad de las circunstancias locales donde se vaya a aplicar la iniciativa y difícilmente se podrá extrapolar de

otros lugares con un contexto sanitario o sociocultural diferente. Es lo que se ha denominado la evidencia contextual<sup>3</sup>. El médico ha de valorar, además de los resultados de los ensayos clínicos —«evidencia dura»—, otro tipo de información, como los aspectos socioculturales, psicológicos y de comunicación con el paciente. Es necesario entender esta evidencia contextual para estrechar el espacio entre la eficacia —lo que es útil en condiciones ideales— y efectividad —lo que funciona en la práctica clínica—. El artículo sobre el proyecto CAM de Muñiz et al<sup>4</sup>, publicado en este número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, sin duda aborda este tema y en concreto evalúa una intervención fácilmente aplicable —consenso de un acuerdo de mínimos, elaboración y difusión de material para facilitar el cumplimiento de estos mínimos— para mejorar algunos aspectos en la prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo. Se trata de un estudio en el que participaron 39 centros hospitalarios de todo el Estado español y en el que, durante 1 año, se observaron algunos cambios significativos en la actitud de los médicos; los más destacables fueron el aumento de la proporción de pacientes en los que se determinó el colesterol en las primeras 24 h, se midieron talla y peso, se prescribieron estatinas en el momento del alta y se hicieron recomendaciones sobre el tabaco y el ejercicio; además, se observó una mejora en la indicación del objetivo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL). También se apreciaron cambios más moderados en otros aspectos, como en los tratamientos en el momento del alta con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), antiagregantes o bloqueadores beta, pero ya partían basalmente de unos porcentajes muy altos. Este estudio, a pesar de las limitaciones reconocidas por los propios autores, como la falta de grupo control o la participación voluntaria de los centros, refleja que unas medidas simples y consensuadas entre los diferentes profesionales tienen impacto en la práctica clínica. En otro estudio de reciente publicación en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA —el estudio PRESENTE<sup>5</sup>— también se observaron cambios positivos en el control de los factores de riesgo cardiovascular con una intervención educativa simple practicada durante el ingreso hospitalario. Un as-

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 1017-28

Correspondencia: Dr. C. Brotons Cuixart.  
Unidad de Investigación. CAP Sardenya.  
Sardenya, 466. 08025 Barcelona. España.

Full English text available at: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

pecto interesante y novedoso del proyecto CAM es el concepto de pacientes ideales, es decir, los que, según el acuerdo de mínimos entre los investigadores, deberían recibir una determinada indicación o procedimiento. Por ejemplo, se observó (resultados en la tabla 4) que, en el corte basal, el porcentaje de pacientes ideales (excluyendo del denominador a los que tenían una contraindicación absoluta o relativa al fármaco) con bloqueadores beta era del 88,9%, con IECA del 89,3%, con antiagregantes del 95,9% y con estatinas del 68,6%, lo que nos indica que el potencial real que se debe ganar en lo que respecta al tratamiento profiláctico en esta población es cercano al 11, 11, 6 y 31%, respectivamente. Después de la intervención, y en el análisis del tercer corte, estos porcentajes pasan a ser de un 7, 10, 2 y 19%, respectivamente. En un estudio realizado en un ámbito más local, en 4 hospitales de Cataluña y los centros de atención primaria de su área de referencia<sup>6</sup>, también se analizaron los datos del tratamiento profiláctico después de un primer infarto de miocardio a los 2 años del alta hospitalaria, en el año 1999, teniendo en cuenta las contraindicaciones absolutas y relativas de los fármacos. Concretamente, se observó (datos no publicados en el artículo) que el potencial real que se debía ganar para el tratamiento con bloqueadores beta era de un 22%, con IECA del 18%, con antiagregantes del 7% y con hipolipemiantes del 18%. Los resultados de ambos estudios son difícilmente comparables al tratarse de diseños y poblaciones diferentes y haber sido realizados en momentos distintos, pero reflejan el mismo concepto. Sería interesante en un futuro analizar estos estimadores de una manera más rigurosa y consensuada, porque son los que realmente nos indican cuál es el esfuerzo que hay que hacer para llegar a los objetivos óptimos, también denominados por algunos autores estándares comunitarios<sup>7</sup>.

Otro aspecto interesante del acuerdo de mínimos desarrollado en el proyecto CAM es que en la información del informe de alta deberían constar los objetivos y dosis de la terapia hipolipemiente, así como las dosis deseables que se deberían alcanzar de IECA o bloqueadores beta, en caso de estar indicados. Esto es importante porque no basta con prescribir el fármaco, sino que es necesario ajustar las dosis para obtener el máximo beneficio. Por ejemplo, aunque los pacientes estuvieran con tratamiento hipolipemiente, el mayor beneficio lo obtendrían si hubieran conseguido reducir las dosis de colesterol total o cLDL hasta los objetivos terapéuticos recomendados hoy día. Esta información puede ser muy útil como recordatorio para el médico que después sigue al paciente en el ámbito extrahospitalario. Lamentablemente, el porcentaje de pacientes en los que constaba esta información en el último corte realizado fue baja, con una mejora muy modesta respecto al corte basal, sobre todo para los bloqueadores beta y los IECA. Así, mientras el 92,9 y el 90,4% recibían bloqueadores beta e IECA de manera adecuada, en sólo un 27,1 y un

29,1% constaba la dosis deseable a alcanzar. Sería interesante evaluar en futuros estudios extrahospitalarios qué porcentaje de pacientes de los tratados reciben realmente las dosis deseables de estos fármacos.

El estudio CAM nos ofrece un modelo de intervención simple y fácilmente aplicable en los pacientes con síndrome coronario agudo durante el ingreso y el alta hospitalaria. El siguiente paso es valorar si estos indicadores perduran en el tiempo y, paralelamente, evaluar estrategias para mejorar la prevención secundaria de los pacientes coronarios seguidos en el ámbito extrahospitalario, ya sea por los cardiólogos extrahospitalarios, los médicos de atención primaria o ambos.

En este sentido, es pertinente comentar en este editorial que uno de los proyectos financiados por el Fondo de Investigación Sanitaria es un proyecto coordinado multicéntrico (Evaluación de la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en atención primaria [estudio PREse-AP]) para evaluar, mediante un estudio de intervención con aleatorización de centros, un programa integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, ictus y enfermedad vascular periférica) desde las consultas de atención primaria, en 40 centros de 7 comunidades autónomas<sup>8</sup>.

Sin duda, con los resultados de la evaluación de estas estrategias y su implementación en la práctica conseguiremos mejorar «la transferencia» de los resultados de los ensayos clínicos a la práctica asistencial, aumentar la calidad de la atención médica en los pacientes con síndrome coronario y mejorar su pronóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell W, Scanlon DM. Bridging the GAP between research and practice. The role of continuing medical education. *JAMA* 1997;277:155-6.
2. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
3. Van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet* 2001; 357:733-4.
4. Muñiz J, Gómez Doblas JJ, Santiago Pérez MI, Teresa Galván E, Cruz Fernández JM, Castro Beiras A. Efecto de un programa sencillo de educación de los profesionales en el cumplimiento de medidas de prevención secundaria en el momento del alta hospitalaria tras un síndrome coronario agudo. Proyecto CAM. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:1017-28.
5. De Velasco JA, Oya M, De Teresa E, en nombre del grupo de investigadores del estudio PRESENTE. Programa de intervención para mejorar la prevención secundaria del infarto de miocardio. Resultados del estudio PRESENTE. *Rev Esp Cardiol* 2004;57:146-54.
6. Grupo de Investigación del estudio PREMISE. Prevención secundaria del infarto de miocardio y calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)* 2002;119:9-12.
7. Pearson T, Peters TD. The treatment gap in coronary artery disease and heart failure: community standards and the post-discharge patient. *Am J Cardiol* 1997;80:H45-52.
8. Fondo de Investigación Sanitaria. Evaluación de la eficacia de un Programa Integral de prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular en Atención Primaria: estudio PREseAP (Exp. PI031421) (no publicado).