

El tratamiento de pacientes con enfermedad coronaria no cumple las normas de las guías europeas: resultados de las encuestas EUROASPIRE

Kornelia Kotseva

Cardiovascular Medicine. National Heart & Lung Institute. Imperial College. Londres. Reino Unido.

La enfermedad cardiovascular (ECV), cuya forma más frecuente es la enfermedad coronaria (EC), es la principal causa de muerte en adultos en la mayoría de los países europeos^{1,2}. Al llegar el año 2000, estos trastornos causaban más de 4,35 millones de muertes en Europa (1,9 millones en la Unión Europea) y suponían un 43% del total de muertes de varones y un 55% de las de mujeres de todas las edades³. Aunque la mortalidad por EC está disminuyendo en la mayoría de los países europeos, el número real de pacientes con EC ha venido aumentando. Esto se debe a varios factores: envejecimiento de las poblaciones, inicio más tardío de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y mejora del pronóstico de las personas afectadas. La ECV es una causa importante de discapacidad y contribuye de manera sustancial a la escalada de los costes de la asistencia sanitaria⁴.

El objetivo general de la prevención cardiovascular en los pacientes con EC es reducir los riesgos de sufrir nuevos episodios ateroscleróticos, prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. La evidencia científica de que las intervenciones sobre el estilo de vida, el control de otros factores de riesgo y el uso apropiado de medicación cardioprotectora pueden reducir el riesgo de recurrencia de un episodio cardiovascular es concluyente. Las recomendaciones conjuntas de las Sociedades Europeas para la prevención de la ECV en la práctica clínica consideran una prioridad a los pacientes con EC u otra ECV aterosclerótica y establecen objetivos definidos de estilo de vida, factores de riesgo y tratamiento^{1,5-7}. El objetivo de estas directrices es elevar el nivel de la cardiología preventiva promoviendo el desarrollo y la modificación de las guías nacionales sobre prevención de la ECV mediante la colaboración de grupos multidisciplinarios de socie-

dades profesionales a escala nacional, y su aplicación y su auditoría por cardiólogos y otros médicos de los ámbitos hospitalario y extrahospitalario.

Sin embargo, el control de los factores de riesgo en los pacientes europeos con EC está lejos de ser óptimo. Los resultados de las encuestas EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events), llevadas a cabo por la European Society of Cardiology en 1995-1996, 1999-2000 y 2006-2007, pusieron de manifiesto que la integración de la prevención de la ECV en la práctica clínica diaria es insuficiente⁸⁻¹². Los objetivos generales de estas tres encuestas fueron los siguientes: *a*) determinar en pacientes coronarios si se han seguido las Guías Europeas Conjuntas para la prevención de la enfermedad cardiovascular, y *b*) describir las tendencias temporales durante 12 años en el control del estilo de vida y otros factores de riesgo como la presión arterial, los lípidos y la diabetes, y en el uso de fármacos cardioprotectores en Europa.

Las encuestas EUROASPIRE se diseñaron en forma de estudios transversales y se llevaron a cabo en áreas geográficas y hospitales seleccionados de cada uno de los países participantes. Se identificó retrospectivamente a pacientes consecutivos de ambos sexos y edad < 80 años con diagnóstico clínico de EC (operación de *bypass* arterial coronario, intervención coronaria percutánea, infarto de miocardio o isquemia miocárdica aguda sin infarto de miocardio). La obtención de los datos se basó en una revisión de la historia clínica del paciente, una entrevista y exploración física de forma prospectiva al menos 6 meses después del episodio agudo o la intervención coronaria, utilizando para ello métodos e instrumentos estandarizados.

La primera encuesta EUROASPIRE se llevó a cabo en 1995-1996 tras la publicación, en 1994, de las primeras recomendaciones conjuntas de las Sociedades Europeas (European Society of Cardiology, European Society of Hypertension and European Atherosclerosis Society) sobre la prevención de la EC en la práctica clínica⁵. La EUROASPIRE I se llevó a cabo en áreas geográficas y hospitales seleccionados de nueve países eu-

Correspondencia: Dra. Kornelia Kotseva.
Cardiovascular Medicine. National Heart & Lung Institute.
Imperial College London. Charing Cross Hospital.
Fulham Palace Road. London W6 8RF. Reino Unido.
Correo electrónico: k.kotseva@imperial.ac.uk

Full English text available from: www.revespcardiol.org

ropeos: República Checa, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Países Bajos, Eslovenia y España⁸. Los resultados pusieron de manifiesto que el control del estilo de vida, los factores de riesgo y el tratamiento en los pacientes con EC era en extremo insuficiente. Las segundas recomendaciones conjuntas de las Sociedades Europeas sobre la prevención de la EC, que se publicaron en 1998, reforzaron las prioridades y los objetivos que se habían planteado ya en las recomendaciones de 1994⁶. Tras su publicación, en 1999-2000 se llevó a cabo la segunda encuesta EUROASPIRE en 15 países europeos, entre los que se encontraban todos los que habían participado en la primera encuesta^{9,10}. Los nuevos países participantes fueron Bélgica, Grecia, Irlanda, Polonia, Suecia y Reino Unido. La comparación de los resultados de la EUROASPIRE II con los de la EUROASPIRE I en los nueve países que participaron en ambas se describió como un «fracaso colectivo de la práctica médica», puesto que reveló unas tendencias adversas en el estilo de vida, sin mejora alguna del control de la presión arterial, y la mayoría de los pacientes tampoco alcanzaban el objetivo de colesterol total.

En 2003, las Guías Europeas Conjuntas para la prevención de la enfermedad cardiovascular fueron revisadas por la Third Joint Task Force en la que participaron las sociedades científicas que habían colaborado en las anteriores, junto con la European Association for the Study of Diabetes y la International Diabetes Federation Europe⁷. Tras su publicación, se llevó a cabo la tercera encuesta EUROASPIRE en 22 países, entre los que se encontraban los 14 que habían participado en la EUROASPIRE II. Además, también se incorporaron nuevos países como Bulgaria, Croacia, Chipre, Letonia, Lituania, Rumania, Rusia y Turquía^{11,12}.

En la encuesta EUROASPIRE III, se revisaron 13.935 historias clínicas y se entrevistó a 8.966 pacientes (el 25,3%, mujeres) tras una media de 1,24 años después del episodio índice (participación, 73%). Cuando se realizó la entrevista, el 17,2% de los pacientes fumaban cigarrillos y solamente 1 de cada 2 pacientes que fumaban antes del episodio índice había dejado de fumar. Las tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad fueron alarmantes en todos los países: el 81,8% tenían sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] ≥ 25), el 35,3% eran obesos (IMC ≥ 30) y el 52,7% presentaba obesidad central (perímetro de cintura ≥ 102 cm en los varones o ≥ 88 cm en las mujeres). El control de la presión arterial no era óptimo, de tal manera que la mayoría de los pacientes (56%) presentaba una presión arterial elevada (PA $\geq 140/90$ mmHg; $\geq 130/80$ mmHg para los pacientes con diabetes). La prevalencia de las cifras elevadas de colesterol total ($\geq 4,5$

mmol/l) y de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL) ($\geq 2,5$ mmol/l) fue del 51,1 y el 54,5% respectivamente; en el 36,7% había una disminución del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (cHDL) (cHDL en suero < 1 mmol/l en los varones y $< 1,2$ mmol/l en las mujeres) y el 34,7% tenía valores altos de triglicéridos (triglicéridos séricos en ayunas $\geq 1,7$ mmol/l). Algo más de un tercio de los pacientes (34,8%) presentaban diabetes (notificada por los propios pacientes o cifra de glucosa plasmática en ayunas ≥ 7 mmol/l). El control terapéutico de la PA era malo, de tal manera que tan sólo el 37,3% de los pacientes que tomaban medicación hipotensora tenía la presión controlada (PA $< 140/90$ mmHg; $< 130/80$ mmHg en los pacientes con diabetes). De los pacientes tratados con medicación hipolipemiente, sólo algo más de la mitad (55%) había alcanzado el objetivo de colesterol total $< 4,5$ mmol/l. Estos resultados se daban a pesar de un aumento del uso de medicación hipolipemiente, hasta el punto de que casi 4/5 pacientes tomaban ese tipo de fármacos, principalmente estatinas, en el momento de la entrevista. El control terapéutico de la diabetes era muy malo, y tan sólo 1/10 pacientes (10,4%) con diabetes notificada por el propio participante presentaba una glucosa plasmática en ayunas $< 6,1$ mmol/l y poco más de una tercera parte (34,7%) tenía una HbA_{1c} $< 6,5\%$. El uso de tratamientos farmacológicos profilácticos era el siguiente: el 90,5% de los pacientes tomaba ácido acetilsalicílico u otros antiagregantes plaquetarios; el 79,8% tomaba bloqueadores beta; el 70,9% tomaba inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) y el 78,1% tomaba estatinas.

Uno de los objetivos de esta tercera encuesta fue determinar si la aplicación de la cardiología preventiva en pacientes con una enfermedad coronaria establecida en la EUROASPIRE III ha mejorado en los países que participaron en las EUROASPIRE I y II. La comparación realizada en los ocho países que participaron en las encuestas EUROASPIRE I, II y III puso de manifiesto una necesidad apremiante de conseguir un control más eficaz del estilo de vida y los factores de riesgo en los pacientes con EC¹². Los resultados indicaron una distancia persistente y creciente entre las guías y el estilo de vida de los pacientes en cuanto a dejar de fumar, reducir la obesidad y la obesidad central, ausencia de mejora de la presión arterial, aumento de la prevalencia de la diabetes, pero al mismo tiempo un aumento considerable de la prescripción de todas las clases principales de fármacos cardioprotectores por parte de los médicos.

En 12 años no ha habido reducción alguna en la proporción de pacientes coronarios que son fuma-

dores (el 20,3% en la EUROASPIRE I, el 21,2% en la EUROASPIRE II y el 18,2% en la EUROASPIRE III), pero se ha producido un gran aumento en el porcentaje de mujeres fumadoras de menor edad. Además, ha habido un aumento sustancial de la obesidad y la diabetes. En 1995-1996, el 25% de los pacientes eran obesos y el 17,4% tenía diabetes; estas cifras aumentaron hasta el 38 y el 28% respectivamente en 2006-2007. Además, a pesar del gran incremento en el uso de todas las clases de fármacos hipotensores, el control de la presión arterial no presentó mejoría alguna. En las tres encuestas, 3/5 pacientes presentaban una PA elevada (el 58,1, el 58,3 y el 60,9%, respectivamente), y casi tres quintas partes del total de pacientes tratados con medicación hipolipemiente no alcanzaban el objetivo de presión arterial en la tercera encuesta. Aunque el control lipídico continuó mejorando gracias al tratamiento con estatinas, casi la mitad de los pacientes continuaban estando por encima de los objetivos lipídicos recomendados. Sin embargo, el número de pacientes con cifras elevadas de colesterol se ha reducido a menos de la mitad.

Las auditorías de la práctica clínica, como las encuestas EUROASPIRE, cuantifican el grado en que se están aplicando en la práctica clínica diaria las directrices conjuntas de las sociedades europeas para la prevención de la ECV. Las encuestas EUROASPIRE indican que persiste una distancia entre las recomendaciones y la práctica clínica y que hay un considerable potencial de mejora en la asistencia de cardiología preventiva en los pacientes con EC de Europa. Las encuestas muestran una imagen única de la acción preventiva de los cardiólogos, otros especialistas y médicos de atención primaria de Europa que atienden a pacientes con EC y proporcionan una evaluación objetiva de la aplicación clínica del conocimiento científico actual en Europa. Los resultados indican que las tendencias adversas en el estilo de vida de los pacientes coronarios son un motivo importante de preocupación en lo relativo a la persistencia del tabaquismo y la prevalencia elevada de obesidad y obesidad central. El control de la PA, los lípidos y la glucosa es completamente insuficiente y la mayoría de los pacientes no alcanzan los objetivos definidos en las directrices de prevención. La tarea real a la que se enfrentan los encargados de la toma de decisiones de política sanitaria, médicos y otros profesionales de la salud que trabajan en el campo de la cardiología preventiva es la aplicación de las directrices en la práctica clínica diaria; y las dificultades existentes para esta aplicación son considerables. Existe un considerable potencial en toda Europa para mejorar los niveles de la cardiología preventiva a través de una intervención más eficaz en el estilo de vida, un control de otros factores de riesgo y un uso

óptimo de los tratamientos farmacológicos profilácticos, con objeto de reducir la morbimortalidad en los pacientes con EC. La prevención de la ECV en la práctica clínica habitual es inadecuada, y tan sólo una tercera parte de los pacientes de la EUROASPIRE III fueron remitidos a programas de prevención y rehabilitación y acudieron a ellos, mientras los médicos prescriben cada vez más fármacos. Los pacientes coronarios necesitan programas de prevención y rehabilitación integrales, y no sólo revascularizaciones y medicación cardioprotectora. Es evidente que una simple receta no es suficiente y que el tratamiento farmacológico tiene que combinarse con una intervención profesional respecto al estilo de vida.

Es posible reducir mucho más la distancia entre las normas indicadas por las guías y la práctica clínica mediante un programa exhaustivo de asistencia preventiva, como ha demostrado el proyecto de la European Society of Cardiology denominado European Action on Secondary and Primary Prevention through Intervention to Reduce Events (EUROACTION). El estudio EUROACTION demostró que puede mejorarse el nivel de la asistencia preventiva en toda Europa. Es un ejemplo de un enfoque integral de la prevención de la ECV, que se puso en marcha para reducir la distancia entre las normas de las directrices y la práctica clínica diaria^{13,14}. Este ensayo controlado y aleatorizado por grupos de un programa de cardiología preventiva multidisciplinario gestionado por enfermeras para pacientes coronarios de alto riesgo mostró que, en estos pacientes y sus familias, la introducción de cambios saludables en la dieta y el grado de actividad física era más probable y el tratamiento de la PA y otros factores de riesgo eran más efectivos que la asistencia habitual. El proyecto EUROACTION es un modelo de cardiología preventiva que puede usarse en la práctica clínica habitual. El reto al que tienen que enfrentarse a menudo los cardiólogos, los médicos y otros profesionales de la salud es ir más allá de los centros de rehabilitación cardiaca especializados y proporcionar programas de cardiología preventiva locales, adecuadamente adaptados al contexto médico, cultural y económico de un país. La prevención de la ECV requiere un enfoque sistemático, completo y multidisciplinario, que aborde el control del estilo de vida y de los factores de riesgo por médicos generales, enfermeras y otros profesionales de la salud, y un sistema de asistencia sanitaria que invierta en la prevención. Los programas integrales de estilo de vida deben ser parte integrante de la prestación de la asistencia sanitaria y los planes de seguros de enfermedad de todos los pacientes con EC. Salvar la vida de las personas que sufren un ataque de corazón no es suficiente, y es necesaria una inversión urgente en

prevención para abordar las causas de la enfermedad cardíaca que derivan del estilo de vida. «Salvar el miocardio con isquemia aguda sin abordar las causas subyacentes de la enfermedad es inútil; tenemos que invertir en prevención»¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifcova R, et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;14 Suppl 2:S1-113.
2. Allender S, Scharbotough P, Peto V, Rayner M, Leal J, Luengo-Fernández R, et al. European Cardiovascular disease statistics: 2008 edition. London: British Heart Foundation; 2008.
3. López A, Mathers CD, Ezzati M, Jamison D, Murray C. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet.* 2006;367:1747-57.
4. 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;27:1610-9.
5. Pyörälä K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson PA, Wood D. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerotic Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J.* 1994;15:1300-31.
6. Wood D, De Backer G, Faergeman D, 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;19:1434-503.
7. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifcova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2003;10 Suppl 1:S1-78.
8. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur Heart J.* 1997;18:1569-82.
9. 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.
10. EUROASPIRE Study Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet.* 2001;357:995-1001.
11. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, on behalf of EUROASPIRE study Group. EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from twenty two European countries. *EUROASPIRE Study Group. Europ J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009;16:121-37.
12. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; on behalf of EUROASPIRE study Group. Cardiovascular prevention guidelines — the clinical reality: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in 8 European countries. *Lancet.* 2009;372:929-40.
13. Wood DA, Kotseva K, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, et al; on behalf of the EUROACTION Study Group. EUROACTION: A European Society of Cardiology demonstration project in preventive cardiology. *Eur Heart J.* 2004;6 Suppl J:J3-J15.
14. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al; on behalf of the EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2008;371:1999-2012.