

posible efecto nocivo de ciertas medidas terapéuticas agresivas y un estilo de vida desfavorable vinculado a la posición socioeconómica. No obstante, cabe mencionar un obstáculo de primer orden en la prevención cardiovascular: las «barreras profesionales». La implementación de las guías en la práctica se ha evaluado periódicamente desde los años noventa en tres encuestas de corte transversal: EUROASPIRE². La comparación de estas encuestas (1995-1996, 1999-2000 y 2006-2007) confirma una tendencia progresiva a estilos de vida desfavorables, con incremento sustancial de obesidad y mayor prevalencia de tabaquismo en edades más jóvenes. A pesar de un aumento significativo en la utilización de medicación antihipertensiva e hipolipemiente, el manejo de la presión arterial no se ha modificado y casi la mitad de los pacientes no alcanzan los objetivos lipídicos recomendados. En EUROASPIRE III se incluyó por primera vez a individuos asintomáticos con elevado riesgo cardiovascular², con resultados alarmantes. Un amplio porcentaje no alcanzó los objetivos recomendados, sin que se pueda aludir en ellos a barreras socioeconómicas. El manejo del tabaquismo no fue lo efectivo que se hubiera esperado, debido a un escaso soporte profesional para dejar de fumar. Otro resultado negativo fue la persistencia de obesidad. Sin embargo, un tercio de los sujetos con sobrepeso u obesidad nunca habían sido advertidos de su condición, y la inmensa mayoría no había recibido consejos dietéticos y de actividad física. Debemos asumir estos datos y las razones descritas para justificar esta falta de adherencia profesional (falta de tiempo, falta de incentivos, falta de entrenamiento)^{3,4} y contrastarlas con los beneficios demostrados por diferentes programas de intervención. El EUROACTION⁵ fue un proyecto multicéntrico, ambulatorio, coordinado por enfermeras, sobre pacientes coronarios e individuos con riesgo alto, así como sus parejas o familiares. Al año, se observó una mejora significativa en los estilos de vida y el control de factores de riesgo cardiovascular entre grupos de intervención y control, sin diferencias en la cantidad de fármacos utilizados. Estos resultados deben servir como punto de reflexión para eliminar las barreras, factible desde la perspectiva individual. Cada médico debe: a) asegurar la comunicación, tanto con el paciente como con su entorno familiar más próximo; b) integrar al personal de enfermería para implementar los cambios de estilo de vida, y c) mantener los programas a largo

plazo en las condiciones más adecuadas. Todo ello contribuirá a pasar de un estancamiento y medicalización excesiva a una prevención cardiovascular eficaz.

Amelia Carro

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

Correo electrónico: achevia@gmail.com

On-line el 8 de marzo de 2011

BIBLIOGRAFÍA

- Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1340-8.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, 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.
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR); Council on Cardiovascular Nursing; European Association for Study of Diabetes (EASD); International Diabetes Federation Europe (IDF-Europe); European Stroke Initiative (EUSI); Society of Behavioural Medicine (ISBM); European Society of Hypertension (ESH); WONCA Europe (European Society of General Practice/Family Medicine); European Heart Network (EHN); European Atherosclerosis Society (EAS). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. 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 2:1-113.
- Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. Fam Pract. 2002;19:596-604.
- Wood DA, Kotseva K, Jennings C, 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:3-15.

doi:10.1016/j.recresp.2010.12.002

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
DOI: 10.1016/S0300-8932(10)70303-1

Respuesta a «Prevención cardiovascular estancada: barreras profesionales»

Response to "Stagnant Cardiovascular Prevention: Professional Barriers"

Sra. Editora:

Agradecemos el interés de la Dra. Carro por nuestro artículo¹. En él sostuvimos que la persistencia de factores socioeconómicos desfavorables perpetúa conductas y estilos de vida perjudiciales¹. Esto se ha demostrado en múltiples estudios, en el EUROASPIRE II, e indirectamente en la comparación de sus tres fases¹⁻³. Carro propone además la existencia de una «barrera profesional» que explicaría el insatisfactorio control de los factores de riesgo cardiovascular después de eventos coronarios. Sin embargo, el aumento significativo de prescripciones antihipertensivas, anti-

lipídicas y cardioprotectoras indica que en el EUROASPIRE no hubo obstáculos mayores a una atención profesional programada³.

Factores como la falta de adherencia a los tratamientos, por escasa motivación, o rechazo a la realidad (*denial*), los efectos secundarios y el coste de los fármacos pueden estar actuando en estos resultados insatisfactorios, además de estar influidos por factores socioeconómicos desfavorables.

Concordamos en que el tiempo que utilicen los profesionales de salud en educar y motivar a los pacientes es de gran importancia. Esto se ha demostrado en los programas de rehabilitación cardíaca, que siguen siendo subutilizados a pesar de su gran coste-efectividad en la prevención secundaria y la prevención primaria en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular^{4,5}. La insuficiente financiación ha sido una de las causas principales de esta subutilización.

Tal como hemos señalado¹, múltiples barreras continúan favoreciendo el alarmante aumento de los factores de riesgo

cardiovascular. Es la sociedad entera, de la cual los profesionales de la salud son sólo una parte, la que debe tomar conciencia y facilitar los recursos y cambios necesarios que conduzcan a su control.

Nota: estas opiniones no reflejan necesariamente las de las instituciones en que los autores están filiados.

Tomás Romero^a y Camila X. Romero^b

^a*School of Medicine, University of California, San Diego, California, Estados Unidos*

^b*Health Center, Albuquerque, New Mexico, Estados Unidos*

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: tromero560@aol.com;

tomas.romero@sharp.com (T. Romero).

On-line el 8 de marzo de 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1340-8.
2. Mayer O, Simon J, Heidrich J, Cokkinos D, Becker D. Educational level and risk profile in the EUROASPIRE II. *J Epidemiol Community Health.* 2004;58:47-52.
3. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, 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.
4. Romero T. Cardiac rehabilitation as a first step in the secondary prevention of coronary artery disease. *Rev Med Chile.* 2000;128:787-98.
5. Romero T. Let us rehabilitate cardiac rehabilitation. *Rev Chile Cardiol.* 2006;25:51-5.

doi:10.1016/j.recesp.2010.12.003

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

DOI: 10.1016/j.recesp.2010.12.002