

# *"La unica verdad es la realidad"*

## **El estudio de Prevencion Secundaria en la Argentina (PRESEA)**

HERNAN C. DOVAL

Es auspicioso que ahora nos encontremos en condiciones de conocer, por medio de una encuesta retrospectiva (PRESEA), como se registran los factores de riesgo coronario de los eventos cardiacos agudos (angina inestable, infarto de miocardio, angioplastia o cirugia coronaria) en la historia clinica hospitalaria. Y ademas, por medio de una entrevista posterior, como se realiza la prevencion secundaria de los factores de riesgo en la Argentina, y como se implementa la reduccion de la morbimortalidad con farmacos con evidencia clinica probada.

El porcentaje de pacientes entrevistados durante el seguimiento en relacion con el total de pacientes incluidos (contando los muertos antes del seguimiento, o los que no asistieron a la entrevista), fue del 70% en el estudio PRESEA, cercano al 73% en el estudio similar ASPIRE realizado en el Reino Unido y publicado en 1996, (1) y al 77% del EUROASPIRE, realizado en 9 paises de Europa y publicado en 1997. (2) La prevalencia del 76% del sexo masculino fue similar al 75% del EUROASPIRE.

Ahora debemos zambullirnos en la realidad, aun cuando esta sea dura, porque es lo unico que nos permitira pensar y actuar en consecuencia.

Lo primero que es necesario senalar es que los medicos somos bastante desaprensivos en el registro de los factores de riesgo coronario. Ya que, de manera similar que en el estudio inicial ASPIRE, la ausencia de registro de los factores de riesgo en la historia clinica tiene un rango que va del 11,3% para la presion arterial hasta el 70,8% en el peso corporal; es importante mencionar que en el 42% de los pacientes no se hace constar la historia familiar de enfermedad coronaria en los parientes de primer grado.

A pesar de que el estudio PRESEA se realizo en la Argentina y el EUROASPIRE en Europa, la prevalencia de los factores de riesgo en el registro de la historia clinica fue casi identico, parece cierto que "los argentinos descendemos de los barcos". Se encontro respectivamente: habito de fumar 35% versus 35%, hipertension arterial (presion sistolica  $\geq$  140 mm Hg o diastolica  $\geq$  90 mm Hg) 59% versus 58%,

diabetes 21% versus 22%, dislipidemia 62% versus 71%, obesidad 26,4% versus 18,5%.

Pero aun cuando durante la internacion, en forma similar, el 35% eran fumadores, en el estudio EUROASPIRE disminuyeron solamente al 19,4% en la entrevista de seguimiento y se redujo mas, al 9,4%, afortunadamente, en el estudio PRESEA.

No obstante, hay que intentar que ese paciente de cada diez que aun esta fumando deje de hacerlo, porque si continua con el habito luego de un infarto de miocardio o angina inestable tiene una posibilidad 5 veces mayor de morir o de padecer un infarto de miocardio, en comparacion con el que dejo de fumar. (3,4)

Lo francamente malo es que en ambos estudios mas de uno de cada dos enfermos tiene cifras de hipertension y la normalizacion de la presion arterial en la entrevista luego del evento es escasa: del 58% al 53,1% en el EUROASPIRE y del 59% al 45,6% en el PRESEA. Como el promedio de edad es superior a los 60 anos, la mitad de esta poblacion tiene un 25% de aumento del riesgo, debido a su hipertension, de padecer un evento cardiovascular en los proximos 5 anos.

Durante el seguimiento, el 57,7% de los pacientes del EUROASPIRE tenia colesterol moderadamente elevado y el 54,4% de los pacientes del PRESEA tenia colesterol mayor de 200 mg/dl. Esto era debido a que solamente el 32% y el 38,7% de los pacientes respectivos estaban en tratamiento con drogas hipolipemiantes.

El tratamiento con drogas antiplaquetarias (fundamentalmente aspirina) llego al 88%, mejor que el 80% del ASPIRE y el 81% del EUROASPIRE.

La utilizacion de betabloqueantes en el estudio PRESEA aun es baja (61%), pero incluso asi mejor que en el ASPIRE (24%) y en el EUROASPIRE (29,5%).

La administracion de los IECA fue similar, 30,5% en el PRESEA, 24% en el ASPIRE, y 29,5% en el EUROASPIRE.

Los medicos europeos utilizan los nitratos con

mucho mayor asiduidad, 49% en el EUROASPIRE y 14,8% en el PRESEA. Pero también ocurre con los bloqueantes calcicos, 36,3% *versus* 3,2% respectivamente, aun cuando no hay evidencias de su beneficio.

Los estudios epidemiológicos permiten reconocer que la mortalidad dentro de los 30 días del evento agudo del infarto de miocardio es más alta que la que imaginamos, alrededor del 45%, pero no percibimos este desastre porque el 74% de los eventos fatales suceden fuera del ámbito hospitalario. (5, 6) Los sobrevivientes tienen un riesgo aumentado de nuevo infarto de miocardio o muerte cardíaca, con un 10% de muertes en el primer año luego del alta hospitalaria, y un 5% en los años siguientes: seis veces más que la gente de la misma edad que no ha tenido enfermedad coronaria. (7)

Mientras que el tratamiento precoz y agresivo del IAM se ha adoptado y propalado de manera entusiasta, se ha puesto mucha menos atención en la estrategia de prevención. Si la mortalidad a los 30 días es del 45% y la hospitalaria de solo el 11,7%, la extrahospitalaria asciende por lo tanto al 33,3%, casi 3 veces más. (5)

Esta situación hace que la aplicación de medidas apropiadas para la prevención secundaria de los pacientes con enfermedad coronaria, avaladas por las evidencias de los ensayos clínicos disponibles, pueda tener un gran impacto clínico y epidemiológico, por encima de todos los futuros avances en el cuidado del evento hospitalario agudo. (8)

Si consideramos la administración de betabloqueantes, y por lo menos el 85% de los pacientes no tendrían contraindicaciones formales para esta intervención, un 25% adicional debería recibirlo (85% - 60% = 25%). La mortalidad total de estos pacientes disminuiría un 5% (número que surge de la reducción de un 20% de la mortalidad al 25% de la población restante), y si aproximadamente la mitad de los que mueren por un evento cardíaco tienen antecedente de enfermedad coronaria, el agregado de betabloqueantes permitiría reducir un 2,5% la mortalidad coronaria en la población.

Siguiendo el mismo razonamiento se podría ampliar la utilización de los IECA en más del 50% de la población de prevención secundaria, y esto reduciría el 8% de la mortalidad en los coronarios (50% del 16% de reducción de la mortalidad del HOPE) y 4% de la población total.

Y que decir de las estatinas, si conocemos que escasamente el 40% las está recibiendo en el seguimiento, y también sabemos que prácticamente el 80% de los pacientes se beneficiarían con su empleo; la disminución de la mortalidad con estatinas del 23% en el contexto de la prevención secundaria produciría casi un 10% adicional de caída de la mortalidad en

esa población (23% del 40% residual). Y si casi el 48% de la población que muere por enfermedad coronaria tiene antecedentes de coronariopatía, entonces disminuiría, por lo menos, aproximadamente un 5% la mortalidad en la sociedad.

Con solo optimizar el tratamiento con estatinas (reducción del 10%), IECA (8%) y betabloqueantes (5%), los pacientes con antecedentes cardiovasculares podrían disminuir aproximadamente un 23% la mortalidad total y la morbilidad consecuente de nuevos eventos cardíacos, cerebrales, internaciones y procedimientos de revascularización. Y por consiguiente se reduciría en un 11% en la comunidad.

Todavía nos faltaría la disminución adecuada de la hipertensión arterial, tan mal tratada, el retiro del cigarrillo en los que aun siguen fumando, una dieta adecuada con el agregado de pescado y una actividad física adaptada a las necesidades para disminuir la epidemia de obesidad. Y no por último menos importante, el manejo de las condiciones psicosociales, como la depresión y el aislamiento de la comunidad, que tanto tienen que ver con las condiciones de vida actuales en nuestra Argentina.

Luego de este paso indispensable del conocimiento de lo que hacemos, ahora se impone estudiar las condiciones necesarias para que la implementación de estas sencillas medidas de prevención se convierta en una "realidad" tangible, que es la única verdad. Manos a la obra.

#### BIBLIOGRAFIA

1. A British Cardiac Society survey of the potential for the secondary prevention of coronary disease: ASPIRE (Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events). Principal results. ASPIRE Steering Group. *Heart* 1996; 75: 334-342.
2. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease. Principal results. EUROASPIRE Study Group. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569-1582.
3. Aberg A, Bergstrand R, Johansson S y col. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *Br Heart J* 1983; 49: 416-422.
4. Daly LE, Mulcahy R, Graham IM y col. Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction. *Br Med J* 1983; 287: 324-326.
5. Norris RM, on behalf of the United Kingdom Heart Attack Study Collaborative Group. Fatality outside hospital from acute coronary events in three British health districts 1944-5. *Br Med J* 1998; 316: 1065-1070.
6. Morrison C, Woodward M, Leslie W y col. Effect of socioeconomic group on incidence of, management of, and survival after myocardial infarction and coronary death: Analysis of community coronary event register. *Br Med J* 1997; 314: 541-546.
7. Mehta RII, Eagle KA. Secondary prevention in acute myocardial infarction. *Br Med J* 1998; 316: 838-842.
8. Yusuf S, Wittes J, Freidman L. Overview of results of randomized clinical trials in heart disease: Treatment following myocardial infarction. *JAMA* 1988; 260: 2088-2093.