



## Implicaciones del registro REACH para el cardiólogo

Bernardo García de la Villa Redondo

Servicio de Cardiología, Hospital de Manacor, Manacor, Islas Baleares, España

### RESUMEN

#### Palabras clave:

Aterotrombosis  
Factores de riesgo cardiovascular  
Enfermedad coronaria  
Epidemiología  
Prevención primaria y secundaria

Las enfermedades cardiovasculares suponen el problema de salud más importante en los países occidentales y son una causa emergente de mortalidad en los países en vías de desarrollo. Frente a los resultados obtenidos en ensayos clínicos, el registro REACH aporta información de la vida real acerca de cuál es el perfil del paciente y el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular, en una amplia población de pacientes con riesgo elevado de desarrollar episodios aterotrombóticos. Los enfermos coronarios constituyen el subgrupo más numeroso del registro y la adherencia a las guías de actuación clínica parece ser mayor en ellos que en otros pacientes con enfermedad vascular.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Implications of the REACH registry for cardiologists

#### ABSTRACT

#### Keywords:

Athethrombosis  
Cardiovascular risk factors  
Coronary artery disease  
Epidemiology  
Primary and secondary prevention

Cardiovascular disease represents the most important health problem in western countries and is an emerging cause of mortality in developing countries. In contrast with the results obtained in randomized clinical trials, the REACH registry provides information from the real world on patient profiles and the extent to which cardiovascular risk factors are being controlled in a broad population of patients at high risk of developing atherothrombotic events. Coronary artery disease patients are the largest subgroup in the registry and adherence to guidelines for clinical intervention appears to be higher in these patients than in other patients with vascular disease.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

Es conocido que la enfermedad cardiovascular de causa aterotrombótica tiene una elevada prevalencia en los países desarrollados y constituye la principal causa de muerte en individuos de mediana y avanzada edad<sup>1,2</sup>. Además, es de esperar que en los próximos años se asista a un incremento de la mortalidad cardiovascular en el ámbito mundial propiciado por el envejecimiento poblacional en los países desarrollados, asociado a un previsible descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas, de la mortalidad maternoperinatal y de las deficiencias nutricionales en los países en vías de desarrollo<sup>3,4</sup>.

La enfermedad coronaria (EC), la enfermedad cerebrovascular (ECV) y la enfermedad arterial periférica (EAP) son las manifestaciones clínicas más frecuentes de la aterotrombosis o enfermedad vascular (EV), y es la EC la que origina más muertes en número absoluto al ser la más prevalente, aunque la EAP es la de peor pronóstico en

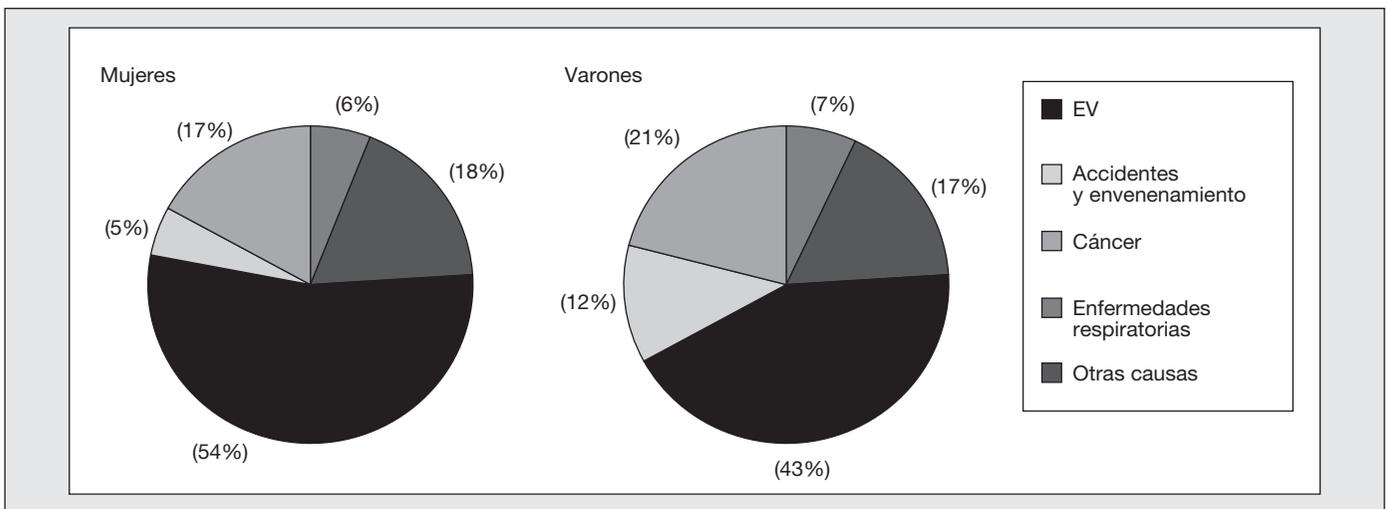
términos relativos. Las cifras de mortalidad por EV en Europa alcanzan un 54% en mujeres y un 43% en varones, según los últimos datos publicados; de ellos, los fallecimientos por EC suponen casi la mitad de las muertes por EV, mientras que otro tercio se debe a ECV en forma de ictus fatales<sup>2</sup> (figs. 1 y 2).

El control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) puede reducir la incidencia de enfermedad cardiovascular o al menos ralentizar la aparición de episodios clínicos a edades más avanzadas, prolongando la supervivencia y facilitando que la población pueda mantener una aceptable calidad de vida durante más tiempo. Analizar cómo los FRCV y su control adecuado o no influyen en la aparición y/o progresión de la EV fue uno de los objetivos fundamentales al diseñarse el registro REACH (REduction of Atherothrombosis for Continued Health)<sup>5</sup>.

*Medicina basada en la evidencia y enfermedad cardiovascular: la importancia de los registros*

Las enfermedades cardiovasculares, por sus elevadas incidencia y prevalencia, son un terreno especialmente propicio para el diseño

Correo electrónico: bgvilla@hotmail.com



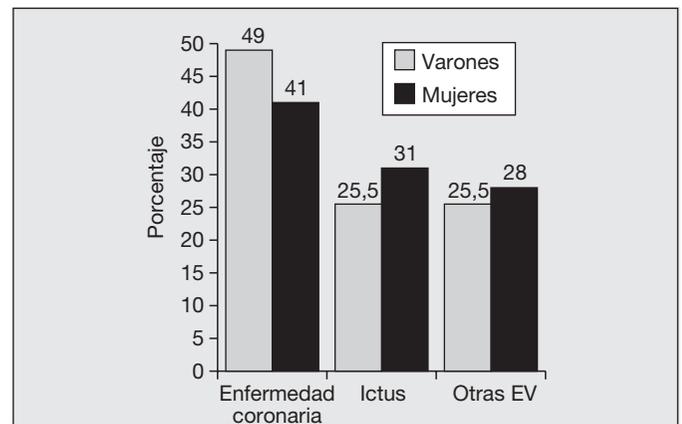
**Figura 1.** Distribución de mortalidad en Europa por cualquier causa según etiología y sexo. EV: enfermedades del aparato cardiocirculatorio. Adaptada de Allender et al<sup>2</sup>.

de ensayos clínicos y estudios observacionales. En la historia de la cardiología reciente, la información obtenida de algunos ensayos clínicos aleatorizados ha servido para rebatir ideas que, aunque basadas en premisas fisiopatológicas que parecían plausibles, finalmente se demostraron como erróneas. Algunos ejemplos serían la contraindicación de los bloqueadores beta en la insuficiencia cardíaca<sup>6</sup> o el papel de algunos antiarrítmicos para reducir la mortalidad postinfarto<sup>7</sup>.

En la actualidad, las guías de práctica clínica basan gran parte de sus recomendaciones en los resultados de estos estudios, y otorgan un nivel de evidencia más elevado a las recomendaciones que son amparadas por más de un ensayo clínico, sobre todo si son multicéntricos, aleatorizados y están bien diseñados. Desde hace varias décadas, a la eficacia contrastada de un fármaco para controlar algún FRCV se le exige demostrar que dicho beneficio se traduzca en una reducción en la mortalidad o morbilidad, sin que el efecto positivo inicial se pierda posteriormente por la aparición de episodios colaterales adversos o interacciones peligrosas, y no es despreciable la cantidad de ensayos clínicos cuyo resultado ha paralizado o ha obligado a retirar la comercialización de algún fármaco inicialmente prometedo<sup>8-11</sup>.

Sin embargo, los ensayos se realizan en poblaciones muy seleccionadas, generalmente con estrictos criterios de inclusión y exclusión que hacen que la muestra de pacientes sea poco representativa de la realidad clínica, y además se utilizan dosis poco habituales y en protocolos difícilmente reproducibles en la vida real, por lo que plantea la duda al clínico de si los resultados obtenidos son extrapolables a los pacientes de la consulta diaria. Los registros, por el contrario, analizan la práctica médica real en una población no seleccionada previamente y son útiles para comparar si las actitudes terapéuticas se adecuan a lo recomendado en las guías de práctica clínica. No imponen pautas que se deban seguir ni tratamientos específicos y pueden servir para extraer información relevante de subgrupos poblacionales poco representados en los ensayos clínicos (ancianos, pacientes con pluripatología, etc.).

En este sentido, el registro REACH aporta una enorme información acerca del perfil real en el ámbito mundial de los pacientes con múltiples FRCV y/o con EV establecida, así como del tratamiento que reciben y de su pronóstico en función de su perfil basal de riesgo y las terapias a las que son sometidos. Las características basales de los 67.888 pacientes inicialmente incluidos en la muestra<sup>12</sup> y su evolución a 1 año de seguimiento<sup>13</sup> se han publicado, así como el análisis



**Figura 2.** Mortalidad cardiovascular por subgrupos de enfermedad y sexo. Otras EV (enfermedades del aparato cardiocirculatorio): incluye enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca no isquémica, disección de aorta, entre otras. Adaptada de Allender et al<sup>2</sup>.

de las particularidades de múltiples subgrupos locales<sup>14-20</sup>. Los pacientes incluidos en el registro podían presentar múltiples FRCV (al menos 3) o bien EV clínica ya establecida en forma de EC, ECV y/o EAP. Los enfermos coronarios fueron los de mayor peso en la muestra, con un total de 40.258 pacientes, equivalentes al 59,3% del total (44,6% sólo con EC y 14,7% con EC y afectación de al menos algún otro territorio vascular). La proporción de pacientes con afectación de más de un lecho vascular fue del 15,9%.

El registro REACH, con un seguimiento de los enfermos inicialmente planteado a 2 años y posteriormente ampliado hasta 4, constituye hasta el momento el mayor registro mundial de pacientes con riesgo elevado de presentar episodios aterotrombóticos, y es de esperar que la información pendiente de analizar acerca de la evolución de los pacientes hasta el final del seguimiento sea objeto de numerosas publicaciones en el futuro. Si alguna limitación o crítica al diseño del registro se le puede hacer, desde el punto de vista del cardiólogo clínico, sería la ausencia de información acerca de los pacientes que presentaban fibrilación auricular (FA) y/o prótesis mecánicas en el inicio del estudio y durante el seguimiento, que hubiera sido francamente interesante, dado lo amplio de la muestra, para analizar aspectos controvertidos, como el riesgo/beneficio de la anti-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3803042>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3803042>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)