

Persistencia de riesgo cardiovascular residual tras un evento cardiovascular agudo en práctica clínica real: resultados del estudio HERMES

Ester Mínguez de la Guía(1), Mª Amalia Acuña Lorenzo(2), Rut Andrea Riba(3), Albert Ariza Solé(4), Marta Cubells Pastor(3), Lourdes García Bueno(5), Pablo Jorge Pérez(6), Íñigo Lozano Martínez-Luengas(7), Macarena López Vázquez(8), Francisco Marín Ortuño(9), Roberto Martín Reyes(10), Juan Medina Peralta(11), Elisabet Méndez(12), Fausto Pinto(13) y José Seijas Amigo(14) de (1)Servicio Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España, (2)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid - España, (3)Servicio de Cardiología. Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona - España, (4)Servicio de Cardiología. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona - España, (5)Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca - España, (6)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife - España, (7)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón (Asturias) - España, (8)Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete - España, (9)Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Universidad de Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB) y CIBERCV. Arrixaca, Murcia - España, (10)Servicio de Cardiología. Hospital Quirón, Madrid - España, (11)Servicio de Cardiología. Hospital Universitario HM Montepríncipe, Madrid - España, (12)Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña - España, (13)Servicio de Cardiología. Hospital de Santa María, Lisboa - Portugal y (14)Servicio de Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña) - España

Introducción: La prevención secundaria tras un evento cardiovascular (CV) agudo reduce la recurrencia posterior. Las guías ESC 2021/2023 recomiendan la implementación de cambios en el estilo de vida y utilización de terapias con tal objetivo, sin embargo, su implementación en práctica clínica real es variable. El uso de policomprimidos favorece la adherencia.
El objetivo fue evaluar el grado de implementación de las recomendaciones ESC 2021/2023 y su relación con el control del riesgo residual tras un evento CV agudo.

Métodos: Registro prospectivo, observacional y multinacional (9 países, 10 centros españoles), con inclusión tras el evento (2023–2024) y seguimiento a 12±3 meses. Se recogieron variables clínicas, terapéuticas, analíticas y riesgo SMART.

Resultados: Se incluyeron 1.218 pacientes. El 95,2% completó el seguimiento. La edad media fue de 62,0 ± 9,9 años y el 80% eran varones. El 68% presentaban tabaquismo, 67,5% hipertensión, 60,1% dislipemia, 30% diabetes y el 28,2% antecedentes familiares de enfermedad CV prematura (Tabla 1). El tiempo medio desde el evento hasta la inclusión fue de 48 días. El evento inicial fue infarto agudo de miocardio en el 52%, angina en el 21%. En el 23% se realizó revascularización coronaria urgente. Al año, el 75,2% recibía tratamiento con antiagregación, estatinas e inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona. El uso de monoterapia permaneció estable (74%) desde la inclusión, mientras que las combinaciones a dosis fijas aumentaron (51%?56%), principalmente estatina+ezetimiba (27%?31%) y polipíldora (10%?12%). El 59% recibió tratamiento adicional. La adherencia farmacológica fue

elevada, aunque el cumplimiento de las medidas de estilo de vida fue inferior al 50% (Figura 1). La presión arterial se mantuvo controlada (123/74 mmHg), con un 79% de pacientes con PAS <140 mmHg. El LDL-c descendió 25 mg/dL (mediana de 70 mg/dL), aumentando el porcentaje en objetivo <55 mg/dL (26%?31%) (Figura 1). El riesgo SMART permaneció estable (23,21%?22,67%). Se registraron 40 reacciones adversas (5 graves). La tasa de eventos CV mayores fue del 5,6% y la supervivencia global del 94,5%.

Conclusiones: En práctica clínica real persiste un importante riesgo cardiovascular residual tras un evento CV agudo. A pesar de una elevada implementación del tratamiento recomendado, el control de los factores de riesgo y la adherencia a las medidas de estilo de vida continúan siendo subóptimos, resaltando la necesidad de intensificar la prevención secundaria.

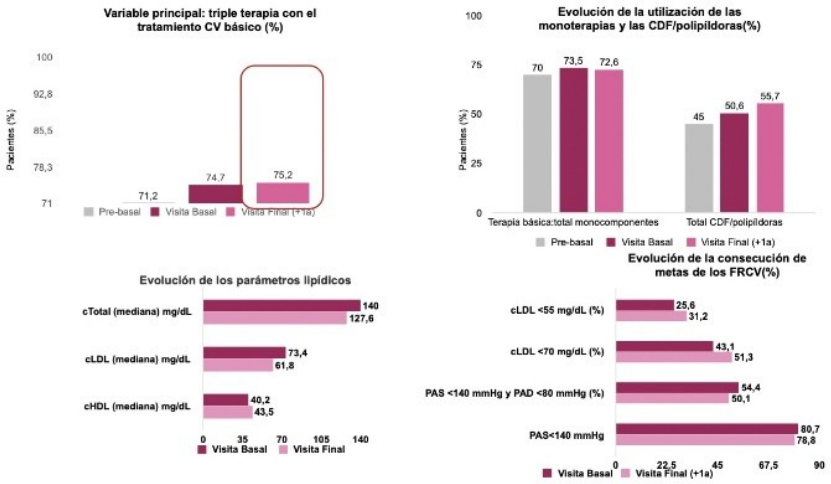


Figura 2: Resultados del estudio HERMES. a: año. CV: cardiovascular. Tratamiento cardiovascular básico: antiagregantes plaquetarios, estatinas y bloqueadores del sistema renina-angiotensina- aldosterona (SRAA). CDF: combinaciones de dosis fijas (dirigidas a un único factor de riesgo CV). Polipíldoras: dirigidas a más de un factor de riesgo CV. cTotal: colesterol total. cLDL: colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad. cHDL: colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad. PAS: presión arterial sistólica. PAD: presión arterial diastólica

Tabla 1: Características basales y antecedentes cardiovasculares de la población del estudio.

Características basales	Total (N=1218)
Cualquier comorbilidad, n (%)	1088 (89.3)
Antecedentes familiares de evento CV prematuro, n (%)	343 (28.2)
Hipertensión arterial, n (%)	822 (67.5)
Hipercolesterolemia, n (%)	732 (60.1)
Hipertrigliceridemia, n (%)	237 (19.5)
Hipertrofia ventricular izquierda, n (%)	368 (30.2)
Insuficiencia cardíaca, n (%)	232 (19.0)
Enfermedad renal crónica, n (%)	76 (6.2)
Diabetes mellitus tipo 1, n (%)	15 (1.2)
Microalbuminuria, n (%)	30 (2.5)
Proteinuria, n (%)	40 (3.3)
Antecedentes cardiovasculares	
Enfermedad coronaria previa, n (%)	379 (31.1%)
Infarto agudo de miocardio previo, n (%)	245 (64.8) *
Angina previa, n (%)	217 (58.2)*
Revascularización cardíaca previa, n (%)	227 (60.4)*
Enfermedad cerebrovascular, n (%)	54 (4.4)
Enfermedad arterial periférica, n (%)	48 (4.0)
Aneurisma de aorta abdominal, n (%)	7 (0.6)

CV: cardiovascular. *Porcentaje calculado sobre pacientes con enfermedad coronaria previa (n=379)