

Puesta al día: Síndromes coronarios agudos (IX)

Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo



Juan Quiles* y Beatriz Miralles-Vicedo

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España

Historia del artículo:

On-line el 23 de julio de 2014

Palabras clave:

Síndrome coronario agudo
Prevención secundaria
Rehabilitación cardíaca

Keywords:

Acute coronary syndrome
Secondary prevention
Cardiac rehabilitation

RESUMEN

La enfermedad cardiovascular es el principal problema de salud en Europa y el resto del mundo y la primera causa de mortalidad y gasto sanitario. Las estrategias de prevención tienen un papel fundamental en el paciente que ha tenido un síndrome coronario agudo, pues consiguen un declive en la mortalidad de estos pacientes y una reducción en la recurrencia de eventos isquémicos. Sin embargo, estas estrategias de prevención, que se han centrado en la población de alto riesgo con gran éxito, deben utilizarse también para la población general, en la que se está observando un incremento en la prevalencia de obesidad, diabetes mellitus y otras comorbilidades que pueden invertir la tendencia. En este artículo se pretende hacer una puesta al día sobre las principales medidas de prevención cardiovascular, especialmente las novedades aparecidas en el último año, y las particularidades de dichas medidas cuando se orientan al paciente que ha presentado un síndrome coronario agudo.

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Secondary Prevention Strategies for Acute Coronary Syndrome

ABSTRACT

Cardiovascular disease is the main health problem in Europe and the rest of the world and is the leading cause of death and health care expenditure. By reducing mortality and ischemic event recurrence, prevention strategies play a fundamental role in patients who have had an acute coronary syndrome. Although these prevention strategies have focused with great success on high-risk individuals, they should also be used in the general population, which is showing an increase in the prevalence of obesity, diabetes mellitus, and other comorbidities that may reverse this trend toward reduced mortality. The present article consists of an up-to-date review of the main cardiovascular prevention measures, particularly the new developments of the last year, as well as the particularities of these measures when they are targeted at patients with a prior acute coronary syndrome.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2014 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Sección patrocinada por AstraZeneca

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y la aplicación de medidas de prevención tanto primaria como secundaria han conseguido una importante reducción de la mortalidad cardiovascular durante los últimos 40-50 años en los países desarrollados. Sin embargo, a pesar de los avances en las medidas de prevención, la enfermedad cardiovascular sigue siendo

la principal causa de muerte en los países desarrollados y uno de los determinantes principales de incapacidad y gasto sanitario. Respecto al síndrome coronario agudo (SCA), a pesar de los avances en el tratamiento de la enfermedad, sus tasas anuales se han mantenido estables en la última década. El impacto de las medidas de prevención se contrarresta con el alarmante incremento de la obesidad y la diabetes mellitus, el envejecimiento de la población y la aparición de otras comorbilidades, como la insuficiencia renal, que incrementan el riesgo de presentar un SCA, de tal forma que se podría invertir la tendencia a mortalidad decreciente observada durante los últimos años, especialmente en la población más joven¹. Por todo esto, centrarse en la prevención debe ser prioritario y es un campo en continua evolución. En el artículo de revisión que se presenta, se intenta una puesta al día sobre las principales medidas de prevención orientadas a los pacientes que han tenido un SCA, centrada fundamentalmente en las principales novedades que han aparecido en el último año.

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Alicante, Ctra. N-332 s/n, 03550 San Juan de Alicante, Alicante, España.
Correo electrónico: juanquiles@secardiologia.es (J. Quiles).

Abreviaturas

AAS: ácido acetilsalicílico
SCA: síndrome coronario agudo

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Novedades en el control de los factores de riesgo

Los estudios observacionales indican que la mayoría de los eventos cardíacos recurrentes ocurren a los supervivientes a un SCA, particularmente en el primer año tras este². Para el tratamiento de la fase aguda del SCA, se han producido grandes avances en el cuidado del paciente, las terapias de reperfusión y el tratamiento médico, lo que ha contribuido a una importante reducción de la mortalidad hospitalaria. Para conseguir para estos pacientes una mayor reducción de la mortalidad y la recurrencia de eventos tras haber presentado un SCA, hay que centrarse en la optimización de las terapias de prevención secundaria y en la adherencia de los pacientes a los tratamientos. En los últimos años, se han actualizado las guías de práctica clínica sobre la atención al infarto de miocardio con y sin elevación del segmento ST^{3,4}, el manejo de la enfermedad coronaria estable⁵ y las estrategias de prevención o manejo específico de los factores de riesgo⁶⁻¹⁰. Todas estas guías insisten en la importancia del tratamiento intensivo de los factores de riesgo. Tanto la prescripción de los fármacos como el inicio de la educación del paciente deben realizarse durante el ingreso hospitalario, ya que el paciente suele prestar más atención a consejos y recomendaciones. Además, se ha comprobado que la optimización de los tratamientos una vez que se da de alta al paciente es menos probable. En una revisión de los tratamientos al alta y al año de 6.748 pacientes que habían tenido un infarto de miocardio incluidos en dos registros estadounidenses en 2003 y 2008¹¹, se observó que, aunque a la mayoría de los pacientes se les recetó al alta el tratamiento recomendado de prevención secundaria (en este caso bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina [IECA] o antagonistas del receptor de la angiotensina II y estatinas), solo para 1 de cada 3 pacientes las dosis pautadas estaban dentro de los objetivos y el aumento de dosis tras el alta ocurrió únicamente en el 25% de los casos. Debido a que el efecto protector de estas medicaciones se ha relacionado con la dosis, la imposibilidad de alcanzar las dosis objetivo durante el ingreso o incrementarlas en el seguimiento del paciente es una limitación a las medidas de prevención y, por lo tanto, se debería intentar maximizar las dosis de los tratamientos antes de dar el alta a los pacientes que han presentado un SCA.

Recomendaciones sobre estilo de vida

En las guías europeas sobre el manejo del paciente con infarto de miocardio con o sin elevación del segmento ST o con enfermedad coronaria estable, las medidas no farmacológicas de prevención secundaria se tratan de manera superficial. Basan las recomendaciones de estilo de vida y prevención en las recomendaciones de guías para el manejo de la dislipemia y la prevención de la enfermedad cardiovascular^{8,12}.

Dieta. Una dieta saludable reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular. Las recomendaciones en este sentido coinciden entre las diferentes guías. La ingesta energética debe limitarse a la cantidad de energía necesaria para mantener o conseguir un peso corporal adecuado (índice de masa corporal < 25). Se debe reducir la

ingesta de grasas saturadas (< 10% del total de grasas consumidas) y reemplazarlas por ácidos grasos poliinsaturados omega 3, procedentes fundamentalmente de aceite de pescado; consumir 5 porciones de fruta o verdura al día y 3 de pescado a la semana; reducir el consumo de sal a < 6 g/día; limitar el consumo de alcohol e incrementar el consumo de nueces y cereales. De estas recomendaciones se ha demostrado la eficacia en el estudio más grande realizado hasta la fecha, en el cual la dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos redujo la incidencia de eventos cardiovasculares graves en pacientes con alto riesgo de eventos pero sin enfermedad cardiovascular previa¹³.

Tabaco. El tabaquismo altera la función endotelial, facilita la adhesión celular y es un factor proinflamatorio, protrombótico y prooxidativo que facilita la aterosclerosis y potencia la inestabilización de las placas de ateroma, al que se atribuye incluso un papel proaritmogénico. Los pacientes con SCA que son fumadores tienen el doble de probabilidad de presentar una recurrencia de eventos isquémicos que los no fumadores, lo que indica que el tabaco tiene un efecto protrombótico importante. Los estudios observacionales demuestran que los pacientes que dejan de fumar reducen su mortalidad en los años siguientes respecto a los que continúan fumando¹⁴, por lo que dejar de fumar es la medida potencialmente más efectiva de todas las estrategias de prevención secundaria y es preciso dedicar un gran esfuerzo a conseguir este objetivo. Se debe ofrecer a los pacientes consejo, terapias de grupo o combinaciones de tratamiento, para lo cual se puede utilizar terapias de sustitución de nicotina, vareniclina o bupropión.

Un dato interesante aparecido en 2013 respecto al tabaco y la enfermedad cardiovascular se encuentra en los resultados del estudio PARADOX¹⁵. En dicho estudio se objetiva una eficacia diferencial de la monoterapia con clopidogrel en función de la condición de fumador del paciente con enfermedad aterotrombótica. En ese estudio se comparó la reactividad plaquetaria de pacientes que tomaban clopidogrel o prasugrel divididos en dos categorías, fumadores o no fumadores (nunca fumadores o ex fumadores). Se observó que en los no fumadores que tomaban clopidogrel el metabolito de este era menos activo, por lo que había mayor reactividad plaquetaria. Esto no ocurría en los pacientes que tomaban prasugrel, ya que, independientemente de que fumasen o no, su reactividad plaquetaria era más baja. Tras la publicación de ese estudio, se han analizado otras cohortes, como la del estudio CAPRIE¹⁶, en la que se ha visto el mismo efecto diferencial del clopidogrel en función de la condición de fumador. A pesar de que los fumadores tienen un riesgo de eventos mayor que quienes nunca han fumado o los ex fumadores, el tratamiento con clopidogrel se asoció con una reducción de los eventos isquémicos en los fumadores, pero no se observó este beneficio frente al ácido acetilsalicílico (AAS) en los pacientes no fumadores o ex fumadores. Estos hallazgos indican que clopidogrel puede ofrecer mayor protección contra eventos isquémicos y es superior al AAS en pacientes fumadores con enfermedad cardiovascular en tratamiento antiagregante en monoterapia y, dado que pese a los consejos no todos los pacientes consiguen dejar de fumar, con base en estos resultados se podría definir una prevención secundaria más eficaz para los pacientes que continúan fumando y elegir como monoterapia el AAS para los pacientes no fumadores y el clopidogrel para los fumadores, una vez completado el periodo de doble antiagregación.

Hipertensión arterial

Las principales novedades en el manejo de la hipertensión arterial quedan reflejadas en las actualizaciones de las guías europeas, publicadas en 2013¹⁰, y estadounidenses (*Eighth Joint National Committee*)¹⁷. En ambas guías se simplifican los objetivos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3013709>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3013709>

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