

El policomprimido cardiovascular: una herramienta para mejorar la prevención cardiovascular

Panorama actual del tratamiento farmacológico del paciente con enfermedad coronaria: de la teoría a la práctica

Jesús Álvarez-García y Alessandro Sionis*

Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Palabras clave:

Cardiopatía isquémica
Angina estable
Tratamiento farmacológico

RESUMEN

Se revisa brevemente la evidencia científica que respalda el tratamiento farmacológico de los pacientes con cardiopatía isquémica crónica estable, el grado con que los cardiólogos de nuestro medio siguen las directrices europeas y el grado de adherencia de los pacientes a nuestras recomendaciones. Por último, se discuten las implicaciones clínicas y económicas que supone el incumplimiento del tratamiento médico y se proponen algunas medidas dirigidas a corregir estas deficiencias.

Overview of Pharmacological Treatment for Patients with Coronary Heart Disease: From Theory to Practice

ABSTRACT

This article provides a brief review of the scientific evidence underpinning the pharmacological treatment of chronic stable coronary heart disease, of the extent to which cardiologists in the field follow European guidelines and of the degree of patients' adherence to physicians' recommendations. Finally, the article also discusses the clinical and economic implications of noncompliance with medical treatment and proposes some measures aimed at correcting these failings.

Keywords:

Coronary heart disease
Stable angina
Pharmacological treatment

INTRODUCCIÓN

El tratamiento actual del paciente con enfermedad coronaria tiene dos objetivos esenciales: aliviar los síntomas y mejorar el pronóstico. Idealmente, la terapia antianginosa debería guiarse por las características individuales de cada paciente, teniendo en consideración la gravedad de los síntomas, la extensión y el grado de la enfermedad coronaria, la presencia eventual de comorbilidades y, por supuesto, las preferencias del propio paciente. De hecho, el principal determinante del éxito o el fracaso de un fármaco no solo es su eficacia en el control de la angina, sino también la aparición de sus potenciales efectos secundarios y la adherencia del propio paciente al régimen terapéutico prescrito. En este artículo se revisa brevemente la evidencia científica que respalda el tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad coronaria estable, el grado en que los cardiólogos de nuestro medio siguen las directrices europeas y el grado de adherencia de los pacientes a nuestras recomendaciones. Por último, se enumeran las implicaciones clínicas y económicas que supone el incumplimiento del tratamiento médico y se proponen algunas medidas dirigidas a corregir estas deficiencias.

TRATAMIENTO MÉDICO ÓPTIMO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE

La Sociedad Europea de Cardiología (ESC) publicó en el año 2013 la guía de práctica clínica de la enfermedad arterial coronaria estable¹. En ella se simplifica el manejo del tratamiento farmacológico en dos grandes objetivos (figura). Para el alivio de los síntomas, dibuja dos líneas de actuación. La primera de ellas está formada por los nitratos de acción corta y los bloqueadores beta o los antagonistas del calcio, con el fin de conseguir un control adecuado de la frecuencia cardiaca (sin concretar una cifra). El grado de recomendación y el nivel de evidencia (IB e IA respectivamente) residen curiosamente en las guías anteriores y el estudio CASIS², que comparó la eficacia de amlodipino, atenolol y su combinación frente a placebo en el control de la angina y la tolerancia al esfuerzo. Ese estudio, a nuestro juicio, merece algunas consideraciones. Aun tratándose de un estudio clásico con todas las salvedades que se le pueda otorgar, no deja de ser sorprendente que se conceda una recomendación IA basada en un solo estudio de tamaño muestral pequeño (n = 100) en el que, además, uno de los principios activos que se compara es un antagonista del calcio dihidropiridínico, cuyo efecto en la frecuencia cardiaca, en todo caso, sería taquicardizante.

La segunda línea de actuación considera la adición de hasta cinco familias de fármacos que se resumen, en sentido práctico, en cuatro grupos: nitratos de acción larga (IIa B), ivabradina (IIa B), ranolazina (IIa B) y trimetazidina (IIb B), ya que el nicorandil no está disponible

*Autor para correspondencia: Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB Sant Pau), Sant Antoni M. Claret 167, 08025 Barcelona, España.

Correo electrónico: asionis@santpau.cat (A. Sionis).

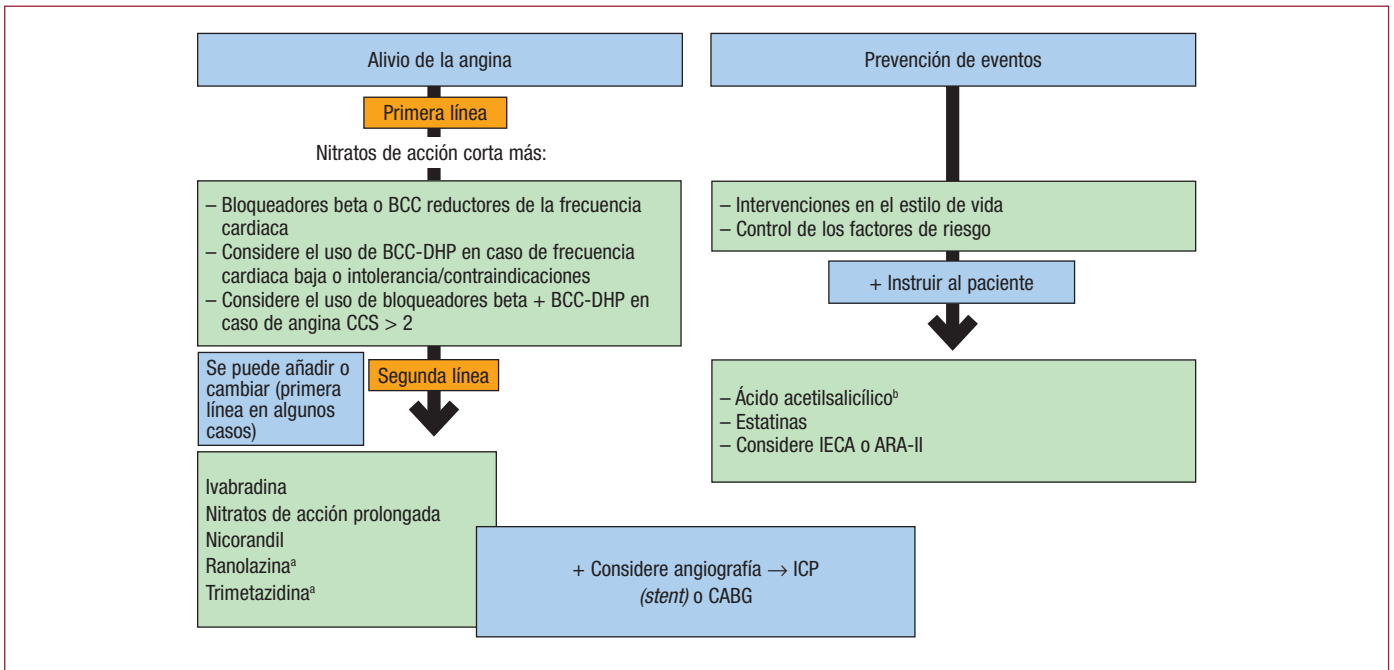


Figura. Manejo farmacológico de los pacientes con enfermedad coronaria estable según la guía de 2013 de la Sociedad Europea de Cardiología. Reproducido con permiso de Montalescot et al¹.

^aResultados en diabéticos.

^bSi hay intolerancia, considérese el clopidogrel.

ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; BCC: bloqueadores de los canales de calcio; CABG: cirugía de revascularización coronaria; CCS: *Canadian Cardiovascular Society*; DHP: dihidropiridina; ICP: intervención coronaria percutánea; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

en España. La recomendación es que cualquiera de ellos puede ser útil en función de la tolerabilidad, la presión arterial y la frecuencia cardíaca del paciente. Es más, se propone que se podría considerarlos como alternativa inicial a los bloqueadores beta o los antagonistas del calcio, aunque no se explicita en qué circunstancias y se deja a juicio del médico tratante. Paradójicamente, las referencias que respaldan la indicación de estos fármacos son metodológicamente más firmes, en especial en los casos de la ivabradina^{3,4} y la ranolazina⁵⁻⁷, pero el nivel de evidencia concedido es menor que para los fármacos de primera línea. Resumidamente, se trata de cinco ensayos clínicos aleatorizados, controlados, enmascarados y con tamaño muestral preespecificado, que contrastan la eficacia de la ivabradina o la ranolazina frente a placebo en pacientes con angina estable correctamente tratados.

Para la mejora del pronóstico, los pilares del tratamiento médico son más inequívocos, y se asientan en la antiagregación simple con ácido acetilsalicílico (o clopidogrel en caso de intolerancia) por tiempo indefinido y en el tratamiento con estatinas para reducir el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) por debajo de 70 mg/dl. La evidencia científica que respalda estas dos recomendaciones es amplísima y sólida, por lo que no merece más comentarios, en nuestra opinión. Por último, si el paciente es hipertenso, diabético o presenta una función sistólica del ventrículo izquierdo inferior al 40%, puede añadirse un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o un antagonista del receptor de la angiotensina II (ARA-II).

PRÁCTICA CLÍNICA REAL: SITUACIÓN ACTUAL Y LAGUNAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA ESTABLE

Adherencia a las guías: un camino con dos sentidos

Una vez comentadas las directrices de las guías de práctica clínica, cabe preguntarse: ¿somos consecuentes con las recomendaciones vigentes? Y una cuestión quizá más relevante: ¿nuestros pacientes les hacen caso? Para responder a la primera pregunta, se puede repasar

los resultados de la cohorte española ($n = 2.257$) del estudio CLARIFY⁸, un registro internacional y prospectivo en el que participaron 41 países de todo el mundo y cuyo objetivo principal es describir las características demográficas y clínicas y el tratamiento de los pacientes con enfermedad arterial coronaria estable. El paciente tipo del subgrupo de pacientes incluidos por los cardiólogos españoles era un varón (81%) de 65,3 años de media, ya jubilado (59,1%), con educación primaria o menos (52,5%), exfumador (58,9%), sedentario (ligera o ninguna actividad física a la semana, 68,1%), con sobrepeso (índice de masa corporal, 27,8) hipertenso (67,5%), dislipémico (77,5%) y diabético (33,5%). El 63,6% de los pacientes tenían antecedentes de infarto agudo de miocardio y se había realizado intervencionismo coronario percutáneo o cirugía de revascularización al 81%. Es decir, se trata de un paciente representativo de la población española con cardiopatía isquémica crónica estable, similar a los presentados en otros registros previos como el TRECE o el AVANCE^{9,10}. Pues bien, los tratamientos más comunes en la muestra española eran los hipolipemiantes (96%), seguidos del ácido acetilsalicílico (89%), los bloqueadores beta (74%), los IECA y los ARA-II (73%) y los antagonistas del calcio (30%). Respecto a los fármacos de segunda línea, los empleados más frecuentemente fueron los nitratos de larga duración (32%) y la ivabradina (20%). Así, y aun tratándose de un corte transversal donde no se puede discernir el grado real de adhesión a las guías y los factores asociados con ello, en términos generales se puede decir que la prescripción farmacológica entre los cardiólogos españoles se adecúa razonablemente a los estándares de calidad actuales. No obstante, aún hay margen de mejora en determinados colectivos de pacientes en cuyo tratamiento se debe incidir por su mayor riesgo. Uno de estos grupos lo forman los pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica. De hecho, un subanálisis del estudio ICP-Bypass puso de manifiesto que más del 75% de los pacientes diabéticos presentaban cifras de cLDL superiores al objetivo de 70 mg/dl y, en cambio, menos del 20% llevaba agregada ezetimiba a la estatina¹¹. Precisamente, los resultados del ensayo IMPROVE-IT han demostrado recientemente el beneficio pronóstico adicional que implica añadir un inhibidor de la absorción

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019334>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019334>

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