

Archivos de Cardiología de México

Volumen **73**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

Abril-Junio **2003**
April-June

Artículo:




Prevención secundaria en pacientes tratados con intervencionismo coronario

Derechos reservados, Copyright © 2003
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Prevención secundaria en pacientes tratados con intervencionismo coronario

Mauricio López Meneses*

Resumen

Los procedimientos intervencionistas han crecido rápidamente en los últimos años por los buenos resultados obtenidos. La enfermedad arterial coronaria, sin embargo, es causada por un proceso aterosclerótico difuso que afecta el árbol coronario completo y comúnmente otros territorios vasculares. En años recientes se ha acumulado experiencia con diferentes clases de fármacos para prevención secundaria que son clínicamente efectivos. Las estatinas son la piedra angular del tratamiento hipolipemiente y reducen la morbilidad y mortalidad en pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA) y aquellos tratados con procedimientos intervencionistas. El mayor riesgo de recurrencia en pacientes con SCA ocurre durante el primer mes con una incidencia del 10 al 25%. Información reciente de algunos estudios han demostrado la utilidad de las estatinas en los síndromes inestables. En el estudio MIRACL el inicio temprano de atorvastatina en pacientes con angina inestable o infarto del miocardio no-Q redujo los eventos en un período de seguimiento de 16 semanas. El tercer reporte del comité de expertos en la detección, evaluación y tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos (ATP III) recomiendan que el tratamiento hipolipemiente debe iniciarse al alta hospitalaria en pacientes con SCA y los que se trataron con procedimientos intervencionistas.

Summary

SECONDARY PREVENTION IN PATIENTS TREATED WITH PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTIONS

Percutaneous coronary interventions have been growing rapidly in recent years for their favorable outcome. Coronary artery disease, however, is caused by a diffuse atherosclerotic process involving the whole coronary artery tree and commonly other vascular territories. In recent years, evidence has accumulated that several classes of secondary preventive drugs are clinically effective. The statins are the cornerstone for lipid-lowering therapy and reduce morbidity and mortality in patients with ACS and treated with interventional cardiology. The highest risk of a recurrent event in patients with acute coronary syndromes (ACS) occurs in the first month, with the rates of reported events ranging from 10-25%. More recent data from several trials show that statin therapy can reduce cardiovascular risk in unstable disease. In the MIRACL trial, early initiation of atorvastatin after an episode of unstable angina or non-Q-MI reduced events along the ensuing 16 weeks. The Third Report of the Expert Panel Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP III) recommends that lipid lowering drug therapy be initiated at hospital discharge in patients with acute coronary syndromes and patients treated with percutaneous coronary interventions.

Palabras clave: Prevención secundaria. Cardiología intervencionista. Síndromes coronarios agudos.

Key words: Secondary prevention. Interventional cardiology. Acute coronary syndromes.

Los procedimientos intervencionistas son cada vez más frecuentes y se aplican en pacientes de alto riesgo. El éxito técnico en general es mayor de 90%, sin embargo, sólo se resuelve el problema mecánico y persiste la

enfermedad en la pared vascular. Es fundamental el tratamiento intensivo de los factores de riesgo dado que la incidencia de nuevos eventos coronarios en pacientes con síndromes coronarios agudos que en el primer mes puede ser del 10

* Médico adscrito al 7° Piso de Hospitalización, INCICH. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". (INCICH, Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI, Tlalpan, 14080 México, D.F.). Tel: 5573 2911 ext. 1334 Correo electrónico: mauim@yahoo.com

hasta el 25%. Los objetivos de tratamiento son prevenir la recurrencia de eventos cardíacos mayores y la reestenosis coronaria.¹

Otra consideración relevante es reconocer que la enfermedad ateromatosa es un proceso generalizado y pueden ocurrir complicaciones a diversos niveles como enfermedad vascular cerebral o enfermedad vascular periférica. Es muy común que coexistan en un mismo sujeto.

En el estudio CAPRIE se demostró que en pacientes con enfermedad coronaria puede coexistir enfermedad vascular cerebral en un 7.4% y enfermedad vascular periférica en el 11.4%.²

En los pacientes tratados con procedimientos intervencionistas se deben reconocer los factores potenciales de riesgo para poder identificar a los grupos de mayor riesgo. Entre los factores conocidos están: la complejidad de la lesión tratada, el diámetro del vaso, el éxito técnico del procedimiento, el porcentaje de lesión residual, la aplicación de stents y otros. Asimismo, como en todo paciente se deben tomar en cuenta los factores de riesgo mayores como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica, la hipercolesterolemia y el antecedente de tabaquismo. Existen otros factores de riesgo novedosos que se han identificado recientemente y que es posible medirlos y tratarlos en algunos casos como la hiperhomocisteinemia, el aumento de lipoproteína-A y la hiperfibrinogenemia.

Es importante reconocer que el control de los factores de riesgo coronario comúnmente no es óptimo. En el estudio EUROASPIRE II que es una encuesta de salud cardiovascular en 15 países europeos, se demostró en el seguimiento de pacientes isquémicos hay una alta prevalencia de factores de riesgo y una mala indicación y apego al tratamiento farmacológico. La aspirina sólo la tomaban el 86% de los pacientes, los betabloqueadores el 63% y los hipolipemiantes en sólo el 61% valorados al año de seguimiento en promedio.³ En el estudio nacional francés PREVENIR se incluyeron 1,394 pacientes, 668 con tratamiento intervencionista y 706 con tratamiento médico. Su objetivo fue evaluar el tratamiento de prevención secundaria en estos 2 grupos enfermos. En el grupo de enfermos tratados con intervencionismo fue más frecuente la indicación de betabloqueadores y estatinas comparado con el grupo de tratamiento médico.⁴

Tratamiento post-intervención

Existen diferentes alternativas terapéuticas y la piedra angular de tratamiento es el uso de estati-

nas, que ha demostrado reducir la incidencia de un 25 a 30% de eventos cardíacos mayores en el seguimiento largo plazo.^{2,5}

El Tercer Reporte del Comité de Expertos en la Detección Evaluación y Tratamiento de la Hipercolesterolemia en Adultos (ATP III), constituyen las guías clínicas de actualización del Programa Nacional de Educación para el Colesterol en los Estados Unidos. Los expertos de este panel recomiendan que la terapia hipolipemiente debe iniciarse al alta hospitalaria, apoyado en los hallazgos de un número de estudios clínicos prospectivos observacionales que demuestran que esta estrategia se asocia con un desenlace clínico favorable y mejor apego al tratamiento.⁶

La reducción de colesterol con estatinas se ha asociado con reducción en los eventos clínicos relacionados con aterosclerosis en los lechos vasculares coronario, cerebral y vascular periférico. En meta-análisis de estudios clínicos de prevención secundaria se ha reportado una reducción del riesgo de evento vascular cerebral del 32% asociado con estos agentes. Asimismo, las estatinas han demostrado reducir significativamente el grosor íntima-media de la arteria femoral común y reducir el riesgo de nuevo evento o agravamiento de claudicación intermitente con simvastatina en pacientes con enfermedad arterial coronaria.¹

El mayor riesgo de evento recurrente después de un síndrome coronario agudo es el primer mes y la incidencia disminuye aproximadamente seis meses después y permanece constante por algunos años. Sin embargo, el inicio de los estudios de prevención secundaria con estatinas incluyó pacientes que estuvieron libres de eventos por algunos meses y no se consideró el período de alta recurrencia temprana. En el estudio escandinavo de sobrevida con simvastatina (4S-Scandinavian Simvastatin Survival Study) los pacientes estuvieron libres de eventos coronarios agudos por seis meses y el tratamiento con estatinas se inició después de un período de ocho semanas con dieta.⁷ El estudio eventos coronarios recurrentes y colesterol (CARE-Colesterol and recurrent Events) los pacientes se incluyeron 3 a 20 meses después del evento índice y estuvieron con dieta durante cuatro semanas antes de tratamiento con estatinas (pravastatina). Los niveles de lipoproteínas disminuyen después de un SCA y no regresan a su nivel basal después de varias semanas. Por lo tanto el diseño de los estudios 4S, CARE y LIPID reflejan en parte

las guías de manejo en ese tiempo, en las que se recomendaba que el análisis de lipoproteínas durante el período de recuperación debería interpretarse como cautela.⁸ Recientemente se han evaluado los ensayos clínicos controlados para el efecto de terapia temprana con estatina.

El estudio denominado reducción del infarto del miocardio y reducción agresiva del colesterol (MIRACL-Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering) aleatorizó 3,086 pacientes con estatinas (atorvastatina 80 mg) o placebo 24 a 96 horas después del ingreso con un SCA. El tratamiento con estatinas se asoció con una reducción en el objetivo final común (combinación de muerte, infarto del miocardio no fatal, paro cardíaco con reanimación, o isquemia miocárdica sintomática recurrente) del 16% a 16 semanas de seguimiento, (riesgo relativo, 0.84; intervalo de confianza al 95%, 0.7 a 1.0; $p = 0.048$).⁹

El estudio denominado fluvastatina en la reducción del riesgo después del infarto del miocardio (FLORIDA-Fluvastatin on Risk Diminishing after Myocardial Infarction) aleatorizó 540 pacientes a estatina o placebo dentro de las primeras 24 del inicio del infarto. Los resultados preliminares de este estudio mostraron que el tratamiento con estatinas se asoció con reducción en el objetivo primario (isquemia en monitoreo ambulatorio) del 50% del basal comparado con reducción del 23% del grupo placebo, una diferencia no significativa. Walter y colaboradores reportaron un resultado preliminar en 316 enfermos que recibieron tratamiento con estatinas inmediatamente después de una intervención coronaria percutánea por un síndrome coronario agudo, comparado con 388 sujetos controles que no recibieron estatinas. El tratamiento con estatinas se asoció con reducción combinada de muerte e infarto del miocardio no fatal a seis meses del 7.9 al 1%.¹⁰

Un análisis retrospectivo combinado de los estudios: Uso global de estreptoquinasa o t-PA para arterias coronarias ocluidas (GUSTO- Global Use

of Streptokinase or t-PA for occluded Coronary Arteries) y IIb y glicoproteína plaquetaria IIb/IIIa en casos de angina inestable (PURSUIT- IIb and Platelet Glycoprotein IIb/IIIa in Instable Angina: Receptor suppression Using Integrelin Therapy) fueron reportados. En ambos estudios la revascularización coronaria y la administración de medicamentos diferentes al tratamiento en evaluación fue a discreción de los médicos tratantes. Un número combinado total de 3,653 pacientes fueron egresados con tratamiento hipolipemiante y 17,156 fueron egresados sin estos fármacos. El tratamiento hipolipemiante se asoció con reducción del 56% en la mortalidad a 30 días, (razón de momios, 0.44; intervalo de confianza al 95%, 0.27 a 0.73; $p = 0-001$).²

Las guías ATP III recomiendan inicio tratamiento farmacológico en pacientes con LDL \geq a 130 mg. También reconocen que algunos médicos consideran útil iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con la concentración de LDL entre 100 y 129 mg/dL; en contraste, otros prefieren enfatizar cambios en el estilo de vida antes de iniciar tratamiento farmacológico. Existen dos razones para recomendar tratamiento intensivo en este grupo de enfermos: primero como se discutió antes el nivel de lípidos en el hospital es considerablemente menor que el nivel usual de los pacientes. Segundo en el estudio MIRACL los pacientes tratados con nivel de LDL menores o igual que el valor de la mediana (121 mg/dL) tenían una reducción comparable en los eventos clínicos como los pacientes con nivel basal mayores de 121 mg/dL. (18.6% y 16.6% respectivamente).⁹

Conclusiones

Los pacientes con síndromes coronarios agudos y los que son tratados con procedimientos intervencionistas deben recibir un tratamiento intensivo en la prevención secundaria de los factores de riesgo. Las estatinas deben iniciarse durante la hospitalización para obtener su máximo beneficio y favorecer el apego al tratamiento.

Referencias

1. MARON DJ, FAZIO S, LINTON MF: *Current perspective on statins*. Circulation 2000; 101: 207-213.
2. ARONOW HD, TOPOL EJ, ROE MT, HOUHTALING PL, WOLSKI KE, LINCOFF AM, ET AL: *Effect of lipid-lowering therapy on early mortality after acute coronary syndromes: and observational study*. Lancet 2001; 357: 1063-68.
3. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary coronary heart disease: *Lifestyle and risk factor management and use of*

- drug therapies in coronary patients from 15 countries; results from EUROASPIRE II* Eur Heart J 2001; 22: 554-7.
4. DANCHIN N, GRENIER O, FERRIERES J, CANTENT C, CAMBOU J-P: *Use of secondary preventive drugs in patients with acute coronary syndromes treated medically or with coronary angioplasty: results from nationwide French PREVENIR survey.* Heart 2002; 88: 159-162.
 5. HUNNINGHAKE D: *Postdischarge lipid management of coronary artery disease patients according to the new national cholesterol education program guidelines.* Am J Cardiol 2001; 88(Suppl): 37K-41K.
 6. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) JAMA 2001; 285: 2486-2497.
 7. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group: *Randomized trial of cholesterol lowering in 4,444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S).* Lancet 1994; 344: 1383-1389.
 8. The Long term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group: *Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels.* N Engl J Med 1998; 339: 1349-1357.
 9. The MIRACL Study Investigators: *Effect of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes. The MIRACL Study: a randomized controlled trial.* JAMA 2001; 285: 1711-17188.
 10. WALTER DH, FICHTLSCHERER S, BRITTEN MB, FASSBENDER S, AUCH-SCHWELK W, SCHACHINGER V, ZEIHAR AM: *Initiation of statin therapy immediately after stent implantation: profound benefit in patients with acute coronary syndromes.* Circulation 2000; 102: II-435 Abstract 2119.