

## Archivos de Cardiología de México

Volumen **74**  
Volume

Suplemento **2**  
Supplement

Abril-Junio **2004**  
April-June

*Artículo:*

### Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica

Derechos reservados, Copyright © 2004  
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 de la cardiopatía isquémica*

José María Cruz Fernández\*

### Resumen

La aparición de los primeros síntomas de cardiopatía isquémica es aún un buen momento para hacer "borrón y cuenta nueva", para la prevención secundaria. A pesar de disponer de medios muy eficaces, tanto farmacológicos como no farmacológicos, su aplicación en la práctica clínica deja mucho que desear. La base de la prevención secundaria la constituyen los cambios en el estilo de vida, el control riguroso de los factores de riesgo y el uso racional de medidas terapéuticas que han demostrado su eficacia en subgrupos específicos de pacientes. Se debe mejorar el entorno psicológico del paciente y su familia, convencerle de que debe dejar de fumar, tener una alimentación sana y variada, y hacer ejercicio físico no extenuante de forma regular. Salvo contraindicación, los pacientes deben recibir aspirina u otro antiplaquetario, una estatina, betabloqueantes e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina. A esto añadirán los consejos y/o medicación necesarios para el control de sus factores de riesgo y las medidas terapéuticas concretas que en cada caso se necesiten. La unidades de rehabilitación cardíaca y las asociaciones de pacientes son de gran utilidad. Si debemos hacer la prevención secundaria y disponemos de los medios adecuados, hagámosla.

**Palabras clave:** Estilo de vida. Terapia farmacológica. Rehabilitación cardíaca.

**Key words:** Lifestyle. Pharmacological therapy. Cardiac rehabilitation.

### Introducción

**E**l médico que trata a un paciente con cardiopatía isquémica ha de convencerlo de que está en un buen momento para hacer "borrón y cuenta nueva". Que debe no sólo corregir en lo posible las lesiones ya existentes

### Summary

#### SECONDARY PREVENTION OF ISCHEMIC CARDIOPATHY

When first symptoms of ischemic cardiopathy come up, it is time for a "clear beginning", and for secondary prevention. Although pharmacological and non-pharmacological resources are available, its clinical application isn't as good as it can be. Secondary prevention is supported by changes in the lifestyle (quit smoking, balanced nutrition and regular workout), along with controlling risk factors and rational employ of therapeutic measures, will be of great help. Otherwise stated, patients should take aspirin, a statin, beta-blockers and angiotensin-converting enzyme inhibitors. If secondary prevention is in order, lets do it.

(borrón) sino también las circunstancias que le llevaron a enfermar (hacer cuenta nueva).

Está bien demostrada la eficacia de la prevención secundaria (PS) y disponemos de variados métodos para lograrla. Sin embargo no los empleamos de forma adecuada. En España los estu-



\* Profesor Titular de Cardiología de la Universidad de Sevilla. Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Virgen Macarena. Presidente Anterior de la Sociedad Española de Cardiología.

Correspondencia: José María Cruz Fernández, Avd República Argentina, 15, 5ª-A, 41011 Sevilla, España. Tf/Fax: 00 34 954 27 2642. E-mail: jmcruzfer@telefonica.net

dios PREVESE I (1,242 pacientes, año 1994) y PREVESE II (2,054 pacientes, en 1998) demostraron un uso inadecuado de estos recursos terapéuticos.<sup>1</sup> En el conjunto de Europa la situación es muy similar. En el EUROASPIR II (2001), el 21% de los pacientes seguía fumando después de haber sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM), el 31% no había corregido su obesidad y, el 50% de los hipertensos, el 58% de los hipercolesterinémicos y el 72% de los diabéticos, no estaban bien controlados.<sup>2</sup> Por lo tanto podemos mejorar mucho la PS simplemente haciendo lo que debemos, poner en práctica los métodos farmacológicos y no farmacológicos de demostrada eficacia, e investigar nuevas vías de prevención.

### Las bases de la prevención secundaria

La prevención secundaria se engloba actualmente dentro de la prevención cardiovascular en pacientes de alto riesgo. Se entiende como tales, no sólo aquellos que ya padecen cardiopatía isquémica (prevención secundaria en sentido estricto), sino también aquellos con síntomas de arteriosclerosis en otras localizaciones (periférica, cerebral) y los individuos asintomáticos diabéticos (TIPO II o I con microalbuminuria) o con factores de riesgo que les confieran una mortalidad o morbimortalidad elevadas ( $\geq 5\%$  y  $\geq 20\%$  respectivamente) por enfermedad cardiovascular (ECV) en los próximos 10 años. En las guías europeas<sup>3</sup> se incluye también a los que tendrán este riesgo cuando lleguen a los 60 años si no se corrigen.

Las armas con que contamos en PS son los cambios en el estilo de vida, el control de los factores de riesgo y el uso de otros medios terapéuticos específicos de probada eficacia.

### El estilo de vida

Está demostrado que las personas con niveles socioeconómicos más bajos, los que no pueden controlar un empleo monótono y sin relevancia, los que sufren situaciones familiares estresantes, los que viven solos o los que carecen de apoyos sociales, tienen mayor riesgo CV. El control de estos aspectos necesita con frecuencia la ayuda de personal especializado y, siempre, la comprensión y el estímulo por parte de su cardiólogo. Es esencial que logremos convencer al paciente de que debe dejar de fumar del todo y para siempre. Seguir fumando después de un IAM triplica

el riesgo de padecer un nuevo infarto en los próximos seis meses.<sup>4</sup> Se deben establecer planes específicos para el abandono del tabaco en cada paciente y controlarlos.

Una alimentación correcta ayuda a controlar el peso, la tensión arterial, el perfil lipídico, la glucemia y reduce la propensión a la trombosis. Debe ser variada y ajustada para mantener en cada paciente su peso ideal. Se debe estimular el consumo habitual de vegetales, frutas, cereales, pasta, pescado (especialmente el azul, rico en ácidos grasos  $\omega$ -3), la carne magra y el aceite de oliva. Los diabéticos, hiperlipémicos o hipertensos necesitan además recomendaciones específicas. Debemos lograr que nuestros pacientes realicen una actividad física adecuada. El ideal es un ejercicio que resulte agradable, durante al menos 30 minutos, cuatro veces por semana, que sitúe la frecuencia cardíaca entre el 60 y el 75% de la frecuencia cardíaca máxima teórica. La ergometría es de gran ayuda en la mayoría de los casos. Aunque la actividad física no alcance estos niveles, sigue siendo beneficiosa.

### Los factores de riesgo

La hiperlipemia, la hipertensión arterial, la diabetes y el síndrome metabólico deben ser investigados y controlados en su caso. Recaeremos sólo en los objetivos esenciales.

Se debe lograr y mantener un colesterol total inferior a 4.5 mmol/L (175 mg/dL), un LDLc inferior a 2.5 mmol/L (100 mg/dL) e, idealmente, un HDLc superior a 1.2 mmol/L (45 mg/dL). Los fármacos de elección, salvo casos concretos, son las estatinas, que añaden a su efecto hipolipemiante, otras acciones pleiotrópicas entre las que destacan su efecto antiinflamatorio, favorecedor de la función endotelial y antitrombótico. Estudios recientes como el HPS, han demostrado que las estatinas son útiles también en mujeres, en personas de edad avanzada, en diabéticos y en pacientes con niveles basales bajos de colesterol.<sup>5</sup> Puede haber diferencias clínicas entre las estatinas, como sugiere el estudio REVERSAL.<sup>6</sup> Se ha comunicado regresión de la arteriosclerosis coronaria en pacientes con SCA empleando la apoproteína A-1 Milano recombinante.<sup>7</sup>

La tensión arterial (TA) debe estar por debajo de 130/80 en la mayoría de los pacientes en PS, especialmente en los diabéticos. El tratamiento farmacológico se ha de individualizar.<sup>8</sup>

En los diabéticos y en el síndrome metabólico<sup>3</sup> se ha de lograr una glucemia basal en ayunas

inferior a 6 mmol/L (110 mg/dL) y una HbA1c = 6.1 mmol/L. El control del colesterol, y de la TA es aquí esencial.

### Otras medidas terapéuticas

Los inhibidores de la COX-1 deben emplearse en todos los casos salvo contraindicación. La aspirina (AAS) es la más ampliamente usada. El triflusal ha demostrado igual eficacia que la AAS con menos incidencia de hemorragias digestivas y cerebrales.<sup>9,10</sup> El clopidogrel, añadido a la AAS está indicado después de los síndromes coronarios agudos (SCA) y del intervencionismo coronario (ICP).<sup>11</sup> La warfarina (W) está indicada en los casos con alto riesgo tromboembólico, aunque el Ximelagatrán puede ser más eficaz y seguro.<sup>12</sup>

Los betabloqueantes (BB) están indicados después del IAM con o sin disfunción ventricular izquierda (DVI). Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) deben prescribirse en pacientes con DVI y/o insuficiencia cardíaca (IC). La terapia hormonal sustitutiva no está indicada para la reducción del RCV en PS. La vacuna antigripal en pacientes con SCA redujo su riesgo de muerte cardiovascular a la cuarta

parte y su morbimortalidad a la mitad en el estudio FLUVACS.<sup>13</sup> El uso de antibióticos anticlaudia después de los SCA sigue en debate después del resultado negativo del estudio WIZARD.<sup>14</sup>

A todo lo anterior se han de añadir la adopción de medidas terapéuticas concretas en cada caso en función de sus circunstancias personales, como pueda ser la necesidad de revascularización, de implantación de marcapasos y/o desfibriladores automáticos etc. materias que exceden los límites de este trabajo.

### Las unidades de rehabilitación y el voluntariado

Las unidades multidisciplinarias de rehabilitación son de gran utilidad y debemos fomentarlas.<sup>15</sup> Brindan una gran ayuda al paciente y a su familia para la vuelta a su actividad cotidiana, hacer ejercicio, cambiar sus hábitos de vida o controlar sus factores de riesgo. Las asociaciones de pacientes son muy eficaces.

Entre todos podemos evitar las recaídas de los pacientes que ya sufrieron las consecuencias de la CI y lograr su plena reinserción en la sociedad. Tenemos los medios. Hagámoslo.

## Referencias

1. VELASCO JA, COSÍN J, LOPEZ-SENDÓN JL, DE TERESA E, DE OYA M, SELLERS G: *Nuevos datos sobre la prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Resultados del estudio Prevese II*. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 801-809.
2. EUROASPIRE I and II Group: *Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries*. Lancet 2001; 357: 995-1001.
3. DE BACKER G, AMBROSIONI E, BORCH-JOHNSEN K, BROTONS C, CICOVA R, DALLONGEVILLE J: *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. Eur Heart J 2003; 24: 1601-1610.
4. SERRANO M, MADOZ E, EZPELETA I, SAN JULIÁN B, AMEZQUETA C, PEREZ MARCO JA: *Abandono del tabaco y riesgo de nuevo infarto en pacientes coronarios: estudio de casos y controles anidados*. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 445-451.
5. COLLINS R, ARMITAGE J, PARISH S, SLEIGH P, PETO R: Heart Protection Study Collaborative Group: *MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial*. Lancet 2003; 361: 2005-2016.
6. NISSEN S: REVERSAL Study. Presentado en Hot Line Sessions en el American Heart Association Scientific Sessions. Orlando 2003.
7. NISSEN SE, TSUNODA T, TUZCU EM, SCHOENHAGEN P, COOPER CJ, YASIN M: *Effect of recombinant ApoA-I Milano on coronary atherosclerosis in patients with acute coronary syndromes: a randomized controlled trial*. JAMA 2003; 290(17): 2292-300.
8. BERTOMEU V: *Guías sobre el tratamiento de la hipertensión arterial 2003: ¿aclaran o confunden?* Rev Esp Cardiol 2003; 56: 940-943.
9. CRUZ-FERNÁNDEZ JM, LOPEZ BESCOS L, GARCÍA-DORADO D, LOPEZ G-ARANDA V, CABADÉS A, MARTÍN JADRAQUE L: *Randomized comparative trial of triflusal and aspirin following acute myocardial infarction*. Eur Heart J 2000; 21: 457-465.
10. MATÍAS-GUTIÉRREZ J, FERRO JM, ALVAREZ-SABÍN J, TORRES F, JIMENEZ MD, LAGO A: *Comparison of triflusal and aspirin for prevention of vascular events in patients after cerebral infarction: The TACIP study: A randomized, double blind, multicenter trial*. Stroke 2003; 34: 840-848.
11. CRUZ-FERNÁNDEZ JM: *Evidencias clínicas con Clopidogrel en cardiología*. Rev Esp Cardiol Supl 2003; 3: 1A-22A.

12. OLSON SB: Excutive Steering Committee on behalf of the SPORTIF III investigators: *Stroke prevention with the oral direct thrombin inhibitor ximelagatran compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation (SPORTIF III): randomized controlled trial*. Lancet 2003; 362: 1691-1698.
13. LEÓN DE LA FUENTE R, GURFINKEL EP, TOLEDO D, MAUTNER B, por el grupo de Estudio FLUVACS: *Vacunación antigripal en pacientes con Síndromes Coronarios Agudos: Beneficio del tratamiento en diferentes subgrupos*. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 949-954.
14. PISLARU SV, VAN DE WERF F: *Antibiotic therapy for coronary artery disease. Can WIZARD change it all?* JAMA 2003; 290: 1515-1516.
15. PLAZA PEREZ I: *Estado actual de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca en España*. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 757-760.

