



¿QUÉ HAY DE NUEVO EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE POST-INFARTADO?

Dr. Antonio Fornos Garrigós
Coordinador del Grupo de Trabajo de
Cardiovascular de la SVMFIC
CAP Aldaia

INTRODUCCION

El papel de la terapia antiagregante en el manejo del paciente postinfartado esta bien establecido. El metanálisis "Antithrombotic Trialist Collaboration"¹ puso de manifiesto significativas e importantes reducciones en las tasas de nuevos reinfartos (18 menos por cada 1000 pacientes tratados), mortalidad vascular (14 menos/ por cada 1000 pacientes tratados) y en los ACVA no fatales (5 menos/por cada 1000 pacientes tratados). Otro metanálisis publicado en 2002² incluye ensayos clínicos publicados desde 1970, comparando dosis bajas de AAS (50325 mg/día) frente a placebo. Incluye 6 ensayos, con 6300 pacientes. Los resultados indican que por cada 1000 pacientes tratados con AAS en lugar de placebo en pacientes post-infartados evitaríamos 55 eventos vasculares mayores (incluyendo 27 reinfartos y 11 ACVA) y 15 muertes. A cambio de este beneficio provocaríamos 8 episodios hemorrágicos, de los que aproximadamente la mitad podrían ser severos.

¿ANTIAGREGANTES, ANTICOAGULANTES O AMBOS?

El ensayo de Hurlen³ incluía 3600 pacientes que habían sufrido un IAM y que fueron randomizados a recibir uno de los siguientes tratamientos: Warfarina (objetivo INR 2,8-4,2), AAS 160 mg/día o AAS 75 mg/día más warfarina (objetivo INR 2,0-2,59). La variable principal del estudio fue la compuesta de muerte más IAM no fatal + ACVA no fatal. Se produjo un número significativamente más bajo de eventos en el grupo tratado con warfarina más AAS frente al grupo tratado solo con AAS (RR 0,8 CI 95% 0,6-0,9). También fue más bajo que en el grupo tratado con warfarina solo aunque no alcanzó significación estadística. El NNT si tratamos con warfarina más AAS en lugar de AAS a cuatro años para evitar una muerte, reinfarto o ACVA es de 20. Estos buenos resultados se ven empañados por la alta tasa de abandonos en los grupos tratados con warfarina, que

doblan a los del grupo tratado únicamente con AAS (480 en el grupo de warfarina + AAS, 387 en el grupo de warfarina y 187 en el tratado con AAS). Los abandonos se produjeron fundamentalmente por cuadros hemorrágicos y por deseo de los pacientes de no continuar el tratamiento.

BETABLOQUEANTES

Pocas novedades en cuanto al empleo de B-bloqueantes en estos pacientes. El meta-análisis de Freemantle⁴ demuestra reducciones del riesgo de mortalidad del 23 %, con un NNt de 42 a dos años para evitar una muerte. Estos beneficios se extienden a todos los pacientes independientemente de su nivel de riesgo y del tratamiento concomitante. Los b-bloqueantes con ISA carecen de este efecto beneficioso. Por último, reseñar que dos revisiones Cochrane^{5,6}, ponen de manifiesto la seguridad del empleo de b-bloqueantes en pacientes EPOC.

ESTATINAS

Algo similar ocurre con el empleo de estatinas en pacientes post-infartados, con reducciones del riesgo de mortalidad global, muerte cardiovascular y mortalidad coronaria del 23, 27 y 29 % respectivamente. Este beneficio es independiente de la presencia de otros factores de riesgo cardio-vascular, del sexo y edad del paciente y de la presencia de otras enfermedades como la diabetes mellitus.

IECA

Las evidencias sobre el empleo de IECA en estos pacientes provienen del meta-análisis de Flather⁶ donde se demuestran reducciones del riesgo de mortalidad de 26 %, de IAM recurrente no fatal del 20 % y de reingreso por ICC del 27 %. Sin embargo, estos estudios se llevaron a cabo en pacientes con FEV inferiores al 40 %, lo que no permitía generalizar sus resultados a pacientes post-infartados de bajo riesgo. El análisis de un subgrupo de pacientes del estudio HOPE⁸, personas que habían sufrido un IAM y tenían una FEV superior al 40 %, demostró una disminución de la tasa de eventos cardiovasculares mayores con el empleo de ramipril (RR = 0,73 CI 95 % 0,63-0,84). El estudio EUROPA⁹ se llevó a cabo en pacientes con cardiopatía isquémica estable y sin insuficiencia cardiaca aparente. Se randomizaron 13655 personas a recibir perindopril 8 mg/día o placebo. El periodo medio de seguimiento fue de 4,2 años y la variable principal la compuesta por muerte



cardiovascular, IAM no fatal y parada cardio-respiratoria recuperada. El grupo tratado experimentó una reducción relativa del riesgo de presentar la variable principal del 20% (CI 95% 9-29), con una NNT a 4 años de 50 para evitar un evento cardiovascular mayor. Estas nuevas evidencias nos permiten recomendar el empleo de IECA en todos los pacientes que han sufrido un IAM.

BIBLIOGRAFIA

1. Antithrombotic Trialist Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324:71-86.
2. Weisman SM, Graham DY. Evaluation of the benefits and risks of low-dose aspirin in the secondary prevention of cardiovascular and cerebrovascular events. *Archives of internal Medicine* 2002; 162:2197-2202.
3. M Huelen et al. Warfarin, aspirin or both after myocardial infarction. *NEJM* 2002; 347:969-974.
4. Freemantle et al. B-Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ* 1999 318; 1730-7.
5. Salpeter SS et al. Cardioselective beta-blockers for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2003.
6. Salpeter SS et al. Cardioselective beta-blockers for reversible airways disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, 2003.
7. Flather MD et al. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with hearth failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data for individual patients. *Lancet* 2000, 6; 355: 1575-81.
8. The HOPE study. *NEJM* 2000; 342: 145-153.
9. Efficacy of peridopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet on line*. Septiembre 2003.

TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Dr. Enrique Mascarós Balaguer
Dr. Javier González Aliaga
Grupo de Trabajo de Respiratorio de la SVMFIC
CAP Font de Sant Lluís, Valencia

PROTOCOLO GENERAL DEL TRATAMIENTO DE LA EPOC

INTRODUCCION

Para la realización de esta actualización se han revisado los siguientes documentos y/o guías de práctica clínica:

- ▶ Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD) 2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute NIH Publication No. 2701B 2001.

Disponible en internet:

<http://www.goldcopd.com/side.html>

- ▶ New Zealand Guidelines Group. Guidelines to Best Practice for Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2000). Disponible en:

http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/copd/index.cfm. Retrieved 28 May 2002

- ▶ Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. J.A. Barberà, G. Peces-Barba, A.G.N. Agustí, J.L. Izquierdo, E. Monsó, T. Montemayor y J.L. Viejo. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol* 2001; 37:297-316.
- ▶ British Thoracic Society guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. The COPD Guidelines Group of the Standards of Care Committee of the BTS. *Thorax*. 1997 Dec; 52 Suppl 5:S1-28.
- ▶ Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. J.L. Álvarez-Sala, E. Cimas, J.F. Masa, M. Miravittles, J.