

## La búsqueda de la mejor información para nuestro paciente... y para nosotros. Tratamiento de un paciente tras el alta por infarto de miocardio

N. Ramón Bou<sup>a</sup> y V. Ruíz García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Pública (CSP) de Alzira. <sup>b</sup>Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD). Hospital La Fe de Valencia. La Fe.

Tu eres un médico generalista que trabaja en un medio rural. Durante la consulta programada acude Juan de 57 años, para enseñarte el informe de alta hospitalaria tras un ingreso por infarto de miocardio. Juan es biólogo y trabaja como representante de productos farmacéuticos. Te refiere la falta de antecedentes personales o familiares de eventos cardiovasculares y de enfermedades metabólicas como la diabetes. En las últimas revisiones por su médico de empresa, le habían recomendado iniciar un tratamiento con fármacos que le hacían orinar más de lo habitual, al tener tensiones arteriales de forma repetida alrededor de 160/100 mmHg. Debido a su trabajo cara al público no siempre tomaba la medicación. No tiene sobrepeso y por su carácter compulsivo, el enfermo cree difícil dejar de fumar, declarándolo abiertamente en la primera visita. Al revisar analíticas previas observas que sus cifras de colesterol habituales están alrededor de 220 mg/dl, el LDL sobre 115 mg/dl y el HDL en torno a 30 mg/dl. Los triglicéridos están alrededor de 150 mg/dl. El único consejo por parte de su médico de empresa, hasta el momento había sido dietético. En el informe del alta hospitalaria el especialista le pauta un tratamiento combinado con atorvastatina, clopidogrel y un betabloqueante. Juan es una persona interesada en la divulgación científica y quiere conocer la efectividad clínica de los dos primeros fármacos tan caros y sobre todo, si es posible algún tratamiento alternativo. Desconoces en cuánto mejora la atorvastatina o el clopidogrel el riesgo de muerte, reinfarto o accidente vascular cerebral. Como tiene que volver a recoger el parte de baja, decides proporcionarle una información exhaustiva en la próxima visita.

Consultas en PubMed con los siguientes descriptores: *hyperlipidemia* [MESH] AND *Myocardial Infarction* [MESH] y añades como filtro *Practice Guideline*. Rescatas la guía clínica de consenso de la Sociedad Americana de Cardiología<sup>1</sup> para prevenir nuevos eventos cardiovasculares en pacientes con enfermedad cardiovascular previa. Como trabajas en la “comunidad autónoma de Felicidad”, no sólo puedes acceder a la referencia, sino que tienes acceso al texto completo del artículo a través de un servidor. Rescatas el referido artículo y lees que las recomendaciones generales sobre la prevención de un segundo evento incluyen: eliminar el tabaquismo (que ya conocías) aunque la guía hace énfasis en el uso de bupropion o suministros de reemplazo de nicotina si es preciso, en la actividad física, el manejo de la hipertensión y en el tratamiento de la hiperlipidemia. Con respecto al problema de los lípidos, para las determinaciones de LDL en las que se mueve el enfermo, la guía recomienda establecer tratamiento con estatinas o resinas si los triglicéridos no superan los 200 mg/dl.

Las estatinas han demostrado disminuir la mortalidad general en estudios como el 4S<sup>2</sup>, el LIPID<sup>3</sup> y el CARE<sup>4</sup>, estudios siempre contra placebo. Buscas información adicional sobre las resinas en PubMed. Utilizas los descriptores *cholestyramine* y *mortality*. Localizas dos ensayos clínicos que hacen referencia al mismo estudio<sup>5,6</sup>. Cruzando con el descriptor MESH *morbidity* recuperas un ensayo clínico que es el seguimiento a 6 años del mismo estudio<sup>6</sup>. En éste se observaba la disminución de los niveles de colesterol en población sin enfermedad coronaria previa. Sin embargo, no se observó reducción de eventos cardiovasculares de forma significativa en esta población durante el estudio ni después de 6 años de seguimiento tabla 1.

Durante la búsqueda no has podido encontrar trabajos que comparen los nuevos fármacos con los conocidos, frente a placebo para variables “duras” de morbimortalidad, lo que facilitaría la elección de uno de ellos. Revisando PubMed encuentras que la atorvastatina se ha probado en otro ensayo clínico<sup>7</sup> para ver si su uso de forma precoz

Correspondencia: Dra. N. Ramón Bou.  
Centro de Salud Pública de Alzira.  
Médico de Familia.  
C/Paz, s/n.  
46600 Alzira (Valencia).  
Correo electrónico: nievesramon@terra.es

**Tabla 1. NNT de los distintos eventos cardiovasculares**

	Mortalidad general	Mortalidad cardiovascular	Enfermedad coronaria
Estatinas <sup>8</sup>	33 (28 - 42)		14(13-36)
Resinas <sup>6</sup>	No significativo	No significativo	
Clopidogrel <sup>9</sup>	No significativo	No significativo	No significativo
Betabloqueantes <sup>12</sup>	84 ( IC no descrito)		107(IC no descrito)

tras un infarto agudo de miocardio (IMA) reduce un resultado combinado que incluía mortalidad, IAM no fatal, la parada cardíaca o isquemia coronaria recurrente que precisara hospitalización. No se vieron diferencias en estos enfermos y sólo se apreció una disminución del riesgo aislado de isquemia sintomática que precisó rehospitalización. Calculas el número de enfermos que se necesitan para evitar un evento adicional (NNT) que es de 46 (25-258). Llegado el momento, decides explicarle a Juan la información de la que dispones y le comentas que, aunque a corto plazo no se encontró este efecto protector de las estatinas<sup>7</sup>, la reducción de los eventos a largo plazo justificaba su uso<sup>8</sup>.

La referencia al clopidogrel en la guía americana<sup>1</sup> lo señala como segundo escalón terapéutico tras la aspirina a dosis bajas. Su efectividad clínica a la hora de prevenir eventos cardiovasculares combinados es discreta al compararla con la aspirina, como quedó demostrada en el estudio CAPRIE<sup>9</sup>: NNT para prevenir accidente vascular cerebral o IAM, o muerte de origen vascular de 198 (102-4.188). Además fueron analizadas por separado las variables como mortalidad, reinfarcto, etc., y ninguna fue significativa. Al comprobar la necesidad de llegar a tener que tratar a tantos enfermos te planteas la efectividad clínica de este tratamiento.

Por último, la referencia a los betabloqueantes de la guía, es de dos ensayos del 93 y del 81<sup>10,11</sup> y esto te mueve a volver a buscar alguna revisión sistemática sobre este punto. Usas PubMed de nuevo y buscas con el tesoro los términos *Adrenergic Antagonists* [MESH] AND *Myocardial Infarction* [MESH]. Añades el limitador metaanálisis. Rescata 13 artículos de los cuales uno es una revisión sistemática con metaanálisis de los efectos sobre la mortalidad de los pacientes sometidos a betabloqueantes que sufrieron un infarto<sup>12</sup>. Es de una revista familiar, que además siempre está a texto completo. En ella no se aprecia la disminución de mortalidad precoz tras un infarto a las 6 semanas, pero sí a largo plazo a partir de este tiempo (tabla 1). Te sorprendes de que una revisión sistemática sobre efectividad de un apartado del tratamiento para estos enfermos no aparezca en una guía de práctica clínica, pero recuerdas haber oído que muchas guías no están hechas a partir de búsquedas explícitas de evidencia sino desde las recomendaciones de las respectivas sociedades. Te propones a partir de ahora revisar con más cautela las diferentes guías de práctica clínica que caigan en tus manos.

Resolución del escenario. Animas a tu paciente a dejar el tabaco, a realizar ejercicio físico aeróbico de forma regular en forma de paseos diarios e insistes en la necesidad

de seguir tratamiento con estatinas, y betabloqueantes. Te ahorras el gasto adicional del clopidogrel como recomienda la guía y conoces a través del CAPRIE<sup>9</sup>, cambiándole el tratamiento por aspirina a dosis bajas. Por último decides que también vale la pena hacer una lectura crítica de las guías de práctica clínica, aunque sean americanas.

### Agradecimientos

Al Dr. Luis Almenar, cardiólogo del hospital La Fe de Valencia por la revisión de este original.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Smith SC Jr, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Cerqueira MD, Dracup K, et al. AHA/ACC Guidelines for Preventing Heart Attack and Death in Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease: 2001 update. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:1581-3.
2. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994;344:1383-9.
3. 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;339:1349-57.
4. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, Rouleau JL, Rutherford JD, Cole TG, et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med* 1996;335:1001-9.
5. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. *JAMA* 1984;251:365-74.
6. The Lipid Research Clinics Investigators. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial. Results of 6 years of post-trial follow-up. *Arch Intern Med* 1992;152:1399-410.
7. Schwartz GG, Olsson AG, Ezekowitz MD, Ganz P, Oliver MF, Waters D, et al. Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol Lowering (MIRACL) Study Investigators. Effects of atorvastatin on early recurrent ischemic events in acute coronary syndromes: the MIRACL study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;285:1711-8.
8. Hebert PR, Gaziano JM, Chan KS, Hennekens CH. Cholesterol lowering with statin drugs, risk of stroke, and total mortality. *JAMA* 1997;278:313-21.
9. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996;348:1329-39.
10. Viscoli CM, Horwitz RJ, Singer BH. Beta-blockers after myocardial infarction: influence of first-year clinical course on long-term effectiveness. *Ann Intern Med* 1993;118:99-105.
11. Timolol-induced reduction in mortality and reinfarction in patients surviving acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1981;304:801-7.
12. Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. Beta Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ* 1999;26:1730-7.