

Intervención en coronariopatía oclusiva

Los individuos que presentan una coronariopatía oclusiva (CPO) previa, como intervención coronaria percutánea (ICP) con o sin stent, o infarto de miocardio, experimentan un incremento del riesgo de sufrir un nuevo episodio que provoque su muerte. Para reducir este factor, diversas comunidades científicas nacionales han redactado una serie de recomendaciones para el manejo del paciente que pretenden contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad.^{1,2}

La vigilancia adecuada de este tipo de paciente pasa inexorablemente por el control simultáneo de todos los factores de riesgo que presente, haciendo un énfasis especial en los relacionados con el colesterol y sus fracciones, la hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y sedentarismo (tabla 1).

Introducción

Los pacientes que han experimentado un episodio coronario oclusivo no siguen las recomendaciones al pie de la letra. El propio paciente, su médico y el sistema de salud no propician adecuadamente un control total de los factores que hacen que el riesgo de un segundo episodio, y por lo tanto de muerte, sea mayor en estos pacientes. Los autores, 3 farmacéuticos del Kaiser Permanente Colorado, han llevado a

cabo un programa intensivo de cuidado cardíaco para pacientes que presenten una CPO.

El programa se inicia con una intervención mediante personal de enfermería, durante 3-6 meses para producir cambios en el comportamiento, como cesación tabáquica, una dieta adecuada, establecimiento de ejercicio y el inicio de la terapia farmacológica. En una fase más avanzada, el tratamiento farmacológico del paciente a largo plazo correrá a cargo del farmacéutico.

Gran parte de la intervención es telefónica, aunque la frecuencia de los contactos con el paciente (1-6 veces al año) depende del control que se haya alcanzado en los valores de presión arterial, lípidos y diabetes.

El programa, que se centra en diversas actuaciones (tabla 2), ha conseguido que el 94,3% de los pacientes se someta a controles de colesterol, que un 90,3% haya reducido estos niveles a menos de 100 mg/dl de colesterol LDL, que un 97% se trate con aspirina u otro antiagregante, o que todos hayan recibido un bloqueador beta en los 7 días posteriores al infarto.

Para llevar a cabo el estudio, los pacientes se dividieron en cuatro cohortes. En la primera no hubo ninguna exposición al programa, ya que se utilizó como control. La cohorte II sí se expuso al programa con rapidez, menos de 90 días tras el episodio. La cohorte III se inició tardíamente, más de 90 días tras el episodio. Finalmente, la cohorte IV se expuso a una intensidad y duración variables o no continuas, permaneciendo en el programa de forma intermitente.

Tabla 1. Objetivos en prevención secundaria (Sociedad Española de Cardiología)

Factor de riesgo	Objetivo
Colesterol (mg/dl)	< 200
Colesterol LDL (mg/dl)	< 100
Triglicéridos (mg/dl)	< 200
Presión arterial (mmHg)	< 140/90
Tabaquismo	Ausencia
Glucemia (mg/dl)	< 125
IMC (kg/m ²)	< 25
Sedentarismo	≥ 3 veces semanales de ejercicio

Tabla 2. Actividades clínicas realizadas en el programa de intervención intensificada (Kaiser Permanente Colorado)

Educación sobre dieta, ejercicio, cesación tabáquica y fármacos
Valoración de hipotiroidismo, diabetes y disfunción renal
Análítica de parámetros relacionados con hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia
Inicio y titulación de fármacos hipolipemiantes, antiagregantes plaquetarios, bloqueadores beta e IECA
Consejo sobre mantenimiento de la adherencia a un estilo de vida saludable y a la farmacoterapia
Control de la terapia para hipertensión arterial

Análisis del estudio

El presente estudio demuestra la mejoría de la salud de los pacientes cuando se produce una intervención planificada y ejecutada adecuadamente: la disminución de la mortalidad por cualquier causa así lo manifiesta. El efecto es mayor cuando la intervención se inicia pronto (riesgo relativo [RR] = 0,11; intervalo de confianza [IC] = 95: 0,08-0,14) que cuando ello se efectúa de forma tardía (RR = 0,35; IC del 95: 0,29-0,44), y ambos muestran mejores resultados que cuando la administración es intermitente (RR = 0,54; IC del 95: 0,41-0,70). Se observan resultados análogos en el análisis de la mortalidad por causa coronaria.

Un aspecto que deberá estudiarse con posterioridad es el que se refiere a la responsabilidad de los diferentes componentes de la intervención en el resultado obtenido finalmente. Los datos acerca de los valores de los diferentes factores de riesgo no fueron extraídos, por lo que no es posible identificar los que repercutieron de forma más productiva.

Otro factor que hubiera aumentado la validez del estudio es que hubiese sido aleatorizado y no retrospectivo. Además, el protocolo de intervención ha variado a lo largo del gran período de seguimiento dado que las recomendaciones han evolucionado, por lo que los pacientes no son totalmente comparables. Del mismo modo, la falta de antecedentes importantes en los pacientes incluidos en los primeros años, como presencia de factores mayores de riesgo cardiovascular, resta validez al programa.

A pesar de todo lo expuesto, se observa que una intervención bien planificada, adecuadamente protocolizada y perfectamente ejecutada contribuye a la mejora de los resultados en la salud del paciente. No olvidemos que el único objetivo de cualquier profesional de la salud debe ser el de mejora de dichos resultados mediante intervenciones adecuadas.

Conclusiones

El estudio sugiere que la implementación precoz, intensiva y continua de una intervención de prevención secundaria, con un estrecho seguimiento de los pacientes, se asocia a una reducción de la mortalidad. Otros trabajos deberán poner en evidencia que esta intervención debería ser una práctica habitual en los pacientes con CPO. ■

Bibliografía

1. Velasco J, Cosín J, Maroto J, Muñiz J, Casanovas J, Plaza I et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*. 1000; 53:1095-120.
2. Villar F, Maiques A, Brotons C, Torcal J, Ortega R, Vilaseca J et al editores. *Guía de prevención Cardiovascular en Atención Primaria*. Barcelona: SemFYC, 2004.
3. Merenich J, Olson K, Delate T, Rasmussen J, Helling D, Ward D et al. Mortality reduction benefits of a comprehensive cardiac care program for patients with occlusive coronary disease. *Pharmacotherapy*. 2007;27:1370-8.

Tabla 3. Ficha del estudio

Pregunta de investigación	¿Puede reducirse la tasa de mortalidad global mediante una intervención rápida, intensa y constante en pacientes con coronariopatía oclusiva?
Hipótesis	Un programa de intensificación en prevención secundaria tiene beneficios sobre la mortalidad
Objetivo general	Determinar el efecto sobre la mortalidad por cualquier causa de un rápido y mantenido manejo intensificado
Objetivos específicos	Determinar el efecto sobre la mortalidad coronaria
Tipo de estudio	Retrospectivo, longitudinal
Muestra	4.896 pacientes
Criterios de inclusión	Diagnóstico de coronariopatía oclusiva
Criterios de exclusión	Edad superior a 80 años, muerte en los 30 días posteriores al episodio, exposición previa a otro programa de intervención
Tiempo de seguimiento	Hasta 8,5 años
Intervención	3-6 meses en programa de rehabilitación cardíaca, centrado en intervenciones sobre el comportamiento, seguido de manejo a largo plazo del tratamiento farmacológico
Variables dependientes	Mortalidad por cualquier causa, mortalidad por causa coronaria, tiempo hasta muerte por cualquier causa o causa coronaria
Variables universales	Edad, sexo
Variables complementarias	Índice del episodio, año de inicio
Resultados (% en cohortes I, II, III, IV)	Muerte (cualquier causa): 46,9; 4,7; 8,6; 16,4 RR ajustado: 1,0; 0,11; 0,35; 0,54 Muerte coronaria: 29,4; 3,0; 5,9; 11,4 RR ajustado: 1,0; 0,12; 0,40; 0,58

Cohorte I: no exposición al programa; cohorte II: incorporación rápida al programa; cohorte III: incorporación retrasada; cohorte IV: incorporación intermitente.

ÁNGEL SANZ GRANDA

CONSULTOR CIENTIFICO (ASANZGRANDA@JAZZFEE.COM).