

Prevención secundaria y rehabilitación en el paciente tratado con ICP.

Objetivos concretos terapéuticos y de
prevención.

Tratamiento médico óptimo

- La **revascularización** miocárdica, sea percutánea o quirúrgica, se ocupa de **corregir la obstrucción arterial**, no la causa que ha llevado a ello.
- Varios estudios muestran que la recurrencia de angina después de la revascularización viene causada básicamente por la **progresión de la enfermedad coronaria en las arterias nativas**, más que la restenosis o disfunción de injertos.
- Por ello, prevención secundaria en estos pacientes viene a ser una pieza clave.

Tratamiento médico óptimo

- Beta-bloqueantes
- IECAs o ARA II
- Estatinas

Tratamiento médico óptimo

Beta-bloqueantes en SCA

- En aquellos pacientes sin contraindicaciones absolutas se recomienda el **uso precoz de BB, preferiblemente cardioselectivos** sin actividad simpaticomimética intrínseca siendo la **dosis** a emplear **individualizada** en cada paciente, de forma que bloquee la taquicardización con ejercicio o por estrés sin provocar efectos adversos.

Tratamiento médico óptimo

Beta-bloqueantes en SCA

- En aquellos pacientes sin contraindicaciones absolutas se recomienda el **uso precoz de BB, preferiblemente cardioselectivos** sin actividad simpaticomimética intrínseca siendo la **dosis** a emplear **individualizada** en cada paciente, de forma que bloquee la taquicardización con ejercicio o por estrés sin provocar efectos adversos.
- En pacientes **post-infartados con disfunción sistólica** del ventrículo izquierdo el tratamiento con BB reduce la mortalidad cardiovascular y el riesgo de desarrollar una insuficiencia cardiaca. En estos pacientes, la asociación de **carvedilol** a los **IECAs** reduce la mortalidad por todas las causas, también la cardiovascular por IAM no fatal y la combinación de mortalidad global y IAM no fatal.

Tratamiento médico óptimo

Beta-bloqueantes en SCA

- En aquellos pacientes sin contraindicaciones absolutas se recomienda el **uso precoz de BB, preferiblemente cardioselectivos** sin actividad simpaticomimética intrínseca siendo la **dosis** a emplear **individualizada** en cada paciente, de forma que bloquee la taquicardización con ejercicio o por estrés sin provocar efectos adversos.
- En pacientes **post-infartados con disfunción sistólica** del ventrículo izquierdo el tratamiento con BB reduce la mortalidad cardiovascular y el riesgo de desarrollar una insuficiencia cardiaca. En estos pacientes, la asociación de **carvedilol** a los **IECAs** reduce la mortalidad por todas las causas, también la cardiovascular por IAM no fatal y la combinación de mortalidad global y IAM no fatal.
- **Todas las personas que han sufrido un infarto deben recibir tratamiento con BB a menos que existan contraindicaciones.**
- **Los betabloqueantes son los fármacos de elección en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) en el paciente con cardiopatía isquémica.**

Tratamiento médico óptimo IECAs y ARA II

- En pacientes tras un **síndrome coronario** con diversos grados de disfunción ventricular el tratamiento con IECAs disminuye la mortalidad en un 26%.
- En pacientes con **cardiopatía isquémica estable** con o sin síntomas o signos de insuficiencia cardiaca o disfunción ventricular, el empleo de IECAs disminuye la mortalidad total un 14 %.

Tratamiento médico óptimo IECAs y ARA II

- **Todos los pacientes que han sufrido un SCA independientemente del estado de su función ventricular izquierda, deben recibir tratamiento con un IECA.**
- En pacientes con intolerancia o en los que están contraindicados los IECAs, los ARA II constituyen una alternativa eficaz y segura a estos.
- En prevención secundaria, los beneficios de los IECAs son aditivos a los de los BB.
- El doble bloqueo del eje renina-angiotensina **no** ha demostrado mejores resultados clínicos que los IECAs solos, y se asocia con una mayor tasa de efectos secundarios, especialmente si además el tratamiento incluye un betabloqueante.

Tratamiento médico óptimo

ESTATINAS

- En pacientes que han sufrido un IAM el empleo de estatinas **reduce de forma significativa la mortalidad global, la mortalidad coronaria, y los eventos coronarios.**
- La terapia intensiva con estatinas en pacientes que han sufrido un SCA reciente reduce de forma significativa la mortalidad global.

Tratamiento médico óptimo

ESTATINAS

- Todas las personas que han sufrido un infarto deben recibir tratamiento con estatinas a menos que existan contraindicaciones.
- El objetivo en pacientes que han sufrido un IAM debe ser alcanzar **niveles de C-LDL por debajo de los 100 mg/dl.**
- Reducciones de C-LDL por debajo de los 70 mg/dl pueden ser razonables.

Tratamiento médico óptimo

ESTATINAS

- Siguiendo las recomendaciones de la guía ACC/AHA:
 - > • Niveles basales de C-LDL > 100 mg/dl, iniciar tratamiento con estatinas.
 - > • Niveles basales de C-LDL entre 70 y 100 mg/dl, tratar con el objetivo de C-LDL < 70 mg/dl.
 - > • Si con tratamiento persisten cifras de C-LDL > 100 mg/dl, intensificar tratamiento hipolipemiante (puede requerir tratamiento combinado).

Control y seguimiento de FRCV

- ⦿ HTA
- ⦿ Tabaquismo
- ⦿ DM
- ⦿ Obesidad
- ⦿ Sedentarismo

Control y seguimiento de FRCV HTA

- Actualmente los estudios, evidencian que en nuestro país, más de **la mitad** de los pacientes con cardiopatía coronaria presenta HTA.
- El grado de control de este factor de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica, está muy lejos de alcanzar niveles óptimos de control de la TA.

Control y seguimiento de FRCV HTA

- En general la recomendación de la mayoría de los consensos es alcanzar cifras de PA **inferiores a 140 mmHg de PA sistólica y 90 de PA diastólica** y los comités de expertos recomiendan alcanzar **niveles inferiores de 130 mmHg de sistólica y 80 de diastólica en caso de diabetes o enfermedad renal**.
- Se ha detectado un aumento de los eventos cardiovasculares asociados PA bajas, lo que se conoce **como curva en "J" de morbimortalidad relacionada con las cifras de PA**. No se ha podido establecer cuál es el nivel inferior de PA óptimo.

Control y seguimiento de FRCV HTA

- Los **betabloqueantes** son los fármacos de primera elección en el tratamiento de la HTA en la cardiopatía isquémica. Además, todos los pacientes que han sufrido un episodio coronario deben ser tratados con **IECAS** de forma progresiva desde el inicio, presenten o no disfunción ventricular asociada a betabloqueantes. En caso de intolerancia los **ARA-II**, son una alternativa eficaz y segura.
- Utilizar **verapamilo** o **diltiazem** en la cardiopatía crónica estable cuando hay contraindicación de los betabloqueantes. Los calcionatagonistas de vida media larga o de formulación retardada se recomiendan asociados a IECA o betabloqueantes cuando no se consigue el control de las cifras de PA.

Control y seguimiento de FRCV

Tabaquismo

- ◉ Los pacientes que han sufrido un evento cardiaco deben abandonar el hábito tabáquico.
- ◉ **Debe darse consejo antitabaco a todo paciente con CI.**

Control y seguimiento de FRCV

Tabaquismo

- Si el paciente es incapaz de dejar de fumar, se le ofrecerá **apoyo farmacológico**, siempre que no haya contraindicaciones y dentro de un programa de intervención global de abandono del tabaco.
- La **terapia sustitutiva con nicotina** puede ser recomendada en los fumadores importantes (más de 15 cigarros/día) con CI estable como estrategia para dejar de fumar.
- No se dispone de estudios de seguridad sobre la utilización de **bupropion** en paciente postinfarto, sin embargo no aparece como contraindicación.

Control y seguimiento de FRCV DM

- En pacientes con ECV previa el objetivo de control de la DM debe ser una **HbA1C < 7%**
- Los pacientes con diabetes que han recibido **terapia intensiva con insulina tras un IAM** en el hospital, deben continuar con terapia intensiva a medio plazo (al menos 3 meses).
- En pacientes con ECV la utilización de **rosiglitazona** está **contraindicada**, debiéndose utilizar con precaución la pioglitazona

Control y seguimiento de FRCV

Obesidad

- Obesidad central de predominio abdominal comporta un mayor riesgo cardiovascular que la obesidad periférica
- El perímetro de la cintura (ATPIII (Adult treatment panel III): **102 cm en varones y 88 cm en mujeres**; IDF (International Diabetes Federation): 94 cm en varones y 80 cm en mujeres) es un mejor indicador de la grasa visceral y de sus cambios con la pérdida de peso, así como del riesgo cardiovascular que la relación cintura/cadera.

Control y seguimiento de FRCV

Obesidad

- Dada la influencia de la obesidad sobre el resto de factores de riesgo, el consejo dietético, aunque de efecto moderado, por su carácter multifactorial puede tener una repercusión importante sobre el riesgo cardiovascular global.
- **OBJETIVO: Mantener un balance energético, indicado por un IMC < 25 y > 18.5 .**
- El consejo dietético es una parte esencial en la prevención secundaria de la CI.

Control y seguimiento de FRCV

Obesidad

- Los **cambios dietéticos** se basarán en:
 - > Una reducción en la **ingesta de grasas al 30% o menos** del total de energía ingerida.
 - > Los pacientes que toman grasas <15% del total de energía ingerida y que aumentan la toma de carbohidratos deben ser controlados por posibles aumentos en triglicéridos y reducciones en la HDL colesterol.
 - > Reducción de la ingesta de ácidos grasos saturados a no más del tercio del total de la ingesta de grasas (<7% de calorías).
 - > Ingesta de **colesterol menor de 300mg/día**.
 - > **Aumento de la ingesta de ácidos grasos mono y poliinsaturados.**
 - > **Aumento en la ingesta de fibra:** frutas , verduras y alimentos integrales (grano entero).
 - > Comer **pescado azul** al menos dos veces por semana.
 - > Restricción calórica por debajo de las necesidades de mantenimiento.
 - > **Restricción de alcohol** sobre todo en hipertensos.
 - > Abandono del tabaco.
 - > Limitar el **consumo de sal** <6g/d.-1 kg. por semana.
- Se considera aceptable hasta conseguir el objetivo propuesto, la reducción de **0,5-1 kg. por semana**.

Control y seguimiento de FRCV

Ejercicio físico

- Se recomiendan **ejercicios aeróbicos: paseos, bicicleta y jogging**
- Antes de iniciar los ejercicios es conveniente efectuar **estiramientos**, así como un **"enfriamiento"** de diez minutos al finalizar los ejercicios.
- Actividad ajustada a la situación clínica y cuadro clínico del paciente. Lo ideal, tener valorada capacidad funcional en la prueba de esfuerzo. **Debe evitarse la realización de ejercicio en pacientes que presenten una angina de pecho inestable, insuficiencia cardíaca y pseudoaneurisma ventricular.**

Control y seguimiento de FRCV

Ejercicio físico

- Prevención primaria: Se aconseja que los individuos adultos realicen **al menos 30 min** o más de actividad física de intensidad moderada, preferiblemente todos los días de la semana como medida preventiva de la EC.
- **Prevención secundaria:** Actividades de una intensidad equivalente a
 - > 1.400 kcal/semana -mejoría en la capacidad cardiorrespiratoria.
 - > 1.500 kcal/semana - detienen la progresión de las lesiones ateroscleróticas coronarias,
 - > 2.200 kcal/semana equivalente a 5 a 6 h/semana de ejercicio físico regular- regresión de las lesiones coronarias
- Debe reseñarse que los pacientes con cardiopatía isquémica deben olvidarse de competir, debiendo practicar un deporte saludable.

Reincorporación laboral

- *Para valorar la reincorporación laboral es imprescindible conocer la **situación cardiológica** del individuo, la **capacidad física**, el **puesto de trabajo** que ocupa y las **condiciones** en las que lo realiza.*
- La mayoría de los pacientes de bajo y medio riesgo pueden reincorporarse a las 10 semanas del infarto. Alto riesgo- evaluación específica.
- **Periodos recomendados:**
 - > **Post angioplastia- stent: 3-4 semanas**
 - > **Post cirugía coronaria: 3-4 meses**
 - > **Post-trasplante cardiaco: 6-12 meses.**
- Se recomienda **turnos fijos diurnos** para evitar los problemas derivados de los cambios de ritmo circadiano.

*Manejo a largo plazo de los
pacientes portadores de stent
con doble antiagregación*