Guías NICE sobre el uso de clopidogrel para el síndrome coronario agudo.

NICE ha elaborado unas guías para el uso de clopidogrel para el tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Recomiendan que debe usarse clopidogrel junto con dosis bajas de aspirina en personas con SCASEST que tienen un riesgo de moderado a alto de ataque cardiaco o muerte.

Concluye que clopidogrel en combinación con dosis bajas de aspirina, sigue siendo una opción de tratamiento clínica y coste-efectiva hasta 12 meses después de un episodio de síndrome coronario agudo. Sin embargo, observan que existe una clara necesidad de establecer si clopidogrel ofrece beneficios más allá de los 12 meses y recomiendan que se realice un estudio que compare el efecto de interrumpir el tratamiento con clopidogrel a los pocos meses de un acontecimiento agudo con una estrategia de continuar el tratamiento a largo plazo.

Guía NICE

Posicionamiento de la Society for Cardiovascular Angiography and Interventions sobre clopidogrel y el uso de IBP

Los datos presentados en el congreso de la Society for Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI) sugieren que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) reducen los beneficios de clopidogrel, cuando se toman juntos.

Estos hallazgos proceden de un amplio ensayo que examinó los resultados de pacientes que estaban tomando clopidogrel e IBP (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y esomeprazol). Se analizaron los datos de 16.000 pacientes que estaban tomando clopidogrel durante un año tras la implantación de un stent. Los pacientes incluidos en el estudio tomaron IBP durante un promedio de 9 meses.

En total el porcentaje del evento para la cohorte sin IBP fue del 17,9% (variable compuesta de riesgo de hospitalización para IM, ictus, angina inestable o repetición de la revascularización)); la cohorte entera que tomaba los diferentes IBP tuvo un icrmento relativo del 50% sobre el grupo control. Específicamente los pacientes que tomabab un IBP tuvieron un incremento relativo del 70% en el riesgo de IM o angina inestable, un incremento del 48% en el riesgo de ictus o síntomas similares a ictus, y un incremento del 35% en la necesidad de repetición de un procedimiento coronario. El porcentaje de eventos para los IBP individuales (todos estadísticamente significativos comparados con el grupo control) fueron los siguientes:

- Lansoprazol 24,3%
- Esomeprazol 24,9%
- Omeprazol 25,1%
- Pantoprazol 29,2%

Los miembros del SCAI recomiendan que se haga más investigación en el tema, mientras los clínicos que tratan a pacientes post-stent con terapia antiplaquetaria dual deben considerar prescribir un anti-H2 o un antiácido en lugar de un IBP considerando el alto riesgo de acontecimientos adversos mostrado en este estudio. En los casos en que el paciente necesite medicación para tratar las condiciones GI no relacionadas con su enfermedad cardiaca o su tratamiento con un stent, aconsejan que el cardiólogo contacte con el médico de atención primaria o el gastroenterólogo para discutir las alternativas a los IBP.

Enlace al resumen del congreso

Estudio publicado en JAMA

Estudio publicado en la revista CMAJ

Metanálisis: Los medicamentos antihipertensivos son más o menos igual de eficaces

Se ha publicado un amplio metanálisis en la revista BMJ en el que se concluye que todos los actuales agentes antihipertensivos son igual de eficaces en reducir los resultados clínicos, salvo algunas ventajas específicas para algunos grupos en ciertas circunstancias.

Los autores realizaron una búsqueda sistemática de la literatura sobre EC de antihipertensivos en los que se registraron los acontecimientos de enfermedad cardiaca coronaria e ictus, excluyendo aquellos en los que los grupos control y tratamiento diferían en otras intervenciones adicionales para disminuir la PA, los que registraron menos de 5 acontecimientos y los que tenían una duración menor de 6 meses. Eligieron 147 ensayos que incluyeron un total de 464.164 participantes.

BMJ 2009; 338: b1665

Para ampliar información pinchar aquí .