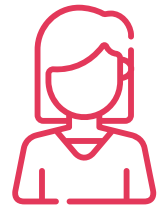


Paciente no controlado con combinación de inicio: ¿Un problema de tratamiento, de adherencia, de los 2? Cómo saberlo.

Dr. Eduardo José Martínez de Morentin Laurenz

Cardiólogo; Hospital Universitario Puerto Real



Paciente **mujer de 49 años** que ingresa en el servicio de cardiología tras sufrir una **muerte súbita en la calle** de la que es recuperada por las personas que le rodean.



A su llegada al hospital se comprueba que presenta un **infarto agudo de miocardio (IAM) anterior**, por lo que es sometida a un **cateterismo** donde se comprueba la amputación de la arteria descendente anterior desde su origen. Se procede a realizar una **angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)** más colocación de un **stent de 4*20 mm** restableciendo el flujo normal en todo el territorio.



Posteriormente tras su paso a planta y la correspondiente historia clínica llama la atención como **factores de riesgo**, ser fumadora de 7-8 cigarrillos día, obesa, hipertensa y una dislipemia que no se revisaba porque ya se tomaba el tratamiento. En la analítica el colesterol total era de 276 con una LDL de 180 para lo que tomaba simvastatina 40 mg y luego rosuvastatina y ezetimiba. Basándome en las actuales guías de manejo de dislipemia de 2019 la *European Society of Cardiology* (ESC).¹

Comparación de objetivos terapéuticos de cLDL elaborada con datos de la guía de 2016 y de la nueva edición de 2019.²

Categoría de riesgo	Guía de 2016		Guía de 2019	
	cLDL	Recomendación	cLDL	Recomendación
Muy elevado	< 70 mg/dl o una reducción ≥ 50% cuando el cLDL basal sea 70-135 mg/dl	I B	Reducción ≥ 50% y < 55 mg/dl*	Prevención secundaria: I A Prevención primaria sin HF: I C Prevención primaria con HF: IIa C
Elevado	< 100 mg/dl o una reducción ≥ 50% cuando el cLDL basal sea 100-200 mg/dl	I B	Reducción ≥ 50% y < 70 mg/dl	I A
Moderado	< 115 mg/dl	IIa C	< 100 mg/dl	IIa A
Bajo	< 115 mg/dl	IIa C	< 116 mg/dl	IIb A

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad, HF: hipercolesterolemia familiar.

* cLDL < 40 mg/dl para pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica que presentan un segundo evento cardiovascular en los 2 años siguientes (recomendación IIb B).

Extraída de: SEC Working Group for the 2019 ESC EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2020.

Ante esas cifras optimizo el tratamiento con una **combinación a dosis fijas de rosuvastatina 20 mg y ezetimiba 10 mg en cápsulas**.

No solo opto por este tratamiento por la reducción del LDL sino que además, esta combinación le va a proporcionar al paciente una **mayor adherencia al tratamiento**, ya que, combina ambas moléculas en **una sola cápsula** y además mejor tolerabilidad muscular, menos mialgias y menor incidencia de toxicidad hepática^{3,4}. Es fundamental para mí la adherencia al tratamiento debido a que cuanto más fácil sea para el paciente tomarse su medicación mejor, mayor eficacia, menor riesgo de efectos adversos, inferior coste y facilitan la adhesión al tratamiento al ingerir menor número de unidades.



Para **controlar los factores de riesgo** como el caso de la obesidad, la buena noticia es que estas enfermedades se pueden prevenir a través de unos **hábitos de vida saludable**, como son la alimentación y realizar ejercicio de forma regular.

Algunas recomendaciones son⁵:



1. Limitar el consumo de alimentos que sean ricos en azúcares y grasas.⁶ Puede comprobarlo mirando la etiqueta de los productos que come. Por ejemplo, algunos cereales son ricos en fibra, pero también en azúcares.

2. Comer varias veces al día fruta y verdura, así como legumbres, cereales integrales y frutos secos.⁶



3. Realizar actividad física frecuente: unos 60 minutos por día para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos.⁶ En el caso de que haya un alto grado de obesidad, se recomienda comenzar por caminar 30 minutos al día a paso ligero.



4. Deja de fumar. Fumar está asociado con muchas enfermedades, pero también con el aumento de peso. A largo plazo será muy beneficioso para la salud. Se le propuso 3 métodos para que dejara de fumar: a) asistir, aunque sea a una sesión corta de orientación con un profesional de atención de la salud; b) el tratamiento con medicamentos para ayudar a las personas a dejar de fumar; c) fumar menos cigarrillos (reducción de consumo de tabaco) es beneficioso. Se ha mostrado en estudios que los fumadores que disminuyen el consumo tienen más probabilidades de dejar de fumar en el futuro.



5. Es importante no obsesionarse, pero puede ayudar a controlar el peso pesarse regularmente: una vez por semana es suficiente.

Tras ser dada de **alta con rosuvastatina 20 mg y ezetimiba 10 mg** se cita a las 5 semanas en la unidad de rehabilitación cardiaca, y se comprueba que la paciente ha iniciado la deambulación tranquila pero no ha dejado totalmente el tabaco y no cumple totalmente el tratamiento.



Se decide remitir a sesiones de **terapia con los grupos de pacientes del tabaco** y se empieza un **tratamiento psiquiátrico** para la adicción y **se cambia el tratamiento con rosuvastatina y ezetimiba por separado en una asociación para mejorar la adherencia**. Se repite la analítica a las 5 semanas con niveles de colesterol total de 120 con LDL de 55 mg/ml.



Tras estos datos la paciente intensifica el cuidado del tabaco y aumenta su ritmo y duración de ejercicio con lo que tras 3 meses no ha vuelto a coger el tabaco y mantiene unas 6 horas semanales de ejercicio físico aeróbico y no ha vuelto a olvidar ninguna dosis de tratamiento.

En estos momentos el enfermero les suele hacer un **seguimiento telefónico** como estrategia para el cumplimiento farmacológico el cual realiza de la siguiente manera. En las llamadas de seguimiento, realizadas dentro del horario pactado, se inicia la intervención educativa (tratamiento farmacológico, conocimiento de la enfermedad, dieta, ejercicio hábitos tóxicos, estado emocional) y se hace una valoración clínica del paciente. La valoración clínica nos sirve para identificar la presencia de signos de descompensación. En estas llamadas se trabajan los diferentes aspectos relacionados con la enfermedad, hasta conseguir un **automanejo óptimo**. Cuando el paciente consigue un adecuado automanejo puede ser **dado de "alta" del seguimiento telefónico y se pactan una o dos llamadas anuales**. El enfermero comprueba la total **adherencia de la paciente al tratamiento y a los cuidados de ejercicio y dieta**.



Bibliografía

- Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020 Jan 1;41(1):111-188.
- SEC Working Group for the 2019 ESC EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. Expert Reviewers for the 2019 ESC guidelines for the management of dyslipidaemias. SEC Guidelines Committee. Comments on the 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2020 May;73(5):348-353.
- Strilchuk L, Tocci G, Fogacci F, Cicero AFG. An overview of rosuvastatin/ezetimibe association for the treatment of hypercholesterolemia and mixed dyslipidemia. *Expert Opin Pharmacother*. 2020 Apr;21(5):531-539.
- Pappa E, Rizos CV, Filippatos TD, Elisaf MS. Emerging Fixed-Dose Combination Treatments for Hyperlipidemia. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2019 Jul;24(4):315-322.
- Cómo prevenir el sobrepeso y la obesidad. Disponible en: <https://www.kernpharma.com/es/blog/como-prevenir-el-sobrepeso-y-la-obesidad> (Último acceso en junio 2021).
- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. (Último acceso: abril 2021).

ACTP: angioplastia coronaria transluminal percutánea; cLDL, colesterol unido LDL; ESC, *European Society of Cardiology*; IAM, infarto agudo de miocardio; LDL, lipoproteínas de baja densidad.

Algunas de las afirmaciones corresponden a la opinión y experiencia propia del autor