

Paciente de alto riesgo con infarto reciente. Control c-LDL. Optimización del tratamiento teniendo en cuenta favorecer la adherencia

Dr. Antonio Címbora Ortega

Cardiólogo; Hospital Quirónsalud Clideba de Badajoz



Varón de 50 años con **antecedentes de Hipercolesterolemia sin tratamiento previo**, exfumador desde los 30 años de edad, no alcohol. Vida activa con deporte ligero regularmente. Su padre debutó con diabetes y cardiopatía isquémica a los 50 años de edad.



Tuvo ingreso hospitalario en diciembre de 2020 por **infarto agudo de miocardio con ascenso del ST en caras inferior y lateral**, se realizó **cateterismo** urgente que demostró lesión crítica en arteria coronaria circunfleja (CX) (arteria responsable del infarto) y lesión severa en arteria coronaria descendente anterior (DA) media. Se realizó **angioplastia primaria sobre CX, con implantación de STENT Xience 3.5 x 23 mm**. En un 2º tiempo se implantó un 2º STENT farmacológico en DA media.



Tratamiento al alta: **ácido acetilsalicílico 100 mg** cada 24 horas, **ticagrelor 90 mg** cada 12 horas, **omeprazol 20 mg** cada 24 horas, **bisoprolol 2.5 mg** cada 24 horas y **atorvastatina 80 mg** cada 24 horas.



En **febrero 2021** se realiza la **primera revisión** tras el alta, encontrándose **asintomático**, camina a diario 6-8 km, sigue dieta cardiosaludable. Tensión arterial 130/80 mmHg y frecuencia cardíaca 55 lpm. **Exploración física sin hallazgos patológicos**, excepto un IMC de 28. Función sistólica ventricular izquierda conservada en ecocardiograma. En analítica en ayunas, después de 6 semanas con su tratamiento del alta, destaca: Glucemia 100 mg/dl, Hemoglobina glicosilada 6%, Colesterol total 155 mg/dl, C-LDL 95 mg/dl, C-HDL 40 mg/dl y TGs 100 mg/dl.

Con estos datos, añadido **empaglifozina 10 mg/día** y cambio atorvastatina 80 mg por **rosuvastatina 20 mg** y **ezetimiba 10 mg**. Se deja solicitada analítica control y próxima revisión en consulta en 3 meses. Se valorará el **cambio a la combinación fija de rosuvastatina 20 mg + ezetimiba 10 mg**.



Discusión y comentarios:

Se trata de un paciente con infarto de miocardio reciente con **buena evolución clínica**. Por lo tanto, se trata de un paciente de **muy alto riesgo cardiovascular**. En el 1º control analítico realizado a las 6 semanas del alta hospitalaria y a pesar de dosis máxima de atorvastatina, presenta un C-LDL de 95 mg/dl.

En nuestras últimas guías de tratamiento de las dislipemias¹ los niveles de colesterol LDL en pacientes de muy alto riesgo y en prevención secundaria deben estar por debajo de 55 mg/dl. Nuestro paciente es un **caso de prevención secundaria** y como ya está con dosis máxima de estatina de alta potencia, el siguiente paso es añadirle el **ezetimiba 10 mg/día**².



También tenemos el **hallazgo analítico de una hemoglobina glicosilada del 6%** a pesar de un estilo de vida cardio-saludable, junto con criterios de sobrepeso (índice de masa corporal de 28). Estamos pues ante un **paciente con infarto de miocardio reciente, prediabetes y sobrepeso**. Ya en las guías de 2016 de la Asociación europea de prevención y rehabilitación cardíaca se contempla el **uso de los glucosúricos** en pacientes con diabetes y enfermedad cardiovascular arteriosclerótica de forma temprana en el curso de ambas entidades con el fin de mejorar su pronóstico³.



Una prevención secundaria óptima incluye cambios en el estilo de vida con la incorporación de los pacientes a **programas de rehabilitación cardíaca**, la consecución de **objetivos de control de los diferentes factores de riesgo** y el **empleo de fármacos e intervenciones** de reconocido beneficio pronóstico².



En conclusión, es un paciente relativamente joven (50 años de edad) que ya tiene una enfermedad cardiovascular arteriosclerótica y que precisará una prevención secundaria de por vida que, además de un estilo de vida cardiosaludable y una dieta ídem, precisará múltiples fármacos para conseguir los objetivos terapéuticos. Para facilitar el cumplimiento terapéutico² acudimos a una de las herramientas que disponemos para la consecución de estos objetivos, como son las combinaciones fijas de medicamentos; en nuestro paciente en concreto sería la **combinación fija de una estatina de alta potencia a dosis alta + ezetimiba**, que se implementaría lo antes posible tras comprobar la tolerabilidad de los fármacos por separado.

Bibliografía

1. 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.
2. Escobar C, Anguita M, Arrarte V, et al. Recommendations to improve lipid control. Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2020 Feb;73(2):161-167.
3. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Rev Esp Cardiol. 2016 Oct;69(10):939.

IMC: índice de masa corporal; C-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; C-HDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; TGs: triglicéridos.

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