

## Paciente con dislipemia, HTA, diabetes, IC... (comorbilidades cardiovasculares) + medidas para mejorar la adherencia (incluyendo FDC)

**Ignacio Manuel Lozano Martínez-Luengas**

Cardiólogo, Hospital Universitario de Cabueñes de Gijón

### CASO 1



**Varón de 60 años** con hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia y exfumador. Epilepsia y panhipopituitarismo autoinmune con hipotiroidismo, hipogonadismo e hipercortisolismo. Déficit de absorción de vitamina D. Síndrome depresivo. Síndrome de apnea del sueño (SAS) en tratamiento con presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés).



En el **año 2016** presentó angina de esfuerzo con enfermedad de dos vasos y **se implantaron dos stents farmacológicos en circunfleja y coronaria derecha**. En mayo del **año 2019** consulta por angina y se objetiva enfermedad del origen de la descendente anterior con los stents previos permeables y se realiza **nueva revascularización percutánea**. La fracción de eyección ventricular izquierda era normal y fue dado de alta en tratamiento con:



*Dulaglutida, linagliptina, parche de nitroglicerina, diazepam, polipíldora de rosuvastatina y ezetimiba 20/10\*, clopidogrel, clobazam, lercanidipino, irbesartan, eslicarbazepina, desvenlafaxina, levotiroxina, ácido acetilsalicílico, atenolol, pantoprazol, ranolazina.*

En la última revisión en **febrero 2021** refiere **mejoría clínica**, pero continúa con angina de grandes esfuerzos atribuible a enfermedad de vasos distales.



**Exploración física sin hallazgos de interés**, TA 125/75, electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización y analítica con hemoglobina de 14,1 g/dl, aclaramiento de creatinina de 52 ml/min, colesterol 98 mg/dl, LDL 44 mg/dl, HDL 34 mg/dl, triglicéridos 102 mg/dl y Hb glicosilada 6,9 %.

### CASO 2



**Mujer de 56 años**, exfumadora con hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia. Asma bronquial, con más de 3 ingresos por agudización en el último año, crisis de agorafobia en tratamiento por salud mental e hipotiroidismo.



En **octubre del año 2020** estuvo ingresada por **síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST tipo infarto no Q**. Ecocardiograma con fracción de eyección normal y en la coronariografía tenía enfermedad de la descendente anterior que se trató con stent farmacológico. Fue dada de alta en tratamiento con:



*Polipíldora de rosuvastatina y ezetimiba 20/10\*, ramipril, ácido acetilsalicílico, clopidogrel, dilaglutida, metformina, montelukast, levotiroxina, furoato de mometasona, glicopirronio, alprazolam, salbutamol, bilastina, dipropionato de beclometasona y fumarato de formoterol dihidrato.*



En la última revisión en **febrero 2021** está **asintomática** con TA 130/75, electrocardiograma en ritmo sinusal sin alteraciones de la repolarización y analítica con hemoglobina de 13,8 g/dl, aclaramiento de creatinina de 68 ml/min, colesterol 103 mg/dl, LDL 50 mg/dl, HDL 40 mg/dl, triglicéridos 132 mg/dl y Hb glicosilada 6,8 %.

### COMENTARIO

Presentamos estos dos casos de cardiopatía isquémica, coexistencia de múltiples factores de riesgo coronario y otras patologías asociadas. Este perfil de paciente requiere múltiples fármacos para el control de la propia enfermedad coronaria, los factores de riesgo y las comorbilidades adicionales. Así, la hipertensión arterial en muchas ocasiones necesita de más de un fármaco y se puede llegar hasta cuatro diferentes en los pacientes con HTA resistente. El control de la diabetes también requiere con frecuencia uso de varios fármacos, más cuando en los últimos años han salido al mercado nuevos grupos terapéuticos que han demostrado un beneficio en la disminución de eventos mayores más allá del propio control glucémico en los pacientes con cardiopatía isquémica. El requerimiento de llegar a un nivel de LDL < 55 mg/dl en prevención secundaria en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular obliga en muchos casos al uso de terapia combinada con estatina más ezetimiba, incrementándose de esta forma el número de principios activos que recibe el paciente. Por último, debemos tener en cuenta que los pacientes con cardiopatía isquémica tienen una edad media alrededor de 65 años y es muy frecuente la coexistencia con múltiples patologías además de la cardiovascular, como ocurre en estos dos ejemplos, con lo que también se ve considerablemente aumentado el número de fármacos.

Ante este escenario se plantea la posibilidad de facilitar la adherencia terapéutica mediante el uso de policomprimidos. Las propias guías europeas de HTA de la Sociedad Europea de Cardiología recomiendan con clase I y nivel de evidencia al uso de policomprimidos para mejorar la adherencia terapéutica.<sup>1</sup> Existen varias presentaciones de policomprimido para estos pacientes, como son las numerosas presentaciones de antihipertensivos combinados, frecuentemente con un IECA o ARAII combinado con amlodipino con o sin diurético, la polipíldora con ácido acetilsalicílico, atorvastatina y ramipril, y las existentes de estatina combinadas con ezetimiba, como hemos podido ver en los dos casos con rosuvastatina más ezetimiba.

#### Bibliografía

1. Williams B, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104. Erratum in: Eur Heart J. 2019 Feb 1;40(5):475.
2. Ficha técnica de Lipocomb® (rosuvastatina/ezetimiba). Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/79052/FT\\_79052.html](https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/79052/FT_79052.html) (último acceso: agosto 2021).

\* La polipíldora de rosuvastatina y ezetimiba 20/10 está indicada como adyuvante de la dieta para el tratamiento de la hipercolesterolemia primaria como terapia de sustitución en pacientes adultos adecuadamente controlados con los productos individuales, dados simultáneamente en el mismo nivel de dosis que en la combinación de dosis fija, pero como productos separados.<sup>2</sup>

**ARAI:** antagonista de los receptores de la angiotensina II; **Hb:** hemoglobina; **HDL:** lipoproteínas de alta densidad; **HTA:** hipertensión arterial; **IECA:** inhibidor de la enzima angiotensina convertasa; **LDL:** lipoproteínas de baja densidad.

Ambos casos clínicos están basados en pacientes reales. Algunas de las afirmaciones corresponden a la opinión y experiencia propia del autor.