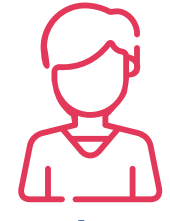


Paciente alto riesgo con infarto reciente. Control C-LDL. Optimización del tratamiento para favorecer la adherencia.

Dr. Santiago de Dios Pérez

Cardiólogo, Hospital Universitario la Zarzuela de Madrid

CASO 1



Varón de 63 años, sin factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) conocidos que acude a urgencias por cuadro de **dolor torácico de características típicas**. En el **electrocardiograma** (ECG) se objetiva **descenso del ST en cara anterior** por lo que con el juicio clínico de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST) **ingresa en la unidad de cuidados intensivos** (UCI) para realización de coronariografía preferente.



En dicho procedimiento se objetiva **enfermedad coronaria de 3 vasos** realizándose una intervención coronaria percutánea (ICP) a la descendente anterior (DA) proximal en un primer tiempo, y de forma diferida en el mismo ingreso se revasculariza de forma completa mediante dos nuevos stents farmacoactivos a la coronaria derecha (CD) y la obtusa marginal (OM).



El **ecocardiograma** realizado es **compatible con una cardiopatía hipertensiva** (muestra hipertrofia moderada) con la fracción de eyección (FE) conservada. El **paciente queda asintomático** (no nuevos episodios de dolor torácico desde el ingreso y en ningún momento signos de insuficiencia cardíaca [IC]).

En el ingreso se objetivan **tensión arterial** (TA) **elevadas** 160/95.



En la **analítica** destaca **colesterol total 245, HDL 33 y LDL 168** y una hemoglobina (Hb) **glicA1c 8,9%**, por lo que al Juicio Clínico se añade **diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA)**, de probable larga evolución, pero no conocidas.



Al alta recibe tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg 1 comprimido cada 24h; ticagrelor 90mg cada 12h; bisoprolol 2,5mg cada 24h; atorvastatina 80mg, valsartan 160mg, metformina 850mg, 1 comprimido cada 12h y omeprazol 20mg.

Acude a la consulta de cardiología **al mes del alta**. Aporta analítica con C-LDL 81, Hb glicA1c 7,6%. La **TA** si está **bien controlada** (125/75 en domicilio). Refiere encontrarse asintomático desde el punto de vista cardiovascular, aunque sí manifiesta molestias difusas y musculares que tolera, refiere que le molesta tomar mucha medicación y no comprende el motivo ya que se encuentra bien.



Reflexión:

Se trata de un **paciente de muy alto riesgo** (enfermedad coronaria multivasa, DM, HTA) según las guías de la ESC¹, que a pesar de su primer evento cardiovascular **no percibe la necesidad del tratamiento** ya que **no tiene sintomatología** e incluso presenta efectos secundarios derivados de dicho tratamiento. Además, aún no está en objetivo terapéutico.

El paciente ha pasado de no tomar medicación a tomar 9 comprimidos diarios.

En este caso es necesario explicar por parte del médico la situación en la que se encuentra (prevención secundaria), invitándole a entrar en un **programa de rehabilitación cardíaca para mejorar su adherencia terapéutica** y adquirir hábitos de vida cardiosaludables. De forma más sencilla en la propia consulta podemos intentar optimizar el tratamiento (mejorar los efectos secundarios y la cantidad de comprimidos) utilizando una combinación para intentar simplificar el tratamiento ganando eficacia (los niveles de LDL y la Hb glicada aún no están en objetivo), ya que añadir más comprimidos es posible que dificulte la adherencia al tratamiento. La elección de una estatina con mejor perfil de tolerabilidad puede ayudar a mejorar el cumplimiento.*

Plan: sustituir atorvastatina por combinación fija rosuvastatina/ezetimiba 20/10, tras una fase de tratamiento con ambos principios activos por separado.

Sustituir metformina por combinación dapagliflozina/metformina 5/1000 1 comprimido cada 12h.

Nuevo control analítico en 2 meses



Finalmente, el paciente acude a los **3 meses** a consulta. Ha empezado programa de rehabilitación cardíaca donde se ha realizado ergometría de buen pronóstico. Ha **bajado 4kg de peso**. Además, ha **comenzado a realizar ejercicio aeróbico**. Si bien sigue manifestando tomar demasiadas pastillas, comprende la necesidad. Las molestias musculares no han desaparecido por completo, pero si han mejorado.

Aporta analítica con **C-LDL 52 y Hb glicA1c de 6,4%**.

Se comunica al paciente que ahora sus FRCV están controlado según objetivos y se insiste en mantener el ejercicio y la dieta, además del tratamiento actual.

Se programa nueva revisión en 3 meses tras completar el programa de rehabilitación cardíaca.

CASO 2



Varón de 61 años, fumador (1 paquete día desde hace más de 30 años), **ligero sobrepeso** (IMC 28,5) sin antecedentes personales o familiares de interés.

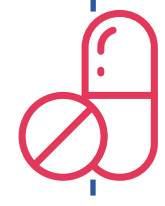
Aunque se encuentra bien, incluso **practica algo de deporte** (menos de 1h de ejercicio aeróbico a la semana), sin limitación (niega dolor torácico o disnea) **solicita chequeo** ya que un conocido de forma repentina ha fallecido por un infarto agudo de miocardio (IAM).

El paciente se ha tomado la **tensión arterial** (TA) en estas semanas previas (no anteriormente) y aporta cifras que, aunque él las comunica como normales, están **elevadas** (TA en domicilio 145/95). Refiere llevar una **dieta mediterránea** (aunque reconoce transgresiones) y un **consumo discreto de alcohol**.



Se realiza un **electrocardiograma** (ECG) en **R sinusal sin alteraciones**.

Se realiza ecocardiograma donde destaca **hipertrofia ligera del ventrículo izquierdo** (VI) con **disfunción diastólica ligera**. No otras alteraciones, incluyendo contractilidad normal. La **ergometría** convencional es **negativa para isquemia**, aunque **sí presenta una respuesta hipertensiva al ejercicio**.



*Se explica al paciente la **necesidad de iniciar tratamiento para la TA** con **enalapril 20mg 1 comprimido diario** y se solicita analítica de control. Se indica abandonar el hábito tabáquico.*



El paciente acude al mes con **control analítico** donde destaca **colesterol total 248; C-HDL 34 y C-LDL 178**. La glucemia y la función renal son normales.

En cuanto a **la TA**, aunque **ha mejorado**, ahora 140/90, **no está controlada**. No manifiesta efectos secundarios con enalapril. Aunque lo ha intentado, no ha dejado de fumar.



Reflexión:

Se trata de un **paciente de moderado-alto riesgo** (probabilidad de 6% de eventos a 10 años según las tablas SCORE)^{2,3}, que se encuentra **asintomático**. Aunque se ha mostrado interesado por su situación actual de salud, las pruebas pronósticas son buenas y **no percibe el riesgo cardiovascular**. Además de explicar el riesgo cardiovascular que presenta el paciente, conseguir un régimen terapéutico sencillo favorecerá sin duda su adherencia al tratamiento y así conseguir los objetivos de control*.

Aunque la dieta y el ejercicio se puede optimizar, es probable que no se alcancen objetivos terapéuticos por lo que **parece necesario inicio de tratamiento** para su dislipemia y optimizar el tratamiento antihipertensivo.

Se inicia tratamiento con rosuvastatina 10mg y se sustituye enalapril por una combinación fija con IECA y calcioantagonistas: perindopril 7mg y amlodipino 5mg. Además, se recomienda entrar en programa de deshabituación tabáquica y se cita con nuevo control analítico y toma de TA ambulatoria en 3 meses.



El paciente acude **6 meses después**. Aunque abandonó el hábito tabáquico durante 2 meses ha vuelto a fumar. No manifiesta efectos secundarios del tratamiento, aunque sigue sin percibir claramente la necesidad de mantenerlo, ya que ahora la **TA** sí está **bien controlada** (aporta cifras adecuadas con una media de 126/79).

En la analítica **colesterol total 186; HDL 31; LDL 112**.

Aunque el **C-LDL** ha bajado significativamente, sigue **por encima del objetivo** terapéutico (LDL <100mg/dl), lo cual se explica al paciente que manifiesta que para él la reducción es suficiente.

En este caso si se dobla la dosis de estatina esperaremos una reducción adicional de entre un 6-10% de LDL, con lo cual seguiríamos fuera de objetivo. Parece más conveniente asociar ezetimiba en forma de combinación fija (no añadir más comprimidos a su régimen diario)*.

Se sustituye rosuvastatina por combinación fija rosuvastatina más ezetimiba 10/10 tras una fase de tratamiento con ambos principios activos por separado.

Acude **a los 3 meses** con nuevo control analítico, ahora **colesterol total 148; HDL 34 y LDL 78**.

Sigue fumando.

Con dos comprimidos diarios en este caso **el riesgo del paciente se ha reducido un 50%** (de un 6 a un 3% según las tablas SCORE)^{2,3} y **los objetivos de control de LDL y TA están en rango**.

Bibliografía

1. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2020 Jan 7;41(2):255-323.
2. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al. Estimation of ten year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003; 24:987-1003.
3. Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, et al. Calibración de la tabla SCORE de riesgo cardiovascular para España [Calibrating the SCORE cardiovascular risk chart for use in Spain]. Rev Esp Cardiol. 2007 May;60(5):476-85. Spanish.

AAS, ácido acetilsalicílico; CD, coronaria derecha; DA, descendente anterior; DM, diabetes mellitus; ECG, electrocardiograma; FE, fracción de eyección; FRCV, factores de riesgo cardiovasculares; Hb, hemoglobina; HDL, lipoproteínas de alta densidad; HTA, hipertensión arterial; IAM, infarto agudo de miocardio; IC, insuficiencia cardíaca; ICP, intervención coronaria percutánea; IECA, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; IMC, índice de masa corporal; LDL, lipoproteínas de baja densidad; OM, obtusa marginal; SCASEST, síndrome coronario agudo sin elevación del ST; TA, tensión arterial; UCI, unidad de cuidados intensivos; VI, ventrículo izquierdo.

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