

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

María del Mar Erdociáin Perales

Cardiología. Hospital de la Marina Baixa de Villajoyosa, Alicante

CASO 1



Mujer de 59 años. No refiere alergias a medicamentos. **Fumadora** de 20 cigarrillos al día desde hace un año, sin otros hábitos tóxicos.

Con diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), dislipemia mixta, hipertensión arterial esencial, obesidad mórbida (IMC 40,4 kg/m²), hipotiroidismo, síndrome de Tietze y síndrome ansioso depresivo.

Infarto isquémico arteria cerebral posterior izquierda en 2012.

Cardiopatía hipertensiva con episodios de edema agudo de pulmón e insuficiencia cardíaca.

Cardiopatía isquémica.

Cateterismo 2005: lesión del 40% en circunfleja distal.

Intervenciones quirúrgicas: Apendicectomía, amigdalectomía, varices en miembros inferiores (MMII) en 2000.

Ingresa en junio 2017 por síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).



Primer cateterismo: Enfermedad de 3 vasos. Dominancia derecha. Tronco coronario izquierdo sin lesiones. Arteria descendente anterior (ADA) calcificada y enferma con oclusión total crónica en tercio medio (sin visualizarse lecho distal por colaterales) y lesión moderada en diagonal mayor. Circunfleja (CX) enferma con lesión severa proximal-primer obtusa marginal (OM1) y oclusión total crónica distal. Coronaria derecha (CD) ectásica con lesión significativa proximal y radiolucencia intraluminal, posiblemente por calcio. Otra lesión límite en descendente posterior (DP) ostial. Se realiza intento de angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) en la oclusión de descendente anterior (DA) sin conseguirse paso de ninguna guía a través de la oclusión.

Segundo cateterismo: Se realiza ACTP de CD tras aterectomía rotacional e implante de stent farmacológico 2,5 x 15 mm en DP y 3,5 x 30 mm en CD próximo-medial.

Tercer cateterismo: En el mismo procedimiento se realiza ACTP de la lesión de OM con diferentes balones, por la calcificación severa del vaso y un stent farmacológico 2,25 x 30 mm, postdilatado con un balón no compliant. A continuación, se implanta también un stent farmacológico 3,0 x 18 mm en la CX proximal.

Ecocardiograma: Ventriculo izquierdo (VI) no dilatado, hipertrofia moderada severa concéntrica (16 mm). Sin asimetrías contráctiles con fracción de eyección del ventriculo izquierdo (FEVI) conservada, 50%. Patrón de llenado de relajación alterada. Aurícula izquierda ligeramente dilatada (vol. AI 37 ml/m²). Válvulas mitral y aórtica con ligera esclerosis, apertura normal e insuficiencias ligeras. Ventriculo derecho normal. No derrame pericárdico. Aorta sinusal 35 mm tubular 38 mm.



Ingreso en diciembre 2017 por dolor torácico en reposo y bloqueo de rama izquierda (BRI) de novo en electrocardiograma (ECG).

Cateterismo: CX con reestenosis del 30-40% de stent previamente implantado en segmento proximal-ostial. Stent de OM1 permeable, sin reestenosis. Se realiza estudio funcional de lesión de CX ostial-proximal, que resulta no significativa. Resto sin cambios. Stents de CD y bifurcación descendente posterior-posterolateral (PL) permeables y sin reestenosis o trombosis.

Acude a consultas de cardiología a **revisión en febrero 2018**. Comenta que **desde el primer cateterismo presenta disnea y angor de esfuerzo moderados**. La angina aparece al andar rápido o subir escaleras o cuestras, puede andar más de 1 o 2 manzanas o subir un piso de escaleras.

Además, reporta episodios de **dolor torácico sin relación con esfuerzos**, que ceden algunas veces con nitroglicerina sublingual, otras no. Estos episodios le han obligado a acudir a urgencias en múltiples ocasiones, de donde es dada de alta al comprobar que los resultados en el electrocardiograma y los marcadores cardíacos son normales. **En diciembre de 2017 se repitió el cateterismo** por BRI sin evidenciar cambios respecto al último.

Paciente que impresiona de hábito depresivo, casi no sale de casa, desconoce su tratamiento, dice que toma demasiadas pastillas y ella no se aclara por lo que se las prepara su marido. No se controla la tensión arterial (TA) y sigue fumando 10 cigarrillos al día. Roncadora, episodios de somnolencia diurna y astenia.



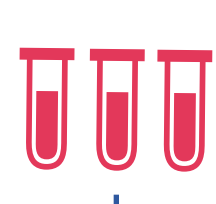
Tratamiento habitual: omeprazol 20 mg, 1 comprimido en ayunas; ticagrelor 90 mg, 1 comprimido cada 12 horas; ácido acetilsalicílico 100 mg, 1 comprimido al día en comida; carvedilol 25 mg, medio comprimido cada 12 horas; torasemida 5 mg, 1 comprimido al día en desayuno; valsartán 160 mg, 1 comprimido al día en desayuno; atorvastatina 80 mg, 1 comprimido al día en cena; ranolazina 500 mg, 1 comprimido cada 12 horas; metformina 850 mg, 1 comprimido cada 12 horas; parche de nitroglicerina 15 mg, 1 parche al día de 9 a 21h; levotiroxina 50 microgramos, 1 comprimido al día, vortioxetina 10 mg, 1 comprimido al día y lormetazepam 1 mg en la cena.



Exploración física: peso 101 kg, talla 158 cm, TA 155/85 mmHg, saturación de oxígeno basal 94%. Auscultación cardíaca: rítmica a 82 lpm, sin soplos. Auscultación pulmonar normal. Extremidades inferiores: signos de insuficiencia venosa crónica. No soplos carotídeos.



Electrocardiograma: ritmo sinusal a 82 lpm, PR 210 ms, QRS 130 ms con morfología bloqueo de rama izquierda.



Análítica: Hemoglobina 12,5 g/dl. Resto de hemograma normal. Coagulación normal. Creatinina e iones normales. Colesterol LDL 122 mg/dl, triglicéridos 220 mg/dl, GOT (AST) 44 U/l, GPT (ALT) 32 U/l, GGT 40 U/l, hemoglobina glicosilada 8,1%. Hormonas tiroideas normales.

Diagnóstico:

-**Cardiopatía isquémica crónica. Angor de esfuerzo.**

-**Enfermedad de tres vasos parcialmente revascularizada percutáneamente:** ADA calcificada y enferma con oclusión total crónica en tercio medio (sin visualizarse lecho distal por colaterales) y lesión moderada en diagonal mayor. CX revascularizada a nivel proximal y de OM1 con oclusión crónica distal. CD revascularizada a nivel próximo medial y de DP.

-**Miocardiopatía hipertensiva:** VI no dilatado, hipertrofico en grado moderado severo con FEVI conservada y aurícula izquierda (AI) ligeramente dilatada. Disfunción diastólica grado I.

-**Bloqueo auriculo-ventricular** de primer grado y bloqueo de rama izquierda.

-Obesidad mórbida.

-DM2 con mal control.

-Hipertensión arterial (HTA) con mal control.

-Dislipemia mixta mal control.

-Fumadora.

-Sedentarismo.

-Síndrome ansioso depresivo.

-Hipotiroidismo.

-Antecedente de ICTUS.

PLAN:

1. Se recomienda **cambios en el estilo de vida**, entre ellos dejar de fumar, dieta baja en grasa y para diabéticos, perder peso y actividad física aeróbica como pasear diariamente.

2. Se recomienda la **inclusión en un programa de rehabilitación cardíaca**. Para ello la paciente tendría que desplazarse dos veces a la semana 40 kilómetros y lo rechaza.

3. Se le recomienda acudir a su centro salud para **seguimiento estrecho por parte de enfermería y médico de Atención Primaria** de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y **planificar deshabitación tabáquica**.

4. Se remite para estudio de Síndrome de Apnea Hipopnea.

5. Se ajusta/optimiza tratamiento intentando no aumentar el número de pastillas:

- **Se añade ivabradina 5 mg y carvedilol 12,5 mg** cada 12 horas al tratamiento, con intención de un mejor control de la frecuencia cardíaca actuando a nivel del nodo sinusal (recordemos que nuestra paciente tiene un bloqueo auriculo-ventricular (BAV) de primer grado + BRI). Tras un mes de tratamiento se cambia por carvedilol 12,5 / ivabradina 5 mg cada 12 horas

- **Aumentamos el tratamiento hipolipemiente** por LDL 122 mg/dl con una asociación atrovastatina 80 mg y ezetimiba 10 mg, tras un mes de tratamiento se cambia por la combinación de ambos.

- **Aumentamos el tratamiento HTA** (y diurético): en vez de torasemida 5 mg, 1 comprimido en desayuno y valsartán 160 mg, 1 comprimido en desayuno; pautamos un combinado de olmesartán 40 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg en desayuno y añadimos amlodipino 5 mg en cena. Tras un mes de comprobar buena tolerancia se cambia a un único comprimido de olmesartán 40 mg, hidroclorotiazida 12,5 mg y amlodipino 5 mg.

- **Aumentamos ranolazina a dosis máximas**, de 500 mg a 750 mg cada 12 horas.

- Asociamos a metformina 850 mg, empagliflozina 5 mg con 1 comprimido combinado de ambas cada 12 horas.

- Mantenemos: Omeprazol 20 mg 1 comprimido en ayunas, ticagrelor 90 mg 1 comprimido cada 12 horas, ácido acetilsalicílico 100 mg 1 comprimido al día en comida, parche de nitroglicerina 15 mg 1 parche al día de 9 a 21h, levotiroxina 50 1 comprimido al día, vortioxetina 10 mg 1 comprimido al día y lormetazepam 1 mg en la cena.

6. Se solicita **tomografía computarizada** por emisión de fotón único (SPECT) miocárdica para estudio de isquemia.

Nueva revisión en mayo 2018:

SPECT miocárdico de perfusión en post-esfuerzo (11/03/2018): Se realiza SPECT de perfusión miocárdico post-esfuerzo, 1 hora después de la administración de 24 mCi de 99mTc-tetrofosmina.

En el estudio realizado después del esfuerzo farmacológico con regadonósón, **no se observan alteraciones significativas de la perfusión miocárdica**, por lo que no consideramos necesario la realización del estudio de reposo. Conclusiones: SPECT miocárdico de perfusión en post-esfuerzo sin alteraciones significativas.

Se encuentra mejor, mucho más animada, mejor aspecto.

Dolor torácico ocasional tipo pinchazo al cual ya no le da mucha importancia. **Ha mejorado del angor de esfuerzo**, ahora con mayor umbral.

Sale a caminar todos los días una hora por la mañana y otra por la tarde.

Ha perdido 10 kg. Acude a control al centro de salud una vez al mes, su médico de atención primaria (MAP) ha incrementado amlopino en combinación a 10 mg y la empagliflozina a 25 mg al día. Aporta controles de TAS en torno a 135-140 mmHg y de diastólica 80 mmHg. Frecuencia cardíaca en torno a 65 lpm.

Se está planteando dejar de fumar el próximo mes para lo cual le recomendamos que hable con su MAP y su psiquiatra habitual.

MEDIDAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPEUTICA¹⁻⁴

- 1. Preguntar al paciente al inicio de la consulta sobre su medicación** para comprobar su correcta toma o por el contrario comprobar que no lo hace correctamente.
- 2. Explicar al paciente la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular** en el control de la cardiopatía isquémica, **los objetivos terapéuticos, así como de la necesidad de perder peso y hacer ejercicio.**
- 3. Implicar al paciente en su autocuidado**, hacerlo participe de su responsabilidad en el mantenimiento de su bienestar y "activarlo".
- 4. Explicar con detenimiento los cambios de tratamientos y la función de cada medicación.** Si tiene dificultades, se pueden realizar sencillos cuadros de medicación. Una primera explicación larga y detallada donde todo quede claro puede ser muy rentable a largo plazo.
- Ofrecer la inclusión en un programa de Rehabilitación Cardíaca, así como los medios disponibles para el seguimiento de los FRCV (programas de enfermería...).
- 6. Animar al paciente al registro regular de sus constantes y peso** y constatar si cumple objetivos.
- 7. Minimizar el número de pastillas con el uso de combinaciones / polypill.** En esta paciente hemos cumplido el objetivo de optimizar el tratamiento y sin embargo desde su punto de vista incluso le hemos retirado una pastilla.
- Solicitar registro de constantes en la consulta, **felicitar por la tarea realizada y los objetivos logrados.**

Bibliografía

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. Guía ESC 2019 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios crónicos. Rev Esp Cardiol. 2020;73(6):495.e1-e61.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2016 Oct;69(10):939.
3. Orozco-Beltrán D, Sánchez E, Carrido A, et al. Trends in Mortality From Diabetes Mellitus in Spain: 1998-2013. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2017 Jun;70(6):433-443.
4. Barrios V, Kaskens L, Castellano JM, et al. Usefulness of a Cardiovascular Polypill in the Treatment of Secondary Prevention Patients in Spain: A Cost-effectiveness Study. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2017 Jan;70(1):42-49.

ACTP, angioplastia coronaria transluminal percutánea; ADA, arteria descendente anterior; BAV, bloqueo auriculo-ventricular; BRI, bloqueo de rama izquierda; AI, aurícula izquierda; CD, coronaria derecha; CX, circunfleja; DA, descendente anterior; DM2, diabetes mellitus tipo 2; DP, descendente posterior; ECG, electrocardiograma; FEVI, fracción de eyección del ventriculo izquierdo; FRCV, factores de riesgo cardiovascular; HTA, hipertensión arterial; IMC, índice de masa corporal; lpm, latidos por minuto; MAP, médico de atención primaria; MMII, miembros inferiores; PL, bifurcación descendente posterior-posterolateral; OMI, obtusa marginal I; SCASEST, síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST; SPECT, tomografía computarizada por emisión de fotón único; TA, tensión arterial; VI, ventriculo izquierdo.

Este caso clínico está basado en un paciente real. Algunas de las afirmaciones corresponden a la opinión y experiencia propia del autor.