

El policomprimido cardiovascular: una herramienta para mejorar la prevención cardiovascular

Introducción

Introduction

José R. González-Juanatey* y Pilar Mazón Ramos

Servicio de Cardiología y Unidad de Cuidados Cardiológicos, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

Las enfermedades isquémicas del corazón que podríamos incluir en el epígrafe de cardiopatía isquémica (CI) presentan una elevada prevalencia y, en su conjunto, constituyen la primera causa de muerte y necesidad de hospitalización por todas las enfermedades cardiovasculares. El diagnóstico precoz y un correcto manejo durante la fase aguda son la prioridad inicial, pero la puesta en marcha de un conjunto de medidas destinadas a la formación del paciente, estrategias para lograr cambios en su estilo de vida y un correcto planteamiento terapéutico con fármacos y dispositivos que podríamos englobar dentro del concepto de rehabilitación cardiaca (RC) recomendado por las guías de práctica clínica y documentos de consenso recientes de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular (INCARDIO¹), ha demostrado un extraordinario impacto en la supervivencia de los pacientes y, especialmente, en su calidad de vida reduciendo los costes sanitarios. En este sentido, este concepto de RC ha mostrado la máxima relación coste-eficacia.

La implementación de estas medidas choca con un conjunto de barreras que es necesario identificar. Es prioritario que todas las áreas sanitarias pongan en marcha programas de RC en los que prioritariamente se debería incluir el conjunto de pacientes a los que se hospitaliza por un síndrome coronario agudo o se somete a un procedimiento de revascularización miocárdica. Los profesionales sanitarios debemos esforzarnos en trasladar a cada paciente individual, salvo contraindicaciones formales, las recomendaciones de las guías de práctica clínica en la prevención secundaria de la CI (cumplimiento del médico) y, por otro lado, debemos esforzarnos en lograr de los pacientes el adecuado cumplimiento de las recomendaciones de cambios en el estilo de vida y farmacológicas. Hay datos que indican que menos del 50% de los pacientes cumplen correctamente con la medicación.

La reciente introducción en la práctica clínica de una *polypill*, policomprimido que incluye 100 mg de ácido acetilsalicílico y diversas dosificaciones de estatina (atorvastatina 20 en Europa y simvastatina 40 en otros países) y de ramipril, además del avance tecnológico que ha representado hacerla posible con la adecuada estabilidad de sus tres componentes, constituye sin duda una ayuda para la adherencia terapéutica tanto del médico como del paciente, ya que incluye en

una única cápsula tres componentes básicos en la prevención secundaria de la CI.

El trabajo que se presenta incluye una actualización de la situación de la prevención secundaria de la CI en España, llevada a cabo por David del Val Martín y José Luis Zamorano Gómez, que pone de relieve el reto que representa para todos nosotros esta importante área de la medicina cardiovascular. Jesús Álvarez-García y Alessandro Sionis revisan la situación actual del tratamiento farmacológico dentro del conjunto de estrategias incluidas en la prevención secundaria de la CI y orientan sobre cómo trasladar al paciente individual las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Por otro lado, Domingo Orozco-Beltrán, Concepción Carratalá-Munuera y Vicente Gil-Guillén reflexionan sobre la necesidad de incrementar la adherencia terapéutica, cómo medirla y las estrategias más eficaces para lograr la máxima adherencia de los pacientes a las recomendaciones terapéuticas clave en su estrategia de prevención. En el último capítulo, José M. Castellano y Valentín Fuster revisan toda la evolución del desarrollo del policomprimido desde sus inicios, los resultados clínicos disponibles y el programa de desarrollo futuro de una innovación terapéutica que representa un cambio de paradigma en la prevención secundaria de la CI, dirigida a lograr de los médicos el mayor cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica y la mayor adherencia terapéutica de los pacientes, que sin duda redundará en un mejor pronóstico y menores costes sanitarios relacionados con la CI.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Sendón JL, González-Juanatey JR, Pinto F, Cuenca Castillo J, Badimón L, Dalmau R, et al. Quality Markers in Cardiology. Main Markers to Measure Quality of Results (Outcomes) and Quality Measures Related to Better Results in Clinical Practice (Performance Metrics). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón): A SEC/SECTCV Consensus Position Paper. Rev Esp Cardiol. 2015 [Epub ahead of print 27 August 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2015.07.003>

*Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario, Travesía de Choupana s/n, 15706 Santiago de Compostela, A Coruña, España.

Correo electrónico: jose.ramon.gonzalez.juanatey@sergas.es (J.R. González-Juanatey).