IMPORTANCIA DE LA REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN CLAUDICACIÓN INTERMITENTE CON DIABETES MELLITUS

Esterli Lahoz, N. (Universidad San Jorge), González Puyuelo, J M. (Universidad San Jorge), Vinuesa Canals, A.

INTRODUCCIÓN

Paciente anciano polimedicado con síndrome metabólico y claudicación intermitente. Cambios sustanciales en sus hábitos de vida junto con una adecuada medicación le han permitido mantener en valores de bajo riesgo cardiovascular la glucemia y la presión arterial, así como mejorar su calidad de vida. A pesar de ello, aún hay margen de mejora, ya que convendría disminuir los niveles de colesterol. Esto se intentará mediante un plan de actuación a través del seguimiento farmacoterapéutico y, entre otras medidas, una sesión educativa.

CASO CLÍNICO

Paciente varón **polimedicado** de 70 años de edad. Padece **diabetes mellitus de tipo II** desde el año 2008 y **claudicación intermitente** desde el año 2002. Estado nutricional de normopeso. Parámetros normales de hemoglobina glicosilada, presión arterial (110/60 mmHg). Glucemia en ayunas entre 90-100 mg/dL. Nivel de colesterol: 204mg/dL (+).

Antecedentes quirúrgicos: dos intervenciones de hernia inguinal, extirpación de la vesícula biliar y cirugía vascular en las extremidades inferiores por claudicación intermitente.

En cuanto a su **estilo de vida**, el paciente dejó de fumar en el año 2001. Perdió 18 kilogramos de peso hace dos años y actualmente lo mantiene estable, sigue una alimentación variada y equilibrada. Realiza actividad física diaria, camina entre 8 y 10 kilómetros diarios, este ejercicio le alivia el dolor de las extremidades inferiores producido por la claudicación intermitente.

Generalmente tiene buena calidad de sueño, si algún día no puede dormir tiene prescrito el fármaco Trazodona (Deprax®), a demanda.

Presenta **adherencia** adecuada al tratamiento y está concienciado para esforzarse para obtener una mejor calidad de vida y correcta evolución de las patologías que padece.

FASE DE ESTUDIO:

Se trata de un paciente polimedicado, como se puede comprobar en el estado de situación, ver ***Tabla 1***. No se identifican **RNMs** en la medicación del paciente.

Se puede detectar un PRM de no necesidad del fármaco Sulbutiamina, puesto que el paciente no presenta hipovitaminosis, ha demandado este suplemento vitamínico al médico y éste ha considerado este fármaco adecuado, no es necesaria la intervención del farmacéutico.

Recientemente a la fecha de la primera entrevista, se realizó un cambio prescrito por el médico en la medicación del paciente, debido a un **aumento de los niveles de lipasa y amilasa** sanguíneos. Se eliminó del tratamiento los fármacos Victoza® (Liraglutida) e Inegy® (Ezetimiba y Simvastatina), en los que se encuentra la pancreatitis (con el correspondiente aumento de la lipasa y amilasa) entre sus efectos adversos; y se han intercambiado por Jardiance® (Empagliflozina) y posteriormente se añadirá Crestor® (Rosuvastatina), una vez que se regularicen de nuevo los niveles glucémicos del paciente.

En el posterior estudio del estado de situación se han identificado diferentes **interacciones farmacológicas** entre los fármacos que toma el paciente, que se reflejan en la ***tabla 2***. Se tratan de interacciones de carácter teórico o evidencia menor que no han sido detectadas en el paciente. Considerar las interacciones 1 y 4, que implican un riesgo de hipopotasemia inducido por el diurético Clortalidona, que podría derivar a toxicidad cardíaca.

PLAN DE ACTUACIÓN

Se idea un plan de actuación de seguimiento farmacoterapéutico en el paciente con intervenciones a corto, medio y largo plazo.

A corto plazo:
- En un mes, se establece como objetivo que se estabilice la **glucemia** del paciente con el nuevo fármaco antidiabético (Jardiance®), midiendo y controlando los niveles a través de medida de glucosa y de la hemoglobina glicosilada.
- En el mismo periodo de tiempo, se solicita analizar los niveles de **potasio** sanguíneos del paciente para comprobar que no se ha producido hipopotasemia a consecuencia de interacción farmacológica de la Clortalidona con Ivabradina.

A medio plazo:
- Una vez que el médico incluya en la prescripción el hipocolesterolemiante (Crestor®), se hará un seguimiento del **lipidograma**, e intentará conseguir que se mantengan niveles adecuados de colesterol. Se le explican al paciente medidas no farmacológicas y dietéticas mejoren su perfil lipídico en la sesión educativa.

A largo plazo:
- Una vez que han son estables los niveles de glucosa y colesterol, será necesario comprobar si los niveles pancreáticos de **lipasa y amilasa** se han normalizado con el cambio de tratamiento que prescribió el médico.

Se realizará una sesión educativa con el paciente en la que se le aportarán recomendaciones dietéticas para ayudarle a reducir el colesterol, como recomendarle un mayor consumo de pescado azul para aumentar el omega-3 presente en su dieta.

También se le realizó un cálculo del SCORE teniendo en cuenta un paciente de 65 años. Su riesgo cardiovascular a 10 años es bajo, del 3%, pero mejorando el control de su colesterol por debajo de 150 mmol/l, se podría lograr disminuir aún más (hasta el 2%) su riesgo de sufrir problemas cardiovasculares1. Sin embargo, al tratarse de un paciente que padece diabetes mellitus se considera un paciente con riesgo cardiovascular alto.

Por último, en la sesión se entregará un tríptico al paciente con información sobre su medicación. Ese tríptico le servirá al paciente como guía de consulta inmediata y comprensible sobre sus medicamentos, con el objetivo de mejorar su adherencia.

Edad: 70	Género: Varón	IMC: Normopeso	Alergias: -	Fecha: 17/02/2016

PROBLEMAS DE SALUD				MEDICAMENTOS				EVALUACIÓN				I.F.
Inicio	Problema de salud	Control	Preocupa	Inicio	Principio activo	Pauta Prescrita	Pauta Usada	N	E	S	Clas. RNM	Fecha de la IF
2008	Diabetes	Sí	No	2008 2016	Metformina 850mg Empagliflozina 10mg	1-0-1 1-0-0	1-0-1 ?	S S	S ?	S ?	- -	- -
2002	Claudicación intermitente	Sí	Sí	- 2002	Cilostazol 100mg Pentoxifilina 600mg	1-0-1 1-0-1	1-0-1 1-0-1	S S	S S	S S	- -	- -
	Hipovitaminosis B1	Sí	No		Sulbutiamina	1-0-1	1-0-0	N	-	S	-	-
	Hipertensión arterial	Sí	No		Clortalidona 50mg	½-0-0	½-0-0	S	S	S	-	-
	Riesgo de gastrolesión	Sí	No		Pantoprazol 40mg	0-0-1	0-0-1	S	S	S	-	-
	Insomnio	Sí	No		Trazodona 100mg	A demanda	A demanda	S	S	S	-	-
2002	Prevención de evento cardiovascular	Sí	No	2002 2010	Clopidogrel 75mg Ivabradina 5mg	0-0-1 1-0-1	0-0-1 1-0-1	S S	S S	S S	- -	- -
	Hipercolesterolemia	Sí	No	A la espera	Rosuvastatina	0-0-1	A la espera	-	-	-	-	-

Tabla 1. Estado de situación

Nº	Nivel de interacción	P. Activo 1	Especialidad 1	P Activo 2	Especialidad 2
1	Evidencia Menor/Precaución	**Ivabradina**	**Procoralan 5 mg**	**Clortalidona**	**Higrotona 50 mg**
2	Evidencia Menor/Precaución	Trazodona	Deprax 100 mg	Cilostazol	Cilostazol 100 mg
3	Evidencia Menor/Precaución	Trazodona	Deprax 100 mg	Clopidogrel	Plavix 75 mg
4	Evidencia Menor/Precaución	**Trazodona**	**Deprax 100 mg**	**Clortalidona**	**Higrotona 50 mg**
5	Casos aislados o Teórica	Pantoprazol	Pantoprazol 40mg	Clortalidona	Higrotona 50 mg
6	Casos aislados o Teórica	Clopidogrel	Plavix 75 mg	Pantoprazol	Pantoprazol 40 mg
7	Evidencia Menor/Precaución	Clortalidona	Higrotona 50 mg	Metformina	Dianben 850 mg

Tabla 2. Interacciones farmacológicas [3]

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:

En los pacientes con claudicación intermitente, el objetivo principal es reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad por ECV. Este riesgo está presente en todos los pacientes con enfermedad arterial de las extremidades inferiores, incluidos aquellos con síntomas leves o atípicos e incluso sin síntomas. [2]
Por lo tanto, el tratamiento y el control de los factores de riesgo son necesarios en todos los pacientes con enfermedad arterial de las extremidades inferiores para alcanzar los objetivos de la prevención secundaria. Entre ellos, dejar de fumar también ofrece la mejora más notable en la distancia recorrida a pie cuando se combina con ejercicio regular, especialmente cuando las lesiones se encuentran localizadas por debajo de las arterias femorales. Los síntomas pueden mejorarse con ejercicio (preferiblemente supervisado) y tratamiento farmacológico. [2]

Es reseñable el intercambio de tratamiento que ha prescrito por el médico por riesgo de pancreatitis tras recibir unos resultados elevados de amilasa y lipasa, puesto que éstos podrían tener una mayor gravedad en este paciente que tiene el metabolismo alterado debido a la diabetes mellitus.
Por lo tanto, desde la función que puede desempeñar el farmacéutico, tiene un interés considerable el seguimiento del paciente en el nuevo tratamiento y que regularice en el menor tiempo los niveles de glucemia y colesterol (que es para lo que actúan los fármacos que han sido intercambiados).

A pesar de que existe el riesgo de que se produzcan 7 tipos de interacciones diferentes, analizando el perfil del paciente y la baja evidencia de las mismas, se puede considerar tan solo reseñable la interacción entre el diurético tiazídico Clortalidona con Ivabradina, que puede producir cardiotoxicidad a consecuencia de hipopotasemia inducida por el diurético. Por lo tanto, se considera recomendable desde la farmacia un control analítico de los niveles sanguíneos de potasio para descartarla.
Otra interacción que puede producirse es con la Trazodona (inhibidor de la recaptación de la serotonina), que puede interaccionar con los fármacos Cilostazol y Clopidogrel, pudiendo aumentar el riesgo de hemorragia al potenciar los efectos anticoagulantes. Sin embargo, no se considera un riesgo importante porque el consumo de Trazodona es poco frecuente en el paciente, en casos de insomnio puntual por alguna preocupación que pueda surgirle.

CONCLUSIONES:

Es interesante ver el progreso del paciente desde el inicio de sus patologías junto con el tratamiento correspondiente. A través de una correcta y bien estudiada polimedicación prescrita por el médico, el paciente tiene controlada la diabetes mellitus y mantiene estable la claudicación intermitente (a pesar de los dolores ocasionales que sufre en las extremidades inferiores).
La labor del farmacéutico en el proceso de seguimiento farmacoterapéutico es importante para que el paciente logre mantener unos niveles correctos de colesterol, lo que se verá reflejado en un mejor transcurso de la arteriopatía (claudicación intermitente) y la diabetes.
Para los pacientes con claudicación intermitente, el objetivo primordial es controlar los factores de riesgo cardiovascular para recudir la morbimortalidad, por lo tanto, en el caso de este paciente, al padecer diabetes mellitus se considera de base que tiene alto riesgo cardiovascular. Se reconoce una buena labor del paciente y del personal sanitario por la importante reducción del peso corporal y la supresión del hábito tabáquico hace años, disminuyendo en gran medida el riesgo cardiovascular del paciente y que ha permitido un mejor progreso del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

[1] European Society of Cardiology [Internet]. Biot: European Society of Cardiology; 2012 [citado 19 marzo 2016]. Disponible en: http://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Documents/score-charts.pdf

[2] Tendera M, Aboyans V, Bartelink ML, Baumgartner I, Clément D, Collet JP, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de las enfermedades arteriales periféricas. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(2):172.e1-e57

[3] Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. PortalFarma: Bot Plus 2.0 [Base de datos de Internet]*. España: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [actualizada el 12 de marzo 2014; acceso el 7 de marzo 2016] Disponible en: https://botplusweb.portalfarma.com/