

Cartas al Editor

Documento de consenso del policomprimido en prevención secundaria. ¿Incluye a los pacientes con *stent*?



Consensus Document on Polypill and Secondary Prevention. Does It Include Patients With Stents?

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el documento de consenso sobre el uso del policomprimido¹ y el editorial de González-Juanatey et al.². Se debe felicitar a los autores por su iniciativa de realizar un documento que ayude a aumentar el conocimiento sobre esta terapia y, además, determine las situaciones en las que se puede obtener beneficio de su utilización. La Sociedad Europea de Cardiología indica que la reducción en la frecuencia de administración es la medida más eficaz para mejorar la adherencia terapéutica, y se ha indicado que podría reducir los eventos cardiovasculares un 75%. Sin embargo, en nuestra opinión, este documento no aborda un aspecto que creemos es de vital importancia en prevención secundaria. Tanto en el documento de consenso como en el editorial, se subraya la necesidad del control de la hipertensión y el colesterol con hincapié en los pacientes de alto riesgo, pero no se hace ninguna mención a los pacientes con *stents* coronarios. Creemos que debería incluir algún comentario sobre ello, sobre todo respecto a los *stents* farmacoactivos, terapia utilizada en la mayoría de los pacientes con síndrome coronario agudo³, pues los datos hasta la fecha son insuficientes a nuestro juicio.

En nuestro centro hubo recientemente un caso de trombosis definitiva muy tardía de un *stent* de everolimus implantado 16 meses antes a un paciente al que, al año del procedimiento, se le había suspendido el clopidogrel y el ácido acetilsalicílico en sus formulaciones individuales y se había iniciado la terapia con el policomprimido⁴. Si bien no se puede establecer una relación de causa-efecto absoluta, creemos que sí obliga a hacer una reflexión. Debemos subrayar que no hemos encontrado en la ficha técnica del fármaco ni en los estudios realizados hasta la fecha ningún dato sobre pacientes con *stents*, excepto en el estudio realizado por Castellano et al.⁵, en el que se excluyó a los pacientes durante el primer año tras el implante de un *stent* farmacoactivo, pero tampoco en dicho trabajo se notifica el número o el porcentaje de pacientes incluidos con *stent* convencional en su primer año tras el implante o con *stent* farmacoactivo a partir de los 12 meses. Aunque el policomprimido sin duda alguna aporta la gran ventaja de la adherencia, algunos autores han indicado que podría no alcanzar las mismas condiciones de eficacia que sus componentes por separado, y que se debería probar la biodisponibilidad, la farmacocinética y las posibles

interacciones con cada una de las formulaciones. Es más, aunque los efectos de los componentes se suponen aditivos, este hecho debería ser demostrado con estudios con cada formulación⁶. Este hecho podría ser particularmente relevante para los pacientes de alto riesgo. El presente documento de consenso menciona a los pacientes de más riesgo, pero solamente se refiere a la posible falta de control de la hipercolesterolemia y la hipertensión, cuando creemos que el aspecto más importante del riesgo, y además a mucho más corto plazo, es la posibilidad de trombosis del *stent*. Por todo ello, y hasta que no se hayan realizado estudios que incluyan a pacientes con *stents* farmacoactivos en el primer año, creemos que, por un lado, no debería recomendarse su utilización desde el alta como se propone y, además, se debería incluir algún comentario sobre la ausencia de datos publicados sobre su uso en este tipo concreto de pacientes.

Íñigo Lozano*, José M. Vegas, Juan Rondán y Eduardo Segovia

Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigo.lozano@gmail.com (I. Lozano).

On-line el 17 de agosto de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Nuevo enfoque terapéutico para la prevención secundaria del riesgo cardiovascular. Documento de consenso del uso clínico de la *polypill* [citado 6 Jun 2016]. Disponible en: http://www.revvespcardiol.org/contenidos/static/docs/Consenso%20Polypill_v4_2.pdf
2. González-Juanatey JR, Mostaza JM, Lobos JM, Abarca B, Llisterra JL. Un paso más allá en la prevención secundaria del riesgo cardiovascular. Documento de consenso del uso clínico del policomprimido. Rev Esp Cardiol. 2016;69:547-50.
3. García Del BB, Hernández HF, Rumoroso Cuevas JR, Trillo NR. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XXIV Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2014). Rev Esp Cardiol. 2015;68:1154-64.
4. Lozano I, Vega B, Sanchez LI, Rondán J, Vegas JM, Segovia E. Long-term antiplatelet therapy with the polypill after stenting: More information is necessary. Int J Cardiol. 2016;207:87-8.
5. Castellano JM, Sanz G, Penalvo JL, Bansilal S, Fernandez-Ortiz A, Alvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. J Am Coll Cardiol. 2014;64:2071-82.
6. Lonn E, Bosch J, Teo KK, Pais P, Xavier D, Yusuf S. The polypill in the prevention of cardiovascular diseases: key concepts, current status, challenges, and future directions. Circulation. 2010;122:2078-88.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.06.012>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.06.003>

Documento de consenso del policomprimido en prevención secundaria. ¿Incluye a los pacientes con *stent*? Respuesta



Consensus Document on Polypill and Secondary Prevention. Does It Include Patients With Stents? Response

Sr. Editor:

Agradecemos los comentarios de Lozano et al. sobre el documento de consenso y el editorial sobre el uso del policom-

primido, publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA¹, en el que se hacen unas recomendaciones basadas en la evidencia existente y, cuando no la había, en la opinión consensuada de los autores. Se cita como posible uso del policomprimido a los pacientes con un evento coronario reciente que, por sus características, podrían tener baja adherencia a la medicación. En la carta se cuestionan 2 aspectos fundamentales sobre el empleo clínico del policomprimido: la bioequivalencia del ácido acetilsalicílico y los resultados con esta nueva estrategia terapéutica en pacientes con *stent* coronario de implante reciente, en particular los liberadores de fármacos de última generación, tras un caso de