



NUEVAS RECOMENDACIONES DE HIPOLIPEMIANTES: PERFIL DE USO DE ESTATINAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

TRABAJO DE
FIN DE GRADO

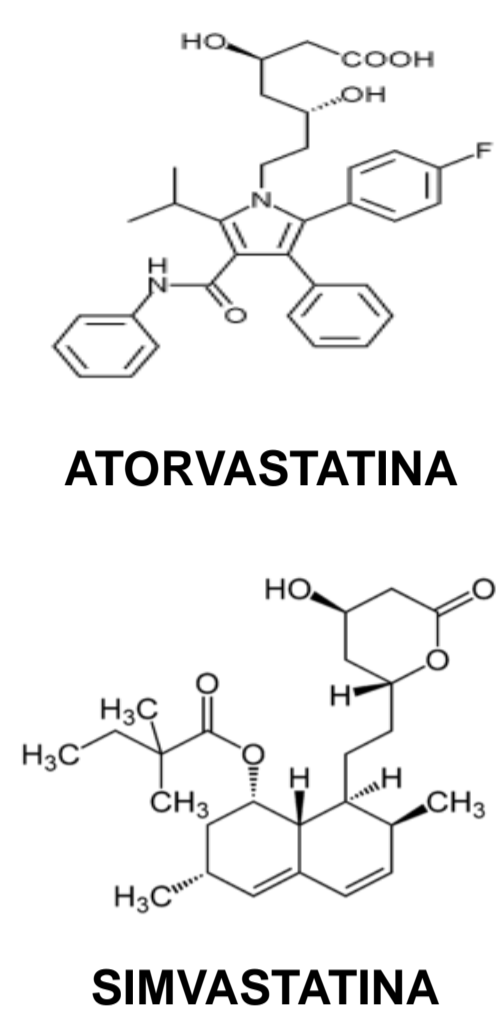
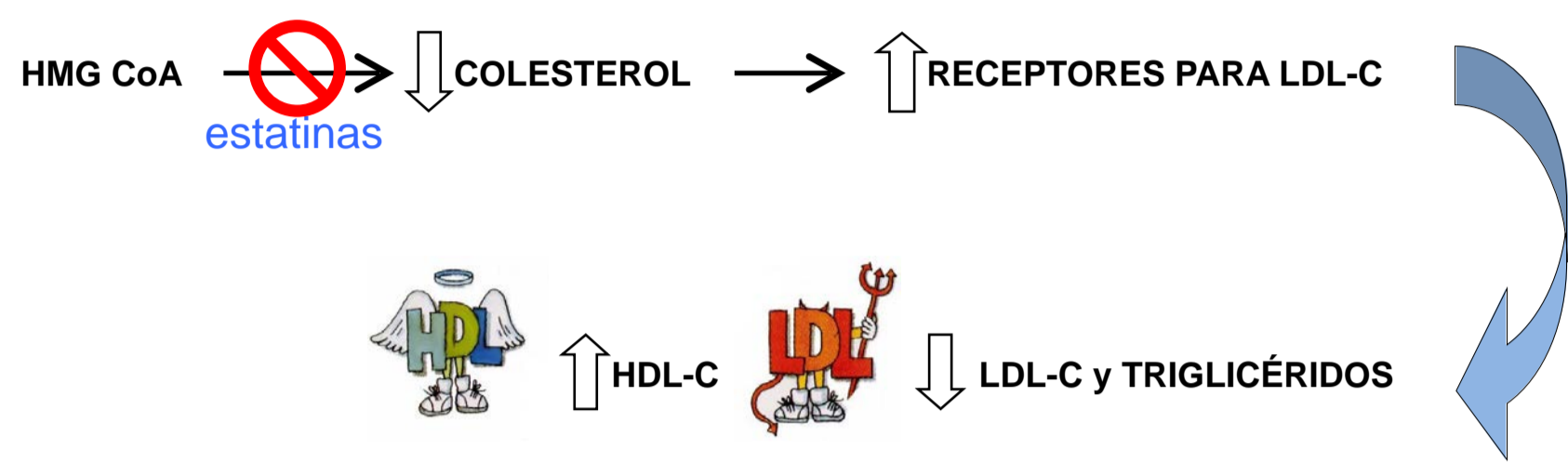
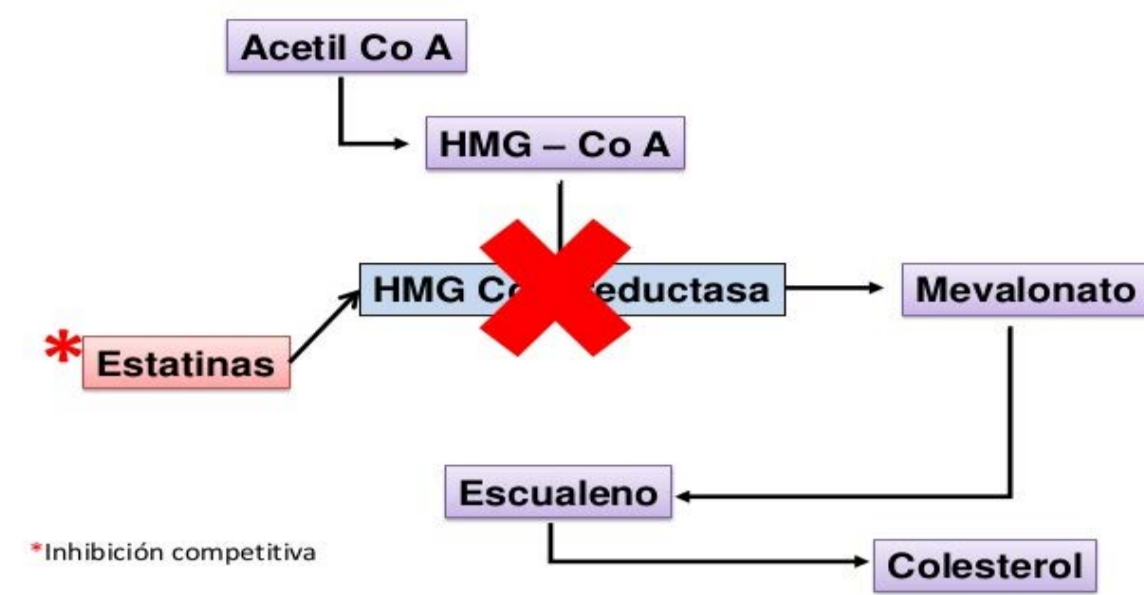
Autores: Raquel Calzada Villamiel (03928443-C),
Esther Serrano-Conde Sánchez (05327659-P), Cristina Vara Navarrete (51110846-Q)

Febrero 2015

Facultad de Farmacia (Universidad Complutense de Madrid)

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Las enfermedades cardiovasculares suponen la principal causa de muerte en todo el mundo. La mayoría pueden prevenirse actuando sobre sus factores de riesgo, siendo el principal la hiperlipidemia. Para su tratamiento, primero se debe actuar sobre los factores de riesgo, pero cuando esto no es suficiente se emplean fármacos hipolipemiantes, siendo de elección las estatinas.



Las principales estatinas usadas y en las que se centra este estudio son la simvastatina y la atorvastatina.

OBJETIVOS

- Principal** → Revisión de los hipolipemiantes centrada en las estatinas y estudio descriptivo de la utilización de simvastatina y atorvastatina en un hospital terciario.
- Secundario** → Describir la población de uso de estatinas en un hospital terciario de la Comunidad de Madrid, los principales servicios implicados en su utilización, y las interacciones más relevantes con otros fármacos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan las nuevas recomendaciones propuestas por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en su documento *Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular* (Septiembre 2014).

Para el estudio se realiza un corte transversal de un día (20 de octubre de 2014) seleccionando los pacientes ingresados en un hospital terciario de la Comunidad de Madrid, con prescripción electrónica, tratados con simvastatina o atorvastatina en cualquiera de sus dosis. Se obtiene una lista de 88 pacientes, aunque se pierden 3 por haber sido dados de alta. Se analizan los resultados mediante hojas de cálculo Microsoft Excel.

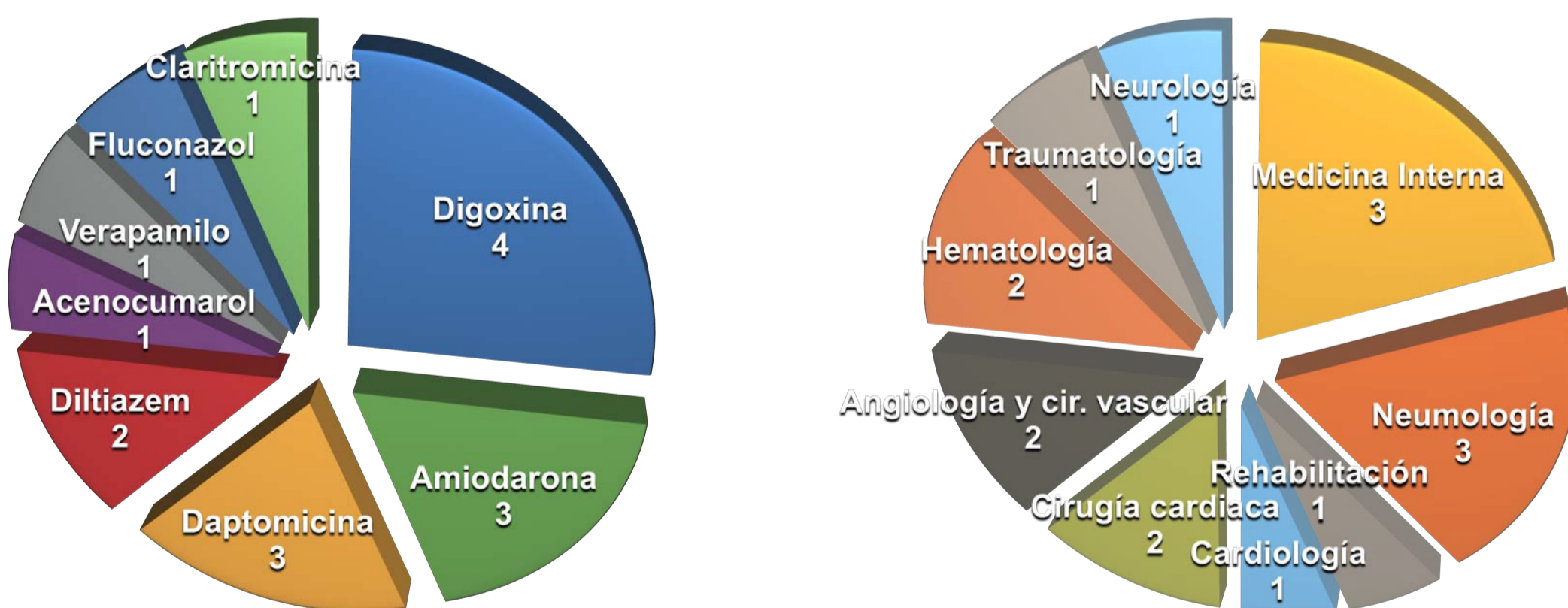
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Recomendaciones documento de consenso:

Situación clínica del paciente	Recomendación	Alternativa
Prevención primaria de pacientes no diabéticos , y pacientes diabéticos tipo II sin ningún FR mayor ni lesión de órgano diana	Simvastatina 20 mg	Simvastatina 40 mg Atorvastatina 20 mg
Pacientes diabéticos tipo I o tipo II con algún otro FR mayor o lesión de órgano diana	Atorvastatina 20 mg Simvastatina 40 mg	Atorvastatina 40 mg
Hiperlipidemias graves no genéticas	Simvastatina 40 mg	Atorvastatina 40 mg ^a
Pacientes con enfermedad renal crónica en estadio G3b a G5 ^b	Simvastatina/Ezetimiba 20mg/10 mg Atorvastatina 20 mg	-
Claudicación intermitente de origen aterotrombótico	Simvastatina 40 mg	-
Prevención secundaria coronaria o cerebrovascular	Atorvastatina 80 mg	Atorvastatina 40 mg ^c Simvastatina 40 mg ^c Rosuvastatina 20 mg ^c

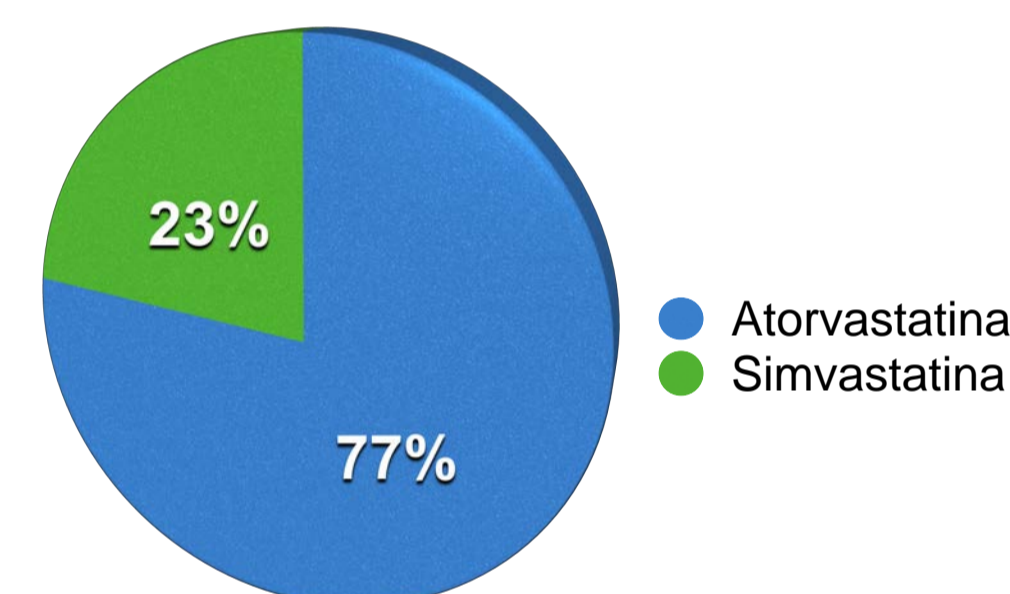
^a Esta alternativa se plantea una vez descartada la falta de adherencia al tratamiento farmacológico o a las medidas higiénico dietéticas.
^b Estudios con filtrado glomerular <45 ml/min/1,73 m².
^c En caso de mayor probabilidad de efectos secundarios o riesgo de interacciones con atorvastatina 80 mg.

Perfil de interacciones y su distribución:

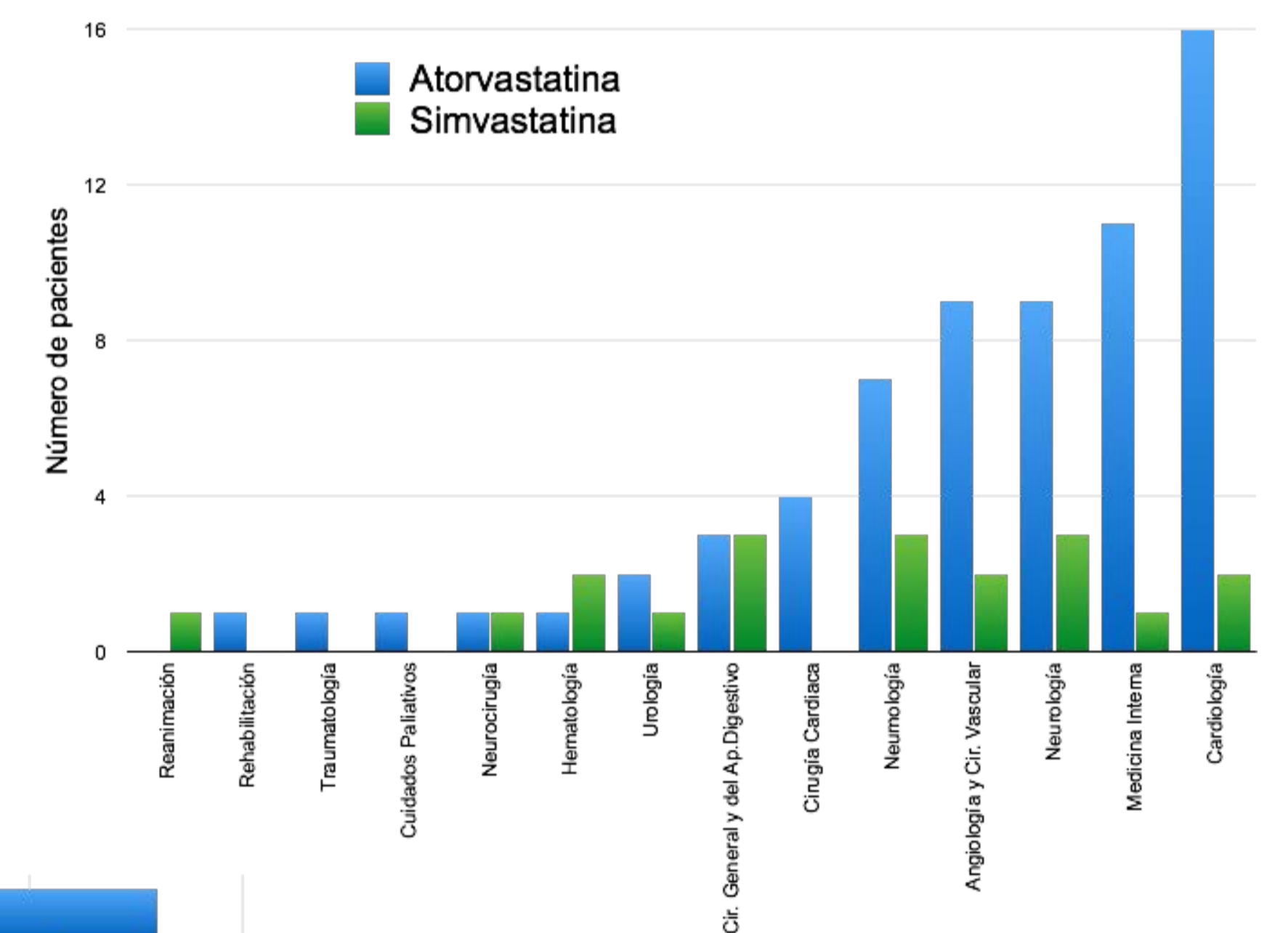
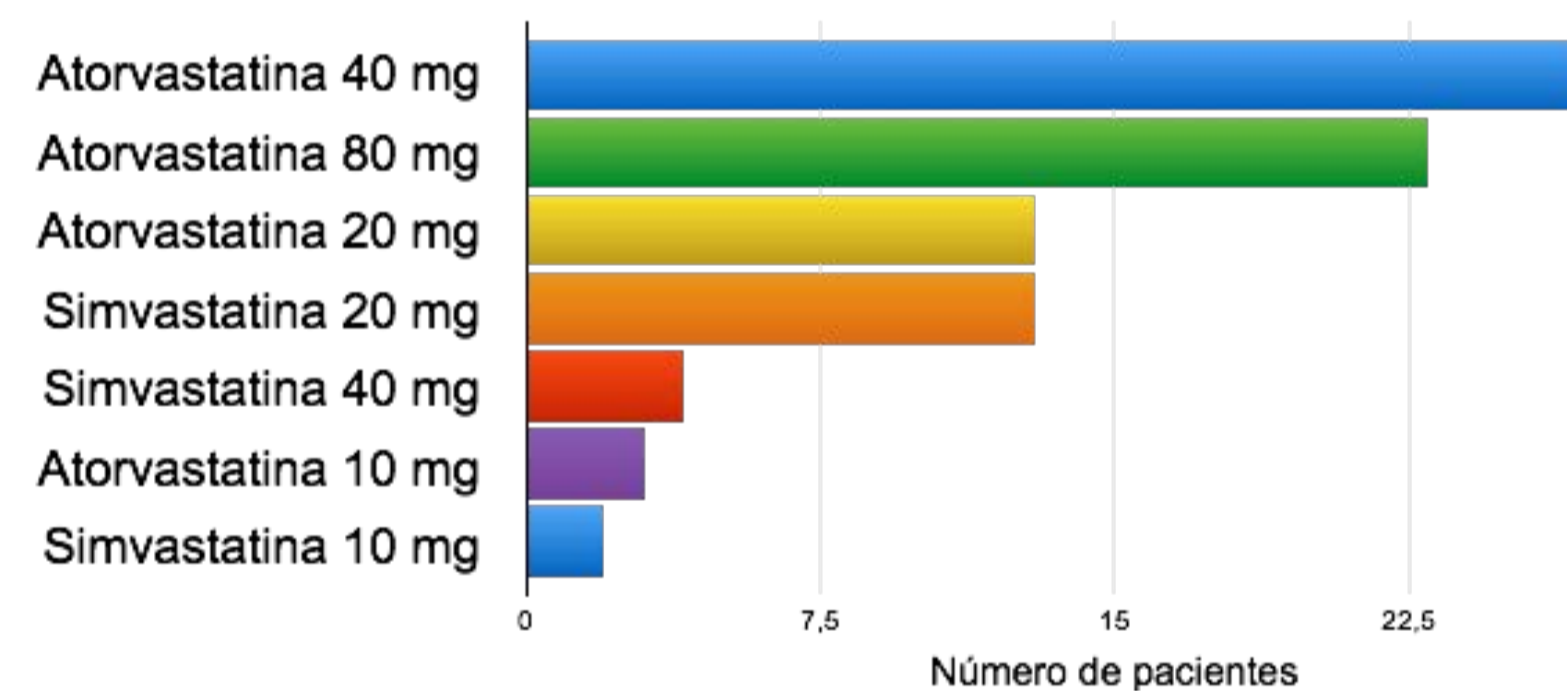


El mayor porcentaje de interacciones ocurrieron en pacientes en tratamiento con digoxina (25%), seguido de amiodarona (19%) y daptomicina (19%). Los servicios con mayor número de interacciones fueron Medicina Interna (19%) y Neurología (19%), siendo en estos servicios donde los pacientes pueden presentar mayor número de comorbilidades y, como consecuencia, mayor polimedición y, por tanto, mayor probabilidad de interacción.

Perfil de distribución de estatinas:



Queda reflejado un predominio en el uso de atorvastatina sobre simvastatina, siendo la de 40 mg la más utilizada.



Población de estudio:

Se analizaron 85 pacientes (88 pacientes iniciales con 3 pérdidas por alta prematura), de edad media 72,9 años, en un 66% varones, con diabetes como factor de riesgo en el 42% de los pacientes.

El mayor uso fue en el servicio de Cardiología, seguido de Medicina Interna, Neurología, Cirugía Vascul y Neumología, predominando en todos ellos el uso de atorvastatina frente a simvastatina. Esto está directamente relacionado con las patologías más prevalentes en estos servicios: enfermedades coronarias, enfermedad cerebrovascular, trombosis, etc., en las que las estatinas juegan un papel relevante en su tratamiento, especialmente atorvastatina en la prevención secundaria.

LIMITACIONES:

Quedaron excluidos del estudio los pacientes con otras estatinas distintas a simvastatina y atorvastatina prescritas como medicamentos no incluidos en guía, por no poder ser cribados en el momento de la selección de pacientes. Así mismo, se excluyeron los pacientes que serían candidatos a tratamiento con estatinas y no estaban siendo tratados (omisión).

CONCLUSIONES

- Se ha revisado satisfactoriamente el documento de consenso del SERMAS, concluyéndose lo siguiente: las estatinas se consideran los fármacos de elección para el tratamiento de la dislipemia.
- Se ha observado un predominio de uso de la atorvastatina sobre simvastatina.
- La población de estudio era de edad avanzada (media: 72,9 años), aproximadamente la mitad eran diabéticos, y en la mayoría de pacientes eran hombres.
- Destacó la prescripción de estatinas en Cardiología, Medicina Interna, Neurología, Cirugía Vascul y Neumología, siendo significativamente mayor el uso de atorvastatina sobre simvastatina. La dosis más empleada con atorvastatina fue 40 mg y para simvastatina, 20 mg.
- La pauta horaria nocturna se cumplió satisfactoriamente en la totalidad de los pacientes de estudio.
- De los pacientes de estudio, el 19% presentó alguna interacción con otro fármaco prescrito, siendo los mayoritarios digoxina, amiodarona y daptomicina.

BIBLIOGRAFÍA

- Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular*. Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Septiembre 2014.
- Mathers C.D., Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med, 2006, 3(11):e442.
- Álvarez De Sotomayor, M.; Herrera, M. D.; Pérez-Guerrero, C. Y Marhuenda, E. *Interés terapéutico de las estatinas en el tratamiento de la aterosclerosis*. Ars Pharmaceutica: volume 40, Issue 4. 1999. Pages 217-231.
- Fernández G.C., Tardáguila F.M., López C.T., Velasco M., San Miguel P., Fuente A. *Fisiopatología de la placa de ateroma y sus implicaciones en la imagen*. Radiología: Vol. 45. Núm. 03. Mayo 2003.
- Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 34 N°2/2010. Indicaciones de los hipolipemiantes.
- Balaguer Vintró I. *Control y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en el Mundo*. Revista Española de Cardiología: Volume 57, Issue 6, 2004, Pages 487-494.
- Velasco J.A., Cosín J., Maroto J.M., Muñiz J., Casasnovas J.A., Plaza I., Abadal L.T. *Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca*. Sociedad Española de Cardiología. 2000.