

# Prevención secundaria con estatinas en pacientes con cardiopatía isquémica en un centro de salud

Díaz Ortiz M, Hernández García C, Alonso Pérez MA

EAP Pintores. Madrid

La enfermedad cardiovascular continúa siendo la causa principal de mortalidad en los países desarrollados<sup>1,2,3</sup>. Aunque existen sólidas pruebas de que la reducción de los niveles de lípidos disminuye mortalidad y morbilidad cardiovascular<sup>4,5,6,7,8</sup>, muchos pacientes con enfermedad cardiovascular establecida no reciben tratamiento hipolipemiente.

El objetivo principal de nuestro estudio es determinar el porcentaje de pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica que está tratado con estatinas en nuestro medio. Como objetivos secundarios nos proponemos:

- Describir el tipo de hipolipemiantes prescrito a estos pacientes indicando los principios activos.
- Determinar el porcentaje de pacientes que cumple objetivos terapéuticos indicados por la Sociedad Europea de Cardiología<sup>9</sup>.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo, transversal. La población estudiada consistía en pacientes asignados al Centro de Salud Pintores, en Parla (Madrid), que constan en nuestros registros (OMI-AP) con el diagnóstico de cardiopatía isquémica con fecha previa a Octubre de 2008. Se incluyeron aquéllos cuyo diagnóstico constaba con código CIAP K74, K75 y K76.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, fecha de diagnóstico, años transcurridos desde el evento, tratamiento con estatinas y tipo de principio activo pautado, si se pautó tratamiento coadyuvante y, por último, si el paciente estaba correctamente controlado según los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología<sup>9</sup>.

Los datos analíticos que se tomaron como referencia

para el control de cifras de colesterol fueron los de la última analítica del paciente. Se excluyeron los pacientes en los que no constaba analítica alguna desde enero de 2007 y errores en el registro (pacientes fallecidos o sin patología coronaria en cuyas historias constan episodios con código CIAP de cardiopatía isquémica).

## RESULTADOS

El estudio incluye a 270 pacientes con cardiopatía isquémica.

La edad media de nuestros pacientes es de 67,18 años (DS 11,73). El 69,63% son varones y el 30,37% mujeres (*gráfica 1*).

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica que está tratado con estatinas en nuestro medio es de 76,67%. El 57% de los pacientes estaban tratados con simvastatina, el 32,85% con atorvastatina, el 5,80% con pravastatina, el 3,86% con lovastatina y el 0,48% con fluvastatina (*gráfica 2*).

Sólo en 2,96% de los pacientes tratados se pautó tratamiento coadyuvante con ezetimiba.



Con el objeto de analizar si existen diferencias en el porcentaje de pacientes tratados según la edad de los mismos, dividimos nuestra muestra en tres grupos: 34 a 54 años, 55 a 75 años y mayores de 76 años. El porcentaje de pacientes tratados es muy similar (*tabla 1*).

Analizando el porcentaje de pacientes tratados por sexo vemos que las mujeres están tratadas en 63,41% de los casos y los varones en 81,91%.

Teniendo en cuenta que consideramos que un paciente está bien controlado cuando presenta cifras de LDL menores de 100 mg/dl en la última analítica registrada, el 42,51% estaban bien controlados, el 47,83% no y el 9,66% no tenían solicitada analítica en la que se vieran reflejadas las cifras de colesterol fraccionado.

Hemos observado que los pacientes con más tiempo de evolución desde el episodio coronario están peor controlados que los de menos tiempo de evolución (*tabla 2, gráfica 3*).

## COMENTARIO

Muchos pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica no están recibiendo tratamiento adecuado<sup>10,11</sup>. Las causas son múltiples: falta de información

Gráfico 2. TIPO DE PRINCIPIO ACTIVO PAUTADO

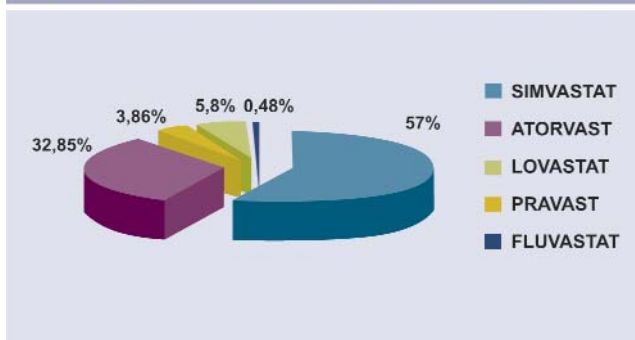


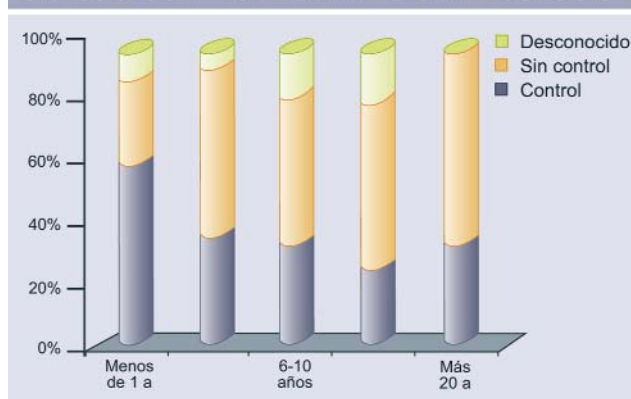
Tabla 1. PORCENTAJE DE PACIENTES TRATADOS SEGÚN EDAD

Edad	Tratados	No tratados
34-54	100%	0%
55-75	99,23%	0,77%
>75	97,83%	2,17%

Tabla 2. CONTROL SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Tiempo de evolución	Control		Sin Control		Desconocido	
	N	%	N	%	N	%
<1 AÑO	8	66,66	3	25	1	8,3
1-5 AÑOS	34	43,03	41	51,89	4	5,06
6-10 AÑOS	38	41,3	42	45,65	12	13,04
11-20 AÑOS	6	30	11	55	3	15
>20 AÑOS	2	40	3	60	0	0

Gráfico 3. CONTROL POR TIEMPO DE EVOLUCIÓN



y conocimiento del paciente acerca de su patología, alto coste del tratamiento, ausencia de sintomatología en algunos pacientes<sup>12</sup> e inercia terapéutica. Por este motivo nos hemos propuesto analizar este aspecto en nuestro medio.

La literatura consultada<sup>1,4,9, 2,13,14</sup> incluye a pacientes con edades similares a la de los nuestros. Al igual que nuestra muestra, la mayor parte está compuesta por varones.

El porcentaje de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica que está tratado con estatinas en nuestro medio es de 76,67%. Las estatinas son un tratamiento de alto coste y de larga duración, por lo que si no está registrada la prescripción continuada de las mismas consideramos que el paciente no está tomando el tratamiento. Autores como Lahoz C et al<sup>12</sup>, Mostaza JM et al<sup>13</sup>, Wei et al<sup>15</sup> o Ribera JA et al<sup>16</sup> muestran porcentajes similares en los resultados de sus estudios. Todos ellos fueron realizados en el ámbito de atención primaria.

Ninguno de los estudios que comparan los efectos de las estatinas ha encontrado diferencias estadísticamente significativas con respecto a la incidencia de nuevos eventos cardiovasculares o mortalidad<sup>17</sup> o a los efectos pleiotrópicos<sup>7</sup> de las mismas. En la literatura consultada se observa que la estatina más empleada es simvastatina<sup>18,19,20,21,22</sup>, lo que se corresponde con los datos obtenidos en nuestro medio.

Por otra parte, hemos observado que el número de mujeres tratado es menor que el de varones. Estudios<sup>7,23</sup> como los desarrollados por Lahoz et al<sup>12</sup>, Wei et al<sup>15</sup> o Newby et al<sup>24</sup>, coinciden con nuestras conclusiones.

Con respecto al control de los niveles de colesterol, el 42,51% de nuestros pacientes estaba bien controlado. Los resultados son similares, e incluso mejores que los de la literatura consultada.

Nuestros resultados sobre el control de las cifras de colesterol en relación con el tiempo transcurrido desde el episodio no se pueden comparar con la literatura revisada, ya que los estudios publicados están realizados en medio hospitalario<sup>25,26,27</sup>, controlando exhaustivamente al paciente mediante encuestas<sup>28</sup>, llamadas telefónicas<sup>19</sup> o consultas monográficas con el especialista.

El nuestro es un estudio de calidad realizado en un

único centro de salud, por lo que nuestros datos no se pueden extrapolar a centros similares.

## CONCLUSIONES

- El porcentaje de pacientes en prevención secundaria en nuestro centro es similar o incluso superior al porcentaje de pacientes tratados en estudios similares, en atención primaria o en medio hospitalario.
- El número de mujeres tratadas es significativamente menor que el número de hombres, lo cual coincide con los estudios publicados hasta la fecha.
- A menor tiempo transcurrido desde el evento coronario mayor índice de prescripción de tratamiento.
- Hay pocos estudios realizados en el ámbito de la atención primaria. Consideramos que los estudios acometidos en este ámbito probablemente sean más acordes con la realidad de los pacientes.

## FINANCIACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

El estudio no ha sido financiado por ninguna fuente. No existe conflicto de intereses por parte de ningún autor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lee HY, Cooke CE, Robertson TA. Use of Secondary Prevention Drug Therapy in Patients With Acute Coronary Syndrome After Hospital Discharge. *J Manag Care Pharm* 2008;14:271-80.
2. Law MR, Watt HC, Wald NJ. The Underlying Risk of Death After Myocardial Infarction in the Absence of Treatment. *Arch Intern Med* 2002;162:2405-2410;1].
3. Kausik K, Christopher P. Cannon and Peter Ganz. Beyond Lipid Lowering: What Have We Learned About the Benefits of Statins from the Acute Coronary Syndromes Trials? *Am J Cardiol* 2006;98(suppl):18P-25P.
4. Hulthen E, Jackson JL, Douglas K, George S, Villines TC. The Effect of Early, Intensive Statin Therapy on Acute Coronary Syndrome. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Intern Med* 2006;166:1814-1, 821.
5. Briel M, Nordmann AJ, C Bucher HC. Statin therapy for prevention and treatment of acute and chronic cardiovascular disease: update on recent trials and metaanalyses. *Curr Opinion in Lipidology* 2005;16:601-5.
6. Mood GR, Bavry AA, Roukoz H, Bhatt DL. Meta-Analysis of the Role of Statin Therapy in Reducing Myocardial Infarction Following Elective Percutaneous Coronary Intervention. *Am J Cardiol* 2007;100:919-23.
7. Blum A, Shamburek B. The pleiotropic effects of statins on endothelial function, vascular inflammation, immunomodulation and thrombogenesis. *Atherosclerosis* 2009;203:325-30.
8. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-97.
9. Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM,

## BIBLIOGRAFÍA

- Fonarow GC, et al. AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006. *Circulation* 2006; 113:2363-72.
10. Ramsay SE, Whincup PH, Lawlor DA, Papacosta O, Lennon LT, Thomas MO, et al. Secondary prevention of coronary heart disease in older patients after the national service framework: population based study. *BMJ* 2006;332:144-5.
11. Ferreres J, Bataille V, Leclercq F, Geslin P, Ruidavets JB, Grollier G, et al. Patterns of statin prescription in acute myocardial infarction. The French registry of Acute ST-elevation or non-ST-elevation Myocardial Infarction (FAST-MI). *Atherosclerosis* 2009;204:491-6.
12. Lahoz C, Mantilla T, Tabeada M, Soler B, Tranche S, López-Rodríguez I, et al. Gender differences in evidence-based pharmacological therapy for patients with stable coronary heart disease. *Int J Cardiol* 2009;133:336-40.
13. Mostaza JM, Criado A, Laguna F, Torrecilla E, Vicente I, Lahoz C. Conocimiento sobre el tratamiento dietético y farmacológico de la hipercolesterolemia y su relación con el control de objetivos en pacientes que reciben estatinas: estudio OPINA. *Aten Primaria* 2007;39:473-8.
14. Muhlestein JB, Horne BD, Bair TL, Li Q, Madsen TE, Pearson RR, et al. Anderson, MD. Usefulness of In-Hospital Prescription of Statin Agents After Angiographic Diagnosis of Coronary Artery Disease in Improving Continued Compliance and Reduced Mortality. *Am J Cardiol* 2001;87:257-61.
15. Wei L, Ebrahim S, Bartlett C, Davey PD, Sullivan FM, MacDonald TM. Statin use in the secondary prevention of coronary heart disease in primary care: cohort study and comparison of inclusion and outcome with patients in randomised trials. *BMJ* 2005;330:821.
16. Ribera JA, Peiró S. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica y perspectiva de género en dos centros de atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2006; 127:286-8.
17. Ward S, Jones ML, Pandor A, Holmes M, Ara R, Ryan A, et al. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. *Health Technology Assessment* 2007;1:No. 14.
18. Smith CS, Cannon CP, McCabe CH, Murphy SA, Bcntley J, Braunwald E. MD. Early initiation of lipid-lowering therapy for acute coronary syndromes improves compliance with guideline recommendations: Observations from the Orbofiban in Patients with Unstable Coronary Syndromes (OPUS-TIMI 16) trial. *Am Heart J* 2005;149:444-50.
19. Newby LK, Kristinsson A, Bhapkar MV, Aylward PE, Dimas AP, Klein WW, et al. Early Statin Initiation and Outcomes in Patients With Acute Coronary Syndromes. *JAMA* 2002;287:3087-95.
20. Vega G, Martínez S. Perfil del paciente con seguimiento y control inadecuados de los factores de riesgo cardiovascular después de presentar un infarto agudo de miocardio. *Aten Primaria* 2008;40:497-503.
21. Grupo de Investigación del estudio ELIPSE. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la provincia de Ciudad Real. Efectividad de la terapéutica hipolipemiente en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2000;115:321-5.
22. Ridker PM, Morrow DA, Rose LM, Rifai N, Cannon CP, MD, Braunwald E, MD. Hyperlipidemia Relative Efficacy of Atorvastatin 80 mg and Pravastatin 40 mg in Achieving the Dual Goals of Low-Density Lipoprotein Cholesterol <70 mg/dl and C-Reactive Protein <2 mg/l. An Analysis of the PRO VE-IT TIMI-22 Trial. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45:1644-8.
23. Wenger NK. Preventing Cardiovascular Disease in Women: An Update. *Clin Cardiol* 2008;31:109-13.
24. Newby LK, Allen NM, Chen AY, Kramer JM, Harnmill BG, DeLong ER, et al. Long-Term Adherence to Evidence-Based Secondary Prevention Therapies in Coronary Artery Disease. *Circulation* 2006;113:203-12.
25. Bailey TC, Noiro LA, Blickensdefer A, Rachmiel E, Schaiff R, Kessels A, et al. An Intervention to Improve Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Arch Intern Med* 2007;167:586-90.
26. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2007; 14 (Supp 2):E1-E40.
27. Olsson AG, Schwartz GG, Szarek M, Luo D, Jamieson MJ. Effects of High-Dose Atorvastatin in Patients >65 Years of Age With Acute Coronary Syndrome (from the Myocardial Ischemia Reduction With Aggressive Cholesterol Lowering [MIRACL] Study). *Am J Cardiol* 2007; 100:632-5.
28. Muñoz J, Gómez JJ, Santiago M, Teresa E, Cruz JM, Castro A. Effect of a Simple Educational Program for Physicians on Adherence to Secondary Prevention Measures After Discharge Following Acute Coronary Syndrome. The CAM Project. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57:1017-28.