



RV-D-014 - TRATAMIENTO CON ESTATINAS EN POBLACIÓN AVANZADA ¿TRATAMIENTO BASADO EN EVIDENCIAS O NECESIDAD DE DESPRESCRIPCIÓN?

E. Gutiérrez Cortizo, F. Caballero Granado, J. Fernández Soto, J. Arrabal Díaz, S. de la Rosa Riestra, M. Mansilla Rodríguez, E. Sánchez Ruiz Granados y M. Romero Jiménez¹

Medicina Interna. Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

Resumen

Objetivos: Las evidencias actuales son insuficientes para evaluar el riesgo-beneficio de iniciar tratamiento con estatinas en prevención primaria para reducir la morbimortalidad cardiovascular en mayores de 75 años, estando claramente establecidas en prevención secundaria. La necesidad de tratar a pacientes durante años para evitar un evento hace que en pacientes de edad avanzada pesen más los efectos secundarios e interacciones medicamentosas, no bien estudiadas en este grupo de edad. Desconocemos las características de los pacientes muy ancianos que realizan tratamiento con estatinas. Queremos conocer las características de la población anciana en tratamiento con estatinas, efectos secundarios y objetivos de control alcanzados.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes del Área Sanitaria Huelva. Población de 450.000 habitantes. A partir del registro de pacientes en tratamiento con cualquier estatina en los años 2015 y 2016 se han seleccionado aquellos pacientes con más de 75 años. Se realizó una selección aleatoria estratificando por grupo de edad y tipo de estatina para completar un 2% del total de pacientes. De cada paciente se ha recogido: edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, c isquémica, e ictus, insuficiencia renal, enfermedad arterial periférica, colesterol total, HDL, LDL, TG, creatinina, AST, ALT y CPK. Tipo de estatina: alta potencia (rosuvastatina y atorvastatina), y baja potencia (todas las demás).

Resultados: Se obtuvo un registro general de 14.472 pacientes de más de 75 años con estatinas, seleccionándose de forma estratificada y al azar un total de 288 pacientes. Se excluyeron 24 pacientes por no disponer de datos. Características de los pacientes: edad media 82 años; HTA 229 (86,74%); DM 112 (42,42%); Cardiopatía isquémica 62 (23,48%); ictus 50 (18,94%); enfermedad renal 62 (23,48%); arteriopatía periférica 9 (3,41%). Recibían tratamiento en prevención primaria 131 (49,62%) y en prevención secundaria 133 (50,38%). Se recogieron los siguientes parámetros analíticos ($X \pm DE$): colesterol $177,24 \pm 48,3$; LDL $100 \pm 40,3$; HDL $52,35 \pm 15,4$; TG $126,7 \pm 61,2$; creatinina $1,1 \pm 0,8$; CK $118,45 \pm 138,1$ y ALT $20,34 \pm 28,7$. Entre los pacientes que recibían tratamiento con estatinas de alta potencia (EAP), estaban en prevención primaria 28 y en prevención secundaria 75, mientras que entre los pacientes que recibían tratamiento con estatinas de baja potencia (EBP), estaban en prevención primaria 103 y en prevención secundaria 58. Cuando el uso de estatinas ha sido en prevención secundaria, 58 de 133 (43,6%) usaba EBP, obteniéndose control (LDL < 70) en 10 de 49 (20,4%); en aquellos que usaron EAP (75 de 133) 36 de 63 (57,1%) se obtuvo

control. Hemos encontrado escaso registro de enzimas musculares y algo mayor de función hepática. Toxicidad muscular: CK elevada en 2 de 37 (5,40%) con EAP y CK elevada en 5 de 23 (21,73%) con EBP. Toxicidad hepática: ALT elevada en 5 de 70 (7,14%) con EAP y ALT elevada en 9 de 55 (16,36%) con EBP.

Conclusiones: El uso de estatinas en prevención primaria en el paciente anciano es de 49,6%, muy elevado considerando que se trata de una indicación para la que no se tiene evidencia de uso en este grupo de edad. En prevención secundaria, el 43,6% usaba estatinas de baja potencia, obteniéndose control únicamente en el 20,4%; en aquellos que usaron estatinas de alta potencia, el 57,1% obtuvo control (LDL < 70). Desconocemos el motivo de baja proporción de control en usuarios de estatinas de alta potencia, y podría estar en relación con la falta de adherencia debido a la polimedicación, si bien esta variable no ha podido ser analizada. Se ha detectado un bajo porcentaje de toxicidad hepática o muscular por estatinas, siendo más alta en el grupo de EBP. Hubo un bajo interés por conocer efectos adversos o consecución de objetivos por la baja solicitud de analíticas.