

Análisis de la prescripción de hipolipidemiantes en un centro de Atención Primaria

J. Merino Romero, J. Gutiérrez Jodas y C. López Luque

Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pozoblanco. Córdoba.

OBJETIVO. Conocer el perfil de prescripción de fármacos hipolipidemiantes en nuestro centro de salud y su adecuación a las guías de práctica clínica

MÉTODOS. Estudio descriptivo transversal. La población de estudio la componen todos los diagnosticados de hiperlipidemia y con tratamiento farmacológico (774 pacientes). Mediante muestreo aleatorio simple se extrajo una muestra de 133 pacientes perteneciente a las ocho consultas de medicina de un centro de salud rural.

RESULTADOS. La media de edad fue de 65 años y el 68,4% eran mujeres. Las cifras medias de colesterol reflejadas son de 231 mg/dl y la de colesterol HDL se encontró registrada en el 30,8% de los pacientes. En el 90% no aparecía recogido el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (colesterol LDL) ni el cálculo del riesgo cardiovascular en el 89%. El 81% de los pacientes estaban incluidos en prevención primaria. El tipo de fármaco más prescrito fue la lovastatina (29%), seguido de simvastatina y atorvastatina con el 18% cada uno. En prevención primaria el 31% de los pacientes recibían lovastatina y en secundaria simvastatina el 36%.

CONCLUSIONES. El perfil de prescripción de hipolipidemiantes se adecua relativamente a las recomendaciones de las guías de práctica clínica. En nuestro centro de salud el abordaje de la hiperlipidemia como factor de riesgo cardiovascular, dista mucho de ser adecuado según las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas en prevención cardiovascular.

Palabras clave: prescripción de hipolipidemiantes, riesgo cardiovascular.

OBJECTIVE. To know the prescription profile of lipid lowering drugs in our health care center and its adaptation to the clinical practice guidelines.

METHODS. Descriptive crossover study. The study population is made up by all the patients diagnosed of hyperlipemia under drug treatment (774). A sample of 133 patients belonging to eight medical consultations of a rural health care center was obtained by simple random sampling.

RESULTS. The mean age was 65 years and 68.4% were women. The mean values of cholesterol found are 231 mg/dl and the HDL cholesterol was recorded in 30.8% of the patients. The low density lipoprotein bond cholesterol (LDL-cholesterol) was not recorded in 90% and the calculation of cardiovascular risk was not found in 89%. 81% of the patients were included in primary prevention. The type of drug prescribed most was Lovastatin (29%), followed by Simvastatin and Atorvastatin with 18% each one. In primary prevention, 31% of the patients received Lovastatin and in secondary prevention 36% received Simvastatin.

CONCLUSIONS. The prescription profile of the lipid lowering drugs is relatively adapted to the recommendations in the clinical practice guidelines. In our health care center, the approach to hyperlipidemia, as a cardiovascular risk factor, is far from being adequate according to the recommendations of the different scientific societies in cardiovascular prevention.

Key words: lipid lowering drug prescription. cardiovascular risk.

INTRODUCCIÓN

Si la hipercolesterolemia tiene importancia clínica es por su asociación con la enfermedad coronaria. España tiene una situación favorable respecto a la incidencia y mor-

talidad por enfermedad coronaria cuando se comparan las tasas con la de otros países occidentales¹, esto podría deberse a un mejor perfil lipídico (menor índice de colesterol total/c-HDL) por efecto del mayor uso del aceite de oliva, por la influencia de la dieta mediterránea, o por otros factores protectores hasta ahora desconocidos.

Durante esta última década se han publicado diferentes ensayos clínicos que demuestran claramente la eficacia del tratamiento hipolipidemiante en la reducción de la morta-

Correspondencia: Dr. J. Merino Romero.
C/Pilar, 13 Dostorres.
14460 Córdoba.
E-mail: med015463@nacom.es

Recibido el 14-3-2001; aceptado para su publicación el 5-7-2001.

lidad coronaria; no obstante, los resultados obtenidos en cuanto a efectividad distan mucho de los esperados²; posiblemente porque se trata de una medicación que ha de tomarse de por vida, con un precio elevado y con unos fines de control lipídico exigentes. Por todo ello, la decisión de incluir un fármaco en el tratamiento de los pacientes con hiperlipidemia debe ser meditada y apoyada en las evidencias científicas existentes. Las guías de práctica clínica para el tratamiento de la hipercolesterolemia recomiendan una intervención farmacológica en función del nivel de colesterol o de sus fracciones y del riesgo coronario, éste puede calcularse de forma cualitativa o cuantitativa. Así, la del *National Cholesterol Education Program* (NCEP) II³, el Grupo de Dislipidemia de la semFYC⁴ y el de las Sociedades Españolas de Arteriosclerosis, Medicina Interna e Hipertensión⁵ utilizan criterios cualitativos basados en el c-LDL para calcular el riesgo. Los criterios cuantitativos del riesgo coronario están incluidos en la Guía del PAPPs-semFYC⁶, la de las Sociedades Europeas⁷ y las Británicas⁸; en todas ellas, un riesgo elevado es lo que determina realmente la instauración del fármaco hipolipemiente, aunque el colesterol tenga valores normales o inferiores a los considerados normales.

Con el estudio pretendemos conocer los fármacos hipolipemiantes utilizados en nuestro centro y si dicha prescripción está en consonancia con la evidencia científica en cuanto a la indicación según el cálculo del riesgo cardiovascular y si se trata de prevención primaria o secundaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño es el de un estudio observacional descriptivo y transversal sobre pacientes hipercolesterolémicos realizado en el centro de Atención Primaria de Pozoblanco, situado en el Área Sanitaria Norte de Córdoba, que atiende a una población de unos 18.000 habitantes. El centro se encuentra acreditado para la formación postgrado de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y está dotado de sistemas informatizados de registro de historias clínicas (TASS). La población diana fueron los pacientes en los que constaba "hiperlipidemia" en el registro de factores de riesgo de la historia clínica y tenían prescritos fármacos hipolipemiantes (774 pacientes). La recogida de datos se realizó en el periodo comprendido entre octubre y diciembre del 2000.

Mediante muestreo aleatorio simple se obtuvo una muestra de 133 pacientes; según los registros de la historia clínica se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, colesterol total y sus fracciones (c-HDL y c-LDL), tipo de fármaco prescrito y si correspondía a prevención primaria o secundaria, así como la existencia del riesgo cardiovascular absoluto calculado y registrado en la historia.

Definimos hiperlipidemia a las cifras de colesterol total superiores a 220 mg/dl, en prevención primaria, y a niveles de c-LDL superiores a 130 mg/dl en prevención secundaria.

El análisis de los datos se realizó mediante un programa de hoja de cálculo (Excel) y el programa estadístico SPSS.

Puesto que es un estudio descriptivo nos hemos servido de la proporción para las variables cualitativas y la media para las cuantitativas.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes de la muestra fue de 65,79 años (rango, 38-88). El 68,4% eran mujeres. La cifra media de colesterol estaba en 231 mg/dl. Eran tributarios de una prevención primaria el 81,2% y de secundaria el 18,8% de todos los pacientes. Por sexos, la media de colesterol total en varones fue de 227 mg/dl y estaban encuadrados en prevención primaria el 76,2%, respecto a las mujeres, tenían una media de colesterol de 238 mg/dl y el 83,5% correspondían a prevención primaria. El c-HDL se encontró registrado en el 30,8% de los pacientes y de éstos, el 78% eran de prevención primaria. Las c-LDL no aparecían anotadas en el 90% de las historias y el cálculo del riesgo cardiovascular no se reflejó en el 89% de los pacientes. El tipo de fármaco más prescrito fue la lovastatina con el 29%, seguido de simvastatina y atorvastatina con el 18% cada uno; en la tabla 1 se enumeran todos los fármacos utilizados y sus dosis.

En cuanto al tipo de prevención, en prevención primaria el fármaco más prescrito fue la lovastatina con el 31,5% y en secundaria la simvastatina (36%). En las tablas 2 y 3 se realiza una descripción más detallada entre las diferencias observadas según el tipo de prevención.

DISCUSIÓN

La prescripción de fármacos hipolipemiantes se decanta hacia las estatinas a expensas de los fibratos, hecho que ya ha sido apuntado por otros estudios^{9,10}; presumiblemente esta tendencia podría ser consecuencia de los resultados observados en los últimos estudios¹¹⁻¹³ que han mostrado a este grupo de hipolipemiantes como los más potentes en relación a la disminución de las cifras de colesterol y a su capacidad para reducir la incidencia de episodios y la mortalidad por causa cardiovascular, sin olvidar la influencia que puede ejercer la industria farmacéutica sobre el profesional en cuanto a la toma de decisiones. Si nos atenemos a las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica

Tabla 1. Tipo de hipolipemiente y dosis utilizadas

Fármaco	N.º	Dosis media (mg/día)
Atorvastatina	25	10
Bezafibrato	1	400
Cerivastatina	2	0,2
Colestipol	2	—
Fenofibrato	5	680
Fluvastatina	10	25
Gemfibrocilo	3	950
Lovastatina	39	22,5
Pravastatina	21	16,5
Simvastatina	25	11,5
Total	133	

Tabla 2. Observaciones referidas a prevención primaria

Total de pacientes subsidiarios	81,2%
Varones	76%
Mujeres	83%
Cifra media de colesterol total	238 mg/dl
Porcentaje de pacientes con colesterol > 220 mg/dl	84%
Porcentaje de pacientes sin registro de c-LDL	91,7%
Pacientes sin registro del riesgo cardiovascular	88,9%
Tipo de fármaco prescrito	
Lovastatina	31%
Atorvastatina	17%
Pravastatina	14%
Simvastatina	14%
Otros	24%

nica en cuanto al tipo de estatina a utilizar, vemos que en prevención primaria se decantan por la lovastatina o pravastatina y en secundaria por simvastatina o pravastatina. Los resultados de nuestro estudio se aproximan bastante a dichas recomendaciones, aunque la prescripción de atorvastatina alcanza una proporción relevante, tanto en prevención primaria como en secundaria, y se convierte en el segundo fármaco prescrito. En concordancia con otros estudios^{9,14}, existe una mayor proporción de mujeres posiblemente debido a que éstas acuden con mayor frecuencia a las consultas, y por tanto la detección oportunista del colesterol es más factible que en el varón. Por otra parte, destaca lo elevado de la edad media de los pacientes de nuestro estudio, casi 66 años, no es extraño si tenemos en cuenta que se trata de una población rural y con una pirámide poblacional con gran proporción de mayores de 65 años. No obstante, el beneficio a largo plazo de los hipolipemiantes en la población por encima de los 75 años está en estudio, y se esperan conseguir algunos resultados a partir del estudio *Women's Health Initiative*¹⁵, estudio de prevención primaria con dieta en 48.000 mujeres de edad hasta 79 años, y del *Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Disease Trial*¹⁶, realizado en 2.002 individuos sin límite de edad superior, en tratamiento antihipertensivo o hipolipemiente, y de otros ensayos clínicos utilizando estatinas en población mayor de 70 años.

El c-HDL se registró en el 30,8% de todos los pacientes, cifra inferior a la encontrada por otros autores², aunque en

este caso se trataba de un estudio de prevención secundaria. Debemos tener presente que cifras bajas de HDL (<35 mg/dl) están reconocidas como factor de riesgo independiente de cardiopatía isquémica. La determinación de c-LDL y el cálculo del riesgo cardiovascular absoluto en los pacientes de nuestro estudio son prácticamente anecdóticas; esto nos induce a pensar que posiblemente se valore más la cifra de colesterol total que el riesgo cardiovascular a la hora de instaurar tratamiento farmacológico hipolipemiente. Es preocupante constatar este hecho puesto que hoy día no se aconseja abordar, y sobre todo en prevención primaria, la hipercolesterolemia como un factor de riesgo cardiovascular aislado, sino considerar el riesgo global de sufrir eventos cardiovasculares. Por otra parte, la proporción de pacientes que son subsidiarios de prevención primaria es muy semejante a la de otros estudios¹⁰, hecho importante, ya que el control y tratamiento, así como los objetivos a alcanzar, son muy diferentes según se trate de prevención primaria o secundaria.

En definitiva, existió una prescripción de fármacos hipolipemiantes bastante aproximada a lo que recomiendan las guías de práctica clínica, aunque a la hora de sentar la indicación de dicho tratamiento parece sustentarse exclusivamente en las cifras de colesterol total. Si tenemos en cuenta que la atención a la hipercolesterolemia es una de las actividades preventivas que más se realiza en los centros de Atención Primaria y que supone un esfuerzo añadido a nuestra actividad asistencial diaria, deberíamos ser más costo-eficientes e implementar estrategias para promover la incorporación de los ensayos clínicos a la práctica diaria, esto podría lograrse con la consecución de acuerdos o consensos establecidos localmente por los profesionales de cada centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chambless L, Keil U, Dobson A, Mähönen M, Kuulasmaa K, Rajakangas AM, et al. Population versus clinical view of case fatality from acute coronary heart disease. Results from the WHO MONICA Project 1985-1990. *Circulation* 1997;96:3849-59.
2. 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.
3. National Cholesterol Education Program. Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel II). *Circulation* 1994;89:1329-1445.
4. Grupo de trabajo de Dislipemias de la semFYC. Dislipemias. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria ed. 1997.
5. Sociedad Española de Arteriosclerosis, Sociedad Española de Medicina Interna, Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión Arterial. Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. *Clin Invest Arteriosclerosis* 1994;6:62-102.
6. Grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía de prevención cardiovascular. Madrid: Sersa, 1996.
7. Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancini G, Pyörälä K. Task Force Report: Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Atherosclerosis* 1998;140:199-270.

Tabla 3. Observaciones referidas a prevención secundaria

Total de pacientes subsidiarios	18,8%
Varones	23,8%
Mujeres	16,2%
Cifra media de colesterol total	219 mg/dl
Porcentaje de pacientes con colesterol total > 200 mg/dl	72%
Porcentaje de pacientes sin registro de c-LDLc	84%
Pacientes sin cálculo del riesgo cardiovascular	92%
Tipo de fármaco prescrito	
Simvastatina	36%
Atorvastatina	24%
Lovastatina	20%
Pravastatina	20%

8. British Cardiac Society, British Hyperlipidaemia Association, British Hypertension Society, endorsed by the British diabetic Association. Joint British recommendations on prevention of coronary heart disease in clinical practice. *Heart* 1998;80(Supp2):S1-S29.
9. Martínez G, Quiñones S, Castillo L, Ramos A, Avellana E, Ciurana R, Mata M. Adecuación del tratamiento farmacológico a las recomendaciones de un protocolo de actuación ante la hipercolesterolemia en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1996;18:176-82.
10. Bonet S, García Villena I, Tomás Santos P, Tapia Mayor I, Gussinye Canabal P, Mundet Tuduri X. ¿Cuándo y cómo tratamos a nuestros pacientes hipercolesterémicos? *Aten Primaria* 1999;24:397-403.
11. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994;344:1367-73.
12. West of Scotland Prevention Study Group Screening experience and baseline Characteristics in the West Scotland Coronary Prevention Study. *Am J Cardiol* 1995;76:485-91.
13. Downs JR, Clearfield M, Weis S, Whitney E, Shapiro DR, Beere PA, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol level: results of AFCAPS/TexCAPS Air Force/Texas coronary atherosclerosis study. *JAMA* 1998;279:1615-22.
14. Vilaseca J, Buxeda C, Cámara C, Flor F, Pérez R, Sánchez M. ¿Tienen riesgo coronario los pacientes que tratamos con hipolipemiantes? *Aten Primaria* 1997;20:49-53.
15. The Women's Health Initiative Study Group. Design of the women's health initiative clinical trial and observational study. *Con Clin Trials* 1998;19:61-109.
16. Davis BR, Cutler JA, Gordon DJ, Furberg CD, Wright JT Jr, Cushman WC por el ALLHAT Research Group. Rationale and design for the antihypertensive and lipid lowering treatment to prevent heart attacks trial (ALLHAT). *Am J Hypertens* 1996;9:2342-60.