

Uso de la estrategia de alta intensidad con estatinas ¿Se cumplen las pautas establecidas?

Use of High-Intensity Statin Strategy. Are the Guidelines Followed?

YANINA B. CASTILLO COSTA, VÍCTOR M. MAURO, ADRIÁN A. CHARASK, ENRIQUE FAIRMAN, HUGO BUHEZO, CARLOS BARRERO

RESUMEN

Introducción: La prevención secundaria en pacientes menores de 76 años que han padecido un evento vascular o han sido revascularizados incluye el uso de estatinas en altas dosis.

Objetivo: Evaluar la adherencia al año a dicho tratamiento instituido desde el alta de la internación en UCO.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo de pacientes consecutivos durante el período enero-noviembre de 2015. Seguimiento (mediana) 9 meses.

Resultados: Dosecientos diez pacientes. El 83% eran hombres. La edad (mediana) alcanzó los 59 años (52-67,5). El 74,5% tuvo alta con atorvastatina a 40 mg/día; un 19%, con rosuvastatina a 20 mg/día; un 2,7%, con atorvastatina a 80 mg/día; y un 3,9%, con rosuvastatina a 40 mg/día. Un 50% de los pacientes continuaron tomando estatinas de alta intensidad, 28% redujeron la dosis y 22% abandonaron el tratamiento.

Conclusiones: Solo la mitad de los pacientes con alto riesgo vascular o procedimiento de revascularización reciente mantiene el tratamiento al año.

Palabras clave: Prevención secundaria - Estatinas - Cumplimiento de la Medicación - Cooperación del Paciente

ABSTRACT

Background: Secondary prevention in patients < 76 years with history of a vascular event or previous revascularization includes the use of high intensity-statin therapy.

Objective: The aim of this study is to evaluate the 1-year adherence to treatment since patients' discharge from the coronary care unit.

Methods: We conducted a prospective study of consecutive patients between January and November 2015. Median follow-up was 9 months.

Results: A total of 210 patients were included; 83% were men and median age was 59 years (52-67.5). Most patients (74.5%) were discharged with atorvastatin 40 mg/day, 19% with rosuvastatin 20 mg/day, 2.7% with atorvastatin 80 mg/day and 3.9% with rosuvastatin 40 mg/day. Half of the patients continued with high-intensity statins, 28% reduced the dose and 22% stopped the treatment.

Conclusions: Only half of the patients with high vascular risk or history of recent revascularization continues with the treatment after one year.

Key words: Secondary Prevention - Statins - Medication Adherence - Patient Compliance

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo (SCA) o han sido revascularizados están en riesgo de sufrir nuevos eventos isquémicos en la evolución, por lo cual la prevención secundaria es fundamental. La guía estadounidense para el manejo del colesterol, publicada en el año 2013, (1) generó un cambio radical en la visión del tratamiento hipolipemiente en los pacientes de alto riesgo vascular, ya que pone como objetivo la dosis de estatina en vez de los valores de LDL por alcanzar. Es sabido que es más probable mantener los tratamientos a largo plazo si se han instrumentado ya desde el alta de la internación. (2) Realizamos este trabajo con el objetivo de evaluar el cumplimiento al

año de la indicación de estatinas de alta intensidad de una población externada de la unidad coronaria bajo esa precisa indicación luego de haber padecido un evento cardiovascular o haber sido sometido a una revascularización miocárdica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo, observacional, de una cohorte de pacientes que fueron internados en la unidad coronaria durante el período enero-noviembre del 2015 por cuadros coronarios agudos o procedimientos de revascularización miocárdica (angioplastia coronaria o revascularización quirúrgica), menores de 76 años y que fueron externados con indicación precisa de tratamiento con estatinas de alta intensidad, tal como lo recomienda la guía 2013 de manejo del

Rev Argent Cardiol 2018;86:46-48.<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v86.i1.11430>

Recibido: 18/06/17 - Aceptado: 29/08/17

Dirección para separatas: Yanina Castillo Costa: Directorio 2037, 7.º piso E-mail:yanu_c@hotmail.com

colesterol. El seguimiento fue a 1 año mediante entrevista por consultorio externo o telefónica. Se recabaron datos acerca de la dosis diaria de estatinas, el porcentaje de reducción/abandono de esta y sus motivos.

Fueron excluidos aquellos que tenían contraindicaciones para el uso de estatinas, los mayores de 76 años de edad, insuficiencia cardíaca CF II-IV, diálisis crónica y los que no se pudieron contactar para el seguimiento.

Fue definido el uso de estatinas en estrategia de alta intensidad como el empleo de atorvastatina 40-80 mg/día o rosuvastatina 20-40 mg/día. Estrategia de moderada intensidad: uso diario de atorvastatina 10-20 mg, rosuvastatina 10 mg, simvastatina 20-40 mg, pravastatina 40 mg o lovastatina 40 mg.

Análisis estadístico

Para la presentación de los resultados se utilizaron tablas de frecuencias. Las variables categóricas se expresan en porcentaje y las variables continuas se presentan como media y desviación estándar o como mediana y rango intercuartilo (RIC 25-75%) de acuerdo con su distribución. La comparación de las variables continuas se realizó con la prueba T de Student o la prueba U de Mann-Whitney, según su distribución. La asociación entre las variables discretas se evaluó con la prueba de chi cuadrado con corrección de Yates o Fisher y con chi de tendencias según correspondiera. Todos los análisis fueron a dos colas y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con el programa EpiInfo 7.2 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta).

Consideraciones éticas

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité Revisor institucional. Los pacientes brindaron consentimiento informado al momento de la internación en unidad coronaria.

RESULTADOS

Fueron incluidos 210 pacientes. Sus características se detallan en la Tabla 1. El motivo de la indicación de estatinas en alta intensidad fue un síndrome coronario agudo sin elevación del ST en el 43,4%, un síndrome coronario agudo con elevación del ST en el 28,6%, angioplastia programada en el 22% y cirugía cardíaca programada 6%.

Se utilizó atorvastatina a 40 mg/día en un 74,5%; rosuvastatina a 20 mg/día, en un 19%; atorvastatina a 80 mg/día, en un 2,7%; y rosuvastatina a 40 mg/día, en un 3,8%.

En el seguimiento al año [mediana: 9 meses, (RIC 25-75%) 7-11,5 meses] solo el 50% (n: 104) de los pacientes continuaba tomando estatinas en alta intensidad, un 28% (n: 54) habían reducido la dosis e, incluso, un 22% (n: 40) había abandonado el tratamiento. Los motivos de suspensión/reducción fueron por indicación médica en un 53% y por iniciativa propia del paciente en el 47% de los casos (Tabla 2). En los pacientes que redujeron o suspendieron el tratamiento por su propia decisión (n: 43), la información obtenida por los pacientes mediante internet fue la responsable de su decisión en más de un tercio de los casos (Figura 1).

Limitaciones

Este estudio fue realizado íntegramente en una clínica privada en la cual se atienden pacientes con cobertura de salud (prepaga, obra social), por lo cual nuestra realidad puede diferir de la de otros grupos socio-económicos.

DISCUSIÓN

La falta de cumplimiento de los tratamientos prescritos no es privativo de los pacientes con enfermedad cardiovascular, sino, por el contrario, es común a todas las patologías crónicas. (3) Ejemplos concretos encontramos en el tratamiento de la hipertensión arterial, la diabetes, sida, tuberculosis y depresión, entre otras.

En la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular, la proporción de pacientes con buena adherencia no solo es baja, (4) sino que, además, disminuye progresivamente en el tiempo: (5) a los seis meses de haber iniciado un tratamiento efectivo más del 50% de los pacientes deciden abandonar la medicación o los cambios en el estilo de vida. (6) Numerosas son las razones que llevan a esta situación: algunas relacionadas con el carácter asintomático de la enfermedad, la cronicidad, la situación personal del paciente, la falta de comunicación médico-paciente, la escasa accesibilidad a los servicios médicos o el costo. (7, 8) En el estudio PURE, (4) se analizó el empleo de medicamentos en relación con el nivel de ingresos de los distintos países involucrados y se evidenciaron oscilaciones importantes en el porcentaje de pacientes que recibían medicación de probada eficacia en prevención secundaria: el 66,5% en los países más ricos y solo un 3,3% en los más pobres. De todas maneras, lo económico no parece ser el único condicionante para no recibir un tratamiento adecuado, ya que diferentes experiencias en Estados Unidos (9) y Canadá (10) mostraron que,

Tabla 1. Características basales (n: 210)

n: 210	%
Género masculino	83
Edad mediana (RIC 25-75%) años	59 (52-67,5)
Dislipemia	49
Diabetes	23
TABAQUISMO	28
Enfermedad vascular periférica	41
SCA con ST	28,6
SCA sin ST	43,4
Angioplastia programada	22
Cirugía de revascularización miocárdica	6

SCA: Síndrome coronario agudo..

	Reducción de dosis	Abandono de medicación
Indicación médica n: 43	55 (90%)	6 (10%)
Iniciativa del paciente n: 61	9 (21%)	34(79%)

Tabla 2. Motivos de reducción/abandono de la estrategia de alta intensidad con estatinas

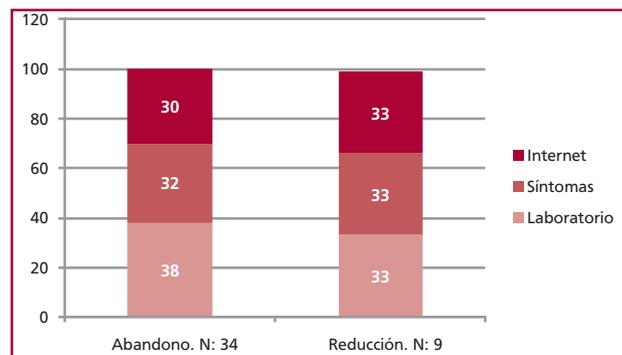


Fig. 1. Causas de abandono/reducción de la terapéutica de alta intensidad con estatinas por decisión personal de los pacientes. N: 43.

aun proveyendo gratuitamente la medicación a los pacientes, el nivel de adherencia al año era solo del 55%. En nuestra experiencia, el 100% de la población tenía cobertura médica y solo la mitad de los pacientes adherieron a la estrategia de alta intensidad con estatinas al año. Recientemente, Colantonio y cols (11) observaron que la adherencia a la estrategia de alta intensidad en casi 30 000 pacientes entre 66 y 75 años de un registro de beneficiarios del Medicare en los Estados Unidos que el 58,9% de los pacientes mantenían una alta adherencia al tratamiento (definida como cumplimiento mayor al 80%) a 6 meses y que bajaba al 41,6% a los dos años. Un 8,7% a 6 meses y un 13,4% a 2 años bajaron las dosis, y un 12,4% a 6 meses y un 18,8% a dos años discontinuaron la estatina.

El incumplimiento del tratamiento prescripto conlleva un deterioro de la calidad de vida de los pacientes, incrementa los gastos en salud e, incluso, aumenta la mortalidad a largo plazo. (12) La baja adherencia al tratamiento con estatinas en los pacientes posinfarto implica un riesgo 25% mayor de mortalidad en relación con los pacientes que las toman habitualmente, (13) por lo cual, conocer y revertir esta situación se torna vital.

En nuestro trabajo, uno de cada tres pacientes que suspendieron o redujeron la dosis de la medicación prescripta por su propia decisión basaron su accionar en información obtenida mediante internet similar a otras experiencias, (14, 15) lo que obliga a que tanto las sociedades científicas como los organismos de atención de la salud pública tomen un papel más activo en brindar información fidedigna acerca de las patologías y sus tratamientos, accesible a la consulta de los pacientes sobre los beneficios y las dudas que ellos puedan tener sobre la intensidad y continuidad del tratamiento con estatinas. Esto asegurará la correcta adherencia al tratamiento prescripto. En este sentido, la Sociedad Argentina de Cardiología es pionera con su página web Wikicardio dirigida a la comunidad.

CONCLUSIÓN

La prevención secundaria es subóptima en los pacientes que sufrieron un SCA o fueron sometidos a un proceso de revascularización miocárdica. Solo la mitad de ellos

continúan al año con la indicación de estrategia de alta intensidad con estatinas a pesar de que en la mayoría de los casos esta situación es fácilmente reversible sobre la base de una adecuada información tanto al paciente como al médico tratante. Conociendo esta realidad, podremos enfocarnos en identificar las barreras que hacen que solo la mitad de los pacientes estén bajo el tratamiento adecuado con estatinas en prevención secundaria. Esto, a su vez, posibilitará corregir las falencias y, así, mejorar significativamente la salud pública en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

- 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;129:S1-S45. <http://doi.org/www>
- Mc Bride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res* 2003;18:156-70. <http://doi.org/dnthzs>
- Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *Arch Intern Med*. 2007;167:540-50. <http://doi.org/czxcgj>
- Yusuf S, Islam S, Chow CK, Rangarajan S, Dagenais G, Diaz R, et al; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study Investigators. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet*. 2011;378:1231-43. <http://doi.org/c7fjww>
- Wei L, Fahey T, MacDonald TM. Adherence to statin or aspirin or both in patients with established cardiovascular disease: exploring healthy behaviour vs. drug effects and 10-year follow-up of outcome. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;66:110-6. <http://doi.org/bbx869>
- Castellano JM, Copeland-Halperin R, Fuster V. Aiming at strategies for a complex problem of medical nonadherence. *Glob Heart* 2013;8:263-71. <http://doi.org/cnjx>
- Gadkari AS, McHorney CA. Medication nonfulfillment rates and reasons: narrative systematic review. *Curr Med Res Opin*. 2010;26:683-705. <http://doi.org/cr6489>
- Marcum ZA, Sevick MA, Handler SM. Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA*. 2013;309:2105-6. <http://doi.org/cncs>
- Choudhry N, Avorn J, Glynn R, Antman E, Schneeweiss S, Toscano M, et al. for the Post-Myocardial Infarction Free Rx Event and Economic Evaluation (MI FREEE) Trial. *N Engl J Med* 2011;365:2088-97. <http://doi.org/d99wzw>
- Schneeweiss S, Patrick AR, Maclure M, Dormuth CR, Glynn RJ. Adherence to statin therapy under drug cost sharing in patients with and without acute myocardial infarction: a population-based natural experiment. *Circulation*. 2007;115:2128-35. <http://doi.org/b353fp>
- Colantonio LD, Huang L, Monda KL, Bittner V, Serban MC, Taylor B, et al. Adherence to High-Intensity Statins Following a Myocardial Infarction Hospitalization Among Medicare Beneficiaries. *JAMA Cardiol*. 2017;2:890-5. <http://doi.org/cnjz>
- Kumbhani DJ, Steg PG, Cannon CP, Eagle KA, Smith SC Jr, Hoffman E, et al; Reduction of Atherothrombosis for Continued Health Registry Investigators. Adherence to secondary prevention medications and four-year outcomes in outpatients with atherosclerosis. *Am J Med*. 2013;126:693-700.e1.
- Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship Between Adherence to Evidence-Based Pharmacotherapy and Long-term Mortality After Acute Myocardial Infarction. *JAMA* 2007;297:177-86. <http://doi.org/bxcbxh>
- Nielsen SF, Nordestgaard BG. Negative statin-related news stories decrease statin persistence and increase myocardial infarction and cardiovascular mortality: a nationwide prospective cohort study. *Eur Heart J*. 2016;37:908-16. <http://doi.org/bp9n>
- Matthews A, Herrett E, Gasparrini A, Van Staa T, Goldacre B, Smeeth L, et al. Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary care data. *BMJ*. 2016;353:i3283. <http://doi.org/bp9m>