

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS HIPOLIPEMIANTE EN SEIS OFICINAS DE FARMACIA DE VIZCAYA

AUTORES

Natalia Burgos-Alonso¹
Amanda López-Picado²
Luis Carlos Abecia Inchaurregui¹

1. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UPV/EHU.
2. Unidad de Investigación de Álava. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

PALABRAS CLAVE

PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL
Hipolipemiantes, dispensación, encuesta.

PALABRAS CLAVE EN INGLÉS
Lipid lowering drug, dispensation, survey.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte en nuestro país, provocando en torno al 40% del total de fallecimientos¹. El mantenimiento de las tasas de colesterolemia en valores normales se asocia en términos generales a una disminución de la incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica y ECV².

El control del colesterol plasmático se ha convertido en una medida preventiva de primer orden para la cual, además de la elección de una dieta adecuada y hábitos de vida saludables, como no fumar o practicar ejercicio físico, se cuenta con un grupo específico de medicamentos: los hipolipemiantes.

Estos fármacos son útiles en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, constituyendo el grupo de fármacos que más coste supone al Sistema Nacional de Salud³. Su prescripción ha sufrido un aumento importante en los últimos años⁴ debido probablemente al sobrepeso, sedentarismo y aumento de la esperanza de vida en los países industrializados.

El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer las características del consumo de fármacos hipolipemiantes mediante encuestas a los pacientes en seis farmacias comunitarias en la provincia de Vizcaya.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO, ÁMBITO Y DURACIÓN DEL ESTUDIO

Estudio transversal realizado en seis farmacias comunitarias de Vizcaya de enero a julio de 2008.

SUJETOS

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Demanda por el propio paciente de medicamentos para el tratamiento de la hiperlipemia con su correspondiente receta.

- b) Pacientes con edad igual o superior a 18 años.

- c) Consentimiento por parte del paciente para tomar parte del proyecto.

PROCEDIMIENTO

Se recogieron los datos de dispensación a los pacientes que demandaron por sí mismos la medicación prescrita para el tratamiento de la hiperlipemia.

En la entrevista se registraron los datos referentes a las características de la muestra (sexo y edad) y de la prescripción e indicación, así como la duración de tratamiento. También se les preguntó cómo ha influido el tratamiento y si lo han complementado con otros hábitos de vida. Por último, nos interesó conocer si utilizaban algún otro medicamento (Tabla 1).

TABLA 1 ENCUESTA

- ✓ Sexo.
- ✓ Edad.
- ✓ Nombre del medicamento que le han prescrito.
- ✓ La presentación en la que ha sido prescrito.
- ✓ ¿Cuándo fue diagnosticado y de qué?
- ✓ ¿Cuánto tiempo lleva tomando este producto?
- ✓ ¿Le han cambiado el producto para la misma enfermedad?
- ✓ ¿Mantiene su colesterol y/o triglicéridos en valores normales?
- ✓ Desde que fue diagnosticado, ¿ha cambiado su dieta?
- ✓ Desde que fue diagnosticado, ¿ha cambiado sus hábitos de vida (ejercicio físico, etc.)?
- ✓ ¿Qué otros medicamento toma, tanto para el colesterol como para otras afecciones?

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se utilizó el programa SPSS® v.16. Las variables categóricas se describieron mediante porcentajes, mientras que las continuas mediante media y desviación estándar. La prueba de chi cuadrado fue utilizada para comparar variables categóricas mientras que la t de Student fue utilizado en las continuas.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se registraron un total de 101 dispensaciones consecutivas de medicamentos hipolipemiantes, mayoritariamente mujeres (55,4%). La edad media de los pacientes fue 66,2 años (en el caso de los hombres 65,3 años y 67,0 años en mujeres).

La mayoría llevaba más de cinco años utilizando el medicamento (56,4% de los participantes), siendo no significativa estadísticamente la diferencia entre hombres y mujeres ($p=0,8$). Principalmente fueron tratados de hipercolesterolemia (58,4%) y un 18,8% de los pacientes no conocía la patología que padecía (Tabla 2). Al 71,2% no le cambiaron el medicamento ninguna vez, desde que comenzaron el tratamiento, y el 74,3% afirmaba mantener los valores de colesterol normales. Respecto a los hábitos higiénico-dietéticos de los pacientes (Tabla 3), sólo un tercio practicaba ejercicio físico, el 36,6%, no existiendo diferencia estadísticamente significativa entre sexos ($p=0,2$), a pesar

TABLA 3 HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS E INFORMACIÓN SOBRE SI PADECE DIABETES

Cambio de dieta				
	Hombres (n=45)	Mujeres (n=56)	Total (n=101)	P*
SÍ	16 (35,6%)	27 (48,2%)	43 (42,6%)	0,201
NO	29 (64,4%)	29 (51,8%)	58 (57,4%)	
Ejercicio				
	Hombres (n=45)	Mujeres (n=56)	Total (n=101)	P*
SÍ	17 (37,8%)	20 (35,7%)	37 (36,6%)	0,831
NO	28 (62,2%)	36 (64,3%)	64 (63,4%)	
Diabetes				
	Hombres (n=45)	Mujeres (n=56)	Total (n=101)	P*
SÍ	7 (15,6%)	17 (30,4%)	24 (23,8%)	0,082
NO	38 (84,4%)	39 (69,6%)	77 (76,2%)	

*Valores obtenidos mediante la prueba de chi cuadrado.

de que la mayoría fueron hombres. En lo que a dieta se refiere, hombres y mujeres admitían llevar una dieta adecuada, 43 (42,6%), y, aunque no existían diferencias significativas, se observó que las mujeres eran principalmente las que seguían una dieta para controlar el colesterol, un 48,2% ($n=27$) de las mujeres frente a un 35,6% de los hombres.

El porcentaje de pacientes con diabetes e hiperlipemia fue un 23,8%. En el caso

de las mujeres un 30,4% ($n=17$) y en los hombres un 15,6% ($n=7$), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($p=0,08$). Respecto a la medicación dispensada, los pacientes de nuestro estudio consumieron principalmente fármacos del subgrupo inhibidores de HMGCoA reductasa (91,1%), también conocidos como estatinas, sin que existan diferencias significativas entre sexos, y, dentro de éstos, el principio activo más dispensado (Tabla 4) fue atorvastatina, suponiendo un 38,6% del total de dispensaciones, seguido de simvastatina (29,7%) y pravastatina (10,9%). Respecto a los fibratos se dispensó sólo en un 5,9% de casos, siendo bezafibrato, fenofibrato y gemfibrocilo los principios activos dispensados, aunque también se dispensó ezetimiba en una ocasión. A dos personas se les prescribió terapia combinada. En el análisis de la dispensación de medicamentos genéricos, éstos supusieron un 27,7% del total, sin existir diferencias entre sexos. Se dispensaron un total de seis recetas de pravastatina genérica (54,5%) y trece de simvastatina (56,7%) pero no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($p=1,00$).

TABLA 2 INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE

Indicación			
	Hombres (n=45)	Mujeres (n=56)	Total (n=101)
Hipercolesterolemia	27 (60,0%)	32 (57,14%)	59 (58,4)
Hipertrigliceridemia	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (1%)
HC+HTG	4 (8,9%)	12 (21,4%)	16 (15,8%)
Otros	3 (6,7%)	3 (5,4%)	6 (5,9%)
No sabe	10 (22,2%)	9 (16,1%)	19 (18,8%)

TABLA 4 PRINCIPIOS ACTIVOS

Principio activo			
	Hombres (n=45)	Mujeres (n=56)	Total (n=101)
Atorvastatina	19 (42,2%)	20 (35,7%)	39 (38,6%)
Bezafibrato	0 (0%)	2 (3,6%)	2 (2%)
Ezetimina	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (1%)
Fenofibrato	1 (2,2%)	1 (1,8%)	2 (2%)
Fluvastatina	4 (8,9%)	3 (5,4%)	7 (6,9%)
Gemfibrozilo	1 (2,2%)	1 (1,8%)	2 (2%)
Lovastatina	2 (4,4%)	3 (5,4%)	5 (5%)
Pravastatina	4 (8,9%)	7 (12,5%)	11 (10,9%)
Simvastatina	12 (26,7%)	18 (32,1%)	30 (29,7%)
Terapia combinada	1 (2,2%)	1 (1,8%)	2 (2%)

Estos pacientes consumían también otros medicamentos, principalmente fármacos del grupo C (aparato cardiovascular), grupo A (aparato digestivo) y N (sistema nervioso).

Finalmente analizamos el tipo de fármacos que consumían estas personas aparte de fármacos hipolipemiantes. El 52,5% (n=53) de los encuestados tomaban más de tres fármacos. Entre las mujeres el porcentaje fue 57,1% (n=32) y 46,7% (n=21) en hombres. A la mitad se les prescribía al mismo tiempo algún medicamento antihipertensivo (49,5%), seguido de protectores de estómago (16,8%), ansiolíticos (16,8%) y fármacos antitrombóticos (14,8%).

fue la hipercolesterolemia, seguido de hipertrigliceridemia e hipertrigliceridemia mixta.

Llama la atención que la mayoría no han cambiado nunca de medicamento (71,3%). Esto se debe, quizás en parte, a un considerable problema de inercia terapéutica, la cual determina una conducta pasiva de los médicos ante situaciones que requieren una modificación terapéutica cuando las evidencias y las recomendaciones de las *Guías de Práctica Clínica* indican lo contrario. Suele estar relacionada habitualmente con la formación y actitud del médico y, de hecho, es muy común en el tratamiento de enfermedades crónicas tales como diabetes, hipercolesterolemia e HTA, especialmente en sus fases asintomáticas^{7,8}. También debemos considerar la eficacia del medicamento, ya que el 74,3% de la muestra prefiere mantener valores adecuados. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no se dispuso de los resultados analíticos

y que fueron los pacientes los que transmitieron esta información.

Por otra parte, llama la atención que el 18,8% desconocía la indicación del tratamiento. Es importante que el paciente conozca la enfermedad y el papel del fármaco para así asegurar un buen cumplimiento terapéutico, especialmente en patologías en las que no hay sintomatología, como la hiperlipemia. Numerosas sociedades han hecho hincapié en la importancia de las medidas higiénico-sanitarias para el control de esta patología. En nuestra muestra el 42,6% de pacientes cambió de dieta al conocer su enfermedad para regular su colesterol. Sin embargo, este porcentaje se encuentra muy por debajo del estudio HISPALIPID⁵, donde aproximadamente el 70% de los pacientes mantienen una dieta correcta. Además, el 36,6% practicaba ejercicio físico, muy por debajo también de este mismo estudio donde el 67,1% lo realizaba. Esto puede ser debido a que aquellos pacientes que participan en un estudio son más proclives al cumplimiento del tratamiento, así como de las medidas higiénico-sanitarias pautadas por el médico.

Es interesante observar que el 23,8% de personas con tratamiento hipolipemiente padecía diabetes al igual que en el estudio HISPALIPID⁵ (23,5%). Así, se observa una relación entre las dos enfermedades. De hecho, varios estudios¹⁰ han propuesto que el síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2, juntamente con la obesidad, son enfermedades interrelacionadas que comparten mecanismos de aparición y evolución y que, con frecuencia, ocasionan complicaciones cardiovasculares. Su prevalencia crece alarmantemente y debería mover a los profesionales de la salud, como los farmacéuticos, y a los gestores sanitarios a implantar medidas urgentes para prevenir la aparición de estas complicaciones. Las más eficaces, aunque menos practicadas, son las relacionadas con el estilo de vida¹¹.

Un análisis detallado de la dispensación de los distintos fármacos hipolipemiantes nos permitió comprobar que el subgrupo de principios activos más consumido fue el denominado inhibidores de la HMG CoA reductasa (estatinas), que representó un 91,1% del total. Al igual que un estudio realizado en la comunidad autónoma del País Vasco en el año 2005⁴, observamos que

DISCUSIÓN

Las características de los pacientes de nuestra muestra fueron similares a las de otros estudios^{5,6} y, al igual que nuestro estudio, la patología principal

su consumo se encuentra en claro ascenso. De hecho, las estatinas son los fármacos de primera elección en estos casos, tanto en prevención primaria como secundaria¹².

El segundo subgrupo de fármacos hipolipemiantes más dispensado fue el de los fibratos. Concretamente, los únicos principios activos dispensados fueron fenofibrato y gemfibrozilo. Los fibratos se han utilizado en la práctica clínica durante décadas, debido a su capacidad de reducir los niveles plasmáticos de TG, incrementar los niveles de cHDL y reducir moderadamente los niveles de cLDL¹³. Son más adecuados para personas que padecen hiperlipemia combinada¹⁴.

La dispensación de ezetimiba en nuestro estudio fue anecdótica, debido a que coincidió con los primeros años de la comercialización de este fármaco. Varios estudios clínicos han demostrado que ezetimiba es efectiva, tanto en monoterapia como combinada con estatinas. No obstante, ezetimiba en monoterapia es menos eficaz que las estatinas para reducir específicamente los niveles plasmáticos de c-LDL. En nuestro estudio observamos como dos de los pacientes incluidos en la observación siguen una terapia combinada¹⁵.

Entre los encuestados, el 27,7% de los pacientes fue tratado con medicamentos genéricos, una cifra similar si lo comparamos con otros trabajos^{16,17}. Aunque en nuestro estudio el porcentaje es limitado, es de suponer que la prescripción por principio activo y la receta electrónica favorezcan el aumento.

Finalmente, si observamos qué otros fármacos consumen estos pacientes, comprobamos que el 49,5% toma medicamentos antihipertensivos. En este sentido cabe reseñar que se ha descrito que los pacientes hipertensos manifiestan con frecuencia altos niveles de colesterol y que la combinación de fármacos para el tratamiento de ambas alteraciones resulta beneficiosa para reducir el RCV¹⁸. La hipercolesterolemia, tal y como se ha comentado anteriormente, se encuentra dentro del conocido síndrome metabólico, por lo que es lógico que pacientes con esta patología presenten otras patologías relacionadas.

Nuestro estudio presenta una serie de limitaciones. Al tratarse de datos recogidos mediante encuestas, no se pudo confirmar en ningún caso los datos proporcionados por los pacientes, por lo

que es probable que la adherencia al tratamiento, el nivel de colesterol y otras medidas higiénico-sanitarias sean menores o mayores. Pese a que el número de encuestas es menor que en otros estudios, la realización en distintas oficinas de farmacia de Vizcaya limita el impacto y nos permite obtener una visión general de la dispensación en otros municipios de esta provincia.

En definitiva, nuestro estudio sugiere que los hipolipemiantes son un grupo ampliamente utilizado en nuestro entorno, siendo atorvastatina el fármaco más prescrito. A pesar del arsenal terapéutico disponible en la actualidad, es importante instaurar medidas para fomentar hábitos alimenticios correctos y evitar el sedentarismo. **FC**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Donado Campos JM, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2007. Madrid: Ergon; 2007. p. 43-52.
2. Kottke TE, Brekke MJ, Brekke LN, Dale LC, Brandel CL, DeBoer SW, et al. The Cardiovision 2020 baseline community report card. *Mayo Clin Proc* 2000; 75(11): 1153-9.
3. Anónimo. Subgrupos ATC de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud en 2007. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2008; 32 (4):128-31.
4. Abecia Inchaurregui LC, Abasolo Osinaga E, Etxeandia Ikobaltzeta I, Burgos Alonso N, López Picado A, Fernández Bilbao M. Evolución de la utilización de hipolipemiantes en la Comunidad Autónoma del País Vasco (1992-2005) Atención farmacéutica 2009; 11(6): 361-367.
5. Vegazo O, Banegas JR, Civeira F, Serrano Aisa PL, Jiménez FP, Luengo E. Prevalencia de dislipemia en las consultas ambulatorias del Sistema Nacional de Salud: Estudio HIS-PALIPID. *Med Clin (Barc)* 2006; 127: 331-4
6. Wood DA, EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet*. 2001; 357: 995-1001.
7. Alonso-Moreno FJ, Llisterri Caro JL, Rodríguez-Roca G, Ferreiro Madueño M, González-Segura A, Divisón Garrote JA, et al. Conducta del médico de Atención Primaria ante el mal control de los pacientes hipertensos. Estudio PRESCAP 2006. *Rev Clin Esp* 2008; 208: 393-9.
8. Sanchís Doménech C, Llisterri Caro JL, Palomo Sanz V, Aranda Lara P, Sánchez Zamorano M, Lázaro P, et al. Estudio "Objetivo Kontrol": inercia terapéutica en hipertensión arterial. Diseño y metodología. *Hipertensión* 2009; 26: 98-104.
9. Nieto J, Alonso J, Chambless L, Zhong M, Ceraso M, Romm F et al. Population Awareness and Control of Hypertension and Hypercholesterolemia. *Arch Intern Med* 1995; 155: 677-84.

10. Kastorini CM, Panagiotakos DB. The role of the mediterranean diet on the development of the metabolic syndrome. *Front Biosci (Elite Ed)* 2010; 2: 1320-33.

11. Alegría Ezquerro E, Castellano Vázquez JM, Alegría Barrero A. Obesity, metabolic syndrome and diabetes: cardiovascular implications and therapy. *Rev Esp Cardiol* 2008; 61(7): 752-64.

12. Speidel KM, Hilleman DE. Pharmacoeconomic considerations with statin therapy. *Expert Opin Pharmacother* 2006; 7(10): 1291-304.

13. Tenenbaum A, Fisman EZ. Which is the best lipid-modifying strategy in metabolic syndrome and diabetes: fibrates, statins or both? *Cardiovasc Diabetol* 2004; 3: 10.

14. Schectman G, Hiatt J. Dose-Response Characteristics of Cholesterol-Lowering Drug Therapies: Implications for Treatment. Review. *Ann Intern Med*. 1996; 125(12): 990-1000.

15. Ara R, Tumur I, Pandor A, Duenas A, Williams R, Wilkinson A, et al. Ezetimibe for the treatment of hypercholesterolaemia: a systematic review and economic evaluation. Review. *Health Technol Assess* 2008; 12(21): iii, xi-xiii, 1-212.

16. Valverde Bilbao E, Olloquiegui Biurra-rena E, Armendariz Cuñado M, Jaio Atela N, Lekue Alkorta I. Prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas en una comarca de Atención Primaria de Gipuzkoa. *Farm Aten Prim* 2004; 2(1): 12-6.

17. Natalia Burgos Alonso. Farmacoepidemiología de los hipolipemiantes en la Comunidad Autónoma del País Vasco (1995-2005). (Tesis doctoral inédita). Vitoria-Gasteiz: UPV/EHU; 2009.

18. Borghi C, Veronesi M. Hypercholesterolemia as cardiovascular risk in hypertensive patients. Therapeutic implications: efficiency of statins. *Recenti Prog Med* 2003; 94(10): 421-6.