

ESTATINAS EN ANCIANOS (STATINLY: Statins in elderly)

Meritxell Royuela¹, Marta Morros¹, Anna Delgado¹, Eva Martínez¹, Carla Ascanio¹, Jordi Aligué¹, Clotilde Morales¹

1) Xarxa Assistencial Universitària de Manresa

OBJETIVO

Los pacientes ancianos están infrarepresentados en los estudios, pero en la práctica clínica representan un gran porcentaje. El objetivo principal es estudiar nuestra población anciana en tratamiento con estatinas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo prospectivo. Se recogen datos epidemiológicos y clínicos de los pacientes visitados del 1/12/2016 hasta el 31/3/2017 en Hospital de Día, de censo abierto. Visitas programadas, espontáneas y procedentes de Urgencias por el sistema de triaje 3D: pacientes pluripatológicos que consultan por disnea, anemia, fiebre o malestar general, sin alteraciones hemodinámicas destacables, sin delirium, alteración en la dependencia o problemática social. Datos analizados con SPSS v. 20.

RESULTADOS

N= 454 Hombres 199/454 (43,8%) y mujeres 255/454 (56,2%). Edad media de 85,23, (70-79: 64/454 (14%), 80-89: 287/454 (63%), 90-100: 103/454 (23%).

Hipertensión arterial 349/454 (76,9%), diabetes mellitus 166/454 (36,6%), dislipemia 171/454 (37,7%), cardiopatía isquémica 88/454 (19,4%), isquemia cerebral 64/454 (14%), artropatía periférica 17/454 (3,7%).

Estatina 156/454 (34,4%): simvastatina 77/156 (49,4%), atorvastatina 58/156 (37,2%), pravastatina 13/156 (1,3%), fluvastatina 3/156 (1,9%), pitavastatina 2/156 (1,3%), lovastatina 2/156 (1,3%), rosuvastatina 1/156 (0,6%). Prevención primaria 74/156 (47,4%), prevención secundaria 82/156 (52,6%). Se consiguen objetivos terapéuticos 323/454 (71,1%).

Género femenino asociado a prevención primaria y masculino a prevención secundaria ($p < 0,001$). En prevención primaria mayor uso de simvastatina y en prevención secundaria, atorvastatina ($p < 0,002$). Controles analíticos más recientes ayudan a conseguir objetivos terapéuticos, sobretudo en diabetes, dislipemia y cardiopatía isquémica ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES

- Evaluar riesgo-beneficio periódicamente.
- Replantear tratamiento cuando el paciente empeora.
- Ampliar el estudio: continuar el seguimiento detectando eventos y causas de muerte.