

**Table** (Continued)

Principal Characteristics of Patients Diagnosed With Coronary Artery Disease Who Answered the MEDAS-14 Screener

<i>Duration of CAD</i>	
0-2 years	40 (36)
3-5 years	40 (36)
6-12 years	20 (18)
12 or more years	10 (9)
<i>Seen in hospital in the past 12 months by</i>	
Cardiologist	53 (48)
Cardiology nurse	8 (7)
Cardiology accident and emergency services	11 (10)
Admitted to cardiology	9 (8)
<i>Treated with cardioprotective drugs</i>	
Statins	104 (95)
ACE-inhibitors or ARA-II	78 (71)
Beta-blockers	80 (73)
Antiplatelet agents	105 (95)
<i>MEDAS-14, mean (SD), score</i>	
< 9 points	41 (37)
≥ 9 points	69 (63)

ACE-inhibitors, angiotensin converting enzyme inhibitors; ACS, acute coronary syndrome; ARA-II, angiotensin II receptor antagonist; CAD, coronary artery disease; CVRF, cardiovascular risk factors; MEDAS-14, 14-point mediterranean diet adherence screener.

\* Some patients suffered angina and ACS.  
The values express No. (%) or mean (standard deviation).

MedD, as key elements for the superior efficacy of this diet compared with a low-fat diet.

It is likely that the MedD will be clearly reinforced as an intervention to be included in nonpharmacological treatment for preventing cardiovascular disease,<sup>6</sup> thanks to the possibility of new studies backing the results published by de Lorgeril et al.<sup>3</sup>

The data from this study show that a majority of patients with CAD (63%) had acceptable adherence to the MedD. The application of the MEDAS-14 screener makes it possible to identify which aspects require improvement and provides the opportunity to focus and adapt a dietary intervention.

## Acknowledgements

Pere Roura Poch, biostatistician at the Unitat de Suport a la Recerca de la Gerencia Territorial de la Catalunya Central, for his cooperation and comments.

Joan Tobias Ferrer,<sup>a,\*</sup> Immaculada Santasusana Riera,<sup>b</sup> Mireia Cuadrench Solórzano,<sup>a</sup> Miquel Gonzalez Cabré,<sup>a</sup> Montserrat Girbau Tapias,<sup>b</sup> and Cristina Sant Masoliver<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, Equipo de Atención Primaria Plaça Catalunya, Centro de Atención Primaria Bages (CAP Bages), Gerència Territorial Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Manresa, Barcelona, Spain

<sup>b</sup>Enfermeria, Equipo de Atención Primaria Plaça Catalunya, Centro de Atención Primaria Bages (CAP Bages), Gerència Territorial Catalunya Central, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Manresa, Barcelona, Spain

\* Corresponding author:

E-mail address: [jtobiasf.cc.ics@gencat.cat](mailto:jtobiasf.cc.ics@gencat.cat) (J. Tobias Ferrer).

Available online 4 December 2014

## REFERENCES

1. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368:1279–90.
2. Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. *J Nutr*. 2011;141:1140–5.
3. De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*. 1999;99:779–85.
4. Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F, Li TY, Fung TT, Li S, Willett WC, et al. The Mediterranean-style dietary pattern and mortality among men and women with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*. 2014;99:172–80.
5. Muñoz M, Guallar P, Graciani A, López E, Mesas AE, Aguilera MT, et al. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *J Nutr*. 2012;142:1843–50.
6. Arós F, Estruch R. Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:771–4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2014.07.023>

## Theoretical Impact on Coronary Disease of Using a Computerized Clinical Decision Support System in the Prescription of Lipid-lowering Treatment



### Impacto teórico en la enfermedad coronaria de usar un sistema informatizado de ayuda en la prescripción del tratamiento hipolipemiante

#### To the Editor,

Low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) is a strong cardiovascular risk factor, especially for coronary artery disease.<sup>1</sup> However, in Spain, there is plenty of room for improvement in increasing the number of patients at very high cardiovascular risk who attain lipid goals.<sup>1,2</sup> Recently, our group published the results of the first validation study of the computerized European clinical decision support system (CDSS) specific to lipid-lowering therapy (designated in Spanish as HTE-DLP).<sup>3</sup> The study shows that the number of patients who reach the treatment goal of LDL-C < 70 mg/dL increases 4.4 times with use of the HTE-DLP by experts

in vascular risk.<sup>3</sup> The objective of the present study was to assess the theoretical impact on the frequency of coronary artery disease of using the HTE-DLP throughout Spain with the CASSANDRA-REGICOR methodology.<sup>4</sup>

The CASSANDRA-REGICOR system permits an estimate of the number of fatal and nonfatal coronary events that would occur in the Spanish population in the next 10 years in different scenarios according to trends in prevalence of cardiovascular risk factors. The system uses incidence data on coronary disease and risk factor prevalence from the REGICOR study. Extrapolation to Spain is based on data from the IBERICA study (incidence) and the DARIOS study (risk factor prevalence). The number of coronary events was predicted for 2010 to 2020 in patients aged between 35 and 75 years old. Population projections were provided by the Catalan Statistics Institute (IDESCAT) and Spanish National Statistics Institute (INE). The application enables an assessment of the impact of different scenarios of risk factor prevalence.<sup>4</sup>

The HTE-DLP is the first CDSS for lipid-lowering treatment developed in Spain (RTA98/09) (Figure). It is based on the 2011 European guidelines for lipid-lowering treatment. Taking

HTEdislipemia - Búsqueda de Tratamientos Hipolipemiantes

Datos del Paciente Encuesta Tratamientos Encontrados Especialidades para tratamiento con Atorvastatina 80 mg. + Ezetimiba 10 mg.

### 1. Nivel inicial C-LDL

Indicar nivel de C-LDL obtenido en analítica (mg/dl):

Bajo tratamiento con estatinas (estimar C-LDL inicial)

### 2. Objetivo terapéutico (nivel C-LDL)

Usar asistente ... o seleccionar un perfil de riesgo:

Riesgo muy alto

(ECV documentada ó DM con LOD ó FGR < 60 ml/min/1,73m2, ó SCORE > 10%)

### 5. Buscar tratamientos

Mostrar los 5 mejores tratamientos viables y efectivos

Encontrados 2 tratamientos - Se muestran 2

### 3. Datos Complementarios

Paciente varón

C.HDL (mg/dl):

Otras situaciones:

Insuficiencia Renal (FGR < 30)

Insuficiencia Hepática (Chilφ = B)

### 4. Tratamientos concomitantes

Acenocumarol

Acido Fusídico

Acido acetil-salicílico

Aliskiren

Amiodarona

Amoldipino

Antirretrovirales: Telaprevir

Antirretrovirales: Abacavir

Antirretrovirales: Amprenavir

Antirretrovirales: Atazanavir

Antirretrovirales: Boceprevir

Antirretrovirales: Darunavir

Antirretrovirales: Delavirdina

Antirretrovirales: Didanosina

Antirretrovirales: Efavirenz

Antirretrovirales: Efavirenz

Antirretrovirales: Emtricitabina

Antirretrovirales: Estavudina

Antirretrovirales: Etravirina

Antirretrovirales: Fosamprenavir

Antirretrovirales: Indinavir

### ATENCIÓN:

Por favor, indique el tratamiento hipolipemiente actual del paciente para calcular el nivel C-LDL original. Si pulsa en cancelar está señalando que el paciente toma tratamiento hipolipemiente pero que desconoce cual es. En este caso se aplicará un 30% de incremento sobre el valor actual de C-LDL:

**NOTA: Recuerde que existe una variabilidad individual en la respuesta a la acción de las estatinas. En pacientes hipo-respondedores bajo tratamiento con estatinas puede suceder que a pesar de no estar en objetivos el programa ofrezca como primera opción el tratamiento que está tomando en la actualidad. En estos casos elija la 2ª opción ofrecida.**

- Atorvastatina 10 mg.
- Atorvastatina 10 mg. + Ezetimiba 10 mg.
- Atorvastatina 20 mg.
- Atorvastatina 20 mg. + Ezetimiba 10 mg.
- Atorvastatina 40 mg.
- Atorvastatina 40 mg. + Ezetimiba 10 mg.
- Atorvastatina 80 mg.
- Atorvastatina 80 mg. + Ezetimiba 10 mg.
- Fluvastatina 20 mg.
- Fluvastatina 20 mg. + Ezetimiba 10 mg.

---

HTEdislipemia - Búsqueda de Tratamientos Hipolipemiantes

Datos del Paciente Encuesta Consultar (desde Internet) ficha de la AEMPS para ATORVASTATINA NORMON EFG 80 mg. Consultar (desde Internet) ficha de la AEMPS para EZETROL 10 mg. Ezetimiba 10 mg.

### Opciones para el tratamiento con Atorvastatina 80 mg. + Ezetimiba 10 mg.

(C-LDL esperado: 38 - 65) (C-HDL esperado: N.D.) (C-LDL/C-HDL esperado: N.D.) (Disminución RCV esperada: 65%)  
(Son aplicables las advertencias 01,02,03,04,05,06, además de las generales)

Orden	Especialidad(es) Farmacéutica(s)	P.V.P.	Diferencia PVP Mínimo
	ATORVASTATINA NORMON EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA PENZA EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA PENZA EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA PHARMACIA EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA PHARMACIA EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA QUALIGEN EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA QUALIGEN EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA RATIO EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA RATIO EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA RATIOPHARM EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA RATIOPHARM EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA SANDOZ EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA SANDOZ EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA STADA GENERICOS EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA STADA GENERICOS EFG 80 mg. + EZETROL 10 mg.	88,25 €	0 €
	ATORVASTATINA TARBIS EFG 80 mg. + ABSORCOL 10 mg.	88,25 €	0 €

### Mensajes y Advertencias

- Precauciones a seguir para la prevención de la miopatía en la terapia de combinación con estatinas y fibratos: verificar función renal y tiroidea previo al inicio, administrar las estatinas 12 horas separadas de los fibratos, evitar otros fármacos con posibles interacciones, usar dosis bajas- medias de estatina al inicio, usar preferentemente fenofibrato o bezafibrato (el uso de gemfibrozilo está contraindicado), instruir al paciente sobre los síntomas de miopatía y controlar los niveles de creatinina si síntomas musculares
- Recuerde que el riesgo de miopatía con el uso de tratamiento hipolipemiente está aumentado en pacientes: mayores de 70 años, con insuficiencia renal, hipotiroidismo no controlado, antecedentes personales o familiares de trastornos musculares hereditarios, historia previa de toxicidad muscular con una estatina o fibrato, alcoholismo, enfermedad multisistémica, toma concomitante de otros fármacos (fibratos, sobre todo gemfibrozilo, ciclosporina, antifúngicos, azoles, itraconazol, ketoconazol, macrólidos, eritromicina, claritromicina, inhibidores de la proteasa del VIH, nefazodona, amiodarona), pacientes polimedicados y periodos perioperatorios
- Una vez el paciente se encuentre en objetivos lipídicos valorar realizar un control lipídico cada 6 meses si es de alto riesgo vascular, a los 6-12 meses si es de riesgo intermedio (recalculando el riesgo en cada ocasión) y bianualmente en los de bajo riesgo

### ADVERTENCIAS PROPIAS DE [Atorvastatina 80 mg. + Ezetimiba 10 mg.]:

(Leyenda: advertencia grave - advertencia moderada - advertencia leve - advertencia informativa)

- (01) - Si la propuesta de tratamiento es atorvastatina (80 mg) se recomienda iniciar tratamiento con 40 mg. Realizar un control analítico a las 6 semanas y reevaluar el tratamiento. Si el descenso de C-LDL necesario para alcanzar objetivos es superior al 6% (equivalente a doblar dosis) posiblemente se trate de un paciente hipo-respondedor a estatinas. En los pacientes hipo-respondedores se recomienda elegir una opción de tratamiento hipolipemiente que incluya terapia de combinación (estatina+ezetimibe)
- (02) - El uso concomitante de atorvastatina y cantidades importantes de alguna de las siguientes sustancias (cimicifuga racemosa, hierba de San Juan (hipérico), pectina, salvado de avena) puede dar lugar a interacciones farmacológicas mayores o graves.
- (03) - El uso de terapia combinada (estatina y ezetimibe o ácido nicotínico) aumenta el riesgo de miopatía
- (04) - Los efectos adversos más frecuentes de la atorvastatina son: dolor abdominal, estreñimiento, flato, indigestión, aumento moderado de enzimas hepáticas y dolor de cabeza
- (05) - Los efectos adversos más frecuentes de la ezetimibe son: diarrea, artralgias, mialgias, nasofaringitis, sinusitis e infecciones del tracto respiratorio superior
- (06) - Si no se alcanzan objetivos terapéuticos con estatinas en combinación con ezetimibe se puede valorar terapia triple (añadiendo secuestradores de ácidos biliares o ácido nicotínico / laropiprant)(recomendación IIb, nivel de evidencia C).

Figura. Ejemplo de la interfaz del sistema informatizado de ayuda en la toma de decisiones del tratamiento hipolipemiente (HTE-DLP).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3016515>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3016515>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)