

Uso de dipiridamol como monoterapia para la prevención secundaria cardiovascular.

Jorge Enrique Machado-Alba¹, Claudia Giraldo-Giraldo¹, Sivia Fernanda Urbano-Garzón¹

¹ Grupo de Investigación en Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Universidad Tecnológica de Pereira-Audifarma S.A
correo electrónico: machado@utp.edu.co

Fecha de Recepción:

Fecha de Solicitud de Correcciones:

Fecha de Solicitud de Aceptación:

El accidente cerebrovascular (ACV) se reconoce como una enfermedad devastadora, causa mortalidad significativa y discapacidad a largo plazo. Casi el 90,0% de ACV son isquémicos y 10,0% resultan de una hemorragia intracerebral o subaracnoidea (1). El riesgo estimado de sufrir un ACV isquémico durante la vida de una mujer sana de 55 años de edad es 18,0% y el correspondiente para un hombre es 14,0% (2). Después de un ACV isquémico menor los pacientes tienen riesgo de eventos vasculares adicionales, el riesgo anual estimado de un evento vascular mayor es 9,0% en ausencia de medidas (2). Así, la elección de una estrategia eficaz para la prevención secundaria del ACV es esencial (1).

Según la herramienta planteada por Gallagher *et al.*: "Screening Tool of Older Persons Prescriptions (STOPP)", con 65 criterios clínicamente relevantes de medicamentos de prescripción potencialmente inapropiada (PPI) para mayores de 65 años, el empleo de dipiridamol en la prevención secundaria de ACV corresponde a un uso inadecuado del mismo por la falta de evidencia de su eficacia (3). Además la American Heart Association y la American Stroke Association recomiendan para los pacientes con ACV isquémico no cardioembólico o ataque isquémico transitorio (TIA), el uso de agentes antiplaquetarios para reducir el riesgo de ACV recurrente y otros eventos cardiovasculares. Está indicada entonces la aspirina (50-325 miligramos/día) en monoterapia (Clase I; nivel evidencia A), la combinación de aspirina 25 miligramos y dipiridamol de liberación prolongada 200 miligramos cada 12 horas (Clase I; Nivel evidencia B), y clopidogrel 75 miligramos en monoterapia (Clase IIa; Nivel evidencia B) para la prevención de un ACV futuro (4).

Existen publicaciones que indican que el empleo de dipiridamol corresponde al 0,18% y 0,96% de las PPI (5,6). Por tal motivo se buscaron pacientes mayores de 65 años de cualquier sexo, entre 1 de agosto de 2013 y 30 de julio de 2014 que recibieran éste fármaco en monoterapia, en una base de datos poblacional de la empresa Audifarma S.A, operador logístico de la dispensación institucional de medicamentos a nivel nacional que cubre alrededor de 6,5 millones de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y dispensa 1,5 millones de fórmulas al mes, a lo que corresponde el 14,1% de las personas afiliadas al sistema sanitario del país. La búsqueda pretendió tomar medidas para mejorar ésta PPI si fuese necesario, notificando al responsable de la atención sanitaria quien valoraría la falta de beneficios y pudiese proceder a tomar decisiones que favorecieran el tratamiento y la salud del paciente. La exploración contó con el aval del Comité de Bioética de la Universidad Tecnológica de Pereira según la resolución N° 008430/1993 del Ministerio de Salud de Colombia en la categoría de investigación sin riesgo.

Se evaluó el uso concomitante de otros fármacos indicadores de enfermedad cardiovascular que elevan el riesgo de presentar eventos cerebrovasculares, tales como: antihipertensivos, insulinas, antidiabéticos orales, nitratos, antiarrítmicos, diuréticos, inotrópicos,

hipolipemiantes, anticoagulantes y otros antiagregantes plaquetarios (aspirina, clopidogrel, etc.). No se encontraron pacientes con dicha PPI, incluso ningún paciente recibió dipiridamol.

Por otro lado un estudio distinto realizado por este grupo de investigación, encontró 69807 pacientes usando ácido acetil salicílico (ASA), 95,4% en monoterapia y 4,6 % en terapia combinada de la cual 88,3% correspondió a ASA más clopidogrel. De esta manera se puede inferir que los pacientes colombianos de ésta cohorte reciben agentes antiplaquetarios apropiados para prevención secundaria de enfermedad cerebrovascular y cardiovascular, y se puede excluir el uso inapropiado de dipiridamol.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Li X, Zhou G, Zhou X, Zhou S. The efficacy and safety of aspirin plus dipyridamole versus aspirin in secondary prevention following TIA or stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Neurol Sci.* 2013; 332(1-2):92-6.
2. Halkes PH, Gray LJ, Bath PM, Diener HC, Guiraud-Chaumeil B, Yatsu FM, et al. Dipyridamole plus aspirin versus aspirin alone in secondary prevention after TIA or stroke: a meta-analysis by risk. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2008; 79(11):1218-23.
3. Gallagher P, Barry P, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in the elderly. *J Clin Pharm Ther.* 2007; 32: 113-21.
4. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, Fang MC, Fisher M, Furie KL, Heck DV, Johnston SC, Kasner SE, Kittner SJ, Mitchell PH, Rich MW, Richardson D, Schwamm LH, Wilson JA; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2014; 45(7):2160-236.
5. Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. *Br J Clin Pharmacol.* 2010; 69 (5):543-52.
6. Parodi López N, Villán Villán YF, Granados Menéndez MI, Royuela A. Potentially inappropriate prescribing in patients over 65 years-old in a primary care health centre. *Aten Primaria.* 2014; 46 (6):290-7.