



# Información Farmacoterapéutica de interés

Autores/as:

Pablo Pérez Solís (MFyC, Centro de Salud Laviada, Área V), Eva Lázaro López (FH, Área VI), Patricia García Abejón (FAP, Área I); Ana Álvarez-Castelao García (Área II); Ana Pérez Santillana, Marua Baba Boto (FAPs, Área III); Candela Balado Cabana, Marta Martínez Alfonso (FAPs, Área IV); Constanza Gómez de Oña (FAP, Área V); Jorge I. Jiménez Arce (FAP, Área VII); Gracia M. Modroño Riaño (FH, Jefa Servicio de Farmacia de Salud, SESPA); Rosario Yáñez Villazón, Alejandro J. Viñuela Fernández, Marta García García (FAPs EGUMPA, SSSC SESPA); Jesús Ruiz Salazar (Inspector Farmacéutico, Servicio de Farmacia, Dirección General de Planificación Sanitaria).

## 1 Bibliografía de interés

### ➔ Atención Primaria Práctica

#### [Prevención cuaternaria en el uso de benzodiazepinas y cómo deprescribirlas](#)

Los objetivos de la prevención cuaternaria en el uso de benzodiazepinas (BZD) son la deprescripción, habitualmente llevada a cabo en el ámbito de Atención Primaria, y la prescripción prudente, empleando dosis mínimas eficaces. Independientemente de la intervención y estrategia llevada a cabo en la deprescripción de benzodiazepinas, es necesario que el paciente entienda la necesidad de esta retirada, que tome conciencia y acepte que "no hay medicamentos para toda la vida". Además se precisa una valoración de los síntomas de dependencia cada 2-3 semanas por parte del profesional sanitario.

### ➔ ESC- European Society of Cardiology

#### [Prevalencia de efectos adversos de las estatinas. Metaanálisis](#)

Los resultados del estudio muestran que más del 90% de los pacientes tratados con estatinas no presentan efectos adversos, frecuentemente sobreestimados y sobrediagnosticados. Por este motivo, evaluar cuidadosamente a los pacientes que presenten estos síntomas, disminuye el riesgo de interrupción innecesaria y terapia hipolipemiente subóptima.

La edad avanzada, el sexo femenino, las raza asiática y afroamericana, la obesidad, la DM2, el consumo de alcohol, el hipotiroidismo, las enfermedades hepáticas y renales crónicas, el aumento de las dosis de estatinas y la administración concomitante de agentes antiarrítmicos, se asocian con un mayor riesgo de efectos adversos en pacientes tratados con estatinas.

### ➔ Circulation

#### [FRAIL-AF: ¿cambiar un anticoagulante antivitamina K por un ACOD en pacientes frágiles?](#)

En este EC de superioridad se incluyeron 1.323 pacientes con fibrilación auricular no valvular, mayores de 75 años y con un índice de fragilidad de Groningen  $\geq 3$ , que se aleatorizaron para seguir a un anticoagulante oral de acción directa (ACOD), se les siguió durante 12 meses. El resultado primario de valoración de este EC fue los sangrados graves o los sangrados clínicamente relevantes (están claramente definidos ambos conceptos en el EC). La edad media de los pacientes incluidos en el EC fue de 85 años, el 39% fueron mujeres. El resultado fue que el riesgo de sangrado aumentaba en los pacientes a los que se les cambiaba a un ACOD: HR=1,69 (IC95%= 1,23-2,32), esto se puede traducir como que por cada 17 pacientes ancianos frágiles a los que se les cambie de AVK a ACOD, 1 va a experimentar un sangrado grave o clínicamente relevante, que no hubiese tenido si hubiesen seguido con el AVK.



## ➔ JAMA

### [Asociación entre uso de inhibidores de la bomba de protones y riesgo de infecciones por enterobacterias multirresistentes](#)

Es un estudio de casos y controles con 374 casos (pacientes hospitalizados mayores de 18 años con enterobacterias que presentan betalactamasas de espectro extendido o que son resistentes a carbapenemas) y con 1.865 controles. El 49,9% de los pacientes eran mujeres y la edad media era 60,9 años. El 35,3% de los casos tomaban IBPs frente al 24,2% de los controles, de lo que se deriva una fracción atribuible de riesgo de 1,48 (IC95%= 1,15-1,91). Este estudio es una prueba más de los efectos adversos de los IBPs que pueden ser especialmente importantes en nuestra Comunidad autónoma donde la tasa de utilización e IBPs es de 166 dosis diarias definidas por cada 1.000 habitantes y día.

## ➔ Consejo Interterritorial

### [Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2023-2024](#)

Como cada año, desde el 2021, en octubre comienza la Campaña de Vacunación frente a la Gripe y el Covid. Este año hay varias novedades:

- Se vacunará frente a la Gripe y el Covid a los pacientes mayores de 60 años
- La vacuna que se utilizará en la vacunación frente al Covid es monovalente con variante Ómicron XBB.1.
- A la población infantil entre 2 y 13 años se le administrará una vacuna inhalada frente a la gripe.

En población infantil se priorizará la vacunación frente a COVID-19 a aquellos con condiciones que inducen alto grado de inmunosupresión, como: trasplante de progenitores hematopoyéticos, trasplante de órgano sólido, fallo renal crónico, infección por VIH con bajo recuento de CD4, algunas inmunodeficiencias primarias y aquellas sometidas a ciertas terapias inmunosupresoras.

Además se puede acceder a la Guía de la Campaña de la Consejería de Salud en:

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/campa-c3-b1a-de-vacunaci-c3-b3n-frente-a-la-gripe-estacional-y-frente-al-covid>

## 2

## Boletines

## ➔ INFAC

### [INFAC metodología: ensayos de no inferioridad, análisis de subgrupos](#)

Los EC clásicos tiene un diseño de superioridad: tratan de demostrar que el fármaco estudiado es mejor que un comparador o que placebo. En cambio, los EC de "no inferioridad" tratan de demostrar que el fármaco que se estudia no es peor que el fármaco comparador. Este diseño es objeto de críticas éticas porque avala a fármacos que no han demostrado ser mejores que los ya existentes, sólo que no son peores.

Para demostrar la "no inferioridad" se marca a priori una diferencia clínica aceptable (llamada margen de no inferioridad o valor delta) de forma que si la diferencia de efecto entre ambos fármacos está dentro de esa diferencia aceptable se considera que el fármaco A no es inferior al B, es decir, el nuevo tratamiento puede ser peor que el anterior, pero dentro de un margen que se considera que no tiene relevancia clínica. En el caso de los anticoagulantes de acción directa (ACOD) se admite un valor delta de Hazard Ratio (HR) de 1,46; esto se interpreta como que se admite que el valor extremo del intervalo de confianza de la comparación (HR) entre ACOD y warfarina sea tal que los ACOD, consiguiendo un 50% de efecto de la warfarina, se van a considerar "no inferiores" a ella.

Un tratamiento experimental que únicamente ha demostrado "no inferioridad" frente a un comparador tiene que ofrecer ventajas en seguridad, coste o conveniencia y el comparador tiene que ser fármaco con una eficacia bien demostrada.