



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



482/1812 - ¿EXISTEN DIFERENCIAS PRONÓSTICAS EN EL USO DE INHIBIDORES DEL ENZIMA CONVERTIDOR DE ANGIOTENSINA (IECA) O ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) EN EL ESTUDIO IBERICAN?

A. Heredia García¹, I. Martín Valls², S. Yáñez Freire³, F. Martínez Egea⁴, P. Martínez Sotodosos⁵, P. Medina Cano⁶, F. Navarro i Ros⁷, L. Sánchez Iñigo⁸, F. Andrés Mantecón⁹ y S. Yáñez Freire³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Noia. Noia. La Coruña. ²Centro de Salud Onda. Castellón. ³Centro de Salud A Estrada. Santiago de Compostela. ⁴Centro de Salud La Fábrica. Alicante. ⁵Centro de Salud Alcázar I. Ciudad Real. ⁶Consultorio Vicente Brull. Valencia. ⁷Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ⁸Centro de Salud Burlada. Navarra. ⁹Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria.

Resumen

Objetivos: Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo específico de este trabajo es analizar el pronóstico cardiovascular de los pacientes que recibieron tratamiento con enzima convertidor de angiotensina (IECA) o antagonista del receptor de angiotensina II (ARA-II) en el estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico que incluyen pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Actualmente el tamaño muestral es de 8.066 pacientes, que serán seguidos durante al menos 5 años, de ellos, 3.091 recibieron Inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II). Se calculó la incidencia de eventos cardiovasculares incluyendo tanto los mortales como no mortales, calculando el riesgo relativo (RR) y su correspondiente intervalo de confianza (IC95%) tomando como referencia el grupo de pacientes con IECA.

Resultados: La edad media de los sujetos incluidos en el estudio fue de $57,8 \pm 14,8$ años, y el 54,5% eran mujeres. De los 3.091 incluidos en este análisis, el 47,0% recibieron IECA y el 53% ARA-II. La edad media fue mayor en los pacientes que recibieron ARA-II ($66,1 \pm 10,4$ vs. $64,7 \pm 10,9$ años, $p < 0,001$) y mayor porcentaje de mujeres ($50,1\%$ vs. $45,2\%$, $p = 0,006$). Disponemos de datos de seguimiento de 4.734 pacientes, con una mediana de 24 meses (RIQ = 14-36 meses). El grado de control de los tres FRCV fue similar en ambos grupos: HTA ($57,4\%$ vs. $60,7\%$, $p = 0,119$), dislipemia ($29,3\%$ vs. $32,6\%$, $p = 0,066$) y diabetes ($71,0\%$ vs. $70,7\%$, $p = 0,755$). La incidencia de eventos cardiovasculares fue similar en ambos grupos, ($17,8\%$ vs. $20,9\%$) con un RR 0,87 (IC95%: 0,702-1,071). Ninguno de los eventos individualmente alcanzó significación estadística: cardiopatía isquémica (0,85 [IC95%: 0,41-1,17]), ictus (0,60 [IC95%: 0,22-1,60]) arteriopatía periférica (1,62 [IC95%: 0,68-3,86]) o insuficiencia cardíaca (0,56 [IC95%: 0,27-1,13]).

Conclusiones: No se observaron diferencias en el perfil de prescripción atendiendo a la prevalencia

de FRCV entre ambos grupos. El grado de control de los tres FRCV más importantes fue similar y la tasa de eventos, mortales y no mortales, en el seguimiento actual tampoco mostró diferencias.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular. Pronóstico. Tratamientos.