Tratamiento farmacológico

236. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ANTICOAGULADO CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL ESTUDIO PAULA

C. Escobar[1], V. Barrios[2], J. Polo[3], J.M. Lobos[4], L. Prieto[5], D. Vargas[6], G. Osorio[7], M.A. Prieto[8], F.J. Alonso[9] y M.V. Fustero[10]

[1]Hospital La Paz. [2]Hospital Ramón y Cajal. [3]CAP El Casar. [4]CS Jazmín, Atención Primaria Área 4. [5]Bioestadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense. [6]Unidad de Hospitalización Polivalente, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Poniente. [7]Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. [8]CS Vallobín-La Florida, Área Sanitaria IV. [9]CS Sillería. [10]CS Valdespartera.

Objetivo: PAULA es un estudio realizado para conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España. En el presente trabajo se analiza la calidad de vida en estos pacientes con respecto a la anticoagulación.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se han incluido a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito.

Resultados: Se han evaluado un total de 1524 pacientes (edad media 77,4 ± 8,7 años; 48,6% mujeres; $CHADS_2$: 2,3 ± 1,2; CHA_2DS_2VASc: 3,9 ± 1,5; HAS-BLED: 1,6 ± 0,9). El 94,8% de los pacientes tomaba acenocumarol y el 5,2% warfarina. El número medio de determinaciones de INR registradas por paciente fue 14,4 ± 3,8. El 56,9% de los pacientes tenían un adecuado control de INR según el método directo, y el 60,6% según el método de Rosendaal. En el 30,5% de las determinaciones de INR se modificó la dosis del anticoagulante. Se realizó el cuestionario sobre calidad de vida en el 90,9% de los pacientes. En cuanto a la "carga de enfermedad" (puntuación de 12 a 60, mejor estado cuanto mayor puntuación), la puntuación media fue 49,4 ± 8,8. Con respecto al "beneficio" percibido por el paciente (puntuación de 3 a 15, mayor puntuación, mayor beneficio), la puntuación media fue 11,2 ± 2,2. En el 14% de los pacientes la posibilidad de sangrar como resultado de su tratamiento anticoagulante limitaba de moderado a mucho las actividades habituales del paciente. La limitación de

poder tomar otros fármacos como consecuencia del tratamiento anticoagulante molestaba al paciente de moderado a mucho en el 28,4% de los pacientes. Este porcentaje era del 29,1% con respecto a las limitaciones de la alimentación, del 36,1% en lo referente a la incomodidad por la necesidad de realizarse análisis de sangre, ir o ponerse en contacto con el hospital/médico, hacer planes para el tratamiento mientras viaja, etc., y del 37% en cuanto a su preocupación por el tratamiento anticoagulante. Al 25% de los pacientes el tratamiento anticoagulante le suponía un impacto negativo en su vida.

Conclusiones: Aunque en general la calidad de vida relacionada con los antagonistas de la vitamina K en España es aceptable, existe un porcentaje significativo de pacientes en el que su tratamiento anticoagulante ocasiona un impacto negativo en su vida.

237. CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. ESTUDIO PAULA

V. Barrios[1], C. Escobar[2], J.M. Lobos[3], J. Polo[4], L. Prieto[5], D. Vargas[6], G. Osorio[7], N. García[7] y J.F. Zuazagoitia[8]

[1]Hospital Ramón y Cajal. [2]Hospital La Paz. [3]CS Jazmín, Atención Primaria Área 4. [4]CAP El Casar. [5]Bioestadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense. [6]Unidad de Hospitalización Polivalente, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Poniente. [7]Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. [8]CS Santutxu-Solokoetxe.

Objetivo: El objetivo principal del estudio PAULA fue conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España. En el presente estudio se presenta el grado de control de INR según las Comunidades Autónomas.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se incluyeron a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito. El grado de control de la anticoagulación se determinó mediante el tiempo en rango terapéutico, tanto por el método directo (mal control < 60%), como por el método de Rosendaal (mal control < 65%).

Resultados: En total se evaluaron 1.524 pacientes (edad media 77,4 ± 8,7 años; 48,6% mujeres). El $CHADS_2$ medio fue 2,3 ± 1,2 el CHA_2DS_2VASc medio 3,9 ± 1,5, y el HAS-BLED medio 1,6 ± 0,9. El número medio de determinaciones de INR registradas por paciente fue 14,4 ± 3,8. El porcentaje de tiempo en rango terapéutico fue 63,2 ± 17,9 según el método directo, y 69,0 ± 17,7% según el método de Rosendaal. El 56,9% de los pacientes tenían un adecuado control de INR según el método directo, y el 60,6% según el método de Rosendaal. Según las Comunidades Autónomas, estos porcentajes fueron, respectivamente: Andalucía: 56,3% y 58,9%; Aragón: 49,2% y 61,9%; Asturias: 68,5% y 63,0%; Cantabria: 45,5% y 54,5%; Castilla La Mancha: 58,3% y 65,3%; Castilla León: 60,3% y 62,1%; Cataluña: 67,2% y 67,2%; Extremadura: 41,4% y 50,0%; Galicia: 55,3% y 56,7%; Baleares: 45,5% y 51,5%; Canarias: 39,3% y 44,6%; Madrid: 54,4% y 66,0%; Murcia: 54,7% y 52,8%; Navarra: 54,2% y 54,2%; País Vasco: 78,2% y 78,2%; Valencia: 51,2% y 52,8%.

Conclusiones: El control de INR es muy mejorable en nuestro país, pero además existen importantes diferencias en el grado de control según las diferentes Comunidades Autónomas.

238. TENDENCIAS ACTUALES EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Beltrán, M.A. Vila y M.I. Fernández

CAP Gòtic.

Introducción: La importancia del control de la HTA como FRCV está sobradamente demostrada. Iniciar unos hábitos de vida saludable casi nunca es suficiente para el control de la PA, de ahí la importancia de la farmacoterapia. Según las recomendaciones del JNC-7 (2003), las recomendaciones conjuntas de la OMS y la Sociedad Internacional de HTA (WHO/ISH, 2003), y las del comité conjunto de AHA/ACC/CDC (2014), los diuréticos deberían ser considerados los medicamentos de primera elección, aunque en la JNC-8 (2014) se concluye en recomendar cualquier grupo terapéutico y la última guía NICE (2011) los relega a fármaco de segunda elección.

Objetivo: Describir los antihipertensivos empleados en los pacientes hipertensos de nuestra área básica y la adecuación de éstos. Determinar el grado de control de la enfermedad y conocer las características de los pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal. Se han revisado los datos de la Historia Clínica electrónica de los pacientes hipertensos atendidos en el centro desde noviembre de 2013 a octubre de 2014, extrayendo los datos sociodemográficos, FRCV, fármacos antihipertensivos usados y como control de PA, se han usado la media de la PA en diferentes visitas. Se excluyen aquellos que no tienen registro de varias tomas de PA. Se considera el rango objetivo de control medidas de TAS < 140 y TAD < 90.

Resultados: De un total de 1.815 pacientes con media de edad 66,95 años (DE 15,7), 596 (32,8%) tienen una PA > 140/90, y 1219 (67,1%) están controlados. Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes son DLP 923 (50,8%); DM 494 (2,2%); tabaquismo 260 (14,3%), FA 157 (8,6%), IC 89 (4,9%), EVP 88 (4,8%), AVC 21 (1,1%). En el último año han estado tratados con IECA 588 (32,4%), losartan 113 (6,22%), otros ARA-II 150 (8,26%), D 597 (32,9%), amlodipino 378 (20,8%), otros CA-DHP 78 (4,2%), CA no DHP 21 (1,1%), losartan+D 89 (4,9%), otros ARA-II+D 170 (9,3%), ARA-II+CA 33 (1,81%), ARA-II+CA+D 17 (0,9%), IECA+D 280 (15,4%), IECA+CA 9 (0,5%). De los 737 (40,6%) pacientes tratados en el último año con un medicamento (con uno o más principios activos) están en el rango del objetivo de control de PA el 65,8% de los tratados con losartan, el 73,6% con otros ARA-II, el 66,4% con IECA, el 76,1% con D, 77,4% con amlodipino; el 77% con IECA+D ; 70% con losartan+D; 77,9% otros ARA-II+D; el 77,22% ARA-II+CA y el 87,5% ARA-II+CA+D.

Conclusiones: Un 40,6% de los pacientes está tomando sólo un medicamento. Entre estos el control de la PA varía del 65,8% (losartan) al 87,5% (ARA-II+CA+D), siendo este último unos de los menos prescritos. Un 59,4% de los pacientes ha requerido un cambio en su tratamiento o está en tratamiento con más de un medicamento al realizar terapia combinada. Los medicamentos más prescritos en la práctica habitual son los D, seguidos por los IECA. Los FRCVA más prevalentes son la DLP y la DM.

239. ¿CÓMO ESTAMOS TRATANDO A NUESTROS HIPERTENSOS ANCIANOS?

A. Beltran, M.A. Vila y M.I. Fernández

CAP Gòtic.

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población durante los últimos años hace que la HTA sea un problema de gran impacto. Hay evidencia de que un buen control de la HTA en el paciente anciano reducirá significativamente la morbi-mortalidad, aunque en los últimos estudios no hay existe evidencia clara para

aconsejar reducir la PA a pacientes con PAS menores de 160 mmHg, sobre todo en mayores de 80 años.

Objetivo: Conocer el grado de control de HTA en pacientes añosos, tipo y número de fármacos usados y FRCV prevalentes.

Métodos: Estudio descriptivo. Revisión de historia clínica electrónica de los pacientes atendidos entre 1 de noviembre de 2013 a 31 de octubre de 2014, escogiendo a los pacientes con al menos tres medidas de la PA en el periodo de estudio que sean mayores de 80años. Los que no cumplan estos criterios, quedan excluidos del estudio.

Resultados: De un total de 983 pacientes (p) hipertensos, 293 (29,8%) tienen 80 años o más. Si consideramos el grado de control de PA estándar (TAS < 140 mmHg/< 90 mmHg), 193 (65,8%) están controlados, en cambio si ampliamos el grado de control a pacientes con TAS < 160, < 90 mmHg el 96,2% estarían dentro del objetivo de control. Los principales factores de riesgo son DLP 151 (51,5%), DM 92 (31,4%), FA 68 (23,2%), IC 34 (11,6%), EVP 19 (6,5%), AVC 8 (2,7%), tabaquismo 7 (2,4%). Hay 16 (5,5%) pacientes que no toman medicación para el control de la PA; con un fármaco se controlan 92 (31,4%): IECA 28 (9,5%); diuréticos (D) 46 (15,7%); ARA-II 11 (3,7%); calcioantagonistas (CA) 7 (2,4%). Con dos fármacos, 93 (31,7%): IECA+D 36 (12,3%); IECA+CA 5 (1,7%); ARA II+D 34 (11,6%); ARA II+CA 6 (2%); D+CA 12 (4,1%). Con tres fármacos, 58 (19,8%): ARAII+D+CA 30(10,2%); IECA+D+CA 28 (9,5%) y otros tratamientos 34 pacientes (11,6%). Ya sean solos o en terapia combinada usamos los D en 186 pacientes (63,5%), IECA en 97 (33,1%), ARA II en (81 27,6%) y CA en 88 (30%).

Conclusiones: Considerando un control estricto de la HTA (TA menor a 140/90) el 65,8% de los pacientes estarían controlados, pero esta cifra aumenta hasta el 96,2% si estudiamos un rango de control más amplio (TA 160/90). Los FRCV más frecuentes en nuestra ABS son la DLP (51,5%), DM (51,5%), FA (23,2%) e IC (11,6%). El 63,1% están en tratamiento con uno o dos fármacos, habiendo un 5,5% que no requiere medicación para su control y un 9,5% son tratados con triple terapia. Los diuréticos son los fármacos más usados en números absolutos y para la monoterapia. La terapia combinada más frecuente es IECA+D aunque similar a la combinación ARA II+D.

240. LA COMBINACIÓN DE OLMESARTÁN MÁS AMLODIPINO MEJORA EL CONTROL MATUTINO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA RIGIDEZ ARTERIAL COMPARADO CON ENALAPRIL MÁS AMLODIPINO

R. Cabrera, C. Turpin, L. Urrega, S. García y M. Aguilera

Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: las combinaciones fijas que incluyen amlodipino, son cada vez más utilizadas, sin embargo no todas son iguales de eficaces en el adecuado control de la hipertensión a lo largo del día. En este trabajo presentamos las diferencias entre dos combinaciones clásicas de un ARAII y un IECA más amlodipino.

Objetivo: Comparar en sujetos hipertensos la eficacia durante todo el dia del control de la tensión arterial del olmesartan y enalapril con amlodipino.

Métodos: Hemos estudiado de forma prospectiva a 122 pacientes hipertensos (68 ± 5 años de edad), de los que 60 han recibido olmesartan + amlodipino (OLM + AML) y 62 enalapril + amlodpino (ENA + AML) para mantener el control de TA en cifras objetivos en la consulta (< 140/90), en quienes se realizó un estudio con MAPA de 24h, para evaluar el control tensional diurno (TAd), y nocturno (TAn) y en las primeras horas de la mañana TAam). Se evaluaron también el índice de aumento (IA) para estudio de la rigidez arterial y la resistencia periférica total (RPT).Los resultados se compararon y se presentan en la tabla.

Conclusiones: A pesar del amplio uso de combinaciones de fármacos, existen algunas que son superiores a otras en el control adecuado de la HTA. En este estudio demostramos que la combinación OLM + AML controla mejor las cifras tensionales durante todo el día y mejora la rigidez arterial comparados con aquellos que reciben ENA + AML, sobre todo en las primeras horas de la mañana, que suele ser un periodo más proclive a eventos cardiovasculares, lo que deberíamos tener en cuenta a la hora de elegir la combinación más conveniente para nuestros pacientes.

241. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y ENFERMEDAD RENAL EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA. ESTUDIO ANFAGAL

E. Gestal[1], F. Pardo[2], A. Rodríguez[3], R. López[4], M.L. Carretero[5], P. Alonso[6], C.A. Názara[7], D. Pazo[8], D. Rey[9] y S. Cinza[1]

[1]CS de Porto do Son. [2]CS de Carballo. [3]CS de Miño. [4]CS de Ortigueira. [5]CS de San Roque. [6]CS de Verín. [7]CS de Marín. [8]CS Pintor Colmeiro. [9]CS de A Estrada.

Objetivo: Conocer cuál es el grado de control de los pacientes con enfermedad renal en los pacientes del estudio ANFAGAL.

Métodos: El estudio ANFAGAL es un transversal que incluyó pacientes mayores de 65 años, diagnosticados de fibrilación auricular no valvular, anticoagulados durante al menos un año. Se consideró buen control cuando el tiempo en rango terapéutico era superior al 65% calculado por Rosendaal o 60% estimado por el número de controles. Se consideró insuficiencia renal en los casos en los que el filtrado glomerular estimado por MDRD-4 era inferior a 60 ml/min/1,73 m^2.

Resultados: Se incluyeron 511 pacientes, de los cuales el 40,4% presentaron criterios de insuficiencia renal en el análisis de sangre aportado. Globalmente, en la muestra, el 42,7% mostraron un TRT < 65%, calculado por la fórmula de Rosendaal. La prevalencia de enfermedad renal fue de 44,9% en los pacientes con mal control y 34,9% en los de buen control (p = 0,02). En el análisis multivariante se observó que la enfermedad renal y la puntuación en la escala de riesgo hemorrágico (HAS-BLED) se asociaron a peor calidad en el grado de control de los pacientes anticoagulados.

Conclusiones: La enfermedad renal condiciona en los pacientes gallegos anticoagulados peor calidad en el control de la anticoagulación.

Tabla Comunicación 240.

Datos	TAd	TAn	TAam	IA	RPT
OLM+AML	129/83 ± 4/2	112/77 ± 3/2	121/81 ± 2/3*	14 ± 3*	1,05 ± 0,12
ENA+AML	133/84 ± 2/3	125/81 ± 2/3	137/83 ± 3/3	24 ± 2	1,55 ± 0,2

*p ≤ 0,05.

242. CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO PAULA

V. Barrios[1], C. Escobar[2], J. Polo[3], J.M. Lobos[4], L. Prieto[5], D. Vargas[6], G. Osorio[7], S. Fuentes[8], A. Barquilla[9] y L. García[10]

[1]Hospital Ramón y Cajal. [2]Hospital La Paz. [3]CAP El Casar. [4]CS Jazmín, Atención Primaria Área 4. [5]Bioestadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. [6]Unidad de Hospitalización Polivalente, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Poniente. [7]Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. [8]CAP Santa Rosa. [9]CS Trujillo. [10]CS La Alamedilla.

Objetivo: El objetivo principal del estudio PAULA fue conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España. El estudio fue avalado por las tres principales sociedades científicas de atención primaria (SEMERGEN, SEMFYC y SEMG).

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se incluyeron a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito. El grado de control de la anticoagulación se determinó mediante el tiempo en rango terapéutico, tanto por el método directo (mal control < 60%), como por el método de Rosendaal (mal control < 65%).

Resultados: En total se evaluaron 1.524 pacientes (edad media 77,4 ± 8,7 años; 48,6% mujeres). El 80,2% de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial, el 31,0% de diabetes, el 23,9% insuficiencia cardiaca, el 13,7% antecedentes de ictus/accidente isquémico transitorio, el 9,6% antecedentes de infarto de miocardio, el 6,5% enfermedad arterial periférica, el 6,0% insuficiencia renal, y el 2,3% placa aórtica diagnosticada. El 8,8% tenían antecedentes de sangrado anemia o predisposición al sangrado, y el 12,3% tenía un INR lábil conocido. El $CHADS_2$ medio fue 2,3 ± 1,2 el CHA_2DS_2VASc medio 3,9 ± 1,5, y el HAS-BLED medio 1,6 ± 0,9. El número medio de determinaciones de INR registradas por paciente fue 14,4 ± 3,8. El porcentaje de tiempo en rango terapéutico fue 63,2 ± 17,9 según el método directo, y 69,0 ± 17,7% según el método de Rosendaal. El 56,9% de los pacientes tenían un adecuado control de INR según el método directo, y el 60,6% según el método de Rosendaal.

Conclusiones: Existe un porcentaje importante de pacientes con FANV anticoagulados con antivitamina K y seguidos en atención primaria (39,4% o 43,1% según el método elegido), con un control de la anticoagulación inadecuado.

243. MOVILIZACIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES EN PACIENTES HIPERTENSOS. PAPEL DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DEL ENDOTELIO VASCULAR

C. Maroun[1], M. Abad[1], D. Gómez[2], A. Ortega[2], J.A. García[1], A. Barbero[1] y N. Martell[1]

[1]Unidad de HTA; [2]Laboratorio de Biología Vascular, Hospital Clínico San Carlos-IDISSC.

Introducción: La presencia de hipertensión arterial (HTA) no es un fenómeno aislado y la mayoría de los pacientes hipertensos presentan conjuntamente otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lo que aumenta exponencialmente sus probabilidades de presentar un evento cardiovascular. De hecho, las indicaciones actuales se centran tanto en la reducción de la presión arterial (PA) como en el control de los demás FRCV, con el objetivo final de disminuir el riesgo cardiovascular global del paciente. A pesar de ello, la mayoría de los pacientes correctamente tratados y con un buen control de sus FRCV presentan complicaciones cardiovasculares, lo cual sugiere que detrás de todo el proceso aterosclerótico que producen los FRCV tradicionales, existen otros FRCV no identificados. Cada día cobra mayor relevancia la idea del papel fundamental de las células progenitoras endoteliales (CPEs) liberadas de la médula ósea sugiriendo que el número y/o funcionalidad de estas células podría reflejar la capacidad endógena de reparación del vaso.

Objetivo: Estudiar los niveles de CPEs circulantes y del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), una de las principales citoquinas implicadas en la liberación y diferenciación de las CPEs, en pacientes hipertensos en tratamiento que presentaban unas cifras de PA adecuadas para los objetivos individuales, en comparación con un grupo de sujetos sin FRCV clásicos.

Métodos: Hemos estudiado 108 pacientes hipertensos con buen control de la PA. Los niveles plasmáticos de CPEs [medidas como células CD34+/KDR+, CD34+/VE-cadherina+] se midieron mediante citometría de flujo. La concentración de VEGF se cuantificó con un ELISA comercial.

Resultados: La edad media de nuestros pacientes fue de 61 ± 12 años, con un 47,2% de hombres. En cuanto al grado de control de los FRCV, un 82,4% de los pacientes presentaba unas cifras de PA ≤ 140/90 mmHg; la diabetes estaba controlada en el 91,7% de los pacientes, el cLDL en el 81,5% y el 85,2% no fumaban, aunque el 45,4% presentaba obesidad (IMC > 30 Kg/m^2). El 23,1% de los pacientes presentaban todos y cada uno de los FRCV dentro de los límites de control. Aunque, en conjunto, sus parámetros bioquímicos no diferían de los que presentaba el grupo control de sujetos sin FRCV, los pacientes hipertensos mostraban una disminución de células CD34+/KDR+ [0,01 (0,01-0,03) vs 0,10 (0,04-0,22)%, $p < 0,05$] y CD34+/VE-cadherina+ [0,04 (0,02-0,08) vs 0,07 (0,02-0,15)%, $p < 0,05$]. La concentración plasmática de VEGF era significativamente mayor en los pacientes hipertensos que en los sujetos control [68 (50-185) vs 51 (43-69) pg/mL $p < 0,05$].

Conclusiones: A pesar del buen control de los FRCV, los pacientes hipertensos parecen mostrar una respuesta inadecuada a la movilización de CPEs desde la médula ósea que podría ser responsable, al menos en parte, del riesgo residual que presentan estos pacientes.

244. RECOMENDACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCIÓN PRIMARIA

B. Novella[1], I. Morón[2], M. Alcaraz[3], M. Bernaldo de Quirós[2], M.J. Calvo[3], N. Fernández de Cano[2], P. Gil[2], E. Molina[4], M.A. Sánchez[2] y E. Cruz[3]

[1]MFyCSubdirección General GE y C Farmacia, SERMAS. [2]MFyC, SERMAS. [3]Farmacéutico, Subdirección General G E y C Farmacia, SERMAS. [4]Farmacéutico, SERMAS.

El objeto de esta comunicación es difundir las recomendaciones para el tratamiento de la dislipemia como FRCV en prevención primaria que han consensuado profesionales de AP y Hospitalaria de la Comunidad de Madrid, tomando como base la evidencia científica disponible. Las ideas claves y recomendaciones son las siguientes: 1) La población de Madrid tiene una tasa bruta de mortalidad CV de las menores de España y Europa. Aun así la cardiopatía isquémica sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres y segunda en hombres en nuestra comunidad, por eso se recomienda estimar el riesgo individual de cada sujeto que acuda a las consultas de Atención Primaria con el diagnóstico de dislipemia. 2) Las tablas reco-

mendadas para el cálculo del RCV seleccionadas son: SCORE (versión 2011, con HDL colesterol) para población general de 40 a 65 años. Y REGICOR (validación 2011) para personas de 66 a 74 años y diabéticos sin otros factores de RCV mayores. No hay tabla de riesgo recomendada para mayores de 75 años. Se consideran de alto riesgo los diabéticos con otros factores de RCV mayores. 3) Hay evidencia del beneficio de una dieta mediterránea sin fármacos en población de RCV para prevenir la incidencia de evento. 4) En sujetos de bajo RCV no está demostrado el beneficio de los fármacos hipolipemiantes, y no se recomienda su uso, a medida que aumenta el RCV del sujeto aumenta la eficacia del tratamiento. Por lo tanto se recomienda el tratamiento con estatinas en pacientes de alto RCV o en aquellos de moderado RCV con moduladores de RCV que lo incrementen. Ningún otro fármaco ha mostrado beneficio en términos de reducción de RCV. 5) El objetivo numérico de LDL no tiene evidencia científica que lo sustente y por lo tanto la indicación de la estatina tiene que ir dirigida a un descenso porcentual del 30%, que son los conseguidos en los estudios que mostraron beneficio. Se recomienda iniciar el tratamiento con este propósito con dosis de simvastatina o atorvastatina utilizadas en ensayos clínicos. 6) En mujeres, se recomiendan las mismas indicaciones que para varones, teniendo en cuenta que son un colectivo de especial bajo riesgo en nuestro país por la alta prevalencia de HDL elevado. 7) En ancianos, no hay evidencia directa del beneficio de las estatinas en estudios específicos. Por lo tanto no se recomienda el inicio del tratamiento, aunque debe mantenerse si se indicó adecuadamente antes de los 65 años. 8) No existe suficiente evidencia para considerar la diabetes como un equivalente de riesgo coronario, por lo que se recomienda calcular el RCV de los pacientes diabéticos sin ningún factor de RCV adicional o lesión de órgano diana. En aquellos de alto RCV iniciar tratamiento con simvastatina y atorvastatina hasta conseguir una reducción porcentual del 40-50%.

245. RECOMENDACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA VASCULAR ASOCIADA

M. Alcaraz[1], B. Novella[2], I. Morón[3], M.A. Sánchez[3], I. Sevilla[3], C. del Arco[4], P. Sequera[5], R. Alcazar[5], E. González[5] y E. Cruz[1]

[1]Farmaceútico, Subdirección General de GE y C de Farmacia. [2]MFyC, Subdirección General de GE y C de Farmacia. [3]MFyC; [4]Medicina Interna; [5]Nefrología, SERMAS.

El objeto de esta comunicación es difundir las recomendaciones para el tratamiento de la dislipemia como FRCV en prevención primaria en pacientes con patología vascular asociada que han consensuado profesionales de AP y Hospitalaria de la Comunidad de Madrid, tomando como base la evidencia científica disponible. Las ideas claves y recomendaciones son las siguientes: 1) En este documento se ha decidido no incluir claudicación intermitente (CI) y enfermedad renal (ERC) como prevención secundaria. Esta decisión se ha basado en estudios epidemiológicos que confirman que aunque son pacientes de alto riesgo cardiovascular, las tasas de infarto en estos grupos de población no son equiparables a las de reinfarto en pacientes que han padecido ya un infarto coronario o cerebral. 2) Los pacientes con claudicación intermitente se consideran de alto riesgo y se recomienda el control exhaustivo del tabaco y el tratamiento con simvastatina de 40 mg. Esta recomendación se basa en los resultados del HPS, que incluyó pacientes con CI sintomática, amputación o revascularización en EEII, un 80% tenían además diabetes o enfermedad isquémica cerebro o cardiovascular. Mostró una reducción global de la tasa de eventos con simvastatina de 40 mg, pero no fue así en el subgrupo de pacientes sin diabetes ni evento previo. Los fibratos no han mostrado beneficio y no hay estudios con ezetimiba ni con otros fármacos autorizados con esta indicación. 3) En enfermedad renal crónica (ERC) solo el estudio SHARP mostró que el tratamiento hipolipemiante en pacientes con ERC no terminal disminuye la probabilidad de un evento isquémico vascular. Comparó placebo frente a simvastatina + ezetimiba. El 96% de los pacientes incluidos tenían ERC con FGe < 45 ml/min (estadio G3b). Este tratamiento es el de elección en este grupo de pacientes, aunque desconocemos cual es la ventaja adicional de añadir ezetimiba a una estatina. Metaanálisis de subgrupos parecen indicar que también habría beneficio en pacientes con ERC con FG < 60 ml/min con estatinas. 4) No hay estudios de prevención de microalbuminuria con estatinas y los estudios con pacientes con proteinuria con FG normal, no muestran beneficio de las estatinas en la prevención del evento coronario. Si un paciente está en diálisis o trasplantado no se le debe indicar tratamiento con estatinas, pero si tenía indicación previa se mantendrá este. 5) Por último, las estatinas no han mostrado reducir morbimortalidad cardiovascular en pacientes con insuficiencia cardíaca, por lo que su utilización no estaría recomendada salvo que exista otra indicación.

246. RECOMENDACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID PARA EL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

I. Morón[1], M. Alcaraz[2], B. Novella[3], J. Ortigosa[4], L. Silva[4], J. Vivancos[5] y E. Cruz[2]

[1]MFyC, SERMAS. [2]Farmacéutica; [3]MFyC, Subdirección General de G E y C de Farmacia. [4]Cardiología; [5]Neurología, SERMAS.

El objeto de esta comunicación es difundir las recomendaciones para el tratamiento de la dislipemia como FRCV en prevención secundaria que han consensuado profesionales de AP y Hospitalaria de la Comunidad de Madrid, tomando como base la evidencia científica disponible. Las recomendaciones son las siguientes: 1) Se considera prevención secundaria, exclusivamente el tratamiento de aquellos pacientes que ya han sufrido un evento coronario (IAM o angina) o cerebro vascular (ictus o TIA no cardioembólico). La probabilidad de un nuevo evento es muy alto y no se necesita calcular el RCV. 2) El período inmediato después del SCA es un momento crítico con un alto riesgo de eventos recurrentes y muerte debido a las oclusiones del vaso de las placas coronarias vulnerables. Los resultados de una revisión Cochrane muestran que iniciar el tratamiento con estatinas a dosis altas en los 14 días del evento parece traducirse en una reducción de angina de pecho inestable a los 4 meses tras el evento y en los procedimientos de revascularización a los 12 meses. Al año de seguimiento hubo una tendencia favorable, pero no significativa, en la reducción de muerte, IM o ictus. Cuando se compara a dosis estándar, el tratamiento con atorvastatina 80 mg/d redujo la incidencia de eventos que componen la variable principal combinada principalmente gracias a la reducción de angina recurrente y las revascularizaciones. La recomendación es el uso de atorvastatina 80 mg, desde el inicio del SCA. 3) En pacientes con enfermedad coronaria estable, el tratamiento con estatinas a dosis estándar reduce el riesgo de mortalidad total, cardiovascular, y coronaria así como IM mortal, ictus no mortal, y revascularización coronaria. En estos pacientes, el beneficio adicional de tratar con dosis altas (simvastatina 80, atorvastatina 80) en lugar de con dosis bajas (atorvastatina 10, simvastatina 20) reduce aún más el riesgo de eventos no mortales (fundamentalmente IM) pero no la mortalidad total ni cardiovascular. Por el contrario, presentan mayor riesgo de efectos adversos graves y de abandonos por efectos adversos Se recomiendan, por tanto, dosis altas de estatinas excepto en pacientes con predisposición a efectos adversos por estatinas. 4) Ningún estudio ha evaluado la estrategia de tratar hasta un objetivo de LDLc. Menos de la mitad de los pacientes con tratamiento intensivo consiguieron llegar a 70 mg/dl, aunque partían de cifras de c-LDL bajas (85-120 mg/dl). Además el uso de es-

tatinas a altas dosis no está exento de problemas de seguridad, a pesar que se trataron sujetos seleccionadas (con buena tolerancia previa, buena cumplimentación y no presentaban alto riesgo de efectos adversos o interacciones). Por ello no se establecen objetivos numéricos de colesterol LDL. 5) En sujetos menores de 80 años, con ictus aterotrombótico no cardioembólico pero sin enfermedad coronaria, el estudio SPARCL mostró que atorvastatina 80 mg/d, en comparación con placebo, disminuye la incidencia de ictus y los eventos cardiovasculares mayores, pero no la mortalidad total o cardiovascular. Se recomienda su uso excepto en pacientes con predisposición a efectos adversos por estatinas.

247. EFECTO HIPOTENSOR DE LOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS Y SUS COMBINACIONES: META-REGRESIÓN DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS. ESTUDIO ATOM

M.A. Paz[1], A. de la Sierra[2], M. Sáez[3], M.A. Barceló[3], J.J. Rodríguez[3], S. Castro[4], C. Lagarón[3], J.M. Garrido[3], P. Vera[4] y G. Coll[3]

[1]Hospital Santa Caterina. [2]Mutua de Terrassa. [3]Universitat de Girona. [4]CAP Can Gibert del Plà.

Introducción: El uso de los fármacos antihipertensivos debería basarse en el conocimiento de su potencia en reducir la PA. La mayoría de los estudios sólo comparan dos fármacos, combinaciones o estrategias de tratamiento. Por ello, el efecto relativo de los fármacos o combinaciones de uso más común es poco conocido y los resultados son dispares. Asimismo, los meta-análisis realizados presentan poca capacidad para determinar diferencias clínicas importantes entre fármacos, se ciñen sólo a determinadas familias farmacológicas o se realizaron como meta-análisis simple, ajustándose por variables concretas, lo que dificulta la generalización de los resultados. El objetivo del estudio ATOM fue determinar el descenso de PA atribuible a los fármacos de uso común en el tratamiento de la HTA, ajustado por las variables más relevantes en la práctica clínica, mediante meta-análisis de los estudios basados en la eficacia de los fármacos.

Métodos: Se seleccionaron, mediante revisión sistemática de Medline y Cochrane Central Register of Controlled Trials, los ensayos clínicos con, al menos, 50 pacientes incluidos, en los que la reducción de la PA fuera el objetivo principal. Se excluyeron los estudios en los que los datos de dosis utilizada o valores de PA basal y final no se establecieran con claridad. Los datos se analizaron mediante una meta-regresión bayesiana, ajustándose por la PA basal, edad, sexo, raza y número de pacientes incluidos. Para el análisis mediante meta-regresión bayesiana solo se incluyeron aquellos fármacos que dispusieran de, al menos, 7 brazos de tratamiento.

Resultados: Se revisaron 798 estudios, de los que se incluyeron 228, con 937 brazos de tratamiento y un total de 70.924 pacientes. La reducción de PA sistólica no superó, en general, los 20 mmHg, siendo bisoprolol (media -15,6 mmHg, IC95%: -27,4; -1,7) y olmesartan (-15,3 mmHg, IC95% -18,2; -11,7) los fármacos más eficaces, observándose diferencias relevantes con otros fármacos. La reducción de PA diastólica fue inferior, en general a los 14 mmHg, siendo olmesartán el fármaco más potente (-11,5 mmHg, IC95%: -13,5; - 9,4). En los estudios con combinaciones, la reducción de PA sistólica mayor se obtuvo con olmesartán/amlodipino (-31,6 mmHg, IC95%: -54,6; -22,6) y valsartán/hidroclorotiazida (-31,4 mmHg, IC95%: -39,0; -23,0). La reducción de la PA diastólica se situó entre 15 mmHg y más de 25 mmHg (15 mmHg-19 mmHg: perindopril/indapamida y valsartán/amlodipino; 20 mmHg- 24 mmHg: valsartán/hidroclorotiazida; y, ≥ 25 mmHg: olmesartán/amlodipino).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que el descenso de PA medio esperable en monoterapia se sitúa, en general, entre 10 – 15 mmHg de PAS y 8-10 mmHg de PAD, con una variabilidad relevante entre los distintos fármacos. Las combinaciones a dosis medias / altas consiguen reducciones tensionales entre 25-30/12-25 mmHg, objetivándose diferencias entre ellas aún de mayor magnitud. Descensos de PAS/PAD superiores a 20/14 mmHg es muy improbable alcanzarlos con monoterapia, por lo que en estos casos debería considerarse el uso de combinaciones. Esto puede contribuir a perfilar mejor las recomendaciones en las guías de manejo de la HTA y permitir al clínico elegir con criterio el tratamiento más adecuado, al poder predecir la respuesta al fármaco, conociendo la PA inicial del paciente y el objetivo a alcanzar.

248. VARIABLES CLÍNICAS QUE DETERMINAN LA RESPUESTA A LOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS. DATOS DEL ESTUDIO ATOM

M.A. Paz[1], A. de la Sierra[2], M. Sáez[3], M.A. Barceló[3], J.J. Rodríguez[3], S. Castro[4], C. Lagarón[3], P. Vera[4], J.M. Garrido[3] y G. Coll[3]

[1]Hospital Santa Caterina. [2]Hospital Mutua de Terrassa. [3]Universitat de Girona. [4]CAP Can Gibert del Plà.

Introducción: El tratamiento de la HTA debería basarse en el conocimiento de la efectividad de los fármacos en reducir la PA y en las características clínicas del paciente. La variabilidad en la respuesta a los diferentes tratamientos radica, en gran medida, en distintos aspectos individuales del paciente, habiéndose descrito diferentes variables fenotípicas que determinan un mayor o menor descenso de la PA con el uso de un tratamiento concreto. Ese conocimiento, sin embargo, es limitado y presenta datos controvertidos, como demuestra las discrepancias que existen entre las diferentes guías de manejo de la HTA. El objetivo del estudio ATOM fue averiguar si existen características clínicas asociadas a un mayor o menor descenso de la presión arterial de los fármacos de uso común en el tratamiento de la HTA.

Métodos: Se seleccionaron, mediante revisión sistemática de Medline y Cochrane Central Register of Controlled Trials, los ensayos clínicos con, al menos, 50 pacientes incluidos, en los que la reducción de la PA fuera el objetivo principal. Se excluyeron los estudios en los que los datos de dosis utilizada o valores de PA basal y final no se establecieran con claridad. Los datos se analizaron mediante una meta-regresión bayesiana, valorándose la respuesta superior o inferior a la mediana en función de edad, sexo, raza e índice de masa corporal (IMC).

Resultados: Se revisaron 798 estudios, de los que se incluyeron 228, con 937 brazos de tratamiento y un total de 70.924 pacientes. Las mujeres respondían en general mejor a los tratamientos en monoterapia y combinaciones, así como a tiazidas y ARAII. Los pacientes obesos presentaron una mejor respuesta en general al tratamiento y, en concreto, a ARAII y especialmente a las combinaciones. Los pacientes de raza negra presentaron una peor respuesta en general al tratamiento y, en particular, a los betabloqueantes, sin diferencias con respecto a los calcioantagonistas. Finalmente, los pacientes de edad avanzada respondieron significativamente mejor a IECA.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra las variables clínicas que determinan una mejor o peor respuesta al tratamiento antihipertensivo. Algunos de nuestros resultados aportan una nueva evidencia en temas controvertidos en el manejo de la PA. Esto puede contribuir a perfilar mejor las recomendaciones en las guías de manejo de la HTA y permitir al facultativo elegir con criterio el tratamiento más adecuado en función del perfil clínico del paciente.

249. PERCEPCIÓN DEL MÉDICO SOBRE EL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN Y ACTITUD CLÍNICA ANTE EL MAL CONTROL

J. Polo[1], V. Barrios[2], C. Escobar[3], J.M. Lobos[4], D. Vargas[5], G. Osorio[6], L. Prieto[7], A. Barquilla[8], M.A. Prieto[9] y F.J. Alonso[10]

[1]CS Casar de Cáceres. [2]Hospital Universitario Ramón y Cajal. [3]Hospital Universitario La Paz. [4]CS Ciudad Jazmín. [5]Hospital de El Toyo, Hospital de Poniente. [6]Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. [7]Bioestadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. [8]CS de Trujillo. [9]CS Vallobín-La Florida. [10]CS Sillerías.

Objetivo: PAULA es un estudio realizado para conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España. En el presente trabajo analizamos la percepción y actitud clínica del médico de familia sobre el grado de control de la anticoagulación.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se han incluido a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito. El grado de control de la anticoagulación se determinó mediante el tiempo en rango terapéutico, tanto por el método directo (mal control < 60%), como por el método de Rosendaal (mal control < 65%).

Resultados: Se han evaluado un total de 1524 pacientes (edad media 77,4 ± 8,7 años; 48,6% mujeres; $CHADS_2$: 2,3 ± 1,2; CHA_2DS_2VASc: 3,9 ± 1,5; HAS-BLED: 1,6 ± 0,9). El 94,8% de los pacientes tomaba acenocumarol y el 5,2% warfarina. En el 70,7% de los pacientes el control de la anticoagulación lo realizó el médico de atención primaria, en el 8,1% hematología, en el 20,9% atención primaria y hematología en conjunto, y en el 0,3% cardiología. El número medio de determinaciones de INR registradas por paciente fue 14,4 ± 3,8. El porcentaje de tiempo en rango terapéutico fue 63,2 ± 17,9 según el método directo, y 69,0 ± 17,7% según el método de Rosendaal. El 56,9% de los pacientes tenían un adecuado control de INR según el método directo, y el 60,6% según el método de Rosendaal. Se valoro que el paciente tratado con AVK estaba bien controlado el último año en 948 (62%) y mal controlado en 511(33,5%) y realizándose un ajuste de la dosis del AVK en 232 (15,2%) se cambio el tratamiento a otros anticoagulantes en 143 (9,4%) (dabigatran (31), rivaroxaban (100) y apixaban (12) y se derivaron al especialista 44 (2,9%).

Conclusiones: En España a pesar de sólo el 40% de los pacientes tienen un adecuado control de INR, sólo en el 30% de las determinaciones de INR se modificó la dosis del anticoagulante sin embargo la percepción del grado de control de la anticoagulación por el médico de atención primaria es buena, lo que puede indicar inercia terapéutica.

250. ¿CÓMO ACTÚA LA PITAVASTATINA SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO, LA GLICOSILADA Y LA FUNCIÓN RENAL DE NUESTROS PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR?

P. Segura[1], A.M. Pozo[2], F.J. Fernández[3], E. Merino[1], M. Polaina[1] y A. Liébana[1]

[1]Nefrología, Unidad de Hipertensión Arterial, Complejo Hospitalario de Jaén. [2]MFyC, Summa 112. [3]Farmacología Clínica, Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Objetivo: Analizar la eficacia de pitavastatina sobre el perfil lipídico, glicosilada y función renal y efectos secundarios en pacientes con elevado riesgo vascular.

Métodos: Estudio retrospectivo, evolutivo de pacientes que han iniciado tratamiento con pitavastatina entre septiembre/2011-octubre/2013 en consulta de atención especializada. Analizamos parámetros básicos de función renal, perfil lipídico, glicosilada y perfil de riesgo vascular global. Analizamos la población en momentos basal (B), a los 6 m (6 m) y final (F).

Resultados: Con un total de 69 pacientes. Sexo masculino 60,9%. Edad media 61,6 ± 11,7 años. Diabetes 46,9% (tipo 1 4,7% y 2 42,2%), IMC 30,2 ± 5,0 kg/m^2, TAS 140,1 ± 20,7 mmHg, TAD 78,5 ± 13,3 mmHg, PP 61,6 ± 18,6 mmHg, TAM 99,0 ± 13,6 mmHg, Tiempo de seguimiento 13,6 ± 6,8 meses. Presentan insuficiencia renal 62,5% estimada CKD_EPI < 60 ml/min/1,73 m^2, con etiología: nef. diabética 23,4%, nefroangiosclerosis 15,6% resto otras. Antecedentes de cardiopatía isquémica 7,8%, fibrilación auricular 9,4%, ACV 6,3%, enf. arterial periférica 3,1%, enolismo 10,9%, tabaquismo 20,3%. Respecto al tratamiento: toman betabloqueantes 28,1%, alfabloqueantes 21,9%, diurético 37,5%. Estatina previa: ninguna 64,1%, atorvastatina 20,3% simvastatina 12,5%, pravastatina 1,6%, rosuvastatina 1,6%. Toman ezetimibe 7,8% Otros hipolipemiantes: no 85,9%, gemfibrozilo 3,1%, fenofibrato 1,6%, omacor 9,4%. Dosis inicial pitavastatina 1 mg 51,6% 2 mg 45,3% 4 mg 3,1%. Dosis final pitavastatina 1 mg 43,8%, 2 mg 50% y 4 mg 6,3%. A los 6 meses: otros hipolipemiantes no 90,9%, omacor 3%, fenofibrato o gemfibrozilo 6,1%. Al final: Otros hipolipemiantes no 90,6%, omacor 6,3% fibratos o gemfibrozilo 1,6%, ezetimibre 1,6%. Se suspendió en el momento final en 3 pacientes por mialgias generalizadas, dos de ellos con FG < 60 ml/min/1,73 m^2. Encontramos diferencias significativas en niveles de colesterol basal y 6m (B 243,5 ± 51,1 vs 6m 199,5 ± 40,2 mg/dl; p < 0,001), colesterol basal y final (B 237,1 ± 47,4 vs F 192,8 ± 40,2 mg/dl; p < 0,001), dosis pitavastatina basal y final (B 1,6 ± 0,7 vs F 1,7 ± 0,8 mg/día; p = 0,039), glicosilada basal y final (B 7,2 ± 1,5 vs F 6,5 ± 1,2%; p = 0,041), glucosa basal y final (B 126,5 ± 59,6 vs F 113,5 ± 33,5 mg/dl; p = 0,020), LDL basal y 6m (B 156,1 ± 46,0 vs 6m 118,5 ± 38,2 mg/dl; p < 0,001), LDL basal y final (B 153,0 ± 40,2 vs F 111,9 ± 25,5 mg/dl; p < 0,001). Colesterol total desciende un 18,1% a los 6 meses y 18,9% al final y LDL desciende 24,4% a los 6 meses y 27,5% al final del seguimiento. No encontramos diferencias en cuanto a IMC, triglicéridos basal y 6 m y basal y final (B 160,9 ± 74,4 vs F 151,2 ± 68,0;p = NS), HDL basal y 6 m y HDL basal y final (B 50,7 ± 12,6 vs F 52,7 ± 16,4 mg/dl; p = NS).

Conclusiones: Pitavastatina es efectiva en el control de la hipercolesterolemia, reduce de forma significativa el colesterol total y LDL en los primeros meses manteniendo estos resultados en el tiempo con pocos efectos secundarios. Tras tratamiento con pitavastatina hemos observado un descenso de la glicosilada al final del seguimiento sin cambios en la función renal.

251. MANEJO DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN INSUFICIENCIA RENAL LEVE MODERADA

M. Rodríguez[1], L. Muñoz[1], L. Belmonte[1], C. García[1], P. Abad[1], M. Pons[2] y J. Abellán[3]

[1]CS San Antón. [2]CS Los Dolores. [3]Hospital Universitario Santa Lucía.

Caso clínico: Mujer de 82 años con hipertensión arterial de larga evolución en tratamiento crónico con eprosartán mesilato 600 mg, ahora refiere mal control de las cifras tensionales y acude a nuestra consulta de atención primaria para ajuste de tratamiento. Antecedentes familiares de HTA y DM. En cuanto a sus antecedentes personales: no alergias conocidas, intolerancia a metformina, obesidad, hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 10 mg, DM II de más de 15 años de evolución en tratamiento con insulina glargina inyectable y repaglinida 2 mg, retinopatía diabética e insuficiencia renal leve, mareo cinético en tratamiento con betahis-

tina, polialtralgias en tratamiento con tramadol hidrcloruro 50 mg, fibrilación auricular paroxística en tratamiento con adiro 300 mg. La paciente acude a nuestra consulta de atención primaria en julio de 2014 adjuntando informe de urgencias con diagnostico de crisis hipertensiva, por lo que retiramos tratamiento con AINES a demanda por cefalea y mantenemos su tratamiento antihipertensivo actual (eprosartán mesilato 600 mg). En menos de una semana nos cuenta que vuelve a urgencias por un episodio similar y decidimos prescribir amlodipino 5 mg. En agosto de 2014 la paciente refiere elevaciones matutinas de la tensión arterial, en consulta TA (196/80) por lo cual cambiamos eprosartan mesilato por enalapril/hidroclorotiazida 20 mg y mantenemos amlodipino 5 mg. En una semana vuelve para control y en consulta TA (166/66), añadimos bisoprolol 2,5 mg y en sucesivos controles las cifras tensionales se normalizan y la analítica no presenta alteraciones, demostrándose control y buena tolerancia al tratamiento. Sin embargo en septiembre de 2014 valoramos el filtrado glomerular de la paciente y esta descendido (41,8) en comparación con la cifra previa (52). Proponemos entonces en función del empeoramiento de la función renal retirar el tratamiento con IECA y diurético, prescribimos nuevo tratamiento únicamente con amlodipino 10 mg 2 comprimidos diarios y doxazosina 4 mg 1 comprimido diario. El 25 de septiembre la paciente acude a consulta presentando edemas en cara y mmii, así que bajamos la dosis de amlodipino a 10 mg diarios, subimos la dosis de doxazosina a 8 mg diarios y añadimos furosemida 40 mg. El 29 de septiembre acude por persistencia de edemas por lo que suspendemos finalmente el calcioantagonista, añadimos pequeña dosis de ARAII (valsartan 80 mg) y aumentamos la dosis de furosemida a 80 mg. En octubre evaluamos de nuevo el filtrado glomerular de nuestra paciente que se recupera (47,6) y mantenemos tratamiento. En todas las ocasiones la paciente presentaba buen estado general, consciente y orientada, eupneica, con tensiones arteriales variables. Presenta soplo sistólico multifocal III/IV, de predominio aórtico. Murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados. No presenta organomegalias abdominales, no tiene soplos y los pulsos femorales son palpables y simétricos. Se realiza ECG ante episodio de palpitaciones asociadas a las crisis hipertensivas donde se aprecia FA conocida y BCRDHH y HBAI por lo que solicitamos valoración por cardiología. La bioquímica pone de manifiesto el compromiso renal de la paciente, proteinuria, cifras de creatinina elevadas y filtrado glomerular disminuido. Actualmente la paciente permanece estable con tensiones arteriales dentro de los límites normales en tratamiento con valsartan 80 mg, doxazosina, 8 mg y furosemida 40 mg (2 diarias). Continúa con control del exceso de peso y realizamos seguimiento estricto de la glucemia, la dislipemia, las cifras de HTA y la proteinuria.

Discusión: Los fármacos antihipertensivos constituyen la base del tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) debido a que el control estricto de la presión arterial (PA) es probablemente la medida terapéutica con el impacto más favorable en el pronóstico.

252. PREVALENCIAS DE UTILIZACIÓN DE LOS FÁRMACOS HIPOTENSORES EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz[1], R.A. García[1], M.D. García[2], M.C. Díez[3], A.I. Martín[1], J.A. Cique[4], M.R. Durán[4], R. Cabrera[5], M. Capitán[6] y C. Mora[7]

[1]CS Pinto, Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. [2]CS Casa de Campo. [3]CS Los Cármenes. [4]CS Torito. [5]CS Espronceda. [6]CS Las Ciudades. [7]CS Maqueda.

Objetivo: Determinar las prevalencias de utilización de los fármacos hipotensores en la población hipertensa del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 55 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional sobre los listados de 145.074 adultos (≥ 18 años) adscritos a los médicos investigadores. Población muestral (porcentajes esperados maximizados: 50%; límite aceptable de error muestral para población finita: 2,5%): 6.543 sujetos. Sujetos reclutados: 4.401 [ilocalizables: 20,16%; rechazan consentimiento: 7,12%; no acudieron: 4,65%; criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 3,35%]. Sujetos de estudio con

Tabla 1 Comunicación 252.

Nº fármacos hipotensores	(%) (n = 1.550)	LI IC (%)	LS IC (%)
0	16,71	14,88	18,66
1	35,23	32,85	37,66
2	30,97	28,67	33,34
3	13,74	12,07	15,56
4	2,97	2,18	3,94
5	0,26	0,07	0,66
6	0,13	0,02	0,47
≥ 3	17,10	15,25	19,07

Tabla 2 Comunicación 252.

	(%) (n = 1.550)	LI IC (%)	LS IC (%)
Con tratamiento hipotensor	83,29	81,34	85,12
1º Diuréticos	43,29	40,81	45,80
2º IECAs	43,10	40,61	45,61
3º ARAII	22,71	20,64	24,88
4º Calcioantagonistas	20,13	18,16	22,21
5º Betabloqueantes	16,77	14,95	18,73
6º Alfabloqueantes	3,61	2,74	4,67
7º Vasodilatadores	2,32	1,63	3,20
8º Acción Central	0,39	0,14	0,84

hipertensión arterial: 1.550. Análisis estadístico: Estadísticos cualitativos: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%. Estadísticos cuantitativos: medias con desviación típica (± DE).

Resultados: La prevalencia poblacional de hipertensión arterial es del 35,22% (33,81 - 36,65). La población de estudio tiene una media (± DE) de edad de 67,58 (± 13,18) años, siendo femenina el 52,06% (49,54 – 54,58). El 64,65% (62,21 – 67,03) de la población tiene presiones arteriales sistólica/diastólica < 140/90 mmHg. La media (± DE) de fármacos utilizados es de 1,52 (± 1,05), según la distribución de la tabla 1. Las prevalencias de utilización de los fármacos hipotensores en la población hipertensa se muestran en la tabla 2.

Conclusiones: En la población hipertensa: los fármacos hipotensores más utilizados (43%) son diuréticos e IECAs; los calcioantagonistas se emplean en un 23% y los betabloqueantes en un 17%, el 17% utiliza 3 o más fármacos hipotensores; el 17% no utiliza ningún fármaco hipotensor; el 65% tiene la PAS/PAD < 140/90 mmHg utilizando una media de 1,52 fármacos hipotensores.

253. PACIENTES DE ALTO RIESGO: ¿EXISTEN GRANDES DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO TRAS UN EVENTO CARDIOVASCULAR MAYOR?

P. Sánchez, M. Payán, J.M. Romero, C. Martínez, P. Hidalgo y M. Zamora

Hospital Torrecárdenas.

Objetivo: La morbimortalidad asociada a enfermedad cardiovascular es muy elevada en la sociedad actual, por lo que es de gran relevancia un correcto control de los factores de riesgo cardiovascular (obesidad, tabaquismo, diabetes, hipertensión, dislipemia). Nuestro estudio analiza los tratamientos pautados en pacientes con alto riesgo cardiovascular por el sistema de puntuación SCORE y compara las posibles diferencias entre los pacientes que han sufrido algún evento cardiovascular (EVC) previo respecto a los que no lo han padecido.

Métodos: Estudio retrospectivo donde se analizaron los informes de alta de pacientes ingresados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Torrecárdenas durante 1 año, seleccionando a un total de 297 pacientes que cumplían criterios de alto riesgo cardiovascular por el sistema de puntuación SCORE. Se recogió información sobre el padecimiento de algún evento cardiovascular mayor (ECV), que se definió como historia de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía vascular periférica. Además se recopilaron los tratamientos prescritos para los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) presentes. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 21.

Resultados: Se estudiaron 297 pacientes de los que presentaron criterios de ECV establecida 182 pacientes (61,27%). En pacientes sin ECV la edad media fue de 74 años (55% mujeres y 45% hombres) y en pacientes con ECV la edad media fue de 70 años (53% mujeres y 47% hombres). En pacientes sin ECV, los fármacos usados con mayor frecuencia fueron: antihipertensivos 240 (80,8%), antiagregantes 123 (41,1%), antidiabéticos 126 (42,4%), hipolipemiantes 77 (25,9%), anticoagulantes 32 (10,7%). Respecto a los pacientes con ECV previo se prescribieron antihipertensivos 252 (84,8%), antiagregantes 194 (65,3%), hipolipemiantes 142 (47,8%), antidiabéticos 139 (46,8%) y anticoagulación 41 (13,8%). Sólo hubo diferencia estadísticamente significativa (p < 0,001) entre los dos grupos en la toma de hipolipemiantes y antiagregantes. No en antihipertensivos, antidiabéticos ni anticoagulación. Con frecuencia se recomendó por escrito medidas higiénico-dietéticas en el informe de alta (sin ECV 65,2%, con ECV 67%, p no significativa).

Conclusiones: Los fármacos que tratan los factores de riesgo vascular son de uso muy frecuente en pacientes dados de alta en Medicina Interna, tanto en prevención primaria como secundaria. Los antihipertensivos fueron los fármacos más prescritos en ambos grupos. Sólo los hipolipemiantes y antiagregantes se recetaron más en el grupo que sufrieron algún ECV respecto a los que no, de forma estadísticamente significativa.

254. EFECTOS DE ROSUVASTATINA SOBRE PERFIL LIPÍDICO, GLICOSILADA Y FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ELEVADO RIESGO VASCULAR EN CONSULTA ESPECIALIZADA

P. Segura[1], M. Sánchez[2], F.J. del Castillo[2], S. Ortega[1], C. Moriana[1] y A. Liébana[1]

[1]Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Jaén. [2]CS Virgen de la Capilla.

Objetivo: Analizar eficacia de rosuvastatina sobre el perfil lípidico y efectos secundarios.

Métodos: Estudio retrospectivo, evolutivo de pacientes que han iniciado tratamiento con rosuvastatina entre agosto de 2009 y octubre 2013 en consulta de atención especializada. Se han analizado parámetros básicos de función renal, perfil lipídico y perfil de riesgo vascular global. Analizamos la población en momentos basal (B), a los 3-6 m (3-6 m) y final (F).

Resultados: Total 80 pacientes. Sexo masculino 66,3%. Edad media 64,9 ± 10,8 años. IMC 31,2 ± 5,0 kg/m^2, TAS 137,11 ± 20,1 mmHg TAD 75,8 ± 13,1 mmHg, tiempo de seguimiento 19,9 ± 12,6 meses. Presentan insuficiencia renal 73,8% estimada CKD_EPI < 60 ml/min/1,73 m^2, con etiología: nef. diabética 23,8%, no filiada 23,8%, nefroangiosclerosis 11,3% resto otras. Antecedentes de cardiopatía isquémica 13,8%, fibrilación auricular 1,3%, ACV 13,7%, enf. arterial periférica 6,3%, retinopatía diabética 10%, enolismo 11,3%, Tabaquismo 10%. Estatina previa: ninguna 32,5%, atorvastatina 43,8%, simvastatina 13,8%, pravastatina 5%, fluvastatina 3,8% y pitavastatina 1,3%. Toman ezetimibe 16,3% Otros hipolipemiantes: no 81,3%, gemfibrozilo 3,8%, fenofibrato 3,8%, omacor 11,3%. Dosis inicial rosuvastatina 5 mg 21,5% 10 mg 50,6% 20 mg 27,8%. A los 3-6 meses: otros hipolipemiantes no 76,5%, ezetimibre 14,7% omacor 8,8%, nadie con fibratos ni gemfibrozilo que se suspendió en la primera visita. Al final: otros hipolipemiantes no 68,4% ezetimibe 16,5% omacor 11,4% fibratos 3,8%. Se suspendió en el momento final en 2 pacientes con CPK elevada 479 U/L (se había asociado fenofibrato) y otro 418 U/L (se asoció omacor). Encontramos diferencias significativas en cuanto a niveles de colesterol basal y 3-6 m (B 220,0 ± 52,3 vs 3-6m 184,0 ± 59,7 mg/dl; p < 0,001) y colesterol basal y final (B 213,4 ± 54,7 vs F 184,5 ± 47,5 mg/dl; p < 0,001), LDL basal y 3-6m (B 138,7 ± 48,9 vs 3-6 m 106,7 ± 47,4 mg/dl; p > 0,001), LDL basal y final (B 131,2 ± 46,9 vs F 100,2 ± 37,2 mg/dl; p < 0,001), HDL basal y final (B 49,4 ± 11,4 vs F 46,2 ± 12,1 mg/dl; p < 0,002). Reduce colesterol total un 16% a los 3-6 m y 13% al final y el LDL un 23% a los 3-6 m y 23% al final. No encontramos diferencias en cuanto albuminuria, función renal por CKD_EPI (B 44,9 ± 22,3 vs 3-6m 46,6 ± 24,2 ml/min/1,73 m^2; p = 0,168), (B 44,6 ± 22,0 vs F 45,3 ± 24,4 ml/min/1,73 m^2; p = 0,606), glicosilada (B 7,1 ± 1,7 vs 3-6m 6,9 ± 1,0%; p = NS) (B 7,1 ± 1,4 vs F 7,0 ± 1,2%; p = NS), GOT, GPT, HDL basal y 3-6m (B 48,1 ± 9,8 vs 3-6m 48,3 ± 12,1 mg/dl; p = 0,899), triglicéridos (B 212,5 ± 202,4 vs 3-6m 183,9 ± 106,3; p = NS), (B 185,4 ± 96,6 vs F 202,2 ± 155,2 mg/dl; p = 0,394), dosis de rosuvastatina basal, a los 3-6 m y final.

Conclusiones: Rosuvastatina es eficaz en el control de la hipercolesterolemia reduciendo el colesterol total y LDL en los primeros meses y es capaz de mantener esta reducción en el tiempo con pocos efectos secundarios. No hemos observado cambios en las cifras de glicosilada ni en la función renal en pacientes que toman rosuvastatina.

255. CONTROL DEL INR EN ESPAÑA. MÉTODO DIRECTO Y MÉTODO ROSENDAAL. CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA. DATOS DEL ESTUDIO PAULA

D.A. Vargas[1], J.M. Lobos[2], J. Polo[3], V. Barrios[4], C. Escobar[5] y L. Prieto[6]

[1]Hospital de Alta Resolución El Toyo. [2]Atención Primaria Área 4. [3]CAP El Casar de Cáceres. [4]Hospital Universitario Ramón y Cajal. [5]Hospital Universitario La Paz. [6]Universidad Complutense de Madrid.

Objetivo: PAULA es un estudio realizado para conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España. En el presente trabajo se analiza el grado de control del paciente anticoagulado en función del método utilizado, directo o Rosendaal.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se han incluido a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito. El grado de control de la anticoagulación se determinó mediante el tiempo en rango terapéutico, tanto por el método directo (mal control < 60%), como por el método de Rosendaal (mal control < 65%).

Resultados: El porcentaje de controles en rango terapéutico según el método Directo es del 63,2% con una desviación típica del 17,9 y según el método de Rosendaal 69% con una desviación típica del 17,7. El control del INR en nuestros pacientes según el método Directo es del 56,9% comparado con el 60.6% en función del Rosendaal. Según comunidades autónomas el tiempo en rango terapéutico de los controles realizados en función del método directo es en el País Vasco con un 76,3% de media y el menor en Extremadura con un 57,5% de media, y analizando el % de pacientes en Control de INR según este método País Vasco el que presenta mejores cifras con un 78,2% de pacientes frente a Canarias con sólo un 39,3% de Control. Si vemos los datos en función de Rosendaal el tiempo en rango terapéutico de los controles realizados fue mayor también en el País Vasco con un 78,1% y menor en Baleares con un 61,5% y si vemos los pacientes con buen control de INR en este caso País Vasco está a la cabeza con el 78,2% de los pacientes en buen control y Canarias vuelve a estar a la cola con sólo un 44,6% de los pacientes en buen control. No hubo diferencias estadísticamente significativas a la hora de eventos isquémicos en pacientes dentro de rango terapéutico independientemente del método utilizado.

Conclusiones: Podemos concluir que según los datos del Estudio PAULA, no somos capaces alcanzar el control del INR en nuestros pacientes anticoagulados en más del 60% de los casos independientemente de los métodos utilizados para definir al paciente con buen control, la comunidad autónoma con mejores cifras de control es el país vasco y la pero Canarias independientemente del método utilizado, Es cierto que hay diferencias significativas entre los dos métodos a la hora de valorar tiempos en rangos terapéuticos y pacientes en control pero analizando la consecuencia clínica como la presencia de ictus o hemorragias mayores en estos pacientes no se observan diferencias significativas en ambos métodos.

256. EVALUACIÓN DEL CONTROL DEL INR DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON ACENOCUMAROL EN UN CENTRO DE SALUD

A. Gonzálvez, A. Zaragoza, D. Crespo, J.M. Terol, R. Suero, M. Sacristán, M.J. Conesa, L. Bernal, P. Cuadrado y B. Pereñíguez

CS de Espinardo.

Objetivo: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardiaca crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población. En pacientes con FA auricular no valvular, los AVK reducen el riesgo de ictus en un 64% en comparación con placebo. Los nuevos anticoagulantes orales (NACO) fueron inicialmente aprobados por las agencias reguladoras europeas para la prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla. Con posterioridad, estos medicamentos han sido desarrollados para la prevención de complicaciones tromboembólicas en pacientes con FA y en otras indicaciones. Según los criterios y recomendaciones generales para el uso de NACO en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con FA no valvular, publicados recientemente por el Ministerio de Sanidad (con fecha de 18 de junio de 2013), se considerará a los pacientes que han iniciado tratamiento con AVK en los que no es posible mantener un control de INR dentro de rango (2-3) a pesar de un buen cumplimiento terapéutico. El control de INR es inadecuado cuando el porcentaje de valores de INR dentro de rango terapéutico sea inferior al 60%, siendo el periodo de valoración de al menos los últimos 6 meses, excluyendo los INR del primer mes (en caso de ajuste inicial de dosis) o periodos de cambio debidos a intervenciones quirúrgicas o dentales u otros procedimientos invasivos, etc. que conlleven la modificación de la pauta de AVK. El objetivo de nuestro estudio será el de valorar y analizar cuál es el grado de control de INR de los pacientes diagnosticados de FA y en tratamiento con acenocumarol de nuestro centro de salud, y valorar si podrían beneficiarse de los NACO como terapéutica preventiva de ictus y embolia sistémica.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Como criterios de inclusión tenemos: todos los pacientes de nuestro centro de salud en tratamiento con AVK (acenocumarol), que se realizan sus controles regulares en dicho centro. Como criterios de exclusión: pacientes que en los últimos 6 meses han sido intervenidos quirúrgicamente y/o han precisado ingreso hospitalario, para lo cual han sido anticoagulados con heparina subcutánea, suspendiéndose temporalmente el tratamiento con acenocumarol; y los pacientes que están en tratamiento anticoagulante con AVK por otras patologías diferentes a la FA.

Resultados: Analizando la muestra total de pacientes en tratamiento con acenocumarol obtenemos una muestra total de 170 pacientes, de los cuales la causa más frecuente es la fibrilación auricular, con un total de 118 pacientes (69,41%). Si valoramos todos los pacientes con FA, obtenemos una muestra de 106, puesto que 12 los excluimos porque fueron ingresados en el hospital o intervenidos quirúrgicamente en los últimos 6 meses. Por sexos, tenemos 47 mujeres y 59 varones. La edad media es de 76,69 años. El tiempo medio en tratamiento con AVK sería de 5,46 años. Observamos que 48 de estos 106 pacientes no están controlados, lo que supone el 45,28% del total. El grado de control sería del 54,72%, mayor que en el mismo estudio que realizamos el año pasado en el mismo centro de salud, en el que el grado de control fue inferior al 50% (44,33%).

Conclusiones: Tras realizar este estudio, observamos como existe un control mejorable del INR en nuestros pacientes con FA en tratamiento con acenocumarol, aunque debemos valorar el hecho positivo de que el grado de control respecto al año anterior ha mejorado un 10%. De todas formas, deberíamos valorar qué tipo de

pacientes podrían beneficiarse del uso de los NACO, previniendo así eventos cardiovasculares adversos.