

Cumplimiento e inercia

211. DISLIPEMIA ATEROGÉNICA E INERCIA TERAPÉUTICA EN UNA UNIDAD DE RIESGO VASCULAR EN SALAMANCA (2001-2009)

I. González Fernández¹, M. García García¹, S. Argenta Fernández¹, J.A. Martín Oterino¹, R. Usategui Martín², M.L. Pérez García¹ y M. Belhassen García¹

¹Servicio de Medicina Interna I, Complejo Asistencial de Salamanca, Hospital Virgen de la Vega, Salamanca. ²Unidad de Medicina Molecular, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivo: Identificar dentro de una cohorte de 250 enfermos extraídos de una consulta monográfica de RV aquellos con dislipemia aterogénica. Se analizaron sus características clínicas y epidemiológicas, perfil lipídico, y la intervención terapéutica o inercia en la práctica clínica.

Métodos: Se realiza un estudio observacional y descriptivo, sobre una cohorte de 250 enfermos recogidos entre abril de 2001 a noviembre de 2009. Se revisaron las historias clínicas de los 22 enfermos identificados con dislipemia aterogénica. Se tomó como criterio de selección aquellos con triglicéridos (TG) ≥ 150 mg/dl y colesterol-HDL (c-HDL) ≤ 40 mg/dl en varones y ≤ 50 mg/dl en mujeres.

Resultados: De los 250 pacientes seleccionados de abril de 2001-noviembre de 2009. 22 pacientes presentaban dislipemia aterogénica, lo que supone una prevalencia del 8,8%. La distribución por sexo: 81,8% (18 pacientes) eran varones y 18,2% (4 pacientes) eran mujeres. La edad media era de 54 años, con un rango entre 35 años y 75 años. La totalidad de los enfermos eran HTA y 27,3% diabéticos. Ninguno presentaba tabaquismo activo, y el 31,80% (7 pacientes) tenía una ingesta leve de alcohol semanal. La distribución por IMC fue la siguiente: normopeso: 9,06% (2 pacientes); sobrepeso: 36,40% (8), obesidad grado I: 36,40% (8), obesidad grado II: 13,60% (3), obesidad mórbida: 4,54% (1). El perímetro abdominal fue el siguiente: Varones: media de 106 cm, con una desviación estándar 10,55. Mujeres: media de 108 cm, con una desviación estándar de 16,49. El perfil lipídico de los pacientes: Media colesterol total (CT): totalidad de muestra 223 mg/dl. Distribución por sexos: varones CT: 227 mg/dl, mujeres CT 208 mg/dl. Media colesterol-LDL (c-LDL): muestra inicial 119 mg/dl. Distribución por sexos: varones c-LDL: 119 mg/dl, mujeres c-LDL: 117 mg/dl. Media colesterol HDL (c-HDL): 37 mg/dl, varones 37 mg/dl, y mujeres 36 mg/dl. Media triglicéridos (TG): 335 mg/dl, varones TG: 350 mg/dl, mujeres 270 mg/dl. Se revisaron las ecografías abdominales, el 40,9% de la muestra (9 pacientes) con dislipemia aterogénica presentaban datos de esteatosis hepática. El tratamiento hipolipemiente instaurado además de las recomendaciones higiénico dietéticas fueron los siguientes: Sólo estatinas: 45,5% (10 pacientes), estatinas + fibratos: 18,2% (4 pacientes), sólo fibratos: 13,6% (3 pacientes). Ningún hipolipemiente: 22,7% (5 pacientes). Revisados los objetivos en cada uno de los enfermos, se encontró que el 22,72% de los enfermos que no recibieron hipolipemiente, tenían indicación de tratamiento farmacológico.

Conclusiones: En nuestra muestra la dislipemia aterogénica fue del 8,8%, algo menor de la esperada por otros estudios. La mayoría eran varones (81,8%). Presentaban obesidad en diverso grado el 54,54%. Aproximadamente el 40% de los pacientes tenían datos de esteatosis hepática. A pesar de la importancia del control lipídico en la prevención de enfermedades vasculares en el 22,7% de los enfermos, no presentaron en ese momento intervención terapéutica. Siendo prioritario el control del c-LDL no debemos olvidar el potencial patogénico de la dislipemia aterogénica siendo una obligación del clínico la optimización del tratamiento y la precocidad de su inicio y el abandono de la inercia terapéutica.

212. ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA UNIDAD DE RIESGO VASCULAR

M. García García¹, I. González Fernández¹, S. Argenta Fernández¹, R. Usategui Martín², J.A. Martín Oterino¹, M. Belhassen García¹ y M.L. Pérez García¹

¹Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario, Hospital Virgen de la Vega, Salamanca. ²Unidad de Medicina Molecular, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivo: Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) presentan un riesgo aumentado de desarrollar aterosclerosis (AE). Esto responde a la presencia de factores de vascular (FRV) tradicionales -hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo- y a las propias características de la enfermedad, que por diferentes caminos están incrementados. Nuestro objetivo, es identificar dentro de una consulta monográfica de RV, los pacientes con antecedentes de EAS y describir sus características clínicas y epidemiológicas y su perfil de RV.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, en el que incluimos los pacientes con antecedente de EAS durante el periodo comprendido entre febrero de 2012 y febrero de 2015. Analizamos variables epidemiológicas, antecedente y tipo de EAS, así como la presencia o no de FRV y el riesgo derivado de los mismos.

Resultados: A lo largo de 3 años de consulta de RV, 93 pacientes presentaban antecedentes de EAS: espondiloartropatías el 78,4% de pacientes (total: 73, artritis reumatoide 39, psoriasis/artropatía psoriásica: 25, espondilitis anquilosante: 9) y el 21,6% conectivopatías/vasculitis (total: 20, LES: 8, síndrome antifosfolípido: 4, síndrome de Sjögren: 7, conectivopatía sin filiar: 1, vasculitis leucocitoclástica/de la arteria temporal: 1/1, esclerosis sistémica: 2, enfermedad de Behçet: 2, sarcoidosis: 2). La distribución por sexos: 62% (58 pacientes) eran mujeres y 38% (35 pacientes) eran hombres. La edad media era de 60 años, con un rango entre 45 y 75 años. Fumaban el 20,4% (19 pacientes) y lo habían hecho el 15,0% (14). El 20,5% (20 pacientes) consumían alcohol de manera leve o moderada. Hacían vida sedentaria el 62,4% de los pacientes (58). Se encontraban limitados funcionalmente por su enfermedad el 11,8% (11 pacientes), y vida sedentaria el 8,6%. Según el IMC los pacientes presentaron: normopeso: 21,5% (20); sobrepeso: 37,6% (35), obesidad grado I: 22,5% (21), obesidad grado II: 4,3% (4), ningún paciente presentaba obesidad mórbida y no constaba en 13 pacientes. El perímetro abdominal fue de media de 102 cm en varones (DE 10,55 cm), y de 89 cm en las mujeres (DE 16,49 cm). La totalidad de los enfermos eran HTA, el 10,75% (10 pacientes) eran diabéticos, presentaban dislipemia el 40,9% (38 pacientes), de los cuales el 73% recibían tratamiento farmacológico. La hiperuricemia aparecía en el 5,4% de los pacientes (5). A la hora de estratificar el riesgo vascular (ESC/ESH 2013), el 34,4% de los pacientes presentaban un riesgo medio-alto (32 pacientes), el 9,7% (9 pacientes) muy alto riesgo y en el 50,5% de los casos (47 pacientes) no había datos suficientes para realizar la estimación.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, el 44,1% de los pacientes con EAS presentan un riesgo vascular moderado-alto o muy alto. En ausencia de guías específicas y dado que las EAS imprimen un riesgo similar a la DM, los objetivos terapéuticos se equiparan a los propuestos para esta enfermedad. El control agresivo de los FRV, con medidas farmacológicas y no farmacológicas, es el único camino capaz de reducir una de las principales causas de muerte en portadores de EAS. En nuestra serie, hasta en el 50% no podemos establecer el riesgo, por lo que es fundamental la detección sistemática de los FRV, la búsqueda de aterosclerosis subclínica y la lucha contra nuestra inercia terapéutica, dentro de la rutina de seguimiento de esta población.

213. PREVENCIÓN Y MEJORA DE LOS NIVELES DE COLESTEROL CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN DISLIPEMIAS COORDINADA FARMACIA COMUNITARIA-ATENCIÓN PRIMARIA

B. Pons Thomas

Farmacia Pons, Lluçmajor.

Objetivo: Debido al gran número de pacientes con niveles incontrolados de colesterol total y de pacientes que desconocían su valor, decidimos implantar un servicio de atención farmacéutica especializada en dislipemias. El propósito del estudio fue evaluar la efectividad de la atención farmacéutica especializada en dislipemias en pacientes con niveles de colesterol total mayores de 200 mg/dL, para lograr una mejora de sus niveles para prevenir eventos cardiovasculares. Es un trabajo multidisciplinar con su médico de atención primaria informado en todo momento del servicio y de su seguimiento, así como resultados obtenidos para tomar decisiones farmacoterapéuticas si fuera necesario.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y longitudinal en 66 pacientes sin enfermedad cardiovascular previa que acuden a la farmacia Pons de Lluçmajor (Mallorca), de ellos, 53 fueron incluidos con unos valores de colesterol total mayores de 200 mg/dL. Se realizó una medición de los valores de colesterol total en la primera cita, al cabo de 1 mes y al cabo de 3 meses. Se llevó a cabo una

atención farmacéutica especializada en dislipemias basada en: medidas higiénico-dietéticas, educación en su enfermedad, correcta toma de la medicación, adherencia terapéutica, prescripción de ejercicio físico, cesación tabáquica y seguimiento farmacoterapéutico. El método utilizado fue determinación por sangre capilar y el dispositivo utilizado fue el Accutrend Plus® de Roche.

Resultados: 30 pacientes obtuvieron unos valores de < 200 mg/dL de colesterol total en la primera visita de seguimiento. El número de pacientes que mantuvo unos valores de < 200 mg/dL en la segunda visita de seguimiento fue de 40. En la primera visita se derivaron 6 pacientes su médico de atención primaria, donde se instauraron 4 nuevos tratamientos en pacientes que no estaban tomando medicación y se cambiaron 2 tratamientos por problemas relacionados con la mediación y 2 pacientes fueron incluidos en programa de sistema personalizado de dosis por sospecha de incumplimiento. En la segunda visita se derivaron 3 pacientes y en la tercera, 1 paciente.

Conclusiones: Desde la farmacia comunitaria en coordinación con atención primaria podemos contribuir mediante una atención especializada en dislipemias y con un buen seguimiento farmacoterapéutico, a disminuir el riesgo cardiovascular debido a los altos niveles de colesterol, a prevenir un aumento de los valores de colesterol y a un cribado de pacientes que desconocían sus niveles alterados. Farmacéuticos comunitarios cooperando con pacientes y médicos podrían contribuir a lograr resultados deseados en pacientes con enfermedades crónicas como dislipemias.

214. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS. UTILIDAD DE LA CALCULADORA JBS3. EDAD VASCULAR

M.A. María Tablado¹, S. Rodríguez Villarreal¹, E. Tornay Muñoz², C. Montejo Martínez³, D. El Atiaoui⁴, S.S. Murga Alvarado⁵ y C. Rojo Villaescusa⁶

¹Consultorio Local Perales de Tajuña, Perales de Tajuña. ²Centro de Salud Juncal, Torrejón de Ardoz. ³Centro de Salud Canillejas, Madrid. ⁴Centro de Salud Villablanca, Madrid. ⁵Centro de Salud Jose María de los Llanos, Madrid. ⁶Centro de Salud Arroyo de la Media Legua, Madrid.

Objetivo: HTA es una patología prevalente. Es un factor de riesgo cardiovascular independiente. La educación para la salud (EpS) es una herramienta eficaz para reforzar hábitos de vida saludable y para implicar al paciente en el conocimiento de su enfermedad, la gravedad, las complicaciones, el seguimiento y el tratamiento. Evitando así parte de la inercia terapéutica atribuible al paciente. Proponemos con este estudio demostrar la eficacia de la EpS en HTA en pacientes con HTA y al menos otro factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, diabetes, dislipemia, obesidad). También es objetivo utilizar la calculadora de Edad Vasculosa JBS3 como método de apoyo al aprendizaje.

Métodos: Para incluir a los pacientes se propone en consulta de enfermería de un cupo de médico de familia (1.500 pacientes) de una zona rural (pueblo de 2.500 habitantes) a todos aquellos pacientes conocidos HTA la posibilidad de participar en un taller sobre: conocimiento de la enfermedad, conocimiento gravedad, conocimiento complicaciones, manejo de tensiómetro en domicilio, manejo de la dieta, manejo del ejercicio físico y simulador de "Edad Vasculosa". El criterio de inclusión tener HTA en tratamiento farmacológico y otro factor de riesgo que no fuera sólo Diabetes. Incluimos a 10 con sus respectivos acompañantes (13 en total). Se realizaron tres sesiones en tres días separados en tres semanas diferentes de 60 minutos. La primera sesión comienza con una encuesta de 26 ítems dividida (5 preguntas básicas de sobre la HTA, 5 afectación órganos diana, 4 factores de riesgo asociados, 3 sobre dieta, 4 sobre medicación, 3 modificación estilos de vida, 2 percep-

ción enfermedad) y se sigue de una formación participativa por parte del médico de familia y residente de familia. La segunda sesión consiste en formación participativa en dieta, ejercicio físico, cambio hábitos, manejo del tensiómetro impartida por enfermero y residente de familia. La sesión de cierre comienza por un recorrido general y un taller/simulador "edad vascular" utilizando la calculadora JBS3 que calcula la edad vascular según (edad, género, grupo étnico, IMC, lugar de residencia, consumo de tabaco, colesterol total, HDL colesterol, TA Sistólica, tratamiento para HTA, Diabetes, Enfermedad cardiovascular en familiar menor de 60 años, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular o artritis reumatoide). De cierre se vuelve a administrar la encuesta de 26 ítems y se comparan resultados con la previa.

Resultados: Los participantes fueron 5 hombres y 8 mujeres. El rango de edad fue 43 a 68 años. Ninguno había sufrido evento cardiovascular (MACE), 2 eran diabéticas, IMC medio 29, exfumadores 6, fumador activo 1. Dislipémicos eran 6. Cumplían criterios de síndrome metabólico 4. Participaron 4 acompañantes. Contestaron todos a las dos encuestas y participaron todos los 3 días. Claramente la mejora de puntuación entre ambas encuestas sobre conocimientos fue notable. En manejo de tensiómetro en domicilio fue muy satisfactorio, incluso el grado de conocimiento de cuales era las cifras altas y muy altas. La gran sorpresa fue al utilizar el simulador/calculadora de edad vascular (en el centro tradicionalmente usábamos Score, Regicor o Framingham). Evidenciamos que es una herramienta muy potente como refuerzo educativo.

Conclusiones: Es una muestra muy pequeña pero los participantes quedaron encantados. Nos propusieron realizar más, incluso plantear una charla en el pueblo. La mejoría plasmada a través de las encuestas lo fue sobre todo en conocimiento de la enfermedad, gravedad y complicaciones. Queda claro que conocen los hábitos de vida poco saludable, la dieta y las formas de corregirla. Los simuladores/calculadoras en este caso de edad vascular (JS3B) son una potente herramienta educativa para los pacientes.

215. COMBINACIONES DE ARA2 A DOSIS FIJAS FRENTE A DOSIS LIBRES REDUCEN LA MORTALIDAD GLOBAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

E. Rodilla Sala¹, F. Lobo Aleu³, R. Maroto Illera³ y J.M. Pascual Izuel¹

¹Servicio de Medicina Interna, Unidad HTA y Riesgo Vasculoso, Hospital de Sagunto, Sagunto. ²Área de Ciencias de la Salud, Universidad CEU Cardenal Herrera, Castellón. ³Departamento de Economía, Universidad Carlos III, Getafe. ⁴Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: El control de la presión arterial sigue siendo insuficiente en la mayoría de los hipertensos afectados, a pesar del uso simultáneo de varios antihipertensivos. En los últimos años se han desarrollado estrategias terapéuticas que combinan fármacos complementarios en combinaciones a dosis fijas (CDF). El objetivo del estudio es comparar la eficacia antihipertensiva de CDF frente a combinaciones a dosis libres (CDL) y su repercusión sobre la mortalidad global en pacientes hipertensos en el marco de la práctica clínica diaria.

Métodos: Estudio post-observacional, descriptivo, abierto, longitudinal retrospectivo y sin intervención en el ámbito ambulatorio de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, incluyendo 181.805 pacientes hipertensos tratados con un antihipertensivo del grupo de los antagonistas de los receptores de la angiotensina 2 (ARA2) y al menos un diurético (D) y/o un calcioantagonista (CA), bien a dosis fijas (CDF) o libres (CDL), seguidos durante los años 2012 y 2013.

Resultados: La edad media era de 66,3 ± 13,2 años, el porcentaje de hombres y mujeres fue de 46,8 y 53,2%, respectivamente, la

proporción de pacientes tratados con CDF fue del 29,9%, un 13,2% de los pacientes experimentó un cambio de medicación durante el estudio. Tanto las CDF como las CDL redujeron de forma significativa la presión arterial, pero las reducciones de PA sistólica y diastólica (4,3 vs 3,5 mmHg y 2,2 vs 1,8 mmHg, respectivamente), así como la proporción de pacientes controlados (55,7% vs 55,3%), fueron significativamente mayores en el grupo tratado con CDF. El tratamiento con CDF se asoció a una mortalidad global significativamente menor que el tratamiento con CDL, no sólo en los pacientes que mantuvieron el tratamiento durante el estudio, sino también en el subgrupo que pasó de CDL a CDF. En un análisis multivariante de COX, ajustando por edad, sexo, presión arterial y colesterol, la OR de estar en tratamiento con CDF respecto a la mortalidad global fue del 0,81 (IC: 0,78-0,85).

Conclusiones: El tratamiento antihipertensivo de ARA2 en combinación fija con diuréticos o calcioantagonistas en combinación fija (CDF) se asocia a una reducción mayor de la PA sistólica y diastólica, a un mayor control de la PA y a una mortalidad global significativamente inferior. Los datos sobre cumplimiento terapéutico deberán mostrar si esta reducción se debe a una mayor observancia terapéutica.

216. APLICACIÓN DE UN SISTEMA EXPERTO EN LA MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL MEDIO LABORAL

E. Calvo Bonacho¹, M. Cabrera Sierra¹, L. Quevedo Aguado¹, P. Martínez Muñoz¹, C. Fernández-Labandera¹, J.C. Sainz Gutiérrez¹, C. Catalina Romero¹ y L.M. Ruilope Urioste²

¹Ibermutuamur, Madrid. ²Unidad de Hipertensión, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivo: Según las directrices actuales para la prevención y manejo de las enfermedades cardiovasculares, sólo un tercio de los trabajadores con riesgo cardiovascular (RCV) alto cumple con los objetivos terapéuticos sobre dislipemia. De estos, sólo una tercera parte recibe tratamiento farmacológico adecuado dada la inercia terapéutica que ocasiona la difícil tarea de integrar toda la información que el médico maneja en el abordaje del RCV (Brotos et al. Rev Esp Cardiol 2014;67:906-11). El objetivo de este estudio fue mejorar esta situación entre nuestros trabajadores con el diseño, desarrollo e implementación de un sistema experto para ayudar a los profesionales en la decisión clínica, proporcionando una evaluación a medida de la salud de los trabajadores.

Métodos: Se diseñó y desarrolló un sistema experto web operativo en lenguaje ASP (Active Page Server), que recoge información sobre factores de riesgo y devuelve un output con las recomendaciones para el manejo de los factores de riesgo basada en las directrices de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular de 2012. En el caso de precisar una intervención o modificación del tratamiento farmacológico, el sistema experto ayuda a planificarlas. El RCV se estratificó mediante el sistema SCORE europeo para países de bajo riesgo. Se realizó una prueba piloto ofreciendo este programa a trabajadores con muy alto riesgo (≥ 10) en modalidad presencial o telefónica, en base a los datos recogidos en su historial clínico y mediante entrevistas estructuradas se realizó una intervención sobre dichos trabajadores, que incluía la implementación de las recomendaciones del sistema experto. Adicionalmente se evaluó su conocimiento relativo al nivel de riesgo y a las recomendaciones. La valoración de la adherencia a la dieta mediterránea se realizó mediante un cuestionario de 14 ítems y la actividad física mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ).

Resultados: En este estudio piloto que ha incluido hasta ahora 11 pacientes con un nivel de RCV ≥ 10 con edad media de 63,2 años ($\pm 4,2$), se pudo constatar que un 71,7% y un 45,5% tenían hipertensión y dislipemia, pero sólo el 36,4% y el 18,2% de ellos recibían tratamiento, respectivamente. Estos pacientes, todos ellos hom-

bres y en su mayoría trabajadores manuales (63,6%), tuvieron una alta adherencia a la dieta mediterránea en un 27,3% de los casos y de nivel medio en el 72,7% restante. El 81,8% conocía que tenía factores de RCV. Un 45,5% eran fumadores, de los cuales un 66,6% manifestaba su intención de abandonar el hábito tabáquico en los próximos meses. El valor medio del IMC fue de 28,1 kg/m² y el del perímetro abdominal de 99,36 cm. Un 36,4% de los trabajadores refirió, realizar una actividad física en los 7 días previos a la visita correspondiente a un nivel muy activo, un 36,4% insuficientemente activo y un 27,2% suficientemente activo.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares sugieren que existe un amplio margen de mejora en el cumplimiento terapéutico en sujetos con muy alto RCV. La disponibilidad de una herramienta informática operativa y eficiente para la gestión del RCV, puede facilitar la toma de decisiones y supone un servicio de valor añadido para estandarizar el trabajo y fomentar las buenas prácticas clínicas, así como la mejora de la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios, pudiendo ser extrapolado a otros ámbitos sanitarios.

217. GRADO DE CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR TRATADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN UN CENTRO DE SALUD

A.A. Rodríguez Fernández¹, E. Aberasturi Ramírez¹, A.R. Solar Peche¹, A. Ada Gueye¹, N. González Muñoz¹, A. Sautu Gutiérrez¹, S. del Amo Cachán¹, R. Ollés Pujol², J. Iturralde Iriso¹ y G. Mediavilla Tris¹

¹OSI Araba Osakidetza, Vitoria-Gasteiz. ²OSI Alto Deba Osakidetza, Arrasate.

Objetivo: Grado de control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular tratados con antagonistas de la vitamina k en dos cupos de un centro de salud.

Métodos: Estudio de calidad, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población anticoagulada con antagonistas de la vitamina k en 2 cupos del C.S. Olaguibel (3.046 usuarios), en los que se valoró el tiempo en rango terapéutico del INR por el método de Rosendaal (inadecuado < 65%) y durante el periodo de 1 año (de noviembre de 2014 a noviembre 2015).

Resultados: El número total de pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K, fue de 48 pacientes (18 mujeres/30 varones) con una media de edad de 79,04 \pm 8,53 DE, siendo el número de pacientes en situación de control de 27 (56,25%).

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan un grado bajo de control en rango terapéutico, ligeramente superior a los resultados obtenidos en otros estudios en el ámbito de la atención primaria estatal (44%). Estos resultados nos deben de hacer reflexionar sobre las causas de este inadecuado control, sobre su falta de monitorización y la infrautilización de los nuevos ACO en las situaciones de alta variabilidad en el control del INR.

218. EVALUACIÓN DEL GRADO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON AVK, ATENDIENDO AL GRADO DE CONTROL DEL INR EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA. ESTUDIO ANFAGAL+

D. Rey Aldana¹, M.Y. Rojo Grandío², M. Lado López³, M. Diez Ponce⁴, M. Gutiérrez Novoa⁵, P. Cabrera Pérez⁶, P. González Lorenzo⁷, R. Quintans Carballo⁸, S. Torreira Mouro⁹ y S. Hernaiz Valero¹⁰

¹Centro de Salud de A Estrada, Santiago de Compostela. ²Centro de Salud de Brion, Santiago de Compostela. ³Centro de Salud de Vite, Santiago de Compostela. ⁴Centro de Salud Cuba, Vigo.

⁵Centro de Salud Xinzo de Limia, Ourense. ⁶Centro de Salud Virxe da Peregrina, Pontevedra. ⁷Centro de Salud Narón, Ferrol.

⁸Centro de Salud San José, A Coruña. ⁹Centro de Salud de Conxo, Santiago de Compostela. ¹⁰Centro de Salud Nigrán-Val Miñor, Vigo.

Objetivo: Conocer cuál es el grado de adherencia terapéutica y satisfacción con el tratamiento en pacientes con AVK, en función del grado de control de INR en los pacientes del estudio ANFAGAL, un año después.

Métodos: El estudio ANFAGAL +, corresponde al segundo análisis transversal (437 pacientes) realizado una año después sobre la muestra original del estudio ANFAGAL (510 pacientes). A una submuestra de 272 pacientes respondieron los cuestionarios de Morinsky-Green, para evaluar adherencia, y SAT-Q, para evaluar satisfacción con su tratamiento anticoagulante.

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 40,1% de los pacientes presentaron un TRT por Rosendaal < 65%. El test de Morinsky-Green mostró resultados similares entre ambos grupos ($3,6 \pm 0,1$ vs $3,5 \pm 0,2$, $p = 0,505$). El test SAT-Q mostró diferencias en la dimensión de la "satisfacción" a favor del buen control ($8,3 \pm 0,3$ vs $7,8 \pm 0,3$, $p = 0,060$). El resto de dimensiones no mostraron resultados estadísticamente significativos: efectos adversos ($5,7 \pm 0,4$ vs $5,9 \pm 0,5$, $p = 0,565$), olvidos ($3,1 \pm 0,2$ vs $3,2 \pm 0,3$, $p = 0,477$), efectividad ($6,9 \pm 0,4$ vs $6,9 \pm 0,4$, $p = 0,973$), conveniencia ($6,8 \pm 0,4$ vs $6,8 \pm 0,4$, $p = 0,956$) y atención sanitaria recibida ($5,5 \pm 0,4$ vs $5,7 \pm 0,4$, $p = 0,673$).

Conclusiones: A pesar de las diferencias clínicas entre los pacientes bien y mal controlados en su ACO con AVK, en nuestra muestra no parece que haya diferencias en cuanto adherencia entre ambos grupos pero tampoco el paciente tiene diferente nivel de satisfacción con el tratamiento administrado a pesar de ser testigo del mal control.