

Tratamiento farmacológico

311. FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA COMBINADA EN HIPERTENSOS ESPAÑOLES. DATOS DEL ESTUDIO ALHAMBRA

J. Abellán¹, A. Roca-Cusachs², B. Font³, R. Lahoz³,
en representación de los investigadores del estudio ALHAMBRA

¹Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. ³Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona.

Objetivos: Determinar factores predictores de prescripción de tratamiento antihipertensivo en combinación y establecer la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la terapia antihipertensiva (monoterapia o combinación) en pacientes hipertensos españoles.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en pacientes adultos con hipertensión (HTA) esencial, de al menos 1 año de evolución. La CVRS se valoró mediante el cuestionario MINI-CHAL (puntuación global 0-48), que evalúa las dimensiones de estado de ánimo (puntuación 0-30) y manifestaciones somáticas (0-18) en los 7 últimos días; donde puntuaciones más altas indican peor

CVRS. Se realizó un análisis multivariante para determinar factores predictores del empeoramiento de la CVRS además de un análisis de regresión logística para determinar factores predictores de tratamiento antihipertensivo en combinación, incluyendo como variables independientes, entre otras, las patologías concomitantes según historia clínica (diabetes mellitus -DM-, enfermedad cardiovascular -ECV-, enfermedad renal, etc.).

Resultados: Se incluyeron un total de 6.654 pacientes evaluables (55,2% varones), con una mediana (Q1, Q3) de edad 63,0 (55,0, 72,0) años. La mediana de años transcurridos desde el diagnóstico de la HTA fue de 6,5 (2,9, 10,7) años. El 67,8% de los pacientes recibía terapia antihipertensiva combinada y el 30,4% monoterapia. Los tratamientos antihipertensivos más frecuentes fueron los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (53,7%), diuréticos (52,4%), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (31,1%), calcioantagonistas (28,6%), betabloqueantes (20,7%), e inhibidores directos de la renina (14,1%). La puntuación global media (IC95%) del MINICHAL fue de 10,1 (9,8, 10,3) en los pacientes tratados con combinación versus 6,3 (6,0, 6,5) en pacientes en monoterapia ($p < 0,0001$). Las puntuaciones en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas fueron 7,1 (6,9, 7,2) en terapia combinada y 4,8 (4,6, 5,0) en monoterapia, y 3,0 (2,9, 3,1) en terapia combinada y 1,5 (1,4, 1,6) en monoterapia, respectivamente ($p < 0,0001$, en ambos casos). La relación significativa entre tratamiento combinado y peor CVRS se mantuvo en el análisis multivariante al introducir variables relacionadas con peor CVRS (enfermedad renal, DM, ECV, obesidad, género femenino, antecedentes familiares de ECV, etc.) [$p < 0,001$, en todos los casos]. Según la regresión logística (OR [IC95%]), los pacientes en terapia combinada tenían una mayor tasa de factores determinantes del empeoramiento de la CVRS, como enfermedad renal (5,3 [2,1, 13,6]), DM (2,9 [1,9, 4,4]), ECV (2,8 [1,8, 4,3]), obesidad (2,3 [1,5, 3,5]) o una mayor edad (1,8 [1,2, 2,7]), que los pacientes en monoterapia ($p < 0,01$, en todos los casos). La terapia combinada se asoció también con el género masculino (1,5 [1,1, 2,1], $p < 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes que recibían terapia combinada tenían un estado de salud de base más deteriorado, determinado por una mayor frecuencia de comorbilidades asociadas a la HTA, y mayor edad. Esta asociación de factores puede explicar tanto el incremento en la probabilidad de recibir tratamiento combinado, así como también el deterioro en la CVRS, sin descartar la existencia de una relación independiente entre el uso de tratamiento combinado y la CVRS.

312. RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA TERAPIA FARMACOLÓGICA ANTIHIPERTENSIVA (MONOTERAPIA FRENTE A COMBINACIÓN) EN PACIENTES HIPERTENSOS ESPAÑOLES. DATOS DEL ESTUDIO ALHAMBRA

A. Roca-Cusachs¹, J. Abellán², B. Font³, R. Lahoz³, J. Salazar³, en representación de los investigadores del estudio ALHAMBRA

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. ²Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia. ³Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona.

Objetivos: Establecer la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el riesgo cardiovascular (RCV) y la terapia farmacológica en pacientes hipertensos españoles en tratamiento antihipertensivo (monoterapia o combinación).

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en pacientes adultos con hipertensión (HTA) esencial, de al menos 1 año de evolución. La estratificación del RCV se realizó según la guía ESH/ESC (2007), agrupando a los pacientes en 5 estratos de RCV en

los próximos 10 años (RCV promedio, adicional bajo, adicional moderado, adicional alto y adicional muy alto). La CVRS se valoró mediante el cuestionario MINICHAL, que evalúa las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas en la última semana; donde puntuaciones más altas indican peor CVRS. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar factores predictores de tratamiento antihipertensivo en combinación, incluyendo como variables independientes, entre otras, las patologías concomitantes según historia clínica (diabetes mellitus -DM-, enfermedad cardiovascular -ECV-, enfermedad renal, etc.).

Resultados: Se incluyeron 6.654 pacientes evaluables (55,2% varones), con una mediana (Q1, Q3) de edad 63,0 (55,0, 72,0) años. La mediana de años transcurridos desde el diagnóstico de HTA fue 6,5 (2,9, 10,7) años. El 71% presentó un nivel de RCV adicional alto o muy alto. El 67,8% recibía terapia antihipertensiva combinada y el 30,4% monoterapia. Los tratamientos antihipertensivos más frecuentes fueron los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (53,7%) y diuréticos (52,4%). El porcentaje de pacientes que recibía tratamiento combinado osciló entre el 30,7% en pacientes con riesgo promedio y el 88,8% en pacientes con riesgo adicional muy alto ($p < 0,0001$). La puntuación global media (IC95%) del MINICHAL fue 10,1 (9,8, 10,3) en pacientes tratados con combinación vs 6,3 (6,0, 6,5) en pacientes en monoterapia ($p < 0,0001$). Las puntuaciones en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas fueron 7,1 (6,9, 7,2) en terapia combinada y 4,8 (4,6, 5,0) en monoterapia, y 3,0 (2,9, 3,1) en terapia combinada y 1,5 (1,4, 1,6) en monoterapia, respectivamente ($p < 0,0001$, en ambos casos). La relación significativa entre tratamiento combinado y peor CVRS se mantuvo en el análisis multivariante al introducir variables relacionadas con peor CVRS (enfermedad renal, DM, ECV, obesidad, género femenino, antecedentes familiares de ECV, etc.) [$p < 0,001$, en todos los casos]. Según un segundo análisis multivariante (OR [IC95%]), los pacientes en terapia combinada tenían una mayor tasa de factores determinantes del empeoramiento de la CVRS, como enfermedad renal (5,3 [2,1, 13,6]), DM (2,9 [1,9, 4,4]), ECV (2,8 [1,8, 4,3]), obesidad (2,3 [1,5, 3,5]) o mayor edad (1,8 [1,2, 2,7]), que los pacientes en monoterapia ($p < 0,01$, en todos los casos).

Conclusiones: La terapia de combinación se asoció con la presencia de comorbilidades y RCV añadido, lo que indica que este tratamiento se prescribió a pacientes con un peor estado de salud de base. Los pacientes hipertensos tratados con terapia combinada muestran peor CVRS que los tratados con monoterapia. Aunque gran parte de las diferencias son debidas a factores asociados sigue existiendo una relación independiente entre el uso de tratamiento combinado y la CVRS.

313. PACIENTES MAYORES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. ¿CUÁNTAS PASTILLAS TOMA USTED?

P. Beato Fernández¹, T. Rama Martínez², R. Genique Martínez³, O. Roig Calvet³ y R.M. Milà Gatell¹

¹Consultori Barri Cotet EAP Premià de Dalt, Barcelona. ²EAP El Masnou, Barcelona. ³CAP Sant Carles de la Ràpita, Tarragona.

Objetivos: Conocer la media del número de fármacos (principios activos) con prescripción de duración indefinida que se recetan en las consultas de Atención Primaria a los pacientes mayores de 60 años con enfermedad cardiovascular. Saber si existen diferencias en función de las diferentes enfermedades cardiovasculares. Conocer las diferencias entre consultas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: cuatro consultas de localización semiurbana y rural. Variables: diagnósticos de enfermedad cerebrovascular (ECV), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), fibrilación auricular (FA), y/o insuficiencia renal crónica (IRC) recogidos en la historia clínica informatizada

(e-cap). Se excluyen pomadas y colirios. Cálculos: medias estadísticas.

Resultados: 1.636 pacientes. 106 (6,48%) con ECV, 102 (6,23%) con CI, 89 (5,44%) con IC, 91 (5,56%) con FA, 247 (15,1%) con IRC. Media de medicamentos por paciente con alguna patología estudiada: 7,06. Según consultas: 6,43; 8,24; 8,03; 6,68. Por patologías: ECV: 6,61 Según consultas: a) 6,5; b) 7,1; c) 8,25; d) 6,09. CI: 7,84 (7,6; 8,83; 8,23; 7,65). IC: 7,93 (8,03; 8,91; 8,14; 6,33). FA: 7,95 (7,25; 8,26; 8,05; 7,45). IRC: 6,29 (6,43; 8,24; 8,03; 6,68).

Conclusiones: La media de fármacos prescritos indefinidamente en los pacientes mayores con enfermedad cardiovascular es alta -superior a 7-. Se prescriben significativamente más fármacos en la FA, IC y CI que en la ECV y la IRC. Se observan tendencias diferentes en el número de fármacos prescritos en las diferentes consultas.

314. VARENICLINA Y ACEPTACIÓN EN PROGRAMA ANTI-TABACO DE ATENCIÓN PRIMARIA

F. Giner Garrigues¹, I. Belenguer Ricarte², M. Guillem Tarín², E. Orquín Bellver², R. Climent Climent³, A. Ricarte Lisarde⁴, G. Belenguer Civera² y A. Orquín Vera²

¹CS Llanera de Ranes, Valencia. ²CS Xátiva, Valencia. ³Hospital de Xátiva, Valencia. ⁴Hospital d'Ontinyent, Valencia.

Objetivos: Estudiar y analizar los resultados y posible eficacia del tratamiento con vareniclina a un grupo control de usuarios en Atención Primaria, con captación mediante programa piloto departamental en Atención Primaria, y tratados durante tres meses los cuales acudieron a consulta de tabaquismo instaurada a modo piloto en un Centro de Salud, con dotación de material y personal facultativo y de enfermería adiestrados al efecto. Se pretende demostrar el efecto a corto plazo de la medicación instaurada, sin estudio inicialmente de su seguimiento a los 6-12 meses.

Métodos: Se inició un programa piloto, con un grupo de 25 personas fumadoras, con una media de 15 cigarros día, siendo el número de mujeres, 14, y hombres, 11, con una edad media de 46 años y un test de Fagerström de media 6,5, con tratamiento farmacológico, vareniclina, y terapia conductual por parte del equipo de la consulta, con un total de cinco visitas programadas, con opción a demanda, y donde los usuarios eligieron el día "D", previa a la entrega de material de apoyo y auto ayuda, así como instrucciones sobre el manejo y adherencia de la medicación prescrita. Durante el proceso fueron historiados, en consulta abierta a la familia/acompañantes, durante todas las sesiones hasta finalizar el ciclo propuesto de tres meses, y, donde se fueron recogiendo datos referentes a su filiación, antropometría, tests de dependencia tabáquica, cooximetria, y varios relacionados con actitudes de la vida dia-ria y social.

Resultados: Del total inicial de usuarios historiados en el programa piloto, 5 de ellos abandonaron el tratamiento antes de la 3^a semana, y otros 3 en la semana 5^a, quedando un número de 17 a estudio, el cual finalizó a los tres meses (12 semanas). Realizadas cooximetrías y controles de peso y TA, durante todas las visitas programadas y al final del programa piloto, se observa abstinencia continua, por debajo de 4 ppm en aire espirado, en un total de 14 personas, siendo de ellos, 10 mujeres y 7 hombres, existiendo un síndrome de abstinencia severo en total del 40%, justificado por ansiedad, insomnio e irritabilidad. Destacan igualmente, el aumento significativo de peso, en un 80% de los casos, así, como un descenso de los niveles de tensión arterial, en un 70%.

Conclusiones: Elevado porcentaje, 65%, de abstinencia completa a los tres meses de tratamiento. Importancia diagnóstica de la cooximetria y de las cifras tensionales. Necesidad de motivación conductual durante todo el periodo del tratamiento. Adecuada y necesaria interrelación facultativa y de enfermería.

315. ALISKIREN COMBINADO CON CALCIOANTAGONISTAS MEJORA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DE LA RIGIDEZ ARTERIAL COMPARADO CON ALISKIREN Y DIURÉTICOS

R.M. Cabrera Sole¹, C. Turpin Lucas¹, S. García Ruiz¹, S.J. Martínez González¹, J. Cañas² y M. Aguilera Saldaña¹

¹Hospital General Universitario, Albacete. ²CS N.º 3, Albacete.

Introducción: Son muy conocidas y utilizadas las combinaciones de un ARAII con diuréticos o calcioantagonistas en el control de la HTA. Sin embargo, tenemos escasos datos sobre la eficacia de un inhibidor directo de la renina combinado con calcioantagonistas. En el presente estudio hemos comparado dos combinaciones de aliskiren 300 mg + 5 mg de amlodipino y aliskiren 300 + 25 mg de hidroclorotiazida.

Objetivos: Comparar la eficacia antihipertensiva en pacientes con HTA leve-moderada de aliskiren 300 mg combinado con 5 mg de amlodipino o 25 mg de hidroclorotiazida.

Métodos: Hemos estudiado a 48 pacientes con HTA leve-moderada (edad media de 54 ± 7 años, 15 mujeres y 33 varones), que fueron divididos en dos grupos: Grupo I: 22 P que recibieron aliskiren 300 mg+5 mg de amlodipino y Grupo II 26 P que recibieron aliskiren 300 mg +25 mg de hidroclorotiazida. Todos los P fueron sometidos a un estudio con MAPA al inicio y al final del estudio que duró 24 semanas. Se midieron los siguientes parámetros: tensión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD), carga hipertensiva sistólica y diastólica (CHS, CHD), presión de pulso (PP), y el índice de rigidez arterial ambulatorio (IRAA). Los resultados obtenidos al final del estudio los presentamos en la tabla.

Datos comparativos de aliskiren con dos combinaciones

Datos	TAS	TAD	CHS	CHD	IRAA
Grupo I	124 ± 3*	78 ± 2*	1,2	1,1	0,45 ± 0,1*
Grupo II	134 ± 3	83 ± 2	2,2	3	0,8 ± 0,1

*p < 0,05.

Conclusiones: La combinación de aliskiren con un calcioantagonista es claramente superior a la combinación de aliskiren mas hidroclorotiazida no solo para reducir la TAS y TAD sino también para reducir la rigidez arterial medida mediante el IRAA, lo que deberíamos tener en cuenta a la hora de seleccionar una combinación a utilizar con aliskiren.

316. COMBINACIÓN DE TELMISARTÁN Y AMLODIPINO. CRONOTERAPIA EN HIPERTENSIÓN EN ANCIANOS

J.E. López Paz, A. Hermida Ameijeiras, M. Pena Seijo, A. Pose Reino, M.L. Romero Miguez, A. Pascual Montes, V. Martínez Durán, M.I. Rodríguez López, F. Lado Lado y C. Calvo Gómez

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos: La mayoría de los ancianos hipertensos requieren tratamiento combinado para un adecuado control de la hipertensión. La administración nocturna de fármacos que bloquean el sistema renina-angiotensina (SRA) aumenta la profundidad de la presión arterial sistólica (PAS), la cual disminuye con la edad. El objetivo del estudio fue evaluar los efectos sobre la PA ambulatoria de la combinación telmisartán (TEL) y amlodipino (AML), administrado en diferentes momentos del día, en una cohorte de hipertensos ancianos.

Métodos: Se estudiaron 51 pacientes hipertensos mayores de 65 años (edad media: 76,1 ± 7,3) no tratados previamente, asignados

aleatoriamente a dos grupos de tratamiento según la hora de administración de la combinación TEL-160 mg/AML-5 mg diarios, en el momento de despertarse o en el momento de acostarse, durante 3 meses. Los efectos sobre la PA ambulatoria, se evaluaron mediante MAPA-24horas (monitor SpaceLabs 90207), antes y después de la intervención cronoterapéutica. Se realiza un análisis comparativo entre ambos esquemas cronoterapéuticos.

Resultados: Se objetivó una disminución significativa de la PA-24 horas y de la PA-diurna en ambos grupos de tratamiento, en relación con los valores basales ($p < 0,001$) y que fue similar en ambos PAS/PAD/PP-24h: reducción de 19,2/6,1/13,6 mmHg al despertarse vs 19,3/5,3/14,0 mmHg al acostarse. PAS/PAD/PP-diurna: reducción de 19,4/5,6/13,8 mmHg al despertarse vs 18,5/5,0/13,5 mmHg al acostarse. En cambio, se observaron diferencias significativas en la PA nocturna, con mayor eficacia antihipertensiva en los pacientes tratados con TEL/AML al acostarse: reducción PAS/PAD/PP de 18,7/5,8/12,9 mmHg al despertar y de 22,4/6,1/16,4 al acostarse; $p < 0,001$ para PAS y PP. Cuando calculamos la profundidad de la PAS, no se modificó con TEL/AML al despertarse y aumentó significativamente con la administración antes de acostarse (+3,82, $p < 0,001$).

Conclusiones: La combinación de telmisartán y amlodipino es eficaz y reduce la presión arterial durante las 24 horas del día en hipertensos ancianos, independientemente de la hora de su administración. Sin embargo, su mayor efecto sobre la PA nocturna y el consiguiente incremento de la profundidad de la PAS, en pacientes ancianos que tienen predominio de un perfil circadiano alterado (no-dipper o riser), sugieren que la administración de esta combinación en régimen cronoterapéutico nocturno sería una excelente alternativa para mejorar la eficacia antihipertensiva y reducir el riesgo cardiovascular elevado de estos pacientes.

317. EFECTOS CRONOTERAPÉUTICOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE ALISKIREN Y VALSARTÁN EN LA NEFROPATÍA DIABÉTICA

C. Calvo Gómez, A. Hermida Ameijeiras, J.E. López Paz, M. Pena Seijo, G. Calvo González, M.L. Romero Miguez, V. Martínez Durán, A. Pascual Montes, A. Riveiro Cruz y A. Pose reino

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Métodos y resultados: El estudio AVOID ha demostrado que, en pacientes diabéticos con nefropatía establecida, la adición de aliskiren al tratamiento con ARA-II, reduce la progresión del daño renal, sin cambios significativos en la reducción de presión arterial (PA). Sin embargo, no se contemplaron los posibles efectos cronoterapéuticos de dicha combinación. El objetivo del presente estudio es analizar la evolución de la nefropatía diabética (ND) si la adición de aliskiren (AL) a valsartán (VL), se efectúa diferentes horas del día.

Métodos: En una cohorte de este estudio piloto, con la inclusión de 71 pacientes hipertensos-diabéticos con ND (proteinuria) definida por cociente albumina/creatinina > 250 mg/g-hombres y > 355 mg/g-mujeres, y un filtrado glomerular estimado (FGE) conservado (FGE > 60 mL/min), tratados previamente con valsartán 320 mg/día durante 12 semanas y PA $< 130/80$ mmHg, se añadió aliskiren 300 mg/día en 3 esquemas de tratamiento: VL+AL-mañana, VL-mañana+AL-noche y VL+AL-noche, durante 24 semanas de tratamiento. Se analizan los cambios cuantitativos en la proteinuria y PA ambulatoria, así como la tolerabilidad y seguridad de los 3 regímenes terapéuticos.

Resultados: VL+AL en administración matutina, no aumenta significativamente la eficacia antihipertensiva de VL en monoterapia,

pero tiene un efecto aditivo del 21% ($p < 0,0001$), en la reducción de la proteinuria. La administración de VL mañana y AL-noche, tiene un efecto antiproteinúrico mayor (29,5%) respecto a tratamiento previo con VL. La administración conjunta de VL+AL-noche, reduce significativamente la PA ambulatoria nocturna ($p < 0,001$), aumenta la profundidad presoria ($p < 0,001$) y tiene el mayor efecto aditivo sobre la reducción de la proteinuria (35,1%). En relación con la seguridad del tratamiento de combinación, en los 3 esquemas de tratamiento, la incidencia de efectos secundarios fue baja y similar, sin efectos adversos graves.

Conclusiones: En los pacientes hipertensos-diabéticos con nefropatía proteinúrica, la administración combinada de aliskiren al tratamiento previo con valsartán, produce una reducción adicional y significativa de la eliminación urinaria de proteínas, que es mayor cuando dicho tratamiento se administra en régimen cronoterapéutico nocturno. Dicho efecto parece que es independiente del control de la presión arterial cuando la administración es matutina y pudiera estar mediado por un aumento de la profundidad presoria y una mayor reducción de la presión arterial durante el periodo de descanso, cuando ambos fármacos se administran por la noche.

318. VARIABILIDAD DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS SEGÚN EL SERVICIO PRESCRIPTOR

M.M. Chimeno Viñas¹, M.A. Lorenzo Pando², E. Martínez Velado¹, P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, P. García Carbó³, J.F. Delgado Soto¹, M. Mateos Andrés¹, P. Muriel Díaz⁴ y M. García Castaño¹

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ²Inspección Farmacéutica de la Gerencia de Salud de Área, Zamora. ³Hospital Recoletas, Zamora. ⁴CS San Bernardo, Salamanca.

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) es una patología muy frecuente. En España su prevalencia en adultos (mayores de 18 años) es de aproximadamente un 35% (llega a 40% en edades medias y al 68% en mayores de 60 años). Afecta a unos 10 millones de sujetos adultos. Disponemos, en la actualidad, de un múltiples grupos terapéuticos para el tratamiento de la misma que, no obstante, son empleados en otras patologías también muy prevalentes (insuficiencia cardíaca...) Nos propusimos analizar los distintos grupos terapéuticos antihipertensivos prescritos en nuestro Complejo Asistencial y objetivar si existían diferencias de prescripción en los Servicios que de forma preferente tratan la HTA.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se solicitaron al Servicio de Inspección de Farmacia del Área de Salud de Zamora los datos de consumo de grupos terapéuticos antihipertensivos en nuestro Complejo Asistencial durante el año 2010. Analizamos los datos globales del Complejo Asistencial y por Servicios. Se revisó la prescripción realizada por los Servicios que, de manera preferente, tratan la HTA: Cardiología, Nefrología, Medicina Interna y Urgencias. Los grupos terapéuticos analizados fueron: diuréticos, betabloqueantes, calcio-antagonistas, IECA, ARA-II, inhibidores de la renina (aliskiren) y combinaciones fijas (IECA + diurético, IECA + calcio-antagonista, ARA-II + diurético, ARA-II + calcio-antagonista, inhibidor de la renina + diurético, ARA-II + calcio-antagonista + diurético).

Resultados: De los grupos terapéuticos analizados, en el CAZA el más prescrito fueron los diuréticos (26,6%), seguidos por los betabloqueantes (17,6%), ARA-II (16,8%). IECA (13,1%), calcioantagonistas (10,8%) y aliskiren (1,5%). Analizando los distintos Servicios: en Cardiología los fármacos más prescritos fueron los betabloqueantes (33,6%) seguidos por los diuréticos (22,7%), IECA (13,44%), calcioantagonistas (9%), ARA-II (7,6%) y aliskiren (2,25%); en Medicina Interna el grupo terapéutico más recetado fueron los diuréticos (35,4%), y después los IECA (17%), betabloqueantes (15%), ARA-II (12,57%), calcio-antagonistas (7,8%) y aliskiren (0,8%); en Nefrolo-

gía, el primer lugar era para los ARA-II (20,9%) seguidos por los calcioantagonistas (17,8%), los diuréticos (16,5%), los betabloqueantes (15,5%), los IECA (7,9%) y aliskiren (3%). En el Servicio de Urgencias los betabloqueantes ocupaban el primer lugar (24,4%) y los siguientes en orden decreciente eran los diuréticos (24%), ARA-II (16,9%), calcioantagonistas (12%), IECA (9,4%) y aliskiren (1%). Respecto a las combinaciones fijas: en Cardiología representaban un 11,22% (IECA+diurético:0,4%, IECA+ calcioantagonista: 0,12%, ARA-III + diurético: 6,62%, ARA-II + calcioantagonista: 3,6%, aliskiren + diurético: 0,37% y ARA-II + calcioantagonista + diurético: 0,12%); en Medicina Interna un 11,23% (IECA + diurético:0,55%, IECA + calcioantagonista: 0,66%, ARA-III + diurético: 6,9%, ARA-II + calcioantagonista: 3%, aliskiren+diurético: 0,07% y ARA-II + calcioantagonista + diurético: 0,04%); en Nefrología 19,35% (IECA + diurético:0,73%, IECA + calcioantagonista: 2,63%, ARA-III + diurético: 10%, ARA-II + calcioantagonista: 5,7%, aliskiren + diurético: 0,3% y ARA-II + calcioantagonista + diurético: 0%) en Urgencias 11,84% (IECA + diurético: 1,3%, IECA + calcioantagonista: 1,2%; ARA-II + diurético: 7%; ARA-II + calcioantagonista: 2,1%; aliskiren + diurético: 2,1%) y en el CAZA 6,18% (IECA + diurético: 0,9%; IECA + calcioantagonista: 1,1%; ARA-II + diurético: 1,1%; ARA-II + calcioantagonista: 2,7%, aliskiren + diurético: 0,2%, ARA-II + calcioantagonista + diurético: 0,05%).

Conclusiones: Existen claras diferencias en la prescripción de los diferentes grupos terapéuticos analizados entre los distintos servicios. De los grupos analizados, los diuréticos fueron los más prescritos en el Servicio de Medicina Interna y en el CAZA. Los calcioantagonistas ocupan un lugar relevante sólo en Nefrología (segundos prescritos). Debe reseñarse, asimismo, la importante prescripción de ARA-II en Nefrología (primer grupo prescrito), en Urgencias y en el total del Complejo (tercer lugar en ambos). Medicina Interna y Cardiología son los dos Servicios que recetan más IECA que ARA-II. El Servicio que más recetó combinaciones fijas fue Nefrología. La prescripción de la combinación ARA-II + calcioantagonista + diurético fue prácticamente anecdótica (0,05% en el global del CAZA). En resumen, los cardiólogos prescriben más betabloqueantes, diuréticos e IECA, los internistas: diuréticos, IECA y betabloqueantes; los nefrólogos: ARA-II, calcioantagonistas y diuréticos; beta-bloqueantes, diuréticos y ARA-II son los más utilizados en Urgencias, y en el total del CAZA: diuréticos, betabloqueantes y ARA-II. Hemos considerado solamente datos de prescripción por grupos terapéuticos por lo que no podemos desestimar la existencia de sesgos dado que estos fármacos son recomendados para el tratamiento de patologías diferentes de la HTA.

319. ANÁLISIS DE LAS PREFERENCIAS DE PRESCRIPCIÓN EN NUESTRO COMPLEJO ASISTENCIAL

M.M. Chimeno Viñas¹, E. Martínez Velado¹, P. García Carbó², P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, M.P. Muriel Díaz³, J.F. Soto Delgado¹, M. Mateos Andrés¹, M. García Castaño¹ y M. Prieto Matellán⁴

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ²Hospital Recoletas, Zamora. ³CS San Bernardo, Salamanca. ⁴CS Campos-Lampreana, Zamora.

Objetivos: Dentro de los fármacos antihipertensivos se incluyen distintos grupos terapéuticos con múltiples principios activos. Nos propusimos conocer las preferencias de prescripción del global de nuestro Complejo Asistencial y de los distintos Servicios implicados directamente en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Métodos: Análisis retrospectivo, observacional. Se solicitaron a la Inspección Farmacéutica de la Gerencia del Área de Salud de Zamora los datos referentes a la prescripción de diferentes principios activos utilizados por los Servicios que habitualmente tratan la HTA y la prescripción global de los mismos realizada en nuestro Complejo

Asistencial durante el año 2010. Los grupos terapéuticos analizados fueron: diuréticos, betabloqueantes, calcio-antagonistas, IECA, ARA-II y combinaciones fijas. Los Servicios considerados fueron: Cardiología, Medicina Interna, Nefrología, Neurología y Urgencias.

Resultados: Dentro de los diuréticos, la furosemida fue la más prescrita en todos los Servicios analizados. La torasemida ocupaba el segundo lugar en Cardiología, Nefrología y Urgencias. Respecto a los betabloqueantes, el bisoprolol era el más prescrito en Cardiología y Urgencias; Medicina Interna prefería el carvedilol, Nefrología el nebivolol y Neurología el propanolol. El nebivolol ocupaba el segundo lugar en Cardiología, Medicina Interna y Neurología. De los calcio-antagonistas, el más utilizado fue el amlodipino en Medicina Interna, Neurología y Urgencias. El diltiazem ocupaba el primer lugar en Cardiología. El enalapril era el IECA más prescrito en todos los Servicios analizados excepto en Nefrología que prefería el ramipril. El ramipril ocupaba el segundo lugar en el resto de Servicios excepto en Medicina Interna (lisinopril). De los ARA-II, el losartán era el más prescrito en Medicina Interna y Neurología, el valsartán en Urgencias, el candesartán en Nefrología y el olmesartán en Cardiología. El segundo lugar era para el telmisartán en Cardiología, Nefrología y Neurología; el valsartán en Medicina Interna, el candesartán en Urgencias. Las combinaciones fijas utilizadas más frecuentemente fueron ARA-II más diurético seguida por ARA-II más amlodipino. Respecto a la primera combinación señalada: valsartán más hidroclorotiazida fue la más prescrita en Medicina Interna, Neurología y Urgencias; irbesartán más hidroclorotiazida en Cardiología y eprosartan más hidroclorotiazida en Nefrología. Analizando la combinación de ARA-II más amlodipino: olmesartán más amlodipino fue la más utilizada en Cardiología y Nefrología; valsartán más amlodipino era la más prescrita en Medicina Interna y en Urgencias. No se prescribió ninguna combinación de este tipo en Neurología. En el global del Complejo Asistencial, los diuréticos más prescritos fueron: furosemida y torasemida. Respecto a los betabloqueantes, el bisoprolol y el nebivolol. El amlodipino y el diltiazem fueron los calcioantagonistas más utilizados. Los IECA preferidos fueron el enalapril y el ramipril. Valsartán y olmesartán eran los ARA-II más prescritos y la combinación fija de valsartán e hidroclorotiazida fue la más recetada.

Conclusiones: Dos principios activos clásicos como la furosemida y el enalapril figuran en primer lugar de prescripción dentro de sus grupos terapéuticos en todos los Servicios. Se observa variabilidad de preferencias de prescripción en los betabloqueantes, calcioantagonistas y ARA-II. Probablemente debidas a que los Servicios analizados tratan otras patologías además de la HTA con los principios activos analizados. Respecto a la utilización de combinaciones fijas, existe una gran proliferación de las mismas en el mercado actualmente y, como hemos podido observar en nuestro estudio, variedad de preferencias respecto a la utilización de las mismas por los diferentes Servicios.

320. CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. REVISIÓN MUNDIAL DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS ENTRE LOS AÑOS 1975 Y 2011

J. Espinosa García¹, N. Martell Claros², M. de la Figuera von Wichmann³, A. Llerena Ruiz⁴, J. Martín de Pablos⁵ y D. Fernández-Bergés Gurrea⁶

¹CS Villanueva de la Serena Norte, Badajoz. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³CS Sardenya, Barcelona. ⁴Unidad de Investigación Cicab, Universidad de Extremadura, Badajoz. ⁵Unidad de Gestión Clínica, Huelva. ⁶Unidad de Investigación Don Benito-Villanueva de la Serena, Badajoz.

Objetivos: Actualizar el tema de cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial a nivel mundial con especial atención a Espa-

ña, así como realizar una evaluación crítica de la evolución del cumplimiento terapéutico en el periodo 1975-2011.

Métodos: Revisión sistemática, mediante búsqueda bibliográfica PubMed (Medline), de los artículos publicados sobre cumplimiento, desde 1975 al 1 de junio de 2011, y más específicamente los que miden el cumplimiento farmacológico en HTA utilizando los métodos de medida indirectos (recuento de comprimidos y/o MEMS-Medication Event Monitoring System). La ruta de búsqueda, con descriptores usados, fue: hypertension AND patient compliance AND medication adherence. Se incluyeron estudios publicados en el periodo 1975-2011, como artículos originales, realizados a nivel mundial y que utilizaron como método de medida el recuento de comprimidos simple (RCS) o el de aberturas de los monitores electrónicos (MEMS) y que definen a incumplidores, con un porcentaje de cumplimiento < 80% y > 110%. Se calcularon porcentaje de incumplidores e intervalos de confianza (IC) del 95%, y la media ponderada del porcentaje de incumplidores de cada estudio.

Resultados: Se analizaron 37 estudios de investigación publicados a nivel mundial, excluyéndose 2 del análisis. El número total de pacientes hipertensos fue de 8.623, con 25.62% de incumplidores (n = 2.209; IC95% 23,82-27,42) y 74,38% de cumplidores (n = 6.414; IC95% 73,32-75,44). La media ponderada del porcentaje de incumplimiento fue 37,60%.

Conclusiones: El porcentaje de incumplimiento en el tratamiento farmacológico de HTA a nivel mundial es elevado.

321. BLOQUEANTE DEL SRAA, FÁRMACO MÁS USADO EN MAYORES DE 80 AÑOS

J.B. Gómez Castaño, I. Egea Lucas, D. Rubira López, E. Martínez Mondejar, Y. Díaz Echeverría, A. Roldán González, J. Lucas Marín y M.D. Esteve Franco

CS Cieza Oeste, Cieza.

Objetivos: Conocer cuál es el fármaco más usado de forma crónica en los mayores de 80 años.

Métodos: Se recogen los datos de los carnets de largos tratamientos de un cupo de atención primaria atendido durante 19 años. Está compuesto por 1.400 pacientes de los cuales 118 tienen 80 o más años. Dominan las mujeres y la edad media es de 85 años (80-96).

Resultados: De los 118 pacientes mayores de 80 años, 75 toman fármacos bloqueantes del sistema renina angiotensina (IECA y/o ARA II y/o inhibidores de la renina). Esto supone un 64% o dos de cada tres los reciben. La gran mayoría los toman como tratamiento de la HTA. Una minoría por insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica.

Conclusiones: La patología más prevalente en los mayores de 80 años es la HTA, siendo los bloqueantes del sistema renina angiotensina los fármacos más usados: dos de cada tres. Esto confirma su gran nivel de eficacia y tolerancia.

322. EFICACIA TERAPÉUTICA DE LA ASOCIACIÓN ENALAPRIL/MANIDIPINO EN DOSIS FIJAS EN 2 REGÍMENES TERAPÉUTICOS

A. Maraví Oliván¹, B. Escolano Fernández⁴, L. Artajona García³, J.L. Pizarro Núñez², E. Ramos González², J.L. Griera Borras², A. Rodríguez Botaro², F.J. Guerrero Igea³ y J. Oliván Martínez²

¹Zona Básica de Salud Sanlúcar La Mayor, Distrito Sanitario Aljarafe, Sevilla. ²Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular;

³Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

⁴Hospital Virgen de la Torre, Madrid.

Objetivos: Valorar si existe una mejoría en el control matutino de la presión arterial entre dos regímenes terapéuticos con asociación fija de enalapril/manidipino.

Métodos: Se incluyeron 80 pacientes de ambos性 (hipertensos de novo o ya diagnosticados previamente, que podían beneficiarse de un cambio terapéutico), con cifras de PAS entre 150-180 mmHg y/o PAD entre 95-105 mmHg. A cada uno de ellos se le asignó de forma aleatoria el régimen A o B durante 3 meses, cambiando al otro régimen en los 3 meses siguientes: Régimen A (RA): enalapril 20 mg + manidipino 10 mg en una sola dosis matutina. Régimen B (RB): enalapril 10 mg + manidipino 10 mg en dos dosis (matutina y vespertina). La medida de la presión arterial se realizó por la mañana, antes de la toma de la medicación. A 20 pacientes de cada régimen terapéutico y de forma aleatoria, se valoró la evolución tensional con el AMPA. Los parámetros bioquímicos y efectos secundarios se valoraron al final de cada periodo terapéutico. Análisis estadístico: SPSS 15.0.

Resultados: Edad media: 60 ± 7,2 (52% mujeres). Tabaquismo (20%), diabetes mellitus (15%), obesidad (26%), ITB < 0,90 (9%).

Datos comparativos de aliskiren con dos combinaciones

Variables	Inicio	RA	RB	P
PAS	161,3 ± 10,6	137,2 ± 10,9*	134,2 ± 9*	< 0,05*
PAD	93,8 ± 7,7	84,2 ± 7,1**	79,2 ± 7**	< 0,01**
Frecuencia cardíaca	80 ± 6	78 ± 7	80 ± 8	NS

Porcentaje de control (RB vs RA): 64% vs 56%. Medias de PAS por AMPA (RB vs RA): 126,2 vs 130,3. Medias de PAD por AMPA (RB vs RA): 74,1 vs 76,1. Efectos secundarios: edemas en el 2,5% de RB y tos en el 0,5% de RA. Perfil bioquímico de ambos grupos (RB vs RA) sin diferencias significativas.

Conclusiones: La asociación fija de enalapril + manidipino en dos dosis diarias es más eficaz en el control tensional matutino, sin mayor incremento de efectos secundarios.

323. EFICACIA DE LA PITAVASTATINA EN EL CONTROL DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA ASOCIADA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DISMINUCIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

A. Maraví Oliván¹, B. Escolano Fernández², L. Artajona García³, A. Rodríguez Botaro⁴, J. Contreras Gilbert⁴, J.L. Pizarro Núñez⁴, E. Ramos González⁴, F.J. Guerrero Igea³ y J. Oliván Martínez⁴

¹Zona Básica de Salud Sanlúcar La Mayor, Distrito Sanitario Aljarafe, Sevilla. ²Hospital Virgen de la Torre, Madrid. ³Servicio de Medicina Interna; ⁴Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Valorar la eficacia de una nueva estatina, la pitavastatina, en el control de la hipercolesterolemia asociada a otros factores de riesgo, como la HTA e índice tobillo brazo < 0.9. Valorar el grado de reducción de los parámetros lipídicos.

Métodos: Se seleccionaron a 26 pacientes hipertensos, todos ellos con un ITB < 0,9, tratados previamente con otras estatinas, sin control eficaz de objetivo de los niveles de colesterol total y LDL-col. Recibieron tratamiento con pitavastatina 2 mg diarios durante 3 meses. Se les practicó una analítica inicial (antes del tratamiento con pitavastatina) determinado: colesterol total, LDL-col, HDL-col, triglicéridos, APOA 1, APO B100, fibrinógeno y PCR. A los 3 meses se valoraron los siguientes parámetros: colesterol total, LDL-col, HDL-col, triglicéridos y fibrinógeno. Estadística: programa SPSS 15.0, estadística descriptiva, t de Student para muestras pareadas, chi cuadrado.

Resultados: Patología de alto riesgo: diabetes (34%), HTA (100%) índice TB < 0,9 (100%), cardiopatía isquémica (15%), fumadores (15%), varones (58%). Tratamiento hipolipemiante previo al inicio de pitavastatina: rosuvastatina (2), atorvastatina 40 mg (7), atorvastatina 80 mg (4), simvastatina 40 mg (7), simvastatina 80 mg (6).

Valores de lípidos antes y después del tratamiento con pitavastatina

Variables	Basal	A los tres meses	P
Colesterol total	200 ± 33,1	192 ± 25,3	0,025
HDL-col	57 ± 13,8	57,8 ± 12,8	NS
LDL-col	123,2 ± 24,8	112,6 ± 14,9	0,002
Triglicéridos	124,8 ± 61	124 ± 54,4	NS
Colesterol total/HDL-col	3,66 ± 0,86	3,45 ± 0,71	0,012
Fibrinógeno	368,9 ± 77,4	337,7 ± 57	0,06

Conclusiones: El tratamiento con pitavastatina se acompaña de una reducción significativa de colesterol total, LDL-col e índice colesterol total/HDL-col, en pacientes con hipercolesterolemia, HTA e ITB < 0,9. Así mismo, se acompaña de una disminución de los niveles de fibrinógeno, reduciéndose el riesgo cardiovascular. Esta intervención inicial, en pacientes sin mejoría previa con otras estatinas, obtiene unos resultados significativos, quedando pendiente de continuarla para verificar el cumplimiento de los objetivos de control.

324. PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN HIPERTENSIÓN RESISTENTE: DEPENDENCIA DEL RÉGIMEN DE ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE LA MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA: PROYECTO HYGIA

M.T. Ríos¹, J.J. Crespo¹, M. Domínguez Sardiña¹, J. Boveda¹, C. Durán¹, A. Ferreras¹, A. Otero², M.J. Fontao³, D.E. Ayala³ y R.C. Hermida³

¹Gerencia de Atención Primaria, Vigo. ²Complejo Hospitalario Universitario, Ourense. ³Universidad de Vigo, Pontevedra.

Objetivos: Los pacientes con hipertensión resistente presentan una alta prevalencia de un patrón no-dipper de la presión arterial (PA) y de hipertensión nocturna, ambas asociadas a un mayor riesgo cardiovascular (CV). En la hipertensión resistente, ingerir la dosis completa de ≥ 1 antihipertensivos al acostarse, en comparación a tomar todos al levantarse, mejora el control de la PA ambulatoria (MAPA) y reduce significativamente los eventos CV fatales y no fatales. Por ello, hemos evaluado el impacto de la hora de tratamiento antihipertensivo sobre el perfil circadiano de la PA y el grado de control de la PA ambulatoria en pacientes con hipertensión resistente participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 2520 pacientes con hipertensión resistente verdadera (media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) ≥ 135/85 mmHg o media de descanso ≥ 120/70 mmHg en pacientes que tomaban 3 antihipertensivos de diferentes clases a dosis óptima incluyendo un diurético, o cualquier paciente tratado con ≥ 4 fármacos), 1.481 hombres/1.039 mujeres, de 64,1 ± 11,7 años de edad. De ellos, 1.084 tomaban toda la medicación a la hora de levantarse, y 1.436 tomaban la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los dos días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: La ingesta de la dosis completa de ≥ 1 fármacos al acostarse se asoció con una media de descanso de la PAS/PAD significativamente menor que tomar toda la medicación al levantarse (125,5/67,5 vs 132,3/71,9 mmHg; p < 0,001). La profundidad de la PA fue significativamente menor y, por tanto, la prevalencia del patrón no-dipper significativamente mayor en los pacientes que tomaban todos los fármacos al levantarse (80,5%) que los que toma-

ban ≥ 1 de ellos al acostarse (54,4%; p < 0,001). La prevalencia del patrón riser fue significativamente mayor en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse (31,0% vs 17,6%; p < 0,001). Los pacientes tratados al acostarse tuvieron mayor prevalencia de PA ambulatoria controlada (17,9% vs 10,2%; p < 0,001) principalmente durante el descanso (28,9% vs 15,8%; p < 0,001).

Conclusiones: En hipertensión resistente, el tratamiento farmacológico debe tener en cuenta cuándo tratar con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada paciente. El tratamiento antihipertensivo al acostarse se asocia con un aumento del control de la PA ambulatoria, mayor atenuación de la media de descanso de la PA, y menor prevalencia del patrón no-dipper y riser, objetivos terapéuticos relevantes de probado valor en la reducción de riesgo CV.

325. INFLUENCIA DE LA HORA DEL DÍA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES TIPO 2: PROYECTO HYGIA

L. Piñeiro¹, A. Moya², J.J. Crespo³, A. Otero⁴, E. Sineiro², S. Hernaiz³, E. Márquez³, D.E. Ayala¹, A. Mojón¹ y R.C. Hermida¹

¹Universidad de Vigo, Pontevedra. ²Gerencia de Atención Primaria, Pontevedra. ³Gerencia de Atención Primaria, Vigo. ⁴Complejo Hospitalario Universitario, Ourense.

Objetivos: Diversos estudios prospectivos han documentado que tomar la dosis completa de antihipertensivos al acostarse se asocia con aumento del control de la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA), reducción significativa de la media de descanso de la PA, disminución de la prevalencia del patrón no-dipper y reducción de la eliminación urinaria de albúmina en comparación con la ingesta de la medicación al levantarse. Además, se ha documentado que la ingesta de ≥ 1 fármacos al acostarse, en comparación con la ingesta de todos ellos al levantarse, reduce significativamente el riesgo cardiovascular (CV) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Por ello, hemos evaluado la influencia de la hora de tratamiento antihipertensivo sobre el perfil circadiano de la PA y el grado de control en pacientes con ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 2.659 pacientes hipertensos con ERC (filtrado glomerular < 60 y/o albuminuria en al menos dos ocasiones con > 3 meses de diferencia), 1.585 hombres/1.074 mujeres, de 64,9 ± 13,2 años de edad. De ellos, 1.446 tomaban toda la medicación al levantarse, 359 tomaban toda ella al acostarse, y 854 ingerían la dosis completa de algunos fármacos al acostarse y el resto al levantarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante la MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: El control de la PA de descanso (media de descanso de la PA sistólica/diastólica < 120/70 mmHg) fue máximo en pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (49% vs 38%

en pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse; $p < 0,001$). La profundidad fue significativamente menor y la prevalencia de un patrón no-dipper mayor con toda la medicación al levantarse (68,3%) que con ≥ 1 fármaco al acostarse (54,2%; $p < 0,001$), y todavía menor en los pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (47,9%; $p < 0,001$). La prevalencia del patrón riser fue mucho mayor (21,5%) en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse que en los que tomaban bien alguno (17,8%) o todos los fármacos al acostarse (10,6%; $p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados documentan una media de descanso de la PA y una prevalencia del patrón no-dipper/riser significativamente menores en pacientes con ERC que toman su medicación antihipertensiva al acostarse. Estos resultados indican que el tratamiento al acostarse, junto con la valoración con MAPA para establecer el correcto diagnóstico de hipertensión y evitar la posible hipotensión nocturna asociada al tratamiento, deben ser el esquema terapéutico de preferencia en los pacientes con ERC.

326. LA INGESTA 2 VECES AL DÍA DE DOSIS DIVIDIDA DE ANTIHIPERTENSIVOS NO MEJORA EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN HIPERTENSIÓN RESISTENTE: PROYECTO HYGIA

R.C. Hermida¹, D.E. Ayala¹, M.T. Ríos², J.J. Crespo², A. Moya³, S. Gomara³, A.A. Regueiro³, J.J. Sánchez³, A. Mojón¹ y J.R. Fernández¹

¹Universidad de Vigo, Pontevedra. ²Gerencia de Atención Primaria, Vigo. ³Gerencia de Atención Primaria, Pontevedra.

Objetivos: La ausencia de control adecuado de la presión arterial (PA) nocturna evaluada mediante monitorización ambulatoria (MAPA) asocia, además de otros factores, con la ausencia de cobertura terapéutica a lo largo de las 24h cuando los pacientes ingieren antihipertensivos en dosis única matutina. A pesar de que todos los estudios prospectivos de cronoterapia han comparado los efectos sobre la regulación de la PA de la ingesta de dosis completas de antihipertensivos ingeridos en la mañana frente a la noche, la prescripción de los mismos fármacos en dosis dividida dos veces al día (BID) es frecuente. Por ello, hemos investigado los efectos de la dosificación BID de antihipertensivos, la mitad al levantarse y la otra mitad al acostarse, sobre el patrón circadiano de la PA y el grado de control de la PA ambulatoria en pacientes con hipertensión resistente participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo cardiovascular mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 1.463 pacientes con hipertensión resistente verdadera (media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) $\geq 135/85$ mmHg o media de descanso $\geq 120/70$ mmHg en pacientes que tomaban 3 antihipertensivos de diferentes clases a dosis óptima incluyendo un diurético, o cualquier paciente tratado con ≥ 4 fármacos), 809 hombres/654 mujeres, de $63,9 \pm 12,2$ años de edad. De ellos, 1084 tomaban toda la medicación a la hora de levantarse, y 379 tomaban dosis divididas de ≥ 1 fármaco BID al levantarse y al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los dos días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: Los pacientes de los dos esquemas de tratamiento temporalizado fueron similares en la mayoría de sus características demográficas, incluyendo sexo y prevalencia de apnea obstructiva del sueño, síndrome metabólico, y albuminuria. Las medias de actividad y descanso de la PAS/PAD fueron totalmente comparables (media de actividad de la PAS/PAD 137,4/78,8 vs 138,9/77,5 mmHg en pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse vs dosis divididas BID, respectivamente, $p > 0,074$; media de descanso de la PAS/PAD 132,3/71,9 vs 132,9/70,7 mmHg, $p > 0,079$). La prevalen-

cia del patrón no-dipper (80,5 vs 77,3%; $p = 0,179$) y la proporción de pacientes con PA ambulatoria controlada (10,2 vs 13,2%; $p = 0,114$) fueron comparables entre ambos grupos.

Conclusiones: En hipertensión resistente, tomar el mismo fármaco antihipertensivo en dosis dividida BID no mejora el control de la PA ambulatoria ni reduce la prevalencia del patrón no-dipper, y no se puede considerar como en esquema terapéutico de cronoterapia. La ingesta de dosis completas de antihipertensivos al acostarse, sin embargo, es un esquema cronoterapéutico apropiado que mejora el control de la PA y reduce significativamente el riesgo cardiovascular.

327. INFLUENCIA DE LA HORA DEL DÍA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LA CURVA-J ENTRE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR

R.C. Hermida, D.E. Ayala, A. Mojón y J.R. Fernández

Universidad de Vigo, Pontevedra.

Objetivos: Diversos estudios han encontrado que una reducción de presión arterial (PA) clínica demasiado grande aumenta el riesgo cardiovascular (CV), mientras que una reducción moderada lo disminuye. Así, se ha sugerido que la relación entre la PA alcanzada y el riesgo CV tiene forma J, decreciendo a medida que disminuye la PA, y creciendo de nuevo cuando la PA clínica disminuye más. Sin embargo, la correlación entre la PA y el riesgo CV es mucho mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que clínicas. Además, la hora de tratamiento antihipertensivo, es decir, al levantarse vs al acostarse, tiene un marcado efecto sobre el control de la PA de actividad y descanso, lo cual también se ha documentado que se refleja en diferencias en prevención de riesgo CV. Por ello, hemos investigado la influencia de la hora del día del tratamiento antihipertensivo sobre la relación entre PA (clínica y ambulatoria) y riesgo CV.

Métodos: Un total de 2.156 pacientes hipertensos (1.044 hombres/1.112 mujeres, de $55,6 \pm 13,6$ años de edad) fueron aleatorizados a tomar toda su medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca a fin de determinar de forma precisa e individualizada las horas de acostarse y levantarse de cada sujeto.

Resultados: Después de una mediana de seguimiento de 5,6 años, se detectó una relación en curva-J entre el riesgo CV y tanto la PA clínica como la media de actividad, pero sólo en el grupo de pacientes tratados con toda la medicación al levantarse. Dicha relación fue totalmente diferente en los pacientes aleatorizados a ingerir la dosis completa de ≥ 1 fármacos al acostarse; en este caso, el riesgo CV disminuyó de forma lineal con el descenso debido al tratamiento en la media de actividad de la PA. El hazard ratio ajustado de eventos CV fue significativamente menor con la reducción progresiva de la media de descanso de la PA, con independencia de la hora del día del tratamiento. No se documentó ningún evento mayor, es decir, muerte CV, infarto o ictus, en pacientes que alcanzaron una media de descanso de la PA sistólica < 103 mmHg.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que el tratamiento antihipertensivo a la hora de acostarse no está asociado con una curva-J de relación entre la PA alcanzada y el riesgo CV. Dicha curva-J parece ser consecuencia exclusivamente de la alteración del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más no-dipper asociada con el aumento de fármacos al levantarse para cumplir el objetivo de alcanzar una menor PA clínica. El descenso de riesgo CV asociado con la disminución progresiva de la media de descanso de la PA, más evidente con el tratamiento al acostarse, tiene marcadas im-

plicaciones clínicas, en concreto, la necesidad de tener en cuenta la hora de tratamiento junto con la valoración del paciente con MAPA (para una valoración adecuada del control de la PA y para evitar hipotensión nocturna) como estrategia terapéutica más adecuada y simple para reducir riesgo CV en pacientes hipertensos.

328. DISMINUIR LA PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA REDUCE EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

R.C. Hermida, D.E. Ayala, A. Mojón y J.R. Fernández

Universidad de Vigo, Pontevedra.

Objetivos: Diversos estudios han concluido consistentemente que la media de descanso de la presión arterial (PA) determinada mediante monitorización ambulatoria (MAPA) es mejor predictor de riesgo cardiovascular (CV) que las medias de actividad o de 24h, resultado relevante también documentado para pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Una limitación importante de estos estudios es que sus conclusiones están basadas en un único registro de MAPA basal de cada paciente, sin tener en cuenta las modificaciones en el perfil de PA durante los años de seguimiento. Así, la posible reducción de riesgo CV asociada a la disminución de la media de descanso de la PA debida al tratamiento es todavía objeto de debate. Por ello, hemos investigado en el subgrupo de pacientes con ERC participantes en el estudio MAPEC si la supervivencia sin evento CV está más relacionada con la reducción progresiva de la media de actividad o de descanso de la PA.

Métodos: Estudiamos 793 pacientes con ERC (filtrado glomerular < 60 y/o albuminuria en al menos dos ocasiones con > 3 meses de diferencia), 469 hombres/324 mujeres, de 57,9 ± 13,9 años de edad, durante una mediana de 5,4 años. Los participantes con hipertensión (83%) se aleatorizaron a tomar toda la medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca. Los cambios en el esquema terapéutico de cada paciente durante los años de seguimiento se basaron únicamente en los resultados de las valoraciones periódicas con MAPA.

Resultados: En función del registro de MAPA basal de cada paciente, la media de descanso de la PA sistólica (PAS) fue el mejor predictor de evento CV en un modelo de supervivencia de Cox ajustado por sexo, edad, diabetes y albuminuria (hazard ratio 1,49 [IC95% 1,30-1,71] por cada desviación típica de aumento en la media de descanso de la PAS; $p < 0,001$). Cuando se utilizó la media de descanso de la PAS en el análisis de Cox conjuntamente con la PA clínica o la media de actividad, sólo la primera fue predictor significativo de eventos. Otras variables, incluyendo la media de 48h, incremento matutino y desviación típica, no fueron significativas cuando se incluyó la media de descanso en los modelos de Cox. El análisis de los cambios en PA durante los años de seguimiento reveló un 14% de reducción de riesgo CV por cada 5 mmHg de reducción de la media de descanso de la PAS ($p < 0,001$), con independencia de cambios en PA clínica o en cualquier otro parámetro derivado de la MAPA.

Conclusiones: La media de descanso de la PAS es el marcador pronóstico independiente más significativo de eventos CV en pacientes con ERC. Lo que es más importante, reducir la media de descanso de la PAS, un objetivo terapéutico validado que requiere la valoración del paciente mediante MAPA y que se puede obtener más fácilmente mediante la ingesta de la medicación al acostarse, es el predictor independiente más relevante de supervivencia sin evento CV en pacientes con ERC.

329. USO DE ESTATINAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturrealde Iriso², C. Noriega Bosch³, M.T. Amiano Arregui⁴, M. Lasso de la Vega Martínez², J. Cora Bardeci⁵, M.J. Mendaza de la Hoz⁶, B. Núñez Barrios⁴, A. Rodríguez Fernández⁷ y E. López de Uralde Pérez de Albeniz²

¹CS Aranbizarra 1, Vitoria-Gasteiz. ²CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ³CS La Habana, Vitoria-Gasteiz. ⁴CS San Martín, Vitoria-Gasteiz. ⁵CS Zaramaga, Vitoria-Gasteiz. ⁶CS Gazalbide, Vitoria-Gasteiz. ⁷CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer el uso de estatinas por parte de nuestros pacientes con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Población de estudio: población con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (CIE-10 código I50) de cinco centros de salud de Vitoria-Gasteiz (Casco Viejo, Olaguibel, San Martín, La Habana, Zaramaga). Los 2 primeros centros tienen referencia al Hospital Santiago Apóstol, y los últimos 3 Hospital de Txagorritxu. Estos centros atienden a una población de 130.180 habitantes. Los datos se recogen de la historia clínica informatizada OSABIDE, y del programa clínico de los datos del hospital, durante el período de enero a mayo de 2010. Sólo se consideran los datos son correctos si se incluyen en la historia clínica informatizada.

Resultados: Recogimos un total de 631 personas con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. La edad media es de 80,04 años. En cuanto a distribución por sexos el 56,10% son mujeres. El 38,20% tienen el diagnóstico de dislipemia El LDL-colesterol medio de los que lo tenían recogido (422). El HDL-colesterol era 47,93 mg/dl y de triglicéridos 129 mg/dl. El 34,65% utiliza estatinas. Del total de pacientes un 15,12% utilizan atorvastatina a dosis media de 22,81 mg, un 10,87% utiliza simvastatina con dosis media de 19,71 mg, el 4,41% pravastatina con dosis media de 21,78 mg, un 1,73% fluvastatina y con dosis media de 63,63 mg, un 1,42% con rosuvastatina con dosis media de 11,1 mg, y un 1,1 con lovastatina a dosis media de 28,57 mg.

Conclusiones: A pesar de ser gente de riesgo por la patología que presentan, no todos los dislipémicos utilizan estatinas, por lo que sería importante el uso de esta medicación con pocos efectos secundarios y grandes efectos beneficiosos en estos pacientes.

330. USO DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II POR PARTE DE NUESTRA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturrealde Iriso², B. Barrios Núñez³, M.T. Amiano Arregui³, J. Cora Bardeci⁴, M. Lasso de la Vega Martínez², M.J. Mendaza de la Hoz⁵, C. Noriega Bosch⁶, A. Rodríguez Fernández⁷ y E. López de Uralde Pérez de Albeniz²

¹CS Aranbizarra 1, Vitoria-Gasteiz. ²CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ³CS San Martín, Vitoria-Gasteiz. ⁴CS Zaramaga, Vitoria-Gasteiz. ⁵CS Gazalbide, Vitoria-Gasteiz. ⁶CS La Habana, Vitoria-Gasteiz. ⁷CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer el uso de antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) en nuestra población con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Población de estudio: Población con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (CIE-10 código I50) de cinco centros de salud de Vitoria-Gasteiz (Casco Viejo, Olaguibel, San Martín, La Habana, Zaramaga). Los 2 primeros centros tienen referencia al Hospital Santiago Apóstol, y los últimos 3 Hospital de Txagorritxu. Estos centros atienden a una población de 130.180 habitantes. Los datos se recogen de la historia clínica informatizada OSABIDE, y del programa clínico de

los datos del hospital, durante el período de enero a mayo de 2010. Sólo se consideran los datos son correctos si se incluyen en la historia clínica informatizada.

Resultados: Recogimos un total de 631 personas con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. La edad media es de 80,04 años. En cuanto a distribución por sexos el 56,10% son mujeres. El 75,4% tiene el diagnóstico de Hipertensión arterial. La media de presión sistólica era de $131,59 \pm 18,37$ (rango 70-230). La media de presión diastólica era de $73,25 \pm 10$ (rango 122-39). El 33,84% tienen una presión sistólica mayor o igual a 140. El 6,28% tiene una tensión diastólica mayor o igual a 90. El 21,92% utiliza ARA II. Del total de pacientes un 6,47% utiliza candesartán con dosis media de 15,04 mg, un 5,84% utilizan valsartán a dosis media de 154 mg, el 3,47% ibersartán con dosis media de 272 mg, un 2,52% losartán, con dosis media de 62,5 mg respectivamente, un 1,89% olmesartán con media de 26,6 mg y un 1,1% telmisartán con dosis media de 62,8 mg y un 0,63% eprosartán con una dosis media de 600 mg.

Conclusiones: Bajo uso de ARA II en nuestra población diagnosticada de insuficiencia cardíaca, a pesar de ser fármacos que han demostrado que disminuyen la mortalidad por insuficiencia cardíaca aunque algunos de estos pacientes están en tratamiento con un inhibidor del enzima de conversión del angiotensinógeno con un perfil igual y más económico. Debemos mejorar en este aspecto el tratamiento de nuestros pacientes con insuficiencia cardíaca.

331. PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN CENTRO DE SALUD

A. Lorenzo Piqueres, S. Martínez Parra, I. Morales Pérez, V. Vázquez Martínez, L. Rosell Panis, G. Badenes Marques, M. Latorre Poveda, E. Serisa Blasco, L. Tarancón Gozalbo y A. Lorenzo Gorri

CS Burriana, Castellón.

Objetivos: Evaluar la prescripción de fármacos recomendados por las guías clínicas para el tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica en el centro de salud y comparar con estudios nacionales desde el nivel de centro de salud y con comparación interprofesionales del propio centro.

Métodos: Tipo de estudio: descriptivo, observacional y transversal. Ámbito: Atención Primaria. Población y muestreo: pacientes del centro de salud con cardiopatía isquémica encontrados con el buscador del programa ABUKASIS II, por los epígrafes 410 a 414 de la CIE-9 (infarto agudo de miocardio y derivados). Se localizan 521 historias. Mediciones e intervenciones: se individualiza la búsqueda por médico/cupo y se evalúan las diferencias del total con estudios nacionales en la utilización de fármacos de referencia en preventión secundaria de los pacientes con cardiopatía isquémica (antiagregantes o anticoagulantes, beta bloqueantes, estatinas y IECA/ARA II). Se registran los datos en base de datos ACCES y se obtienen las proporciones del registro de los fármacos. Utilizaremos el programa EPI INFO y el test de chi cuadrado para evaluar diferencias entre proporciones. También evaluamos las diferencias entre profesionales.

	Burriana	Nacional	Significación
N	Total/Sí/No	Total/Sí/No	p
Antiag + anticog	521/473/48	895/770/125	p < 0.000...
Estatinas	521/375/146	1305/461/844	p < 0.000...
Betabloqueantes	521/307/214	895/349/546	p < 0.000...
IECA/ARA II	521/335/186	895/253/642	p < 0.000...

Resultados: Edad media de la muestra 73,22 años, 328 hombres y 193 mujeres. La diferencia entre el uso de los fármacos es favorable al centro de salud en los cuatro grupos de fármacos señalados, con diferencias significativas con respecto a los resultados publicados en otros estudios de ámbito nacional. Las diferencias entre profesionales de nuestro centro también presentan significación.

Conclusiones: El uso de los cuatro grupos de fármacos recomendados en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica es superior en el centro de salud, aunque no es óptima. Es importante establecer medidas de ayuda a la mejora en la calidad de la prescripción y facilitar la información individualizada de los resultados.

332. ¿AFECTA EL NÚMERO DE FÁRMACOS PRESCRITOS AL CUMPLIMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO VASCULAR MEDIDO MEDIANTE MONITORES ELECTRÓNICOS?

E. Márquez Contreras, M.A. Garrido López, J. Franch Nadal, N. Martell Claros, M. de la Figuera von Wichmann, S. Espejo Peinado, J. Ferraro García, R. Chaves González, J.C. Pasrotiza Vilas y J.J. Casado Martínez

Grupo Cumplimiento e Inercia SEH-LELHA.

Objetivos: Valorar si el número de fármacos prescritos influye en el cumplimiento terapéutico del tratamiento con antihipertensivos en la HTA no controlada, en pacientes de alto riesgo vascular.

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, multicéntrico, desarrollado en 102 centros de Atención Primaria españoles. Se incluyeron 808 hipertensos tratados con inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA o ARA II) y no controlados, con alto riesgo vascular. Se realizaron 4 visitas, inicial, 1, 3 y 6 meses. Se midió el cumplimiento mediante monitores electrónicos (MEMS). Se calculó el porcentaje de cumplimiento medio (PC), el porcentaje de cumplidores global, cumplidores de una toma diaria, cumplidores en horario correcto y cobertura antihipertensiva. Se consideró cumplidor aquel cuyo PC estaba entre 80-100%.

Resultados: Finalizaron 701 pacientes (edad media 63,7 DE: 11,1 años). Las PAS y PAD han obtenido un descenso significativo ($p < 0,0001$) siendo de 18,8 y 9,8 mmHg respectivamente. El porcentaje de controlados fue del 70% (IC = 65,6-74,4%) ($p = 0,0001$). Se observaron diferencias significativas con mayor control entre cumplidores respecto a incumplidores. La media del porcentaje de dosis tomadas fue 87,9% (IC = 84,8-91%) y la cobertura terapéutica 82,4% (IC = 78,7-86,1%). Fueron cumplidores globalmente el 73,3% (IC = 69-77,6%), 52,8% (IC = 48-57,6%) fueron los cumplidores de una toma diaria y 46,5% (IC = 41,9-51,1%) los cumplidores en horario correcto. El incumplimiento se asoció ($p < 0,001$) al incremento en el número de fármacos prescritos.

Conclusiones: En hipertensos de alto riesgo vascular el incumplimiento fue muy alto, fundamentalmente cuando toman 5 o más comprimidos diarios.

333. ¿EXISTE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO CON HIPOLIPEMIANTES EN HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO VASCULAR?

E. Márquez Contreras, M.A. Garrido López, M. de la Figuera von Wichmann, J.L. Llisterri Caro, J. Franch Nadal, J.L. Martín de Pablos, J.J. Casado Martínez, A. Fernández Ortega, M. García García y L. López García-Ramos

Grupo de Cumplimiento e Inercia SEH-LELHA.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento terapéutico hipolipemiante en hipertensos con alto riesgo vascular, de forma global y en fun-

ción del número de fármacos prescritos para otras enfermedades concomitantes.

Métodos: Estudio longitudinal, multicéntrico, realizado en atención primaria en España, con un seguimiento de 6 meses. Se incluyeron 3.949 hipertensos en tratamiento antihipertensivo no controlados que presentaban alto riesgo vascular (padecer un IAM, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica, ictus o pacientes con DM más 1 Factor de riesgo cardiovascular asociado). Se realizaron 4 visitas: inicial, 1, 3 y 6 meses. En este subestudio se midió el cumplimiento de los fármacos hipolipemiantes que tomaban mediante el recuento simple de comprimidos. Se calculó el porcentaje de cumplimiento. Se consideró cumplidor aquel cuyo PC estaba entre 80 y 100%.

Resultados: Se incluyeron 3.636 pacientes (edad media 64,8 (DE: 10,3) años. Fueron varones 1.954 (53,7%) y mujeres 1.682 (46,6%). Estaban en tratamiento con hipolipemiantes el 64,74% (IC 62-66%). (n = 2.354) (Considerada muestra final del subestudio). Fueron incumplidores el 31,6% (IC: 25-37%). Fueron cumplidores por visita el 53%, 60,3% y 75% respectivamente. El porcentaje de cumplidores en función del número de comprimidos fue del 92,4% (cuando tomaban 3 o menos comprimidos diarios), 88,4% (con 4 comprimidos), 67,3% (5 comprimidos), 58,2% (6 comprimidos) y 54,6% (7 o más comprimidos) (IC: 49,6-59,6%) (p < 0,001).

Conclusiones: El incumplimiento hipolipemante fue muy alto. Existe una relación significativa entre incumplimiento y número de comprimidos prescritos. Hasta 5 comprimidos el cumplimiento es bueno, sin embargo decae alarmantemente a partir del sexto, siendo del 54,6% cuando toman más de 7 comprimidos.

334. INTERVENCIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO VASCULAR

E. Márquez Contreras, J.L. Llisterri Caro, M. de la Figuera von Wichmann, J.L. Martín de Pablos, V. Gil Guillén, N. Martell Claros, J.J. Casado Martínez, I. Botello Pérez, R. Chaguaceda Pérez y A. Fernández Ortega

Grupo Cumplimiento e Inercia SEH-ELLHA.

Objetivos: Evaluar la influencia de la intervención habitual realizada en un estudio prospectivo, en el cumplimiento hipolipemante en hipertensos con alto riesgo vascular.

Métodos: Estudio longitudinal, multicéntrico, realizado en AP (España), con un seguimiento de 6 meses. Se incluyeron 3.949 hipertensos en tratamiento antihipertensivo no controlados con alto riesgo vascular. Se realizaron 4 visitas: inicial, 1, 3 y 6 meses. En este subestudio se midió el cumplimiento hipolipemiantes mediante recuento de comprimidos. La intervención realizada fueron consejos según práctica habitual del investigador en pacientes de alto riesgo vascular, el seguimiento programado de cualquier estudio prospectivo, la modificación del tratamiento según práctica clínica, y el envío de boletines informativos sobre el estudio cada 2 meses a investigadores. Se calculó el porcentaje de cumplimiento (cumplidor cuando estaba entre 80-100%) y la magnitud de la relevancia clínica con la intervención realizada entre el primer mes y final del estudio sobre el cumplimiento hipolipemante, mediante el cálculo de reducción del riesgo absoluto (RRA), reducción del riesgo relativo (RRR) y número de pacientes a tratar con la intervención para evitar un caso de incumplimiento hipolipemante (NNT).

Resultados: Se incluyeron 3.636 pacientes (edad media 64,8 (DE: 10,3) años. Fueron varones 1.954 (53,7%) y mujeres 1.682 (46,6%). Estaba en tratamiento con hipolipemiantes el 64,74% (IC 62-66%) (n = 2.354) (considerado muestra final del subestudio). Fueron incumplidores el 31,6% (IC: 25-37%). La RRA fue del 22%, la RRR del 46,8%, el NNT de 4,5, y la RR: 0,47 (p < 0,001).

Conclusiones: Una pequeña intervención realizada durante el estudio por los investigadores tiene un relevante impacto clínico en la disminución del incumplimiento hipolipemante.

335. LA INERCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. ESTUDIO INDIAPRES

E. Márquez Contreras, M. de la Figuera von Wichmann, V. Gil Guillén, M.A. Garrido López, N. Martell Claros, J.L. Martín de Pablos, J. Espinosa García, J.J. Casado Martínez, J. Ferraro García y A. Fernández Ortega

Grupo de Trabajo Sobre Cumplimiento e Inercia, SEH-LELHA.

Objetivos: Evaluar la inercia terapéutica (IT) en el tratamiento con antihipertensivos en pacientes hipertensos y diabéticos.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyeron 1.783 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico establecido de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial como mínimo 3 meses previos a la inclusión, que presentaban cifras de presión arterial > 140 y/o 90 mmHg en la visita de inclusión y/o cifras de HbA1c > 7% en el último control realizado en el último mes, que estaban recibiendo tratamiento farmacológico antihipertensivo y antidiabético estable, desde hace un mínimo de 3 meses. Se calculó la inercia terapéutica antihipertensiva mediante el cociente: (número de pacientes a los que no se les ha modificado el tratamiento farmacológico antihipertensivo/número de pacientes con cifras medias de presión arterial > 140 y/o 90 mmHg en la visita. Se han evaluado las causas por las cuales comete IT, habiéndose clasificado posibles causas de IT justificada.

Resultados: Se analizan los 1.421 pacientes que presentaron mal control de la hipertensión arterial. La edad media global fue de 65,8 años (DE 10). Fueron 765 varones (53,8%) y 656 mujeres (46,2%) (p = NS por edad y sexos). En opinión de los médicos el 17% (n = 242) (IC = 15,1-18,9%) de estos pacientes estaban bien controlados. Las medias de presión arterial fueron de 153 (DE 11) y 89,7 (DE 9) mmHg. Presentaron IT el 32,4% de los pacientes (IC = 30-34,8%) (n = 460) y sin IT el 67,6% (N = 961). Al comparar los grupos con y sin IT, en el análisis bivariante se observaron diferencias en las PA y número de comprimidos tomados con unas PA superiores y mayor número de comprimidos tomados en el grupo sin IT (PAS: 149,2 (DE 10) vs 154,1 mmHg (DE 11,7); PAD (86,5 (DE 9) vs 90,6 mmHg (8,6), Número de comprimidos: 3,7 (DE 1,7) vs 5,6 (DE 2,9); p < 0,01). No se observaron diferencias en el resto de variables como edad, sexo, número enfermedades, años de evolución, factores de riesgo vascular o lesiones de órganos diana. En los casos que no se cometió IT, destacan el que se añadieron fármacos en combinación en el 29,5% (n = 284), se añadieron fármacos en combinación y retiraron otros en el 22,3% (n = 214), se añadieron fármacos en monoterapia en el 17,5% (n = 168) y se modificó la dosis del tratamiento en el 12,6% (n = 122). Entre las posibles causas de IT destacan, 1) Le he citado para nuevos controles antes de cambiarle el tratamiento con un 11,1% (n = 158); 2) No era necesario porque incumplía el tratamiento higiénico-dietético con un 9,8% (n = 139); 3) No era necesario porque presentaba buen control de la HTA en el 9,6% (n = 137); 4) No era necesario porque incumplía el tratamiento farmacológico con un 8,3% (n = 118) y 5) Es suficiente con modificar el tratamiento higiénico-dietético con un 7,1% (n = 101). Entre las causas por las que cometían IT, el 42,6% (IC = 38,1-47,1%) (n = 196) se valoraron como IT justificada.

Conclusiones: La IT observada en el tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos diabéticos fue muy alta. La IT es mayor con PA elevadas límitrofes y en pacientes que requieren menos comprimidos probablemente por menor gravedad de sus padecimientos. La IT justificada es muy relevante.

336. COMBINACIONES FIJAS: INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y ANTAGONISTAS DEL CALCIO. EVOLUCIÓN EN SU EMPLEO

G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J. Iturrealde Iriso¹, J. Martínez Gorostiaga¹, M. Alonso Vallejo¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, M. Pinel Monge¹ y J. Ocharan Corcuera²

¹Comarca Araba, Vitoria. ²Hospital Universitario Araba, Vitoria.

Introducción: Con independencia del fármaco empleado la monoterapia sólo permite alcanzar el objetivo de presión arterial en un número limitado de pacientes. Las combinaciones fijas de dos fármacos pueden simplificar el régimen terapéutico y favorecer el cumplimiento. Esta unión de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y antagonistas del calcio (ACA) se basa en la conocida sinergia antihipertensiva de ambos grupos terapéuticos.

Objetivos: El objetivo del estudio es ver la evolución respecto al año anterior en Comarca Araba (301.094 hab.) que ha ocurrido en el uso de combinaciones fijas de fármacos antihipertensivos IECAS + ACA (grupo terapéutico ATC C09BB) para el tratamiento de nuestros hipertensos, de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2009 y 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y desviación respecto al año anterior.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Principio activo	Nº envases	% total	% desviac
Perindopril + ACA	2.113	42,92%	- 10,62%
Enalapril + Nitrendipino	2.074	42,13%	49,53%
Enalapril + Lecardipino	542	11,01%	2.911,11%
Ramipril + Felodipino	158	3,21%	- 5,39%
Delapril + Manidipino	36	0,73%	
Total	4.923	100%	5,19%

Conclusiones: En primer lugar hacer notar el poco uso de esta asociación, posiblemente la unión a diuréticos por parte de los IECAS, una de las combinaciones más empleadas, sea responsable de estos datos y también tener en cuenta que su uso respecto al año anterior tampoco ha sufrido un aumento significativo.

337. MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y ANTAGONISTAS DEL CALCIO EN COMBINACIÓN FIJA

G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J. Iturrealde Iriso¹, J. Martínez Gorostiaga¹, M. Alonso Vallejo¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, C. Castellano Hurtado¹ y J. Ocharan Corcuera²

¹Comarca Araba, Vitoria. ²Hospital Universitario Araba, Vitoria.

Introducción: La mayoría de los estudios asistenciales llevados a cabo en nuestro medio constatan que tanto en Atención Primaria como en unidades especializadas, no más de una tercera parte de los pacientes tratados tienen sus cifras de presión adecuadas a los objetivos que marcan las distintas guías. Parece ser que una utilización más amplia de combinaciones terapéuticas se traducirá en un mayor grado de control de nuestros pacientes.

Objetivos: El objetivo del estudio es ver que uso de esta combinación (grupo terapéutico ATC C09BB) hacemos los médicos de Comarca Araba, de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo e importe en euros.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Principio activo	Nº envases	% sobre total	Importe PVP €
Perindopril + ACA	2.113	42,92%	47.014,25€
Enalapril + Nitrendipino	2.074	42,13%	48.025,66€
Enalapril + Lecardipino	542	11,01%	10.151,66€
Ramipril + Felodipino	158	3,21%	3.934,20€
Delapril + Manidipino	36	0,73%	758,22€
Total	4.923	100%	110.784,29€

Conclusiones: Como podemos apreciar el uso que se hace en Comarca Araba de esta combinación de IECA y ACA es muy bajo, posiblemente a que por parte de los IECAS se asocian a diuréticos con más frecuencia y los ACA se están uniendo más a los antagonistas de los receptores de la angiotensina II. No es esta una de las combinaciones preferidas pues en nuestro medio.

338. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y ANTAGONISTAS DEL CALCIO EN COMBINACIÓN FIJA. USO EN COMBINACIÓN FIJA Y EVOLUCIÓN EN SU PRESCRIPCIÓN

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturrealde Iriso¹, J. Martínez Gorostiaga¹, M. Alonso Vallejo¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, M.T. Amiano Arregui¹, A. Chena Alejandro² y J. Ocharan Corcuera²

¹Comarca Araba, Vitoria. ²Hospital Universitario Araba, Vitoria.

Introducción: El desarrollo de combinaciones a dosis fijas de un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II) y un antagonista del calcio (ACA) se ha basado en la conocida sinergia antihipertensiva de ambos grupos y en la hipótesis de que, debido a efectos de clase-específicos independientes del efecto hipotensor, la asociación ofrece un beneficio añadido a otras combinaciones. Además, la combinación ARA II y ACA está respaldada por evidencias acerca de su eficacia antihipertensiva en múltiples situaciones, de su mejor tolerabilidad respecto a la observada con las combinaciones de IECAS y acerca de su capacidad de prevención de lesión subclínica de órganos diana.

Objetivos: El objetivo del estudio es ver que uso y la evolución de esta combinación (grupo terapéutico ATC C09DB) hacemos los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2009 y 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación interna-

cional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo e importe en euros y su desviación respecto al año anterior en cuanto al número de envases prescritos.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: Como podemos apreciar, el uso que se hace en Comarca Araba de esta combinación de ARA II y ACA aún no es muy importante, pero si se aprecia un fuerte incremento de la misma, posiblemente debido a lo ya mencionado antes, su buena tolerabilidad y su eficacia clínica, junto a una potente presión de la industria farmacéutica a su favor.

339. INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA. EMPLEO DE LOS MISMOS TANTO EN MONOTERAPIA COMO EN COMBINACIÓN FIJA EN UNA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO

G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J. Iturrealde Iriso¹, A. López de Viñaspre Muguerza¹, M. Alonso Vallejo¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, M.E. Ortega Horrillo¹, A. Chena Alejandro² y J. Ocharan Corcuera²

¹Comarca Araba, Vitoria. ²Hospital Universitario Araba, Vitoria.

Introducción: Los inhibidores directos de la renina (IDR) suponen un nuevo enfoque en el tratamiento de la hipertensión arterial, siendo el último grupo farmacológico empleado, surgiendo 13 años después de la aparición de los bloqueadores de receptores de angiotensina II. El aliskiren, primer IDR disponible, se une al sitio activo de la molécula de renina, logrando la fragmentación del angiotensinógeno y previniendo la formación de angiotensina I, aportando por tanto un mayor control del sistema renina angiotensina que produce un buen control de la presión arterial, con una seguridad y tolerabilidad similar a placebo.

Objetivos: El objetivo del estudio es ver que uso y la evolución de aliskiren tanto en monoterapia como en tratamiento combinado (grupo terapéutico ATC C09XA) hacemos los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2009 y 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo e importe en euros y su desviación respecto al año anterior en cuanto al número de envases prescritos.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Tabla. Poster 338

Principio activo	Nº envases	% sobre total	Importe PVP €	% desv env
Olmesartán medoxomil + Amlodipino	2.718	58,05%	94.054,14€	676,57%
Valsartán + Amlodipino	1.964	41,95%	83.357,35€	40,39%
Total	4.682	100,00%	177.411,49€	167,70%

Tabla. Poster 339

Principio activo	Nº envases	% sobre total	Importe PVP €	% desv env
Aliskiren	1.054	92,62%	34.436,68€	221,34%
Aliskiren + Hidroclorotiazida	84	7,38%	3.152,72€	
Total	1.138	100,00%	37.589,40€	246,95%

Conclusiones: Como nos demuestran los datos el uso de IDR aún es casi significativo en nuestra Comarca debido posiblemente a lo novedoso del grupo terapéutico. Posiblemente tal como indica su crecimiento en años posteriores su empleo sea mayor tanto en monoterapia como en combinación, donde ha demostrado excelentes sinergias unido tanto a diuréticos como a antagonistas del calcio.

340. INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y DIURÉTICOS. EMPLEO DE ESTA COMBINACIÓN FIJA EN COMARCA ARABA

G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J. Iturrealde Iriso, J. Martínez Gorostiaga, M. Alonso Vallejo, M.L. Alarcia Ceballos, E. López de Uralde Pérez de Albéniz, L. Bastida Eizaguirre, C. Castellano Hurtado y J. García López de Armentia

Comarca Araba, Vitoria.

Introducción: Las evidencias actuales apoyan el uso inmediato de combinaciones de antihipertensivos en términos de facilidad de uso y adherencia al tratamiento. La combinación de un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y un diurético ha sido avalado por numerosos estudios (PROGRESS, ADVANCE, HYVET, etc.), en donde se puso de manifiesto que la combinación tenía efectos reductores de presión mayores y conseguía una mayor reducción de eventos micro y macrovasculares que cuando empleamos la monoterapia.

Objetivos: El objetivo del estudio es ver las diversas combinaciones fijas de IECA y diuréticos (grupo terapéutico ATC C09BA) empleadas en Comarca Araba (301.094 hab.) para el tratamiento de nuestros hipertensos, de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y su importe en euros.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: Como en estudios precedentes la combinación más utilizada por abrumadora mayoría es la de enalapril más diurético, representando el resto menos del 20%. También es significativo el uso de captopril más diurético pese al tiempo de aparición de la molécula y sus limitaciones.

Tabla. Poster 340

Principio activo	Nº envases	% total	Importe €
Enalapril +Diurético	49.619	80,91%	209.857,07€
Lisinopril Diurético	4.854	7,91%	48.654,79€
Perindopril + Diurético	2.139	3,49%	48.757,37€
Captopril Diurético	1.789	2,92%	17.705,41
Quinapril + Diurético	1.140	1,86%	12.137,83€
Fosinopril + Diurético	1.123	1,83%	16.120,53€
Ramipril + Diurético	340	0,55%	2.487,75€
Cilazapril + Diurético	315	0,51%	5.131,44
Benazepril + Diurético	10	0,02%	220,90€
Total	81.328	100,00%	361.091,09€

341. EVOLUCIÓN EN EL EMPLEO DE INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y DIURÉTICOS EN COMBINACIÓN FIJA

G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J. Iturralde Iriso, F. Rodríguez Fernández, M. Alonso Vallejo, M.L. Alarcia Ceballos, E. López de Uralde Pérez de Albéniz, J. Larrañaga Gorriti, M. Pinel Monge y J. García López de Armentia

Comarca Araba, Vitoria.

Objetivos: Numerosos estudios (PROGRESS, ADVANCE, HYVET, etc.) avalan el uso de estas combinaciones y de hecho es la más empleada en nuestro medio, por lo que nuestro objetivo es analizar la evolución de las diversas combinaciones fijas de IECA y diuréticos, (grupo terapéutico ATC C09BA) empleadas en Comarca Araba (301.094 hab.) para el tratamiento de nuestros hipertensos, de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2009 y 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y su importe en euros.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: Vemos como el enalapril más diurético sigue siendo la combinación más utilizada. Como se incrementa el uso del ramipril con diurético y van disminuyendo o con un crecimiento casi nulo el resto de las demás combinaciones.

342. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS EN COMBINACIÓN FIJA. EMPLEO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁLAVA

G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J. Iturralde Iriso, I. González Castañeda, M. Alonso Vallejo, M.L. Alarcia Ceballos, E. López de Uralde Pérez de Albéniz, A. Ruiz de Loizaga Arellano, C. Castellano Hurtado y A. Alcalde Lozano

Comarca Araba, Vitoria.

Introducción: Diversos ensayos (LIFE, SCOPE) han documentado los efectos protectores de esta combinación. Además hay gran cantidad de evidencias que indican que esta combinación aporta una reducción efectiva de la presión arterial, tiene un perfil de tolerabilidad más favorable aún que el observado cuando asociamos diuréticos con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), puesto que la tos y el angioedema son menos frecuentes y aporta una protección frente a la lesión subclínica de órganos.

Objetivos: El objetivo del estudio es ver cómo hemos empleado esta combinación (grupo terapéutico ATC C09DA) los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2010, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo e importe en euros.

Tabla. Poster 341

Principio activo	Nº envases 2010	% total	% desviación
Enalapril +Diurético	49.619	80,91%	6,67%
Lisinopril+ Diurético	4.854	7,91%	3,52%
Perindopril + Diurético	2.139	3,49%	-3,43%
Captopril Diurético	1.789	2,92%	-9,78%
Quinapril + Diurético	1.140	1,86%	-10,02%
Fosinopril + Diurético	1.123	1,83%	-1,48%
Ramipril + Diurético	340	0,55%	105,48%
Cilazapril + Diurético	315	0,51%	0,96%
Benazepril + Diurético	10	0,02%	100,00%
Total	81.328	100,00%	5,22%

Tabla. Poster 342

Principio activo	Nº envases	% sobre total	Importe PVP €
Valsartán + Diuréticos	19.333	28,80%	654.826,21€
Candesartán + Diuréticos	12.896	19,21%	352.785,06€
Irbesartán + Diuréticos	11.987	17,86%	358.659,08€
Losartán + Diuréticos	10.726	15,98%	187.019,08€
Eprosartán + Diuréticos	5.019	7,48%	124.571,58€
Telmisartán + Diuréticos	3.732	5,56%	117.645,96
Olmesartán + Diuréticos	3.436	5,12%	85.281,52€
Total	67.129	100,00%	1.880.789,19€

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: Este grupo terapéutico es el que más recursos económicos retrae en el tratamiento de la hipertensión en nuestro medio, siendo la asociación valsartán y diurético el principal. Aunque sabemos que el ARA II, en principio debería utilizarse, salvo indicaciones específicas, cuando exista intolerancia a IECA, no parece ser que sea la norma de empleo.

343. EVOLUCIÓN EN EL EMPLEO DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGiotensina II Y DIURÉTICOS EN COMBINACIÓN FIJA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁLAVA

G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J. Iturrealde Iriso, I. González Castañeda, M. Alonso Vallejo, M.L. Alarcia Ceballos, E. López de Uralde Pérez de Albéniz, B. Barrios Núñez, C. Castellano Hurtado y J. Ricarte Eguidazu

Comarca Araba, Vitoria.

Introducción: Esta asociación es la que representa un mayor gasto económico dentro de la terapia antihipertensiva en nuestra Comarca en los últimos años, en contra de los criterios de calidad de nuestra oferta preferente, que cifran el empleo de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II), en un 25% como máximo respecto a los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA).

Objetivos: El objetivo del estudio es ver cómo ha evolucionado el empleo de esta combinación (grupo terapéutico ATC C09DA) por parte de los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2009 y 2010, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y porcentaje de desviación.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: Este grupo terapéutico sigue siendo es el que más recursos económicos retrae en el tratamiento de la hipertensión en nuestro medio, presentando unos incrementos considerables en algunas moléculas (olmesartán, candesartán). Quizá el menor incremento de irbesartán se deba más a políticas de publicidad por parte de las empresas que a criterios basados en evidencias.

344. EMPLEO DE LAS DISTINTAS COMBINACIONES FIJAS DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS Y SU EVOLUCIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO

G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J. Iturrealde Iriso¹, J. Martínez Gorostiaga¹, M. Alonso Vallejo¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, E. López de Uralde Pérez de Albeniz¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, I. González Castañeda¹ y J. Ocharan Corcuera²

¹Comarca Araba, Vitoria. ²Hospital Universitario Araba, Vitoria.

Introducción: Las evidencias apoyan el uso de combinaciones fijas de antihipertensivos por ser más cómodas, lo que facilita la adherencia al tratamiento y previsiblemente conseguir un mejor control de la presión arterial en nuestros pacientes, logrando, como así ha ocurrido un aumento en aquellos que logran alcanzar las cifras objetivo marcadas, de acuerdo a los datos de nuestra oferta preferente.

Objetivos: El objetivo del estudio es ver cuáles son las combinaciones empleadas y cómo ha evolucionado el empleo de los mismos (grupos terapéuticos ATC: C09BA, C09BB, C09DA, C09DB, C09XA) por parte de los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de enero a diciembre de 2009 y 2010, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en grupo terapéutico, nº envases, por-

Tabla. Poster 343

Principio activo	Nº envases	% sobre total	% desviación año anterior
Valsartán + Diuréticos	19.333	28,80%	7,64%
Candesartán + Diuréticos	12.896	19,21%	21,40%
Irbesartán + Diuréticos	11.987	17,86%	3,37%
Losartán + Diuréticos	10.726	15,98%	9,37%
Eprosartán + Diuréticos	5.019	7,48%	12,62%
Telmisartán + Diuréticos	3.732	5,56%	31,59%
Olmesartán + Diuréticos	3.436	5,12%	39,67%
Total	67.129	100,00%	12,37%

centaje de cada molécula respecto al total del grupo y porcentaje de desviación.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: Como vemos el grupo que más recursos consume es el de los ARA II + DIU que a su vez es el que más se incrementa, con la salvedad del CO9DB, quizás por su reciente implantación y su baja utilización hasta el momento. Dato que en principio está en contradicción con la Guía de práctica clínica sobre Hipertensión Arterial de Osakidetza que en todo caso recomendaría como norma general en asociación y por tanto como combinación más frecuente el uso de IECA + DIU.

345. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON EL DE LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

E. Moya Sánchez, J.M. Sotoca Momblona, B. Adriyanov Kostov, A. Sisó Almirall, M. Torres Oliveros, A. Anguita Guimet, M.L. Moro Esteban, S. Sitjar Martínez de Sas, D. Cararach Salami y J. Ortiz Molina

CAP Les Corts, Barcelona.

Objetivos: Comparar el tratamiento farmacológico utilizado en prevención secundaria en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) con otros países de similar nivel socio-económico y analizar las diferencias entre las diferentes variables estudiadas.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo en un centro de atención primaria (CAP) urbano.

En agosto de 2011 se publicó en la revista clínica The Lancet el estudio PURE (Yusuf et al. Lancet. 2011;378:1231-43), en el que se analizó el uso de fármacos en el tratamiento de pacientes con antecedentes de CI y las diferencias entre países en diferentes etapas de desarrollo económico. Comparamos nuestros tratamientos con los de la publicación referenciada. De los 35.893 sujetos asignados a un CAP urbano, se seleccionaron los 915 pacientes con diagnóstico de CI en las historias clínicas informatizadas (HCAP). Se analizaron las variables edad, sexo, hipertensión, diabetes mellitus, hábito tabáquico, índice de masa corporal y los tratamientos utilizados en prevención secundaria: antiagregantes plaquetarios, beta-bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) y estatinas. Con los datos obtenidos, se realizó la comparación con los resultados del estudio PURE correspondientes a los países con parecido desarrollo económico y se analizaron las diferencias entre las variables analizadas, utilizando una prueba de chi cuadrado de Pearson con corrección de Yates.

Resultados: En nuestro centro, los tratamientos utilizados son similares a los que se utilizan en los países de nuestro entorno, únicamente se utilizan más los antiagregantes (70,93% vs 64,10%, p = 0,009). En el análisis de nuestro pacientes, en el grupo de los hipertensos se ha observado una mayor utilización de IECA/ARAII respecto a los no hipertensos (69,15% vs 39,35%, p < 0,001). En los hombres respecto a las mujeres se ha observado una mayor utilización de antiagregantes (73,22% vs 64,96%, p = 0,017), beta-blo-

queantes (51,13% vs 41,34%, p = 0,009) y estatinas (77,91% vs 62,60%, p < 0,001). En el grupo de los pacientes diabéticos, se utilizan más los IECA/ARAII respecto a los no diabéticos, (69,58% vs 48,49%, p < 0,001). No se han observado diferencias significativas entre los pacientes fumadores y los no fumadores. Si se analizan los pacientes según la edad, se observa una mayor utilización de IECA/ARAII en el grupo de edad igual o superior a 60 años respecto a los pacientes entre 50 y 60 años y los menores de 50 (57,33% vs 42,11% y 14,29%, p < 0,001). Según el IMC, se ha observado una mayor utilización de IECA/ARAII en los pacientes obesos (IMC igual o superior a 30) respecto a los pacientes con sobrepeso (IMC entre 25 y 30) y los de normopeso (IMC menor de 25), (62,66% vs 56,65% y 48,52%, p = 0,018) y una mayor utilización de estatinas en el grupo con IMC entre 25 y 30 respecto a los demás grupos (80,50% vs 69,52% y 69,23%, p = 0,001).

Conclusiones: En nuestro centro, los tratamientos utilizados en CI son similares a los que se utilizan en los países de nuestro entorno. Únicamente utilizamos más los antiagregantes. Dentro de las variables analizadas en nuestros pacientes, se ha observado una mayor utilización de IECA/ARAII en pacientes hipertensos, diabéticos, con un IMC superior o igual a 30 y los de edad igual o superior a 60 años. Los hombres utilizan más estatinas, beta-bloqueantes y antiagregantes. En relación al IMC, los pacientes que utilizan más estatinas son los que tienen sobrepeso sin obesidad.

346. ENCUESTA A LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SOBRE EL MODO DE ACTUACIÓN ANTE LA NECESIDAD DE USO DE NITRATOS

P. Piquer Artes, R. González Hernández, J.J. Bolaños Vergaray, M.I. Prieto Paredero, C. Echeverría Urrego, C. Cantalapiedra Sánchez, S. Dumo Selga, P. Ramos Quispe, M.L. Pascual Martín y J. C. Obaya Rebollar

CS Chopera, Alcobendas, Madrid.

Objetivos: Conocer el grado de información que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) y su actuación ante situaciones de alarma que precisan del manejo de la nitroglicerina sublingual (NTGSL).

Métodos: Estudio descriptivo transversal basado en entrevista personal y cuestionario heteroadministrado de elaboración propia. Emplazamiento. Atención primaria. Diecisésis consultas de dos zonas básicas de salud urbanas. Participantes: muestra aleatoria de 112 pacientes con CI (angina estable, inestable, angina con infarto), que en la hoja de medicación crónica tuvieran recogida la indicación de NTGSL en alguna de sus distintas presentaciones. Variables: de evaluaron los conocimientos del paciente en lo referente a: postura para tomar NTGSL; actitud ante la aparición de dolor anginoso mientras conduce; aspectos prácticos de manejo de las distintas presentaciones de NTGSL (comprimidos sublinguales, grageas, spray); actitud ante dolor que no cede (tiempo de espera); conocimientos sobre conservación y renovación de NTGSL; interacciones farmacológicas y efectos secundarios.

Resultados: Encuestados: 112 (80,4% varones). Edad media: 68,01 años DE 8,9. El 96,4% de los pacientes había recibido instruc-

Tabla. Poster 344

G. terapéutico	Principio activo	Nº envases	Importe €	% importe	% Desv Año Ant.
CO9BA	IECAs +DIU	61.328	361.091,99€	14,25%	5,22%
CO9BB	IECAs + ACA	4.923	110.784,29€	4,37%	5,19%
CO9DA	ARA II + DIU	67.129	1.880.789,19€	74,24%	12,37%
CO9DB	ARA II +ACA	4.682	177.411,49€	7,00%	167,70%
CO9XA	IDR + DIU	84	3.152,72€	0,14%	

ciones sobre la utilización de NTGSL en caso de necesidad. El cardiólogo había proporcionado esta información en el 70,4% de los pacientes, el médico de familia en el 28,7% y ambos en el 0,9%. De los pacientes que habían recibido información, hay un porcentaje importante de pacientes que desconocen cómo tomar adecuadamente NTGSL. Las mayores carencias de información se han detectado en cuanto a: tiempo de espera para repetir dosis de NTGSL si no cede el dolor (66,7% de los pacientes responden erróneamente); necesidad de renovar la medicación NTGSL cada 6 meses (81,5% de los pacientes responden erróneamente). Existe un porcentaje no despreciable de pacientes con cardiopatía isquémica (25,9%) que salen de casa sin NTGSL a pesar de haberse indicado dicha medicación. Un 15,8% de los pacientes no conocía ninguno de los fármacos del grupo de Inhibidores de la fosfodiesterasa-5, que presentan posibles interacciones con la toma de NTGSL. Entre los efectos secundarios reportados por los pacientes en relación con la toma de NTGSL destacan la hipotensión y/o mareo (25,7%) y la cefalea (15,7%). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con algunos aspectos prácticos sobre la administración de NTGSL, en relación al profesional que había proporcionado dicha información: Necesidad de masticar la presentación de grageas y manejo del comprimido sublingual.

Conclusiones: Una mínima parte de nuestros pacientes cardiópatas usa bien la NTGSL. Nos llama la atención que desde el marco idóneo para impartir educación sanitaria que representa la AP, menos de tercera parte de los encuestados recibieron información por parte del médico de familia. Sería interesante la implantación de programas de educación sanitaria a pacientes con CI dentro del ámbito de la AP y reevaluar la situación tras un período de desarrollo de éstos.

347. TERAPIA CON PARICALCITOL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

J. Ocharan Corcuera, G. Mediavilla Tris, A. Chena, A. Rodríguez Fernández, M.N. Espinosa Furlong, J. Iturrealde Iriso, I. Minguela, I. Jimeno, R. Ruiz de Gauna y B. Aurrekoetxea

HUA-Txagorritxu, Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz.

Introducción: El tratamiento con paricalcitol (análogo selectivo de la vitamina D) ha demostrado eficacia en la reducción de proteinuria en pacientes con bloqueadores del eje renina-angiotensina previo, en los que mantienen la proteinuria.

Objetivos: Valoración terapéutica del paricalcitol, en una población de pacientes con enfermedad renal crónica 3-4 e hipertensión, tanto en eficacia como su seguridad en estos pacientes.

Métodos: Criterios de inclusión: edad mayor de 18 años, Hemos completado un seguimiento terapéutico con pacientes renales durante 12 semanas con paricalcitol, según niveles de PTH < 300 ng/ml-1 µg cada 48h, PTH > 300 ng/ml-1 µg/día. Método con un estudio observacional, prospectivo, no aleatorio.

Resultados: Hemos completado un seguimiento terapéutico con 30 pacientes en ERC durante 12 semanas (se) con paricalcitol. Dentro de nuestra población destacamos la media alta de edad y el predominio de la diabetes como causa de ERC. Disminución de la proteinuria y calciuria, No observamos cambios en la calcemia, la fosfatemia. Hemos comparado los datos básales de presión arterial sistólica (PAS) media (med) de 168 mmHg y de forma consecutiva hasta acabar el estudio en la 12 semana (12 se). Y, asimismo, hemos comparado los datos básales de presión arterial diastólica (PAD) media (med) comparando hasta acabar el estudio en la 12 se, no hay cambios significativos. La eficacia del paricalcitol en ERC ha sido evidente. La seguridad ha sido excelente.

Conclusiones: El tratamiento precoz del HPTS con paricalcitol redujo la PTH requiriendo para ello dosis decrecientes del fármaco, en algunos pacientes. No se produjo cambios en el calcio y del

fósforo, manteniéndose el producto calcio-fósforo < 55. No hay modificación con la PA. Un excelente control terapéutico, eficiencia y una buena tolerancia farmacológica en estos pacientes renales.

348. RESPUESTA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON IVABRADINA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO Y CORONARIAS NORMALES

M. Ramírez Marrero, B. Pérez Villardón, I. Vegas Vegas, D. Gaitán Román, G. Ballesteros Derbenti, J. Cano Nieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico con arterias coronarias normales es una entidad frecuente, especialmente en mujeres, cuya etiopatogenia se ha relacionado con alteraciones de la microcirculación coronaria. Se asocia a un pronóstico excelente, si bien es motivo frecuente de asistencia a los Servicios de Urgencias por nuevos episodios de angina de pecho. Nuestro objetivo fue comparar la respuesta clínica de estos pacientes al tratamiento con ivabradina frente al tratamiento antianginoso convencional.

Métodos: Estudio retrospectivo del total de pacientes revisados consecutivamente en consulta de cardiología con diagnóstico de dolor torácico y arterias coronarias normales, en el periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2010. Se analizaron variables clínicas y epidemiológicas, tratamiento prescrito, clase funcional de angina antes y después del tratamiento, y porcentajes de asistencias a Urgencias por episodio de dolor torácico, completándose una mediana de seguimiento de 1 año, en el 100% de los casos.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes, 50% varones y edad media de $63,3 \pm 9,2$ años. 19 pacientes (39,6%) recibieron tratamiento con ivabradina, frente a 29 pacientes que recibieron el tratamiento convencional. No existieron diferencias en las características basales entre ambos grupos. Tras completar el seguimiento, los pacientes que recibieron tratamiento con ivabradina mostraron una mejoría en la clase funcional de angina de pecho, aunque sin alcanzar la significación estadística (78,9% vs 58,6%, $p = 0,08$) y acudieron en menor medida a Urgencias por nuevo episodio anginoso (5,3% vs 34,5%, $p = 0,02$). Tras el análisis multivariado, el tratamiento con ivabradina se asoció a menor frecuencia de asistencia a Urgencias por episodio de dolor torácico (OR 0,02, IC95%, 0,01-0,50).

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados de dolor torácico con arterias coronarias normales que reciben tratamiento con ivabradina en comparación con el tratamiento convencional presentan una mejoría clínica respecto a la clase funcional para angina y menor necesidad de asistencia a Urgencias por nuevo episodio de angina de pecho.

349. REPERCUSIÓN PRONÓSTICA DEL EMPLEO DE COMBINACIÓN FIJA IECA-ANTAGONISTAS DEL CALCIO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DADOS DE ALTA POR SCASEST

M. Ramírez Marrero, B. Pérez Villardón, D. Gaitán Román, G. Ballesteros Derbenti, I. Vegas Vegas, J. Cano Nieto, J.L. Delgado Prieto, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El empleo de combinaciones fijas en el tratamiento de pacientes hipertensos ofrece numerosos beneficios. Uno de los más destacables es la mayor adherencia al mismo. El objetivo del estudio fue analizar la repercusión del empleo de la combinación fija de IECA y antagonista del calcio (dihidropiridínico) sobre el

pronóstico de pacientes hipertensos dados de alta hospitalaria por episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes hipertensos dados de alta consecutivamente por episodio de SCASEST, de julio de 2008 a diciembre de 2009. Se estudiaron diversas variables clínicas y epidemiológicas, estableciéndose un análisis pronóstico en función del empleo de la combinación fija comparado con el tratamiento convencional, completándose un seguimiento con una mediana de 23 meses en el 100% de los casos.

Resultados: Se incluyeron 417 pacientes, 65,2% hombres. La edad media fue $68 \pm 10,4$ años. El 45,3% de los pacientes eran diabéticos, 58,5% dislipémicos y en el 79,1% el motivo del ingreso fue angina inestable. Presentaron un índice de comorbilidad de Charlson de $2,4 \pm 2,1$ y un score TIMI Risk al ingreso de $3 \pm 1,4$. Se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en el 22% de los casos. 124 pacientes (29,7%) recibieron tratamiento con combinación fija de IECA y ACA, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los pacientes que recibieron tratamiento convencional (88,7% vs 77,8%, $p = 0,03$), menor porcentaje de muerte cardiovascular tras el seguimiento (1,6% vs 6,8%, $p = 0,02$), ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) (5,6% vs 11,9%, $p = 0,03$), ingreso por nuevo síndrome coronario agudo (SCA) (13,7% vs 21,8%, $p = 0,03$) y eventos cardiovasculares mayores (MACEs) (17,7% vs 29,4%, $p = 0,01$). Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de desarrollo de IC (OR 0,39, IC95%, 0,16-0,94), SCA (OR 0,55, IC95%, 0,30-0,98) y MACEs (OR 0,5, IC95%, 0,29-0,86).

Conclusiones: El empleo de la combinación fija de IECA + ACA (dihidropiridínico) en pacientes hipertensos y antecedente de SCASEST se asoció a un pronóstico más favorable. Este hecho parece justificarse por la mayor adherencia al tratamiento.

350. REPERCUSIÓN PRONÓSTICA DEL EMPLEO DE LA COMBINACIÓN FIJA BETABLOQUEANTE-DIURÉTICO EN PACIENTES ANCIANOS CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

B. Pérez Villardón, M. Ramírez Marrero, D. Gaitán Román, I. Vegas Vegas, A.M. González González, A.M. García Bellón, J. Cano Nieto y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El empleo de combinaciones fijas en el tratamiento es un hecho cada vez más frecuente, ofreciendo numerosos beneficios. Uno de los más destacables es la mayor adherencia al mismo, especialmente en pacientes ancianos, en donde el grado de error en la automedicación es mayor. El objetivo del estudio fue analizar la repercusión del empleo de la combinación fija de betabloqueante (BB) y diurético sobre el pronóstico de pacientes ancianos dados de alta hospitalaria por episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes ancianos (definidos por una edad ≥ 75 años) dados de alta consecutivamente por episodio de SCASEST, de julio de 2008 a diciembre de 2009. Se estudiaron diversas variables clínicas y epidemiológicas, estableciéndose un análisis pronóstico en función del empleo de la combinación fija comparado con el tratamiento convencional, completándose un seguimiento con una mediana de 19,5 meses en el 100% de los casos.

Resultados: Se incluyeron 158 pacientes, 48,1% mujeres. La edad media fue $79,7 \pm 4,1$ años. El 67,7% de los pacientes eran hipertensos, 44,3% diabéticos y 45,6% dislipémicos. Presentaron un índice de comorbilidad de Charlson de $2,8 \pm 2,1$ y un score TIMI Risk al ingreso de $3,4 \pm 1,1$. Se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en el 30% de los casos. 35 pacientes (26,1%) recibieron tratamiento con combinación fija de BB y diurético, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los pacientes que recibieron tratamiento convencional (88,6% vs 74,7%, $p = 0,03$) y menor porcentaje de muerte cardiovascular tras el seguimiento (2,9% vs 19,2%, $p = 0,01$). No se encontraron diferencias en el resto de variables pronósticas estudiadas ($p > 0,2$). Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de muerte cardiovascular (OR 0,12, IC95%, 0,04-0,34).

del ventrículo izquierdo en el 35,1% de los casos. 38 pacientes (24,1%) recibieron tratamiento con combinación fija de BB y diurético, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los pacientes que recibieron tratamiento convencional (92,1% vs 85%, $p = 0,02$), menor porcentaje de muerte cardiovascular tras el seguimiento (0% vs 17,5%, $p = 0,002$), ingreso por insuficiencia cardíaca (IC) (2,6% vs 23,3%, $p = 0,002$) y eventos cardiovasculares mayores (MACEs) (15,8% vs 42,5%, $p = 0,002$). No se encontraron diferencias en los porcentajes de ingreso por síndrome coronario agudo (SCA) ($p = 0,09$). Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de desarrollo de IC (OR 0,05, IC95%, 0,006-0,43) y MACEs (OR 0,06, IC95%, 0,007-0,46).

Conclusiones: El empleo de la combinación fija de BB y diurético en pacientes ancianos dados de alta por episodio de SCASEST se asocia a un pronóstico más favorable. Este hecho parece justificarse por la mayor adherencia al tratamiento.

351. EFICACIA DEL EMPLEO DE LA COMBINACIÓN FIJA BETABLOQUEANTE-DIURÉTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EPISODIO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

M. Ramírez Marrero, B. Pérez Villardón, D. Gaitán Román, G. Ballesteros Derbenti, B. Luque Aguirre, J. Cano Nieto, J.M. Pérez Ruiz, J.L. Delgado Prieto, R. Vivancos Delgado y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El empleo de combinaciones fijas en el tratamiento es un hecho cada vez más frecuente, ofreciendo numerosos beneficios, especialmente en pacientes polimedicados. El objetivo del estudio fue analizar la repercusión del empleo de la combinación fija de betabloqueante (BB) y diurético sobre el pronóstico de pacientes con insuficiencia renal crónica dados de alta hospitalaria por episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes con insuficiencia renal crónica (definidos por un aclaramiento renal < 60 ml/minuto/m² según la fórmula MDRD abreviada) dados de alta consecutivamente por episodio de SCASEST, de julio de 2008 a diciembre de 2009. Se estudiaron diversas variables clínicas y epidemiológicas, estableciéndose un análisis pronóstico en función del empleo de la combinación fija comparado con el tratamiento convencional, completándose un seguimiento con una mediana de 20 meses en el 100% de los casos.

Resultados: Se incluyeron 134 pacientes, 37,3% mujeres. La edad media fue $73,3 \pm 8,7$ años. El 76,1% de los pacientes eran hipertensos, 49,3% diabéticos, 50% dislipémicos y 49,3% anemia. Presentaron un índice de comorbilidad de Charlson de $4,5 \pm 2$ y un score TIMI Risk al ingreso de $3,4 \pm 1,3$. Se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en el 30% de los casos. 35 pacientes (26,1%) recibieron tratamiento con combinación fija de BB y diurético, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los pacientes que recibieron tratamiento convencional (88,6% vs 74,7%, $p = 0,03$) y menor porcentaje de muerte cardiovascular tras el seguimiento (2,9% vs 19,2%, $p = 0,01$). No se encontraron diferencias en el resto de variables pronósticas estudiadas ($p > 0,2$). Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de muerte cardiovascular (OR 0,12, IC95%, 0,04-0,34).

Conclusiones: El empleo de la combinación fija de BB y diurético en pacientes con insuficiencia renal crónica dados de alta por episodio de SCASEST se asocia a un pronóstico más favorable en términos de mortalidad cardiovascular a largo plazo. Este hecho parece justificarse por la mayor adherencia al tratamiento.

352. EFECTO DE LOS INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA EN TERAPIA COMBINADA CON IECA, ARA II SOBRE ALBUMINURIA Y PROTEINURIA, ENTRE OTROS PARÁMETROS ANALIZADOS

M. Polaina Rusillo, A. Liébana Cañada, M.D. Biechy Baldan, P. Segura Torres y S. Ortega Anguiano

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: El uso de inhibidores directos de la renina (IDR) como tratamiento hipotensor y antiproteinúrico es avalado por numerosos estudios. Recientes ensayos a nivel experimental han demostrado que parece ser de mayor eficacia en enfermos diabéticos y obesos por un mecanismo de mayor sobreestimulación del eje renina- angiotensina -aldosterona a nivel tisular e intracelular en este tipo de pacientes. Hay pocos estudios publicadas al respecto del tratamiento con IDR en enfermedad renal crónica con diabetes y obesidad en comparación con pacientes no diabéticos y con normopeso. Estudio descriptivo transversal de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadios I-IV, a los que se inicia tratamiento con aliskiren seguidos en consulta desde 2008-2011.

Objetivos: Pacientes de consulta de nefrología en seguimiento por enfermedad renal crónica estadio I-IV, que se inician tratamiento con un inhibidor directo de la renina, y no se añade pero si se modifica la dosis del IECA o ARA II que tomara previamente. Primario: valorar la reducción de microalbuminuria y proteinuria tras periodo de tratamiento. Secundarios: valorar control de TA tras realizar tratamiento, valorar estabilidad de función renal tras inicio de doble o triple bloqueo del eje y valorar grado de hiperpotasemia ocasionado.

Resultados: Un total de 116 pacientes con una media de 65 años, un 43% mujeres y un 57% hombres. Un 75% son obesos con un IMC > 30 kg/m². El tiempo medio de tratamiento con aliskiren fue de 16 meses. En cuanto a la etiología de la HTA un 49% fue esencial, un 3% por HTA secundaria a estenosis arteria renal, un 1% por HTA maligna, un 47% secundaria a enfermedad renal crónica. Dentro de la enfermedad renal crónica un 49% eran por nefropatía diabética, un 15% nefroangioesclerosis, un 12% no filiada, un 8% intersticiales, 2% glomerulares, 1% enfermedad renal poliquística. Un 59% eran diabéticos con una media de evolución de diabetes de 17 ± 8 años (de los cuales 49 pacientes tomaban insulina o insulina + ADO y 19 pacientes con solo ADO, siendo la repaglinida y la metformina los ADO más usados). Un 100% tomaban aliskiren de los cuales un 40% se aumentó la dosis, pasando de 150 a 300 mg. Un 40% tomaban IECA, en un 4% de los casos se aumento la dosis del IECA; un 91% tomaban ARA II y a un 14% se aumento la dosis del ARA II; un 6% con espirolactona. En cuanto al porcentaje de pacientes con triple terapia 36%(aliskiren + IECA + ARAII: 40 pacientes), y con doble terapia 62%: aliskiren + IECA 7 pacientes, aliskiren + ARA II 63 pacientes. En cuanto a los parámetros analizados: La media de TA pasó de 149/76 a 142/72 mmHg p < 0,05, la de crp 1,93 a 1,98 mg/dl p < 0,05, potasio 4,8 a 4,8 meq/l NS; glicosilada 7,7 a 7,3% NS. Aclaramiento de crp corregido por superficie corporal 57 a 50 ml/min/173 cm p < 0,05; FG estimado por MDRD: 44 a 40 ml/min p < 0,05; Aclaramiento de crp estimado por Cockcroft-Gault de 47 a 44 ml/min p < 0,05. Proteinuria 2,1 a 1,7 g/24h p < 0,05, albuminuria 969 a 745 mg/24h p < 0,05, cociente alb/cr 718 a 507 mg/g p < 0,05. En cuanto a la reducción de proteinuria es significativo en el periodo de 0 a 14 meses, siendo la reducción a partir de este periodo no significativa. En cuanto a la albuminuria su reducción es significativa en el periodo de 8-14 meses, siendo a partir de este periodo no significativa. En el análisis por subgrupos: no hay diferencias significativas entre el tiempo de evolución de la diabetes y su respuesta con la reducción de microalbuminuria y proteinuria. Hay diferencias entre el grupo de diabéticos/no diabéticos con respecto albuminuria y

proteinuria reduciendo de manera más eficaz en el grupo de los diabéticos. Es obvio que el buen control glucémico debe de tener un efecto positivo sobre la proteinuria, y se comprueba que existe asociación entre la evolución del descenso de glicosiladas con el descenso de proteinuria, sin embargo no ocurre esto entre el descenso de glicosiladas y albuminuria que no se relacionan. En el grupo obesos/no obesos con respecto a albuminuria y proteinuria, no hay diferencias significativas con la albuminuria pero si con la proteinuria disminuyendo en mayor intensidad en los obesos. Se comprueba que en ningún caso existe asociación significativa entre el aumento de las dosis IDR, IECA Y ARA II, con respecto albuminuria o proteinuria. Existe asociación significativa entre la evolución de TA y la albuminuria y proteinuria. Esto quiere decir que en el grupo que se controla más la Ta se produce un mayor descenso de albuminuria y proteinuria. La reducción de la albuminuria y proteinuria es independiente de las cifras de crp, ósea de la función renal basal del paciente.

Conclusiones: El uso de IDR no ocasiona hiperpotasemia a pesar del doble, triple o cuádruple bloqueo en pacientes con enfermedad renal crónica estadio I-III. En cuanto a la reducción de proteinuria y albuminuria se consigue una mayor reducción de esta a partir del 6 mes del tratamiento y que es más llamativa en el periodo de 8-14 meses. Dicha reducción se relaciona con el control de la diabetes, el ser diabético, obeso y con las cifras de Ta, no se relaciona con el aumento de dosis de IDR, IECA o ARAII.

353. EFECTO DE LOS INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON PROTEINURIA

M. Polaina Rusillo, A. Liébana Cañada, M.M. Biechy Baldan, S. Ortega Anguiano y P. Segura Torres

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: El uso de aliskiren como tratamiento antialbuminúrico y antiproteinúrico en pacientes con nefropatía diabética no está claramente establecido. Hay nuevas datos de la hiperestimulación del eje renina angiotensina aldosterona a nivel intercelular e intracelular de los pacientes diabéticos que podrían constituir nuevas dinas de dicho fármaco.

Objetivos: Valorar la reducción de microalbuminuria y proteinuria tras periodo de tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes diabéticos seguidos en consulta desde 2008-2011, con enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a nefropatía diabética estadios I-IV, en los que se inicia tratamiento con aliskiren; a dichos pacientes no se añade pero si se modifica la dosis del IDR, IECA o ARA II que tomara previamente.

Resultados: Cuando analizamos a los pacientes albuminúricos con unas cifras de albuminuria > 300 mg/24h obtenemos los siguientes resultados. Un total de 51 pacientes donde la albuminuria media pasa de 1.500 a 1.008 mg/24h p < 0,05, la proteinuria 3,1 a 2,4 mg/dl p < 0,05, aclaramiento de creatinina con orina de 24h de 59 ± 31 a 50 ± 36 ml/min p < 0,05, MDRD 46 ± 24 a 44 ± 26 ml/min p < 0,05, aclaramiento estimado por Cockcroft Gault: 49 ± 24 a 44±26 ml/min p < 0,05, crp 1,7 ± 0,5 a 2 ± 0,9 mg/dl p < 0,05. Cuando analizamos a los paciente con nefropatía diabética establecida con proteinuria en rango nefrótico obtenemos los siguientes resultados: Un total de 21 pacientes cuya proteinuria media pasa de 6 ± 3,4 a 3,5 ± 3 g/24h, p < 0,05, una albuminuria que pasa de 2.461 a 1.410 mg/24h p < 0,05, aclaramiento de creatinina con orina de 24h de 61 ± 34 a 45 ± 38 ml/min p < 0,05, MDRD 43 ± 21 a 36 ± 25 ml/min p < 0,05, aclaramiento estimado por Cockcroft Gault: 47 ± 19 a 36±25 ml/min p < 0,05, crp 1,8 ± 0,5 a 2,3 ± 0,9 mg/dl p < 0,05. Cuando analizamos a los 31 pacientes con microal-

buminuria (30-300 mg/24h) esta pasa de 97 a 181 mg/24h p NS, no obteniendo resultados significativos en este tipo de pacientes. Cuando analizamos la asociación de fármacos en los pacientes: observamos que los paciente con triple terapia (IDR + IECA + ARA-II) la media de proteinuria pasa de 3,1 a 2,8 g/24h, y en los pacientes con doble terapia (IECA + IDR o IDR + ARA II) su media de proteinuria pasa de 1,7 a 1,1 g/24h con carácter significativo $p < 0,05$. En cuanto al descenso del FG no observamos diferencias significativas entre el grupo de triple terapia con respecto al grupo de doble terapia.

Conclusiones: El uso de IDR en pacientes diabéticos produce una reducción de la proteinuria y albuminuria con carácter significativo. Dicha reducción se relaciona con el control de la diabetes, y con las cifras de Ta. No se relaciona con el aumento de dosis de IDR, IECA o ARAII. El efecto de asociar el aliskiren al IECA o al ARA II consigue unos efectos similares a la triple terapia aunque quizás con mayor reducción de la proteinuria en el grupo de doble terapia.

354. PRESCRIPCIÓN DE ALISKIREN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

O. Rebagliato Nadal¹, A. Sala de Vedruna¹, X. Fernández Bonet¹, R. López Linares¹, B. Camallonga Claveria², M. Serravinyals Castellà³ y A. Moretó Reventós¹

¹CAP Sant Andreu, Barcelona. ²CAP Río de Janeiro, Barcelona.

³CAP El Carmel, Barcelona.

Objetivos: Estudiar el grado de penetración de un nuevo fármaco antihipertensivo (aliskiren, inhibidor directo de la renina) en nuestro centro de atención primaria y valorar la adecuación de su indicación.

Métodos: Estudio epidemiológico no intervencionista de corte transversal, en un centro de atención primaria urbano situado en Barcelona. Hemos realizado una revisión sistemática de la historia clínica de todos los pacientes atendidos en el centro de atención primaria con prescripción activa en el momento de obtención de los datos de aliskiren y de aliskiren en combinación fija con diurético. Se han recogido variables demográficas (sexo, médico prescriptor), de comorbilidad (diabetes mellitus, microalbuminuria) y de tratamientos antihipertensivos concomitantes (número y tipo de fármacos).

Resultados: De los 49.900 pacientes mayores de 14 años atendidos en el área básica, sólo 59 reciben tratamiento con aliskiren, ya sea solo o en combinación, representando un 0,46% de los 12.800 pacientes hipertensos. La cohorte estudiada se compone de 29 hombres y 30 mujeres, siendo 25 de ellos diabéticos (42,4%). 10 pacientes presentan microalbuminuria (16,95%). En 51 de los pacientes el prescriptor de aliskiren ha sido el médico de familia (86,4%), en 4 pacientes otro especialista (6,8%) y en el resto (4) no constaba este dato en la historia de forma explícita. 10 pacientes toman aliskiren en monoterapia (16,95%), 18 asociado a un fármaco (30,5%), 17 asociado a otros dos (28,8%), 11 asociado a otros tres (18,64%), 2 asociado a 4 fármacos más y un paciente lo toma junto a otros cinco antihipertensivos distintos.

Conclusiones: El grado de penetración de aliskiren en referencia al número total de pacientes es discreto, posiblemente en relación a la inercia existente y a la falta de experiencia con el fármaco. Aliskiren tiene la indicación de fármaco antihipertensivo, pero por su perfil de acción parece lógico indicarlo en pacientes hipertensos y con microalbuminuria no controlada con otros fármacos que actúen sobre el eje SRAA. En el caso de la diabetes la indicación se adecua bastante a las recomendaciones, pero la microalbuminuria no se da o no consta en la mayoría de los pacientes. Probablemente es debido al hecho que la MAU no forma

parte del perfil analítico de hipertensión de nuestro laboratorio de referencia, hecho que valoraremos cambiar como estrategia de mejora, ya que la lesión de órgano diana queda a menudo infradiagnosticada e infratratada. Cualquier nuevo fármaco antihipertensivo supone una ayuda valiosa en el manejo de pacientes con HTA de difícil control, especialmente cuando se trata de un nuevo grupo farmacológico.

355. RETIRADA PRECOZ DE AMIODARONA TRAS LA CARDIOVERSIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRATADOS CON IRBESARTÁN. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

E. Santas Olmeda¹, E. Domínguez Mafé², A. Martínez Brotons¹, R. Ruiz Granell¹, V. Ruiz Ros³, A. Ferrero de Loma-Osorio¹, M.T. Izquierdo de Francisco¹, J. Muñoz Gil¹ y R. García Civera¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, ²Hospital General de Castellón, Castellón, ³Universidad de Valencia, Valencia.

Introducción: La inhibición del sistema renina-angiotensina (SRA) se ha relacionado con una reducción del riesgo de incidencia de fibrilación auricular (FA) en prevención primaria en diferentes contextos clínicos. Sin embargo, en prevención secundaria, la potencial eficacia de los inhibidores del SRA en prevenir episodios de FA es controvertida y únicamente ha sido estudiada asociados al tratamiento antiarrítmico convencional.

Métodos: Se incluyeron prospectivamente 150 pacientes consecutivos remitidos para CV eléctrica por una FA persistente. En todos los pacientes se realizó pretratamiento con amiodarona e irbesartán durante al menos un mes previo a la CV. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y bioquímicas. A los tres meses tras la CV los pacientes que permanecían en ritmo sinusal ($n = 94$) fueron aleatorizados a mantener el tratamiento combinado de amiodarona e irbesartán ($n = 45$) o únicamente irbesartán ($n = 49$). Se mantuvo seguimiento clínico 18 meses tras la CV (mediana 401 días). El objetivo primario fue la primera recurrencia de FA en el seguimiento.

Resultados: No hubo diferencias significativas en las características basales de los grupos de estudio. El 67% de los pacientes presentaban hipertensión arterial. En los pacientes con tratamiento combinado de amiodarona e irbesartán hubo 12 recurrencias (26,7%), por 27 en el grupo de irbesartán (55,1%, $p = 0,005$). El análisis de Kaplan-Meier del tiempo transcurrido hasta la primera recurrencia de FA mostró que a los 18 meses tras la CV los pacientes tratados únicamente con irbesartán tenían una menor probabilidad de permanecer en ritmo sinusal (30,3% vs 65,7% log-rank test $p = 0,004$). En el modelo de riesgos proporcionales de Cox, ajustado por otras variables pronósticas, la retirada de la amiodarona fue predictor independiente de recurrencia de FA durante el seguimiento (HR 2,33, 1,11-4,87, $p = 0,02$), junto a la dilatación auricular izquierda (Volumen aurícula izquierda indexado $> 34 \text{ ml/m}^2$ HR 3,03, 1,49-6,17, $p = 0,002$) y la duración prolongada de la FA (duración > 1 año o indeterminada HR 2,20, 1,06-4,58, $p = 0,03$).

Conclusiones: En pacientes con FA persistente tratados con irbesartán en los que se realiza una CV, la retirada de la amiodarona se asocia con un número significativamente mayor de recurrencias. Por tanto, en prevención secundaria de FA tras una CV, pese al tratamiento con un inhibidor del SRA parece necesario mantener el tratamiento antiarrítmico de manera prolongada.