

Cumplimiento e inercia

252. EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO CON RIVAROXABÁN EN PREVENCIÓN DE ICTUS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO MEDIANTE MONITORES ELECTRÓNICOS. ESTUDIO CUMRIVAFA

E. Márquez Contreras, N. Martell-Claros, V. Gil Guillén, M. de la Figuera von Wichmann, S. Márquez Rivero e I. Gil Gil

Grupo de Cumplimiento de SEH-LELHA, Madrid.

Objetivo: El objetivo principal del estudio es valorar el grado de incumplimiento terapéutico con rivaroxaban en pacientes con fibrilación auricular no valvular, a los 6 meses de seguimiento, mediante monitores electrónicos (MEMS). Asimismo, se pretende identificar los patrones de incumplimiento, variable y causas relacionadas con el mismo. Se establecerá una relación entre la satisfacción del paciente-calidad de vida y su grado de cumplimiento/persistencia, mediante el uso de cuestionarios de calidad de vida.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, longitudinal, multicéntrico de ámbito nacional, llevado a cabo en 90 centros de Atención Primaria españoles. Se incluirán un total de 434 pacientes con FANV tratados con rivaroxaban según práctica clínica habitual, para la prevención de ictus. El seguimiento total de cada paciente será de 12 meses, con una visita de inicio y una de seguimiento a los 6 meses. El cumplimiento será evaluado mediante monitores electrónicos (MEMS), método validado y reconocido por los autores como medida de investigación del cumplimiento. Los MEMS son sistemas de monitorización que utilizan un registro informatizado, de tal forma que un microchip colocado en el tapón de cierre del envase de los comprimidos, controla automáticamente la apertura de éste, registrando la hora y la fecha en que se produce la apertura del envase. Se calculó el porcentaje de cumplimiento medio (PC) mediante el cociente: (número total de comprimidos presumiblemente consumidos/número total de comprimidos que debía haber consumido) \times 100, esto incluye a todos los pacientes durante los 6 meses. Con el valor de esta variable se procedió a calcular el porcentaje de cumplidores global (porcentaje de pacientes cuyo PC se encuentre entre el 80-100%). Se consideró cumplidor aquel paciente cuyo PC estuviese entre (80-100%) La variable principal del estudio: porcentaje de cumplidores diario, se calculó a partir del porcentaje de días en los cuales el paciente ha tomado al menos un comprimido del anticoagulante oral.

Resultados: En este primer análisis se incluyen datos de los primeros pacientes que llegaron a un seguimiento de 6 meses. El porcentaje de cumplimiento medio (PC) fue del 91,9% (IC = 84,7-99,1%); los 101 pacientes analizados tomaron el 91,9% de la medicación. El porcentaje de cumplidores globales fue del 83,3% (IC = 70,1-96,8%): el 83,3% de los pacientes fueron cumplidores, su PC se situó entre el 80 y el 100%. El porcentaje de cumplidores diario, fue del 82,8% (IC = 70-95,6%): el 82,8% de los pacientes fueron cumplidores tomando un comprimido diario.

Conclusiones: En pacientes con fibrilación auricular no valvular, tratados con rivaroxaban para la prevención del ictus, el cumplimiento del tratamiento medio fue alto, con un PC del 91,9%, respecto a otros estudios con otros fármacos. Los porcentajes de pacientes cumplidores, globalmente y diario, fue del 83,3% y del 82,8% respectivamente. El incumplimiento se asoció a la prescripción de un mayor número de fármacos

253. LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ¿ESTÁN BIEN INFORMADOS?

V. Domínguez Úbeda¹, S. Castells Juan¹, M.D. del Moral Chust¹, C. Tejero Catalá¹, M. Lamata Mateo¹ y S. Navarro Gutiérrez²

¹Centro de Salud de Cullera, Cullera. ²Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira.

Objetivo: Conocer el nivel de información que tienen los pacientes hipertensos de larga evolución que acuden a la consulta de Atención Primaria.

Métodos: Cuestionario breve de tres ítems: ¿Sabe que es la hipertensión? Enumere las posibles complicaciones que tiene esta enfermedad. ¿Quién le ha informado sobre estas complicaciones?: médico de familia, cardiólogo, otros.

Resultados: Hemos clasificado el estudio en dos líneas. La primera habla de las complicaciones que conocen los pacientes, entre ellas destaca que en un 81,5% afirman que son cardíacas, un 8,3% vasculares, 6,1% renales y un 4,1% oculares. La otra línea refleja la procedencia de dicha información, y en ella se observa que en un 74,3% la información procede del médico de familia, un 19,1% el cardiólogo y un 12,3% por otros medios de comunicación, sobre todo vía internet.

Conclusiones: Se puede afirmar que existe aún mucha desinformación sobre los efectos colaterales de la hipertensión mal controlada, sobre todo a nivel micro vascular (renal, ocular...), siendo el médico de familia una de las figuras que pueden ayudar más a la mejora de estos datos. No debemos obviar que cada vez es más frecuente la utilización de internet, pudiendo confundir a nuestros pacientes.

254. ESTUDIO VIVAC-HTA. VALORACIÓN DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES HIGIÉNICO-DIETÉTICAS Y EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

M. de la Figuera von Wichmann¹ y E. Tarragona²

¹EAP Sardenya, Unidad Docente Aceba, Barcelona. ²Chiesi España, Barcelona.

Objetivo: Evaluar el grado de concienciación sobre los estilos de vida en la HTA, en médicos y en pacientes.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante encuesta basal y tras 3 meses de la entrega de material escrito específico de ayuda al consejo médico y educativo para los pacientes. El grado de concienciación se evaluó mediante una escala de ordinal de 9 puntos: "Bajo" = 1-3 puntos; "Medio" = 4-6 puntos; "Alto" = 7-9 puntos. El cumplimiento farmacológico se evaluó mediante el test de Morisky-Green. Participaron 697 profesionales de Atención Primaria, en su mayoría del sector público de la geografía española; media de edad 49,2 años; hombres 66%; experiencia profesional 23,7 años; media de visitas/día 41; duración media de la visita de inicio y seguimiento en HTA 12,6 y 8 minutos, respectivamente. Se incluyeron 3.667 hipertensos; media de edad 64,2 años; evolución de la HTA 8,4 años, estudios primarios 34%; jubilados 48%. El 91% tomaban otros fármacos diferentes a los antihipertensivos (media 3,1 fármacos, 62% hipolipemiantes).

Resultados: El 44% de los pacientes declaraba olvidos en la toma de la medicación. Los factores relacionados con el incumplimiento fueron la edad, nivel educativo, actividad laboral y viudedad. Tanto en los médicos participantes como en los pacientes se observó un incremento en el grado de concienciación sobre la importancia de la reducción de la ingesta de sal, seguimiento de la dieta DASH, pérdida de peso, ejercicio físico, reducción del consumo de alcohol, abandono del tabaco y cumplimiento terapéutico, en especial la regularidad en la toma de la medicación.

Conclusiones: La utilización de un material educativo fue útil, tanto para los profesionales como para los pacientes, para aumentar el grado de concienciación sobre los cambios de estilos de vida.

255. VALIDACIÓN DE LA LLAMADA TELEFÓNICA COMO MÉTODO DE MEDIDA DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EXTREMADURA

J. Espinosa García¹, J. Cobaleda Polo², M. González Velasco³ y D. Fernández Bergés⁴

¹Centro de Salud Villanueva de la Serena-Norte, Servicio Extremeño de Salud (SES), Villanueva de la Serena.

²Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura, Badajoz. ³Departamento de Matemáticas, Facultad de Ciencias, Universidad de Extremadura, Badajoz. ⁴Sección de Cardiología, Servicio de Medicina interna, Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena, Servicio Extremeño de Salud (SES), Unidad de Investigación GRIMEX, Programa de Investigación en Enfermedades Cardiovasculares (PERICLES), Villanueva de la Serena.

Objetivo: El incumplimiento farmacológico supone un importante problema que afecta el éxito terapéutico de los pacientes. El objetivo principal de esta investigación consistió en validar la llamada telefónica al domicilio del paciente como método de automedición del recuento de comprimidos simple comparado con el método alternativo y patrón oro del recuento simple en consulta sanitaria.

Métodos: Estudio de investigación observacional, multicéntrico, prospectivo, longitudinal, desarrollado por 25 investigadores en diferentes Centros de Salud de Extremadura que incluyeron 125 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial no controlada y finalizaron 121. La inclusión de pacientes se realizó de forma consecutiva y a medida que el investigador detectaba un hipertenso no controlado. Se efectuaron 3 visitas, que incluían visita de inclusión, visita de seguimiento a las 4 semanas y visita final a las 8 semanas. Previamente a las visitas 1 y final, se realizó la llamada telefónica al paciente para recordarle la visita correspondiente y recopilar en ese mismo momento información sobre el número de comprimidos que quedaban.

Resultados: Fueron incluidos 121 pacientes. En la visita final, el test de la llamada telefónica como método de medida del cumplimiento obtuvo: sensibilidad 100%, especificidad 86%, exactitud global 86,8%, VPP 30,4%, VPN 100%, CP+ 7,13, CP- 0,0 e índice kappa 0,415 ($p < 0,0001$). El área bajo la curva ROC fue de 0,995 (IC95%: 0,985-1).

Conclusiones: Concluimos que la llamada telefónica como método de medida del cumplimiento terapéutico puede ser una buena alternativa por su casi universalidad, coste reducido y sin la necesidad de desplazamiento de los pacientes a los centros sanitarios.

256. IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE LA TASA DE COPAGO EN HIPERTENSIÓN

J.A. Pascual López, P.M. Martínez López, J. Aracil Fernández, A. Pérez Carrillo, C. Martínez Delgado, D. López Giraldo, S. Herrero Herranz, F.J. Fernández Valero, M.H. Vidal Giménez y M. Rodríguez Evangelista

Centro de Salud de Calasparra, Calasparra.

Introducción: En julio de 2012 se instaura en España una tasa a los fármacos llamada copago farmacéutico que hace que el paciente tenga que aportar una parte del precio del fármaco según su renta. El objetivo es conocer el impacto de esta medida sobre el tratamiento y control de la hipertensión. Obtenemos

el tamaño muestral con la herramienta Stat-calc y seleccionamos los pacientes mediante muestreo aleatorio de una población integrada por todos los hipertensos de un centro de salud docente. Recogemos los datos de tensión arterial controlada o no, % de aportación en farmacia, cumplimentación terapéutica mediante el cuestionario de Morinsky-Green (M-G), abandono o persistencia de tratamiento antihipertensivo al año y control actual de tensión arterial. Cuantificamos el índice de persistencia de tratamiento al año, la cumplimentación terapéutica, el porcentaje de control de la población hipertensa al inicio y al final del estudio y valoramos su relevancia mediante test de significación estadística

Resultados: En julio de 2012, antes de la implantación de la nueva tasa, un 53,8% de la población hipertensa está controlada. Según el test de M-G la cumplimentación terapéutica es de un 91%. Un año más tarde, y tras la aplicación de tasa farmacéutica, la persistencia del tratamiento es de 75% y el porcentaje final de control de la población hipertensa es de un 57,6%. El porcentaje de control de la hipertensión es superior de forma estadísticamente significativa al que está documentado en la literatura en nuestro medio (33,3%). La cumplimentación terapéutica también es superior a la documentada para antihipertensivos (68%). El índice anual de abandono de tratamiento de antihipertensivos no es superior al descrito en la literatura (31-63%). No existe diferencia estadísticamente significativa entre los porcentajes de control de hipertensos al inicio y al fin del estudio.

Conclusiones: La tasa de control de hipertensión y la cumplimentación terapéutica en nuestra población es superior a la descrita en literatura para nuestro medio. La aplicación de la tasa de copago no ha producido un descenso en la persistencia terapéutica en hipertensión, así como tampoco ha empeorado el porcentaje de población hipertensa controlada. Un año más tarde de la introducción de la nueva tasa “el copago”, de momento no hay traducción en cuanto a la tasa de abandono de fármacos o el cumplimiento de objetivos terapéuticos en nuestra población hipertensa.

257. AUMENTO DEL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO ANTIHIPERTENSIVO TRAS EL COPAGO

S. Quiñones Piquero

Farmacia, Valle de Villaverde, Cantabria.

Objetivo: Analizar si las medidas del copago han influido en la adherencia al tratamiento.

Métodos: Se analiza en una farmacia rural la adherencia al tratamiento medida por métodos indirectos (test de Morisley-Green) y el control de la retirada de recetas, comparada en dos fases: a) 2012 (antes del copago) y b) 2013 (tras el copago). Realizado de forma voluntaria a una población.

Resultados: En el tratamiento hipotensor: el incumplimiento medio (test de Morisley-Green) pasa del 26, 7% al 39%, incrementándose en mayores de 60 años (72% al 90%), polimedcados (60 al 80%), personal con menos formación (29% al 38%), que viven solos (20 al 40%). Pacientes 45-65 años en paro (50% al 90%). Las patologías: HTA pasa de un incumplimiento del 26,7% al 39%, hiperlipidemia del 22% al 40%, la D. mellitus del 42,5% al 54%, la ansiedad 15% al 18%, osteoporosis 42,5% al 48%. La adherencia al tratamiento es el grado en el que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre el profesional sanitario y el paciente. Es un comportamiento multifactorial en el que intervienen factores sociales y económicos. La adherencia al tratamiento ahorraría mucho más que el copago.

Conclusiones: El copago aumenta la tasa de incumplimiento terapéutico, especialmente en patología como HTA, hiperlipidemia, d. mellitus y osteoporosis, prácticamente no afecta al tratamiento de la ansiedad.

258. ESTRATEGIAS EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE HIPERTENSO

S. Quiñones Piquero

Farmacia, Valle de Villaverde, Cantabria.

Objetivo: Analizar las estrategias e intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento hipotensor. El objetivo último es conseguir una mejoría clínica en el control de la patología crónica que se está tratando (control de la TA).

Métodos: Se analizan 10 acciones tendentes a mejorar el nivel de adherencia en una farmacia rural, realizado durante el año 2013 a un grupo de 50 pacientes crónicos: 1. Simplificar el régimen posológico 2. Dar información escrita y oral. 3. Uso de pastilleros/sistemas personalizados de dosificación. 4. Adiestrar en automonitoreización. 5. Llevar un registro de tomas. 6. Informar periódicamente sobre beneficios. 7. Llamadas telefónicas aleatorias. 8. Recordatorio. 9. Informar de efectos adversos. 10. Monitorizar TA. Cada paciente evaluaba periódicamente de 1 a 10 qué medida era más eficaz para mejorar la adherencia. Se registraban los resultados de TA cada 3 meses (4 veces al año).

Resultados: La estrategia más efectiva fue a juicio de los pacientes, simplificar el régimen terapéutico, disminuyendo la frecuencia de dosificación y pauta una vez al día. El resto hay una gran dispersión de resultados. Todos los pacientes que participaron en el estudio mejoraron en el control de la TA.

Conclusiones: El incumplimiento terapéutico constituye un problema sanitario conocido. En pacientes crónicos adquiere especial importancia debido a que puede llevar a consecuencias graves en la salud de los pacientes. No se puede recomendar una intervención específica que sirva para todos los casos. Existe una gran variabilidad. Lo más eficaz es una combinación de todas. Como medida única la simplificación terapéutica es la medida más eficaz.

259. SEGUIMIENTO FARMACÉUTICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

S. Quiñones Piquero

Farmacia, Valle de Villaverde, Cantabria.

Objetivo: Cuantificar y analizar los problemas relacionados con los medicamentos en pacientes hipertensos (en pacientes mayores de edad) que acuden a una farmacia rural. El seguimiento farmacológico en el paciente tiene dos objetivos: 1. Responsabilizarse con el paciente de que el medicamento le va a hacer el efecto deseado. 2. Estar atento para que a lo largo del tratamiento no aparezcan o aparezcan los mínimos problemas no deseados, y si aparecen, resolverlos.

Métodos: Se establece un seguimiento terapéutico a 60 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y que tomaban al menos 1 fármaco antihipertensivo, que acudieron a una farmacia rural de enero a noviembre de 2013.

Resultados: 60 pacientes (40 mujeres y 20 hombres), edad media 72 años (52-81a). Se detectaron 66 resultados clínicos negativos (1,1 por paciente); 28 PRM necesidad (PRM1: el paciente no usa los medicamentos que necesita, 20, PRM 2: el paciente usa medicamentos que no necesita, 8); 25 PRM de efectividad (PRM 3: el paciente no responde al tratamiento, 5, PRM 4: el paciente usa una dosis, pauta y/o duración inferior a la que necesita, 20) y 13 PRM de seguridad (PRM5: el paciente usa una dosis, pauta y/o duración superior a la que necesita, 2; PRM6: el paciente usa un medicamento que le produce una reacción adversa, 11). Se analizaron 66 intervenciones por parte del farmacéutico, aceptadas el 77% y un 80% se resolvió el problema de salud. El seguimiento farmacéutico aporta valor al tratamiento crónico en pacientes hipertensos, pero

se observa una resistencia a aceptar un nivel de intervención para optimizar terapia.

Conclusiones: El seguimiento farmacéutico es un método que permite identificar de forma precoz los RNM (resultados negativos asociados a medicamentos).

259 A. EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PERFIL DE PRESIÓN ARTERIAL 24 HORAS EN HIPERTENSOS TRATADOS CON ANEURISMA AÓRTICO: ESTUDIO CASO-CONTROL

M.T. González¹, P. Aranda², P.J. Aranda¹ y D. Hernández²

¹Servicio de Cirugía Cardiovascular; ²Unidad de HTA y Riesgo Vascular, UGC Nefrología, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivo: Analizar las características del perfil 24 horas de PA en hipertensos con aneurisma aórtico (AA).

Métodos: En estudio caso-control, de corte transversal, se estudiaron comparativamente 116 pacientes hipertensos tratados con AA versus 100 hipertensos tratados controles de similares características en cuanto a: edad 67 ± 14 vs $65,8 \pm 12$ años, hombres (%): 87,7 vs 85, IMC: $27,2 \pm 4$ vs $27,5 \pm 5$ y PA en consulta (mmHg): 143 ± 18 - 78 ± 14 vs 146 ± 15 - 78 ± 10 (ns), así como tiempo de evolución HTA (años): 15 ± 9 vs 16 ± 10 , y perfil de riesgo vascular (AA vs No AA): (FRV(%): DM2 (18,8 vs 85), dislipemia (58,7 vs 49), obesidad (45,6 vs 43), tabaquismo + ex-tab: 58 vs 52)) y CCVs asociadas (%): AVC: (8,7 vs 9), CI (21 vs 19), EAP (18,8 vs 15) e IRC (31,1 vs 33). Promedio de antihipertensivos: $3,6 \pm 2$ vs $3,4 \pm 1$, con predominio en uso de bloqueantes SRA (87 vs 90%). A todos los pacientes se realizó MAPA 24 h con Spacelab 90207. Análisis de resultados con SPSS 13.

Resultados: MAPA (casos vs controles): PA medias (mmHg): (24 h: 115/69 vs 119/70), diurna: 116/71 vs 120/72 (PAS $p < 0,01$); nocturna: 116/67 vs 111/60 ($p < 0,05$). Grado control PA (%): 24 h (65,2 vs 64,9; día (67,4 vs 73), noche (45 vs 77); $p < 0,05$). Variabilidad Intrínseca de PA nocturna (mmHg): PAS: $12,4$ vs $8,4$ ($p < 0,03$), PAD: $8,8$ vs $3,9$ ($p < 0,04$). Carga de PA nocturna (%): sistólica $36,6$ vs $8,4$ ($p < 0,001$); diastólica (15 vs 3,6 ($p < 0,005$)). Perfil de PA anormal (%): 78,9 vs 45 ($p < 0,004$). No dipper: 49,7 vs 39 ($p < 0,002$); riser: 29,2 vs 5 ($p < 0,008$); dipper extremo: 3,1 vs 1 ($p < 0,07$). Los pacientes con AA vs controles presentaron más riesgo (OR (95%IC) de: patrón anómalo: 4,4 (2,6-7,7) ($p < 0,03$), carga sistólica nocturna > 40%: 8,1 (5,1-10,2) ($p < 0,001$) y variabilidad intrínseca nocturna diastólica > 10 mmHg: 4,2 (3,3-5,9); $p < 0,02$.

Conclusiones: Comparativamente con controles pareados, los hipertensos con AA presentan niveles significativamente superiores de PA media nocturna (sistólica y diastólica); variabilidad intrínseca y carga tensional, así como mayor porcentaje de no dipper y riser, parámetros todos indicativos de peor riesgo vascular inherente a la PA y necesidad de un control más estrecho de la misma.

259 B. MAPA 24 HORAS EN HIPERTENSOS CON ANEURISMAS AÓRTICOS: DIFERENCIAS ENTRE ANEURISMAS Y DISECCIONES

P. Aranda¹, M.T. González² y P.J. Aranda²

¹Unidad de HTA y Riesgo Vascular, UGC Nefrología; ²Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivo: Analizar las posibles diferencias en el perfil de PA 24 horas en hipertensos tratados con aneurismas (AA) y disecciones (DA) aórticas.

Métodos: Realizamos MAPA 24 horas (Spacelab 90207) a 116 (87,7% hombres) hipertensos tratados con AA (53,7% abdominales, 31,8% torácicos y 11,35 toraco-abdominales), de los cuales 25 (21,5%) diseccionaron (disección tipo A (4-16%) y Tipo B (21 - 84%).

Posteriormente se realizó un análisis comparativo de las diferencias en el perfil de PA de 24 horas.

Resultados: No existieron diferencias significativas entre AA y DA en cuanto a: sexo (hombres: 87/89%) e IMC ($27,9 \pm 3$ vs $26,8 \pm 4$), pero sí en edad (66 ± 11 vs 70 ± 8 (*)) y PA (mmHg) en consulta ($128 \pm 14/75 \pm 11$ vs $147 \pm 16/82 \pm 13$ ($p < 0,001$)). Prevalencias (%) de: obesidad (43 vs 46), dislipemia (60 vs 56,5%) y DM2 (19,2 vs 18,5%) fueron similares, pero no tabaquismo (+ ex-tab 1,5 años) (47,5 vs 69,5% $p < 0,001$). Además, los pacientes con DA tenían más EAP (25 vs 16,5%; $p < 0,059$) e IRC (45 vs 26,5%; $p < 0,05$). Diferencias en MAPA 24 h (AA vs DA): PA (mmHg) medias: 24 h (115/67 vs 112/66 (ns), día: (116/74 vs 115/69 (ns)) y noche (114/67 vs 111/64 (ns)). Grado control PAAA vs AD (%): 24 h (69,9 vs 51,4), día (71,8 vs 54,8) y noche (57,4 vs 22,2) ($p < 0,001$). Patrón (%) no dipper (57,4 vs 22,2; $p < 0,03$) y riser (25,9 vs 44,4; $p < 0,009$). Incremento matutino de PA > 25% de PA media nocturna (%) (4,6 vs 22,8; $p < 0,003$). No diferencias en variabilidad intrínseca.

Conclusiones: Los pacientes con DA eran mayores, más fumadores y con más arteriopatía periférica e IRC. Además, aunque no presentaron diferencias significativas en PA medias, sin embargo tenían peor control de PA, más patrón riser y mayor incremento matutino de la PA.

259 C. NEFROANGIOSCLEROSIS COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL EN LA DIABETES TIPO 2: IMPACTO DE UN TRATAMIENTO MULTIFACTORIAL

P. Aranda, L. Blanca, C. Jironda, M. Frutos y D. Hernández

Unidad de HTA y Riesgo Vascular, UGC Nefrología, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivo: Revisar, a largo plazo, el impacto clínico-terapéutico de la nefroangiosclerosis (NAE) como causa de IRC (FGe < 60 ml/min/1,73 m²) en la diabetes tipo 2 (DM2).

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo, de corte transversal, de 960 pacientes con DM2 seguidos en consulta por IRC durante un promedio de 72 ± 15 meses (rango: 12-118 meses). Según etiología IRC: 794 (82,7%) eran NAE (edad 66 ± 12 años, 62% hombres. Rango inicial de creatinina (Cr): 1,6-3,1 mg/dl) versus 142 (14,5%) nefropatía diabética establecida, y 24 (2,8%) otras etiologías. Se analizaron características antropométricas y clínicas (IMC, perímetro cintura, PA, FRV y complicaciones CV asociadas), así como evolución de función renal (Cr, FGe y excreción urinaria albúmina (EUA)) y tratamiento.

Resultados: Prevalencia FRV y CCVs (%): asociadas (hombres/mujeres): HTA (98,5-100), obesidad (56- 58), obes. central (76-69(*)), dislipemia (88-79(*)), síndrome metabólico (66-62(*)), tabaquismo (24-8(*)), card. isquémica (46-29(**)), AvC (5,5-4,2), insuf. cardíaca (10-7,3), arteriopatía periférica (34-15(**)). Valores iniciales vs finales en seguimiento: PA (mmHg): $158 \pm 16/94 \pm 10$ vs $136 \pm 11/81 \pm 7$ (**), creatinina (mg/dl): $2,13 \pm 0,7$ vs $1,76 \pm 1,1$ (*); FGe MDRD (ml/min) 42 ± 13 vs 45 ± 18 . Doblan Crs (n-77/9,7%). EUA (mg/24 h): 690 ± 190 vs 118 ± 82 (**), LDLc (mg/dl): 146 ± 39 vs 102 ± 23 (**). Control inicial vs final (%) de: HTA (PA < 149/90): 36 vs 82 (***) y LDLc < 100 mg/dl: 24 vs 76(**) (*) $p < 0,05$, (**) $p < 0,001$). Uso estatinas: 92%, antiagregantes (81%). Promedio antihipertensivos (inicio-final): 2 ± 1 vs $4 \pm 1,6$ (**). Tipos antihipertensivos (%): BSRA (97), CA (74), diuréticos (88), alfabloq (64), alfa-betabloq. (62).

Conclusiones: La NAE es la primera causa de IRC en DM2, siendo más frecuente en hombres, los cuales presentan peor perfil de riesgo cardiovascular. Un tratamiento multifactorial consiguiendo un buen control lipídico y de PA (basado en uso de BSRA) permite, a largo plazo, estabilizar la función renal en la mayoría, retrasando la progresión hacia la IRC terminal.