

Tratamiento farmacológico

283. USO DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINÓGENO II EN UNA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, J. Iturralde Iriso¹, J. Cora Bardeci², C. Noriega Bosch³, M. Lasso de la Vega Martínez¹, M.T. Amiano Arregui⁴, B. Barrios Núñez⁴, M.J. Mendaza de la Hoz⁵, G. Mediavilla Tris⁶ y A.A. Rodríguez Fernández⁷

¹CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ²CS Zaramaga, Vitoria-Gasteiz.

³CS La Habana, Vitoria-Gasteiz. ⁴CS San Martín, Vitoria-Gasteiz.

⁵CS Gazalbide, Vitoria-Gasteiz. ⁶CS Aranbizkarra 1, Vitoria-Gasteiz. ⁷CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Determinar el uso de antagonistas de los receptores de angiotensinógeno II (ARAI) en una población con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Estudio transversal y multicéntrico.

Métodos: Población con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (CIE-10 código I50) en cinco centros de salud. Atienden a una población de 130,180 habitantes. Los datos se recogen del programa OSABIDE, durante el período de enero a mayo de 2010.

Resultados: La población era de 635 personas con ese diagnóstico. El 56,38% son mujeres. La edad media fue de 79,9 años \pm 10 (rango de edad 103-46). El 21,9% utiliza ARAI en su tratamiento habitual. Si consideramos la utilización de ARA II y/o Inhibidor del enzima convertidor de angiotensinógeno (IECA) los utilizan el 61,26%. El ARA II más prescrito es candesartán con un 29,5% y la dosis más utilizada 16 mg, después y por este orden valsartán 26,6% y dosis más utilizada 160 mg, irbesartán 15,8% y más utilizado 300 mg, losartán 11,5% y más utilizada 50 mg, olmesartán 8,6% y más utilizado 20 mg, telmisartán 5% y más utilizado 80 mg y eprosartán 2,9% con la dosis más utilizada 600 mg.

Conclusiones: A pesar de ser fármacos que han demostrado el aumento de supervivencia en pacientes con insuficiencia cardíaca, vemos que la utilización de ARA II e IECA en estos pacientes es baja, por lo que debiéramos insistir en dicha utilización.

284. ALOPURINOL Y TABACO

N. Esparza Martín, C. García Cantón, S. Suria González, P. Braillard Pocard, R. Guerra Rodríguez, A. Ramírez Puga, P. Rossique Delmas, C. López, F. Batista García y M.D. Checa Andrés

¹Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, GEENDIAB Red de Investigación Renal (ISCIII), Las Palmas.

Objetivos: En un estudio previo con 112 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) estadio 3, observamos que los 30 pacientes que tomaban alopurinol no fumaban (0% fumadores con alopurinol vs 20,73% fumadores entre los que no tomaban alopurinol; $p = 0,029$). Como el número de pacientes era muy escaso se decidió

ampliar el número de pacientes estudiados para confirmar los resultados y aumentar su potencia estadística.

Métodos: Se interrogó consecutivamente a 483 pacientes con diabetes mellitus y enfermedad renal que acudieron a consultas externas de nefropatía diabética durante aproximadamente unos tres meses consecutivos. Sólo se recogieron los datos de si tomaban alopurinol, si eran fumadores activos y si eran exfumadores. Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

Resultados: En los 483 pacientes estudiados, 143 tomaban alopurinol y 340 no lo tomaban. En los pacientes que tomaban alopurinol había un menor porcentaje de fumadores activos (8,3% vs 15,59%, $p = 0,034$) y un mayor porcentaje de exfumadores (33,56% vs 13, 82%, $p = 0,000$).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos con patología nefrológica seguidos en consultas externas de nefropatía diabética que toman alopurinol son menos fumadores activos y es más probable que sean exfumadores. La observación de esta asociación habría que estudiarla con más profundidad para valorar si existe una relación de causalidad. De confirmarse la causalidad, dado que en el cerebro no existe xantinaoxidasa, el efecto observado podría estar relacionado con su efecto sobre otros enzimas o bien sobre receptores cerebrales.

285. PACIENTES MUY MAYORES Y FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO O LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: ¿MUCHAS PRESCRIPCIONES CON POCAS EVIDENCIAS?

P. Beato Fernández¹, T. Rama Martínez², R. Milà Gatell¹, A. Azcona Escolano¹, A. Valls Martínez¹, J. Pérez Lianes¹, M. Vilchez Valdés¹, C. Ginestà Nus¹ y J. Ancochea Millet¹

¹Consultori Barri Cotet EAP Premià, Premià de Dalt.

²CAP El Masnou. Barcelona.

Objetivos: Conocer la magnitud y el tipo de prescripciones de fármacos indicados para patologías cardiovasculares o para reducir el riesgo cardiovascular en los pacientes más mayores de tres consultas de un centro de atención primaria

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: las 3 consultas de un centro de atención primaria semiurbano. Sujetos: pacientes de más de 80 años asignados a las 3 consultas. Variables: sexo, número de fármacos totales prescritos, número y tipo de fármacos cardiovasculares (FCV): Inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI), diuréticos, antagonistas del calcio (CA), beta-bloqueantes y alfa-bloqueantes, antiagregantes, acenocumarol, hipolipemiantes, antidiabéticos orales (ADO), insulina, antiarrítmicos, antianginosos digoxina, potasio. Información recogida de las historias clínicas informatizadas. Cálculo de porcentajes y medias.

Resultados: 220 pacientes, 146 mujeres (66,36%), 74 hombres (33,64%). Número total de fármacos 1.550 (7,04 por paciente). Número de FCV 749 (3,4 por paciente y 48,32% de la prescripción total). Pacientes con prescripción de FCV 205 (93,19%). Porcentaje de pacientes con determinados FCV: IECA: 43,18%, ARAI: 23,18%, diuréticos: 57,27%, CA: 26,36%, beta-bloqueantes: 18,63%, antiagregantes: 45,45%, acenocumarol: 14,09%, hipolipemiantes: 50%, ADO: 19,54%, insulina: 4,09%, antiarrítmicos: 3,18%, antianginosos: 5,9%, digoxina: 5%, potasio: 3,63%.

Conclusiones: A pesar de las pocas evidencias, el número de prescripciones de FCV en pacientes ancianos es muy elevado. Dos de cada 3 recibe un bloqueante del sistema renina-angiotensina-aldosterona y aproximadamente la mitad, diuréticos, hipolipemiantes y antiagregantes. Necesitamos obtener más conocimientos sobre los efectos y las interacciones de los FCV en pacientes ancianos.

286. PACIENTES MUY MAYORES Y FÁRMACOS PARA TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: DIFERENCIAS DE PRESCRIPCIÓN ENTRE PROFESIONALES

P. Beato Fernández¹, R.M. Milà Gatell¹, T. Rama Martínez², A. Valls Martínez¹, A. Azcona Escolano¹, J. Pérez Lianes¹, M. Vilchez Valdés¹, J. Ancochea Millet¹ y C. Ginestà Nus¹

¹Consultori Barri Cotet EAP Premià, Premià de Dalt.

²CAP El Masnou, Barcelona.

Objetivos: Saber si existen diferencias entre médicos de atención primaria en el número de prescripciones de fármacos cardiovasculares en pacientes muy mayores.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: las 3 consultas de un centro de Atención Primaria semiurbano. Sujetos: los pacientes de 80 o más años asignados a las 3 consultas. Variables: las 15 clases de fármacos más prescritos para tratar el riesgo o las patologías cardiovasculares: IECAs, ARA II, diuréticos, beta-bloqueantes, calcioantagonistas, estatinas, antiagregantes, anticoagulantes, biguanidas, sulfonilureas, insulina, digoxina, amiodarona, nitratos y potasio. Fuente de datos: registros de las historias clínicas informatizadas. Cálculos: prevalencia de cada diagnóstico en cada consulta.

Resultados: 220 pacientes: Consulta A: 76; B: 77; C: 67. Porcentaje de pacientes con prescripción de cada clase de fármacos por consulta: Diuréticos: A: 47,36%; B: 54,54%; C: 71,64%. IECAs: 52,63%; 28,87%; 47,76%. ARAII: 17,1%; 35,06%; 16,41%. IECA o ARAII: 69,73%; 64,93%; 64,17%. Calcioantagonistas: 35,52%; 23,37%; 14,92%. Betabloqueantes: 11,84%; 18,18%; 26,86%. Estatinas: 39,47%; 53,24%; 58,2%. Antiagregantes: 31,57%; 44,15%; 62,68%. Anticoagulantes: 14,47%; 14,28%; 13,43%. Biguanidas: 21,05%; 14,28%; 14,92%. Sulfonilureas: 2,63%; 10,38%; 7,46%. Digoxina: 1,31%; 7,79%; 4,47%. Amiodarona: 1,31%; 1,29%; 1,49%. Nitratos: 3,94%; 7,79%; 8,95%. Potasio: 0%; 7,79%; 1,49%.

Conclusiones: Se dan diferencias significativas en el porcentaje de prescripciones de todas las clases de antihipertensivos excepto en IECA y ARAII si lo consideramos como una única clase. También se dan diferencias significativas y/o relevantes en el porcentaje de prescripciones de estatinas, antiagregantes, sulfonilureas, digoxina y potasio. Las escasas evidencias existentes sobre los objetivos del tratamiento y sobre el tratamiento farmacológico en pacientes ancianos favorecen esas tendencias tan distanciadas.

287. DIFERENCIAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

M.M. Chimeno Viñas¹, M. García Castaño¹, M. Lorenzo Pando², M.C. Hernández Palacios³, M.J. Ruiz Olgado¹, E. Martínez Velado¹, P. Muriel Díaz¹, P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹ y J.F. Soto Delgado¹

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ²Servicio de Inspección de Farmacia de la Gerencia de Área, Zamora. ³Gerencia de Atención Primaria, Zamora.

Objetivos: Los fármacos inhibidores de la 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A reductasa, más comúnmente conocidos como estatinas, son capaces de reducir los niveles de colesterol y disminuyen eficazmente el riesgo vascular en los pacientes hiperlipidémicos. En los últimos años, el uso de estatinas se ha incrementado progresivamente. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la prescripción de estatinas en Atención Primaria y en Atención Especializada en nuestra Área de Salud en los años 2010 y 2011 y constatar si existían diferencias entre ambas.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo. Los datos de prescripción de estatinas de Atención Primaria y de Atención Especializada de los años 2010 y 2011 fueron solicitados al Servicio de Inspección Farmacéutica del Área de Salud de Zamora.

Resultados: Durante el año 2010 la prescripción de estatinas en Atención Primaria fue: simvastatina (36,5%) atorvastatina (34,2%), pravastatina (12,4%), fluvastatina (9,6%), rosuvastatina (5,7%) y lovastatina (2,2%). Ese mismo año, prescripción en atención especializada fue: atorvastatina (44,5%), rosuvastatina (20,4%), simvastatina (18,8%), fluvastatina (10,6%), pravastatina (5,4%) y lovastatina (0,3%). En el año 2011, la prescripción de estatinas en Atención Primaria fue: simvastatina (35,5%), atorvastatina (35,3%), pravastatina (10,7%), rosuvastatina (9%), fluvastatina (7,7%) y lovastatina (1,8%). Asimismo, en Atención Especializada fue: atorvastatina (44,4%), rosuvastatina (27,5%), simvastatina (17,9%), fluvastatina (5,9%), pravastatina (4,3%) y lovastatina (0,04%).

Conclusiones: 1. Hay evidentes diferencias en la prescripción de estatinas entre Atención Primaria y Atención Especializada en nuestra Área de Salud. 2. En Atención Especializada, el orden de prescripción ha sido el mismo en los dos años analizados. 3. Atorvastatina es la más prescrita en Atención Especializada. 4. Atorvastatina y simvastatina tienen similares porcentajes de prescripción. 5. La prescripción de lovastatina en Atención Especializada es anecdótica. 6. Se ha producido un incremento en la prescripción de rosuvastatina tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. 7. Dado que las estatinas no son fármacos baratos, probablemente su prescripción está influenciada por el precio.

288. TENDENCIAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN EL ÁREA DE SALUD DE ZAMORA

M.M. Chimeno Viñas¹, M. García Castaño¹, E. Martínez Velado¹, P. Sánchez Junquera¹, A.F. de la Vega Lanciego¹, J.F. Soto Delgado¹, M. Mateos Andrés¹, L. Mustapha Abadie¹, M.P. Muriel Díaz² y M.C. Hernández Palacios³

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ²CS San Bernardo, Salamanca. ³Gerencia de Atención Primaria, Zamora.

Objetivos: Las estatinas son fármacos ampliamente utilizados para reducir el riesgo de eventos vasculares y han demostrado su eficacia en numerosos estudios. Nos propusimos conocer las tendencias en la prescripción de las mismas en los últimos cinco en el Área de Salud de Zamora.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Los datos de prescripción de estatinas de los años 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011 fueron solicitados a la Inspección de Farmacia del Área de Salud de Zamora. Analizamos las siguientes estatinas: simvastatina, lovastatina, pravastatina, fluvastatina, rosuvastatina y pitavastatina.

Resultados: En el año 2007 se prescribieron 160.627 envases: 35,5% simvastatina, 31% atorvastatina, 17,3% pravastatina, 12% fluvastatina y 4,2% lovastatina. En el año 2008, los envases prescritos fueron 184.152: 36% simvastatina, 32,5% atorvastatina, 16% pravastatina, 12% fluvastatina, 3,5% lovastatina. En el año 2009 hubo 205.968 prescripciones de estatinas: 36,5% simvastatina, 34% atorvastatina, 14,3% pravastatina, 11,7% fluvastatina, 2,9% lovastatina y 0,6% rosuvastatina. En el año 2010 se prescribieron 234.199: 37% simvastatina, 33,5% atorvastatina, 12% pravastatina, 9,5% fluvastatina, 5,8% rosuvastatina y 2,2% lovastatina. De los 251.652 envases prescritos durante el año 2011 35,2% fueron de atorvastatina, 35,1% de simvastatina, 10,55% de pravastatina, 9,1% de rosuvastatina, 7,6% de fluvastatina, 1,8% de lovastatina y 0,6% de pitavastatina. Es preciso señalar que la rosuvastatina y la pitavastatina son estatinas recientemente comercializadas (rosuvastatina se comercializó en nuestro país en agosto de 2009 y pitavastatina en mayo de 2011). Asimismo, queremos señalar que existe un sesgo de selección ya que solo hemos analizado la prescripción de estatinas en la sanidad pública de nuestra provincia.

Conclusiones: 1. Se ha objetivado un incremento progresivo en la prescripción de estatinas en los últimos cinco años. 2. Las tendencias de prescripción han cambiado en los últimos años, proba-

blemente debido a la influencia de las estatinas recientemente comercializadas. 3. Durante los años 2007, 2008, 2009 y 2010, simvastatina ocupó el primer orden de prescripción. 4. En el año 2011, atorvastatina es la estatina más prescrita en nuestra Área de Salud. 5. Rosuvastatina es la cuarta más prescrita tras sólo tres años de su comercialización.

289. ESTUDIO DE LA CONTRACCIÓN VENTRICULAR CARDÍACA MEDIANTE EL TIEMPO DE CONTRACCIÓN ISOVOLUMÉTRICA EN LA HIPERTENSIÓN

R. López-Vidriero Tejedor, F.J. Rodríguez Rodríguez y E. López-Vidriero Abello

HGU Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: El índice de tiempo sistólico (STI) es un buen parámetro de medida de la función ventricular izquierda. Su medición se puede hacer de manera no invasiva mediante cardiografía por impedancia.

Métodos: Estudiamos las variaciones que existen en el STIc (corregido en función del sexo y el pulso) en individuos no hipertensos (HTA-), hipertensos esenciales (HTA E), con y sin tratamiento hipotensor durante 3-6 meses (IECAS, ARA II, alfa bloqueantes y calciantagonistas) y en pacientes con hiperaldosteronismo 1º (A1º) sin y con tratamiento con espironolactona.

Resultados: Demostramos que en HTA E en tratamiento vs HTA-, con datos demográficos generales sin diferencias significativas, existen diferencias en los parámetros hemodinámicos: presión sistólica (PAS), presión diastólica (PAD), pulso (P), resistencias periféricas totales (RPT), índice cardíaco (IC), existiendo diferencias significativas en STIc; los ARA II son los únicos que consiguen normalizar las cifras del STIc en estos pacientes (AAl: STIc = 0,227 ± 0,007 vs HTA- = 0,2274 ± 0,0075, p no significativa). Estudiamos el A1º como ejemplo de hipertensión de etiología conocida con tratamiento etiológico específico y evaluamos los parámetros hemodinámicos; sin tratamiento hipotensor, presentan similares alteraciones hemodinámicas que los HTA E; tratados con espironolactona alcanzan cifras similares a los HTA- en todos ellos, salvo el STIc, que es menor (STIc = 0,207 ± 0,009, vs HTA- = 0,231 ± 0,015, p < 0,05).

Conclusiones: El STI se normalizará en aquellos pacientes tratados etiológicamente, como en el A1º. En la HTA E el tratamiento no es etiológico y la normalización de la PA no garantizará una buena evolución hemodinámica y ésta, por tanto, sólo se podrá valorar si se realiza dicho estudio.

290. TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN GRANDES ANCIANOS

C. Lucas Álvarez¹, P. Vicente Prieto², M.A. Iglesias Salgado², C.M. Becerro Muñoz² y J. Palomo del Arco³

¹Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca. ²CS Miguel Armijo, Salamanca. ³CS Guijuelo, Salamanca.

Objetivos: Revisar el plan terapéutico que siguen los pacientes hipertensos mayores de 80 años de una consulta de Atención Primaria. Establecer el grado de control de su enfermedad en base al tratamiento empleado y a factores epidemiológicos de los pacientes.

Métodos: De un total de 1.601 pacientes de un cupo de Atención Primaria, el 6,49% de los son hipertensos mayores de 80 años. De ellos, el 68,3% son hombres. La edad media de la población estudiada fue de 84,52 ± 4,17 años. Se ha tomado en cuenta el grado de control de su HTA, el tiempo de evolución de la enfermedad y el tratamiento farmacológico empleado.

Resultados: El 79,8% de los pacientes necesitan de 2 o más fármacos para el control de su presión arterial, siendo lo más frecuente el tratamiento con 2 fármacos (45,2%). El fármaco más frecuentemente empleado son los diuréticos solos o en combinación (81,7%), seguidos de los ARA-II solos o en combinación (59,6%). El fármaco que menos se emplea son los alfabloqueantes (2,9%). Los años de evolución de la hipertensión de nuestra población a estudio fue de 9,16 ± 4,29. Con el tratamiento pautado, el 80,8% de los pacientes consiguen un buen control de las cifras de presión arterial.

Conclusiones: La HTA es una patología de importante prevalencia en el paciente anciano. El tratamiento de primera línea son los diuréticos. En el primer escalón de tratamiento se encuentran también IECA y ARA-II, pues diversos estudios demuestran que disminuyen la mortalidad cardiovascular en pacientes de edad avanzada. La mayor parte de los pacientes necesitan más de un principio activo para el control de su TA, debiendo emplearse combinaciones de los fármacos de primera línea.

291. USO DE ESTATINAS, ANTIAGREGANTES Y ANTIHIPERTENSIVOS EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO

R. Genique Martínez¹, E. Bachrani Reverté², A. Vicente Molinero³, I. Andrés Bergareche³, A. Marín Ibáñez⁴, R. Chico Macías¹, L. Masià Carles¹, I. Vázquez Caballero¹, P. Rull Murillo⁵ y L. Rams Aguiló⁶

¹CAP Sant Carles de La Rápita, Tarragona. ²ABS Torredembarra, Tarragona. ³Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ⁴CS San José Norte, Zaragoza. ⁵Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona. ⁶Hospital Verge de la Cinta, Tortosa.

Objetivos: Las guías de práctica clínica, establecen que el tratamiento de los pacientes hipertensos debe realizarse mediante abordaje multifactorial de los diferentes factores de riesgo en su conjunto. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de uso de los distintos antihipertensivos, antiagregantes y estatinas, en pacientes hipertensos con y sin síndrome metabólico (SM). Los parámetros más extendidos para identificar el síndrome metabólico (SM) son los propuestos, de manera simplificada, por el Adult Treatment Panel III (ATP-III) del National Cholesterol Education Program (NCEP) de 2001, actualizados posteriormente por la American Heart Association (2005).

Métodos: Estudio de casos (pacientes hipertensos con SM) y controles (pacientes hipertensos sin SM). De un cupo de 1792 pacientes de atención primaria se revisan 510 hipertensos diagnosticados. 78 fallecieron o abandonaron el cupo. Así, los hipertensos se reducen a 432 de los que 151 (nuestra muestra) presentaron resultados analíticos desde 1/07/2007 a 31/12/2007. Variables utilizadas: sexo, edad, datos antropométricos (peso, talla, perímetro abdominal), antigüedad de la HTA) y de factores de riesgo cardiovascular como lo son la última tensión arterial en ese período de tiempo, hipercolesterolemia (con cifras de colesterol total, colesterol-LDL y colesterol-HDL) e hipertrigliceridemia. Tratamientos antihipertensivos: diuréticos, inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA2), beta-bloqueantes (BB), alfa-bloqueantes (AB) y antagonistas del calcio (ACA). Tratamiento con estatinas y antiagregantes. Se consideró la presencia de SM, según la guía NCEP-ATP III actualizada (2005), el conjunto de tres de estos cinco factores de riesgo cardiovascular: glucemia plasmática en ayunas ≥ 100 mg/dl o con tratamiento farmacológico, PA ≥ 130/85 mmHg o con tratamiento farmacológico, trigliceridemia ≥ 150 mg/dl o con tratamiento farmacológico, colesterol HDL < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres, obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en varones o > 88 cm en mujeres).

Resultados: De los 151 pacientes: 60 (39,7%) cumplían criterios suficientes para SM. 77 (51,0%) no presentaron SM y en 14 (9,3%) (perdidos) no se pudo determinar. La prevalencia de SM en la población hipertensa (según edad, sexo, peso y talla) de la muestra fue del 43,8%. Respecto a la toma de antihipertensivos todos los pacientes tomaban alguno: de forma global 80,80% ARA 2 o IECA, 62,25% diuréticos, 18,54% ACA, 11,92% BB y un 6,62% AB. En hipertensos con SM: el 90% tomaban ARA II o IECA, 75% diuréticos, 16,67% BB, 15% ACA y un 8,33% AB. En hipertensos sin SM: 88,31% ARA II o IECA, 63,63% diuréticos, 24,67% ACA, 10,39% BB y un 6,49% AB. Estatinas: un 47% de hipertensos toman estatinas. En hipertensos con SM el 56,67% toman estatinas y en hipertensos sin SM lo hacen el 48%. Antiagregantes: un 20,53% de hipertensos toman antiagregantes. En hipertensos con SM el 26,67% y en hipertensos sin SM el 19,48%.

Conclusiones: La prevalencia del SM es muy alta en la población hipertensa, próxima al 50%. Los fármacos antihipertensivos más utilizados son ARA II o IECAs seguidos de diuréticos en todos los grupos. Prácticamente la mitad de pacientes hipertensos toman estatinas, siendo mayor su consumo en el grupo de hipertensos con SM. La prevalencia de antiagregación es algo superior a un 25% en pacientes hipertensos con SM.

292. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE ESTATINAS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

J.C. Mampel Díaz y M. Lasterra Sánchez

¹CS San Benito, Jerez de la Frontera.

Objetivos: Evaluar el porcentaje de pacientes de nuestro Centro de Salud que estando en tratamiento con estatinas, se considera la Prescripción como Inadecuada según las indicaciones del Proceso Asistencial Integrado-Riesgo Vascular (PAI-RV) del Servicio Andaluz de Salud y describir los factores relacionados con dicha Prescripción Inadecuada (PI). En el PAI-RV, se considera adecuado el tratamiento con estatinas en todos los pacientes en prevención secundaria (PS) y en aquellos que estando en prevención primaria (PP) presentan un riesgo vascular (RV) global a los 10 años \geq 5% (calculado mediante la tabla Score).

Métodos: Se ha realizado un estudio transversal en nuestro Centro de Salud, con los pacientes que recibieron tratamiento con estatinas en el periodo noviembre 2010-abril 2011 (3.022 pacientes), mediante la revisión de las historias clínicas informatizadas. Se realizó un muestreo aleatorio simple, con tamaño calculado para un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y proporción $p = 0,5$, obteniéndose una muestra de 342 pacientes. Se utilizó el test de la t de Student para la comparación de variables cuantitativas y la prueba Z para la comparación de variables cualitativas. Para estudiar los factores asociados a la PI se realizó un estudio multivariante mediante análisis de regresión logística, utilizando como variable dependiente la PI del tratamiento. Se estableció un límite de significación estadística de $p < 0,05$. Se analizaron las variables edad, sexo, colesterol total (CT), Presión arterial sistólica (PAS) y tabaquismo (estos factores se utilizan para el cálculo del RV según la tabla Score), así como las variables diabetes (DM) e hipertensión (HTA). Se clasificó a los pacientes según su estado de Prevención (PP o PS) y según la Adecuación en la prescripción de estatinas (Adecuada o Inadecuada). En 174 pacientes, no hubo necesidad de calcular el RV mediante la tabla SCORE, siendo asignados directamente a riesgo alto (\geq 5%) por presentar características clínicas constituyentes de motivos de exclusión al uso de la tabla Score. De los 168 pacientes restantes, se excluyeron del estudio 55 por faltar algún dato imprescindible para calcular el RV mediante la tabla Score. En 113 pacientes se calculó el RV mediante la tabla Score. Estos, junto con los 174 pacientes en los que se determinó el RV de forma directa, forman la muestra definitiva de nuestro estudio (287 pacientes).

Resultados: En la muestra definitiva (287 pacientes) se obtuvo una edad media de 68,9 años. La proporción de varones fue del 44,25%. En PS 33,45%. Prevalencia de DM, fumadores e HTA del 42,86%, 22,31% y 78,71% respectivamente. Obtuvimos una adecuación en la prescripción del 89,55%, alcanzando el 100% en los pacientes en PS y en los pacientes con DM. En PP, la adecuación fue del 84,29%. La PI de estatinas fue del 10,45% (15,71% considerando solo los pacientes en PP). En los pacientes con PI (30 pacientes), las cifras de CT son significativamente más elevadas que en los pacientes con prescripción adecuada ($p = 0,04$). No hubo casos de PI en pacientes en PS ni con DM. Mediante regresión logística (valor p del Modelo $< 0,0004$), la PI se asoció directamente al sexo femenino (OR = 33,57, $p = 0,0009$) y CT (OR = 1, $p = 0,46$) e inversamente con la edad (OR = 0,94, $p = 0,031$), Tabaquismo (OR = 0,37, $p = 0,13$) e HTA (OR = 0,34, $p = 0,02$).

Conclusiones: La PI de estatinas fue del 10,45% (15,71% considerando solo los pacientes en PP). Los pacientes con una PI son más jóvenes, fundamentalmente mujeres, están en PP y muestran una menor prevalencia de diabetes, hipertensión y tabaquismo. En los pacientes con PI las cifras de CT fueron significativamente más elevadas que en los pacientes con prescripción adecuada. Quizás el motivo por el que se prescriben inadecuadamente las estatinas (pacientes con cifras altas de CT y sin otros factores de RV) sea el seguir realizando los clínicos un enfoque unifactorial (basado en las cifras de CT) y no global del RV del paciente.

293. EVALUACIÓN DE FACTORES CLÍNICO-TERAPÉUTICOS DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

R.M. Hernández Sánchez, M. Hurtado Lara, G.E. Céspedes Peña, A.J. Noguera Zumbühl, E. Selva Marroquí, M.C. Acá Marín, B. Espinosa Fernández, J. Galiana Puerto, A. Quirce Vázquez y F. Quirce Andrés

Florida, Alicante.

Objetivos: Un importante problema sanitario en todo el mundo es la enfermedad tromboembólica que aumenta la mortalidad y morbilidad de los pacientes, con mayor uso de consultas de urgencias y de centros de salud, e incrementan los ingresos hospitalarios. El uso de anticoagulantes orales, en prevención primaria y secundaria de eventos tromboembólicos ha permitido un mejor control de esta patología con reducción de la comorbilidad y del gasto sanitario. Entre las funciones del médico de familia cabe destacar el control de pacientes pluripatológicos y polimedicados, que además utilizan anticoagulantes orales y que presentan patologías agudas que requieren nuevos tratamientos, por lo tanto es el médico responsable de controlar las posibles interacciones farmacológicas. El propósito del estudio es evaluar la comorbilidad y valorar los tratamientos que utilizan los pacientes con TAO.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo que incluye pacientes de 18 años o más, de ambos sexos, que hayan recibido TAO durante más de seis meses. Las variables se extraen de la historia clínica electrónica tras la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica. Se obtiene un listado de 717 pacientes en TAO utilizando el programa HyTex®. Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50%, será necesario incluir 251 pacientes en el estudio. El tamaño final obtenido es de 275 pacientes si asumimos un 10% de pérdidas. Se analizan las variables relacionadas con los tratamientos agudos y crónicos, los diagnósticos crónicos y su posible relación con la TAO. Las variables cuantitativas se describirán como media y desviación estándar y las cualitativas como frecuencias, inclu-

yendo en ambos casos los intervalos de confianza al 95%. Todas las pruebas estadísticas serán de dos colas y se considerarán significativos los valores de $p < 0,05$. Se usará el software SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: Los 274 pacientes analizados, realizan 4.568 controles de INR, lo que supone de media $16,67 \pm 8,36$ visitas/año por paciente. El 44,68% de nuestros pacientes cumplirían el criterio de estabilidad temporal de INR. El 63,5% de los pacientes recibió tratamiento agudo durante el año del estudio, siendo el 16,79% con antiinflamatorios, el 10,22% analgésicos, el 14,23% tratamiento antiagregante agudo, el 38,3% antibioterapia, 10,22% IBP y 15,69% tratamientos agudos sobre el SNC. Un 78,75% de los pacientes recibía tratamiento crónico, 38,69% con hipolipemiantes, 1,82% con antiinflamatorios, 5,11% con analgésicos, 6,93% con antiagregantes, 38,32% con IBP y 26,64% fármacos sobre el SNC. En cuanto a la comorbilidad, se registró un 22,26% de pacientes anticoagulados que presentaban cuatro o más diagnósticos crónicos. Las patologías más prevalentes son la HTA con un 15,04% y con un 8,99% la artrosis y dislipemia. El 7,69% de pacientes tiene insuficiencia cardíaca, DM el 6,83%, insuficiencia venosa el 3,98% y 3,46% ansiedad. Además, el 3,28% son pacientes oncológicos.

Conclusiones: Nuestros pacientes tienen características similares a los de otros grupos publicados en cuanto a comorbilidad. Se observa una restricción de tratamientos agudos cumpliendo criterios de compatibilidad en TAO. El tratamiento crónico se corresponde con la comorbilidad detectada.

294. ¿A QUÉ PACIENTES HIPERTENSOS TRATAMOS CON BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN COMBINACIÓN? ESTUDIO PRESCAP 2010

M.A. Prieto Díaz¹, F.J. Alonso Moreno², J.A. División Garrote³, J.L. Llisterri Caro⁴, G.C. Rodríguez Roca⁵, L.M. Artigao Ródenas⁶, C. Santos Altozano⁷, S. Velilla Zancada⁸, J.J. Mediavilla Bravo⁹ y J.A. Santos Rodríguez¹⁰

¹CS Vallobin-La Florida, Oviedo. ²CS Sillera, Toledo. ³Consultorio Fuentealbilla, CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ⁵CS Puebla de Montalbán, Toledo. ⁶CS Albacete III, Albacete. ⁷CS Azuqueca de Henares, Guadalajara. ⁸CS Centro, Santander. ⁹CS Burgos Rural, Burgos. ¹⁰CS Rianxo, A Coruña.

Objetivos: Conocer las características clínicas de los hipertensos atendidos en atención primaria (AP) tratados con bloqueo del sistema renina angiotensina (BSRA) y las diferencias entre los pacientes tratados con BSRA y diuréticos y los tratados con BSRA y calcioantagonistas.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico, que incluyó hipertensos ≥ 18 años asistidos en AP de todo el territorio español. Se estudiaron los pacientes hipertensos con BSRA en combinación fija o libre, en dos grupos: BSRA con diurético o BSRA con calcioantagonista y se analizaron las diferencias entre estos dos grupos respecto a factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano diana (LOD), patología cardiovascular (PCVS) y control de la presión arterial (PA).

Resultados: Se incluyeron 12.961 pacientes hipertensos de los cuales 6.531 estaban tratados con BSRA en combinación: BSRA y diurético 5173 (79,2%), BSRA y calcioantagonista 1358 (20,8%). Los pacientes que recibían BSRA son 52,7% mujeres, con edad $67,4 \pm 10$ años, índice de masa corporal $29,78 \pm 4,7$ Kg/m². La PA sistólica/PA diastólica fue $136,2 (\pm 14,5)/79,15 (\pm 9,55)$ mmHg. Hemos encontrado una mayor utilización del BSRA con diurético en mujeres: 81,4% vs 76,9% ($p = 0,000$) y de BSRA con calcioantagonista en hombres: 23,1% vs 18,6% ($p = 0,000$). Hay una mayor utilización de BSRA

con calcioantagonista vs BSRA con diurético en diabetes: 40,2 vs 33,9% ($p = 0,000$), dislipemia: 64,3% vs 60,4% ($p = 0,010$), hipertrofia de ventrículo izquierdo: 11,9% vs 9,2% ($p = 0,003$), microalbuminuria: 24,9% vs 19,1% ($p = 0,007$), cardiopatía isquémica: 12,8% vs 10,3% ($p = 0,007$) y nefropatía establecida: 10,6% vs 7,1% ($p = 0,000$). No hubo diferencias en el grado de control de PA entre ambos tipos de combinación.

Conclusiones: La mitad de los hipertensos tiene terapia de combinación con BSRA con calcioantagonista o diurético. El perfil de BSRA con calcioantagonista se encuentra más en hombres, diabetes, dislipemia, lesión de órgano diana, cardiopatía isquémica y nefropatía. No hay diferencias en el grado de control de PA entre estas estrategias de BSRA.

295. EFECTOS DE LA HORA DE INGESTA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: PROYECTO HYGIA

M.T. Ríos¹, J.J. Crespo¹, E. Sineiro¹, A. Moya², A. Otero³, M.I. Franco², A. Constenla², M.T. Noguerol¹, D.E. Ayala⁴ y R.C. Hermida⁴

¹Servicio Galego de Saúde, Vigo. ²Servicio Galego de Saúde, Pontevedra. ³Complejo Hospitalario Universitario, Orense. ⁴Universidad de Vigo, Vigo.

Objetivos: Diversos estudios prospectivos han reportado diferencias clínicamente relevantes en la eficacia para reducir la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA), duración del efecto terapéutico y perfil de seguridad de la mayoría de los antihipertensivos en función de la hora de su administración. Lo que es más importante, se ha documentado que la ingesta de la dosis completa de antihipertensivos al acostarse, en comparación con la ingesta de todos ellos al levantarse, reduce significativamente el riesgo cardiovascular (CV), tanto en población general como, en particular, en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Por ello, hemos evaluado la influencia de la hora de tratamiento sobre el perfil circadiano de la PA en pacientes con distintos estadios de ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio transversal evaluamos 4.523 pacientes hipertensos tratados y con ERC (filtrado glomerular estimado [eGFR] < 60 ml/min/1,73 m² y/o albuminuria al menos dos veces en 3 meses), 2635 hombres/1888 mujeres, de $66,3 \pm 12,9$ años de edad. De ellos, 2.275 tomaban toda su medicación antihipertensiva al levantarse y 2248 ingerían al menos un 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 días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: La profundidad de la PA fue significativamente menor ($p < 0,001$) y la prevalencia del patrón no-dipper mayor con toda la medicación al levantarse (66,1%) que con algún fármaco al acostarse (55,3%; $p < 0,001$) y todavía menor en los pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (46,5%; $p < 0,001$). La prevalencia del patrón riser fue mucho mayor (20,1%) en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse que en los que tomaban bien alguno (16,1%) o todos los fármacos al acostarse (11,0%; $p < 0,001$ entre grupos), con independencia del estadio de severidad de la ERC.

Conclusiones: Nuestros resultados documentan que la prevalencia del patrón no-dipper/riser, en todos los estadios de severidad de ERC, está significativamente atenuada en pacientes que ingieren 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 evaluar la eficacia del tratamiento, deben ser el esquema terapéutico de preferencia en los pacientes con ERC.

296. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MANEJO CLÍNICO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE 1 AÑO

P. Segura Torres¹, A.M. Pozo Cascajosa², F.J. del Castillo Tirado³, R. Illanes Leiva⁴, M.V. Martín-Aragón González² y A. Liébana Cañada¹

¹Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ²CS Virgen de la Cabeza, Andújar. ³CS Virgen de la Capilla, Jaén. ⁴Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, Andújar.

Introducción: Un motivo frecuente de demanda asistencial, son las urgencias, emergencias y fundamentalmente las pseudourgencias hipertensivas, tanto en Atención Primaria (2% del total de las urgencias) como en hospitales (7% de las urgencias médicas atendidas). Esto conlleva a una sobreutilización, sin motivo real, de los servicios de urgencias, ya que el 90% de ellas se pueden controlar con reposo y medicación oral ambulatoria.

Objetivos: Describir las características y el manejo clínico de las crisis hipertensivas atendidas durante un año en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Recogimos todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital de segundo nivel de Andújar entre noviembre/2010 y noviembre/2011 con diagnóstico al alta de crisis hipertensiva (CH).

Resultados: Total de 87 crisis HTA que han ocurrido en 60 pacientes. Edad media $65,7 \pm 13,6$ años. Mujeres 60%. Procedencia: domicilio 80,5%, centro extrahospitalario 14,9%, vía pública 2,3%, otro hospital 1,1%, no consta 1,1%. Motivos de consulta: hipertensión 30%, cefalea 17%, HTA y cefalea 17%, mareo 11%, epistaxis 2%, dolor torácico 2%, dolor abdominal 2%, disnea 6%, HTA y epistaxis 1%, HTA y otros 5%, y otros 7%. Los que proceden de un centro extrahospitalario recibieron tratamiento: furosemida 38,5% captopril 76,9%, diazepam 23,1%, loracepam 7,7%. El número de pruebas de recibieron fue ninguna 62,1% una 17,2%, dos 3,4%, tres 9,2%, cuatro 3,4%, cinco 4,6%. Las pruebas fueron: hemograma 19,5%, bioquímica 19,5%, ECG 29,9%, Rx tórax 10,3%, TAC craneal 6,9%. La TA con la que fueron derivados al hospital TAS 190 ± 21 mmHg y TAD 100 ± 9 mmHg. La TA en el servicio de urgencias fue TAS 187 ± 22 mmHg y TAD 97 ± 19 mmHg. La TA al alta TAS 151 ± 19 mmHg y TAD 81 ± 14 mmHg. A su llegada al hospital tienen JNC 7 TAS ≥ 180 y/o TAD ≥ 110 mmHg 35,6% (41/87) y SAMFYC TAS ≥ 210 y/o TAD ≥ 120 mmHg 17,4% (20/87). El destino al alta fue: domicilio 93,2%, ingreso en planta 3,4% y en UCI 3,4%. A su llegada al hospital tienen TAS ≥ 210 y/o TAD ≥ 120 mmHg 17,4%. El tratamiento hospitalario que recibieron fue: el 12,6% no recibieron ningún tratamiento, los que recibieron uno son 32,2% fue diurético 10,7%, captopril 75%, alprazolam 14,3%; dos 39,1% fue diurético 29,4%, captopril 91,2%, alprazolam 73,5% y calcioantagonista 5,9%; tres 14,9% fue diurético, IECA y alprazolam y cuatro 1,1% fue diurético, IECA, alprazolam y calcioantagonista.

Conclusiones: 1. Existe mayor porcentaje de mujeres entre los pacientes diagnosticados de crisis hipertensivas. 2 La prueba más realizada fue el ECG y en más del 50% no se realizó ninguna prueba. 3. En un 70% fue necesario administrarle uno o dos fármacos. 4. El antihipertensivo más administrado fue el diurético. 5. Sólo un 17% de los diagnosticados de crisis hipertensivas cumplían criterios de crisis hipertensivas según los criterios de la SAMFYC.

297. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS SEGÚN EL GÉNERO. ESTUDIO PRESCAP 2010

V. Pallarés¹, A. Calderón², C. Santos³, J. Fernández⁴, J. Cañada⁵, J. Carrasco⁶, M. Ferreiro⁷, A. Galgo⁸, E. García⁹ y L. García¹⁰

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²CS Rosa de Luxemburgo, Madrid. ³CS Azuqueca de Henares, Guadalajara. ⁴CS Zona Centro, Cáceres. ⁵CS Algorta, Getxo. ⁶CS La Lobilla, Málaga. ⁷CS Huerta del Rey, Sevilla. ⁸CS Espronceda, Madrid. ⁹CS Fuensanta, Córdoba. ¹⁰CS de Vicar, Almería.

Objetivos: Analizar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a estrategias terapéuticas empleadas en cada uno y el enfoque terapéutico planteado en las consultas de Atención Primaria (AP) españolas.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal y multicéntrico en pacientes hipertensos tratados ≥ 18 años seleccionados consecutivamente en consultas de AP de 18 comunidades autónomas los días 8,9 y 10 de junio de 2010. Se tuvo en cuenta además del sexo, la edad, tipo de fármacos antihipertensivos empleados y sus combinaciones. Se realiza análisis descriptivo y bivariante (chi cuadrado, t Student y ANOVA). Los datos se analizan con el paquete estadístico SPSS v.15.0.

Resultados: Se incluyen 12.898 hipertensos, 6.191 hombres y 6.707 mujeres, con edad media de $64,9 \pm 11,4$ y $67 \pm 11,2$ años respectivamente ($p < 0,000$). La monoterapia se utiliza un 36,1% en hombres y 36,8% en mujeres (ns); la combinación de dos fármacos 43,2% hombres y 45,0% mujeres; y tres o más fármacos 20,7% hombres y 18,2% mujeres. En relación a monoterapia los ARA-2 son los más utilizados tanto en hombres como en mujeres (40,9% vs 36,2%; $p < 0,001$) seguidos por IECAs (35,3 vs 31,4; ns). Los diuréticos (DIU) son más utilizados en mujeres que en hombres (17,2% vs 7,3%; $p < 0,000$) y en proporción menor los calcioantagonistas y los beta-bloqueantes (6,4% vs 6,9%, y 6,4% vs 5,7%; ns). En cuanto a combinaciones fijas es llamativo que ARA-2+DIU es con diferencia la más utilizada tanto en hombres como en mujeres (26,4% vs 30,6% $p < 0,000$), seguida por IECA + DIU (14,1% vs 15,5%; ns). Las combinaciones fijas de tres fármacos tienen una prescripción testimonial (0,4% en hombres, 0,2% mujeres; ns).

Conclusiones: No existen diferencias en cuanto a la estrategia terapéutica utilizada entre hombres y mujeres tanto en monoterapia como en estrategias de combinación fijas.

298. DECISIÓN TERAPÉUTICA BASADA EN HEMODINAMIA NO INVASIVA (HOTMAN®) EN HIPERTENSOS NO CONTROLADOS

D.F. Márquez Fernández de Ullivarri¹, C. Cerezo Olmos², C.A. Romero Cabalier³, L. Fernández², L. Guerrero², L.M. Ruilope Urioste² y J.J. Segura de la Morena²

¹Unidad Cardionefrometabólica, Hospital Dr. A Oñativia, Salta, Argentina. ²Unidad de HTA, Servicio de Nefrología, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ³Servicio de Clínica Médica, Hospital Privado, Córdoba, Argentina.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) continúa siendo un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) importante, modificable con tratamiento médico. Se estima que el 30% de la población mundial padece de HTA y menos del 50% está controlado. Si bien en los últimos años hemos aprendido mucho de esta patología, aún desconocemos otras variables que interaccionan en la fisiopatología del paciente con HTA y que serían claves a la hora de individualizar tratamiento farmacológico, como ser por ejemplo factores hemodinámicos como estado de vasoconstricción-inotropismo y volemia. El tratamiento que indicamos continúa siendo empírico basado en la toma de la PA (presión arterial) de la consulta o en el mejor de los casos de un monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA).

Si bien existen dispositivos que nos informan de otras variables como ser presión aórtica central (PAC), velocidad de onda de pulso (VOP), entre otros, la mayoría no están disponibles para la mayoría de los centros y su coste es elevado. A pesar de esto serían de gran valor a la hora de definir una conducta sobre todo si consideramos pacientes en los que debemos aumentar dosis o agregar otro fármaco para obtener metas terapéuticas. Es por esta razón que decidimos realizar esta investigación en la cual valoramos en pacientes con HTA no controlada el tratamiento basado en hemodinamia no invasiva.

Objetivos: 1. Valorar el grado de control de la PA en pacientes medicados en base a los hallazgos de Hotman. 2. Comparar las diferencias hemodinámicas entre los pacientes hipertensos controlados con ≥ 2 fármacos medicados previamente en forma empírica por el especialista vs los hipertensos no controlados tratados en base a hemodinamia no invasiva. Comparar la hemodinamia en el grupo de casos pre y postratamiento. Determinar el porcentaje de casos en los que la decisión terapéutica basada en la hemodinamia no invasiva "HOTMAN" difiere del tratamiento empírico del especialista.

Métodos: Estudio prospectivo experimental, realizado en la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital 12 de Octubre de Madrid durante marzo a julio de 2012. Se incluyeron pacientes hombres y mujeres de 50 a 75 años de edad con HTA no controlada con 2 o más fármacos antihipertensivos. Se les midió la PA en consulta con tensiómetros automáticos validados (BpTru Omron®) y un MAPA de 24 hs (Mobil-O-Graph ABPM and 24 hour PWA Monitor, Stolberg, Alemania), el cual informa también presión aórtica central (PAC) y velocidad de onda de pulso (VOP). En base al resultado del MAPA se dividió a los pacientes en 2 grupos; grupo control: hipertensos no controlados en la consulta (PA > 140/90 mmHg), pero controlados por MAPA de 24 hs (PA 24h < 130/80 y PA diurna < 135/85 mmHg) y grupo casos: PA > 140/90 en consulta + HTA confirmada por MAPA 24h (PA 24h > 130/80 y PA diurna > 135/85 mmHg). A ambos grupos se les realizó posterior al MAPA un estudio de hemodinamia no invasiva con dispositivo Hotman. Este sistema realiza mediciones por bioimpedancia y nos proporciona información del estado hemodinámico del paciente. Las variables a analizar por bioimpedancia fueron: CI (Cardiac Index), SI (Stroke Index), HR (heart rate), SSVRI (Stroke Systemic Vascular Resistance Index) y TFC (Thoracic Fluids Conductivity). Sólo el grupo casos recibió tratamiento antihipertensivo basado en MAPA + Hotman, realizándose un control a las 4 semanas, donde se repitieron los estudios (MAPA + Hotman) y se valoró respuesta al tratamiento. Cabe destacar que sin conocer el estudio hemodinámico del grupo casos, un médico especialista del equipo (Dr JS) sugirió un tratamiento antihipertensivo basado sólo en el MAPA, el cual no fue administrado y se realizó únicamente para valorar objetivo 2°. Exclusión: pacientes con eventos cardiovasculares en el último año, IRC (con FG < 60 ml/min calculado por MDRD), cociente alb/creatinina > 30 mg/g, DM tipo 1, IMC > 40, HTA de causa secundaria. El estudio fue aprobado por el comité de Docencia de la Institución y todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Para el análisis estadístico se realizaron 3 modelos de comparación, Modelo 1 (grupo control vs no controlados), Modelo 2 (no controlados pre y post tratamiento basado en hotman) y modelo 3 (grupo control vs postratamiento basado en Hotman). Se utilizó test t para muestras independientes para los modelos 1 y 3, cuando las variables presentaban distribución normal y test de Kruskal-Wallis cuando la distribución era asimétrica. Para las variables categóricas se utilizó test de Fisher. Se consideró significativa p menor de 0,05. Para el análisis estadístico se utilizó software SPSS statistics (versión 17.0).

Resultados: Se incluyeron un total de 31 pacientes, 10 controles y 21 casos. Tres pacientes del grupo casos carecieron de datos postratamiento debido a pérdida de seguimiento en 2 y abandono de medicación en uno. A pesar de ello se los incluyó en el modelo 2. La edad promedio fue 68,9 años \pm 6,6 en el grupo control vs 62,8 \pm

8,9 años en grupo casos. Aproximadamente el 40% fue de sexo masculino, con un IMC de 28,9 \pm 2,8 grupo control vs 27,1 \pm 4,2 grupo casos. La PAS de 24h (presión arterial sistólica) en el grupo control fue 121,2 \pm 9,8 mmHg vs 143,6 \pm 7,5 mmHg en los casos preajuste (p: < 0,001). Los pacientes posteriores al tratamiento mejoraron su PA, siendo la PAS de 24 hs postajuste 130,6 \pm 18,4 mmHg (pre vs postajuste p: < 0,001). De igual manera si consideramos PAS diurna y nocturna encontramos una similar presentación con un descenso significativo de PA en los tratados en base a HOTMAN. En cuanto a PAC, la PAS central fue 114,2 \pm 9,5 controles vs 131 \pm 12,5 preajuste (p < 0,001) y 120,4 \pm 17,9 postajuste (p: 0,01 pre vs postajuste, NS control vs postajuste). La VOP fue 8 \pm 3,4 m/s en controles vs 10,1 \pm 1,6 m/s en casos preajuste (NS) y descendió a 9,4 \pm 1,8 m/s postajuste (pre vs postajuste < 0,01). El número de drogas antihipertensivos fue de 3,2 \pm 1 en grupo control vs 2,9 \pm 1 en grupo casos preajuste de medicación (NS) y 3,4 \pm 1,1 postajuste de medicación (p: 0,001 pre vs postajuste). Al analizar las variables hemodinámicas no encontramos diferencias significativas para CI, HR, SI y TFC comparando los 3 modelos de análisis, pero sí al valorar la SSVRI en los modelos 2 y 3 encontramos diferencias pre y postajuste 210,4 \pm 80,3 vs 175,6 \pm 55 F Ω /m² (p: 0,04) y grupo control vs postajuste 229,8 \pm 78,5 vs 175,6 \pm 55 F Ω /m² (p: 0,04). Cuando comparamos la decisión basada en Hotman vs la conducta empírica sugerida por el especialista (Dr JS), el mismo coincidió en sólo 6 casos de los 21 pacientes medicados (28,5%).

Conclusiones: La decisión terapéutica en hipertensos no controlados se beneficia utilizando hemodinamia no invasiva. Observamos una mejoría en el control tanto de la PAS como PAD y de los patrones hemodinámicos pre y postratamiento basado en Hotman. Sin embargo la hemodinamia resultante no difirió al comparar los pacientes que fueron tratados empíricamente y tenían su PA controlada (controles), excepto cuando valoramos el índice de resistencia vascular periférica que fue menor al tratar los pacientes basados en hemodinamia no invasiva. Destacamos que el especialista basando su conducta en el MAPA únicamente coincidió en menos del 30% de las decisiones tomadas en base a Hotman. Se necesitan estudios más grandes y con puntos finales duros para valorar el impacto de estos dispositivos en el tratamiento de la HTA.

299. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES METABÓLICOS Y RENALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON COMBINACIONES BASADAS EN CALCIOANTAGONISTAS RESPECTO A LAS COMBINACIONES CLÁSICAS BASADAS EN DIURÉTICO

J.M. Seguí Ripoll¹, J.C. de la Cruz², J. Peris García¹, P. Roig Rico¹, C. Pacheco Castellanos¹, P. Esteve Atiénzar¹, S. Bañón Escandell¹ y J. Merino Sánchez¹

¹Hospital Universitario de San Juan, Alicante. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: Las combinaciones de dos principios activos más empleadas en el tratamiento de la HTA se basan en asociación de IECA o ARA-II con un diurético. Actualmente las Guías Europeas de HTA recomiendan tanto el uso combinado de IECA o ARA-II con diurético como de IECA o ARA-II con calcioantagonista (CA). En nuestro servicio se han ido incorporando combinaciones basadas en IECA/ARA-II con CA, por lo que disponemos de experiencia con ambos tipos de combinaciones. Nos proponemos evaluar los resultados obtenidos durante los últimos 6 meses, en términos metabólicos y de protección renal del tratamiento de la HTA, utilizando combinaciones basadas en IECA/ARA-II con CA frente a diuréticos.

Métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo, en pacientes hipertensos tratados con IECA/ARA-II combinados con CA o diuréticos durante 6 meses. Se analizan los pacientes tratados

con IECA o ARA-II + diurético respecto a los tratados con IECA o ARA-II + CA. Se recogen parámetros habituales en práctica clínica.

Resultados: 82 pacientes HTA (varones 54%, edad 79 ± 7) con valores basales y a los 6 meses. La población analizada presentaba las siguientes características: IMC 25 ± 4 Kg/m², obesidad 10%, índice de Barthel 71 ± 24 . Fumadores 13%, ex-fumadores 24%, dislipemia 65% y DM-2 62%. La mayoría presentaban comorbilidades relevantes (cardiovascular 70%, neurológicas 43%, nefro-uroológicas 32%, respiratorias 27%, locomotor 17%, digestivas 11% y otras endocrinopatías distintas a la DM 9%). Las causas de nefropatía documentadas (32%) fueron: hipertensiva en el 32% y diabética en el 22%. Las combinaciones fijas se utilizaron en el 84% de pacientes: basadas en diuréticos un 51,2% (26,8% en combinación con IECA y 24,4% con ARA-II) y con CA el 48,8% (24,4% con IECA y 24,4% con ARA-II). El control de la HTA al inicio fue del 22% y del 30,5% a 6 meses ($p = 0,092$). Estos valores son de 26,2% y 28,6% en el grupo de diuréticos y de 17,5% y 32,5% en el grupo con CA ($p = 0,030$). Se analizan los datos de función renal (MDRD y cociente Alb/Crea en orina) y control metabólico (HbA1c) de las distintas combinaciones, así como los efectos adversos hallados.

Conclusiones: 1. La asociación de un IECA o ARA-II con un CA proporciona mayor control tensoral de pacientes, respecto a la misma combinación con diuréticos. 2. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de función renal, aunque hay mejor tendencia a preservar dichos parámetros con la combinación a base de CA.

300. EL TRATAMIENTO DIURÉTICO CONDICIONA DIFERENCIAS EN LA ELIMINACIÓN RENAL DE ÁCIDO ÚRICO EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

C. Rosado Rubio, C. Felipe Fernández, R. Manzanedo Bueno, B. Alaguero del Pozo⁴, A. Fidalgo González, J.C. Chacón Unzué y J. Martín García

Complejo Hospitalario de Ávila, Ávila.

Objetivos: Los diuréticos son fármacos que se asocian con un incremento de los valores séricos de ácido úrico (au). Dicha aumento es secundario a la contracción de volumen inducida por dichos fármacos. Sin embargo, se sabe que los diuréticos pueden estimular la actividad del transportador capilar de ácido úrico. Es posible que el uso de estos fármacos en el tratamiento de la HTA incremente la reducción en la eliminación renal de ácido úrico.

Métodos: Se estudian 73 pacientes con HTA y función renal normal (Ccr > 60 ml/min) seguidos en la consulta de nefrología-

HTA del hospital. Se consideran 2 grupos de pacientes según recibieran o no tratamiento diurético (si diuréticos 38; no diuréticos: 35). Se analizan datos demográficos y epidemiológicos de ambos grupos así como los valores analíticos convencionales en sangre y orina, aclaramiento de creatinina (Ccr), de ácido úrico (Cau) y excreción fraccional de ácido úrico (EFau) y de sodio (EFNa). Se realiza estadística descriptiva para caracterizar los grupos: mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativa y estadística inferencial con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney de muestras independientes). El nivel de significación se determina como $p < 0,05$.

Resultados: Ambos grupos presentan características similares de edad, sexo, peso, IMC y perímetro abdominal, hábitos tóxicos, DM y dislipemia. El grupo de pacientes tratado con diuréticos posee una HTA de mayor tiempo de evolución (mediana de 11 años vs 5 años), mayor repercusión cardiovascular (AIT: 5,4% vs 0%; ACVA: 5,45% vs 2,9%; HVI: 34,2% vs 14,3%; arritmias: 7,9% vs 2,9%; cardiopatía isquémica: 5,3% vs 0%; ICC: 7,9% vs 0%; arteriopatía periférica: 2,7% vs 0%); mayor porcentaje de pacientes con litiasis (36,8% vs 14,5%); mayor porcentaje de obesos (73,7% vs 25,7%) y mayor porcentaje de pacientes tratados con alopurinol (23,5% vs 13,8%). La tabla muestra los valores con diferencias estadísticamente significativas y los resultados de los cálculos relativos al Ccr, Cau, EFau, EFNa, EFúrico/EFNa. El grupo que recibe tratamiento diurético presenta concentraciones plasmáticas de glucosa y ácido úrico estadísticamente superiores. Este hecho es particularmente relevante dado que el porcentaje de pacientes que toman alopurinol es prácticamente el doble en el grupo que recibe tratamiento diurético. Este grupo presenta una menor eliminación renal, un menor aclaramiento renal de ácido úrico y una menor excreción fraccional, diferencias que se incrementan en relación con la EFNa aunque no se haya obtenido significación estadística.

Conclusiones: El aclaramiento de ácido úrico en los pacientes con HTA y función renal normal es inferior a la población sana. La contracción de volumen inducida por los diuréticos incrementa la reducción en la eliminación renal de ácido úrico pero parece que independientemente de ello el diurético "per se" reduce la eliminación. Tal vez, el incremento en las concentraciones plasmáticas de glucosa y ácido úrico presenten una razón común a nivel de transportadores tubulares. El escaso número de pacientes y las diferencias entre los grupos hace que estos resultados deban ser interpretados con precaución. Se necesitan estudios prospectivos a largo plazo bien aleatorizado para profundizar en este aspecto.

Tabla 1 Comunicación 300.

Valor	Grupo sin diuréticos (n = 35)/Mediana (p25-p75)	Grupo con diuréticos (n = 38)/mediana (p25-p75)
Glucosa (mg/dl)*	100 (95-110)	109 (100,5-127,3)
Ác úrico (mg/dl)**	4,9 (4-6,2)	5,65 (5,1-6,57)
C cr (ml/min)	106,8 (81,6-137,4)	96,7 (74,5-133,6)
Microalbuminuria (mg/g)	8 (1,7-25,8)	11,3 (7,8-36,7)
C úrico (ml/min)	6,45 (5,15-8,54)	6,1 (4,4-8,12)
EF úrico (%)	6,73 (5,15-8,23)	6,14 (4,55-8,1)
Eliminación de ac. úrico (g/día)	0,56 (0,4-0,7)	0,49 (0,4-0,7)
EF Na (%)	0,8 (0,44-1,15)	0,93 (0,67-1,3)
EF úrico/EF Na	8,5 (5,9-14,4)	6,7 (4-11,3)
Eliminación de fosfatos (mg/día) ***	664,95 (567,6-877,4)	918 (626-1.080)
C fosfatos (ml/min)****	14,8 (10,3-17,1)	19,86 (13,54-25,9)
Eliminación de Mg (mg/día)	76,4 (57,6-86,5)	66,6 (43,5-95,6)

*p = 0,02; **p = 0,034; ***p = 0,049; ****p = 0,027.

301. PERFIL TERAPÉUTICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DIABÉTICOS DE UNA POBLACIÓN RURAL

P. Geara Joyed, L. Morales Gil y A. Espino Montoro

Consultorio de Gaucín, Málaga.

Objetivos: Estudio del grado de control de la presión arterial en nuestros pacientes diabéticos así como las combinaciones terapéuticas más utilizadas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de los pacientes con diagnóstico de diabetes pertenecientes a nuestro consultorio rural a través de los datos recopilados mediante la historia clínica informatizada.

Resultados: La población diabética muestra una media de edad de 73,2 años (DE 12,3) compuesta por un 53,8% de mujeres y un 46,2% de hombres. La PA diastólica es controlada en un 73,1% de los pacientes de acuerdo con las últimas recomendaciones (PAD < 80 mmHg) sin embargo el control de PA sistólica solo alcanza el control óptimo (< 130 mmHg) en un 32,6%. Con respecto al tratamiento antihipertensivo, este está presente en el 88,9% de los diabéticos y es encabezado por los inhibidores del sistema renina-angiotensina con una presencia en el 81,7% con los IECA a la cabeza seguidos por los ARAlI e IDR solos o en combinación con otros antihipertensivos. En segundo lugar están presentes los diuréticos con un 63% de frecuencia, existiendo una combinación de los grupos anteriores en el 44,2% de los pacientes tratados. El tercer grupo en frecuencia son los calcioantagonistas registrando un aumento en su uso y mostrando una presencia en el 21,6% de los pacientes. El grupo de los betabloqueantes están incluidos en el 17,6% de las prescripciones de este grupo.

Conclusiones: La PA sistólica es un importante factor de riesgo cardiovascular con un bajo control en nuestra población de pacientes diabéticos. El tratamiento farmacológico antihipertensivo está encabezado por los bloqueadores del SRA, presentando una tendencia a la combinación de fármacos y siendo la más común la asociación de IECA o ARAlI con diurético.

302. PACIENTES PSORIÁSICOS, HIPERTENSOS REBELDES

C. Mestanza, B. Meza, M.A. Ramis, C. Casas Movilla, Y. Ochai Martí, I. Boba, C. Iglesias Serrano, M. Vila Capdevila, I. Gil Canalda y M. de la Poza Abad

CS Dr. Carles Ribas, Barcelona.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) en los pacientes psoriásicos se comporta de forma más rebelde, precisando más fármacos para su control.

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) en los pacientes psoriásicos se comporta de forma más rebelde, precisando más fármacos para su control. Los objetivos de nuestro estudio son: 1. Determinar el número de fármacos necesarios para controlar la HTA en los pacientes psoriásicos, así como el grupo farmacológico más usado. 2. Determinar las cifras promedio de presión arterial sistólica (PAS) y de presión arterial diastólica (PAD) de los pacientes hipertensos con psoriasis.

Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo, seleccionándose a los pacientes con diagnóstico de psoriasis según el CIE-10 de la base informática de atención primaria, el E-CAP, se excluyeron los trasladados y los exitus. Obtuvimos un total de 174 pacientes, de los cuales excluimos 43 por falta de datos completos, los incluidos fueron 131 pacientes. Se estudiaron variables como sexo, edad, número de fármacos pautados, diagnóstico de HTA o no, diagnóstico de psoriasis o no. En los pacientes hipertensos se determinó el número de fármacos pautados y el grupo farmacológico. Se seleccionó de forma aleatoria un grupo control de pacientes (n: 174) sin diagnóstico de psoriasis, de la misma edad (con una diferencia de 5 años) y sexo.

Resultados: La media de presión arterial en los pacientes evaluados fue de 136/78. El fármaco más utilizado fue el diurético seguido del IECA. La media de fármacos usados para controlar su hipertensión fue en los pacientes psoriásicos de 1,9 frente al 1,5 de los no psoriásicos. El número de fármacos necesarios para llegar a un buen control de la hipertensión fue de hasta 3 en 13 psoriásicos frente a 5 no psoriásicos, y con 4 fármacos eran controlados 4 psoriásicos, frente a 1 no psoriásico.

Conclusiones: Los pacientes psoriásicos precisan más fármacos para el control de su HTA ya que ésta, se comporta de manera más rebelde. Los grupos farmacológicos más usados fueron los diuréticos y los IECA. La presión arterial está bien controlada en los pacientes psoriásicos atendidos en nuestro centro.

303. ¿INFLUYE EL FENOTIPO DEL PACIENTE HIPERTENSO A LA HORA DE ELEGIR LA MEJOR COMBINACIÓN DE 2 FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS?

C. Cerezo Olmos, A. Sevillano Prieto, L. Guerrero Llamas, L. Fernández López, M. Praga Terente, L.M. Ruilope Urioste y J. Segura de la Morena

Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Es bien sabido que la mayor parte de los pacientes hipertensos necesitarán una combinación de dos o más fármacos antihipertensivos para alcanzar un control adecuado de su hipertensión. Aunque la eficacia antihipertensiva de cada grupo farmacológico en monoterapia es similar, se han descrito diferencias relacionadas con efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado, alteraciones hidroelectrolíticas o, incluso diferencias sobre la disminución de la presión arterial central. El objetivo de este estudio fue investigar en práctica clínica real si existen diferencias en las características clínicas y bioquímicas iniciales de pacientes hipertensos que han sido tratados con dos de las combinaciones de fármacos antihipertensivos más frecuentes: bloqueantes del sistema renina-angiotensina (BSRA) más diurético tiazídico (DIU) o BSRA más un calcioantagonista (CA). También se analizó la aparición de nuevos casos de diabetes en ambos grupos. Se realizó un corte transversal de los pacientes hipertensos esenciales atendidos en el último año en nuestro centro y se recogieron datos clínicos y analíticos, así como el número y tipo de fármaco antihipertensivo, tanto al inicio del seguimiento como en la última visita disponible. Se incluyeron 2.398 pacientes hipertensos, 1.104 (46%) varones, con una edad media de 61,3 ± 14,7 años y un seguimiento medio de 6,4 ± 3,6 años. La distribución de los pacientes en función del número de fármacos antihipertensivos fue: 0 fármacos, 145 (6,0%) pacientes; 1 fármaco, 505 (21,1%); 2 fármacos, 552 (23,0%); y 3 o más fármacos, 1.196 (49,9%) pacientes. Entre los pacientes tratados con 2 fármacos podemos identificar tres grupos: BSRA + DIU, con 228 pacientes (41,3%), BSRA + CA, otros 228 pacientes (41,3%) y otras dobles combinaciones en 96 pacientes (17,4%). No se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos en los niveles iniciales de presión arterial, índice de masa corporal, perímetro abdominal, glucemia en ayunas, creatinina plasmática, filtrado glomerular estimado, ácido úrico o potasio plasmáticos, ni perfil lipídico. Al final del seguimiento se objetivaron reducciones de presión arterial similares en ambos grupos. No se detectaron diferencias analíticas salvo unos niveles significativamente más elevados de ácido úrico plasmático y más bajos de potasio en el grupo BSRA + DIU. El porcentaje de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 se incrementó un 8,3% en el grupo BSRA + DIU y un 5,7% en el grupo BSRA + CA (p < 0,001). En conclusión, en práctica diaria se confirma que la mayor parte de los pacientes hipertensos requieren combinaciones de fármacos. No hemos detectado diferencias clínicas o analíticas a la hora de elegir entre una combinación de un BSRA con DIU o con

CA. El uso de una combinación de un BSRA + DIU se acompaña de una mayor aparición de nuevos casos de diabetes en comparación con la combinación de BSRA + CA.

304. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL CONTROL TENSIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

J. Segura de la Morena, C. Cerezo Olmos, L. Guerrero Llamas, L. Fernández López, M. Praga Terente y L.M. Ruilope Urioste

Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Diversas publicaciones han recomendado pautas de tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial resistente, pero la información disponible sobre su eficacia a largo plazo es escasa. Este trabajo analizó la evolución de 106 pacientes con hipertensión arterial resistente (HR) tras 12 meses de seguimiento. Al inicio de dicho seguimiento, los pacientes fueron clasificados como HR de bata blanca (n = 50), HR respondedores a espironolactona (n = 43), y HR no respondedores a espironolactona, que recibieron una combinación de aliskiren 300 mg + amlodipino 10 mg + clortalidona 25 mg (n = 13). Tras 12 meses de seguimiento, los pacientes HR respondedores a espironolactona mantienen una reducción significativa de la presión arterial clínica (reducción media de $-21,7 \pm 23,1$ y $-7,4 \pm 10,2$ mmHg para la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), respectivamente), ambulatoria ($-17,7 \pm 16,8$ y $-6,2 \pm 8,8$ mmHg para la PAS y PAD de 24 horas, respectivamente) y central ($-17,7 \pm 20,1$ y $-7,4 \pm 11,9$ mmHg, respectivamente). Estos pacientes mostraron un incremento significativo del peso corporal, del índice de masa corporal, creatinina, potasio y ácido úrico plasmáticos y una disminución del filtrado glomerular estimado. Los pacientes con HR que recibieron la combinación de aliskiren + amlodipino + clortalidona añadida a su tratamiento antihipertensivo previo (IECA, ARA, alfa o betabloqueantes) mantenían una reducción significativa de la presión arterial clínica (reducción media de $-28,7 \pm 23,5$ y $-13,7 \pm 10,9$ mmHg para la PAS y PAD, respectivamente), ambulatoria ($-18,7 \pm 20,2$ y $-8,5 \pm 8,5$ mmHg para la PAS y PAD de 24 horas, respectivamente) y central ($-22,9 \pm 24,9$ y $-11,6 \pm 12,0$ mmHg, respectivamente). Estos pacientes no mostraron cambios significativos en el peso corporal, índice de masa corporal, creatinina, potasio o ácido úrico plasmático, ni en el filtrado glomerular estimado. Entre los pacientes con HR de bata blanca, se identificaron 10 (20%) casos con una PAS/PAD media de 24h superior a 130/80 mmHg, por lo que se consideró una progresión de HR de bata blanca a HR verdadera. En conclusión, tras 12 meses de seguimiento, la adición de espironolactona es efectiva en el control tensional de pacientes con HR verdadera, con discretos pero significativos incrementos de la creatinina y potasio plasmáticos. En pacientes HR no respondedores a espironolactona, la combinación de aliskiren + amlodipino + clortalidona es efectiva en el control tensional de estos pacientes, y no se acompaña de cambios signifi-

cativos de los parámetros renales. Un 20% de los pacientes con HR de bata blanca progresó a HR verdadera.

305. DIFERENCIAS HEMODINÁMICAS EN EL CONTROL DE LAS TENSIONES ARTERIALES ENTRE PACIENTES CON IECA Y ARA-II COMBINADOS CON CALCIOANTAGONISTAS

R.M. Cabrera Solé¹, C. Turpin Lucas¹, S. García Ruiz¹, S.J. Martínez González¹, E. Luekpe² y M. Aguilera Saldaña¹

¹Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Hospital General Universitario, Madrid.

Introducción: Los IECA y los ARA-II son los fármacos más frecuentemente utilizados en el control de la hipertensión arterial (HTA) en nuestro medio. Sin embargo, no están muy claras las diferencias entre ambos grupos a la hora de seleccionar un fármaco más adecuado en vez de otro, dado que se atribuye un llamado efecto de clase que generaliza tanto los beneficios como los inconvenientes en estos grupos de fármacos.

Objetivos: Valorar las diferencias de eficacia entre diversos IECA y ARA-II en la reducción de la HTA en pacientes hipertensos moderados.

Métodos: Hemos estudiado a 645 pacientes hipertensos moderados que recibieron tratamiento con un IECA o un ARA-II combinado con amlodipino (AM) durante al menos 6 meses, y que tenían controladas las tensiones arteriales de acuerdo a sus médicos de cabecera en la consulta. A todos se les realizó un MAPA de 24h antes de recibir tratamiento y tras 6 meses del mismo para medir la tensión arterial sistólica y diastólica (TAS/TAD), la tensión arterial en el intervalo del despertar (ID), así como el índice de rigidez arterial (IRA), el tiempo hipertensivo total (THT) una analítica completa, y un ecocardiograma para valorar el índice de masa del ventrículo izdo (IMVI).

Resultados: Fueron comparados con el basal y los exponemos en la tabla.

Conclusiones: La combinación de un IECA o un ARA-II con un calcioantagonista permite un control adecuado de la HTA, pero los IECA de mayor vida media son claramente más efectivos que los de vida media más corta y los ARA-II de vida media larga son superiores a los IECA en la reducción de las cifras de TA al despertarse así como en la reducción del tiempo hipertensivo total.

306. DESPUÉS DEL MAPA, ¿QUÉ?

G. Ribas Miquel, E. Boix Roqueta, M. Ferré Munté, J. Gifré Hipòlit y M. Beltran Vilella

ABS Cassà de la Selva, Girona.

Objetivos: Analizar el uso que se ha hecho de la MAPA en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 25.989 habitantes > 15 años en el año 2012.

Tabla 1 Comunicación 305.

Datos	Nº	TAS/TAD basal	TAS/TAD > 6 meses	IRA basal	IRA 6 m	ID TAS/TADI basa	ID TAS/TAD 6m	THT basal/6m min
Captopril + AM	45	154/96	142/86*	0,82/0,64	0,62 ± 0,1*	159/95	146/90	456/205*
Enalapril + AM	155	156/97	139/82*	0,76 ± 0,12	0,56 ± 0,2*	156/89	140/88	368/88*
Lisinopril + AM	100	152/93	138/82*	0,78 ± 0,3	0,57 ± 0,1*	158/91	138/84	415/96
Telmisartán + AM	150	156/92	132/81*	0,82 ± 0,16	0,45 ± 0,2*	156/94	135/81*	418/65
Losartán + AM	150	158/93	135/82*	0,79 ± 0,2	0,48 ± 0,4*	159/96	133/84*	435/88

*Valor de p < 0,05.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de todas las MAPA solicitadas durante el período de estudio. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

Resultados: En el transcurso enero a noviembre del 2012 se han solicitado 63 MAPA. El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (38,09%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (12,69%) y de patrón circadiano (17,46%). El 46,03% de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. El Riesgo cardiovascular añadido al diagnóstico según la tabla Framingham fue: 6,34% normal, 26,98% ligero, 34,92% moderado, 12,69% elevado, 17,46% muy elevado. Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 26 dipper (41,26%), 26 no dipper (41,26%), 3 extrem dipper (4,76%), 6 riser (9,52%), 0 extrem riser, 2 fue no válido (3,17%). Recibían tratamiento previo 34 (53,96%) pacientes, modificándose el tratamiento a 13 (38,23%), un total de 29 (46,03%) no recibía tratamiento alguno, instaurándose nuevo tratamiento a 14 (48,27%). El 93,66% de las MAPA obtuvo lecturas válidas para un diagnóstico. El 6,34% del total de MAPA obtuvo un porcentaje de lecturas válidas inferior al 70%, o sea las pruebas fueron consideradas no válidas.

Conclusiones: Se utilizó como herramienta básica para el diagnóstico de HTA de bata blanca. El uso de la MAPA individualiza y mejora el tratamiento antihipertensivo.

empleo de la HbA1c en contraste con el elevado de glucemias digitales programadas y escaso empleo de tratamientos no farmacológicos.

307. MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE 3 DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

R. Tomás¹, V. Giner², T. Jiménez³, T. Seller⁴, R. Pastor⁴, D. Stancu³, M.J. Navarro⁴, A. Mañogil³, F. Ponce⁴ y J. Ferrándiz³

¹Atención Primaria, Departamento de Salud de Villena, Alicante.

²Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico, Servicio de Medicina

Interna, Hospital Verge dels Lloris, Alcoy. ³Atención Primaria,

Departamento de Salud de Alcoy, Alicante. ⁴Atención Primaria,

Departamento de Salud de Elda, Alicante.

Objetivos: Conocer el manejo de la hiperglucemia en Atención Primaria (AP).

Métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico, con reclutamiento consecutivo de diabéticos tipo 2 (DM2) en consultas de AP de los Departamentos de Salud de Alcoy, Elda y Villena (Alicante).

Resultados: Se analizan 97 pacientes (edad: 70 ± 10,1 años; varones: 44,3%) con 10,3 ± 7,4 años de evolución de DM2. La prevalencia de FRCV fue: 76,3% dislipemia, 49,5% obesidad, 46,4% obesidad central, 29,9% síndrome metabólico y 18,6% tabaquismo. Un 23,7% estaba en prevención secundaria. El consumo de fármacos fue de 4,1 ± 2,8/día. El 90,2% tomaba ADOs, 76,3% hipolipemiantes, 72,2% antiHTA, 16,5% insulina y 11,3% antiagregantes/anticoagulantes. En todos los pacientes existía indicación de medidas no farmacológicas (87,6% ejercicio, 78,4% dieta, 71,1% pérdida de peso). Los pacientes tomaban 1,5 ± 0,6 hipoglucemiantes (ADOs e Ins) diarios (54,6%, 39,2% y 5,2% tomaba 1, 2 o 3) con la siguiente distribución: 85,6% metformina (58,8% sola y 26,8% combinada); 44,3% inhibidores de DPP4 (18,5% en monoterapia: 7,2% sitagliptina, 6,2% saxagliptina, 4,1% vildagliptina, 1% linagliptina. 25,8% en combinación: 17,5% vildagliptina, 8,2% sitagliptina), 19,6% sulfonilureas (2,1% y 17,5% de 2ª y 3ª generación); 6,2% glinidas solas, y 2,1% tiazolidinedionas (1% monoterapia, 1% combinadas). Los pacientes con HbA1c.

Conclusiones: Existe un elevado control glucémico asociado a una DM2 de menor antigüedad y menor uso de insulina y repaglinida. No parece que factores como la presencia de microalbuminuria u obesidad condicionen el perfil prescriptor. Es llamativo el bajo