

Cumplimiento e inercia

308. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON IECA O ARA-II

S. Suria González¹, N. Esparza Martín¹, M. Riaño Ruiz², P. Braillard Pocard¹, A. Ramírez Puga¹, R. Guerra Rodríguez¹, C. García Cantón¹, P. Rossique Delmas¹, C. López¹ y M.D. Checa Andrés¹

¹Servicio de Nefrología; ²Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: El empleo de IECAs o ARA-II es de uso rutinario tanto en Atención Primaria como en consultas externas hospitalarias, El objetivo de este trabajo fue la caracterización clínica, bioquímica o farmacológica de pacientes con IRC estadio 3 en tratamiento con estos fármacos.

Métodos: Se estudiaron 112 pacientes con IRC estadio 3 (30 con DM-2, 93 con HTA) procedentes de consultas externas de Nefrología (Estudio aprobado por el Comité de Ética). Tras la firma del consentimiento informado se recogieron sus datos clínicos, el tratamiento que tomaban y se les solicitaba analítica. El estudio estadístico se realizó con el SPSS 15.0.

Resultados: De los 112 pacientes con IRC estadio 3 (62 hombres, 50 mujeres, edad media: 61,43 ± 9,65 años), 31 pacientes tomaban IECAs y 49 tomaban ARA-II. (9 de ellos con IECA y ARA-II). Los 31 pacientes que tomaban IECAs tenían mayor edad (65,06 ± 9,91 vs 59,95 ± 9,20 años, p = 0,011), estaban más frecuentemente tratados con alopurinol (43,3 vs 20,73%, p = 0,023) y presentaban un menor aclaramiento de creatinina en orina (64,35 ± 16,77 vs 77,59 ± 24,65 ml/min/1,73 m², p = 0,023) respecto a los pacientes que no tomaban IECAs. Los 49 pacientes que tomaban ARA-II tenían mayores niveles de urea sérica (64,14 ± 22,66 vs 48,28 ± 15,45 mg/dl, p = 0,001) y menores niveles de HDL colesterol (47,94 ± 7,56 vs 53,37 ± 12,53 mg/dl, p = 0,041) y desde el p.v farmacológico estaban más frecuentemente tomando antiagregantes plaquetarios (p = 0,003), estatinas (p = 0,017), fibratos (p = 0,039) y diuréticos (p = 0,002). Los dos grupos estudiados no presentaban diferencias en el resto de parámetros clínicos, bioquímicos o farmacológicos estudiados.

Conclusiones: Los pacientes con IRC estadio 3 en tratamiento con IECAs son de mayor edad, tienen más frecuentemente hiperuricemia subsidiaria de tratamiento con alopurinol y tienen un aclaramiento de creatinina en orina menor que los pacientes sin IECAs. Los pacientes con IRC estadio 3 en tratamiento con ARA-II están más frecuentemente tratados con antiagregantes, diuréticos, estatinas y fibratos presentando menores niveles de HDL sin diferencias en el resto de fracciones de colesterol o en el índice de masa corporal. Por todo ello, se podría sugerir que los pacientes con hiperuricemia podrían estar mejor tratados con un ARA-II y que los pacientes con HDL disminuido podrían estar mejor tratados con un IECA. Dado el escaso número de pacientes estudiados, serían precisos estudios más amplios que validaran estos resultados.

309. ¿INFLUYE LA EDAD DEL PACIENTE HIPERTENSO Y DIABÉTICO EN LA EXISTENCIA DE MÁS INERCIA CLÍNICA?

J. García-Valdecasas Valverde¹, P. Fernández López², A. Hermoso Sabio² y F.J. Díaz Siles¹

¹Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ²ZBS La Zubia, Granada.

Introducción: Definimos Inercia clínica como “fallo de los profesionales de la salud para indicar, recomendar, estudiar o seguir a un paciente, con el consecuente perjuicio en términos de “Salud” (Philips LA)”. En el caso particular de pts HTA y DM, los principales perjuicios para la salud son la aparición de eventos cardiovasculares, y la entrada en diálisis por fallo renal, ya que el 77% de la entrada en diálisis de pts son la diabetes y la HTA.

Métodos: De los 1.785 pts diabéticos pertenecientes a una zona básica de salud, seleccionamos a 1.277 pts (594 hombres y 683 mujeres) que presentan además HTA, y los dividimos en dos grupos: menores y mayores de 75 años (849 y 428 pts respectivamente) con una edad media de 60,4 ± 10,6 años y de 82,1 ± 5,4 años. Se toman como valores de referencia de buen control: petición de analítica cada seis meses, parámetros antropométricos de peso y talla (determinación del IMC), valores de tensión arterial y tener reflejadas en su historia: HbA_{1c}, creatinina sérica, estimación del filtrado glomerular, determinación de microalbuminuria (MAO) y del cociente MAO/creatininuria.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: En los parámetros antropométricos de peso y talla (determinación del IMC), valores de tensión arterial y no tener reflejadas en su historia: analítica, creatinina sérica, estimación del filtrado glomerular existe una diferencia significativa con p < 0,01, a favor de una menor inercia clínica en los pacientes mayores de 75 años. En los parámetros analítica superior a 6 meses, tener reflejada la HbA_{1c} y la determinación de microalbuminuria (MAO) y del cociente MAO/creatininuria. Existe una diferencia significativa con p < 0,01, a favor de una menor inercia clínica en los pacientes menores de 75 años.

310. ¿INFLUYE LA EDAD EN EL CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO Y DIABÉTICO?

P. Fernández López¹, F.J. Díaz Siles¹, A. Hermoso Sabio¹ y J. García-Valdecasas Valverde²

¹ZBS La Zubia, Granada. ²Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Introducción: En la actualidad la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) son las dos enfermedades responsables del 77% de la entrada de los pacientes (pts) en tratamiento de diálisis. Un control exhaustivo de los parámetros de control metabólico, lipídico y de la presión arterial es imprescindible para evitar la progresión de la insuficiencia renal en estos pacientes.

Métodos: De los 1.785 pts diabéticos pertenecientes a una zona básica de salud, seleccionamos a 1.277 pts (594 hombres y 683 mujeres) que presentan además HTA, y los dividimos en dos grupos: menores y mayores de 75 años (849 y 428 pts respectivamente), con una edad media de 60,4 ± 10,6 años y de 82,1 ± 5,4 años. Se analizan mediante un estudio descriptivo observacional los siguientes datos epidemiológicos: sexo, edad, peso, talla, tensión arterial, creatinina sérica, HbA_{1c}, colesterol-T, HDL-col, LDL-col, triglicéridos, microalbuminuria (MAO), cociente MAO/creatinina en orina y fecha del último análisis de control del perfil diabético. Valores de referencia de buen control: HbA_{1c} < 7,0%, IMC < 25,0, TAS < 135 y TAD < 85 mmHg, colesterol-T < 200 mg/dl, LDL-col < 100 mg/dl, triglicéridos < 150 mg/dl, MAO < 2 mg/dl, MAO/creatinina < 30 mg/g. Estimamos el filtrado glomerular (eFG) calculado con la formula CKD-EPI, considerando de acuerdo a las guías KDOQI insuficiencia renal a un eFG < 60 ml/min × 1,73 m²

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: En los parámetros IMC > 25, HbA_{1c}, colesterol T, LDL colesterol y triglicéridos el grado de control es significativamente mejor con una p < 0,01 en los pacientes mayores de 75 años. Por el contrario en los parámetros de TA > 135/85, filtrado glomerular estimado por CKD-EPI < 60 ml/min, creatinina elevada (Cr > 1,4 en H y > 1,2 en M), MAO/MAO/creatinina elevadas por encima de 2 mg/dl y de 30 mg/dl respectivamente, son los pacientes menores

Tabla 1 Comunicación 309.

	Menores 75	Mayores 75
No tienen reflejados en su historia clínica el peso o la talla	43,5%	42,6%
No tiene reflejada las cifras de TA	14,6%	7,9%
No tienen ninguna analítica	5,4%	6,5%
Se le ha estimado el filtrado glomerular	3,5%	9,5%
No tienen en su última analítica de control la creatinina sérica	13,4%	6,8%
La fecha de la última analítica es superior a los seis meses	40%	51,2%
No se dispone de cifra de HbA _{1c}	16,8%	21,8%
No se le ha determinado MAO o el cociente MAO/creatinina en orina	55,6%	58%

Tabla 1 Comunicación 310.

	Menores de 75	Mayores de 75
El IMC está por encima de 25	90,6%	87%
La TA está por encima de 135/85	41,3%	45,4%
Creatinina elevada (Cr > 1,4 en H y > 1,2 en M)	4%	17,1%
Filtrado glomerular estimado por CKD-EPI < 60 ml/min	11%	26,9%
HbA _{1c} > 7%	54,6%	43,9%
MAO/MAO/creatinina	15,1%	28,5%
Colesterol total > 200 mg/dl	36,6%	28,6%
LDL > 100 mg/dl	57,2%	51,4%
Triglicéridos > 150 mg/dl	37,9%	31,9%

de 75 años los que están mejor controlados. Cabe destacar igualmente el aumento de la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes mayores de 75 años, que pasa de un 11% a un 26,9% si lo medimos mediante CKD-EPI, y de un 4% a un 17,1% si la calculamos por la creatinina sérica.

311. PERÍODO DE LATENCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

L.J. Eraso García, L.A. Matos de la Cruz, K. Ruiz Valero, A. González Albert, V. Valero Ureña, A. Zaragoza Ripoll, D. Álvarez Crespo, R. Suero Sierra, A. Bruján García y J.E. Pereñiguez Barranco

CS Espinardo, Murcia.

Objetivos: Estudiar los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial durante el último año y analizar el periodo previo con cifras tensionales elevadas (periodo de latencia).

Métodos: Se estudian los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial durante el último año, analizando el tiempo de latencia y el control posterior tras el diagnóstico, en 4 cupos de Medicina de Familia de un Centro de Salud docente. La muestra está compuesta por 84 nuevos casos de HTA diagnosticados en el último año de un total de 5.924 pacientes, siendo la prevalencia de hipertensos del 28,38% (1.681 pacientes).

Resultados: De los 84 pacientes estudiados, el 45,2% son varones y el 54,8% mujeres. El 62,8% de los varones tienen menos de 55 años y el 63,42% de las mujeres menos de 65. El 57,1% de los pacientes presentan una latencia inferior a un año, el 27,4% entre 1 y 2 años, el 4,8% entre 2 y 3, y el 10,7% superior a 3 años. Tras ser diagnosticados, menos de la mitad presentan cifras tensionales normales (44,4%), el 14,3% mantienen cifras elevadas, y el resto no han acudido a sus controles en los últimos 4 meses.

Conclusiones: Analizando los datos extraídos del estudio, concluimos que más de la mitad de los nuevos casos de hipertensión diagnosticados en el último año presentaron un periodo de latencia menor de un año. No obstante, queda por analizar si es la inercia médica la que impide realizar un mejor diagnóstico precoz o la falta de conciencia de los pacientes, ya que de un importante número de éstos no se tienen registro de sus cifras tensionales posteriores. Esto nos obliga a estudiar las causas del retraso diagnóstico, para poder mejorar la calidad asistencial.

312. INFLUENCIA DE LA HORA DEL DÍA DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROYECTO HYGIA

J.J. Crespo¹, R.C. Hermida², D.E. Ayala², A. Moya³, M.T. Ríos¹, P. Eiroa¹, J.L. Salgado¹, L. Pousa¹, J.R. Fernández² y A. Mojón²

¹Servicio Galego de Saúde, Vigo. ²Universidad de Vigo, Vigo.

³Servicio Galego de Saúde, Pontevedra.

Objetivos: El bajo cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos se encuentra entre las causas documentadas de la escasa tasa de control adecuado de la presión arterial (PA) y el asociado aumento de riesgo cardiovascular (CV). Las tasas reportadas de adherencia al tratamiento con inconsistentes e influenciadas por diversas variables, potencialmente incluyendo el número de fármacos y la hora de su ingesta, aunque los resultados son marcadamente no concluyentes. Por ello, hemos evaluado el papel de la hora de ingesta de la medicación sobre la adherencia a la terapia antihipertensiva en pacientes participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV con monitorización ambulatoria (MAPA) de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio participaron 9.238 pacientes hipertensos tratados (4.968 hombres/4.270 mujeres) de 64,5 ± 12,2 años de edad. De ellos, 3.904 tomaban toda su medicación antihipertensiva al levantarse (grupo 1), 2.586 tomaban toda su medicación al acostarse (grupo 2) y 2.748 ingerían la dosis completa de algún fármaco al acostarse y los otros al levantarse (grupo 3). Se instruyó a los pacientes para que siempre tuviesen la medicación en la mesilla de noche. La adherencia se evaluó mediante el test de Morisky-Green antes de empezar la MAPA de 48h programada en cada paciente.

Resultados: La máxima adherencia (puntuación 0 en el cuestionario) fue alta y equivalente en todos los grupos de tratamiento (85,9% en pacientes tratados siempre al levantarse, 86,2% en los tratados siempre al acostarse y 86,3% en los tratados al levantarse y acostarse; p = 0,855). La prevalencia de adherencia baja (puntuación 1) o muy baja (puntuación > 1) también fue independiente de la hora de tratamiento (adherencia baja: 11,1, 11,2 y 10,2%; muy baja: 3,0, 2,6 y 3,5% en los grupos 1, 2 y 3, respectivamente; p = 0,426). No existieron diferencias en adherencia plena entre grupos de pacientes clasificados en función del número de fármacos: 85,5, 87,3, 85,7, 85,6 y 84,2% en pacientes tratados con 1, 2, 3, 4 o más de 4 fármacos, respectivamente (p 0,342).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que la adherencia al tratamiento antihipertensivo es equivalente en pacientes que ingieren su medicación al levantarse o al acostarse. Un mensaje simple por parte de los profesionales sanitarios (tener siempre la medicación en la mesilla de noche), utilizar un horario específico en relación al ciclo de actividad y descanso de cada paciente (levantarse o acostarse) para la prescripción del tratamiento, así como la valoración de los pacientes hipertensos mediante MAPA, pueden ser todos ellos factores asociados al aumento de cumplimiento terapéutico, con independencia de la hora de tratamiento y del número de fármacos requeridos para alcanzar un control óptimo de la PA.

313. ANÁLISIS DE LA INERCIA DIAGNÓSTICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEMANDANTES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ESTUDIO ESCARVAL

V. Pallarés¹, A. Palazón², D. Orozco², V. Gil², C. Sanchis³, F. Valls⁴, A. Lorenzo⁵, A. Fernández² y J. Redón⁶

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³CS Algemesí, Valencia. ⁴CS Beniganim, Valencia. ⁵CS Burriana, Castellón. ⁶Universidad de Valencia, Departamento de Medicina, Valencia. ⁷CS Salvador Pau, Valencia.

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia de la inercia diagnóstica de la hipertensión arterial y obtener sus factores asociados. 2) Analizar la influencia del curso on-line.

Métodos: Se analizaron los registros electrónicos de salud de toda la población no diagnosticada de hipertensión arterial, de cuarenta años o más, que tenía realizada prueba de cribado y que acudió a los centros de salud en el segundo semestre de 2010 (420.744 historias). Se consideró que un individuo tenía inercia diagnóstica si estaba cribado y tenía cifras medias de tensión arterial iguales o superiores a 140/90 y no tenía diagnóstico de hipertensión. Se calculó la prevalencia de la inercia diagnóstica y sus factores asociados mediante un modelo de regresión logística binaria.

Resultados: El 18,1% de estos individuos tuvieron inercia. Los factores asociados fueron: varón (OR = 1,75, p < 0,001), DM (OR = 1,20, p < 0,001), dislipemia (OR = 1,10, p < 0,001), no enfermedad cardiovascular (OR = 0,75), no fibrilación auricular (OR = 0,76, p < 0,001), más visitas (OR = 1,04, p < 0,001) y no realizar el curso on-line (OR = 0,88, p < 0,001).

Conclusiones: La magnitud de la inercia es muy alta. Se determinan que variables se asocian. Los médicos que han realizado el curso on-line cometen menos inercia.

314. INERCIA DIAGNÓSTICA Y DIABETES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. ESTUDIO ESCARVAL

V. Pallarés¹, A. Palazón², A. Sepehri², D. Orozco², F. Valls³, C. Sanchis⁴, J. Navarro⁵, A. Fernández², J. Redón⁶ y V. Gil²

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³CS Beniganim, Valencia. ⁴CS Algemesí, Valencia.

⁵CS Salvador Pau, Valencia. ⁶Universidad de Valencia, Departamento de Medicina, Valencia.

Introducción: En 2001, Philips define el concepto de inercia clínica, y unos años más tarde, Andrade define la inercia terapéutica. Tras analizar toda la población de 45 o más años en la historia clínica electrónica de la Comunidad Valenciana con detección de glucosa dentro del Proyecto ESCARVAL (Estudio CARDIOMETABOLICO Valenciano), se idéntica en la población no diabética un 2,4% de los individuos con valores de glucosa en sangre alteradas (Glu > 126 mg/dl) y no diagnosticados de diabetes (DM2). Este estudio muestra que factores se asocian con este problema y cómo mejoró el nivel de conocimiento de la DM2 en la población.

Objetivos: Analizar la magnitud de la inercia diagnóstica en población no diabética en la Comunidad Valenciana, identificar los factores asociados y determinar la influencia de un curso sobre esta de un curso de formación en prevención cardiovascular y DM2.

Métodos: A través de la historia clínica informatizada que cubre al 100% de la población de la Comunidad Valenciana (5.120.343) se seleccionan las personas sin diagnóstico previo de DM2 con más de 45 años (n = 870.405). Se analizan los factores asociados que influyen en la inercia de diagnóstica, así como si el profesional de atención primaria (PAP) realizó o no el curso de formación previo. La definición de inercia diagnóstica por historia clínica (glucemia basal > 126 mg/dl y no hay diagnóstico de DM2) está basado en la definición de Philips, no acuñando el diagnóstico de DM2 cuando esté estaría indicado. Se definen tres tipos de inercia diagnóstica: límite (glucemia entre 126-139 mg/dl), moderada (glucemia entre 140 a 159 mg/dl) y franca (glucemia > 160 mg/dl). Se realiza regresión logística.

Resultados: El 2,4% de la población mayor de 45 años sometida a cribado presenta DM2 (n = 21.208). Los factores asociados fueron: ¿El PAP ha realizado el curso? (OR 0,753), hombre (OR 1.742), edad 0,038), fibrilación auricular (OR 0,981), hipertensión (1.119), dislipidemia (0,744), eventos cardiovasculares previos (0,940), y número de visitas (0,982). Del total, el 65,1% está en situación límite, el 21,4%, moderada y franca alterado 13,5%.

Conclusiones: La inercia diagnóstica demuestra un nuevo problema que puede resolverse fácilmente a través de sistemas de alarma en el registro informatizado de la historia del paciente.

315. GRADO DE CONOCIMIENTO Y DESCONOCIMIENTO DE LA HTA EN POBLACIÓN A PARTIR DE 40 AÑOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. PROYECTO ESCARVAL TRANSVERSAL

V. Pallarés¹, A. Palazón², A. Sepehri², V. Gil², D. Orozco², F. Valls³, C. Sanchis⁴, J. Navarro⁵, A. Fernández² y J. Redón⁶

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Departamento de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³CS Beniganim, Valencia.

⁴CS Algemesí, Valencia. ⁵CS Salvador Pau, Valencia.

⁶Departamento de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Analizar entre los años 2007 y 2010 los cambios poblacionales en las prevalencias de HTA, control, cribado e inercia.

Métodos: Se trata de un estudio poblacional a través de un diseño de dos cortes transversales donde se comparan todos los registros informatizados entre los años 2007 (n = 2.214.186) y 2010 (n = 3.577.762). Se valora el registro en la historia clínica electrónica de la Comunidad Valenciana (ABUCASIS) de HTA según CIE-9 y corro-

borado por GAIA, junto a la existencia de los parámetros de PA y grado de control en población a partir de 40 años. En población no HTA se valora su cribado e inercia, concepto que se define como aquellos pacientes no HTA con cifras elevadas de PA y no registrados como tales.

Resultados: Todos los cambios tanto de conocimiento como de desconocimiento de la PA, son importantes. Se observa como en la población conocida ≥ 40 años de HTA aumenta de un 16,5% en 2007 a un 31,4% en 2010. En estos hipertensos el registro de PA aumenta de un 53,9% a un 76% y el buen control (según Guías Europeas 2007) de un 45,4% a un 51%. En población no HTA, el cribado se eleva de un 11,6% a un 23,9% y la inercia diagnóstica disminuye de un 34,4% a un 26,4%.

Conclusiones: En la población ≥ 40 años de la Comunidad Valenciana ha habido un aumento sustancial de la prevalencia conocida de HTA y mejora de la calidad asistencial de este factor de riesgo, ya que ha aumentado su registro de PA y el buen control. Estas mejorías también se han producido en la disminución de su desconocimiento, con un mejor cribado y una reducción de la inercia.

316. ¿QUÉ NIVEL DE OBJETIVOS TENDRÍAMOS EN EL CONTROL ESTRICTO DEL COLESTEROL LDL < 70 MG/DL EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR UTILIZANDO LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA EUROPEA DE RIESGO CARDIOVASCULAR 2012?

J.M. Cruz Doménech¹, M. Gilaberte Ferrús¹, F. Gavilán Martínez¹, B. Raspall Corominas¹, E. Romero Rodríguez¹, N. Vázquez Morales¹, V. Pardo Amil¹, J.A. González Ares², I. Gil Gil³ y N. Sanz González⁴

¹ABS Progrés Raval, Badalona. ²Badalona Serveis Assistencials, Badalona. ³ABS Aran, CAP Viella, Viella. ⁴ABS Las Margaritas, Getafe.

Objetivos: Valorar el objetivo de control del col-LDL en pacientes de muy alto riesgo, según la Guía Europea de Riesgo Cardiovascular 2012, llegando a un col-LDL < 70 mg/dl en comparación a los valores tradicionales de col-LDL < 100 mg/dL, en una empresa que gestiona 7 ambulatorios urbanos.

Métodos: Pacientes con diagnóstico de IAM, AVC, AIT, EAP que lleguen a un col-LDL < 70 mg/dl en las analíticas realizadas durante el año 2012. Estudio descriptivo transversal en 7 ambulatorios urbanos de una Organización Sanitaria Integral (OSI) valorando todas las analíticas realizadas durante este periodo.

Resultados: Se evalúan un total de 4.400 analíticas, siendo válidas 43.932 (99,84%), varón 2.738 (62,2%), edad 70 años (DE: 13) con col-LDL 105 mg/dl (DE: 33,93). Presentan IAM 39,6% (1.738), ángor 5,2% (229), AVC 28,9% (1.269), AIT 11,5% (507), EAP 32,7% (1.434). Se llega a conseguir un col-LDL < 70 en 630 (14,3%). Los hombres tienen un mejor control 15,9% vs 11,7%, llegando a obtenerlo en el 69% del total de hombres (p < 0,0001). De los pacientes con antecedentes de IAM se consigue el objetivo estricto en el 15,9% (435) (p < 0,0001). Al evaluar los pacientes con AVC se consigue en el 16,5% (209) vs 13,5% (421) (p < 0,006). En los pacientes sin AIT ni los que no tienen EAP, se consiguen mejores objetivos (p < 0,05) sin llegar a objetivos en Ángor. No hay diferencias en la obtención de objetivos entre los 7 ambulatorios, oscilando entre un 9,8% y un 18,6%. Al evaluar los pacientes que llegan a un col-LDL < 100 mg/dL se consiguen mejores controles en un 46,6% (2046), básicamente en los pacientes varones, 50,3% (1.374), IAM un 56,8% (988), ángor 54,6% (125). Existe un mejor control en los pacientes que no han padecido un AIT ni EPA, siendo significativo en comparación a los que sí lo habían padecido (p < 0,001), sin llegar a ser significativo en los pacientes con un antecedente de AVC, 47,8% (606) vs 46,1% (1.440) p = 0,169. No hay diferencias en la obtención de objetivos entre los 7 ambulatorios, oscilando entre un 43,1% y un 50,4%. Hay una diferencia de 1416 pacientes (32,2%) que pasan

de un control estricto a un control LDL < 100 mg/dL, casi un 70% de peor control.

Conclusiones: 1. Sólo se llega a conseguir un col-LDL < 70 mg/dl en 14,3%, básicamente en pacientes con eventos “fuertes” como IAM y AVC, sin llegar a conseguirlo en ángor, AIT y EAP, pudiendo ser por una actitud más laxa del profesional en estos pacientes. 2. Hay un menor control en ambos casos, en los pacientes varones, persistiendo un menor control en las mujeres, 11,7% en el caso del más estricto y un 40,5% si es un col-LDL < 100 mg/dL. 3. Hay un número significativo de pacientes que pasarían de un grupo a otro (1416), un 32,2%, suponiendo un 70% menos de control. 4. No existen diferencias entre los 7 ambulatorios en la consecución de objetivos, llegando a un 46,6% si el objetivo es < 100 mg/dL a un 14,3% si es < 70 mg/dL, siendo necesario mayor información y formación de los nuevos criterios.

317. ¿QUÉ GRADO DE CONTROL DEL COL-LDL TENDRÍAMOS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON ALGÚN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR AL APLICAR LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DE UN CONTROL MÁS ESTRICTO EN LOS PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO, SEGÚN LAS GUÍAS EUROPEAS?

J.M. Cruz Doménech, G. Casas Güell, Y. Fernández Gregorio, M. Torra Roviroso, L. Martín Callejón, M. Gilaberte Ferrús, F. Gavilán Martínez, F. Palacios Camacho, J. Bellido Clavijo y V. Pardo Amil

ABS Progrés Raval, Badalona.

Objetivos: Valorar los pacientes DM-2 con algún factor de riesgo cardiovascular asociado (FRCV) en qué grado se llegaría al objetivo estricto de col-LDL < 70 mg/dL en comparación a un col-LDL < 100 mg/dL, siguiendo las nuevas recomendaciones de la Guía Europea de Riesgo Cardiovascular 2012.

Métodos: Evaluar los pacientes DM-2 junto algún FRCV asociado (tabaquismo, dislipemia (DLP) e hipertensión arterial (HTA)) durante el 2012 en qué medida se llegaría al objetivo estricto del col-LDL < 70 mg/dL en comparación al valor < 100 mg/dL. Estudio descriptivo transversal en 7 ambulatorios urbanos de una Organización Sanitaria Integral (OSI) valorando todas las analíticas realizadas durante 2012.

Resultados: Valoradas 4.400 analíticas, válidas 4.393 (99,84%). Varones 62,2% (2.732 pacientes), edad media 70 años (DE: 14). Hay 29,11% (1.281) DM-2, de los cuales tienen algún FRCV asociado tipo: fumador 20,5% (262), DLP 70,4% (902) e HTA 75,6% (969). Objetivo col-LDL < 70 mg/dL en 21,9% (281). No hay diferencias significativas en ninguno de los FRCV evaluados, encontrándose únicamente en el colesterol total y col-HDL. Tampoco hay diferencias entre los 7 ambulatorios en cuanto a obtención de objetivos, estando entre un 7,1% y 18,9%. Al valorar los pacientes con col-LDL < 100 mg/dL se consigue 61,6% (789), mayoritariamente hombres 42,18% (540) vs 19,45 (249), llegando a 63,8% del total hombres ($p < 0,017$). En los no fumadores se llega a col-LDL < 100 mg/dL en 50,23% (643) con 81,5% de obtención objetivo ($p < 0,021$). Tanto en HTA, DLP no se encuentran diferencias significativas. Sí que existen en cuanto al colesterol total y col-LDL. No se observan diferencias entre los 7 ambulatorios, estando entre un 9,3% y un 18,8%. Al modificar el punto de corte, cambiarían de grupo 508 pacientes, casi un 64% menos de control.

Conclusiones: En los pacientes DM-2 con algún FRCV asociado se consigue un control estricto en 21,9% siendo 61,6% si el punto de corte es < 100 mg/dL, consiguiendo un 64% menos, pasando de 281 a 789 (508). En los hombres se consigue mejor control cuando el objetivo es < 100 mg/dL. En los pacientes no fumadores se consigue un mejor control en control LDL < 100 mg/dL sin ser significativo en el control estricto. No existen diferencias en ninguno de los dos

grupos ni para HTA ni para DLP. No hay diferencias entre los ambulatorios en cuanto a la obtención de objetivos antiguos y nuevos, aunque sí que hay un mejor control si el objetivo es menos restrictivo. Sigue habiendo un mal control en el col-LDL en los pacientes DM-2 con algún FRCV asociado, por lo que difundir los nuevos objetivos en los próximos años será el trabajo a realizar para intensificar el control y modificar la inercia de los profesionales.

318. EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS Y QUE SON CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, ¿LLEGAMOS A LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE UN COL-LDL < 100 MG/DL SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA EUROPEA?

J.M. Cruz Doménech, E. Romero Rodríguez, B. Raspall Corominas, N. Vázquez Morales, G. Casas Güell, Y. Fernández Gregorio, M. Torra Roviroso, L. Martín Callejón, J. Bellido Clavijo y F. Palacios Camacho

ABS Progrés Raval, Badalona.

Objetivos: Valorar el objetivo de control del col-LDL < 100 mg/dL en pacientes DM-2 sin ningún otro factor de riesgo cardiovascular (RCV) asociado, siguiendo las recomendaciones de la Guía Europea de Riesgo Cardiovascular 2012, dentro de una Organización Sanitaria Integral (OSI) que gestiona 7 ambulatorios urbanos.

Métodos: Pacientes con diagnóstico de DM-2 y sin FRCV que son considerados de RCV alto; valorar si llegan a un objetivo del col-LDL < 100 mg/dL en las analíticas realizadas durante el año 2012, siguiendo las recomendaciones de la nueva Guía de Riesgo Cardiovascular. Estudio descriptivo transversal en 7 ambulatorios urbanos de una OSI, valorando todas las analíticas realizadas durante este año.

Resultados: Se evalúan un total de 4.400 analíticas, siendo válidas 4.393 (99,84%), cumpliendo el criterio de DM-2 sin FRCV asociados son un total de 1.082 analíticas (24,63%), varón 566 (52,3%), edad 60 años (DE: 17) con col-LDL 105 mg/dL (DE: 31,87). Se llega a conseguir un col-LDL < 100 en 477 (44,1%). Se observa que en los varones con una media de edad superior, sí que hay diferencias ($p < 0,011$), lo mismo que en el Col-LDL y triglicéridos ($p < 0,0001$). No se observan diferencias entre hombres y mujeres. Se pueden observar diferencias entre los 7 ambulatorios al valorar el objetivo de < 100 mg/dL, consiguiéndolo entre un 32,6% y un 53,5% ($p < 0,001$).

Conclusiones: Se llega a conseguir un col-LDL < 100 en 44,1% (477), un valor modesto en la actualidad. No hay diferencias en cuanto al género, aunque en los varones con una media de edad más elevada, sí se consigue llegar a un col-LDL < 100 mg/dL. En los diferentes ambulatorios los objetivos de control son bajos, estando entre un 32,6% y un 53,5%, por lo que seguir realizando difusión es una estrategia a mantener. Se mantiene una tendencia conservadora por parte de los profesionales sanitarios, en pacientes considerados de alto RCV.

319. ESTIMACIÓN DEL CUMPLIMIENTO EN MUJERES MENOPÁUSICAS CON SÍNDROME METABÓLICO MEDIANTE EL TEST DE MORISKY-GREEN

M.P. Orgaz Gallego¹, P.J. Tárraga López², M.A. Tricio Armero¹, S. Vicente Orgaz¹, P. Bermejo López³ y A. Vivo Ocaña⁴

¹CS Tarancón, Cuenca. ²Gerencia Atención Primaria, Albacete.

³Escuela Superior de Ingeniería Informática, Albacete.

⁴CS La Roda, Albacete.

Objetivos: Estimar el cumplimiento terapéutico en las mujeres menopáusicas con síndrome metabólico (SM) de una zona básica de

salud, valorando la influencia en el mismo de la edad, el nivel de estudios y la polimedicación. Conocer la prevalencia del cumplimiento en las hipertensas y diabéticas de la muestra.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal sin grupo control, realizado en atención primaria, en la zona básica de salud de Tarancón (Cuenca) a una muestra de 400 mujeres menopáusicas con diagnóstico de SM (criterios de ATP-III, 2001) obtenida mediante muestreo aleatorio probabilístico simple, de enero de 2010 a marzo de 2011. Las variables consideradas fueron: edad, nivel educativo, patologías asociadas y tratamientos respectivos, datos antropométricos y cifras de tensión sistólica (TAS) y diastólica (TAD). El cumplimiento se valoró con el test de Morisky-Green validado por Jiménez Val et al en su versión española; consta de 4 ítems con respuesta dicotómica: ii/no y además de reflejar la conducta del paciente frente al cumplimiento, valora la adopción de actitudes correctas respecto al tratamiento de sus procesos proporcionando información sobre posibles causas de incumplimiento. Al ser un método indirecto puede sobreestimar el cumplimiento pero ha demostrado una buena correlación entre adherencia y grado de control tensional. Se empleó el SPSS.19 para el análisis estadístico.

Resultados: La media de edad: 66,93 ± 10,49 años. Nivel educativo: sin estudios (31%), primarios: 56,25%, secundarios: 10,25%, universitarios: 2,5%. Las patologías más frecuentes: hipertensión arterial (HTA): 87,5%, obesidad: 67%, artrosis: 63%, hipercolesterolemia: 61%, hipertrigliceridemia: 54%. La media de consumo de fármacos/día: 5,45 ± 2,38 siendo la moda:6. El 59,6% consumía entre 4-7 fármacos/día. La prevalencia de HTA: 95,8% (IC95%: 95,7804-95,8196), $p < 0,05$ considerando como cifra normal la establecida por ATP-III ($< 130/85$ mmHg). La prevalencia de diabetes según ATP-III, 2001 (glucemia igual o mayor de 110 mg/dl): 54,3% (IC95%: 54,251-54,348), $p < 0,05$. La prevalencia del cumplimiento según el test de Morisky-Green: 59,25% (IC95%: 0,6406542-0,5443458), $p < 0,05$ aumentando con la edad (pasando del 44,44% en el grupo de 45-54 años al 63,21% a partir de los 75 años). Entre las cumplidoras había un 49,25% con mal control tensional que aumentaban con la edad; pasando del 27,27% en las de 45-54 años al 53,77% a partir de los 75 años. Entre las diabéticas había un 33,25% de cumplidoras, aumentando con la edad (16,36% en el grupo más joven y 37,73% en el de mayor edad).

Conclusiones: La prevalencia de incumplimiento en mujeres menopáusicas con SM, es alta (41%) y muy probablemente superior utilizando métodos directos. El cumplimiento independientemente de nivel de estudios aumenta significativamente con la edad y desciende aunque no significativamente a partir de 6 fármacos/día. El test de Morisky-Green detecta que más de la mitad de las cumplidoras no tiene buen control de la tensión arterial. La prevalencia del cumplimiento entre las hipertensas es del 59%, a pesar de lo cual menos del 10% están bien controladas. La prevalencia del cumplimiento en las diabéticas es del 58,75%, aumentando con la edad. Se necesitan más estudios sobre cumplimiento, ya que aunque no sea factor suficiente, sí es factor necesario para el adecuado control de los procesos.

320. VALORACIÓN DE PACIENTES CON HTA RESISTENTE MEDIANTE INGRESO HOSPITALARIO

J. Cebollada del Hoyo, P. González García, J. Navarro Calzada, M. Igúzquiza Pellejero, M. Navarro Aguilar, C. Gómez del Valle y M. Burillo Fuertes

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) resistente se define como la persistencia de cifras de presión arterial (PA) elevadas en pacientes que reciben tratamiento hipotensor con 3 fármacos a dosis plenas, siendo al menos uno de ellos un diurético. Su preva-

lencia se estima en un 2,9% en la población general hipertensa y puede oscilar entre un 5-20% en consultas especializadas en HTA. La presencia de HTA resistente se asocia a incrementos significativos de la morbimortalidad cardiovascular y constituye con frecuencia un desafío para el médico responsable. En la Unidad de HTA y Riesgo Vascular del Hospital Clínico Lozano Blesa la valoración y seguimiento de los pacientes con HTA resistente se realiza de forma preferente de forma ambulatoria. Sin embargo, ocasionalmente se considera indicado el ingreso hospitalario de pacientes seleccionados para completar la valoración de la PA y optimizar las opciones terapéuticas de forma más rápida y eficaz.

Objetivos: Valorar el grado de correlación entre el control ambulatorio de PA ambulatorio y el obtenido en el entorno hospitalario en pacientes con HTA resistente.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa con diagnóstico de HTA resistente, procedentes de las Consultas Externas de la Unidad de HTA y Riesgo Vascular de dicho hospital durante el periodo comprendido entre enero y noviembre de 2012.

Resultados: Durante los primeros 11 meses de 2012 ingresaron con el diagnóstico de HTA resistente 11 pacientes (9 mujeres) con edad media de 57,5 años (DE ± 16,6). Presentaban una PA media en consulta 188/105 y estaban en tratamiento con una media de 4,7 fármacos. 5 de los pacientes (45,4%) estaban diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 y en ninguno se había detectado la presencia de HTA secundaria. Durante su estancia hospitalaria se redujo la PA sistólica una media de 46,1 mmHg y la PA diastólica 24,5 mmHg. Se alcanzaron cifras de PA $< 140/90$ en un 63,6% de los pacientes. Cabe destacar que en el 82% de los pacientes ingresados por HTA resistente, el tratamiento no sufrió modificaciones respecto al prescrito de forma ambulatoria o incluso tuvo que ser reducido ante la aparición de hipotensiones sintomáticas.

Conclusiones: La HTA resistente puede ser debida a causas muy diversas: el consumo excesivo de sal, el alcohol, la obesidad, la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus o distintas formas de HTA secundaria. La mala adherencia al tratamiento hipotensor se encuentra también entre los factores destacados que deben ser valorados en un paciente con HTA resistente. Entre los 11 pacientes ingresados en nuestro hospital por HTA resistente con mal control de la PA sólo 4 mantuvieron cifras de PA superiores a 140/90 mmHg y únicamente en 2 pacientes el tratamiento hipotensor al alta era superior en número de fármacos o dosis al prescrito antes del ingreso. El análisis de estos datos no permite determinar cuáles son los determinantes de este mejor control de la PA en el entorno hospitalario pero una adecuada adherencia a las medidas dietéticas (reducción en la ingesta de sal) y farmacológicas (administración controlada del tratamiento) se sugieren como principales factores responsables.

321. NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES TRATADOS EN UNA CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

S. Fonseca Reyes¹, A. Mejía Pérez², A. Palomera Chávez² y A. Laguna Peña²

¹Instituto de Investigación Cardiovascular. Clínica de Hipertensión Arterial. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Guadalajara. México. ²Unidad de Investigación Educativa. Universidad de Guadalajara. Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Guadalajara. México.

Objetivos: Una de las principales causas del fracaso en el control de hipertensión arterial es el no apego del paciente para llevar a cabo las indicaciones de su médico. Por otro lado, la efectividad de

un tratamiento no depende sólo de una adecuada decisión terapéutica, también está condicionada por la colaboración del paciente y la carencia de este proceso de conducta ocasiona no adherencia terapéutica (AT) en la que se involucran; el ambiente psicosocial del individuo y el médico que le atiende. Nuestro objetivo fue medir la relación entre el nivel de AT y el control de presión arterial (PA) en pacientes hipertensos.

Métodos: Estudio transversal descriptivo en adultos hipertensos elegidos consecutivamente de una Clínica de hipertensión que acudieron para seguimiento con visitas regulares durante el período de estudio. Se aplicó el cuestionario de AT de Martín-Bayarre-Grau (2008) el cual consiste de 12 afirmaciones con escala tipo Likert (valores de 0 al 4 para cada pregunta) y que explora tres dimensiones de la AT; la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios: (implicación personal), la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas: (cumplimiento) y la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento: (relación médico paciente), cada dimensión en tres niveles; bajo, moderado y alto. Se clasificaron los pacientes como; no adheridos, adheridos parciales o adheridos totales (dependiendo de la puntuación obtenida para cada individuo; 0-17, 18-37 y > 38 respectivamente). Se consideró como paciente controlado cuando el promedio de PA de tres lecturas por visita en tres visitas consecutivas fue menor de 140/90 mmHg y en diabéticos, menor de 130/80 mmHg. La PA fue medida con dispositivos de mercurio por personal entrenado siguiendo recomendaciones internacionales. Los resultados se presentan como promedios más una desviación estándar y proporciones. El nivel de AT se correlacionó con el control de PA alcanzado en cada paciente. La relación entre variables se utilizó χ^2 y t de Student utilizando el paquete SPSS v17.0.

Resultados: Se incluyó a 106 pacientes, 80% mujeres, con $57,9 \pm 11,2$ años. El 27,4% con diabetes mellitus tipo 2. Sesenta y ocho sujetos (64%) estaban controlados promediando una PA de $125,3 \pm 8,3/75,5 \pm 8,0$, mientras que los no controlados promediaron $144,9 \pm 12,4/83,0 \pm 12,6$ mmHg. Tomaba un fármaco el 21,7%, dos, el 46,2% y tres o más, el 32,1%. El total de pacientes tomaba en promedio $2,3 \pm 1,0$ antihipertensivos. Los controlados $2,0 \pm 0,9$ y lo no controlados $2,7 \pm 1,2$ ($p 0,004$). El 69% fue catalogado con adherencia total y el 31% con parcial, ningún paciente se consideró como no adherido. La adherencia total en controlados y no controlados fue de 76,5% vs 55,3% ($p 0,001$) y la parcial de 23,5% vs 44,7% ($p 0,02$) respectivamente. El nivel moderado y alto de implicación personal fue de 57,5% y 38,7%, de cumplimiento 11,3% y 84,9% y relación médico paciente 17% y 71%, respectivamente.

Conclusiones: El cumplimiento y la relación médico paciente y en menor grado la implicación personal propiciaron un alto nivel de AT que se asoció significativamente con un mejor control de PA y con una menor ingesta de antihipertensivos.