

Tratamiento farmacológico

198. MODIFICACIONES EN LAS PREFERENCIAS DE PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS (ACOD) EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS

M.M. Chimeno Viñas¹, M. Mateos Andrés¹, L. Mustapha¹, S. Muñoz Alonso¹, M.L. Mateos Polo², J.J. Torres Ramos¹, L. Moreno Cea¹, R. Fernández Aladrén¹, G. Hernández Pérez¹ y E. Martínez Velado¹

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Objetivo: Los anticoagulantes orales directos (ACOD) han ampliado de forma importante las posibilidades de tratamiento de la enfermedad tromboembólica. Aunque se han comercializado en los últimos años, su aceptación en España ha sido muy satisfactoria. El objetivo de nuestro trabajo fue detectar y analizar los cambios en las preferencias de prescripción de los ACOD en los últimos tres años en los Servicios más prescriptores de nuestro Complejo Asistencial.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se solicitaron al Servicio de Inspección Farmacéutica de la Gerencia de Salud de Área de Zamora los datos de prescripción por Servicios del Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) de anticoagulantes orales directos (dabigatrán, rivaroxabán y apixabán) durante los años 2012, 2013 y 2014. Se consideraron los Servicios más prescriptores Cardiología, Medicina Interna, Urgencias) y se analizaron las diferencias entre ellos.

Resultados: En el año 2012 las preferencias de prescripción en los tres Servicios analizados fueron las mismas: 1. Dabigatrán, 2. Rivaroxabán. El orden de prescripción en el año 2013 en el Servicio de Cardiología fue: 1. Dabigatrán, 2. Rivaroxabán, 3. Apixabán; en el Servicio de Medicina Interna: 1. Rivaroxabán, 2. Dabigatrán, 3. Apixabán y en el Servicio Urgencias: 1. Rivaroxabán, 2. Dabigatrán y 3. Apixabán. En el año 2014, los resultados fueron: en Cardiología: 1. Dabigatrán, 2. Apixabán, 3. Rivaroxabán; en Medicina Interna: 1. Rivaroxabán, 2. Dabigatrán y en Urgencias: 1. Rivaroxabán, 2. Apixabán, 3. Dabigatrán. Dado que dabigatrán fue el primer ACOD comercializado fue el más prescrito en el año 2012 en los Servicios analizados. Este orden se vio modificado en el 2013 objetivándose, en los Servicios de Medicina Interna y de Urgencias, preferencia de prescripción de rivaroxabán. Su administración en dosis única puede haber contribuido a ello. Apixaban se ha introducido de forma importante en el último año en los Servicios de Cardiología y de Urgencias. Es preciso señalar que dabigatrán sigue siendo el preferido en Cardiología. Sorprende el hecho de que en el año 2014 no se prescribió ningún apixabán en el Servicio de Medicina Interna.

Conclusiones: 1. Se han objetivado modificaciones en las preferencias de prescripción de ACOD en los Servicios de Medicina Interna y de Urgencias. 2. Dabigatrán se ha mantenido en los tres últimos años como el ACOD preferido en el Servicio de Cardiología. 3. Apixabán se ha posicionado como el segundo ACOD más prescrito en Urgencias y en Cardiología. 4. Aunque con pocos años de desarrollo, los ACOD han supuesto una alternativa muy importante a los anticoagulantes clásicos y su prescripción, limitada actualmente por la necesidad de visado, aumentará, muy probablemente, de forma considerable en los próximos años.

199. ¿EXISTEN PREFERENCIAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM) EN NUESTRO COMPLEJO ASISTENCIAL?

M.M. Chimeno Viñas, M. Mateos Andrés, S. Muñoz Alonso, L. Mustapha Abadie, J.J. Torres Ramos, E. Martínez Velado, P. García Carbó, L. Arribas Pérez, G. Hernández Pérez y A.I. Rodrigo Martín

Complejo Asistencial de Zamora, Zamora.

Objetivo: Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) derivan de la heparina no fraccionada por depolimerización química o enzimática, que produce fragmentos de un tercio el tamaño de la heparina, con un peso molecular promedio de 4.000-5.000 daltons. Desde el punto de vista de su uso clínico, estas características se traducen en un aumento de la biodisponibilidad (> 90%); prolongación de la vida media desde la circulación, lo que permite su uso una o dos veces al día, y respuesta antitrombótica predecible, lo que posibilita usarla sin monitorización de laboratorio. Su uso, actualmente, tanto en profilaxis como en tratamiento está muy extendido. Actualmente se dispone de 5 HBPM comercializadas en España: bemiparina, dalteparina, enoxaparina, nadroparina y tin-

zaparina. Nos propusimos averiguar si existían preferencias de prescripción en las HBPM en el Complejo Asistencial de Zamora.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se solicitó al Servicio de Inspección de Farmacia de la Gerencia de Salud de Área los datos de prescripción de HBPM en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) durante el año 2014. Se analizó la prescripción en el CAZA y por Servicios de las diferentes HBPM comercializadas. Se evaluaron los Servicios más prescriptores (Cirugía General, Medicina Interna, Hematología, Cardiología, Traumatología, Neurología, Neumología y Urgencias).

Resultados: La enoxaparina fue, mayoritariamente, la HBPM más prescrita en el CAZA y también, en los Servicios analizados. En el CAZA: enoxaparina: 69%; bemiparina: 30,4%; nadroparina: 0,5%; tinzaparina: 0,1. El orden de prescripción de HBPM en los Servicios analizados fue: Cardiología: 1. Enoxaparina; 2. Bemiparina. Cirugía General: 1. Enoxaparina; 2. Bemiparina. Hematología: 1. Enoxaparina; 2. Tinzaparina. Medicina Interna: 1. Enoxaparina; 2. Bemiparina; 3. Nadroparina. Neumología: 1. Enoxaparina; 2. Bemiparina. Neurología: 1. Enoxaparina. Traumatología: 1. Enoxaparina; 2. Bemiparina. Urgencias: 1. Enoxaparina; 2. Bemiparina; 3. Nadroparina.

Conclusiones: Creemos conveniente recordar que las diversas HBPM disponibles en el mercado presentan algunas variaciones en su composición. Las dosis a utilizar con cada una de ellas no son superponibles y deben seguirse las indicaciones específicas de ficha técnica. En el análisis realizado se ha objetivado una preferencia mayoritaria por la enoxaparina seguida de la bemiparina. Sorprende la escasa prescripción de tinzaparina (sólo prescrita por Hematología) y de nadroparina (Medicina Interna y Traumatología). Desconocemos el motivo por el que no hubo ninguna prescripción de dalteparina en el CAZA en el año 2014.

200. ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS (ACOD) EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE EL AÑO 2014

M.M. Chimeno Viñas¹, M. Prieto Matellán², M. Mateos Andrés¹, L. Mustapha Abadie¹, S. Muñoz Alonso¹, M.C. Hernández Palacios², J.J. Torres Ramos¹, A.I. Rodrigo Martín¹, C. Soler Fernández¹ y S. Gracia Tejera¹

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ²Centro de Salud, Zamora.

Objetivo: Los anticoagulantes orales directos (ACOD) se han comercializado en los últimos años en nuestro país y su uso para determinadas indicaciones está financiado. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la prescripción de ACOD en Atención Primaria en nuestra Área de Salud durante el año 2014.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se solicitaron al Servicio de Inspección Farmacéutica de la Gerencia de Salud de Zamora los datos de consumo de anticoagulantes orales directos (dabigatrán, rivaroxabán y apixabán) prescritos en Atención Primaria durante el año 2014. Se realizó un análisis de la prescripción de los mismos y se intentaron identificar diferencias entre centros de salud urbanos y rurales.

Resultados: Durante el año 2014 se prescribieron 7.293 envases de ACOD en Atención Primaria. El porcentaje de prescripción fue: 46,5% dabigatrán, 42,3% rivaroxabán, 11,2% apixabán. Analizando la prescripción por Centros de Salud: dabigatrán y rivaroxabán fueron más prescritos en Centros de Salud rurales, en cambio la mayor prescripción de apixabán se realizó en Centros urbanos.

Conclusiones: 1. Parece coherente que dabigatrán, al ser el primero comercializado, sea el más prescrito pero sorprende la escasa diferencia que existe con rivaroxabán. Probablemente, la posología de este último (dosis única) influya en las preferencias de prescripción. 2. Aunque no creemos que tenga relevancia, apixabán se prescribe más en centros de salud urbanos que en rurales. Es preciso señalar que la indicación de un ACOD y la emisión de la prime-

ra receta en el año 2014 sólo era posible realizarla desde Atención Especializada precisando visado de Inspección por lo que la prescripción en Atención Primaria era, evidentemente, inducida.

201. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DE INR EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR, UN AÑO DESPUÉS, EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE GALICIA. ESTUDIO ANFAGAL+

S. Cinza Sanjurjo¹, M.L. Jorge Gómez², M. Garza Vázquez³, M.D. Guerrero Jurado⁴, M.A. Gómez Soto⁵, M. Portela Romero⁶, P. Moix Blázquez⁷, R. Gulin González⁸, R. Blanco Rodríguez⁹ y S. Daviña Romero¹⁰

¹Centro de Salud Porto do Son, EOXI Santiago de Compostela.

²Centro de Salud Silleda, EOXI Santiago de Compostela. ³Centro de Salud Pol, EOXI Lugo. ⁴Centro de Salud O Carballiño, EOXI Ourense. ⁵Centro de Salud Rosalía de Castro, EOXI Vigo. ⁶Centro de Salud Padrón, EOXI Santiago de Compostela. ⁷Centro de Salud Moaña, EOXI Pontevedra. ⁸Centro de Salud Valle Inclán, EOXI Ourense. ⁹Centro de Salud Lousame, EOXI Santiago de Compostela. ¹⁰Centro de Salud Tomiño, EOXI Pontevedra.

Objetivo: Conocer cuál es el grado de control de INR en los pacientes del estudio ANFAGAL, un año después.

Métodos: El estudio ANFAGAL +, corresponde al segundo análisis transversal (437 pacientes) realizado un año después sobre la muestra original del estudio ANFAGAL (510 pacientes). Se registraron las variables necesarias para evaluar la calidad de anticoagulación y se consideró buen control cuando el tiempo en rango terapéutico (TRT) era superior al 65% calculado por Rosendaal.

Resultados: Se incluyeron 437 pacientes. El 40,1% de los pacientes presentaron un TRT por Rosendaal < 65%. La tasa de eventos isquémicos y hemorrágicos en el último año fue superior en los pacientes con mal control: 6,2% vs 1,7% (p = 0,015) y 6,2% vs 0,8% (p < 0,0001), respectivamente. La función renal medida por CKD-EPI fue menor en pacientes con mal control (62,9 ± 3,1 vs 69,1 ± 2,4, p = 0,002).

Conclusiones: El TRT fue similar al del análisis de hace un año. Los pacientes con enfermedad renal fueron nuevamente los que presentaban peor control y la tasa de eventos isquémicos y hemorrágicos fue superior en los pacientes con mal control de INR.

202. HIPOGLUCEMIANTES UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS SUJETOS CON DIABETES INCLUIDOS EN LA COHORTE IBERICAN

A. Francés Camus¹, V. Pallarés Carratalá², A. Rey Rañal³, E. Nieto Pol⁴, J.A. Divisón Garrote⁵, J. Sierra Tapia⁶, B. Persiva Saura⁷, R. Latorre Santos⁸, J.M. Tirado Moliner⁹ y S. Larripa de la Natividad¹⁰

¹Centro de Salud Almazora, Almazora. ²Unión de Mutuas, Castellón. ³Centro de Salud San José, A Coruña. ⁴Ambulatorio Concepción Arenal, A Coruña. ⁵Consultorio de Fuentealbilla, Centro de Salud Casa Ibáñez, Albacete. ⁶Centro de Salud Miajadas, Cáceres. ⁷Centro de Salud Rafalafena, Castellón. ⁸Centro de Salud Peñíscola, Castellón. ⁹Centro de Salud Onda, Castellón. ¹⁰Centro de Salud de Hija, Teruel.

Objetivo: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se está incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular y de los eventos cardiovasculares en España.

Métodos: En IBERICAN se está incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos en las consultas de Atención Primaria. Los

pacientes serán seguidos cada 12 meses, durante un periodo de al menos 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se estima que la población global alcanzará los 15.000 individuos. Se presentan los tratamientos con fármacos hipoglucemiantes de los pacientes con diabetes incluidos hasta el segundo corte (n = 2.281).

Resultados: La prevalencia de DM alcanzó el 18,4% (n = 420). El 9,1% de los pacientes no recibían ningún fármaco antidiabético, el 40,7% recibían un fármaco, el 36,7% dos fármacos y el 13,6% tres o más fármacos. Recibían sólo antidiabéticos no insulínicos (ADNIs) el 68,9% de los pacientes, sólo insulina el 10,9%, e insulina asociada a ADNIs el 11,3%. Los hipoglucemiantes más empleados eran la metformina (76,0%), los inhibidores de la DPP-4 (34,0%), la insulina (22,2%) y las sulfonilureas (12,5%).

Conclusiones: El perfil actual de uso de hipoglucemiantes se mantiene estable respecto a metformina e insulinas pero los iDPP4 han desbancado a las sulfonilureas.

203. GRADO DEL CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL Y ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II EN UN CENTRO DE SALUD (ESTUDIO BENIARAZ)

T. Fuster Bellido¹, J. Juan Ortega¹, M.R. García Moya², M. Requena Saiz², E. Riera Perelló², D. Martínez Ques¹, L. Abu-Omar Peris¹, C. Clar Puig², C. Payá Enguix¹ y M.J. López Matoses¹

¹Centro de Salud Gandía-Beniopa, Gandía. ²Centro de Salud Grau-Gandía, Gandía.

Introducción: Existen múltiples estudios que demuestran la capacidad de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) para disminuir la presión arterial (PA) en todos los grados de hipertensión arterial (HTA). Así como numerosos estudios donde se demuestra que los ARA-II ocasionan descensos similares a los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). Hoy día es un tema de debate la elección entre los IECA y los ARA II. Ante el aparente aumento de prescripción de ARA-II frente a los IECA, sin una base coste-eficiente detrás, se plantea este estudio.

Objetivo: Conocer las características de los factores asociados a la prescripción de los ARA-II y su grado de control tensional.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en un centro de salud urbano, con pacientes diagnosticados de HTA que reciben tratamiento con un ARA-II. Variables: edad, sexo, antecedentes personales, toma previa de IECA y motivo de retirada, tipo de ARA-II prescrito y facultativo prescriptor, otros antihipertensivos asociados, grado de control tensional.

Resultados: De 4.601 pacientes tenemos 1.144 pacientes con HTA (un 25%). De estos pacientes, 477 llevan prescrito un ARA-II (42%). Llevan prescrito un IECA 331 pacientes (29%). De los pacientes hipertensos en tratamiento con ARA-II estos fueron los resultados: edad media 70 ± 11,5 años. Hombres 50%. Antecedentes de dislipemia 63%, diabetes 38%, cardiopatía isquémica 15%, ERC 13%, insuficiencia cardíaca 7% y AVC 4%. El 25% habían tomado previamente un IECA, habiéndose cambiado este por un ARA-II en un 67% por mal control tensional, en un 12% por tos, en un 4% por alergia y en un 17% sin ninguna causa documentada. El 75% iniciaron directamente tratamiento con ARA-II. Es más prescrito por el médico de familia (70%), seguido de cardiólogo (5%) y nefrólogo (4%). Hay un 18% de pacientes donde no consta quien lo prescribió. El más prescrito a nivel global es valsartán (26%), seguido de olmesartán (25%), candesartán (14%). Por especialidades, el médico de familia prescribe más valsartán y olmesartán (52%), el cardiólogo prescribe más olmesartán (77%), mientras que el nefrólogo prescribe más valsartán (74%). En asociación se dan más frecuentemente con diuréticos (53%), calcioantagonistas (26%) y betabloqueantes (20%). En cuanto a control de tensión

arterial controlan el 68% de nuestros pacientes con cifras inferiores a 140/90 mmHg. Por fármacos presentamos mejor control tensional con telmisartán (85% de los pacientes tratados) y menor control con valsartán (55% de los pacientes tratados).

Conclusiones: Tal como era esperable, a pesar de no haberse hallado evidencias de superioridad de los ARA-II frente a los IECA, existe una tendencia a prescribir de inicio en el paciente hipertenso este tipo de fármacos del tipo ARA-II, en detrimento de los IECA. En concreto en nuestro estudio solo tenemos documentado el haber iniciado un IECA y sustituido en el 25% de nuestros pacientes. Situación llamativa porque como ya hemos mencionado el coste de los ARA-II triplica en algunas ocasiones el de los IECA, además no aportar ninguna evidencia de superioridad y tener mucha más experiencia clínica con los IECA. A la hora de gestionar recursos públicos, deberíamos preguntarnos si realmente estamos destinando nuestros esfuerzos en elegir la terapia con mejor relación coste-efectividad en nuestros pacientes.

204. PERFIL TERAPÉUTICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES EN UNA POBLACIÓN RURAL

P. Geara Joyed¹, M.R. Japón Cabello² y J.J. Navarro Agüera¹

¹Centro de Salud de Algotocín, Algotocín. ²UPACE, Jerez de la Frontera.

Introducción: 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 (PAD < 80 mmHg) sin embargo el control de PA sistólica solo alcanza el control óptimo (< 130 mmHg) en un 32,6%. El tratamiento antihipertensivo 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%. Los IECA a la cabeza seguidos por los ARAII 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 ARAII con diurético.

205. BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN LOS HIPERTENSOS Y/O DIABÉTICOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

J.L. Llisterra Caro¹, R. Genique Martínez², J. Benítez Ribero³, S. Miravet Jiménez⁴, D. Fernández Valverde⁵, R. Rodo Bernado⁶, F. Guerra Peguero⁷, A. Cuco Alberola⁸, R.A. Valero Valero⁸ y L. Pinto Pena⁹

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ²Centro de Salud Atención Primaria Sant Carles de la Rèpita, Tarragona.

³Centro de Salud La Laguna, Cádiz. ⁴EAP Martorell Urbano, Barcelona. ⁵CAP Les Hortes, EAP Poble Sec, Barcelona. ⁶CAP El Masnou, Barcelona. ⁷Centro de Salud Trujillo Rural, Cáceres. ⁸Centro de Salud La Fábrica de Alcoy, Alicante. ⁹UGAP 6 Sabadell Sud Creu de Barberà, Sabadell.

Objetivo: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. El objetivo de este estudio es conocer el grado de cumplimiento de las Guías de práctica clínica en los hipertensos y/o diabéticos con albuminuria, respecto al bloqueo del sistema renina angiotensina (BSRA).

Métodos: En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Los pacientes serán seguidos durante un periodo mínimo de 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se presentan las características basales del segundo corte (n = 2.281). Para el presente estudio se seleccionaron los pacientes hipertensos y/o diabéticos con cociente albumina/creatinina \geq 30 mg/g.

Resultados: La edad media de los sujetos incluidos es 58,6 \pm 14,6 años, y el 56,0% mujeres. El 46,9% tiene hipertensión arterial, un 18,4% tienen diabetes. 124 pacientes son hipertensos y/o diabéticos con albuminuria. Un 28% un filtrado glomerular (CKDEPI) < 60 ml/min. El control de su PA: 66,9%. 94 pacientes (75,8%) tienen BSRA, 46 (37,1%) con BSRA con diurético y 34 (27,4%) BSRA con calcioantagonista, el resto de BSRAA es con el resto de grupos farmacológicos antihipertensivos.

Conclusiones: Uno de cada cuatro pacientes hipertensos y/o diabéticos con albuminuria y con indicación de BSRA, no incluye un fármaco BSRA. La terapia combinada de BSRA con diurético y calcioantagonista, por este orden, es lo más frecuente en este tipo de pacientes.

206. PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y EN PACIENTES CON RIESGO RENAL ALTO. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS. ESTUDIO AINEGRAP

J. López de la Iglesia¹, H. Safir Jabeen², M. López Filloy¹, A.T. Curriel Gómez¹, I. Di Giacomi Coronel¹, A. Rosario Arias¹, A. Olagasti Onaindia¹, S. Ondicol Rodríguez², M.A. Muñoa Moratinos³ y V. Guinaldo Losada²

¹Centro de Salud Condesa, León. ²Centro de Salud José Aguado, León. ³Centro de Salud Eras de Renueva, León.

Objetivo: Distintos estudios han demostrado que la administración de AINES se asocia a un incremento de riesgo de desarrollar SCA u otros episodios vasculares aterotrombóticos (ACV y EAP) y que depende mucho del tipo, dosis y continuidad en el tratamiento. También deterioran la función renal, por eso no se recomiendan en pacientes con ERC estadio III y están contraindicados con aclaramiento de creatinina < 30 ml/min/1,73 m². Apenas existen en la literatura científica estudios de prevalencia del consumo de AINES en estas poblaciones. Los objetivos del estudio son conocer la prescripción de AINES por parte del médico de familia durante el año 2014 en las poblaciones de riesgo renal alto y en las de enfermedad cardiovascular (CI, ACV isquémico, EAP) e IC, identificando tipo, dosis, duración e interacciones y comparar las diferencias en el consumo de AINES en ambas poblaciones.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Muestreo aleatorio de todos los pacientes registrados con enfermedad cardiovascular (ECV) y/o IC (16.492 pacientes) y con riesgo renal alto (2.806 pacientes) > 14 años de un área con 320.000 tarjetas sanitarias). Revisión de 1.944 historias clínicas con ECV y 704 con riesgo renal elevado de 296 médicos de familia (la totalidad de médicos con tarjetas sanitarias del área). Variables: filiación; ECV [(CI, ACV, EAP,

ICC, diabetes, HTA); fármacos concomitantes (IBPs, interacciones: AAS, ACO, clopidogrel, antidepressivos)]; riesgo renal elevado (FG < 60 mg/dl, FG < 30 mg/dl, proteinuria, microalbuminuria); tipo, dosis y tiempo de consumo de AINEs; motivo de la prescripción y especialidad del facultativo que la realiza.

Resultados: La edad media de los pacientes con ECV que toman AINEs fue 73 años (DE 13,07), y con riesgo renal alto 78 años (DE 13,36). El 32,4% de los pacientes con ECV tomaron AINEs durante 2014 [(IC95% (30,8-36,6)], el 59% con antecedentes de CI, 8% de IC, 47 de ACV y el 7% EAP. El 23,5% de pacientes con riesgo renal alto consumieron AINEs en 2014, de ellos, el 31,1% a dosis máximas. Más del 80% de los pacientes de ambos riesgos los consumieron entre 8 días-1 mes. El 6% con ECV y 3% con riesgo renal los consumen entre 6 meses-1 año. Tipos de AINEs consumidos con ECV (58% ibuprofeno, 8,9% naproxeno, 17,8% diclofenaco, 12,7% coxib); con riesgo renal (52,4% ibuprofeno, 10,2% naproxeno). El 32,7% de los pacientes con ECV presentan DM y el 63% HTA. En los que tienen riesgo renal alto aparece DM en el 29,8% e HTA en el 69,5%. El 93% de los AINEs fueron prescritos por el médico de familia. De los pacientes con ECV toman AAS el 67%, clopidogrel el 22%, 5% digoxina, 18% antidepressivos y el 85% IBP.

Conclusiones: Casi un 30% de la población con ECV y riesgo renal alto consumieron AINEs en 2014. Más del 30% de los consumidos por pacientes con ECV están contraindicados (diclofenaco, coxib) y casi el 50% de los que consumen ibuprofeno lo hacen a dosis de 1.800 mg/día, lo que implica un aumento del riesgo CV. Menos del 9% de las prescripciones son naproxeno, AINE de elección con ECV, prescribiéndose más en los de riesgo renal alto. El hecho de ser el primer estudio de estas características implica no poder comparar y el englobar solo un área sanitaria quizás lo límite, aunque por las características del mismo (se revisaron historias de casi 300 médicos de familia) se podría inferir en la población española.

207. HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

M. Mateos Andrés¹, S. Muñoz Alonso¹, L. Mustapha Abadie¹, M.M. Chimen Viñas¹, A. de la Vega Lanciego³, P. Sánchez Junquera⁵, E. Martínez Velado⁴, J. Soto Delgado¹, M.B. Mateos Andrés² y J.J. Torres Ramos¹

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ²Complejo Asistencial de Salamanca, Salamanca. ³Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁵Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Objetivo: Las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) son un tipo de fármacos muy prescritos tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada. Existen, como todos conocemos, distintos tipos de HBPM con escasas diferencias entre ellas (se consideran terapéuticamente equivalentes, pero se deben respetar las dosis y pautas recomendadas en cada indicación). Nos propusimos conocer las preferencias en la prescripción de los tipos de HBPM en Atención Primaria de Zamora.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se solicitaron al Servicio de Inspección de Farmacia del Área de Salud de Zamora los datos de prescripción de HBPM realizada por los facultativos de Atención Primaria durante el año 2014 en los distintos Centros de Salud. Se analizaron las prescripciones de enoxaparina, bempiparina, dalteparina, nadroparina y tinzaparina.

Resultados: En el año 2014 se realizaron 12.180 prescripciones en Atención Primaria en el Área de Salud de Zamora. Las HBPM más prescritas en orden decreciente fueron: en primer lugar enoxaparina, seguida de bempiparina, dalteparina, nadroparina y en último lugar tinzaparina. Los distintos tipos de HBPM se diferencian básicamente en el método de fraccionamiento y en su peso molecular, siendo menos relevantes sus diferencias en actividad, por lo que en

la práctica se las puede considerar terapéuticamente equivalentes, aunque no intercambiables por sus diferentes propiedades químicas y farmacológicas. Por ello es necesario señalar que la prescripción en Atención Primaria es muchas veces inducida por Atención Especializada (inicio de tratamiento en el hospital). En nuestro estudio enoxaparina es la HBPM más prescrita. Su preferencia sobre otras puede deberse a su mayor número de indicaciones y al adecuado trabajo realizado en su publicitación durante años por los delegados comerciales de la casa comercial. Pero esto son suposiciones, y en realidad desconocemos las causas de su evidente "protagonismo". En todos los Centros de Salud se prescribe enoxaparina y bempiparina. Respecto al resto de HBPM se aprecia mucha variabilidad. La prescripción de nadroparina se realiza en 18 centros y de dalteparina sólo en 9 (Aliste, Benavente Norte, Benavente Sur, Corrales, Puerta Nueva, Santa Elena, Sayago, Virgen Concha, Zamora Sur). Sorprende la escasa prescripción de tinzaparina. Sólo se ha prescrito en 5 centros (Vidriales, Zamora Norte, Aliste, Parada del Molino y Puerta Nueva) de los 22 existentes en el Área de Salud de Zamora.

Conclusiones: 1. Enoxaparina fue la HBPM más prescrita en Atención Primaria en Zamora en el periodo del estudio. 2. Bempiparina ocupa el segundo orden en la prescripción. 3. Tinzaparina presenta una muy escasa prescripción.

208. PREFERENCIAS DE PRESCRIPCIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN NUESTRO COMPLEJO ASISTENCIAL

S. Muñoz Alonso¹, M. Mateos Andrés¹, L. Mustapha Abadie¹, M. Chimen Viñas¹, E. Martínez Velado¹, E. Muñoz Alonso², L. Fuentes Pardo¹, G. Hernández Pérez¹, L.M. Palomar Rodríguez¹ y J.J. Torres Ramos¹

¹Complejo Asistencial de Zamora, Zamora. ²Complejo Asistencial de Segovia, Segovia.

Objetivo: En los últimos años se han desarrollado nuevos anticoagulantes que no tienen los inconvenientes de los antivitaminas K (AVK). Son fármacos de acción directa dirigidos a un solo factor del sistema de coagulación inhibiendo su acción: el factor II en el caso de dabigatrán y el factor Xa en el caso de rivaroxabán, apixabán y edoxabán. El objetivo del estudio fue analizar la prescripción de anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) durante el 2014.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se solicitaron al Servicio de Inspección Farmacéutica del Área de Salud de Zamora los datos de prescripción de ACOD durante el año 2014. Se valoró: tipo de ACOD prescrito y servicio prescriptor. Se realizó análisis de las preferencias de prescripción.

Resultados: Durante el año 2014, en el CAZA, el orden de preferencia de prescripción fue rivaroxabán (40.7%), dabigatrán (36.5%) y apixabán (23%), siendo el orden de los servicios prescriptores Cardiología, Urgencias, Medicina Interna y Neurología. Las preferencias por servicios fue la siguiente: en Cardiología, dabigatrán seguido de apixabán y rivaroxabán; en Medicina Interna, rivaroxabán y a continuación dabigatrán; en Neurología dabigatrán y tras él apixabán; en Urgencias rivaroxabán seguido de apixabán y dabigatrán. Las preferencias de prescripción por Servicios presenta una amplia variabilidad. En algunos casos estas diferencias de prescripción parecen tener justificación por las peculiaridades de cada fármaco: se debe/puede optar por dabigatrán en caso de accidente cerebro vascular reciente mientras se estaba con AVK (parece coherente que sea el más prescrito por Neurología); y rivaroxabán en el caso de que se prefiera una dosis única diaria (en Medicina Interna suelen tener polimedización). Se debe reseñar que apixabán, aunque fue el último comercializado, es el segundo ACOD más prescrito en los Servicios de Cardiología, Neurología y Urgencias, y no se prescribió en Medicina Interna.

Conclusiones: 1. El ACOD más prescrito en el CAZA fue rivaroxabán. 2. El servicio que más ACOD prescribe es el de Cardiología. 3. Mientras que los Servicios de Urgencias y Medicina Interna prefieren rivaroxabán, en Cardiología y Neurología es más prescrito es dabigatrán. 4. A pesar de ser el último comercializado, apixabán ha alcanzado un posicionamiento importante.

209. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

V. Pallarés Carratala¹, R.A. Valero Valero², I. Martín Valls³, A. González Gamarra⁴, B. López Uriarte⁵, G. Nieto Barco⁶, J. Espinosa García⁷, L. Fernández Fernández⁸, J.I. Aza Pascual-Salcedo y R. Sáez Jiménez¹⁰

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Centro de Salud La Fábrica, Alcoi.

³Centro de Salud Onda, Onda. ⁴Centro de Salud Goya, Madrid.

⁵Centro de Salud Humanes, Madrid. ⁶Consultorio Local de La Coronada, Badajoz. ⁷Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte, Badajoz. ⁸Centro de Salud Bienvenida, Badajoz. ⁹Centro de Salud Sector 3, Getafe. ¹⁰Centro de Salud de Hija, Teruel.

Objetivo: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en consultas de Atención Primaria (AP) en España. El objetivo del presente estudio es conocer el tratamiento farmacológico que reciben los hipertensos (HTA) en el Estudio IBERICAN.

Métodos: En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de AP. Los pacientes serán seguidos durante un periodo mínimo de 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se estima que la población global alcance los 15.000 individuos. Se presentan las características basales del segundo corte (n = 2.281).

Resultados: 1.073 pacientes son HTA (46,9%), su edad media fue de 65,9 ± 11 años, 51,2% mujeres. El grado de control de la presión arterial (criterio ESH 2013) fue 75,1%. Un 57% realiza dieta para su HTA, un 92,6% tratamiento antihipertensivo. Los fármacos antihipertensivos más frecuentemente empleados son: ARA-II 47,4%, diuréticos 43,9%, IECA 36,3%, calcioantagonistas 22,9%, betabloqueantes 17,2%. Los antihipertensivos en monoterapia 61,2%, biterapia 29,2% y tres o más fármacos 9,5%. Los HTA tomaban respecto a no HTA: más estatinas: 51,3% vs 22,1%, p < 0,000; más antidiabéticos, fundamentalmente metformina 22,8% vs 6,4%, p < 0,000; más antitrombóticos, fundamentalmente ácido acetilsalicílico 20,8% vs 4,9%, p < 0,000.

Conclusiones: 9 de cada 10 HTA en Atención Primaria reciben tratamiento antihipertensivo, principalmente en monoterapia. Los fármacos que bloquean el sistema renina angiotensina y los diuréticos son los fármacos más empleados. Los HTA reciben más estatinas, antidiabéticos y antitrombóticos.

210. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LOS SUJETOS HIPERTENSOS TRATADOS SEGÚN SU CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL. PRESCAP 2010

S.M. Velilla Zancada¹, M.A. Prieto Díaz², F.J. Alonso Moreno³, G.C. Rodríguez Roca⁴, A. Barquilla García⁵, J.M. Fernández Toro⁶, A. Calderón Montero⁷, L. García Matarín⁸, A. Vicente Molinero⁹ y V. Barrios Alonso¹⁰

¹Centro de Salud Ancín, Navarra. ²Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo. ³Centro de Salud Sillería, Toledo. ⁴Centro de Salud Puebla de Montalbán, Toledo. ⁵Centro de Salud de Trujillo, Cáceres. ⁶Centro de Salud Zona Centro, Cáceres. ⁷Centro de Salud Doctor Pedro Laín Entralgo, Alcorcón. ⁸Centro de Salud de Vicar, Almería. ⁹Urgencias, Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ¹⁰Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo: Determinar el número de fármacos tomados en los sujetos con hipertensión arterial (HTA) tratada atendidos en atención primaria según el control de la presión arterial (PA).

Métodos: Estudio transversal multicéntrico. Se seleccionaron 12.961 sujetos de ambos sexos de más de 18 años diagnosticados de HTA que seguían un tratamiento farmacológico antihipertensivo desde al menos tres meses antes de su inclusión en el estudio. Se incluyeron variables referentes a la edad, al sexo, a factores de riesgo cardiovascular asociados, a presencia de lesión de órgano diana o a otras enfermedades cardiovasculares conocidas. Se consideró que un individuo presentaba hipotensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) era < 110 mmHg y/o la presión arterial diastólica (PAD) < 70 mmHg; PA controlada cuando tenía la PAS entre 110-139 mmHg y la PAD entre 70-89 mmHg y PA mal controlada cuando la PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg.

Resultados: La edad media de la población ha sido de 66,2 ± 11,4 años. Un 51,7% eran mujeres. La antigüedad de la HTA era de 9,1 años de media (DE: 6,7). La PA media fue de 135,8 ± 14,4/79,2 ± 9,4 mmHg. El 13,1% (IC95%: 12,4-13,6) de los individuos presentaban hipotensión. El 50,2% de los pacientes tenía PA bien controlada (IC95%: 49,4-51,04) y un 36,7% estaban mal controlados (IC95%: 35,9-37,5). La PA media fue de 126,2 ± 14,9/64,1 ± 4,5 mmHg en los individuos hipotensos; de 128,5 ± 7/78,2 ± 5,3 mmHg en los controlados y de 149,3 ± 11,7/85,9 ± 8,2 mmHg en los hipertensos mal controlados. El número de fármacos medio tomados por el total de hipertensos fue de 1,53 ± 0,7, en los sujetos con hipotensión de 1,70 ± 0,8, en los controlados de 1,46 ± 0,7 y en los hipertensos mal controlados de 1,56 ± 0,7 (p = 0,012). Seguían tratamiento con tres o más fármacos el 10,9% de los hipertensos, el 17% de los pacientes con hipotensión, el 8,6% de los hipertensos bien controlados y el 12% de los hipertensos mal controlados (p < 0,001).

Conclusiones: Parece que existe un fenómeno en U y los sujetos con hipotensión, y los hipertensos mal controlados, son los que mayor número de fármacos toman. Este hecho se debe tener en cuenta puesto que la PA excesivamente baja puede estar relacionada con el tratamiento.