

Riesgo Vascular

Revista Oficial de la Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular



.....

■ **Intolerancia hidrocarbonada y diabetes tipo 2
'ex novo' en hipertensos**

*Blas Gil Extremera, Ana Josefa Pérez Matos,
Antonia Maldonado Martín*

.....

■ **¿Hasta cuánto debemos bajar los niveles de c-LDL?**

José Villar y Ovidio Muñiz

.....

■ **Comunicaciones XV Reunión de la SAHTA**



C-01 Coste-efectividad de atorvastatina en hipertensos con riesgo moderado: evaluación económica del estudio 'ASCOT-LLA'

C. Calvo¹, P. Lindgren², J.F. Bobadilla³

¹Hospital Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

²Instituto Karolinska, Estocolmo.

³Pfizer, Madrid.

Introducción: En el estudio ASCOT-LLA (Anglo Scandinavian Cardiac Outcomes Trial- Lipid Lowering Arm), se aleatorizaron a atorvastatina 10 mg o placebo, a 10.305 hipertensos con factores de riesgo cardiovascular adicionales y colesterol < 250 mg/dL. Tras 3,3 años de seguimiento se interrumpió precozmente, demostrándose reducción del 36% ($p = 0,0005$) del objetivo primario (tiempo al primer infarto no fatal o muerte coronaria), del 27% del ictus y del 21% para todos los eventos y procedimientos cardiovasculares (EPCV).

Objetivos: Determinar el coste incremental y el índice coste-efectividad incremental (ICER) por evento evitado de atorvastatina 10 mg utilizando costes españoles.

Métodos: Se realizó bajo la perspectiva del Sistema Nacional de Salud. Para ilustrar la posible interpretación de este análisis, se hizo una estimación exploratoria indirecta del coste por año de vida ganado (AVG): considerando los costes por evento evitado y por AVG del estudio WOSCOPS, por otro lado, el coste/evento evitado en el

ASCOT-LLA se extrapoló un coste por AVG para el ASCOT-LLA.

Resultados: a) Aproximadamente un 40% del coste del tratamiento es compensado por ahorro de recursos, fundamentalmente hospitalizaciones y medicación concomitante. b) Considerando todos los EPCV, el ICER de atorvastatina 10 mg vs. placebo fue de 18.768 € por evento evitado y, considerando sólo la variable primaria de eficacia, de 60.411 €. c) Se estimó que el coste/AVG estaría por debajo de 16.800 €.

Conclusiones: En una población de prevención primaria de riesgo moderado, el coste incremental de atorvastatina se compensa extensamente por reducciones en EPCV y medicaciones concomitantes. El coste por evento evitado para todos los EPCV y para el objetivo primario, representa un buen coste-efectividad en prevención primaria. Se está desarrollando un modelo específico para el ASCOT-LLA del coste/AVG, cuyos resultados preliminares muestran un coste/AVG considerablemente inferior al estimado.

C-02 Análisis estadístico del perfil hipertensivo en la mujer menopáusica natural y artificial

P. Carralero García, J. Valenzuela Serrano, M.I. Valenzuela Martín, J.S. Luque Martín, J.M. Reina Fernández, J.J. Sánchez Luque, M.J. Caballero Alonso

Centro de Salud San Andrés-Torcaal.

Centro de Salud Trinidad (Distrito Sanitario de Málaga).

Hospital Materno-Infantil, S.A.S, Málaga.

Introducción: La evaluación del riesgo cardiovascular en mujeres histerectomizadas es un pro-

blema de salud prioritario del que, sin embargo, existe escasa evidencia científica.

Objetivos: Establecer la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en pacientes afectas de menopausia natural y artificial; y comparar la presencia de HTA tipo 1 entre ambos grupos poblacionales.

Material y métodos: Análisis de 169 pacientes menopáusicas artificiales y 50 pacientes con menopausia natural. Se realiza previo consentimiento informado una primera fase de entrevista y

exploración clínica; y una segunda fase donde se procede a estudio analítico según protocolos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Se elabora ficha multiparamétrica de diseño propio y análisis estadístico mediante el programa SPSS v. 11.5 para Windows.

Resultados: Edad (menopausia natural): $56,32 \pm 6,31$ años; Edad (menopausia artificial): $53,31 \pm 7,78$ años.

FIGURA 1. Hipertensión arterial.

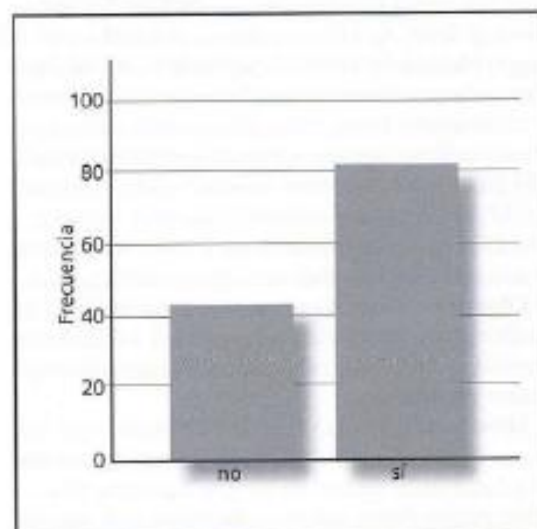
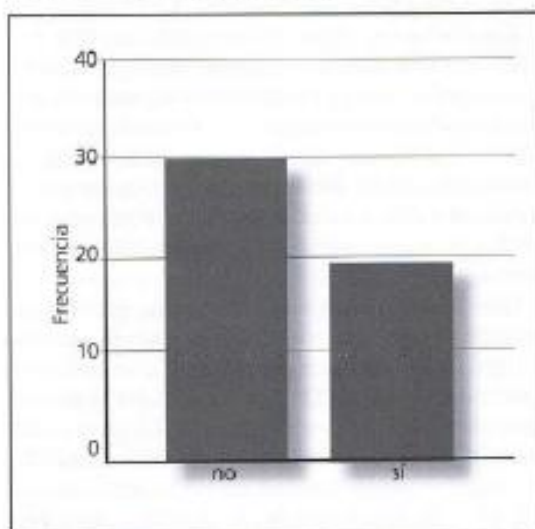
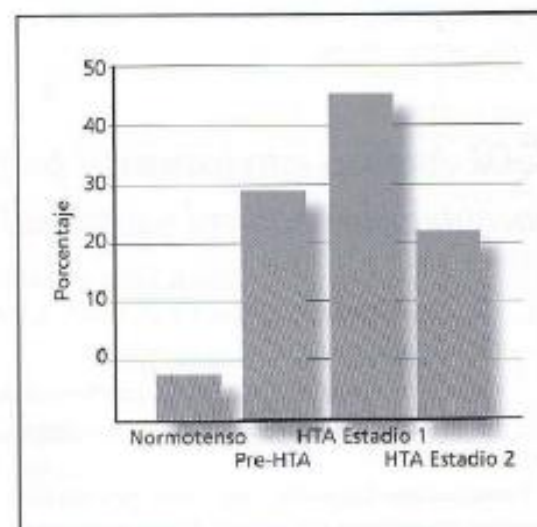
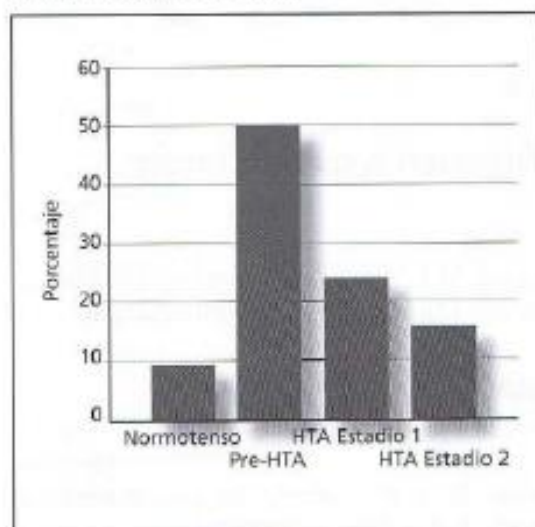


FIGURA 2. Estadios de HTA.



Prevalencia de HTA (menopausia natural): 44%;
Prevalencia de HTA (menopausia artificial): 65,5%.

HTA estadio 1 (menopausia natural): 24%; HTA
estadio 1 (menopausia artificial): 43,7%. Se detec-
tan diferencias estadísticamente significativas ($p <$
0,016) en la prevalencia de HTA estadio 1 entre
ambos grupos poblacionales.

Conclusiones: Se detecta una elevada prevalen-
cia de HTA en los grupos de pacientes afectas de
menopausia natural y artificial.

Existen diferencias estadísticamente significati-
vas si comparamos la presencia de HTA estadio 1
en el grupo de menopausia artificial con respecto
al grupo de menopausia natural.

C-03 Patrón circadiano de presión arterial y filtrado glomerular

F. Jaén, J.D. Mediavilla, C. Fernández-Torres

Unidad de HTA y Lípidos. Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada).

Introducción: La monitorización ambulatoria
de la presión arterial (MAPA) se correlaciona
mejor con el daño orgánico que la presión ar-
terial casual. La MAPA también ha permitido di-
vidir a los pacientes en *dipper* (caída de más de
10% de la PAS nocturna respecto a la diurna)
y *non-dipper*. Los pacientes *non-dipper* parecen
tener un peor pronóstico en morbimortalidad
cardiovascular. Presentamos los datos del patrón
circadiano de PA y la afectación renal (medida a
través del filtrado glomerular) en pacientes hi-
pertensos tratados y no tratados.

Pacientes y métodos: Se incluyó en el estudio
a 702 pacientes con criterio para realizar MAPA
(diagnóstico dudoso de HTA, eficacia de trata-
miento, HTA resistente, discordancia entre PA
en consulta y en domicilio, etc.). La MAPA se
realizó en brazo no dominante y siguiendo los
criterios establecidos. Se tomó como PA diurna
la comprendida entre las 7 y las 22 horas. Se
definió a los pacientes con patrón *dipper* (PD)
como aquellos con descenso nocturno de PAS
mayor del 10%. A todos ellos se les realizó es-
tudio protocolizado de HTA y se les midió el fil-

trado glomerular (FG) según la ecuación MDRD
corregida para el sexo. Todos los resultados se
registraron en base de datos Access y se realizó
estudio estadístico mediante el programa SPSS
v. 12.0.

Resultados: La edad media fue $46,07 \pm 15,53$
años, 370 mujeres (52,7%) y con una evolu-
ción media del diagnóstico de la HTA de $4,51 \pm$
 $7,32$ años. Las cifras medias de PA clínica fue
de $152,73 \pm 23,06 / 94,48 \pm 11,57$ mmHg. El FG
medio fue $75,41 \pm 14,94$ mL. El 15,8% de los pa-
cientes presentaba un FG menor de 60 mL, y el
59%, un patrón *non-dipper* (PND). El FG en los
pacientes con PD y PND fue $79,16 \pm 16,04$ mL
frente a $73,62 \pm 14,08$ mL; $p = 0,002$. Igualmen-
te se obtuvo significación cuando los pacientes
eran categorizados a FG mayor o menor de 60
mL. Un FG menor de 60 mL supone un riesgo
estimado de 2,86 (IC 95%: 1,29-6,36) para pre-
sentar un PND.

Conclusiones: En nuestro estudio el 15,8% de
los pacientes presenta un filtrado glomerular
menor de 60 mL/m². Los pacientes con patrón
non-dipper presentan un filtrado glomerular menor.