

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

II Congreso Ibérico de Medicina Interna

OVIEDO

17-20 Noviembre 2010

Auditorio-Palacio de Congresos
"Príncipe Felipe"

**VII Congreso de la Sociedad
Asturiana de Medicina Interna**

*Mantenimiento del control de la HTA
a lo largo de un año: Estudio TAPAS.*

A. Galgo.

CS. Espronceda. Madrid.

T. Mantilla.

CS. Prosperidad. Madrid

ESTUDIO TAPAS
Tratamiento de la Hipertensión arterial
en Atención Primaria en España

C. Suárez, A. Galgo, T. Mantilla, M. Leal

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El proceso de atención al paciente hipertenso y la calidad del mismo es más complejo que la información puntual aportada por un corte transversal sobre grado de control. Por ello se plantea este estudio retrospectivo, que pretende describir la **actitud terapéutica** seguida por el médico de atención primaria ante un paciente hipertenso, dependiendo de estar o no controlado

Estudio TAPAS Diseño



Se distribuye a los pacientes en 4 cohortes predefinidas según el control de la hipertensión arterial al inicio y al final del año de seguimiento (cohorte 1 a 4) con el fin de responder al objetivo principal del estudio.

Las dos últimas cohortes (cohorte 5 y 6) permitirían evaluar la evolución del grado de control de la hipertensión al cabo de un año de seguimiento.

Objetivo Principal

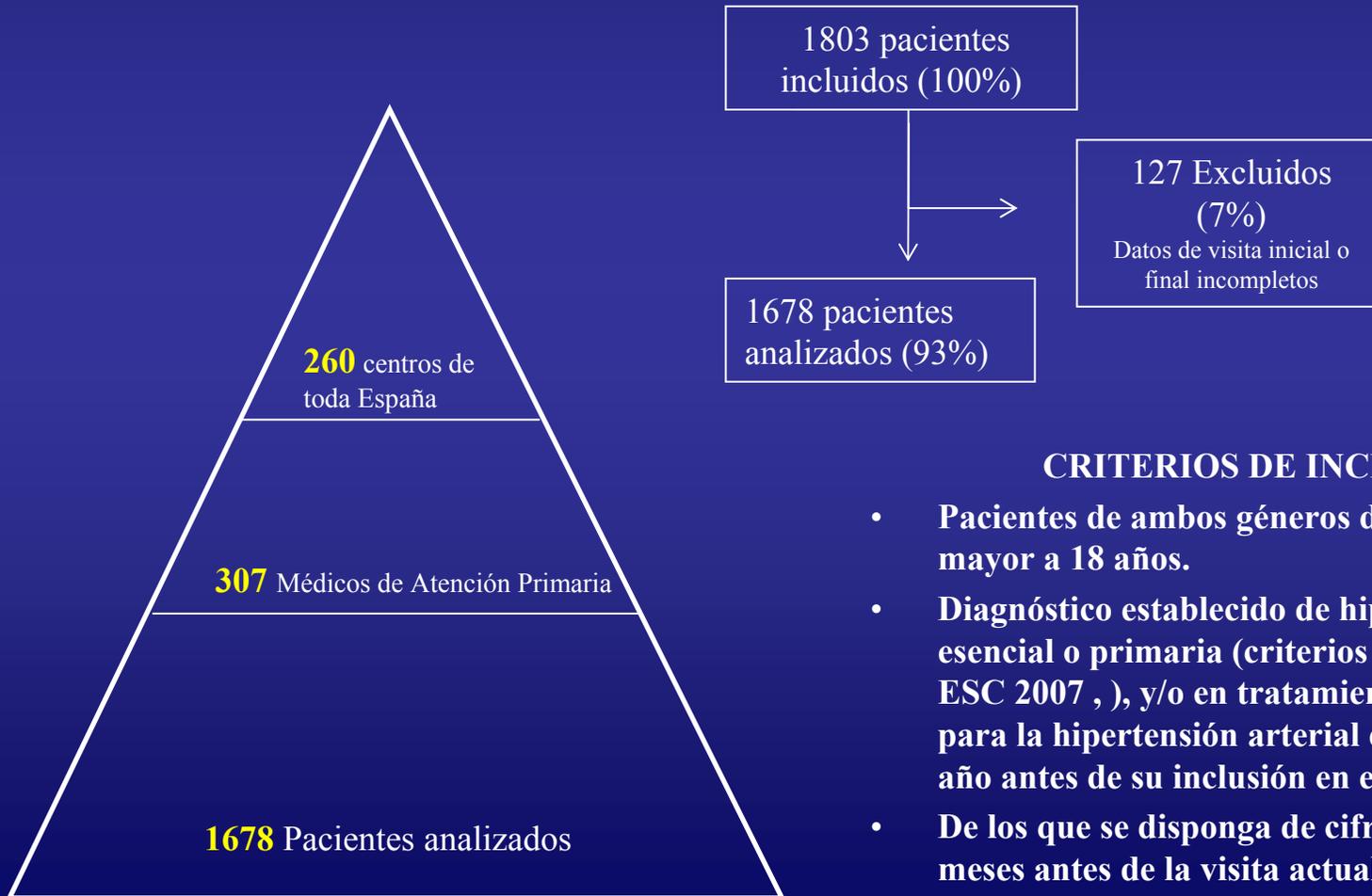
Comparar el proceso clínico- asistencial (actitud diagnóstica y terapéutica) en condiciones de práctica real seguida por el médico de atención primaria -ante un paciente hipertenso, dependiendo de que esté o no -controlado*, antes y después de un periodo de seguimiento de un año.

*: Se consideró BUEN control de HTA cuando la PAS y PAD fue $< 140/90$ mmHg a excepción de los pacientes con Diabetes ,I. Renal o Enfermedad vascular previa documentada en los que se consideró BUEN control de HTA cuando la PAS y PAD fueron $<130/80$ mmHg.

Objetivos secundarios

- Determinar las variaciones en el porcentaje de pacientes controlados y no controlados al año de seguimiento en la submuestra de pacientes que solo tienen pre-asignado el grado de control en el año previo (cohortes 5 y 6).
- Comparar el perfil clínico y el riesgo cardiovascular total según la estratificación del criterio de la guía europea ESH-ESC 2007.
- Describir las posibles causas relacionadas con la consecución o no del control de la PA en un año de seguimiento en condiciones de práctica clínica habitual.

Distribución y criterios de inclusión



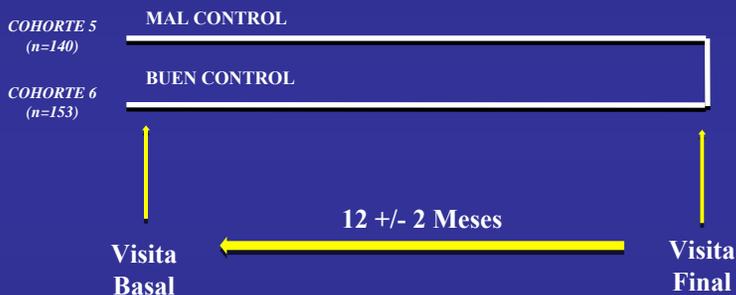
CRITERIOS DE INCLUSION

- **Pacientes de ambos géneros de edad igual o mayor a 18 años.**
- **Diagnóstico establecido de hipertensión arterial esencial o primaria (criterios de la guía ESH-ESC 2007 ,), y/o en tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial desde al menos 1 año antes de su inclusión en el estudio.**
- **De los que se disponga de cifras de PA 12+/- 2 meses antes de la visita actual con un seguimiento mínimo de un año.**

Cohortes abiertas

Características Basales

Distribución por cohorte



- Edad media: 64 años
- Varones : 51%

Antecedentes clínicos	C 5 N=140	C 6 N=153	Total N=293	p-valor
Años de evolución de HTA	8,1 (5,4)	8,9 (6,0)	8,5 (5,8)	0,251
Diabetes asociada, (%)	35,3	23,0	28,9	0,0215
Dislipemia asociada, (%)	56,1	44,0	49,8	0,0396
AP de ECV prematura, (%)	3,7	1,3	2,5	0,2655
AF de ECV prematura, (%)	8,8	13,9	11,5	0,1776
AP de cardiopatía isquémica, (%)	12,2	15,8	14,1	0,3834
ICTUS/TIA, (%)	2,9	5,9	4,5	0,2094
Arteriopatía periférica, (%)	10,1	11,8	11,0	0,6297
Insuficiencia renal, (%)	4,3	2,0	3,1	0,3195
Tabaquismo en visita basal, (%)	13,0	11,3	12,1	0,6422
Consumo de alcohol en visita basal, (%)	12,2	11,3	11,7	0,7972

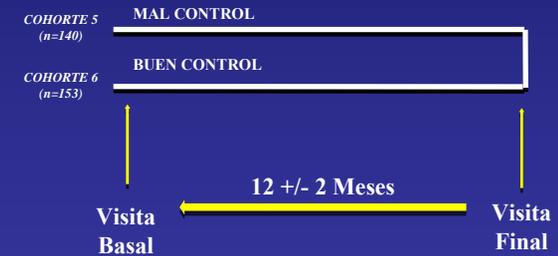
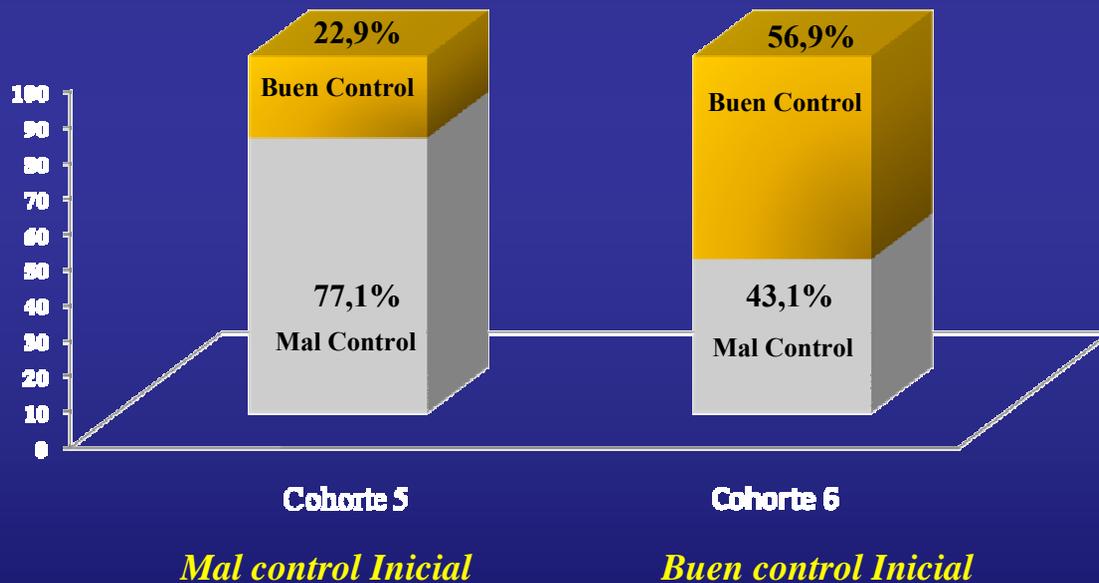
• **296** pacientes hipertensos consecutivamente atendidos en consultas de atención primaria, al menos con un año de seguimiento, de los cuales 3 fueron excluidos por falta de datos.

• Los pacientes inicialmente mal controlados eran más frecuentemente **diabéticos y dislipémicos**, No diferenciándose en las otras características evaluadas (años evolución HTA, Insuficiencia renal, arteriopatía periférica, AF de ECV, AP de ECV, tabaco y alcohol).

Cohortes abiertas

Evolución del control de la HTA en las cohortes abiertas:

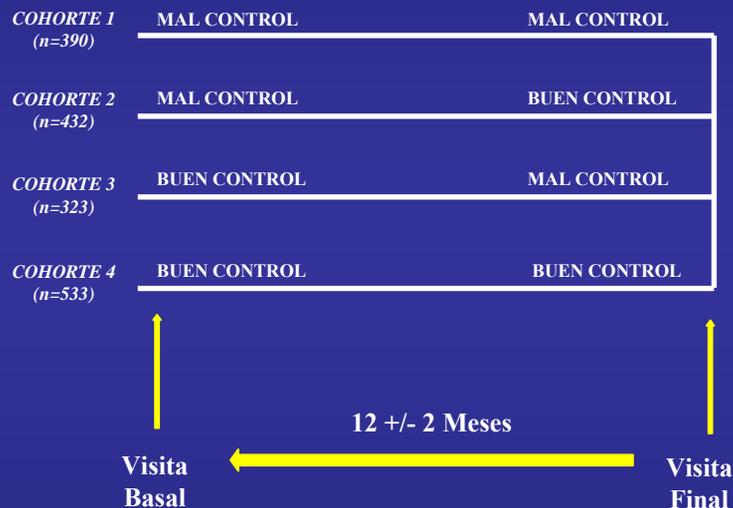
Evolución del control de la HTA al año de seguimiento



Características basales de cohortes cerradas

Hábitos y antecedentes clínicos

Distribución final incluyendo las cohortes abiertas



	C 1	C 2	C 3	C 4	Total	p
Tabaquismo en visita basal, (%)	26,0	16,2	16,1	12,0	17,1	<0,0001
Consumo de alcohol en visita basal, (%)	24,6	20,0	17,0	11,4	17,7	<0,0001
Años de evolución de HTA: Media	8,7	8,5	9,1	8,5	8,7	NS
Diabetes asociada, (%)	39,5	28,2	37,8	24,1	31,4	<0,0001
Dislipemia asociada, (%)	58,8	58,5	57,9	46,4	54,6	0,0001
AP de ECV prematura, (%)	3,7	4,4	2,6	3,1	3,4	NS
AF de ECV prematura, (%)	8,9	9,2	11,2	8,2	9,2	NS
AP de cardiopatía isquémica, (%)	16,7	20,2	19,3	15,5	17,7	NS
ICTUS/TIA, (%)	4,1	4,7	4,4	4,7	4,5	NS
Arteriopatía periférica, (%)	13,4	8,9	11,6	8,7	10,4	NS
Insuficiencia renal, (%)	7,9	6,8	6,6	2,8	5,8	0,0044
HVI (%)	18,9	14,3	11,8	9,6	13,4	0,0036
ITB<0,9 (%)	42,1	22,2	24,1	37,5	31,6	0,0160

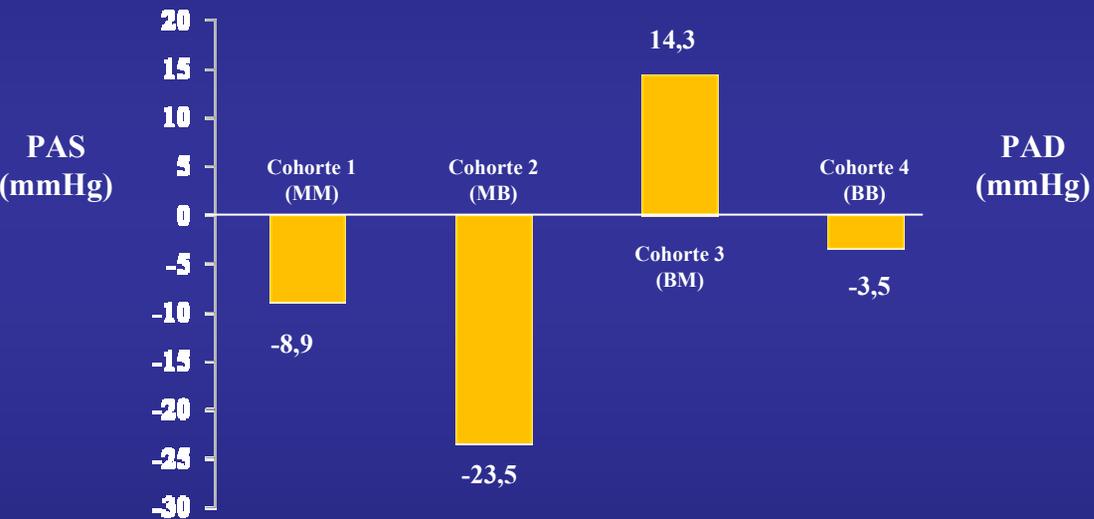
En función del buen y mal control que presentaron los pacientes incluidos en las cohortes 5 y 6, estos se distribuyeron en las demás cohortes.

La edad media fue 64 años, siendo el 53 % varones

En las cohortes que no alcanzaron el control o lo perdieron al año de seguimiento había un mayor número de **diabéticos**, **dislipémicos**, **tabaquismo** y **consumidores de alcohol**. Además, el daño orgánico era mayor (% mayor EUA, % de HVI y % de ITB < 0,9).

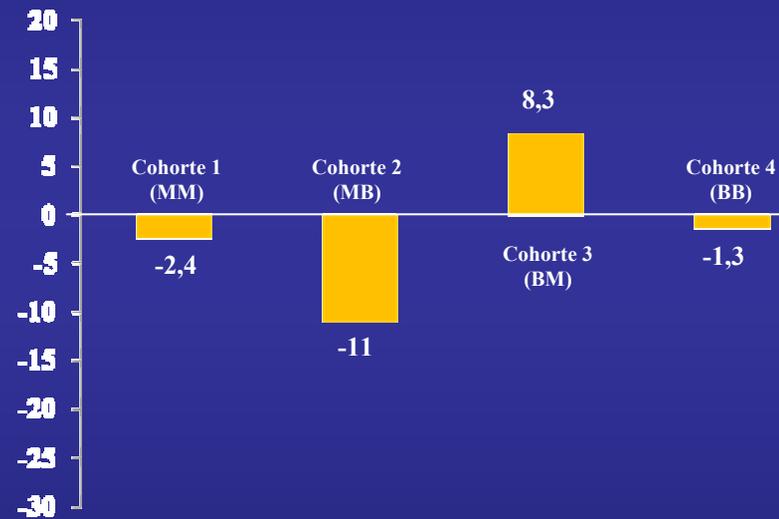
Cambio en PA a lo largo del estudio

Cambio en PAS entre visitas



P<0,0001 entre grupos

Cambio en PAD entre visitas



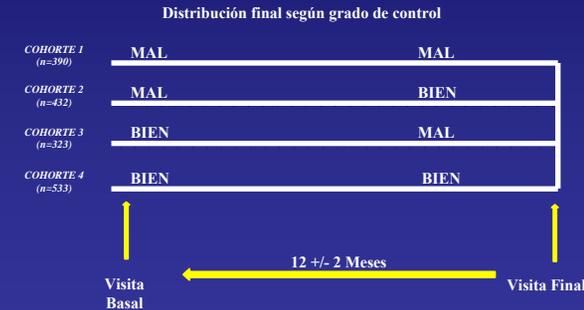
P<0,0001 entre grupos

C1: M—M, C2: M—B.

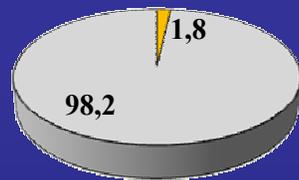
C3: B—M, C4: B---B

Persistencia del control de la HTA

Pacientes con más de la mitad de las visitas con BUEN CONTROL de la PA

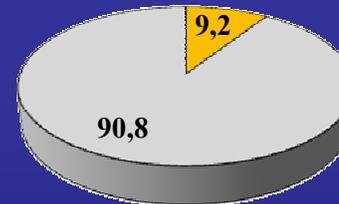


Cohorte 1



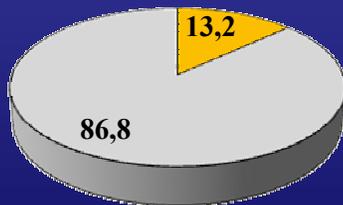
- Pacientes (%) con más de la mitad de visitas con buen control
- Pacientes (%) con más de la mitad de visitas con mal control

Cohorte 3



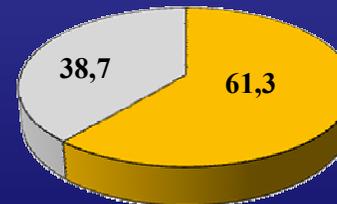
- Pacientes (%) con más de la mitad de visitas con buen control
- Pacientes (%) con más de la mitad de visitas con mal control

Cohorte 2



- Pacientes (%) con más de la mitad de visitas con buen control
- Pacientes (%) con más de la mitad de visitas con mal control

Cohorte 4

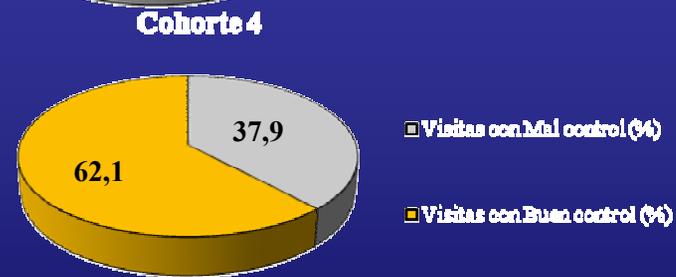
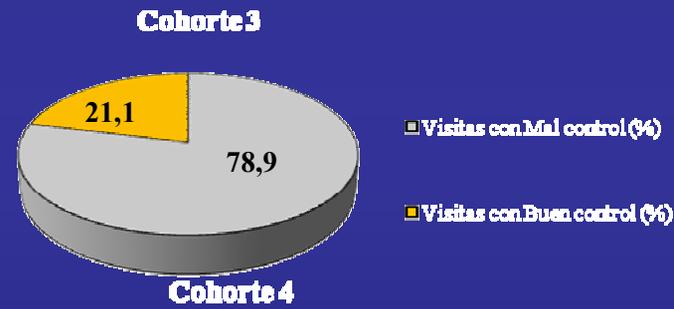
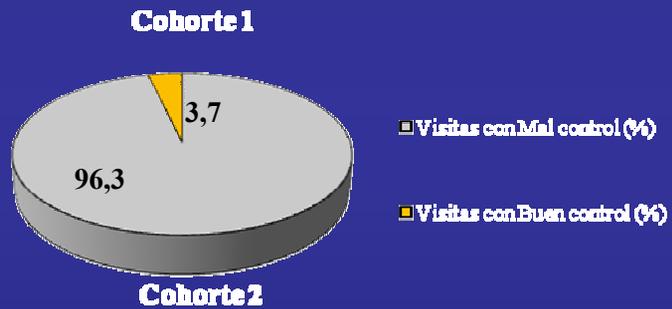
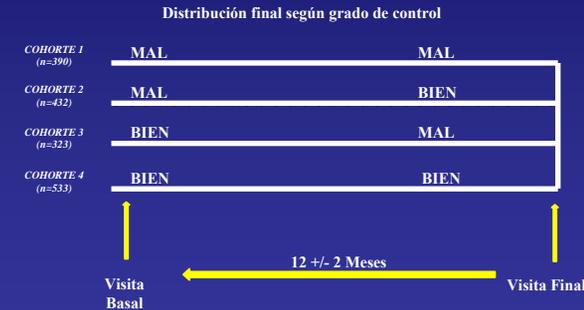


- Pacientes (%) con más de la mitad de visitas con buen control
- Pacientes (%) con más de la mitad de visitas con mal control

C1: M—M, C2: M—B.
C3: B—M, C4: B—B.

Persistencia del control de la HTA

Visitas (%) con MAL CONTROL de la PA



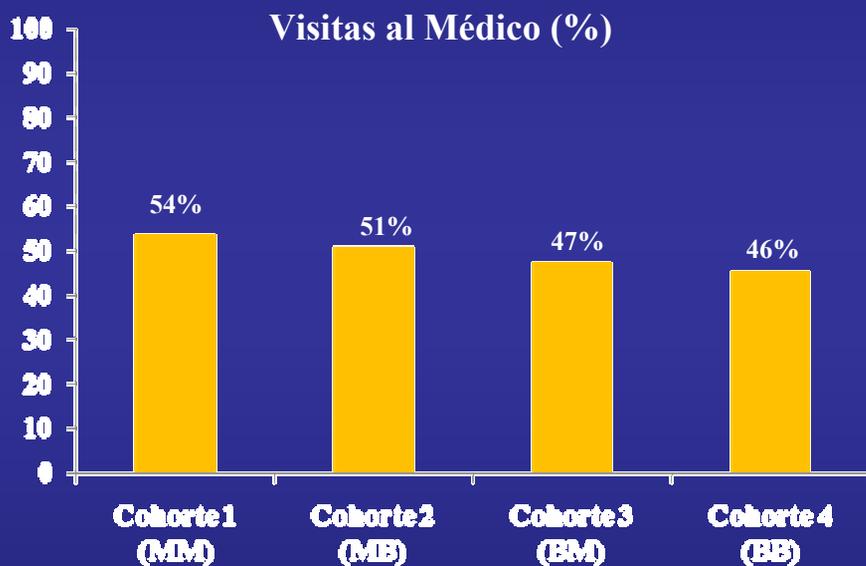
**C1: M—M, C2: M—B.
C3: B—M, C4: B---B.**

Persistencia del control de la HTA

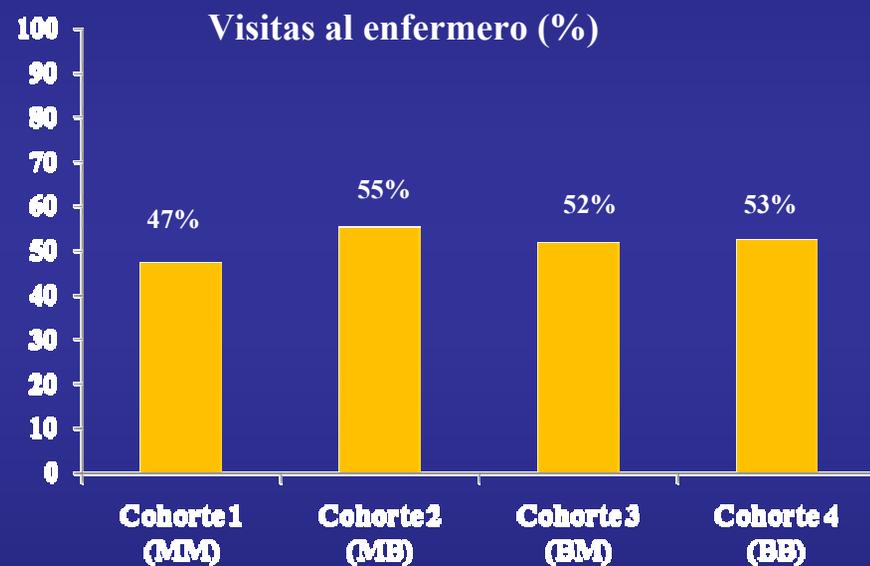
% Visitas con Buen Control	Pacientes (%)				p
	Cohorte 1 (MM)	Cohorte 2 (MB)	Cohorte 3 (BM)	Cohorte 4 (BB)	
Inferior al 10%	89,6	42,2	48,7	19,1	<0,0001
Entre el 90% y el 100%	0,6	1,5	1,5	39,4	<0,0001

% Visitas con Mal Control	Pacientes (%)				p
	Cohorte 1 (MM)	Cohorte 2 (MB)	Cohorte 3 (BM)	Cohorte 4 (BB)	
Inferior al 10%	0,6	1,5	1,9	39,6	<0,001
Entre el 90% y el 100%	89,0	42,2	47,1	18,9	<0,001

Diferencias en la intervención clínico asistencial



p=0,018 entre grupos



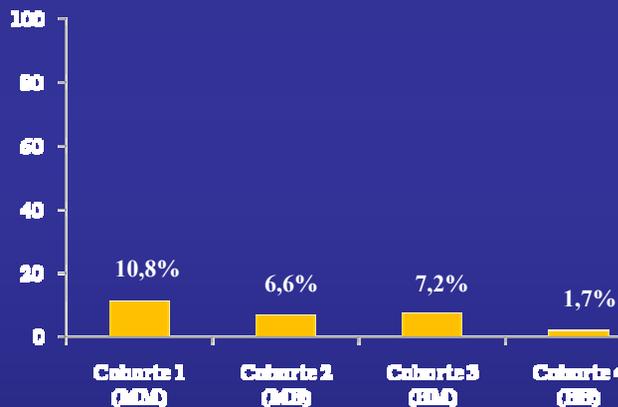
p=0,060 entre grupos

***C1: M—M, C2: M—B.
C3: B—M, C4: B---B.***

Diferencias en la intervención clínico asistencial

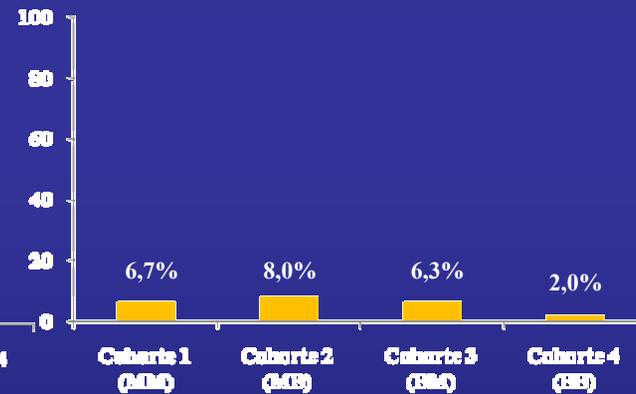
Tratamiento farmacológico

Visitas con Incremento de Dosis (%)



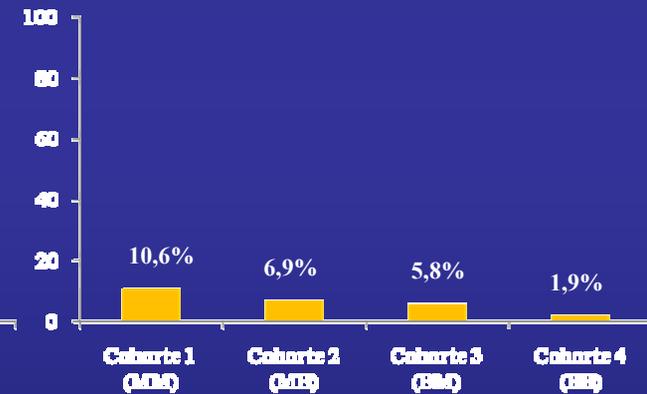
$p < 0,0001$ entre grupos

Visitas con cambio de Fármaco (%)



$p < 0,0001$ entre grupos

Visitas con adición de otro fármaco (%)



$p < 0,0001$ entre grupos

Diferencias en la intervención clínico asistencial

	Visitas con intervención clínico asistencial (%)				p
	Cohorte 1	Cohorte 2	Cohorte 3	Cohorte 4	
Derivación a especialista	2.6	2.1	4.8	1.3	0,0001
Ampliación de estudio	3.3	3.0	4.8	1.7	0.0062
Repetición de tomas de PA	26.1	21.1	21.8	14.7	0.0001
Realización de AMPA	1.7	2.1	3.2	0.95	0.0533
Realización de MAPA	1.6	3.0	1.1	0.3	0.0013

**C1: M—M, C2: M—B.
C3: B—M, C4: B---B.**

Consumo de fármacos presores

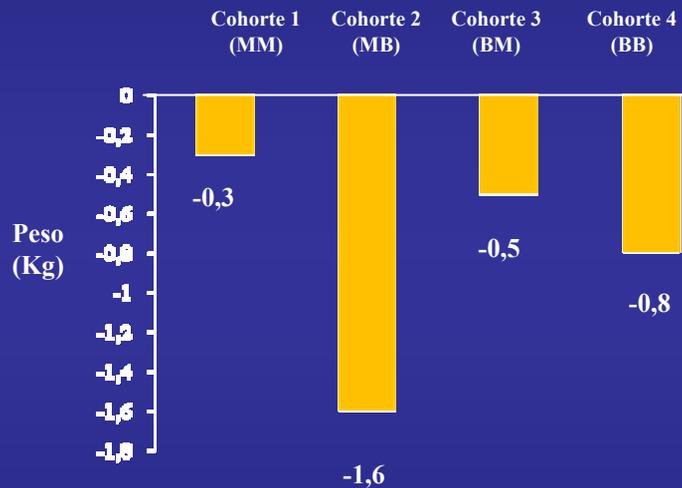
	Pacientes (%)				p
	Cohorte 1	Cohorte 2	Cohorte 3	Cohorte 4	
AINEs (VB)	38,2	30,3	26,3	26,2	0,0006
AINES (VF)	33,3	28,8	29,3	23,7	0,0188
Efervescentes (VB)	17,1	14,8	16,9	18,9	0,6100
Efervescentes (VF)	18,8	14,8	16,9	15,6	0,7500
Corticoides (VB)	1,9	1,5	1,7	2,4	0,7754
Corticoides (VF)	2,3	1,6	2,1	2,2	0,8846
A.Orales (VB)	0,9	0,3	0,3	0,2	0,1116
A. Orales (VF)	0,3	0,3	0,7	0	0,4490

VB: Visita basal, VF: Visita final

C1: M—M, C2: M—B.
C3: B—M, C4: B---B.

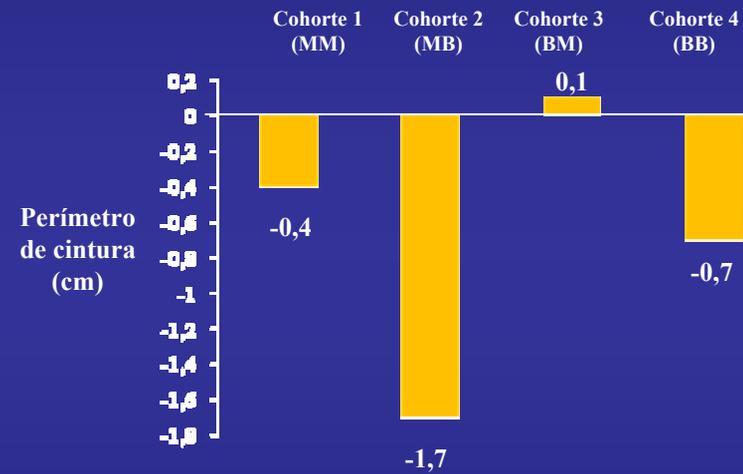
Peso y Perímetro de Cintura

Cambio de Peso entre visita basal y final



P<0,05 entre grupos

Cambio de Perímetro de cintura entre visita basal y final



P<0,01 entre grupos

C1: M—M, C2: M—B.

C3: B—M, C4: B—B.

Consumo de Alcohol en las diferentes cohortes

Consumo de alcohol	Pacientes (%)				p
	Cohorte 1 (MM)	Cohorte 2 (MB)	Cohorte 3 (BM)	Cohorte 4 (BB)	
En visita basal	24,6	20,0	17,0	17,7	<0,0001
En visita final	24,5	18,1	16,9	11,4	<0,0001

Unidades de alcohol por semana	N° de Unidades				p
	Cohorte 1 (MM)	Cohorte 2 (MB)	Cohorte 3 (BM)	Cohorte 4 (BB)	
En Visita basal	26,5	15,1	14,8	15,8	0,0043
Cambio entre visita Basal y Final	-1,6	-1,1	-1,0	-1,2	0,9879

Control lipídico

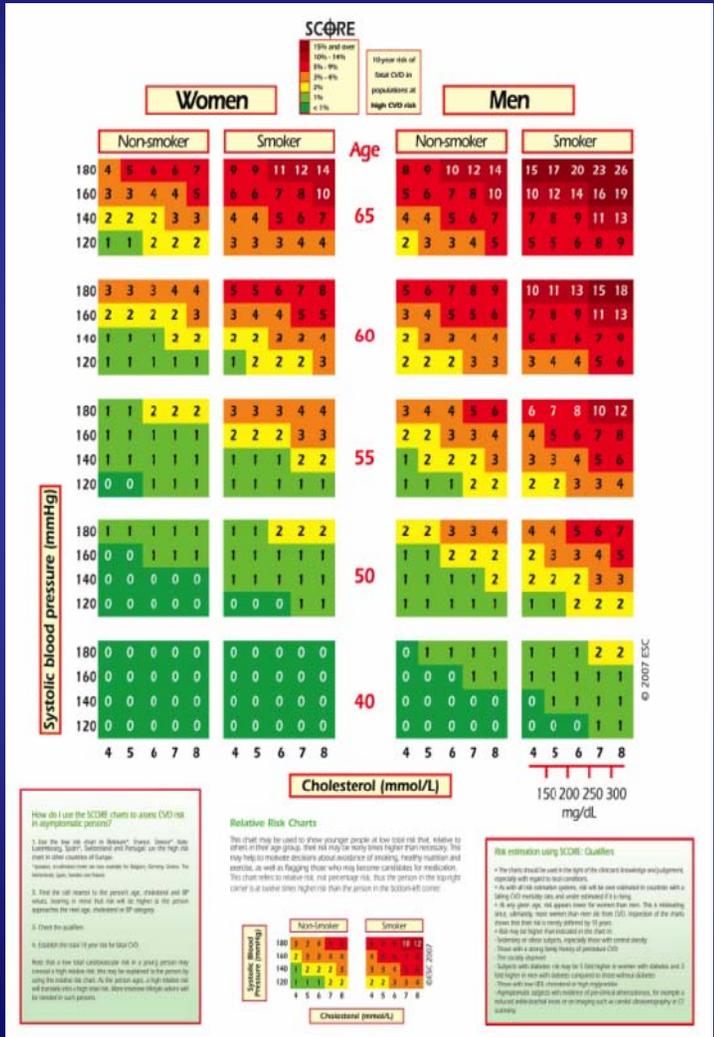
- Se valoró el perfil lipídico y control según el riesgo cardiovascular, **utilizando la Tabla SCORE** en los pacientes sin ECV.

- Se dividió a los pacientes en tres grupos:**

- 1: SCORE < 5%,
- 2: SCORE ≥ 5% y
- 3: ECV o DM.

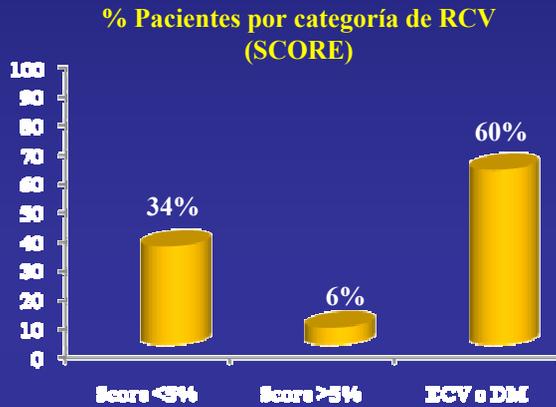
- Objetivos:**

- cohorte 1 : LDL < 115 mg/dl,
- cohorte 2 y 3 LDL < 100 mg/dl o LDL < 80 mg/dl



Estudio TAPAS

Control Lipídico según el Riesgo Cardiovascular

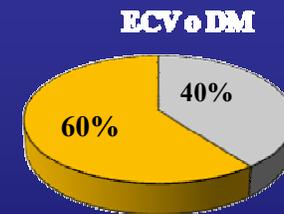
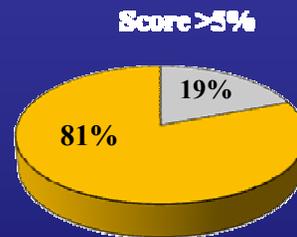
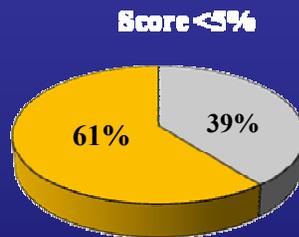


Perfil lipídico de los diferentes grupos de RCV (mg/dl) en visita Basal

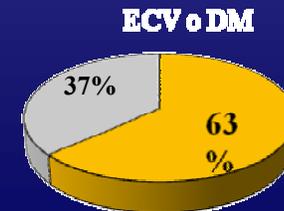
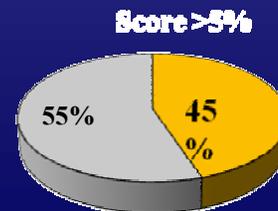
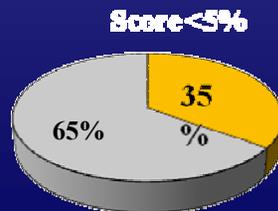
	Grupo 1 (Score <5%)	Grupo 2 (Score ≥5%)	Grupo 3 (ECV o DM)	p
Colesterol Total (Media)	209,3	226,2	207,4	<0,0001
LDLc (Media)	129,6	143,9	126,9	<0,0004
HDLc (Media)	54,8	51,6	51,2	<0,0001
Trigliceridos (Media)	133	152,7	152,3	<0,0001

Pacientes (%):

- con CT ≥ 200 mg/dl
- con CT < 200 mg/dl



- Con Estatinas
- Sin Estatinas

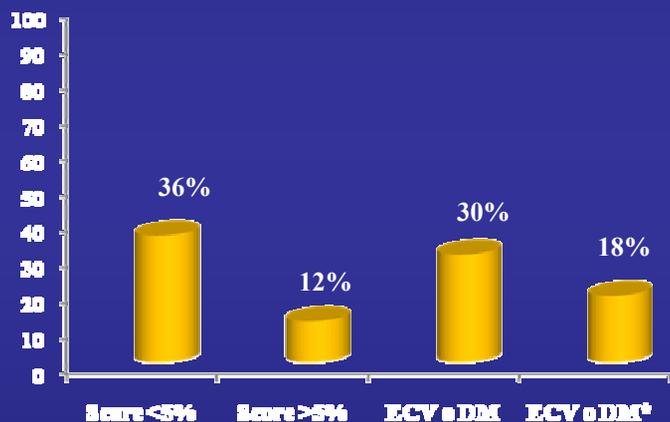


Estudio TAPAS

Control Lipídico según el Riesgo Cardiovascular

En visita Basal

% Pacientes en cifras objetivo de LDLc

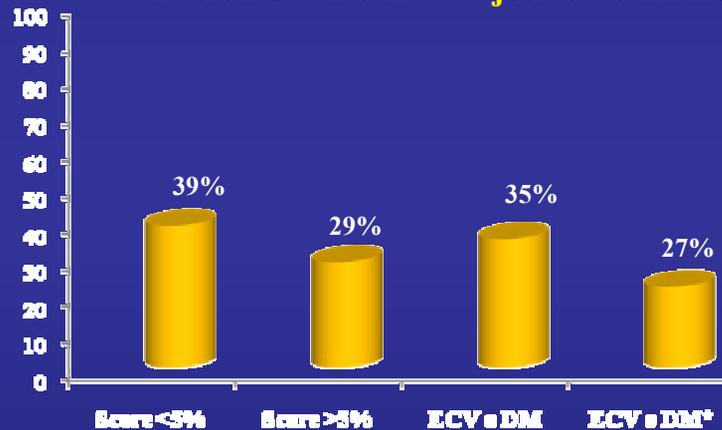


*: LDLc < 80mg/dl

p < 0,0001 entre grupos

Al año de seguimiento

% Pacientes en cifras objetivo de LDLc



*: LDLc < 80mg/dl

p < 0,0001 entre grupos

Conclusiones

Intervención clínico-asistencial

- Los **pacientes mal controlados tanto al inicio como al año de seguimiento** tienen un **mayor** porcentaje de visitas con el médico, **repetición de tomas**, son a los que más frecuentemente se les **incrementa la dosis**, y se les **añade otro antihipertensivo**.
- **A pesar de ello se mantiene el mal control**, hecho que sugiere una **escasa efectividad de las medidas tomadas** y que debería ser analizado con estudios posteriores no transversales sobre inercia terapéutica en condiciones de práctica clínica habitual.

Conclusiones

Cambio en la situación de control de la HTA y persistencia del control de la HTA

- **cohortes abiertas**, solamente un 23% de los mal controlados consiguen un buen control de la HTA al año de seguimiento, mientras que un 43% de los bien controlados lo han perdido tras este periodo. Por lo tanto, el mantenimiento del buen control de la HTA al año únicamente se consigue en poco más de la mitad de los pacientes.
- **cohortes cerradas**, solamente un 40% de los hipertensos bien controlados a la inclusión y al año mantuvieron buen control en al menos el 90% de las visitas realizadas durante ese año, mientras que el 90% de los mal controlados, tanto al inicio como al año de seguimiento, presentan mal control al menos en el 90% de las visitas.
- Parece necesario no únicamente conocer el grado de control de la HTA en estudios transversales, sino la persistencia del mismo ya que es este el último determinante de la eficacia de la intervención.

Conclusiones

- En nuestro estudio el **65%** de los pacientes con ECV o DM no están en objetivo y **solo el 30%** de los hipertensos con SCORE $\geq 5\%$ lo consiguen en un año de seguimiento
- El 85% son pacientes de bajo riesgo (SCORE $<5\%$) con LDL 126 mg/dl al año
- **Aunque nuestros resultados indican que estamos muy lejos de alcanzar los objetivos de control lipídico**

Conclusiones

- Los esfuerzos realizados para mejorar el grado de control de los pacientes hipertensos siguen siendo insuficientes.
- Parece necesario no solo **intensificar el tratamiento** antihipertensivo sino también las **modificaciones el estilo de vida** en particular reduciendo la toma de alcohol y el peso.