

Tabla Comunicación 40.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Valencia	8,98	7,56	9,11	8,81	9,04	11,94	11,63	12,39
Navarra	7,04	5,45	5,04	6,8	7,35	8,62	5,71	7,07

recursos sanitarios/asistencia a la enfermedad, podría afectar a la salud y mortalidad cardiovascular. Pretendemos describir las tendencias en la tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva (EH) en el periodo previo y durante los años de la crisis económica para determinar si se producen cambios y si estos afectan por igual a diferentes comunidades.

Métodos: El indicador epidemiológico (tasas ajustadas de mortalidad por EH) elaborado en el CNE-Instituto de Salud Carlos III, utilizando los registros individuales de mortalidad proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) procedentes de los Boletines Estadísticos de Defunción y clasificados según 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). Se comparan las tendencias en las mismas obtenido en los años previos a la crisis económica (2005 a 2008) y los años de crisis (2009-2012) en comunidades menos (Navarra) y más afectadas (Valencia) por la misma.

Resultados: Tasas de mortalidad ajustada a población europea (tabla). Mortalidad media en el periodo precrisis: 8,98 en Valencia y 6,10 en Navarra, y durante la crisis 11,25 y 7,2. Aumento de la mortalidad en el segundo periodo: 2,6 y 1,1 respectivamente. Las diferencias entre ambas comunidades aumentaron a lo largo del periodo estudiado: 2,5 precrisis frente a 4,0 durante la crisis.

Conclusiones: Ya existían diferencias en la mortalidad en ambas comunidades previamente a la crisis. El aumento de mortalidad en el periodo de crisis económica ha sido más acusado en la comunidad Valenciana, aumentando las diferencias iniciales.

41. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR ANTICOAGULADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS DEL ESTUDIO PAULA

V. Barrios¹, C. Escobar², J. Polo³, J.M. Lobos⁴, L. Prieto⁵, D. Vargas⁶, G. Osorio⁷, S. Fuentes⁸, A. Barquilla⁹ y L. García¹⁰

¹Hospital Ramón y Cajal. ²Hospital La Paz. ³CAP El Casar. ⁴CS Jazmín, Atención Primaria Área 4. ⁵Bioestadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. ⁶Unidad de Hospitalización Polivalente, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Poniente. ⁷Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. ⁸CAP Santa Rosa. ⁹CS Trujillo. ¹⁰CS La Alamedilla.

Objetivo: El objetivo principal del estudio PAULA fue conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España. El estudio fue avalado por las tres principales sociedades científicas de atención primaria (SEMERGEN, SEMFYC y SEMG). En el presente análisis se muestra el perfil clínico de los pacientes incluidos.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se incluyeron a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito.

Resultados: En total se incluyeron 1.562 pacientes, de los que 1.524 (97,6%) fueron evaluables. La edad media de los pacientes incluidos fue de 77,4 ± 8,7 años. El 48,6% de los pacientes fueron mujeres. El 80,2% de los pacientes tenía antecedentes de hipertensión arterial, el 57,2% de dislipemia, el 31,0% de diabetes, el 23,9% insuficiencia cardiaca, el 13,7% antecedentes de infarto/accidente isquémico transitorio, el 9,6% antecedentes de infarto de miocardio, el 6,5% enfermedad arterial periférica, y el 6,0% insuficiencia renal. El 8,8% tenían antecedentes de sangrado anemia o predisposición al sangrado, y el 12,3% tenía un INR lábil conocido. En cuanto al tipo de FA, el 20,1% tenía FA paroxística, el 13,6% FA persistente, el 64,2% FA permanente y el 2,0% desconocida. El 75,8% de los pacientes tenía un CHADS₂ ≥ 2 (CHADS₂ medio 2,3 ± 1,2), el 94,5% un CHA₂DS₂VASc ≥ 2 (CHA₂DS₂VASc medio 3,9 ± 1,5), y el 13,0% un HAS-BLED ≥ 3 (HAS-BLED medio 1,6 ± 0,9).

Conclusiones: Los pacientes con FANV anticoagulados con AVK en España tienen un gran número de comorbilidades, un elevado riesgo de complicaciones tromboembólicas y un riesgo relativamente bajo de sangrado.

42. CÓMO Y QUIÉN REALIZA EL AJUSTE DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS DEL ESTUDIO PAULA

C. Escobar¹, V. Barrios², J. Polo³, J.M. Lobos⁴, L. Prieto⁵, D. Vargas⁶, G. Osorio⁷, M.A. Prieto⁸, F.J. Alonso⁹ y M.V. Fustero¹⁰

¹Hospital La Paz. ²Hospital Ramón y Cajal. ³CAP El Casar. ⁴CS Jazmín, Atención Primaria Área 4. ⁵Bioestadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense. ⁶Unidad de Hospitalización Polivalente, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Poniente. ⁷Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. ⁸CS Vallobín-La Florida, Área Sanitaria IV. ⁹CS Sillera. ¹⁰CS Valdespartera.

Objetivo: PAULA es un estudio realizado para conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España. En el presente trabajo se analiza cómo y quién realiza el ajuste de los pacientes anticoagulados seguidos en atención primaria.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se han incluido a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito. El grado de control de la anticoagulación se determinó mediante el tiempo en rango terapéutico, tanto por el método directo (mal control < 60%), como por el método de Rosendaal (mal control < 65%).

Resultados: Se han evaluado un total de 1524 pacientes (edad media 77,4 ± 8,7 años; 48,6% mujeres; CHADS₂: 2,3 ± 1,2; CHA₂DS₂VASc: 3,9 ± 1,5; HAS-BLED: 1,6 ± 0,9). El 94,8% de los pacientes tomaba acenocumarol y el 5,2% warfarina. En el 70,7% de los pacientes el control de la anticoagulación lo realizó el médico de atención primaria, en el 8,1% hematología, en el 20,9% atención