

Aula LILLY

Seminario: Neurobiología de la depresión: consecuencias físicas y tratamiento farmacológico

Ricardo Manzanera Escarti

Médico de Familia. Faculty of Medicine. Imperial College London. Londres.

En el seminario se presentarán los hallazgos más recientes sobre la Neurobiología de la enfermedad depresiva y con ellos se presentará un modelo neurobiológico de la depresión. Según este modelo, la depresión se presenta como una enfermedad crónica con repercusiones no solo en la esfera mental sino en la física. El modelo exige un cambio en el pensar, un nuevo paradigma que considera la depresión como una enfermedad orgánica (y no con ello se le resta peso a la psicopatología) y por tanto exige un tratamiento a largo plazo que sea capaz en lo posible de revertir las lesiones cerebrales que aparecen en la enfermedad.

La segunda parte del seminario hará hincapié en el análisis de las repercusiones físicas de la enfermedad y presentará evidencias en la etiopatología y, sobre todo, en las respuestas al tratamiento antidepressivo.

Aula LUNDBECK

Seminario: Abordaje de los pacientes hiperfrecuentadores

José Ángel Arbesú Prieto

Médico de Atención Primaria. Coordinador del grupo de Salud Mental de SEMERGEN.

Hiperfrecuentación

VALORACIÓN DE LA INCIDENCIA DE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Entre un 5 y un 10% de los pacientes atendidos por el médico de Atención Primaria (MAP) serían hiperfrecuentadores (HF) y aunque el porcentaje pueda no parecer alto consumen una parte importante del tiempo total de-

dicado a consulta y también otros recursos sanitarios como pruebas complementarias.

¿QUÉ PAPEL DESEMPEÑA EL MÉDICO DE AP EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HIPERFRECUENTADORES?

El paciente HF es atendido fundamentalmente por el MAP debido a la accesibilidad de la AP y a que no requiere habitualmente técnicas de tratamiento especializadas ya sean hospitalarias o ambulatorias.

¿EN QUÉ MEDIDA LA HABILIDAD DEL MÉDICO DE AP AL HACER LA ENTREVISTA CLÍNICA ES LA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA MÁS EFICAZ?

La habilidad en la entrevista clínica es la herramienta clave tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de estos pacientes, ya que las sucesivas pruebas complementarias no suelen aportar nada nuevo y los tratamientos farmacológicos prescritos no suelen mejorar de una forma definitiva al paciente que siempre vuelve a consulta presentando la misma u otra sintomatología somatizadora.

¿QUÉ TRATAMIENTO SE OFRECE A ESTE TIPO DE PACIENTES?

El tratamiento se basa en una escucha activa, exploración física del paciente, si fueran necesarias pruebas complementarias y técnicas de psicoterapia al alcance del MAP como serían identificar estresantes o algún tipo de problema, analizar con el paciente el mismo y pautar formas posibles de abordarlo ya sea cambiando la forma de pensar ante ellos o el abordaje ante los mismos.

¿A QUÉ PORCENTAJE APROXIMADO DE PACIENTES SE LES DERIVA DE AP A SALUD MENTAL? ¿CUÁNTOS TERMINAN VOLVIENDO A AP? ¿POR QUÉ?

No tengo conocimiento de los porcentajes que se derivan aunque es posible que el MAP ante la sospecha de una enfermedad psiquiátrica envíe al paciente a Salud Mental para valoración de la misma y la posibilidad de instaurar tratamiento con psicofármacos o psicoterapia reglada.

Los pacientes en general vuelven todos al MAP pues es el especialista quien debe realizar su seguimiento y valorar toda sus nuevos síntomas.

INSATISFACCIÓN DE ESTOS PACIENTES CON EL SISTEMA SANITARIO

En general están más insatisfechos con el sistema sanitario si son derivados constantemente a especialistas con largas listas de espera; pueden realizar quejas debido a que se consideran enfermos que deben ser atendidos lo

más pronto posible; cuando el tratamiento es realizado por el MAP de acuerdo con las normas aconsejadas de buena práctica clínica no suelen tener quejas en el funcionamiento del sistema sanitario.

Seminario: Adherencia terapéutica en los trastornos mentales

Elena Villalva Quintana

Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid.

El término adherencia terapéutica hace referencia a toda una amplia gama de comportamientos en relación con la salud que va más allá de la simple toma de medicamentos. Implica la participación activa a lo largo de todo el proceso en el plan terapéutico consensuado con el médico y el personal de enfermería.

El problema de la falta de adherencia, aunque ampliamente discutido, ha sido relativamente descuidado en el marco de las prestaciones de servicios de Atención Primaria, a pesar de que supone un grave problema a la hora de tratar trastornos crónicos, tales como hipertensión, diabetes o depresión, ya que se estima que al menos el 50% de las personas con problemas crónicos de salud presentan mala adherencia a los tratamientos, lo que repercute directamente en una peor evolución y un mayor número de complicaciones, incluida la muerte.

En este taller se analizará el problema que supone la mala adherencia a los tratamientos y recomendaciones médicas, haciendo especial hincapié en los trastornos mentales, y se mostrarán algunas líneas de actuación para intentar paliar esta situación.

Seminario: El estigma de la depresión y ansiedad: la realidad “sin etiquetas” desde un prisma cinematográfico. Una responsabilidad de todos

José Ángel Arbesú Prieto

Médico de Atención Primaria. Coordinador del grupo de Salud Mental de SEMERGEN

El objetivo de la actividad es erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos

mentales; es uno de los objetivos más importantes en el desarrollo de la Estrategia Nacional de Salud Mental (2007) del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, y así viene recogido en la primera línea estratégica de la misma, cuyas recomendaciones entre otras al respecto se resumen en:

- Implantar mecanismos que permitan identificar las barreras existentes que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales.

- Intervenciones dirigidas a profesionales de la salud, comunicadores, educadores, escolares, empresarios, agentes sociales y asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.

En la línea de formación a profesionales se desarrolla esta actividad interactiva dirigida a los participantes del XXXI Congreso Nacional de Semergen con la exposición de tres vídeos titulados:

1. “En zapatillas”, con una duración de 12 minutos.
2. “Nuestras estrategias”, con una duración de 18 minutos.
3. “Tres tigres”, con una duración de 12 minutos.

Se fomentará la interactividad con los asistentes evaluando el contenido de los vídeos, los aspectos clínicos más importantes de los mismos, su adecuación a las realidades del paciente con enfermedad mental y su utilidad social para la erradicación del estigma.

Aula NOVARTIS

Seminario: Actualización en HTA: de la evidencia científica a la práctica clínica

Emilio Ildefonso García Criado

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Fuensanta (Córdoba). Miembro del Grupo de Hipertensión Arterial de SEMERGEN.

Desde que el Reverendo Sthephans Hales en 1733 fuera el primero en obtener un registro directo de la presión arterial y retomara los estudios sobre la onda de presión con un procedimiento que le permitió no sólo medir la fuerza capaz de movilizar la sangre en el interior del cuerpo, sino establecer con precisión que el latido era rítmico, han sido muchos los investigadores y los esfuerzos realizados a nivel mundial para luchar contra una de las patologías que más vidas se ha cobrado en la historia de la humanidad, la enfermedad cardiovascular.

Actualmente la enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de muerte en todo el mundo, provocando más de 17,5 millones de muertes al año, de las cuales aproximadamente 7,6 millones se producen debido

a infarto agudo de miocardio y alrededor de 5,7 millones a ictus. Se prevé que a escala mundial, como consecuencia de esta enfermedad en 2020 se produzcan aproximadamente unos 25 millones de muertes, cifras que cuanto menos no nos deben dejar indiferentes.

A la vista de los datos expresados no cabe otra solución que priorizar en nuestra práctica clínica “la prevención cardiovascular”, en todos sus niveles como la única actuación adecuada para evitar esta realidad venidera.

Se ha estimado que más del 80% de los pacientes con hipertensión arterial son íntegramente valorados por médicos del primer nivel de asistencia sanitaria, lo que constituye un gran reto para dichos profesionales, ocupando buena parte de su tiempo en consulta. Por ello, el médico de familia se encuentra en un lugar de privilegio para, no solo acometer esta labor preventiva, sino en vista de la evidencia actual, llevar a la buena práctica clínica los resultados de ensayos que están demostrando una reducción de la morbimortalidad en pacientes con hipertensión arterial y riesgo vascular añadido.

Recientemente hemos asistido a la publicación de nuevos consensos y directrices sobre el manejo de la hipertensión arterial. Como es sabido, está próximo a publicarse el octavo informe del *Joint National Committee* para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial (JNC VIII), que casi con toda probabilidad va a suponer la guía esencial que fundamentará nuestras decisiones clínicas y es lógico pensar que su aplicación práctica en el campo de la hipertensión arterial, en el ámbito de la Atención Primaria, sea un objetivo adecuado y lógico a alcanzar para todo profesional.

Por otro lado, como antes mencionábamos, las directrices para el tratamiento de la hipertensión que de forma conjunta han editado la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial y la Sociedad Europea de Cardiología, suponen el primer intento por parte de las comunidades científicas europeas de englobar dichos conocimientos en hipertensión arterial, de forma separada, enfatizando las posibles diferencias que pudiesen encontrarse en la población europea, y estableciendo por tanto unas guías propias e individualizadas en las que se contemplasen las particularidades sociales y sanitarias regionales.

A la vista de esto y en una línea coherente, el médico de familia no solo deberá atender la prevención primaria, secundaria en el control y tratamiento de la hipertensión arterial y sus complicaciones, sino que se esforzará en su correcto diagnóstico, así como en el uso de las tablas de riesgo vascular, según las distintas ecuaciones de riesgo utilizadas en la población española. Ello le llevará a una adecuada estratificación del riesgo vascular para un mejor tratamiento global de la hipertensión y sus factores de riesgo.

Para concluir, comentar que es mucho lo que se ha logrado en cuanto a la mejoría de la calidad de vida de los hipertensos y del control de la enfermedad cardiovascular y en cuanto a la prevención de las complicaciones mortales o incapacitantes de esta patología, si bien sabemos que aún queda mucho por conseguir. No obstante,

somos optimistas y esperamos que este siglo XXI sea definitivo ante la lucha contra la hipertensión arterial y en general contra las enfermedades cardiovasculares.

Aula ALMIRALL

Seminario: Enfoque múltiple en el control del riesgo vascular de los hipertensos. ¿Hacia dónde nos dirigimos?

Salvador Lou Arnal^a y Francisco Javier Alonso Moreno^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

Durante años las recomendaciones clínicas en prevención cardiovascular se han dirigido al manejo unifactorial de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como la hipertensión arterial (HTA) o la dislipemia, estableciendo recomendaciones por separado para cada FRCV y tomando como única o principal variable para determinar la necesidad y el tipo de tratamiento los niveles de severidad del FRCV considerado. Sin embargo, es sobradamente conocido que los FRCV tienden a asociarse en un mismo individuo y que su relación con el riesgo cardiovascular (RCV) global es sinérgica. Además, la elevada prevalencia de FRCV, la limitación de los recursos y el adecuado balance riesgo-beneficio y coste-beneficio que debe guiar cualquier actividad preventiva, obligan a establecer una estrategia de priorización en la prevención cardiovascular, que debe dirigirse hacia los grupos de mayor riesgo, en los que el impacto y la eficiencia clínica de la intervención será mayor.

En la actualidad existe un amplio consenso científico en considerar que la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (ECV) a partir de los valores de un FRCV aislado, como la HTA, es insuficiente para identificar realmente a los individuos de alto riesgo, por lo que es necesaria una valoración conjunta de estos factores para realizar una estimación del RCV global del paciente que permita identificar a los sujetos de mayor riesgo, pasando a ser esta valoración del RCV un elemento clave dentro de las guías de práctica clínica relacionadas con la prevención primaria de las ECV.

Por otro lado, numerosos estudios han venido a confirmar el efecto beneficioso de las estatinas en la prevención de la ECV. Esta evidencia científica indica que la magnitud del beneficio clínico del tratamiento con estatinas se relaciona más con el RCV basal de cada individuo y con la magnitud de la reducción del colesterol, que

con los valores basales individuales del colesterol. Por tanto, cambia el enfoque del tratamiento hipolipemiente, que pasa a ser más una estrategia de reducción del riesgo (indicada en pacientes de riesgo elevado, con independencia de sus cifras de colesterol), similar a la de la antiagregación plaquetaria, que una estrategia de control del factor de riesgo (“normalización” de las cifras de colesterol en el paciente con hipercolesterolemia).

Este enfoque multifactorial, basado en el concepto de RCV global, y las evidencias derivadas de los ensayos clínicos implican un cambio sustancial en los objetivos de manejo del hipertenso, que pasa de centrarse en la “normalización” de las cifras tensionales a centrarse en la reducción del RCV, pasando así de una estrategia de “control del factor de riesgo” a otra de “reducción del riesgo”. Y en ese cambio de enfoque han surgido no pocas controversias que serán analizadas en este seminario mediante la exposición y discusión de casos clínicos, entre ellas cómo evaluar el RCV, cuándo y cómo iniciar el tratamiento antihipertensivo, los objetivos de control tensional y las posibles indicaciones de otros fármacos (estatinas, antiagregantes) en la prevención de la ECV en el paciente hipertenso.

Seminario: Diabetes y enfermedad cardiovascular. ¿Actuamos correctamente?

Mateu Seguí Díaz^a y Andrés Ollero^b

^aMédico de Familia. UBS Es Castell. Menorca.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Alagón. Zaragoza.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica debida fundamentalmente a una alteración del metabolismo glucídico. Si bien es cierto que la diabetes, al margen de presentar una hiperglucemia elevada, tendría otros factores que la harían considerarla en ciertos casos como una enfermedad con un riesgo de presentar un evento cardiovascular semejante al de haber padecido una enfermedad cardiovascular previa.

El riesgo cardiovascular (RCV) elevado de la DM tipo 2 (DM2) se debe, a grandes rasgos, a que antes del diagnóstico ya existen alteraciones vasculares arterioscleróticas de medianos y grandes vasos en mayor proporción que en el individuo no diabético (macroangiopatía), y que sus factores de riesgo de padecerlos son mayores que en la población general; de tal modo que su reloj arteriosclerótico se haya puesto en marcha muchos años antes de alterarse el metabolismo glucídico.

Tanto el *United Prospective Diabetes Study* (UKPDS) en diabéticos tipo 2, como el *Diabetes Control and Complication Trial* (DCCT) con diabéticos tipo 1, observaron el hecho de que ser diabético duplicaba o triplicaba la mor-

talidad cardiovascular con relación a la población normoglucémica, comportándose la glucemia como un factor de RCV independiente de otras variables. Por ello, el 80% de las muertes en el diabético son debidas a afectaciones cardiovasculares frente al 30% de la población general. De ahí que no es de extrañar que se considere la diabetes como una enfermedad cardiovascular de origen metabólico^{1,2}.

El estudio Cardiotens en España demostró que el 74% de los pacientes con DM2 presentaba hipertensión arterial (HTA), el 41% era obesos el 49% dislipémicos y el 60% de los enfermos de DM2 presentaba cardiopatía isquémica³.

Así pues, existirían distintos mecanismos que harían que los pacientes con DM2 tuvieran mayor RCV que la población general y que tendrían que ver con una glucosilación no enzimática de las proteínas no específicas de la pared arterial por un exceso de glucosa, con una alteración de la coagulación, una alteración inflamatoria sistémica, y por efecto del hiperinsulinismo, al ser la insulina un eficaz factor de crecimiento de las células musculares lisas de las arterias.

El síndrome metabólico (SM) sería el factor aglutinante de todos estos factores, al concurrir una base fisiopatológica común basada en la resistencia a la insulina que a la vez agrupa distintos factores de riesgo; tal es el caso de una alteración del metabolismo hidrocarbonatado, la HTA, la obesidad, el aumento del perímetro abdominal, y alteraciones de los lípidos (HDL y triglicéridos)⁴.

La resistencia a la insulina, base de esta entidad, se encontraría a caballo entre una susceptibilidad genética y unos factores ambientales influidos por el sedentarismo, el sobrepeso, una alimentación hipercalórica, el exceso de grasas saturadas, etc., factores todos ellos modificables. En dicho concepto se han barajado distintas definiciones atendiendo al mayor o menor peso de la obesidad troncular. Así se ha confrontado el criterio de obesidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (índice de masa corporal [IMC]) frente al del depósito de grasa visceral -perímetro de la cintura- del *Adult Treatment Panel III* (ATP-III) del *National Cholesterol Education Program* (NCEP) y el IDF 2005 para definir en mayor o menor grado la insulinorresistencia^{5,6}.

En España, las cifras de prevalencia del SM en la población general van desde un 17% en Segovia a un 24,4% en las Islas Canarias, según las distintas definiciones. En el CLYDIA⁷ se mostró que existían criterios de SM según el ATP III en el 37% de la población española con enfermedad cardiovascular en España, mayor entre mujeres (51,5 frente al 31,8%). De ahí que se muestre la importancia de la insulinorresistencia en el RCV⁸.

Dentro de los factores que influyen en el RCV de diabético, la HTA sería uno de los factores determinantes pues al diagnóstico de la enfermedad diabética el 30% de los pacientes ya padecen esta condición. De tal modo, que el tratamiento de la HTA en el diabético sería la solución más eficaz y más coste-efectiva que existe para la prevención cardiovascular de la DM2.

Trabajos publicados tras el estudio de Framingham han demostrado que la HTA sistólica condiciona el riesgo cardiovascular de manera más importante que la HTA diastólica, habida cuenta que ésta eleva en mayor medida el trabajo cardíaco y tiene mayor repercusión a nivel cerebral.

En este sentido, en el estudio CORONARIA se demuestra que los pacientes hipertensos diabéticos presentan un RCV mayor y una mayor dificultad para controlar sus FRCV, y que el control de la presión arterial (PA) mejora el RCV en mayor proporción que en los pacientes no diabéticos⁹.

En este aspecto los diabéticos presentan mayor proporción de individuos con hipertensión refractaria y por ello mayor dificultad de manejo y tratamiento.

Todas las guías admiten que la PA debe reducirse por debajo de 130/80 mmHg, salvo que existiera afectación renal, en cuyo caso las cifras deben reducirse a 125/75 mmHg¹⁰⁻¹². Para ello puede utilizarse cualquier tipo de fármaco, salvo los alfaadrenérgicos, pero los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y los ARA2 son los fármacos recomendados a nivel general.

El UKPDS demostró que los factores que más influyeron en la cardiopatía isquémica, el LDL alto, el HDL bajo junto con la HbA_{1c} elevada, fueron determinantes, y a partir de aquí el control glucémico fue considerado un factor generador de macroangiopatía en el diabético¹³. El control estricto de la glucemia y de todos los factores de riesgo, en el STENO-2¹⁴ se ha visto fundamental para disminuir la morbimortalidad cardiovascular.

Por otro lado, el estudio DECODE demostró que la glucemia a las dos horas de la ingesta es un predictor cardiovascular incluso mayor que la glucemia basal¹⁵.

Por todo ello, el control glucémico en el diabético sería un factor que no hay que descuidar en el control cardiovascular del diabético 2.

El diabético tiene un perfil lípido más aterogénico manifestado por unas LDL más pequeñas y densas, que junto con unas alteraciones de la inflamación general (proteína C reactiva), leptina y alteraciones de la coagulación, contribuyen a crear una alteración macrovascular más precoz que en el individuo que no tiene esta condición.

Otros factores como la obesidad, que afecta al 40% de los diabéticos, la nefropatía diabética y el hábito tabáquico están relacionados con el aumento de los eventos cardiovasculares.

El estudio de Haffner et al¹⁶ desarrollado en Finlandia, postuló que el riesgo de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) no diabéticos y el de los diabéticos sin IAM es equivalente, es decir que un paciente con DM2 tiene una probabilidad de menos del 20% de tener un evento cardiovascular en los 7 años que duró el estudio. A partir de éste se postuló que la DM2 era un equivalente de CI.

Este trabajo ha influido en el ATP-III del NCEP y algunas conocidas tablas de riesgo cardiovascular donde no consideran la DM2 como un factor de riesgo más, sino como un equivalente coronario. De tal modo, que la DM2 sería considerada una situación de prevención secundaria, como si su riesgo fuera el mismo de aquel que ya hubiera padecido un evento cardiovascular.

No obstante, trabajos posteriores realizados con distinta población diabética no han confirmado estos datos aunque sí un mayor riesgo –doble o triple– cardiovascular en la DM2, que en algunos casos se aproximaría al del paciente cardiovascular¹⁷.

A partir de aquí, ¿sería necesario utilizar las tablas de riesgo cardiovascular en el diabético o lo consideramos como a un paciente con un riesgo semejante al que ya ha tenido un evento cardiovascular?

El RCV no es más que la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en un período entre 5 y 10 años y se determina a partir de tablas poblacionales de RCV (morbimortalidad CV). Habitualmente las dos enfermedades que se incluyen en el cálculo del RCV son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. Las más utilizadas son las de Framingham que se encuentran disponible desde 1967¹⁸.

Es sabido que el RCV varía según el país estudiado, de tal modo que las tablas de riesgo cardiovascular SCORE diferencian entre países de norte o del sur de Europa por la distinta mortalidad cardiovascular detectada¹⁹.

Por ello, y siguiendo la ecuación de Framingham y en nuestro país, se han desarrollado otras tablas de riesgo, tal es el caso de REGICOR²⁰, en las que se incluye individualmente el ser diabético como un factor de riesgo añadido más.

En este aspecto, las tablas SCORE, que son las que recomienda utilizar la Guía Europea de Prevención de la Arteriosclerosis, estiman a nivel global este razonamiento (duplica el riesgo para los varones y cuadruplica para las mujeres), que no es compartido por tablas de riesgo nacionales en las que existen tablas diferenciadas para este grupo de pacientes²¹.

No cabe duda que los planteamientos de los primeros y de los segundos coinciden en el riesgo cuando se aplican a diabéticos de entre 15-20 años de evolución, y con complicaciones y tratamiento médico, pero que sobrestimarían en el resto.

BIBLIOGRAFÍA

1. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive Blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998;352:837-53.
2. Diabetes Control and Complication Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993;329:977-86.
3. González Juanatey JR, Alegría Ezquerro E, García Acuña JM, González Maqueda I, Vicente Lozano J. Impacto de la diabetes en las enfermedades cardíacas en España. Estudio Cardiotens 1999. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:686-91.
4. Real JT, Carmena R. Importancia del síndrome metabólico y de su definición dependiendo de los criterios utilizados. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:376-8.
5. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-97.
6. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome new worldwide definition. *Lancet*. 2005;366:1059-62.

7. Palma Gámiz JL, Conget Donlo IC, Bertomeu González V, Ascaso Gimilio JF, González Juanatey JR; Grupo CLYDIA. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con enfermedad cardiovascular en España: estudio CLYDIA. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(11):407-13.
8. Álvarez Cosme A, López Fernández V, Suárez García S, Arias García T, Prieto Díaz MA, Díaz González L. Diferencias en la prevalencia del síndrome metabólico según las definiciones del ATP-III y de la OMS. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:368-70.
9. Cosín Aguilar J, Rodríguez Padial L, Hernández Martínez A, Arístegui Urrestarazuc R, Masramón Morelle X, Armada Peláez B, et al. Riesgo cardiovascular en diabetes mellitus e hipertensión arterial en España. Estudio CORONARIA. *Med Clin (Barc)*. 127:126-32.
10. Chobanian et al; The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA*. 2003;289:2560-72.
11. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of hypertension. *J Hypertens*. 2003;21:1001-53.
12. Guidelines for management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2007;25:1105-87.
13. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35). *BMJ*. 2000;21:405-12.
14. Gaede, et al. Effect of multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:580-91.
15. The DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality. Comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. *Lancet*. 1999;354:617-21.
16. Haffner SM, Lehto S, Ronnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in non-diabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1998;339:229-34.
17. Evans JMM, Wang J, Morris AD. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. *BMJ*. 2002;324:939-43.
18. D'Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM, Wilson P, for the CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham Coronary Heart Disease Prediction Scores. Results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA*. 2001;286:180-7.
19. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987-1003.
20. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosúa R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to Southern Europe Mediterranean areas. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:634-8.
21. Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.