idiomas originales de cada país siguiendo el método de traducción y retrotraducción. El cuestionario era cumplimentado por el propio paciente cuando acudía al centro de salud bajo la supervisión del investigador. Los datos se registraron en una base de datos específicamente diseñada a través de un portal web, creado para el estudio que garantizaba la confidencialidad de los datos.

Resultados: Se encuestaron 7947 pacientes, 52,1% mujeres, edad media de 50,2 años. Un 27,9% eran fumadores, un 35,6% estaban diagnosticados de hipertensión, un 27,3% estaban diagnosticados de hipercolesterolemia y un 13,2% estaban diagnosticados de diabetes. Un 87,9% de pacientes consideraron importante o muy importante para su salud no fumar, 95,7% tener la presión arterial normal, 93,2% tener el colesterol normal y 94,5% tener la glucemia normal. Un 81,4%, un 69,1% y un 70% consideraron conveniente tomarse la PA, o hacerse una determinación de colesterol o realizarse una determinación de glucemia ($p < 0,01$), respectivamente, como mínimo una vez al año. Un 42,3%, 42,5% y 42,3% de los pacientes les gustaría que su médico de familia les tomara su PA, les solicitara una analítica de colesterol, y les solicitara una glucemia. Un 27,1%, 55,6%, 46,7% y 43,2% de los pacientes contestaron que su médico de familia había tenido la iniciativa de comentar en los últimos 12 meses aspectos relacionados con su hábito de fumar, con su PA, con su colesterol o con su glucemia ($p < 0,05$).

Conclusiones: La hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en los pacientes encuestados y los pacientes lo consideran como el factor de riesgo más importante para la salud. La determinación de la PA arterial es el parámetro que los pacientes consideraron como más importante, y es el parámetro más frecuentemente comentado por los médicos de familia con los pacientes, aunque globalmente, los factores de riesgo se comentan menos de lo deseable.

44. ¿CUÁL ES LA ACTITUD DEL MÉDICO ANTE LOS PACIENTES FUMADORES QUE ACUDEN A LAS UNIDADES DE RIESGO VASCULAR? ESTUDIO ACTAH

C. Suárez Fernández¹, C. Calvo Gómez² y V. Sanz de Burgoa³

¹Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña. ³Departamento Médico de Pfizer, Madrid.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio era valorar la actitud del facultativo de Unidades de Hipertensión y Riesgo Vascular frente al tabaco y conocer su grado de implicación en la facilitación de tratamiento para dejar de fumar.

Metodología: Se realizó un estudio epidemiológico, observacional y multicéntrico en 40 Unidades de Hipertensión y Riesgo Vascular a nivel nacional durante los meses de abril a noviembre de 2008. Se realizaba una encuesta a los facultativos de las Unidades y a continuación se revisaron las historias de los pacientes fumadores que habían sido vistos de forma consecutivas en la consulta en los últimos 2 años y que tenían, como mínimo, 2 visitas realizadas a la Unidad.

Resultados: 72 médicos contestaron la encuesta. Todos consideraron que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más difíciles de abordar, pero que su tratamiento era el más coste eficaz. El 89% preguntaban a los pacientes en todas las consultas realizadas si fumaban o no fumaban. El 90,4% ofrecían apoyo y consejo sanitario, afirmando que estaban una media de unos 5,8 ($\pm 7,6$) minutos discutiendo con el paciente sobre el consumo de tabaco. Al revisar las historias, se objetivó que sólo el 10,9% de los pacientes fumadores recibían tratamiento farmacológico y únicamente el 3,1% eran derivados a una unidad especializada.

Discusión: Todas las Guías de riesgo cardiovascular hacen referencia a la importancia de tratar el tabaquismo y la necesidad de

Epidemiología

43. ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?: ESTUDIO EUROPREVIEW

C. Brotons Cuixart¹, I. Moral Peláez¹, J. Basora Gallisà², J.M. Bueno Ortiz³, R. Ciurana Misol⁴, J. Casanovas Font⁵, C. Fernández Alonso⁶, P. Kloppe Villegas⁷, E. Melús Palazón⁸ y J. Morán Pi⁹

¹EAP Sardenya, Barcelona. ²DAP Tarragona-Reus, Tarragona. ³CS de Fuente Álamo, Fuente Álamo, Murcia. ⁴CAP La Mina, Barcelona.

⁵CAP El Remei, Vic, Barcelona. ⁶CS Casa del Barco, Valladolid. ⁷CS Las Calesas, Madrid. ⁸CS de Actur Sur, Zaragoza. ⁹CS Conde Oliveto, Pamplona.

Propósito del estudio: Evaluar las opiniones y actitudes de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria frente a estilos de vida y factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Encuesta internacional. Se seleccionaron aleatoriamente 10 centros de cada uno de los 22 países europeos participantes de la red europea EUROPREV (European Network for Prevention and Health Promotion in GP/Family Medicine). Cada centro incluyó en el estudio 40 pacientes entre 30 y 70 años seleccionados en diferentes días durante el año 2008. El cuestionario se tradujo a los

combinar estrategias de terapia conductual y farmacológicas para mejorar los resultados. Paradójicamente el tabaco es uno de los factores de riesgo sobre los que menos actúa el especialista en las Unidades de Hipertensión y Riesgo Vascular, aun sabiendo que su tratamiento es muy coste-efectivo, tal como lo demuestra el que sólo un 10,9% de los pacientes es tratado, más allá del consejo médico sobre abandono del hábito.

Conclusiones: Es necesario actuar más activamente sobre el tabaquismo en las consultas de riesgo vascular, combinando y optimizando el uso de todas las herramientas disponibles para facilitar el abandono del mismo, incluido el tratamiento farmacológico.

45. PERFIL DE RIESGO EN EL PACIENTE FUMADOR QUE ACUDE A UNA UNIDAD DE RIESGO VASCULAR. ESTUDIO ACTAH

C. Calvo Gómez¹, C. Suárez Fernández², V. Sanz de Burgoa³

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ²Unidad de Hipertensión Arterial, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ³Departamento Médico de Pfizer, Madrid.

Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes fumadores que acuden a las consultas de diferentes Unidades de Riesgo Vascular en el ámbito de una valoración de cuál es la actitud e implicación del médico respecto al tratamiento para abandonar el hábito tabáquico.

Metodología: Se realizó un estudio epidemiológico, observacional y multicéntrico en 40 Unidades de Hipertensión y Riesgo Vascular a nivel nacional durante los meses de Abril a Noviembre de 2008. Se realizó una encuesta a los médicos de dichas Unidades de HTA y a continuación se revisaron las historias de los pacientes fumadores que habían sido vistos de forma consecutivas en la consulta, en los últimos 2 años y que tenían, como mínimo, 2 visitas realizadas a la Unidad.

Resultados: Se evaluaron 132 pacientes. El 66,1% de los sujetos eran hombres, la media de edad de la población incluida fue de $54,4 \pm 12,7$ años, con IMC $28,5 \pm 4,5$ kg/m². La edad media en que los pacientes empezaron a fumar fue a los $19,7 \pm 6,6$ años y, el consumo regular, a los $25,6 \pm 10,8$. La media de cigarrillos que fumaban al día era de $21,3 \pm 10,7$ y el índice paquetes-año era de $36,5 \pm 25,0$. Los factores de riesgo cardiovascular más destacados, además del propio tabaquismo, fueron: HTA (89,4%), dislipemia (64,4%) y diabetes tipo 2 (29,5%). La incidencia de patologías asociadas más frecuentes fueron: arteriopatía periférica (13,6%), angina de pecho (10,6%), el IAM (9,9%) y el ictus/IAT (9,9%). El 99,2% de los sujetos recibía tratamiento para las patologías de base. Destaca que el 87,9% estaban con tratamiento antihipertensivo, 68,2% con dieta (preferentemente hiposódica), el 52,3% recibía estatinas, el 36,4% tomaba aspirina y el 26,5% estaba con tratamiento para la diabetes. De los 132 fumadores activos confirmados, únicamente el 10,9% estaban tratados farmacológicamente para su tabaquismo y sólo el 3,1% se remitieron a una unidad especializada.

Discusión: Más del 70% de los pacientes fumadores confesaban que continuaban fumando debido a la adicción y dependencia. Sin embargo es llamativo que sólo un 10,9% de los pacientes era tratado con un tratamiento específico para dejar de fumar. Existe una relación lineal entre el número de cigarrillos consumidos y el riesgo cardiovascular, de manera que el riesgo relativo se aproxima a 5,5 para los episodios cardiovasculares mortales en los fumadores intensos en comparación con los no fumadores.

Conclusiones: El paciente fumador, presenta generalmente otros factores de riesgo cardiovascular asociados y estratifica, en la mayoría de los casos, un perfil de RCV elevado. Dejar de fumar debe ser la herramienta más poderosa para mejorar dicho riesgo en todos los grupos de edad y es la medida más beneficiosa para reducir

la mortalidad coronaria. Por todo ello, debemos concienciar a nuestros pacientes fumadores con riesgo cardiovascular para que abandonen inmediatamente el tabaco.

46. PERFIL LIPÍDICO Y RIESGO RESIDUAL EN PACIENTES HIPERTENSOS CON HIPERLIPIDEMIA TRATADOS CON HIPOLIPEMIANTES

J.E. López Paz¹, A. Hermida Ameijeiras¹, M. Pena Seijo¹, M.L. Romero Míguez¹, G. Calvo González¹, A. Pascual Montes¹, V. Martínez Duran¹, F. Lado Lado¹, A. Riveiro Cruz² y C. Calvo Gómez¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña.

²Laboratorio Central y de Bioquímica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción y objetivos: Algunos estudios indican que niveles bajos de colesterol HDL y altos de triglicéridos (TG) tienen un impacto negativo en la morbimortalidad cardiovascular y pudieran contribuir al riesgo cardiovascular (RCV) residual de los pacientes tratados con estatinas, cuyo objetivo fundamental es la de reducir los niveles de las lipoproteínas de baja densidad (LDL); existe poca información disponible acerca de estas alteraciones y cuál es su prevalencia. El objetivo principal del presente estudio fue estimar la prevalencia de las alteraciones el perfil lipídico (fundamentalmente respecto a TG y HDL-C) y sus relaciones con otros factores de RCV, en una población de pacientes hipertensos con dislipidemia que reciben tratamiento hipolipemiante.

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional y transversal, realizado entre septiembre 2008 y octubre de 2009 en la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Como criterio de inclusión los pacientes con hipertensión arterial (HTA) debían recibir tratamiento previo con hipolipemiantes (estatinas, fibratos, ezetimibe) y disponer de un perfil lipídico con lipoproteínas en los 3 meses previos a la valoración, junto con una evaluación clínica y biológica, con estratificación del RCV. Se determinó control lipídico en base a criterios de ATP-III (TG < 150 mg/dl, HDL-C > 40 mg/dl en hombres y > 50 mg/dl en mujeres y LDL-C por nivel de RCV). Según las alteraciones del perfil lipídico, los pacientes fueron clasificados en 4 grupos: G1: sin alteraciones lipídicas, G2: elevación de LDL-C, con HDL-C y TG normales; G3: elevación de C-LDL y HDL-C bajo y/o TG altos; G4: LDL-C normal con HDL-C bajo y/ o TG altos. Se realizó un análisis comparativo entre los 4 grupos.

Resultados: De los 3216 pacientes (52,1% mujeres, edad media de 63,9 años), el 40,8% no alcanzó el objetivo de LDL-C, según criterios de ATP-III. Casi una tercera parte (31,4%) de los pacientes estaban en el grupo 1, 22,6% en el grupo 2, 18,2% en el grupo 3, el 27,8% estaban en el grupo 4. Los niveles altos de TG y/o HDL-C bajos presentaron una mayor asociación con otros factores de RCV (obesidad, diabetes, tabaquismo y cifras elevadas de PA; p < 0,001). Por el contrario, esta asociación no se observó en pacientes con niveles altos de LDL-C, con la excepción del hábito de fumar (p < 0,001).

Conclusiones: En pacientes hipertensos con hiperlipidemia tratada con fármacos hipolipemiantes, la prevalencia de alteraciones en el perfil lipídico es un trastorno relativamente frecuente, fundamentalmente en lo referente a los niveles elevados de triglicéridos y/ bajos de colesterol HDL que, en la mayoría de las ocasiones, no se contemplan como dianas terapéuticas, lo que contribuye a mantener un riesgo cardiovascular residual en estos pacientes, a pesar del tratamiento.

47. FRCV EN LA POBLACIÓN CON DIABETES TIPO 2 EN LA CCAA DE MADRID

S. Artola Menéndez¹, O. González Albarrán², A. Galgo Nafria³, J.A. García Donaire⁴ y J.J. de la Cruz Troca⁵

¹CS M.ª Jesús Hereza, Madrid. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

³CS Espronceda, Madrid. ⁴Hospital 12 de Octubre, Madrid.

⁵Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivo: Estudiar el grado de control metabólico en la población con DM tipo 2 consultante en AP en la CCAA de Madrid.

Método: Estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico, en pacientes DM2 atendidos en AP en la CCAA de Madrid. Se recogen datos de la HC mediante muestreo aleatorio consecutivo, con criterios de inclusión de mayor de 18 años, tener al menos 6 meses desde el diagnóstico de la DM2 y firmar consentimiento informado.

Resultados: Muestra final de 1.020 pacientes con edad media de 67,0 ± 11,6 años. Varones 50,5%. IMC de 29,5 ± 5,3 Kg/m² y perímetro abdominal de 102,1 ± 12,1 en varones y 97,9 ± 14,5 en mujeres. Fuman 13,0% y exfumadores 25,2%. Consumo de alcohol leve 22,5%, moderado 4,9% y severo 0,8%. Obesidad diagnosticada en 49,4%, según IMC ≥ 30 Kg/m² y según perímetro abdominal ≥ 102 en varones y ≥ 88 en mujeres, aproximadamente el 65%. La DM2 lleva 9,0 ± 7,4 años de evolución, la edad al diagnóstico es de 58,2 ± 11,7 y llevan en tratamiento farmacológico 7,3 ± 6,8 años. La DM se diagnóstico por una analítica de rutina en el 88,5%, por hiperglucemia sintomática en el 9,5% y por sobrecarga en el 4,1%, no encontrando diferencias significativas por sexos. Entre los antecedentes personales cardiovasculares, destacar la fibrilación auricular con 8,6%, IC y angina de pecho 8%, claudicación intermitente 7,5% y ECV e infarto de miocardio sobre el 7%. La prevalencia de alguna ECV es de 28,5%. 44% tenían insuficiente control glucémico HbA1c ≥ 7% Con diferencia significativa entre los que realizan seguimiento en Especializada 58,7% vs Primaria 38,2%, p < 0,001). 71,4% con HTA, con 21,1% de control. El 31,6% han sido enviados al especialista. El 74,8% tiene tratamiento antihipertensivo, 31,1% en monoterapia, 26,8% 2 fármacos, 13,3% 3 y 28,2% 4 o más. Los antecedentes familiares más frecuentes: DM 62,7%, HTA 56,3% y obesidad 44,1%. Las complicaciones más destacables son disfunción eréctil en el 34,2% de los varones, 13,2% de nefropatía, 11,7 de retinopatía diabética y 10,3% de neuropatía diabética. Los pacientes seguidos por el especialista muestran mayor porcentaje de complicaciones macrovasculares (IAM: 8,9 vs 5,3%, IC: 13,6 vs 6,1% y arteriopatía periférica: 14,4 vs 4,5%, p < 0,001) así como Retinopatía: 25,5 vs 5,9%, neuropatía 22,1 vs 5,5%, y nefropatía diabética 22,7 vs 10,1%, p < 0,001). El 96,8% tienen algún tratamiento para la DM, los más utilizados en la muestra son metformina 79,7%, sulfonilurea 27,9%, insulina 23,3%, y bastante menos frecuentes encontramos sitagliptina 9,6%, glinidas 7,8%, glitazona 6,2% y acarbose 2,7%. Un 27,6% han tenido alguna hipoglucemia y 3,4% algún otro efecto secundario al tratamiento.

Conclusiones: Los datos son acordes con publicaciones previas en población diabética. La mitad de los pacientes presentan obesidad. El 28,5% tienen ECV asociada. Un 28% Lesión de Órgano Diana (LOD). Los pacientes con DM tipo 2 muestran bastante buen control HbA1c media 6,9 ± 1,2%. Casi el 97% está en tratamiento farmacológico: metformina es el fármaco más prescrito, 80%. Casi una cuarta parte reciben insulino terapia. Más del 27% ha presentado hipoglucemias. El peor control metabólico entre los pacientes controlados en especializada puede deberse a mayor porcentaje de complicaciones.

48. RIESGO CARDIOVASCULAR POBLACIONAL. CAMBIOS EN 12 AÑOS

J.A. División Garrote, C. Sanchis Domenech, L.M. Artigao Rodenas, J.A. Carbayo Herencia, J. Massó Orozco, L. Carrión Valero, E. López de Coca, B. Rodríguez Paños, J. López Abril y D. Caldevilla Bernardo

GEVA, Albacete.

Objetivos: Conocer los cambios habidos en el riesgo cardiovascular (CV) global según SCORE en una corte de población general seguida durante 12 años.

Métodos: Estudio de cohortes, prospectivo y descriptivo, de una población seleccionada de forma aleatoria en la provincia de Albacete cuyo primer examen se realizó en los años 1992-94 y el segundo examen en 2004-06. La población objeto de estudio eran los habitantes de la provincia mayores de 18 años. El tamaño muestral fue de 2.121 sujetos en el primer examen y 1.577 en el segundo. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes personales de factores de riesgo CV, presencia o no de enfermedad CV o factores de riesgo (FR) CV, peso, talla, medida de la presión arterial (PA) bioquímica básica y ECG. En el análisis de datos además del descriptivo se ha realizado una comparación del riesgo CV mediante estadísticos adecuados para comparar muestras apareadas (prueba no paramétrica Q de Cochran, t de Student y correlaciones de Pearson).

Resultados: Acudieron al primer examen 1.322 sujetos, con una edad media de 48,2 (DE: 17) años y 53,6% mujeres y en el segundo examen 997 sujetos con una edad media de 52,8 (DE: 18) años y 56,7% mujeres. Las tasas de respuesta fueron del 63,3% y 63,1% respectivamente. Al observar los valores medios de los FR se ha observado un aumento en el índice de masa corporal (IMC), triglicéridos y HDL-col y una disminución de los valores de PA y glucemia. En cuanto a los cambios en la prevalencia se ha observado un aumento en la HTA, diabetes, dislipemia y obesidad y una disminución del tabaquismo. En cuanto al riesgo CV según SCORE en la población de 40-65 años, en la tabla adjunta se pueden observar los cambios en la prevalencia de RCV bajo (< 4%), moderado (4-4.9%), alto (5-8%) y muy alto (> 8%).

Conclusiones: El riesgo CV poblacional ha disminuido en los últimos 12 años pese al aumento en la prevalencia de algunos FRCV clásicos. El cambio probablemente se debe a un mejor control (aún sin llegar a ser óptimo) de la HTA y las dislipemias y a una disminución del tabaquismo. Atención primaria debe seguir mejorando su estrategia de control de los FR, disminución de la obesidad y abandono del tabaquismo para disminuir el riesgo CV poblacional y con ello la morbimortalidad CV a largo plazo.

RCV	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
1992-1994	85,6%	5,3%	6,7%	2,4%
2004-2006	93,1%	2,5%	4%	0,4%

49. FACTORES DE PERSONALIDAD RELACIONADOS CON LA PRESIÓN ARTERIAL POR LA MAÑANA, EN EL TRABAJO Y POR LA TARDE: DIFERENCIAS DE SEXO

R. Espinosa¹, M. Fortún¹, I. Magán¹, S. Gutiérrez¹, C. Cerezo², L. Guerrero², J. Segura², M.P. García-Vera¹ y J. Sanz¹

¹Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ²Unidad de Hipertensión, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Diversas revisiones muestran que ciertos rasgos de personalidad como los de ansiedad, ira y depresión están asociados a la hipertensión arterial (HTA) (Rutledge y Hogan, 2002; Sanz et al, 2007). Además estudios recientes encuentran que la presión arterial (PA) y los rasgos de personalidad permanecen moderadamente estables a lo largo de 10 años y, por tanto, la personalidad podría predecir la PA a largo plazo (Leclerc, 2006).

Objetivos: El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre rasgos de personalidad y PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) medidas en diferentes momentos y situaciones, y explorar si estas relaciones son distintas en hombres y mujeres.

Métodos: Estudio transversal con 95 adultos (42 mujeres y 53 hombres) sin HTA u otros trastornos cardiovasculares, y con PA clínica $\leq 140/90$ mmHg y PA automedida $\leq 135/85$ mmHg. A todos se les pidió que se midieran durante 6 días la PA por la mañana en casa, en el trabajo y por la tarde en casa, y se les administró estos cuestionarios: Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) para medir neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad; State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2) para medir rasgo de ira; Jenkins Activity Survey form C (JAS-C) para medir patrón Tipo A; State-Trait Anxiety Scale (STAI) para medir rasgo de ansiedad, y Survey of Recent Life Experiences (SRLE) para medir estrés. Se midieron también otros factores clásicos de riesgo de HTA (p. ej., edad, IMC).

Resultados: Los análisis de regresión mostraron que, en los hombres, el IMC, la apertura a la experiencia y el rasgo de ira fueron predictores significativos de la PAS por la mañana, explicando el 44% de su varianza [$F(4,46) = 4,3$, $p = 0,005$] y siendo el rasgo de ira el predictor con mayor valor beta ($\beta = 0,38$; $p = 0,007$). Además, en los hombres, el rasgo de ira se relacionó significativamente con la PAS por la tarde, explicando el 33% de su varianza [$F(4,36) = 3,1$, $p = 0,026$], mientras que ninguna variable se relacionó significativamente con la PAS en el trabajo. Cuando se examinó la PAD de los hombres, el IMC y la amabilidad explicaron el 41% de la varianza de la PAD por la mañana [$F(4, 46) = 3,4$, $p = 0,016$], siendo el IMC el que presentó una beta mayor ($\beta = 0,37$; $p = 0,005$) y, además, el que también explicó el 24% de la varianza de la PAD en el trabajo [$F(2, 38) = 7,4$, $p = 0,002$] y el 28% de la varianza de la PAD por la tarde [$F(2,40) = 7,9$, $p = 0,001$]. En las mujeres, sólo el IMC fue un predictor estadísticamente significativo, explicando el 15% de la varianza de la PAS por la mañana [$F(2,39) = 3,6$, $p = 0,037$], mientras que ninguna variable se relacionó significativamente con la PAS en el trabajo o por la tarde, o con cualquiera de las medidas de PAD.

Conclusiones: Los resultados muestran relaciones significativas entre rasgos de personalidad (amabilidad, apertura a la experiencia, ira) y PA medida en diferentes momentos y lugares, aunque sólo en los hombres. En ellos, pero no en las mujeres, puntuaciones bajas en apertura y amabilidad, y altas en rasgo de ira se relacionan con niveles altos de PA por la mañana, en el trabajo y por la tarde. La investigación futura sobre HTA y personalidad debería examinar con detalle el papel del sexo, puesto que la influencia de los rasgos de personalidad parece ser diferente en hombres que en mujeres.

50. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y GRADO DE CONTROL DE LA POBLACIÓN HIPERTENSA SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (ECV) SEGUIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO ESFÉRICA

J. Segura de la Morena¹, J.A. División Garrote² y S. Fernández Anaya³

¹Unidad de hipertensión, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ²CS Casas Ibáñez, Albacete. ³Unidad Médica, Pfizer, Madrid.

Propósito del estudio: Si bien la prevención secundaria es objeto siempre de gran interés, la mayor parte de los esfuerzos y medidas terapéuticas/educacionales van encaminados a la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Es por ello que el conocimiento de las características y riesgo de los pacientes en prevención primaria se hace necesario para un correcto manejo de los mismos.

Objetivos: Conocer las características clínicas, presencia de factores de riesgo (FR) y su grado de control en la población hipertensa en prevención primaria incluida en el estudio.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo transversal de ámbito nacional. Participación de 602 médicos de atención primaria. Cada médico reclutó 4 pacientes con hipertensión arterial esencial mayores de 18 años sin ECV establecida según definición de las guías ESH/ESC 2007, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se registró en una única visita las variables sociodemográficas, clínicas, y presencia de FR. Para el análisis de los mismos se tuvo en cuenta los antecedentes registrados en Historia clínica, medicación concomitante, última analítica disponible y criterios ESH/ESC 2007. Se efectuaron dos tomas consecutivas de la tensión arterial y se calculó la media. Las analíticas se consideraron válidas si tenían una antigüedad máxima de 12 meses. Se realizó una estadística descriptiva que incluyó mediciones de tendencia central y dispersión sobre cada uno de los sujetos evaluables para cada variable (sujeto con dato válido).

Resultados: Se incluyeron en el análisis 2.383 pacientes evaluables (99,1% del total de incluidos). La edad media fue de 62,2 años (DE 11,1), el 54,1% fueron hombres, el 30,3% tenían antecedentes familiares de ECV precoz y el 15,7% eran fumadores activos. Desde el punto de vista metabólico, el 30,3% tenían diagnóstico previo de diabetes, y el 67,2% de dislipemia (89,9% incluyendo criterios ESH/ESC 2007 evaluados por la última analítica), el 72,3% de éstos en tratamiento hipolipemiante. El IMC medio fue de 29,1 (DE 4,4) (15,4% normopeso; 46,2% sobrepeso; 38,2% IMC > 30), Obesidad abdominal 56,0%. Excluyendo la diabetes como criterio, el 36,2% de la población del estudio cumplía criterios de síndrome metabólico. La PAS y PAD media fue de 144,4 (DE 15,1) y 84,8 (DE 9,2) mmHg respectivamente, en objetivos de control el 29,5% del total de la muestra. El nº de antihipertensivos medio fue de 1,6. Valores de LDL > 115 mg/dl se presentó en el 69,3% (LDL medio 134,8 mg/dl -DE 35,9-), HDL bajo en el 23,7% (HDL medio 51,7 mg/dl -DE 13,7-), triglicéridos > 150 mg/dl en el 42,6% (media 152,4 -DE 79,7-). El paciente diabético se encontró en objetivos de control tensional (< 130/80 mmHg) en el 9,2%, con una última HbA1c < 7% en el 53,2% (media 7,0 -DE 1,2) y LDL < 100 mg/dl en el 24,1%.

Conclusiones: La dislipemia y la obesidad abdominal son los FR más frecuentes entre la población hipertensa sin ECV, superando una prevalencia del 80 y 50% respectivamente según criterios ESH/ESC. La diabetes y/o el SM se encontraron presentes en casi 46,2% de los sujetos. Se debe hacer hincapié en la instauración de medidas y en el seguimiento y control de los pacientes hipertensos en prevención primaria dado que éstos muestran una elevada prevalencia de FR y un bajo grado de control tensional y metabólico.

51. PREVALENCIA, GRADO DE CONTROL, TRATAMIENTO CON FÁRMACOS Y DESCONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS EN LA POBLACIÓN RURAL DEL ÁREA SANITARIA DON BENITO-VILLANUEVA, BADAJOZ (ESTUDIO HERMEX)

D.J. Fernández-Bergés Gurrea¹, F.J. Félix Redondo², M.J. Zaro Bastanzuri³, P.S. Álvarez-Palacios Arrighi¹, V. Tejero Calderón¹, A.B. Hidalgo Barrantes¹, Y. Morcillo Yedro¹, A. García Trigo⁴, J.F. Pérez Castán⁵ y L. Lozano Mera⁶

¹Unidad de Investigación, Villanueva de la Serena. ²CS Villanueva Norte, Villanueva de la Serena. ³Hospital Don Benito-Villanueva, Don Benito. ⁴Hospital Siberia, Talarrubias. ⁵Unidad Docente Don Benito-Villanueva, Don Benito. ⁶Centro de Salud Urbano 1, Mérida.

Propósito del estudio: Determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos, grado de control (GC), tratamiento con fármacos (TF) y su desconocimiento (Desc) por parte de la población rural del área sanitaria de Don Benito-Villanueva (ADBvva).

Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal de base poblacional procedente de la muestra rural del Estudio Hermex. 2382 habitantes (h) entre 25 y 79 años escogidos al azar de la base Civitas y procedentes de poblaciones entre 2.000 y 10.000 h del ADBvva. Se determinó edad, género, presión arterial, fumadores, índice de masa corporal (IMC). En una muestra sanguínea en ayunas se determinó glucemia (gl) colesterol total (CT), LDL colesterol, HDL colesterol y triglicéridos. Se consideró obesidad (O) un IMC > 30, hipercolesterolemia (HC) un CT $\geq$ 250 mg/dl, diabético (DM) una gl basal $\geq$ 126 mg/dl o llevar tratamiento antidiabético, hipertensión arterial (HTA) a presiones $\geq$ 140/90 (media de 2 y 3 medida del brazo con mayores cifras) o llevar tratamiento antihipertensivo, y fumador (F) al consumidor habitual o lo abandonó hace menos de 1 año, ex fumador (ExF) a los que lo abandonaron hace más de un año y los nunca fumadores (NF).

Resultados: Participaron 1.446 h; 689 (47,6%) pertenecían al género masculino (GM) y 757 (52,4%) al femenino (GF). La edad mediana del GM 51(RI 25) y GF 52,0 (RI 26). Se detectó HTA en 43,4%, GC 28,1%, TF 90,3% y Desc 32,4%. DM 14,8%, GC 80,7%, T F 72% y Desc 26,6%. HC 34%, GC 60,9%, TF 70,2% y Desc 26,1%. O 37,4%. F 30, 1% ExF 21,4% y NF 48,6%.

Conclusiones: La prevalencia de FRCV en nuestra área está sobre la media de España. La HTA presenta un bajo GC. La obesidad alcanza cotas superiores a Estados Unidos. Sorprende el desconocimiento de la población acerca de sus propios FRCV. Este informe parcial debe llamar la atención de las autoridades sanitarias y fortalecer toda política educacional para la población extremeña.

Estudio financiado con fondos de promoción investigación (PI071218), intensificación de la investigación (Exp.INT 07/289) y Grupos Emergentes (ExpEMER 07/046) del IS Carlos III y de FUNDE-SALUD.

52. GRADO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN DIABÉTICA ATENDIDA EN MADRID: ESTUDIO DIMA2

A. Galgo Nafria¹, S. Artola Menéndez², J.A. García Donaire³, O. González Albarrán⁴ y J.J. de la Cruz Troca⁵

¹CS Espronceda, Madrid. ²CS M^a Jesús Hereza, Madrid. ³Hospital 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

⁵Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivos: Evaluar el grado de control de los FRCV en diabéticos tipo 2 (DM2) atendidos en Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Métodos: Se trata de un estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal en el que se analiza el grado de control de FRCV en diabéticos tipo 2 consultantes en la CAM. La medida de la PA se determinó mediante tres tomas consecutivas, utilizando la media de las dos últimas para determinar las cifras de PA. Se realizó analítica de rutina para determinar niveles de lípidos en el momento del estudio. Se realizó predeterminación de la muestra sobre población censal > 18 años para una prevalencia de DM2 del 7%, asumiendo una precisión de $\pm$ 3%, para un IC del 95%.

Resultados: Se presentan datos de 1.020 pacientes, con edad media de 67 $\pm$ 11,6 años, el 50,5% varones. El 31,6% presentaban seguimiento adicional por especialista en diabetes. La evolución de DM2 era de 9 $\pm$ 7,4 años. Presentaban un IMC > 30 Kg/m² el 49,4%. Eran fumadores el 13%, ex-fumadores el 25,2%. El 71,1% presentaba HTA reconocida por el médico, y la evolución de HTA era de 9,4 $\pm$ 2,5 años. El 66% de la muestra presentaba niveles de hemoglobina glicada (HbA1c) < 7%. Sólo el 21,1% presentaba cifras de PA < 130/80 mmHg, un 15% de la muestra con cifras superiores no estaba etiquetado de HTA. El 31% de los pacientes en tratamiento antihipertensivo permanecía en monoterapia. Un 45,3% presentaba LDL colesterol < 100 mg/dl, el 71% tratados con fármacos. Adicionalmente sólo el 54,1% de la muestra recibían tratamiento antiagregante. Sólo en control de niveles de HbA1c se encuentran diferencias por el seguimiento de especializada vs sin seguimiento compartido (38,2 vs 58,7%, p < 0,001).

Conclusiones: Los datos del estudio DIMA2 presentan un control, deficiente de los FRCV en la población diabética tipo2 atendida en la CAM similar a otros registros nacionales, mostrando un grado de inercia clínica importante a pesar de la atención compartida con otros niveles asistenciales.

53. EVALUACIÓN DE LOS PARÁMETROS DE FUNCIÓN RENAL EN LA POBLACIÓN CON DIABETES TIPO 2 EN LA CCAA DE MADRID. ESTUDIO DIMA 2

J.A. García Donaire¹, S. Artola Menéndez², A. Galgo Nafria³, O. González Albarrán⁴ y J.J. de la Cruz Troca⁵

¹Hospital 12 de Octubre, Madrid. ²CS M^a Jesús Hereza, Madrid.

³CS Espronceda, Madrid. ⁴Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

⁵Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivo: Analizar la situación de la función renal en una población con diabetes Mellitus tipo 2 atendida en consultas de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Método: Estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico, en pacientes DM2 atendidos en AP en la CCAA de Madrid. Se recogen datos de la historia clínica (HC) mediante muestreo aleatorio consecutivo, con criterios de inclusión de mayor de 18 años, tener al menos 6 meses desde el diagnóstico de la DM2 y firmar consentimiento informado.

Resultados: Se estudiaron 1.020 pacientes con edad media de 67,0 $\pm$ 11,6 años (varones 50,5%). En la evaluación inicial según datos de las HC, el porcentaje de pacientes con una tasa de filtrado glomerular (TFG) < 60 ml/min fue de 8,2% y el de microalbuminuria de 14,2%. Sin embargo, al analizar los parámetros analíticos se aprecia una prevalencia de TFG < 60 ml/min de 24% por MDRD-4 y de 29,9% por Cockcroft-Gault mientras que los pacientes con excreción urinaria de albúmina superior a 30 mg/24h son el 20,5%; el porcentaje de pacientes con creatinina sérica (CrS) $\geq$ 1,3 mg/dl en varones y $\geq$ 1,2 en mujeres es del 11,4%. Cuando se realiza un subestudio por sexos, se aprecian diferencias significativas en la cifra de CrS y en la TFG medido por MDRD, con resultados peores en las mujeres (Tabla). Al evaluar diferencias en la población según fueran seguidos también en el especialista, se observa una diferencia estadísticamente significativa en la cifra de microalbu-

minuria, más elevada en el caso de pacientes con seguimiento en el especialista ($27,2 \pm 86,2$ vs $59,4 \pm 136,7$ mg/24h; $p = 0,019$). También existe diferencia significativa cuando se estudia el porcentaje de pacientes con CrS fuera de rango de normalidad, siendo también más elevado si reciben seguimiento ($10,0$ vs $15,7\%$; $p = 0,024$).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes con DM tipo 2 con alteraciones de la función renal es elevado, si bien la percepción de dichas alteraciones es muy inferior entre los médicos que los atienden habitualmente.

Valores de los parámetros analíticos de función renal por sexos.

Variable (unidad) n	Varones Media $\pm$ dt	Mujeres Media $\pm$ dt	p
Creatinina (mg/dl)	1,14 $\pm$ 0,89	0,96 $\pm$ 0,55	< 0,001
Filtrado glomerular Cockroft (ml/min/1,73 m ²)	74,4 $\pm$ 24,5	72,0 $\pm$ 25,1	0,136
Filtrado glomerular MDRD (ml/min/1,73 m ²)	74,8 $\pm$ 21,9	69,8 $\pm$ 20,9	< 0,001
Cociente albúmina/creatinina (mg/g)	41,1 $\pm$ 108,2	69,8 $\pm$ 20,9	0,179

54. VALORACIÓN DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS TRAS LA INSTAURACIÓN DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE

J.A. García Noain, M.A. Muñoz Mellado, B. Sierra Bergua, F.J. Ruiz Ruiz, J. Mozota Duarte y M.C. Gonzalvo Liarte

Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

Introducción: El Sistema Español de Triage (SET) auspiciado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y con el apoyo del programa informático andorrano web e-Pat, permite la priorización de los pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias en 5 niveles de gravedad (I a V). Los motivos de consulta están divididos en Categorías Sintomáticas que se subdividen en Síntomas Guía, y que a su vez se relacionan con los distintos CIE 9.

Objetivos: Conocer la frecuencia de asistencias en nuestro Servicio con diagnósticos relacionados con complicaciones de la HTA, y cuál es el nivel de prioridad asignado en el triaje. Valorar posibles diferencias en cuanto a edad, sexo, dicho nivel de prioridad y destino del paciente.

Material y método: Se recogieron datos del triaje durante un período de tiempo de 18 meses, desde junio del 2008 hasta noviembre de 2009. Se obtuvieron los datos de filiación (sexo y edad), el nivel de prioridad asignado (I a V) y el destino final de los pacientes (alta o ingreso), dentro de la Categoría Sintomática 16 (HTA) con Síntoma Guía 306 (Crisis hipertensiva) en relación con los CIEs 401 (Hipertensión) y 796.2 (Presión Arterial Elevada sin diagnóstico de HTA).

Resultados: El total de pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias en dicho período, tras descontar las consultas pediátricas, ginecológico-obstétricas y oftalmológicas, con asistencia específica, fueron 141.728; siendo los que consultaron por el Síntoma Guía "crisis hipertensiva" un total de 285, suponiendo el 0,2% del total. La distribución por sexos fue de 58,24% mujeres frente a 41,76% varones con una edad significativamente mayor en los segundos ($63,9 \pm 15,8$ frente a $67,8 \pm 13,0$ años con $p = 0,03$). Los

enfermos fueron dados de alta en el 85,61% de los casos, sin hallar diferencias con los pacientes ingresados, en cuanto a edad ($65,4 \pm 14,9$ frente a $66,8 \pm 13,8$ años con $p = 0,65$), y sexo (40,9% frente a 52,1% de varones con $p = 0,56$), pero sí respecto al nivel del triaje (74,2% en nivel II, 92,3% en el nivel III, 83,35 en el nivel IV, y 87,2% en el nivel V, con $p = 0,0022$). Durante el triaje el 24,56% fueron clasificados con un nivel II, el 41,40% con un III, el 14,73% con un IV y el 19,29% con un V. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a sexo (40%, 45,7%, 47,6% y 30,9% de varones con $p = 0,24$) o edad ($66,3 \pm 13,9$; $65,4 \pm 15,5$; $65,6 \pm 15,8$ y $64,8 \pm 14,5$ años con $p = 0,95$), pero sí en cuanto al destino final de los mismos como ya ha sido expuesto.

Conclusiones: Las consultas por diagnósticos relacionados directamente con complicaciones de la hipertensión suponen un escaso porcentaje de la actividad de nuestro Servicio de Urgencias. El SET es una buena herramienta para predecir el manejo final de este tipo de enfermos en función del nivel de prioridad asignado.

55. CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS Y ANALÍTICAS POR SEXOS DE LA POBLACIÓN JUVENIL MENOR DE 24 AÑOS DE LA PROVINCIA DE CÁCERES

J.J. Gómez-Barrado¹, J. Polo², A. Barquilla³, J.R. Gómez-Martino¹, S. Turégano², J. Vega¹, F.J. Garcipérez de Vargas¹, J. Mendoza¹, P. Guijarro¹ y J. Ramírez¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²Equipo de Atención Primaria, Casar de Cáceres. ³Equipo de Atención Primaria, Trujillo.

Introducción: El conocimiento de las variables antropométricas, clínicas y analíticas basales de una población permite establecer las bases para acciones preventivas en dicha población.

Objetivo: Estudiar variables antropométricas, clínicas y analíticas de la población juvenil menor de 24 años de la provincia de Cáceres (España).

Material y métodos: Seleccionamos una muestra elegida al azar de la población general de la provincia de Cáceres, de 172 individuos de ambos sexos de entre 14 y 24 años. Se les determinaron: peso, talla, IMC, Perímetro abdominal, Presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca y glucemia.

Resultados:

	Varones	Mujeres	p
Edad	19,07 $\pm$ 2,90	19,19 $\pm$ 2,80	0,7
Peso	68,14 $\pm$ 10,57	57,36 $\pm$ 8,78	0,000
Talla	174,04 $\pm$ 7,62	163,51 $\pm$ 6,57	0,000
IMC	22,51 $\pm$ 3,42	21,45 $\pm$ 3,12	0,036
P. abdominal	83,16 $\pm$ 9,37	79,10 $\pm$ 8,77	0,004
PA sistólica	117,49 $\pm$ 11,19	107,44 $\pm$ 11,75	0,000
PA diastólica	67,40 $\pm$ 7,91	63,60 $\pm$ 10,16	0,007
Frec. cardíaca	72,89 $\pm$ 10,58	74,72 $\pm$ 10,54	0,27
Glucosa	87,32 $\pm$ 9,48	82,90 $\pm$ 11,88	0,009

Conclusiones: Existen diferencias significativas en cuanto al peso, talla, IMC, perímetro abdominal, TA sistólica y diastólica y niveles de glucemia entre varones y mujeres en la población juvenil menor de 24 años de la provincia de Cáceres, que han de ser tenidos en cuenta a la hora de planificar estrategias preventivas en el control de la obesidad, HTA y diabetes mellitus.

56. SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA PROVINCIA DE CÁCERES

J.J. Gómez-Barrado¹, J.R. Gómez-Martino¹, J. Polo², A. Barquilla³, S. Turégano², R. Gallego¹, J. Mendoza¹, F.J. Garcipérez de Vargas¹, G. Marcos¹ y Y. Porras¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²Equipo de Atención Primaria, Casar de Cáceres. ³Equipo de Atención Primaria, Trujillo.

Fundamento: La obesidad es enfermedad sistémica de importancia relevante debido a su creciente prevalencia y a la comorbilidad que genera en otras entidades nosológicas. El índice de masa corporal –IMC– o índice de Quetelet (peso en kg/talla en m²) es el método más ampliamente validado y utilizado en los estudios epidemiológicos. Se pretende conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de la provincia de Cáceres (España).

Material y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo de prevalencia y se determinó el peso y la talla de una muestra de 1491 individuos de ambos sexos, mayores de 14 años, elegidos mediante muestreo aleatorio trietápico de la población general de la provincia de Cáceres. El sobrepeso fue definido por un índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 Kg/m² y la obesidad por un IMC ≥ 30 Kg/m² (severa si IMC ≥ 35 Kg/m² y mórbida si IMC ≥ 40 Kg/m²).

Resultados: La prevalencia de sobrepeso fue del 37,2% y la de obesidad del 18,3%, que fue severa en el 3,5% y mórbida en el 1% de la población. Según el sexo, presentaban obesidad el 17,8% de varones y el 18,6% de mujeres (p: 0,7); era severa en el 2,6% de varones y 6,1% de mujeres (p: 0,001), y mórbida en el 0,2% de varones y 1,7% de mujeres (p: 0,003). En la población mayor de 55 años la prevalencia de obesidad fue del 30,7% (26,5% en varones y 33,7% en mujeres; p: 0,079).

Conclusiones: La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de la provincia de Cáceres (España) es del 55,5%. La prevalencia de obesidad es similar en varones y mujeres, pero la obesidad severa o mórbida es significativamente mayor en mujeres. La prevalencia de obesidad es mucho mayor en la población de mayor edad.

57. RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

J.J. Gómez-Barrado¹, A. Barquilla³, J. Polo², J.R. Gómez-Martino¹, S. Turégano², Y. Porras¹, F.J. Garcipérez de Vargas¹, J. Mendoza¹, O. Vaccari¹ y P. Guijarro¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²Equipo de Atención Primaria, Casar de Cáceres. ³Equipo de Atención Primaria, Trujillo. ⁴GERIVA (Grupo de Estudio del Riesgo Vascular de Extremadura).

Introducción: La obesidad es una enfermedad muy prevalente y frecuentemente asociada a comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular. Pretendemos estudiar la relación existente entre la presencia de obesidad con los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes y la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV) previa (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica).

Material y métodos: A una muestra de 1491 individuos de ambos sexos, mayores de 14 años, elegidos mediante muestreo aleatorio trietápico de la población general de la provincia de Cáceres se les determinó el peso y talla (IMC) y se les interrogó sobre la presencia de ECV previa, tabaquismo, HTA y diabetes mellitus, y la toma de medicación hipolipemiente. El análisis estadístico se realizó usando el paquete estadístico SPSS de ciencias de la salud. Se usó el test de chi cuadrado para variables cuantitativas y la t-Student para variables cualitativas.

Resultados: Presentaban obesidad (IMC ≥ 30) el 18,3% de la población.

	IMC < 30	IMC ≥ 30	P
ECV previa	11,7%	22,1%	0,000
HTA	17,8%	49,5%	0,000
Tabaquismo	31,4%	19,4%	0,000
Diabetes mellitus	6%	21,6%	0,000
Medicación hipolipemiente	12,4%	27,1%	0,000

Conclusiones: El doble de los obesos de la provincia de Cáceres tiene antecedentes de ECV. Tienen dislipemia más del doble y presentan 3 veces más HTA y diabetes mellitus; sin embargo los obesos son menos fumadores.

58. EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN LA PROVINCIA DE CÁCERES

J.J. Gómez-Barrado¹, J. Polo², A. Barquilla³, J.R. Gómez-Martino¹, S. Turégano², R. Gallego¹, J.A. Riesco¹, P. Guijarro¹, F.J. Garcipérez de Vargas¹ y J. Mendoza¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²Equipo de Atención Primaria, Casar de Cáceres. ³Equipo de Atención Primaria, Trujillo. ⁴GERIVA (Grupo de Estudio del Riesgo Vascular de Extremadura).

Introducción y objetivo: El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y la primera causa de muerte evitable en el mundo. El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia del consumo de cigarrillos en individuos mayores de 14 años de la provincia de Cáceres.

Métodos: Se realizó una encuesta directa a una muestra poblacional de 1498 individuos mayores de 14 años de la provincia de Cáceres elegidos al azar mediante muestreo aleatorio trietápico (área de salud, zona de salud y listado de pacientes con tarjeta sanitaria asignados a cada médico de atención primaria).

Resultados: Fuman el 29,1% de los cacereños (32,7% de los varones y 26,2% de mujeres), con una edad media de $41,35 \pm 14,51$ años, frente a los $50,88 \pm 21,98$ años de los no fumadores. En la población de entre 14 y 18 años fuman el 11,9% de los varones frente al 23,9% de las mujeres. Presentan antecedentes de enfermedad cardiovascular el 8,7% de fumadores (frente al 15,6% de no fumadores).

Conclusiones: La prevalencia del tabaquismo en la provincia de Cáceres es elevada, mayor en varones que en mujeres, excepto en el tramo de edad entre 14 y 18 años en que la proporción se invierte. Los fumadores presentan menos antecedentes de enfermedad cardiovascular.

59. ESTUDIO DEL CONTROL DE LOS FRCV Y SU TRATAMIENTO EN LA POBLACIÓN CON DIABETES TIPO 2 EN LA CCAA DE MADRID. ESTUDIO DIMA 2

O. González Albarrán¹, A. Galgo², J.A. García Donaire³, S. Artola⁴ y J.J. de La Cruz⁵

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²CS Espronceda, Madrid.

³Hospital 12 Octubre, Madrid. ⁴CS M.ª Jesús Hereza, Madrid.

⁵Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivo: Estudiar el grado de control metabólico y de los factores de riesgo cardiovascular así como las prescripciones farmacoló-

gicas en la población con DM tipo 2 consultante en AP en la CCAA de Madrid.

Método: Estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico, en pacientes DM2 atendidos en AP en la CCAA de Madrid. Se recogen datos de la HC mediante muestreo aleatorio consecutivo, con criterios de inclusión de mayor de 18 años, tener al menos 6 meses desde el diagnóstico de la DM2 y firmar consentimiento informado.

Resultados: Se estudiaron 1.020 pacientes con edad media de $67,0 \pm 11,6$ años. Varones 50,5%. Sobrepeso/obesidad diagnóstica en 73,2% (siendo obesidad el 49,4%) y obesidad abdominal (definida por perímetro abdominal ≥ 102 en varones y ≥ 88 en mujeres), aproximadamente el 65%. Destaca un proporción significativamente mayor de obesidad y obesidad abdominal en mujeres frente a varones ($p < 0,001$). 28,5% tienen ECV y el 28% LOD. La DM2 lleva $9,0 \pm 7,4$ años de evolución, en tratamiento farmacológico $7,3 \pm 6,8$ años. 44% tenían insuficiente control glucémico $HbA1c \geq 7\%$ Con diferencia significativa entre los que realizan seguimiento en Especializada 58,7% vs Primaria 38,2%, $p < 0,001$. El 50,2% utilizan un único antidiabético, siendo por orden de frecuencia: metformina 79,7%, sulfonilurea 27,9%, insulina 23,3%, sitagliptina 9,6%, glinidas 7,8%, glitazona 6,2% y acarbosa 2,7%. No diferencias en el uso de insulina entre A. Especializada y AP. El 71,4% son hipertensos y sólo el 21,1% está con un objetivo adecuado de control ($> 130/80$ mmHg). El 74,8% tiene tratamiento antihipertensivo, 31,1% en monoterapia, 26,8% 2 fármacos, 13,3% 3 y 28,2% 4 o más. Los bloqueantes del SRA (ARA 2 36,7% o IECA 32,6%) representan los antihipertensivos más utilizados, seguidos por los diuréticos (33%) y calcioantagonistas (20%). En cuanto al perfil lipídico destaca que aproximadamente el 50% de los pacientes con diabetes no alcanzan objetivos de control a pesar de estar bajo tratamiento con estatinas casi el 80%.

Conclusiones: Los pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en AP en la CCAA Madrid presentan un elevado porcentaje de FRCV asociados, ECV previos y LOD. Los datos del presente estudio confirman un aceptable control glucémico con un amplio uso de metformina como primer escalón en el tratamiento de la diabetes y el descenso significativo del uso de las sulfonilureas, así como la progresiva implantación de la insulina basal en AP. Por el contrario, el control de la HTA es muy escaso destacando un alto porcentaje de monoterapia, siendo destacable el uso de bloqueantes del SRAA (especialmente el mayor porcentaje de ARA 2 frente a IECA). Destaca el amplio uso de terapia hipolipemiente (estatinas) a pesar de que sólo el 50% estén en objetivos de control. Como conclusiones los diabéticos tipo 2 atendidos en al CCAA Madrid presentan un preciso un control global de los FRCV con medidas farmacológicas más agresivas basadas probablemente en el uso más amplio de terapia combinadas y/o nuevas perspectivas farmacológicas.

60. MIDIENDO EL RIESGO VASCULAR EN POBLACIÓN NORMOTENSA: IMPACTO DEL PATRÓN NO DIPPER DE PRESIÓN ARTERIAL

P. Aranda, J.J. de la Cruz, A.M. Rodríguez-Gaspar, L. Oliván, A. Gil-Paraiso, J. Pechuán, C. Fraga, A. Roca-Cusachs, J.R. Banegas y L.M. Ruilope

En representación de los investigadores de CARDIORISC. SEH-LELHA.

Objetivos: Valorar el impacto del patrón no dipper en el riesgo cardiovascular (RCV) de la población normotensa.

Métodos: Se analizaron datos de 10.358 individuos sin tratamiento farmacológico y con PA ambulatoria media de 24 horas $< 130/80$ mmHg incluidos en CARDIORISC (n muestra global 102.615). Se comparó el RCV de los sujetos con patrón dipper (PD) con el de

los sujetos con patrón no dipper (PND). El RCV se estratificó según la guía vigente de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología.

Resultados: La edad media de los individuos evaluados fue 53,0 años, un 53,7% fueron mujeres y el índice de masa corporal medio fue $28,0$ kg/m². Se detectaron 5.572 sujetos (53,8%) con PD y 4.786 (46,2%) con PND. Con respecto a los individuos con PD, los sujetos con PND fueron mayores ($56,2$ frente a $50,3$ años), más mujeres (55,3% vs 52,4%), presentaron una PA diurna menor ($119,4/71,9$ vs $123,9/76,4$ mmHg) y una PA nocturna más elevada ($115,0/65,6$ vs $105,0/60,4$ mmHg) (todas las diferencias $p < 0,001$). La prevalencia de factores de RCV asociados fue más elevada en los sujetos con PND (sobrepeso-obesidad 91,0% vs 84,9%, diabetes 14,0% vs 9,6%, dislipemia 30,9% vs 27,2%, todas las diferencias $p < 0,001$) salvo el tabaquismo (14,5% vs 19,7%, $p < 0,001$). La prevalencia de lesión de órgano diana (6,7% vs 3,4%, $p < 0,001$) y de enfermedad cardiovascular asociada (7,0% vs 3,5%, $p < 0,001$) también fue más elevada en los sujetos con PND. Un RCV añadido alto o muy alto fue más frecuente en los casos con PND (25,6% vs 19,3%, $p < 0,001$).

Conclusiones: Los individuos normotensos con PND, en comparación con los sujetos con PD, presentaron un perfil de RCV más desfavorable. La presencia de un PND en un sujeto normotenso podría predecir un mayor RCV e identificar a una población subsidiaria de una prevención cardiovascular precoz.

61. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PRESIÓN NORMAL-ALTA SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES

J. Alonso, J.L. Llisterri, F. Madruga, A. Espino, J. Andrés, J.V. Ortega, F.J. Gordillo, J.J. de la Cruz, P. Aranda y L.M. Ruilope

En representación de los investigadores de CARDIORISC. SEH-LELHA.

Objetivos: Determinar las principales características demográficas y clínicas de los pacientes con presión arterial (PA) normal-alta incluidos en CARDIORISC-MAPAPRES.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico sobre pacientes de edad igual o superior a 18 años y PA normal-alta sin tratamiento farmacológico antihipertensivo incluidos en el proyecto CARDIORISC-MAPAPRES. Entre 2004 y 2008 se obtuvo una base de datos de 68.045 registros de MAPA que cumplieron estándares de calidad preestablecidos. Se definió como PA normal-alta valores en consulta de $130-139/85-89$ mmHg para PA sistólica (PAS)/PA diastólica (PAD), respectivamente. A todos los pacientes se les efectuó monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) y se registraron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano diana (LOD), enfermedad cardiovascular (ECV) asociada, prevalencia de HTA enmascarada (PA clínica normal y PA por MAPA 24 h elevada) y perfil circadiano.

Resultados: Se identificaron 3.199 pacientes (4,7%), edad media $51,2 \pm 15,1$ años (53,6% varones), 26,4% obesidad ($IMC \geq 30$ kg/m²). La PAS/PAD media fue de $132,5 \pm 5,2/81,5 \pm 6,3$ mmHg en consulta y por MAPA 24 h de $123,9 \pm 10,4/75,8 \pm 8,2$ mmHg. El 75,1% (IC95%: 73,6-76,6) (n = 2.403) presentaba FRCV asociados (10,7% diabetes), el 3,9% (IC95%: 3,2-4,6) (n = 125) LOD y el 5,5% (IC95%: 4,7-6,3) (n = 177) ECV asociada. El 24,3% (IC95%: 22,8-25,8) de los pacientes presentaban un riesgo cardiovascular (RCV) alto o muy alto. La prevalencia de HTA enmascarada fue del 39,5% (IC95%: 37,8-41,2), mostrando el 47,1% (IC95%: 45,4-48,8) de los pacientes un perfil circadiano no dipper (8,1% riser).

Conclusiones: Uno de cada 4 pacientes con PA normal-alta presentó RCV elevado. La prevalencia de HTA enmascarada y de alteraciones en el perfil circadiano es considerable.

62. ¿HEMOS MEJORADO EL CONTROL Y DIAGNÓSTICO DE LA TENSIÓN ARTERIAL DE NUESTRA POBLACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso², M.L. Alarcia Ceballos², A. Rodríguez Fernández³, A. López de Viñaspre Muguerza², M.J. Ibars Cervera², A. Roldan Marrodan², T. Esparza Otero², M.J. Mendaza de la Hoz² y E. Lapuente Troncoso²

¹CS Aranbizkarra 1, Vitoria-Gasteiz. ²CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ³CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: El objetivo de este estudio es saber si hemos mejorado el control y diagnóstico de la tensión arterial en los últimos 5 años en pacientes hipertensos de nuestro centro de salud.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un centro de Salud que atiende a una población aproximada de 19000 habitantes mayores de 14 años. El corte se realiza a principios de septiembre del 2005, 2006, 2007, 2008 y en septiembre del 2009. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

Resultados: Tenemos una población hipertensa conocida de 2.364 personas en el año 2009. Nuestra organización considera buen control de tensión arterial cifras < 140/90 en menores de 65 años y < 160/95 en mayores de 65 años. En el año 2005 el buen control de la tensión arterial era en el 46,91% de la población hipertensa y una prevalencia de hipertensión arterial del 11,65% y un cribado de tensión arterial del 22,53% de la población mayor de 14 años. En el 2006 44,76%, 12,12% y 30,5% respectivamente. En el 2007 46,27%, 12,24% y un 38,66%. En el 2008 44,02%, 12,23% y 41,69%. En el 2009 44,83%, 12,24% y 42,21% respectivamente.

Conclusiones: Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento como es el control de toda nuestra población hipertensa, aunque conviene tener en cuenta que nuestra organización considera diferente el buen control en mayores de 65 años, por lo que el buen control en población hipertensa puede estar aumentado. Aunque las cifras de control no son malas si comparamos con la bibliografía, debemos seguir mejorando el control de la tensión, ya que no hemos mejorado su control, incluso esta algo peor. En los últimos años no conseguimos aumentar la prevalencia de población hipertensa, no sabemos si porque no tenemos la prevalencia que dice la bibliografía o por poco diagnóstico, que probablemente sea la causa, ya que sólo el 42,21% de la población nuestra tiene tomada la tensión. Debemos aumentar el cribado de tensión arterial de nuestra población.

63. CAMBIO DE LA SITUACIÓN DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO TAPAS

A. Galgo¹, C. Suárez², T. Mantilla³, M. Leal⁴, R. Usoz⁵, B. Santillana⁶, M. Fraile⁷, J. Muela⁸, J. Domínguez⁹ y F. Urban¹⁰

¹CS Espronceda, Madrid. ²Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ³CS Prosperidad, Madrid. ⁴AstraZeneca, Madrid.

⁵CS Portal Nous, Mallorca. ⁶CS Miranda-Este, Miranda de Ebro.

⁷CS Quart de Poblet, Valencia. ⁸CAP Río de Janeiro, Barcelona.

⁹CS Plaza de Argel, Cáceres. ¹⁰CS Crevillente, Alicante.

Propósito del estudio: Evaluar durante un año, el porcentaje de pacientes con mal control de la PA y que al año consiguen control y el porcentaje de pacientes con buen control de la PA que al año han perdido el control.

Métodos: Estudio retrospectivo, en pacientes hipertensos tratados, seguidos durante un año en consultas de atención primaria de todo el territorio nacional. Se incluyeron dos cohortes de pacientes hipertensos, al menos con un año de seguimiento: cohorte 1, pacientes mal controlados el año previo a la inclusión y cohorte 2: pacientes bien controlados el año previo a la inclusión. A cada in-

vestigador se le solicitó que incluyera el primer paciente hipertenso, tratado farmacológicamente, visto en la consulta y que si este paciente el año previo estaba mal controlado incluyera el siguiente que viera, independientemente del grado de control en el momento de incluirlo, que el año previo hubiera estado bien controlado, y viceversa. Se definió control como PA < 140/80 mmHg y < 130/80 mmHg en diabéticos. Se evaluó el porcentaje de pacientes mal controlados que al año alcanzaron control y el porcentaje de pacientes controlado que al año lo habían perdido. Se recogieron variables demográficas y clínicas de las dos cohortes. Estudio estadístico: comparación de variables continuas en más de 2 grupos mediante ANOVA, o prueba de Kruskal-Wallis. Comparación entre 2 grupos mediante T-Student. Para las comparaciones de variables categóricas se realizó la prueba Chi-Cuadrado, en caso de no aplicabilidad de la anterior se realizó el test exacto de Fisher. Se consideraron estadísticamente significativas si $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 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. Constituye la muestra final 293 pacientes: 140 mal controlados (Cohorte 1) y 153 bien controlados (Cohorte 2). Edad media de 64 años, con un 51% de varones. Los pacientes inicialmente mal controlados eran más frecuentemente diabéticos (35,25% vs buen control 23,03% $p = 0,02$), dislipémicos (56,12% vs buen control 44% $p = 0,03$), no diferenciándose en las otras características evaluadas (años evolución HTA, Insuficiencia renal, arteriopatía periférica, AF de ECV, AP de ECV, tabaco y alcohol). La evolución del control de la HTA al año de seguimiento fue para la cohorte 1: buen control el 22,86% y mal control el 77,14%. En la cohorte 2, el 56,86% tiene buen control al año y el 43,14% mal control. En conjunto, el 40,6% de todos los pacientes están controlados al año y de ellos el 73% estaban bien controlados el año previo. Entre los pacientes mal controlados un 38% corresponden a pacientes que han perdido el control.

Conclusiones: La situación de buen /mal control de los hipertensos tratados farmacológicamente en un año es cambiante. 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 período. Por lo tanto, la situación del control de la HTA no solamente no es muy favorable, sino que además el mantenimiento del buen control de la HTA al año únicamente se consigue en poco más de la mitad de los pacientes.

64. PERSISTENCIA DEL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL A LO LARGO DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO TAPAS

T. Mantilla¹, C. Suárez², A. Galgo³, M. Leal⁴, M.L. Arnal⁵, L. Hurtado⁶, F. Gómez⁷, L.M. de la Morena⁸, R. Beltrán⁹ y J. Pastor¹⁰

¹CS Prosperidad, Madrid. ²Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ³CS Espronceda, Madrid. ⁴AstraZeneca, Madrid.

⁵CS Abetxukoko, Vitoria. ⁶CS Mutxamel, Alicante. ⁷CS Joaquín Rodrigo, Madrid. ⁸CS Arroyo de la Miel, Benalmadena.

⁹CS El Bonillo, Albacete. ¹⁰CS Alto Palancia, Segorbe.

Propósito del estudio: Evaluar el porcentaje de visitas realizadas durante un año en las que el paciente hipertenso bien controlado mantiene el buen control.

Métodos: Estudio retrospectivo, en pacientes hipertensos tratados, seguidos durante un año en consultas de atención primaria de todo el territorio nacional. Se evaluó control de la HTA (PA < 140/80 mmHg y < 130/80 mmHg en diabéticos) al inicio y al año de seguimiento. Se incluyeron 1.678 hipertensos, en 260 centros, distribuidos en cuatro cohortes predefinidas según el control de la PA al inicio y al final del año de seguimiento. Cohorte 1: pacientes mal controlados tanto al inicio como al finalizar el año de seguimiento

(MM); cohorte 2: mal control al inicio y buen control al año de seguimiento (MB); cohorte 3: pacientes bien controlados al inicio y mal controlados al año (BM); cohorte 4: pacientes bien controlados tanto al inicio como al año de seguimiento (BB). Se cuantifica el porcentaje de visitas a la consulta médica o de enfermería en las que el paciente presentaba cifras de PA controladas así como el número de oscilaciones entre buen y mal control. Variables demográficas, clínicas y analíticas. Estudio estadístico: comparación de variables continuas en más de 2 grupos mediante ANOVA, o prueba de Kruskal-Wallis. Comparación entre 2 grupos mediante t-Student. Para las comparaciones de variables categóricas se realizó la prueba Chi-Cuadrado, en caso de no aplicabilidad de la anterior se realizó el Test Exacto de Fisher. Se consideraron estadísticamente significativas si $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 1.678 hipertensos, edad media 64 años, siendo el 53% varones. El nº medio de visitas intermedias (excluidas la inicial y final) realizadas al centro de salud para evaluación del control de la HTA fue de 4,4, 4,4, 4 y 3,8 en las cohortes 1, 2, 3 y 4 respectivamente, siendo el número de visitas al médico menor en la cohorte 4 (1,7) respecto a las cohortes 1(2,4), 2 (2,2) y 3 (1,9) con $p < 0,0001$. Aunque el número de visitas de enfermería fue mayor en todas las cohortes, excepto la cohorte 1, no se encontraron diferencias significativas. Al evaluar el porcentaje de visitas intermedias con buen control de la PA, se observó que el 39,9% de los pacientes de la cohorte 4 presentaban buen control PA al menos en el 90% de las visitas frente al 1,53% de la cohorte 3 y el 0,59% de la cohorte 1 ($p < 0,0001$). El 33,32% de los pacientes de la cohorte 4 y el 76,45% de la cohorte 2 presentaron mal control en más del 50% de las visitas. El 87,24% de los pacientes mal controlados lo están en todas las visitas realizadas durante un año (cohorte 1), mientras que el 57,11% de los bien controlados mantienen el control en todas las visitas (cohorte 4).

Conclusiones: 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. En concreto, el 57% de los bien controlados, lo están en todas las visitas realizadas. Por tanto, parece necesario no únicamente conocer el grado de control de la HTA en estudios transversales, sino la persistencia del mismo a lo largo del seguimiento de un determinado paciente, ya que es este el último determinante de la eficacia de la intervención.

65. PERFIL CLÍNICO DE LOS HIPERTENSOS DIABÉTICOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO BRAND II

J. Abellán, J. Divisón, M. Prieto, M. Leal, S. Balanza, J. Ocharán, A. de la Sierra, N. Martell, A. Martín-Hidalgo Hidalgo e I. Rodríguez

Sociedades Autonómicas HTA-SEHLELHA, Madrid.

Propósito del estudio: Analizar el perfil clínico, el grado de control y las características del tratamiento antihipertensivo e hipoglucemiante de los hipertensos diabéticos atendidos en los Centros de Atención Primaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de recogida de información en historia clínica de Atención Primaria (diseño chart-review auditado de forma anónima). El trabajo de campo se realizó en 2008. Se incluyeron 6.777 pacientes (3.358 varones y 3.419 mujeres) diabéticos tipo 2 seguidos en atención primaria con al menos un registro clínico en el último año. Se obtuvieron datos sobre el tiempo de evolución de la diabetes, presión arterial, peso, talla, analítica completa incluyendo hemoglobina glicosilada, perfil lipídico y función renal, así como el tratamiento prescrito.

Resultados: La edad media de los pacientes estudiados fue de $64,4 \pm 11,5$ años. Su IMC medio de $29,3 \pm 4,3$ Kg/m². Un 46% de los pacientes analizados tenían un IMC entre 25 y 30 Kg/m², siendo superior a 30 Kg/m² en el 39% de ellos. El tiempo medio de evolución de la diabetes fue de 5,7 años. Eran fumadores el 21,4%. La glucemia media fue de $135,2 \pm 35,1$ mg/dl. La hemoglobina glicosilada media fue $6,8 \pm 1,1$ mg/dl. Las cifras tensionales medias fueron $145,3 \pm 16,4$ mmHg (PAS) y $85,3 \pm 11,1$ mmHg (PAD). Las cifras medias del perfil lipídico fueron las siguientes: colesterol total $206,6 \pm 38,4$ mg/dl, colesterol LDL $125 \pm 34,2$ mg/dl, colesterol HDL $52,7 \pm 14,4$ mg/dl y triglicéridos $149,7 \pm 72$ mg/dl. El LDL colesterol era ≤ 100 mg/dl en el 25,3% de los pacientes. La HbA1c $\leq 7\%$ en el 60,3%. El 53,5% de los pacientes recibían tratamiento hipolipemiante y el 43,5% antiagregante. Los fármacos utilizados para el control de la diabetes se distribuyeron del siguiente modo: sulfonilureas (33,3%), biguanidas (55,6%), glitazonas (3,5%), inhibidores de la alfa glucosidasa (1,2%), segretagogos (3,4%). Estaban en tratamiento con insulina el 8,2% de los pacientes. La distribución del tratamiento antihipertensivo fue: diuréticos (50,1%), beta bloqueantes (5,2%), calcioantagonistas (8,9%), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (59,8%), Antagonistas de los receptores de angiotensina (20,4%) y alfabloqueantes (0,9%).

Conclusiones: La mayoría de los hipertensos diabéticos están insuficientemente controlados. Las biguanidas son los fármacos más utilizados en España para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en los hipertensos y diabéticos. Los diuréticos y los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son los antihipertensivos más utilizados en estos pacientes.

66. GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ICTUS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO ICTUSCARE

J. Abellán, L. Ruilope, M. Leal, N. Martell, P. Armario, G. Tiberio, E. Hevia, J. Nieto, S. Sanz de Castro y P. Cía

Sociedades Autonómicas HTA-SEHLELHA, Madrid.

Propósito del estudio: Conocer la prevalencia y el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en atención primaria en España.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, nacional, en condiciones de práctica clínica habitual. Participaron 180 médicos investigadores de consultas de Atención Primaria de todo el territorio nacional. La población de estudio estuvo compuesta por pacientes que habían sufrido un ictus. Cada investigador debía seleccionar un mínimo de 5 pacientes con ictus, de los cuales uno al menos debía ser un AIT. Se incluyeron un total de 975 pacientes con ictus, de los cuales 20 pacientes se excluyeron por incumplir criterios de selección, siendo valorables un total de 955 pacientes. Los factores de riesgo cardiovascular analizados fueron tabaquismo, diabetes, dislipemia, HTA, obesidad abdominal e historia de enfermedad cardiovascular precoz. Respecto al grado de control de los FRCV se establecieron como criterios de control de los factores de riesgo modificables, según la Guía Europea de HTA 2007 los siguientes: 1) PA $\leq 130/80$ mmHg. 2) HbA1c $< 7\%$. 3) No fumar. 4) Colesterol LDL < 100 mg/dl.

Resultados: En los pacientes incluidos hubo una proporción superior de hombres que de mujeres (57,5% hombres y 42,5% mujeres). La edad media de los pacientes fue de $70,8 \pm 10,4$ años, observándose diferencias estadísticamente significativas entre géneros (Varones $69,6 \pm 10,1$ años y mujeres $72,5 \pm 10,7$ años) ($p < 0,05$). El 61,0% (583) de los pacientes había padecido un ictus isquémico, el 31,4% (300) un accidente isquémico transitorio (AIT) y el 9,2% (88) un ictus hemorrágico (un mismo paciente podía presentar más de un accidente cerebrovascular simultáneamente). Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes fueron la hiper-

tensión arterial (84,8%), la dislipemia (61,8%), la obesidad abdominal (42,9%), la diabetes (35,6%) y el tabaquismo (25,1%). Únicamente el 2,3% de los pacientes no mostró ninguno de estos factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, diabetes, dislipemia, HTA, obesidad abdominal, historia de enfermedad cardiovascular precoz). Los valores medios del perfil lipídico han sido colesterol total de $199,6 \pm 39,9$ mg/dl, LDL colesterol de $119,2 \pm 32,9$ mg/dl y HDL colesterol de $49,7 \pm 13,2$ mg/dl. Respecto al grado de control de los FRCV el 74,9% de los pacientes no presentaban hábito tabáquico y el 50,2% de los pacientes diabéticos presentaban control en la hemoglobina glicosilada. El LDL colesterol estaba controlado en el 28,9% de los pacientes y la presión arterial en el 17,6%. Un 1,2% (11) de los pacientes cumplieron con todos los criterios de buen control, según la Guía Europea de HTA 2007.

Conclusiones: Los pacientes que han sufrido un ictus presentan como FRCV más prevalente la hipertensión arterial. El control de los FRCV en los pacientes que han presentado un ictus es deficiente.

67. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ICTUS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO ICTUSCARE

J. Abellán, L. Ruilope, M. Leal, A. Martín-Hidalgo, I. Rodríguez, N. Suliman, G. Mediavilla, F. García-Romanos, B. Maceira y C. Mena

Sociedades Autonómicas de HTA-SEHLELHA, Madrid.

Propósito del estudio: Analizar el tratamiento farmacológico indicado a los pacientes con ictus atendidos en atención primaria en España.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, nacional, en condiciones de práctica clínica habitual. Participaron 180 médicos investigadores de consultas de Atención Primaria de todo el territorio nacional. La población de estudio estuvo compuesta por pacientes que habían sufrido un ictus. Cada investigador debía seleccionar un mínimo de 5 pacientes con ictus, de los cuales uno al menos debía ser un AIT. Se incluyeron un total de 975 pacientes con ictus, de los cuales 20 pacientes se excluyeron por incumplir criterios de selección, siendo valorables un total de 955 pacientes. Se registró el tratamiento antihipertensivo, hipolipemiente, antidiabético, antiagregante y/o anticoagulante que tenía indicado cada paciente.

Resultados: En los pacientes incluidos hubo una proporción superior de hombres que de mujeres (57,5% hombres y 42,5% mujeres). La edad media de los pacientes fue de $70,8 \pm 10,4$ años, observándose diferencias estadísticamente significativas entre géneros (Varones $69,6 \pm 10,1$ años y mujeres $72,5 \pm 10,7$ años) ($p < 0,05$). El 61,0% (583) de los pacientes había padecido un ictus isquémico, el 31,4% (300) un accidente isquémico transitorio (AIT) y el 9,2% (88) un ictus hemorrágico (un mismo paciente podía presentar más de un accidente cerebrovascular simultáneamente). El 36,3% de los pacientes con tratamiento antihipertensivo, recibía un fármaco para tratar su hipertensión, el 35,7% recibía dos y el 28% tres o más. En cambio, los pacientes con tratamientos hipolipemiantes, recibían un fármaco en un 88,3%. De entre los pacientes con tratamiento para la diabetes, el 64,3% se trataban con un fármaco, el 34,4% con dos y el 1,3% con tres o más. Casi la totalidad de los pacientes que recibían antiagregantes (93,8%) y la totalidad de los que recibían anticoagulantes (100,0%) los recibían en un solo fármaco. Respecto a los tipos de fármacos más empleados, para la hipertensión estaban tratados con ARA II el 57,6%, con diuréticos tiazídicos el 33,4%, con IECA el 25,2% y con antagonistas del calcio el 24,4%. Para la dislipemia, el 72,8% recibían tratamiento con estatinas, el 8% con ezetimiba y el 2,6% con fibratos. El tratamiento antidiabético más utilizado era la metformina con el 30,2%, se-

guido de las sulfonilureas con el 10,6%, insulina con el 9,3% y glitazonas con el 2,5%. El 85,9% de los pacientes estaban antiagregados. El antiagregante más utilizado era el AAS con el 57,3%, seguido del clopidogrel con el 20,9%. El 15% de los pacientes recibían tratamiento con acenocumarol.

Conclusiones: Los pacientes que han sufrido un ictus están tratados mayoritariamente con bloqueantes del sistema renina angiotensina para su hipertensión, con estatinas para controlar su perfil lipídico, con metformina para la diabetes y están mayoritariamente antiagregados con ácido acetilsalicílico.

68. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA EL ESTUDIO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS COMO PREDICTOR DE LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR

M. Leal, J. Abellán, C. Suárez, P. Armario, J. Vázquez, V. Pallarés, G. Mediavilla, C. Dall'anese, P. Gómez y F. Marín

Sociedades Autonómicas de HTA-SEHLELHA, Madrid.

Introducción: Se ha generado un interrogante acerca del papel de las crisis hipertensivas como predictoras o marcadoras del riesgo cardiovascular, sobre el que ya existe bibliografía que muestra un mayor riesgo de síndrome coronario agudo y fallo ventricular izquierdo en los pacientes con crisis hipertensivas, así como un mayor riesgo global de eventos cardiovasculares fatales y no fatales.

Propósito del estudio: 1) Conocer la evolución que presentan los pacientes que han sufrido una crisis hipertensiva. 2) Analizar el tipo de complicaciones cardiovasculares y renales que presentan los pacientes que hayan padecido crisis hipertensivas.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes, prospectivo, de 5 años de seguimiento (seguimiento anual), multicéntrico de ámbito nacional. Se incluirán dos grupos de pacientes: 1) Grupo A (casos): 600 pacientes hipertensos con crisis hipertensivas. 2) Grupo B (control): 600 pacientes hipertensos sin crisis hipertensivas. Cada investigador cuando incluya un paciente del Grupo A, seleccionará otro de características similares en edad, sexo, diabetes y riesgo cardiovascular para grupo B. El estudio se desarrollará en España mediante la intervención de las sociedades autonómicas de HTA que seleccionarán a los investigadores. Participarán como investigadores 200 médicos especialistas y de atención primaria, los cuales reclutarán unos 4 pacientes de cada grupo. Se incluirán a pacientes que cumplan los siguientes criterios: 1) Crisis hipertensiva atendida en atención primaria o urgencias hospitalarias con cifras de PAS ≥ 220 mmHg y/o PAD ≥ 120 mmHg en la 2ª toma. La medición de la PA se deberá realizar mediante un aparato validado. 2) Pacientes con edad ≥ 40 y < 80 años. 3) Pacientes con HTA esencial. Se excluirán a los pacientes con HTA secundaria, emergencia hipertensiva y que presenten enfermedad cardiovascular establecida. Mediciones a realizar y cuaderno de recogida de datos (CRD): el CRD será electrónico y se propone recoger los parámetros en las siguientes visitas: **Visita basal:** Datos sociodemográficos, Historia Clínica de la HTA, Factores de riesgo cardiovascular, Existencia de lesiones de órganos diana, Crisis hipertensivas (Crisis previas, Etiología, Signos clínicos PAS, PAD, FC), Parámetros analíticos generales y ECG, Tratamientos antihipertensivos (previos y tras la crisis), Cumplimiento mediante test Morisky-Green. **Visitas de seguimiento (anuales):** Peso y perímetro abdominal, Factores de riesgo cardiovascular, Evolución (Nº de crisis durante el año de seguimiento, Signos clínicos: PAS, PAD, FC, Lesión en órganos diana, Complicaciones cardiovasculares y tiempo hasta el evento, Tratamiento antihipertensivos, Cumplimiento mediante test Morisky-Green, Parámetros analíticos.

Cronograma previsto: Reclutamiento investigadores: diciembre 2009-enero 2010, Evaluación por el CEIC: enero 2010, Reuniones regionales: enero-febrero 2010, Inicio estudio: a partir febrero 2010, Período reclutamiento: finaliza julio 2010, 1ª evaluación del transcurso del estudio: julio 2011.

69. ESTUDIO DE LOS REGISTROS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS PACIENTES CON ICTUS SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA POR HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA (OMI-AP). ESTUDIO ICTUS-OMI

E. Rubio¹, A. Martínez-Pastor¹, J. López-Picazo¹, M. Leal², J. Abellán², F. Menarguez² y P. Gómez-Jara²

¹Gerencia de Atención Primaria, Murcia. ²Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Propósito del estudio: 1) Conocer el grado de registro y control de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en la Región de Murcia mediante historia clínica informatizada. 2) Describir del tratamiento farmacológico registrado en los pacientes con ictus.

Métodos: Se trata de un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, valorado a través de los registros en OMI (Programa informático de Historia Clínica informatizada utilizado en la totalidad de las zonas de salud del Servicio Murciano de Salud). Se realizó una búsqueda de todos los pacientes con ictus en la Región de Murcia entre los años 2003 y 2007. Se seleccionó una muestra de 407 pacientes con ictus. Las variables analizadas fueron tipo de ictus, tiempo de evolución, factores de riesgo cardiovascular registrados (HTA, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo, presión arterial, HbA1c, glucemia, LDL-colesterol, colesterol total), enfermedades cardiovasculares asociadas (fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, hipertrofia ventricular izquierda, nefropatía, arteriopatía periférica), medicación y grado de control de los factores de riesgo modificables.

Resultados: Respecto al tipo de ictus, en el 17,4% (71) de los pacientes no se había registrado el tipo de ictus, en el 76,2% (310) el ictus era isquémico y en el 6,4% (26) hemorrágico. El tiempo de evolución de los ictus se distribuyó del siguiente modo: el 19,7% (80) lo presentaron hace 5 años, el 17% (69) hace 4 años, el 18,9% (77) hace 3 años, el 23,6% (96) hace 2 años y el 20,9% (85) un año. Los factores de riesgo cardiovascular registrados fueron la hipertensión arterial (81,1%), la dislipemia (72,5%), la diabetes (69,3%), la obesidad abdominal (22,9%), y el tabaquismo (8,8%). En el registro de la diabetes había un sesgo pues, en ocasiones se registraba más de una vez en el mismo paciente, por lo que está magnificada su prevalencia. Las enfermedades cardiovasculares registradas fueron la cardiopatía isquémica (22,1%), fibrilación auricular (13,8%), nefropatía (11,8%), infarto agudo de miocardio (5,7%) e hipertrofia ventricular izquierda (3,4%). El 2,5% (10) de los pacientes cumplieron con todos los criterios de buen control, según la Guía Europea de HTA 2007. El 17% del total de los pacientes presentaban la hemoglobina glicosilada registrada y con control óptimo ($\leq 7\%$). El LDL colesterol estaba controlado (≤ 100 mg/dl) y registrado en el 24,8% de los pacientes y la presión arterial en el 41,3% ($\leq 130/80$ mmHg). La creatinina estaba registrada y controlada en el 64,4% de los pacientes. Estaban tratados con antihipertensivos el 78,1% de los pacientes con ictus, con bloqueantes del sistema renina-angiotensina el 53,8% y con diuréticos el 44,5%. El 47,4% recibían tratamiento con hipolipemiantes. La atorvastatina es el hipolipemiente más utilizado (28,7% de los pacientes). Recibían tratamiento anti-diabético el 41,3% de los pacientes con ictus, siendo los anti-diabéticos más utilizados los secretagogos (20,1% de los pacientes), seguidos de la metformina (17,4%) y la insulina (15,7%). Recibían tratamiento antiagregante o anticoagulante el 79,1% de los pacientes. El antiagregante más utilizado era el AAS con el 42%, seguido del clopidogrel con el 34,3%.

Conclusiones: Los pacientes que han sufrido un ictus presentan como FRCV registrado y más prevalente la hipertensión arterial. El grado de control según los datos registrados de los FRCV en los pacientes que han presentado un ictus es deficiente.

70. ¿SE REGISTRA ADECUADAMENTE EN OMI-AP EL CONTROL DE LOS FRCV EN LOS PACIENTES CON ICTUS? COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE EL ESTUDIO ICTUS-OMI (REGISTRO OMI-AP) E ICTUSCARE (REGISTRO DIRECTO)

E. Rubio¹, J. Abellán², L. Ruilope², M. Leal², A. Martínez-Pastor¹, J. López-Picazo¹, M. Prieto², N. Robles², J. Morán² y A. Sánchez-Casajús¹

¹Gerencia de Atención Primaria, Murcia. ²Sociedades Autonómicas de HTA-SEHLELHA, Madrid.

Propósito del estudio: 1) Valorar el registro de datos sobre seguimiento y control de pacientes con ICTUS estudiados en atención primaria con el programa informático OMI-AP. 2) Comparar los resultados entre el estudio ICTUS-OMI (registro a través de búsqueda en historia clínica informatizada) e ICTUSCARE (registro directo).

Métodos: El ICTUSCARE es un estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, nacional, en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyeron un total de 975 pacientes con ictus, de los cuales 20 pacientes se excluyeron por incumplir criterios de selección, siendo valorables un total de 955 pacientes. Los factores de riesgo cardiovascular analizados fueron tabaquismo, diabetes, dislipemia, HTA y obesidad abdominal. El ICTUS-OMI es un estudio observacional descriptivo, retrospectivo, valorado a través de los registros en OMI (Programa informático de Historia Clínica informatizada). Se seleccionó una muestra de 407 pacientes con ictus. Las variables analizadas para ver si estaban registradas fueron tipo de ictus, factores de riesgo cardiovascular registrados (HTA, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo, presión arterial, HbA1c, glucemia, LDL-colesterol, colesterol total), enfermedades cardiovasculares asociadas registradas (cardiopatía isquémica, nefropatía, arteriopatía periférica) y grado de registro y control de los factores de riesgo modificables. Los pacientes de ambos estudios son concordantes en edad y sexo.

Resultados: Respecto al tipo de ictus, en el ICTUS-OMI la distribución fue del siguiente modo; en el 17,4% de los pacientes no se había registrado el tipo de ictus, en el 76,2% el ictus era isquémico y en el 6,4% hemorrágico. En el ICTUSCARE fue isquémico en el 90,8% y hemorrágico en el 9,2%. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular en el ICTUS-OMI estaba registrada la hipertensión arterial en el 81,1%, la dislipemia en el 72,5%, la obesidad abdominal en el 22,9%, la diabetes mellitus en el 69,3%, y el tabaquismo en el 8,8%. En el registro de diabetes del ICTUS-OMI había un sesgo pues, en ocasiones se registraba más de una vez en el mismo paciente, por lo que está magnificada su prevalencia. En el ICTUSCARE estaban presentes la hipertensión arterial en el 84,8%, dislipemia 61,8%, obesidad abdominal 42,9%, diabetes mellitus 35,6% y tabaquismo (25,1%). La diferencia fue significativa en todos los factores de riesgo analizados ($p < 0,05$) excepto en la hipertensión arterial (ns). Respecto a las enfermedades cardiovasculares en el ICTUS-OMI estaba registrada la cardiopatía isquémica en el 22,1%, la arteriopatía periférica en el 4,4% y la nefropatía en el 11,8%. En el estudio ICTUS CARE presentaban cardiopatía isquémica el 34,5%, arteriopatía periférica el 27,3% y nefropatía el 18,5%. La diferencia fue significativa en las tres enfermedades analizadas ($p < 0,05$). En el ICTUS-OMI el 2,5% de los pacientes cumplieron con todos los criterios de registro y buen control, según la Guía Europea de HTA 2007. La presión arterial estaba registrada y controlada en el 41,3% ($\leq 130/80$ mmHg), el LDL colesterol estaba controlado (≤ 100 mg/dl) y registrado en el 24,8%, y el 17% del total de los pacientes presentaban la hemoglobina glicosilada registrada y con control óptimo ($\leq 7\%$). En el estudio ICTUSCARE sólo el 1,2% de los pacientes presentaban control multifactorial de los factores de riesgo cardiovascular modificables según las Guías Europeas de 2007. El 17,6% presentaban control de la PA, el 29,8% del colesterol LDL, y el 50,2% de los pacientes diabéticos presentaba buen control de la

Hb1Ac. Todos los parámetros analizados fueron significativos ($p < 0,05$) excepto el LDL colesterol (ns).

Conclusiones: Existen importantes diferencias entre los datos obtenidos sobre el control de los pacientes con ictus y sus factores de riesgo según se registren los datos de forma directa o a través del programa informático OMI. Al comparar los resultados de ambos estudios se puede constatar que un porcentaje importante de las patologías cardiovasculares que presentan nuestros pacientes no se registran en la historia clínica de atención primaria.

71. GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN HIPERTENSOS MEDIANTE SEGUIMIENTO COMPARTIDO MÉDICO/ENFERMERÍA

J.M. López Pérez, J. Pazos López, J.R. Girón García, X. Segade Buceta y J.M. Caamaño Mata

SAP I, Concepción Arenal, Santiago de Compostela, A Coruña.

Propósito del estudio: Conocer el grado de control de la PA así como otras características de interés, mediante el seguimiento compartido médico/enfermería de pacientes hipertensos durante un año.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, del seguimiento de los pacientes hipertensos pertenecientes a 3 cupos médicos (N = 167), que fueron atendidos mediante un protocolo de seguimiento médico/enfermería a lo largo del 2008. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, IMC, antecedentes de enfermedad cardiovascular: ECV (Cardiopatía isquémica: CI, Accidente cerebrovascular: ACV, Arteriopatía periférica: AP e Insuficiencia cardiaca: IC) cifras de presión arterial, nº de antihipertensivos que recibe, nº de consultas médico/enfermería, y si se realizó modificación terapéutica durante el seguimiento. Para el análisis de los resultados se utilizaron índices estadísticos descriptivos.

Resultados: Un 52,1% de los pacientes eran mujeres, siendo la edad media global de 68,01 ($\pm 11,09$) años, y ≥ 65 años un 65,1%. Presentaban ECV el 19,2%, diabetes el 37,3%, obesidad el 52,1%, fumadores el 6%. Las cifras medias de PA eran PAS 139,25 ($\pm 16,6$) mmHg y PAD 80,17 ($\pm 8,9$) mmHg. El grado de control de PA ($< 140/90$) era del 53,3%, e incluyendo a los diabéticos ($< 130/80$) era de 43,7%. El grado de control de PA en diabéticos era del 21%. Estaban con monoterapia un 49,1%, tomaban 2 antihipertensivos un 37,7% y 3 o más un 12,6%. La media de consultas de Médico de Familia fue de 3,28 ($\pm 1,9$) y de Enfermería de 4,53 ($\pm 2,06$). Se realizó modificación terapéutica en un 55,2% de los pacientes.

Conclusiones: El grado de control de la PA es mejorable. Debemos aumentar la terapia combinada, disminuir la inercia terapéutica, así como intervenir más sobre la obesidad.

72. INFLUENCIA DE LA TEMPERATURA EN LA PRESIÓN ARTERIAL

M.I. López Ramiro y J. Espejo Guerrero

Farmacia Espejo, Adra, Almería.

Propósito del estudio: De los factores medioambientales, uno de los más estudiados es el cambio que se produce en la presión arterial (PA) con los cambios de la temperatura ambiente, estando ampliamente documentada la variación interestacional de sus valores. Parece demostrado el incremento de la PA con el descenso de la temperatura y la presencia de valores más elevados en invierno que en verano. El presente estudio se pretende observar la variación que se produce en los valores de la PA con la temperatura ambiente.

Métodos: Se trata de un estudio observacional que se ha llevado a cabo en una Farmacia Comunitaria de Adra, Almería, de 23.000 habitantes. Durante un período de dos años a toda persona que ha

acudido a la farmacia a medirse la PA se han registrado los valores de la misma obtenidos, edad y sexo. La visita para dicha medida ha sido siempre a demanda de la persona. La PA ha sido medida con esfigmomanómetro de mercurio. El lugar donde se ha realizado no dispone de aparato de climatización. Los datos de temperatura han sido facilitados por Centro Meteorológico de referencia. Los valores de PA así medidos, han sido analizados teniendo en cuenta la fecha en que se obtuvieron, y sometidos a diferentes pruebas estadísticas, ANOVA con comparación pos-hoc de Bonferroni para valorar la influencia de la temperatura así como, regresión para intentar modelizar dicha relación.

Resultados: Durante el estudio han sido atendidos un total de 1017 personas (6014 medidas de la PA). Análisis: 1) Respecto a las personas (1017): Media de edad ha sido de 58,6 años (P25 = 47 P75 = 71), predominando de mujeres (70,9%). 2) Respecto a las medidas de la PA (6014): el 81,1% en horario de mañana (hasta las 14 h) y el 18,9% restante en horario de tarde. Presión arterial sistólica (PAS) media total 133,1 mmHg (DE = 18,6). Presión arterial diastólica (PAD) media total 77,9 mmHg (DE = 10,6). Presión de pulso (PP) medio total 55,2 mmHg (DE = 15,5). Para evaluar la relación entre la PA y la temperatura, se ha realizado un Análisis de la Variancia y comparaciones post-hoc con la corrección de Bonferroni, de los valores medidos frente al mes de medición, hay diferencias estadísticamente significativas tanto PAS (F = 13,9; $p < 0,0005$), PAD (F = 7,7; $p < 0,0005$) y PP (F = 9,5; $p < 0,0005$). El análisis interestacional, los valores más altos de PA se observan en los meses de invierno y los más bajos en primavera (en todos los casos, $p < 0,0005$).

Conclusiones: La relación existente entre los valores de PA y la temperatura, se ajusta más a modelos cuadrático y cúbico que lineal, siendo esta modelización más plausible en la PAS y en la PP que en la PAD. Ante esta observación, podemos pensar: Que realmente la asociación entre la temperatura la PA no sea lineal, sino cuadrática (con curvas en J), cúbica o de cuarto orden por alguna de las siguientes razones: 1. Que por miedo a la deshidratación al aumentar la temperatura, se incremente la ingesta de líquidos, no sólo agua, sino otros que con más o menos solutos aumenten el volumen de líquido extracelular. 2. Que sea una observación artefactual, por alguna de las siguientes causas: Al ser un servicio a demanda, en verano sólo van a medirse la PA los que tengan valores más elevados, no acudiendo los que tengan mejores cifras (vacaciones de control). 3. Que los medicados relajen la adherencia al mismo y se elevan los valores (vacaciones terapéuticas).

73. ANTIHIPERTENSIVOS: PRIMERA CAUSA DE DE EFECTO ADVERSO MEDICAMENTOSO

E. Lorenzo Serrano, M. Piedecausa Selfa, A. Aquilino Tari, N. Luquin Ciuro, C. Soler Portmann, M. López Buitrago, R. Hurtado García, J. Escribano Stablé, A. Mora Rufete y A. Martín Hidalgo

HGU Elche, Alicante.

Propósito del estudio: Determinar la prevalencia de efectos adversos (accidente imprevisto o inesperado que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia hospitalaria) producidos por medicamentos en los pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna durante el año 2008. Describir con este estudio las características epidemiológicas de dichos pacientes (sexo, edad, pluripatología, polifarmacia). Analizar los tipos de fármacos implicados así como el efecto adverso producido y la gravedad del mismo (leve si no aumenta la estancia en el hospital, moderada si la aumenta al menos 1 día, grave si la consecuencia fue exitus o incapacidad al alta hospitalaria). Al iniciar este estudio nos preguntamos si hay un tipo de paciente más susceptible y qué fármacos son los que más frecuentemente producen los efectos adversos. Nuestro objetivo, disminuir la prevalencia en años posteriores.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo. Revisión de informes de alta correspondientes a los ingresos del año 2008 en el servicio de Medicina Interna. Recoger como variable principal la aparición de efectos adversos medicamentosos (EAM), su gravedad, el fármaco al que se atribuye y variables epidemiológicas. Comparar los datos obtenidos con los disponibles a nivel nacional por el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS).

Resultados: Se produjeron 1625 ingresos en el año 2008, de entre los cuales se detectaron 190 EAM. La prevalencia de EAM se estima en un 11,7%, de los cuales un 62,1% fueron leves, un 37,9% fueron moderados y en ningún caso supusieron una reacción de carácter grave. La estancia media fue de 8,2 días (respecto a 8,1 días del promedio total de ingresos). Respecto a los datos demográficos la media de edad se estima en 75,8 años con una distribución de sexos con predominio de mujeres, 60% respecto a un 40% de varones, con gran prevalencia de pluripatológicos (76%) y polimedificados (79,4%). El grupo farmacológico principalmente implicado fueron los antihipertensivos (30,5%), seguido por los corticoides (13,6%), anticoagulantes/antiagregantes (12,1%) y antibióticos (10,5%). En el porcentaje que resta encontramos una miscelánea en la que destacan: fentanilo transdérmico, digital e hipoglucemiantes. En el análisis de subgrupos de antihipertensivos el que produjo mayores efectos adversos es el grupo de los diuréticos (53%), seguido por los ARA II (24,1%), IECA (15,5%) y en último lugar antagonistas del calcio y nitratos. El principal efecto adverso fue insuficiencia renal, seguida de las alteraciones hidroelectrolíticas. La asociación de mayor riesgo la representan IECA/ARA II combinados con un diurético y se observa una mayor incidencia en los meses de verano (junio, julio y agosto), concentrándose aquí un 32% de los EAM producidos por antihipertensivos, con mayor prevalencia de diuréticos (55,5%).

Conclusiones: El estudio ENEAS establece la incidencia de efectos adversos en España en un 9,3% de los cuales los más frecuentes son los asociados al uso de fármacos (28,7%) en su mayoría de carácter leve, siendo casi el 43% de efectos adversos evitables, en mujeres e ingresados en planta. En nuestro análisis nos encontramos con el mismo perfil de paciente si bien nuestra prevalencia en el año 2008 está por encima de la media nacional. Debemos insistir en el porcentaje que pudieran ser evitables y tomar las medidas adecuadas para ello. Damos un perfil de paciente en el que introducir antihipertensivos del tipo diurético, en especial en los meses de verano puede producir un efecto indeseable, siempre que el caso nos lo permita podríamos plantearnos iniciar o reforzar el tratamiento con otro tipo de hipotensor a la vista de estos resultados, que estimamos son inferiores a la realidad por un sesgo de no comunicación en los informes.

74. AGREGACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SOBREPESO

J. Álvarez¹, I. Torro², F. Aguilar¹, J. Redón² y E. Lurbe²

¹Unidad contra el Riesgo Cardiovascular en Niños y Adolescentes, Consorcio Hospital General Universitario, Universidad de Valencia, Valencia. ²CIBERON, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Madrid.

Introducción: El sobrepeso en niños y adolescentes es una patología no sólo con elevada prevalencia sino que además está en continuo aumento constituyendo un problema de salud pública. El sobrepeso tiene repercusiones a corto y largo plazo entre las que destacan las consecuencias cardiovasculares, hipertensión arterial (HTA), y metabólicas, diabetes tipo 2.

Objetivos: Analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiometabólico y su grado de agregación en niños y adolescentes remitidos a una Unidad de Referencia para evaluación del sobrepeso.

Sujetos y métodos: Se incluyeron 290 niños y adolescentes (130 mujeres) con sobrepeso (media de IMC $28,7 \pm 3$ kg/m²) y edades comprendidas entre 6 y 18 años (edad media 10 ± 3 años). A todos ellos se les realizó un estudio clínico con medida de PA clínica y monitorización ambulatoria de PA de 24 horas, valores de glucemia e insulina basales y perfil lipídico. El grado de sobrepeso se cualificó en base al IMC-z score. Se consideraron los criterios: HTA clínica valores de PA sistólica y/o diastólica $\geq$ P95 específico para edad, sexo y talla; HTA ambulatoria valores de PA de actividad sistólica y/o diastólica $\geq$ P95 específico para sexo y talla (Lurbe et al. J Hypertens, 2009); resistencia insulina un índice de HOMA $> 4,5$; hipercolesterolemia con LDL $> P95 (> 130$ mg/dl); hipoHDL $< P5 (< 40$ mg/dl); hipertrigliceridemia $> P95 (110$ mg/dl) (Steinberger et al. Circulation 2009). Los determinantes del número de factores de riesgo se analizaron mediante análisis de varianza múltiple.

Resultados: La prevalencia de factores de riesgo cardiometabólico fue de: 1) HTA clínica 2,8% y ambulatoria 11,8% (PAS aislada 19 casos, PAD aislada 3 casos y PAS-PAD 12 casos). 2) Índice de HOMA elevado 33%. 3) Hipercolesterolemia 5,1%. 4) HipoHDL 0,7%. 5) Hipertrigliceridemia 10,5%. El porcentaje de casos con uno o más factores de riesgo asociados al sobrepeso fue: un factor 33%, dos factores 8,6%; tres factores 1,7% y cuatro factores 0,3%. Los determinantes de la agregación de factores de riesgo fueron el IMC-z score ($p < 0,001$) y la edad ($p < 0,001$) sin influir el sexo. La presencia de HTA se acompaña de mayor prevalencia de índice de HOMA elevado así como mayor prevalencia de hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. La presencia de índice de HOMA elevado se acompañaba de mayor prevalencia de hipertrigliceridemia.

Conclusiones: Prácticamente la mitad de los niños presentan uno o más factores de riesgo asociados al sobrepeso. Si existe HTA la agregación de otros factores de riesgo se produce en la mayoría de los casos. El impacto potencial del sobrepeso en el desarrollo de la enfermedad cardiometabólica está presente ya desde etapas precoces de la vida.

75. DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NUESTROS PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

M. Maíz Jiménez, M.A. Barón Ramos, M.A. González Benítez, P.R. Ana Ángeles, C. Luque Amado, A. Muñoz Claros, I. Gallardo Romero, F.M. Godoy Guerrero, M. Grana Costa y A. Ruiz

Hospital de La Serranía, Ronda.

Propósito del estudio: Analizar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en nuestros pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Métodos: Realizamos un estudio transversal en el que incluimos a los pacientes con infección VIH seguidos en consultas externas. Recogimos distintas variables como el sexo, la edad, los factores de riesgo cardiovascular, cifras de colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, glucemia, carga viral y niveles de CD4 así como el tratamiento antirretroviral recibido y desde cuándo.

Resultados: De los 42 pacientes VIH en seguimiento en nuestras consultas, 32 (76,2%) fueron hombres y 10 (23,8%) fueron mujeres, con una edad media de 45 años ($\pm 7,37$) estando 34 (81%) en tratamiento antirretroviral, más de la mitad (64%) tomaban inhibidores de la proteasa. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, la distribución fue por orden de frecuencia: tabaquismo activo: 31 (77,5%), dislipemia 14 (33%), obesidad: 7 (16,7%), HTA: 6 (14,3%), edad como FRCV: 4 (9,5%), diabetes: 1 (2,4%). Presentaban hábito enólico: 11 (27,2%). El índice de masa corporal fue mayor de 25 en 9 pacientes y mayor de 30 en 3, con una media de $24,77\% (\pm 5,02)$ y el perímetro de cintura fue mayor de 100 en 2 pacientes, con una

media de 85cm ($\pm$ 16,06). Tenían cifras elevadas de triglicéridos 22 pacientes (51,2%), 12 (28,8%) tenían cifras elevadas de LDL y 16 (37,5%) tenían cifras bajas de HDL. Tenían glucosa basal alterada 6 pacientes (15,3%). A pesar de esto, sólo tomaban tratamiento hipolipemiante 4 pacientes: 3 estatinas y 1 fibrato.

Conclusiones: Los pacientes infectados por el VIH en seguimiento en nuestras consultas son principalmente varones, jóvenes, en tratamiento antirretroviral y con buena respuesta al mismo. El principal FRCV es el tabaquismo, seguido de dislipemia, en ocasiones no diagnosticada o tratada. La población en tratamiento antirretroviral presenta frecuentemente alteraciones del metabolismo lipídico, por lo tanto, es preciso investigar y tratar dichas alteraciones en nuestro paciente.

76. TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO UTILIZADO EN UNA CONSULTA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

I. Gallardo Romero, M. Maíz Jiménez, A. Muñoz Claros, C. Luque Amado, A.A. Pérez Rivera, F.M. Godoy Guerrero, M.A. González Benítez, M.A. Prudencio, V. Castellanos Guerrero y A. Ruiz Cantero

Hospital La Serranía, Ronda.

Propósito del estudio: Analizar la medicación antihipertensiva utilizada en el paciente en seguimiento en una consulta de hipertensión arterial en un hospital comarcal y conocer si ha existido modificación de la misma en la última revisión.

Métodos: Se incluyeron a un total de 73 pacientes hipertensos conocidos procedentes de una consulta semanal de Hipertensión en el periodo comprendido de junio-noviembre de 2009 ambos inclusive. Se recogió el grado de control tensional, años de evolución de HTA, número y clase de fármacos antihipertensivos pautados.

Resultados: Fueron analizados 73 pacientes, el 100% eran hipertensos conocidos con una media de 9 años de evolución. El 80,8% tenían una combinación de fármacos para el control tensional, el número medio de fármacos utilizados era de 2,25. En cuanto al tipo de fármaco utilizado se objetivó que un 42% tomaban IECAS y un 54,4% ARAII. Tomaban calcio antagonistas un 19,2%, β -bloqueante un 30,1%, 65,8% diuréticos y 16,4% alfa bloqueantes. Un 60,3% tuvo buen control tensional ambulatorio; el día de consulta presentaban cifras de TAS < 140 un 64,4% y TAD < 90 un 90,4%. A un 41% de los pacientes se realizó alguna modificación del tratamiento previo.

Conclusiones: Casi la totalidad de nuestros pacientes tenían IECA o ARA II en su tratamiento. El 80% precisaba más de un fármaco para el control tensional. Aproximadamente un 40% de los pacientes no presentaban un buen control, precisando modificación de tratamiento.

77. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE UNA CONSULTA DE HIPERTENSIÓN

A. Muñoz Claros, C. Luque Amado, A.A. Pérez Rivera, M.A. González Benítez, M. Maíz Jiménez, F.M. Godoy Guerrero, I. Gallardo Romero, M.A. Prudencio, V. Castellanos Guerrero y A. Ruiz Cantero

Hospital La Serranía, Ronda.

Propósito del estudio: Describir el perfil de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos conocidos revisados en una consulta de Hipertensión de un hospital comarcal.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo. Se incluyeron un total de 73 pacientes hipertensos conocidos procedentes de una consulta semanal de Hipertensión en el periodo comprendido de junio-noviembre de 2009 ambos inclusive. Se recogieron sus antecedentes personales y familiares, factores de riesgo cardiovascular

y las tres mediciones tensionales realizadas en la consulta con el fin de conocer su grado de control tensional.

Resultados: Se analizaron 73 pacientes (28 hombres, 45 mujeres) con una edad media de 63,3 $\pm$ 16,6 años. El 100% eran hipertensos con de 9 años de evolución de media. El 52% residían en ámbito rural. Presentaban antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular el 26%. El 27,4% eran fumadores activos y el 8,2% consumía alcohol en cantidades significativas. El 60,3% eran obesos con un IMC > 30 y el 78% tenían obesidad abdominal según el perímetro cintura. El peso medio fue de 75 Kg y talla media de 159 cm. Presentaban hiperlipemia el 57,55%. El 37% eran diabéticos de los cuales presentaban retinopatía el 2,7%. Existía microalbuminuria en el 17,8% y proteinuria en el 11% y creatinina > 1,2 el 52%. En cuanto a antecedentes de eventos cardiovasculares el 20,5% habían presentado algún tipo de cardiopatía isquémica, el 8,2% accidente cerebrovascular y el 1,4% arteriopatía periférica. En la consulta se realizan 3 tomas de la tensión arterial cuya media no excedía 140 mmHg en el 64,4% y el 90,4% presentaban tensiones arteriales diastólicas < 90 mmHg.

Conclusiones: Un importante porcentaje de nuestros pacientes presenta un buen control de las cifras de tensión arterial. Más de la mitad de nuestros pacientes presentaban algún grado de insuficiencia renal. Continúa existiendo un elevado porcentaje de fumadores activos a pesar de tratarse de paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular. Llama la atención que más de la mitad de los pacientes presentaban obesidad y más de $\frac{3}{4}$ partes obesidad abdominal. Todo esto nos hace pensar en que a pesar de mantener un buen control de las cifras tensionales deberíamos incidir más en consejos dietéticos y hábitos de vida saludables.

78. LESIÓN DE ÓRGANO DIANA CARDÍACA Y RENAL EN EL HIPERTENSO JOVEN RECIÉN DIAGNOSTICADO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Galgo¹, N. Martell² y C. Álvarez³, por el Grupo OPENJOVEN

¹CS Espronceda, Madrid. ²UHTA, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Departamento Médico Pfizer, Madrid.

Propósito del estudio: Evaluar el grado de afectación cardiaca y renal en pacientes hipertensos recién diagnosticados menores de 55 años en población consultante en Atención Primaria.

Métodos: Se trata de un estudio multicéntrico, nacional, transversal en el que se analiza el perfil clínico de los pacientes menores de 55 años, recién diagnosticados de HTA. Se presentan datos de lesión de órgano diana (LOD) cardiaca y renal en el momento del diagnóstico de la HTA. Los pacientes incluidos estaban recién diagnosticados sin tratamiento Gs (n = 4.726) o con un mes desde el diagnóstico e inicio del tratamiento (Gt) (n = 1.791). Se consideraron diferencias estadísticamente significativas si p < 0,005.

Resultados: Se presentan datos de 6.517 pacientes con registros de LOD disponibles, con edad media de 47,9 $\pm$ 6,1 años, el 64% varones. Las cifras de PA al diagnóstico fueron 153,5 $\pm$ 31,5/92,5 $\pm$ 20,5 mmHg. Eran fumadores el 45,3%. El 79,7% presentaba algún grado de obesidad según IMC; 13,6% diabetes; 22,9% glucemia anómala en ayunas (entre 100-125 mg/dl); dislipemia el 80,4%; síndrome metabólico 51,7%. El 28,6% presentaba LOD inicial, 27,2% del grupo Gs y el 32% del Gt (p < 0,0001); El 9,9% presentaba hipertrofia ventricular izquierda (HVI); 9,1% del Gs y 12% del Gt (p = 0,0019), Niveles de creatinina sérica entre 1,3-1,5 mg/dl en hombres y 1,2-1,4 mg/dl en mujeres se encontró en el 12,4% de la muestra total [11,9% en el Gs y 13,5% en el Gt (p = 0,10)], índice de albúmina creatinina > 22 mg/g en hombres o > 31 mg/g en mujeres o microalbuminuria entre 30-300 mg/g. se encontró en el 19% [el 18,9% en pacientes del Gs, y el 19,3% en los del Gt (p = 0,7)].

Conclusiones: Los datos del estudio OPENJOVEN muestran una alta prevalencia de afectación cardiaca y renal en pacientes meno-

res de 55 años recién diagnosticados de HTA, así como una importante concomitancia de otros FRCV, lo que confiere un elevado RCV a esta población. El cribaje de HVI clasifica como RCV alto a un número menor de hipertensos jóvenes que el cribaje renal, en lo que puede influir la baja sensibilidad del ECG para detectar HVI. La toma oportunista de presión arterial a edades inferiores a los 55 años nos daría la oportunidad de iniciar medidas preventivas para reducir la incidencia de afectación de órganos diana a estas edades.

79. DIABETES INCIPIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE OBJETIVOS Y RIESGO (DIALOGO) DE LOS PACIENTES

N. Martell¹, O. González², A. Dalfó³, M. Domínguez⁴, L. Fernández⁵ y P. Aranda⁶

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ³CAP Gòtic, Barcelona. ⁴CS de Sárdoma, Vigo. ⁵Hospital Doce de Octubre, Madrid. ⁶Hospital Carlos Haya, Málaga.

Propósito del estudio: Evaluar el grado de conocimiento que tienen los pacientes con DM de menos de un año de evolución y/o SM sobre su nivel de RCV global.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico de ámbito nacional realizado en AP. Los pacientes han contestado de forma voluntaria una encuesta descriptiva sobre el conocimiento y la percepción de su estado de salud actual.

Resultados: Han participado 139 médicos y se han incluido 681 sujetos con una media de edad de 61 años en el análisis. El 40% de los pacientes considera que su estado de salud es bueno y casi un 50% que es regular, aunque un 80% piensa que padece alguna enfermedad. Tres cuartas partes declaran haber sido informados sobre su RCV, la mayoría (90%) por parte de su médico, a pesar de que el 40% reconoce no saber cuál es su riesgo. En cuanto a los FRCV: un 52,9% considera que su PA es normal y un 38,9% alta; un 42,7% declara tener el colesterol normal y un 40,6% alto, mientras que casi la mitad no conocen sus cifras de TG; y un 77% afirma tener problemas de azúcar y un 66% reconoce ser diabético. Aproximadamente un 70% es consciente de que el tratamiento para la HTA y el azúcar elevado es crónico, mientras que sólo el 40% lo considera para el colesterol y los TG. En relación a la obesidad, el 79% afirma pesar más de lo que debería y sabe que afecta a su estado de salud. A un 66% de los pacientes se les ha medido en alguna ocasión el perímetro de cintura, el 60% piensa que es mayor de lo normal pero sólo el 38,8% considera que pueda afectar a su salud. El 60 y 65% declaran realizar dieta y ejercicio físico, respectivamente, en el momento actual a pesar de que han sido recomendados a más del 90% de los pacientes. Un 44,7% reconoce ser fumador y al 40% se le ha aconsejado sobre el abandono del hábito tabáquico.

Conclusiones: A pesar del conocimiento actual que tienen los pacientes sobre su estado de salud en general y, en particular, sobre su RCV, estos resultados ponen de manifiesto que aún se puede mejorar la información suministrada y la educación de los pacientes con diagnóstico reciente de DM y/o SM.

80. FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA DE SORIA

J.E. Martínez Flórez¹ y L. Lapuerta Irigoyen²

¹Hospital San Pedro, Logroño. ²Hospital Santa Bárbara, Soria.

Propósito del estudio: El objetivo primario del estudio ACFAS (Control de arritmia por Fibrilación auricular en Soria) ha sido el de

analizar las características demográficas y clínicas de la población de Soria que acude procedente de Atención Primaria o del Servicio de Urgencias del Hospital Santa Bárbara. Este sub-estudio se dirige al conjunto que presenta arritmia por fibrilación auricular y que se encuentra en tratamiento por hipertensión arterial y que muestra hipertrofia ventricular izquierda en la ecocardiografía transtorácica convencional.

Métodos: Del conjunto de 1025 pacientes incluidos en el estudio (edad media: 77,44 años; desviación estándar: 10,98; rango: 20-105 años) se han separado los resultados de todos aquellos pacientes con fibrilación auricular y cifras elevadas de tensión arterial, o que mantenían un tratamiento antihipertensivo eficaz y que en la ecocardiografía mostraban imágenes de hipertrofia concéntrica ventricular izquierda con valores de diámetro septal telesistólico superior a 14 mm. en la proyección paraesternal de eje largo. Analizamos las características demográficas y clínicas de este sub-grupo.

Resultados: Del total de 1.025 pacientes estudiados, de ambos sexos (varones: 53,8%; mujeres: 46,2%) se separaron un conjunto de 328 pacientes (32% del total) que presentaban la fibrilación auricular en el contexto de hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda. La edad media de la muestra extraída fue de 75,92 años, con un desvío estándar de 8,17 años y su distribución por sexos mostraba la relación entre varones y mujeres de 145/183 pacientes (44,2/55,8%). El rango presentado fue de 50-101 años y los porcentajes mostrados en los distintos grupos etarios de 3,96, 17,37, 43,29, 32,01, 2,43 y 0,91% respectivamente. De este conjunto presentaron cardioversión espontánea un conjunto de 15 pacientes (4,57%) o cardioversión espontánea con fármacos antihipertensivos, aunque no antiarrítmicos (diltiacem, betabloqueantes), otros 59 (17,98%). Otros 76 pacientes (23,17%) sufrieron proceso de cardioversión química con fármacos antiarrítmicos (flecainida, amiodarona y propafenona) y/o eléctrica. Bajo este punto de vista, la eficacia del proceso de cardioversión (espontánea y provocada) alcanzó el 39,66%. El seguimiento de seis meses mostró una reentrada en fibrilación auricular en un conjunto de 29 pacientes (reentrada: 24,36% de los sometidos a cardioversión o que habían mostrado cardioversión espontánea).

Conclusiones: En la actualidad la hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda se configura como la principal causa/acompañante en la producción de arritmia completa por fibrilación auricular, mostrando porcentajes de presentación muy superiores a las mostradas por otras causas/acompañantes habituales en este proceso (valvulopatías: 11,70% y cardiopatía isquémica: 11,60%). Existe una mayor prevalencia para el signo femenino y la mayor prevalencia para ambos sexos se produce en la década 70 a 79 años. El proceso de cardioversión resulta eficaz de forma similar a la que se produce en el caso de la cardiopatía isquémica (39,21%), pero se muestra superior al éxito en los casos de valvulopatía (31,85%). Igual ocurre en el caso de la presentación de reentrada, que resulta muy superior en el conjunto de los pacientes afectos de valvulopatía (36,11%).

81. HTA EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE UN INSTITUTO DE MÁLAGA

J. Martínez González¹, M. Carrillo de Albornoz², M. Ayala¹, M. Chaves¹, J. Alvero Cruz², E. Álvarez Carnero³, J. Barrero Expósito², A. Antonia López¹, R. Gómez Huelgas¹ y P. Aranda Lara¹

¹Hospital Carlos Haya, Málaga. ²Escuela de Medicina Deportiva, Málaga. ³Universidad de Lisboa, Portugal.

Objetivos: El interés inherente al aumento de estilos de vida no recomendables entre la juventud desde un punto de vista de riesgo

vascular, nos aconseja realizar un corte trasversal para la valoración de parámetros antropométricos, nutricionales y de actividad física en un grupo completo de jóvenes adolescentes estudiantes de un instituto representativo de nuestra población. Este estudio está englobado dentro del proyecto ESCCOLA (Estudio de la Composición Corporal y Prevalencia de la Obesidad en Jóvenes Escolares de 12 a 18 Años), en el que colaboran la Universidad de Málaga y Universidad Técnica de Lisboa.

Material y métodos: Se analizó un grupo completo de 150 individuos que correspondía a la población entera de un instituto de enseñanza secundaria de la población de Málaga que cumplía unas características descriptivas demográficas medias según los datos operantes de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. Se procedió a la medición de los siguientes parámetros: edad, sexo, peso, talla, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, perímetro de cadera, perímetro de cintura, pliegues cutáneos grasos (bicipital, tricipital, suprailíaco y subescapular), impedancia bioeléctrica tetrapolar. Se calculó: el índice de masa corporal, presión de pulso y porcentaje de grasa corporal.

Resultados: Las características de la población fueron (varones: media $\pm$ DS; mujeres: media $\pm$ DS): edad (años): (14,8 $\pm$ 1,85; 14,9 $\pm$ 1,93); sexo: (); peso (kg): (65,844 $\pm$ 15,934; 54,771 $\pm$ 9,4805); talla (cm): (168,88 $\pm$ 8,74974; 159,408 $\pm$ 7,55797); perímetro de cadera (cm): (94,485 $\pm$ 10,371; 93,505 $\pm$ 7,2355); perímetro de cintura (cm): (76,7133 $\pm$ 9,82783; 68,816 $\pm$ 6,92139); índice de masa corporal: (22,899 $\pm$ 4,4037; 21,489 $\pm$ 3,0964); índice cintura/cadera: (0,8116 $\pm$ 0,0444; 0,7361 $\pm$ 0,0465); presión de pulso (mmHg): (56,6 $\pm$ 13; 47,4 $\pm$ 8,93); presión arterial sistólica (mmHg): (131 $\pm$ 14,4; 118 $\pm$ 10,4); presión arterial diastólica (mmHg): (74,9 $\pm$ 8,37; 70,787 $\pm$ 7,7688); varones 75; 50%. Se agrupó a los individuos según su TA en: TA normal (TAS 120-129/TAD 80-84); TA normal-alta (TAS 130-139/TAD 85-89); Hipertensión. (TAS 140-159/TAD 90-99). Distribuidos por sexo (varón/mujer; total, %): TA normal: (31/62; 93 sujetos normotensos, 62%). TA normal-alta: (20/9; 29 sujetos con TA normal-alta, 19,30%). Hipertensión: (24/4; 28 sujetos con criterios de HTA, 26 sistólica y 2 diastólica, 18,67%). Se establecieron comparaciones entre sexos de las distintas variables. Además se compararon con los datos poblacionales previamente descritos en la literatura: Hubo diferencias significativas en las siguientes variables: la subpoblación masculina tenía mayor peso, talla, índice cintura/cadera y presión arterial sistólica. El número de sujetos con presión arterial alta y normal-alta fue muy superior en los varones.

Discusión: En la población estudiada se observa una proporción exageradamente elevada de varones con presión arterial alta y normal alta en relación a lo que se esperaba encontrar y en comparación con lo previamente descrito en poblaciones similares. En cuanto a los datos antropométricos, parece existir una tendencia a igualarse los perímetros de cadera y cintura entre ambos sexos (ya que entre ambos no existe diferencia estadísticamente significativa y las medias de perímetro de cadera son muy similares entre ambos sexos). En este caso, los datos, llevaron a los investigadores a pasar un test de estilo de vida (Encuesta de la Cohorte SUN), hábitos nutricionales y ejercicio, para tratar de localizar aquellos factores que estén provocando en esta población las alteraciones descritas y que pueden modificar muy negativamente el riesgo vascular de la misma.

Conclusiones: La prevalencia de HTA en la población analizada es muy superior a lo anteriormente descrito en poblaciones similares. El aumento es mayor en la población masculina. Debería plantearse la rentabilidad de actitudes intervencionistas en este tipo de población.

82. ¿DAMOS IMPORTANCIA AL RIESGO CARDIOVASCULAR?

G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J. Iturralde Iriso¹, J. Martínez Gorostiaga¹, N. Miskovic Karacsonyi¹, M. Alarcia Ceballos¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, E. Ortega Horrillo¹, P. Durán López² y J. Ocharán Corcuera³

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²Hospital Santiago, Vitoria-Gasteiz. ⁴Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

Introducción: Evaluar el Riesgo Cardiovascular (RCV) se ha convertido en el método más aceptado para tomar decisiones de prevención primaria en pacientes con enfermedad cardiovascular. Nuestro objetivo es conocer el grado de cumplimiento en la realización de la valoración del RCV en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial, hiperlipidemia, obesidad y tabaquismo.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en Septiembre de 2009 en Comarca Araba (289.923 habitantes), en los que se valoró la medición del RCV a todo paciente identificado como hipertenso y/o hiperlipídico y/o obeso y/o fumador con una periodicidad anual si el RCV era alto en la anterior medición y cada 5 años si el RCV fue no alto en la medición previa. Se utilizó un análisis de la base de datos del Programa OSABIDE.

Resultados: La población diana identificada fue de 47.597 pacientes a las que se les midió el RCV, de acuerdo a los criterios anteriormente indicados, a 27.421, lo que representa un 57,61% de pacientes evaluados.

Conclusiones: Los resultados obtenidos creemos que deben ser mejorados, por lo que deberemos concienciar a los profesionales en la importancia de la valoración del cálculo del RCV, dando incluso libertad de elección del método a emplear, siempre que este reconocido por alguna Sociedad Científica, aún teniendo en cuenta que aún no hay evidencias que demuestren la efectividad de la utilización de tablas de RCV como estrategia de disminución de la morbi-mortalidad cardiovascular.

83. MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN ESPAÑA 2007. VARIABILIDAD ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

J.C. Montañés Rustullet¹, E. Sobrino Sorinas², M.C. López Moreno¹, J. Fernández Mateos³, M.I. Córdoba Colonna⁴, A. Martín Álvarez¹, R. Ramos Alexiades¹, R. López Urdiales⁵, F. Comas Capó¹ y S. Fluxá Fornés¹

¹CS Rafal Nou, Palma de Mallorca. ²CS Arquitecto Bennisar, Palma de Mallorca. ³Mutua Fraternidad, Málaga. ⁴CS Muro, Mallorca. ⁵Hospital de Bellvitge, Barcelona.

Introducción y objetivos: En el año 2007, la primera causa de mortalidad y de hospitalización en España fue la producida por la enfermedad cardiovascular. Cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), accidente cerebro vascular (ACV) y enfermedad hipertensiva (EH) representan los procesos fundamentales de la mortalidad cardiovascular. En el presente trabajo analizamos las cifras de mortalidad provocadas por estas enfermedades durante el año 2007 en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA).

Material y métodos: Los datos poblacionales y de mortalidad utilizados en nuestro trabajo, han sido obtenidos de los registros facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de su página web (www.ine.es). La población utilizada, ha sido la referenciada a 1 de julio de 2007. Las defunciones, las producidas en 2007, codificadas siguiendo los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), igualmente facilitadas por el INE. Hemos calculado, las tasas crudas de mortalidad y las tasas estandarizadas por edad y sexo, mediante 20 grupos de edad, desde 0-4 años hasta mayores de 95 años. Para poder comparar las diferentes tasas de las CC. AA. hemos calculado las tasas de morta-

lidad mediante el método de estandarización directa. A diferencia de otros trabajos, hemos utilizado como población estándar de referencia la de la población nacional a 1 de julio de 2007. Presentamos las tasas correspondientes de las cuatro enfermedades fundamentales de mortalidad cardiovascular analizando las variaciones existentes entre las diferentes CCAA de nuestro país. Las tasas se presentan como número de muertes por 100.000 personas/año.

Resultados: Durante el año 2007 las enfermedades cardiovasculares (ECV), con 124.126 fallecidos, se mantuvieron como la primera causa de mortalidad y representan el 32,20% de la mortalidad total. De los procesos analizados en nuestro estudio, exclusivamente la IC y la EH han sufrido un ligero incremento, hecho ya observado durante los últimos años. La mortalidad entre CCAA presenta una gran variabilidad, manteniendo una tendencia similar para los cuatro procesos analizados.

Conclusiones: Las tasas de mortalidad producidas por las enfermedades cardiovasculares presentan importantes diferencias entre las CCAA. Los resultados obtenidos por las diferentes CCAA pueden ser utilizados como un indicador sanitario, a mejorar por las CCAA con peores resultados.

84. RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA CARDIOVASCULAR SOBRE 700 PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA EN EL ESTUDIO ESCARVAL

V. Gil Guillén¹, J. Navarro Pérez², V. Pallarés Carratalá³, D. Orozco Beltrán¹, A. Fernández¹, J. Redón Mas², J.M. Martín Moreno², L. Cea Calvo⁴, J. Nieto⁵ y Grupo de Investigadores Escarval⁶

¹Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante.

²Universidad de Valencia, Valencia. ³Unión de Mutuas, Castellón.

⁴Medicina Interna, Madrid. ⁵Universidad de Wisconsin, EE.UU.

⁶Centro Superior de Investigación Salud Pública, Valencia.

Propósito del estudio: Describir el impacto de una intervención formativa sobre profesionales de Atención Primaria (AP), médicos y enfermeras, en términos de registro de las variables cardiovasculares (CV) indicadas por las guías de Práctica Clínica en la historia clínica electrónica, el diagnóstico y grado de control de los factores de riesgo CV en comparación con de profesionales de AP que no recibieron el curso.

Métodos: Previo al inicio en el año 2010 del estudio Escarval que aportará datos poblacionales sobre la magnitud y distribución de la enfermedad cardiovascular y de otras enfermedades crónicas en la Comunidad Valenciana, se diseñó un curso de formación dirigido a más de 700 profesionales (médicos y enfermeras) de AP que serán los investigadores del estudio. El curso se realizó desde el Campus Virtual de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) de la Conselleria de Sanitat, acreditado con 47,5 créditos (300 horas) durante el período 2008-2009, y constó de dos talleres presenciales al inicio y final y un curso online de 1 año de duración, con tres módulos: Habilidades Clínicas CV, Estilos de vida y Medidas higiénico dietéticas en la prevención de las Enfermedades Cardiovasculares y Habilidades en Investigación CV. La duración de cada módulo fue de 10 semanas. Los módulos incluyeron unidades de texto y foros de discusión online tutorizados. Tras la intervención formativa, se realizó un estudio comparativo, analizándose las diferencias en el registro de variables cardiovasculares y el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), dislipemia y diabetes entre los médicos que realizaron el curso y el grupo control no aleatorizado que no lo realizó. Los resultados se analizaron en la historia clínica electrónica Abucasis, un modelo de historia único y centralizado para la asistencia ambulatoria en la Comunidad Valenciana. Criterio de evaluación: número de historias por cupo médico con registro. Se

realizó una encuesta de satisfacción a los alumnos para detectar posible defectos subsanables.

Resultados: De 941 inscritos al curso, 735 obtuvieron la calificación de apto (78,1%). La media del grado de satisfacción de los alumnos fue 4,3 sobre 5 en todos los aspectos evaluados (metodología, contenidos, calidad, nuevos conocimientos, organización, funcionamiento del aula virtual, aplicabilidad práctica). El registro de las variables CV fue significativamente mayor en las historias clínicas de los profesionales que realizaron el curso respecto a las historias clínicas de los que no lo realizaron (número de registros por médico: presión arterial 596,4 vs 386,5, $p < 0,05$; colesterol total 390,1 vs 197,8, $p < 0,05$; colesterol LDL 227,3 vs 114,1, $p < 0,05$; colesterol HDL 356,9 vs 183,2; $p < 0,05$; triglicéridos 330,5 vs 160, $p < 0,05$; glucemia basal 464,6 vs 250,7, $p < 0,05$). La prevalencia registrada de factores de riesgo CV fue mayor en las historias de los médicos que realizaron el curso (HTA: 20,5% vs 16,5%, $p < 0,05$; dislipemia: 15,6% vs 11,9%, $p < 0,05$ y diabetes: 8,2% vs 6,6%, $p < 0,05$).

Conclusiones: Los alumnos que completaron el curso tuvieron un mayor registro de todas las variables, entre 60% y 230% más. Además, se observó una prevalencia registrada de HTA, dislipemia y diabetes entre un 30-40% mayor, que puede indicar una mayor detección de estos factores de riesgo entre quienes realizaron el curso. Los datos sugieren que el curso ha supuesto una gran mejora en el registro y diagnóstico de los factores de riesgo CV.

85. PROYECTO ESCARVAL: ESTUDIO CARDIOVASCULAR VALENCIANO

V. Gil Guillén¹, J. Redón Mas², J.M. Martín Moreno², D. Orozco Beltrán¹, J. Navarro Pérez², V. Pallarés Carratalá³, A. Fernández¹, L. Cea⁴, J. Nieto⁵ y Grupo de Investigadores Escarval⁶

¹Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante.

²Universidad de Valencia, Valencia. ³Unión de Mutuas, Castellón.

⁴Medicina Interna, Madrid. ⁵Universidad de Wisconsin, EEUU.

⁶Centro Superior de Investigación Salud Pública, Valencia.

Propósito del estudio: El estudio Escarval se plantea para aportar datos poblacionales sobre la magnitud y distribución de la enfermedad cardiovascular y de otras enfermedades crónicas, así como para identificar factores de riesgo potencialmente modificables mediante ulteriores intervenciones de salud en el ámbito de la Comunidad Valenciana, pudiendo generar una Escala Predictiva de Riesgo Cardiovascular con datos propios.

Métodos: Estudio analítico observacional de base poblacional de diseño mixto, con un componente transversal y un componente longitudinal de cohortes llevado a cabo en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Se realizarán análisis periódicos transversales, comenzando por uno inicial que permitirá caracterizar el mapa Epidemiológico Cardiovascular de la Comunidad Valenciana de partida, lo que se reevaluará con una periodicidad anual ofreciendo así una valoración de tendencias. El componente longitudinal consistirá en el seguimiento de una cohorte poblacional por un período de 10 años (2010-2019). El estudio se basa en la historia clínica electrónica Abucasis, un modelo de historia único y centralizado desarrollado para la asistencia ambulatoria en la Comunidad Valenciana.

Resultados: El componente transversal se efectuará sobre la base del total de la población valenciana de 18 años o más (Población A). Los sujetos del estudio longitudinal de cohortes (Población B) se corresponden con mujeres y hombres adultos, con edad a partir de los 30 años, empadronados en la Comunidad Valenciana con tarjeta de asistencia sanitaria. El consentimiento informado y la confidencialidad de los datos personales será garantía para todos

los participantes. El tamaño muestral calculado para el componente longitudinal de cohortes es de 50.000 sujetos correspondiente aproximadamente al 1% de la población de la Comunidad Valenciana que serán seguidos durante diez años. El muestreo se realiza de forma aleatoria y estratificada por grupos de edad (5 décadas: de edades comprendidas entre 30 y 39; de 40-49; de 50-69; y de 70 o más) utilizando la historia clínica Abucasis. El desarrollo del estudio se hará según las condiciones de actuación médica habitual y de acuerdo con principios de buena práctica clínica. Participación de 800 investigadores (médicos y enfermeras) de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana.

Conclusiones: Se presenta el diseño y la metodología empleada para la puesta en marcha de un estudio cardiovascular de base poblacional que comienza su andadura en el año 2010.

86. OBESIDAD Y FUNCIÓN RENAL. DATOS DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESPAÑA (EPIRCE)

A. Otero González¹, A. Martín de Francisco² y F. García³

¹Servicio de Nefrología, CH de Ourense, Ourense. ²Servicio de Nefrología, Hospital Valdecilla, Santander. ³Servicio de Nefrología, Clínica Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La Obesidad es un problema de salud pública, y está relacionada con dos causas importantes para el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC) como la diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial (HTA) y en consecuencia puede aumentar el riesgo de desarrollo de ERC. Los posibles mecanismos patogénicos incluyen: aumento de estrógenos, mayor resistencia a la insulina, hiperfiltración o alteraciones inmunológicas.

Objetivo: Valorar la relación de la obesidad con la función renal y otros factores de riesgo vascular

Material y métodos: Muestreo aleatorio al azar se seleccionaron 42 puntos de muestro (municipios) y una población estratificada (hábitat, edad, sexo) representativa del estado español (n: 2.746). A todas las personas se les realizó una entrevista clínica (tabaquismo, consumo de alcohol y drogas de abuso), exploración normalizada y determinaciones analíticas: Hb, Hto, glucosa, urea, creatinina (centralizada), colesterol total (Ct) triglicéridos (Tg), cHDL, cLDL, índice de resistencia a la insulina (HOMA), á. úrico (AcU) y albúmina/creatinina (1.824 de los 2.746 encuestados). El filtrado glomerular (eFG) se determinó por la fórmula MDRD n° 4, y se clasificó los grados de ERC según Guías K/DOQI. La metodología estadística utilizada fue comparación de medias (t-Student) y análisis multivariante.

Resultados: En la tabla se observa como de forma significativa el mayor IMC, se asocia con los factores de riesgo convencional (HTA, dislipemia, HOMA) y con la función renal y mayor tasa de proteinuria (Alb/creatinina) tanto en la población hipertensa como en la normotensa.

Conclusiones: La obesidad y de forma independiente, puede condicionar el desarrollo de FRCV y ERC independiente de la coexistencia de HTA o mayor resistencia a la insulina.

Tabla

		IMC < 25	IMC 25-30	IMC > 30	Valor p (IMC)
Edad	HTA	56,45	60,65	59,61	0,0016
	NHTA	39,01	44,39	46,19	0,0000
	Global	42,84	51,59	54,53	0,0000
TAS	HTA	149,63	151,3	150,25	0,4889
	NHTA	114,58	120,29	123,23	0,0000
	Global	122,27	133,97	140,01	0,0000
TAD	HTA	85,93	86,6	87,86	0,0606
	NHTA	71,24	74,08	76,83	0,0000
	Global	74,45	79,6	83,68	0,0000
Ct	HTA	211,02	209,64	210,64	0,0000
	NHTA	192,16	205,64	205,91	0,0000
	Global	196,41	207,39	208,85	0,0000
Tg	HTA	96,11	126,44	136,07	0,0000
	NHTA	79,41	102,45	124,57	0,0000
	Global	82,99	112,97	131,72	0,0000
cHDL	HTA	77,86	69,65	68,22	0,0000
	NHTA	78,69	70,64	66,52	0,0000
	Global	78,56	70,22	67,58	0,0000
cLDL	HTA	130,08	130,94	129,85	0,8895
	NHTA	114,42	129,01	128,91	0,0000
	Global	117,94	129,84	129,49	0,0000
eFG	HTA	83,25	79,22	79,27	0,0203
	NHTA	88,88	87,11	85,24	0,0049
	Global	87,64	83,65	81,54	0,0000
HOMA	HTA	1,52	2,04	2,52	0,0000
	NHTA	1,54	1,88	2,53	0,0000
	Global	1,54	1,95	2,52	0,0000
ALB/ creatinina	HTA	10,22	9,99	16,23	0,0007
	NHTA	7,29	6,69	10,16	0,0077
	Global	7,89	8,17	13,93	0,0000

87. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) Y FACTORES DE RIESGO VASCULAR (FRV) EN ESPAÑA (ESTUDIO EPIRCE)

A. Otero González¹, A. Martín de Francisco² y F. García³

¹Servicio de Nefrología, CH de Ourense, Ourense. ²Servicio de Nefrología, Hospital Valdecilla, Santander. ³Servicio de Nefrología, Clínica Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: La IRC es un padecimiento muy prevalente, constituye un problema de salud pública y es un factor de riesgo cardiovascular independiente. El riesgo de mortalidad cardiovascular asociada a la ERC es superior al de progresión a la diálisis o trasplante y la enfermedad cardiovascular asociada a la ERC es precoz, tratable y potencialmente prevenible.

Material y métodos: Mediante un muestreo aleatorio al azar se seleccionaron 42 puntos de muestro (municipios) y una población estratificada (hábitat, edad, sexo) representativa del estado español (n: 2.746). A todas las personas se les realizó una entrevista clínica (tabaquismo, consumo de alcohol y drogas de abuso), exploración normalizada y determinaciones analíticas: Hb, Hto, glucosa,

Tabla 1 Prevalencia de ERC

FG ml/min/1,72 m ²	N	Prevalencia	Prevalencia *	% proteinuria	Prevalencia
> 90 sin proteinuria	2.509	—	1.650	—	—
> 90 con proteinuria	26	0,99	26	37,22%	1,42
60-89	39	1,42	39	50,46%	2,1
45-59	138	5,45	88	7,75%	4,82
30-44	27	1,08	16	1,52%	0,87
15-29	6	0,27	5	2,97%	0,27
< 15	1	0,03	—	—	—
Total	2.746	6,83	1.824		9,48%

urea, creatinina (centralizada), colesterol total (Ct), triglicéridos (Tg), cHDL, cLDL, índice de resistencia a la insulina (HOMA) ácido úrico (AcU) y albúmina/creatinina (1.824 de los 2.746 encuestados). El filtrado glomerular (eFG) se determinó por la fórmula MDRD n° 4, y se clasificó los grados de ERC según Guías K/DOQI. La metodología estadística, utilizada fue: tablas de frecuencias ponderadas para las variables de tipo nominal, estableciendo prevalencias, intervalos de confianza al 95% de las prevalencias, y Odds Ratios comparativos (OR) entre las distintas categorías y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. Mediante análisis multivariante de regresión logística se ha estudiado la influencia de las diferentes variables sociodemográficas y bioquímicas en el desarrollo de IRC. Se ha calculado el odds ratio (OR) con sus correspondientes IC95%.

Resultados: La edad media de era 49,47 años (IC: 47,33-51,60) y la prevalencia de ERC (eFG < 60 ml/min) era 6,83 (Tabla). La prevalencia de HTA: 35,57, diabetes: 7,03 e IA > 4: 6,70. HOMA: 1,98. El consumo de alcohol era 45,134%, de tabaco: 21,41% y proteinuria era: 3,99%. Los FRV para el desarrollo de ERC fueron la Edad (OR: 15,74), HTA (OR: 6,23), PP (Presión del Pulso) (OR: 3,83), HTSA (HTA sistólica aislada) (OR: 3,34), Diabetes (OR: 2,25), Anemia (OR: 2,03), Obesidad (OR: 1,96) y Proteinuria (OR: 2,87), Tabaquismo (OR: 16,41) y abuso de alcohol (OR: 1,58) (tabla 1).

Conclusiones: La prevalencia de IRC (grados 4-5) es 0,3%, lo que supondría que 89.497 personas tienen un FG < 30 ml/min, con elevados FRV y la ERC Grado 1-2 con proteinuria es el 3,51% de la población. Independientemente de la edad, los FRV para el desarrollo de ERC, son modificables: HTA, diabetes mellitus, proteinuria, obesidad, tabaquismo y consumo de alcohol. Es preciso por tanto, establecer pautas de detección precoz de la ERC en población general a fin de evitar su progresión a la insuficiencia renal terminal.

88. ¿QUÉ OPINAN LAS UNIDADES DE HTA SOBRE CÓMO MEJORAR LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES HIPERTENSOS? RESULTADOS “ESTUDIO PERFILES”

P. Aranda¹, C. Sanchis², J.A. División³, P. Garrido⁴, E. Godoy⁵, R. Aristegui⁵, A. del Campo⁶ y C. Ovejero⁶, en nombre de los investigadores del Grupo Perfiles

¹Hospital Carlos Haya, Málaga. ²CS Algemesí, Valencia.

³CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁴Facultad de Medicina, Barcelona.

⁵Daiichi-Sankyo, Madrid. ⁶Sociología y Comunicación, Madrid.

Objetivo: A pesar de los progresos en el control de la HTA, existen hoy importantes lagunas en la asistencia a los hipertensos que precisan ser mejorados. El objetivo del estudio es determinar qué recursos son necesarios para mejorar la asistencia a pacientes hipertensos.

Material y método: A iniciativa de la SEH-LELHA se contactó con 150 centros, de los que se seleccionaron 70 Unidades de HTA (UHTA) (58 Hospitalarias y 12 de Centros de Especialidades) representativas geográficamente de nuestro medio, a las que, tras solicitar su participación, se remitió cuestionario para establecer los factores primordiales necesarios para mejorar la atención a los pacientes hipertensos. Estudio de campo y análisis de datos: Gabinete Sociología y Comunicación.

Resultados: En opinión de los encuestados las 2 medidas principales son 1) Mejorar la colaboración entre AP y Especialistas (72%), y 2) Aumentar y mejorar los programas de formación médica continuada en HTA y Riesgo Vascular (53,1%). La puesta en marcha de programas de información a pacientes (43,2%) y de Grupos de Trabajo (35,8%) son asimismo importantes. Menor relevancia tienen la necesidad de recursos humanos (Especialistas en HTA) (31,4%), y técnicas (25,9%); y menos aún la contribución de ensayos clínicos (17,7%), y de nuevas terapias en HTA (16%).

Conclusiones: En opinión de los integrantes de las UHTA estrechar las relaciones entre AP y Especialistas, así como mejorar los programas de formación postgrado a profesionales sanitarios y de información a los pacientes son las herramientas más adecuadas para mejorar la asistencia y control de la HTA en nuestro país.

Estudio patrocinado por Daiichi-Sankyo.

89. ¿QUÉ DISPONIBILIDAD DE RECURSOS TIENEN LAS UNIDADES DE HTA EN ESPAÑA? RESULTADOS DEL “ESTUDIO PERFILES”

P. Aranda¹, C. Sanchis², J.A. División³, P. Garrido⁴, E. Godoy⁵, R. Aristegui⁵, A. del Campo⁶ y C. Ovejero⁶, en nombre de los investigadores del Grupo Perfiles

¹Hospital Carlos Haya, Málaga. ²CS Algemesí, Valencia.

³CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁴Facultad de Medicina, Barcelona.

⁵Daiichi-Sankyo, Madrid. ⁶Sociología y Comunicación, Madrid.

Objetivo: Valorar, en estudio transversal, los recursos (humanos, infraestructuras, diagnóstico-terapéuticos y de formación e investigación) disponibles en las Unidades de HTA (UHTA).

Material y método: A iniciativa de la SEH-LELHA se contactó con 150 centros, de los que se seleccionaron 70 UHTA (58 Hospitalarias y 12 Centros de Especialidades representativas geográficamente de nuestro medio, a las que, tras solicitar su participación, se remitió cuestionario para evaluación de los recursos mencionados. La encuesta y el análisis estadístico de las variables cualitativas y cuantitativas se realizaron por el gabinete Sociología y Comunicación.

Resultados: Ubicación: 53,6% en Hospitales de más de 500 camas, de los que el 21% disponen de > 50 camas para ECV. Espacio físico específico y diferenciado en 37,1% UHTA. El espacio es insuficiente.

ciente en 52,1%. Recursos humanos: insuficiente en 40% UHTA. Promedio: 2 médicos (48,6% nefrólogos; 41,4% internistas; 10% otros) 74,3% dispone de un promedio de 1,5 enfermeras. Recursos diagnósticos: 100% disponen de tensiómetros semiautomáticos y 97,1% de MAPA. AMPA es utilizado por el 45%. Disponen de estudios de función renal, metabólicos y hormonales, así como ecografía, ecodoppler y ecocardiografías: 95,5%. Gamma y arteriografía: 78%. TAC y AngioRM: < 15%. Miden velocidad onda del pulso: 7,1%. Aplican guías: 61,4%. Docencia: programas de formación de postgrado: 51,4%. Programas de información a pacientes: 27,1%. Pertenecen a Grupos de Trabajo en HTA: 28,6%. Suscripciones en publicaciones: 82,9%. Asistencia a congresos nacionales (88%) (SEH-LELHA: 51,6%) e internacionales (41,9%). Investigación (Promedio por centro y año): Nº de ensayos: 2,4. Nº de líneas de investigación (Clínica y Básica): 4,9. Promedio artículos en últimos 5 años: 17 ± 7 . Premios investigación (total): 39. Globalmente los centros reconocen insuficiencia en recursos humanos (50%), en investigación (61,4%), en docencia (32,9%) y en medios diagnósticos (14,3%).

Conclusiones: Aunque se detecta mayoritariamente una insuficiencia en recursos humanos e infraestructuras, así como algunos recursos diagnósticos; sin embargo, el rendimiento docente y en investigación es aceptable. Los centros demandan sobre todo recursos humanos en investigación, así como una estructuración de la formación postgrado.

Estudio patrocinado por Daiichi-Sankyo.

90. OPINIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN HIPERTENSOS. RESULTADOS DEL “ESTUDIO PERFILES”

J.A. División¹, P. Aranda², C. Sanchis³, P. Garrido⁴, E. Godoy⁵, R. Arístegui⁵, A. del Campo⁶ y C. Ovejero⁶, en nombre de los investigadores del Grupo Perfiles

¹CS Casas Ibáñez, Albacete. ²Hospital Carlos Haya, Málaga.

³CS Algemesí, Valencia. ⁴Facultad de Medicina, Barcelona.

⁵Daiichi-Sankyo, Madrid. ⁶Sociología y Comunicación, Madrid.

Objetivo: Conocer la opinión de los médicos acerca del control de la presión arterial (PA) de sus pacientes hipertensos y qué factores pueden influir en el mismo.

Métodos: Estudio multicéntrico en el que tras una distribución proporcional de la población se seleccionaron, por muestreo de conveniencia, a médicos de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) de todo el territorio nacional que tenían que contestar una encuesta estructurada, sobre su opinión acerca del tratamiento y control de sus pacientes hipertensos y que factores pueden influir en el mismo. Se consideró buen control cuando la PA era < 140/90 mmHg (< 130/80 mmHg en los pacientes de alto riesgo). Estudio de campo y análisis de datos: Gabinete Sociología y Comunicación.

Resultados: Participaron 243 médicos (38% de AP) de los que el 85% eran hombres con una edad media de $51 \pm 8,5$ años y amplia experiencia profesional (24 años de media). Los médicos consideraban que un 69,6% de sus hipertensos estaba bien controlado (53,4% los de alto riesgo), sin que hubiera diferencias entre AP y AE y en el 46,1% de los casos consideraban que el paciente requería modificación del tratamiento (77% por falta de eficacia, 13% por intolerancia y 10% por incumplimiento). En opinión de los médicos, los factores que más influyen en el control de la PA son: pauta farmacológica adecuada (60,9%), cumplimiento del paciente (21,8%) y modificación de estilos de vida (17,3%) y en cuanto a factores psicosociales eran la satisfacción con el tratamiento y la confianza en el propio médico y en menor medida el grado de formación del paciente y condicionantes sociales (entorno, trabajo...).

Conclusiones: Los médicos, tanto de AP como AE, sobreestiman el grado de control de los pacientes hipertensos aunque reconocen,

que el tratamiento farmacológico inadecuado es la causa más frecuente del mal control.

Estudio patrocinado por Daiichi-Sankyo.

91. OPINIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS SOBRE SU ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO. RESULTADOS DEL “ESTUDIO PERFILES”

J.A. División¹, P. Aranda², C. Sanchis³, P. Garrido⁴, E. Godoy⁵, R. Arístegui⁵, A. del Campo⁶ y C. Ovejero⁶, en nombre de los investigadores del Grupo Perfiles

¹CS Casas Ibáñez, Albacete. ²Hospital Carlos Haya, Málaga.

³CS Algemesí, Valencia. ⁴Facultad de Medicina, Barcelona.

⁵Daiichi-Sankyo, Madrid. ⁶Sociología y Comunicación, Madrid.

Objetivo: Conocer la percepción de los pacientes sobre su enfermedad y el grado de satisfacción que tienen con el tratamiento.

Métodos: Estudio multicéntrico en el que tras una distribución proporcional de la población se seleccionaron, por muestreo de conveniencia, a pacientes hipertensos, seguidos tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, de todo el territorio nacional que tenían que contestar una encuesta estructurada, para conocer su opinión sobre su enfermedad y de la satisfacción y expectativas que tenían con el tratamiento antihipertensivo. Estudio de campo y análisis de datos: Gabinete Sociología y Comunicación.

Resultados: Participaron 1.215 pacientes de los que el 55,5% eran hombres con una edad media de $64,5 \pm 11,5$ años, un 55% de ellos tenían un nivel de formación bajo (sin estudios o estudios primarios). Los valores medios de PA eran de 140/85 mmHg (DE: 16/11) y un 37,2% de ellos tenía la presión arterial bien controlada (< 140/90 mmHg). El 76% de los pacientes estaba bastante/muy satisfecho con el grado de control, un 14,5% bastante/muy insatisfecho con el número de comprimidos que tomaba y un 5% bastante/muy insatisfecho con los efectos secundarios del tratamiento. El 78% de los pacientes percibe la enfermedad como algo grave/muy grave. En cuanto al grado de cumplimiento, para el 72% de los pacientes es muy difícil modificar estilos de vida (dieta, ejercicio...) y sin embargo para el 66% de ellos es fácil/muy fácil tomarse la medicación.

Conclusiones: Los pacientes perciben su enfermedad como algo importante para su salud y sin embargo están satisfechos con el tratamiento a pesar del bajo grado de control. Les resulta más difícil modificar estilos de vida que tomarse la medicación. Sería de interés realizar campañas de concienciación del paciente sobre la importancia de alcanzar los objetivos de control y de modificación de estilos de vida. El médico debería ser parte activa en este proceso.

Estudio patrocinado por Daiichi-Sankyo.

92. PERFIL CARDIOVASCULAR Y PERCEPCIÓN DE ESTADO DE SALUD EN UNA POBLACIÓN LABORAL

V. Pallarés¹, A. Tramontano², M. Ferrer², E. Claramonte², E. Herrero², M. Aicart², L. Facila³ y G. Gascón⁴

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²CS Rafalafena, Castellón.

³Hospital Provincial, Castellón. ⁴Hospital La Plana, Vila-Real.

Objetivos: La población en edad laboral activa (18-64 años) es la gran desconocida del sistema sanitario, ya que acude menos a los centros de salud. Los reconocimientos laborales son una excelente oportunidad para conocer las características clínicas de este grupo de población, y una buena opción para detección de riesgos, e implementar medidas de corrección sobre todo en cuanto a mejoras en los estilos de vida.

Propósito del estudio: Analizar las características clínicas, perfil cardiovascular, y el grado de percepción de su salud de una pobla-

ción laboral (18-64 años) que acude a realizarse su reconocimiento laboral periódico.

Métodos: Se incluyen todos los sujetos que acuden a realizarse de reconocimiento laboral periódico a un centro médico concertado con diferentes servicios de prevención de mutuas laborales entre enero-septiembre de 2009. Se analizan las características descriptivas de la población en cuanto a sexo, edad, IMC, perímetro abdominal, cifras de presión arterial y frecuencia cardíaca, así como la presencia o no de factores de riesgo cardiovasculares (tabaco, sedentarismo, antecedentes familiares de ECV, HTA, dislipemia, diabetes, SM), presencia de lesión de órgano diana —LOD— (HVI, microalbuminuria) y ECV previa (enfermedad coronaria, cerebrovascular, arterial periférica, renal y retinopatía avanzada). A todos se les pregunta por su percepción de su estado de salud y si consideran que se cuidan o no.

Resultados: Se incluyen un total de 626 sujetos (70% varones) que acuden a reconocimiento laboral. La edad media es de $40,72 \pm 10,38$ años (un 33% entre 31-40 años), IMC $26,5 \pm 4,5$ Kg/m², perímetro abdominal de $88,7 \pm 12,7$ cm. La PA media es $127,4 \pm 16,9/78,8 \pm 10,7$ mmHg (49,6% con cifras de PA en rango de normalidad, el 26,5% normal-alta y el 24% cifras en rango de hipertensión), el 64,7% presentan cifras de colesterol total > 200 mg/dl, un 19% cifras de glucemia basal alterada (glucosa > 110 y < 126 mg/dl), y un 32,3% ácido úrico > 7 mg/dl. El 38,8% son fumadores, un 7,98% reconocen hipertensión en tratamiento, el 14,7% dislipémicos, un 2,7% diabéticos, y un 6,7% reconocen antecedentes familiares para ECV. El 3,8% presenta LOD, y el 4,26% ECV conocida. El síndrome metabólico está presente en el 14,9%. Un 78% de los casos los pacientes manifiestan tener buena salud, y en el 93% que se cuidan.

Conclusiones: La población laboral analizada tiene una percepción muy buena de su estado de salud, refiere que se cuida y consideran que sus estilos de vida son saludables. Sin embargo, del análisis realizado se trata de una población en la que más del 50% de los sujetos tienen algún factor de riesgo cardiovascular que no conocen, y sólo un 25,4% está recibiendo tratamiento por alguno de los factores clásicos o por ECV.

93. PREVALENCIA DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN UNA POBLACIÓN LABORAL

V. Pallarés¹, M. Ferrer², E. Claramonte², A. Tramontano², E. Herrero², M. Aicart², G. Gascón³ y L. Facila⁴

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²CS Rafalafena, Castellón.

³Hospital La Plana, Vila-Real. ⁴Hospital Provincial, Castellón.

Introducción: La población en edad laboral activa (18-64 años) es la gran desconocida del sistema sanitario, ya que acude menos a los centros de salud. El reconocimiento laboral es una buena ocasión para conocer las características de esta población, y una excelente ocasión para detección de lesión de órgano diana como es la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) a través del electrocardiograma, y poder implementar medidas precoces para así, poder evitar su progresión.

Objetivos: Analizar las características electrocardiográficas en relación a detección de HVI en una población en edad laboral activa que acude a realizarse su reconocimiento laboral periódico. Se analiza las características electrocardiográficas para detección de HVI (16 criterios) obtenidos a través de la plataforma online electropres.

Material y métodos: Se incluyen todos los sujetos que acuden para la realización del reconocimiento laboral a un centro médico concertado con diferentes servicios de prevención de mutuas laborales entre Enero-Septiembre de 2009. El electrocardiograma obtenido se remite para su interpretación a través de la plataforma electropres (www.electropres.net); proyecto de ámbito nacional

basado en una plataforma tecnológica que permite una rápida detección de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) con el objetivo de reducir el riesgo cardiovascular (RCV). Utiliza un servicio de interpretación automática de electrocardiogramas (ECG) con un software validado y acreditado por la FDA (Hannover Electrocardiographic System —HES—), y que incorpora los criterios más recientes para la detección precoz de la HVI. Se obtiene de forma inmediata un informe de orientación diagnóstica electrocardiográfica.

Resultados: Se remiten a través de la plataforma un total de 626 ECGs (70% varones, 24% hipertensos no conocidos, 38,2% moderado-alto RCV). La calidad de recepción del ECG es muy buena en el 98% (parámetro ruido). Se detecta algún criterio de HVI en 207 sujetos (33,1%), siendo muy probable el diagnóstico de HVI en el 8,7% de los casos. El criterio R(V5)/R(V6) identifica un 23,64%, Romhilt-Estes 8,11%, Dalfó el 7,03%, Peruggia el 3,19% y PDV de Cornell 1,12%.

Conclusiones: El reconocimiento laboral es una excelente oportunidad para detectar al sujeto de RCV. La interpretación computarizada del ECG es una mejora significativa en práctica clínica habitual, aproxima el uso de la técnica ECG a condiciones asistenciales, y facilita y disminuye el tiempo de las lecturas de ECG, estandariza la nosología diagnóstica, y minimiza la variabilidad intra e interobservador. En nuestro caso, un tercio de los sujetos que acuden a realizarse un reconocimiento laboral presentan sospecha de HVI, lo que inicia la posibilidad de un mayor y mejor seguimiento de estos sujetos.

94. CAMBIOS EN LA PRESIÓN ARTERIAL DE LAS MUJERES QUE INICIAN ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

R. Pardo Cupeiro¹, M. Benítez Camps¹, F. Franco Alonso¹, I. Romero Martín¹, C. Gutiérrez Aparcero¹, I. Gil Brull¹ y N. Olona Tabuena²

¹EAP Gòtic, Barcelona. ²ICS, SAP Litoral, Barcelona.

Objetivos: Evaluar si la toma de anticonceptivos hormonales (ACH) aumenta la presión arterial (PA) de las mujeres, y si existen factores relacionados.

Métodos: Diseño: estudio antes-después, con grupo control. Ámbito: Centro de Atención Primaria urbano. Población: 109 mujeres de 16 a 45 años atendidas entre 2002 y 2009 con prescripción de ACH. De estas, 54 eran usuarias de ACH y 55 no (grupo control). Variables: edad, tabaco, antecedentes familiares de HTA (AF-HTA), peso inicial, tipo de ACH (dosis de estrógenos, tipo de progestágeno), PA inicial (previa al inicio de ACH en las usuarias de ACH), PA final (6-12 meses post-PA inicial).

Resultados: La edad media de las usuarias de ACH fue de 29 años (DE: 5,5) y la del grupo control fue 30 años (DE 7,3) sin diferencias significativas entre ambos grupos (p: 0,5). El 40% de las usuarias de ACH eran fumadoras, frente al 36% del grupo control, sin diferencias significativas (p: 0,64). El peso medio de las usuarias de ACH fue 54,6 Kg (DE 13,8), y el del grupo control fue 60,7 Kg (DE: 15,36), sin diferencias entre ambos grupos (p: 0,072). El 26% de las usuarias de ACH tenían AF-HTA, frente al 25% del grupo control, sin diferencias significativas entre ambos grupos (p: 0,7). La PA inicial media en las usuarias de ACH fue 109,9/67,6 mmHg (DE: 13,04/7,7) y la PA inicial media en el grupo control fue 109,5/69,1 mmHg (DE: 15,2-10,05) sin diferencias significativas entre ambos grupos (p: 0,884/0,37). La PA final media en las usuarias de ACH fue 115,3/70,9 mmHg (DE: 13,3/8,3) y la PA final media en el grupo control fue 111,3/72,2 mmHg (DE: 10,5/7,7). Sólo el 14,8% de las mujeres presentó un aumento superior a 5 mmHg, y ninguna desarrolló HTA. Este aumento se observó en las usuarias de ACH, y no en el grupo control. Entre las usuarias de ACH se observó un incremento de PAS de 5,44 mmHg (p: 0,013) IC95% (9,7; 1,3), y un incremento de PAD de 3,3 mmHg (p: 0,03) IC95% (6,3; 0,034) entre la PA inicial y final. Con

respecto al grupo control, el incremento de PAS fue 1,8 mmHg (p: 0,33) IC95% (5,5; -1,9) y el incremento de PAD fue 3 mmHg (p: 0,035) IC95% (5,8; 0,22). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el incremento de cifras de PAS y PAD entre las usuarias de ACH y el grupo control (p: 0,198 y p: 0,906 respectivamente). Respecto a la PAS final en las usuarias de ACH, no se observaron diferencias significativas según edad (p: 0,85), AF-HTA (p: 0,5), tabaco (p: 0,6), peso ni tipo de ACH (p > 0,05).

Conclusiones: Las mujeres usuarias de ACH tienen una PA más alta después de iniciar los ACH, con diferencias estadísticamente significativas. A pesar de esto, al analizar los cambios en la PA entre las mujeres usuarias de ACH y las que no, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre unas y otras. Por lo tanto no podemos afirmar que este aumento sea debido a los ACH. El incremento observado en las mujeres que toman ACH no se relaciona tampoco con el tipo de ACH, peso inicial, AF-HTA, tabaco ni edad.

95. PREHIPERTENSIÓN EN ASTURIAS. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE SU SIGNIFICADO A MEDIO PLAZO. ESTUDIO PREVASTURIAS

R. Marín Iranzo¹, M.A. Prieto Díaz², J. Baños Martínez³, M.B. González López², A. de la Escosura García⁴, C. Vidal González⁵, C. Rubiera Álvarez⁶, C. Varela Suárez⁷, J. Crespo García⁸ y F. Fernández Vega¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

²CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ³CS Pola de Laviana, Laviana.

⁴CS La Corredoria, Oviedo. ⁵CS Raíces, Avilés. ⁶CS Severo Ochoa, Gijón. ⁷CS Lugones, Oviedo. ⁸CS Laviada, Gijón.

Propósito del estudio: Los datos del estudio Framingham han demostrado que hasta un 30% de individuos con prehipertensión (PA normal-alta) tienen tras 4 años de seguimiento hipertensión arterial y también un riesgo incrementado (dos veces más alto) de morbimortalidad CV. En nuestro país apenas existen estudios longitudinales sobre este problema. El objetivo del trabajo es conocer la proporción de sujetos que progresan de prehipertensión (subgrupo PA normal-alta) a hipertensión y verificar los factores de riesgo que, basal y evolutivamente, condicionan dicha evolución. También verificar la incidencia de daño orgánico subclínico y de enfermedad CV.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo de cinco años de seguimiento. Los datos basales se recogieron durante un año en el ámbito de la Atención Primaria. Cada investigador (n = 27) incluyó, aproximadamente, 25 individuos consecutivos demandantes de salud de ambos sexos con edad 40-65 años y cifras de PA normal-alta (130-139/85-89 mmHg). Se excluyeron sujetos diabéticos, con enfermedad CV o renal previa o que necesitarán recibir agentes cardioprotectores con efecto antihipertensivo. Se determinaron variables demográficas, clínicas y analíticas relacionadas con los objetivos del estudio. En el presente trabajo se evalúan los datos basales de la población analizada

Resultados: La muestra total fue de 646 casos, con edad media de 53,8 años ($\pm$ 6,7), siendo varones el 48,5%. La media de PA fue de 134,3 ($\pm$ 4,4)/84,9 ($\pm$ 4,3) mmHg. La cifra media de glucosa fue de 94,1 ($\pm$ 10,2) mg/dl, creatinina 0,83 ($\pm$ 0,17) mg/dl, LDL colesterol 141,1 ($\pm$ 35,4), filtrado glomerular estimado (FGE) 92,2 ($\pm$ 20,1) ml/min/1,73 m² y microalbuminuria 4,8 ($\pm$ 10,8) mg/g. Globalmente se observaron las siguientes alteraciones: Tabaquismo: 22%. Obesidad: 31%. Glucemia basal alterada: 29%. LDL-colesterol $\geq$ 160 mg/dl 29%. Triglicéridos $\geq$ 150 mg/dl: 30%. Síndrome metabólico (criterios ATP III): 37%. FGE < 60 ml/min/1,73 m² 2,8%. Microalbuminuria (> 21 varones, > 30 mg/g en mujeres 2,6%). Hiperuricemia $\geq$ 7 mg/dl: 10,2%. Siguiendo el criterio de la Guía de la ESH 2007, sólo un 31% de los individuos no tenían factores de riesgo CV asociados, un 27% de los presentaba dos o más factores de riesgo CV y un 39% de casos tenían riesgo CV alto.

Conclusiones: Más de una tercera parte de la población con PA normal-alta, no anciana y no diabética, presenta basalmente un elevado riesgo CV.

96. PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN LA COHORTE DEL ESTUDIO PREVASTURIAS

S. Suárez García¹, M.A. Prieto Díaz², L. Bousquets Toral³, V. López Fernández¹, J. Tarrazo Suárez⁴, C. Martín López⁵, M. Arias García¹, R. Abad Rodríguez⁴, M. Gorostidi Pérez⁶ y R. Marín Iranzo⁷

¹CS Colloto, Oviedo. ²CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ³CS Tineo, Tineo. ⁴CS Pola se Siero, Pola se Siero. ⁵CS Trubia, Oviedo.

⁶Hospital San Agustín, Avilés. ⁷Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: La cohorte Prevasturias seleccionó 646 pacientes no diabéticos de 40 a 70 años con presión arterial (PA) en el rango de "normal-alta" sin enfermedad vascular conocida, atendidos en 27 consultas de Atención Primaria. El Síndrome Metabólico (SM) comporta un mayor riesgo vascular (RCV), siendo más frecuente en hipertensos. En este estudio se pretendió describir su prevalencia y la distribución de sus componentes en los pacientes sanos con PA normal-alta.

Pacientes y métodos: Se determinaron la antropometría, antecedentes, historia familiar de enfermedad coronaria precoz y muerte súbita, mediciones analíticas correspondientes a los parámetros definitorios de SM según ATP III, y los marcadores de lesión de órgano diana, y se calculó su RCV global.

Resultados: Se estudiaron 646 pacientes, 314 (48,6%) hombres, con una media de edad de 53,8 $\pm$ 6,7 años. El 30,8% tiene obesidad, el 39,6% dislipemia, el 3,9% intolerancia a la glucosa, y glucemia basal alterada el 28,8%. El 21,7% es fumador, y un 2,8% muestra filtrado glomerular < 60 ml/min, y un 2,6% presenta MAU. El% de HIV (según ECG) es del 0,2%. Un 6,2% presenta algún tipo de LOD. Según los criterios APT III, el 36,7% de los pacientes de este grupo tienen SM; los criterios definitorios de este se presentan con las siguientes frecuencias en esta cohorte: PA (100%), cintura (40,1%), triglicéridos (29,6%), glucemia (28,8%), HDLc bajo (27,1%). Por n° de componentes, reunían uno un 29,6% del grupo (el de PA), siendo el % de individuos con 2, 3, 4 o 5 componentes el 33,7, 22,1, 11,1 y 3,4% respectivamente. Los sujetos con SM presentan un IMC más elevado, con un % de obesidad del 61,3 frente a sólo el 25,7% en los no-SM, mayor perímetro de cintura (97, 79 $\pm$ 12,46 vs 89,50 $\pm$ 11,74), más elevados la glucemia basal (98,9 $\pm$ 10,7 vs 91,30 $\pm$ 8,74), el ácido úrico (5,39 $\pm$ 1,36 vs 5,06 $\pm$ 1,42), y los triglicéridos (172,4 $\pm$ 82,11 vs 108,7 $\pm$ 49,9), menor HDLc (46,36 $\pm$ 11,7 vs 58,28 $\pm$ 13,1), siendo no significativas las diferencias en Col total, LDLc, K⁺ y creatinina, así como el FG estimado (MDRD). Los sujetos con SM tienen ligera pero significativamente más elevada la TAD (85,47 $\pm$ 3,74 vs 84,67 $\pm$ 4,65 mmHg), mas no la TAS. Tienen intolerancia a la glucosa el 7,2% de los sujetos con SM, frente a sólo el 2% de los no-SM, y glucemia basal alterada el 54,0 frente a sólo el 14,2% en los no-SM. Presentan un RCV Alto o Muy Alto (Guía Europea) el 72,6% de los sujetos con SM y sólo el 20,2% de los que no-SM.

Conclusiones: La prevalencia de SM en los pacientes con PA normal-alta es intermedia a la hallada entre población general (21,45% en el estudio Colloto-2003) y la de sujetos hipertensos (54,7% en el estudio Mauastur-2006) en un entorno similar. Los pacientes de este grupo con SM presentan en mayor grado obesidad, mayor circunferencia de cintura, mayor PA diastólica, menor HDLc y mayores cifras de triglicéridos, mayor proporción de alteraciones de la glucemia basal y postprandial. Tienen un RCV alto o muy alto 7 de cada 10 sujetos, proporción triple a los que no lo tienen SM.

97. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONTROL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO COMBINADO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE RIESGO ALTO O MUY ALTO

M.A. Prieto Díaz¹, J.L. Llisterri Caro², J.A. División Garrote³, J. Abellán Alemán⁴, J.L. Carrasco Martín⁵, N.R. Robles Pérez-Monteoliva⁶, J.J. Quijano Martín⁷, J. Cuervo Uriá⁸ y P. Rebollo Álvarez³

¹CS Vallobin-La Florida, Oviedo. ²CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ³CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁴CS San Andrés, Murcia. ⁵CS La Lobilla-Estepona, Málaga. ⁶Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. ⁷Departamento Médico Recordati España, Madrid. ⁸BAP Health Outcomes Research, Oviedo.

Propósito del estudio: Evaluar el control de la hipertensión arterial (HTA) y el cumplimiento del paciente con el tratamiento farmacológico en el ámbito de Atención Primaria (AP).

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico y nacional. Participaron en el estudio 391 médicos de AP que reclutaron pacientes diagnosticados de HTA al menos 12 meses antes del momento de consulta (Presión arterial —PA— ≥ 140 y/o 90 mmHg; en caso de paciente diabético: PA ≥ 130 y/o 80 mmHg) y de riesgo añadido alto o muy alto. Se recogió información clínica en el momento del diagnóstico de HTA (PA, riesgo cardiovascular, tratamiento farmacológico, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, antecedentes personales por cardiopatía isquémica, ACV, insuficiencia cardíaca o arteriopatía periférica); información registrada 1 año antes del momento de consulta (PA y peso) y en el momento de consulta (peso, talla, perímetro abdominal, frecuencia cardíaca, factores de riesgo cardiovascular, analítica, enfermedad cardiovascular establecida (ECV), PA en momento de consulta, registro de la PA inmediata anterior y número de consultas en el último año). Además de la impresión clínica de los médicos (IC), el control de la HTA se estableció en una PA $< 140/90$ mmHg y $< 130/80$ mmHg en diabetes, ECV o renal. El cumplimiento de las prescripciones se midió a través del Test Morisky-Green. La asociación entre el control de la HTA, el cumplimiento y el riesgo añadido (y posibles diferencias en base al sexo del paciente) se analizaron mediante tablas de contingencia y estadísticos (Chi² y test exacto de Fischer, V de Cramer y odds ratio —OR—). Además, se compararon las medias en el número de consultas (t de Student) de acuerdo al cumplimiento y control de la HTA.

Resultados: En total, se analizaron 1517 casos (53,13% varones) con edad media de 66 años. El nivel de riesgo cardiovascular fue muy alto en casi el 63% de los pacientes (más frecuente en varones). Sólo el 16,41% de los pacientes tenían controlada la PA según el criterio definido. Sin embargo, la IC de control era más alta (68,9%). El control de la HTA no se asoció en ningún caso con el sexo de los pacientes ($p = 0,14$). Respecto al cumplimiento, sólo un 28,70% seguían correctamente el tratamiento. Se apreció una asociación significativa entre cumplimiento y el control (Chi² = 12,48; $p < 0,001$). La probabilidad de no control era 1,7 veces mayor entre los pacientes no cumplidores (OR = 1,68; IC95%: 1,258-2,254). También se asoció el cumplimiento con el sexo de los pacientes (pero de forma muy débil, V Cramer $< 0,06$). Además, no se asoció el cumplimiento con el grado de riesgo añadido ($p = 0,31$). Finalmente, no se encontraron diferencias en el número de visitas al médico en función del cumplimiento ni en el caso del control de la HTA.

Conclusiones: Parece existir una asociación significativa (leve-moderada) entre el cumplimiento con las prescripciones médicas de los pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular alto o muy alto y el grado de control de la HTA. También se ha evidenciado que el control de la HTA es mejorable y que existen discrepancias entre la impresión de los clínicos y el grado de control de los pacientes. Nuevos análisis son necesarios para profundizar en otros factores que ayuden a potenciar el cumplimiento de los pacientes y el control de la enfermedad.

98. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE RIESGO ALTO O MUY ALTO CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO COMBINADO

M.A. Prieto Díaz¹, J. Cuervo Uriá², J.A. División Garrote³, J.L. Llisterri Caro⁴, N.R. Robles Pérez-Monteoliva⁵, J. Abellán Alemán⁶, J.L. Carrasco Martín⁷, J.J. Quijano Martín⁸, G. Villa Valdés² y P. Rebollo Álvarez²

¹CS Vallobin-La Florida, Oviedo. ²BAP Health Outcomes Research, Oviedo. ³CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ⁵Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz. ⁶CS San Andrés, Murcia. ⁷CS La Lobilla-Estepona, Málaga. ⁸Departamento Médico Recordati España, Madrid.

Propósito del estudio: Evaluar la satisfacción con el tratamiento farmacológico combinado de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) y riesgo añadido alto o muy alto en el ámbito de Atención Primaria (AP).

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, transversal, multicéntrico y nacional. Participaron en el estudio 391 médicos de AP que reclutaron 1517 pacientes diagnosticados de HTA al menos 12 meses antes del momento de consulta (Presión arterial —PA— ≥ 140 y/o 90 mmHg; en caso de paciente con diabetes: PA ≥ 130 y/o 80 mmHg-) y de riesgo añadido alto o muy alto. Se recogió información clínica (peso, talla, perímetro abdominal, frecuencia cardíaca, los factores de riesgo cardiovascular y analítica, enfermedad cardiovascular establecida, PA en momento de consulta, registro de la PA inmediata anterior y número de consultas en los últimos 12). Por su parte, los pacientes cumplimentaron el cuestionario genérico de satisfacción de pacientes crónicos con el tratamiento farmacológico (SAT-Q) y el test de Morisky-Green. Finalmente, los clínicos y pacientes estimaron, mediante una escala visual graduada (0-10), la importancia que concedían a los siguientes factores relacionados con el tratamiento: relación médico-paciente, información al paciente, efectividad del tratamiento, efectos adversos, satisfacción general y comodidad del tratamiento. Se aplicó el estadístico t de Student para estudiar la relación entre la satisfacción de los pacientes, el control de la HTA y el cumplimiento. Además, se analizó la relación entre las puntuaciones relativas a la importancia que tanto médicos como pacientes concedían a los factores relacionados con el tratamiento (coeficiente de correlación de Pearson). Finalmente, se aplicó un modelo de regresión logística para analizar en qué medida las variables clínicas, el cumplimiento y la satisfacción pueden explicar el control de la HTA.

Resultados: La satisfacción general en el conjunto de la muestra fue alta (media = 60,60; DT = 17,06). Los varones tenían unas puntuaciones más altas en satisfacción (61,51 vs 59,45; $p = 0,02$). Además, los pacientes controlados mostraron una satisfacción global con el tratamiento más alta (59,56 vs 65,99; $p < 0,001$). En el caso de los pacientes cumplidores también se encontró una satisfacción global más alta (67,59 vs 57,37; $p < 0,001$). Estas diferencias fueron encontradas tanto en el grupo de pacientes con riesgo añadido alto como en los que tenían riesgo muy alto. Además, aunque médicos y pacientes concedieron una alta importancia a cada uno de los factores destacados, la intensidad de la asociación entre las puntuaciones fue leve en todos los casos (correlaciones inferiores a 0,3). Por último, las variables incluidas en el modelo de regresión apenas tuvieron capacidad para explicar el control de la HTA ($R^2 = 0,15$).

Conclusiones: La satisfacción de los pacientes con el tratamiento combinado en un solo comprimido es alta y está relacionada con el cumplimiento de las prescripciones médicas y el control de la HTA. Aún así, es necesario profundizar en esta relación teniendo en cuenta nuevos factores que permitan explicar y potenciar el control de la HTA.

99. HIPERTENSIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 75 CASOS

P. Puñal Castellano, L.F. Viejo Llorente, R.A. Sancho García, J.L. Pérez Ortiz y M. Baquero Alonso

Hospital Provincial, Toledo.

Propósito del estudio: Conocer la prevalencia de HTA y su control en una población de mujeres con cáncer de mama (CM) que han recibido quimioterapia (QT) complementaria (QTC) y son seguidas en nuestro centro. El diagnóstico precoz y los nuevos tratamientos permiten supervivencias prolongadas (y en muchos casos la curación) en el (CM). Al ser estadios precoces, la mortalidad por el cáncer puede ser inferior a la de la enfermedad (CV), motivo por el que realiza el presente estudio.

Métodos: Estudio transversal. Análisis de las 75 primeras pacientes con (CM) y tratadas con (QTC) atendidas de forma consecutiva en la consulta del Sº de M.I. El 95% procedían de las Campañas de Detección Precoz y tenían estadios I o II). 85% precisaron cirugía conservadora y Radioterapia complementaria. Todas recibieron (QTC); y el 80% Hormonoterapia (20% tenían los receptores hormonales negativos). Se han considerado las guías de la ESC/ESH. (Es de resaltar la gran mentalización en el control de los diferentes (FR cv) por todos los médicos del Servicio).

Resultados: Edad media 60,3 años. Supervivencia libre de enfermedad media 65,7 meses. Presentaban (HTA) el 46,6% (35/75), con una media de 1,7 fármacos/paciente y un control en la (PA) del 82%. Ninguna paciente en estos 5 1/2 años de seguimiento ha tenido evento cv. Las cifras pueden parecer sobrestimadas por el tamaño muestral reducido.

Conclusiones: Las pacientes con estadios precoces de cáncer de mama tienen una supervivencia prolongada. Es importante atender a los (FR cv) que son infravalorados en muchos casos. La prevalencia de HTA es del 47% y una buena relación médico-enfermo puede contribuir al control en el 85% de los casos.

100. PREVALENCIA DE FACTORES METABÓLICOS EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. ANÁLISIS DE LAS 75 PRIMERAS PACIENTES

P. Puñal Castellano, L.F.V. Llorente, J.L. Pérez Ortiz, R.A. Sancho García y M. Baquero Alonso

Hospital Provincial, Toledo.

Propósito del estudio: Conocer la prevalencia de la Diabetes Mellitus (DM) y la Hipercolesterolemia (HC) y su control en una población de mujeres con cáncer de mama (CM) que han recibido quimioterapia (QT) complementaria (QTC) y son seguidas en nuestro centro. El diagnóstico precoz y los nuevos tratamientos permiten supervivencias prolongadas (y en muchos casos la curación) en el (CM). Al ser estadios precoces, la mortalidad por el cáncer puede ser inferior a la de la enfermedad (CV), motivo del presente estudio.

Métodos: Estudio transversal. Análisis de las 75 primeras pacientes con (CM) y tratadas con (QTC) atendidas de forma consecutiva en la consulta del Servicio de M.I. El 95% procedían de las Campañas de Detección Precoz y tenían estadios I o II. 85% precisaron cirugía conservadora y Radioterapia complementaria. Todas recibieron (QTC); y el 80% Hormonoterapia (20% tenían receptores hormonales negativos). Se han considerado las guías de la ATP III (es de resaltar la gran mentalización en el control de los diferentes (FR cv) por todos los médicos del Servicio).

Resultados: Edad media 60,3 años. Supervivencia libre de enfermedad media 65,7 meses. Para los lípidos se ha considerado el (CT) en todas; en 50% de los casos se ha dispuesto de LDL, HDL y TG: 21,3% (16/75) tenían (CT) < 200 mg/dl y 52% (39/75) > 225. Consi-

derando que sólo el 51,2% (20/39) recibían fármacos, el control (valorando CT y/o LDL-col) fue del 74,3% considerando los grupos según el grado de riesgo. La DM la tenía el 17,3% (13/75; 85% de las pacientes presentaban un IMC > 26) controlada en el 46,1% (6/13), con un 9,3% (7/75) adicional con hiperglucemias (< 126 mg/dl). Ninguna paciente en estos 5 1/2 años de seguimiento ha tenido evento cv. Las cifras pueden parecer sobrestimadas exclusivamente por el tamaño reducido de la muestra.

Conclusiones: Las pacientes con estadios precoces de (CM) tienen supervivencias prolongadas. Es importante atender a los (FR cv) que son infravalorados en muchos casos. Las prevalencias de DL y DM son elevadas y una buena relación médico-enfermo puede contribuir a un buen control.

101. MEJORANDO EL RIESGO DEL PACIENTE CON ICTUS ISQUÉMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿DE DÓNDE PARTIMOS?

T. Rama Martínez¹, P. Beato Fernández¹, O. Salvador Vinyoles², S. Fogo Vila¹, E. López Martí¹ y E. Lafoz Naval¹

¹CAP El Masnou, El Masnou, Barcelona. ²CAP Alella, Alella, Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el grado de control de los mismos en los pacientes diagnosticados de ictus que acuden para seguimiento a nuestras consultas como fase preliminar para la puesta en marcha de un plan de mejora. Diferencias según sexo.

Métodos: Diseño descriptivo transversal. Ámbito: 3 centros de salud semiurbanos. Sujetos: todos los pacientes diagnosticados de ictus, excluyendo los especificados como hemorrágicos. Variables: edad, sexo, presión arterial (PA), diabetes mellitus (DM), LDL-colesterol, triglicéridos (TG) peso, talla, hábito tabáquico. Tratamiento antiagregante y/o anticoagulante. Fuente: historia clínica informatizada (e-cap). Se consideran criterios de buen control: PA < 130/80 mmHg, HbA1c < 7% (si diabetes), LDL-colesterol < 100 mg/dl, TG < 150 mg/dl IMC < 30, no fumador o exfumador, prescripción de tratamiento antiagregante y/o anticoagulante.

Resultados: En total hay 257 pacientes diagnosticados de ictus (54,5% hombres). Edad media: 73,8 años (DE ± 11,5). Edad media mujeres: 76,7 años. Por grupos de edad: menos de 65 años: 23,3% (el 30% de los hombres). Más de 80 años: 32,9% (e 42,7% de las mujeres). Del total, 74,3% son hipertensos (el 75,7% de los hombres), 30,7% diabéticos, (32,8% de los hombres), 30,7% dispipémicos (41,9% de las mujeres), 21,8% obesos (25,6% de las mujeres), 11,7% fumadores (17,8% de los hombres-4,3% de las mujeres). Se encuentra buen control PA: 22,6% (27,3% de las mujeres-18,6% de los hombres), DM: 64,6% (72,7% de las mujeres -58,7% de los hombres), LDL-colesterol: 26,4% (27,8% de los hombres-24,8% de las mujeres), TG: 56,8% (58,6% de las mujeres-54,7% de los hombres), IMC < 30: 59,2% (67,2% de los hombres-49,6% de las mujeres). No han fumado nunca: 50,6% (67,5% de las mujeres-36,4% de los hombres), exfumadores: 20,6% (17,2% de los hombres-7,7% de las mujeres). Prescripción de tratamiento antiagregante y/o anticoagulante: 89,8% (88,1% las mujeres-91,4% de los hombres).

Conclusiones: Respecto a los FRCV en pacientes con ictus, hay una mayor prevalencia de obesidad y de dispipemia en mujeres, en hombres destaca el tabaquismo. En cuanto al control de FRCV, en las mujeres se observa un mejor porcentaje de control de la HTA y de la DM. Sería interesante tener en cuenta estas diferencias según sexo al llevar a cabo una estrategia de cambio de los estilos de vida en la prevención secundaria del ictus.

102. PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN PACIENTES MENORES DE 65 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Rama Martínez¹, P. Beato Fernández¹, O. Salvador Vinyoles², Y. Maltas Hidalgo¹, V. López-Marina³ y R.M. Alcolea García⁴

¹CAP El Masnou, Barcelona. ²CAP Alella, Barcelona. ³CAP Piera, Barcelona. ⁴CAP Besòs, Barcelona.

Objetivos: Conocer las características, los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el grado de control de los mismos según sexo en pacientes diagnosticados de enfermedad cerebrovascular (ECV) menores de 65 años que acuden para seguimiento a nuestras consultas.

Métodos: Diseño descriptivo transversal. Ámbito: 3 centros de Atención Primaria semiurbanos. Sujetos: todos los pacientes menores de 65 años diagnosticados de ECV que han acudido los dos últimos años para control. Variables: edad, sexo, tipo de diagnóstico, PA sistólica (PAS), PA diastólica (PAD), diabetes (DM), LDL-colesterol, triglicéridos (TG), peso, talla, hábito tabáquico. Fuente: historia clínica informatizada (e-cap). Se consideran criterios de buen control: PA < 130/80 mmHg, HbA1c < 7% (si diabetes), LDL-colesterol < 100 mg/dl, TG < 150 mg/dl IMC < 30, no fumador o exfumador.

Resultados: Encontramos 67 pacientes diagnosticados de ECV menores de 65 años (67,2% hombres). Edad media: 56,4 años (DE ± 11,9). Principales diagnósticos de ECV: AVC inespecífico: 62,7%, infarto cerebral: 26,9% (el 33,3% de los hombres), accidente isquémico transitorio: 17,9% (el 20% de los hombres) Hemorragia subaracnoidea: 7,5% (8,8% de los hombres), hemorragia intracraneal: 6% (el 13,6% de las mujeres). En la tabla se detallan las características de los pacientes con ECV menores de 65 años, la prevalencia de FRCV y el grado de control de los mismos según sexo (tabla 1).

Conclusiones: Los hombres menores de 65 años con ECV tienen mayor edad, y mayor prevalencia de FRCV, excepto obesidad, más prevalente en mujeres. Se observa un mejor control de diabetes, perfil lipídico e IMC en hombres. No se encuentran diferencias significativas en el control de la PA por sexo. El consejo sobre modificación del estilo de vida según estos resultados ayudará a disminuir el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

103. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN 8.090 PACIENTES CON ISQUEMIA CORONARIA, CEREBRAL Y DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES

A. Rial, M. Labori, A. Contra, L. Boix, F. Gili, I. Oriol, C. Royo, J. Mora, C. Sanclemente y X. Pinto

Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Propósito del estudio: Conocer la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y los factores de riesgo asociados en los pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) por patología isquémica aguda. Analizar las diferencias según el territorio arterial afectado.

Métodos: Análisis retrospectivo de los datos de los 8090 pacientes del registro epidemiológico cardiovascular del HUB de los pacientes ingresados por enfermedad coronaria (EC), vascular cerebral (AVC) o de las extremidades inferiores (EAP) recogidos a partir de los informes de la alta hospitalaria.

Metodología: Se analizan 8.090 pacientes ingresados en el HUB en los servicios de Cardiología (74%), Angiología y Cirugía Vascular (17%) y Neurología (9%) por patología isquémica aguda entre enero de 1994 y septiembre de 2004. A partir de los informes de urgencias y de alta hospitalaria se cumplimentó la dicha epidemiológica cardiovascular.

Resultados: Aproximadamente la mitad de los casos analizados eran hipertensos, siendo mayor la prevalencia de HTA en los pacientes con EC y AVC y en ellos el porcentaje de no tratados era mayor. Las cifras más altas de presión arterial se observaron en los pacientes neurológicos. La diabetes era más prevalente en los pacientes con EAP y el tabaquismo en los afectados de EAP y EC (tabla 1).

Conclusiones: 1. La HTA afecta a la mitad de los pacientes isquémicos agudos, siendo más severa en los pacientes con AVC y entre ellos un porcentaje significativo no había sido previamente tratado. 2. Más de la mitad de los pacientes han estado expuestos al tabaquismo y más del 25% son fumadores activos en el momento de sufrir el episodio isquémico. 3. Los pacientes isquémicos presentan una prevalencia de dislipemia, diabetes y sobrepeso/obesidad muy elevada. 4. Estos pacientes requieren una estrategia multifactorial para prevenir las recurrencias de la enfermedad cardiovascular.

Tabla 1

	Varones	Mujeres
Edad media (años)	57,6 ± 8,5	53,9 ± 14,4
FRCV (%)		
HTA	62,2	40,9
DM	28,9	18,2
Dislipemia	37,8	22,7
IMC ≥ 30	17,8	27,3
Tabaquismo	33,3	18,2
Control de FRCV (%)		
PA (mmHg)	33,3	31,8
HbA1c (si DM)	38,5	25
LDL-colesterol (mg/dl)	31,1	18,2
TG (mg/dl)	48,9	54,5
IMC < 30	60	36,4
Exfumadores	31,1	27,3
No han fumado nunca	28,9	50

Tabla 1

	ACV n = 1.364 (17%)	Cardiología n = 6.016 (74%)	Neurología n = 71 (9%)	p
Edad (años)	68 ± 12 ^a	63 ± 11 ^b	64 ± 13 ^b	< 0,001
≤ 55 varones/65 mujeres	16,9%	32,4%	32,5%	< 0,001
Mujer	22,1%	25,0%	34,9%	< 0,001
Ingreso previos por isquemia	30,6%	33,5%	26,3%	< 0,001
Antecedentes personales coronarios	24,6%	54,6%	21,3%	< 0,001
Antecedentes personales AVC	13,4%	5,0%	16,4%	< 0,001
Antecedentes personales isq. periférica	50,9%	8,4%	6,6%	< 0,001
HTA	46,3%	50,6%	51,8%	0,010
En tratamiento	90,0%	86,4%	84,4%	0,020
TAS	139,4 ± 22 ^a	134,1 ± 25 ^b	148,1 ± 28 ^c	< 0,001
TAD	75,4 ± 12 ^a	77,3 ± 14 ^b	83,8 ± 15 ^c	< 0,001
Diabetes mellitus	43,4%	27,2%	26,7%	< 0,001
ADO	26,2%	38,3%	47,3%	
Insulina	62,6%	41,8%	34,6%	< 0,001
Tabaco fumadores+ex fumadores	66,4%	63,1%	49,2%	< 0,001
Fumadores activos	32,7%	26,3%	26,2%	< 0,001
IMC	25,5 ± 4,1 ^a	27,6 ± 4,0 ^b	26,5 ± 4,2 ^{a,b}	< 0,001
> 25 kg/cm ²	52,8%	73,8%	53,8%	< 0,001
Dislipemia	80,1%	84,3%	99,4%	< 0,001
En tratamiento	13,8%	36,9%	9,1%	< 0,001
c-LDL	3,00 ± 1,0 ^a	3,19 ± 0,9 ^b	3,99 ± 1,1 ^c	< 0,001
> 2,6 mmol/l (100 mg/dl)	62,8%	72,0%	92,5%	< 0,001
c-HDL	1,00 ± 0,3 ^a	1,05 ± 0,3 ^b	1,23 ± 0,4 ^c	< 0,001
Triglicéridos	1,54 ± 0,9 ^a	1,92 ± 1,1 ^b	1,80 ± 1,7 ^b	< 0,001

ACV: angiología y cirugía vascular.

^{abc}: Contraste de Bonferroni, 2 medias con diferente superíndice indica diferencias significativas (p < 0,05).

104. RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS CON UN ACCIDENTE VASCULAR AGUDO

M.A. Rizzi, S. Herrera Mateo, M. Mateo, D. Filella Agulló, A. Coloma Conde, J.A. Arroyo Díaz, M. Puig Campmany, A. Roca Cusachs Coll y J. Casademont Pou

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias terapéuticas y clínicas entre los pacientes que consultan por un primer accidente vascular cerebral (AVC) agudo y aquellos que consultan por un AVC recurrente. Valorar las diferencias terapéuticas en ambos grupos entre el ingreso y el alta.

Métodos: Es un estudio epidemiológico, observacional, de corte transversal y unicéntrico, que se realizó en el servicio de urgencias de un hospital universitario de tercer nivel. Se evaluaron durante 6 meses y de forma consecutiva pacientes que acudieron a urgencias por AVC. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que acudían a urgencias por un AVC (definido por la American Stroke Association) y se separaron en dos grupos: primer evento y segundo evento vascular (definido como paciente con AVC previo que sufre otro episodio de AVC). Se recogieron variables demográficas, clínicas (DM, HTA, fibrilación auricular (FA), DLP, tabaquismo, tipo de cardiopatía, vasculopatía periférica) y terapéuticas (en relación a los factores de riesgo cardiovascular). Se usó el programa SPSS 17.0. Realizamos un análisis descriptivo. Las variables dicotómicas se expresan en porcentajes, utilizando la prueba de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher en su comparación. Las varia-

bles cuantitativas constan como media ± DE. Se consideró significación estadística una p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes, de los cuales el 77,6% (45) presentaron un primer ictus y 22,4%(13) una recurrencia. Primer AVC: La edad media era 71,4 años ± 12, mujeres 53,3%, HTA 60%, de los cuales recibían tratamiento (TTO) un 74,1%, DM 22,2%, todos ellos recibían tratamiento, DLP 28,9%, de los que se encontraban en tratamiento con estatinas un 62,9%, cardiopatía isquémica previa 11,1%, FA 26,7%, fumadores activos 17,8% y vasculopatía periférica 15,6%. Recibían tratamiento antiagregante al ingreso un 35,6%. Fueron exitus un 6,6%. Al alta: se diagnosticaron 6 pacientes nuevos de HTA. El 71,9% de los hipertensos se fue con tratamiento y el 100% de los DM. Observamos entre el ingreso y el alta diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento con antiagregante (78,6 vs 35,6 p = 0,01) y estatinas (85,7% vs 26,7%, p = 0,01). AVC Recurrente: edad media 71 ± 10 DS. Mujeres 46,2%. HTA 84,6% y DM 23,1%, el 100% de ambos grupos recibían tratamiento por DM y HTA al ingreso y al alta. DLP 46,2%. No había fumadores activos. Al ingreso observamos una diferencia estadísticamente significativa en el tratamiento con estatinas respecto al alta (80% vs 61,5%, p = 0,02), no siendo así con la antiagregación. Exitus 23,1%. Los pacientes con una recurrencia al ingreso, respecto a primer evento, se encontraban más tratados con estatinas (61,5% vs 26,7%, p 0,02) y antiagregantes (76,9% vs 35,6%, p 0,01). No observamos diferencias estadísticamente significativas respecto al tratamiento al alta. Los pacientes con una recurrencia tuvieron mayor mortalidad, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa (p = 0,10).

Conclusiones: Hemos comprobado una conducta activa en el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en un primer

evento por AVC al alta respecto al ingreso y la optimización de los mismos en las recurrencias.

105. RESULTADOS BASALES DEL ESTUDIO MICREX-2: COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS SIN DIABETES

J. Velasco¹, J. Espinosa², C. Mena³, E. Angulo⁴ y N.R. Robles⁵

¹CS Mérida-Norte, Mérida. ²CS Villanueva de la Serena, Villanueva de la Serena. ³CS Don Benito, Don Benito. ⁴CS Ciudad Jardín, Badajoz. ⁵Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: El objetivo del estudio MICREX-II ha sido estudiar las posibles causas de mala respuesta al tratamiento con IECA o ARA en los pacientes con microalbuminuria. Se comparan las diferencias entre los pacientes diabéticos y sin diabetes incluidos en el estudio.

Diseño y métodos: Se reclutaron pacientes, diabéticos y/o hipertensos, que estuvieran recibiendo tratamiento con ARA o IECA pero cuya microalbuminuria siguiera siendo positiva (> 30 mg/g). Se han registrado antecedentes cardiovasculares, variables antropométricas, control de la presión arterial, dosificación y horario de los fármacos hipotensores, hipolipemiantes y antiagregantes que estuviera recibiendo el enfermo.

Resultados: Se han reclutado 189 pacientes evaluables. El 54,0% eran diabéticos (de ellos el 91% eran hipertensos), con una edad media de 67,5 ± 9,5 años, siendo el 55% varones. Los hipertensos sin diabetes tenían una edad media de 62,5 ± 13,5 años siendo el 52,9% varones (diferencias sin significación). La PAS media de los enfermos diabéticos era 142 ± 15 y la PAD media 80 ± 11 mmHg. No era diferente la PAS en los enfermos hipertensos (141 ± 16) pero sí la PAD (83,0 ± 11,0, p = 0,028). La microalbuminuria media no era diferente entre ambos grupos (diabéticos 61 ± 34; hipertensos 66 ± 50 mg/día). El 62% de los pacientes diabéticos y el 52% de los enfermos hipertensos recibían dosis inadecuadas de bloqueantes del eje renina-angiotensina o el reparto temporal de las dosis estaba equivocado (sin diferencia). Un menor número de pacientes hipertensos sin diabetes recibían tratamiento por la noche pero no alcanzaba la significación estadística (p < 0,1).

Conclusiones: No se detectaron apenas diferencias entre enfermos diabéticos e hipertensos sin diabetes. La persistencia de microalbuminuria tras tratamiento parece asociarse a mal control de la hipertensión arterial sistólica así como una dosificación equivocada en la cantidad o el intervalo entre dosis.

106. ESTUDIO DE CALIDAD SOBRE LA MEJORA EN EL GRADO DE COBERTURA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE FUMADOR, HTA, HIPERCOLESTEROLEMIA, OBESIDAD Y DIABETES DE UN CENTRO DE SALUD

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, M. Ortega Horrillo¹, P. Durán López², A. Basabe Pérez¹, Y. García Gamazo¹, B.V. Espinola Morel¹ y A. Chena Alejandro²

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz. ³Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer el grado de mejora en el grado de cobertura de los diagnósticos de fumador, HTA, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes, tras la implementación de la guía HTA, diabetes e hipercolesterolemia de Osakidetza.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población diabética del CS Olaguibel (40.132 usuarios), en los que se valoró el grado de mejora en la cobertura de los diagnósticos referidos y en el período comprendido entre el 2º cuatrimestre de 2009 respecto del 2º cuatrimestre de 2008.

Resultados: Mejora de la cobertura fumadores 09/08: 4,75% [prevalencia de pacientes > 15 a. fumadores: 55,62% (sobre población de 36.221-año 2009) con una prevalencia esperada del 26%]. Mejora de la cobertura HTA 09/08: 1,65% [prevalencia de pacientes > 13 a. con HTA: 57,81% (sobre población de 36.835-año 2009) con una prevalencia esperada del 25%]. Mejora de la cobertura hipercolesterolemia 09/08: 6,39% [prevalencia pacientes entre 35-65 a. con hipercolesterolemia: 67,38% (sobre población de 18.031-año 2009) con una prevalencia esperada del 18%]. Mejora de la cobertura obesidad 09/08: 1,72% [prevalencia de pacientes entre 35-65 a. con obesidad: 30,88% (sobre población de 22.645-año 2009) sobre una prevalencia esperada del 13,4%]. Mejora de la cobertura diabetes 09/08: 6,18% [prevalencia de pacientes > 13 a. con diabetes: 106,60% (sobre población de 29.575-año 2009) con la prevalencia una esperada del 6,4%].

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan una mejoría en todas las coberturas analizadas, siendo ésta marcada en los apartados de diabetes, hipercolesterolemia y tabaquismo. Pese a todo estamos lejos de llegar a unas cifras adecuadas (sobre todo en obesidad y tabaquismo). La implementación de las guías de práctica clínica puede contribuir a la mejora del cribado y diagnóstico de estas patologías y así disminuir el número de pacientes sin el seguimiento y tratamiento adecuados por falta de una detección eficaz.

107. GRADO DE MEJORA EN UN CENTRO DE SALUD DE LOS INDICADORES DE IMPACTO GLOBAL DE ESTRATEGIA Y CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, P. Durán López², A. López de Viñaspre Mugerza¹, M.J. Ibars Cervera¹, F.R. Rodríguez Fernández¹, X. Calderón Santamaría¹ y J. Ocharán²

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz. ³Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer el grado de mejora en Centro de Salud de Atención Primaria respecto a los indicadores recomendados en la estrategia en cardiopatía isquémica del SNS (abordables actualmente desde la atención primaria en nuestro medio) y tras la implementación de las guías de HTA, diabetes e hipercolesterolemia de Osakidetza.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población del CS Olaguibel (40132 usuarios, de los cuales 36.532 son mayores de 13 años), sobre los datos aportados por el SVS-OSAKIDETZA del 2º cuatrimestre de 2008 respecto al 2º cuatrimestre de 2009, y en el que se obtienen los siguientes indicadores recomendados del plan estratégico del SNS. Indicadores de impacto global de la Estrategia: *Detección de factores de riesgo cardiovascular:* personas > 14 años identificadas con algún factor de riesgo mayor*, sobre el total de personas mayores de 14 años atendidas en AP). *Valoración del riesgo cardiovascular:* personas > de 34 años (sin enfermedad cardiovascular, y con uno o más factores de riesgo cardiovascular mayor*, y con una valoración y estratificación de su riesgo cardiovascular realizada) sobre el total de personas > 34 años sin enfermedad cardiovascular, y con uno o más factores de riesgo cardiovascular mayor. Indicadores relacionados con los objetivos de promoción y protección de la salud: *Prevalencia de fumadores en mayores de 15 años:* personas > de 15 años fumadoras, sobre total de personas encuestadas > 15 años. *Prevalencia de obesidad:* personas con IMC > 30 sobre el total de personas encuestadas. *Porcentaje de personas que realizan actividad física:* personas que realizan ejercicio

físico sobre el total de personas encuestadas. *Existencia de sistemas de monitorización de la calidad:* *Diabetes mellitus, hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, la obesidad y el tabaquismo, y la presencia de antecedentes familiares en primer grado de enfermedad coronaria precoz.

Resultados: Mejora de los indicadores de impacto global de la Estrategia e indicadores relacionados con los objetivos de promoción y protección de la salud: Detección de HTA: +0,41% (14,45% año 2009). Detección de hipercolesterolemia: +1,15% (12,13% año 2009). Detección de diabetes: +0,39% (6,82% año 2009). Valoración del riesgo cardiovascular: +1,77% (38,46% año 2009). Antecedentes familiares en primer grado de enfermedad coronaria precoz: sin datos. Prevalencia de fumadores en mayores de 15 años: +1,41% (14,46% año 2009). Prevalencia de obesidad: +0,23% (4,14% año 2009). Porcentaje de personas que realizan actividad física: sin datos. Existencia de sistemas de monitorización de la calidad: Existencia de indicadores ISO y datos oferta preferente para enfermedad cardiovascular.

Conclusiones: La estrategia en cardiopatía isquémica del SNS está enfocada a transformar positivamente la prevención, diagnóstico y tratamiento e investigación de la enfermedad coronaria. Los datos recogidos nos indican que las medidas educativas de implementación de las guías de RCV han mejorado los resultados de los indicadores, pero todavía son insuficientes y nos alertan de lo alejados que estamos de obtener unos resultados aceptables para el logro de los objetivos marcados. Es necesario el desarrollo de programas de educación física adaptados y con una metodología de registro para la monitorización de los resultados, además de la obtención de datos de los antecedentes familiares en primer grado de enfermedad coronaria precoz.

108. PERFIL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C. Sala Sainz¹, A. Sáez Segura¹, J.M. Giner Morales¹, I. Carbonell Casañ¹, L. Sánchez Suárez¹, F. García Tolosa¹, B. Roig Espert², J.J. Tamarit García¹, V. Navarro Ibáñez² y A. Artero Mora¹

¹Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Hospital Universitario de Manises, Valencia.

Objetivos: Identificar el perfil clínico-biológico del paciente con índice tobillo brazo (ITB < 0,9) en los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional en pacientes hospitalizados entre los meses de enero, febrero y marzo de 2009 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia. La selección de pacientes se estableció teniendo en cuenta la edad, sexo y la presencia de factores de riesgo convencionales: tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, antecedentes cardiovasculares personales y familiares. En concreto los criterios de inclusión fueron: pacientes con más de 70 años y riesgo cardiovascular moderado [riesgo cardiovascular moderado (3-4% según Score), dado que un resultado patológico cambiaría su clasificación pronóstica obligando a intensificar el tratamiento de los factores de riesgo y a iniciar antiagregación en el caso de que el ITB fuese < 0,9]; pacientes mayores de 60 años con DM o fumadores; pacientes menores de 50 años con DM y algún otro factor de riesgo cardiovascular. Como criterios de exclusión se tomaron: evidencia previa de lesión arteriosclerótica (coronaria, cerebrovascular, y/o periférica); enfermedad neoplásica no controlada; deterioro cognitivo mayor a 4 según la escala GDS (Global Deterioration Scale) y/o grado de dependencia para la actividad de la vida diaria > 3 medido por el índice de Katz. La muestra se obtuvo de pacientes ingresados por procesos

agudos o exacerbaciones de alguna enfermedad médica no vascular. Las analíticas utilizadas se obtuvieron de la fecha más reciente previa al ingreso hospitalario sin exceder de los 6 meses anteriores.

Resultados: De las 189 historias clínicas revisadas observamos una edad media de 76,20 años (desviación estándar de 12,93), de los cuales eran varones el 66% y mujeres un 43%. En relación a la determinación en nuestros pacientes del ITB se obtuvieron los siguientes resultados: un 34% presentó un ITB < 0,9, el 48,8% un ITB normal (0,9-1,2) y en un 17,2% se detectó un ITB mayor de 1,2%. Por lo que si agrupamos ambas determinaciones patológicas nos encontramos con 1 prevalencia de ITB alterado del 51,2%. Prevalencia de un ITB < 0,9 en los diferentes subgrupos:

Subgrupos	Prevalencia
HTA	36,7%
DM	40,9%
Obesidad abdominal	28,6%
Dislipemia	50%
Tabaquismo activo	66,7%

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica asintomática que puede llegar a ser detectada mediante la realización de un ITB, prueba simple y de bajo coste. Un tercio de los pacientes sin antecedentes de enfermedad aterotrombótica presentaron un ITB patológico. El tabaquismo activo es el factor de riesgo más prevalente dentro del grupo de pacientes con un ITB patológico seguido de la dislipemia, la diabetes y la HTA, por el citado orden.

109. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ASINTOMÁTICA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

J.J. Tamarit García¹, B. Roig Espert², L. Sánchez Suárez¹, C. Sala Sainz¹, F. García Tolosa¹, A. Sáez Segura¹, J.M. Giner Morales¹, I. Carbonell Casañ¹, V. Navarro Ibáñez² y A. Artero Mora¹

¹Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ²Hospital Universitario de Manises, Valencia.

Objetivos: Determinar la prevalencia de la enfermedad arterial periférica asintomática (índice tobillo-brazo < 0,9) en los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna. Describir el perfil y prevalencia de la comorbilidad de estos pacientes.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional en pacientes hospitalizados entre los meses de enero, febrero y marzo de 2009 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia. La selección de pacientes se estableció teniendo en cuenta la edad, sexo y la presencia de factores de riesgo convencionales: tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, antecedentes cardiovasculares personales y familiares. En concreto los criterios de inclusión fueron: pacientes con más de 70 años y riesgo cardiovascular moderado [riesgo cardiovascular moderado (3-4% según Score), dado que un resultado patológico cambiaría su clasificación pronóstica obligando a intensificar el tratamiento de los factores de riesgo y a iniciar antiagregación en el caso de que el ITB fuese < 0,9]; pacientes mayores de 60 años con DM o fumadores; pacientes menores de 50 años con DM y algún otro factor de riesgo cardiovascular. Como criterios de exclusión se tomaron: evidencia previa de lesión arteriosclerótica (coronaria, cerebrovascular, y/o periférica); enfermedad neoplásica no controlada; deterioro cognitivo mayor a 4 según

la escala GDS (Global Deterioration Scale) y/o grado de dependencia para la actividad de la vida diaria > 3 medido por el índice de Katz. La muestra se obtuvo de pacientes ingresados por procesos agudos o exacerbaciones de alguna enfermedad médica no vascular. Las analíticas utilizadas se obtuvieron de la fecha más reciente previa al ingreso hospitalario sin exceder de los 6 meses anteriores.

Resultados: De las 189 historias clínicas revisadas un 34% un ITB < 0,9, un 48,8% con ITB normal (0,9-1,2) y un 17,2% con ITB mayor de 1,2. Por lo que si agrupamos ambas determinaciones patológicas nos encontramos con 1 prevalencia de ITB alterado del 51,2%. Perfil de los pacientes con un ITB < 0,9: Edad media 77,5 años; Varones 78,6%; HTA 78,6%; DM 64,3%; HTA y DM 42,9%; Obesidad abdominal 28,6%; Dislipemia 42,9%; Tabaquismo 28,6%; Acl. creatinina < 60 ml/min 35,7%; LDL < 100 mg/dl 35,7%, LDL < 70 mg/dl 21,4%; En tratamiento con hipolipemiantes 42,9%; En tratamiento con antiagregantes 64,3%.

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica asintomática que puede llegar a ser detectada mediante la realización de un ITB, prueba simple y de bajo coste. Un alto porcentaje de pacientes que cumplen criterios de antiagregación, no lo están. En los pacientes con ITB patológico predomina el sexo varón, edad media de 77,5 años, diagnóstico previo de HTA y/o diabetes mellitus, más del 35% de ellos ya tenían una aclaración de creatinina menor de 60 mg/dl y el 35,7% no lleva antiagregación.

110. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN CENTRO URBANO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Ros Baró, N. Jdid Rosas, M.A. Vila Coll y A.M. Suárez Sanjuás

Centro de Atención Primaria Gòtic, Barcelona.

Objetivos: 1-Conocer la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) y su frecuencia en cada estadio en un centro urbano de atención primaria. 2-Describir la población con ERC. 3-Estudiar la prevalencia ERC en la población hipertensa y/o diabética. 4-Conocer si se tiene en cuenta la prescripción de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), metformina y diuréticos tiazídicos en pacientes con ERC.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se recogen de todos los pacientes con el último resultado analítico con filtrado glomerular estimado (FG) mediante la fórmula MDRD < 60 ml/min/1,73 m² las siguientes variables: edad, sexo, hábito tabáquico, última toma de tensión arterial, presencia de HTA, DM2 y/o eventos cardiovasculares, así como prescripciones activas de AINE, metformina y/o diuréticos tiazídicos. Se estudia la población atendida en el último año en un centro urbano de atención primaria.

Resultados: De 9.683 pacientes atendidos un 9,85% presentaba un FG < 60 ml/min/1,73 m². La media de FG era de 49,4 ml/min/1,73 m², desviación típica (DT) 9,3. El 96,1% tenía un estadio 3 de ERC (FG 30-59 ml/min/1,73 m²), el 3,3% un estadio 4 (FG 15-29 ml/min/1,73 m²) y el 0,5% un estadio 5 (FG < 15 ml/min/1,73 m²). La edad media era de 75,8 años (DT 12,6), el 69,8% eran mujeres. El 75% no fumadores y un 14% ex fumadores. Del total de pacientes con ERC un 53,25% eran hipertensos, un 3,4% eran diabéticos y un 21,8% presentaba ambas patologías. Los valores medios de tensión arterial eran 134/73 mmHg (DT 15,9/10,6 mmHg). El 22,1% había presentado algún evento cardiovascular. Los pacientes hipertensos presentan un FG medio de 48,3 ml/min/1,73 m² mientras que los que no lo son el FG medio es de 52,9, estas diferencias son estadísticamente significativas (p < 0,0001). De los 843 pacientes con DM2 de nuestro centro un 3,9% presentaba ERC y de los 2.322 pacientes con HTA un 21,2% presentaba ERC. Analizando conjuntamente los pacientes con HTA y DM2, un 36,6% tenía ERC. En cuanto a las prescripciones activas de fármacos, un 4,5% tomaba AINE. El 17,1% de diabéticos con ERC tomaba metformina de los cuales un 16,7% tenía un FG < 30 ml/min/1,73 m². Respecto a los diuréticos tiazídi-

cos, el 17,1% de los pacientes con un FG < 30 los tenían prescritos, el porcentaje se elevaba a 41,6% en los que tenían el FG entre 30-50 ml/min/1,73 m².

Conclusiones: La prevalencia de ERC en la población atendida en nuestro centro es de 9,85%. La mayoría de los pacientes están en un estadio 3. La edad media es de 75,8 años. La mayoría de los pacientes con ERC del nuestro centro son hipertensos (75%) de los cuales el 21,8% además son diabéticos, siendo menos de un 5% los pacientes que sólo presentan DM2. Casi un 1/4 de nuestros pacientes con ERC ha presentado algún evento cardiovascular. Un 21% de los hipertensos de nuestro centro tienen ERC que aumenta hasta el 37% si son también diabéticos, de aquí la importancia del control de todos los factores de riesgo. Hay diferencias estadísticamente significativas en el FG de los pacientes con ERC según tengan HTA o no. Destacar que un 4,5% de pacientes con ERC tomaba AINE. En pacientes con FG < 30 ml/min/1,73 m² observamos que un 17,1% toman diuréticos tiazídicos que no son útiles en estos pacientes (aunque la mayoría eran en asociación con un antihipertensivo) y que si son diabéticos el 16,7% tiene prescrita metformina, siendo este fármaco contraindicado.

111. DISLIPEMIA Y SUS COMPONENTES: PREVALENCIA EN PROFESIONALES SANITARIOS Y EN EL RESTO DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA

E. Calvo Bonacho¹, C. Catalina Romero¹, M.A. Sánchez Chaparro², J.C. Sainz Gutiérrez¹, M. Cabrera Sierra¹, I. Romero Mateos³, L. Palacio Olmos³, M. Gálvez Godoy³, J.A. Gelpi Méndez³ y L.M. Ruilope Urioste⁴

¹Ibermutuamur, Madrid. ²Hospital Carlos Haya, Málaga. ³Sociedad de Prevención Ibermutuamur, Madrid. ⁴Hospital Doce de Octubre, Madrid.

Objetivos: Comparar la prevalencia de dislipemia y sus componentes, entre profesionales sanitarios y el resto de la población laboral.

Métodos: Muestra de 930.404 trabajadores que acudieron a realizarse un reconocimiento médico a la Sociedad de Prevención de Ibermutuamur entre mayo de 2004 y diciembre de 2008. De ellos 3.688 eran sanitarios (2.200 DUE y 1.448 médicos). Se consideró dislipemia si cumplían al menos uno de los siguientes criterios: colesterol total $\geq$ 200; colesterol HDL bajo: < 40 mg/dl (hombres)/< 50 mg/dl (mujeres); colesterol LDL $\geq$ 160 mg/dl; o triglicéridos $\geq$ 200 mg/dl. Se realizaron análisis bivariados comparando la prevalencia de dislipemia entre trabajadores sanitarios y no sanitarios, mediante el test de chi-cuadrado. Los análisis fueron segmentados por sexo y edad (< 40 años vs $\geq$ 40 años) para considerar el potencial efecto confusor de dichas variables.

Resultados: Se encontraron menos diferencias de las esperadas entre los trabajadores sanitarios y el resto de la población trabajadora. No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa a favor del personal médico en ninguno de los parámetros bajo estudio ($\alpha = 0,05$). Por otra parte, la prevalencia de dislipemia (54,3% vs 47,4%; 0,02) y niveles alterados de colesterol LDL (13,4% vs 9,9%; 0,04) fue mayor entre médicos varones, menores de 40 años, que en el grupo de referencia del resto de población trabajadora. En la muestra de DUE, se observó una situación ligeramente más favorable, sobre todo entre el personal más joven. Entre los DUE varones, menores de 40 años hay un una menor prevalencia de dislipemia (39,8% vs 47,4%; p = 0,01) y de niveles alterados de colesterol HDL (10,3 vs 20,9%; p < 0,001), mientras que entre las DUE mujeres menores de 40 años es significativamente inferior a la de la del resto de la población trabajadora: la prevalencia de dislipemia (38,4% vs 43,9% p < 0,001), niveles alterados de colesterol total (4,4% vs 5,6%; p < 0,001), HDL (17% vs 21%; p < 0,001) y LDL (2,8% vs 4,3%; p < 0,001).

Conclusiones: Con pocas excepciones encontramos escasas diferencias a favor del personal sanitario frente al resto de la población trabajadora en la prevalencia de dislipemia y sus componentes, llegando a detectarse datos peores a los de la población general en el subgrupo formado por médicos varones, menores de 40 años. Mientras que la conciencia acerca de los efectos nocivos de factores como el consumo de tabaco se ha incrementado de manera muy importante en los últimos años, especialmente entre los profesionales sanitarios, no parece estar sucediendo lo mismo respecto de otros factores como la dislipemia. Dicha falta de concienciación acerca de la relevancia del control de los propios factores de riesgo cardiovascular puede llegar a condicionar de modo muy negativo la atención que finalmente recibe la población atendida por el personal sanitario. Nuestros datos indican la importancia de evaluar los factores de riesgo cardiovascular entre el personal sanitario y de diseñar programas de específicos para este colectivo, que finalmente será el responsable de diagnosticar, proporcionar información sobre su nivel de riesgo y tratamiento al resto de la población mediante su práctica profesional.

112. GRADO DE CONTROL DE LA DIABETES

P.J. Tarraga López¹, I. Mohamed Salamed², M.A. López Cara³, J. Solera Ibero⁴, M. Palomino Medina⁵, J. Ocaña López³, M. Cerdán Oliver⁶, J. Castro Navarro⁷, E. Arjona Laborda³ y M.L. Marcos Navarro⁸

¹CS 5, Albacete. ²CS 6, Albacete. ³CS Alcaraz, Albacete.

⁴CS 7, Albacete. ⁵CS Motilla, Albacete. ⁶CS 4, Albacete.

⁷CS Munera, Albacete. ⁸Hospital General, Albacete.

Objetivo: Valorar el grado de control metabólico de los diabéticos de un área de salud de la ciudad de Albacete.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico, de sección transversal, con una población a estudio de 145 pacientes diabéticos mayores de 14 años, que acuden a la consulta de Atención Primaria. Los datos se recogieron de las historias clínicas informatizadas por el programa turriano del SESCAM. Las variables incluidas en el estudio han sido los criterios de control metabólico de la ADA 2009. El tamaño muestral se ha calculado para estimar una proporción de mal control en una población, que estudios previos sitúan en un 24%. Con una confianza bilateral del 95% de que el intervalo incluya el valor verdadero y una amplitud del intervalo de $\pm 8\%$ el número de sujetos en los que se puede determinar el mal control es de 110.

Datos descriptivos de las variables medidas

Datos descriptivos de las variables medidas	N	Media	DE
Edad	115	69,3	12,4
Glucemia basal	115	137,0	40,6
PAS	115	152,8	15,4
PAD	115	95,0	8,0
cLDL	94	121,0	33,3
cHDL	96	50,2	15,8
TG	100	217,2	188,4
Índice de masa corporal	115	30,7	4,9
Colesterol total	94	225,8	41,2
Colesterol no HDL	94	135,2	40,8
Presión del pulso	115	67,8	14,2
Pacientes válidos	124		

Conclusiones: Los valores de control de nuestra muestra estuvieron en un 52,2% para la glucemia basal, de tal manera que por cada 10 mg de aumento de la glucemia basal, la probabilidad de tener un mal control aumentaba unas dos veces.

113. MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. Tovillas Morán¹, E. Zabaleta del Olmo², A. Dalfó Baqués³ y M. Vilaplana Coscolluela³

¹EAP Marti i Julià, Cornellà, Barcelona. ²IDIA Jordi Gol, Barcelona.

³EAP Gòtic, Barcelona.

Introducción: El electrocardiograma (ECG) sigue siendo el método de elección en la evaluación inicial cardiológica de los hipertensos en Atención Primaria (AP). El diagnóstico de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) se realiza mediante una serie de criterios electrocardiográficos de voltaje. Algunos de éstos han sido descritos como predictores de eventos cardiovasculares (ECV).

Propósito del estudio: El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre la aparición de ECV en una cohorte de pacientes hipertensos en AP y los criterios registrados.

Métodos: Se seleccionó aleatoriamente a 265 hipertensos, entre todos los atendidos, que fueron seguidos durante 12 años. Se excluyó a los que presentaban enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial secundaria, bloqueo completo de rama o signos electrocardiográficos de cardiopatía isquémica. Se realizó un electrocardiograma estándar de 12 derivaciones. Se consideró ECV la aparición de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, vasculopatía periférica, arritmias o muerte por ECV. Los criterios de voltaje registrados fueron: Sokolow-Lyon (SV1+RV5 o V6 $\geq 3,5$ mV), Minnesota code 3.1 (RV5/V6 $> 2,6$ mV), Gubner y Ungerteider (RI+SIII $\geq 2,2$ mV), voltaje de Cornell (RaVL+SV3 $\geq 2,8$ mV en hombres y $\geq 2,0$ mV en mujeres) y sus modificaciones de Schillaci ($\geq 2,4$ mV/2 mV) y Dalfó ($\geq 1,6$ mV/1,4 mV). Se analizaron los datos mediante el método actuarial y modelos de regresión de Cox.

Resultados: Se perdió un 14,3% de los pacientes, cuyas características basales fueron similares a las de los que lo completaron. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 10,1 años (5,8-12,0). 93 (38,0%) pacientes sufrieron como mínimo un ECV. La supervivencia acumulada fue del 53,5% (IC95%, 45,7-61,3). La tasa relativa media de incidencia de aparición de ECV fue de 5,85 (IC95%, 4,73-6,97)/100 hipertensos/año.

Conclusiones: No se evidenció asociación significativa entre la incidencia de ECV y los criterios electrocardiográficos estudiados de HVI.

114. DIFERENCIAS METABÓLICAS Y EN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN GENERO EN PERSONAS CON PREHIPERTENSIÓN

S. Tranche Iparraguirre¹, R. Marín Iranzo², A. Iglesias García³, J. Alonso Argüelles⁴, D. González Corral⁵, J. Fernández Rodríguez-Lacín⁶, M. Pizarro López¹, A. Soler Sánchez⁷, I. Pérez Fernández⁸ y M.A. Prieto Díaz⁹

¹CS El Cristo, Oviedo. ²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³CS Ventanielles, Oviedo. ⁴CS Cangas de Narcea, Cangas de Narcea. ⁵CS Luanco, Luanco. ⁶CS Natahoyo, Gijón. ⁷CS Luarca, Luarca. ⁸CS Llaranes, Avilés. ⁹CS Vallobin-La Florida, Oviedo.

Propósito del estudio: Analizar las características metabólicas y prevalencia de factores de riesgo cardiovascular según género en población general prehipertensa.

Metodología: Estudio multicéntrico, longitudinal de seguimiento prospectivo, observacional y abierto realizado en el ámbito de Atención Primaria. Se incluyeron personas entre 45 y 65 años de edad, sin enfermedad cardiovascular ni renal previa, no hipertensos ni diabéticos con cifras de Presión Arterial (PAS/PAD) entre 130-139/85-89 mmHg que acudieron a consulta por cualquier motivo. Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos, clínicos y existencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Se les realizó un electrocardiograma y una bioquímica general que incluyó concentraciones séricas de glucosa, creatinina, colesterol total, colesterol LDL y HDL, triglicéridos y cociente albúmina-creatinina en orina. Se evaluó la asociación de variables cualitativas según la prueba de Chi Cuadrado y mediante el test de la “t” de Student en el caso de las variables cuantitativas. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v 15.0 para Windows. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias.

Resultados: Se incluyeron 646 personas de 53,8 (6,7) años de edad media, 332 (51,4%) mujeres. Los varones tienen un mayor perímetro abdominal [95,9 (11,4) vs 89,3 (12,9) cm, $p < 0,001$], cifras más elevadas de glucemia [96,1 (10) vs 92,1 (10) mg/dl, $p < 0,001$], creatinina [0,93 (0,15) vs 0,74 (0,14) mg/dl, $p < 0,001$] y triglicéridos [146,4 (74,4) vs 118 (62,9) mg/dl, $p < 0,001$]. Además son más fumadores (23,6% vs 7,2%, $p < 0,001$). Las mujeres presentan más antecedentes de enfermedad cardiovascular (5,1% vs 1%, $p = 0,02$) y de síndrome metabólico (criterios ATP III) a expensas del perímetro abdominal (42,5% vs 30,6%, $p = 0,001$) y HDL colesterol bajo (34% vs 9,7%, $p < 0,001$). No alcanzaron significación estadística la prevalencia de insuficiencia renal crónica definida por estimación del filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² por MDRD (3,9% en mujeres vs 1,6% en varones, $p = 0,059$) ni la microalbuminuria definida por cociente albúmina-creatinina (1,6% en mujeres vs 4% en varones, $p = 0,057$). No hubo diferencias por género en el cálculo del riesgo cardiovascular global con la tabla de estratificación del riesgo de la Sociedad Europea de Hipertensión.

Conclusiones: Los varones con prehipertensión presentan mayor prevalencia de tabaquismo, dislipemia y alteraciones del metabolismo hidrocarbonado mientras que las mujeres destacan por un predominio del síndrome metabólico global a expensas de la elevada prevalencia de perímetro abdominal alterado y colesterol HDL bajo. Aunque no se objetivaron diferencias en el riesgo cardiovascular global, puede deducirse la elección de diferentes estrategias de prevención primaria de enfermedad cardiovascular en personas con prehipertensión según género.

eventos cardiovasculares (con especial énfasis en la recurrencia de ictus).

Resultados: Se analizaron los historiales clínicos de 379 pacientes con una edad media de 69 años (desviación estándar —DE— de 11,8) de los cuales el 56% eran hombres. Se obtuvo un seguimiento medio de 48,8 meses (DE 33,9; rango 1-240 meses). Treinta y nueve pacientes (10%) fallecieron durante el seguimiento, 157 (42%) presentaron recurrencia del ictus y los 183 restantes (48%) estaban vivos y libres de recurrencia al final del período de seguimiento del estudio. Los principales FRCV presentes en los pacientes que desarrollaron ictus recurrente fueron: hipertensión arterial (80%), dislipemia (41%), diabetes mellitus (34%) y tabaquismo (25%). El 35% presentaban una cardiopatía embolígena y el 41% enfermedad coronaria documentada. En el momento de la recurrencia sólo el 83% de los pacientes hipertensos recibían terapia antihipertensiva para el control de las cifras tensionales, con cifras similares o aún más bajas para otros FRCV (sólo el 79% de los diabéticos recibían fármacos antidiabéticos y sólo el 46% de los pacientes con hipercolesterolemia recibían fármacos hipolipemiantes). En el análisis multivariante las principales variables asociadas con una mayor recurrencia de ictus cerebral fueron la hipertensión arterial mal controlada (cifras superiores a 140 mmHg de sistólica y/o a 90 mmHg de diastólica) (hazard ratio —HR— de 1,9), la hipertrofia ventricular izquierda (HR: 1,8), la cardiopatía isquémica (HR: 1,6), la fibrilación auricular (HR: 1,7) y la insuficiencia renal crónica (HR: 2,2). Por su parte, la anticoagulación oral (HR: 0,3) y la terapia antiagregante específica con clopidogrel (HR: 0,4) se asociaron con menor recurrencia de ictus isquémico.

Conclusiones: En nuestro estudio la hipertensión arterial (HTA) se mostró como el principal FRCV asociado con la recurrencia de ictus cerebral. Adicionalmente, en los modelos predictivos de recurrencia de ictus la HTA mal controlada fue uno de los mejores predictores de riesgo de recurrencia. No obstante y como se refleja en nuestro estudio, el uso de agentes antihipertensivos para el control de las cifras tensionales es insuficiente en la práctica clínica habitual. Por todo ello, en aquellos pacientes con un ictus cerebral previo se deben extremar las medidas terapéuticas para obtener un óptimo control de la presión arterial y así disminuir el riesgo de recurrencia de ictus.

115. HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR IMPLICADO EN LA RECURRENCIA DE ICTUS CEREBRAL

J.F. Varona Arche¹ y A. Gómez de la Cámara²

¹Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, Madrid. ²Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Propósito del estudio: Estudio epidemiológico diseñado para desarrollar modelos de predicción clínica del riesgo de recurrencia de ictus isquémico cerebral, que ayuden a identificar aquellos pacientes con elevado riesgo de recurrencia.

Métodos: Revisión del historial clínico y seguimiento de los pacientes ingresados en un hospital universitario de tercer nivel por un primer episodio de ictus isquémico durante un período de 3 años. Se obtuvieron los siguientes datos: edad; sexo; antecedentes médicos, incluyendo factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y presencia o ausencia de algún tipo de cardiopatía; tipo y etiología del ictus isquémico; tratamiento recibido (específico, antitrombótico y para el control de los FRCV); y datos de seguimiento considerando el control de los FRCV y la presencia o ausencia de nuevos