

Epidemiología

24. PERFIL DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN HDL

M.A. Baena López¹, S. Muñoz Troyano²
y P. Sánchez-Praena Sánchez¹

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²UGC Cardiología, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Estudios epidemiológicos muestran que la presencia de altas concentraciones de colesterol de alta densidad (c-HDL) tiene un carácter protector contra las enfermedades cardiovasculares y que bajas concentraciones de c-HDL suponen un aumento del riesgo de estas enfermedades, especialmente para las mujeres. Además, sabemos que los niveles de c-HDL son mayores en mujeres y que se relacionan con el estilo de vida, incluyendo el índice de masa corporal (IMC), ejercicio, tabaquismo y consumo de alcohol.

Objetivo: El objetivo de este estudio analizar la presencia de factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura en el año 2014.

Métodos: Se han analizado los datos de las historias clínicas de 1.254 pacientes con eventos isquémicos atendidos en la Unidad de Riesgo Vascular. Se han dividido en 3 grupos según su nivel de c-HDL: alto si era superior a 1,8 mmol/L (varones) o 2 mmol/L (mujeres); bajo si el c-HDL era inferior a 1,04 mmol/L (en ambos sexos); e intermedio si estaba entre estos valores.

Resultados: Se han analizado a 1.004 varones y a 250 mujeres. Se observaron diferencias significativas entre los grupos respecto al sexo, eran mujeres el 9, 23 y 35% de los pacientes con c-HDL bajo, intermedio y alto, respectivamente. No observamos diferencias significativas respecto al porcentaje de hipertensión arterial, diabetes, ejercicio ni dieta cardiosaludable entre los tres grupos. Observamos que los pacientes con c-HDL bajo presentaban un número significativamente mayor de factores de riesgo cardiovascular. Este grupo de pacientes tenía un porcentaje significativamente mayor de fumadores y niveles mayores de IMC y triglicéridos que los otros dos grupos. Los pacientes con c-HDL normal o alto tenían mayores niveles de parámetros relacionados con la inflamación como el fibrinógeno o el volumen plaquetario medio. El grupo con c-HDL bajo tiene un porcentaje significativamente mayor de cardiopatía isquémica y un porcentaje significativamente menor de accidente cerebro vascular (ACV) en ambos sexos, respecto a los grupos con c-HDL normal o elevado. La edad de debut de los eventos isquémicos fue menor en el grupo con c-HDL bajo respecto a los otros dos grupos, aunque no de forma significativa ($p = 0,066$).

Conclusiones: Hemos encontrado diferencias sobre todo entre el grupo con c-HDL bajo respecto a los grupos con c-HDL normal o alto. Al contrario de lo que se podría esperar, el grupo de pacientes isquémicos con c-HDL alto presenta menor número de FRCV que el grupo de pacientes con c-HDL bajo-medio. Llama la atención que el grupo con c-HDL medio-alto tiene mayor porcentaje de ACV en ambos sexos mientras que el grupo con c-HDL bajo presenta mayor porcentaje de enfermedad coronaria.

25. EPOC COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M.A. Baena López¹, S. Muñoz Troyano² y P. Sánchez-Praena Sánchez¹

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Unidad de Urgencias y Polivalentes, Almería. ²UGC Cardiología, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivo: Analizar si la presencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se relaciona con una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV).

Métodos: Estudio epidemiológico observacional y transversal de cribado para la EPOC en personas fumadoras o ex-fumadoras de 45 años o más adscritas en un centro de atención primaria, mediante la realización de espirometría con prueba broncodilatadora ($FEV1/FVC < 0,7$). Evaluamos la existencia de dislipemia y ECV en todos los pacientes. Se analizaron los resultados con el programa estadístico SPSSv13.0.

Resultados: Se estudiaron 1.400 personas (población diana: 2.106); de ellos 1.005 fueron hombres. La edad media fue de 66,2 años. 55,7% eran exfumadores y 44,3% fumadores. Cumplían criterios diagnósticos de EPOC 324 personas. El 29,7% del total presentaban dislipemia y el 16,8% ECV. Los pacientes con EPOC presentaron ECV en un 28,3% frente al 13,4% no EPOC. 215 pacientes tenían ECV, que se distribuía: 48% cardiopatía isquémica, 20% accidente vascular cerebral, 15% claudicación intermitente y 16,5% patología cardiovascular múltiple. La ECV fue más frecuente en hombres (19,18% frente a 3,8% en mujeres). La prevalencia de ECV aumentaba con la edad (5,2% en mayores de 70) y al incrementar el número de paquetes/año (17,8% en fumadores de 40 paquetes/año). Tenían dislipemia el 74% de personas con ECV y el 21,3% sin ella. La EPOC es un factor de riesgo independiente para presentar ECV (1,8).

Conclusiones: La ECV fue más frecuente en hombres y su prevalencia aumentaba con la edad, con mayor consumo de tabaco y con la presencia de dislipemia. Tener EPOC se comportó como un factor de riesgo independiente para presentar ECV.

26. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR Y ALTO RIESGO TROMBOEMBÓLICO QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DIRECTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. de la Figuera von Wichmann¹, S. Cinza Sanjurjo², M.I. Egocheaga Cabello³, M.A. Prieto Díaz⁴, J.A. División Garrote⁵, J.A. Quindimil Vázquez⁶, E. Martín Riobóo⁷, L. Mengual Martínez⁸ y N. Marín Montañés⁹

¹EAP Sardenya, Barcelona. ²Centro de Salud Porto do Son, Porto do Son, A Coruña. ³Centro de Salud Isla de Oza, Madrid. ⁴Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo. ⁵Centro de Salud de Casas Ibáñez, Albacete. ⁶Centro de Salud Kusto-Sestao, Sestao, Bizkaia. ⁷Centro de Salud Fuensanta, Córdoba. ⁸CAP Badia del Vallès, Badia del Vallès, Barcelona. ⁹Bayer Hispania S.L., Sant Joan Despí, Barcelona.

Objetivo: Los antagonistas de la vitamina K (AVK) son el tratamiento anticoagulante tradicional de los pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) y riesgo de ictus o embolia sistémica. Datos recientes sugieren que un 40% de los pacientes que reciben AVK no están adecuadamente controlados (Barrios, et al. Rev Esp Cardiol. 2015;68:769-76). En estos casos, los anticoagulantes orales directos (ACOD) son una excelente alternativa terapéutica. En España existen diferencias territoriales en relación con el uso de los ACOD: en algunas comunidades el médico de atención primaria (AP) puede prescribir dicho tratamiento, mientras que en otras los pacientes deben ser derivados a otros especialistas (hematólogo, cardiólogo, etc.). Atendiendo a esta principal diferencia, se han diseñado los estudios SILVER-AP y BRONCE-AP, el primero en las comunidades donde el médico de AP puede prescribir un ACOD, y el segundo donde la prescripción debe hacerse por parte de otros especialistas. El objetivo principal es describir, en cada una de las zonas, las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados de FANV con riesgo de ictus o embolia sistémica en tratamiento anticoagulante con ACOD desde hace al menos 3 meses y en seguimiento por parte de su médico de AP. Como objetivos secundarios se plantea determinar el cumplimiento terapéutico y la satisfacción de los pacientes con FANV con respecto al

ACOD, y recoger los motivos que han determinado el cambio de tratamiento anticoagulante. Además, en el BRONCE-AP, se analizará el gasto y los recursos sanitarios asociados al tiempo que transcurre entre que se detecta la necesidad de cambio de tratamiento por parte de AP y se produce la primera prescripción del ACOD.

Métodos: Se han diseñado dos estudios observacionales de corte transversal, nacionales y multicéntricos que cuentan con tal clasificación de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y, en cada caso, con el dictamen favorable de un CEIC de referencia. En ambos estudios, los datos se obtienen en una única entrevista al paciente y a través de dos fuentes de información; por un lado, las historias clínicas, y por otro, a través de un cuestionario de satisfacción con el tratamiento anticoagulante (ACTS) que el médico entrega a los pacientes. Los datos se recogen en un cuaderno de recogida de datos electrónico diseñado específicamente para cada estudio.

Resultados y conclusiones: Los estudios se encuentran en fase de reclutamiento de pacientes; los resultados se prevén para mediados de 2016.

27. FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES A SEGUIMIENTO EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

A. García Villafranca, E.M. Páez Guillán, C. Macía Rodríguez, V. Alende Castro, L.M. Mateo Mosquera, M. Bermúdez Ramos, F. Lado Lado y A. González Quintela

Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Objetivo: Analizar las características clínicas y los factores asociados a mortalidad en el seguimiento y reingreso de los pacientes con insuficiencia cardíaca manejados en una consulta específica de Insuficiencia Cardíaca en el servicio de Medicina Interna.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes de la consulta de Insuficiencia Cardíaca entre enero de 2007 y diciembre de 2011. Se realizó un estudio descriptivo y univariante para determinar los factores asociados a mortalidad durante el seguimiento y reingreso.

Resultados: Se incluyeron 337 pacientes (59,8% mujeres) con una edad media de $79,5 \pm 7,7$ años. El 43,3% de los pacientes se encontraban en clase funcional II de la NYHA. La etiología de la insuficiencia cardíaca se distribuyó de la siguiente forma: hipertensiva en el 58,6%, isquémica en el 14,8%, valvular en el 9,2%. En cuanto a la FEVI el 63% correspondía a insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada. La mortalidad en el seguimiento fue del 42,3%, siendo la causa de exitus más frecuente la vascular. En cuanto a la media de ingresos en el seguimiento a 5 años fue de 1,24 con una media de consultas de 6,28. El 48,8% de los pacientes no precisaron ingreso, el 24,9% ingresaron en una ocasión, el 10,8% en dos ocasiones y el 15,6% en más de dos ocasiones. La principal causa de fin de seguimiento en la unidad fue la derivación a Atención Primaria. Respecto a la comorbilidad, las patologías más frecuentes fueron: la hipertensión arterial (81,4%), la fibrilación auricular (57,1%), la insuficiencia renal grado 3 (50,5%) y la diabetes mellitus (33,4%). En cuanto a los factores asociados a mortalidad en el seguimiento figuran: ahorradores de potasio (p 0,016), nitratos (p 0,004), digoxina (p 0,007) y amiodarona (p 0,011). Se asociaron a disminución de mortalidad: los diuréticos de asa (p 0,003), los betabloqueantes (p 0,003), las estatinas (p < 0,005), los calcioantagonistas (p 0,019), los antiagregantes (p 0,033) y la anticoagulación oral (p 0,013).

Conclusiones: La insuficiencia cardíaca es un problema frecuente en la práctica clínica habitual, de ahí la creación de unidades específicas para el manejo y seguimiento de dichos pacientes. Nuestra serie se caracteriza por incluir pacientes de edad avanzada y comorbilidades asociadas. Al igual que lo descrito en estudios

previos en relación a este grupo de edad, la etiología más frecuente fue la cardiopatía hipertensiva con fracción de eyección preservada. El seguimiento en una unidad específica ha demostrado ser beneficioso para reducir la mortalidad y el número total de reingresos. Como se ha demostrado en otras series, el uso de diuréticos de asa, los betabloqueantes, las estatinas y los calcioantagonistas se han asociado a una menor mortalidad. Los pacientes a seguimiento en una consulta específica de insuficiencia cardíaca son pacientes de edad avanzada con una elevada mortalidad en el seguimiento. Los pacientes a seguimiento en una unidad específica tienen una baja tasa de reingresos en el seguimiento. Entre los factores asociados a mayor mortalidad en el seguimiento se encuentran ahorradores de potasio, nitratos, digoxina y amiodarona; a menor mortalidad se asocian diuréticos de asa, betabloqueantes, estatinas, calcioantagonistas, antiagregantes y anticoagulación oral.

28. HTA EN PACIENTES INGRESADOS EN ÁREAS DE CIRUGÍA MAYOR

M. Losada Mora², A.M. Garrido Castro¹, P. Losada Mora¹ y J.L. Carrillo¹

¹Hospital Virgen de la Victoria, Málaga. ²Hospital Clínico de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivo: Se analiza la prevalencia de episodios de cifras de tensión arterial superiores a 140/90 en pacientes ingresados en las áreas de Traumatología y Cirugía Vascular que han requerido cirugía.

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en los Servicios de Traumatología y Cirugía Vascular que presentaron cifras de tensión arterial mayor de 140/90 durante su ingreso. Se analiza la tasa de descompensación en pacientes con y sin antecedentes de hipertensión arterial.

Resultados: Desde junio de 2008 a diciembre de 2014 se realizan 1.659 hojas de interconsulta a Medicina Interna y Cardiología respecto a pacientes ingresados en los Servicios de Traumatología y Cirugía Vascular. De estos pacientes, 1.098 (66,18%) presentaban antecedentes de HTA. El motivo de consulta fue "HTA mal controlada" en 72 pacientes (4,34%), y "control de factores de riesgo vascular descompensados" en pacientes que presentaban otros además de HTA, en 27 (1,63%). Tras la evaluación inicial de todos los pacientes se detectaron cifras de HTA en 201 (12,11%), de los cuales 187 eran hipertensos previos (11,27%). Por tanto, de 1.098 hipertensos conocidos se descompensaron durante el ingreso 187 (17%). De los pacientes que no presentaban HTA entre sus antecedentes (561) presentaron cifras de tensión arterial elevada 14 (2,49%). En 5 casos el mal control de la tensión arterial fue la patología responsable de la prolongación de la estancia hospitalaria.

Conclusiones: Existe una importante tasa de descompensación de la tensión arterial, aproximadamente uno de cada 8 pacientes (12,1%), en pacientes ingresados en las unidades de Traumatología y Cirugía Vascular. Uno de cada seis hipertensos conocidos presentó cifras de tensión arterial elevada (17%), frente a solo el 2,49% de los pacientes no hipertensos previos. La evaluación precoz de las cifras de tensión arterial podría ser beneficioso en términos de morbilidad.

29. INSUFICIENCIA CARDÍACA E INSUFICIENCIA RENAL. UNA COMBINACIÓN QUE ENSOMBRECE EL PRONÓSTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

S. González Sanchidrián, P.J. Labrador Gómez, M.C. Jiménez Herrero, S. Polanco Candelario, E. Davín Carrero, L. Piquero Calleja, J.P. Marín Álvarez, S. Gallego Domínguez, J.M. Sánchez Montalbán y J.R. Gómez-Martino Arroyo

Servicio de Nefrología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Objetivo: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia con un incremento del riesgo de morbilidad cardiovascular. Los pacientes con ERC muestran mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). El síndrome cardio-renal (SCR) se presenta en más del 25% de pacientes ingresados y supone una importante causa de mortalidad hospitalaria y elevado coste socioeconómico. El objetivo ha sido evaluar en pacientes ingresados en Cardiología, la prevalencia de función renal alterada, y su impacto sobre la estancia y mortalidad hospitalarias.

Métodos: El Servicio de Nefrología de nuestro hospital dispone de un sistema de detección automatizada a tiempo real de pacientes hospitalizados con función renal alterada. Hemos evaluado los pacientes con SCR en un período de 6 meses. Se recogió de la historia clínica los antecedentes de ERC, diagnóstico de fracaso renal agudo (FRA), estancia hospitalaria y supervivencia al alta. ERC o FRA fueron definidos de acuerdo con las guías de la *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO). Fueron excluidos pacientes en diálisis.

Resultados: De 835 ingresos en Cardiología, recibimos 181 alertas (21,7%), correspondientes a 170 pacientes (6% reingresos). Mediana de edad 74 años (IQR 65-79), 60% varones. La prevalencia de ERC y FRA fue por diagnóstico cardiológico, respectivamente: 24 y 76% en síndrome coronario agudo (SCA), 42 y 58% en cardiopatía isquémica crónica (CIC), 41 y 59% en insuficiencia cardíaca (IC), 33 y 67% en trastornos del ritmo (TR), 71 y 29% en valvulopatías (VV), 43 y 57% en cateterismos programados (CP), 38 y 62% en otros diagnósticos. Estancia media global en Cardiología 5 días; con ERC y FRA estadio 1-2, 3: 7, 10 y 20 días respectivamente. Mortalidad, según diagnóstico cardiológico: SCA 18%, CIC 8%, IC 3%, TR 3%, VV 0%, CP 0%, otros 22%; según situación renal: ERC 2%, FRA 1 6%, FRA 2 22%, FRA 3 36%. La mortalidad en SCA fue del 0% en pacientes con ERC estable en el ingreso, del 10% en FRA estadio 1, 30% en FRA 2 y 80% en FRA 3 ($p > 0,001$). No hallamos relación estadísticamente significativa con otros diagnósticos cardiológicos y mortalidad según disfunción renal. Al alta, sólo se identificó en el historial médico al 20% de los pacientes ingresados que presentaron FRA y menos del 5% con ERC estable.

Conclusiones: Los sistemas de alerta nos permiten conocer la realidad de los pacientes hospitalizados con función renal alterada. La prevalencia de disfunción renal en pacientes con patología cardíaca supera el 20%. La estancia media se duplica en el FRA estadio 1-2 y se cuadruplica en estadio 3. En el SCA la mortalidad aumenta proporcionalmente con el grado de afectación renal. A pesar de ello, la función renal es poco valorada y la disfunción renal infradiagnosticada. Esto podría contribuir a la elevada mortalidad y coste socioeconómico en pacientes cardiológicos.

30. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA HOSPITALIZACIÓN, INICIO DE LA DIÁLISIS Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y GENERAL DE LOS PACIENTES CON ERC ESTADIO 4 Y 5 NO EN DIÁLISIS. RESULTADOS FINALES DEL ESTUDIO PECERA

M. Montomoli¹, M. González-Moya¹, P. Molina-Vila¹, C. del Pozo², B. Alemany³, E. Garrigos⁴, V. Escudero¹, C. Castro¹, L.M. Pallardo¹ y J.L. Gorritz¹

¹Hospital Universitario Dr. Peset, Servicio de Nefrología, Valencia,

²Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. ³Hospital de la Ribera,

Alzira. ⁴Hospital Francesc de Borja, Gandía.

Objetivo: Analizar la morbilidad (hospitalización, factores de riesgo para inicio de diálisis y mortalidad cardiovascular y general) en pacientes con ERC estadio 4-5 no en diálisis (ND).

Métodos: PECERA (Proyecto de Estudio Colaborativo En pacientes con insuficiencia Renal Avanzada) es un estudio observacional prospectivo a tres años. Criterios de inclusión: Estadios 4 y 5 ND en

seguimiento en Nefrología, consentimiento informado y expectativa de vida mayor a 1 año. Desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008 se incluyeron 995 pacientes (806 estadio 4-81%, y 189 estadio 5 ND -19%). Para evitar el sesgo relacionado con el tiempo, el análisis de los factores relacionados con el inicio de diálisis se calculó a partir del momento en el que los pacientes presentaban un FGe de 30 ml/min/1,73. Edad media: 69 ± 13 (r: 19-95) años. Datos basales: creatinina: 3,1 ± 1,1 mg/dl; FGe (MDRD): 20 ± 5 ml/min/1,73 m², proteinuria 1,4 ± 2,6 g/día. Seguimiento medio: 47 ± 30 meses.

Resultados: Tras tres años de seguimiento, 154 pacientes fallecieron (15%), 312 iniciaron terapia sustitutiva renal (31%) (27% HD y 4% DP), 8 recibieron un trasplante renal anticipado, 11 fueron transferidos a otra unidad (1%) y 57 se perdieron durante el seguimiento (6%). Al final del estudio, 461 pacientes (46%) en seguimiento en consulta. Causas de muerte: cardiovascular (46,3%), infecciosa (14,1%), tumoral (10,8%), hepática/gastrointestinal (3,8%), muerte súbita (3,8%) y otras/desconocida (21,2%). En el análisis multivariante (modelo de riesgo proporcional de Cox), los factores de riesgo independientes para mortalidad fueron: edad (OR: 1,03 IC95%: 1,01-1,06; p = 0,0006) y diabetes (OR: 1,58; IC95%: 1,06-2,35; p = 0,0001). Para la mortalidad cardiovascular fueron, la edad (HR: 1,06; IC95%: 1,02-1,09; p = 0,0001) y diabetes mellitus (OR: 1,77; IC95%: 1,97-3,20; p = 0,05). Los factores de riesgo independientes para iniciar diálisis fueron: edad (OR: 0,96, IC95%: 0,95-0,98; p = 0,001), proteinuria (OR: 1,09; IC95%: 1,01-1,16; p = 0,012), fosfato sérico (OR: 1,28; IC95%: 1,01-1,16; p = 0,034), etiología desconocida (OR: 2,86; IC95%: 1,29-6,32; p = 0,009). En el caso de hospitalización fueron: diabetes (OR: 1,60; IC95%: 1,20-2,12; p = 0,001), insuficiencia cardíaca congestiva previa (OR: 2,12; IC95%: 1,53-2,95; p = 0,001), hemoglobina (OR: 0,86; IC95%: 0,77-0,95; p = 0,009).

Conclusiones: En nuestra serie los principales factores que influyen en la mortalidad en la ERC 4-5 no en diálisis fueron factores no modificables (edad y diabetes). En el caso de hospitalización, los factores no modificables también fueron la principal influencia (diabetes e insuficiencia cardíaca congestiva anterior). Sin embargo, el inicio de la diálisis se correlacionó con factores modificables (proteinuria y fosfato sérico).

31. EL PRE Y EL POST DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN PACIENTES FUMADORES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Z. Kounka, C. Ortiz Cortés, P. Sánchez Calderón, M.J. Romero Castro, L.E. Lezcano Gort, D.A. Chipayo Gonzales, D.P. Rodríguez López, J.A. Riesco Miranda y J.J. Gómez Barrado

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivo: El tabaquismo es uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) fundamentales en la cardiopatía isquémica principalmente en aquellos pacientes jóvenes con síndrome coronario agudo (SCA) de bajo riesgo. La rehabilitación cardíaca (RhC) es actualmente uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de pacientes tras un infarto. Los objetivos de nuestro trabajo fueron evaluar la prevalencia de FRCV clásicos, capacidad funcional, recaídas en el tabaquismo y pronóstico en un grupo de pacientes fumadores con SCA de bajo riesgo así como describir los efectos de un programa de RhC sobre ellos.

Métodos: Analizamos a 54 pacientes fumadores con SCA de bajo riesgo incluidos en un programa de RhC entre octubre 2008 y enero 2015. Recogimos los datos referentes a FRCV clásicos, resultados de prueba de esfuerzo convencional (METs, duración del ejercicio, estadio y porcentaje de frecuencia cardíaca máximos alcanzados) al ingreso y tras la realización de un programa de RhC. Tras un periodo de seguimiento de 75 meses evaluamos las recaídas en el tabaquismo, los reingresos de causa cardiovascular y la mortalidad.

Resultados: El 94,4% de los pacientes fueron varones con edad media de 50,98 ± 7,36 años. El 48,1% eran dislipémicos, el 30,2% hipertensos. El factor de riesgo menos prevalente fue la diabetes (5,7%). Un 79,5% de los pacientes presentaron algún grado de sobrepeso u obesidad. Los resultados de la prueba de esfuerzo pre y post RhC se describen a continuación: el tiempo total de la ergometría fue de 8,81 min pre-rehabilitación cardíaca (PreRhC) y 10,06 post-rehabilitación cardíaca (postRhC) (p < 0,0001), el porcentaje de la frecuencia cardíaca máxima alcanzada fue de 77,3% preRhC y 81,1% postRhC (p = 0,009), METs 9,93 preRhC y 10,8 postRhC (p < 0,0001), el estadio de Bruce alcanzado en la prueba de esfuerzo fue 3,59 preRhC y 3,91 postRhC (p = 0,009). No se observaron reducciones significativas entre el IMC y el perímetro abdominal antes y después de completar el programa de RhC. Al inicio del programa de RhC el 71,69% de los pacientes habían dejado de fumar. Tras 75 meses de seguimiento la tasa de recaída fue del 18,42%. Hubo un 15,09% de reingresos de origen cardiovascular, siendo el 11,32% por infarto. Se registró una muerte de origen cardiovascular.

Conclusiones: La hipercolesterolemia es el factor de riesgo más prevalente en pacientes fumadores con síndrome coronario agudo. Los pacientes que realizan RhC experimentan una mejoría significativa en todos los parámetros que definen capacidad funcional, siendo el pronóstico a largo plazo bueno con bajas tasas de reingresos y mortalidad.

32. GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

J.L. Llisterri Caro¹, P. Bellanco Esteban², G. Grasa Lambea³, C. Bayod Calvo⁴, M.L. Serrano Berrocal⁵, C. García Bajo⁶, A.C. Gil Adrados⁷, A. González Cabrera⁸, J.J. Criado-Álvarez⁹ y R. Piedra Castro¹⁰

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ²Centro de Salud La Laguna, Cádiz. ³Centro de Salud Daroca, Calatayud.

⁴Centro de Salud Barbastro, Huesca. ⁵Centro de Salud Santiago de Alcántara, Cáceres. ⁶Centro de Salud Santa M^a Benquerencia, Toledo. ⁷Centro de Salud Talavera de la Reina, Toledo. ⁸Centro de Salud Balazote, Albacete. ⁹Centro de Salud Pueblanueva, Toledo.

¹⁰Centro de Salud Azuqueca de Henares, Guadalajara.

Objetivos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. El objetivo de este estudio es conocer el grado de control de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Métodos: En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Los pacientes serán seguidos por lo menos cada 6 meses, y durante un periodo mínimo de 5 años. Se han considerado como criterios de adecuado control de hipertensión arterial los de las guías europeas de 2013, para el control del colesterol-LDL los de las guías europeas de prevención cardiovascular de 2012, y para la diabetes una HbA1c < 7%. Se presentan resultados del tercer corte (n = 2.281).

Resultados: La edad media de los sujetos incluidos es 58,6 ± 14,6 años, y el 56,0% mujeres. El 51,8% tienen dislipemia, el 46,9% hipertensión arterial y el 18,4% tienen diabetes. El 7,9% tienen antecedentes de cardiopatía isquémica, el 5,7% un filtrado glomerular (MDRD) < 60 ml/min y el 4,5% de ictus. De los pacientes hipertensos, el 57,4% tenían buen control de las cifras de PA; de los diabéticos, el 57,4% tenían la HbA1c < 7% y de los dislipémicos el 54,2% tienen el LDL en el objetivo recomendado. Solo un 17,1% de los pacientes tiene todos los FRCV controlados.

Conclusiones: El grado de control actual de los factores de riesgo cardiovascular en población de Atención Primaria en España es mejorable.

33. EFECTIVIDAD DE UN PLAN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA FARMACIA RURAL COMUNITARIA SOBRE EL CONTROL DE LA HTA

M. Sánchez-Macarro, J.M. López, A. Ramírez, M. Leal, P. Gómez y J. Abellán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivo: Determinar la efectividad de un plan de atención farmacéutica en el control de la HTA en una muestra con riesgo cardiovascular (RCV) moderado alto o con enfermedad cardiovascular (ECV) en una farmacia comunitaria rural.

Métodos: Ensayo clínico, con un grupo de intervención y un grupo control, con un muestreo previo no probabilístico de casos consecutivos seguido de un muestreo probabilístico mediante aleatorización simple en los 2 grupos: intervención y control estratificado por edad y sexo. Los criterios de inclusión fueron paciente de edad comprendida entre 25-85 años que acude a la oficina de farmacia con prescripciones del ámbito cardiovascular y con RCV moderado-alto o con ECV. Al grupo control se le realizó el cuidado usual en la farmacia que consistió en el servicio profesional del farmacéutico, en el grupo de intervención se aplicó un plan de atención farmacéutica que consistió en: charla grupal donde se desarrollaron conceptos relacionados con la epidemiología de la ECV y con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y por otro lado se realizó una estrategia individual mediante un plan de modificación de estilos de vida terapéuticos y se informó sobre objetivos terapéuticos relacionados con FRCV, todo ello mediante entrevistas y visitas de seguimiento permitiendo detectar PRM (Problemas Relacionados con Medicamentos), relacionados con incumplimientos, problemas de seguridad, problemas de efectividad o incumplimientos.

Resultados: La muestra inicial estaba constituida por 256 individuos con una media de edad en años de 62,7 años (35-87 años). Se presentan datos de control tanto en la población total estudiada como en la población diabética. Los datos se presentan como número y porcentaje de hipertensos al inicio del estudio y al final y como número y porcentaje de controlados de HTA al inicio y al final del estudio. Igualmente para la población diabética. Los criterios de control para la población total fueron PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg y para la población diabética PAS < 140 mmHg y PAD < 85 mmHg; según la guía 2013 ESH/ESC para el manejo de la HTA. Al inicio del estudio teníamos un 41% de pacientes controlados en HTA, pasando a un 77% de pacientes controlados al final. En el grupo de intervención se controló al 90% y en el grupo control al 64%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En cuanto a los pacientes diabéticos pasamos de un 35% a un 59%, en el grupo de intervención se controló al 74% y en el grupo control al 39%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Conclusiones: La aplicación de un plan de atención farmacéutica influye positivamente en el control de la HTA, no sólo en la población total sino también en la población diabética, pudiendo incidir claramente estos datos en el control del RCV.

34. EFECTIVIDAD DE UN PLAN DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN UNA FARMACIA RURAL COMUNITARIA SOBRE EL CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR. RESULTADOS PREVIOS A LA INTERVENCIÓN

M. Sánchez-Macarro, J.M. López, A. Ramírez, M. Leal, P. Gómez y J. Abellán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivo: Aplicación de un plan de Atención farmacéutica en pacientes previamente definidos como de riesgo cardiovascular (RCV) moderado-alto o con enfermedad cardiovascular (ECV).

Métodos: Análisis descriptivo trasversal, realizando un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. La captación de los pacien-

tes de edades comprendidas entre 25-85 años, se realizó cuando acudían a la farmacia comunitaria durante el periodo de estudio, con una receta a su nombre del ámbito cardiovascular. Se les determina el RCV, mediante el método SCORE calibrado para España hasta los 65 años, a partir de los 65 años se aplicó la estratificación de RCV según ESH/ESC 2007. Se consideraron pacientes con RCV moderado aquellos que teniendo un RCV = 0, presentasen síndrome metabólico, o bien aquellos pacientes jóvenes con RCV = 0 que en la tabla de RR del SCORE presentasen un nivel ≥ 2 . A los pacientes con diabetes, insuficiencia renal o ECV previa se les asignó un RCV muy alto directamente. El plan de atención farmacéutica realizado consistió en: Charla grupal donde se desarrollaron conceptos relacionados con la epidemiología de la ECV y con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y por otro lado se realizó una estrategia individual mediante un plan de modificación de estilos de vida terapéuticos y se informó sobre objetivos terapéuticos relacionados con FRCV, todo ello mediante entrevistas y visitas de seguimiento permitiendo detectar PRM (Problemas Relacionados con Medicamentos), relacionados con incumplimientos, problemas de seguridad, problemas de efectividad o incumplimientos. Se realizan determinaciones antropométricas, clínicas, patológicas, bioquímicas y la determinación del RCV según SCORE.

Resultados: La muestra inicial estaba constituida por 256 individuos con una media de edad en años de 62,7 años (35-87 años). El 57% eran mujeres. Un 17,6% presentaban antecedentes familiares de ECV precoz. La prevalencia de la HTA y de la dislipemia fue del 71,1%. La prevalencia de diabetes y de glucemia basal alterada (GBA) fue respectivamente de 25% y de 36,5%. La práctica de la actividad física fue del 36,3%. Obesidad abdominal 68,4% y obesidad 50%. La media de IMC fue 30,5 Kg/m², la prevalencia de sobrepeso fue de 39,1%. Presentaron ECV o renal establecida un 16%. Presentaron cumplimiento terapéutico positivo 46,5% y 53,1% síndrome metabólico. La PAS media fue de 141,7 mmHg, la PAD media fue de 79,7 mmHg y la PP media fue de 62,1 mmHg. Los valores analíticos medios fueron los siguientes: glucosa 112,4 mg/dl, hemoglobina glicosilada 6,4%, ácido úrico 5,6 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, colesterol total 196,3 mg/dl, LDL colesterol 119,9 mg/dl, HDL colesterol 53,9 mg/dl, colesterol no HDL 142,4 mg/dl, triglicéridos 171,5 mg/dl. El RCV presentó los siguientes porcentajes, moderado 41,8%, alto 19,1% y muy alto 39,1%.

Conclusiones: Los pacientes que acuden a la oficina de farmacia y que presentan un RCV moderado alto presentan valores sobre todo relacionados con obesidad, obesidad abdominal y cumplimiento terapéutico, netamente mejorables, de ahí la aplicación de un plan de atención farmacéutica que actúe a nivel de modificación de estilos de vida terapéuticos, así como informar sobre objetivos terapéuticos relacionados con sus FRCV.

35. EVALUACIÓN EN 2015 DEL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN OSI ARABA

G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J.M. Iturralde Iriso, A. Solar Peche, J. García López de Armentia, M.I. Ortega García, M.S. Pérez e San Román Ruíz de Muniain, J. Martínez Gorostiaga, M.L. Alarcía Ceballos y J. Ocharan Corcuera

Organización Servicios Integrada OSI Araba, Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: La hipertensión arterial (Hta) es un problema sanitario de primer orden dada su altísima prevalencia y su condición de factor de riesgo cardiovascular que debe ser abordado por múltiples estamentos implicados en la salud de la población. Con nuestro estudio hemos querido analizar el resultado del trabajo de todos los estamentos sanitarios implicados en la lucha contra la Hta en nuestra Organización de Servicios Integrada (OSI).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en noviembre de 2015 en OSI Araba (305.272 habitantes). Se empleó el

Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención al paciente hipertenso del Contrato Programa de este año 2015.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Población diana	263.905
Cribado de Hta	53%
Prevalencia Hta	18,12%
Estudio analítico básico	88,54%
Estudio analítico periódico (3 años)	72,32%
Control periódico semestral: (IMC, Ed. sanitaria)	43,64%
Estudio ECG (5 años)	83,50%
Determinación del RCV (anual)	56,65%
Buen control TA (TA < 140/80 mmHg)	43,43%

Conclusiones: Debemos esforzarnos en mejorar nuestro cribado con el fin de detectar más pacientes hipertensos, así como en el control periódico de los ya diagnosticados con el fin de ir aumentando el porcentaje de hipertensos con un buen control de su enfermedad, gracias a conseguir una mejor adherencia al tratamiento, un cambio real en los estilos de vida, etc.

36. GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE LA OSI ARABA EN 2015

G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J.M. Iturralde Iriso¹, A. Alcalde Lozano¹, B. Barrios Núñez¹, J. Cora Bardeci¹, I. de la Cruz Couto¹, E. Mediavilla Oteiza², A. Solar Peche¹ y M.E. Ortega Horrillo¹

¹Organización Integrada Servicios OSI Araba, Vitoria-Gasteiz.

²Centro de Salud Chantrea, Pamplona.

Objetivo: La hipertensión arterial (Hta) y la diabetes mellitus (DM) son dos de los motivos de consulta más frecuentes en la sociedad occidental. La coexistencia de ambas en un mismo individuo incrementa considerablemente el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares de tal manera que se estima que entre un 35-75% de las complicaciones que sufre un diabético pueden ser debidas a la presencia de Hta. Nuestro objetivo en este trabajo es evaluar el grado de cumplimiento de los Criterios de Buena Atención al paciente diabético definidos en la Oferta Preferente de Osakidetza y en particular el grado de control de las cifras de presión arterial.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en noviembre de 2015 en OSI Araba (305.272 pacientes). Se utilizó el Programa Osabide para esta evaluación.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Cribado DM > 45 años cada 4 años	70,20%
Prevalencia de DM > 30 años	8,05%
Estudio analítico DM anual, salvo HbA1c semestral	47,06%
Control periódico: (PA, IMC, Ed. sanitaria, Adh. tratamiento, Ef.2º, Ed. hipogluc.)	41,56%
Buen control PA (PA < 140/80 o si MAPA < 135/85 mmHg)	36,85%
Buen control tabaquismo (no fumadora o exfumador)	84,27%
Buen control HbA1c (< 7%)	41,56%

Conclusiones: Aunque todos los parámetros de la atención a nuestros diabéticos son susceptibles de mejora creemos que debe-

mos incidir sobre todo para mejorar la morbimortalidad de estos pacientes en el control de la TA, actualmente bajo.

37. CONTROL DE LA OBESIDAD EN COMARCA ARABA DURANTE 2015

A.A. Rodríguez Fernández, G. Mediavilla Tris, J.M. Iturralde Iriso, M. Pinel Monge, M.C. Noriega Bosch, J. Martínez Gorostiaga, A. Sauto Gutiérrez, S. del Amo Cachán, E. Aberasturi Ramírez y M.A. Iñiguez de Ciriano Landa

Organización Integrada Servicios OSI Araba, Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en países industrializados y tiene una probada repercusión sobre la salud de la población, tanto por la importante morbilidad asociada que conlleva como por el incremento de la mortalidad que ocasiona. Nuestra Oferta Preferente nos indica que como criterios de buena atención (CBA) en la historia clínica deberemos calcular el índice de masa corporal (IMC) a todas las personas mayores de 16 años, considerando obesos a todos aquellos cuyo IMC sea superior a 30. Además a las personas obesas diagnosticadas de patologías relacionadas con la enfermedad (Hta, DM, SAHOS, artrosis de rodilla) se les hará un control anual que incluya la variación interanual de su IMC. También veremos la proporción de personas obesas con patologías asociadas que han mantenido o reducido su peso en el último año.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en noviembre de 2015 en OSI Araba (305.272 habitantes, de los que 263.905 son mayores de 14 años). Se utilizó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los CBA en relación con la obesidad.

Resultados: N° de personas diagnosticadas de obesidad: 22.906 personas. Prevalencia mayores de 14 años: 8,68% Control anual del IMC: 81,77%. Han mantenido o reducido su peso: 36,34%.

Conclusiones: Vemos que la obesidad esta infradiagnosticada en nuestro medio pues según otros estudios (Encuesta Vasca de salud 2013) la prevalencia sería de un 13,4%. Vemos un aceptable control anual y un preocupante 63% de nuestros obesos que continúan aumentando su peso por lo que deberemos replantearnos las actuaciones a seguir.

38. DIFERENCIAS DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE AMBOS SEXOS

S. Muñoz Troyano¹, M.A. Baena López² y M.I. Poveda García³

¹UGC, Cardiología, Hospital Torrecárdenas, Almería. ²Urgencias, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ³UGC, Nefrología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivo: En Europa, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de fallecimiento entre hombres y mujeres, siendo responsables por casi la mitad de todas las muertes. El objetivo de nuestro estudio es analizar el grado de control de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica crónica en consultas externas de Cardiología y valorar si existen diferencias entre ambos sexos.

Métodos: Estudio retrospectivo de una muestra de 210 pacientes con cardiopatía isquémica atendidos en consultas externas de Cardiología. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows en su versión 21. Se analizó las diferencias de las variables cualitativas entre los dos grupos mediante la prueba ji cuadrado y las diferencias entre ambos grupos de las variables cuantitativas utilizando la prueba t de Student para muestras independientes.

Resultados: Se incluyeron 210 pacientes (63,5% varones). La edad media en varones fue de 50 ± 5 años en varones y de 62 ± 6 en mujeres. Las variables analizadas fueron tabaquismo, índice masa corpo-

ral, hemoglobina glicada, colesterol LDL, cifras de tensión arterial, frecuencia cardíaca y filtrado glomerular. Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en edad ($p = 0,002$), LDL colesterol total ($p = 0,001$) y TAS ($p = 0,006$) todas ellos mayores en el sexo femenino, mientras que el tabaquismo y el filtrado glomerular fue significativamente mayor en varones ($p < 0,05$).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren diferencias estadísticamente significativas entre factores de riesgo cardiovascular entre ambos sexos en factores de riesgo cardiovascular tales como el perfil lipídico, tensión arterial, consumo de tabaco y filtrado glomerular. El control del perfil lipídico y tensión arterial fue significativamente mejor en los varones de la población analizada

39. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD, PRONÓSTICO Y REINGRESO EN UNA CONSULTA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN PRESERVADA

E.M. Páez Guillán, A. García Villafranca, V. Alende Castro, C. Macía Rodríguez, L.M. Mateo Mosquera, L. Martínez Braña, F. Lado Lado y A. González Quintela

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

Objetivo: Analizar las características y los factores asociados a mortalidad a los 5 años del diagnóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preservada.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes con IC con FEVI conservada a seguimiento en consulta específica de IC de medicina interna durante el periodo desde enero 2007 a diciembre 2011. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas. Se realizó un análisis descriptivo y univariante para determinar los factores asociados a mortalidad a 5 años.

Resultados: Se incluyeron 209 paciente (59,8% mujeres) con una edad media de $78,9 \pm 7,2$ años. El 41,5% tenía una clase funcional II de la NYHA. La etiología de la IC fue hipertensiva en el 64,1%, isquémica en el 11,5%, valvular en el 10,0% y cor pulmonale en el 7,7%. La mortalidad a los 5 años fue del 48,0%. El número de reingresos a los 5 años se distribuyó de la siguiente forma: no necesitaron ingreso el 49,2% de los pacientes; el 25,4% de los pacientes ingresaron en 1 ocasión; el 10,9% en 2 ocasiones y el 14,5% en más de 2 ocasiones. Las comorbilidades más frecuentes fueron: la HTA (82,8%), la fibrilación auricular (56,9%), la insuficiencia renal grado III (49,8%) y la DM (35,4%). Los tratamientos utilizados con más frecuencia fueron diuréticos de asa (93,1%), estatinas (64,1%), IECAS (55,2%), β -bloqueantes (55,1%) y antiagregantes (54,1%). Los principales factores asociados a mortalidad a 5 años fueron: fármacos ahorradores de K ($p = 0,057$), nitratos ($p = 0,022$) y digoxina ($p = 0,005$). Se encontraron como factores asociados a menor mortalidad: β -bloqueante ($p = 0,053$), diuréticos de asa ($p = 0,013$), anticoagulantes orales ($p = 0,038$) y las estatinas ($p = 0,007$).

Conclusiones: La insuficiencia cardíaca supone un problema habitual en la población de edad avanzada; esto supuso la creación de unidades específicas para manejo y seguimiento de dichos pacientes. Como se ha descritos en estudios previos, la IC con fracción de eyección preservada es la más frecuente en este grupo de edad suponiendo una de las principales causas de mortalidad. Sin embargo, existen escasos estudios acerca de los factores asociados a reingreso y mortalidad. En este sentido, nuestra serie ha demostrado que el seguimiento en una consulta específica puede reducir de forma significativa el número de reingresos. Asimismo se ha confirmado el uso beneficioso en términos de mortalidad de tratamientos como son los diuréticos de asa, los anticoagulantes y las estatinas. La insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada presenta una elevada mortalidad a lo largo del seguimiento. Los pacientes a seguimiento en la consulta específica de IC presentan

un índice bajo de reingreso. Tratamientos como los diuréticos de asa, los anticoagulantes y las estatinas se han asociado a menor mortalidad a 5 años.

40. ¿EXISTE ENFERMEDAD VASCULAR SILENTE EN LA POBLACIÓN CONTROL DEL ESTUDIO NEFRONA?

V. Pallarés Carratala¹, M.A. Prieto Díaz², F.J. Alonso Moreno³, J.L. Gorriz Teruel⁴, J.A. División Garrote⁵, M. Artigao Rodenas⁶, C. Santos Altozano⁷, I. Gil Gil⁸, A. Betriu Bars⁹ y E. Fernández Giraldez⁹

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo. ³Centro de Salud Sillería, Toledo. ⁴Servicio de Nefrología, Hospital Dr. Peset, Valencia. ⁵Centro de Salud Casas Ibáñez, Consultorio Fuentealbilla, Casas Ibáñez. ⁶Centro de Salud Zona III, Albacete. ⁷Centro de Salud Azuqueca de Henares, Guadalajara. ⁸Área Básica Sanitaria de Arán, CAP Viella, Lleida. ⁹Servicio de Nefrología, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La ecografía arterial y el índice tobillo-brazo (ITB) son métodos sencillos, reproducibles, validados y de bajo coste, que permiten un diagnóstico precoz de enfermedad ateromatosa y puesta en marcha de medidas correctivas para prevenir aparición de eventos.

Objetivo: Analizar que aporta la ecografía vascular y el ITB como pruebas no invasivas, reproducibles y de bajo coste en la valoración de la aterosclerosis y presencia de enfermedad vascular periférica subclínica en la población control del estudio Nefrona.

Métodos: Análisis transversal y descriptivo de la población control (18-74 años) incluida en el estudio Nefrona (estudio observacional, prospectivo y multicéntrico) en el que se analizan los 559 del grupo control (sin AP de ECV previa y con GFe > 60 ml/min/1,73 m²), elegidos al azar de consultas de AP de 6 CCAA. Un equipo itinerante analiza mediante ecografía vascular e ITB a todos los pacientes.

Resultados: De los 559 pacientes con diferentes FRCV a los que por primera vez se les estudia por ecografía vascular e ITB, se identifica lo siguiente: GIM $> 0,9$ y/o placa carotídea, 46,5%; ITB patológico y/o placa femoral 43,9%; ITB isquémico ($< 0,7$) 11,1%. Del total, el 16,3% tienen lesión en 1 territorio, 14% en dos, 9,5% en tres, 6,8% en cuatro, y el 5,2% en cinco o más territorios arteriales.

Conclusiones: En una población sin ECV ni renal previa, se demuestra de forma concluyente la existencia de alteraciones vasculares no conocidas, lo que implica un mayor riesgo de presentar un evento cardiovascular en un futuro.

41. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN SEGÚN LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN

M.A. Prieto Díaz¹, M. Alonso Fernández², J.J. García Fernández³, G.C. Rodríguez Roca⁴, F.J. Sánchez Vega⁵, F. Suárez González⁶, L. Alonso Rentería⁷, A. González Pesquera⁷, A.B. García Garrido⁸ y S.E. Riesgo⁹

¹Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo, Asturias. ²Centro de Salud La Eria, Oviedo, Asturias. ³Centro de Salud Pola de Siero, Asturias. ⁴Centro de Salud Puebla de Montalbán, Toledo. ⁵Centro de Salud Talavera de la Real, Badajoz. ⁶Centro de Salud San Roque, Badajoz. ⁷Centro de Salud Dávila, Santander. ⁸Centro de Salud Suances, Santander. ⁹Centro de Salud Santa Eulàlia Sud, Barcelona.

Objetivo: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. El objetivo del

presente estudio es analizar las características de los pacientes hipertensos según su grado de control.

Métodos: En IBERICAN se está incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos en las consultas de Atención Primaria, hasta una muestra estimada de 15.000 pacientes. Los pacientes serán seguidos durante un periodo mínimo de 5 años. Se presentan los datos del control de HTA, según las guías ESH de 2013, del segundo corte ($n = 2.281$).

Resultados: La prevalencia de hipertensión fue de 46,9% y el 44,3% de los pacientes no alcanzaban los objetivos propuestos por las guías. La prevalencia de DM fue superior en hipertensos (30,0% vs 8,7%, $p < 0,0001$), así como de dislipemia (67,5% vs 37,9%, $p < 0,0001$). Entre los hipertensos mal controlados, la prevalencia de diabetes (30,1% vs 30,0%, $p = 0,521$) y dislipemia (68% vs 69%, $p = 0,294$) fue similar. El RCV fue muy alto en pacientes con mal control de HTA 36,7% vs 31,9%, $p = 0,04$ y el control de todos los factores de riesgo cardiovascular fue superior en pacientes con HTA bien controlada (18,2% vs 0,0%, $p < 0,0001$). El uso de fármacos bloqueantes del sistema renina-angiotensina es mayor en pacientes con buen control (85,6% vs 77,2%, $p = 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con diabetes hipertensión atendidos en Atención Primaria tienen más factores de riesgo asociados, peor control de los mismos, lo que condiciona mayor riesgo cardiovascular asociado.

42. PREVALENCIA DE HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO (HPS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) INGRESADOS EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA (MI)

A.B. Porto Pérez, A. Pérez Piñeiro, R. Verdeal Dacal, R. Suárez Fuentetaja, P. Piñeiro Parga, T. Domínguez Rodríguez, D. Llinares García, A. Arévalo Gómez, C. Barbagelata López y S. Freire Castro

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Objetivo: El objetivo es describir la prevalencia de HPS en una población con ERC ingresados en una planta de MI por causa vascular o enfermedad pulmonar crónica (EPC).

Métodos: Estudio observacional transversal de 86 eventos, 82 pacientes, con ERC ingresados por causa vascular o EPC en una planta de MI del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña entre el 1 de Abril y el 30 de Noviembre de 2015. Los pacientes reclutados tienen estadios 3 y 4 según los criterios de la K/DOQI. Se define déficit de vitamina D < 20 ng/ml y HPS cuando $PTH \leq 70$ pg/ml. Se recogen datos demográficos, clínicos, analíticos y terapéuticos y las variables se analizan mediante el paquete estadístico SPSS21.

Resultados: Los varones representan el 43% de los ingresos. De todos los ingresos, 81,4% son hipertensos, 41,9% diabéticos, 65,1% dislipémicos y 32,6% fumadores o exfumadores. Los eventos ocurren con mayor frecuencia en pacientes con sobrepeso, 31,9%, u obesidad, 42,0%. El índice de Charlson medio modificado por edad es de 7,0. Al ingreso estaban a tratamiento: 4,7% con carbonato cálcico, 2,3% con calcidiol, 3,5% con colecalciferol 400 mg/día, 3,5% con colecalciferol 800 mg/día, 4,7% con calcitriol 0,25 mg/día y 1,2% con calcitriol 0,5 mg/día. Los pacientes con ERC estadio 3 representan el 81,4% de los episodios, clasificándose como 3a un 30,2% y como 3b un 51,2%. En un 18,6% los pacientes se encuentran en estadio 4. De los pacientes en estadio 3, 81,4% presentan $PTHi \leq 70$ pg/ml y 58,6% valores de $PTHi \leq 110$ pg/ml. Los pacientes con estadio 4 tienen mayoritariamente valores $PTHi \leq 110$ pg/ml (75,0%). El déficit de vitamina D coexiste en un 75,7% y 75,0% en estadio 3 y 4, respectivamente. Existe entre ambos estadios, escasa diferencia 25(OH) vitamina D media, así como calcemia media, fosfatemia media e índice medio de excreción de calcio. Sin embargo, si cobra importancia entre ambos estadios la diferencia entre los valores medios de $PTHi$, $155,3 \pm 90,7$ pg/ml en

estadio 3 y $230,1 \pm 139,0$ pg/ml en estadio 4, así como de los índices medio de excreción de fósforo, $0,98 \pm 0,5$ mg/100 ml en estadio 3 y $1,5 \pm 0,8$ mg/100 ml. Los principales diagnósticos al alta son insuficiencia cardíaca (IC) 45,3%, infección respiratoria 22,1%, trastornos del ritmo 11,6% y enfermedad cerebrovascular (ECV) 8,1%. Entre los diferentes grupos diagnósticos de enfermedad vascular, destaca un nivel de $PTHi$ media de $184,8 \pm 102,2$ pg/ml en pacientes diagnosticados de IC, frente a $115,5 \pm 71,7$ pg/ml y $96,3 \pm 50,1$ pg/ml en cardiopatía isquémica y ECV respectivamente.

Conclusiones: La enfermedad renal oculta sigue siendo un reto para el manejo del riesgo vascular. Las alteraciones del metabolismo óseo mineral en la ERC se plantea como un problema infradiagnosticado y manejado de forma subóptima. En nuestra población, la prevalencia de HPS es muy elevada, pasando frecuentemente desapercibida, teniendo en cuenta que la alteración de los valores de calcemia y fosforemia es un fenómeno tardío en la evolución de su enfermedad. Destacamos el sobreesfuerzo fosfatúrico renal que se presenta en nuestros pacientes y que progresa en relación con el aumento de los niveles de PTH y el grado de disfunción renal, lo que favorece mayor calcificación subendotelial y mayor riesgo vascular. Por tanto, proponemos el estudio de la alteración del metabolismo óseo-mineral de la ERC en los enfermos que ingresan en nuestras unidades.

43. DÉFICIT DE VITAMINA D EN HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA

A.B. Porto Pérez, A. Pérez Piñeiro, R. Suárez Fuentetaja, R. Verdeal Dacal, M. Vares, A. Rodríguez González, D. Llinares García, A. Arévalo Gómez, C. Barbagelata López y S. Freire Castro

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Objetivo: El objetivo del estudio es describir la prevalencia del déficit de vitamina D en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) hospitalizados en una planta de Medicina Interna (MI) por causa vascular o enfermedad pulmonar crónica (EPC) descompensada.

Métodos: Estudio de cohortes observacional transversal entre el 1 de abril y el 30 de noviembre de 2015, reclutando pacientes con ERC estadios 3 y 4 hospitalizados por causa vascular o EPC, vistos de forma consecutiva, en una planta de MI del Hospital Universitario A Coruña. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas y se empleó SPSS21 para el análisis.

Resultados: Se incluyeron 87 eventos en 83 pacientes (37 en hombres) con una edad media de $80,8 \pm 7,3$. El índice de Charlson medio fue de 7,0. El 32,2% de los eventos ocurrieron en pacientes fumadores o exfumadores, el 81,6% en hipertensos, el 42,5% en diabéticos y el 64,4% en dislipémicos. Se obtuvo el IMC en 70 de los ingresos, presentando el 32,9% sobrepeso (definido como IMC entre 25 y $29,9$ Kg/m²) y el 41,4% obesidad ($IMC \geq 30$ Kg/m²). Dentro del principal diagnóstico al alta, 39 (44,8%) presentaron insuficiencia cardíaca, 19 (21,8%) infección respiratoria, 10 (11,5%) trastornos del ritmo cardíaco, 8 (9,2%) enfermedad cerebrovascular, 8 (9,2%) cardiopatía isquémica y solamente 1 trombosis venosa (1,1%) y 1 enfermedad arterial periférica (1,4%). 26 de los eventos se observaron en pacientes con ERC estadio 3a (29,9%), 45 con estadio 3b (51,7%) y 16 con estadio 4 (18,4%). Siguiendo las directrices de la AACE de 2011, tomamos un valor de vitamina D inferior a 20 ng/ml como definitorio de déficit y los valores entre 20 y 29 ng/ml como de insuficiencia de vitamina D. La edad media, diagnóstico al alta, valor de creatinina, calcemia y fosfatemia medios al ingreso no variaban excesivamente entre los diferentes subgrupos. Si destacaba la presencia de macroalbuminuria (< 200 mg/dl) en el 50,0% de los pacientes con déficit de vitamina D, y microalbuminuria (20-200 mg/dL) en el 38,5%, frente al 21,4% y 0,0% respectivamente en los

pacientes con insuficiencia. Ninguno de los pacientes con niveles normales de vitamina D presentaba micro o macroalbuminuria. Los sujetos con déficit de vitamina D también presentaban valores de paratohormona intacta media (pg/mL) más altos con una media de $179,6 \pm 100,4$, frente a $138,2 \pm 121,6$ en los enfermos con insuficiencia y $130,0 \pm 51,4$ en los afectados con valores normales. Las mujeres y los diabéticos presentaron valores de vitamina D más bajos. El déficit de 25-OH-vitamina D fue del 76,1% en estadio 3 y 75,0% en estadio 4, siendo el déficit a nivel poblacional del 75,9%. Destacó la escasa presencia de pacientes con valores normales de 25-OH-vitamina D, solamente en 3 episodios, ninguno de ellos en pacientes con estadio 4.

Conclusiones: En la población analizada existe una elevada prevalencia de déficit de vitamina D. Queremos destacar el aumento de esta deficiencia en determinados subgrupos de nuestra población, como en pacientes ancianos, mujeres y diabéticos. Los pacientes con menores valores de vitamina D presentan mayores valores de PTHi y mayor rango de proteinuria. Nuestros resultados nos recuerdan la necesidad de conocer el estatus para la vitamina D de los enfermos con ERC en estadios iniciales para poder intervenir farmacológicamente de forma precoz.

44. MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

J.A. Quintanar Lartundo¹, N. Vada Manzanal²,
R. Palomar Fontanet² y M. Arias Rodríguez²

¹Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

²Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) tienen mayor número de factores de riesgo (FdR) cardiovascular (CV) al compararlos con la población general. La enfermedad CV constituye la causa más importante de morbimortalidad constituyendo, aproximadamente, la mitad de las muertes en estos pacientes. En general, la mortalidad anual por enfermedad CV en enfermos en diálisis peritoneal (DP) es más elevada que en la población general.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de la mortalidad, sus causas y la supervivencia en los pacientes en DP entre los años 2004 y 2013 de la comunidad de Cantabria.

Resultados: En este periodo hubo 325 pacientes incidentes en DP, con una edad media de $60,7 \pm 14,6$ años, siendo el 31,7% mujeres. La naturaleza de la enfermedad de base de la IRC fue: glomerular (28,9%), vascular (26,5%), DM (16%), intersticial (10,5%) y otra etiologías (18,1%). El 38,5% presentaban enfermedad CV, el 26,1% diabetes mellitus, el 17,2% arteriopatía periférica y el 5,9% enfermedad cerebrovascular, con un índice de Charlson de $5,9 \pm 2,6$. La supervivencia (Sv) media en DP fue de 6,8 años (IC95%: 4,4-9,1), con una tasa de Sv al año, 2 años y 5 años del 94,2%, 83% y 61,3%, respectivamente. Comparados con los pacientes menores de 50 años, el resto de grupos, presentan, mediante análisis multivariante, un mayor riesgo de fallecer por cualquier causa. Así mismo, los únicos predictores independientes de mortalidad fueron la edad, la enfermedad de base (en relación con la nefropatía diabética) y la presencia de enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica. Las causas de muerte fueron: cardíaca (33,8%), infecciosa (21%), arteriopatía periférica (10,8%), cerebrovascular (9,6%), neoplasia (7,6%), social (7%), desconocida (5,7%) y abdominal (4,4%).

Conclusiones: Como en la mayoría de las publicaciones los eventos cardiovasculares constituyen la primera causa de mortalidad en nuestra población. Sin embargo, a diferencia de otras series la segunda causa es debida a un proceso infeccioso (bien por peritonitis o a otro nivel), y la tercera, los eventos cerebrovasculares. Cabe mencionar que la presencia de un evento CV al inicio de la diálisis no es un factor independiente de supervivencia.

45. DEMANDA ASISTENCIAL DE URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN

P. Sánchez-Praena Sánchez¹, M.A. Baena López¹
y S. Muñoz Troyano²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Unidad de Urgencias y Polivalentes, Almería. ²UGC Cardiología, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivo: La hipertensión arterial (HTA) constituye una de las afecciones crónicas más frecuentes en la sociedad occidental. La prevalencia oscila en nuestro país entre el 20-30%, en población general, aumentando incluso hasta el 60-70% en mayores de 65 años. Se ha calculado que entre el 1 y el 2% de los hipertensos esenciales presentan en su evolución un episodio de crisis hipertensiva. El 60% de las emergencias hipertensivas se produce en pacientes con hipertensión esencial, en relación con una deficiente atención médica o con el abandono del tratamiento. El objetivo de nuestro estudio es conocer el perfil clínico y demanda asistencial de pacientes con crisis HTA.

Métodos: Estudio descriptivo en un servicio de urgencias durante 3 meses de 151 pacientes atendidos por crisis HTA definida como TAS > 180 y TAD 110 mmHg. Se analizaron características demográficas, prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de tratamiento antihipertensivo previo y destino al alta hospitalaria.

Resultados: El 55% de los sujetos eran mujeres. La edad media fue de $64,4 \pm 10,3$ años. La presencia de factores de riesgo cardiovascular fue la siguiente: dislipemia fue (47%), consumo de tabaco (48%), obesidad (42%) y diabetes (18%). Las cifras medias de TAS fueron de 195 ± 12 mmHg y de TAD de $103,9 \pm 13,4$ mmHg. Un 79% de los pacientes tomaba un tratamiento antihipertensivo previo (la media de fármacos antihipertensivo fue de $1,7 \pm 1,5$). El 84% fueron dados de alta con seguimiento posterior por su médico de Atención Primaria, un 10,3% se derivó a consultas de Nefrología y 5,7% requirió ingreso hospitalario.

Conclusiones: En nuestro medio, el perfil clínico de paciente predominante es hombre con factores de riesgo cardiovascular asociados, siendo los más frecuentes dislipemia, consumo de tabaco y obesidad. La mayoría de los pacientes eran hipertensos conocidos con tratamiento antihipertensivo previo y tan solo un 16% precisó de atención especializada.

46. ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN CUANTO A SI ESTÁN BIEN DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS

P. Sánchez-Praena Sánchez¹, M.A. Baena López¹
y S. Muñoz Troyano²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Unidad de Urgencias y Polivalentes, Almería. ²UGC Cardiología, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una arritmia muy prevalente e importante tanto por los síntomas directos que produce como por los efectos potenciales de tromboembolismo.

Objetivo: Describir los pacientes con FA que acuden al un servicio de urgencias con síntomas compatibles. Valorar su tratamiento profiláctico de tromboembolismo. Revisión de pacientes que acudieron a urgencias por otros motivos y se les detectó una FA. Durante 6 meses. Conocer el número y las características de pacientes con diagnóstico de FA. Demostrar la prevalencia de pacientes que acuden por otro motivo y detectarles esta arritmia.

Métodos: Revisión por historia informática de los pacientes con diagnóstico codificado de FA (sexo, edad, FRCV, presencia o no de insuficiencia cardíaca, ictus previo), valoración del riesgo cardioembólico por escala CHA2DS2-VASc y revisión del tratamiento (correcto o incorrecto).

Resultados: Total de casos 202; 125 diagnosticados previamente. 77 captados (no conocidos previamente). El 51% son mujeres, 90% hipertensos, un 39,1% presentaban insuficiencia cardíaca, y un 8,3% un ictus previo. Sólo un 57% estaban tratados correctamente según la escala CHA2DS2-VASc. Un 35% consultaron por otro motivo y se les detectó la FA.

Conclusiones: Casi la mitad de nuestros pacientes con diagnóstico de FA no están tratados de modo correcto en cuanto a su riesgo cardioembólico. Hay muchos pacientes no diagnosticados y que con un mínimo esfuerzo y concienciación por parte del personal médico y de enfermería se podrían captar.

47. LA VITAMINA D Y EL USO DE CALCIFEDIOL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

M.J. Torres Sánchez y E. Ávila Barranco

Centro de Hemodiálisis Nevada, UGC de Nefrología, Granada.

Objetivo: En los últimos años, se está estudiando la asociación entre niveles de la vitamina D o 25(OH)D y el riesgo vascular que provoca su disminución. Esta vitamina junto con el calcitriol y sus análogos realiza tanto efectos autocrinos como endocrinos en la regulación del metabolismo calcio-fósforo en el paciente con enfermedad renal crónica (ERC). La concentración de la vitamina D suele ser insuficiente o deficiente en los pacientes en hemodiálisis. Existen varias clasificaciones para determinar diferentes grados de déficit: deficiencia < 10, ligero déficit 10-15, normal 15-20, óptimo 20-25, toxicidad >100 ng/ml. Recientes estudios relacionan los niveles < 10 con mayor riesgo de mortalidad; se ha visto que niveles entre 30 y 40 pueden prevenir eventos cardiovasculares e incluso cáncer. Aun así, hay que tener en cuenta que el uso de hidroferol a dosis altas puede provocar efectos adversos siendo uno de los que más limita su uso actualmente la aparición de hipercalcemia. Estudiamos la incidencia de los diferentes grados de déficit vitamínico y su tratamiento con hidroferol en diferentes formas así como la modificación de la calcemia en los pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo con 74 pacientes en hemodiálisis. Se registraron variables demográficas sexo, edad, patologías concomitantes. Se recogieron datos analíticos en 3 momentos durante 7 meses (junio, septiembre y enero) incluyendo niveles de vitD, fósforo, calcio (corregido con albúmina), PTH y datos nutricionales (albúmina). Se registró la toma y forma de administrar el hidroferol. Los datos se analizaron con SPSS15.0 (tablas de contingencia y ANOVA).

Resultados: De los 74 pacientes analizados, el 59,5% eran hombres, con media de edad de $66,1 \pm 15,30$ años y estancia en HD de $53,1 \pm 56,01$ meses. Entre un 55 y 59% de los pacientes estaban con paricalcitol en algún momento del estudio, con cinacalcet entre 20,3-23,6% y con ambos entre 16,2-19,4%. La vitD era de media $15,5 \pm 7,20$, $23,1 \pm 9,23$, $29,4 \pm 8,22$ ng/ml en junio, septiembre y enero respectivamente. La administración de hidroferol subió desde el 19,4% en junio hasta el 27% en enero. La posología mayoritaria fue en forma de gotas post-diálisis (61,5% junio, 73,3% septiembre y 80% enero) seguida de en ampollas (semanal en 30,8% en junio y mensual en 26,7% septiembre y 20% enero). En el análisis comparativo no hubo significación entre los niveles de VitD los diferentes meses y la edad, el tiempo en diálisis y no hubo cambios en los niveles de PTH. No existen cambios significativos de los niveles de VitD con las diferentes formas de administración ni se aprecia aumento significativo de la calcemia con ninguna de las formas de tratamiento. Se vio significación estadística en el aumento de niveles de VitD de junio a septiembre y a enero ($p < 0,05$). Hubo un aumento del porcentaje de VitD >20 ng/ml (25,4% vs 60,8%) de junio a septiembre ($p < 0,05$) tras iniciar el tratamiento.

Conclusiones: El déficit de vitD es importante en la población de HD siendo rango de deficiencia en un importante porcentaje. No se ha visto un aumento significativo del calcio en la población tratada.

Las distintas formas de administración de la vitD consiguen de igual manera aumentar los niveles séricos.

48. FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON SÍNCOPE INEXPLICADO Y BLOQUEO DE RAMA CANDIDATOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS PERMANENTE

N.G. Uribe Heredia, J. Balaguer Recena, S. Moreno Reviriego, J.R. Castro Dorticos, L.G. Piccone Saponara, R. Arroyo Espliguero, S.M. García Ortego, I. Rodríguez Guinea, M.C. Viana Llamas y B. Tarancón Zubimendi

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: En el síncope inexplicado las pruebas no invasivas no logran establecer la causa, siendo necesario realizar un estudio electrofisiológico para determinar el riesgo de desarrollar bloqueo aurículo-ventricular (BAV) de alto grado y decidir el implante de marcapaso permanente. Actualmente se han descrito factores que aumentan el riesgo de BAV en pacientes con bloqueo de rama (historia de síncope y un intervalo His-ventrículo prolongado). El objetivo de este estudio es analizar los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y otras variables clínicas y electrocardiográficas relacionados con el implante de marcapaso en pacientes con síncope inexplicado y bloqueo de rama.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se describieron los FRCV y otras variables clínicas y electrocardiográficas en pacientes con síncope inexplicado y bloqueo de rama que requirieron estudio electrofisiológico durante los años 2012 y 2013. Se recogieron variables demográficas, comorbilidad asociada, parámetros electrocardiográficos. Análisis estadístico con SPSS 18.0. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se comparan mediante el test de χ^2 . Las variables cuantitativas se expresan como medias $\pm$ desviación estándar y se utilizó la t-Student para compararlas. Significación estadística para un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron un total de 76 pacientes. La edad media fue de $73,45 \pm 11,9$ años; el 76,3% fueron varones, el 55,3% presentaba bloqueo completo de rama derecha y el 42,1% bloqueo AV de 1º grado. De los pacientes a quienes se les implantó un marcapaso el 78,6% tenía hipertensión arterial (HTA), 14,3% diabetes mellitus, 64,3% obesidad, 64,3% dislipemia, 7,5% cardiopatía isquémica, 64,3% bloqueo AV de 1º grado, 16,7% disfunción ventricular, 7,1% tenía insuficiencia renal, 71,4% BCRD y 57,1% bloqueo bifascicular. La dislipemia, bloqueo AV 1º grado y bloqueo bifascicular se asoció significativamente a la necesidad de implante de marcapasos permanente ($p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestro laboratorio el 36,8% de los pacientes requirió el implante de marcapasos permanente. Los factores que se relacionaron significativamente con el implante del dispositivo fueron la dislipemia, bloqueo AV de 1º grado y el bloqueo bifascicular.

49. DIAGNÓSTICO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROZIGOTA MEDIANTE CRIBADO ANALÍTICO DE NIVELES ALTOS DE LDL-C

A. Espino Montoro¹, M.C. González Fernández², F. Villalba Alcalá³, C. Gálvez Beaterio³, F. Lolo³ y A.B. Romero Cañadillas⁴

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla. ²Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla. ³Centro de Salud de Osuna, Osuna, Sevilla. ⁴Servicio de Especialidades, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla.

Objetivo: La hipercolesterolemia familiar heterozigota (HFH) es el trastorno genético, dominante, más frecuente asociado con enfermedad coronaria prematura (ECP) y constituye un importante problema de salud pública. Cursa con niveles plasmáticos elevados de colesterol total y LDL-c, xantomas, xantelasmas, arco corneal y eventos vascular-

res a edades jóvenes. Su prevalencia es de 1 caso por cada 250-300 habitantes. Una detección precoz de la enfermedad puede conllevar a una disminución importante del riesgo y de la mortalidad cardiovascular siendo una de las estrategias más coste-efectiva.

Métodos: Se analizaron los datos de colesterol, HDL, LDL y TG según la base de datos obtenida del laboratorio de Ntra. Sra. de la Merced de Osuna correspondientes al primer semestre del año 2015. Debido a que muchos de los pacientes con HFH están sin diagnóstico ni tratamiento, el objetivo del estudio fue detectar, a partir de un cribado analítico, selectivo y oportunista, obtenido del laboratorio, a enfermos con niveles de LDL-c ≥ 250 mg/d que pudieran estar afectados HFH. Se excluyeron a los que tenían > 60 años, cirrosis hepática, embarazo, hipotiroidismo mal controlado, neoplasias, síndrome nefrótico y tratamiento con anticonvulsivantes y/o corticoides. Una vez detectado al paciente de forma retrospectiva se obtuvo datos de su historia clínica en relación a otros factores de riesgo vascular y si había sufrido algún evento vascular.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes con una edad media de $50,7 \pm 9,8$ años. De ellos 58,1% eran varones y un 41,9% mujeres. El 16,1% de ellos eran diabéticos tipo 2 y el 35,5% eran hipertensos. Hubo 6 eventos vasculares en la muestra estudiada lo que supone un 19,4% y se distribuyó de la siguiente forma: 3 ictus, 2 IAM con colocación de stent y 1 arteriopatía periférica y sólo 1 de ellos tenía el diagnóstico de HFH sin tratamiento. Los pacientes hipertensos y diabéticos tuvieron las cifras más elevadas de CT, TG y LDL-c. A pesar de que los pacientes con eventos vasculares estaban en tratamiento con hipolipemiantes, ninguno de ellos alcanzó objetivos terapéuticos. El diagnóstico de HFH fue probable en todos pacientes y sólo en 3 se obtuvo el diagnóstico de certeza. No hubo correlación entre niveles de LDL-c y edad de los pacientes.

Conclusiones: El control óptimo de los niveles de LDL-c en estos pacientes no es bueno. Solo se diagnosticó a menos del 10% la enfermedad con certeza a pesar de que todos los pacientes tenían alta probabilidad de tener la enfermedad. Hemos detectado un menor número de eventos vasculares en la muestra ya que sólo estaba afecto aproximadamente un 20%, de todas maneras es una cifra muy elevada. Creemos que esta forma nueva de cribado puede ayudar al diagnóstico de la HFH.

corporal (IMC) $28,6 (4,5)$ kg/m², 12,1% diabetes mellitus, PA basal $150,5 (20,3)/83 (11,3)$ mmHg. El tiempo medio hasta alcanzar el buen control tensional fue de 249 días (mediana 49 días). Los pacientes con mayor demora en el control tensional (último tercil; ≥ 125 días) presentaron significativamente una PA media más elevada en el momento del diagnóstico, son en su mayoría varones, de más edad y con un IMC más alto, comparados con los otros terciles ($p < 0,001$). El tiempo medio de seguimiento fue de 8,74 años. La demora en el control tensional se asoció significativamente a un incremento ajustado de la mortalidad global y a incidencia de eventos cardiovasculares (OR: 1,20, IC95%: 1,11-1,33).

Conclusiones: En condiciones de práctica clínica real, el tiempo medio necesario para lograr un buen control tensional en > 60 años supera los 8 meses. Un tercio de los pacientes necesitan más de 4 meses hasta controlar la PA tras el diagnóstico. El retraso en el control tensional es superior en los hipertensos que precisarían de un control más precoz por su mayor riesgo cardiovascular (hombreres, de más edad, con mayor IMC y con PA basales más elevadas). Además, la demora en el control tras el diagnóstico de hipertensión se asocia a una mayor incidencia de eventos cardiovasculares y a la mortalidad global.

50. LA DEMORA DEL CONTROL TENSIONAL TRAS EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD EN LA CIUDAD DE BARCELONA

E. Vinyoles¹, M. Martín¹, J.Real², M.A. Muñoz², J.L. del Val², J.M. Verdú², N. Soldevila¹, M. Domingo² y X. Mundet²

¹CAP La Mina, Universitat de Barcelona, Barcelona. ²Grup de Recerca Cardiovascular (GREC) de Barcelona, Institut Català de la Salut, Barcelona.

Objetivo: Describir el tiempo hasta lograr un buen control de presión arterial (PA) tras el diagnóstico de hipertensión en condiciones de práctica clínica real y evaluar la asociación entre tiempo de mal control tensional, morbilidad cardiovascular y mortalidad global.

Métodos: Cohorte retrospectiva de nuevos diagnósticos de hipertensión entre los años 2007-2012 en sujetos > 60 años, sin enfermedad vascular asociada, atendidos en atención primaria de Barcelona, según la base de datos de la historia clínica electrónica del Institut Català de la Salut. Descripción del tiempo entre diagnóstico de hipertensión y óptimo control (primera PA < 140/90 mmHg), las variables asociadas a la demora en el control y la asociación con la variable compuesta por morbilidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas. Se ajustaron modelos de regresión logística usando como variable respuesta estar en el último tercil de demora.

Resultados: Inclusión de 18.721 pacientes con nuevo diagnóstico de hipertensión, edad $71,6 (DE 7,8)$, 56,8% mujeres, índice de masa