

Estratificación de riesgo

163. TRATAMIENTO DEL COLESTEROL EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Bartolomé Resano¹, B. Ali Ali¹ y F.J. Bartolomé Resano²

¹Centro de Salud Rochapea, Pamplona. ²Centro de Salud Villava, Villava.

Objetivo: Conocer la adecuación del tratamiento de los pacientes con colesterol elevado y de aquellos con riesgo cardiovascular, según las guías recomendadas en nuestro medio (ESC/EAS 2011, semFYC 2012, consenso español de mayores de 80 años 2014, consenso español Hipercolesterolemia familiar 2015).

Métodos: Un cupo de 1.550 pacientes. Centro de salud urbano de Atención Primaria (AP). Criterios de inclusión: hiperlipidemia (HLP), diabetes mellitus (DM), enfermedad renal crónica (ERC), evento cardiovascular (ECV) o arteriopatía periférica. Criterios de exclusión: diagnóstico incorrecto, no seguimiento en 2 años, no seguimiento en AP, LDL no directo si hipertrigliceridemia. De 428 casos, cumplían 379.

Resultados: Prevención: primaria = 80,5%, secundaria = 19,5%. Riesgo muy alto [ECV, DM con LOD o factores de riesgo cardiovascular (FRCV), SCORE \geq 10%, FG < 30 ml/min], objetivo LDL < 70: 110 casos (29%); LDL (mg/ml): x = 94,5, s = 29,3; Cumplen: 41,8% (incluye 3,6% > 80 años deteriorados); potencia recomendada reducción LDL de 50%: 30%. Riesgo alto [DM sin LOD ni FRCV, FG 30-60 ml/min, SCORE 5-9%], objetivo LDL < 100: 44 casos (11,6%); LDL (mg/ml): x = 120, s = 32; Cumplen: 56,8% (incluye 6,8% > 80 años deteriorados); potencia recomendada reducción LDL de 30%:

43,5%. Nadie con Hipercolesterolemia familiar (HF). Riesgo moderado [SCORE 1-4%], objetivo LDL < 115: 143 casos (37,7%); LDL (mg/ml): $x = 144,5$, $s = 31,9$; Cumplen: 31,5%. Riesgo bajo [SCORE < 1%], tratamiento si LDL > 190, no hay objetivo: 68 casos (18%); LDL (mg/ml): $x = 149,5$, $s = 39,5$; Cumplen: 92,6%. Riesgo no calculable [> 75 años en prevención primaria sin modificadores de riesgo], extrapolamos tratamiento si LDL > 190: 14 casos (3,7%); LDL (mg/ml): $x = 130,4$, $s = 31,1$; Cumplen: 100% (todos con fármacos). Cribado Hipercolesterolemia familiar (HF): LDL calculado al aproximado valor real según potencia terapéutica, en riesgo moderado o bajo (porque objetivo LDL bajaría a 100): 211 casos (55,6%); LDL ≥ 220 en 11,4% (probable); LDL ≥ 190 en 24,6% (posible). Se recomendaría aplicar criterios Med-Ped por si son HF. Interesaría también en el resto, por beneficio familiar, pero no cambiaría objetivo. Se había aplicado Med-Ped en 9,4% casos y derivado 2 casos con test genético negativo.

Conclusiones: En riesgo muy alto empleamos fármacos potentes aunque deberíamos ser más agresivos. Nos quedamos en 100 de LDL, recomendación de guías anteriores. En Riesgo alto, sin EVC no estamos convencidos del 100 de LDL y nos conformamos con 130, recomendación de guías anteriores, a pesar de SCORE $\geq 5\%$. En Riesgo moderado no creemos el 115 de LDL. Influye mucho la variabilidad, de 1 a 4% de SCORE, pero nos conformamos con 140, que es el que marca el laboratorio como normal. La analítica suelen hacer anual y quizás los revisamos menos. Evaluamos poco si presentan hipercolesterolemia familiar, ya que es difícil una vez que están ya tratados, pero sería interesante intentar aplicar más el protocolo intentando encontrar en la historia el LDL original. No habría que olvidarlo en nuevos casos. En conclusión, 3 años después no hemos interiorizado las guías. El cambio de recomendaciones no ayuda, para cuando nos acostumbramos a una ya ha salido otra. Consideramos que las cifras superan a las apreciadas en algún otro estudio observacional, pero vemos que hay margen de mejora en la potencia del tratamiento, sobre todo en los de mayor riesgo.

164. LA HTA COMO PREDICTOR DE RIESGO EN ESCALA PARA NSTEMI

E. Capín Sampedro¹, J.M. Fernández Rodríguez², A. Fidalgo García¹, L. Martínez Fernández¹ y L. Junquera Vega¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas de Narcea.

Introducción y objetivo: Analizar las características clínicas, biomarcadores séricos, clasificación funcional, repercusión hemodinámica, tratamiento, pronóstico, complicaciones y mortalidad en una cohorte de pacientes con SCASEST ingresados en la UCI y compararlos con los de la cohorte de pacientes con SCASEST admitidos en una unidad de hospitalización.

Métodos: Análisis descriptivo de 1.380 pacientes diagnosticados de S.C.A 1 enero 2013-31 diciembre de 2014, divididos en 2 grupos de estudio (pacientes ingresados en la UCI y los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización). Los pacientes fueron indexados según 2 escalas de riesgo (TIMI y GRACE). Parámetros en la admisión: edad, sexo, FRCV historia previa de IC, Clase Killip, ictus, descenso del segmento ST T negativas en el ECG, revascularización coronaria previa, elevación de marcador, s hallazgos ecocardiográficos, biomarcadores séricos en Dx.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con SCASEST admitidos en la UCC/UCI, resultaron ser más jóvenes, presentan FRCV (HTA, DM, dislipemia) con más frecuencia y se clasificaron como alto riesgo de acuerdo a las escalas GRACE y TIMI. Estos pacientes presentan inestabilidad hemodinámica y el aumento de ciertos biomarcadores séricos, como la troponina T. A pesar de todo, no hubo diferencias significativas en la mortalidad. La aplicación sistemática de escalas de riesgo puede ayudarnos al manejo

individual de cada paciente para ofrecerle la mejor terapéutica disponible.

165. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

S. Cinza Sanjurjo¹, G.C. Rodríguez Roca², J.A. Fernández Moreno³, M.J. Hidalgo Fajardo⁴, A.M. Ballesteros Pérez⁵, D.J. Rubira López⁶, J. de Nicolás Jiménez⁷, M.C. Zuluaga Zuluaga⁸, M.A. María Tablado⁹ y A. Garriz Aguirre¹⁰

¹Centro de Salud Porto do Son, Porto do Son. ²Centro de Salud Puebla de Montalbán, Toledo. ³Centro de Salud Órdenes, EOXI Santiago de Compostela. ⁴Centro de Salud San Miguel, Málaga. ⁵Centro de Salud Los Dolores-Cartagena, Murcia. ⁶Centro de Salud Cieza-Oeste, Murcia. ⁷Centro de Salud Trujillo (Consultorio Local de Jaraicejo), Cáceres. ⁸Centro de Salud Ramón y Cajal, Madrid. ⁹Centro de Salud Perales de Tajuña, Madrid. ¹⁰Sector III de Getafe, Madrid.

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. Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

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. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se estima que la población global alcance los 15.000 individuos. Se presentan las características basales del segundo corte (n = 2.281).

Resultados: La edad media de los sujetos incluidos es $58,6 \pm 14,6$ años, y el 56,0% mujeres. El 53,5% vive en un hábitat urbano, y el 58,0% tiene estudios primarios. El 51,8% tienen dislipemia, el 29,5% tienen obesidad abdominal, el 46,9% hipertensión arterial, el 29,7% no practica ningún ejercicio físico, el 18,4% tienen diabetes, y el 18,4% son fumadores activos. El 7,9% tienen antecedentes de cardiopatía isquémica, el 5,6% un filtrado glomerular (MDRD) < 60 ml/min, el 4,5% de ictus, el 4,3% de fibrilación auricular y el 3,0% de insuficiencia cardíaca.

Conclusiones: A pesar de que la población atendida en Atención Primaria es relativamente joven, la prevalencia de factores de riesgo es muy elevada, lo que tendrá un impacto importante en el desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular.

166. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

S. Cinza Sanjurjo¹, F. Carramiñana Barrera², A.P. Martínez Barseló³, B. Jiménez Muñoz⁴, J.M. López Campos⁵, M.L. Jorge Gómez⁶, M.J. Gómez González⁷, A. Domínguez Requena⁸, R. Alberola⁸ y J.I. Esturo Alcané⁹

¹Centro de Salud Porto do Son, EOXI Santiago de Compostela. ²Centro de Salud de San Roque, Badajoz. ³Centro de Salud Hija, Aragón. ⁴EAP Sardenya, Barcelona. ⁵Centro de Salud Ribeira, EOXI Santiago de Compostela. ⁶Centro de Salud Silleda, EOXI Pontevedra. ⁷Centro de Salud Garrucha, Almería. ⁸Centro de Salud Parador de las Hortichuelas, Granada. ⁹UGC Montealegre, Cádiz.

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. Los objetivos ge-

nerales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

Métodos: En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Se definió la prevención secundaria como la existencia de enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, retinopatía, enfermedad cerebrovascular, y arteriopatía periférica) en los pacientes ($n = 2.281$).

Resultados: El 18,6% de los pacientes tenían antecedentes cardiovasculares. Entre ellos, fue más frecuente la obesidad abdominal (33,6% vs 28,8%, $p = 0,0054$), HTA (63,7% vs 43,2%, $p < 0,0001$), dislipemia (63,4% vs 49,3%, $p < 0,0001$) y la DMt2 (27% vs 16,4%, $p < 0,0001$). La HTA estaba igualmente controlada en ambos grupos ($p = 0,082$), la dislipemia mejor controlada en pacientes en prevención secundaria (74,8% vs 43,2%, $p < 0,0001$) y la DM peor controlada (14,5% vs 7,7%, $p < 0,0001$). Los pacientes eran más sedentarios (38,6% vs 28,0%). El 42,4% tenían cardiopatía isquémica, el 24,2% ictus, el 16,3% insuficiencia cardíaca y el 19,1% enfermedad arterial periférica. La calidad de vida percibida por el cuestionario EQ-5 fue menor en pacientes de prevención secundaria (1,6% vs 3,5%, $p = 0,05$).

Conclusiones: Casi una quinta parte de los pacientes consultados en AP son pacientes en prevención secundaria, con mayor prevalencia de FRCV, mal control principalmente de los diabéticos y peor calidad de vida percibida.

167. DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN FUNCIÓN DEL NIVEL ASISTENCIAL

E. Davín Carrero¹, A. Jiménez Rodríguez², P.J. Labrador Gómez¹, E. Martínez², M. Jiménez Herrero¹, S. Polanco Candelario¹, L. Piquero Calleja¹, S. González Sanchidrián¹, J.P. Marín Álvarez¹ y J.R. Gómez-Martino Arroyo¹

¹Servicio de Nefrología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

²Centro de Salud Zona Centro, Cáceres.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España. Uno de los principales problemas asociados a las enfermedades cardiovasculares es la falta de cumplimiento terapéutico que podría estar relacionada con la baja percepción de riesgo.

Objetivo: Valorar la percepción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos atendidos en atención primaria y especializada y la concordancia de éste con el real.

Métodos: Estudio transversal realizado en pacientes que acudieron a consulta de atención primaria del centro de salud Zona Centro y consulta de hipertensión arterial de nefrología de Cáceres. Los criterios de inclusión fueron edad mayor de 18 años, con control analítico reciente y que aceptaron participar en el estudio. Se recogieron los factores de riesgo de acuerdo con las guías europeas de hipertensión de 2013, se estratificó el riesgo de acuerdo a las mismas. El riesgo percibido se obtuvo de forma directa preguntando al paciente sobre la probabilidad de presentar un evento cardiovascular en los próximos diez años.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes de atención primaria y 50 de especializada. La edad media fue de $66 \pm 13,3$ años. El 53,5% eran varones, el 14,1% eran fumadores y 21,2% exfumadores, 78% dislipémicos, 28% diabéticos, 50% habían presentado un evento cardiovascular previo. El riesgo cardiovascular calculado fue bajo en el 12,1%, moderado en el 15,2%, alto en el 21,2% y muy alto en el 51,5%. El riesgo cardiovascular percibido fue bajo en el 39,8%, moderado en el 37,8%, alto en el 20,4% y muy alto en el 2%. La concordancia entre el riesgo real y el percibido se obtuvo en el 17,3% de los casos. El 70,4% de los pacientes subestimaron su riesgo real mientras que el 12,2% lo sobrestimó. En los pacientes con ries-

go real bajo su percepción era coincidente en el 50% de los casos. Cuando el riesgo era moderado la coincidencia fue del 33,3%. En los de riesgo alto bajó al 28,6%. Mientras que ningún paciente con riesgo muy alto lo percibía como tal. La diferencia entre el riesgo percibido y el real fue de $-1,3 \pm 1,4$ niveles de riesgo. En atención primaria fue de -2 ± 1 y en especializada $-0,5 \pm 1,3$, $p < 0,001$.

Conclusiones: La percepción del riesgo cardiovascular es inferior al riesgo real. Esta percepción es menor a medida que el riesgo cardiovascular real es mayor. Existen diferencias en la percepción del riesgo cardiovascular en función del nivel asistencial.

168. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA HIPOTENSIÓN EN LOS SUJETOS HIPERTENSOS TRATADOS. PRESCAP 2010

J.A. División Garrote¹, S.M. Velilla Zancada², F.J. Alonso Moreno³, M.A. Prieto Díaz⁴, J.L. Llisterra Caro⁵, F. Molina Escrivano⁶, R. Genique Martínez⁷, M. Larre Muñoz⁸, A. Galgo Nafria⁹ y E. Klusova¹⁰

¹Centro de Salud Casas Ibáñez, Consultorio de Fuentealbilla,

Albacete. ²Centro de Salud Ancín, Navarra. ³Centro de Salud

Sillera, Toledo. ⁴Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo.

⁵Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ⁶Centro de

Salud Casas Ibáñez, Valencia. ⁷CAP Sant Carles de la Ràpita,

Tarragona. ⁸Servicio de Urgencias, Hospital Dr. Peset, Valencia.

⁹Centro de Salud Espronceda, Madrid. ¹⁰Servicio de Urgencias,

Hospital Universitario Can Misses, Ibiza.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados con la hipotensión en los sujetos con hipertensión arterial (HTA) tratada atendidos en atención primaria.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico. Se seleccionaron 12961 sujetos de ambos sexos de más de 18 años diagnosticados de HTA que seguían un tratamiento farmacológico antihipertensivo desde al menos tres meses antes de su inclusión en el estudio. Se incluyeron variables referentes a la edad, al sexo, a factores de riesgo cardiovascular asociados, a presencia de lesión de órgano diana o a otras enfermedades cardiovasculares conocidas. Se consideró que un individuo presentaba hipotensión cuando la presión arterial sistólica (PAS) era < 110 mmHg y/o la presión arterial diastólica (PAD) < 70 mmHg; presión arterial (PA) controlada cuando tenía la PAS entre 110-139 mmHg y la PAD entre 70-89 mmHg y PA mal controlada cuando la PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg.

Resultados: La edad media de la población ha sido de $66,2 \pm 11,4$ años. Un 51,7% eran mujeres. La antigüedad de la HTA era de 9,1 años de media (DE: 6,7). La PA media fue de $135,8 \pm 14,4/79,2 \pm 9,4$ mmHg. El 13,1% (IC95%: 12,4-13,6) de los individuos presentaban hipotensión. Un 12,4% de ellos tenía una PAS baja, un 95% una PAD baja y un 7,4% ambas. El 50,2% de los pacientes tenía PA bien controlada (IC95%: 49,4-51,04) y un 36,7% estaban mal controlados (IC95%: 35,9-37,5). La PA media fue de $126,2 \pm 14,9/64,1 \pm 4,5$ mmHg en los individuos hipotensos; de $128,5 \pm 7/78,2 \pm 5,3$ mmHg en los controlados y de $149,3 \pm 11,7/85,9 \pm 8,2$ mmHg en los hipertensos mal controlados. Se ha realizado un análisis multivariante para conocer qué variables se asociaban con la hipotensión de manera independiente. Estas han resultado ser el tratamiento con tres o más fármacos (HR: 1,39; $p < 0,001$); el antecedente de enfermedad cardiovascular (HR: 1,39; $p < 0,001$); la insuficiencia renal crónica (HR: 1,20; $p = 0,003$); la diabetes (HR: 1,15; $p = 0,042$); la edad (HR: 1,05; $p < 0,001$); el sedentarismo (HR: 0,77; $p < 0,001$) y la obesidad (HR: 0,71; $p < 0,001$).

Conclusiones: La hipotensión se asocia de manera independiente con tres o más fármacos, el antecedente de enfermedad cardiovascular, la insuficiencia renal crónica, la diabetes y la edad. El sedentarismo y la obesidad parecen ser factores protectores de la misma.

169. ¿A PARTIR DE QUÉ NIVELES DE 25 OH VITAMINA D SE INCREMENTA LA MORTALIDAD GENERAL Y CARDIOVASCULAR, LA HOSPITALIZACIÓN Y LA PROGRESIÓN RENAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA? ANÁLISIS POST HOC DEL ESTUDIO OSERCE2

M. González Moya, M. Montomoli, B. Vizcaíno Castillo, I. Sanchis Muñoz, C. Castro Alonso, V. Escudero Quesada, J. Pantoja Pérez, P. Molina Vila, L.M. Pallardo Mateu y J.L. Gorriz

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

Objetivo: Basándose en los niveles de 25-hidroxivitamina D [25(OH)D] necesarios para frenar la secreción de hormona paratiroidea, las guías clínicas definen los niveles óptimos de vitamina D en 25(OH)D \geq 30 ng/ml. Conscientes de las debilidades de esta recomendación y del impacto negativo que puede tener la reposición excesiva de vitamina D en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), realizamos un análisis *post hoc* del estudio OSERCE2 con el objetivo de investigar el nivel de 25(OH)D óptimo en los pacientes con ERC, de acuerdo a su capacidad predictiva en la supervivencia, la progresión renal y la hospitalización de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó 470 pacientes con ERC estadio 3-5 no en diálisis, sin tratamiento con vitamina D activa, de manera que los niveles de 25(OH)D reflejaban realmente el grado de exposición a la vitamina D. Basalmente se realizó una determinación analítica centralizada que incluía 25(OH)D entre otros parámetros. Los pacientes fueron clasificados en 3 grupos según los niveles de 25(OH)D: $<$ 20, 21-29 y \geq 30 ng/ml. Se recogieron prospectivamente durante 3 años los episodios de muerte, progresión renal y hospitalización. El análisis multivariante se realizó mediante regresión de Cox, considerando el grupo con 25(OH)D 21-29 ng/ml como el grupo de referencia. Mediante curvas ROC se identificaron los niveles de 25(OH) con mayor riesgo de aparición de eventos.

Resultados: La proporción de pacientes con 25(OH)D $<$ 20, 21-29 y \geq 30 ng/ml fue del 53%, 33%, y 14%, respectivamente. Durante la evolución (media, 29 \pm 12 meses), 46 (10%) pacientes fallecieron, 156 (33%) presentaron progresión renal, y 126 (27%) fueron hospitalizados. Tras múltiples ajustes, 25(OH)D $<$ 20 se asoció de manera independiente con la mortalidad por cualquier causa [HR = 2,327 (IC95%: 1,102-4,912); $p = 0,027$] y la progresión renal [HR = 2,456 (IC95%: 1,628-3,706); $p < 0,001$], mientras que el grupo con 25(OH)D \geq 30 ng/ml presentó la misma aparición de eventos que el grupo de referencia [25(OH)D 21-29 ng/ml]. Las curvas ROC definieron los niveles de 25(OH)D con mayor riesgo de muerte, progresión renal y hospitalización en 17,4 ng/ml [AUC = 0,600 (IC95%: 0,515-0,685); $p = 0,027$], 18,6 ng/ml [AUC = 0,652 (IC95%: 0,599-0,705); $p < 0,001$], y 19,0 ng/ml [AUC = 0,560 (IC95%: 0,499-0,620); $p = 0,048$], respectivamente.

Conclusiones: Los niveles de 25(OH) $<$ 20 ng/ml fueron un predictor independiente de mortalidad y progresión renal en pacientes con ERC estadios 3-5, sin observarse beneficios adicionales en aquellos pacientes con niveles de 25(OH)D considerados como óptimos por las guías clínicas. Estos resultados, en ausencia de ensayos clínicos, sugieren que los niveles de 25(OH)D \geq 20 podrían ser suficientes para los pacientes con ERC no en diálisis.

170. EL DEPÓSITO DE GRASA ABDOMINAL COMO MARCADOR DE PROGRESIÓN RENAL Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO EN DIÁLISIS

B. Vizcaíno Castillo, M. Montomoli, M. González Moya, I. Sanchis Muñoz, C. Castro Alonso, J. Pantoja Pérez, V. Escudero Quesada, P. Molina Vila, L.M. Pallardo Mateu y J.L. Gorriz

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

Objetivo: Mientras que la obesidad paradójicamente parece ser protectora en la ERC, se desconoce el impacto pronóstico que tiene la distribución de la grasa en esta población. El objetivo de este estudio fue analizar el valor predictivo del depósito de grasa abdominal en la supervivencia, hospitalización y progresión renal en pacientes con ERC no en diálisis.

Métodos: Se estudiaron 677 sujetos con ERC3-5 no en diálisis incluidos en el estudio OSERCE-2 (estudio prospectivo, observacional a 3 años) con IMC $>$ 18,5 kg/m². El depósito de grasa abdominal se estimó mediante el perímetro abdominal (PA) y el índice de co-nicidad (iC), que estima la acumulación de grasa en el abdomen basándose en el PA ajustado por talla y peso. El objetivo primario fue la mortalidad mientras que los secundarios fueron el tiempo hasta el primer ingreso y la progresión renal.

Resultados: El PA mostró mayor correlación con el IMC ($R^2 = 0,602$; $p < 0,001$) que el iC ($R^2 = 0,078$; $p < 0,001$). Durante el seguimiento [mediana:35 (RIQ: 19-36) meses] aparecieron 66 muertes (10%). Tras ajustar por edad, comorbilidad, presión arterial, filtrado glomerular, y niveles de vitamina D, albúmina, fósforo y hemoglobina, los pacientes con un iC en el tercil inferior (HR: 3,457, IC95%: 1,616-7,394, $p = 0,001$) y superior (HR: 2,130, IC95%: 1,083-4,189, $p = 0,029$) presentaron mayor mortalidad que el grupo del tercil intermedio. Por el contrario, el IMC no predijo la supervivencia, mientras que paradójicamente los pacientes con mayor PA presentaron mayor supervivencia. Ninguno de los tres índices predijeron hospitalización o progresión renal.

Conclusiones: La alta correlación de PA con IMC dificulta aislar el valor añadido del PA en el pronóstico de los pacientes con ERC. La mayor acumulación de grasa abdominal estimado con el iC parece tener un impacto negativo en la supervivencia en pacientes con ERC no en diálisis, apoyando la idea de que es la distribución de la grasa abdominal, y no el IMC o la masa grasa la que tiene consecuencias sobre la evolución del paciente.

171. RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

G.L. Ramos¹, P. Vicente Prieto¹, C.M. Becerro Muñoz¹, M.A. Iglesias Salgado¹ y J. Palomo del Arco²

¹Centro de Salud Miguel Armijo Moreno, Salamanca. ²Centro de Salud Guijuelo, Guijuelo.

Objetivo: Determinar el número de pacientes que tienen entre sus diagnósticos deterioro cognitivo, demencia o enfermedad de Alzheimer en la historia de Atención Primaria. Revisar si éstos pacientes tienen instaurado un plan terapéutico para dicha enfermedad. Calcular el riesgo cardiovascular de dichos pacientes. Se realiza refuerzo de actitudes terapéuticas y cambios en estilo de vida en pacientes con riesgo elevado.

Métodos: De un total de 1.471 pacientes de un cupo de Atención Primaria, 608 hombres y 853 mujeres, el 1,2% presentan deterioro cognitivo. De ellos, el 61,11% son mujeres. La edad media de la población estudiada fue de 82,56 años. Se ha tomado en cuenta el riesgo cardiovascular de los pacientes, calculado mediante SCORE. Revisamos si estos pacientes están siguiendo tratamiento farmacológico para su demencia.

Resultados: El 27,78% de los pacientes con diagnóstico de demencia están siguiendo tratamiento farmacológico para el control de esta patología. Del 72,78% restante que no sigue tratamiento, el 84,61% presentan deterioro cognitivo leve. El 15,39% restante presentan mala tolerancia al mismo y ha sido suspendido. Todos los pacientes que tienen instaurado tratamiento antidemencia han sido valorados en el Servicio de Neurología. El riesgo cardiovascular medio de nuestros pacientes con deterioro cognitivo es del 3%. El 11,11% de los pacientes presenta un riesgo elevado.

Conclusiones: Los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares pueden conducir a un declive del funcionamiento cerebral. El baremo SCORE permite estimar el riesgo a 10 años de la primera complicación aterosclerótica letal (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, cualquier complicación arterial periférica o muerte súbita) en función de los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, tabaquismo, presión arterial sistólica y colesterol total. Las tablas para cálculo de riesgo cardiovascular incluyen a pacientes de hasta 65 años. La edad media del grupo estudiado está por encima de los 82 años. Dado que en la actualidad no existen herramientas validadas para pacientes ancianos, decidimos aplicarlas asumiendo que podrían tener menor rendimiento en este grupo poblacional y sólo por el interés desde el punto de vista clínico, de calcular el riesgo de muerte cardiovascular con una perspectiva de 10 años en la población asintomática sin vincular esto a la toma de decisiones terapéuticas y sólo motivar al paciente a aplicar o intensificar ciertas intervenciones preventivas o terapéuticas.

172. ¿SOLO SE TRATA DE HIPERURICEMIA?

A. Arias Ateuje, D. Mena Baño, A.I. Martínez Asensio, M. Bandrés Minguenza y A. Guardia Riera

ABS Santa Eulàlia Sud, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivo: Detectar la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular, de enfermedades cardiovasculares y de las secundarias a hiperuricemia en pacientes con dicha patología. A su vez identificar los fármacos de mayor uso en el grupo de pacientes con diagnóstico de hiperuricemia.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en un ABS urbano con evaluación a fecha 15 noviembre 2015. Los datos se obtuvieron del listado de pacientes con codificación informática de diagnóstico Hiperuricemia (n = 602 pacientes). Variables: edad, diagnósticos: FRCV principales (hipertensión (HTA), dislipemia (DL), diabetes (DM2), tabaquismo), obesidad, gota, litiasis, enfermedad cardíaca y vascular (fibrilación auricular (ACXFA), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), insuficiencia renal crónica (IRC), arteriopatía periférica (AP). Datos analíticos (ácido

úrico, glicemia, colesterol HDL, LDL y triglicéridos (TG), cociente albúmina/creatinina). Tratamientos farmacológicos.

Resultados: N = 602. Edad media 69,7 (DT = 13,9). Prevalencia: 1. FRCV principales (HTA (82,2%), DL (73,4%), DM2 (30,6%), tabaco (10,5%), obesidad (43,2%). 2. Enfermedad secundaria a hiperuricemia: gota (15,9%), litiasis (4,2%). 3. Enfermedad cardíaca y vascular: ACXFA (11,5%), CI (11,3%), IC (9,3%), IRC (30,9%), AP (7,4%). Registro datos analíticos: ác. úrico < 7 mg/dl (60,2%), cociente albúmina/creatinina > 30 (18,7%), glicemia > 100 (46,2%), colesterol HDL < 50 (46,4%), TG > 150 (35,8%). Prevalencia estimada de síndrome metabólico (en más de 1/3 pacientes). Tratamientos más prescritos: diuréticos (53,8%), estatinas (42,9%), antidiabéticos orales (20,4%), alopurinol (21,2%), antiagregantes (20,9%).

Conclusiones: Los pacientes con hiperuricemia se relacionan con una mayor prevalencia de riesgo y morbilidad cardiovascular, aspecto que condiciona que entre sus tratamientos asociados se encuentren de forma frecuente fármacos que a su vez pueden ser posibles inductores de un aumento de los niveles de ácido úrico.

173. VALORACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN POBLACIÓN EXTREMEÑA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

S.J. Polanco Candelario

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: Los trastornos del perfil lipídico son el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en la población general. El tratamiento de la dislipemia reduciendo la concentración sérica del colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL-c) con estatinas es una de las estrategias fundamentales en la prevención cardiovascular. Las guías para el manejo de la dislipemia han ido modificando a medida que han aparecido nuevas evidencias los objetivos a alcanzar del LDL-c. Incluso, las nuevas recomendaciones terapéuticas de las guías americanas no se basan en la consecución de un objetivo concreto sino en el empleo de estatinas más o menos potentes en función del riesgo.

Objetivo: Nuestro objetivo ha sido valorar los niveles medios de los parámetros del perfil lipídico en la población extremeña atendida en Atención Primaria.

Métodos: Recogimos todos los controles bioquímicos solicitados desde Atención Primaria en el Área de Salud de Cáceres entre 2010 y 2014.

Resultados: Se analizaron 304.523 analíticas procedentes de Atención Primaria entre 2010 y 2015. El porcentaje de pacientes con LDL-c < 100 mg/dL pasó del 26,5% en 2010 al 42,6% en 2014, p < 0,001. El porcentaje de pacientes con LDL-c < 70 mg/dL pasó del 4,7% en 2010 al 11,2% en 2014, p < 0,001 (tabla).

Conclusiones: En los últimos cinco años se ha producido una mejora significativa en el perfil lipídico de la población extremeña. Se

	Colesterol total	HDL-c	Colesterol no-HDL	LDL-c	Triglicéridos
2010	n = 58,342 (198,3 ± 38,9)	n = 51,782 (54,6 ± 14,8)	n = 51,782 (144,5 ± 37,9)	n = 51,313 (121,5 ± 33,4)	n = 58,342 (114,8 ± 75,9)
2011	n = 60,849 (196,4 ± 39,1)	n = 53,513 (56,7 ± 15,3)	n = 53,513 (140,6 ± 37,8)	n = 53,022 (117,9 ± 33,4)	n = 60,849 (113,5 ± 78,2)
2012	n = 60,331 (194,4 ± 38,4)	n = 52,583 (57,3 ± 15,3)	n = 52,583 (137,9 ± 37,5)	n = 52,147 (115 ± 33,4)	n = 60,331 (114,3 ± 75,9)
2013	n = 58,579 (190,8 ± 38,6)	n = 48,018 (58,6 ± 15,7)	n = 47,999 (133,7 ± 37,7)	n = 47,608 (111,1 ± 33,4)	n = 58,577 (112,6 ± 78,3)
2014	n = 57,046 (186,1 ± 37,4)	n = 43,670 (57,7 ± 16)	n = 43,670 (129,7 ± 36,4)	n = 43,356 (107,5 ± 32,3)	n = 56,989 (110,4 ± 82,3)
D2011-2014	-12,2	3,1	-14,8	-14	-4,4

ha incrementado el porcentaje de pacientes que alcanzan objetivos de LDL-c. Esta mejoría, que podría deberse a la mayor prescripción de estatinas, debería traducirse en una disminución de los eventos cardiovasculares en los próximos años.

174. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN EL RIESGO CARDIOVASCULAR CALCULADO EN EL ESTUDIO IBERICAN

D. Rey Aldana¹, J. Polo García², J.M. Fernández Toro³, G.C. Rodríguez Roca⁴, V. Chavero Carrasco⁵, M.I. González González⁶, M.D. Esteve Franco⁷, B. Ríos Morata⁸, O. Mahmoud Atoui⁹ y J.L. Gutiérrez Montero¹⁰

¹Centro de Salud de A Estrada, Pontevedra. ²Centro de Salud Casar, Cáceres. ³Centro de Salud Zona Centro, Cáceres. ⁴Centro de Salud Puebla de Montalbán, Toledo. ⁵Centro de Salud Dan Antonio (Nuevo Cáceres) Consultorio Local de Torreorgaz, Cáceres. ⁶Centro de Salud Periférico Breña Baja, Santa Cruz de Tenerife. ⁷Centro de Salud Cieza-Oeste, Murcia. ⁸Centro de Salud Abarán, Murcia. ⁹Centro de Salud de Bembibre, León. ¹⁰Centro de Salud Barco de Ávila, Ávila.

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. Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

Métodos: En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Se calculó el riesgo cardiovascular por SCORE para la muestra obtenida en el segundo análisis (n = 2.281).

Resultados: El 23,3% de la muestra eran pacientes de muy alto riesgo cardiovascular, el 25,7% de alto riesgo y el 51% de moderado-bajo riesgo cardiovascular. Los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular tenían mayor prevalencia de HTA (66,9% vs 34,3%, p < 0,0001), DM tipo 2 (26,3% vs 13,0%, p < 0,0001) y dislipemia (64,2% vs 44,6%, p < 0,0001). Solamente la HTA estaba peor controlada en pacientes de muy alto riesgo (24,2% vs 16,6%, p < 0,0001), y la dislipemia tenía mejor control (18,0% vs 74,2%, p < 0,0001). Los pacientes de muy alto riesgo eran más sedentarios (37,5% vs 24%, p < 0,0001) y menos fumadores (13,0% vs 22,7%, p < 0,0001) aunque más exfumadores (31,8% vs 26,5%, p < 0,0001). La prevalencia de enfermedad cardiovascular fue mayor en pacientes de muy alto riesgo (65,2% vs 4,1%, p < 0,0001).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes consultados en AP son pacientes de alto o muy alto riesgo cardiovascular, lo que tendrá un impacto importante en el desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular.

175. CONTROL DE LA GLUCEMIA Y DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LOS SUJETOS CON DIABETES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

D. Rey Aldana¹, A.I. García Palacio², C. Moral Paredes³, G. Rico García⁴, M. García Palencia⁵, J.A. Torres Moraleda⁶, D. Igual Fraile⁷, M.I. González González⁸, M.D. Esteve Franco⁹ y B. Ríos Morata¹⁰

¹Centro de Salud A Estrada, Pontevedra. ²Centro de Salud de Coia, Pontevedra. ³Centro de Salud Chandrexa de Queixa, Orense. ⁴Centro de Salud Navamorcuende, Talavera de la Reina. ⁵Consultorio Ontígola, Centro de Salud de Ocaña, Toledo. ⁶Centro de Salud Palomarejos, Toledo. ⁷Centro de Salud Manuel Encinas, Cáceres. ⁸Centro de Salud Periférico Breña Baja, Santa Cruz de

Tenerife. ⁹Centro de Salud Cieza-Oeste, Murcia. ¹⁰Centro de Salud Abarán, Murcia.

Objetivo: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se está incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular y de los eventos cardiovasculares en España.

Métodos: En IBERICAN se está incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos en las consultas de Atención Primaria. Los pacientes serán seguidos cada 12 meses, durante un periodo de al menos 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se estima que la población global alcanzará los 15.000 individuos. Se presentan el grado de control de la glucemia y de los factores de riesgo de los pacientes con diabetes incluidos hasta el segundo corte (n = 2.281).

Resultados: La prevalencia de DM alcanzó el 18,4%. La hemoglobina glucosada era menor del 7% en el 53,6%, y mayor del 8% en el 14,1%. En comparación con los no diabéticos estas eran las cifras de presión arterial (71,2% vs 80,9% (p < 0,0001), de los valores de LDL-colesterol (LDL < 100 mg/dl) (43,8% vs 50,3%, p < 0,0001), de obesidad abdominal (40,9% vs 27,1%, p < 0,0001), de obesidad general (48,5% vs 32,5%, p < 0,0001), de sedentarismo (39,6% vs 27,7%, p < 0,0001) y de tabaquismo (14,7% vs 19,5%, p < 0,0001).

Conclusiones: Los pacientes con diabetes atendidos en Atención Primaria tienen un control mejorable de la glucemia y además menor control de la tensión arterial y la dislipemia que los no diabéticos.

176. 10 AÑOS DEL USO DE LA MAPA

G. Ribas Miquel, J.M. Gifré Hipòlit, M. Beltran Vilella, E. Boix Roqueta y M. Ferré Munté

Institut d'Assistència Sanitària, Cassà de la Selva.

Objetivo: Analizar el uso que se ha hecho de la MAPA en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 31.41 habitantes a los 10 años de que se dispone de la MAPA en el Centro de Salud.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de todas las MAPA solicitadas durante el periodo de estudio. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

Resultados: En el transcurso de los últimos 10 años (2004-2014) las solicitudes han sido muy variadas (año 2004: 16, 2005: 67, 2006: 85, 2007: 97, 2008: 68, 2009: 77, 2010: 107, 2011: 85, 2012: 69, 2013: 52, 2014: 88), en total se han realizado 808 MAPA, 462 hombres (57,17%) y 346 mujeres (42,83%). La edad media entre hombres fue de 54,63 años y entre las mujeres de 58,13 años. La distribución de MAPA solicitados por trimestres anuales fue más intensiva en el primer semestre 57,42% y el último trimestre 42,58%. El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (33,91%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (21,00%) y de patrón circadiano (20,27%). El 47,05% de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. El Riesgo cardiovascular añadido al diagnóstico según la tabla Framingham fue: 21,13% bajo, 7,37% normal, 38,33% moderado, 17,44% elevado, 13,88% muy elevado. Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 370 Dipper (45,45%), 299 Non Dipper (36,73%), 50 Extrem Dipper (6,14%), 73 Riser (8,96%), 0 Extrem Riser, y 22 fueron no válidos (2,70%). El 85,02% de las MAPA obtuvo lecturas válidas para un diagnóstico. El 14,98% del total de MAPA obtuvo un porcentaje de lecturas válidas inferior al 70% o más de dos horas sin lectura, las pruebas fueron consideradas no válidas. El número de pacientes con diagnóstico de hipertensión en el Área básica de Salud son 4.664, siendo diagnosticados con MAPA un 17,32%.

Conclusiones: Se utilizó como herramienta básica para el diagnóstico de HTA de bata blanca. El uso del MAPA está siendo más utilizado en nuestra ABS, para el diagnóstico de HTA, mejorando el tratamiento personalizado a cada paciente.

177. MORTALIDAD EN LOS SUJETOS CON HIPERTENSIÓN ORTOSTÁTICA SISTÓLICA. ESTUDIO HOMO

S.M. Velilla Zancada¹, M.A. Prieto Díaz², C. Escobar Cervantes³, L. Manzano Espinosa⁴, E. Ramalle Gómara⁵ y L.A. Vara González⁶

¹Centro de Salud Ancín, Navarra. ²Centro de Salud Vallobin La Florida, Oviedo. ³Hospital La Paz, Madrid. ⁴Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁵Salud Pública y Consumo de La Rioja, Logroño. ⁶Centro de Salud Castilla-Hermida, Santander.

Objetivo: Determinar el papel pronóstico de la hipertensión ortostática sistólica (HTOS) sobre la mortalidad por todas las causas en la población de Cantabria.

Métodos: Se incluyó en el estudio a 1.176 sujetos de más de 18 años, residentes en la Comunidad Autónoma de Cantabria, a los que se midió la presión arterial (PA) en sedestación, y tras tres minutos de bipedestación, entre mayo de 2002 y febrero de 2005. Se realizó un seguimiento posterior de $9,4 \pm 2$ años de media. Las variables estudiadas fueron la edad, el sexo, el tabaco, el hábito enólico excesivo, la diabetes, el índice de masa corporal (IMC), la hipercolesterolemia, el sedentarismo, la PA sistólica y la PA diastólica basal, el tratamiento farmacológico, la frecuencia cardíaca basal, la presencia de cardiopatía, de arritmia, de enfermedad cerebrovascular, de arteriopatía periférica y de cefalea. Se consideró que un paciente presentaba HTOS si existía un aumento de la PA sistólica basal, tomada en sedestación, ≥ 20 mmHg tras tres minutos en bipedestación.

Resultados: La edad media de la población ha sido de $48,5 \pm 18,5$ años (rango: 18-98 años). El 3,1% (n = 37) de los sujetos presentaba HTOS. Esta alteración se asociaba con la edad ($p < 0,001$), con la diabetes ($p = 0,001$), con el IMC ($p = 0,002$), con el valor de la PA sistólica basal ($p = 0,049$), con el tratamiento farmacológico antihipertensivo ($p < 0,001$), con el antecedente de cardiopatía ($p = 0,002$) y con la arritmia ($p = 0,021$). La tasa de mortalidad al finalizar el seguimiento fue del 37,8%. Se ha realizado un análisis multivariante ajustado por las variables independientes predictoras de mortalidad que eran el tabaco (HR: 2,91; $p = 0,002$), la arteriopatía (HR: 2,67; $p = 0,009$), la arritmia (HR: 2,39; $p = 0,002$) y la edad (HR: 1,13; $p < 0,001$). Se ha observado que la HTOS a los tres minutos era un factor de riesgo independiente de la mortalidad global de esta población en los modelos ajustados (HR: 2,31; IC95%: 1,14-4,68; $p = 0,020$).

Conclusiones: La HTOS es un factor de riesgo de la mortalidad por todas las causas. Los resultados del presente estudio sugieren que podría ser útil su medición dentro de la exploración física rutinaria en las consultas.

178. RIESGO CARDIOVASCULAR Y ÁCIDO ÚRICO

P.E. Veliz Terceros¹, C. Pérez Fernández¹ y G. Prieto de Lamo²

¹Centro de Salud Ávila Norte, Ávila. ²Gerencia de Atención Primaria de Ávila, Ávila.

Objetivo: 1. Estudiar el riesgo cardiovascular (RCV) según SCORE y Guía Europea para el manejo de la HTA (GEH) en función de los niveles de ácido úrico. 2. Valorar si existe asociación entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y los niveles elevados de ácido úrico.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Zona Básica de Salud urbana Ávila Norte. Población de estudio: 155 suje-

tos de ambos sexos mayores de 17 años con diagnóstico de HTA y con situaciones clínicas sugestivas de HTAE, que acudieron a la consulta de Atención Primaria por cualquier motivo. Muestreo no probabilístico consecutivo. Variables de estudio: Dependientes: RCV (según SCORE y GEH) y FRCV (obesidad abdominal (sí/no), HTA (sí/no), DM (sí/no), dislipemia (sí/no), tabaquismo (sí/no) y síndrome metabólico (sí/no)). Independiente: niveles de ácido úrico de riesgo (sí: $\geq 5,2$ mg/dl/no: $< 5,2$ mg/dl). Covariables: edad (años) y sexo (hombre/mujer). Análisis estadístico: estadística descriptiva univariante (variables cualitativas con proporciones y cuantitativas con media + desviación estándar o mediana (P_{50}) y rango intercuartil (RI)) y bivalente (chi-cuadrado, t de Student, U de Mann-Whitney). Programa estadístico: SPSS 15.0.

Resultados: El 51% de los sujetos estudiados eran mujeres con una edad de $62,9 \pm 13,4$ años (IC95%: 60,7-65). El RCV según SCORE mostró una mediana de 2 puntos en el grupo de pacientes con niveles de ácido úrico $< 5,2$ mg/dl y de 3 puntos en el grupo de pacientes con niveles $\geq 5,2$ mg/dl, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,039$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,098$) en las diferentes categorías de RCV según la GEH entre el grupo con niveles $\geq 5,2$ mg/dl y $< 5,2$ mg/dl: Riesgo de referencia: 4,2% vs 3,3%. Riesgo bajo: 15,8% vs 16,7%. Riesgo moderado: 36,8% vs 51,7%. Riesgo alto: 23,2% vs 23,3%. Riesgo muy alto: 20% vs 5%. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los FRCV y los niveles de ácido úrico ($\geq 5,2$ mg/dl y $< 5,2$ mg/dl): Obesidad abdominal: 58,9% vs 45% ($p = 0,090$). HTA: 66,3% vs 56,7% ($p = 0,227$). DM: 16,8% vs 15% ($p = 0,761$). Dislipemia: 47,4% vs 46,7% ($p = 0,932$). Tabaquismo: 13,7% vs 13,3% ($p = 0,950$). Síndrome metabólico: 4,2% vs 3,3% ($p = 0,783$). Sin embargo, si se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los niveles de ácido úrico ($\geq 5,2$ mg/dl y $< 5,2$ mg/dl) en la media del IMC ($29,9$ kg/m² vs $26,7$ kg/m²; $p < 0,005$) y del perímetro abdominal ($100,5$ cm vs $88,9$ cm - $p < 0,005$), así como en la mediana de triglicéridos (109 mg/dl vs $92,5$ mg/dl - $p = 0,008$).

Conclusiones: El RCV según SCORE es mayor en los sujetos con niveles de ácido úrico $\geq 5,2$ mg/dl que en los sujetos con cifras inferiores, sin embargo, esta diferencia no se observó cuando el RCV se valoró con la GEH. Tampoco se mostró asociación entre los FRCV y los niveles de ácido úrico, aunque los sujetos con cifras de ácido úrico $\geq 5,2$ mg/dl tenían más obesidad abdominal, HTA, DM, dislipemia, tabaquismo y síndrome metabólico.

179. INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE ÁCIDO ÚRICO EN EL PATRÓN CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

P.E. Veliz Terceros¹, C. Pérez Fernández¹ y G. Prieto de Lamo²

¹Centro de Salud Ávila Norte, Ávila. ²Gerencia de Atención Primaria de Ávila, Ávila.

Objetivo: 1. Estudiar el patrón circadiano de presión arterial (PA) teniendo en cuenta los niveles de ácido úrico. 2. Conocer si existe asociación entre la enfermedad cardiovascular (ECV) establecida, la lesión de órgano diana (LOD) y los niveles elevados de ácido úrico.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Zona Básica de Salud urbana Ávila Norte. Población de estudio: 155 sujetos de ambos sexos mayores de 17 años con diagnóstico de HTA y con situaciones clínicas sugestivas de HTAE, que acudieron a la consulta de Atención Primaria por cualquier motivo. Muestreo no probabilístico consecutivo. Variables de estudio: Dependientes: patrón circadiano de PA (dipper, non dipper, extrem dipper, riser), ECV establecida (cerebrovascular (sí/no), cardíaca (sí/no)) y LOD (nefropatía clínica (sí/no), retinopatía avanzada (sí/no)). Independiente: niveles de

ácido úrico de riesgo (sí: $\geq 5,2$ mg/dl/no: $< 5,2$ mg/dl). Covariables: edad (años) y sexo (hombre/mujer). Análisis estadístico: estadística descriptiva univariante (variables cualitativas con proporciones y cuantitativas con media \pm desviación estándar o mediana (P_{50}) y rango intercuartil (RI)) y bivalente (chi-cuadrado, t de Student, U de Mann-Whitney). Programa estadístico: SPSS 15.0.

Resultados: El 51% de los sujetos estudiados eran mujeres con una edad de $62,9 \pm 13,4$ años (IC95%: 60,7-65). El patrón circadiano de PA no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,817$) entre el grupo de pacientes con niveles de ácido úrico $\geq 5,2$ mg/dl y $< 5,2$ mg/dl (Dipper: 52,6% vs 56,7% - Extrem Dipper: 10,5% vs 10% - Non Dipper: 29,5% vs 23,3% - Riser: 7,4% vs 10%), pero hubo mayor proporción de casos Non Dipper entre los sujetos con mayores cifras de ácido úrico. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la enfermedad cerebrovascular y cardiaca establecida y los niveles elevados de ácido úrico, aunque las cifras de enfermedad fueron mayores en los sujetos con cifras de ácido úrico $\geq 5,2$ mg/dl: enfermedad cerebrovascular: 2,1% vs 1,7% ($p = 0,847$); enfermedad cardiaca: 4,2% vs 1,7% ($p = 0,383$). Lo mismo sucedió con la nefropatía clínica y la retinopatía avanzada respecto a los niveles de ácido úrico: diferencias estadísticamente no significativas pero mayor proporción de casos de nefropatía clínica en los sujetos con cifras de ácido úrico $\geq 5,2$ mg/dl, no en la retinopatía avanzada: nefropatía clínica: 4,2% vs 0% ($p = 0,107$); retinopatía avanzada: 1,1% vs 1,7% ($p = 0,714$).

Conclusiones: Hay una mayor proporción de casos Non Dipper entre los sujetos con mayores cifras de ácido úrico, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. No se mostró asociación entre la ECV establecida y los niveles elevados de ácido úrico, aunque los sujetos con cifras de ácido úrico $\geq 5,2$ mg/dl tenían más enfermedad cerebrovascular y cardiaca. Tampoco se mostró asociación entre la nefropatía clínica y la retinopatía avanzada y los niveles de ácido úrico, aunque los sujetos con mayores cifras de ácido úrico tenían más nefropatía.

180. IMPORTANCIA DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN UNA CONSULTA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Villanueva Fortun¹, B. Lacruz Escalada¹, V. Antoñana Sáenz¹, M. Mellado Ferreiro², G. Tiberio López¹, J.M. Aréjola Salinas¹ y L. García de Eulate¹

¹Complejo Hospitalario de Navarra-B, Pamplona. ²Hospital García Orcoyen, Estella.

Objetivo: Descripción de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con un resultado del índice tobillo-brazo patológico y valoración de la importancia de la realización del índice tobillo-brazo en la detección de la enfermedad arterial periférica dentro de la consulta de riesgo cardiovascular.

Métodos: Revisión de la historia clínica informatizada de los 120 pacientes sometidos a un estudio de ITB, en la consulta de riesgo cardiovascular del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra, desde el año 2009 hasta el año 2015. Posteriormente se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las características epidemiológicas y clínicas de aquellos pacientes que resultaron con un índice tobillo-brazo patológico. La interpretación de los resultados del ITB obtenido fue: patológico $< 0,91$; normal: $0,91-1,2$; no valorable: $> 1,21$.

Resultados: De los 120 estudios de índice tobillo-brazo realizados el 27,5% (33) resultaron patológicos, el 49,2% (59) normales y el 23,3% (28) fueron no valorables. De los 33 ITB patológicos, el 66,6% (22) eran hombres y el 33,3% (11) mujeres. La edad media fue 69 y 65 años respectivamente. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular el 84% (28) eran hipertensos, el 57% (19) eran dislipémicos y el 51% diabéticos (17). El 30% (10) de ellos cumplían

criterios de síndrome metabólico y el 45% (15) eran fumadores. El 30% (10) tenía enfermedad renal crónica, el 21% (7) cardiopatía isquémica y sólo 1 paciente tenía antecedente de ictus isquémico. En cuanto a la forma de presentación de la enfermedad arterial periférica (EAP) el 36% (12 casos) estaban asintomáticos y el 34% tenían un único síntoma (11 casos). La distribución por síntomas fue claudicación intermitente 21,42% (7), ausencia de pulsos 9,18% (3) y lesiones tróficas 3,06% (1). El 30% (10) se presentó como combinación de 2 síntomas siendo claudicación intermitente y ausencia de pulsos la combinación más frecuente 80% (8).

Conclusiones: La enfermedad arterial periférica es una manifestación de la enfermedad aterosclerótica y como tal, se asocia a mayor morbimortalidad cardiovascular. Sin embargo, tal y como se ha demostrado en numerosos estudios epidemiológicos es una enfermedad oligosintomática. El índice tobillo-brazo (ITB) es un método sencillo y eficaz que mejora la detección de enfermedad arterial periférica en la consulta de riesgo cardiovascular, incluso aún en ausencia de síntomas.