

Estimación del riesgo coronario en la población de 35-60 años adscrita a un centro de salud

E. Armero Garrigós^a, F. Viribay Lorite^a, A. Cabal García^b y E. Hevia Rodríguez^b

Objetivo. Estratificar la población entre 35 y 60 años según su riesgo coronario (RC) e identificar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables que afectan a nuestra población.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Centro de Salud de Cabañaquinta. Zona básica de salud rural del área VII de Asturias.

Participantes. Muestreo aleatorio simple a partir de las tarjetas sanitarias de la población asignada a un centro de salud de entre 35 y 60 años de edad. El total de los sujetos incluidos fue de 205 y la tasa de no respuesta de 95.

Mediciones principales. Las variables fueron: edad, sexo, colesterol total, cHDL, triglicéridos, presión arterial diastólica (PAD), presión arterial sistólica (PAS), tabaquismo, diabetes, tratamiento de hipertensión, tratamiento de dislipemias y antecedentes personales de enfermedad cardiovascular (ECV). Se calculó el RC con las tablas del ATP III (Adult Treatment Panel III). Un RC alto se definió como más de un 20% de probabilidad de desarrollar ECV o de tener episodios recurrentes de ECV en los próximos 10 años.

Resultados. Se realizó un estudio descriptivo simple. El 53% de los participantes eran mujeres; la edad media era de 48 años. Un 37% de los pacientes eran fumadores, un 27%, dislipémicos y un 29%, hipertensos. La PAS media era de 126 mmHg y la PAD media de 80 mmHg. La cifra global de colesterol era de 213 mg/dl (intervalo de confianza [IC], 174-252), el cHDL de 52,64 mg/dl (IC, 39,94-65,34), el cLDL de 139 mg/dl (IC, 104-174) y los triglicéridos de 106,02 mg/dl (IC, 19,72-192,32). Un 45% de la muestra tenía dos o más factores de riesgo de RCV. El RCV medio de la población fue del 5,3% con (IC, < 1-11,3). Según la tabla utilizada, el 2% de la población tiene un RC alto.

Conclusiones. La mayoría de nuestra población tiene un riesgo coronario moderado. El perfil más frecuente de los pacientes corresponde a una mujer joven, fumadora, con un riesgo coronario moderado, y el tabaco aparece como el factor de riesgo modificable más prevalente.

Palabras clave: Atención primaria. Riesgo coronario. Tabaquismo.

CALCULATION OF CORONARY RISK IN THE 35-60 YEAR OLD POPULATION REGISTERED AT A HEALTH CENTRE

Objectives. To stratify the population between 35 and 60 years old according to their coronary risk (CR) and to identify the modifiable cardiovascular risk factors that affect our population.

Design. Transversal, descriptive study.

Setting. Cabañaquinta Health Centre, in a rural health district in Asturias area VII.

Participants. Simple randomised sampling based on the health cards of the population between 35 and 60 years old assigned to a health centre. Total number of people included was 205, and 95 did not reply.

Main measurements. The variables were: age, sex, total cholesterol, HDL-cholesterol, triglycerides, diastolic blood pressure, systolic blood pressure, tobacco dependency, diabetes, hypertension treatment, treatment for lipaemia, and personal background of cardiovascular disease (CVD). CR was calculated with the ATP-III tables (Adult Treatment Panel III). High CR was understood as over 20% likelihood of developing CVD or having recurrent episodes of CVD in the next 10 years.

Results. A simple descriptive study was conducted. 53% were women; mean age was 48. 37% were smokers, 27% with lipaemia and 29% with hypertension. Mean systolic pressure was 126 mm Hg, mean diastolic pressure was 80 mm Hg. Cholesterol was 213 mg/dL (confidence interval [CI], 174-252), HDL-cholesterol 52.64 mg/dL (CI, 39.94-65.34), LDL-cholesterol 139 mg/dL (CI, 104-174) and triglycerides 106.02 mg/dL (CI, 19.72-192.32). 45% of the sample had two or more CV risk factors. Mean CV risk in the population was 5.3% (CI, <1%-11.3%). According to the table used, 2% of the population had high CR.

Conclusions. Most of our population had moderate risk. The most common group of patients is a young woman smoker with moderate risk. Tobacco is the most prevalent modifiable risk factor.

Key words: Primary care. Coronary risk. Tobacco dependency.

^aResidente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cabañaquinta. Aller. Asturias. España.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cabañaquinta. Aller. Asturias. España.

Correspondencia:
Alberto Cabal García.
Avda. La Estación, s/n. 33686.
Cabañaquinta-Aller. Asturias.
España.
Correo electrónico:
acabalg@telefonica.net

Manuscrito recibido el 3 de julio de 2002.
Manuscrito aceptado para su publicación el 23 de junio de 2003.

Introducción

Para el cálculo del riesgo coronario (RC) en los últimos años se han establecido diferentes métodos cualitativos y cuantitativos, como las tablas¹, basados en el origen multifactorial de la cardiopatía isquémica y centrados en los factores de riesgo conocidos; los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificables más importantes son: el consumo de tabaco, la hipertensión arterial (HTA) y la hipercolesterolemia².

La última revisión del Adult Treatment Panel III (ATP III) utiliza unas tablas para el cálculo del RC basadas en el estudio de Framingham, definiéndolo como la probabilidad de padecer una enfermedad coronaria en un periodo de 10 años³.

Esto nos permite la estratificación del RC de los pacientes en tres grupos según la prevención cardiovascular del PAPPs:

- Elevado: más del 20% de probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular (ECV) o de tener episodios recurrentes de ECV en los próximos 10 años (riesgo equivalente a tener cualquier forma clínica de enfermedad arteriosclerótica o ser diabético).
- Moderado: pacientes con al menos un factor de riesgo pero sin llegar al límite del 20% del riesgo a los 10 años.
- Bajo: no existe ningún factor de riesgo⁴.

La estimación del RC es útil para establecer las pautas de actuación que deben seguirse, especialmente al inicio del tratamiento en las dislipemias, y en la hipertensión en la prevención primaria de ECV.

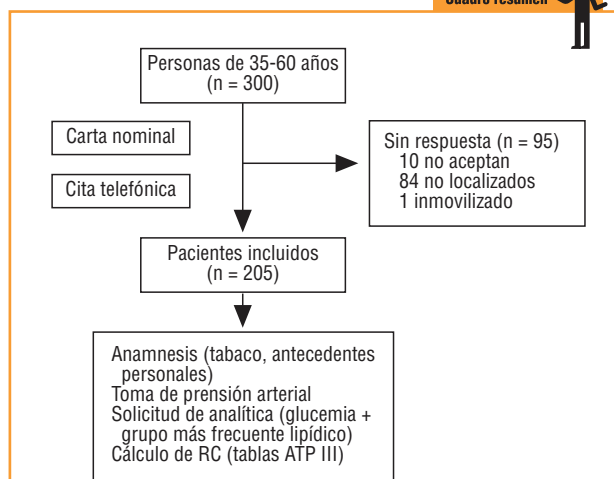
El objetivo de este estudio es estratificar la población según el RC en las edades comprendidas entre 35 y 60 años, con el fin de identificar la población susceptible de beneficiarse de una prevención primaria y, asimismo, los factores de riesgo que más afectan a nuestra población.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la población de 35 a 60 años, perteneciente a 5 consultas de atención primaria del centro de salud de Cabañaquinta-Aller (Asturias), que es un medio rural con una población total de 5.422 personas. Se consideró candidata toda la población inscrita en el centro de salud, con edades comprendidas entre 35 y 60 años (1.700 personas).

El muestreo se realizó a partir del registro de tarjetas sanitarias. Se calculó para un error alfa del 7% que era necesaria una muestra de 204 individuos. Para compensar la posible falta de respuesta se llegó a una muestra total de 300 sujetos, extraída por muestreo aleatorio simple. La captación se hizo por carta nominal y contacto telefónico, en el que se concertó una cita y se recogieron los datos de la anamnesis, dos tomas de presión arterial y la petición de una analítica, realizada en el propio centro de salud.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio transversal descriptivo del riesgo cardiovascular de una muestra de sujetos de 25 a 60 años.

Para el cálculo del RC se aplicó la tabla ATP III y se obtuvieron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular, hábito tabáquico, presencia de diabetes mellitus (DM), presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), presencia o ausencia de tratamiento con fármacos antihipertensivos, colesterol total (CT), colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), triglicéridos (TG), y presencia o ausencia de tratamiento hipolipemiente. Consideramos fumador a todo paciente que fumara de forma habitual, independientemente del número de cigarrillos consumidos en los últimos 12 meses.

La presencia de DM se definió en pacientes ya diagnosticados de dicha enfermedad o con hallazgos de dos tomas de glucemia superiores a 126 mg/dl en ayunas. Para la toma de la PA usamos la cifra media de dos mediciones separadas por 5 min de reposo, y consideramos hipertenso al paciente con PAS elevada ≥ 140 mmHg y la PAD elevada ≥ 90 mmHg, o en tratamiento antihipertensivo. Definimos dislipemia como la presencia de CT > 250 mg/dl o cHDL < 35 mg/dl o presencia de tratamiento dislipémico; e hipertrigliceridemia como TG ≥ 160 mg/dl.

La tabla ATP III precisa las variables sexo, edad, presencia o ausencia de tabaquismo y cifras de CT, cHDL y PAS.

Resultados

Completaron el estudio 205 personas, y el número de no respuestas fue de 95 (30%). Un 9% de las personas incluidas en el estudio se negaron a realizarlo, mientras que un 80% de las pérdidas se debió a motivos burocráticos (dificultad para localizarlos, cambio de domicilio y errores en los registros). La distribución por edad y sexo se refleja en

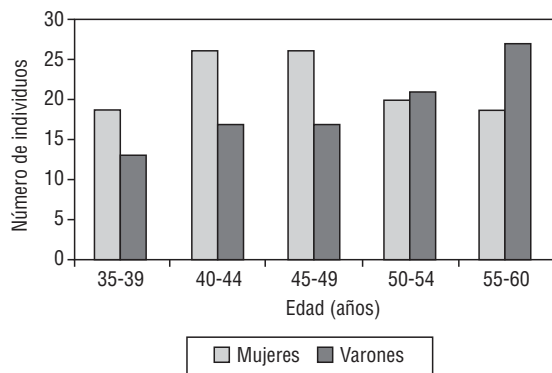


FIGURA 1

la figura 1. Encontramos un 37% de fumadores (un 37% de las mujeres y un 38% de los varones), un 29% de HTA ($\geq 140/90$ mmHg), un 27% de dislipémicos (CT > 250 mg/dl o TG > 160 mg/dl) (fig. 2). Un 35,6% de los pacientes no tenía factores de riesgo, el 41% tenía sólo uno, el 20% de la población tenía dos y el 6% tenía tres o más. En la tabla 1 se especifica la asociación de los distintos factores de riesgo por edad y sexo.

Un 33% de los pacientes registrados como hipertensos se encontraban en tratamiento. De éstos no se consideró hipertensos al 45%. El 63% toma un solo fármaco, y un 18% toman dos o tres fármacos. El 20% de los dislipémicos sigue tratamiento farmacológico y un 9% está bien controlado. En valores absolutos, la PAD media fue de 126 mmHg (IC, 108-144) y la PAD de 80 mmHg (IC, 68,7-92,3). La media de CT fue de 213 mg/dl (IC, 174-252), cHDL de 52,6 mg/dl (IC, 39,9-65,3), cLDL de 139,39 mg/dl (IC, 104,09-174,69) y TG de 106 mg/dl (IC, 20-196) (tabla 2).

El RC medio de la población fue del 5,6% (IC < 1 -11) de probabilidad de padecer un episodio cardiovascular en los próximos 10 años. El 54% de la muestra tenía un RC moderado. El 14% de la muestra presentaba el RC elevado. La distribución del RC por edad y sexo se muestra en la tabla 3. Los FRCV más prevalentes fueron la HTA y la dislipemia. El 39% de la población general tiene un factor de riesgo, el 20% tiene dos y el 4,8% tiene tres o más (tabla 4), entre los que el tabaco y la hipertensión son los más prevalentes.

Discusión

Hubo un 30% de no respuestas, dato que concuerda con los resultados de estudios previos sobre la prevalencia de FRCV.

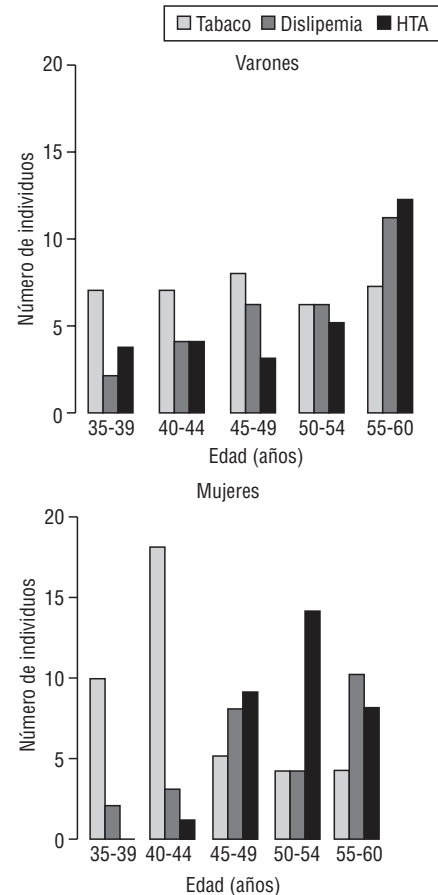


FIGURA 2

Distribución de los factores de riesgo por intervalos de edad y sexo.

Lípidos

Algunos estudios realizados en España en población de 35 a 64 años obtienen valores medios para el colesterol superiores a los obtenidos en Cabañaquinta⁷⁻⁹. Al comparar los valores medios obtenidos en varones y mujeres con los estudios MONICA y DRECE II, así como con otros estudios españoles, tenemos valores para los lípidos inferiores en el caso de las mujeres, pero superiores en los varones. El porcentaje de sujetos con CT > 250 mg/dl es similar a la población estudiada por Banegas et al, 1993⁶. La tasa de dislipemia tratada y controlada en nuestro estudio, que es del 20 y el 9%, respectivamente, es inferior a las cifras dadas en Navarra por Guembe, en 1994: un 40% tratado y un 17% controlado.

Presión arterial

La prevalencia de HTA es menor que la obtenida por Masia et al⁸ en Cataluña para los varones, pero superior en el caso de las mujeres. De los pacientes detectados como hi-

TABLA 1

	Mujeres	Varones	35-60 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-60 años
Sin factores de riesgo*								
Tabaco (factor único)	22%	12%	18%	38%	34%	9%	4%	8%
HTA (factor único)	13%	10%	12%	6%	2%	11%	24%	15%
Dislipemia	7%	9,5%	7,8%	0	2%	6%	7%	19%
Tabaco + dislipemia	4,5%	10%	7,3%	6%	6%	15%	2%	6%
Tabaco + HTA	4,5%	7,3%	5,8%	3%	4%	5%	9%	6%
HTA + dislipemia	5,4%	6,3%	5,8%	0	2%	6%	4%	13%
Tabaco + dislipemia + HTA	3,6%	2%	6,3%	3%	0	2%	4%	4%
Dislipemia + HTA + cHDL	1,8%	1%	1,4%	0	0	4%	2%	0

*Factor de riesgo: existencia/ausencia de tabaquismo, hipertensión (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o tratamiento antihipertensivo) o dislipemia (colesterol total > 250 mg/dl o cHDL < 35 mg/dl). HTA: hipertensión arterial; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

TABLA 2

Cifras de medias de lípidos, distribuidas por sexo, y las distintas alteraciones encontradas

mg/dl	Total (IC)	Varones (IC)	Mujeres (IC)
Colesterol total	213 (174-252)	220 (193,7-246,3)	207 (166,6-247,4)
cHDL	52,6 (65,3-39,9)	52,2 (10,5-93,9)	53 (42,3-63,7)
Triglicéridos	106 (19,7-192,3)	118,7 (104,0-133,4)	95,1 (45,9-145,1)

IC: intervalo de confianza; cHDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad.

pertensos sólo un 45% tenía controlada la presión arterial, cifra inferior a la aportada por Hidalgo et al¹⁵ en este mismo centro de salud.

Tabaco

La prevalencia total de fumadores es similar a la esperada en la población española según el ENS (1997). La distribución del tabaquismo según el sexo tiende a igualarse. En nuestra población la proporción de fumadores es del 38% en los varones frente a un 37% en las mujeres, datos que contrastan con los estudios previos realizados en 1996⁶, donde la prevalencia de mujeres fumadoras era del 13,8%, y los del estudio REGICOR^{10,13}, llevado a cabo en 1998,

donde esta proporción ya aumentaba al 22,7%. Sin embargo, llama la atención el gran aumento del número de mujeres jóvenes fumadoras, a pesar de que su RCV es el más bajo, ya que aún no tienen asociados otros factores de riesgo.

Asociación de factores de riesgo

Cabe destacar que la prevalencia poblacional de FRCV, como la HTA, la dislipemia, la DM y el tabaquismo es similar o incluso superior a la de países europeos^{10,14}. Esto se ha descri-

to como la «paradoja mediterránea»: una elevada prevalencia de FRCV asociado a una baja incidencia de episodios cardiovasculares¹⁰⁻¹². En la población estudiada por Ferré¹⁸ en Murcia (2001), tenía un factor de riesgo un 43,4%; un 43,0%, dos factores, y un 13,6% presentaba tres o más factores. Los resultados de nuestro estudio tienen resultados inferiores: el 39% tenía un solo FRCV.

Riesgo coronario

El 56% de la muestra de nuestro estudio tenía un RC moderado. En la estratificación de los FRCV en el grupo de riesgo moderado, el 63% sólo tenía un factor de riesgo, el 30% tenía dos y un 7% tenía tres.

En cuanto a la valoración de los FRCV, encontramos el tabaco como factor más prevalente de este grupo, que aparece en el 58% de los casos —como FRCV único (31%) o como FRCV asociado con otros (26%)—, mientras que la HTA aparece en el 35% y la dislipemia en el 37% de la población de riesgo moderado.

En la estratificación por sexo y edad de este grupo de RC moderado, hallamos que en las mujeres el grupo más numeroso se encuentra en el rango de edad comprendido entre los 35 y 50 años, dato que se correlaciona con la distribución de los FRCV según el sexo y la edad, ya que era

TABLA 3

Distribución del riesgo coronario por edades y sexos

Riesgo coronario	Varones	Mujeres	35-60 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-55 años	55-60 años
Bajo	25%	32%	35%	40%	30%	40%	23%	17%
Moderado	62%	47%	54%	54%	52%	52%	46%	63%
Elevado	15%	12%	14%	6%	7%	8%	30%	19%
Valores medios (% $\pm$ desviación estándar)	9 $\pm$ 6,9	2,6 $\pm$ 4,5	5,6 $\pm$ 6,5	2,9	2,6	4,6	6,1	10,7

Elevado: más del 20% de probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular (ECV) o de tener episodios recurrentes de ECV en los próximos 10 años. Es el riesgo equivalente a tener cualquier forma clínica de enfermedad arteriosclerótica o ser diabético. Moderado: al menos un factor de riesgo sin llegar al límite del 20% del riesgo a los 10 años. Bajo: ningún factor de riesgo.

TABLA 4 Número de factores de riesgo (FR) en la población general y distribuidos por sexos

Número de factores de riesgo*	Total	Mujeres	Varones
Un factor de riesgo	39%	43%	33%
Dos factores de riesgo	20%	15%	26%
Treas factores de riesgo	8%	7,2%	2%

*Existencia/ausencia de tabaquismo, hipertensión (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o tratamiento antihipertensivo) o dislipemia (colesterol total > 250 mg/dl o cHDL < 35 mg/dl).

precisamente en las mujeres de esta edad en quienes encontramos la mayor prevalencia de tabaquismo. Mientras que en los varones, en quienes la distribución de los FRCV es más homogénea, es precisamente en rangos de edad entre 50 y 60 años donde mayor población encontramos en el grupo de RC moderado.

Así pues, el paciente estándar con RC moderado en nuestra población se convierte en una mujer de 35 a 45 años, fumadora, que puede tener asociados o no otros factores de riesgo.

En cuanto al grupo de alto RC, encontramos que el 2% de la población con edades comprendidas entre 35 y 60 años tiene un RC > 20 , y asciende a un 14% al sumar pacientes con DM y con antecedentes personales de ECV.

Un total de 29 pacientes eran de alto riesgo, de los cuales un 24% presenta dos factores de riesgo asociados, y un 20%, tres o más. El 62% de los pacientes de alto riesgo son hipertensos, mientras que el 41% son dislipémicos y el 31% son fumadores.

La ECV se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los FRCV se potencian entre sí y además se presentan frecuentemente asociados. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de todos los FRCV. El concepto de RCV nos aporta una visión integral del paciente al combinar los distintos factores de riesgo, por lo que conocer el RC de cada paciente de forma sistemática en la consulta se apunta como una herramienta de trabajo muy útil en nuestro medio. Si lo que pretendemos es establecer prioridades de prevención cardiovascular, nuestro objetivo debería ser la búsqueda activa desde nuestras consultas de pacientes con RC moderado-alto.

El tabaco aparece como el FRCV modificable más prevalente en el grupo de riesgo moderado, a costa del grupo de mujeres fumadoras. En este grupo se ha demostrado además una asociación entre el tabaco y el descenso de cHDL¹⁶. Si esta prevalencia se mantiene en el tiempo, en las próximas décadas el RC de las mujeres aumentará, puesto que en estas edades se asociará con otros factores, como la HTA. El abandono del tabaco en los fumadores se apunta como primer paso en nuestra estrategia preventiva. Está demostrado que el consejo breve individualizado es

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La enfermedad cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial.
- El concepto de riesgo coronario nos aporta una visión integral del paciente si se combinan los distintos factores de riesgo.
- Se ha descrito la «paradoja mediterránea»: una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular asociada a una baja incidencia de episodios cardiovasculares.

Qué aporta este estudio

- Más de la mitad de la población estudiada tiene un riesgo coronario moderado o alto.
- La mujer joven fumadora corresponde al perfil más frecuente de personas con un riesgo coronario moderado.
- El tabaco aparece como el factor de riesgo cardiovascular modificable más prevalente.

efectivo para reducir el consumo de tabaco¹⁸. Una medida tan sencilla se debería incluir de forma sistemática, entre otras actuaciones, para el tratamiento de los pacientes fumadores. No cabe duda de que el control de los demás FRCV, como la dislipemia y la HTA, requiere una valoración específica, independientemente del concepto de RC. Trabajar con el RC en la consulta no se contrapone con el manejo «tradicional» que venimos realizando de las afecciones crónicas relacionadas con la morbilidad cardiovascular.

La estimación del RC es útil para establecer las pautas de actuación a seguir, especialmente al inicio del tratamiento farmacológico de las dislipemias y de la hipertensión en la prevención primaria de la ECV.

Bibliografía

1. Álvarez Cosmea A. Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. MediFam 2001;11:122-39.
2. Executive Summary of the third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001.

3. Antón García F, Maiques Galán A, Franch Taix M, Alexandre Martí E, Gómez Ortega AB, Sotoca Cobaleda R. Efectividad de la prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:642-7.
4. Tunstall-Pedoe H, Kuulasma K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM, Pajak A. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA project. *Circulation* 1994;90:583-612.
5. Segura Frago A, Rius Mery G. Factores de riesgo cardiovascular en una población rural de Castilla-La Mancha. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:577-88.
6. Banegas JR, Villar F, Pérez C, Jiménez R, Gil E, Muniz J, et al. An epidemiological study on cardiovascular risk factors in 35-64 years old Spanish population. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1993;67:419-45.
7. Ballesteros MD, Rubio MA, Gutiérrez JA, Gómez JA, Gómez A, Pascual O, et al. Dietary habits and cardiovascular risk in the Spanish population: the DRECE study (II) micronutrient intake. Dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en España. *Ann Nutr Metab* 2000;44:177-82.
8. Masiá R, Pena A, Sala J, Marrugat J, Vila J, Pavesi M, et al, and the REGICOR investigators. High prevalence of cardiovascular risk factors in Girona, Spain, a province with low myocardial infarction incidence. *J Epidemiol Comm Health* 1998;52:707-75.
9. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masiá R, Marrugat J, and the REGICOR investigators. Acute myocardial infarction case-fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Girona, Spain, 1990-1992. *Int J Epidemiol* 1998;27:599-604.
10. Guallar P, Rodríguez F, Banegas J, Lafuente P, Del Rey J. Geographical distribution of the male/female ratio of cardiovascular mortality in Spain. *Gac Sanit* 2001;15:296-302.
11. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masiá R, Marrugat J, and the REGICOR investigators. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in the province of Girona, Spain, 1990 to 1992. *Int J Epidemiol* 1998;27:599-604.
12. McGovern PG, Pankow JS, Shahar E, Doliszny KM, Folsom AR, Blackburn H, et al. Recent trends in acute coronary heart disease mortality, morbidity, medical care, and risk factors. The Minnesota Heart Survey Investigators. *N Engl J Med* 1996;334:884-90.
13. Subirats E, Vila L, Vila T, Vallescar R. The prevalence of cardiovascular risk factors in a rural population from the north of Catalonia (Spain): La Cerdanya. *An Med Interna* 1997;14:220-5.
14. Vriz O, Nesbitt S, Krause L, Majahalme S, Lu H, Julius S. Smoking is associated with higher cardiovascular risk in young women than in men: the Tecumseh Blood Pressure Study. *J Hypertens* 1997;15:127-34.
15. Hidalgo JJ, Díez C, Cabal A, Cimas JE. Grado de control y tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en un centro de salud. *Centro de Salud* 2001;248-52.
16. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue 1. Oxford: Update Software, 2002.
17. Baena JM, Martínez JL, Álvarez B, Tomás J, Piñol P, Raidó EM, et al. Riesgo cardiovascular asociado a las nuevas categorías diagnósticas de la diabetes mellitus propuestas por la Asociación Americana de Diabetes. *Aten Primaria* 2001;28:3-8.
18. Ferré F, Fernández E, Perñiquez JE, Albadalejo J, Parada M, Arnaldos JD. Variación bienal del riesgo cardiovascular en los pacientes atendidos en los servicios de atención primaria: hipertensión, diabetes y dislipemias. *Aten Primaria* 2001;27:542-6.
19. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Lorenzo Piqueras J, Vilaseca Canals J, et al. Prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28 (Supl 2):13-27.