

# XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Arteriosclerosis

Santander, 7-10 de junio de 2006

## Epidemiología

### ASOCIACIONES DE LA CONCENTRACIÓN DE ADIPONECTINA PLASMÁTICA CON PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS, BIOQUÍMICOS Y TENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

C. Ortega<sup>1</sup>, P. Carrasco<sup>1</sup>, F. Francés<sup>1</sup>, M. Guillén<sup>1</sup>, J.V. Sorlí<sup>1</sup>, J.I. González<sup>1</sup>, C. Saiz<sup>1</sup>, V. Pascual<sup>2</sup>, E. Godoy<sup>1</sup> y D. Corella<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dpto. Medicina Preventiva. Universidad de Valencia. <sup>2</sup>Centro de Salud Gran Vía. Castellón.

La adiponectina es una hormona sintetizada por el tejido adiposo, miembro de la familia de las adipocitocinas. Sus concentraciones plasmáticas se han asociado inversamente con obesidad abdominal, un perfil lipídico más favorable y menor resistencia a la insulina. Sin embargo, recientes estudios en población de alto riesgo cardiovascular, sobre todo en diabéticos con función renal alterada, han mostrado que concentraciones elevadas de esta hormona son un indicador desfavorable. Nuestro objetivo ha sido estudiar la asociación entre adiponectinemia y parámetros antropométricos, bioquímicos y tensión arterial en pacientes de alto riesgo cardiovascular. Se estudiaron 185 pacientes (133 mujeres 52 hombres) de elevado riesgo cardiovascular, participantes del estudio PREDIMED (Prevenición con Dieta MEDiterránea), reclutados en el nodo de Valencia. Se obtuvieron datos clínicos, antropométricos, bioquímicos y de tensión arterial, así como concentraciones plasmáticas de adiponectina. La media de edad fue de  $65,5 \pm 4,3$  años sin diferencias entre hombres y mujeres. El IMC (índice de masa corporal) fue ligeramente superior en mujeres que en hombres ( $31,1 \pm 4,3$  Kg/m<sup>2</sup> vs  $29,4 \pm 4,0$  Kg/m<sup>2</sup>;  $P = 0,01$ ). La prevalencia de diabetes fue del 42,2%, siendo superior en los hombres (61,5%) que en las mujeres (34,6%). Las concentraciones de adiponectina fueron más elevadas en mujeres que en hombres ( $11,0 \pm 5,2$  vs  $6,9 \pm 3,3$  µg/mL;  $P < 0,001$ ). Tras ajustar por sexo, las concentraciones medias de adiponectina fueron más elevadas en no diabéticos que en diabéticos ( $10,3 \pm 0,5$  vs  $7,5 \pm 0,5$ ;  $P < 0,001$ ). No se detectaron diferencias de adiponectina entre obesos y no obesos, incluso tras ajustar por sexo y diabetes ( $8,9 \pm 0,5$  vs  $8,9 \pm 0,5$ ;  $P = 0,967$ ). Tampoco se obtuvo correlación significativa entre adiponectina e IMC ( $r = 0,093$ ;  $P = 0,21$ ), o con el índice cintura-cadera ( $r = 0,061$ ;  $P = 0,637$ ), ni en diabéticos ni en no diabéticos. Sí se obtuvieron correlaciones positivas entre adiponectina y C-HDL ( $r = 0,36$ ;  $P < 0,001$ ), y correlaciones negativas con triglicéridos plasmáticos ( $r = -0,28$ ;  $P <$

0,001), glucemia ( $r = -0,28$ ;  $P < 0,001$ ) y creatinina plasmática ( $r = -0,28$ ;  $P = 0,007$ ). Ni la presión arterial sistólica, ni la diastólica, se asociaron con la adiponectinemia.

En conclusión, la adiponectinemia en esta población de alto riesgo cardiovascular no presenta correlaciones tan claras con parámetros antropométricos y presión arterial como en población general. Sí que se ha mostrado más baja en diabéticos y correlacionada inversamente con la creatinina al no presentar éstos nefropatía asociada.

### CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PRECOZ EN MUJERES. PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

P. Ferràs, C. Sanclemente, A. Pedragosa, F. Alonso, J. Vilaró y J. Sadurní\*

Servicio de Medicina Interna, \*Servicio de Cardiología. Hospital General de Vic (Barcelona).

**Objetivo:** Ver la incidencia de cardiopatía isquémica en mujeres con edad igual o inferior a 65 años durante un periodo de 5 años en la comarca de Osona y la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

**Material y métodos:** Se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas de cardiopatía isquémica en nuestro centro durante el periodo enero 1999 – septiembre 2004, con edad igual o inferior a 65 años. Se recogieron datos como estancia media, destino al alta, complicaciones durante el ingreso, factores de riesgo cardiovascular, prevención secundaria y enfermedad cardiovascular previa, entre otros. Para el análisis estadístico se utilizaron las medidas de centralización y dispersión estándar con comparación de las variables cualitativas mediante Chi Cuadrado y Test de Fisher.

**Resultados:** Se estudiaron 32 mujeres con una edad media de 52 años. Un 15,62% de las pacientes tenían antecedentes de enfermedad coronaria, seguidos de enfermedad cerebrovascular (3,12%) y arteriopatía periférica (3,12%). El FRCV más prevalente fue la hipertensión arterial (40,6%), aunque sólo se realizó perfil lipídico al 50 % de la muestra. El 31,25% no presentaban FRCV asociados. Durante el ingreso un 46,8% de la muestra presentó complicaciones, la más prevalente la angina inestable (21,8%) seguida de complicaciones infecciosas, la gran mayoría respiratorias (15,6%) y arritmias (6,25%). La mortalidad fue del 6,25%. Durante el ingreso, la exploración complementaria más utilizada fue el Ecocardiograma (46,87%), seguida del cateterismo cardíaco (40,62%). Al alta hospitalaria se realizó prevención secundaria en el 84,37% de las pacientes.

**Conclusiones:** 1) La incidencia de infarto agudo de miocardio fue de 24,61 x 100.000 hab/año. En las pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular las más prevalente fue la angina inestable, 2) el factor de riesgo cardiovascular más prevalente fue la hipertensión arterial por lo que concluimos la gran importancia de controlar y alcanzar los objetivos terapéuticos según el riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos, 3) las recomendaciones higiénico-dietéticas fueron deficientes durante el periodo estudiado, aún así hay una mayor concienciación sobre la importancia de aplicar medidas de prevención secundaria, 4) las complicaciones más frecuentes fueron relacionadas con el infarto agudo de miocardio (angina) seguida de las infecciosas (origen respiratorio) sin ninguna de origen mecánico, 5) debido a que el infarto agudo de miocardio en pacientes jóvenes es una enfermedad prevalente, es necesario mejorar la prevención tanto primaria como secundaria de los factores de riesgo cardiovascular.

### COLESTEROL DE HDL EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y FACTORES DE RIESGO MAYORES. ESTUDIO DRECE

J.A. Gomez Gerique<sup>1</sup>, J.A. Gutiérrez Fuentes<sup>2</sup>, M.A. Rubio<sup>3</sup>, M.T. Montoya<sup>4</sup>, A. Gomez de la Cámara<sup>5</sup>, en representación del grupo DRECE.

<sup>1</sup>Biohealth Prevention (Madrid). <sup>2</sup>Fundación Lilly (Madrid).

<sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid). <sup>4</sup>Megalab, Madrid. <sup>5</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid.

En observaciones previas mostramos que la concentración de cHDL en España presenta una elevada concentración comparada con referencias internacionales. La reducida mortalidad cardiovascular que se observa en España podría ser parte del efecto "protector" atribuido a esta peculiaridad. Presentamos la relación, en una gran muestra poblacional, de la concentración de cHDL con otros factores de riesgo cardiovasculares, incluidos sexo y edad, como indicador indirecto de su potencial función protectora.

**Material y métodos:** Muestra de 4.878 sujetos representativa de la población española, comprendida entre los 5 y 60 años, procedente del estudio DRECE I. Se realizó una determinación analítica, una exploración física normalizada y un cuestionario de salud y hábitos alimentarios. El colesterol de HDL (cHDL) fue determinado tras precipitación con Ac. Fosfolungstico-Mg, mediante un método enzimático con los volúmenes de reacción corregidos para obtener una buena respuesta fotométrica.

**Resultados:** Los resultados obtenidos muestran que la concentración media de cHDL en mujeres cambia muy poco con la edad (de 58,5 a 60,1 mg/dl entre los 5 y los 60 años de edad). En los hombres sufre un descenso desde 61 a 48 mg/dl entre los 5 y los 50 años, con un ligero aumento posterior (51,7 mg/dl de media a los 60 años de edad). Tabaco, diabetes y antecedentes personales de ECV (angor o IAM) se asocian con cHDL más baja. La hipertensión (HTA > 130/80) se acompaña de cHDL disminuido en hombres pero no en mujeres. En los hombres disminuye con el sobrepeso, 47,9 de media con IMC entre 25 y 30 vs 54,5 mg/dl en IMC < 25. En mujeres no desciende significativamente hasta que llegan a un IMC de obesidad, IMC > 30, medias cHDL de 55,3 vs 58,3 y 59,2 con IMC de 25-30 y < 25 respectivamente. Hay una asociación directa entre el número de factores de riesgo asociados y el descenso de cHDL acompañante.

**Conclusión:** Se observa un patrón de asociación claro entre las concentraciones disminuidas de cHDL y la presencia de un perfil cardiovascular de mayor riesgo.

### DEMENCIA VASCULAR ARTERIOSCLERÓTICA

V. Freire, P. Vega, J.L. Díaz Díaz, L. Pérez, T. Chouciño, S. Ruanova, N. Martín Malmierca y C. García Martín

Medicina Interna D. Hospital Abente y Lago. CHU Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivo:** Estudio prospectivo observacional de características epidemiológicas, clínicas, de control y tratamiento de pacientes con demencia vascular arteriosclerótica.

**Material y métodos:** Pacientes de M. Interna (3 meses), con diagnóstico previo o actual de demencia vascular arteriosclerótica o mixta (descartadas otras etiologías). El diagnóstico se realizó según criterios del DSM IV, escríning previo según test de Pfeiffer. Se recogen edad, sexo, factores de riesgo (FRCV) y otras enfermedades cardiovasculares (ECV), motivo de ingreso, síntomas y tratamientos neuropsiquiátricos y tratamientos etiológicos. Se realiza miniexamen cognitivo de Lobo y valoración según escala Reisberg. Para etiología se realizan pruebas metabólicas, estudio clínico y de imagen (TAC y/o RMN).

**Resultados:** De 272 ingresos, 12 con deterioro cognitivo, el 66,7% con demencia vascular arteriosclerótica (DVA), de estos diagnóstico previo 50%, en 25% casos trastorno mixto. Entre las DVA: 37,5% mujeres (media 83 años) y 62,5% hombres (media 80 años). FRCV en 87,5% pacientes, los más frecuentes: HTA, dislipemia y obesidad grado 1. ECV asociada en 75% pacientes, las más frecuentes ACV y cardiopatías isquémicas. **Motivo de ingreso:** 25% ACV isquémico, 25% procesos respiratorios y 12,5% C. Isquémica. El resto otras causas. **Síntomas neuropsiquiátricos:** 37,5%, alteraciones ritmo sueño-vigilia y agitación los más frecuentes. **MMT:** media 12 puntos. Escala Reisberg: media fase 4. **Tratamiento:** sintomático 25% pacientes (neurolépticos atípicos y ISRS), y etiológico 87,5% (del total 25% estatina y 87,5% Tromalyt).

**Conclusiones:** 1. Pacientes con deterioro cognitivo: 67% DVA o mixtas. FRCV en el 87,5% (más frecuentes HTA, dislipemia y obesidad grado I). 75% ECV asociada (más frecuentes ACV y cardiopatía isquémicas). 2. La valoración global cognitiva-funcional fue severa en la mayoría de los pacientes. Media MMT: 12 y escala Reisberg fase 4. Sin embargo sólo 37,5% pacientes con síntomas neuropsiquiátricos. Tto neuropsiquiátrico 25% y 87,5% etiológico.

### DIABETES Y ARTERIOSCLEROSIS

P. Vega, J.L. Díaz Díaz, L. Pérez, S. Ruanova, T. Chouciño, N. Martín Malmierca y C. García Martín

Medicina Interna D. Hospital Abente y Lago. CHU Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivo:** Estudio prospectivo, descriptivo, de características epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y de control de pacientes diabéticos ingresados en medicina interna.

**Material y métodos:** Pacientes ingresados durante 1 mes en Medicina Interna. Se recogen edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos asociados, enfermedad cardiovascular (ECV) (preexistente o como motivo de ingreso) y objetivos terapéuticos según ADA, ATPIII y SEH. Se recoge tratamiento antidiabético.

**Resultados:** De los 99 pacientes ingresados (66 varones (v) y 33 mujeres (m)), 69 tenían algún FRCV (47 v, 22 m), de los que 31 (30%) tenían DM (todos tipo 2) (22 v y 9 m), edad media 69. Se consideran 4 grupos: A.- DM sin otros FRCV: 32% (10/31), 5 v y 5 m, edad media 76 años. Un 20% con ECV, alcanzando objetivos HgbA1c 30% y objetivos LDL 60%. Un 70% (7/10) seguían tratamiento antidiabético (2 Insulina, 3 sulfonilureas, 1 metformina y 1 sulfonilureas+metformina).

B.- DM+HTA: 26% (8/31), 5 v y 3 m, edad media 77 años. Un 75% con ECV, alcanzando objetivos HgbA1c 25%, objetivos LDL 38% y objetivos TA un 62%. Un 75% (6/8) seguían tratamiento antidiabético (3 Insulina y 3 sulfonilureas). C.- DM+hiperlipemia: 16%(5/31), todos varones, edad media 62 años. Un 40% con ECV, alcanzando objetivos HgbA1c 40%, y objetivos LDL 60%. Un 60% (3/5) seguían tratamiento antidiabético (todos sulfonilureas). D.- DM+HTA+Hiperlipemia: 25%(8/31), todos varones, edad media 61. Un 62% con ECV, alcanzando objetivos HgbA1c 50%, objetivos LDL 62% y TA 37%. Un 75% (6/8) seguían tratamiento antidiabético (2 Insulina, 2 sulfonilureas y 2 metformina).

**Conclusiones:** 1. El 30% de los pacientes ingresados en Medicina Interna presentan DM, todos tipo 2, el 73% con edad media 69 años. 2. Se asocian a otros FRCV mayores un 68%, siendo la HTA el más frecuentemente observado (51%). 3. Cumplen objetivos HgbA1c un 35%, objetivos LDL 54% y objetivos TA 48%. 4. Un 70% de los pacientes siguen tratamiento antidiabético (68% antidiabéticos orales y 31% Insulina, ninguno mixto).

#### DISCORDANCIAS ENTRE EL CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL INDIVIDUAL EN FUNCIÓN DEL MODELO UTILIZADO

J. Millan, M.E. González, J. Aranceta, M. Foz, B. Gil, E. Jover, T. Mantilla, B. Moreno, S. Monereo

*Sección de Obesidad de la SEA y grupo del estudio DORICA*

Para el cálculo del riesgo cardiovascular global individual una recomendación extendida es aplicar un modelo que haya sido extraído de la población a la que se aplica, dado que las variaciones interregionales pueden explicar sobre o infraestimaciones en los cálculos. El objetivo del presente trabajo ha sido comparar dos métodos para calcular el riesgo cardiovascular individual en una muestra de población española, y así evaluar el grado de concordancia o discordancia entre ellos. Los dos modelos empleados han sido uno ampliamente utilizado y reconocido (Framingham) y otro procedente de la población española como consecuencia de estudios en cerca de 15.000 individuos en 9 CC.AA (DORICA). Se ha realizado un estudio piloto en 198 individuos procedentes de una población laboral, de los que el 95% eran hombres, con una edad media de 48 años, todos ellos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. Se estratificaron los resultados según el riesgo bajo, ligero, moderado, alto o muy alto. Un 66,6% de los individuos mostraron resultados concordantes (mismo nivel de riesgo con ambos modelos), pero un 33,33% tenían resultados discordantes. Más de la mitad de las discordancias (54,5%) eran debidas a un riesgo más elevado con el modelo Framingham que con el modelo DORICA, de tal forma que, del total de la población, un 18,2% de los individuos tenían una supervaloración del riesgo al aplicar Framingham. El porcentaje de discordancias era más elevado a medida que se consideraban estratos superiores de riesgo atribuible. La mayoría de los individuos (probablemente en razón de edad) tenían un riesgo bajo o ligero. El porcentaje de individuos clasificados en cada nivel de riesgo era similar con los dos modelos; sin embargo –y como se desprende de lo señalado anteriormente– los individuos no eran los mismos en una fracción muy considerable. En el 33,3% (66 casos discordantes) que podrían ser reclasificados al aplicar el modelo DORICA con respecto al Framingham se analizaron los cambios de nivel de riesgo (hacia uno superior o inferior) al aplicar DORICA; así, un 62 % de los discordantes con riesgo ligero debería incluirse en riesgo bajo, y un 80% de los discordantes con riesgo moderado, debería incluirse en riesgo ligero.

**Conclusiones:** Una tercera parte de los individuos de una población determinada pueden no estar clasificados en el mismo nivel de riesgo, dependiendo del modelo que se utilice. Aunque, la distribución porcentual en los distintos estratos de riesgo parezca similar, lo cierto es que los individuos son distintos, lo que es particularmente importante porque no se trata de detectar un porcentaje de población sino a las personas concretas que deban ser objeto de atención o intervención. De esta forma, la aplicación de un modelo para el cálculo del riesgo cardiovascular global individual puede requerir una reclasificación de acuerdo con modelos que procedan de estudios epidemiológicos poblacionales ad hoc.

#### ESTUDIO DEL MANEJO DE FACTORES DE RIESGO EN ESPAÑA, ESTUDIO ARCADE

J.A. Gomez Gerique<sup>1</sup>, R. Aristegui<sup>2</sup>, B. Armada<sup>2</sup> y X. Masramón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Biohealth prevention, Madrid. <sup>2</sup>Unidad Médica Pfizer España.

<sup>3</sup>European Biometrics Institute.

**Introducción:** En el año 1997 se realizó un estudio observacional sobre el cumplimiento de objetivos en dislipemias en Atención primaria (JADE). El resultado mostró que tan solo el 14% de los pacientes que podían considerarse como dislipémicos presentaban concentraciones de lípidos plasmáticos que podían considerarse como de buen control. Por otra parte, pudo constatar que tan solo un 10% de los médicos participantes conocían cuales debían ser las cifras recomendadas para sus pacientes.

**Objetivos:** Los objetivos principales del estudio fueron: 1) Conocer los factores de riesgo cardiovascular más comúnmente asociados a la dislipemia en España. Valorar el riesgo cardiovascular global del paciente dislipémico. Describir los patrones de tratamiento habitual de los pacientes dislipémicos, con o sin otras enfermedades asociadas, como hipertensión o diabetes, en la población estudiada. 2) Calcular la proporción de pacientes controlados según los Objetivos Terapéuticos (OT) cardiovasculares recomendados por las sociedades científicas. Como objetivo secundario se planteó: Describir globalmente las características clínicas y sociodemográficas de la población del estudio a partir de los datos epidemiológicos generales y valorar la existencia de diferencias en función del logro del OT.

**Material y métodos:** Participaron en el estudio 2.753 investigadores de toda España, en el ámbito de Atención Especializada y Atención Primaria que reclutaron un total de 16.772 pacientes. Cada médico participante recopiló la información de los pacientes con dislipemia atendidos en su consulta que cumplían los criterios de selección, independientemente del motivo de consulta, tratamiento o enfermedades asociadas. Para considerar evaluable a un paciente debía disponer, al menos, de los datos de filiación para su codificación, factores de riesgo cardiovascular, perfil lipídico y tratamiento actual. Para el análisis de cumplimiento de objetivos se tuvieron en cuenta las siguientes recomendaciones: hipertensión (JNC VII 2003). Diabetes, recomendaciones de la American Diabetes Association. Dislipemia, recomendaciones ATPIII.

**Resultados y discusión:** Los factores de riesgo cardiovascular comúnmente asociados a la dislipemia en la población española fueron: la edad (hombres > 45 y mujeres > 55) con un 76,3% y la hipertensión con un 59,4%. El 38,4% de los pacientes con dislipemia, el 14,7% de los pacientes con HTA y el 44,3% de los pacientes con diabetes consiguieron los objetivos terapéuticos recomendados. 1.617 pacientes (34,0%) sobre 4.762 de los que sabemos que no tenían patologías concomitantes alcanzaron los objetivos terapéuticos para la dislipemia, así como un 37,6% de los pacientes con una de las dos enfermedades con-



comitantes presentes y el 45,4% de los que tenían las dos enfermedades. 3.621 pacientes (39,0%) de los 9.282 pacientes con hipertensión alcanzaron el OT de la dislipemia. Un total de 2.479 pacientes (46,1%) de los 5.378 con diabetes alcanzaron el OT de la dislipemia.

### ESTUDIO DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DIFERENCIAL EN DOS COLECTIVOS DE MUJERES DE LA TERCERA EDAD

I. Narváez<sup>1</sup>, J.P. Sáez de Lafuente<sup>2</sup>, Y. Sáez<sup>1</sup>, M. Vacas<sup>1</sup>, J.D. Sagastagoitia<sup>3</sup>, M. Santos<sup>1</sup>, A. Magro<sup>1</sup> y J.A. Iriarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trombosis y Arteriosclerosis FIDEC, <sup>2</sup>Escuela Universitaria de Enfermería de la UPV, <sup>3</sup>Cardiología Hospital de Basurto, Bilbao.

Se han estudiado dos colectivos de mujeres, con edad superior a 65 años. En todas ellas, existe una característica común, que es la de presentar una situación económica desfavorable. *Grupo A*: 122 mujeres ingresadas en una residencia geriátrica, totalmente subvencionada por el ayuntamiento. *Grupo B*: 270 mujeres que perciben una subvención económica por parte del ayuntamiento y viven en su casa. A cada una de ellas, se les realizó las siguientes pruebas: Peso y talla para determinar el IMC, toma de tensión arterial según normas de la OMS, y extracción sanguínea para determinar Colesterol Total (CT), Triglicéridos (TG), LDL-colesterol (LDL-c) HDL-colesterol (HDL-c), ácido úrico (Ac. U), y glucosa.

**Resultados:** Al comparar los factores de riesgo entre ambos grupos, encontramos diferencias estadísticamente significativas para el sobrepeso (6,6% vs 25,9%;  $p = 0,02$ ), Obesidad (8,2% vs 23,7%;  $p = 0,02$ ), Hipercolesterolemia (22,4% vs 58,8%;  $p = 0,001$ ), LDL-c (11,5 % vs 38,8%;  $p = 0,003$ ), Hiperuricemia (7,8% vs 23,4%;  $p = 0,035$ ), e hiperglucemia (5,4 % vs 20,4;  $p = 0,005$ ). La comparación de valores medios se muestra en la siguiente tabla:

FR	Grupo A N = 122	Grupo B N = 270	p
CT (mg/dl)	224,09 ± 38,78	240,15 ± 41,62	0,000
LDL-c (mg/dl)	145,82 ± 34,0	160,95 ± 37,89	0,000
HDL-c (mg/dl)	56,59 ± 12,06	60,02 ± 15,54	0,034
Ac. U (mg/dl)	5,01 ± 1,74	5,53 ± 1,6	0,004
Glucosa (mg/dl)	104,95 ± 26,2	121,5 ± 54,31	0,002
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,33 ± 5,57	28,04 ± 5,3	0,005
TAS mmHg	149,95 ± 22,301	154,8 ± 20,76	0,039
TAD mmHg	80,34 ± 10,56	83,24 ± 12,67	0,030

A la vista de estos resultados, podemos concluir que el aumento de tanto la prevalencia como los valores medios de los factores de riesgo estudiados en el grupo B, puede estar condicionado en parte, por las diferencias en las condiciones dietéticas y sanitarias de estos dos colectivos.

### EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA HIPERCOLESTEROLEMIA, SUS REPERCUSIONES CLÍNICAS Y EL TRATAMIENTO DIETÉTICO Y FARMACOLÓGICO, EN PACIENTES HIPERCOLESTEROLÉMICOS TRATADOS CON ESTATINAS. ESTUDIO OPINA

J.M. Mostaza\*, C. Lahoz\*, E. Torrecilla\*, F. Laguna\* y A.J. Criado\*\*

\*Unidad de Arteriosclerosis, Hospital Carlos III, Madrid,

\*\*Servicio de Cardiología, Hospital de Móstoles, Madrid.

El objetivo del presente estudio fue conocer la percepción que tienen los sujetos hipercolesterolémicos sobre las repercusio-

nes de su enfermedad y los conocimientos de que disponen sobre las medidas higiénicas, dietéticas y terapéuticas encaminadas a reducirlo.

**Pacientes y métodos:** Fueron estudiados 2347 pacientes hipercolesterolémicos de ambos sexos, de entre 18 y 75 años de edad, en tratamiento con estatinas. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y analíticos de la historia clínica. A todos los participantes se les realizó una encuesta dirigida a evaluar sus conocimientos sobre tres aspectos: las repercusiones clínicas de un colesterol elevado (12 preguntas), la dieta hipolipemiente (10 preguntas) y el tratamiento farmacológico (10 preguntas). Se obtuvo una puntuación para cada uno de estos aspectos. Aquellos sujetos que se situaron por encima del percentil 75 para cada uno de los temas evaluados fueron considerados "sujetos con conocimientos adecuados". Se comparó el porcentaje de estos pacientes en relación con la edad, el sexo y el nivel de educación.

**Resultados:** La edad media de la población estudiada fue de 59 ± 12 años con un 48% de mujeres. Un 34% de los participantes tenía enfermedad vascular. Sólo la mitad de ellos conocía la cifra de colesterol que debía alcanzar. El porcentaje de sujetos que sabía que el colesterol se asociaba con un riesgo aumentado de IAM y de ictus fue del 90 y 75% respectivamente. La mayoría conocía que el colesterol podía elevarse por la dieta (96%), por exceso de peso (88%) y por sedentarismo (83%), pero solo un 29% conocía que podía elevarse por problemas de tiroides o por medicación (33%). El conocimiento de la dieta fue adecuado para aquellos alimentos con repercusiones negativas sobre la concentración de colesterol (huevos 95%; leche entera 84%, vísceras 83%, bollería 76%) y deficiente para aquellos que tenían un efecto neutro o positivo sobre la misma (legumbres 11%, pasta 19%, aceite de girasol 22%). Un 25% de los pacientes desconocía el nombre de la medicación hipolipemiente que recibía y un 50% desconocía la dosis. Menos de la mitad sabía el tiempo durante el cual debían consumirla y sólo un 40% conocía algún efecto adverso asociado con su consumo. Los pacientes de mayor edad y con menor nivel de educación tuvieron un menor conocimiento de cualquiera de los aspectos explorados sin que existieran diferencias en el sexo.

**Conclusión:** Los pacientes que reciben tratamiento con estatinas tienen un moderado conocimiento de la dieta y de las repercusiones negativas de la hipercolesterolemia pero escasa información sobre el tratamiento farmacológico. Este conocimiento es menor en los sujetos de mayor edad y menor nivel de educación. El análisis de estos datos permitirá identificar potenciales fallos en el sistema de información que se traduzcan en medidas específicas tendentes a corregirlos.

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN MUJERES DE BAJA CONDICIÓN SOCIAL DE LA TERCERA EDAD

I. Narváez\*, J.M. Gandarias\*, J.P. Sáez de Lafuente\*\*, Y. Sáez\*, M. Vacas\*, J.D. Sagastagoitia\*\*\* y J.A. Iriarte\*

\*Fundación para la Investigación y Docencia de las Enfermedades Cardiovasculares (FIDEC), \*\*Departamento de Enfermería de UPV/EHU, \*\*\*Departamento de Medicina de la UPV/EHU. Bilbao.

**Introducción:** El accidente cerebro vascular (ACV) es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, pero las tasas de incidencia varían mucho de una población a otra. Esta gran variabilidad en el ACV, puede ser debida a la prevalencia de los factores de riesgo. La hipertensión es probablemente el factor de riesgo más importante en el ACV, no obstante, otros fac-

tores de riesgo también aumentan el riesgo de ACV. El objetivo de este trabajo ha sido determinar la prevalencia de ACV y estudiar los factores de riesgo asociados.

**Pacientes y métodos:** Se han estudiado 302 mujeres con edades entre 65 y 98 años de Vitoria. A cada una de ellas se les realizó una extracción sanguínea para determinar el perfil lipídico, urea, glucosa y ácido úrico, dos tomas de tensión arterial siguiendo las recomendaciones de la OMS, peso y talla para determinar el IMC, historia clínica, encuesta cardiovascular de Blackburn y Rose.

**Resultados:** De las 302 mujeres estudiadas, el 6,6 % (n = 20) presentaban ACV previo. De ellas, el 70 % presentaban 3 o más factores de riesgo, el 10 % dos y el 20 % solo uno. El factor de riesgo que presentó una prevalencia más elevada fue la hipertensión arterial sistólica (90%), seguida en orden decreciente por niveles de LDLc elevados (75%), hiperuricemia (60%), inactividad física (55%), hipertensión diastólica (45%), urea elevada (45%), obesidad (35%), glucemia (25%), HDL disminuida (7,8%), tabaco (5%) e hipertrigliceridemia (5%). Todos los factores de riesgo estudiados presentaron prevalencias más elevadas en el grupo de mujeres con ACV excepto, la hipertrigliceridemia y la glucemia.

**Conclusiones:** Las mujeres con ACV presentaron un número importante de factores de riesgo, lo que pone de manifiesto la necesidad de establecer pautas de actuación a fin de disminuir dichos factores en este colectivo desfavorecido.

#### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV) Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA (ACVA)

P. Vega, P. Martínez Espada, J.L. Díaz Díaz, T. Chouciño, S. Ruanova, N. Martín Malmierca y C. García Martín  
Servicio de Medicina Interna D. CHU Juan Canalejo. A Coruña.

**Objetivo:** Estudio prospectivo, descriptivo de características epidemiológicas, clínicas y de evolución de pacientes con ACVA.

**Material y métodos:** Se estudian pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna durante 3 meses. Se recogen edad, sexo, tipo de ACVA, Enfermedad cardiovascular (ECV) previa, cardiopatía embolígena, FRCV clásicos, cumplimiento de objetivos de HgbA1c, TA y LDLc según recomendaciones de ADA, SEH y ATPIII. Se objetiva evolución clínica.

**Resultados:** De los 710 pacientes ingresados, 30 son ACVA (4%). Varones 60% y mujeres 40%, con edad media de 75 años. El 77% de los ACVA eran trombóticos, el 13% embólicos y el 10% hemorrágicos. Un 50% de los pacientes presentaban ECV previa (ACV 33%, Cardiopatía isquémica 17% y Arteriopatía periférica 7%). Un 80% tenían FRCV clásicos. Un FRCV lo presentaban un 38% de los pacientes, dos FRCV 46% y tres 1 FRCV 6%. El FRCV más frecuente fue la HTA (70%), 10% de nuevo diagnóstico, cumpliendo objetivos en cifras de TA un 57%. Un 40% de pacientes tenían hiperlipemia, 7% de nuevo diagnóstico, cumpliendo objetivos LDLc un 67%. Un 33% tenían DM (todos tipo 2), 3% de nuevo diagnóstico, cumpliendo objetivos HgbA1c un 10%. En cuanto a la evolución clínica, un 40% evolucionó con secuelas neurológicas al alta, un 33% sin secuelas y un 27% fue éxitus. Los factores relacionados con éxitus fueron la edad, ECV previa y HTA.

**Conclusiones:** 1. Un 4% de los pacientes ingresados en Medicina Interna son ACVA (77% trombóticos). 2. Un 80% de los ACVA tienen FRCV, siendo el más frecuentemente observado la HTA (70%) (40% hiperlipemia y 33% DM tipo 2) y un 50% presentaban ECV previa. 3. Se cumplen objetivos LDLc en

67% de los casos, objetivos de TA en 57% y de HgbA1c en 10%. 4. La mayoría de los pacientes evolucionan con secuelas neurológicas (40%).

#### FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONOCIMIENTO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA, SUS REPERCUSIONES CLÍNICAS Y EL TRATAMIENTO DIETÉTICO Y FARMACOLÓGICO, EN PACIENTES TRATADOS CON ESTATINAS Y SU RELACIÓN CON LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS. ESTUDIO OPINA

J.M. Mostaza\*, C. Lahoz\*, E. Torrecilla\*, F. Laguna\* y A.J. Criado\*\*

\*Unidad de Arteriosclerosis, Hospital Carlos III, Madrid,

\*\*Servicio de Cardiología, Hospital de Móstoles, Madrid.

El grado de conocimiento sobre las repercusiones clínicas de la hipercolesterolemia y su tratamiento podría diferir entre diferentes tipos de pacientes hipercolesterolémicos e influir en la consecución de objetivos terapéuticos si bien este hecho no ha sido estudiado previamente. El objetivo del presente estudio fue evaluar en una amplia muestra de sujetos tratados con estatinas, si el nivel de conocimientos sobre los riesgos de la hipercolesterolemia y sobre su tratamiento dietético y farmacológico, podría variar en función de la gravedad de la dislipemia, de su tiempo de evolución y de la presencia de comorbilidad. También estudiamos si este conocimiento pudiera influir en la consecución de objetivos terapéuticos.

**Pacientes y métodos:** Fueron estudiados 2347 pacientes hipercolesterolémicos de ambos sexos, de entre 18 y 75 años de edad, tratados con estatinas. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y analíticos de la historia clínica, evaluando si cumplían objetivos terapéuticos de acuerdo con las guías de tratamiento del ATP III. A todos los participantes se les realizó una encuesta dirigida a evaluar sus conocimientos sobre tres aspectos: las repercusiones clínicas de un colesterol elevado (12 preguntas), la dieta hipolipemiente (10 preguntas) y el tratamiento farmacológico (10 preguntas). Se obtuvo una puntuación para cada uno de estos aspectos. Los sujetos que se situaron por encima del percentil 75 para cada uno de los temas evaluados fueron considerados "sujetos con conocimientos adecuados".

**Resultados:** La edad media de la población estudiada fue de  $59 \pm 12$  años con un 48% de mujeres. Tras corregir por edad, sexo y nivel de educación, los pacientes con hipercolesterolemia familiar (OR 1,46; IC 95% 1,11-1,92), los que llevaban más de 5 años recibiendo estatinas (OR 1,41; IC 95% 1,01-1,95) y los atendidos en consultas de atención primaria (OR 1,69; IC 95% 1,29-2,21) fueron los que tuvieron un mejor conocimiento del tratamiento y aquellos con diabetes (OR 0,75; IC 95% 0,58-0,96) fueron los que lo tuvieron peor. El conocimiento sobre la dieta hipolipemiente fue peor en los sujetos con diabetes (OR 0,78; IC 95% 0,63-0,97) y en aquellos individuos que llevaban más de 5 años en tratamiento hipolipemiente. Un 30,6% de los participantes se encontraba dentro de objetivos terapéuticos. Este porcentaje fue significativamente mayor entre aquellos sujetos que conocían los riesgos de la hipercolesterolemia (35% vs 28,4%,  $p = 0,004$ ), que conocían la dieta (32% vs 28,5%,  $p = 0,066$ ) y que tenían conocimiento sobre el tratamiento hipolipemiente (34,3% vs 29,3%,  $p = 0,024$ ).

**Conclusión:** Nuestros datos indican que existen diferencias en el conocimiento de las repercusiones clínicas de la dislipemia y en las medidas dietéticas y farmacológicas dirigidas a su tratamiento entre diferentes tipos de pacientes con hipercolesterolemia. Un conocimiento adecuado de estos aspectos favorece la consecución de objetivos terapéuticos.

## HÁBITO DE FUMAR Y SU ASOCIACIÓN CON OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIH(+)

D. López Martínez, M. Castro García, I. Pérez Ramírez y J. Ferrer Iturralde

*Equipo de Atención Primaria. Justicia. Área 7. Madrid.*

**Objetivos:** Conociendo por un estudio previo la alta prevalencia de fumadores en los pacientes VIH(+) atendidos en nuestra zona básica de salud, nos planteamos como objetivo el conocer si se asociaba este hábito a otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Se revisaron las historias clínicas del Equipo de Atención Primaria de Justicia que presentaban el episodio de VIH(+), y que se habían registrado informáticamente mediante el sistema OMI implantado en la Comunidad de Madrid. Detectamos 166 episodios con datos sobre la infección VIH, sociodemográficos, antecedentes familiares, hábitos, exploración clínica, tensión arterial, analítica, perfil lipídico, la realización o no de ejercicio físico y el tratamiento recibido.

**Resultados:** El 96% eran varones; la edad media era 44,3 años (rango 26– 84 años); la distribución por grupos etarios era: 33,7% se encontraban entre 26 y 35 años; el 36,6% entre > 35 y 45 años, el 20,8% entre > 45 y 55 años, el 5,8% entre > 55 y 65 años y el 3,1% mayores de 65 años. La vía de contagio en un 94 % se debía a relaciones sexuales (88% varones homosexuales y un 6% relaciones heterosexuales), en un 4 % al consumo de drogas, y en un 2% a causas accidentales. El 67% recibían tratamiento con antiretrovirales. El 51% de los pacientes fumaban, cifra inferior al estudio realizado hace 3 años (78%). El número medio de cigarrillos que consumían era de 20 diarios (rango 3–60 cigarrillos/día). De los pacientes que fumaban el 48 % presentaban algún otro factor de riesgo cardiovascular, como dislipemia, hipertensión arterial, sobrepeso o sedentarismo. La asociación más frecuente fue dislipemia y hábito tabáquico. El 20% de los fumadores presentaban dislipemia, el 12% de los fumadores tenían sobrepeso y el 8% hipertensión. El 66% de los fumadores habían sido diagnosticados de ansiedad o depresión.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes VIH(+) atendidos en nuestra zona básica de salud presentan una prevalencia muy elevada en el hábito de fumar, aunque se había reducido respecto a años anteriores, y la asociación con otros FRCV hace a esta población más vulnerable a la aparición de enfermedad cardiovascular. 2. Programas de deshabitación tabáquica individualizada o grupal pueden ser eficaces en estos pacientes para disminuir su riesgo cardiovascular. 3. La elevada asociación de los fumadores y dislipemia, sobre todo en pacientes en tratamiento con antiretrovirales, precisa una especial consideración en el estudio y tratamiento de las dislipemias en estos pacientes jóvenes.

## INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA CATALUNYA CENTRAL

C. Pardo, J. Tobías, X. Puigdemongas como representantes del grupo ABBEL

*CAP Sda. Família de Manresa, CAP Plça Catalunya de Manresa, CAP St. Fruitós.*

Actualmente el tratamiento del paciente dislipémico se basa en el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV). En el ámbito de Atención primaria de Cataluña, gestionada por el ICS (Institut Català de la Salut), se realizó una Guía para el tratamiento de

la hipercolesterolemia basado en la tabla de Framingham modificada por Anderson, se difundió y se puso en marcha en el año 2002. Antes de la aparición de esta guía se llevaba a cabo el cálculo del riesgo según las directrices existentes hasta el momento.

**Objetivo:** Conocer el porcentaje de pacientes a los que se registró el cálculo de RCV, después de la presentación de la Guía ICS.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio antes-después en las áreas básicas de la Cataluña Central en las que se difundió la guía con la misma metodología, se incluyeron varones entre 35-74 años y mujeres entre 45-74 años que tenían registrado el diagnóstico de dislipemia. La muestra se seleccionó de forma consecutiva y sistemática en las consultas de atención primaria. Se comparó el porcentaje de registro del cálculo del RCV en las historias clínicas antes y después de la exposición de la guía. Se analizaron los resultados con contraste de hipótesis mediante el programa SPSS v.11.5 para Windows.

**Resultados:** Se revisaron 702 historias, el 53% eran mujeres y la media de edad fue de 61 a. El 98% tenía un colesterol total > 250 mg/dl o recibían tratamiento hipolipemiente. Hipertensión arterial 54%, Diabetes 23%, tabaquismo un 21% y hipertrofia ventricular izquierda 14%. El 16,4% tenía antecedentes de enfermedad cardiovascular i el 52% recibía tratamiento hipolipemiente al inicio de la evaluación. El cálculo de riesgo se registró en un 8,9% antes de la guía y en un 12,8 después de la presentación, siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,003$ ). En los pacientes no tratados farmacológicamente antes de la presentación de la guía se registró el RCV en el 11% pasando al 17% después ( $p < 0,05$ )

**Conclusión:** El registro del RCV fue bajo, pero sin embargo se observó un aumento significativo del mismo después de difundir una guía de práctica clínica.

## LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE PROTEÍNA C REACTIVA ES UN FACTOR DE CONFUSIÓN EN LA PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES TRAS REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

A. Gordillo-Moscoso, E. Ruiz, S. Redondo, G. Cusati y T. Tejerina

*Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.*

**Introducción:** Dado que no se ha establecido de forma fehaciente, nos propusimos comprobar la validez de la concentración sérica de proteína C reactiva (CRP) como factor pronóstico de complicaciones tras la cirugía de revascularización coronaria.

**Material y métodos:** Se reclutó una cohorte de pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria. De forma preliminar, se realizó un análisis bivariado de selección de variables para una regresión logística múltiple. El mejor modelo de regresión se obtuvo con un abordaje variable por variable y el menos índice AIC (Criterio de Información de Akaike). Las variables finales fueron: complicaciones cardíacas, renales o pulmonares, o muerte durante los primeros 30 días tras la operación.

**Resultados:** Se analizaron 70 pacientes, 10 (14%) mujeres, 35 (50%) diabéticos, 36 (51%) hipertensos, 39 (56%) hiperlipidémicos, 24 (34%) fumadores actuales, y 39 (56%) consumidores de vino. El análisis bivariado mostró que el advenimiento de complicaciones se relacionó sólo con la concentración de CRP ( $Rho = 0,23$ ,  $P < 0,05$ ) y la presencia o ausencia de infarto de miocardio previo a los 30 días antes de la operación ( $Rho = 0,34$ ,  $P < 0,05$ ). Sin embargo, la regresión logística (ajustada

