

Epidemiología

1A-08. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CONVENCIONALES Y NO CONVENCIONALES EN PACIENTES EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

F. Trias, I. Sarasa, I. Cabello, X. Solanich, R. Figueras, R. Pujol, E. Corbella y X. Pintó

Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La enfermedad cardiovascular está relacionada con los factores de riesgo cardiovascular convencionales y no convencionales, la edad de los pacientes, uno de ellos, puede influir en el desarrollo de la misma. Observar las diferencias entre los distintos factores de riesgo cardiovascular, según los diferentes grupos de edad de debut de la isquemia, puede darnos una idea de la influencia de los mismos en el desarrollo de la enfermedad arterioesclerótica.

Objetivo: Comparar el perfil de factores de riesgo cardiovascular convencionales y no convencionales según la edad de presentación del primer episodio isquémico.

Metodología: Se han analizado 576 historias de pacientes en un Programa de Prevención Secundaria del Hospital Universitario de Bellvitge, con debut isquémico y su seguimiento, estratificándolos según la edad y en función del sexo. Los pacientes han sido divididos en 3 grupos según los percentiles 15 y 85 de edad del primer episodio de isquemia siendo ≤ 46 , 47 a 64 y ≥ 65 años en hombres y ≤ 52 , 53 a 67 y ≥ 68 años en mujeres. Se analizaron el nivel de estudios, la situación laboral, los antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, hábito tabaquito, consumo de Alcohol, dieta y la historia familiar de enfermedad cardiovascular, diabetes e hipertensión.

Resultados: Los pacientes más jóvenes estaban más expuestos al tabaco, mostraban un incremento significativamente mayor del consumo de alcohol los fines de semana y realizaban menos ejercicio físico. Asimismo, presentaban un porcentaje significativamente mayor de antecedentes de eventos isquémicos, mayores concentraciones de triglicéridos y menores de c-HDL. Los pacientes de mayor edad presentaban cifras significativamente mayores de presión arterial y de homocisteína y menores de cobalaminas.

Conclusiones: 1. Los pacientes que han presentado isquemia a una edad más joven tienen un peor estilo de vida y presentan con más frecuencia dislipemias mixtas o con déficit de c-HDL que los pacientes de mayor edad. 2. Los pacientes de mayor edad presentan una presión arterial sistólica más alta y mayores concentraciones de homocisteína y menores de vitamina B12.

Palabras clave: Enfermedad cardiovascular. Factores de riesgo cardiovascular y edad.

2A-04. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA PILOTO "HÉROES Y PREVIMET" DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN OBESIDAD INFANTIL Y SÍNDROME METABÓLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA HOSPITALARIA VIRGEN MACARENA DE SEVILLA

T. Arrobas Velilla¹, J.A. Pérez Quintero², S.M. Encinas Tobajas², J. Espinaco Garrido², L. Conde Crespo², M.C. Mengibar¹, I. Orive de Diego¹ y F. Fabiani Romero¹

¹UGC Bioquímica Clínica. ²CS Pino Montano B. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La OMS ha calificado la obesidad como la epidemia mundial del siglo XXI y el problema de salud pública número uno. Al exceso de peso se asocian, entre otras patologías, la diabetes y, por supuesto, el síndrome metabólico. Son enfermedades propiciadas por la vida urbana y son esenciales cambios en los estilos de vida y de alimentación para solventarlo.

Objetivo: El programa Héroes es un proyecto ambicioso que aúna investigación, prevención, promoción de la salud e intervención terapéutica en un problema epidemiológico y social que afecta desde la infancia como es la obesidad infantil y el síndrome metabólico. En él participan Pediatras y enfermeros de atención primaria del Centro de salud Pino Montano B y el laboratorio de riesgo vascular de la U.G.C. de Bioquímica Clínica.

Metodología: Programa PREVIMET. Programa preventivo: prevención del SM desde antes del nacimiento. Se estructura en forma de tres seminarios a los padres en los que se informa sobre la prevención del síndrome metabólico. El primero seminario se realiza con los padres en el último trimestre de gestación (prevención prenatal) y los otros dos, lo reciben a los 12 meses de vida y a los 3 años (prevención posnatal) incorporados como visitas específicas del programa de salud infantil (niño sano).

Resultados: Programa Héroes: programa terapéutico: una vez que se han identificado a los pacientes con obesidad o sobrepeso en la consulta de pediatría de atención primaria, se solicita el consentimiento para la inclusión en el grupo terapéutico. El protocolo consiste en: exploración física minuciosa con el fin de detectar comorbilidades, medida de la tensión arterial con un tensiómetro Omrom 705IT, antropometría con cinta métrica extensible y pliegues cutáneos con un plicómetro Holtain y una impedanciometría tetrapolar con BIA 101. Se extrae una muestra de sangre para el estudio bioquímico, tiroides, estudio de RCV e insulinemia para cálculo de HOMA y Quicki. Se completa la base de datos en el programa SPSS v 18.0. A continuación comienza un programa de seminarios prácticos destinados a niños con sobrepeso/obesidad y sus familiares estructurados en tres ámbitos. 1. Escuela de padres: diez sesiones de 1h.30 de duración. 2. Escuela de niños: tres sesiones de 1.30 horas. 3. Escuela de abuelos: tres sesiones de 1.30 horas.

Conclusiones: Cada tres meses se realizara un seguimiento en la consulta de enfermería con intensificación y reforzamiento de la familia y el paciente de tal maneja que existan 3 visitas al año.

Palabras clave: Síndrome metabólico. Obesidad infantil. Colesterol. Prevención. Salud.

P-079. PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR REALIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE UNA PRÁCTICA PROTOCOLIZADA PARA MEJORAR EL CONTROL DEL COLESTEROL (ESTUDIO ESPROCOL)

F.J. García-Norro Herreros¹, M.J. Panisello Royo², A. Ruiz García³, V. Pallarés Carratalá⁴, D. Fierro González¹, E. Arranz Martínez⁵, J.C. García Álvarez⁶ y A. Díaz Rodríguez⁷

¹Centro de Salud Condesa. Sacyl. León. ²Fundación para el Fomento de la Salud. Barcelona. ³Centro de Salud Pinto. Madrid. ⁴Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón. ⁵Centro de Salud San Blas. Parla. Madrid. ⁶Consultorio Serranillos del Valle. CS Griñón Sur. Madrid. ⁷Centro de Salud de Bembibre. León.

Introducción: La hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo modificables de la enfermedad cardiovascular (ECV). Su reducción disminuye la morbimortalidad por cardiopatía isquémica y ECV en general, en prevención primaria y en prevención secundaria especialmente.

Objetivo: Comprobar si una práctica clínica protocolizada e intensiva permite vencer la inercia y alcanzar el objetivo terapéutico (OT) de c-LDL < 100 mg/dL en pacientes de alto riesgo asistidos en Atención Primaria (AP) de nuestro país.

Metodología: Estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico, realizado en Centros de AP de diferentes CC.AA. Mediante muestreo consecutivo se incluyeron 310 pacientes de alto riesgo cardiovascular (diabéticos o con ECV establecida), tratados previamente con estatinas, que no alcanzaban el OT de c-LDL.

Resultados: Los sujetos del estudio tenían una edad media de 65,2 años, de los que el 60,32% eran varones. El 41,64% presentaba un EVC previo, infarto agudo de miocardio (20,33%), angina (16,07%), ictus/AIT (9,19%), arteriopatía (5,25%), diabetes (70,87%), hipertensión (71,01%), y obesidad abdominal (69,62%). El 43,57% (IC95%: 37,21; 50,08) de los pacientes que realizaron la 2ª visita (241) consiguieron el OT. El 62,50% (IC95%: 55,68; 68,98) de los que realizaron la 3ª (216) consiguieron el OT. Finalmente, el 77,56% (IC95%: 72,13; 83,08) de los pacientes que realizaron la última visita (205) consiguieron el OT. A lo largo del estudio hubo una reducción de los niveles de c-LDL desde los 135,6 mg/dL en la visita basal, 107,4 mg/dL en la 2ª visita, 97,3 mg/dL en la 3ª visita, hasta los 90,7 mg/dL en la visita final ($p < 0,0001$). El incremento de c-HDL entre la visita basal (50,9 mg/dL) y la final (53,6 mg/dL) también fue significativo ($p = 0,013$).

Conclusiones: La reevaluación e intensificación del tratamiento en pacientes de alto riesgo cardiovascular atendidos en Atención Primaria, aplicando las indicaciones de las guías, permite alcanzar el OT en más de las tres cuartas partes de los previamente no controlados en el plazo de medio año. Estos resultados nos deben estimular a superar la inercia terapéutica en el control de la ECV mediante una actuación precoz y enérgica ante la hipercolesterolemia.

Palabras clave: Prevención secundaria. Control de la hipercolesterolemia. Inercia terapéutica.

P-081. EFECTO DEL TRATAMIENTO CON ESTATINAS EN LA INCIDENCIA DE DIABETES MELLITUS EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL. ESTUDIO PRELIMINAR

J.D. García Díaz¹, S. López Medina² y J.M. Mesa Latorre¹

¹Unidad de Genética Clínica y Lípidos. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. ²Centro de Salud Juan de Austria. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción: En varios ensayos clínicos se ha encontrado que el tratamiento con estatinas se asocia con un riesgo aumentado de desarrollar diabetes mellitus. Este riesgo parece ser mayor con el uso de algunas estatinas a dosis elevadas. A la vez, se ha destacado que este efecto adverso se compensaría con el impacto favorable de dichos fármacos en el riesgo cardiovascular global de estos pacientes. Sin embargo, no se conoce bien la relevancia de este hallazgo en condiciones de práctica clínica habitual.

Objetivo: Conocer y cuantificar el efecto del tratamiento con estatinas en el desarrollo de diabetes mellitus en pacientes con glucemia alterada en ayunas (GAA) en el ámbito de la atención primaria.

Metodología: Estudio de cohortes retrospectivas a partir de la revisión de los registros clínicos de la totalidad de los pacientes de dos cupos de médicos de atención primaria (2.030 pacientes). Se incluyeron en el estudio a los individuos de ambos sexos mayores de 18 años, que durante el periodo comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2008, tuvieran una glucemia entre 100 y 125 mg/dl y que no hubieran recibido previamente tratamiento con estatinas. Éstos se dividieron en dos grupos, según se iniciara o no a partir de entonces en ellos el tratamiento con alguno de estos fármacos: cohorte expuesta a estatinas ($n = 32$) y cohorte no expuesta ($n = 54$). El seguimiento de los pacientes ha oscilado entre 2 y 5 años. Se ha analizado también el efecto de otras covariables demográficas, antropométricas, metabólicas y de tratamientos concomitantes.

Resultados: Durante el seguimiento han aparecido 4 casos nuevos de diabetes mellitus en la cohorte expuesta a estatinas (12,5%), frente a 5 casos en la cohorte no expuesta (9,3%). Esta diferencia supondría un riesgo relativo de 1,35 (IC95%: 0,39-4,66) sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,72$). El exceso de riesgo absoluto observado (3,2%), si no fuera debido al azar, implicaría la aparición de un nuevo caso de diabetes por cada 33 pacientes con GAA que fueran tratados con estatinas durante 2-5 años (NNH). Con el tamaño muestral disponible, la

potencia estadística para alcanzar significación con los resultados referidos es de 0,1 y se requerirían, al menos, 1.222 individuos expuestos a estatinas para disponer de una potencia de 0,8. El reducido tamaño muestral tampoco ha permitido observar diferencias de efecto entre las distintas estatinas o valorar la influencia de las covariables analizadas.

Conclusiones: En la práctica clínica habitual también parece observarse una tendencia al incremento de desarrollo de diabetes mellitus entre los pacientes con GAA que inician un tratamiento con estatinas. Sin embargo, este efecto puede ser de una magnitud limitada y se requerirían grandes tamaños muestrales para confirmar su significación estadística.

Palabras clave: Diabetes mellitus. Incidence. Statins. Adverse effects. Impaired fasting glucose.

P-104. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA (HTG) EN LOS PACIENTES DEL REGISTRO DE HTG DE LA SEA

I. Cabello¹, X. Pintó¹, F.J. Fuentes², A. Hernández Mijares³, J.M. Mostaza⁴, J. Panisello⁵ y J. Galina⁶

¹Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Hospital Reina Sofía. Córdoba. ³Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁴Hospital Carlos III. Madrid. ⁵Policlínico San Carlos. Alicante. ⁶Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Las hipertrigliceridemias (HTG) son trastornos con una evolución clínica heterogénea debido a la compleja interacción de factores genéticos y ambientales que intervienen en su origen. Los factores predictivos de la consecución de los objetivos terapéuticos en los pacientes con HTG no han sido bien definidos.

Objetivo: Conocer los factores predictivos de la respuesta al tratamiento de las hipertrigliceridemias en los pacientes del registro de HTG de la SEA.

Metodología: Se ha analizado la evolución de las concentraciones de triglicéridos y los factores predictores de la respuesta al tratamiento hipolipemiente en un grupo de 929 pacientes atendidos en las unidades de lípidos adscritas a la SEA e incluidos en el registro de HTG en los que se disponía de los datos de la visita basal y de la visita final en la unidad de lípidos. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, según se alcanzase ($n = 406$), o no ($n = 523$), el objetivo terapéutico de la HTG (< 200 mg/dL).

Resultados: Los pacientes que lograron los objetivos tenían una HTG menos severa (valor máximo de triglicéridos en los 5 años previos 7,3 vs 10,3 mmol/L; $p < 0,001$) y un mayor c-HDL basal (1,1 vs 1,0 mmol/L; $p < 0,001$), mayor edad (51,3 vs 49,5 años; $p = 0,024$), menor peso corporal al inicio (81,0 vs 83,4 Kg; $p = 0,009$) y perdieron más peso (1,4 vs 0,2 Kg; $p < 0,001$), presentaban menos síndrome metabólico (49 vs 62%; $p < 0,01$), eran menos hipertensos (36% vs 43%; $p = 0,034$), diabéticos (18 vs 25%; $p = 0,014$) y fumadores (32 vs 38%; $p = 0,046$), y redujeron en mayor medida el consumo de alcohol (6,7 g/día vs 4,4 g/día; $p = 0,043$) e incrementaron la actividad física con mayor frecuencia (31,4% vs 24,2%; $p = 0,047$) y mejoraron más la puntuación de dieta (1,7 vs 0,9 puntos; $p < 0,001$). Los pacientes controlados presentaron un mayor descenso del colesterol total (1,5 vs 0,7%; $p < 0,001$), del c-LDL (0,7 vs 0,3 mmol/L; $p < 0,001$) y de la glucosa (0,4 vs 0,2 mmol/L; $p = 0,027$) y un mayor ascenso del c-HDL (0,1 vs 0,0; $p < 0,001$). Los factores con mayor predictivo de la consecución del objetivo terapéutico de los triglicéridos fueron la disminución del IMC (OR 1,23; IC 1,09-1,39), la ausencia de diabetes (OR 1,8; IC 1,18-1,75), la menor gravedad de la HTG (OR 1,04; IC 1,01-1,06) y las concentraciones mayores de c-HDL basal (OR 0,23; IC 0,12-0,46) y menores de c-No HDL basal (OR 1,79; IC 1,49-2,17).

Conclusiones: 1. Los pacientes que logran los objetivos de control de la HTG tienen una menor gravedad de la alteración lipídica y un

menor perfil de factores de riesgo cardiometabólico que los pacientes que no los alcanzan. 2. Entre los factores relacionados con los hábitos de vida, la disminución de peso parece ser el de mayor relevancia para conseguir un control óptimo de la HTG.

Palabras clave: HTG. Factores de riesgo cardiometabólico. Respuesta al tratamiento.

P-113. VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN REHABILITACIÓN CARDÍACA

M. Abeytua Jiménez, J.I. Castillo Martín, T. Martínez Castellanos, M.A. Ortega Ordúñez, A. Fernández González, C. Torres Álvarez, D. Ruiz Molina y F. Fernández Avilés

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La recuperación de la frecuencia cardiaca (RFC) en la ergometría, es la diferencia de la frecuencia cardiaca en pico de esfuerzo y la medida en un periodo de tiempo fijo de 1 minuto en la recuperación; Resultados ≤ 12 lpm se considera factor predictivo independiente de mortalidad.

Objetivo: El objetivo del estudio es valorar si el programa de rehabilitación cardiaca mejora RFC.

Metodología: Se incluyeron 251 pacientes que realizaron rehabilitación cardiaca durante el año 2011. Previamente y al finalizar el programa se realizó ergometría con RFC. Se valoraron cambios encontrados en RCF y se analizó la posible relación con el porcentaje alcanzado de frecuencia cardiaca máxima prevista alcanzada (FCMP).

Resultados: La media de edad fue de 59,9 años, 18% mujeres. Diagnósticos principales: 84,7% cardiopatía isquémica; 6% valvulopatía; 7,4% insuficiencia cardiaca y 1,9% arritmias. Al inicio, 46 pacientes, 18,3% tuvo una RFC patológica. Al finalizar la rehabilitación, 27 pacientes, 58,7% mejoró hasta la normalidad ($p < 0,005$). En el resto 81,7% con RCF normal, sólo 2 pacientes empeoraron. Con porcentajes de FCMP $p < 0,005$.

Conclusiones: El estudio tiene limitaciones como número de muestra, tratamiento con beta-bloqueantes y análisis de otras variables. Los resultados reflejan que la rehabilitación cardiaca mejora significativamente la recuperación de la frecuencia cardiaca y por tanto el riesgo de mortalidad. Existe una relación significativa con la probable alteración en la respuesta cronotrópica.

Palabras clave: Recuperación frecuencia cardíaca. Rehabilitación cardíaca.

P-114. INTERACTOOL-CARDIO: UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA PARA EL ANÁLISIS AUTOMATIZADO DE LAS INTERACCIONES GEN-GEN Y GEN-AMBIENTE EN ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA GENÓMICA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

D. Corella¹, J.V. Sorlí¹, D. Godoy², J.I. González¹, F. Madueño³ y O. Coltell³

¹Departamento de Medicina Preventiva. Ciberobn. Universidad de Valencia. ²Hospital General Universitario de Valencia. ³Departamento de Lenguajes y Sistemas Informáticos. Universitat Jaume I. Castellón.

Introducción: En la actualidad existe un interés creciente por el estudio de las interacciones gen-gen y gen-ambiente en la epidemiología genómica de las enfermedades cardiovasculares. La incorporación de nuevas tecnologías de genotipado permite obtener de manera rápida datos del análisis genético de decenas o centenas de polimorfismos en el genotipado estándar en estudios epidemiológicos de la obesidad. Paralelamente la informatización de los cuestionarios de estilo de vida, permite también obtener centenas de variables ambientales, entre las que se encuentran los distintos componentes de la dieta. Por ello, el enfoque tradicional del análisis de las interacciones gen-gen o gen-ambiente desde el punto de vista de exploración clásica,

resulta ineficiente y es necesario desarrollar herramientas informáticas de fácil implementación que permitan realizar un análisis automatizado de las múltiples interacciones gen-gen y gen-ambiente que concurren en los estudios de epidemiología genómica de las enfermedades cardiovasculares incluyendo miles de participantes y distintos fenotipos intermedios y finales.

Objetivo: Desarrollar una herramienta informática integral de alto rendimiento para análisis a gran escala de las interacciones gen-gen y gen-ambiente y en estudios de epidemiología genómica de las enfermedades cardiovasculares, incluyendo miles de participantes, decenas o centenas de SNP, así como decenas, centenas o miles de variables ambientales.

Metodología: Para facilitar su manejo, la herramienta utiliza los paquetes estadísticos estándar para crear y ajustar los modelos de interacción por medio de secuencias de comandos de sintaxis en la predicción de uno o más fenotipos relacionados con las enfermedades cardiovasculares (bien evento cardiovascular como variable dicotómica o fenotipos intermedios como concentraciones plasmáticas de lípidos, glucemia, marcadores de inflamación, presión arterial, tanto de forma continua como categórica). Se automatiza el cálculo de modelos dominantes, recesivos y codominantes para cada polimorfismo para ajustar de manera óptima. Una vez elegidos los modelos de herencia y las secuencias de interacciones con otras variables genéticas (interacciones gen-gen) o ambientales (gen-ambiente), se crean automáticamente modelos de interacción permitiendo programar el ajuste por potenciales variables de confusión. De los resultados generados se extrae un conjunto seleccionado de parámetros (coeficientes de regresión, los valores de p, medias ajustadas, etc.), mediante filtrado y se exportan los resultados previamente seleccionados a hojas de cálculo y se visualizan los resultados pudiendo elegir el umbral de significación estadística nominal o corrigiendo por múltiples comparaciones.

Resultados: Hemos implementado nuestra herramienta con datos reales obtenidos en el estudio PREDIMED, para analizar de manera automatizada las interacciones gen-gen y gen-ambiente en distintos fenotipos relacionados las enfermedades cardiovasculares, obteniendo un excelente rendimiento.

Conclusiones: INTERACTOOL-CARDIO es una herramienta muy útil y fácil de manejar para explorar e identificar las interacciones gen-ambiente y gen-gen en estudios de epidemiología genómica de las enfermedades cardiovasculares.

Palabras clave: Cardiovascular. Interacción gen-gen. Interacción gen-ambiente. Epidemiología genómica.

PO-36. UN VALOR BAJO DE COLESTEROL DE LAS LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD PREDICE LA MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE ORIGEN POBLACIONAL

J.A. Carbayo Herencia, L.M. Artigao Rodenas, M. Simarro Rueda, D. Caldevilla Bernardo, J.A. División Garrote, C. Sanchis Doménech, F. Molina Escribano y A. Herrero Hernández

Unidad de Lípidos. Capiro Clínica Albacete y Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA).

Introducción: Estudios clínicos y epidemiológicos han mostrado de modo consistente la asociación inversa de los valores del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (cHDL) con el incremento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Además los niveles bajos del cHDL influyen en el aumento del riesgo residual de episodios cardiovasculares y constituye en la actualidad una diana terapéutica. Sin embargo, son escasos los estudios de cohortes en España que hayan valorado el efecto de estos bajos niveles de cHDL en nuestra población, no sólo en la aparición de las enfermedades cardiovasculares sino su relación con la mortalidad global.

Objetivo: Evaluar la predicción del cHDL en la mortalidad por todas las causas en un estudio de cohortes prospectivo.

Metodología: Dicha cohorte, procedente de una población de Albacete y provincia seleccionada de modo aleatorio, ha sido seguida durante una media de 10,7 años (DE = 2,2 años). El valor del cHDL se ha distribuido en terciles. La muestra incluida debía cumplir no haber sufrido ningún evento cardiovascular en el primer examen. La influencia del cHDL sobre la supervivencia se ha calculado mediante el estimador de Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante el test de rangos logarítmicos. Se ha ajustado el cHDL por sexo; edad en 3 grupos (18-44 años; 45-64 años y 65 o más años); estado de fumador; obesidad; colesterol total; colesterol no HDL, hipertensión arterial y diabetes mellitus, mediante la aplicación de la regresión de Cox, tras comprobar el cumplimiento de la proporcionalidad de los riesgos instantáneos. Se ha considerado significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Han participado en el estudio 1186 individuos, de los cuales 666 fueron mujeres (56,2%), edad media 47,8 años (DE = 18,0); intervalo de edad 18-88 años y 520 varones (43,8%), media de edad de 46,6 años (DE = 16,8); intervalo de edad: 18-91 años. Los valores de corte del cHDL en la distribución por terciles fueron 40,8 y 51,0 mg/dl. Tras ajustar por las variables indicadas en el apartado Metodología, las cifras del cHDL clasificados en el 1º tercil permanecieron como factor predictor independiente en la mortalidad por todas las causas (Hazard Ratio = 1,673 [IC95%: 1,042-2,687], $p = 0,033$) con respecto al 3º tercil, tomado como referencia, pero no el 2º tercil con respecto al 3º tercil (Hazard ratio = 0,784 [IC95%: 0,462-1,328; $p = 0,365$]).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que un valor del cHDL situado en el 1º tercil de su distribución en nuestra población, presenta capacidad predictiva independiente en la tasa de mortalidad por todas las causas, un 67,3% superior que aquellos situados en el 3º tercil.

Palabras clave: Estudio de cohortes. Colesterol HDL. Mortalidad.

PO-37. ENFERMEDAD RENAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR

J.A. Iriarte Ezkurdia¹, M. Vacas Rius¹, Y. Sáez Meabe¹, M. Santos Gutiérrez¹ y J.P. Sáez de Lafuente Chivite²

¹FIDEC. ²Escuela de Enfermería UPV/EHU.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) representa un importante problema de salud, dada su elevada morbi-mortalidad, la creciente prevalencia y los costes elevados. Por otro lado, en diferentes estudios prospectivos, se ha relacionado una disminución de la filtración glomerular (FG) con un aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares y una mayor morbi-mortalidad, mostrando un incremento de eventos cardiovasculares y del riesgo de muerte en individuos con una disminución, incluso moderada, de la función renal.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio ha sido determinar la prevalencia de ERC en nuestros pacientes y analizar la posible relación entre los factores de riesgo de la insuficiencia renal y la enfermedad cardiovascular. Por otro lado, nos propusimos estudiar si los grupos de pacientes con diferentes grados de deterioro de la función renal se asocian con un distinto perfil del riesgo cardiovascular.

Metodología: Se estudiaron 903 pacientes (634 hombres y 269 mujeres), ingresados de forma consecutiva en el Laboratorio de Hemodinámica del Hospital de Basurto. A cada uno de ellos se les realizó una extracción sanguínea en ayunas, para determinación de analítica de rutina, estudio lipídico, proteína C reactiva (PCR) y dímero-D. Para la estimación de la FG se utilizó la fórmula de Cockcroft-Gault. Durante su estancia en el hospital se les realizó un cuestionario sobre antecedentes clínicos de hipertensión, dislipemia y diabetes, así como sus tratamientos. Se les determinó peso y talla para el cálculo del índice de masa corporal (IMC). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS V 14.1

Resultados: Aplicando la ecuación de Cockcroft-Gault, 219 (24,1%) pacientes presentaban ERC. Encontramos una clara relación entre la edad y el descenso de la FG. Aunque no observamos una mayor incidencia de dislipemias, si encontramos una incidencia elevada de otros factores de riesgo cardiovascular como son la hipertensión y la diabetes. Por otro lado, los pacientes con ERC mostraron concentraciones más elevadas, y estadísticamente significativas, de urea, creatinina, ácido úrico, dímero-D y PCR y menores de hemoglobina, hematocrito y LDL colesterol. Al distribuir los pacientes en diferentes grados de disfunción renal, los pacientes con disfunción renal grave presentaron valores más elevados de urea, creatinina, ácido úrico, glucosa y PCR. Eran más ancianos, con mayores prevalencias de hipertensión, diabetes y obstrucción coronaria.

Conclusiones: La prevalencia de ERC en la muestra estudiada ha sido del 24,1%. Encontramos un aumento significativo de los factores de riesgo cardiovascular en el grupo de pacientes con ERC, aumentando según va disminuyendo el FG. Lo que podría explicar el aumento de la morbi-mortalidad cardiovascular en pacientes con ERC.

Palabras clave: Enfermedad renal crónica. Enfermedad cardiovascular. Factores de riesgo.

PO-45. INCIDENCIA DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS: ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL EN EL ÁREA DE TARRAGONA

J.A. Guzmán Ávalos¹, C. de Diego Cabanes¹, A. Gutiérrez Pérez², A. Vila Rovira³, C. Torrente Fraga³ y A. Vila Córcoles³

¹ABS La Granja. Tarragona. ²ABS Constantí. Tarragona. ³Unitat de Recerca ICS Tarragona.

Introducción: La enfermedad coronaria (EC) es la principal causa de mortalidad en los países industrializados y el infarto de miocardio (IM) es la manifestación predominante de dicha enfermedad. En España, en 2009, el 10% de las muertes de varones y el 9% de las de mujeres se debieron a cardiopatía isquémica. Aunque la mortalidad por EC ha disminuido de manera constante tanto en los varones como en las mujeres, continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y se considera que será un importante problema de salud pública en las próximas décadas. Por tal motivo se realizó el presente estudio para analizar la incidencia de infarto de miocardio en la población mayor de 60 años en el área de Tarragona.

Objetivo: Analizar la incidencia poblacional de infarto agudo de miocardio (IAM) en la población mayor de 60 años del área de Tarragona.

Metodología: Estudio de cohortes prospectivo, de base poblacional, que incluyó todos los casos de hospitalización por IAM entre 01/12/2008 y 30/11/2009 ocurridos entre las personas mayores de 65 años adscritas a alguna de las 9 Áreas Básicas de Salud del ICS situadas en la comarca del Tarragonés (N = 27.204 personas).

Resultados: Los miembros de la cohorte fueron observados por un total de 26.444 personas-año, siendo la edad media al inicio del estudio de 72,1 años (DT: 8,6) y el 44,6% varones. Durante los 12 meses de seguimiento, un primer episodio de hospitalización por IAM fue observado en 130 casos, lo cual significó una incidencia de 4,9 por 1.000 personas-año (IC95%: 4,2-5,9). La incidencia fue de 6,8 por 1.000 en varones (80 casos) y de 3,4 por 1.000 en mujeres (50 casos). Se produjeron un total de 22 muertes dentro de los primeros 30 días tras el diagnóstico, lo cual supuso una letalidad global del 16,9%, siendo la mortalidad sustancialmente superior en mujeres (11/50 = 22%) que en varones (11/80 = 13,8%). Entre los 1.733 miembros de la cohorte con antecedentes de cardiopatía isquémica (observados por 1.698 personas-año) se produjeron 52 episodios de IAM, lo cual supuso una incidencia de 30,6 por 1.000 personas-año. Entre los 25.471 personas sin historia previa de cardiopatía isquémica (observados por 24.746 personas-año) se produjeron 78 episodios de IAM, con una incidencia de 32 por 1.000 personas-año.

Conclusiones: Nuestros datos muestran que la incidencia de IAM en nuestra área puede calificarse como moderada y confirman que las mujeres presentan una menor incidencia pero una mayor gravedad.

Palabras clave: Incidencia. Infarto agudo de miocardio. Atención primaria.

PO-46. RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE HDL-COLESTEROL Y APOLIPOPROTEÍNA A1 Y LA PRESENCIA Y SEVERIDAD DE LA OBSTRUCCIÓN CORONARIA

J.A. Iriarte Ezkurdia¹, M. Vacas Rius¹, Y. Sáez Meabe¹,
M. Santos Gutiérrez¹, J.P. Sáez de Lafuente Chivite²,
J.D. Sagastagoitia Gorostiza³ y E. Molinero de Miguel³

¹FIDEC. ²Escuela de Enfermería UPV/EHU. ³Hospital de Basurto. Bilbao.

Introducción: Se ha demostrado la existencia de una estrecha relación entre los parámetros lipídicos y la mortalidad debida a cardiopatía isquémica. Sin embargo, existe una gran controversia a la hora de determinar cuál de ellos es el mejor discriminador del riesgo coronario.

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo fue investigar la relación entre los diferentes parámetros lipídicos con la presencia y severidad de la obstrucción coronaria valorada angiográficamente.

Metodología: Se han estudiado 897 pacientes (629 hombres y 268 mujeres) ingresados en el Hospital de Basurto por presentar un episodio agudo o por descartar enfermedad coronaria. A cada uno de ellos se les realizó una coronariografía según técnica de Seldinger y una extracción sanguínea para determinar las concentraciones de marcadores lipídicos: colesterol total, HDLcolesterol, triglicéridos, LDLcolesterol, apolipoproteína A1, apolipoproteína B100 y los cocientes, colesterol total/HDLcolesterol, apolipoproteína B100/apolipoproteína A1 y LDLcolesterol/HDLcolesterol.

Resultados: De los 897 pacientes incluidos en el estudio, 659 presentaron enfermedad obstructiva coronaria. El análisis multivariante reveló que los niveles bajos de HDLcolesterol se asociaban de forma independiente con la presencia de obstrucción coronaria (OR: 0,982, IC95% 0,969-0,996). En relación con la severidad de la enfermedad coronaria fueron los niveles de apolipoproteína A1 (OR: 0,990, IC95% 0,980-1,000) y el cociente apolipoproteína B100/apolipoproteína A1 (OR: 3,243, IC95% 1,095-9,608) los que resultaron predictores independientes.

Conclusiones: Nuestro estudio demostró que la HDLcolesterol es el único parámetro lipídico que se asocia de forma significativa y negativa con la presencia de obstrucción coronaria, mientras que los niveles de apolipoproteína A1 y el ratio apolipoproteína B/apolipoproteína A1 son predictores independientes de la severidad.

Palabras clave: Obstrucción coronaria. Lípidos.