

39. UN PÉPTIDO DERIVADO DEL RECEPTOR TIPO III DEL TGFB INHIBE LA ACTIVACIÓN DE LA NADPH OXIDASA INDUCIDA POR TGFB1 EN CÉLULAS EPITELIALES DEL TÚBULO PROXIMAL DE RATA

A. Baltanás Bordonaba, C. Cebrián Parajón,
J. Dotor de las Herreras, F. Borrás Cuesta, J. Díez Martínez,
G. Zalba Goñi y A. Fortuño Gil

Centro de Investigación de Médica Aplicada, Pamplona.

Propósito del estudio: P144 es un péptido sintético de 14 aminoácidos (TSLDASIWAMMQNA) cuya secuencia procede del receptor humano tipo III del TGFB1. Estudios recientes sugieren que la NADPH oxidasa juega un importante papel en los efectos mediados por el TGFB1 en distintos tejidos y tipos celulares. El objetivo de este trabajo fue estudiar el efecto del P144 sobre la activación de la NADPH oxidasa en la línea de células epiteliales del túbulo proximal de rata, NRK52E.

Métodos: En dichas células se midió la actividad NADPH oxidasa en respuesta a la estimulación con TGFB1 (10 ng/ml) en presencia y ausencia de P144 (200 µg/ml). Además, se estudió por Western-blot la expresión de las subunidades Nox2, Nox4 y p47phox, así como de la nitrotirosina (NT), un parámetro general del estrés oxidativo, y del factor de crecimiento del tejido conectivo (CTGF), un factor profibrótico mediador específico de la vía del TGFB1.

Resultados: El TGFB1 estimuló de forma bifásica en el tiempo la actividad de la NADPH oxidasa, observándose una respuesta máxima a las 24 horas. Las células estimuladas con TGFB1 mostraron un aumento significativo de la actividad NADPH oxidasa, de la expresión proteica de las subunidades Nox2, Nox4 y p47phox, así como de la NT. La expresión proteica de CTGF siguió el mismo patrón. La incubación con P144 logró disminuir significativamente la actividad NADPH oxidasa, así como la expresión de todas las proteínas en estudio.

Conclusiones: P144 inhibe la activación de la NADPH oxidasa inducida por TGFB1 y disminuye la expresión de CTGF y el estrés oxidativo inducidos por TGFB1 en las células NRK52E.

40. L-CARNITINA REDUCE LA ACTIVIDAD Y EXPRESIÓN GÉNICA DE LA NADPH OXIDASA EN EL RIÓN DE RATAS HIPERTENSAS

A.J. Blanca Lobato, S. Zambrano Sevilla, M.V. Ruiz Armenta,
J.L. Miguel Carrasco, E. Revilla Torres, A. Mate Barrero
y C.M. Vázquez Cueto

Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla, Sevilla.

Propósito del estudio: Investigar el efecto de la L-carnitina (amina cuaternaria responsable del transporte de ácidos grasos al interior de las mitocondrias) sobre la actividad y expresión génica de la enzima NADPH oxidasa en corteza renal de ratas hipertensas, estudiando la implicación del sistema renina-angiotensina (SRA).

Métodos: Se han empleado 4 grupos de ratas: Wistar (normotensas controles), Wistar tratadas con L-carnitina, Wistar tratadas con L-NAME (modelo experimental de hipertensión) y Wistar tratadas con L-NAME y L-carnitina simultáneamente. Durante 12 semanas se administró L-NAME y/o L-carnitina en el agua de bebida, con dosis de 35 y 300 mg/kg de peso corporal/día, respectivamente. Transcurrido el periodo de tratamiento, se extrajeron los riñones y se aisló la corteza renal, parte de la cual se usó para el posterior análisis de la actividad de la NADPH oxidasa y el resto para la extracción de ARN total. La actividad NADPH oxidasa se determinó mediante técnicas de luminiscencia. El ARN obtenido se utilizó para la determinación de la expresión génica (mediante PCR a tiempo real) de las subunidades de la NADPH oxidasa: isoformas NOX-2 y NOX-4, y subunidades p22phox, p67phox, p47phox y p40phox. Paralelamente, se midió la expresión génica del receptor

tipo 1 de la angiotensina II (AT-1) y de la enzima convertidora de la angiotensina II (ACE).

Resultados: Las ratas con hipertensión arterial inducida por el tratamiento con L-NAME muestran un aumento tanto en la actividad de la NADPH oxidasa como en la expresión génica de sus isoformas NOX2 y NOX4, y subunidades p22phox, p67phox, p47phox y p40phox, circunstancia que se acompaña de una sobreregulación de los componentes AT-1 y ACE del SRA. Cuando se administra L-carnitina a las ratas hipertensas, la actividad de la NADPH oxidasa revierte sus valores a niveles controles, y se reduce la expresión génica de la propia NADPH oxidasa y de los componentes AT-1 y ACE. Por el contrario, las ratas normotensas tratadas con L-carnitina no mostraron diferencias significativas con respecto a los controles en los diferentes parámetros analizados.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que la L-carnitina actúa inhibiendo la actividad de la enzima NADPH oxidasa en el riñón de ratas hipertensas, así como disminuyendo la expresión de sus diferentes subunidades e isoformas. Por otro lado, se pone de manifiesto la participación del sistema renina-angiotensina en el efecto mediado por la L-carnitina.

Estudio financiado por el Instituto de Salud Carlos III-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, PN de I+D+I 2008-2011 (PS09/01395), y Junta de Andalucía, Consejería de Salud (PI-0034). AJB es personal contratado del mencionado proyecto del PN de I+D+I. SZ es becaria del mencionado proyecto de la Junta de Andalucía. MVRA disfruta de una beca de investigación del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Epidemiología

41. TELMED: UN TUTORIAL WEB GRATUITO E INTERACTIVO PARA SABER MÁS SOBRE PUBMED Y MEJORAR LAS BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS

P. Fernández Medina, A. Paz Domínguez, C. Rivas Costa,
M. Rodríguez Guimeráns, A. Peña Vidal, M.N. Pereira Martínez,
T. González Pérez, C. Fernández Rodríguez e I. Alonso Alonso

Universidad de Vigo, Vigo.

PubMed es un proyecto desarrollado por el National Center for Biotechnology Information (NCBI) y la National Library of Medicine (NLM) que permite el acceso a distintas bases de datos bibliográficas, entre ellas MEDLINE. PubMed proporciona una herramienta de búsqueda bastante sofisticada con múltiples opciones. Conocer bien estas opciones facilita la localización de los artículos de interés para el investigador. Por ello se ha desarrollado Telmed, que es un tutorial de aprendizaje autónomo que muestra el funcionamiento de PubMed a base de ejemplos y ejercicios guiados. Permite al usuario aprender y conocer sus principales servicios de una forma autodidacta, cómoda y sencilla. La herramienta Telmed está estructurada en cinco módulos de aprendizaje de complejidad ascendente. Primeramente, inicia al lector con el manejo básico de la herramienta PubMed: búsquedas básicas, visualizaciones de las búsquedas, sintaxis, etc. Ya en el primer módulo se explica al usuario como utilizar el servicio MyNCBI, que permite recibir en el correo electrónico, con la periodicidad que se desee, las novedades bibliográficas relacionadas, por ejemplo,

con la hipertensión. A lo largo de los siguientes módulos se abordan temas muy diversos, como el procedimiento interno que emplea PubMed para realizar las búsquedas, el uso de operadores booleanos y etiquetas, el servicio de historial o la estructura de la MeSH Database. Dentro de cada uno de los módulos se propone una primera parte teórica y una segunda práctica. La parte teórica va acompañada de un ejemplo que el usuario va realizando paso a paso sobre un entorno de PubMed simulado en la propia web de Telmed. En todas y cada una de las secciones de cada módulo se introducen nuevos conceptos, y en los apartados prácticos se refuerzan estos mediante más ejemplos, ejercicios guiados y test de autoevaluación de corrección automática. TelMed es una herramienta que puede ser útil para cualquier investigador en biomedicina y en particular para aquellos interesados en el campo de la hipertensión; tanto para nuevos usuarios de PubMed como para aquellos un poco más experimentados que no han tenido la oportunidad de dedicar tiempo a conocer todas las opciones y servicios avanzados que PubMed proporciona. Telmed se ha empleado con éxito como herramienta docente en el programa de doctorado Bases Científicas y Clínicas de la Investigación en Medicina de la Universidad de Vigo y es accesible gratuitamente a través de www.telmed.org.es.

42. ¿PREDICE LA FRECUENCIA CARDÍACA EN REPOSO LA MORBIMORTALIDAD EN POBLACIÓN GENERAL?

B. González Lozano¹, L.M. Artigao Ródenas²,
J.A. Carbayo Herencia², J.A. División Garrote²,
C. Sanchis Doménech², F. Molina Escribano³, P. Torres Moreno³,
I. Ponce García⁴, J. Massó Orozco² y M. Simarro Rueda⁵

¹CS Zona III, Albacete. ²GEVA, Albacete. ³CS Casas de Juan Núñez, Albacete. ⁴CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁵CS Zona IV, Albacete.

Objetivos: Se realiza en este estudio un seguimiento de población del sudeste español, durante más de 10 años, con el fin de saber si frecuencias cardíacas altas significan mayor morbimortalidad.

Métodos: Estudio de cohortes en el que se han realizado dos exámenes: 1992-94 y 2004-06. El tamaño de la muestra fue de 1.322 sujetos representativos de la población de Albacete y provincia, seleccionados de forma aleatoria, estratificada y bietápica. Se divide la muestra en dos subgrupos de frecuencia cardíaca estableciendo como punto de corte 80 lpm, y se calcula la probabilidad de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier, comparándose las curvas mediante el test de rangos logarítmicos (prueba de Mantel-Haenszel). Se recogen las siguientes variables: Frecuencia cardíaca (ECG tras reposo de 1 hora), edad, sexo, tabaquismo, presión arterial, glucemia, colesterol total, colesterol-HDL, triglicéridos y fibrinógeno. La cuantificación del grado de asociación se realiza mediante el cálculo del grado de significación "p", con los siguientes estadísticos: "Ji-cuadrado" para relación entre variables categóricas, "t-Student" y análisis de la varianza para la comparación de medias, correlación y regresión para el análisis de dos variables cuantitativas.

Resultados: De los 1.322 sujetos se excluyeron aquellos que ya tenían enfermedad cardiovascular previa (n = 80) y a los que no se pudo realizar ECG (n = 2), siendo la N definitiva por tanto de 1.240; se separó la muestra en dos grupos según la FC, contando con 868 sujetos con FC < 80 lpm, y 372 con FC ≥ 80 lpm. El grupo de FC menor presenta una media de edad de 45,9 años, y consta de 418 hombres y 450 mujeres; por otro lado, el grupo de FC mayor tiene una media de edad de 48,7 años, y cuenta con 134 hombres y 238 mujeres. En las mujeres, cuando se comparan morbimortalidad cardiovascular y mortalidad total se observa superioridad en la incidencia de eventos en el grupo de FC en reposo ≥ 80 lpm (13,86%) comparada con la del grupo de FC < 80 lpm (8,4%). La mortalidad

global también se ve aumentada en el grupo de FC mayor (9,66%) con respecto al de FC menor (5,3%). La mortalidad cardiovascular, a pesar de mantener esa diferencia (4,62% en FC ≥ 80 lpm vs 2,44% en FC < 80 lpm), no alcanza la significación estadística. En los hombres, la tasa de eventos de cualquier tipo es mayor en el grupo de FC ≥ 80 lpm (24,62% vs 14,83%), así como la frecuencia de mortalidad global (19,40% vs 8,37%) y de mortalidad cardiovascular (7,46% vs 2,87%), siendo las tres asociaciones estadísticamente significativas. En las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier), comparadas con el test de rangos logarítmicos, se aprecian que las probabilidades de supervivencia después de un seguimiento medio superior a 10 años son claramente superiores cuando la FC es menor de 80 lpm y en todos los casos, con la única excepción de mortalidad cardiovascular en las mujeres.

Conclusiones: Como en estudios similares, mayor frecuencia cardíaca en reposo significa mayor morbimortalidad cardiovascular y general. Como excepción, en mujeres la relación entre FC en reposo y mortalidad cardiovascular (aunque sigue la misma tendencia), no alcanza significación estadística.

43. PERSONALIDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS. INFLUENCIA SOBRE GRADO DE CONTROL Y DEMANDA ASISTENCIAL

F. Atienza Martín¹, F. Revuelta Pérez², L. Rodríguez Fernández², C. Losada Ruiz¹, L. López García-Ramos¹, D. López Martín¹, J. Berbel Jiménez¹, R.T. Andújar Barroso², E. Moreno Sanpedro² y G. Marín Andrés¹

¹UGC Adoratrices, DS Huelva-Costa, Huelva. ²Departamento de Psicología, Universidad de Huelva, Huelva.

Introducción: Los factores psicosociales pueden influir en el comportamiento de los pacientes con enfermedad crónica.

Objetivos: Estudiar si el tipo de personalidad y la salud percibida influyen en el control y la demanda de pacientes hipertensos.

Métodos: Mediciones: Cuestionario EPQ de personalidad; Cuestionario GHQ-28 de salud percibida; Control TA ($\leq 140/90$ mmHg); Número de visitas al centro de salud en los 12 meses anteriores. Estadística: Comparación de porcentajes: ji-cuadrado. Multivariante: -Grado de control TA: regresión logística. -Frecuentación: regresión lineal múltiple.

Resultados: 50 pacientes estudiados, mujeres (58%), edad media 68,3 años. Controlados: 53%. Cuestionario GHQ-28 y control de TA: Síntomas somáticos $p = 0,11$; Ansiedad e insomnio $p = 0,08$; Disfunción social $p = 0,35$; Depresión grave $p = 0,45$. Cuestionario GHQ-28 y frecuentación: Síntomas somáticos $p = 0,12$; Ansiedad e insomnio $p = 1$; Disfunción social $p = 0,21$; Depresión grave $p = 0,46$. El análisis multivariante no mostró significación estadística en ninguna de las variables.

Cuestionario EPQ	Control TA	Frecuentación
Extraversión	$p = 0,51$	$p = 0,80$
Neuroticismo	$p = 0,15$	$p = 0,65$
Psicoticismo	$p = 0,77$	$p = 0,83$
Deseabilidad social	$p = 0,12$	$p = 0,09$
Cuestionario GHQ-28	Control TA	Frecuentación
Síntomas somáticos	$p = 0,11$	$p = 0,12$
Ansiedad e insomnio	$p = 0,08$	$p = 1$
Disfunción social	$p = 0,35$	$p = 0,21$
Depresión grave	$p = 0,45$	$p = 0,46$

Conclusiones: Las variables psicosociales estudiadas no influyen en el control de la TA ni en la frecuentación de los pacientes.

44. ESTILO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS DE PACIENTES HIPERTENSOS. INFLUENCIA SOBRE GRADO DE CONTROL Y DEMANDA ASISTENCIAL

F. Atienza Martín¹, F. Revuelta Pérez², L. Rodríguez Fernández², J.C. Pastoriza Vilas¹, L. López García-Ramos¹, D. López Martín¹, J. Berbel Jiménez¹, M. Aguado Toscano¹, P. Schwartz Calero¹ y P. Freire Pérez¹

¹UGC Adoratrices, DS Huelva-Costa, Huelva. ²Departamento de Psicología, Universidad de Huelva, Huelva.

Introducción: El estilo de afrontamiento del estrés puede influir en el comportamiento de los pacientes con enfermedad crónica.

Objetivos: Estudiar si el tipo de afrontamiento del estrés influye en el control y la demanda de pacientes hipertensos

Métodos: Mediciones: Cuestionario COPE de afrontamiento. Control TA ($\leq 140/90$ mmHg). Número de visitas al centro de salud en los 12 meses anteriores. Estadística: Comparación de porcentajes: Xi-cuadrado. Multivariante: -Grado de control TA: regresión logística. -Frecuentación: regresión lineal múltiple.

Resultados: 50 pacientes estudiados, mujeres (58%), edad media 68,3 años. Controlados: 53%. Los resultados en control y frecuentación y cuestionario COPE se muestran en la tabla. El análisis multivariante no mostró significación estadística en ninguna de las variables.

Dimensión	Control TA	Frecuentación
Apoyo social	0,21	0,72
Religión	0,93	0,52
Humor	0,58	0,37
Consumo drogas/alcohol	0,79	0,72
Planificación y afrontamiento activo	0,08	0,27
Abandonar esfuerzos afrontamiento	0,97	0,68
Centrarse en emociones y desahogarse	0,21	0,97
Aceptación	0,54	0,67
Negación	0,72	0,18
Refrenar afrontamiento	0,27	0,15
Concentrar esfuerzos para solucionar situación	0,93	0,14
Crecimiento personal	0,35	0,36
Reinterpretación positiva	0,22	0,17
Actividades distractoras de la situación	0,56	0,51
Evadirse	1	0,85

Conclusiones: El estilo de afrontamiento no influye en el control de la TA ni en la frecuentación de los pacientes.

45. INFLUENCIA DEL SEXO EN EL RECONOCIMIENTO DE SEÑALES INTERNAS DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

L. Rodríguez Fernández¹, F.J. Atienza Martín², F. Revuelta Pérez¹, L. López García-Ramos², D. López Martín², J. Berbel Jiménez², J. Ramos Gómez², P. Verde Sevilla², I.M. Ruiz Cumplido² y C. Díaz Alfaro²

¹Departamento de Psicología, Universidad de Huelva, Huelva.

²UGC Adoratrices, DS Huelva-Costa, Huelva.

Propósito del estudio: Determinar si el sexo influye en la aparición de señales internas de control en pacientes hipertensos.

Métodos: Encuesta de creencias en hipertensión (CCH1) que incluye preguntas sobre señales, internas, conductas y adherencia a las recomendaciones terapéuticas. Hipertensos seleccionados al azar del listado de pacientes con este diagnóstico de un centro de salud urbano, que aceptan participar. Entrevista estructurada por investigador entrenado.

Resultados: Se estudian 150 hipertensos, 61,3% mujeres con edad media de 59,4 años (DE: 7,4) y 38,7% de hombres con edad media de 56,9 años (DE: 8,5). Desarrollan señales internas el 52,7% de los sujetos estudiados. Desarrollan señales internas el 43,1% de los hombres y el 58,7% de las mujeres ($p = 0,036$). No se encontraron diferencias en relación con la edad y la aparición de señales. Tampoco se encuentran diferencias en relación con el tiempo de diagnóstico de la HTA. En relación a las conductas, modificaron el tratamiento el 31,5% de los pacientes, sin que existieran diferencias significativas entre los que perciben señales y los que no. Las señales percibidas fueron: dolor/presión en cabeza y/o nuca (56,6%), calos/rubefacción (18,4%), nerviosismo (13,2%), mareos (9,2%), aturdimiento/malestar general (9,2%), palpitaciones (6,6%), alteraciones visuales (6,6%), dolor/presión torácica (5,3%) y astenia/fatiga (5,3%). Refieren buen o muy buen estado de salud el 57,7% de los hipertensos sin diferencias entre los que presentan señales y los que no, sin embargo el 25% de los que tienen señales refiere salud percibida normal o mala, frente al 52,4% de los que no tienen señales ($p = 0,00067$).

Conclusiones: Más de la mitad de los hipertensos perciben señales que influyen sobre sus conductas en relación con la enfermedad. Las mujeres las desarrollan con mayor frecuencia. No parece tener influencia la edad ni el tiempo de evolución de la enfermedad. Un tercio de los pacientes modifica autónomamente su tratamiento. El síntoma princeps asociado a no control fue el dolor de cabeza o nuca y más de la mitad de los hipertensos tiene una buena o muy buena salud percibida. Es peculiar que la percepción de peor salud se asocie a la no percepción de síntomas.

46. PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SUJETOS ADULTOS CON SÍNDROME DE DOWN

L. Basteiro Montouto¹, L. Martínez Manrique², C. Saez Béjar³, F. Moldenhauer Díaz³ y C. Suárez Fernández³

¹Centro de Salud Goya 2, Madrid. ²Centro de Salud Ciudad San Pablo, Coslada, Madrid. ³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Propósito del estudio: Estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos (DM, HTA, dislipemia, tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidad), síndrome metabólico (SM) en adultos con síndrome de Down.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. -Adultos > 18 años atendidos en la consulta monográfica de "síndrome de Down del adulto" del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. Todos los datos recogidos correspondían a individuos en situación estable, sin enfermedad aguda intercurrente. -Variables recogidas y su definición: sexo, edad, antecedentes familiares: historia familiar de ECV prematura, HTA (PA $\geq 140/90$ mmHg y/o tratamiento antihipertensivo), DM, sedentarismo (si < 3 horas de ejercicio/semana), tabaquismo (cualquier consumo), consumo de alcohol (> 100 g/semana), dieta, tratamiento. -Variables exploratorias: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, PAS, PAD. Analíticas: dislipemias (hipertrigliceridemia si TG ≥ 150 mg/dl; Hipercolesterolemia LDL si c-LDL ≥ 160 mg/dl; Dislipemia mixta si TG ≥ 150 mg/dl + c-LDL ≥ 160 mg/dl; HDL bajo si c-HDL ≤ 40 mg/dl; Dislipemia aterogénica si HDL ≤ 40 mg/dl + TG ≥ 150 mg/dl), DM (glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl y/o tratamiento hipoglucemiante y/o glucemia al azar ≥ 200 mg/dl), Síndrome metabólico (ATP III)). Recogida de

datos: octubre de 2009 a mayo de 2010. Se utilizó una base de datos de Excel. Análisis estadístico con programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 133 sujetos, 54% eran mujeres, edad media $32,72 \pm 10,65$ años. La prevalencia de DM fue del 1,5%, de dislipemia del 30,7% (hipertrigliceridemia 13,2% y cifras bajas de colesterol HDL 12,7%), de sedentarismo de 67,57%, de HTA de 0% y de sobrepeso/obesidad 78,95%; un 49,1% presentaba obesidad abdominal, 0,8% fumaba y ninguno consumía alcohol. Ningún paciente cumplía criterios de síndrome metabólico. Las cifras medias de PA fueron de $102,07/66,63 \pm 11,38/8,96$ mmHg, presentando un 9,6% cifras $< 90/60$ mmHg. Los sujetos con obesidad tenían una edad media mayor y eran más frecuentemente mujeres. Las cifras de colesterol HDL fueron más altas en sujetos con normopeso, mientras que los obesos presentaban cifras más altas de triglicéridos y de colesterol LDL. No hemos encontrado una mayor prevalencia de sedentarismo en obesos.

Conclusiones: En nuestro estudio, confirmamos las diferencias de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular de los adultos con síndrome de Down respecto a la población general de la misma edad: mayor sobrepeso/obesidad y a pesar de ello, cifras de PA más bajas con menor prevalencia de HTA y de síndrome metabólico.

47. ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PERSONAS MAYORES

P. Beato Fernández¹, R.M. Milà Gatell¹, T. Rama Martínez², C. Ginestà Nus¹, A. Azcona Escolano¹, M. Vilchez Valdés¹, A. Quílez Cerdà¹ y D. Montserrat Bardia¹

¹Consultorí Barri Cotet EAP Premià, Premià de Dalt.

²EAP El Masnou, El Masnou.

Propósito del estudio: Conocer la asociación de la Insuficiencia Renal crónica (IRC) con la edad, el sexo, la HTA, la diabetes mellitus (DM), la hipercolesterolemia y la obesidad en nuestros pacientes mayores de 60 años.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: consulta de un Centro de Atención Primaria semiurbano. Sujetos: todos los pacientes asignados a la consulta de más de 60 años. Variables: edad, sexo, diagnósticos de IRC, HTA, DM, hipercolesterolemia y obesidad. Fuentes de datos: Historia clínica informatizada. Índice de masa corporal (IMC) y datos de las analíticas de los pacientes. Criterios: IRC: Filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² en las dos últimas analíticas; Edad: diferenciamos 3 grupos: 60-69 años, 70-79

años y ≥ 80 años; HTA y DM: constancia de diagnóstico; hipercolesterolemia: LDL ≥ 130 mg/dl o tratamiento con estatinas; obesidad: IMC ≥ 30 Kg/m². Cálculos: de porcentajes y riesgos relativos.

Resultados: 373 pacientes (57,37% mujeres). Por edades: 138 (37%) tienen entre 60 y 69 años; 137 (36,73%) entre 70 y 79 años; 98 (26,27%) tiene 80 o más años. Tabla a pie de página.

Conclusiones: En nuestros pacientes mayores de 60 años: el envejecimiento es el factor que parece influir más en el aumento de prevalencia de la IRC; las mujeres presentan más prevalencia de IRC que los varones; el factor modificable que supone más riesgo de IRC es la HTA; la DM, la hipercolesterolemia y la obesidad suponen un discreto aumento del riesgo de IRC.

48. PREVALENCIA POBLACIONAL DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN ADULTOS DE SANLÚCAR DE BARRAMEDA. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR

M. Beltrán Robles¹, A. López Suárez¹, J. Elvira González¹, A. Bascuñana Quirell¹, M. Oliver Pece¹ y F. Cañas Hormigo²

¹Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Virgen del Camino, Sanlúcar de Barrameda.

Propósito del estudio: 1. Determinar la prevalencia de fibrilación auricular (FA) en la población adulta de Sanlúcar de Barrameda. 2. Analizar la prevalencia de factores de riesgo vascular clásicos en dicha población. 3. Conocer el grado de anticoagulación en función de la puntuación en la escala CHA2DS2VAS.

Métodos: El Estudio Sanlúcar es un estudio prospectivo de cohortes, que se puso en marcha en julio de 2006, con un período previsto de seguimiento de cinco años. El estudio ha sido promovido y desarrollado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen del Camino en Sanlúcar de Barrameda, Cádiz. El objetivo principal del Estudio Sanlúcar será determinar el valor del síndrome metabólico (SM) como factor de riesgo independiente para el desarrollo de eventos vasculares. El presente trabajo es un corte transversal cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de FA y analizar la comorbilidad vascular así como el grado de anticoagulación. Sanlúcar de Barrameda es una ciudad costera de la provincia de Cádiz con una población censada en 2005 de 63.509 habitantes. La población diana estuvo constituida por los individuos con edades entre 50 y 75 años inscritos en el padrón municipal proporcionado por el ayuntamiento de la localidad en diciembre de 2005, que computaba un total de 14.018 habitantes. Tras obtener una muestra aleatoria de

Porcentajes de prevalencias de los factores de riesgo en la población estudiada

HTA	DM	Hipercolesterolemia	Obesidad
66,49%	23,59%	69,17%	32,17%

Porcentaje de IRC generales y por edades y sexo

	60-69 años	70-79 años	≥ 80 años	Todos
Mujeres	11,53%	34,24%	55,55%	32,24%
Varones	10%	25%	45,71%	23,89%
Ambos sexos	10,86%	29,22%	52,04	28,69%

Prevalencia de IRC en relación a padecer o no los factores de riesgo y riesgo relativo

	HTA	DM	Hipercolesterolemia	Obesidad
Sí	37,10%	34,10%	29,84%	30,83%
No	12%	27%	23,26%	27,67%
Riesgo relativo	3,09	1,26	1,28	1,11

dicha población, una única persona estableció contacto telefónico con los individuos seleccionados para invitarlos a participar en el estudio. Los que aceptaron fueron incluidos tras ser entrevistados por el médico investigador en las consultas externas del hospital y obtener consentimiento informado. A todos los participantes se les tomó la TA, se determinó un índice tobillo brazo, analítica completa, creatinina plasmática, albuminuria/creatinuria, anamnesis y nivel de estudios. A todos los individuos les fue entregado un informe clínico con los resultados de las exploraciones clínicas y de laboratorio realizadas. En todos los casos se recogió el dato FA en la historia clínica y la puntuación en la escala CHA2DSVAS (C: cardiac failure, hypertension, age > 75, diabetes, stroke, vascular disease, age 65-74, sex female).

Resultados: Se analizaron un total de 858 sujetos, 460 mujeres y 398 hombres. La prevalencia de FA permanente fue del 4,7% en mujeres 4,1% y en hombres 5,3% (χ^2 Pearson 0,262). Los siguientes datos se expresan en forma de población sin FA/población con FA: HTA 47,8%/72,5% ($p = 0,002$), SM 57%/75% ($p = 0,016$), enfermedad arterial periférica 7,6%/26% ($p = 0,002$), diabetes mellitus 27%/32% ($p: 0,294$), enfermedad cardiovascular previa 14%/38% ($p < 0,001$), enfermedad vasculocerebral previa 3,1%/0%. De entre los 40 sujetos con FA, el 5% obtuvo una puntuación en la escala CHA2DS2vas de 0 puntos, de ellos, el 50% estaban anticoagulados. El 15% obtuvo una puntuación en la escala CHA2DS2vas de 1 punto, de ellos, el 50% estaban anticoagulados. El 30% obtuvo una puntuación en la escala CHA2DS2vas de 2 puntos, de ellos, el 50% estaban anticoagulados. El 30% obtuvo una puntuación en la escala CHA2DS2vas de 3 puntos, de ellos, el 75% estaban anticoagulados. El 15% obtuvo una puntuación en la escala CHA2DS2vas de 4 puntos, de ellos, el 33% estaban anticoagulados. El 5% obtuvo una puntuación en la escala CHA2DS2vas de 5 puntos, de ellos, el 100% estaban anticoagulados. Ningún sujeto obtuvo una puntuación > 5 puntos.

Conclusiones: 1. La prevalencia de FA en población de entre 50-75 años en Santlúcar de Bda, es cercana al 5%. 2. La HTA, el SM, la diabetes y la enfermedad arterial periférica fueron más prevalentes en el grupo de FA. 3. El grado de anticoagulación fue inferior al recomendado en las guías clínicas.

49. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA ATENDIDOS EN CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

A. de la Peña Fernández¹, M. Camafort Babkowski², A. Roca-Cusachs Coll³, C. Suárez Fernández⁴ y M. Viladrich Sarret⁵

¹Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ²Hospital de Móra d'Ebre IISPV-URV, Tarragona. ³Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁴Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ⁵Adknoma Health Research, Barcelona.

Propósito del estudio: Conocer el control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes de prevención secundaria atendidos en consultas de Medicina Interna.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico realizado en consultas de medicina interna de todo el territorio español. Se incluyeron consecutivamente pacientes de ambos性, de edad > 18 años y con diagnóstico previo de enfermedad cerebrovascular, cardíaca o arterial periférica definida. A partir de la historia clínica se registraron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), las lesiones de órgano diana (LOD) y enfermedades clínicas (EC) asociadas. Se consideró buen control de presión arterial (PA) cuando era < 130/80 mmHg; de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) cuando era < 7% en diabéticos; del colesterol LDL cuando era < 100 mg/dl; y del perímetro abdominal cuando era < 102 cm en hombres y < 88 cm en mujeres. Se consideró control del hábito

tabáquico cuando los pacientes eran no fumadores activos en los últimos 6 meses.

Resultados: Participaron un total de 289 investigadores de medicina interna los cuales reclutaron un total de 2.699 pacientes valorables. El 60,2% eran hombres con una edad media de 69,3 (DE = 11,2) años y un índice de masa corporal medio de 29,0 (DE = 4,9) kg/m². En el 61,8% de los pacientes existía diagnóstico previo de enfermedad cardíaca, cerebrovascular en el 41% y enfermedad arterial periférica en el 20,3%. Los FRCV más prevalentes fueron la hipertensión (90,9%), la dislipemia (72,3%), la obesidad abdominal (54,2%) y la diabetes (52,3%). El 74,1% de los pacientes tenían alguna LOD, siendo las más frecuentes la hipertrofia del ventrículo izquierdo (69,4%) y la alteración renal (50,0%). El 26,2% mostró un buen control de la PA, el 42,4% del colesterol-LDL, el 38,9% del perímetro abdominal. El 79,1% eran no fumadores y el 46,1% de los diabéticos presentaron una HbA1c < 7,0%. Solo el 2,3% de los pacientes presentaron control de todos los FRCV y un 8,0% si se excluía la obesidad abdominal. Más del 95% de los pacientes recibieron tratamiento antihipertensivo (el 45,3% con tres o más fármacos). Los tratamientos concomitantes más usuales fueron los hipolipemiantes y antiagregantes (79,9% y 76,6% respectivamente).

Conclusiones: Casi la totalidad de los pacientes en prevención secundaria presentan algún FRCV, siendo el control multifactorial muy bajo, a pesar del tratamiento recibido.

50. CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS DE LAS GUÍAS EUROPEAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

C. Suárez Fernández¹, M. Camafort Babkowski², A. Roca-Cusachs Coll³, A. de la Peña Fernández⁴ y M. Viladrich Sarret⁵

¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ²Hospital de Móra d'Ebre IISPV-URV, Tarragona. ³Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁴Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ⁵Adknoma Health Research, Barcelona.

Propósito del estudio: Conocer el cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas de la guía de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares de la Sociedad Europea de Cardiología 2007.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico de todo el territorio español. Se incluyeron consecutivamente pacientes de ambos性, de edad > 18 años, con diagnóstico previo de enfermedad cerebrovascular, cardíaca o arterial periférica definida y atendidos en consultas de medicina interna. Se recogieron a partir de la historia clínica los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), las lesiones de órgano diana (LOD), las enfermedades clínicas (EC) asociadas y los tratamientos recibidos. Se analizó el seguimiento de las recomendaciones farmacológicas de la guía de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares (ECV) de la Sociedad Europea de Cardiología 2007.

Resultados: Participaron un total de 289 investigadores que reclutaron un total de 2.793 pacientes, resultando un total de 2.699 pacientes valorables. El 60,2% fueron hombres con una edad media de 69,3 (DE = 11,2) años y un índice de masa corporal medio de 29,0 (DE = 4,9) kg/m². En el 61,8% de los pacientes existía diagnóstico previo de enfermedad cardíaca, cerebrovascular en el 41% y enfermedad arterial periférica en el 20,3%. Los FRCV más prevalentes fueron la hipertensión (90,9%), la dislipemia (72,3%), la obesidad abdominal (54,2%) y la diabetes (52,3%). El 74,1% tenían alguna LOD, siendo las más frecuentes la hipertrofia del ventrículo izquierdo (69,4%) y la alteración renal (50,0%). La totalidad de los pacientes estaban recibiendo tratamiento farmacológico, siendo los más frecuentes los antihipertensivos (96,5%), los hipolipemiantes (79,9%) y los antiagregantes (76,6%). En el 35,4% de los pacientes

se cumplía con todas las recomendaciones aplicables de las guías europeas de prevención secundaria. Al determinar cada criterio por separado, se observó que el 99,3% de los pacientes hipertensos estaban tratados para la hipertensión (HTA) y el 94,1% de los pacientes con insuficiencia cardíaca o HTA con diabetes estaban tratados con IECA o ARAII.

Conclusiones: A pesar que todos los pacientes con ECV están tratados con diferentes fármacos para su riesgo vascular, únicamente un 35,4% de los pacientes cumplían con todas las recomendaciones farmacológicas de las guías.

51. CRISIS HIPERTENSIVAS COMO PREDICTOR DE LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR. DATOS PRELIMINARES

M. Leal, J. Abellán, P. Armario, C. Suárez, G. Mediavilla, J. Vázquez, J. Nieto, M. Doménech, M. Fullana y V. Giner

Sociedades Autonómicas de HTA-SEHLELHA, Madrid.

Propósito del estudio: El objetivo del estudio fue determinar si la crisis hipertensiva puede ser un marcador de riesgo cardiovascular futuro, además de descubrir la presencia de otros posibles factores predictivos.

Métodos: Estudio epidemiológico, prospectivo de cohortes (casos/control), multicéntrico de ámbito nacional y en condiciones de práctica clínica habitual. Está prevista la inclusión de 988 pacientes con crisis hipertensiva distribuidos en dos grupos: 494 casos siendo pacientes hipertensos con crisis hipertensivas y 494 controles con características similares a los casos en cuanto a la edad, sexo, diabetes (presencia o ausencia) y riesgo cardiovascular aunque sin presentar crisis hipertensivas. El estudio se inició en abril del 2010 y actualmente está en fase de reclutamiento de pacientes y cuenta con la participación de médicos especialistas (cardiología, nefrología y medicina interna) y de atención primaria, los cuales están reclutando unos 4 pacientes de cada grupo. Los criterios de selección de los pacientes son pacientes de ambos性es con edad igual o superior a 40 años o inferior a 80 años, con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) esencial y que otorguen su consentimiento informado por escrito a su participación en el estudio. Los pacientes del grupo de casos deben presentar crisis hipertensiva atendida en atención primaria o urgencias hospitalarias con cifras de PAS > 220 mmHg y/o PAD > 120 mmHg en la 2º toma. Se excluyen a los pacientes con HTA secundaria, emergencia hipertensiva y que presenten enfermedad cardiovascular establecida (según guías europeas). El seguimiento de los pacientes es al año. Se muestran datos preliminares y basales de los pacientes del grupo de casos. Los análisis estadísticos se han realizado con el paquete estadístico SAS versión 9.1.3.

Resultados: Actualmente se han reclutado 274 investigadores de todo el territorio español. Hasta la fecha se han reclutado un total 236 casos y 137 controles. Los pacientes con crisis hipertensiva son mayoritariamente mujeres (51,7%) con una edad media de 64 (DT = 10) años. Presentan un índice de masa corporal medio de 29,6 (DT = 4,6) Kg/m² y un perímetro abdominal medio de 99,6 (DT = 11,7) cm. La causa principal de crisis hipertensiva es por un incremento brusco de la presión arterial en un 84,3%, seguida de efecto rebote por supresión de los tratamientos antihipertensivos (10,6%). En el momento de la visita basal los pacientes han presentado diabetes mellitus en un 23,9%. También se ha determinado el riesgo cardiovascular siendo del 55,6% entre moderado y bajo.

Conclusiones: Estos datos preliminares muestran el perfil de los pacientes incluidos hasta el momento en el estudio. Además este tipo de estudios son importantes para verificar las hipótesis aportadas por estudios previos, a pesar de las dificultades que pueden presentar como el diseño del mismo (1:1) y que se realice en ámbito nacional.

52. GRADO DE FILTRADO GLOMERULAR RENAL SEGÚN MDRD-4 EN PACIENTES HIPERTENSOS INCIDENTES EN CONSULTAS DE NEFROLOGÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL

B. Cancho Castellano, B. Ruiz Jiménez, B. Romero Cancho, N. Fernández Sánchez y M. Naranjo Arellano

Hospital de Zafra, Zafra.

Propósito del estudio: Evaluar la prevalencia de disfunción renal en sus distintos estadios, según K-DOQI en pacientes hipertensos derivados a consultas externas de Nefrología. El paciente hipertenso con enfermedad renal tiene un perfil de mayor riesgo vascular y daño orgánico, por este motivo resulta de interés determinar el grado de función renal en esta población.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal de los pacientes atendidos en consulta de Nefrología por el motivo de consulta HTA. Se revisaron de forma retrospectiva 913 primeras visitas atendidas durante 36 meses de actividad asistencial, se consideraron solo aquellas cuyo motivo de consulta fue HTA. Se estimó la función renal según la fórmula para el FGR MDRD-4 abreviada.

Resultados: Se atendieron un total 85 primeras visitas con el motivo de consulta HTA, que representa el 9,31% de estas primeras consultas. La edad media de los pacientes fue de 53 años, rango (20, 92), varones un 49,41% y un 50,58% mujeres. Con función renal en estadios 1 y 2 se obtuvieron 69,41%. Con un descenso del FGR por debajo de 60 ml/min/1,73 m² se obtuvo un 30,58% de la muestra. Subdividido en estadios: 3a un 16,47%, 3b un 8,23%, 4 un 4,70% y 5 un 1,18%.

Conclusiones: La HTA es un factor clave en el desarrollo de la enfermedad renal crónica. La presencia de insuficiencia renal en pacientes hipertensos es altamente prevalente en nuestra área de salud. Un importante porcentaje de los pacientes se encuentran en estadio 3b de ERC en el momento de su atención nefrológica, situación en la que el riesgo cardiovascular está altamente incrementado.

53. LA EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA POBLACIÓN RURAL

J. Cordobés López, Y. Gómez Osuna, M.J. Molina Silvera y G. Estrada Palomo

Consultorio Local, Trigueros, Huelva.

Introducción: La obesidad es la enfermedad metabólica más prevalente del mundo occidental. De los parámetros antropométricos determinados es la cintura el que se relaciona con el riesgo vascular.

Objetivos: Determinar la relación entre las variables antropométricas, cifras tensionales, metabolismo hidrocarbonado, lipídico y renal, y la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV), en la población rural.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de la población hipertensa de dos cupos, con una aleatorización simple. Se determinaron y/o calcularon los datos antropométricos (peso, talla, IMC, cintura, cadera e índice cintura/cadera), la presión arterial en 3 ocasiones y se calcularon la media de los valores de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), los niveles plasmáticos de Glucosa, CT, c-LDL, c-HDL, TG, los cocientes aterogénicos (CT/c-HDL, c-LDL/c-HDL) creatinina y en orina el índice microalbuminuria/creatinina.

Resultados: De los 71 pacientes incluidos, con una distribución por género del 49,3% de mujeres, con edad de 61,7 ± 11,8 años (media ± desviación estándar), el 13% presentaron ECV y el 28% con Diabetes tipo 2. Apreciamos una correlación estadísticamente significativa entre la cintura y la PAS (p = 0,02) y PAD (p = 0,05), así

como entre la presencia de ECV y la medida de la cintura ($p = 0,05$), índice cintura/cadera ($p = 0,04$) e índice microalbuminuria/creatinina ($p = 0,01$), a su vez tal y como se aprecia en la tabla a pie de página.

Conclusiones: Los valores de cintura se podría considerar un predictor de riesgo vascular, al estar relacionado con las cifras tensionales sistólicas, diastólicas y los valores del índice microalbuminuria/creatinina, así como se correlaciona con la presencia de ECV.

54. GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL

J.A. Díaz Benito y L.V. Muñoz Garde

Atención Primaria, Peralta.

Objetivos: Conocer los índices de calidad del tratamiento antiocoagulante oral (TAO) en Atención Primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en una consulta de un centro de salud, con selección de los 41 pacientes anticoagulados con acenocumarol.

Resultados: Media de edad de 77,6 años (DE: 7,8), con un 46,3% de mujeres. El 80,5% de los pacientes reciben TAO por una fibrilación auricular. La segunda causa más frecuente es ser portador de una prótesis valvular mecánica (9,8%). Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes son la hipertensión arterial (87,8%) y la diabetes mellitus tipo 2 (26,8%). Todos los pacientes presentan cifras de presión arterial sistólica (PAS) inferiores a 160 mmHg (cifra utilizada como factor predictor de hemorragia intracerebral), si bien el 19,5% de los pacientes tiene la PAS > 140 mmHg. Los fármacos antihipertensivos más utilizados son los bloqueadores del sistema renina-angiotensina (84,2% de los pacientes), aunque el 76,4% de los pacientes recibe 2 o más fármacos. En cuanto al tratamiento anticoagulante, el 73,2% de los pacientes presenta un International

Normalized Ratio (INR) dentro del rango establecido como objetivo; un 21,9% está por debajo, y el 4,9% por encima.

Conclusiones: El 19,5% de los pacientes presenta una PAS > 140 mmHg. Esta oportunidad de mejora debería considerar la edad de los pacientes anticoagulados y el objetivo de reducción de la presión arterial en ancianos.

55. PREHIPERTENSIÓN, MORBIMORTALIDAD TOTAL Y MORBILIDAD CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE ORIGEN POBLACIONAL

J.A. División Garrote, J.A. Carbajo Herencia, L.M. Artigao Ródenas, B. González Lozano, I. Ponce García, J. Massó Orozco, D. Caldevilla Bernardo, L. Carrión Valero, E. López de Coca y C. Sanchis Doménech

Grupo GEVA, Albacete.

Objetivos: Evaluar la predicción de la prehipertensión en la aparición de primeros eventos de origen cardiovascular no mortales y en la morbimortalidad total, incluida la mortalidad por todas las causas.

Métodos: Cohorte prospectiva de origen poblacional seguida durante una media de 10,8 años (DE = 2,2 años). La muestra incluida debía cumplir que no había sufrido ningún evento cardiovascular en el primer corte. Se expone el efecto que la prehipertensión y la hipertensión arterial ejercen sobre la supervivencia, calculando la probabilidad de la misma mediante el estimador de Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante el test de rangos logarítmicos. Se ha ajustado por edad y sexo mediante la aplicación de la regresión de Cox, tras comprobar el cumplimiento de la proporcionalidad de los riesgos instantáneos.

Resultados: Despues de excluir a 80 individuos con enfermedad CV previa (6,1%) han quedado incluidos en el estudio 1.242 sujetos, (689 mujeres; media de edad: 47,3 años, DE = 18,0 y 553 varones; media de edad: 46,0 años, DE = 17,0). Del total de la muestra 312

	ECV	Media	D típica	IC del 95%	p	
Peso	Sí	84,2	13,8	75,7	93,4	ns
	No	78,1	11,2	74,9	85,6	
	Total	80,2	12,6	75,1	87,2	
IMC	Sí	31,1	5,2	28,7	32,7	ns
	No	31	3,5	27,6	31,4	
	Total	31,1	4	28,8	32,2	
Cintura	Sí	108,9	12,2	99,2	116,9	0,05
	No	100,9	9	98,2	105,1	
	Total	102,8	10,2	99	107,8	
Cadera	Sí	106,2	9	100,6	112,1	ns
	No	105,9	6,1	104,6	111,9	
	Total	108,5	5,5	105,4	110,9	
Índice Cin/Cad	Sí	0,99	0,08	0,94	1,09	0,04
	No	0,94	0,07	0,91	0,95	
	Total	0,95	0,08	0,92	0,98	
PAS	Sí	145,9	25,6	124	162,1	0,02
	No	141	18,3	131,1	147,5	
	Total	142,8	20,1	129,5	146,9	
PAD	Sí	74,7	10,2	66,3	83,7	0,05
	No	80,3	11,2	76	84,6	
	Total	79,9	12,1	77,8	83,5	
Índice micro/creat	Sí	0,97	0,11	0,94	1,06	0,01
	No	0,94	0,14	0,92	0,96	
	Total	0,96	0,2	0,93	0,99	

sujetos (25,1%) eran normotensos, 418 prehipertensos (33,7%) y 512 hipertensos (41,2%). La supervivencia de los pacientes normotensos, prehipertensos e hipertensos fue en el caso de la morbi-mortalidad total: 93,7%, 88,9% y 75,9% respectivamente y en el caso de los eventos cardiovasculares no mortales: 99,0%, 95,7% y 91,6% respectivamente, resultando significativa la diferencia en ambos casos (p Hazard Ratio [HR] = 0,85 [IC95%: 0,43-1,68]), p = 0,63, como en la aparición de primeros eventos cardiovasculares no mortales (HR = 1,88 [IC95%: 0,54-6,6]), p = 0,32.

Conclusiones: Tras 11 años de seguimiento, la prehipertensión diagnosticada en nuestra población no mantiene la capacidad predictiva de morbi-mortalidad total ni de la aparición de primeros eventos CV no mortales, tras ajustar por sexo y edad.

56. DIFERENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS ENTRE SEXOS EN HIPERTENSOS MAYORES DE 65 AÑOS. FACTORES ASOCIADOS A FIBRILACIÓN AURICULAR. PROYECTO FAPRES

V. Pallarés Carratalá¹, L. Fáfila Rubio², P. Morillas Blasco³ y J.L. Llisterri Caro⁴

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Servicio de Cardiología, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, Castellón. ³Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante. ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia.

Introducción y objetivos: El proyecto FAPRES, es un registro transversal y multicéntrico realizado en atención primaria y unidades de HTA de la Comunidad Valenciana con el objetivo de determinar la prevalencia de fibrilación auricular (FA) en pacientes hipertensos (pHTA). Se incluyeron los tres primeros pHTA > 65 años que acudieron a la consulta el primer día de visita de la semana, durante 5 semanas. Se registraron factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular asociada diferenciando entre sexos. El objetivo de este subanálisis es determinar si existen diferencias entre sexos en los factores asociados a la aparición de FA.

Métodos y resultados: Para ello se analizaron a 1.028 pHTA, con una edad media de $72,8 \pm 5,8$, de los que el 47,3% eran varones, 9% fumadores, 27,6% diabéticos, 48,3% dislipémicos, el 10,9% presentaban antecedentes de angina, el 6,5% infarto, 7,3% insuficiencia cardiaca, el 7,5% ACV y el 6,1% presentaban insuficiencia renal. En cuanto a las diferencias entre sexos, los hombres tenían un perímetro abdominal mayor, menos IMC y obesidad, y más antecedentes de diabetes, tabaquismo, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, arteriopatía periférica y enfermedad carotídea. No hubo diferencias en cuanto a la presencia de FA entre hombres y mujeres (11,5% vs 9,2%, p = NS). Las mujeres tenían unos niveles más altos de HDL y más bajos de ácido úrico que los hombres. Las mujeres presentaban una proporción de control de PA por la MAPA que los hombres (55,7% vs 45,7%, p = 0,001), siendo esa proporción inversa en cuanto al control clínico de PA (31,2% vs 39,9%, p = 0,004). En cuanto al tratamiento, fueron escasas las diferencias, las mujeres estaban menos antiagregadas y con menos proporción de diuréticos que los hombres, en el resto de tratamientos (betabloqueantes, IECAS, ARA-2, calcioantagonistas y anticoagulantes), no existieron diferencias. En el análisis multivariado, se asociaron a la presencia de FA, el antecedente de cardiopatía, el menor filtrado glomerular, y el número de fármacos antihipertensivos en las mujeres, y en los hombres: la edad, el tabaquismo y el antecedente de cardiopatía.

Conclusiones: En pHTA mayores de 65 años, existen diferencias epidemiológicas, de antecedentes, de tratamientos y de factores asociados a la presencia de FA entre hombres y mujeres. Conocer dichas diferencias nos puede ayudar en el manejo de estos pacientes.

57. ESTILOS DE VIDA EN DESCENDIENTES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREMATURA

A. Fernández Ramos¹, A. Calatrava Calleja², P. Fragoso Jiménez³ y C. Suárez Fernández⁴

¹CS Núñez Morgado, Madrid. ²CS Goya, Madrid. ³CS Ciudad Jardín, Madrid. ⁴Hospital de la Princesa, Madrid.

Propósito del estudio: Describir los hábitos de estilos de vida de los descendientes de primer grado de pacientes con enfermedad cardiovascular prematura (ECV), e identificar los componentes de los mismos, acordados como estándares mínimos de calidad, que no se cumplen.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado en el área 2 de salud de la CAM. Se identifican 1626 pacientes que tenían registrada en su historia clínica informatizada una ECV prematura, definida como IAM y/o ictus de causa aterosclerótica en varones < 55 años y mujeres < 65 años. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por centro de salud, siendo la muestra definitiva de 544 pacientes índice. Vía telefónica se contactó con 262 solicitándoseles consentimiento para contactar con sus hijos > 14 años. Se obtuvieron 204 contactos de hijos. Mediante contacto telefónico o vía correo electrónico, los que accedieron a participar (136) contestaron un cuestionario sobre estilos de vida (basado en el estudio Inter-Heart). Se analizó con el programa SPSS v15.

Resultados: 136 pacientes, 71 mujeres, edad media de 30,5 años (DT 9,8), IMC de 24,41 Kg/m² (DT 3,83). La distribución según IMC fue: bajo peso (IMC < 20): 10,3%, normopeso (IMC 20-24,99): 52,2%, sobrepeso (IMC 25-29,99): 27,4% y obesidad (IMC > 30): 9,6%. Un 36% realizaban > 3 horas de ejercicio semanal. Un 24,3% afirman que nunca consumen alcohol, y un 3,7% refieren hacerlo a diario. El 38,2% eran fumadores. El 92,6% de los sujetos emplean aceite de oliva como grasa fundamental para cocinar. La ingesta de pollo/pavo/conejo semanal era de 2,8 veces/sem, de pescado azul 1,3 v/sem, de verdura 0,7 v/día y de fruta de 1,4 v/día. Se calculó un baremo de dieta global, de acuerdo a las recomendaciones de la SEA de dieta saludable la puntuación media de nuestros individuos fue de 1,3 (DT 4,28), siendo la puntuación posible de la situación más favorable de 12 puntos y de -12 si no se cumplen ninguna de las recomendaciones. Ante la pregunta de si ¿ha modificado su estilo de vida por el antecedente familiar?, en relación con cada uno de los ítems analizados (dieta, ejercicio, tabaco...), la mayoría no lo había modificado, siendo las diferencias no estadísticamente significativas (p > 0,05) entre el porcentaje de los que lo habían modificado y los que no. Obtuvimos 4 grupos al clasificar a los individuos de acuerdo a sus hábitos alimenticios (utilizando el método de conglomerados en K-medias del paquete SPSS): el grupo 1, con IMC 24,99 (DT 4,11), un 61,2% de sedentarios, baremo de dieta global de -1,51 (DT 3,8), un 49% de fumadores y el 93,9% afirma no modificar el hábito por el antecedente familiar (AF). El grupo 2, con un IMC de 24,25 (DT 3,76), un 66,7% de sedentarios, nota media del baremo de -0,59 (DT 3,5), un 51,9% de fumadores y un 77,8% de no concienciados. El grupo 3 con un IMC de 23,83 (DT 3,18), un 61,1% de sedentarios, una media del baremo de 3,39 (DT 3,20), un 25% de fumadores 72,2% de no concienciados y el grupo 4 con IMC 24,28 (DT 4,28), un 70,8% de sedentarios, una nota media del baremo de 4,67 (DT 3,21), un 20,8% de fumadores y un 91,7% de no concienciados.

Conclusiones: 1) Los descendientes de primer grado de pacientes con ECV presentan unos estilos de vida que se alejan de los estándares mínimos de calidad acordados en las guías clínicas. No realizan una dieta cardiosaludable y existe un alto porcentaje de fumadores y sedentarios. 2) Presentan poco grado concienciación, ya que en la mayoría el antecedente de ECV no ha justificado modificar su estilo de vida. Por lo tanto, existe un amplio margen de mejora en la instauración de estilos de vida saludables en una

población de alto riesgo cardiovascular como son los descendientes de primer grado de pacientes con enfermedad cardiovascular prematura.

58. ANÁLISIS DE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN OPINIÓN DEL ESPECIALISTA CONSULTADO: ESTUDIO DERIVA

A. Galgo¹, N. Martell², J. Zamorano² y J. de la Cruz³

¹CS Espronceda, Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

³Universidad Autónoma, Madrid.

Propósito del estudio: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y la idoneidad de la derivación en opinión del especialista consultado.

Métodos: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico Hospitales y Centros de Especialidades de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 178 investigadores y 1.769 pacientes derivados. Se realizó muestreo aleatorio consecutivo. Se recogieron razones de derivación desde AP, datos clínicos previos y posteriores al estudio inicial en la consulta del especialista, diagnóstico especializado y tratamientos propuestos por AP y AE. Se excluyeron pacientes provenientes de urgencia Hospitalaria o de distinto origen a AP.

Resultados: La muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a hospitales (80,4%) y centros de atención especializada ambulatoria (19,6%). El 10,4% de unidades específicas de HTA (10,4%). La edad media de los pacientes es de $62,4 \pm 13,6$ años, 55% varones. IMC > 30: 36,2%, obesidad abdominal: 58,9%. Fumadores: 26,5%, Consumo excesivo de alcohol: 13,7%. Hábito sedentario: 86,3%. PA a la derivación: $159,0 \pm 19,9/92,3 \pm 12,8$ mmHg. PAS3 mg/dl, HTA con descenso del FG: 1,1% HTA y Alb/creat: 3,3%. HTA y embarazo 0,8%. HTA Refractaria 11,9%, HTA y SM 22,1% HTA y otro: 34,7%. Se han considerado en opinión subjetiva por AE un 74,7% de derivaciones correctas (IC95%: 72,7-76,7). Se consideran derivaciones tardías en el 34,0% de los pacientes (IC95%: 31,8-36,2).

Conclusiones: Casi el 75% de los pacientes se derivan correctamente, sin embargo más de una tercera parte son consideradas derivaciones tardías por el especialista.

59. INFRAESTIMACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PACIENTE HIPERTENSO REMITIDO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ESPECIALIZADA: ESTUDIO DERIVA

J. Zamorano¹, N. Martell¹, A. Galgo² y J. de la Cruz³

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²CS Espronceda, Madrid.

³Universidad Autónoma, Madrid.

Propósito del estudio: Describir el perfil clínico del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE).

Métodos: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico Hospitales y Centros de Especialidades de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 178 investigadores y 1.769 pacientes derivados. Se realizó muestreo aleatorio consecutivo. Se recogieron razones de derivación desde AP, datos clínicos previos y posteriores al estudio inicial en la consulta del especialista, diagnóstico especializado y tratamientos propuestos por AP y AE. Se excluyeron pacientes provenientes de urgencia Hospitalaria o de distinto origen a AP. Estudiar el perfil de riesgo del hipertenso que llega a las consultas de los distintos especialistas, derivado por los médicos de Atención Primaria (AP) en España.

Resultados: Niveles de PA en derivación: $59,0 \pm 19,9/92,3 \pm 12,8$ mmHg. PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg: 10,5 (IC: 9,1-11,9). Años de diagnóstico de la HTA $8,0 \pm 7,7$. En el análisis de la información aportada por AP en la derivación se encontró: pacientes enviados con diagnóstico de: dislipemia asociada el 50,6%, DM 29,2%, enfermedad CV 27,8%, fibrilación auricular (FA): 12,3%, retinopatía (III-IV) 3,3%. Diagnóstico de lesión de órgano diana (LOD) informada a la derivación en el 48,4% (39,8% con HVI diagnosticada por ECG o por ECO y el 55,4% con afectación renal diagnosticada por aumento de creatinina o disminución del filtrado o microalbuminuria). Tras la evaluación realizada por especializada comparada con los valores de la visita de inclusión (análisis de la derivación) se encontró una Infraestimación de dislipemia del 4,1%, de DM 1,7%, Enfermedad CV del 3,5%, FA: 0,1%, retinopatía avanzada del 4,9%. Infraestimación de diagnóstico de LOD del 15,1% (HVI del 16,5% por ECG y del 27,5% por ECO, de enfermedad renal: 5,3%, con una infraestimación del incremento de creatinina del 5,4%, del descenso del FG del 6,1% y de la microalbuminuria del 9,8%. Todas las infraestimaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) excepto para FA.

Conclusiones: El paciente hipertenso derivado a Unidades Especializadas llega con una infravaloración clínica y estadísticamente significativa tanto de los factores de riesgo como de la lesión de órgano diana y de la enfermedad CV. Sin descartar problemas de información aportada los datos son relevantes para desarrollar herramientas que permitan una mejor derivación entre niveles asistenciales.

60. PERFIL CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES CON EPOC INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I. Gallardo Romero, A. Ruz Zafra, M.A. González Benítez, A. Muñoz Claros, C. Luque Amado, A.A. Pérez Rivera, M.A. Barón Ramos, M. Maíz Jiménez, M. Godoy Guerrero y A. Ruiz Cantero

Hospital La Serranía, Ronda.

Propósito del estudio: Diversos trabajos indican que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presentan un incremento de factores de riesgo cardiovascular y mayor prevalencia de patología isquémica, llegando a sugerirse que la EPOC podría ser un factor de riesgo cardiovascular independiente. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular en pacientes con EPOC ingresados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital La Serranía (Ronda) durante el año 2009 y establecer si dicha prevalencia es mayor que la encontrada en pacientes no afectos de EPOC ingresados en el mismo Servicio durante el mismo periodo de tiempo.

Material y métodos: Se seleccionaron todos los pacientes con antecedentes de EPOC que precisaron ingreso por cualquier causa en el Servicio de Medicina Interna a lo largo del año 2009. Como grupo control se incluyó a pacientes sin antecedente de EPOC que hubieran precisado ingreso por cualquier causa en dicho Servicio durante el mismo periodo de tiempo, con similar distribución de sexo y edad. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, HTA, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, tabaquismo (actual o previo), cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal. Se resumieron las variables cuantitativas mediante medias y desviación estándar y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. Se compararon las variables cuantitativas mediante t de Student y las cualitativas mediante tablas de contingencia (χ^2).

Resultados: Fueron incluidos 175 pacientes (159 hombres, 16 mujeres) en el grupo EPOC y 179 (162 hombres, 17 mujeres) en el

grupo control. La edad media fue de 76,06;10,43 años en el primer grupo y de 77,06;10,10 años en el segundo, sin que dicha diferencia fuera estadísticamente significativa. Los resultados del grupo EPOC fueron: HTA 131 (74,9%), diabetes mellitus 66 (37,7%), hipercolesterolemia 64 (36,6%), hipertrigliceridemia 12 (6,9%), tabaquismo 124 (70,8%), cardiopatía isquémica 41 (23,4%), enfermedad cerebrovascular 34 (19,4%), arteriopatía periférica 16 (9,1%), insuficiencia cardíaca 64 (36,6%) e insuficiencia renal 32 (18,3%). Al comparar la frecuencia de estas variables con las del grupo control, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en hipercolesterolemia (36,6% frente a 26,8%, $p = 0,048$), tabaquismo (70,8% frente a 35,8%, $p < 0,001$) e insuficiencia cardíaca (36,6% frente a 14%, $p < 0,001$), siendo la frecuencia del resto de variables similar en ambos grupos.

Conclusiones: Encontramos un perfil de riesgo y enfermedad cardiovascular muy similar en ambos grupos. Las principales diferencias están en la frecuencia de tabaquismo, como era esperable, y en la prevalencia de insuficiencia cardíaca, que podría estar en relación con el desarrollo de cor pulmonale en los pacientes EPOC. La única diferencia no explicada por la etiopatogenia de la EPOC sería la mayor prevalencia de hipercolesterolemia en dicho grupo. No encontramos mayor prevalencia de la mayoría de factores de riesgo cardiovascular ni de patología isquémica en el grupo EPOC, a pesar de que el consumo de tabaco es mucho mayor en estos pacientes. Estos resultados difieren de las conclusiones de trabajos previos, por lo que creemos necesario ampliar los estudios sobre este tema.

61. DIAGNÓSTICOS AL ALTA RELACIONADOS CON LA HIPERTENSIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA ESTADÍSTICO “PCH (PUESTO CLÍNICO HOSPITALARIO)” EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Morandeira Rivas, P. Sánchez Galán, R. Sanjuan Domingo, L. Sáenz Lafuente, M.P. Pérez Polo y J.A. García Noain

Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

Introducción: El objeto de la implementación del aplicativo Puesto Clínico Hospitalario módulo de Urgencias (PCH-urgencias) en los Servicios de Urgencias de los Hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón es dotar de una herramienta útil a los profesionales que desarrollan su actividad en este área, que facilite su trabajo y que proporcione al usuario una atención de calidad y dentro de los parámetros de la seguridad clínica. Establecer un sistema de información fiable, ágil y de utilidad en todos los niveles asistenciales. Proporcionando al gestor datos reales que permitan optimizar y adecuar los recursos en el ámbito de los servicios de urgencias de una manera efectiva y eficiente.

Objetivos: Conocer la frecuencia de asistencias en nuestro Servicio con diagnósticos relacionados con complicaciones de la HTA, cuál es el nivel de prioridad asignado en el triaje, el área de Urgencias donde son atendidas, la pruebas realizadas y tratamientos instaurados, así como el destino del paciente.

Material y métodos: Se recogieron los diagnósticos al alta relacionados con la hipertensión (CIEs 401.9, 642.9 y 401) durante un período de tiempo de un año (noviembre de 2009 a noviembre de 2010). Se obtuvieron los datos de filiación (sexo y edad), el nivel de prioridad asignado (I a V), el área de atención en Urgencias (Consulta Ambulatoria, Atención Médica, Vital u Obstetricia), si se les realizó alguna prueba complementaria o se les instauró algún tratamiento, y el destino final de los pacientes (alta o ingreso).

Resultados: Durante el período analizado se recogieron en “PCH” un total de 85987 registros, de los cuales 554 (0,64%) correspondían a diagnósticos relacionados con complicaciones de la

hipertensión: 312 (56,3%) con el CIE 401.9 (crisis hipertensiva), 220 (39,7%) con el CIE 401 (HTA mal control) y 22 (4%) con el CIE 642.9 (HTA en el embarazo). El 34,6% de los pacientes eran varones (192) con una mediana de edad de 68 años y el 65,4% mujeres (362) con una mediana de edad de 72 años. El nivel de prioridad asignado al triaje fue I en 1 (0,18%), II en 105 (18,9%), III en 254 (45,8%), IV en 141 (25,4%) y V en 52 (9,3%) enfermos. El área de atención fue Atención Médica en el 65,9% de los casos (365), Consulta Ambulatoria en el 20,9% (116), Obstetricia en el 1% (6) y Vital en el 1% (6). Al 19,8% de los pacientes (110) se les realizó alguna prueba complementaria y al 60,8% se les prescribió algún tratamiento en Urgencias. El 2,1% de los casos (12) requirió ingreso hospitalario.

Conclusiones: Las consultas por diagnósticos relacionados directamente con complicaciones de la hipertensión suponen un escaso porcentaje de la actividad de nuestro Servicio de Urgencias. El destino final de estos pacientes mayoritariamente es el domicilio.

62. FACTORES DETERMINANTES DE LA MEJORÍA DEL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL DESPUÉS DE UNA VISITA DE SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO CASTLE)

J.L. Llisterri Caro¹, G.C. Rodríguez Roca², F.J. Alonso Moreno³, D. González-Segura Alsina⁴ y D. Asensio Torres⁴

¹CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ²CS La Puebla de Montalbán, Toledo. ³CS Sillería, Toledo. ⁴Departamento Médico, Almirall S.A., Barcelona.

Propósito del estudio: Conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en pacientes no controlados tras una visita de su médico de Atención Primaria, así como los factores asociados a dicho control.

Métodos: Estudio epidemiológico, de seguimiento y multicéntrico. Se incluyeron pacientes de edad igual o superior a 18 años, con diagnóstico clínico establecido de hipertensión arterial (HTA), tratamiento farmacológico antihipertensivo y que presentaran PA no controlada en el momento de la visita inicial. Los pacientes eran citados nuevamente a los 3 meses para hacer un seguimiento de los valores de PA. La medición de la PA se efectuó siguiendo las recomendaciones de la Guía Española de HTA 2005 de la SEH-LELHA. Se consideró mal control de la HTA, según criterios de las Guías ESH/ESC de HTA 2007, cuando la PA fue > 140 y/o 90 mmHg en general, o > 130 y/o 80 mmHg en pacientes diabéticos o con riesgo cardiovascular alto o muy alto.

Resultados: Se incluyeron 2.176 pacientes, 53,6% varones, edad media de $62,9 \pm 11,1$ años. El 63,4% presentaban dislipemia, el 58,5% obesidad abdominal, y la lesión orgánica subclínica más frecuente fue la hipertrofia ventricular izquierda (24,4%). Los valores medios de PAS/PAD en la visita basal fueron de $155,8 \pm 11,0/90,9 \pm 7,8$ mmHg, y en la visita de seguimiento de $138,2 \pm 11,3/81,9 \pm 7,7$ mmHg respectivamente. En la visita de seguimiento un 25,2% de los pacientes alcanzaron valores de PA controlada, suponiendo un descenso medio de PAS/PAD de $17,6 \pm 12,8$ y $8,9 \pm 8,7$ respectivamente. Los factores que resultaron estar asociados a alcanzar valores de PA controlada en la visita de seguimiento fueron RCV medio-bajo-moderado (OR 9,7) y cambio de tratamiento por parte del médico en la visita basal (OR 1,5). Adicionalmente se observó que los pacientes que consiguieron PA controlada habían sido diagnosticados de la HTA más recientemente (6,7 años vs. 8,2 años).

Conclusiones: Uno de cada 4 pacientes hipertensos mal controlados consiguen alcanzar valores de control tras una visita al médico de Atención Primaria. El riesgo bajo-moderado y el cambio de tratamiento en la visita basal fueron los factores asociados a alcanzar control en el PA.

63. CONDUCTA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LA FALTA DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL (ESTUDIO PRESCAP 2010)

F.J. Alonso Moreno¹, J.L. Llisterri Caro², G.C. Rodríguez Roca³, M. Ferreiro Madueño⁴, S. Lou Arnal⁵, E. Carrasco Carrasco⁶, P. Beato Fernández⁷, M.A. Prieto Díaz⁸, O. García Vallejo⁹ y J. Ocaña López-Cepero¹⁰

¹CS Sillería, Toledo. ²CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia.

³CS La Puebla de Montalbán, Toledo. ⁴CS Huerta del Rey, Sevilla.

⁵CS de Utebo, Zaragoza. ⁶CS de Abarán, Murcia. ⁷CAP El Masnou, Alella, Teià, Barcelona. ⁸CS de Vallobín-La Florida, Oviedo.

⁹CS Almendrals, Madrid. ¹⁰Departamento Médico, Almirall S.A., Barcelona.

Propósito del estudio: Identificar las decisiones terapéuticas del médico de atención primaria (AP) en función del grado de control de la presión arterial (PA) en la población hipertensa española, y conocer los principales motivos que determinan los cambios de estrategia.

Métodos: Estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico, para estimación de prevalencias. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico establecido de hipertensión arterial (HTA) y tratamiento farmacológico antihipertensivo. La medición de la PA se efectuó siguiendo las recomendaciones de la Guía Española de HTA 2005 de la SEH-LELHA, realizando al menos dos lecturas separadas entre sí por dos minutos y promediando ambas. Se consideró mal control de la HTA cuando la PA fue > 140 y/o 90 mmHg. Se estableció para todos los centros la recogida durante los días 8, 9 y 10 de junio de 2010. Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias (chi cuadrado, "t" de Student y ANOVA) con el paquete SAS versión 9.2.

Resultados: Se estudiaron un total de 12.961 hipertensos de ambos性 (52,0% mujeres). La edad media fue de $66,3 \pm 11,4$ años, el 16,8% tenía antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) prematura, el 56,2% eran dislipémicos, el 29,9% diabéticos, el 7,9% presentaba hipertrofia ventricular izquierda, el 13,8% cardiopatía (10,1% cardiopatía isquémica y 5,1% insuficiencia cardiaca) y el 6,2% nefropatía. El 16,3% de los pacientes eran fumadores. El 63,6% de los pacientes estaban tratados con terapia combinada, 44,1% con dos fármacos, 15,4% con tres fármacos y 4,1% con más de tres fármacos. Los pacientes incluidos en el estudio estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo desde hacía $8,2 \pm 6,2$ años de media. El 38,4% (IC95%: 37,6-39,2) de los pacientes presentó mal control de la presión arterial ($n = 4.978$). En el 37,5% (IC95%: 36,1-38,9) de los pacientes con mal control ($n = 1.722$) el médico decidió modificar el tratamiento. La modificación del tratamiento en pacientes con mal control (según criterios del PRESCAP 2006) fue del 28,8% (IC95%: 27,6-29,9), algo inferior al 30,4% (IC95%: 29,2-31,6) observado en el estudio PRESCAP 2006. La aparición de la revisión de las Guías Europeas en 2.009 puede haber influido en la conducta del médico, al cambiar los objetivos de control. En los pacientes que el médico decidió modificar el tratamiento, las acciones realizadas fueron: asociación farmacológica (39,8%), sustituir el fármaco (34,3%), aumentar la dosis (22,8%) y otras (3,1%). El principal motivo por el que se modificó la pauta fue por la falta de eficacia del mismo en un 76,1%, seguido de un 4,2% por la presencia de acontecimientos adversos y en un 1,2% por solicitud del paciente. En un 6,6% se modificó el tratamiento por otros motivos.

Conclusiones: Aunque el grado de control de la HTA en España ha mejorado respecto a encuestas previas, observamos que en una amplia muestra de pacientes hipertensos no controlados la conducta del médico de AP continúa caracterizándose por modificar en poca medida la pauta terapéutica establecida. La asociación farmacológica fue la decisión más seguida en los pacientes con mal control de la presión arterial.

64. SITUACIÓN ACTUAL DEL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN HIPERTENSA ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ESPAÑA (ESTUDIO PRESCAP 2010)

J.L. Llisterri Caro¹, G.C. Rodríguez Roca², F.J. Alonso Moreno³, V. Barrios Alonso⁴, J.L. Gorriiz Teruel⁵, R. Dura Belinchón⁶, F. Valls Roca⁷, V. Pallarés Carratalá⁸, T. Sánchez Ruiz¹ y D. González-Segura Alsina⁹

¹CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ²CS La Puebla de Montalbán, Toledo. ³CS Sillería, Toledo. ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁵Servicio Nefrología, Hospital Dr. Peset, Valencia. ⁶CS Burjassot, Valencia.

⁷CS de Benigànim, Valencia. ⁸Unión de Mutuas, Castellón.

⁹Departamento Médico, Almirall S.A., Barcelona.

Propósito del estudio: Analizar el grado de control de la presión arterial (PA) en una amplia muestra de pacientes hipertensos españoles atendidos en Atención Primaria (AP).

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico, para estimación de prevalencias. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico establecido de hipertensión arterial (HTA) y tratamiento farmacológico antihipertensivo. La medición de la PA se efectuó siguiendo las recomendaciones de la Guía Española de HTA 2005 de la SEH-LELHA. Se consideró control óptimo de la HTA cuando la PA fue $< 140/90$ (ESH 2009). Se registraron factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano diana (LOD) y enfermedad cardiovascular (ECV) asociada. El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital Clínico de Barcelona.

Resultados: Se incluyó a 12961 hipertensos (52,0% mujeres) de edad media $66,3 \pm 11,4$ años. Los FRCV más prevalentes fueron la dislipemia (56,2%), sedentarismo (53,7%) y obesidad abdominal (48,8%). El 29,9% de los pacientes eran diabéticos, el 7,9% presentaba hipertrofia de ventrículo izquierdo, 13,8% cardiopatía y 6,2% nefropatía establecida. El 63,6% de los pacientes estaban tratados con terapia combinada (44,1% dos fármacos y 15,4% combinación de 3 fármacos). La PA sistólica (PAS) media fue de $135,6 \pm 14,5$ mmHg y la PA diastólica (PAD) media de $79,2 \pm 9,5$ mmHg. El 61,6% (IC95%: 60,8-62,4) presentó un buen control de PAS y PAD, el 64,7% (IC95%: 63,9-65,5) solo de PAS y el 85,0% (IC95%: 84,4-85,6) solo de PAD. Los pacientes mal controlados tenían, respecto a los controlados, más edad, perímetro abdominal, mayor IMC y más prevalencia de FRCV, LOS y ECV asociada ($p < 0,01$ en todos).

Conclusiones: Los resultados del estudio PRESCAP 2010 indican que 6 de cada 10 hipertensos tratados y atendidos en AP en España tienen controlada óptimamente su HTA. La utilización de un elevado porcentaje de combinaciones de antihipertensivos y las nuevas directrices de control óptimo recomendadas por la ESH 2009 son los factores que han podido condicionar nuestros hallazgos.

65. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA > 80 AÑOS ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO PRESCAP 2010)

G.C. Rodríguez Roca¹, J.L. Llisterri Caro², F.J. Alonso Moreno³, L.M. Artigao Rodenas⁴, V. Barrios Alonso⁵, J. Polo García⁶, C. Escobar Cervantes⁷, J.A. Santos Rodríguez⁸, J.M. Fernández Toro⁹ y D. Asensio Torres¹⁰

¹CS de La Puebla de Montalbán, Toledo. ²CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ³CS Sillería, Toledo. ⁴CS Zona III, Albacete.

⁵Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁶CS Casar de Cáceres, Cáceres.

⁷Hospital Infanta Sofía, Madrid. ⁸CS de Rianxo, A Coruña. ⁹CS Zona Centro, Cáceres. ¹⁰Departamento Médico, Almirall S.A., Barcelona.

Propósito del estudio: Analizar el grado de control de la PA en una población hipertensa > 80 años asistida en AP.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico realizado en hipertensos > 80 años de las 17 CCAA de España que recibían tratamien-

to farmacológico antihipertensivo. La PA se midió siguiendo normas estandarizadas y se consideró bien controlada cuando fue $< 140/90$ mmHg para todos los pacientes. El análisis estadístico se realizó con el paquete SAS versión 9.2.

Resultados: Se incluyeron a 1.540 pacientes (edad media $83,5 \pm 3,1$ años; 61,9% mujeres). El 63,0% mostraba sedentarismo, 53,2% dislipemia y el 46,6% obesidad abdominal. El 12,1% presentaba hipertrofia ventricular izquierda, 33,2% diabetes mellitus, 27,5% cardiopatía (48,7% cardiopatía isquémica, 39,2% insuficiencia cardiaca y 12,1% cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca) y el 13,7% nefropatía. El 72,3% recibía terapia combinada (47,4% de 2, 19,2% de 3 y 5,7% más de 3 fármacos). La PA sistólica media fue de $136,7 \pm 15,2$ y la PA diastólica media de $75,2 \pm 9,8$ mmHg. El 59,9% (IC95%; 57,4-62,3) mostró buen control de la PAS y PAD, el 61,3% (IC95%; 58,9-63,7) solo de la PAS y el 91,4% (IC95%; 90,0-92,8) únicamente de la PAD.

Conclusiones: Seis de cada 10 hipertensos españoles mayores de 79 años tiene bien controlada la PA con los criterios de la ESH de 2009. El empleo de estos criterios y el elevado uso de terapia antihipertensiva combinada pueden haber influido en nuestros resultados.

66. EXCESO DE PESO EN ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE CÁCERES

J.J. Gómez Barrado¹, M.S. Turégano Albarrán¹, J. Polo García², A. Barquilla García³, J.R. Gómez-Martino Arroyo¹, C. Ortiz¹, J. Mendoza Vázquez¹, F.J. Garcipérez de Vargas¹, J. Vega Fernández¹ y M.V. Mogollón Jiménez¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. ²CS Casar de Cáceres, Cáceres. ³CS Trujillo, Cáceres.

Objetivos: Comparar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes españoles aplicando referencias nacionales e internacionales para el índice de masa corporal (IMC).

Material y métodos: Incluimos a 69 sujetos de ambos sexos entre los 14 y 18 años. A partir de medidas antropométricas (talla y peso) se obtuvo el IMC. Como criterios diagnóstico de la obesidad y el sobrepeso se utilizaron los patrones nacionales de Hernández et al (1988), y las normas internacionales de Cole et al (BMJ 2000; 320:1240-1).

Resultados y conclusiones: De acuerdo a los patrones nacionales presentaron sobrepeso el 2,9% y obesidad el 10,1% de los adolescentes (3% y 6,1% respectivamente los chicos y 2,8% y 13,9% respectivamente las chicas). Respecto a las normas internacionales, mostraron sobrepeso el 10,1% y obesidad el 4,3% (9,1% y 6,1% respectivamente en varones y 11,1% y 2,8% en mujeres). El análisis efectuado muestra que las referencias internacionales de Cole et al tienden a subestimar la obesidad y a sobreestimar el sobrepeso. Por ello, su validez se limita a estudios poblacionales comparativos, y no se recomienda su uso en el diagnóstico clínico, en el que resulta más eficaz la utilización de patrones propios.

67. DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EL GÉNERO EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA CON SÍNDROME METABÓLICO ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO OPENMET

O. González Albarrán¹, A. Galgo² y C. Álvarez³

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²CS Espronceda, Madrid.

³Departamento Médico Pfizer, Madrid.

Objetivos: Describir las posibles diferencias en el grado de control y tratamiento de los FRCV según el género en pacientes hipertensos con síndrome metabólico (SM).

Métodos: Estudio descriptivo transversal, multicéntrico de ámbito nacional sobre pacientes atendidos en Atención Primaria. Se re-

cogieron datos de los distintos FRCV asociados (incluidos componentes del SM), la consecución de objetivos propuestos por las principales de práctica clínica y los tratamientos utilizados en condiciones de práctica clínica habitual, mediante muestreo aleatorio consecutivo, de pacientes diagnosticados de HTA y SM según criterios de NCEP-ATP III. Se realizó predeterminación muestral para una precisión no superior al 3,5%, para un intervalo de confianza del 95%, en la situación más desfavorable de $p = q = 0,5$.

Resultados: Se incluyeron datos de 3.655 pacientes. 51,9% mujeres. La edad media fue $60,4 \pm 11,1$ años. El 54,4% de varones (V) y el 54,6 de mujeres (M) presentaban DM2. Edad de diagnóstico de HTA ($52,6 \pm 10,4$ años) y tiempo de evolución de HTA ($7,8 \pm 6,3$ años) fue significativamente menor en V que M ($p < 0,01$). La PA controlada ($< 140/90$ mmHg), en no diabéticos, se encontró en el 25,3% (V) y 28,8% (M). En pacientes DM2 solo el 5% (V) y el 5,6% (M) ($p = 0,6$) tenían PA controlada ($< 130/80$ mmHg). La mayoría de los pacientes presentaban HTA grado 1 (51,4%) y PA normal alta (20,7%), seguido de HTA grado 2 (17%), solo el 3,8% tenían HTA grado 3, con diferencias entre sexos (el porcentaje de mujeres con HTA grado 2 y 3 es menor que los varones ($p < 0,001$)). La presencia de LOD fue 43,4% en V y 38,7% en M ($p < 0,01$), con microalbúminuria en 23,8% (sin diferencias entre géneros). El 40,43% de los pacientes hipertensos con SM tenían enfermedad CV o nefropatía establecida, encontrándose diferencias según el género, siendo los varones (43,31%) frente a las mujeres (37,8%), $p < 0,0005$. Además, destaca que el porcentaje de mujeres con enfermedad CV o nefropatía establecida con PA controlada (15%) es significativamente menor que en los varones (28,3%), $p < 0,0001$. El tratamiento farmacológico se utilizaba en el 98,6% (V) y 98,8% (M). La utilización de fármacos inhibidores del SRA fue del 96,2% (V), y 95,6% (M). Solo encontramos diferencias entre género en el uso de betabloqueantes (13,6% en V frente 8,4% en M; $p < 0,0001$; y en alfa bloqueantes (4,7% vs 1,6% en V y M respectivamente; $p < 0,0001$). El control óptimo de niveles de C-LDL < 100 mg/dL solo se comunicó en el 15,3% (V) y 13,5% (M). La utilización de hipolipemiantes fue del 85,7% (V) y 82,5% (M) ($p = 0,008$). Estatinas en el 76,3% (V) y 73,1% (M) ($p = 0,03$). El control glucémico (HbA1c $< 7\%$) fue 40,5% (V) y 43% (M), tratados con fármacos antidiabéticos el 93,4% de la muestra, sin diferencias en el grupo antidiabético. La antiagregación con AAS solo en el 34,6% (V) y 27,6% (M) ($p < 0,0001$). Fármacos para deshabituación tabáquica solo en el 1,3%, (1,8% en V y 0,7% en M; $p < 0,005$) para una prevalencia de tabaquismo activo en el 23% de la muestra.

Conclusiones: El estudio OPENMET muestra que los pacientes hipertensos con SM atendidos en AP tienen un pobre control de la PA especialmente los diabéticos. En cuanto al género, los varones tienen un mayor riesgo cardiovascular determinado por mayor porcentaje de HTA grado 2 y 3 así como mayor prevalencia de enfermedad CV o nefropatía establecida. A pesar de ello las mujeres con muy alto riesgo (enfermedad CV o nefropatía establecida) tienen peor control que los varones. Estos datos sugieren que las mujeres con riesgo establecido necesitan una mayor atención en la práctica clínica para mejorar su pronóstico.

68. GRADO DE CONTROL Y TRATAMIENTO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EL GÉNERO EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA CON SÍNDROME METABÓLICO ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO OPENMET

A. Galgo¹, O. González Albarrán² y P. Tarilonte³

¹CS Espronceda, Madrid. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

³Departamento Médico Pfizer, Madrid.

Propósito del estudio: Describir las posibles diferencias en el grado de control y tratamiento de los FRCV según el género en pacientes hipertensos con síndrome metabólico (SM).

Métodos: Estudio descriptivo transversal, multicéntrico de ámbito nacional sobre pacientes atendidos en Atención Primaria. Se recogieron datos de los distintos FRCV asociados (incluidos componentes del SM), la consecución de objetivos propuestos por las principales de práctica clínica y los tratamientos utilizados en condiciones de práctica clínica habitual, mediante muestreo aleatorio consecutivo, de pacientes diagnosticados de HTA y SM según criterios de NCEP-ATP III. Se realizó predeterminación muestral para una precisión no superior al 3,5%, para un intervalo de confianza del 95%, en la situación más desfavorable de $p = q = 0,5$.

Resultados: Se incluyeron datos de 3.655 pacientes. 51,9% mujeres. La edad media fue $60,4 \pm 11,1$ años. El 54,4% de varones (V) y el 54,6 de mujeres (M) presentaba DM2. La PA controlada ($< 140/90$ mmHg) en pacientes no diabéticos se encontró en el 25,3% (V) y 28,8% (M) ($p = 0,12$). En pacientes DM2 solo se encontró la PA controlada ($< 130/80$ mmHg) en el 5% (V) y el 5,6% (M) ($p = 0,6$). El tratamiento farmacológico se utilizaba en el 98,6% (V) y 98,8% (M) ($p = 0,7$). La utilización de fármacos inhibidores del SRA fue del 96,2% (V), y 95,6% (M) ($p = 0,4$). El control óptimo de niveles de CLDL < 100 mg/dL solo se comunicó en el 15,3% (V) y 13,5% (M) ($p = 0,5$). La utilización de hipolipemiantes fue del 85,7% (V) y 82,5% (M) ($p = 0,008$). Estatinas en el 76,3% (V) y 73,1% (M) ($p = 0,03$). El control glucémico (HbA1c $< 7\%$) fue 40,5% (V) y 43% (M), tratados con fármacos antidiabéticos el 93,4% de la muestra, el uso de metformina fue solo del 44,6% (V) y 43,6% (M) ($p = 0,54$). Se utilizó antiagregación con AAS solo en el 34,6% (V) y 27,6% (M) ($p = 0,0001$). Fármacos antiobesidad en el 5% (V) y 6,4% (M) ($p = 0,06$), para una prevalencia de obesidad grado II ($IMC > 30$ Kg/m²) o superior en el 62,3%. Fármacos para deshabituación tabáquica solo en el 1,3%, para una prevalencia de tabaquismo activo en el 23% de la muestra.

Conclusiones: El estudio OPENMET no demuestra diferencias relevantes en el manejo terapéutico según el género en la práctica clínica habitual, salvo en el uso de antiagregación. Además, muestra unos resultados desalentadores con respecto al control de los FRCV en esta población, con importantes déficit en determinados tratamientos que podrían mejorar el pronóstico de estos pacientes.

69. AUMENTO DEL GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRAS 2 AÑOS DE PARTICIPACIÓN EN UN PROGRAMA BASADO EN INTERNET SOBRE EL MANEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO

M. Gorostidi¹, J. Segura², A. de la Sierra³, J.J. de la Cruz⁴, J.R. Banegas⁴ y L.M. Ruilope², en representación de los Investigadores de CARDIORISC

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

²Hospital 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Mutua Terrasa, Barcelona. ⁴Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivos: Evaluar los cambios en el grado de control de la HTA obtenido por médicos que participan en un proyecto basado en Internet sobre el manejo del paciente hipertenso.

Métodos: Se seleccionaron médicos participantes en el registro MAPAPRES de CARDIORISC que reclutaron > 20 pacientes en cada uno de dos períodos de tiempo, 2005 (grupo de pacientes 1 o G1) y 2007 (grupo de pacientes 2 o G2). Se eliminaron los pacientes con monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) repetidas. Se compararon datos sobre el grado de control de la HTA tanto clínico como ambulatorio. Se consideró control clínico cuando la PA en la consulta fue $< 140/90$ mmHg y control ambulatorio cuando la PA media de 24 h fue $< 130/80$ mmHg.

Resultados: G1 y G2 incluyeron 4.158 y 3.253 pacientes respectivamente. La edad (G1 62,3 y G2 62,7 años), la duración de la HTA (8,3 y 8,1 años), el índice de masa corporal (29,5 y 29,3 kg/m²), la presencia de al menos un factor de riesgo asociado (91,1% y 90,3%), la prevalencia de diabetes (21,9% y 20,7%), y la prevalencia de enfermedad cardiovascular establecida (16,8 y 15,6%) fueron similares en ambos grupos. La PA clínica fue 151,2/86,6 mmHg en G1 y 146,8/84,2 mmHg en G2 ($p < 0,001$), y los grados de control fueron 22,8% y 27,9% respectivamente ($p < 0,001$). La PA media de 24h fue 130,4/75,4 mmHg en G1 y 129,2/74,7 mmHg en G2 ($p < 0,01$), y los grados de control ambulatorios fueron 45,1% y 48,0% respectivamente ($p = 0,022$). El uso de tratamiento antihipertensivo combinado fue más frecuente en 2007 (68,5%) que en 2005 (63,3%), $p < 0,001$.

Conclusiones: Los médicos participantes en el proyecto CARDIORISC obtuvieron una mejoría en el grado de control de la HTA en el relativamente corto plazo de 2 años. Los programas diseñados para ayudar al médico en la práctica clínica diaria pueden ser útiles en la mejora del grado de control de la HTA.

70. DISCREPANCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EVALUADO MEDIANTE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y MEDIANTE MAPA EN 5.321 PACIENTES HIPERTENSOS CON O SIN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

M. Gorostidi¹, J. Segura², A. de la Sierra³, J.J. de la Cruz⁴, P. Aranda⁵, J.R. Banegas⁴ y L.M. Ruilope², en representación de los Investigadores de CARDIORISC

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

²Hospital 12 de Octubre, Madrid. ³Hospital Mutua Terrasa, Barcelona. ⁴Universidad Autónoma, Madrid.

⁵Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Evaluar el control de la presión arterial (PA) medido por PA clínica o por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) en pacientes hipertensos con o sin enfermedad renal crónica (ERC).

Métodos: Se evaluaron 5.321 pacientes hipertensos estudiados de forma estandarizada. Se definió ERC según las guías K/DOQI 2002 y el Documento de Consenso SEN-semFYC 2008 mediante el filtrado glomerular estimado (fórmula MDRD Levey) y el cociente albúmina/creatinina en muestra aislada de orina. El control de la PA clínica se definió por una PA en la consulta (media de 2 lecturas en reposo) $< 140/90$ mmHg. El control de la PA ambulatoria se definió por 2 criterios: 1) PA diurna $< 135/85$ mmHg y 2) PA nocturna $< 120/70$ mmHg.

Resultados: Un total de 1.506 pacientes (28,3%, IC95% 27,1-29,5) presentó ERC. El control de la PA clínica fue 18,1% en pacientes con ERC y 20,8% en pacientes sin ERC ($p = 0,029$) pese a que los pacientes con ERC estaban recibiendo más tratamiento antihipertensivo (número de fármacos/día 2,53 vs 2,20, $p < 0,001$). El control de la PA ambulatoria diurna fue muy superior al de la PA clínica y similar entre los pacientes con o sin ERC (51,9% y 51,6%, $p < 0,0001$ vs PA clínica en ambos casos, $p = 0,837$ entre grupos). Sin embargo, el control de la PA nocturna fue menor en los pacientes con ERC (35,1% vs 43,6%, $p < 0,0001$).

Conclusiones: La presencia de ERC conllevó un peor control de la PA clínica pese a un tratamiento más intenso. El control de la PA fue más del doble cuando se evaluó mediante MAPA. No se observaron diferencias en el control de la PA diurna entre pacientes con o sin ERC. Sin embargo, la ERC confirió peor control de la PA nocturna. La valoración del control de la PA en pacientes con ERC debería implementarse con MAPA.

71. LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE ARTRÓSICO: ¿LA TENEMOS CONTROLADA?

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturrealde Iriso², S. Giménez Basallote³, I. Sánchez Sánchez³, S. Abad Sánchez³, A.A. Rodríguez Fernández⁴, E. López de Uralde Pérez de Albéniz², J.M. Calleja Pascual⁵, B. Berruete Gómez⁶ y R. Olles Puyol⁶

¹CS Aranbizarra 1, Vitoria-Gasteiz. ²CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ³CS El Limonal, Málaga. ⁴CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz. ⁵CS Alsasua, Alsasua. ⁶Urgencias, Hospital Santiago, Vitoria-Gasteiz.

Introducción: El artrósico es un paciente que acude habitualmente a nuestras consultas. Además de esta patología, puede tener otras, entre ellas la hipertensión arterial, que hacen que pueda tener aumentado el riesgo cardiovascular. El objetivo de nuestro trabajo es conocer las cifras de tensión arterial y su grado de control en esta población que además consume antiinflamatorios no esteroideos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Fue realizado por médicos de atención primaria de todo el territorio nacional en el mes de abril del 2007. Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años diagnosticados de artrosis de cualquier localización y que a juicio del investigador precisaban un tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SAS® versión 8.2 para realizar todos los análisis estadísticos.

Resultados: Se estudian 3.243 pacientes reclutados por 369 médicos de atención primaria. El 62,3% eran mujeres. La edad media es de 64,4 (\pm 11,1 años). La presión sistólica media era de 137 (\pm 15,6) y la diastólica era de 79,7 (\pm 10). Se consideró que tenían la presión arterial sistólica controlada un 49,1% de todos ellos y tenían la diastólica controlada un 72,8%. Si consideramos las 2, un 54,1% no tenía controlada la tensión arterial.

Conclusiones: Nuestra población artrósica no tiene bien controlada la tensión arterial en la mitad de los casos por lo que al ser una población de riesgo cardiovascular al consumir en muchos casos antiinflamatorios no esteroideos, debemos ser más precavidos y mejorar el control de esta, además de otros factores de riesgo.

72. ¿CÓMO ES EL SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES HIPERCOLESTEROLÉMICOS POR PARTE DE LOS MÉDICOS TUTORES EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA FRENTE A LOS QUE NO LO SON?

M.L. Alarcia Ceballos¹, J. Iturrealde Iriso¹, G. Mediavilla Tris², E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, A. Rodríguez Fernández³, J.L. Hurtado Mendoza⁴, J. Cora Bardeci⁵, M.E. Ortega Horillo⁶, A. Ruiz de Loizaga Arellano³ y G. Arnaiz García³

¹CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ²CS Aranbizarra 1, Vitoria-Gasteiz. ³CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz. ⁴Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ⁵CS Zaramaga, Vitoria-Gasteiz. ⁶CS Lakua, Vitoria-Gasteiz.

Propósito del estudio: El objetivo de nuestro estudio es conocer si hay diferencias en el seguimiento de los pacientes hipercolesterolémicos dependiendo de si la consulta del médico de familia es docente para residentes de medicina familiar y comunitaria o no lo es.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Se recogen los datos a través del programa OSABIDE, de todos los médicos de una población urbana que atienden a una población mayor de 14 de aproximadamente 227.000 personas. Los datos se recogen en enero del 2010. Para el análisis estadístico se utiliza el programa G-STAT. Se utiliza para análisis el test de U de Mann-Whitney.

Resultados: La muestra es de 143 médicos. El 67,13% son mujeres. Son tutores el 17,48% de todos ellos. No hay diferencias significativas en nº de pacientes según tramos de edad entre los 2 grupos (hemos realizado tramos de 14-64 años, 65-74 años y más de 75 años, con p: 0,19, 0,90, 0,71 respectivamente). El llevar buen seguimiento de la hipercolesterolemia, se considera que tengan realizado analítica de sangre con perfil lipídico en el último año, que se les pregunte sobre seguimiento de dieta, ejercicio físico y toma correcta de medicación en el último año. El número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia por parte de los tutores es de 140,7 por cupo y la media de los no tutores es de 125,3 con una p: 0,13. En relación a la media de pacientes a los que se considera tiene buen seguimiento, el de tutores tiene una media buen seguimiento de 37,15% DE 15,76. El de no tutores tiene una media de 27,67% DE 14,62. La diferencia entre los dos grupos fue estadísticamente significativa (p < 0,05).

Conclusiones: Los médicos que a la vez son tutores, hacen un mayor seguimiento de los pacientes hipercolesterolémicos que los no tutores, ya que dentro del programa de la especialidad, es uno de los apartados que se exige realizar, aunque no es una excusa para que los que no son tutores no lo hagan. También tienen un mayor número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia, aunque sin diferencias significativas, pero que implica que estos pacientes estén detectados.

73. ¿ESTÁN MEJOR NUESTROS HIPERTENSOS AHORA QUE HACE 6 AÑOS?

E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, J. Iturrealde Iriso¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, G. Mediavilla Tris², A. Rodríguez Fernández³, L.M. Sánchez González¹, A. Lamin Labiad¹, M. Sáez Echarri¹, G. Arnaiz García³ y T. Esparza Otero¹

¹CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ²CS Aranbizarra 1, Vitoria-Gasteiz. ³CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: El objetivo de este estudio es saber si hemos mejorado el control y el diagnóstico de la tensión arterial de los pacientes hipertensos de nuestro centro de salud en los últimos 6 años.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un centro de salud urbano que atiende a una población aproximada de 21.000 personas mayores de 14 años. El corte se ha realizado en septiembre del 2005 y en septiembre del 2010. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

Resultados: Tenemos una población hipertensa conocida de 3136 personas en el año 2010. Nuestra organización considera buen control de tensión arterial a cifras < 140/90 en menores de 65 años y < 160/95 en mayores de 65 años. En el año 2005 el buen control de la tensión arterial era en el 46,91% de la población hipertensa y una prevalencia de hipertensión arterial conocida del 11,65% y un cribado de tensión arterial del 22,53% de la población mayor de 14 años. En el año 2010 hemos realizado cribado a un 44,13% de la población mayor de 14 años. Tenemos una prevalencia de hipertensión arterial conocida del 15,38%. El 46,65% de nuestros hipertensos tienen la tensión arterial bien controlada.

Conclusiones: El buen control de esta población no ha variado en 6 años por lo que debemos esforzarnos en aumentar el buen control de estos pacientes. También debiéramos aumentar la prevalencia de hipertensos en nuestra zona, para acercarnos a las cifras que aparecen en la bibliografía, a pesar de que ha habido un aumento importante en el cribado de tensión arterial en la población de nuestro centro.

74. CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES ANCIANOS

P.J. Labrador Gómez y P.M. González Castillo

Unidad de Nefrología, Hospital Virgen del Puerto, Plasencia.

Propósito del estudio: Evaluar el grado de control de presión arterial en sujetos mayores de 65 años atendidos en consulta de Nefrología de nuestro hospital.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio todos los pacientes mayores de 65 años que acudieron a revisión a nuestra consulta con un seguimiento previo de al menos 6 meses, desde febrero a noviembre de 2010. Se recogieron los datos demográficos, las cifras de presión arterial como la media de las dos últimas tomas, se consideró presión arterial controlada cuando las cifras de sistólica y diastólica eran inferiores a 140 y 90 mmHg, respectivamente. También se recogieron los valores de creatinina, familia de hipotensores empleada y número de comprimidos.

Resultados: En el periodo analizado se recogieron datos de 487 pacientes, con una edad media de $75,2 \pm 5,9$ años, el 52,8% eran mujeres. El uso de los diferentes hipotensores fue: IECAS 20,8%, ARA2, 54,3%, IDR 3,9%, diuréticos 70%, calcioantagonistas 60,6%, beta-bloqueantes 31,6%, alfa-bloqueantes 9,2%, otros 9%. En cuanto al número de comprimidos que tomaban, 19,9% un comprimido, 31% dos, 24,8% tres, 13,1% cuatro y 5,9% cinco o más. Las medias de presión arterial fueron $143,5 \pm 19,8/71,3 \pm 11$ mmHg. El porcentaje de pacientes con control de presión arterial sistólica, diastólica y de ambas fue 45,5%, 95,2% y 44,9%, respectivamente. El grado de control de presión arterial sistólico, diastólico y global en función del sexo (hombres vs mujeres) fue 51,3 vs 40,2 ($p = 0,015$); 95,7 vs 94,8 ($p = NS$); y 50 vs 40,2 ($p = 0,032$). El grado de control de presión arterial en función del número de comprimidos de fármacos hipotensores prescritos fue: para un comprimido, 58,3%; para dos, 43%; para tres 42,5%; para cuatro, 35,9%; y para cinco o más, 42,3% ($p = 0,045$).

Conclusiones: En las personas mayores de 65 años, el reto sigue siendo alcanzar el objetivo de presión arterial sistólica. Las mujeres presentan un peor control de presión arterial respecto a los hombres. A medida que se incrementa el número de comprimidos empleados, se reduce el porcentaje de control de presión arterial, lo cual podría implicar un menor grado de cumplimiento en este grupo de personas.

75. EVOLUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN INMIGRANTES LATINOAMERICANOS RESIDENTES EN ESPAÑA. ESTUDIO INMIRISK. RESULTADOS PRELIMINARES

M. Lozano Sánchez, M. Leal Hernández, G. Ruiz Merino, M. Tomás Ros, F. Lafuente Salanova, E. García Chacón, F.C. Ma y J. Abellán Alemán

Cátedra Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Propósito del estudio: a) Analizar el riesgo cardiovascular de los inmigrantes procedentes de Latinoamérica, al comienzo de su estancia en España. b) Investigar la evolución de su riesgo cardiovascular según su tiempo de estancia en España.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en el Centro de Salud de San Andrés (Murcia), de características urbanas y que atiende a una población de aproximadamente 30.000 habitantes, de los cuales 1.500 son inmigrantes latinoamericanos. El número de inmigrantes incluidos en el presente estudio fue de 150 inmigrantes latinoamericanos de ambos性es y con edad superior a 18 años. También se incluyó un grupo control de españoles de similares características respecto a edad y sexo. Para ello, se seleccionó aleatoriamente la muestra de entre todos los inmigrantes que acudieron a consulta durante los meses de abril a junio de 2010 por cualquier

motivo, tras solicitarle consentimiento informado por escrito. Las determinaciones registradas para este trabajo fueron: PAS (mm Hg), PAD (mm Hg), IMC, Perímetro de cintura, parámetros lipídicos (HDL, LDL y colesterol total), lipoproteína A, homocisteína, proteína C reactiva ultrasensible y riesgo cardiovascular según tablas ESH.

Resultados: Se detecta un cambio en los factores de riesgo cardiovascular a partir de los 8 años de estancia en España. La PA media en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de $116,4/71,7$ mmHg, siendo de $131,4/79,9$ mmHg en los que llevan 8 o más años en España. La PA media del grupo de los españoles fue de $124,8/78,9$ mmHg ($p < 0,0001$). El IMC medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de $25,48$ Kg/m², siendo de $28,02$ Kg/m² en los que llevan 8 o más años en España. El IMC medio del grupo de los españoles fue de $24,98$ Kg/m². Respecto al perfil lipídico el colesterol total medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de $185,46$ mg/dl, siendo de $209,35$ (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España. En los españoles fue de $203,34$ mg/dl ($p < 0,0001$). El LDL colesterol medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de $115,74$ mg/dl, siendo de $128,44$ (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España. En los españoles fue de $137,18$ mg/dl ($p < 0,0001$). Otras determinaciones como la lipoproteína A muestran que su valor medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de $8,71$ mg/dl, siendo de $18,26$ (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España. En los españoles fue de $12,55$ mg/dl ($p < 0,015$). La PCR ultrasensible y la lipoproteína A no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos estudiados. El Riesgo cardiovascular añadido fue alto o muy alto en el 4,7% de los inmigrantes con menos de 8 años en España y el 48,2% de los que llevaban 8 o más años en España. En los españoles fue alto o muy alto en el 26,4% ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Los inmigrantes latinoamericanos incrementan su riesgo cardiovascular, tendiendo a igualar o superar al de los españoles, conforme aumenta el tiempo de estancia en España. Este aumento de riesgo cardiovascular es más significativo en la muestra analizada a partir de los 8 años de estancia en España. Se puede afirmar que el factor expositivo ambiental es lo que determina el aumento de riesgo cardiovascular en este grupo.

76. ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS

M. Barba Miñano, S. Balanza Galindo, J. Barba Martínez, M. Gómez Castillo, M. Mondéjar Ortega, M. de Pablos Vicente, M. Leal Hernández y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Propósito del estudio: Analizar si existe relación entre los trastornos ansiosos y/o depresivos y el Riesgo Cardiovascular.

Métodos: Estudio observacional trasversal prospectivo en el ámbito de atención primaria. La población estudiada está formada por pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos adscritos al Centro de Salud de Vistabella (Murcia). Se selecciona aleatoriamente una muestra de 180 individuos entre los que acuden a consulta de su médico de familia por cualquier motivo. A estos pacientes, una vez seleccionados, se les cita para la realización del estudio en el plazo de una semana. Previamente se les informa sobre los objetivos del estudio y se les solicita su consentimiento informado por escrito. A todos ellos se les realiza la escala de ansiedad-depresión de Goldberg, y se les calcula su riesgo cardiovascular según las tablas SCORE.

Resultados: 1) Datos descriptivos: El 50% de los pacientes hipertensos presentan rasgos de ansiedad y el 44,7% rasgos de depresión. El 44,2% de los pacientes diabéticos presentan rasgos ansiosos y el 40,4% depresivos. El 53,1% de los pacientes dislipémicos presentan

rasgos de ansiedad y el 46,9% de depresión. 2) RCV según tablas SCORE y ansiedad: El 59,1% de los pacientes con rasgos de ansiedad presentan un RCV alto, frente al 49,4% en los que no presentan dichos rasgos. Se observa que no existe asociación estadísticamente significativa entre rasgos ansiosos y presentar un riesgo cardiovascular alto ($\geq 5\%$) según las tabla SCORE (ns). 3) RCV según tablas SCORE y depresión: Se aprecia una tendencia a un mayor riesgo cardiovascular medido con las tablas SCORE en los pacientes con rasgos depresivos (59,1% vs 40,9% en los que no los presentan). (p 0,016).

Conclusiones: Los rasgos ansiosos y depresivos son muy prevalentes entre los pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Existe una asociación significativa entre la presencia de rasgos depresivos y un mayor riesgo cardiovascular. No existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de rasgos de ansiedad y el riesgo cardiovascular según las tablas SCORE, aunque sí existe una tendencia entre dichos rasgos ansiosos y un mayor riesgo cardiovascular según dichas tablas.

77. FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL HÁBITO TABÁQUICO ENTRE UNIVERSITARIOS: COMPONENTES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN, TIPO DE CARRERA Y CURSO

J. García-Galbis Marín, G. Ruiz Merino, F. Hernández Menarguez, E. Ortín Ortín, P. Gómez Jara, A. Martínez Pastor, M. Leal Hernández y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Propósito del estudio: Estudiar si existe relación entre los trastornos ansioso-depresivos de los estudiantes y su correlación con el hábito tabáquico. Analizar si existen diferencias en el consumo de tabaco según la carrera estudiada y según se esté en primer o último curso.

Métodos: Se trata de un estudio transversal con muestreo de base institucional realizado en la Universidad Católica de Murcia (UCAM). Se incluyen en el estudio (criterios de inclusión) los estudiantes que se inician en la Universidad (estudiantes de 1º curso) y los de último año de carrera. Se selecciona aleatoriamente una muestra de 936 estudiantes universitarios mediante un muestreo aleatorio tipo cluster. Se registra el hábito tabáquico, tipo de estudios, año de carrera y se aplica un cuestionario autoadministrado que incluye entre otros el Test de ansiedad-depresión de Hamilton, curso estudiado y tipo de carrera. Los distintos estudios o carreras, se agrupan según su afinidad temática en 4 grandes categorías: Sanitarias, Técnicas, Letras y Ciencias de la Actividad Física y Deporte.

Resultados: El 57,1% (534) de los estudiantes analizados presentan algún componente de ansiedad. De estos estudiantes con componente de ansiedad el porcentaje de fumadores es el 57,9% (319). En los que no presentan componentes de ansiedad (42,9%, 402) el porcentaje de fumadores es del 21,4% (86) ($p < 0,001$). El 53,1% (497) de los estudiantes analizados presentan algún componente de depresión. De estos estudiantes con algún componente de depresión el porcentaje de fumadores es el 58,2% (289). En los que no presentan componentes depresivos (46,9%, 439) el porcentaje de fumadores es del 26,4% (116) ($p < 0,001$). El mayor porcentaje de fumadores se produce en los estudiantes de carreras de letras con el 50,8% (157), seguido de los de sanitarias con el 49,2% (155). En las carreras técnicas fuman el 34,5% (60) y los de CAFD el 29,3% (33). $p < 0,05$. En cuanto al curso, entre los estudiantes de primer curso hay un 43,5% (185) de fumadores, y entre los de último curso un 43,1% (220). ns.

Conclusiones: Los componentes de ansiedad o depresión entre los estudiantes universitarios se asocia a un mayor consumo de tabaco. Los estudiantes que cursan carreras de letras o sanitarias fuman más que los que cursan carreras técnicas o de Ciencias de la actividad física y deporte. El hábito tabáquico no se modifica según el año de carrera que se curse.

78. ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (ESTUDIO FAMIAM). RESULTADOS PRELIMINARES

M. Blanco Blanco¹, I. Chuecos Morales¹, S. del Pozo Luengo¹, J. Ferrer Cañabate¹, M. Franco Calderón¹, S. Balanza Galindo², I. Tovar Zapata¹, P. Martínez Hernández¹, M. Leal Hernández² y J. Abellán Alemán²

¹Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Rafael Méndez, Lorca.

²Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Propósito del estudio: Analizar la relación entre el RCV de los familiares de primer grado de pacientes infartados respecto a un grupo control sin antecedentes familiares de primer grado de cardiopatía isquémica. Valorar el RCV según los factores clásicos y estudiar la concordancia con los nuevos marcadores bioquímicos de riesgo.

Métodos: Se seleccionó un grupo de 96 familiares de primer grado de pacientes infartados (GFIAM) y otro grupo control (GC) de 46 individuos sin antecedentes familiares de primer grado de cardiopatía isquémica. Se recoge de cada uno de ellos: edad, sexo, peso, altura, IMC, perímetro de cintura, PAS, PAD, antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, tabaquismo, consumo enólico y hábito de ejercicio. A todos ellos se les realiza analítica sanguínea que incluye la determinación de glucosa, perfil lipídico (colesterol, HDLc, LDLc, triglicéridos), fibrinógeno, factor von Willebrand en plasma, PCR ultrasensible, interleukina 6 (IL-6) por inmunoensayo de quimioluminiscencia, homocisteína, mieloperoxidasa (MPO) y LDLoxidada por inmunoensayo enzimático. El RCV se les determina por las tablas de Framingham y de SCORE.

Resultados: Los valores promedio en el GFIAM vs GC de glucosa son (112,03 mg/dl \pm 36,75, 104,65 mg/dl \pm 21,28; $p = 0,210$), de colesterol (200,54 mg/dl \pm 41,41, 195,95 \pm 35,90; $p = 0,510$), de HDLc (45,83 mg/dl \pm 14,14, 48,17 mg/dl \pm 14,09; $p = 0,367$), de LDLc (126,40 mg/dl \pm 34,92, 113,76 mg/dl \pm 23,79; $p = 0,034$), de triglicéridos (129,91 mg/dl \pm 82,63, 110,12 mg/dl \pm 60,15; $p = 0,15$), de PCR ultrasensible (5,17 mg/dl \pm 8,4, 4,13 mg/dl \pm 3,18; $p = 0,293$), de IL-6 de (5,05 pg/dl \pm 6,9, 3,36 \pm 3,4; $p = 0,059$), de LDLoxidada (30,09 UI/ml \pm 17,7, 26,84 U/ml \pm 14,46; $p = 0,252$), de MPO (1,44 UI/L \pm 0,85, 1,13 UI/L \pm 0,79; $p = 0,037$) y de homocisteína (14,66 umol/dl \pm 5,35, 19,74 umol/L \pm 10,85; $p = 0,004$). El RCV medido por la tabla Framingham en el GFIAM fue de 16,3 \pm 34,7 y en el GC de 10,4 \pm 10,9; ns. El RCV medido por la tabla SCORE en el GFIAM es de 1,7 \pm 2,4 y en el GC 1,5 \pm 2,5; ns.

Conclusiones: Los valores de los factores de riesgo cardiovascular clásicos y emergentes son más elevados (excepto para HDL y homocisteína) entre familiares de primer grado de infartados que entre los componentes del grupo control. Sin embargo no se detecta un mayor RCV significativo entre los familiares de primer grado de pacientes con IAM y el grupo control siguiendo las tablas de Framingham y SCORE.

79. PACIENTES QUE OLVIDAN ACUDIR A CONSULTA PROGRAMADA DE HIPERTENSIÓN.

¿OLVIDO O DESCONTROL?

N. Pascual¹, M.L. Lozano¹, J.M. Berrospi¹, L. Bocanegra¹, E. Burgos¹, C. Alfonso¹, J.D. Arnaldo¹, F. Lafuente¹, M. Leal² y J. Abellán²

¹CS Docente de San Andrés, Murcia. ²Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Propósito del estudio: 1) Analizar la observancia terapéutica y el grado del control de la presión arterial en pacientes hipertensos que no acuden durante tres visitas consecutivas a consulta programada de hipertensión. 2) Comparar dichos resultados con otro gru-

po de hipertensos de similares características que sí acuden a consulta programada regularmente.

Métodos: Se trata de un estudio de observacional dirigido a pacientes hipertensos incluidos en el programa de hipertensión de nuestro Centro de Salud. El estudio se llevó a cabo en una Zona Básica de Salud de nuestra ciudad. Fueron seleccionados 50 pacientes hipertensos que no acudieron durante tres visitas consecutivas a consulta programada de hipertensión. Se seleccionó aleatoriamente otro grupo de 50 hipertensos de similares características que sí acudían regularmente a dichas consultas. Se les determinó a ambos grupos la observancia terapéutica y se clasificaba en cuatro grupos (muy buena = cumplimiento > 80%, buena = cumplimiento 61-80%, regular = cumplimiento 41-60%, mala = cumplimiento 20-40% y muy mala = cumplimiento 160/100 mmHg en el 24%).

Resultados: En el grupo de hipertensos que sí acudían a consulta regularmente, la observancia terapéutica fue muy buena en el 20% de los hipertensos, buena en el 32%, regular en el 16%, mala en el 24% y muy mala en el 8%. La presión arterial en este grupo mostró unas cifras de 160/100 mm Hg en el 14%. El análisis comparativo mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: La observancia terapéutica y el control tensional de nuestros pacientes hipertensos que dejan de acudir a consulta programada es muy deficiente. Realizando un pequeño esfuerzo para que estos pacientes comprendan la importancia de acudir a estas consultas probablemente mejoraría tanto la observancia terapéutica como el control de las cifras tensionales.

80. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS GUÍAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESPECTO A OBJETIVOS DE CONTROL Y TRATAMIENTO. ESTUDIO EN-USO

J.L. Llisterri Caro¹, S. Vera García¹, Y. Silvero¹, J. González Aliaga¹, F. Sánchez Díez¹, T. Sánchez Ruiz¹, M. Pérez Adelantado¹, A. Ruiz García¹, K. Mata Beltrán¹ y R. Lluch Martínez²

¹CS Joaquín Benlloch, Valencia. ²Departamento Médico Rottapharm-Madaus, Barcelona.

Propósito del estudio: Obtener información sobre la realidad de la práctica clínica en cuanto al conocimiento de los objetivos de presión arterial (PA) y recomendación de tratamiento antihipertensivo en distintas situaciones clínicas.

Métodos: Estudio observacional transversal mediante encuesta epidemiológica, realizada entre el 1/11/2009 y 31/12/2009 en 1.000 médicos de AP seleccionados mediante muestreo no probabilístico y distribuidos por todo el ámbito nacional de forma proporcional al número de médicos de cada Comunidad. El cuestionario recoge variables sociodemográficas, de conocimiento, práctica clínica y opinión. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v17.

Resultados: Se incluyeron 947 formularios válidos para el análisis (75% varones), edad media \pm DT 51,1 \pm 6,6 años. El 45% de los encuestados refiere medir la PA en consulta, utilizando mayoritariamente aparatos automáticos (43%). El 82% manifiesta seguir recomendaciones de alguna guía, siendo la más conocida la de SE-HELHA (55,2%). El 47% estima correctamente el porcentaje de control actual de HTA (40%) y el 61% y 55% contesta adecuadamente a los objetivos de control a conseguir en población general hipertensa (< 140/90) y diabetes (< 130/80), respectivamente. El 87% identifica correctamente las situaciones recomendadas por las guías para el inicio del tratamiento combinado. El 47% de los médicos opinan que la principal causa de no conseguir el control es el incumplimiento terapéutico, el 35% la utilización de monoterapia sola y el 14% el inicio tardío de las combinaciones. En opinión de los médicos la mejor solución para alcanzar el control de la HTA es mejorar el cumplimiento (47%) seguido de la modificación de la inercia terapéutica (24%). La falta de control se debe a los pacientes (33,7%) y a la presión asistencial (31,3%).

Conclusiones: Poco más del 50% de los médicos encuestados responde correctamente a las preguntas de conocimiento sobre la HTA. El médico “culpabiliza” al paciente del mal control y muy pocos reconocen la inercia terapéutica como causa de mal control.

81. RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES CUANDO SON DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ESTUDIO RISCOR-E (RESULTADOS DEFINITIVOS)

J.L. Llisterri Caro¹, J. García Puig² y M. Antonio Orellana³

¹CS Joaquín Benlloch, Valencia. ²Unidad de Riesgo Cardiovascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital La Paz, Madrid. ³Unidad de Endocrinología y Cardiometabolismo, Merck S.L., Madrid.

Propósito del estudio: Conocer el riesgo cardiovascular (RCV) de los pacientes hipertensos en el momento que son diagnosticados de hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico que incluyó a pacientes entre 40 y 74 años de edad diagnosticados por primera vez de HTA, reclutados mediante muestreo consecutivo en consultas de médicos de familia/especialistas de toda España. La medida de presión arterial (PA) se realizó siguiendo normas estandarizadas, estableciéndose el diagnóstico de HTA cuando el promedio de PA fue > a 140 y/o 90 mmHg después de tres visitas consecutivas, separadas, al menos una semana entre ellas. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de HTA, antecedentes de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2 o tipo 1 con microalbuminuria, enfermedad renal crónica o niveles muy altos de uno o más factores de riesgo cardiovascular (colesterol > 320 mg/dl y LDL > 240 mg/dl). El RCV se determinó mediante la tabla SCORE calibrada para España clasificando a los pacientes en cuatro categorías: < 1%, 1-4%, 5-9%, 10-14% y > 15%. Se registraron datos socio-demográficos, clínicos, analíticos y factores de riesgo cardiovascular (FRCV). El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital La Paz.

Resultados: Participaron 590 médicos (80,7% atención primaria) que incluyeron 2366 pacientes (56,8% varones), con edad media (DE) de 55,5 (6,6) años. El 36,2% eran fumadores (49,7% varones, 22,6 mujeres; $p < 0,001$). La PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) media fue de 154,8 (9,8)/92,4 (7,4) mmHg, respectivamente, y el colesterol total medio de 217,1 (39,0) mg/dl, sin diferencias significativas en ambas variables según género. Según la tabla SCORE, en el momento del diagnóstico de la HTA el 62,2% de los pacientes presenta un RCV entre 1-4%, el 21,0% entre 5-9%, 7,8% entre el 10-14% y 1,9% > 15%. El RCV medio fue del 3,9% (IC95%, 3,7-4,1), mediana de 2%, con un mínimo de 0% y un máximo de 37%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la puntuación SCORE del RCV según el sexo del paciente, con un promedio de 5,4% (4,4) en varones y 1,8% (1,6) en mujeres ($p < 0,001$). También se observó el incremento del RCV a medida que aumentaba la edad de los pacientes ($p < 0,001$).

Conclusiones: Más de tres de cada 10 pacientes que se diagnostican de HTA por primera vez presentan un RCV alto o muy alto según la tabla SCORE calibrada para España.

82. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN

A. Melo Almiñana, D. López Martínez, A. Cazorla Fernández, I. del Valle de Joz, V. Rivas, M. Castro García, S. López Ortún, M. Gordo González, I. Barahona Arroyo y M. Cid Salgado

CS Justicia, Madrid.

Propósito del estudio: El propósito del estudio consiste en conocer el grado de control de la tensión arterial (TA) en los pacientes

diabéticos mayores de 65 años que acuden al centro de salud de Justicia (Madrid).

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se revisaron todas las historias clínicas que tenían el episodio diagnóstico de diabetes mellitus (DM) en el centro de salud de Justicia en turno de mañana, en pacientes de edad igual o superior a 65 años. Los parámetros evaluados son: TA, hemoglobina glicada, índice de masa corporal (IMC), si fuma o no y el tratamiento farmacológico recibido. El total de usuarios que correspondía al turno de mañana era de 1162. En las historias clínicas de estos pacientes estaba recogido el episodio de diabetes mellitus e hipertensión, ambos asociados en un total de 94 pacientes, lo que supone una prevalencia del 8%.

Resultados: La edad media de los pacientes era de 76,7 años (65 a 97). Hombres 29 (30%) y mujeres 65 (70%). Presentaban valores de TA < a 130/80 mmHg solo 36 de los pacientes (38,5%). La tensión arterial sistólica (TAS) era superior a 130 mmHg en 54 pacientes (57,4%) y la tensión arterial diastólica (TAD) era superior a 80 mmHg en 14 pacientes (14,1%). La media de años del diagnóstico de HTA era de 8,3 y el de DM de 6,6 años. La hemoglobina glicada superior al 7% se daba en un 32% de los pacientes, 22 tenían un IMC < 25 y 7 igual o superior. Respecto al tratamiento hipotensor tenían prescrito: diuréticos 58, antagonistas de los receptores AT1 (ARA II) 38, inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA) 33, calcioantagonistas 23 y betabloqueantes 11.

Conclusiones: 1. El control de la TA en los pacientes diabéticos, según las recomendaciones de las diferentes guías no se había conseguido en un porcentaje aceptable, a pesar de las continuas visitas al médico y/o enfermería. 2. Respecto al control glucémico se había conseguido mejores resultados que en el control de la TA. 3. Planteamos un plan de mejora en el equipo con la finalidad de mejorar estos datos y poder contribuir a prevenir el riesgo de morbilidad por patología cardiovascular en estos pacientes.

83. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN ESPAÑA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

V. Márquez Hernández, M.T. Lorente Molina, J. Gil Roales-Nieto y G. Granados Gámez

Universidad de Almería, Almería.

Introducción: El cumplimiento se define como «la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose, con él, el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización por parte del paciente, asumidas tras una decisión completamente razonada por este. El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado, en los ancianos y en pacientes que tienen prescritos varios tratamientos. El incumplimiento terapéutico oscila en el 7,1-66,2%, y alcanza el 50% en algunas enfermedades como la hipertensión. Como conductas que manifiestan problemas en el cumplimiento terapéutico se han descrito, entre otras, las siguientes: dificultades para comenzarlo, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, falta a las citas programadas, rigidez en los hábitos y estilos de vida, así como la práctica de la automedicación.

Propósito del estudio: Conocer las nuevas aportaciones sobre cumplimiento terapéutico en hipertensión en España, en los últimos 5 años.

Métodos: Estudio descriptivo, mediante una revisión bibliográfica de todos los estudios publicados en España sobre cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión desde 2005 hasta

2010. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline y Elsevier Doyma Spanish Medical Collection, utilizando como descriptores compliance patient and hypertension, y estableciendo los límites entre los años 2005 y 2010, incluyendo solo los estudios realizados en España.

Resultados: Se encontraron 30 artículos publicados sobre cumplimiento terapéutico en los últimos cinco años. En la base de datos de Medline, se encontraron 34 artículos de los cuales 12 fueron excluidos por no cumplir los requisitos establecidos. Por otro lado, en la base de datos Elsevier Doyma Spanish Medical Collection, se encontraron 13 artículos, de los cuales fueron excluidos 5 por no haber sido realizados en España. Del total de los 30 artículos: 2 fueron publicados en 2005, 9 en 2006, 5 en 2007, 6 en 2008, 5 en 2009, 3 en 2010. Por lo que 2006 fue el año en el que se publicaron más estudios en España sobre cumplimiento. La temática de los estudios revisados puede dividirse en las siguientes categorías: 1. Estudios que evalúan el cumplimiento terapéutico; 2. Estudios que proponen nuevas estrategias para la mejora del cumplimiento terapéutico, 3. Estudios que analizan las causas del incumplimiento terapéutico.

Conclusiones: El tema del cumplimiento terapéutico sigue suscitando un gran interés dentro del ámbito de las ciencias de la salud, como se desprende de la gran cantidad de estudios realizados al respecto. Dada la necesidad existente de la mejora del cumplimiento, se observa en los últimos años una proliferación de estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento. Sin embargo muchas de estas estrategias van destinadas al tratamiento farmacológico, olvidando la importancia del resto de componentes. Por eso es importante seguir abordando esta temática de manera multidisciplinar, teniendo en cuenta todos los componentes del tratamiento antihipertensivo para poder abordar el cumplimiento de una manera integral.

84. CREENCIAS EN HIPERTENSIÓN

M.T. Lorente Molina, J. Gil Roales-Nieto, G. Granados Gámez y V. Márquez Hernández

Universidad de Almería, Almería.

Introducción: Entre las variables que se han relacionado con el incumplimiento del tratamiento en hipertensión, se han descrito características del propio paciente, como las creencias de este respecto a la enfermedad. Numerosos estudios han señalado la existencia de creencias «populares» acerca de las causas de la hipertensión (como, por ejemplo, nervios, estrés, etc.) que divergen del conocimiento médico, así como una menor adherencia al tratamiento en aquellos pacientes que sostienen estas creencias. Los datos existentes al respecto llevaron a Frosch, Kimmel y Volpp (2008) a analizar el efecto de la etiqueta diagnóstica «hipertensión» en la percepción de los pacientes hipertensos sobre la efectividad de distintos componentes del tratamiento. Estos autores mantenían la hipótesis de que los individuos expuestos a una descripción de una condición asintomática etiquetada como «hipertensión» indicarían la relajación como una intervención más efectiva para el tratamiento que los pacientes expuestos a la misma descripción pero utilizando una etiqueta diagnóstica no familiar (en este caso, síndrome de Korotkoff). Los resultados mostraron que los pacientes que leyeron el texto en el que se describía a un paciente con hipertensión señalaron la opción «relajarse más» como una intervención más efectiva para el tratamiento que los pacientes expuestos a la etiqueta diagnóstica «síndrome de Korotkoff».

Propósito del estudio: Replicar los resultados del estudio realizado por Frosch, Kimmel y Volpp (2008) sobre el efecto de la etiqueta diagnóstica «hipertensión» en la percepción de los pacientes de la utilidad de distintos elementos del tratamiento antihipertensivo.

Métodos: Diseño factorial 2 × 2 (Factor 1: etiqueta diagnóstica; Factor 2: tipo de argumento- causal vs correlacional). La VD es el grado de utilidad percibido de las diferentes intervenciones propuestas para el tratamiento del trastorno descrito en cada caso. Participantes: 120 pacientes del Centro de Atención Primaria de Viator. Instrumentos: 4 textos correspondientes a cada una de las condiciones experimentales; hoja de respuesta para puntuar el grado de utilidad percibido de nueve intervenciones para el tratamiento; hoja de respuesta con ítems en torno a la relación salud-estrés.

Resultados: La relajación obtiene una puntuación media en cuanto a utilidad percibida próxima a la que obtienen las recomendaciones médicas. Sin embargo, no se encuentran efectos estadísticamente significativos de ninguno de los factores manipulados en las puntuaciones dadas a los distintos tipos de intervención propuestas. En cuanto a la relación salud-estrés, los datos obtenidos muestran que tanto los pacientes hipertensos como los diabéticos están bastante de acuerdo en que “la elevación de la tensión arterial es causada por el estrés”.

Conclusiones: No se corroboran los resultados obtenidos en el estudio de Froch, Kimmel y Volpp. Sin embargo, se desprende de los resultados que la relajación es considerada un elemento bastante útil para el tratamiento de la enfermedad, así como que los pacientes están bastante de acuerdo con que la elevación de su tensión arterial es consecuencia del estrés, resultados que concuerdan lo encontrado en otros estudios. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de seguir ahondando en la función que cumplen las creencias del paciente sobre su adherencia al tratamiento.

85. PARÁMETROS BIOQUÍMICOS COMO PREDICTORES DE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

N. Martell Claros¹, M. Abad Cardiel¹, M.J. Torrejón², F. Blanco Kelly², M.E. Fuentes³ y M.A. Herraiz⁴

¹Unidad de HTA; ²Laboratorio de Análisis Clínicos; ³Departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva; ⁴Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) y la preeclampsia (PE) son desórdenes específicos del embarazo. Tienen una incidencia de entre 2-10% de los embarazos y contribuyen sustancialmente a la morbilidad y mortalidad perinatal del feto y de la madre. Si origen es desconocido, pero se acepta que está producido por la presencia de la placenta. Los marcadores bioquímicos de función renal juegan un papel como predictores tempranos del desarrollo de preeclampsia, pero no se conoce si son predictores de la hipertensión inducida por el embarazo.

Objetivos: Determinar si alguno de los marcadores bioquímicos usados en la monitorización del embarazo puede ser usado como predictor temprano del desarrollo de hipertensión inducida por el embarazo.

Métodos: Estudio prospectivo de cohorte de 315 mujeres embarazadas pertenecientes al área sanitaria 7 de Madrid. Las gestantes fueron referidas desde la unidad de diagnóstico prenatal del Hospital Clínico entre la semana 10-13 del embarazo. Las participantes firmaron el consentimiento informado. Criterios de exclusión fueron: gestación múltiple, hipertensión crónica, patología cardiovascular previa, creatinina > 1.3, hipotiroidismo, enfermedad autoinmune, diabetes mellitus, diabetes gestacional en embarazo previo, tratamiento con metotrexate o antiepilepticos, antecedentes personales de preeclampsia y edad superior a 40 años e inferior a 18. El protocolo de estudio consistió en tomar una muestra de sangre coincidiendo con las visitas de rutina de la ecografía: primer trimestre (semana 10-13), esta primera visita también incluyó medida de peso, talla y presión arterial. Segundo trimestre: entre semanas 20-22 y tercer trimestre: entre semana 31-33 de embarazo. Se

determinó: colesterol total, HDL-colesterol, triglicéridos, ácido úrico, creatinina, cistatina-C, proteína c reactiva, proteína plasmática asociada al embarazo A (PAPP-A) y gonadotrofina coriónica humana β libre (β -HCG-libre) estos dos últimos se midieron solo en el primer trimestre. La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) fue definida como presión arterial > 140 y/o > 90 mmHg en dos ocasiones separadas por un intervalo de 6 horas tras la semana 20 de gestación. La HIE severa cuando la PA fue > 160/110 mmHg. Consideramos preeclampsia la presencia de HIE y proteinuria (> 300 mg/24h o > 30 mg/dL en 2 muestras con 6 horas de intervalo). Se utilizó para el análisis estadístico la CHI² (o test de Fisher), t-Student, y test no paramétricos; además de curvas ROC y análisis de regresión logística para calcular la capacidad discriminadora de los biomarcadores. Para una incidencia estimada de hipertensión gestacional (HIE) de 5% el poder estadístico del estudio con un riesgo relativo > 2 es > 95%.

Resultados: De las 315 embarazadas que entraron en el estudio un 10% fueron excluidas (21 no completaron el seguimiento obstétrico, 3 muertes intrauterinas, 3 interrupciones voluntarias del embarazo, 3 abortos espontáneos y 2 restricciones intrauterinas del crecimiento. En el segundo y tercer trimestres en un 8% y un 19% del total no conseguimos la muestra de sangre. La prevalencia de HIE fue del 6,01%. El ácido úrico > 3,15 mg/dL en el 1º trimestre se asocia al con aumento del riesgo de HIE ($p = 0,01$), en el 2º trimestre, creatinina > 0,69 mg/dL y HDL-colesterol < 66,50 mg/dL se relacionan con un incremento del riesgo de HPG ($p = 0,006$ and $p = 0,007$ respectivamente), y un aumento en el porcentaje de cambio de ácido úrico y cistatina-C entre el 1º y 2º trimestre también se relaciona con aumento del riesgo de padecer HPG (RR = 2,76 y RR = 4,10 respectivamente).

Conclusiones: Los marcadores de función renal tienen un papel en la predicción temprana de la hipertensión inducida por el embarazo.

86. PRINCIPALES MOTIVOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA POR RIESGO CARDIOVASCULAR

L. Martínez Manrique¹, D. Abad Pérez², L. Basteiro Montouto³, C. Sáez Bejar² y C. Suárez Fernández²

¹CS Ciudad San Pablo, Coslada. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ³CS Goya, Madrid.

Propósito del estudio: Detectar los principales motivos de derivación por RCV desde AP (Atención Primaria) a consultas de Medicina Interna de un Hospital terciario valorando su adaptación a los criterios de derivación recomendados en la Guía de Riesgo Vascular del Área. Analizar la actitud del médico especialista ante el paciente, altas en la primera consulta, petición de PPCC (pruebas complementarias) y modificaciones en el tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo transversal. Se incluyeron en el estudio 95 pacientes mayores de 16 años con FRCV del Área 2 de Madrid con Hospital de referencia el HULP. Criterios de inclusión: Pacientes atendidos como primera visita, remitidos desde AP, cuyo motivo de derivación esté relacionado con el RCV, entre octubre de 2009 y marzo de 2010 en consultas externas de Medicina Interna del HULP (dos consultas generales y dos monográficas de HTA). Recogida de datos: base de datos en formato Excel de Microsoft Office mediante la Revisión de H^a Clínica informatizada y en formato papel del HULP. Análisis de datos con el programa SPSS 13.0.

Resultados: Distribución por consultas: de los 95 atendidos, un 72,6% acudieron a consultas generales y un 27,4% a consultas monográficas de HTA. Motivos de derivación: motivos de derivación más frecuentes: HTA (63%), DL (23%), sintomatología (6%) y múltiples FRCV (5%). De los derivados por HTA (59), un 44,1% fue por

mal control, un 15,3% por sospecha de secundarismo, un 15,3% por solicitud de MAPA, un 11,9% por crisis repetidas de HTA, un 8,5% por diagnóstico reciente, un 1,7% por intolerancia a fármacos y un 3,4% por otros motivos. De los derivados por DL, un 36,4% fue por sospecha de Hipercolesterolemia Familiar, un 22,6% por intolerancia a fármacos o elevación de CPK, un 18,2% por mal control, otro 18,2% para seguimiento y un 4,5% por diagnóstico reciente. Adecuación de la derivación a los Criterios del Área II: el 52,6% de las derivaciones se consideraron adecuadas y el 34,7% inadecuadas. En 12,6% de los pacientes faltaban datos en la historia o referencias en la Guía para determinar la pertinencia de la derivación. Actitud del médico especialista ante el paciente: de los 95 pacientes atendidos, 7 (7,4%) fueron dados de alta y 9 (9,5%) derivados a otras consultas especializadas en la primera consulta, los restantes fueron citados para nueva consulta (83,1%). Se pidieron PPCC a 86 pacientes y en un 69,77% de los casos se pidieron pruebas no accesibles desde AP. Se modificó el tratamiento al 64,2% de los pacientes, siendo lo más habitual la sustitución o la adición de fármacos.

Conclusiones: La HTA mal controlada fue el motivo más frecuente de derivación demostrando el importante peso que esta patología tiene en las consultas de pacientes con riesgo vascular. En un alto porcentaje de casos (34,7%) el motivo de derivación o la consulta a la que fueron derivados no se ajustó a las recomendaciones de la Guía del Área. Sin embargo solo se remitió de nuevo a AP tras la primera visita el 7,4% de los pacientes quedando el resto en seguimiento o citándose para otro tipo de consulta. Estos resultados cuestionan el papel real de las Guías en cuanto al manejo de los pacientes y su derivación a otras consultas, bien por su escaso uso por parte de los profesionales de AP, bien por su falta de actualización incluyendo las novedades en cuanto al manejo de los pacientes o la nueva disponibilidad de pruebas.

87. MANEJO Y CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA. ESTUDIO EURIKA

J.R. Banegas Banegas¹ y E.L. Massó González²

¹Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPA CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Madrid. ²Unidad de Epidemiología, Departamento Médico, AstraZeneca España, Madrid.

Propósito del estudio: La hipertensión es uno de los más extendidos factores de riesgo modificables de la enfermedad cardiovascular (ECV). La prevención de la EC es una prioridad para la comunidad sanitaria y las autoridades españolas, ya que lidera las causas de muerte en nuestro país. Muchos estudios nacionales han estudiado y evaluado medidas de prevención para la hipertensión. Sin embargo, tras la publicación de las guías europeas de la ESC en 2007, no ha habido estudios centrados en prevención primaria que hayan evaluado en España el grado de control de pacientes con factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión y escasa información está disponible sobre el manejo en la práctica clínica diaria que el médico de atención primaria o especialista lleva a cabo en su consulta para pacientes en prevención primaria. El estudio europeo EURIKA (The European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice (EURIKA, NCT00882336) ha estudiado el estado de la prevención primaria de la ECV.

Métodos: Estudio transversal realizado en 12 países europeos. El estudio recogió información a dos niveles; a nivel del médico, se encuestaron 806 (62 en España) médicos de atención primaria y especialistas en prevención cardiovascular. Se recogió información sobre datos demográficos, académicos, lugar de trabajo,

percepciones y manejo de los principales factores de riesgo cardiovascular. Y por otro lado, se incluyeron de forma aleatoria en el estudio 7.641 pacientes (642 en España) > 50 años, sin historia previa de ECV con al menos un factor de riesgo (hipertensión, obesidad, diabetes, tabaquismo o dislipemia) que atendían a consultas externas de atención primaria o especialistas. Se recogieron sus datos socio-demográficos, información relativa a los factores de riesgo y a la medicación actual que reciben. Además se realizó un examen físico y se recogió una muestra de sangre que fue analizada de forma centralizada. Los objetivos terapéuticos fueron evaluados de acuerdo a las guías de la Fourth European task force, utilizando para ello datos de presión arterial recogidos durante el examen físico (< 140/90 mmHg y < 130/80 en diabéticos).

Resultados: En España la edad media de los médicos participantes fue $47,3 \pm 7,7$. El 72,5% trabaja en ambiente urbano y el 40,6% de ellos atiende entre 100-199 pacientes a la semana. El 60,3% declararon seguir las guías de la ESC de 2007 mientras que solo un 19,1% declaró seguir las guías europeas de la ESC & ESH para el manejo de la hipertensión. El 67,3% (435) de los pacientes en el estudio eran hipertensos siendo el 53% hombres. Sin embargo en los pacientes hipertensos, a pesar de recibir tratamiento farmacológico en un 92,4%, el grado de control es del 41%. Por el contrario, los médicos declararon que el 69% de estos pacientes, bajo su punto de vista, estaban correctamente controlados.

Conclusiones: Un reducido número de médicos confirmó usar las guías europeas específicas para el manejo de la hipertensión. Por otro lado, la mayoría de los pacientes tratados no están consiguiendo los objetivos terapéuticos marcados por las guías y por tanto muchos pueden considerarse como pacientes de alto riesgo a sufrir un evento cardiovascular fatal. Además existen diferencias notables en cuanto a la percepción del médico del grado de control de sus pacientes y el estado de control real de los mismos. Estrategias de manejo y tratamiento más eficaces son necesarias para mejorar la salud de estos pacientes.

88. SALUD CARDIOVASCULAR AUTOPERCIBIDA EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. RESULTADOS DEL ESTUDIO CHABS

J.R. Banegas¹, J.J. de la Cruz¹, J.L. Llisterri², J.M. Lobos³, J. Gamarra⁴, E. Calvo⁵, A. del Campo⁶, L.M. Ruilope⁷, C. Roldán⁸ y B. Font⁹, en representación de los Investigadores del Estudio CHABS

¹Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma, Madrid. ²CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ³CS Villablanca, Madrid. ⁴CS Medina del Campo Rural, Valladolid. ⁵Ibermutuamur, Madrid. ⁶Sociología y Comunicación, Madrid. ⁷Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁸Novartis Farmacéutica, Barcelona.

Propósito del estudio: Describir la salud cardiovascular autopercibida de los médicos de centros de salud del SNS en España y sus características asociadas.

Métodos: Estudio transversal en médicos de centros de salud del SNS en España. Se realizó una encuesta de opinión en una muestra representativa de médicos del SNS. Se obtuvo información sobre características sociodemográficas y antropométricas, situación profesional y laboral, estado de salud y factores de riesgo cardiovascular (RCV).

Resultados: Se incluyó un total de 2.583 médicos de AP. El 53,4% de los médicos incluidos fueron mujeres. La media \pm DE de edad fue de $45,0 \pm 9,3$ años, siendo más jóvenes las mujeres ($42,2 \pm 9,3$ vs $48,0 \pm 8,4$ años, $p < 0,0001$). El 77,6% tenía > 10 años de experiencia, con menos mujeres en este grupo (48,2% vs 71,8%,

$p < 0,0001$). El 74,1% trabajaba en ámbito urbano (79,2% mujeres vs 68,4% hombres, $p < 0,0001$). El 60,7% era MIR (69,7% mujeres vs 50,3% hombres, $p < 0,0001$). El 85,3% disponía habitualmente de enfermera, sin diferencias por sexo. Un 67,0% participaba en docencia, hombres y mujeres por igual, y un 48,6% realizaba investigación (50,9% hombres vs 46,6% mujeres, $p < 0,05$). La media de pacientes visitados al día fue de $39,5 \pm 15,6$; siendo superior entre los hombres ($40,7 \pm 19,1$ vs $38,4 \pm 11,5$, $p < 0,001$); con una duración media por visita de $7,8 \pm 3,6$ min y superior entre las mujeres ($7,9 \pm 3,7$ vs $7,6 \pm 3,4$, $p < 0,05$). El 11,7% de los médicos dijo tener hipertensión (19,7% hombres vs 4,8% mujeres, $p < 0,0001$). El IMC medio fue de $24,8 \pm 3,4$ Kg/m² y el perímetro abdominal de $87,5 \pm 13,7$ cm, siendo ambos mayores entre los hombres (IMC: $26,5 \pm 3,3$ vs $23,3 \pm 3,7$, $p < 0,0001$; perímetro abdominal: $94,1 \pm 11,4$ vs $80,9 \pm 12,7$, $p < 0,0001$) y entre los de > 10 años experiencia (IMC: $25,2 \pm 3,7$ vs $23,4 \pm 4,0$, $p < 0,0001$; perímetro abdominal: $88,9 \pm 12,9$ vs $81,0 \pm 15,7$, $p < 0,0001$). El 18,7% tenía hipercolesterolemia (26,1% hombres vs 12,3% mujeres, $p < 0,0001$; 22,7% > 10 años vs 4,8% < 10 años, $p < 0,0001$), el 2,9% diabetes (4,8% hombres vs 1,2% mujeres, $p < 0,0001$; 3,5% > 10 años vs 0,9% < 10 años, $p < 0,01$), el 13,4% eran fumadores (sin diferencias por sexo ni edad), el 32,1% tenía historia familiar de enfermedad CV (sin diferencias por sexo; 33,9% > 10 años vs 26,8% < 10 años, $p < 0,01$), y el 43,4% presentaba sobrepeso u obesidad (64,9% hombres vs 24,5% mujeres, $p < 0,0001$; 48,1% > 10 años vs 27,0% < 10 años, $p < 0,0001$). El 88,2% consideró que su estado de salud había sido bueno o muy bueno durante el último año, sin diferencias según sexo, pero sí según los años de experiencia (89,8% < 10 años vs 87,7% > 10 años, $p < 0,05$). El 75,6% percibió su RCV actual como bajo, el 19,7% moderado y el 3,5% alto, aumentando la percepción de RCV moderado-alto con la edad (27,4% > 10 años vs 8,5% < 10 años de experiencia, $p < 0,0001$) y entre los hombres (34,4% hombres vs 13,4% mujeres, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Uno de cada 10 médicos se auto-percibe como hipertenso; cuatro hombres por cada mujer. Los factores de RCV son más frecuentes entre los hombres y aumentan con la edad. Uno de cada cuatro médicos considera que tiene un RCV moderado-alto.

89. EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA, REALMENTE DAMOS IMPORTANCIA A LA DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J. Iturrealde Iriso¹, J. Martínez Gorostiaga¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, G. Arnaiz García¹, M. Alarcia Ceballos¹, C. Castellano Hurtado¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹ y J. Ocharan Corcuera¹

¹Comarca ARABA, Vitoria. ²Hospital Txagottitxu, Vitoria.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): HTA, hipercolesterolemia, diabetes (DM), tabaquismo y obesidad en un Área de Salud y su comparación con las prevalencias estimadas en la población general, como método de valoración de la importancia que damos a la detección de los distintos FRCV.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población de Comarca Araba (301.094 usuarios, de los cuales 263.611 son mayores de 13 años) en el periodo referido a Septiembre 2010 y en el que se obtienen las prevalencias de los factores de riesgo reseñados en epígrafe y su comparación con las prevalencias estimadas según los datos aportados por el SVS-Osakidetza.

Resultados: HTA: prevalencia obtenida del 15,60% sobre la población > 13 años, siendo un 62,40% de la estimada (25%). Hipercolesterolemia: prevalencia obtenida del 15,56% sobre la población > 34 y < 65 años (71.825), siendo un 86,44% de la estimada (18%).

Obesidad: prevalencia obtenida del 6,98% sobre la población > 24 y < 60 años (89.724) siendo un 52,08% de la estimada (13,4%). Tabaquismo: prevalencia obtenida del 18,72% sobre la población > 15 años (269.405), siendo un 72% de la estimada (26%). Diabetes: prevalencia obtenida del 7,12% sobre la población > 29 años (222.179), siendo un 111,25% de la estimada (6,4%).

Conclusiones: Los resultados de las prevalencias obtenidas son excelentes en el caso de DM, bajos en el apartado de obesidad y termino medio en las restantes, aunque debemos intentar mejorárlas. El alcanzar las cotas de prevalencia estimadas, es un objetivo primordial para mejorar la atención integral de nuestros pacientes. Se plantean patrones de modificación, insistiendo en el cribaje, codificación de patologías e intensificación de la importancia de la detección y abordaje de los FRCV, sobre todo en apartado de la obesidad, gran problema de salud pública en las sociedades occidentales.

90. GRADO DE MEJORA EN LA DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR A LO LARGO DEL ÚLTIMO TRIENIO EN UN ÁREA DE SALUD

A.A. Rodríguez Fernández, G. Mediavilla Tris, J. Iturrealde Iriso, J. Martínez Gorostiaga, E. López de Uralde Pérez de Albéniz, G. Arnaiz García, M. Alarcia Ceballos, I. Núñez Moraza, C. Parra Presa y M. Alonso Vallejo

Comarca Araba, Vitoria.

Objetivos: Conocer la evolución de la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): HTA, hipercolesterolemia, diabetes (DM), tabaquismo y obesidad en un Área de Salud puede ser un indicador de nuestra implicación en la lucha contra el riesgo vascular, principal causa de muerte en nuestros pacientes.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población de Comarca Araba, en el periodo referido a Septiembre de los años 2008, 2009 y 2010 según los datos aportados por el SVS-Osakidetza.

Resultados: Años: 2008: 2008, 2009 y 2010 Población: 292.093 hab. 298.081 hab. y 301.094 hab. HTA: 13,49%, 13,83% y 15,60%. Hipercolesterolemia: 13,22%, 13,94% y 15,56%. Obesidad: 6,97%, 7,18% y 6,98%. Tabaquismo: 17,46%, 18,08% y 18,72%. Diabetes mellitus: 6,78%, 7,01% y 7,12%.

Conclusiones: Los resultados de las prevalencias obtenidas son, en relación con lo esperado, buenas en el caso de la hipercolesterolemia, muy bajas en el caso de la obesidad. En el resto se debe seguir mejorando. En cuanto a la evolución vemos que no es todo lo favorable que podría esperarse y debemos hacer un esfuerzo mucho mayor del realizado en estos tres últimos años, pues a pesar del envejecimiento de la población y a una mayor información a través de nuevas guías (HTA, lípidos, etc.) implementadas por Osakidetza, hay prevalencias que incluso disminuyen como es el caso de la obesidad, verdadera epidemia de nuestra sociedad.

91. CONTROL DE DIABETES: EVALUAR PARA MEJORAR

A.B. Gómez Liarte¹, J. Guillamón Torrano¹, C. Muñoz Arranz¹, M.D. Medina Abellán², A. Gonzálvez Albert¹ y J.E. Pereñíguez Barranco¹

¹CS Espinardo, Murcia. ²CS Vistabella, Murcia.

Propósito del estudio: En el marco de los factores de riesgo cardiovascular, nuestro Centro de Salud ha mostrado un creciente interés en el control de la diabetes mellitus, debido al manejo de nuevos fármacos introducidos en el mercado y a la revisión de los últimos estudios epidemiológicos, que mostraban un control insuficiente de nuestros pacientes. La prevalencia de la dia-

betes en mayores de 18 años a nivel nacional es de un 12% (estudio dia@bet.es, octubre 2010) y en Murcia los últimos datos de los que disponemos (estudio DINO, 2002) mostraban una prevalencia del 11% y un control del 33% (HbA1c menor de 7%), decidimos evaluar la prevalencia y control en nuestro cupo de Atención Primaria.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se realiza la selección de una muestra aleatoria y estratificada de los 189 pacientes diabéticos (12,6% del total) de nuestro cupo que acuden a consulta de Medicina de Familia/Enfermería (N = 60). Quedan excluidos aquellos pacientes que no acuden a los controles en los 2 últimos años y los que están controlados en consultas externas/Hospital. Se toma como referencia los criterios de control de la RedGEDAPS basados en las recomendaciones de la ADA de 2010, y como criterio de calidad principal establecemos cifras de HbA1c de 7% o menores.

Resultados: La muestra está formada por 32 varones (53,33%). La distribución por edades: menor de 40 años el 3,33%, entre 40 y 49 años el 8,33%, el 20% entre 50 y 59, el 25% entre 60 y 69, y el 43,33% mayores de 70 años. Tomando como criterio principal de control de los pacientes diabéticos la HbA1c igual o menor del 7%, en nuestro cupo el 64,9% cumple este criterio. Junto a esto, controlamos el resto de los factores de riesgo cardiovascular con los siguientes resultados: cifras de colesterol-LDL < 100 mg/dL en un 62,7%, triglicéridos por debajo 150 mg/dL en el 60%, presencia de microalbuminuria en un 17,9%, cifras de tensión arterial inferiores a 130/80 mmHg en el 43,3% y un 53,3% con una glucemia capilar basal menor de 126 mg/dL. Teniendo en cuenta todos los parámetros mencionados solo el 10% cumplirían en su totalidad dichos criterios. El porcentaje de los diabéticos controlados que presentan cifras tensionales inferiores a 130/80 mmHg es del 26,67%.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos en nuestro estudio tenemos razones para estar esperanzados en la mejora del control de los pacientes con diabetes mellitus. Frente al 33% de control de HbA1c que reflejan los estudios nacionales y regionales, obtener cifras del 64,9% nos impulsa a seguir mostrando hincapié y énfasis en la prevención y promoción de los factores de riesgo cardiovascular desde la Atención Primaria.

92. FACTORES DE RIESGO VASCULAR ASOCIADOS A LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

J. Nieto¹, P. Giralt², L. Piccone¹, E. Pereira¹, E. Olazo¹, C. Mora¹, G. Gutiérrez³, A. Carreño¹ y M. Aguirre¹

¹Hospital General, Ciudad Real. ²Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, Ciudad Real. ³Epidemiología, Consejería de Salud, Toledo.

Propósito del estudio: El estudio epidemiológico de diabetes (DM) en Castilla La Mancha (CLM) tiene como finalidad conocer la situación actual de la DM y demuestra una altísima prevalencia de DM tipo 2 en nuestro medio alrededor del 17%. Los pacientes con DM tienen más riesgo cardiovascular, frecuentemente por las comorbilidades que presentan. Hemos estudiado la prevalencia de factores de riesgo vascular, según edad y género, asociados a la DM en la población adulta mayor de 30 años de CLM.

Métodos: Sobre la base poblacional de dos millones de nuestra comunidad el 64% (1.211.913 individuos) tienen 30 o más años. Con un diseño transversal se seleccionaron 1181 personas (57% mujeres y 43% varones) mediante muestreo estratificado polietápico y captura aleatoria representativa de la población. A todos se les realizaron una encuesta y una exploración física que incluyó

medidas de presión arterial tras reposo, peso, talla y perímetro de cintura. Como fuente de información secundaria se utilizó la base de datos informática centralizada de Atención Primaria del SESCAM, con una cobertura del 99% de la población. Tras la clasificación de sujetos, según la ADA, en normales (N), DM conocida (DMC), DM oculta (DMO), intolerantes (ITG) y glucemia basal alterada (GBA) se valoraron las prevalencias de hipertensión arterial (HTA > 135/85 mmHg), hiperlipidemia (HL), tabaquismo (TQ), obesidad (OB = IMC > 30), ingesta de alcohol (IA) y perímetro de cintura (PC) entre los pacientes con DM y su asociación con los grupos de la muestra.

Resultados: Se demostró HTA en el 37,3% de la muestra, afectando más a varones jóvenes (19% vs 8,7% en edades 30-44 a.) y mujeres mayores (73,4% vs 59,8% con 75+ a.). Entre DM el 65,2% padecía HTA (72,5%V; 57,2%M), frente al 28,7% de los N. La OB se objetivó en el 34,3% del total y en el 43% de DM (49,3%M y 35,8%V) frente al 26,9% en los no diabéticos. La OB incrementó el riesgo de padecer DM, tanto en DMC (OR: 5,62; IC95%: 3,62-8,91; p < 0,001) como en DMO (OR: 2,87; IC95%: 1,76-4,70; p < 0,001). Así mismo el aumento de peso favoreció el riesgo de tener DM (OR: 3,37; p < 0,001; IMC: 31-35 y OR: 7,85; p < 0,001; IMC > 40). Los sujetos con mayor PC fueron los DMC (104,6 cm; IC95%: 101,1-108,1) y DMO (103,9 cm; IC95%: 100,8-107) con incremento progresivo en ambos géneros según la categoría diagnóstica, si bien las mujeres parten de obesidad abdominal incluso con glucemias normales (89,9 cm; IC95%: 88,6-91,2 para N). El 20,4% de los individuos se declararon fumadores (27,8%V y 14,8%M). La HL fue demostrada en el 39,7% (40,7%M; 38,5%V) con un incremento de la prevalencia de individuos con DM y HL en ambos sexos asociada a la edad hasta los 74 a. El consumo excesivo de alcohol en los DM apareció en el 4,6%, siendo testimonial en las mujeres (0,5%) comparado con los varones (9,1%).

Conclusiones: En nuestra población adulta con diabetes, el factor de riesgo vascular más prevalente fue la hipertensión arterial, seguida de la obesidad y la hiperlipidemia. El hábito de fumar y el consumo excesivo de alcohol son menos prevalentes y casi exclusivos de los varones. La obesidad se asocia a las distintas categorías diagnósticas de alteración del metabolismo de la glucosa. Existe una relación lineal entre la obesidad abdominal y el grado de afección del metabolismo glucídico.

93. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) ASOCIADA AL ENVEJECIMIENTO. PREVALENCIA DE UNA CONTROVERSIAS

A. Otero González¹, M. Cid Álvarez², J. Osorio Sánchez², R. Manrique Castrillo², M. Alves Pérez³ y P. Macía⁴

¹Servicio de Nefrología; ²Unidad de Investigación; ³Laboratorio de Bioquímica, CH de Ourense, Ourense. ⁴CAP A Teixeira, Ourense.

Introducción: Los estudios epidemiológicos longitudinales ya demuestraron que no existe relación lineal entre vejez y perdida de la función renal (FR). La reserva funcional renal puede estar preservada hasta los 80 años y los factores que inducen perdida de FR, independiente de la edad, pueden ser la presencia de proteinuria, arteriosclerosis (Arts) y/o senescencia celular.

Objetivos: En una población envejecida valorar prev. de ERC y factores asociados.

Material y métodos: Población de "A Teixeira" (censo:486 personas, edad media de 60,5. Fueron citados en su CAP para estudio observacional. Se determinó por métodos habituales Hb, Ht^o, glucosa, perfil lipídico, eFG (MDRD n^o 4, CKD-EPI y cistatina C), 25 OHD3, Ca, P, Alb/creatinina. MAPA de 48 h (Spacelab 90207) y ecografía de TSA (LOGIQ[®]) con sonda 12 Mhz en pared posterior y en área libre de ateromas y se midió Índice Tobillo /Brazo (ITB)

con Doppler manual. Se clasificó Arts en EA 0 = ITB > 0,9 y GIM 0 0,8 ; EA2: Placa y estenosis < 125 y EA3 : ITB1,4 y/o placas con estenosis > 125 c/s. Metodología estadística : M+-DE y regresión multivariante.

Resultados: En 176 ptes, con edad media es 71,36 (17-96), no fumadores y variables se muestran (tabla) El 90,3% de la población está en E1-2 y E3b es el 4,5%, con Hb > 11 y Alb/Cr < 300 mg/g y tasas de Vit D en rango normal. La mayor prevalencia de patrón NoDipper o score Arts se acompaña de peor FR.

Variables y estadios de función renal

	E1-2 90,30%	E3a 5,10%	E3b 4,50%	p
Edad	69,79	82,18	83,7	0,000
MDRD	86,29	53,79	37,75	0,000
CKD-EPI	87,98	68,85	46,57	0,000
C Cis	60,26	39,6	31,1	0,000
IMC	26,33	28,43	28,57	0,98
Ca	9,32	9,31	9,35	0,96
P	3,48	3,3	3,66	0,26
Hb	14,42	13,82	12,74	0,000
250HD3	19,48	18,33	20,42	0,79
Alb/Cr	15,31	34,3	43,04	0,004

Conclusiones: La disminución de eFG no significa ERC y el envejecimiento no condiciona inevitablemente la pérdida de FR y otros factores como la arteriosclerosis vs 250H D3, tabaquismo o senescencia celular pueden ser determinantes. Es necesario, por tanto, modificar los criterios diagnósticos de ERC y Edad

94. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA ENTRE 3 FÓRMULAS DE PREDICCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL (FR) MEDIDA POR MDRD, CKD-EPI Y CISTATINA C

A. Otero González¹, J. Santos Nores¹, O. Conde Rivera¹, E. Novoa Fernández¹, M. Alves Pérez² y P. Macía³

¹Servicio de Nefrología; ²Unidad de Investigación;

³Laboratorio de Bioquímica, CH de Ourense, Ourense.

Introducción: La depuración de Inulina es el método que mejor define eFG, pero de difícil aplicación en clínica y usualmente se utilizan formulas de predicción: MDRD (influida por la edad y variabilidad en la determinación de Creatinina). CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) clasifica mejor a los pacientes en relación a morbi-mortalidad y cistatina C, más precisa y menos influida por la edad.

Material y métodos: En 85 ptes de la consulta de Nefrología, se determinó eFG mediante MDRD nº4, CKD-EPI y cistatina C. La metodología estadística utilizada fue M +- DS, análisis univariante, análisis de concordancia por coeficiente “alfa” de Cronbach y Bland y Altman.

Resultados: Existe una correlación significativa entre las diferentes fórmulas. Los coeficientes interclase son elevados, pero los niveles de concordancia (coef. alfa) entre las diferentes fórmulas C ajusta mejor para eFG < 60 ml/min pero los niveles de concordancia (coef. alfa) entre las diferentes fórmulas es escaso El eFG medido por CKD-EPI es menor que MDRD, presumiblemente condicionado por la elevada edad de los pacientes.

Conclusiones: CKD-EPI o MDRD tienen una buena correlación interclase y concordancia, pero es preciso clarificar la correlación persona mayores de 65 años. En práctica clínica CKD-EPI puede sustituir a MDRD.

95. DETERMINANTES PRONÓSTICOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA. ESTUDIO CIBAR

G. Allut Vidal¹, R. Lafuente Taboada², M. Terceiro Delgado³, J.M. Rodríguez García⁴, A. del Álamo Alonso⁵, D. Fabeiro Romero⁶, J.L. Gómez Vázquez⁷, J.M. Solla Camino⁸, F. Otero Raviña⁹ y J.R. González Juanatey¹⁰

¹CS Arzúa. ²CS Outes. ³CS Culleredo. ⁴CS Pobra do Caramiñal.

⁵CS Novoa Santos, Ourense. ⁶CS Muros. ⁷CS Ribeira. ⁸CS Allariz.

⁹Servizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela. ¹⁰Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción: La cardiopatía isquémica (CI) constituye la patología cardiovascular más prevalente, determinando una importante morbi-mortalidad. El objetivo es describir las características clínicas y terapéuticas, así como el pronóstico de los pacientes con CI crónica en nuestro medio.

Métodos: Estudio multicéntrico y prospectivo (seguimiento de 26,3 ± 3,7 meses), con participación de 69 médicos de Atención Primaria, que registraron y analizaron una serie de 1.108 pacientes con CI.

Resultados: Pacientes (72% varones) con edad media de 69 años y con antecedentes de infarto de miocardio en el 55%; siendo factores de riesgo más prevalentes dislipemia (70%) e hipertensión (66%). Al 77% se les realizó ecocardiograma, el 84% con función sistólica preservada. El 34% presentaron alguna complicación, siendo la más frecuente la angina post-infarto (16%). Al 40% se realizó angioplastia y 18% cirugía; fármacos más prescritos: estatinas (87%), ácido acetilsalicílico (75%), clopidogrel (22%), bloqueadores del sistema (61%) y betabloqueantes (60%). En el año previo a la inclusión, el 19% tuvieron algún ingreso cardiovascular. Durante el seguimiento fallecieron 78 pacientes (7,1%), 44 (4,0%) por causa cardiovascular, y reingresaron 358 (32,7%), 191 (17,4%) por causa cardiovascular. Determinantes independientes de mortalidad y/o ingreso cardiovascular: insuficiencia cardíaca (hazard ratio (HR) 2,0; intervalo de confianza al 95% (IC) 1,4-2,8), fibrilación auricular (HR: 1,6; IC:1,1-2,2), anemia (HR:1,5; IC:1,1-2,1) y hospitalizaciones cardiovasculares en 12 meses previos (HR:1,7; IC:1,3-2,4).

Conclusiones: La CI crónica tiene un buen pronóstico en nuestro medio, similar al de población general del mismo grupo etario, constituyendo la insuficiencia cardíaca y la hospitalización cardiovascular previa potentes determinantes de futuros eventos.

96. PRONÓSTICO A CORTO PLAZO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA. ESTUDIO FABAR

G. Allut Vidal¹, R. Liñares Stolle², M.J. Vázquez López³, C. Cerqueiras Alcalde⁴, M. Lado López⁴, J.M. Fernández Villaverde⁴, J. Alvear García⁵, J.A. Vázquez Mallo⁶, F. Otero Raviña⁷ y J.R. González Juanatey⁸

¹CS Arzúa. ²CS Bertamiráns-Ames. ³CS Rianxo. ⁴CS Ribeira.

⁵CS Noia. ⁶CS Arteixo. ⁷Servizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela. ⁸Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Objetivos: Conocer la historia natural de una población no seleccionada con fibrilación auricular (FA) atendida en servicios de atención primaria.

Métodos: Estudio transversal y prospectivo en el que 35 médicos de atención primaria han reclutado 798 pacientes diagnosticados de FA que se presentaban en sus consultas durante un período de 3 meses. Se analizó la morbi-mortalidad tras seguimiento de 7 meses.

Resultados: Se reclutaron 798 pacientes (421 hombres); la media de edad de la cohorte fue 75 años. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo más prevalente (77%). El 87% de los pacientes tenían sobrepeso u obesidad. Se diagnosticó la forma permanente de FA en

549 pacientes (69%). En el período de seguimiento, el 16,4% de pacientes presentaron el end-point primario y la supervivencia global fue de 98%. Se identificaron como determinantes pronósticos del end-point primario el cambio en el status de FA (Hazard Ratio (HR): 2,89, IC95%, 1,28-6,55, $p = 0,011$), cardiopatía isquémica (HR:2,78, IC95%, 1,51-5,13; $p = 0,001$), ingreso hospitalario previo (HR: 2,22, IC95% 1,18-4,19; $p = 0,013$), disfunción sistólica ventricular izquierda (HR: 2,19, IC95% 1,11-4,32; $p = 0,023$), y complicaciones relacionadas con FA (HR:1,98, IC95% 1,10-3,56; $p = 0,022$).

Conclusiones: Se han identificado como factores de riesgo de mortalidad o ingreso hospitalario: cambio en el status de FA, cardiopatía isquémica, disfunción sistólica ventricular izquierda, complicaciones previas relacionadas con FA e ingresos hospitalarios previos.

97. RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN QUE NO CONOCE RIESGO

V. Pallarés¹, L. Facila², V. Gil³, A. Calderón⁴, V. Barrios⁵ y F. Valls⁶

¹Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón.

²Servicio de Cardiología, Hospital Provincial de Castellón,

Castellón. ³Unidad de Investigación, Departamento 18 Comunidad Valenciana, Hospital de Elda, Alicante. ⁴CS Rosa de Luxemburgo, Madrid. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

⁶CS Benigánim, Valencia.

Introducción: La población en edad laboral activa (18-65 años) es la gran desconocida del sistema sanitario, ya que acude menos a los centros de salud. El reconocimiento laboral es una buena ocasión para conocer el perfil de riesgo cardiovascular de esta población.

Objetivos: Analizar el perfil de riesgo cardiovascular de una población en edad laboral activa, que desconoce su RCV, y que acude a realizarse un reconocimiento periódico.

Material y métodos: Se incluyen todos los sujetos que acuden para la realización del reconocimiento laboral a un centro médico concertado con diferentes servicios de prevención de mutuas laborales durante el periodo de enero 2009 a septiembre de 2010. Se analiza la estratificación del riesgo cardiovascular según las guías 2007 de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología.

Resultados: Se incluyen un total de 1100 sujetos (29,45% mujeres) que acuden a reconocimiento laboral. La edad media es de $39,57 \pm 10,35$ años (83,8% < 50 años). Tras aplicar la estratificación de riesgo se obtiene que: bajo riesgo o normal lo presenta el 39%, ligero (< 4%) el 41,09%, riesgo moderado (4-5%) el 12,45%, riesgo elevado (5-8%) el 5,55%, y muy elevado (> 8%) el 1,91%.

Conclusiones: El 53,54% de la población analizada tiene un ligero-moderado RCV; y el 7,46% son de alto-muy alto riesgo cardiovascular. Ninguno es consciente de sus riesgos y los desconocen, o no le han dado importancia cuando se les han notificado los resultados en reconocimientos de años anteriores. El entorno laboral es una opción idónea para implementar educación sanitaria, sobre todo en RCV.

98. DETECCIÓN DE LESIÓN ÓRGANO DIANA (HVI) EN POBLACIÓN SIN RCV CONOCIDO

V. Pallarés¹, L. Facila², V. Gil³, A. Calderón⁴, V. Barrios⁵ y F. Valls⁶

¹Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón.

²Servicio de Cardiología, Hospital Provincial de Castellón, Castellón. ³Unidad de Investigación, Departamento 18 Comunidad Valenciana, Hospital de Elda, Alicante. ⁴CS Rosa de Luxemburgo, Madrid. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁶CS Benigánim, Valencia.

Introducción: La población en edad laboral activa (18-64 años) es en gran parte una desconocida del sistema sanitario, ya que

acude menos a los centros de salud. Los programas de prevención laboral son una excelente oportunidad para detección de lesión de órgano diana como es la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) a través del electrocardiograma (obligatorio a partir de los 40 años y en población que realiza trabajos de riesgo), y así, implementar medidas correctoras precoces, y poder evitar su progresión.

Objetivos: Analizar las características electrocardiográficas en relación a detección de HVI en una población laboral que acude a realizarse su reconocimiento anual. Se analiza las características electrocardiográficas para detección de HVI (16 criterios) obtenidos a través de la plataforma online electropres (www.electropres.net).

Material y métodos: Se incluyen todos los sujetos que acuden a reconocimiento a un centro médico concertado con mutuas laborales entre enero 2009-septiembre de 2010. El electrocardiograma obtenido se remite a través de la plataforma electropres (plataforma tecnológica que permite una rápida detección de la HVI con el objetivo de reducir el RCV) y que utiliza un servicio de interpretación automática de ECG con software validado y acreditado por la FDA (Hannover Electrocardiographic System -HES-). Incorpora los criterios más recientes para la detección precoz de la HVI. Se obtiene de forma inmediata un informe de orientación diagnóstica electrocardiográfica.

Resultados: Se remiten un total de 1.100 ECGs (29,45% mujeres, 19,72% hipertensos no conocidos, 19,9% moderado-alto RCV). La calidad de recepción es muy buena en el 98,6% (parámetro ruido). Se detecta algún criterio de HVI en 424 sujetos (38,55%), siendo muy probable el diagnóstico de HVI en el 12,03% de los casos. El criterio R(V5)/R(V6) identifica un 25%, Romhilt-Estes 9,36%, Dalfó el 8,73%, Peruggia el 3,64% y PDV Suma QRS12 3,09%, resto de parámetros 1 o menos de 1%.

Conclusiones: La revisión anual en ámbito laboral es una excelente oportunidad para detectar al sujeto de alto RCV no conocido. La interpretación computarizada del ECG es una mejora significativa en práctica clínica habitual, y aproxima el uso del ECG a condiciones asistenciales, disminuye el tiempo de lectura, estandariza la nosología diagnóstica, y minimiza la variabilidad intra e interobservador. En nuestro caso, casi el 40% de los sujetos que acuden a realizarse un reconocimiento laboral presentan sospecha de HVI, lo que inicia la posibilidad de un mayor y mejor seguimiento de estos sujetos.

99. ANÁLISIS DE CRIBADO ALTERADO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA CAMPAÑA PREVENTIVA CARDIOVASCULAR

V. Pallarés¹, V. Gil², E. Payá³, D. Orozco², A. Maiques⁴ y F. Valls⁵

¹Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón.

²Unidad de Investigación Departamento 18 Comunidad Valenciana, Hospital de Elda, Alicante. ³Unidad de Cardiología, Servicio Medicina Interna, Hospital de Elda, Alicante. ⁴Centro de Salud de Manises, Valencia. ⁵Centro de Salud de Benigánim, Valencia.

Introducción y objetivos: Es conocida que la prevención cardiovascular es insuficiente, pero existe poca información acerca de qué factores se asocian a los cribados alterados de la presión arterial (PA), en la población adulta ≥ 40 años. En este trabajo nos proponemos analizar el porcentaje de cribados alterados de hipertensión arterial, así como, conocer el grado de control de los hipertensos que acuden a las campañas de actividades preventivas, según los criterios del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud de SEMFYC.

Material y métodos: Diseño observacional de base poblacional dirigida a la población ≥ 40 años de edad; participan todos los centros de salud de la Comunidad Valenciana. Todos los participantes son citados por enfermería en su Centro de Salud en donde dentro

del programa de actividades preventivas analizamos la HTA consistente en responder a un cuestionario sobre antecedentes de HTA, y determinación de la PA según los consensos vigentes, con dispositivos aneroides/mercurio/semiautomáticos todos bien calibrados, y en condiciones adecuadas. Si la PA está alterada de acuerdo con lo recomendado por los consensos se recomienda una segunda determinación. Se considera buen control cifras < 140/90 mmHg, y si DM o prevención 2^a, < 130/80 mmHg. Se realiza análisis bi y multivariante, análisis de correspondencias, y se calculan los límites de confianza al 95%.

Resultados: La muestra final estuvo formada por un total de 33.440 individuos, de los que el 39,9% son hombres, edad media de 54,7 ± 10,4 años. El antecedente de hipertensión se observa en el 20,6% (mayor prevalencia 40,3% entre 60-69 años, p < 0,001). Si consideramos cifras objetivo, observamos que un 68,0% de los pacientes tienen controlada la PAS, un 79,2% la PAD, y un 63,4% ambas. Valorando los datos en función del conocimiento de HTA como antecedente personal, un 66,9% no tenían controlada la PA, y en aquellos sin antecedente conocido de HTA, un 28,8% tampoco la tenían controlada. Estas diferencias generaron que se diera una relación significativa entre el antecedente HTA y control de PA (p = 0,000). El análisis multivariante en el grupo con antecedente HTA, mostró asociación significativa (p < 0,001) entre el buen control de la PA y menor edad, sexo femenino, cifras menores de glucosa basal y colesterol total, y sin antecedente de cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular. En población sin antecedente conocido HTA, el cribado controlado en cuanto a la PA se relacionó con menor edad, sexo femenino, menores cifras de glucosa basal y CT, no haber presentado CI o ACV y no tener antecedente de dislipemia, DM o tabaquismo.

Conclusiones: Observamos la existencia de un tipo nuevo de paciente en función del conocimiento previo de HTA y del grado de control real de la misma, aquél que sin tener el antecedente HTA presenta mal control de las cifras de PA. Esto se traduce en que un 22,8% de la muestra total de individuos adultos sanos que acuden voluntariamente a un chequeo preventivo, tienen mal control de la PA sin conocerse hasta ese momento. Se observa por tanto, una importante magnitud de cribado alterado en HTA, que indica un déficit de actividades preventivas en la práctica clínica. La situación es preocupante en la detección de la HTA, ya que los cribados alterados son mayores en individuos de mayor RCV, tanto en prevención 1^a como 2^a.

100. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS E HIPERTENSOS

F.J. Pascual¹, M.R. Bosca², A. Mancheño¹, S. Fons¹, S. Martín¹, J. Pardo¹, J.J. Soler³, M.J. Blanco¹, A. Gómez¹ y A. Ferrandis¹

¹Fundacion Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

²Hospital Francesc de Borja, Gandia. ³Hospital General Universitario, Valencia.

Propósito del estudio: Todos conocemos la importancia de la hipertensión arterial y del cáncer por su elevada prevalencia y costes sociosanitarios. También es evidente la importancia y necesidad de programas de intervención asistencial, educación sanitaria y prevención. Se acepta que la información y la educación sanitaria mejoran los niveles de salud, reducen los factores de riesgo y que la mejoría en la calidad de la asistencia prestada, reduce el coste global. El objetivo es la elaboración de un test de conocimientos sobre la hipertensión arterial y el cáncer para este grupo de población y datos sobre su fiabilidad.

Métodos: Se elaboraron dos tests de conocimientos sobre el cáncer y la hipertensión arterial que se pasó a 36 pacientes (18 mujeres con cáncer de mama y en tratamiento hormonal y 18 varones

con cáncer de próstata y en tratamiento hormonal y todos ellos hipertensos con tratamiento hipotensor) entre los meses de enero a junio de 2008. El análisis estadístico se realizó con el programa de análisis estadístico G-Stat.

Resultados: El cuestionario consta de 28 preguntas cada uno que se desglosan en 3 apartados. El primero, de 12 preguntas, se refiere a conocimientos generales de las enfermedades. El segundo, de 7 preguntas se relaciona con las repercusiones y complicaciones y el tercero, de 9 preguntas, se refiere al tratamiento. Se utilizó la versión castellana del test de cumplimiento del tratamiento de pacientes hipertensos de Morisky y Green, tanto para la hipertensión como para el cáncer.

Conclusiones: Para el estudio de la fiabilidad se utilizó el coeficiente de correlación alfa de Cronbach resultando válido tanto para los tests de conocimientos como para los de cumplimiento. Los pacientes cumplían más la prescripción del tratamiento hormonal para el cáncer que el de la presión arterial, los conocimientos sobre las dos enfermedades eran similares pero percibían el cáncer como peor para su salud.

101. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS ATENDIDOS DE FORMA AMBULATORIA POR MEDICINA INTERNA DURANTE 3 MESES, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M.P. Pérez Gutiérrez, S. Calzada Simón, L. Vega Valderrama, E. González Sarmiento y A. Jimeno Carruez

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Propósito del estudio: El objetivo de este estudio ha sido conocer el perfil epidemiológico de los pacientes geriátricos que son atendidos de forma ambulatoria desde una Consulta de Medicina Interna en un Hospital de tercer nivel, prestándose especial atención a los factores de riesgo cardiovascular. La alta prevalencia de estos factores, en concreto de la HTA, que acompaña al aumento de la esperanza de vida frecuentemente no se asocia a un tratamiento óptimo del riesgo cardiovascular. Así recientemente la OMS ha manifestado que la HTA es la causa más común atribuible a muerte en los países desarrollados. Además la HTA es principal causa de pérdida funcional, con impacto nefasto en la calidad de vida y sobrecarga de los Servicios Sanitarios y Sociales. Por este motivo se ha realizado este estudio para conocer nuestra población geriátrica y poder plantearse mejorar las estrategias terapéuticas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo observacional durante 3 meses de los pacientes geriátricos que acudían a una Consulta de Medicina Interna, derivados desde Atención Primaria. La frecuencia de la consulta era de 2 días a la semana, a tiempo parcial. Se ha incluido en este estudio aquel paciente geriátrico aquél cuya edad fuera de 75 o más años. Se han registrado las siguientes variables: género, edad, antecedente de alergias medicamentosas conocidas, diabetes mellitus, HTA, dislipemia, enfermedad cerebro-vascular, demencia, fibrilación auricular, cardiopatía (isquémica y/o valvular), arteriopatía periférica, enfermedad pulmonar (asma, EPOC o TBC), enfermedad digestiva (gástritis crónica atrófica, hernia hiatal, úlcera gástrica-duodenal), hiperuricemia, cólicos renales, prostatismo o neoplasia de próstata-vesical.

Resultados: El número total de pacientes fue de 40, de los cuales varones fueron 18 (45%) y mujeres 22 (55%). La edad media de los pacientes fue de 81,38 años, con un límite inferior de 75 años y un límite superior de 99. Tenía el antecedente de alergia a medicamentos 8 pacientes (20%). Al analizar los factores de riesgo cardiovascular se obtuvieron los siguientes resultados: tenían diabetes

mellitus: 24 pacientes (60%), HTA: 26 (65%), dislipemia: 18 (45%) y obesidad 24 (60%). Otros antecedentes que se estudiaron fueron: antecedente de enfermedad cerebro-vascular 12 pacientes (30%), demencia 17 (42,5%), fibrilación auricular 12 (30%), cardiopatía isquémica 14 (35%), cardiopatía valvular 14 (35%), arteriopatía periférica 8 (20%), asma 10 (25%), EPOC 10 (25%), TBC pulmonar 5 (12,5%), patología digestiva (tipo hernia hiatal, gastritis crónica atrófica o úlcus gastroduodenal) 14 (35%), hiperuricemia 5 (12,5%) y cólicos nefríticos 6 (15%).

Conclusiones: Aunque es una muestra pequeña y el tiempo de seguimiento ha sido reducido, se pone de manifiesto la alta prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular y la afectación de los distintos órganos diana, con su consiguiente repercusión funcional y merma de la calidad de vida tanto para el paciente como para sus familiares. Al analizar los otros antecedentes personales (como la patología pulmonar o digestiva), se puede comprobar también una alta prevalencia, pero estos no tienen tanta repercusión funcional ni generan tanta dependencia como los previos, a excepción de la EPOC grave. Por tanto los factores de riesgo cardiovascular son frecuentes en la población geriátrica y optimizar las medidas terapéuticas es fundamental para frenar la morbilidad asociada a estos.

102. ESTUDIO DE VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR EN UN HOSPITAL GENERAL

M.I. Poveda García¹, M.A. Esteban Moreno², M.D. del Pino Pino¹, M.C. Prados Soler¹, R. Garofano López¹, C. Moriana Domínguez¹, B. García Maldonado¹ y M. Alfaro Tejada¹

¹UGC Nefrología; ²UGC Medicina Interna, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Propósito del estudio: La hipertensión debida a estenosis aterosclerótica de la arteria renal o sus principales ramas, es una de las causas más frecuentes de hipertensión arterial secundaria y de pérdida progresiva de función renal. La estenosis de arteria renal es una expresión más de la aterosclerosis, siendo a la vez, un predictor independiente de complicaciones cardiovasculares tales como infarto de miocardio, ictus o insuficiencia renal. El objetivo de este estudio fue identificar el perfil epidemiológico y clínico de pacientes con diagnóstico de HTA renovascular.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, de enero 2000 a octubre de 2010, de pacientes con diagnóstico de hipertensión renovascular ingresados en el servicio de nefrología de un hospital general. Analizamos variables epidemiológicas como edad, sexo, factores de riesgo (diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, tabaquismo) así como comorbilidad cardiovascular y renal. Comparamos dichas variables con el grado de estenosis en arteriografía, intentando encontrar correlación entre variables clínicas y severidad en obstrucción al flujo renal.

Resultados: En el periodo de estudio se objetivaron 53 pacientes con HTA renovascular: 59 ± 14 años, 64% hombres/36% mujeres. 26% diabetes mellitus tipo 2 (14 pacientes), 38% dislipemia (20 pacientes), 45% tabaquismo (24 pacientes), 60% enfermedad renal crónica (32 pacientes), 35% enfermedad cardiovascular asociada (19 pacientes), 54 con diagnóstico de estenosis de arteria renal y un solo paciente con fibrodisplasia renal. De los 52 pacientes con estenosis de la arteria renal 47% tenían estenosis no significativa menor del 70% (25 pacientes) y 53% estenosis mayor del 70% (27 pacientes). Centrando nuestro estudio en pacientes con HTA renovascular secundaria a estenosis de arteria renal, intentamos establecer correlación clínica entre el grado de estenosis y las variables analizadas. Estenosis < 70%: 44% varones/56% mujeres. Edad media 53 años, 35% eran fumadores y presentaban dia-

betes mellitus 21%, dislipemia 55%, enfermedad renal 9%. En la estenosis > 70%: 56% eran varones/31% mujeres. Edad media 62 años, 40% eran fumadores y presentaban diabetes mellitus 70%, dislipemia 25%, enfermedad renal 57%. De los 32 pacientes que mostraban enfermedad renal crónica se analizó el estadio que presentaban siendo el más prevalente con 24,5% estadio 3 (13 pacientes), seguido con 15,1% estadio 5 (8 pacientes) y 9,4% estadio 2 (5 pacientes), 5,7% estadio 1 (3 pacientes), 5,7% estadio 4 (3 pacientes). El 55% de nuestros pacientes se encontraban en tratamiento con más de 3 fármacos antihipertensivos: 27% IECAS, 49% ARA 2, 62% diuréticos, 24% calcio-antagonistas, 24% alfa-bloqueantes, 21% beta-bloqueantes.

Conclusiones: Se estableció relación estadísticamente significativa correlacionando mayores grados de estenosis con mayor edad, predominio en sexo masculino, mayor incidencia de diabetes mellitus y enfermedad renal. Dentro de enfermedad renal crónica lo más prevalente fueron pacientes en estadio 3. Debemos identificar la HTA renovascular como causa, poco frecuente pero reversible de HTA secundaria en nuestros pacientes.

103. PREHIPERTENSIÓN EN ASTURIAS. DATOS DEL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO PREVASTURIAS

M.A. Prieto Díaz¹, J. Baños Martínez², C. Vidal González³, M.B. González López¹, V. López Fernández⁴, A. Iglesias García⁴, D. González Corral⁵, J.A. Tarrazo Suárez⁶, J.M. Rodríguez Lacin⁷ y R. Marín Iranzo⁸

¹CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ²CS Pola de Laviana, Laviana.

³CS Raíces, Avilés. ⁴CS Ventanielles, Oviedo. ⁵CS Luanco, Luanco.

⁶CS Pola de Siero, Siero. ⁷CS Natahoyo, Gijón. ⁸Centro Médico de Asturias, Oviedo.

Objetivos: El objetivo del trabajo es conocer la proporción de sujetos que progresan de prehipertensión (subgrupo PA normal-alta) a hipertensión arterial mantenida (HTA) y verificar la incidencia de daño orgánico subclínico y de enfermedad cardiovascular.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo de 5 años de seguimiento. Los datos básales incluyeron 646 demandantes de salud de ambos性 con edad entre 40 y 65 años y cifras de PA normal-alta (130-139/85-89 mmHg). Para la visita basal se excluyeron sujetos diabéticos, con enfermedad cardiovascular o renal previa o que precisasen agentes cardioprotectores con efecto antihipertensivo. Se realiza un primer corte transversal en el primer año de seguimiento. En cada paciente se analizan los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): nuevos diagnósticos de HTA y de diabetes, dislipemia, hábito tabáquico y obesidad. Lesión de órgano subclínica (LOS): hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) por ECG, aumento ligero de creatinina sérica, presencia de microalbuminuria, insuficiencia renal como un valor del filtrado glomerular (FG) por algoritmo MDRD < 60 ml/min. Patología cardiovascular (CV) o renal: cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica y enfermedad renal. Se estratificó el riesgo cardiovascular según la guía ESH-ESC 2007.

Resultados: La muestra inicial del estudio en visita basal fue de 646 casos. Tras un año de seguimiento el número de casos es de 587, hemos tenido 59 pérdidas (9,1%). Continúan en el estudio 291 varones (49,6%) y 296 mujeres (50,4%). La edad media es de $55,7 \pm 6,7$ años. 69 sujetos prehipertensos (11,8%) han evolucionado a HTA. La incidencia de diabetes fue de 12 nuevos casos (2%). La prevalencia de otros FRCV: hipercolesterolemia 47,9%, obesidad 40,7%, hábito tabáquico 18,4%, intolerancia a glucosa 6%. Un 31,2% cumplen criterios de síndrome metabólico. Un 27,1% de los individuos no tenían FRCV asociados, un 32,7% presentaba

dos o más FRCV. La prevalencia de LOS fue del 6%: HVI 1%, aumento ligero de creatinina sérica 1,2%, presencia de microalbuminuria 2,1% y filtrado glomerular disminuido 2,9%. La incidencia de patología CV o renal fue de 15 nuevos casos (2,6%): cardiopatía isquémica 7 casos (1,2%), ACV 4 casos (0,7%), insuficiencia cardíaca 3 casos (0,5%), arteriopatía periférica 0 casos, enfermedad renal 2 casos (0,3%). El riesgo cardiovascular en este primer año fue: riesgo de referencia 10,9%, bajo 28,1%, moderado 16,2%, alto 41,4% y muy alto 3,4%.

Conclusiones: En el primer año de seguimiento un 12% de sujetos prehipertensos desarrollan hipertensión arterial. La prevalencia de lesión subclínica de órgano fue del 6%, especialmente por microalbuminuria y descenso del filtrado glomerular. Un 2,6% desarrollan patología cardiovascular o renal, fundamentalmente cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular. El riesgo cardiovascular es alto o muy alto en el 45% de los individuos.

104. DIFERENCIAS ENTRE PREHIPERTENSOS E HIPERTENSOS EN EL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO PREVASTURIAS

M.A. Prieto Díaz¹, A. de La Escosura García², C. Rubiera Álvarez³, C. Varela Suárez⁴, L. Bousquets Toral⁵, J. Alonso Argüelles⁶, S. Suárez García⁷, T. Arias García⁷, M. Pizarro López⁸ y R. Marín Iranzo⁹

¹CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ²CS La Corredoría, Oviedo.

³CS Severo Ochoa, Gijón. ⁴CS Lugones, Lugones. ⁵CS Tineo, Tineo.

⁶CS Cangas del Narcea, Cangas del Narcea. ⁷CS Ventanielles,

Oviedo. ⁸CS El Cristo, Oviedo. ⁹Centro Médico de Asturias,

Oviedo.

Objetivos: El objetivo del trabajo es conocer los factores de riesgo que, basal y evolutivamente, condicionan evolución desde prehipertensión hasta hipertensión arterial mantenida (HTA).

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo de cinco años de seguimiento. Los datos básales incluyeron 646 demandantes de salud de ambos性s con edad entre 40 y 65 años y cifras de PA normal-alta (130-139/85-89 mmHg). Para la visita basal se excluyeron sujetos diabéticos, con enfermedad cardiovascular o renal previa o que necesitarán recibir agentes cardioprotectores con efecto antihipertensivo. Se realiza un primer corte transversal en el primer año de seguimiento. En cada paciente se analizaron los FRCV: nuevos diagnósticos de HTA y de diabetes, dislipemia, hábito tabáquico y obesidad por perímetro abdominal. Lesión subclínica de órgano (LSO): hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) por ECG, aumento ligero de creatinina sérica, presencia de microalbuminuria (definida como un valor de cociente albúmina/creatinina ≥ 22 mg/g en varones y ≥ 31 mg/g en mujeres en una muestra de orina aislada), insuficiencia renal como un valor del filtrado glomerular (FG) por algoritmo MDRD < 60 ml/min. Patología cardiovascular (CV) o renal: accidente cerebrovascular (ACV), cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica y enfermedad renal. Se estratificó el riesgo cardiovascular según la guía ESH-ESC 2007.

Resultados: Tras un año de seguimiento el número de casos es de 587, hemos tenido 59 pérdidas (9,1%). Continúan en el estudio 291 varones (49,6%) y 296 mujeres (50,4%). La edad media es de $55,7 \pm 6,7$ años. 69 sujetos prehipertensos (11,8%) han evolucionado a HTA. Más hombres desarrollaron HTA 13,7% vs mujeres 9,8%, NS. Las diferencias encontradas entre los sujetos que desarrollaron HTA y los PRE-HTA fueron: PA $141,4 \pm 9/89 \pm 8$ vs $132,2 \pm 7/83 \pm 6$ mmHg, $p = 0,000$; mayor edad 56,2 vs 55,7 años, NS; mayor IMC 29,6 vs 28,6 kg/m², NS. La presencia de FRCV en HTA respecto a prehipertensión fue: Diabetes 2,9% vs 1,9%, NS; obesi-

dad 37,7% vs 33,2%, NS; hipercolesterolemia 44,9% vs 48,3%, NS; hábito tabáquico 21,7% vs 18%, NS; intolerancia a glucosa 14,3% vs 7,9%, NS; síndrome metabólico 37,7% vs 30,3%, NS; La presencia de LOS en HTA respecto a prehipertensión fue: 8,7% vs 5,6%, NS; HVI 5,8% vs 0,4%, $p = 0,002$; microalbuminuria 3% vs 2%, NS; insuficiencia renal 1,4% vs 3,1%, NS. En relación a la patología CV en HTA respecto a prehipertensión fue de 2,9% vs 2,5%, NS; cardiopatía isquémica 1,4% vs 1,2%, NS; ACV 0% vs 0,8%, NS; insuficiencia cardíaca 1,4% vs 0,4%, NS.

Conclusiones: En el primer año de seguimiento, un 12% de casos han progresado de prehipertensión a hipertensión establecida. Quizá en relación con esta escasa proporción todavía no hemos reconocido marcadores predictivos, excepto una mayor prevalencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo.

105. RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS BASALES DEL ESTUDIO EVA

F. Fernández Vega¹, M.A. Prieto Díaz², N. Suliman Jabary³, F.J. García Norro⁴, F.J. Montero Luque⁵, V. García Vázquez⁶, R. Sánchez Martínez⁷, J. Flórez García⁸, A. Gallardo González⁹ y E. Fernández Huelga¹⁰

¹Unidad de HTA, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ³Unidad de HTA, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid. ⁴CS La Condesa, León.

⁵CS La Palomera, Valladolid. ⁶CS Cangas de Onís, Cangas de Onís.

⁷CS Canterac, Valladolid. ⁸CS La Magdalena, Avilés. ⁹CS Rondilla 1, Valladolid. ¹⁰CS Pumarín, Oviedo.

Objetivos: Analizar el riesgo y la morbilidad cardiovascular en las mujeres atendidas en las consultas de atención primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid.

Material y métodos: Análisis descriptivo y transversal realizado entre octubre 2009 y enero 2010 de la población basal de un estudio prospectivo a 5 años. Población: selección aleatoria de mujeres con edad entre 45 y 75 años demandantes de salud en atención primaria. Variables: en cada paciente se analizaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la lesión de órgano subclínica (LOS) la enfermedad clínica asociada y la estratificación de RCV, según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró grado de control de presión arterial a cifras $< 140/90$ y en diabéticas $< 130/80$ mmHg.

Resultados: Se seleccionaron 903 mujeres con edad de $59,6 \pm 8$; índice de masa corporal de $28,2 \pm 5,5$; perímetro abdominal $91,4 \pm 12,8$; presión arterial sistólica 131 ± 16 y diastólica 78 ± 9 mmHg. Son hipertensas 412 (45,6%) con un grado de control de la presión arterial (PA) del 59,7%; 13,3% diabéticas con un 34,2% de control de la PA; 41,7% dislipémicas; 14,3% fumadoras; 30,7% obesas; 35,5% sedentarias; 7,4% con antecedente familiar precoz de enfermedad CV. Un 38,9% tienen síndrome metabólico (criterio ATP III). El 18% tienen LOS: microalbuminuria 1,8%; filtrado glomerular < 60 ml/m²/1,73 m² (MDRD) 12,4%; por cifras de creatinina 1,6% e hipertrofia de ventrículo izquierdo 2,9%. Un 9,3% presentan enfermedad clínica asociada: enfermedad cerebrovascular 2,2%; cardiopatía isquémica 3,4%; insuficiencia cardíaca 1,8%; enfermedad renal 1,4% y enfermedad vascular periférica 1,6%. El 44,4% tienen RCV alto o muy alto.

Conclusiones: Cuatro de cada diez mujeres tienen RCV alto o muy alto y una es portadora de enfermedad clínica asociada. La hipertensión, la dislipemia, la obesidad y el sedentarismo son los FRCV más prevalentes y más de un tercio de las mujeres tienen síndrome metabólico. Casi la mitad de las hipertensas y un tercio de las diabéticas tienen la presión arterial controlada y los fármacos más utilizados son los bloqueadores del sistema renina-angio-

tensina seguido de los diuréticos, recibiendo combinaciones fijas un 5%.

106. DIFERENCIAS ENTRE MUJERES HIPERTENSAS Y NORMOTENSAS EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS BASALES DEL ESTUDIO EVA

M.A. Prieto Díaz¹, F. Fernández Vega², F.J. García Norro³, N. Suliman Jabary⁴, S. Suárez García¹, A. Díaz Rodríguez⁶, J.J. García Fernández⁷, P. Redondo Oliver⁸, J. Cachón Fernández⁸ y J.L. Martín Carbayo¹⁰

¹CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ²Unidad de HTA, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³CS La Condesa, León.

⁴Unidad de HTA, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid. ⁵CS Ventanielles, Oviedo. ⁶CS Bembibre, León. ⁷CS Pola de Siero, Pola de Siero. ⁸CS Carrión de Los Condes, Palencia. ⁹CS La Magdalena, Avilés. ¹⁰CS Pintor Oliva, Palencia.

Objetivos: Conocer las diferencias en cuanto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano subclínica (LOS), patología cardiovascular asociada (PCVS) y riesgo cardiovascular (RCV) entre las pacientes hipertensas y normotensas que demandan atención médica en las consultas de Atención Primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid.

Material y métodos: Se expone el estudio descriptivo y transversal realizado entre octubre de 2009 y enero de 2010, que se corresponde con la población basal de un estudio prospectivo a 5 años. Población: Selección aleatoria de mujeres entre 45 y 75 años demandantes de salud en atención primaria. Variables: en cada paciente se analizaron los FRCV: hipertensión arterial (HTA), diabetes, dislipemia, hábito tabáquico y obesidad, LOS: hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) por ECG, aumento ligero de creatinina sérica y presencia de microalbuminuria (definida como un valor de cociente albúmina/creatinina ≥ 22 mg/g en varones y ≥ 31 mg/g en mujeres en una muestra de orina aislada), PCVS: accidente cerebrovascular (ACV), cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica y enfermedad renal. Se definió insuficiencia renal como un valor del filtrado glomerular (FG) por algoritmo MDRD < 60 ml/min. Se analizó el grado de control de la presión arterial (PA). Se consideró grado de control a tener una PA $< 140/90$. Se estratificó el riesgo cardiovascular según la guía ESC-ESH 2007.

Resultados: Se seleccionaron 903 mujeres, con una edad de 59,6 años \pm 8; La prevalencia de HTA fue del 45,6%. La presión arterial sistólica (PAS) en las mujeres con HTA fue 138 ± 14 mmHg y la presión arterial diastólica (PAD) fue $81,6 \pm 9$ mmHg respecto a las no HTA: PAS $124,8 \pm 14$ mmHg, PAD $75,8 \pm 8$ mmHg. El índice de masa corporal (IMC) fue de $30,0 \pm 5,7$ vs $26,6 \pm 4,9$ kg/m². La prevalencia de FRCV en HTA respecto a no HTA fue: Obesidad 44,7% vs 18,9% (OR 3,45; IC95%: 2,56-4,65, p = 0,000); Hiperoxisterolemia 48,8% vs 35,8% (OR 1,70; IC95%: 1,30-2,22, p = 0,000); Diabetes 21,8% vs 6,1% (OR 4,29; IC95%: 2,77-6,64, p = 0,000) y Tabaquismo 10,2% vs 17,7% (OR 0,52; IC95%: 0,35-0,78, p = 0,001). La LOS fue más prevalente en HTA que en no HTA: 27,3% vs 9,4% (OR 3,60; IC95%: 2,42-5,36, p = 0,000), destacando un FG disminuido en el 18,2% vs 7,5% (OR 2,73; IC95%: 1,79-4,14, p = 0,000). La patología cardiovascular o renal se encontró presente en el 14,8% de pacientes HTA y en 4,7% de los no HTA (OR 3,53; IC95%: 2,14-5,82, p = 0,000). El RCV fue alto o muy alto en el 65,3% de HTA y en el 26,9% de no HTA (OR 5,11; IC95%: 3,84-6,80, p = 0,000).

Conclusiones: En mujeres entre 45 y 75 años demandantes de salud en atención primaria, casi la mitad son hipertensas y tienen, con respecto a las normotensas, una elevada y significativa prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular, así como de lesión de órgano subclínica y patología cardiovascular. Dos terceras partes de estas pacientes tienen riesgo cardiovascular alto o muy alto, estando presente en una de cada cuatro normotensas.

107. AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL. ¿CÓMO LA HACEN LOS PACIENTES HIPERTENSOS?

T. Rama Martínez¹, P. Beato Fernández², R.M. Alcolea García³, R. Rodó Bernardó¹, E. López Martí¹, P. Roig Cabo¹, M. Isnard Blanchard¹ y D. Álvarez Rodríguez¹

¹CAP El Masnou, Barcelona. ²CAP Premià, Barcelona.

³CAP Besós, Barcelona.

Objetivos: Conocer el uso de aparatos de automedida de presión arterial (PA) en pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo, observacional, transversal. Población: Hipertensos mayores de 15 años que acudieron con cita previa a una consulta de medicina desde julio de 2010. Ámbito: Centro de Atención Primaria semiurbano. Cuestionario breve realizado en la consulta por el médico de forma consecutiva. Variables: edad, sexo, existencia de aparato de PA en casa, tipo de aparato, procedencia del mismo, conocimiento de las condiciones adecuadas de medida, frecuencia y momento del día de las medidas. Número de registros en cada toma, registro y comunicado de los resultados al personal sanitario.

Resultados: Se obtuvieron datos de 206 pacientes hipertensos, 56,8% mujeres, edad media: 67,9 años (DE $\pm 11,6$). El 58,7% tenía aparato de tensión en casa (65,1% de los hombres-53,8% de las mujeres). El 48,7% tenía tensiómetros de muñeca, el 47,1% de brazo. El 47,1% se lo había comprado, al 32,2% se lo habían regalado y en el 20,7% era de un familiar. El 33,8% refería haber sido informado de las condiciones adecuadas de medida. De los informados, el 41,4% lo había sido por su médico, el 34,1% por el farmacéutico. Un 9,1% se tomaba la tensión diariamente, un 32,2% una o más veces por semana, un 25,6% solo cuando se encontraba mal. El 39,6% se tomaba la tensión por la mañana, el 34,8% consideraba indiferente el momento de la toma. El 48,7% realizaba una medida por toma, el 34% hacia dos. El 28,9% registraba los valores de tensión, y de estos, el 82,8% los llevaba a su centro de salud.

Conclusiones: Más de la mitad de pacientes hipertensos que acuden a consulta tiene un aparato de presión arterial en casa, pero solo 1 de cada 3 ha sido informado de las condiciones adecuadas de uso. Un porcentaje elevado de hipertensos se toma la tensión a menudo, otro porcentaje también elevado no se la toma nunca. La mejora de la técnica y condiciones de automedida de presión nos puede ayudar a mejorar el control y seguimiento de dichos pacientes.

108. LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

T. Rama Martínez¹, N. Montellà Jordana², P. Beato Fernández³, E. López Martí¹, O. Salvador Vinyoles¹ y J. Tolo Sole¹

¹CAP El Masnou-Alella, Barcelona. ²SAP Badalona-Sant Adrià, Barcelona. ³CAP Premià, Barcelona.

Objetivos: Describir la magnitud de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) y su grado de control según la guía de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud de 2009, por sexos y grupos de edad.

Material y métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal realizado en el Área Básica de Salud El Masnou-Alella. Sujetos: todos los pacientes diagnosticados de ECV visitados los últimos dos años. Se excluyeron pacientes desplazados y/o institucionalizados. Variables: edad, sexo, tipo de diagnóstico de ECV, antecedentes de cardiopatía o arteriopatía periférica. FRCV (HTA, DM, dislipemia, IMC, tabaquismo, consumo de alcohol) y prescripción de antiagregantes/anticoagulantes. Fuente de información: Historia clínica informatizada (eCAP). Análisis descriptivo y comparación mediante la χ^2 .

Resultados: Se encontraron 291 pacientes diagnosticados de ECV, 50,9% hombres, edad media: 74,1 años (DE ± 12) Tipo de ECV:

isquémica: 44,7%, hemorrágica: 6,9%, inespecífica: 48,5%. En menores de 55 años, hemorrágica: 33%; en mayores de 85 años, isquémica: 56%. FRCV: HTA: 69,4%, DM: 29,9%, dislipemia: 33,3%, obesidad: 27,8%, fumadores: 1,3% (7% mujeres vs 15,5% hombres, $p < 0,05$), bebedores excesivos de alcohol 2,1%. Cardiopatía embolígena: 14,8%. Control de FRCV: 21,3% HTA, 56,3% HbA1c (en diabéticos), 25,4% LDL-colesterol, 41,2% IMC < 30 . Menor control de peso y peor control lipídico en las mujeres ($p < 0,05$). Control de todos los FRCV: 2,7%. El 66% de pacientes no hipertensos sin control de la PA no tenían prescrito ningún antihipertensivo. El 47,3% de pacientes con LDL ≥ 100 no tenían tratamiento hipolipemiante. En un 19,2% de pacientes con ECV isquémica no constaba ningún tratamiento antitrombótico.

Conclusiones: El control de los FRCV es deficiente según las recomendaciones de la guía del ictus. Los resultados de este estudio han servido para poner en marcha intervenciones de mejora dirigidas a los profesionales sanitarios y a los pacientes con ECV.

109. FACTORES IMPLICADOS EN LA INICIACIÓN AL HÁBITO TABÁQUICO EN LOS ADOLESCENTES

J.E. Cosano Cañadas¹, J. Redondo Sánchez¹, M. Macías Corredora², S. González Cabezas¹, M.C. Linares Ramírez¹ y M.A. Agudo de la Paz¹

¹UGC Lucano, Córdoba. ²UGC Santa Rosa, Córdoba.

Propósito del estudio: El consumo de tabaco es la primera causa de morbi-mortalidad prevenible en los países desarrollados. Si bien la prevalencia de fumadores en la edad adulta es mayor, la mayoría de ellos adquieren este hábito antes de cumplir los 20 años. Este hecho nos debe poner en alerta, los planes de deshabituación tabáquica en jóvenes son de una importancia capital. Los objetivos de este trabajo han sido: 1. Actualizar los datos de prevalencia de tabaquismo en los adolescentes. 2. Evaluar los factores relacionados con la iniciación al tabaquismo en jóvenes estudiantes.

Métodos: Estudio: descriptivo, transversal. Población: 168 estudiantes de secundaria entre 15-18 años (49% mujeres), en estos centros educativos no se ha llevado a cabo ningún programa de prevención de tabaquismo. Variables: edad, sexo, consumo de tabaco y cannabis, actividad física, entorno familiar/social. Basado en el "Cuestionario de perfil del fumador" de la Junta de Andalucía. Estudio estadístico: los datos han sido procesados en el programa estadístico SPSS versión 12.0: realizándose un análisis descriptivo de frecuencias, y $\#^c2$ para variables cualitativas.

Resultados: La edad media de los estudiantes fue de 15,79 \pm 0,76 años, siendo 35% de fumadores y un consumo diario de 3 \pm 12 cigarrillos. En el grupo de fumadores encontramos: Un 62% son mujeres. Con 15 años (66 alumnos) el 30% fuman a diario, mientras que con 18 años (5 alumnos) fuman diariamente el 80%. El 100% de los participantes que consumen de forma ocasional o habitual cannabis, son fumadores. El 49,1% realizan actividad física frente al 76,9% de los no fumadores. El 70% tienen algún miembro de la familia fumador, y el 80% la mayoría de sus amistades y entorno social son fumadores.

Conclusiones: 1. Se observa una alta prevalencia de fumadores en adolescentes y mujeres. 2. La edad se relaciona de forma directa ($p < 0,05$) con consumo de tabaco. Se ha encontrado una relación creciente entre la edad y el consumo de tabaco en jóvenes dentro de la franja de estudio. Hay una relación directa entre edad y modalidad de consumo diario o fin de semana. 3. El consumo de cannabis se asocia ($p < 0,05$) con el consumo de tabaco, encontrándose que los fumadores ocasionales y habituales de cannabis pertenecen a la población de fumadores de tabaco. 4. La práctica de actividad física se relaciona inversamente con el consumo de tabaco. 5. Se ha encontrado asociación entre el tabaquismo y su entorno familiar y social ($p < 0,05$).

110. IDENTIDAD LEGA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO ENFERMEDAD

F. Revuelta Pérez¹, F.J. Atienza Martín², R.T. Andújar Barroso¹, L.M. Rodríguez Fernández¹, L. López García-Ramos², D. López Martín², J. Berbel Jiménez², J. Ramos Gómez², P. Verde Sevilla² e I. Ruiz Cumplido²

¹Universidad de Huelva, Huelva. ²Centro de Salud Las Adoratrices, Huelva.

Propósito del estudio: El conocimiento de los conceptos legos es importante en el campo de la salud y la enfermedad, por su repercusión en actitudes y comportamientos. Leventhal et al. (1980) propusieron el llamado Modelo del Sentido Común de la Enfermedad que ofrece un marco de las representaciones mentales de los no expertos sobre los peligros asociados a la enfermedad, quienes otorgan una identidad, causas, consecuencias, control y duración a la supuesta amenaza a la salud, lo que afectará a su adherencia terapéutica. Por ello, resulta útil conocer cómo consideran la hipertensión los pacientes que la padecen. El objetivo general del estudio es conocer los conceptos legos en materia de hipertensión arterial y, como específicos: a) determinar el grado en el que los pacientes afectados etiquetan la presión elevada como una enfermedad, y b) extraer posibles orientaciones destinadas a mejorar la adherencia terapéutica.

Métodos: La muestra la compone 82 personas (30,7% varones y 69,3% mujeres), con una edad media de 66,29 años (DT = 10,53). Se confeccionó una entrevista dirigida al paciente hipertenso en la que se le solicitaba información acerca de su concepción de la hipertensión arterial. En relación al tema, la primera pregunta era abierta: "¿Qué es para usted la hipertensión?", con la que se haría un análisis de contenido, y, la segunda, era cerrada, con dos opciones: "La hipertensión es una enfermedad? ¿Sí o no?". Se aplicó en un centro de salud de Huelva, a nivel individual. El único criterio de exclusión fue la no comprensión de las instrucciones.

Resultados: El análisis de contenido produjo un total de once agrupamientos. Los resultados ordenados de mayor a menor son como sigue: descripción, (47,6%) enfermedad (20,7%, n = 17), gravedad (13,4%), no sabe (12,2%), control (7,3%) síntomas y reacciones (cada una: 4,9%), negación (3,7%) etiología, características y consecuencias (cada una: 2,4%). Por su parte, en la pregunta cerrada, el 86,6% (n = 71) dio respuesta afirmativa a que era una enfermedad, mientras que solo el 11,0% dijo que no. Dos casos (2,4%) que se pronunciaron por un "no sé".

Conclusiones: Existe una discrepancia importante en el número de pacientes hipertensos que etiquetan la presión arterial elevada como enfermedad en función del tipo de pregunta, 20,7% -abierta- frente a 86,6% -cerrada-. Pueden darse diversas explicaciones, como que, ante la ausencia de una sintomatología, no se tome conciencia sobre ella como tal, o bien, en aquellas personas que por su parte sí le asocian síntomas que valoren estos como de poca entidad, por lo que minimizan su relevancia y, por ello, cuando se pregunta abiertamente el porcentaje es pequeño. También pudiera suceder que de manera cerrada el paciente actúe de un modo más formalista en su relación con el profesional. Desde una perspectiva práctica, merecería la pena saber si aquellos que la etiquetaron como enfermedad en la pregunta abierta son más adherentes y si, en aquellos que no lo hicieron, la modificación de sus definiciones mejoraría la adherencia terapéutica.

111. CAMBIOS INDUCIDOS EN LA MICROALBUMINURIA POR LA EDAD EN EXTREMADURA: PROYECTO CIMEX

C. Mena, J. Velasco, J. Polo, E. Angulo, J. Espinosa y N.R. Robles
Grupo MICREX, Extremadura.

Introducción: Según el estudio NHANES III la tasa de microalbuminuria se duplica por encima de los 70 años (22%) si se compara con el

segmento de edad anterior y se triplica respecto a los pacientes menores de 40 años) (Coresh et al. J Am Soc Nephrol 2005;16:180-9). No existen datos equivalentes en la población española. El objetivo de este estudio ha sido detectar los cambios inducidos por la edad y el sexo en la prevalencia de microalbuminuria.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en consultas de Atención Primaria de Extremadura. La microalbuminuria se detectó por tira reactiva mediante el cociente albumina/creatinina en orina de primera hora de la mañana. Cuando la tira fue positiva se realizó análisis de orina elemental con tira reactiva y se excluyó al paciente si hubiera positividad en nitritos y/o leucocituria. En todos los pacientes se realizó determinación de creatinina, urea y hemograma. Se registraron las medicaciones que estaban tomando los pacientes.

Resultados: En la muestra global la prevalencia era un 11,0%, sin mostrar diferencias por género (hombres 8,9%; mujeres 14,5%, diferencia sin significación). La prevalencia de microalbuminuria se incrementa progresivamente a partir de los 50 años alcanzando casi un 20% en los mayores de 80 años ($p = 0,041$). La frecuencia era 3 veces mayor en diabéticos (22,14%) que en pacientes sin diabetes (7,24%) y era algo más alta en hipertensos sin diabetes (9,40%, no significativo).

Conclusiones: Al igual que en otros países la prevalencia de microalbuminuria tiende a incrementarse con la edad pero de manera menos progresiva. Como rasgos distintivos debe destacarse la mayor presencia en mujeres y la baja incidencia en pacientes hipertensos que no padecen diabetes.

112. MICROALBUMINURIA Y OBESIDAD ABDOMINAL

J. Polo, J. Velasco, C. Mena, E. Angulo, J. Espinosa y N.R. Robles

Grupo MICREX, Extremadura.

Introducción: En algunos estudios se ha sugerido que la obesidad abdominal (OA) podría estar relacionada con la microalbuminuria. Hemos intentado valorar la existencia de esta relación dentro de la población extremeña.

Material y métodos: Estudio transversal realizado en consultas de Atención Primaria de Extremadura. La microalbuminuria se detectó por tira reactiva mediante el cociente albumina/creatinina en orina de primera hora de la mañana. Cuando la tira fue positiva se realizó análisis de orina elemental con tira reactiva y se excluyó al paciente si hubiera positividad en nitritos y/o leucocituria. En todos los pacientes se realizó determinación de creatinina, urea y hemograma. Se definió OA según los criterios del NCEP-ATP III.

Resultados: Sobre 529 pacientes evaluados, 272 (51,4%) presentaban OA. La excreción media de albumina era más elevada en este grupo ($18,2 \pm 44,9$ mg/día) comparados con aquellos que no presentaban OA ($9,6 \pm 17,9$ mg/día, $p = 0,008$). El 15% de los pacientes con OA y el 6,6% de los que no la tenían padecían microalbuminuria ($p = 0,002$). En el análisis de regresión logística binaria la diabetes mellitus, la HTA, la ancianidad, la insuficiencia renal y la OA se relacionaban significativamente con la presencia de microalbuminuria.

Conclusiones: La presencia de obesidad abdominal se asocia a una mayor intensidad de la excreción urinaria de albumina y a una mayor prevalencia de microalbuminuria. Se demuestra una relación independiente entre obesidad abdominal y la presencia de microalbuminuria.

113. MICROALBUMINURIA: RELACIÓN CON EL USO DE AINE Y ÁCIDO ACETILSALICÍLICO

J. Velasco, C. Mena, J. Polo, E. Angulo, J. Espinosa y N.R. Robles

Grupo MICREX, Extremadura.

Introducción: Los AINE pueden producir proteinuria en ciertos casos. Sin embargo, no hay estudios epidemiológicos que hayan

estudiado la posible relación entre microalbuminuria y uso de AINE. Hemos intentado valorar si la prevalencia de microalbuminuria está incrementada en los pacientes que toman AINE o ácido acetilsalicílico (AAS).

Material y métodos: Estudio transversal realizado en consultas de Atención Primaria de Extremadura. La microalbuminuria se detectó por tira reactiva mediante el cociente albumina/creatinina en orina de primera hora de la mañana. Cuando la tira fue positiva se realizó análisis de orina elemental con tira reactiva y se excluyó al paciente si hubiera positividad en nitritos y/o leucocituria. En todos los pacientes se realizó determinación de creatinina, urea y hemograma. Se registraron las medicaciones que estaban tomando los pacientes, particularmente AINE o AAS.

Resultados: Sobre 558 pacientes evaluados el 10,2% de los que no tomaban AINE/AAS y el 17,7% de los que recibían estas clases de fármacos presentaban microalbuminuria ($p = 0,046$). El odds-ratio (OR) era 1,73 (sin AINE/AAS, 0,698, IC95% 0,51-0,97; con AINE/AAS 1,21 -IC 0,97-1,50; $p = 0,048$). Los pacientes que recibían AINE y AAS fueron analizados separadamente. De los pacientes con AINE un 12,7% presentaban microalbuminuria ($p = 0,479$). OR 1,26 para los tratados con AINE (1,05 IC 0,91-1,22; sin AINE 0,84 IC 0,51-1,37, $p = 0,480$). De los pacientes con AAS un 27,3% presentaban microalbuminuria ($p = 0,001$). OR 2,71 para los tratados con AAS (1,23 IC 1,04-1,45; sin AAS 0,45 IC 0,29-0,71, $p = 0,001$). Al hacer regresión logística se confirmaba una relación independiente entre el consumo de AAS y la presencia de microalbuminuria ($p = 0,002$).

Conclusiones: El uso de AASs parece asociarse a la presencia de microalbuminuria, particularmente. Este riesgo es independiente de la presencia de otros factores de riesgo asociados.

114. DETECCIÓN Y ABORDAJE DEL HÁBITO TABÁQUICO EN UN CENTRO DE SALUD

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturrealde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, G. Arnaiz García¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, M. L. Alarcia Ceballos¹, M.V. Espinola Morel¹, L. Moral Izquierdo¹ y J. Ocharan Corcuer²

¹Comarca Araba-Osakidetza, Vitoria-Gasteiz. ²Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer la prevalencia de fumadores, su comparación con las prevalencias estimadas en la población general y la repercusión que el déficit de detección produce en el abordaje de los pacientes con hábito tabáquico.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el CS Olagubel (40.132 usuarios) en el 2010 y en el que se obtienen las prevalencias de fumadores y la actividad de cribado efectuada para obtener la prevalencia en nuestro centro de salud. Posteriormente se comparan los datos con la prevalencia estimada, y se calculan los déficit de atención al total de pacientes con hábito tabáquico esperados.

Resultados: Cribado fumadores: 50,75% prevalencia obtenida (respecto a la estimada): 58,42% déficit de atención en las poblaciones detectadas y estimadas: consejo y oferta de deshabituación sobre los detectados: 39,78% Consejo y oferta de deshabituación sobre los esperados: 23,24% Inicio de deshabituación sobre los detectados: 1,04% Inicio de deshabituación sobre los esperados: 0,61%.

Conclusiones: Los datos reflejan unos pobres resultados claramente mejorables en las actividades encaminadas al abandono del tabaquismo de la población fumadora de nuestro C. Salud. Este problema se fundamenta en 2 factores: el escaso esfuerzo en el cribado (y por tanto en la detección de fumadores) y el prácticamente nulo inicio del tratamiento de deshabituación. Esto, unido a la moderada eficacia de los métodos para el abandono del hábito tabáquico, da una idea del trabajo que queda por realizar en nues-

tro C. Salud para mejorar en el abordaje de este importante problema de salud pública.

115. OBESIDAD EN UN CENTRO DE SALUD: UNA ATENCIÓN DEFICITARIA PARA UN ENORME PROBLEMA DE SALUD

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, G. Arnaiz García¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, M.L. Alarcía Ceballos¹, F. Rodríguez Fernández¹, M.T. Hernández Sotés² y M. Alonso Corcuera²

¹Comarca Araba-Osakidetza, Vitoria-Gasteiz.

²Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer la prevalencia de obesidad, su comparación con las prevalencias estimadas en la población general y la repercusión que el déficit de detección produce en el control de los pacientes con obesidad esperados.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el CS Olaguibel (40.132 usuarios) en el 2010 y en el que se obtienen las prevalencias de obesidad. Posteriormente se comparan los datos con la prevalencia estimada, y se calculan los déficits de atención al total de pacientes con obesidad esperados.

Resultados: Prevalencia obtenida (respecto a la estimada): 33,05% déficit de atención en las poblaciones detectadas y estimadas: estudio analítico realizado sobre los detectados: 93,77% estudio analítico realizado sobre los esperados: 30,99% control periódico realizado sobre los detectados: 62,25% control periódico realizado sobre los esperados: 20,58%.

Conclusiones: Los datos reflejan unos buenos resultados en los indicadores de proceso y en la población obesa detectada. Pero si aplicamos este dato a la creciente prevalencia estimada, los datos son desalentadores. Medidas tan básicas como la medida IMC y probablemente el registro del diagnóstico de obesidad no son realizadas de forma generalizada a la población atendida y no se reflejan en las historias clínicas. Es preciso incidir en la mejora de estos aspectos para abordar en condiciones esta epidemia.

116. PERFIL LIPÍDICO DE LOS PACIENTES QUE SUFRIERON INGRESO HOSPITALARIO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL ÁREA SANITARIA DE TOLEDO DURANTE EL PERÍODO 2005-2008

G.C. Rodríguez Roca¹, L. Rodríguez Padial², F.J. Alonso Moreno³, A. Romero Gutiérrez⁴, A. Segura Fragoso⁵, F. Akerstrom², A. Villarín Castro⁶, A. Menchen Herreros⁷, E. Fernández Rodríguez⁷ y L.M. Artigao Ródenas⁸

¹CS La Puebla de Montalbán, Toledo. ²Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. ³CS Sillería, Toledo.

⁴Área de Información y Documentación Clínica, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. ⁵Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla La Mancha, Talavera de la Reina. ⁶Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo, Gerencia de Atención Primaria de Toledo, Toledo. ⁷Laboratorio de Bioquímica y Análisis Clínicos, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo. ⁸CS Zona III, Albacete.

Propósito del estudio: Conocer el perfil lipídico de los pacientes del Área Sanitaria de Toledo que sufrieron ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo (SCA) durante el período 2005-2008.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal que analizó los valores de colesterol total (CT), colesterol-LDL (c-LDL), colesterol-HDL (c-HDL) y triglicéridos (TG) de los pacientes que habían sufrido ingreso hospitalario por infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable (AI) en el Complejo Hospitalario de Toledo entre el 01/01/2005 y el 31/12/2008; se consideró válida la analítica reali-

zada desde 6 meses antes hasta 24 horas después del ingreso. Se examinaron descargas de datos tabulados procedentes del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitalización y de la base de datos del sistema de información del laboratorio de bioquímica. Para analizar la sensibilidad y especificidad del método utilizado se contrastaron en una muestra aleatoria de 80 pacientes los datos obtenidos con los existentes en la base de datos de laboratorio accediendo al módulo de consulta de resultados analíticos con el número de historia clínica, no hallándose falsos negativos (más pruebas de laboratorio en la consulta interactiva que en las tablas de resultados) ni falsos positivos (aparición de resultados no accesibles). Se realizó estadística descriptiva y comparación de medias (chi cuadrado, "t" de Student y ANOVA) con el paquete SPSS versión 15.1.

Resultados: De los 3.986 individuos ingresados por SCA durante el período analizado fueron incluidos en el estudio por tener registrado perfil lipídico completo 1.381 (34,6%), los cuales presentaban una edad media de $67,8 \pm 12,9$ años (72,4% hombres). El 61,7% padecía IAM y el 38,3% AI, resultando un 76,3% primeros episodios y un 23,7% episodios recurrentes. El CT medio fue $180 \pm 43,4$, el c-LDL medio 115 ± 38 , el c-HDL medio $44,1 \pm 12,3$ y los TG medios $145,3 \pm 92,4$ mg/dl, hallándose diferencias significativas entre hombres/mujeres para el c-LDL ($116,3 \pm 37,8/111,6 \pm 38,5$ mg/dl; $p = 0,04$) y c-HDL ($42,3 \pm 11,6/48,4 \pm 13,2$ mg/dl; $p = 0,0001$). En los IAM el c-LDL medio fue $117,3 \pm 37,7$ y en las AI $111,4 \pm 38,3$ mg/dl ($p = 0,005$). Los valores medios del perfil lipídico en primeros episodios/episodios recurrentes fueron, respectivamente, CT $179,1 \pm 43,1/174,5 \pm 44,1$ mg/dl (NS), LDL $116,5 \pm 38,4/110 \pm 36,5$ mg/dl ($p = 0,007$), HDL $44,1 \pm 12,2/44,2 \pm 12,9$ mg/dl (NS) y TG $141,2 \pm 81,7/158,5 \pm 119,7$ mg/dl ($p = 0,03$). En primeros episodios/episodios recurrentes el cociente c-LDL/c-HDL fue $2,8 \pm 1,3/2,6 \pm 1,1$ ($p = 0,015$). Cuando se agruparon los valores medios de c-LDL, c-HDL y TG en primeros episodios y episodios recurrentes no se hallaron diferencias significativas. En episodios recurrentes se hallaron niveles óptimos de c-LDL (< 70 mg/dl) y c-HDL (> 60 mg/dl) en el 14,1 y 11,6%, respectivamente.

Conclusiones: En los cuatro años analizados los pacientes del Área Sanitaria de Toledo que sufren un ingreso hospitalario por SCA primario presentan el perfil lipídico que recomiendan las Guías y tan solo uno de cada 10 que ingresa por SCA recurrente presenta niveles óptimos de c-LDL y c-HDL. Consideramos que deben realizarse nuevos estudios que investiguen el perfil lipídico y otras variables relacionadas con la prevención primaria y secundaria de la enfermedad coronaria.

117. INFLUENCIA DE LA EDAD SOBRE LAS ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS EN EL PACIENTE HIPERTENSO MAYOR DE 65 AÑOS. ESTUDIO FAPRES

A. Rodríguez-Argüeso¹, D. Sirera¹, P. Morillas¹, J. Castillo¹, V. Pallarés², L. Fáfila³, J. Llisterri⁴, C. Sanchís⁵, T. Sánchez⁴ y V. Bertomeu¹

¹Hospital Universitario de San Juan, Alicante. ²Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón de la Plana.

³Consorcio Hospitalario Hospital Provincial, Castellón de la Plana.

⁴CS Joaquín Benlloch, Valencia. ⁵CS d'Algesmesí, Valencia.

Propósito del estudio: El electrocardiograma (ECG) constituye una herramienta muy útil en la valoración inicial del paciente hipertenso, permitiendo descubrir la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI), alteraciones del ritmo cardíaco (como la fibrilación auricular) y otras patologías asociadas. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de las citadas alteraciones electrocardiográficas en una población hipertensa ≥ 65 años asistida en la Comunidad Valenciana y analizar su relación con la edad.

Métodos: Se incluyeron los tres primeros pacientes hipertensos ≥ 65 años que acudían a la consulta el primer día de la semana de

cada investigador durante 5 semanas. Se recogieron los principales factores de riesgo, antecedentes, analítica y se realizó un ECG que fue analizado por dos cardiólogos de manera independiente. Los pacientes fueron divididos en 4 grupos en función de la edad: 65-69 años, 70-74 años, 75-79 años y ≥ 80 años.

Resultados: Participaron 61 investigadores que incluyeron 1.028 pacientes. La edad media era de 72,8 años, con un 52,7% de mujeres. La distribución por grupos de edad fue: 349 pacientes entre 65-69 años, 307 casos entre 70-74 años, 263 pacientes entre 75-79 años y 109 pacientes con edad ≥ 80 años. El 6,7% de los pacientes presentaban fibrilación auricular y el 17,2% HVI en el ECG. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la prevalencia de fibrilación auricular (3,2% en pacientes de 65-69 años vs 11,9% en ≥ 80 años; $p = 0,001$), HVI por ECG (12,9% en el grupo de 65-69 años vs 23,9% en ≥ 80 años; $p < 0,05$) y bloqueo bifascicular (2,3% en el grupo 65-69 años vs 10,1% en ≥ 80 años; $p = 0,001$). No hubo diferencias en la prevalencia de bloqueo completo de rama izquierda o presencia de ondas Q.

Conclusiones: El envejecimiento de la población hipertensa se asocia a una mayor prevalencia de fibrilación auricular e hipertrofia ventricular izquierda en el ECG, así como una mayor degeneración del sistema específico de conducción ventricular.

118. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVA

D. Rosillo Castro, M.V. Pérez López, E. Polozhaev, J.A. Rivas Baez, J.F. Moreno Sánchez, J.L. Bauset Navarro y P. Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Las crisis hipertensivas son un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias. En una revisión publicada en la revista "Emergencias" del 2010 de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, se han modificado los criterios diagnósticos para crisis hipertensiva, definiéndose como tal cuando el paciente presenta cifras de tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 180 mmHg y/o tensión arterial diastólica (TAD) ≤ 120 mmHg, sin afectación de órganos diana.

Propósito del estudio: Establecer el perfil epidemiológico de los pacientes con crisis hipertensivas que acuden al servicio de urgencias de nuestro hospital.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Nuestro Servicio de Urgencias atiende una media de 300 pacientes al día, siendo el hospital referencia de una población total de 210.000 usuarios. Durante el año 2009 se atendieron un total de 1.106 urgencias con diagnóstico al alta de crisis hipertensivas, seleccionando 672 de ellos por cumplir los criterios referidos en la definición. Las variables a estudio fueron: edad, sexo, factores de riesgo cardiovasculares, eventos cardiovasculares previos, motivo de consulta, tratamiento antihipertensivo de base. El análisis de los datos se realizó con el programa PASW Statistics 18.

Resultados: De nuestros 672 pacientes, el 65,5% eran mujeres y el 34,5% hombres. La media de edad era de 64,44 años. Eran hipertensos el 82,7%, diabéticos el 28,1% y dislipémicos 26,5%. Habían tenido algún evento cardiovascular previo el 9,5% de los pacientes. En su mayoría el tabaco y el alcohol no estaban recogidos en las historias (55,1 y 61,2% respectivamente). En cuanto al motivo de consulta la cefalea presentaba un mayor porcentaje 33,3%, seguido de los asintomáticos 24,1%, sensación de inestabilidad 20,8%, dolor (excepto cefalea) un 15,6%, alteraciones visuales 6,8%, epistaxis 2,5%, hiposfagma 0,9%, un 13,8 acudieron por otro motivo. Del 82,7% de los pacientes estaban diagnosticados previamente de hipertensión, de los cuales tenían tratamiento de base el 86,3%, encontrándose en su mayoría fármacos de la familia ARA II (41,9%), seguido de IECAs con un 26,6%, diuréticos 25%, β-bloqueantes

19,8%, antagonista de calcio un 16,7%, alfa bloqueante un 2,9% y el inhibidor selectivo de la renina un 0,2%. El 48,6% de los pacientes solo llevan un fármaco de tratamiento de base.

Conclusiones: Se han realizado pocos estudios donde se analizan las características de los pacientes con crisis hipertensiva con las mencionadas cifras tensionales (TAS ≥ 180 mmHg y/o TAD ≥ 120 mmHg). Como se puede apreciar en nuestro estudio la mayoría de los pacientes que acudieron a la puerta de urgencias por crisis hipertensivas en el año 2009 eran mujeres al igual que en otras series, en su mayor parte ya diagnosticados de hipertensión. Uno de cada cuatro pacientes estaban asintomáticos a su llegada a urgencias. Pese a ser pacientes con diagnóstico de hipertensión previa, uno de cada diez pacientes atendidos no recibía tratamiento domiciliario. Del total de pacientes con tratamiento de base la gran mayoría tomaban fármacos de primera línea (ARA II, IECAS, Diuréticos y antagonistas de calcio).

119. CALIDAD DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS ESPAÑOLES. ESTUDIO ALHAMBRA

J. Abellán¹, A. Roca-Cusachs², B. Font³, R. Lahoz³, J. Salazar³, y Grupo de Estudio ALHAMBRA

¹CS de San Andrés, Murcia. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ³Novartis Farmacéutica, Barcelona.

Propósito del estudio: Establecer la relación entre el nivel de riesgo cardiovascular (RCV) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en una población de pacientes hipertensos españoles, mediante la implementación del cuestionario de CVRS MINICHAL.

Métodos: Estudio epidemiológico, de corte transversal, multicéntrico y nacional de pacientes adultos con HTA esencial, de al menos un año de evolución, en condiciones de práctica clínica habitual. Los pacientes se agruparon en 5 estratos según el nivel de RCV en los próximos 10 años: RCV promedio, RCV adicional bajo, RCV adicional moderado, RCV adicional alto y RCV adicional muy alto (criterios ESH/ESC, 2007). La CVRS se determinó mediante el cuestionario MINICHAL, que evalúa las dimensiones de estado de ánimo (10 ítems) y manifestaciones somáticas (6 ítems), en los 7 últimos días. El cuestionario puntúa entre 0 (mejor nivel de salud) y 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y entre 0 y 18 en la segunda dimensión.

Resultados: Participaron en el estudio 834 centros [581 de asistencia primaria (AP) y 253 de unidades hospitalarias (UH)] que incluyeron 6654 pacientes (67,1% AP y 32,9% UH). El 55,2% del total de los pacientes fueron hombres, con una mediana de edad (Q1, Q3) de 63,0 (55,0, 72,0) años, nivel de estudios mayoritariamente primarios (46,9%) y en el 58,3% eran jubilados o amas de casa. Un 3,5% presentó RCV promedio, 13,6% RCV adicional bajo, 12,8% RCV adicional moderado, 39,0% RCV adicional alto y el 31,0% RCV adicional muy alto. La valoración de la CVRS mediante la puntuación global del cuestionario MINICHAL mostró una mayor puntuación a medida que incrementaba el RCV, mostrando una mediana de 4,0 (2,0, 8,0) en los pacientes con RCV promedio y alcanzando valores 11,0 (5,0, 18,0) en pacientes con RCV adicional muy alto ($p < 0,0001$). La CVRS según la dimensión estado de ánimo también evidenció una mayor puntuación a mayor RCV, advirtiéndose valores de 4,0 (1,0, 6,0) RCV promedio y 8,0 (4,0, 13,0) RCV adicional muy alto ($p < 0,0001$). Los resultados de la puntuación según la dimensión manifestaciones somáticas fueron de 0,0 (0,0, 2,0) RCV promedio y 3,0 (1,0, 6,0) RCV adicional muy alto ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Los pacientes hipertensos españoles con un mayor RCV presentan de forma significativa una peor calidad de vida, tanto cuando se evalúa el estado de ánimo como las manifestaciones somáticas.

120. LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN PRESIÓN ARTERIAL Y COMORBILIDADES, EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS ESPAÑOLES. ESTUDIO ALHAMBRA

J. Abellán¹, A. Roca-Cusachs², B. Font³, R. Lahoz³, J. Salazar³, y Grupo de Estudio Alhambra

¹Centro de Salud de San Andrés, Murcia. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ³Novartis Farmacéutica, Barcelona.

Propósito del estudio: Establecer la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRs) y las cifras de presión arterial (PA), así como también la presencia o ausencia de comorbilidades, en una población de pacientes hipertensos españoles.

Métodos: Estudio epidemiológico, de corte transversal, multicéntrico y nacional de pacientes adultos con HTA esencial, de al menos un año de evolución, en condiciones de práctica clínica habitual. La CVRS se determinó mediante el cuestionario MINICHAL, que evalúa las dimensiones de estado de ánimo (10 ítems) y manifestaciones somáticas (6 ítems), en los 7 últimos días. El cuestionario puntuó entre 0 (mejor nivel de salud) y 30 (peor nivel de salud) en la primera dimensión y entre 0 y 18 en la segunda dimensión. La clasificación de los pacientes en función de los valores de PA se realizó siguiendo las recomendaciones de la ESH-ESC (2007). Se evaluó la presencia de las siguientes comorbilidades: obesidad, diabetes mellitus (DM), dislipemia, enfermedad renal y enfermedad cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 6654 pacientes hipertensos evaluables que presentaron una mediana de edad (Q1, Q3) de 63,0 (55,0, 72,0) años, y más de la mitad fueron hombres (55,2%). La puntuación global del cuestionario MINICHAL en función de las cifras de presión arterial fue de 8,0 (4,0, 15,0) en los pacientes con hipertensión de grado 1, 10,0 (4,0, 16,0) hipertensión grado 2, 12,0 (5,0, 20,0) hipertensión grado 3 ($p < 0,0001$). La valoración de la CVRS en función del estado de ánimo fue de 6,0 (3,0, 10,0) en hipertensión grado 1, 7,0 (3,0, 11,0) en hipertensión grado 2, y 8,0 (3,0, 14,0) en hipertensión grado 3 ($p = 0,0003$). La puntuación del MINICHAL según las manifestaciones somáticas fue de 2,0 (0,0, 4,0) en hipertensión grado 1, 3,0 (1,0, 5,0) en hipertensión grado 2, y 3,0 (1,0, 7,0) en hipertensión grado 3 ($p < 0,0001$). La estimación de la puntuación global del MINICHAL según las diferentes comorbilidades (presencia vs ausencia) fue: obesidad: 9,0 (4,0, 15,0) vs 6,0 (2,0, 10,0); DM: 10,0 (5,0, 16,0) vs 6,0 (3,0, 11,0); dislipemia: 7,0 (3,0, 14,0) vs 6,0 (3,0, 11,0); enfermedad renal: 13,0 (7,0, 20,0) vs 7,0 (3,0, 12,0); y enfermedad cardiovascular: 10,0 (5,0, 17,0) vs 6,0 (3,0, 12,0), ($p < 0,0001$, en todos los casos). La valoración de la CVRS según el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas también mostró peores puntuaciones en presencia de las diferentes comorbilidades evaluadas ($p < 0,0001$).

Conclusiones: En los pacientes hipertensos españoles evaluados la presencia de comorbilidades y unas cifras de presión arterial más elevadas se asocian a una peor CVRS.

121. FACTORES PRONÓSTICOS EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DEL ICTUS EN PACIENTES ANCIANOS. EVALUACIÓN AL AÑO

C. Sanclemente Ansó¹, A. Pedragosa Vall², M. Ribó Jacobi³ y O. Mascaró Cavaller²

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

²Consorci Hospitalari de Vic, Vic. ³Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Evaluar los factores que influyen en la recuperación funcional después de un ictus en pacientes ancianos y los factores pronósticos.

Material y métodos: Estudio observacional de 108 ictus mayores de 85 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna de un

hospital comarcal. Se recogieron variables clínicas, afectación neurológica y funcional al ingreso y al alta (escala NIHSS y escala de Rankin modificada (mRs)), supervivencia a los 3,6 meses, y al año, así como los factores de riesgo cardiovasculares y comorbilidad asociada.

Resultados: N = 108 (42 varones y 66 mujeres), dependientes para las actividades básicas de la vida (ABVD) 14 (12,9%) con un mRs previo entre 3 y 4; Etiología del ictus: isquémico 61% (aterotrombóticos: 46% y cardioembólicos 15%), hemorrágico 39%, mortalidad del 12% y 26% respectivamente, las mujeres presentan una mortalidad del 16% mayor que los varones que fue del 9,8%, FRCV:HTA 72%, diabetes: 32%, dislipemia 21%, fumadores: 8,9%, antecedentes de enfermedad arterial: enfermedad vasculocerebral (61%), corariopatía (22%), arteriopatía de extremidades inferiores (9,2%), índice tobillo-brazo patológico ($\leq 0,90$) 42,1%. El 55% presentaban secuelas neurológicas al alta, requiriendo ingreso en sociosanitario el 11%, con un NIHSS medio de 16 ± 8 (4-22). A los 3 meses el NIHSS medio fue de 8 ± 5 a los 6m de 6 ± 4 y a los 12m de $6 \pm 3,2$ y el mRs de 3, 2, 2 respectivamente. El 25% presentaron complicaciones no neurológicas durante el ingreso siendo la más frecuente la broncoaspiración. La supervivencia a los 3,6 y 12 meses fue del 88%, 83% y 76% respectivamente. El 3,7% de los pacientes (4) presentaron un nuevo episodio cardiovascular en los 12 meses siguientes teniendo todos ellos el ITB patológico.

Conclusiones: Los ictus hemorrágicos y las mujeres presentaron mayor mortalidad $p < 0,001$ y $p < 0,003$ respectivamente. El ITB patológico se asoció a la aparición de nuevos episodios cardiovasculares $p < 0,001$ y peor recuperación funcional $p < 0,01$ y no con la estenosis carotídea ni con la gravedad del ictus, actuando como factor independiente de mal pronóstico. El valor del NIHSS y del mRs previo se asoció de forma inversa a la recuperación funcional y a la supervivencia $p = 0,03$. La afectación neurológica grave al ingreso (puntuación NIHSS) se asoció a institucionalización al alta $p < 0,001$. Se ha observado que transcurridos 6m del episodio agudo no se obtiene mejora de la afectación neurológica ni del estado funcional. La edad no influyó en las complicaciones no neurológicas, en la recuperación funcional ni en la mortalidad por lo que en el anciano la actuación en el ictus agudo se debe individualizar.

122. DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA A LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA RELACIONADAS CON LA PRESIÓN ARTERIAL

A. Roca-Cusachs¹, C. Sanclemente², F. Sabaté², S. Abilleira³, G. Luente³, A. Ribera³ y M. Gallofré³

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

³Pla Director Malaltia Vascular Cerebral, Agència d'Informació, Evaluació i Qualitat en Salut (AIAQS), Barcelona.

Introducción: El Segundo Audit del Ictus (Cataluña 2007) muestra un empeoramiento significativo en el cumplimiento o adherencia al indicador: manejo de la hipertensión (HTA), manejo de la dislipidemia y uso de anticoagulantes (ACO) por fibrilación auricular (FA).

Objetivos: Determinar los factores ligados al paciente y al profesional asociados a un buen/mal cumplimiento de este indicador.

Material y métodos: Para determinar los factores ligados al profesional se realizó una encuesta sobre el conocimiento del manejo de la hipertensión, la dislipemia y el uso de anticoagulantes en la FA, 29 preguntas (9 sobre dislipemia, 10 sobre hipertensión y 10 sobre el uso de ACO en la FA). Se pasaron a profesionales que atienden ictus, con una invitación electrónica a participar en una encuesta online, no había límites temporales.

Resultados: 86 profesionales contactados; 58 encuestas contestadas (52 completas); tasa de respuestas: 60.4%, 38 centros eran universitarios, 29 hospitales comarcales, 32 de los hospitales te-

nían residentes, 53 eran neurólogos y 5 Medicina Interna, Se analizó las respuestas de manera global y para cada nivel de hospital (nivel 1, nivel 2 y nivel 3).

Preguntas/ respuestas	a	b	c	d	e	H	H	H	Global
						Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	
¿Con qué valores de TAS inicia tto durante la fase aguda del ictus isquémico?	> 140 mmHg	> 160 mmHg	> 180 mmHg	> 200 mmHg	> 220 mmHg	50	53	81	55
¿Con qué valores de TAD inicia tto durante la fase aguda del ictus isquémico?	> 90 mmHg	> 100 mmHg	> 110 mmHg	> 120 mmHg	> 130 mmHg	39	47	63	47
¿Cuántos días deja pasar antes de establecer tratamiento anti HTA de prevención secundaria después de un ictus?	Al menos 7 días	Al menos 2 semanas	Al menos 3 semanas	Al menos 4 semanas	Al menos 2 meses	94	88	100	96
¿Qué reducción porcentual de PA intenta conseguir cuando está justificado el tto anti HTA en la fase aguda del ictus?	No superior a un 10%	No superior a un 20%	No superior al 25%	No superior al 30%	No superior al 40%	61	72	88	70
Según los últimos estudios de intervención cuales son según su opinión los objetivos mínimos de reducción de PAS/PAD en la prevención secundaria del ictus?	< 130/80	< 135/85	< 140/90			39	17	19	29
Fuera de la fase aguda del ictus: trata con antiHTA los pacientes con PA normal-alta (130-140/85-90)?	Siempre	A veces, según el perfil de riesgo	No, nunca			17	6	0	6
¿Que tto anti HTA es el más indicado en la fase crónica del ictus?	Diuréticos	Beta-bloqueantes	Inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona	Calcio-antagonistas	Cualquiera indistintamente	16	18	17	18
¿Qué hace en cuanto a la administración de antiagregantes en el ictus isquémico?	Se han de administrar siempre que no estén indicados los anticoagulantes	Se ha de administrar solo si la PA está perfectamente controlada	Es preferible no administrarlos si la PA es muy elevada	No se han de administrar en pacientes con ictus y HTA en tto		0	6	6	4
En su práctica clínica ¿selecciona los anti HTA en función de la edad?	diuréticos, calcioantagonistas son más eficaces en pacientes seniles	Sí, los BB e IECA son más eficaces en pacientes jóvenes	Sí, los diuréticos y calcioantagonistas son más eficaces en pacientes jóvenes	Sí, los BB, los IECA y ARA II son más eficaces en pacientes seniles	No. No hay evidencia que hayan diferencias de efecto en función de la edad	76	73	88	81

Conclusiones: Existe variabilidad en la práctica clínica y conocimiento respecto a la hipertensión arterial entre los diferentes profesionales que atienden al ictus. Existe variabilidad en la práctica clínica y conocimiento respecto a la hipertensión entre los hospitales según sean de nivel 1, nivel 2 o nivel 3. Se prescriben IECAs y ARA II como primera opción terapéutica en la prevención secundaria del ictus, probablemente por la información que aparece en las guías. La actuación en la fase aguda y crónica del ictus respecto a la HTA es diferente dependiendo del hospital y de los profesionales que atienden esta patología.

123. DETERMINANTES DE LA ADHERENCIA A LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA RELACIONADAS CON LA DISLIPEMIA

C. Sanclemente¹, A. Roca-Cusachs², F. Sabaté², S. Abilleira³, G. Luente³, A. Ribera³ y M. Gallofré³

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

³Pla Director Malaltia Vascular Cerebral, Agència d'Informació, Evaluació i Qualitat en Salut (AIAQS), Barcelona.

Introducción: El Segundo Audit del Ictus (Cataluña 2007) muestra un empeoramiento significativo en el cumplimiento o adherencia en el indicador: manejo de la hipertensión (HTA), manejo de la

dislipidemia y uso de anticoagulantes (ACO) por fibrilación auricular (FA).

Objetivos: Determinar los factores ligados al paciente y al profesional asociados a un buen/mal cumplimiento de este indicador.

Material y métodos: Para determinar los factores ligados al profesional se realizó una encuesta sobre el conocimiento del manejo de la hipertensión, la dislipemia y el uso de anticoagulantes en la FA, 29 preguntas (9 sobre dislipemia, 10 sobre hipertensión y 10 sobre el uso de ACO en la FA). Se pasaron a profesionales que atienden ictus, con una invitación electrónica a participar en una encuesta online, no había límites temporales.

Resultados: 86 profesionales contactados; 58 encuestas contestadas (52 completas); tasa de respuestas: 60.4%, 38 centros eran universitarios, 29 hospitales comarcales, 32 de los hospitales tenían residentes, 53 eran neurólogos y 5 Medicina Interna, Se analizó las respuestas de manera global y para cada nivel de hospital (nivel 1, nivel 2 y nivel 3). (Tabla a pie de página).

Conclusiones: Existe variabilidad en la práctica clínica y conocimiento respecto a la dislipemia entre los diferentes profesionales que atienden al ictus. Existe variabilidad en la práctica clínica y conocimiento respecto a la dislipemia entre los hospitales según sean de nivel 1, nivel 2 o nivel 3. Se prescribe atorvastatina como primera opción terapéutica en la prevención secundaria del ictus, probablemente por la información que aparece en las guías. 4. La actuación en la fase aguda y crónica del ictus respecto a la dislipemia es diferente dependiendo del hospital y de los profesionales que atienden esta patología.

Las 4 últimas columnas de la tabla muestran el % de respuestas acertadas respecto a la dislipemia

Preguntas/ respuestas	a	b	c	d	e	H	H	H	Global
						Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	
¿En el paciente con ictus isquémico aterotrombótico con qué cifras de c-LDL inicia tto hipolipemiante?	c-LDL > 70 mg/dl	c-LDL > 100 mg/dl	Independientemente de las cifras de c-LDL	Pocos casos se benefician del tto hipolipemiante		63	65	63	61
¿En su opinión, cuales es el objetivo terapéutico de c-LDL en la prevención secundaria del ictus?	c-LDL	c-LDL	c-LDL entre 100-130 mg/dL	No está claro el objetivo		58	70	50	58
¿Si el c-LDL está en objetivos sin tto hipolipemiante, prescribe tto en el ictus isquémico aterotrombótico?	Sí, si no existe contraindicación	No, no es necesario	No, no aporta ningún beneficio	Dependiendo del riesgo del paciente		58	65	75	63
¿En un paciente con unAIT aterotrombótico y un c-LDL ≤ 100 mg/dL le prescribe estatinas?	Sí, si no existe contraindicación	No, no es necesario	No, no aporta ningún beneficio	Dependiendo del riesgo del paciente		58	71	69	70
¿Qué fármaco hipolipemiante utiliza de primera elección en el ictus isquémico aterotrombótico?	Estatinas	Ezetimiba	Fibratos	Resinas	Omega 3/ac nicotínico	100	89	95	96
¿Qué estatina utiliza habitualmente?	Simvastatina	Atorvastatina	Pravastatina	Rosuvastatina	Cualquiera indistintamente	11	6	0	5

124. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ENMASCARADA EN FAMILIARES DE HIPERTENSOS

M. Doménech Feria Carot¹, J. Sobrino Martínez², M. Camafort Babkowski³, E. Vinyoles Bargallo⁴, J.E. López Paz⁵, J. Saban Ruiz⁶, L.M. Cuadrado Gómez⁷, F. Gamazo Chillón⁸, G. Fernández Fresnedo⁹ y A. Coca Payeras¹

¹Hospital Clínic, Barcelona. ²Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet. ³Hospital Mora d'Ebre, Mora d'Ebre.

⁴CAP La Mina, Sant Adrià del Besós. ⁵Hospital Clínico, Santiago de Compostela. ⁶Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁷Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ⁸Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo. ⁹Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: Algun estudio ha mostrado como los antecedentes familiares de hipertensión arterial pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial enmascarada (HTAE).

Objetivos: Analizar la prevalencia de HTAE en sujetos normotensos familiares de hipertensos conocidos y estudiar qué factores pueden ser predictores de estar afecto por dicha patología.

Métodos: Se seleccionaron sujetos normotensos familiares en primer grado de hipertensos atendidos en unidades de HTA de todo el territorio español, con una presión arterial clínica $< 140/90$ mmHg a los que se practicó una monitorización ambulatoria de la presión arterial, se recogieron datos antropométricos y se realizaron una analítica de sangre y orina, así como un electrocardiograma. Se definió HTAE a aquellos sujetos con una PA media del periodo diurno $> 135/85$ mmHg.

Resultados: Se reclutaron 438 sujetos (50,9% varones) con una edad media de $45,3 \pm 10,9$ años, la prevalencia de HTAE fue del 29,5%. Los individuos con HTAE fueron de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) más obesos (IMC 27,32 vs 25,68 Kg/m²), fumadores (37 vs 26,6%) con un consumo de alcohol > 30 gr/día (44,4 vs 27,7%) más frecuente en varones (66,7% vs 44,3%) con una PA clínica más elevada (130,5/80,8 vs 122,9/76,1 mmHg), con un peor filtrado glomerular calculado (84,77 vs 90,4 ml/min/1,73 m²), un peor perfil lipídico (colesterol LDL 133,5 vs 122,3 mg/dl, colesterol HDL 50,5 vs 54,9 mg/dl, triglicéridos 140,6 vs 111,2 mg/dl) tenían una mayor frecuencia de PA clínica $> 130/80$ (77,8 vs 50,4%). En el análisis de regresión logística solo la PAS clínica $> 130/80$ mmHg (HR 4,21; IC95% 2,32-7,63; $p < 0,001$) y el ser varón (HR 3,72; IC95% 1,17-11,85; $p = 0,02$) se mantuvieron estadísticamente significativos.

Conclusiones: La hipertensión enmascarada en familiares de hipertensos afecta a casi uno de cada tres sujetos estudiados, más frecuente en varones con sobrepeso y con un peor perfil de riesgo vascular. Siendo el mejor factor predictor el presentar una PA clínica normal-alta.

125. CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN HIPERTENSOS MAL CONTROLADOS

F.J. Alonso Moreno¹, J.R. Banegas², J.J. de la Cruz² y C. Álvarez³

¹CS Sillería, Toledo. ²Departamento Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ³Departamento Médico, Pfizer España, Alcobendas, Madrid.

Objetivos: Determinar el cumplimiento terapéutico y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos mal controlados.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal y multicéntrico realizado en Centros de Atención Primaria de España. Fueron seleccionados pacientes de ambos性es de 18 o más años de edad, con diagnóstico de HTA no controlada (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o $\geq 130/80$ mmHg en diabéticos) y en tratamiento antihipertensivo desde hacia al menos 3 meses. Se realizó el test de Morisky-Green como método de medida del

cumplimiento terapéutico basado en la entrevista clínica. Se consideró cumplidor aquel paciente que respondía de forma correcta a las 4 preguntas del test. Fueron considerados adherentes los pacientes que contestaron correctamente en una o más preguntas y no adherente si el paciente contesta incorrectamente las 4 preguntas.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 9.670 pacientes. Fueron excluidos 1.597 (16,5%) por no cumplir los criterios de selección. El 54,2% de los pacientes evaluados eran hombres, con una edad media de $64,4 (\pm 11,0)$ años e IMC medio de $29,5 (\pm 4,6)$ kg/m². La PA sistólica media fue de $152,9 (\pm 13,1)$ mmHg y la PA diastólica media de $88,9 (\pm 8,8)$ mmHg. El porcentaje de pacientes cumplidores fue en el grupo de pacientes con uno o más años de diagnóstico del 32,0% y en el grupo de pacientes de menos de un año del 41,7%, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$). El porcentaje de pacientes adherentes fue en el grupo de pacientes con uno o más años de diagnóstico del 95,9% y en el grupo de pacientes de menos de un año del 94,1%.

Conclusiones: Encontramos un importante de pacientes incumplidores entre los hipertensos con mal control de la presión arterial. Nuestros datos indican que parece darse una tendencia al aumento del incumplimiento terapéutico en los pacientes con más años de evolución de su hipertensión.

126. PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE HIPERTENSO MAL CONTROLADO CON SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.J. de la Cruz¹, F.J. Alonso Moreno², J.R. Banegas¹, C. Álvarez³ y P. Tarilonte³

¹Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

²CS Sillería, Toledo. ³Departamento Médico, Pfizer España, Alcobendas, Madrid.

Objetivos: Determinar las características clínicas del paciente hipertenso no controlado en consultas de atención primaria.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal y multicéntrico realizado en Centros de Atención Primaria de España. Fueron seleccionados pacientes de ambos性es de 18 o más años de edad, con diagnóstico de HTA no controlada (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg y $\geq 130/80$ mmHg en diabéticos) en tratamiento antihipertensivo desde hacia al menos 3 meses.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 9.670 pacientes. Fueron excluidos 1.597 (16,5%) por no cumplir los criterios de selección. Se evaluaron 8.073 pacientes en el grupo total, 7.481 (94,6%) en el grupo de pacientes con uno o más años de diagnóstico de HTA y 430 (5,4%) en el grupo de pacientes con menos de un año de diagnóstico de HTA. El 54,2% de los pacientes evaluados eran hombres, con una edad media de $64,4 (\pm 11,0)$ años e IMC medio de $29,5 (\pm 4,6)$ kg/m². La edad media en el momento del diagnóstico de HTA fue a los $56,0 (\pm 10,4)$ años. El tiempo medio de diagnóstico de HTA en los pacientes diagnosticados hacia más de un año era de $8,7 (\pm 6,5)$ años y en los pacientes de menos de un año de $0,4 (\pm 0,2)$ años. La PA sistólica media fue de $152,9 (\pm 13,1)$ mmHg y la PA diastólica media de $88,9 (\pm 8,8)$ mmHg. El 62,3% de los pacientes diagnosticados hacia más de un año y el 64,1% en los pacientes de menos de un año desde el diagnóstico pertenecían al grupo de hipertensión leve, $p = 0,0118$. El 65,8% tenían los niveles de colesterol > 190 mg/dl, el 60,8% el colesterol LDL > 115 mg/dl, el 26,7% el colesterol HDL en hombres < 40 o en mujeres < 46 mg/dl, el 43,1% los triglicéridos > 150 mg/dl, el 75,6% el colesterol no HDL ≥ 130 mg/dL. El 62,2% de los pacientes tenían la glucosa en ayunas no controlada (< 110 mg/dl). La media de HbA1c fue del 6,6% ($\pm 1,2$) y la de creatinina 1,0 ($\pm 0,5$) mg/dL. El 35,6% de los pacientes con diagnóstico de uno o más años y el 20,9% de menos de un año pa-

decían enfermedad cardiovascular o nefropatía ($p < 0,0001$). El 60,2% de los pacientes con diagnóstico de HTA de uno o más años y el 52,2% de menos de un año padecían SM según guías ESC/ESH 2007, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En cuanto al riesgo cardiovascular a 10 años, según guías ESH/ESC 2007, el 1,6% de los pacientes presentaban riesgo bajo, el 12,4% riesgo moderado, el 45,5% riesgo alto y el 40,4% riesgo muy alto.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico presentaba cifras de presión arterial que se clasificaron en el grupo de hipertensión leve. El paciente hipertenso mal controlado con seguimiento en consultas de Atención Primaria de España tenía niveles altos de lípidos y cifras de glucosa mal controladas. Ocho de cada diez pacientes presentaban riesgo cardiovascular alto o muy alto.

127. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS CON MAL CONTROL ANTIHIPERTENSIVO

J.R. Banegas¹, J.J. de la Cruz¹, F.J. Alonso Moreno², C. Álvarez³ y P. Tarilonte³

¹Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

²CS Sillería, Toledo. ³Departamento Médico, Pfizer España, Alcobendas, Madrid.

Objetivos: Determinar el cumplimiento terapéutico y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos mal controlados.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal y multicéntrico realizado en Centros de Atención Primaria de España. Fueron seleccionados paciente de ambos sexos de 18 o más años de edad, con diagnóstico de HTA no controlada (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o $\geq 130/80$ mmHg en diabéticos) y en tratamiento antihipertensivo desde hacía al menos 3 meses.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 9.670 pacientes. Fueron excluidos 1.597 (16,5%) por no cumplir los criterios de selección. El 54,2% de los pacientes evaluados eran hombres, con una edad media de 64,4 ($\pm 11,0$) años e IMC medio de 29,5 ($\pm 4,6$) kg/m². La PA sistólica media fue de 152,9 ($\pm 13,1$) mmHg y la PA diastólica media de 88,9 ($\pm 8,8$) mmHg. Los tratamientos antihipertensivos sin combinaciones fijas más empleados fueron: IECA (23,9%), ARA II (23,5%), diuréticos (19,9%), calcioantagonistas (16,6%) y betabloqueantes (13,8%). Entre los tratamientos antihipertensivos en combinación fija destacan los ARA II + diuréticos (17,0%) y los IECA + diuréticos (14,9%), como tratamientos combinados más administrados hasta la visita de estudio. A partir de la visita de estudio, los tratamientos más administrados fueron los ARA II + calcioantagonistas (38,8%).

Conclusiones: Los IECA y ARA II en monoterapia, y los ARA II + diurético en combinación fija fueron los tratamientos más utilizados. Ante el mal control de la hipertensión el médico de familia utilizó más la combinación ARA II + calcioantagonista.

128. EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE DISFUCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN LA PROVINCIA DE ALBACETE

P.J. Tarraga López¹, J. Lucas Pérez Romero², M. Lucas Pérez Romero³, P. Romero Rodenas³, M.T. Tolosa Navalón³, J.L. Castro Navarro⁴, E. Arjona Laborda⁵, J. Solera Albero⁶, M.A. Palomino Medina⁷ y M.L. Marcos Navarro⁸

¹CS Zona 5, Albacete. ²CS Zona 2, Albacete. ³Unidad Salud Mental, Albacete. ⁴CS Munera, Albacete. ⁵CS Alcaraz, Albacete. ⁶CS Zona 7, Albacete. ⁷CS Motilla, Cuenca. ⁸Hospital General, Albacete.

Objetivos: Determinar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con Síndrome Metabólico en la Provincia de Albacete.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo entre los pacientes que acudieron a las consultas de Atención Primaria de varios Centros de Salud Urbanos y Rurales en la Provincia de Albacete y que cumplían los criterios de síndrome metabólico según los criterios ATP III. El diseño fue en pacientes varones, mayores de 18 años y menores de 65 años. Fueron excluidos del estudio los pacientes que no aceptaron o no reunían cualidades psíquicas suficientes. Una vez seleccionados se les citó en consulta para recogida de datos antropométricos y para pasar el cuestionario SHIM de disfunción eréctil.

Resultados: El 15,8% de los pacientes no padecía disfunción eréctil. El 84,2% de los pacientes presentaba en mayor o menor medida disfunción eréctil. En el 21,1% de los pacientes se observó disfunción eréctil leve, en el 47,3% disfunción eréctil leve-moderada y en el 5,3% disfunción eréctil moderada. No se encontró en el grupo ningún paciente con disfunción eréctil grave. En cuanto a la confianza en tener una erección y mantenerla en el 26,3% era baja, en el 36,8% era moderada, en el 26,3% era alta, en el 10,5% era muy alta. No se obtuvo ningún paciente con confianza muy baja o nula. En cuanto a la confianza de que la erección fuese suficientemente rígida para la penetración en el 15,8% era baja, en el 36,8% era moderada, en el 36,8% era alta, en el 10,5% era muy alta. No se obtuvo ningún paciente con confianza muy baja o nula. En cuanto a la satisfacción del acto sexual fue pocas veces satisfactorio para el 26,3% de los pacientes, fue a veces satisfactorio para el 31,6% de los pacientes, fue muchas veces satisfactorio para el 31,6% de los pacientes, fue casi siempre o siempre satisfactorio para el 10,5% de los pacientes, ningún paciente refirió satisfacción nula o escasa.

Conclusiones: La prevalencia del síndrome metabólico en la provincia de Albacete está en torno al 20%. Según los resultados observados la prevalencia de la disfunción eréctil en pacientes con síndrome metabólico es alta. Quizás un mejor control de los factores del síndrome metabólico podrían disminuir la prevalencia y el grado de severidad de disfunción eréctil.

129. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

M.J. Torres Sánchez, M.J. Ruiz Díaz, M. Peña Sánchez, N. Oliva Dámaso, K. Lucana Béjar, P. Galindo Sacristán, R.J. Esteban de la Rosa y A. Osuna Ortega

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Propósito del estudio: La hipertensión arterial (HTA) en una complicación frecuente en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis (HD) y es factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares y aumento de la morbilidad por lo que un adecuado control de la HTA es imprescindible para reducirlas. La prevalencia de HTA en estos pacientes es variable y depende del tipo de diálisis utilizada. Este estudio tiene como objetivo establecer la prevalencia de HTA de una población en HD y evaluar las características y factores de riesgo que provocan su desarrollo.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal con 116 pacientes con ERC en HD durante noviembre de 2010. Se definió HTA con valores de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg clasificándola además según los diversos grados establecidos en las Guías Europeas de HTA (2009). La toma de la tensión arterial se realizó antes y después de la sesión de HD. Se tuvieron en cuenta diferentes variables: sexo, edad, otras enfermedades concomitantes como diabetes, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, hipotensores, tiempo en HD, volumen ultra-

filtrado, anemia, hipoalbuminemia y datos inflamatorios. Se midió la asociación empleando tablas de contingencia y el test exacto de Fisher (significación si $p < 0,05$) empleándose el paquete estadístico SPSS.15.

Resultados: De los 116 pacientes incluidos inicialmente, fueron descartados 7 por llevar < 3 meses en HD. De ellos el 60,6% eran varones. La edad media fue de $61,77 \pm 13,78$ años. El tiempo medio en HD $46,58 \pm 46,40$ meses. El 89% tenían HTA. La etiología más frecuente de la ERC fue nefroangiosclerosis (24,8%), glomerulonefritis (21,1%), diabética, poliquística e idiopática (11,1%) El 31,2% tenían HTA en la toma antes de la sesión de HD, y un 22,9% acabaron la sesión con HTA. Un 19,3% presentaban HTA sistólica aislada prediálisis y un 11,9% posdiálisis. El 18,3% tenían hipotensión mantenida de forma habitual y un 27,1% presentaron bajadas importantes de la TA durante la sesión. La media de TA sistólica/diastólica prediálisis fue $131,83 \pm 25,85/72,98 \pm 12,56$ mmHg y posdiálisis $124,27 \pm 24,65/68,80 \pm 12,68$ mmHg. Patología concomitante: 27,5% diabéticos, 57,8% dislipémicos, 27,5% fumadores, 26,6% obesos, 29,4% con hipertrofia ventrículo izquierdo y 20,2% con cardiopatía isquémica. Anémicos el 33,9% (uso medio de $43,76 \pm 45,49$ µg de darbepoetin alfa), dentro de los parámetros inflamatorios: PCR $0,8 \pm 1,88$ y albúmina $3,85 \pm 0,38$. El 2,8% tenían aumentado el sodio en el líquido de diálisis. La ganancia de peso media interdiálisis fue $2.355,96 \pm 1052$ g. La media de fármacos hipotensores utilizados fue $1,8 \pm 1,3$. El 25,7% utilizaba 2 fármacos y máximo 5 el 2,8%. Por grupo de fármacos, los más utilizados fueron: IECA 2,8% (más frecuentes enalapril y ramipril), ARAII 29,4% (losartán), betabloqueantes 40,4% (atenolol), calcioantagonistas 28,4% (manidipino), alfabloqueantes 21,3% (doxazosina), minoxidil 2,8% y el 46,8% aún tomaban furosemida. El 63,6% de los que presentaban HTA antes de la sesión de HD eran varones y el 9,1% no tomaban ningún fármaco hipotensor. De los normotensos, el 63,2% tomaban hipotensores. En el análisis comparativo solo se vio significación estadística en los diabéticos (50% vs 24,1%) y los que tomaban IECA (100% vs 29,2%), ARAII (46,9% vs 24,7%), calcioantagonistas (51,6% vs 23,1%) y alfabloqueantes (65,2% vs 22,4%).

Conclusiones: La HTA es muy prevalente en los pacientes en hemodiálisis y a pesar del tratamiento hipotensor aún un importante porcentaje permanece hipertenso durante la sesión de HD no consiguiendo acabar normotenso a pesar de la ultrafiltración. Es relevante el porcentaje de pacientes con hipotensiones importantes durante la sesión de HD. También es importante el porcentaje de pacientes con hipotensión mantenida. Mayoritariamente los pacientes necesitan terapia combinada de fármacos para controlar la TA. -Los diabéticos en HD suelen asociar HTA.

130. PREVALENCIA DE LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN FILTRADO GLOMERULAR Y RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. Tovillas Morán¹, M. Vilaplana Cosculluela², A. Dalfó Pibernat³, E. Zabaleta del Olmo⁴, J.M. Galcerán⁵, A. Coca⁶ y A. Dalfó Baqué⁴

¹Equipo de Atención Primaria (EAP) Martí i Julià, Cornellà, Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol. Barcelona. ²EAP Gòtic, IDIAP Jordi Gol. Barcelona. ³EAP Vallcarca. Barcelona. ⁴Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol. Barcelona. ⁵Fundació ALTHAIA. Manresa, Barcelona. ⁶Unidad de Hipertensión, Instituto de Medicina y Dermatología, Hospital Clínico, Universidad de Barcelona, Barcelona.

Propósito del estudio: Describir la prevalencia de los diferentes estadios de enfermedad renal crónica según el filtrado glomerular (FG), estimado mediante las fórmulas de Cockcroft-Gault y MDRD, y analizar la asociación del FG con la incidencia de eventos cardio-

vasculares (ECV) en una cohorte de personas hipertensas seguida durante 12 años.

Métodos: Estudio prospectivo de una muestra aleatoria de 223 hipertensos libres de ECV atendidos en un centro de atención primaria urbano. Se estimó el FG mediante ambas fórmulas. Se consideró ECV la aparición de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, vasculopatía periférica o muerte por ECV. Se analizaron los datos mediante el método actuarial y modelos de regresión de Cox.

Resultados: La mediana de tiempo de seguimiento fue de 10,7 años (rango intercuartílico, 6,5-12,1). El seguimiento fue completo en 191 participantes (85,7%). La mayoría de los pacientes se clasificaban en los estadios 2 y 3 mediante ambas fórmulas. Dentro del estadio 3, el 3a era más frecuente: un 86,8% en el caso del cálculo realizado con la fórmula de Cockcroft-Gault y un 76,1% en el de la fórmula MDRD. La supervivencia acumulada fue del 64,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 57,9-71,6%). La tasa media de incidencia de ECV durante todo el período de seguimiento fue de 3,6 (IC95%, 2,7-4,4%) por 100 personas hipertensas/año. El modelo multivariante final mostró que las variables con mayor poder predictivo de ECV en la población de estudio fueron la diabetes y la estimación del FG ≥ 60 ml/min/1,73 m² mediante fórmula MDRD.

Conclusiones: Los estadios más prevalentes fueron el 2 y el 3, sobre todo el 3a. Se observó una relación entre la aparición de ECV y los valores de FG estimados por la fórmula MDRD al inicio del seguimiento superiores a 60 ml/min/1,73 m², inversa a la esperada. La estimación del FG mediante fórmula de Cockcroft-Gault no se asoció con el riesgo cardiovascular.

Medida de presión arterial: MAPA, AMPA, presión arterial central y presión de pulso

131. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA AUMENTA EL RIESGO DE DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL MANTENIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

J. Álvarez, I. Torro, F. Aguilar, M. Maravall y E. Lurbe

Unidad contra el Riesgo Cardiovascular en Niños y Adolescentes, Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario, Universidad de Valencia. Valencia. CIBER de Obesidad y Nutrición, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Introducción: La hipertensión enmascarada es un fenómeno reproducible y asociado con el desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda en niños y adolescentes (Hypertension 2005). Sin embargo, la significación clínica de la misma no ha sido previamente determinada.

Objetivos: Evaluar el riesgo para desarrollar hipertensión arterial (HTA) sostenida en niños y adolescentes clasificados como hipertensos enmascarados.

Pacientes y métodos: Niños con el diagnóstico de HTA enmascarada ($n = 34$) y una muestra aleatoria obtenida de entre participantes normotensos ($n = 200$) fueron seguidos (edad media de los participantes $9,2 \pm 2,4$ años; 36 niñas). Se obtuvieron medidas de PA clínica y PA ambulatoria (MAPA) de 24 horas (Spacelabs 90217). Se les realizó medidas de PA repetidas en una o más ocasiones. Se clasificaron según los criterios de las Guías para Niños y Adolescentes de la Sociedad Europea de Hipertensión (J Hypertens 2009). Se calculó el riesgo que tienen los sujetos con HTA enmascarada de desarrollar HTA sostenida mediante modelos multivariados de riesgo proporcional de Cox.

Resultados: Durante el seguimiento (media 38 meses, rango 6 a 70) desarrollaron HTA sostenida 15 sujetos. La presencia de HTA en