

peraldosteronismo primario (HPAP) frente a la hipertensión arterial (HTA) esencial. En el curso de 8 años hemos seguido a dos pacientes con HPAP, que debutaron con insuficiencia renal crónica. Se demostró en ambos por TAC hiperplasia adrenal bilateral. Con el adecuado control de la presión arterial y la corrección del potasio se ha observado la desaparición de la insuficiencia renal en los años posteriores, lo que es el motivo de esta presentación.

**Material y métodos:** En el curso de 10 años se han diagnosticado 59 HPAP en nuestra consulta. Dos de ellos precisaron ingreso hospitalario por debut con severo deterioro e insuficiencia renal.

**Resultados:** Caso primero: varón de 59 años que acude a Urgencias en el 2005 por debilidad generalizada. Se objetivó marcada hipokaliemia y cifras tensionales elevadas, por lo que ingresa con el diagnóstico de parálisis hipokaliémica. Seguía tratamiento con verapamilo-doxazosina-valsartán. A la exploración física destaca: TA 152/86, con tetraparesia fláccida grado 1/5. La kaliemia fue de 1,44 mEq/l, con marcada alcalosis metabólica. ECG: FA a 60 lpm. Ecocardiografía: ligera insuficiencia aórtica con HVI concéntrica. El paciente fue tratado con reposición hidroelectrolítica y se añadió al tratamiento 200 mg de espirolactona al día y fue dado de alta pendiente de estudios hormonales, que mostraron: ARP 0,2 ng/ml/h (normal 1,3-4). Aldosterona sérica 360 pg/ml (normal 40-160), considerándose al estar con valsartán el test del captoril positivo. La TAC y gammagrafía mostraron hiperplasia suprarrenal. Posteriormente se ha mantenido el tratamiento con antialdosterónicos y progresivamente los niveles de creatinina han ido descendiendo desde 2,86 mg/dl hasta 1,28 mg/dl. Caso segundo: Varón de 47 años que acude a Urgencias el 2002 por síndrome constitucional. Se objetivaron cifras tensionales elevadas (196/124), hipertrofia ventricular izquierda y retinopatía hipertensiva grado 4. No seguía tratamiento antihipertensivo. La creatinina inicial fue de 2,43 mg/dl. El paciente fue tratado con 4 antihipertensivos manteniéndose la presión arterial en estadio 1. En el curso de los 2 años siguientes la kaliemia oscilaba entre 3,4 y 3,8 mEq/l, por lo que se determinó ARP (0,3 ng/ml/h) y aldosterona sérica (493 pg/ml), considerándose al estar con enalapril el test del captoril positivo. En la TAC no se demostró adenoma en la suprarrenales. Se introdujo espirolactona a dosis de 100 mg con modificaciones del resto de antihipertensivos. Posteriormente se ha mantenido el tratamiento con antialdosterónicos y progresivamente los niveles de creatinina han ido descendiendo hasta 1,20 mg/dl.

**Conclusiones:** 1. El diagnóstico de HPAP es importante a causa de que la HTA, sus disturbios metabólicos y la nefropatía son potencialmente curables. 2. La HTA puede ser severa y de difícil control con solo medicación antihipertensiva no antialdosterónica. 3. Sin embargo el diagnóstico puede ser difícil, ya que el cuadro clínico y/o bioquímico completo puede no estar presente, particularmente en pacientes con hiperplasia no adenomatosa que pueden tener niveles de potasio sérico normal. 4. La técnica de imagen inicial, la eco abdominal, tiene muy baja sensibilidad para detectar adenomas o hiperplasias productoras de HPAP.

## Estratificación de riesgo

### 320. RECLASIFICANDO CON FRAMINGHAM EN UNA POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA: DISCRIMINACIÓN CON CURVAS ROC

L.M. Artigao Ródenas<sup>1</sup>, J.A. División Garrote<sup>1</sup>, J.A. Carbayo Herencia<sup>1</sup>, B. González Lozano<sup>2</sup>, J. Massó Orozco<sup>1</sup>, D. Caldevilla Bernardo<sup>1</sup>, E. López de Coca Fernández Valencia<sup>1</sup>, I. Ponce García<sup>3</sup>, M. Simarro Rueda<sup>4</sup> y A. Herrero Hernández<sup>5</sup>

<sup>1</sup>GEVA, Albacete. <sup>2</sup>CS Zona III, Albacete. <sup>3</sup>CS Casas Ibáñez, Albacete. <sup>4</sup>CS Zona IV, Albacete. <sup>5</sup>CS de Villarrobledo, Albacete.

**Objetivos:** Valorar si la nueva función de clasificación de riesgo cardiovascular propuesta por Framingham (D'Agostino et al. Circulation. 2008;117:743-53) es útil en una población europea no anglo-sajona.

**Sujetos, material y métodos:** Se estudia una cohorte seleccionada de forma aleatoria, estratificada y bietápica, extraída de una población general del sudeste de España (Albacete y su provincia). Se realizan dos cortes: 1º 1992-94 (se estudian enfermedades cardiovasculares -ECV-, factores de riesgo mayores, ECG y analítica) y 2º corte 2004-06 (se recogen eventos y mortalidad cardiovascular).

**Resultados:** En el rango de edad 30-74 años libres de ECV en 1º corte se incluyen 851 sujetos, se excluyen 32 por no disponer de chDL (819) y se pierden en el seguimiento 60 (7,1%) por diferentes razones. N definitiva del estudio 759 (55,3% mujeres). La discriminación del modelo estudiado en esta cohorte (curvas ROC) después de un seguimiento medio de 10,6 años (DE 2,3) tanto en mujeres como en hombres fue: Área bajo la curva ROC en mujeres. El valor del área bajo la curva es 0,789 (IC95%: 0,716-0,863); p1 de modo global clasifica correctamente al 78,9% de las mujeres. B: Área bajo la curva ROC en varones. El valor del área bajo la curva es 0,780 (IC95%: 0,713-0,847); p1 clasifica correctamente de modo global al 78,0% de los varones.

**Conclusiones:** La nueva propuesta de Framingham "discrimina" aceptablemente el riesgo cardiovascular en la población del sur de Europa (sudeste de España) estudiada.

### 321. ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

J.J. Bolaños Vergaray, R. González Hernández, J.C. Obaya Rebollar, N. Puche López, A.H. Estrada León, D. Benítez Fuentes, L.O. Guerra Villa, J. Ruiz Millán, M. Barrios Encinas y S. Pozo Sánchez

CS La Chopera, Madrid.

**Propósito del estudio:** Principal: estimar la prevalencia insuficiencia renal oculta (IRO) en pacientes > 60 años con al menos un factor de riesgo cardiovascular o con enfermedad cardiovascular establecida. Secundarios: definir las características clínicas y demográficas de los pacientes con IRO en atención primaria (AP). Determinar la proporción de pacientes con IRO con prescripción actual de fármacos nefrotóxicos. Estimar el riesgo cardiovascular de los pacientes con IRO para lo cual utilizaremos la tabla SCORE para países de bajo riesgo y su versión on-line HeartScore®.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal en el que se evaluará la función renal utilizando la medición de la creatinina y estimación del filtrado glomerular mediante la fórmula MDRD-4. Los pacientes se incluyeron de manera consecutiva durante el período de 3 meses que duró el estudio, hasta completar el tamaño muestral. Los datos analíticos se recogieron de la historia informatizada (OMI-AP), previa petición de consentimiento

informado del paciente. Criterios de inclusión: 1. Pacientes > 60 años. 2. Pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o con al menos un factor de riesgo cardiovascular: HTA, DM, dislipemia, obesidad, fumador activo. Criterios de exclusión: 1. Pacientes no adscritos a CS La Chopera (Alcobendas - Madrid). 2. Enfermedad psiquiátrica invalidante. 3. Pacientes inmovilizados en el domicilio. 4. Demencia o deterioro cognitivo moderado-severo. 5. Pacientes que no den consentimiento informado. 6. Esperanza de vida inferior a 6 meses. 7. Pacientes que iniciaron el estudio pero fueron institucionalizados durante el período de estudio. Los datos se analizaron mediante el programa informático SPSS 18.0. Los resultados se consideraron estadísticamente significativo si  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 408 pacientes con una prevalencia de 15,7% de IRO. De los pacientes con IRO el 76,6% era del sexo femenino y tenían una edad media de 72,77 años con una desviación estándar de 7,96 años. De los factores de riesgo cardiovascular, el 75% presentaban hipertensión arterial; 29,7% diabetes mellitus tipo 2; 67,2% dislipemia; 49,2% obesidad y 7,8% eran fumadores activos. Entre la enfermedad cardiovascular establecida, la más prevalente fue la cardiopatía isquémica en el 15,6%; 3,1% ictus previo; 1,6% retinopatía y ninguno con enfermedad arterial periférica. El 67,7% de los pacientes con IRO tenía la prescripción actual de algún fármaco nefrotóxico. El riesgo cardiovascular según el SCORE fue bajo en el 34,9%; moderado en 44,2%; alto en 16,3% y muy alto en 4,6%. Se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin IRO en cuanto a: sexo, edad y obesidad.

**Conclusiones:** El estudio determinó que la mayor parte de pacientes con IRO eran mujeres y con una edad media de 72 años. La mayor prevalencia en el sexo femenino concuerda con los estudios previos, y se puede explicar por las siguientes razones: las mujeres presentan una mayor demanda asistencial y el hecho de que la fórmula MDRD-4 depende de la edad y el sexo. En cuanto a la edad, los pacientes con IRO tienen en promedio mayor edad, y además nos induce a pensar que la edad podría ser conjuntamente con la disminución fisiológica de la función renal un factor de riesgo adicional para el desarrollo de IRO. La elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población con IRO está en consonancia con el hecho de que estos factores predicen el desarrollo posterior de ERC, sin embargo solo se encontraron diferencias significativas con la obesidad. La estimación del RCV según SCORE en el 20,9% de los IRO es alta. Mencionar la importancia que adquiere la iatrogenia como factor etiopatogénico en el desarrollo de la IRO (67,7% consumían nefrotóxicos), especialmente en los grupos de mayor edad.

### 322. MEDIDA DE LA VOP MEDIANTE ECOGRAFÍA DOPPLER: CONCORDANCIA CON COMPLIOR

J. Calabia Martínez, P. Torguet Escuder, I. García Méndez, N. Martín Alemany, B. Guasch Aragay, D. Faur, G. Mate Benito y M. Vallés Prats

*Hospital Dr. Josep Trueta, Girona.*

La rigidez arterial es un parámetro establecido dentro de la valoración del riesgo cardio-vascular. Actualmente disponemos de múltiples métodos para determinar la velocidad de onda de pulso (VOP) y entre ellos los más utilizados son los métodos mecánicos, como el Complior o el Sphigmocor, que precisan de dispositivos específicos y una inversión importante en aprendizaje y tiempo de exploración. La utilización del doppler guiado por ecografía 2D es una buena alternativa a estos métodos. Realizamos un estudio comparativo para evaluar la fiabilidad del eco-doppler en la medida de la VOP carótida-femoral respecto al método Complior. Se estudió la VOP carótida-femoral utilizando los dos sistemas en 40

pacientes, mostrando ambos métodos muy buena concordancia ( $R = 0,91$ ). En el análisis de reproducibilidad de la VOP por doppler no se hallaron diferencias intra e interobservador. En base a los resultados, el estudio demuestra que la ecografía doppler puede ser usada para medir la VOP aórtica de manera fiable y reproducible, similar otros métodos más establecidos.

### 323. EXPECTATIVAS DE CAMBIO EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO Y LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO: PROYECTO HTA EN 2020

J. Llisterri<sup>1</sup>, P. Conthe<sup>2</sup>, P. Aranda<sup>3</sup>, E. López de Sá<sup>4</sup>, J. Ampudia<sup>5</sup> y A. Coca<sup>6</sup>

<sup>1</sup>CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Gregorio Marañón, Madrid. <sup>3</sup>Unidad de Hipertensión, Hospital Carlos Haya, Málaga. <sup>4</sup>Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

<sup>5</sup>Unidad de Diabetes, Hospital Clínico Universitario, Valencia. <sup>6</sup>Unidad de Hipertensión, Hospital Clínic, Barcelona.

**Introducción:** Las guías clínicas actuales establecen unas claras recomendaciones del protocolo a seguir tanto para el diagnóstico como para la evaluación clínica del paciente hipertenso en aras a estratificar su riesgo cardiovascular global y, en consecuencia, adoptar las mejores estrategias terapéuticas para cada paciente. No obstante, en el momento actual no todos los médicos y organizaciones sanitarias del estado español pueden acceder a las mismas exploraciones y exámenes complementarios para evaluar al paciente. A las dificultades de los médicos de Atención Primaria para el acceso a tecnologías avanzadas de imagen se suman las de muchos profesionales que trabajan en Unidades de Hipertensión. Por otra parte, los estudios genéticos de predicción del riesgo son por el momento muy preliminares y con escasa aplicación en la clínica. En este estudio se han analizado las expectativas de distintos profesionales de la salud que trabajan en el campo cardiovascular respecto a la evaluación clínica de los hipertensos en la próxima década.

**Métodos:** El Proyecto Hipertensión 2020 ha analizado la opinión de 109 facultativos acerca de las diferentes expectativas en el futuro cercano sobre el riesgo cardiovascular, con especial referencia a la HTA. Se presenta el análisis de los datos referentes a la encuesta de percepción sobre la futura evaluación clínica del paciente con HTA. Es un estudio de carácter cuantitativo, realizado con cuestionarios on line, autocumplimentados por los 109 facultativos de entre 30 y 65 años de Medicina Interna, Nefrología, Cardiología, Endocrinología y Atención Primaria de toda la geografía española en 2010.

**Resultados:** El 68,3% de los encuestados refiere estar de acuerdo con el papel futuro de la genética en la predicción del riesgo de padecer HTA. Más de la mitad de los médicos (52,9%) piensan que el médico del futuro consultará reiteradamente en su ordenador los perfiles genómicos de cada enfermo y, sobre la base de esta información, recomendará estrategias preventivas o seleccionará fármacos. El 43,3% conviene en la importancia de la adiponectina plasmática en la evaluación clínica de la HTA. El 20,2% está muy de acuerdo y el 43,3% de acuerdo en que para el diagnóstico y la evaluación del tratamiento de la HTA es imprescindible realizar una MAPA a todos los pacientes. En relación con la AMPA, el 72,1% considera que será una técnica habitual en la valoración del paciente hipertenso. El 52,9% manifiesta que la PCR ultrasensible se utilizará como un biomarcador rutinario en la HTA, y el 76% que la disfunción endotelial será el marcador de daño orgánico subclínico más utilizado. El 65,4% estima que la ecocardiografía será una prueba inexcusable a realizar al paciente hipertenso del futuro. Un 56% de los médicos encuestados cree

que la HTA será conceptualizada en el futuro como una afección de base inflamatoria y un 45% que las plataformas de telemedicina basadas en la transmisión telemática de datos de PA (AMPA o MAPA) resultarán claves en el diagnóstico y control remoto de la HTA.

**Conclusiones:** Las opiniones vertidas por los profesionales encuestados abogan por el uso rutinario de la genética, las técnicas de imagen y las tecnologías de medida automática o domiciliaria de la presión arterial. Asimismo, la opinión mayoritaria es que los biomarcadores serán también pruebas de rutina en el protocolo de evaluación clínica del hipertenso y ayudarán a la toma de decisiones.

### 324. DIABETES MELLITUS Y OTROS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA DE ENFERMEDAD CORONARIA MEDIANTE SPETC DE PERCUSIÓN MIOCÁRDICA

M. Garrido Pumar<sup>1</sup>, V. Pubul Núñez<sup>1</sup>, M. Pombo Pasin<sup>1</sup>, C. Peña Gil<sup>2</sup>, A. Hermida Ameijeiras<sup>3</sup>, S. Argibay Vázquez<sup>2</sup>, J. Cortés Hernández<sup>1</sup>, A.B. Ciobotaru<sup>1</sup>, S.M. Nieves Maldonado<sup>1</sup> y J.R. González Juanatey<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Nuclear; <sup>2</sup>Servicio de Cardiología y UCC;

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Santiago, Santiago de Compostela.

**Propósito del estudio:** La prevalencia de la diabetes mellitus está aumentando de forma exponencial en todo el mundo y la enfermedad coronaria es la causa más frecuente de muerte en estos pacientes debido al desarrollo precoz y rápida progresión de la aterosclerosis. El propósito de este trabajo ha sido evaluar los resultados del spect de perfusión miocárdica en pacientes diabéticos, su perfil de riesgo cardiovascular, su papel en la predicción de acontecimientos adversos y la posible influencia del sexo en estos resultados.

**Pacientes y métodos:** Estudiamos 4.164 pacientes consecutivos que realizaron un Gated-Spect de esfuerzo/reposo con fines diagnósticos o pronósticos y de los que 1.060 eran diabéticos. Realizamos seguimiento a 2.290 pacientes consecutivos, 631 diabéticos, con una duración de  $2,04 \pm 1,7$  años. Valoramos su perfil de riesgo cardiovascular analizando la edad, tabaquismo, diabetes, hipertensión, dislipemia, arteriopatía periférica y obesidad. Consideramos acontecimientos adversos la necesidad de revascularización, el síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca y exitus de causa cardíaca. Realizamos spect de perfusión miocárdica siguiendo protocolo de dos días. La adquisición de las imágenes topográficas se realizó en una gammacámara Millennium obteniéndose cortes de los ejes corto, largo horizontal y largo vertical. Los datos se almacenaron en una base Access y el análisis estadístico se realizó con el soporte informático G-Stat 2.0.

**Resultados:** La presencia de factores de riesgo cardiovascular se asoció fuertemente a un resultado positivo en el SPECT, presentando los pacientes con SPECT positivo un mayor porcentaje de diabéticos (46,4% vs 20,1%;  $p < 0,0001$ ), hipertensos (64,5% vs 61,2%; 0,03), dislipémicos (69,3% vs 57,6%;  $p < 0,0001$ ) y con arteriopatía periférica (12,7% vs 3,3%;  $p < 0,0001$ ). También eran más fumadores (20,37% vs 13,7%;  $p < 0,0001$ ) y presentaban mayor edad ( $65,4 \pm 10,4$  vs  $62,2 \pm 11,6$ ;  $p < 0,0001$ ). El único factor que no mostró diferencias fue la obesidad (33,7% vs 32,5%;  $p 0,42$ ). En el seguimiento posterior los pacientes con SPECT positivo presentaron más acontecimientos adversos (35,48% vs 8,4%;  $< 0,0001$ ). Los pacientes diabéticos presentaron respecto a los no diabéticos diferencias estadísticamente significativas en la edad, HTA, DL, arteriopatía periférica y obesidad en los pacientes diabéticos. Estos presentaron mayor porcentaje de defectos de perfusión (58% vs 43%;  $p < 0,0001$ )

y más episodios adversos posteriores (29,5% vs 16,5%;  $p < 0,0001$ ). Esta mayor proporción de eventos en los diabéticos se mantiene tanto en los diabéticos que tuvieron un resultado positivo en el SPECT (42,9% vs 31,7%;  $p 0,0006$ ) como en los negativos (14,6% vs 6,5%;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia más elevada de factores de riesgo tradicional sitúa a estos pacientes en una categoría de riesgo más elevada para cardiopatía isquémica. La detección de isquemia a través del SPECT de perfusión se corresponde con una mayor proporción de eventos, manteniéndose dicha proporción para pacientes diabéticos. Los pacientes DM cursan con más acontecimientos adversos en el seguimiento incluso tras un resultado negativo en el SPECT.

### 325. UTILIDAD DE LAS PRUEBAS RECOMENDADAS POR LA GUÍA EUROPEA DE HIPERTENSIÓN EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y COSTE DE LAS MISMAS

L. García Ortiz, M.A. Gómez Marcos, J.I. Recio Rodríguez, C. Agudo Conde, M.C. Patino Alonso, L. Gómez Sánchez, M. Gómez Sánchez, A. de Cabo Laso, B. Sánchez Salgado y C. Castaño Sánchez

Unidad de Investigación, Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca.

**Propósito del estudio:** Valorar la utilidad de las pruebas diagnósticas recomendadas en la guía de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología (ESH-ESC 2007) en hipertensos clasificados de riesgo bajo o moderado, analizando el cambio a riesgo alto y las características asociadas a dicho cambio.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal de 391 hipertensos de reciente diagnóstico en Atención Primaria de edad entre 30 y 80 años. Para la valoración de los factores de riesgo, presencia de lesión orgánica subclínica, de enfermedad cardiovascular y riesgo cardiovascular se siguieron los criterios de la guía ESH-ESC 2007. Además de las pruebas de rutina, se realizó ecocardiografía, ecografía de carótida, índice albúmina/creatinina, estimación de filtrado glomerular, índice tobillo-brazo, velocidad de la onda de pulso y retinografía. Para calcular el coste se aplicaron los costes publicados por las autoridades sanitarias de Castilla y León (BOCyL 23 de junio 2010). Para evaluar el riesgo se establecieron los siguientes niveles: Nivel 1: evaluación de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) utilizando los procedimientos rutinarios. Evaluación de la SOD con ECG y la creatinina sérica, y la evaluación de la enfermedad clínica asociados con la historia clínica y la creatinina sérica. Nivel 2: evaluación de la LOD con ITB, la tasa de filtración glomerular y el índice albúmina/creatinina, y la evaluación de las enfermedades clínicas asociadas con el cociente albúmina/creatinina. Nivel 3: evaluación de la SOD con la ecocardiografía para evaluar la HVI, y la ecografía carotídea para valorar el GIM. Nivel 4: evaluación de la LOD con la VOP y de las enfermedades clínicas asociadas con la retinografía.

**Resultados:** Con las pruebas rutinarias, para valorar el riesgo (Nivel 1), 218 (55,8%) pacientes fueron clasificados de riesgo alto. A los 173 clasificados de riesgo bajo o moderado se les realizó el índice tobillo-brazo, el índice albúmina/creatinina y se estimó la tasa de filtrado glomerular (Nivel 2) con lo que 18 pacientes (10,4%) fueron clasificados de riesgo alto. Con la ecocardiografía y la ecografía de carótida (Nivel 3) otros 16 pacientes (10%) pasaron a alto riesgo. Por último, con la pulse wave velocity y la retinografía (Nivel 4) 10 pacientes más (5%) se clasificaron de alto riesgo. El coste para identificar a pacientes hipertensos de alto riesgo con el nivel 1 de pruebas es 158,23 #euro, con el nivel 2 es de 438,56 #euro, con el nivel 3 es de 1.273,50 #euro y con el nivel 4 es de 1.827,29 #euro por sujeto identificados de alto riesgo

#euro. Los pacientes con presión arterial elevada, edad avanzada y mujeres, tienen 4,28 (IC95% 2,01-9,16), 3,54 (IC95% 1,61-7,77) y 1,36 (IC95% 0,62-3,00), veces más probabilidad de cambiar a riesgo cardiovascular alto.

**Conclusiones:** Con las exploraciones no rutinarias, se reclasifican un 25,4% de pacientes de riesgo bajo o moderado a alto riesgo pero el coste va aumentando de manera progresiva, por lo que probablemente no es asumible realizar todas las pruebas de forma indiscriminada a todos los hipertensos que presenten riesgo bajo-moderado.

### 326. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR RECOGIDA EN LA HISTORIA CLÍNICA DIGITAL DEL PACIENTE

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

*Hospital La Serranía, Ronda, Málaga.*

**Propósito del estudio:** El desarrollo tecnológico actual ha permitido disponer de historias clínicas en soporte informático, lo que facilita enormemente al profesional sanitario el acceso a la información sobre el paciente. En nuestro centro disponemos de soporte informático para los informes de alta hospitalaria, los informes de Consultas Externas y los resultados de laboratorio desde hace 10 años aproximadamente. Recientemente disponemos además de una historia clínica digital común con Atención Primaria. Conocer el riesgo cardiovascular de nuestros pacientes es fundamental para prevenir la aparición de lesiones de órgano diana. El objetivo de este trabajo es analizar la información sobre factores de riesgo cardiovascular recogida en la historia clínica digital.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo incluyendo a los pacientes ingresados por cualquier causa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de La Serranía (Ronda) en cuatro cortes transversales (30/07/2010, 30/08/2010, 30/09/2010, 30/10/2010). Fueron excluidos los pacientes que ya hubieran sido incluidos en algún corte anterior (por ingreso prolongado o nuevos ingresos). En cada caso se revisó el informe de alta hospitalaria, todos los informes previos disponibles (de alta hospitalaria o de Consultas Externas), los resultados de laboratorio (analíticas actuales y previas) y la historia clínica de Atención Primaria. Las variables analizadas fueron edad, sexo, ingresos previos, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular temprana, HTA, diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperuricemia, tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad y obesidad central.

**Resultados:** Fueron incluidos un total de 134 pacientes (76 hombres, 58 mujeres), con una mediana de edad de 71 años (58, 80). 76 pacientes (56,7%) habían precisado al menos un ingreso previo en nuestro centro. En 124 casos (92,5%) no estaban recogidos los antecedentes familiares del paciente. No se pudo determinar si había antecedente de HTA, DM, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hiperuricemia en 6 (4,5%), 7 (5,2%), 8 (6%), 8 (6%) y 21 casos (15,6%), respectivamente. En relación con los hábitos tóxicos, el consumo de tabaco no estaba recogido en 36 casos (26,9%) y el consumo de alcohol no lo estaba en 51 casos (38,1%). En cuanto a la presencia o no de obesidad y obesidad central, no había ningún dato disponible en 84 (62,7%) y 85 casos (63,4%), respectivamente.

**Conclusiones:** La información recogida sobre factores de riesgo cardiovascular es muy irregular, a pesar de la facilidad de registro de información y acceso a la misma en la historia clínica digital. Factores de riesgo como HTA o DM están recogidos en la

mayoría de los casos. Sin embargo, llama la atención la ausencia de información sobre antecedentes familiares de forma generalizada, la falta de datos sobre hábitos tóxicos en un porcentaje que consideramos elevado y el fallo en la recogida de información sobre obesidad y obesidad central, que faltaban tanto en los antecedentes como en la exploración física en la mayoría de los casos. Habría que plantear una recogida de información sistematizada o guiada en la historia clínica digital que permita subsanar estos fallos y además incorporar las medidas antropométricas del paciente en nuestra rutina de exploración. Mejorar esta información puede suponer mejorar la prevención de enfermedad cardiovascular.

### 327. ¿QUÉ RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SCORE TIENEN NUESTROS PACIENTES ARTRÓSICOS?

G. Mediavilla Tris<sup>1</sup>, J. Iturrealde Iriso<sup>2</sup>, S. Giménez Basallote<sup>3</sup>, N. Miskovic Karacsonyi<sup>2</sup>, I. Sánchez Sánchez<sup>3</sup>, S. Abad Sánchez<sup>3</sup>, A.A. Rodríguez Fernández<sup>4</sup>, A. López de Viñaspre Muguerza<sup>2</sup>, M.J. Ibáñez Cervera<sup>5</sup> y E. López de Uralde Pérez de Albéniz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS Aranbizarra 1, Vitoria-Gasteiz. <sup>2</sup>CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. <sup>3</sup>CS El Limonar, Málaga. <sup>4</sup>CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz. <sup>5</sup>CS Matiena, Vizcaya.

**Introducción:** La artrosis es una patología frecuente en nuestras consultas. Está asociada a veces a patologías cardiovasculares, ya que suelen ser pacientes de edad avanzada. Debido a esta patología, suelen consumir antiinflamatorios no esteroideos (aine), fármacos que de por si aumentan el riesgo cardiovascular. El objetivo de nuestro trabajo es conocer el riesgo cardiovascular de estos pacientes, según la escala SCORE.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Fue realizado por médicos de atención primaria de todo el territorio nacional durante el mes de abril del año 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). El perfil cardiovascular se evaluó según la fórmula SCORE. El 8,9% tenían un riesgo < 1%, el 14,5% un riesgo del 1%, el 12,9% del 2%, el 20,9% entre 3 y 4%, el 24,7% entre 5 y 9% y el 18%  $\geq$  al 10%. La puntuación media era de 5,5 con una desviación estándar de 5,6.

**Conclusiones:** Nuestros pacientes artrósicos tienen en general un riesgo cardiovascular alto, riesgo que puede ser incrementado por el uso de aine, por lo que debemos ser cautos a la hora de utilizar estos fármacos e intentar disminuir el riesgo de estos pacientes controlando los factores de riesgo cardiovascular.

### 328. EL PERfil LIPÍDICO Y EL GRADO DE CONTROL EN PACIENTES ARTRÓSICOS COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

G. Mediavilla Tris<sup>1</sup>, J. Iturrealde Iriso<sup>2</sup>, S. Giménez Basallote<sup>3</sup>, M.L. Alarcia Ceballos<sup>2</sup>, I. Sánchez Sánchez<sup>3</sup>, S. Abad Sánchez<sup>3</sup>, A.A. Rodríguez Fernández<sup>4</sup>, E. López de Uralde Pérez de Albéniz<sup>2</sup>, A. Roldán Marrodán<sup>2</sup> y E. Pérez Urrutia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS Aranbizarra 1, Vitoria-Gasteiz. <sup>2</sup>CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. <sup>3</sup>CS El Limonar, Málaga. <sup>4</sup>CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz.

**Introducción:** El paciente artrósico es uno de los habituales de nuestras consultas. Además de esta patología, puede tener otras,

en especial que le aumenten el riesgo cardiovascular. El objetivo de nuestro trabajo es conocer el perfil lipídico 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 media de colesterol HDL era de 56,7 ( $\pm$  22,2), el colesterol total medio era de 231,7 ( $\pm$  64,4), el LDL-colesterol medio fue 130,3 (34,5), los triglicéridos medios fueron de 143,9 ( $\pm$  65,4). Se consideró que tenían controlado el colesterol total el 33,1%, el LDL-colesterol el 34,5%, el HDL-colesterol el 22,2% y los triglicéridos el 59,2%.

**Conclusiones:** Los pacientes artrósicos no tienen buen control del perfil lipídico, por lo que sería importante tenerlo controlado lo mejor posible para disminuir su riesgo cardiovascular, que puede estar elevado entre otras causas por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos.

### 329. RIESGO TROMBOEMBÓLICO Y ESTRATEGIAS PROFILÁCTICAS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

V. Barrios<sup>1</sup>, M. de la Figuera<sup>2</sup>, A. Calderón<sup>3</sup>, C. Roldán<sup>4</sup> y B. Font<sup>4</sup>, en representación de los Investigadores del Estudio Val-FAAP

<sup>1</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>2</sup>EAP Sardenya, Barcelona.

<sup>3</sup>CS Rosa Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

<sup>4</sup>Novartis Farmacéutica, Barcelona.

**Propósito del estudio:** Cuantificar el riesgo de accidente cerebrovascular en los pacientes con fibrilación auricular (FA), mediante la escala CHADS<sub>2</sub>, así como evaluar las estrategias terapéuticas adoptadas por los médicos de atención primaria (AP) en función del riesgo tromboembólico.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, transversal y nacional que incluyó pacientes con diagnóstico previo de FA, según electrocardiograma, que acudieron a consultas de AP. La población evaluable fue de 3.287 pacientes.

**Resultados:** La edad media de los pacientes con FA incluidos en el estudio fue de 71,9  $\pm$  10,1 años. El 52,3% fueron varones. El 4,5% de los pacientes con FA presentaba una puntuación de 0 puntos en la escala CHADS<sub>2</sub> (riesgo bajo), el 28,1% de los pacientes puntuaron 1 (riesgo moderado), y el 67,4% puntuaron igual o por encima de 2 (riesgo alto). De los componentes de la escala CHADS<sub>2</sub>, la HTA (92,4%) y la edad  $\geq$  75 años (44,7%) fueron los componentes más prevalentes de la escala, seguidos de la diabetes mellitus (33,7%), la insuficiencia cardiaca (22,0%) y haber tenido un episodio previo de enfermedad cerebrovascular (13,9%). El 48,9% de pacientes con CHADS<sub>2</sub> = 0 (69/141) se medicaba con anticoagulantes orales (ACO). Del total de pacientes con escala CHADS<sub>2</sub> = 1 (882 pacientes), el 84,0% (741) tomaba ACO y/o antiagregantes orales y el 60,8% (536) se medicaba con ACO. Del total de pacientes con CHADS<sub>2</sub>  $\geq$  2 (2.175 pacientes), el 87,3% (1.899) utilizaba ACO y/o antiagregantes y el 68,0% (1.478) tomaba ACO.

**Conclusiones:** Dos terceras partes de los pacientes con FA asistidos en AP (67,4%) presentan un riesgo cardioembólico alto según las tablas CHADS<sub>2</sub>. El tratamiento antitrombótico en los pacientes con FA asistidos en AP no sigue indicaciones establecidas por las guías. Así, la mitad de los pacientes con riesgo tromboembólico

bajo están tratados con ACO a pesar de que no está indicado. Además, un tercio de los pacientes con CHADS<sub>2</sub>  $\geq$  2, no está tomando ACO, a pesar de la clara indicación de anticoagulación en este grupo de alto riesgo.

### 330. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DEL PAÍS VASCO

A.A. Rodríguez Fernández, G. Mediavilla Tris, J. Iturrealde Iriso, J. Martínez Gorostiaga, E. López de Uralde Pérez de Albéniz, G. Arnaiz García, J.L. Hurtado Mendoza, M. Alonso Vallejo, M.T. Amiano Arregui y J. García López de Armentia

Comarca Araba, Vitoria.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): HTA, hipercolesterolemia, diabetes (DM), tabaquismo y obesidad en un Centro de Salud y su comparación con las prevalencias estimadas en la población del País Vasco, como método de valoración de nuestra implicación en la detección de los distintos FRCV.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población del Centro de Salud de Arambizcarra I, centro urbano localizado en Vitoria que cuenta con (18.624 usuarios, de los cuales 17.122 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 14,90% sobre la población  $>$  13 años, siendo un 59,62% de la estimada (25%). Hipercolesterolemia: prevalencia obtenida del 16,25% sobre la población  $>$  34 y  $<$  65 años (8.332), siendo un 90,28% de la estimada (18%). Obesidad: prevalencia obtenida del 5,67% sobre la población  $>$  24 y  $<$  60 años (10.656) siendo un 42,30% de la estimada (13,4%). Tabaquismo: prevalencia obtenida del 15,33% sobre la población  $>$  15 años (17.549), siendo un 58,98% de la estimada (26%). Diabetes: prevalencia obtenida del 7,49% sobre la población  $>$  29 años (14.230), siendo un 117,08% de la estimada (6,4%).

**Conclusiones:** Estudios como el efectuado nos sacan la foto real de nuestro trabajo y evitan que nos guiemos por sensaciones totalmente subjetivas que tienden a acercarnos a la autocomplacencia. Vemos que realmente estamos mal en la detección y por tanto seguimiento y tratamiento de nuestros pacientes obesos, hipertensos y fumadores. Mejor en el caso de los hipercolesterolemicos y bien en la detección de diabéticos. A la vista de los resultados deberemos incidir más en el cribaje, codificación de patologías e intensificación de la importancia de la detección y abordaje de los FRCV.

### 331. EVOLUCIÓN EN LA DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN CENTRO DE SALUD URBANO DEL PAÍS VASCO EN LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS

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, M.E. Ortega Horrillo, A. López de Viñaspre Muguerza y E. Aberasturi Ramírez

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 Centro de Salud como indicador de nuestro trabajo en la lucha contra el riesgo vascular, prin-

cipal causa de muerte en nuestras mujeres y segunda en nuestros varones.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población de Centro de Salud Arambizcarra I de Vitoria, en el periodo referido a septiembre de los años 2008, 2009 y 2010 según los datos aportados por el SVS-Osakidetza.

**Resultados:** Se muestran en la tabla.

Años	2008	2009	2010
Población	18.669 hab.	18.661 hab.	18.624 hab.
HTA	13,97%	14,47%	14,90%
Hipercolesterolemia	13,69%	15,38%	16,25%
Obesidad	5,16%	4,14%	5,67%
Tabaquismo	14,64%	14,89%	15,33%
Diabetes mellitus	6,85%	7,15%	7,49%

**Conclusiones:** Los resultados de las prevalencias obtenidas son, a lo largo de estos tres años, buenas en el caso de la hipercolesterolemia, muy bajas en el caso de la obesidad. En cuanto a hipercolesterolemia y tabaquismo, sin ser malas sí necesitan de un esfuerzo suplementario. Este estudio nos indica nuestro déficit crónico, en relación con la detección de los FRCV, a pesar de ligeras mejorías, por lo que deberemos incidir más en este campo proponiéndonos áreas de mejora como Centro, al no ser un problema puntual.

### 332. CONOCE TU RIESGO CARDIOVASCULAR: CON EL CORAZÓN NO SE JUEGA

J.C. Obaya Rebollar, J. Bolaños Vergaray, R. González Hernández, M.L. Pascual Martín, S. Seguido Aliaga, N. Puche López, J.J. González Marco, M. M. Moreno Sanz, J. Ruiz Millán y S. Pozo Sánchez

*Chopera, Alcobendas.*

**Propósito del estudio:** Objetivo primario: estimar el riesgo cardiovascular a todo paciente entre 40 y los 65, que participe en el programa “Conoce tu riesgo cardiovascular”, durante la llamada “Semana cardiosaludable en tu centro de salud”. Objetivos secundarios: concienciar a la población sobre los aspectos que inciden en una mala salud comunitaria, incidiendo en la modificación de los estilos de vida, con el objetivo de corregir o disminuir el impacto de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

**Métodos:** Se organizará un programa de actividades asistenciales basado en el cálculo del riesgo cardiovascular (RCV) de los pacientes, según las tablas del proyecto SCORE, para países de bajo riesgo y su versión on-line Heart-Score®. La captación de los pacientes será oportunista durante las consultas diarias y se complementará con una detección activa, basada en participación voluntaria de la población tras campaña de difusión del programa. Se recogerán distintas variables antropométricas y analíticas: edad, sexo, peso, talla, IMC, perímetro abdominal, presión arterial, consumo tabaco, colesterol total, glucemia, antecedentes de dislipemia, diabetes y/o enfermedad cardiovascular precoz en familiares.

**Resultados:** Se han recogido datos de 150 pacientes, la edad media es de 52,5 años con una desviación estándar de 7,95 años. Las mujeres representan el 54,3%. La prevalencia de la obesidad es de 25,9%. El hábito tabáquico está presente en el 30,2% de los sujetos valorados. El 31,9% presentaban hipertensión arterial previa y el 36,2% hipercolesterolemia. Un 18,1% de los sujetos referían diabetes y un 12,3% antecedentes familiares de enfer-

medad cardiovascular precoz. La estimación del riesgo cardiovascular según modelo Score, para países de bajo riesgo nos muestra que el 50% de los participantes presentaban riesgo bajo (< 3% Score), el 25,86% riesgo moderado (3-4% Score), el 11,2% riesgo alto (Score 5-7%) y un 12,9% presentaban riesgo muy alto (Score > 7%). En el momento de enviar la comunicación estamos analizando la significación estadística de las distintas variables antropométricas y sociodemográficas recogidas durante el estudio.

**Conclusiones:** Los FRCV no deben analizarse de forma aislada, ya que el riesgo que presenta un individuo con más de un factor es superior a la suma de cada uno de ellos. Los profesionales de Atención Primaria (AP) se encuentran en una situación privilegiada a la hora de evitar y detectar precozmente los FRCV. El impacto de los FRCV es mayor en la población adulta (40 a 65 años), debido tanto a su repercusión sobre la morbi-mortalidad cardiovascular como sobre la calidad de vida del paciente. El conocimiento y la prevención de los FRCV deben de ser una prioridad tanto para el sistema sanitario en su conjunto, como para el profesional de Atención Primaria. Las decisiones de tratamiento están basadas en la probabilidad de que un individuo fallezca por un evento cardiovascular en 10 años. Esta estrategia sustituye las decisiones basadas en factores de riesgo individuales. Conociendo el RCV el paciente y su médico pueden tomar decisiones sobre la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular incluyendo la educación sobre el estilo de vida saludable y el tratamiento farmacológico que precise.

### 333. CÁLCULO DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO CON DISPOSITIVO MANUAL AUTOMÁTICO DE PRESIÓN ARTERIAL

C. Ortiz Cortes, F.J. Garcipérez de Vargas Díaz, J. Mendoza Vázquez, N.P. Gómez, L.V. Domínguez, Y.P. Ramos, J.J. Gómez Barrado, G.M. Gómez, S. Romani y J.V. Fernández

*Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.*

**Objetivos:** El presente estudio fue diseñado para evaluar si el dispositivo automático (DA) comercializado para medir la tensión arterial, puede usarse en la determinación del índice tobillo brazo (ITB), siendo propuesto como método de uso rutinario en las consultas de médicos generales para la detección precoz de la enfermedad arterial periférica (EAP).

**Métodos:** Analizamos 158 piernas de 85 pacientes remitidos de forma consecutiva al laboratorio de hemodinámica para realización de angiografía arterial periférica. Calculamos el ITB con un DA modelo Omrom M4-I, mediante el cociente de presión máxima entre el tobillo y los brazos. Cuando después de tres intentos seriados con readaptación del manguito, las lecturas de presión con el DA dieron como resultado “error”, se asumió una presión menor de 60 mmHg y se consideró ITB < 0,9. Tras la determinación del ITB se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la prueba por angiografía.

**Resultados:** De las 158 piernas analizadas, 131 (83%) presentaron obstrucción ≥ 50%. En 70 piernas se obtuvo “error” de medición tras 3 intentos seriados, de estas 69 tenían lesiones severas. El número de falsos positivos fue de 3 y el de falsos negativos de 4 con: IC 0,95% (0,85-1,03), sensibilidad 97% (93-99), especificidad 89% (67-95), valor predictivo positivo 97% (94-99), valor predictivo negativo 86% (63-93).

**Conclusiones:** El uso del DA es fácil y preciso en la determinación del ITB cuando los valores tensionales son superiores a 70 mmHg. La no obtención de valores tensionales, tras 3 intentos seriados con DA, puede considerarse un criterio de severidad. Los resultados del estudio sugieren que el DA puede utilizarse de forma

rutinaria en las consultas de médicos generales para detectar de forma precoz la EAP.

### 334. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

F.J. Pascual<sup>1</sup>, M.R. Bosca<sup>2</sup>, A. Mancheño<sup>1</sup>, S. Fons<sup>1</sup>, S. Martín<sup>1</sup>, J.J. Soler<sup>3</sup>, D. Sanfélix<sup>1</sup>, M.J. Blanco<sup>1</sup>, I. Fuertes<sup>1</sup> y S. Peñaranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

<sup>2</sup>Hospital Francesc de Borja, Gandia. <sup>3</sup>Hospital General Universitario, Valencia.

**Propósito del estudio:** Pretendíamos conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, grado de control y riesgo cardiovascular individual de los pacientes oncológicos atendidos en nuestro centro.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo realizado en 2009. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de tumor, antecedentes familiares de muerte súbita, antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo. Se valoró también el riesgo cardiovascular individual según los criterios de las tablas de predicción de riesgo de Framingham.

**Resultados:** Se seleccionó a 100 pacientes (50 mujeres) con una edad media de 56 años (rango 45-75). El diagnóstico por tumores y sexo fue, en mujeres mama (86,5%), genitourinario (6,1%) y pulmón (2%) y en varones genitourinario (56%), cabeza/cuello (16%), digestivo (15%), pulmón (7%) y linfoma no Hodgkin (6%). La prevalencia de factores de riesgo, fue: tabaquismo, 18%; hipertensión arterial, 31%; diabetes, 26%; obesidad, 16%; dislipemia, 11% y antecedentes familiares, 2%. El 9% tenían en sus antecedentes patología cardiovascular: enfermedad vascular periférica, 60%, ictus, 10%, insuficiencia cardiaca, 15% y cardiopatía isquémica, 15%.

**Conclusiones:** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes oncológicos es similar por edad y sexo al de la población general. El 30% tiene un riesgo cardiovascular elevado, el grado de control de la diabetes no es muy bueno por los tratamientos asociados (corticoides) a su enfermedad tumoral y a la dislipemia no se le presta el control adecuado en un porcentaje alto de casos.

### 335. CONTROL TENSIONAL Y DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS TIPO 2 DE LARGA EVOLUCIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.M. Pérez Fernández<sup>1</sup>, F. García Pérez<sup>1</sup>, M. Ballesteros García<sup>1</sup>, A. Martínez Gómez<sup>1</sup>, P. Gómez Jara<sup>2</sup> y J. Abellán Alemán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS de Mazarrón, Mazarrón. <sup>2</sup>Cátedra RCV Universidad Católica de Murcia, Murcia.

**Objetivos:** Comprobar el grado de control tensional y del RCV en una cohorte de pacientes DM tipo 2 de más de 5 años de evolución seguidos en las consultas de atención primaria del centro de salud de Mazarrón-Murcia.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se calcula una n: 160. Se incluyen 147 diabéticos tipo 2 de más de 5 años de evolución que pertenecen a 8 cupos médicos del centro de salud de Mazarrón. A todos se les somete a una entrevista con exploración física que incluye valoración antropométrica, medición de la PA (recomendaciones de la SEH-LELHA) y exploración sistemática. Estudio analítico con determinación de glucemia, HbA1c, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol y creatinina.

**Resultados:** De los 160 pacientes son 76 varones (47,5%) y 84 mujeres (52,5%) con una edad media de  $68,7 \pm 9,9$  años y un IMC de  $30,83 \pm 7,72$ . El 25,9% presenta una glucemia en ayunas entre 90-

130. En un 46,8% se determina una HbA1c < 150 mg/dl en el 57,2% un HDL - colesterol > 40 mg/dl en el 69,3% y un LDL-colesterol en el 37,3% de los casos.

**Conclusiones:** Los pacientes diabéticos que han sido evaluados presentan un grado aceptable de control de sus factores de riesgo cardiovascular.

### 336. RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD

A. Pina Sanz<sup>1</sup>, C. García Fernández<sup>1</sup>, C. Sanz Andrés<sup>1</sup>, J. Torrecilla Conde<sup>1</sup>, F. Gutiérrez Moreno<sup>1</sup>, R. Martínez Romero<sup>2</sup>, S. Martínez Iguaz<sup>3</sup>, I. Albistur Lesmes<sup>4</sup>, P. Trenc Español<sup>5</sup> y C. Alayeto Salvador<sup>6</sup>

<sup>1</sup>CS Bombarda-Monsalud, Zaragoza. <sup>2</sup>CS Ejea de los Caballeros, Zaragoza. <sup>3</sup>CS Hijar, Teruel. <sup>4</sup>Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

<sup>5</sup>Consorcio Ejea de los Caballeros, Zaragoza. <sup>6</sup>Clinica Montecanal, Zaragoza.

**Propósito del estudio:** 1. Estratificar el riesgo cardiovascular (RCV) en hipertensos conocidos y desconocidos. 2. Conocer la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en la población que acude a consultas, identificando la población hipertensa no conocida. 3. Conocer el grado de control de los hipertensos tratados. 4. Describir el tratamiento: medidas de estilo de vida, monoterapia y asociaciones de fármacos.

**Métodos:** Estudio descriptivo en la población mayor de 18 años asignados a nuestro centro de salud (15.828 personas). Muestra aleatoria de 343 pacientes, sobre los 3.466 que acudieron a consultas durante febrero y marzo del 2009. Se recogieron antecedentes personales de HTA, tratamiento antihipertensivo, factores de RCV, lesiones de órgano diana y entidades clínicas asociadas. Realizamos la media de dos determinaciones de tensión arterial en condiciones estándar. Los pacientes estaban controlados si cumplían los objetivos, según las guías europeas y se clasificaron en 5 grupos, según RCV: riesgo promedio, adicional bajo, adicional moderado, adicional alto y adicional muy alto.

**Resultados:** La muestra estaba formada por 119 varones y 224 mujeres, con una edad media: 56 años. Prevalencia de HTA conocida fue de un 30% y en los desconocidos de 16%. Entre los HTA conocidos: el 7,5% no recibía tratamiento, el 8,5% estaba tratado con medidas de estilo de vida, el 45% con monoterapia, el 26% con dos fármacos y 13% tres o más fármacos. Hipertensos conocidos estaban controlados en un 32%. Los tratados con medidas higiénico-dietéticas en un 33% y los tratados con un fármaco en un 43%. Al estratificar el RCV según guías europeas, los hipertensos conocidos presentan un riesgo añadido moderado en el 37% de los casos, y alto o muy alto en el 36%. Los detectados como hipertensos sin diagnóstico previo presentaban un riesgo añadido moderado en el 57% de los casos, y alto o muy alto en el 36%.

**Conclusiones:** La hipertensión arterial (HTA), constituye el trastorno vascular más prevalente en la población adulta. En España, la prevalencia es del 32% en la población general, llegando al 65% en mayores de 65 años. La HTA es el factor de riesgo vascular modificable más frecuente y mejor conocido, muestra una relación consistente y continua con la enfermedad cardiovascular, independiente de otros factores de riesgo. Aumenta el riesgo de desarrollar cardiopatía coronaria, ictus, arteriopatía periférica, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal. En nuestra muestra la prevalencia de HTA fue: 46%, 16% desconocida. Un tercio de los pacientes desconoce su enfermedad, solo el 30% de la HTA tratada se controla, y el grado de control es peor en los pacientes de mayor riesgo. En nuestro estudio solo el 32% de los hipertensos tratados se controlan. El RCV en hipertensos conocidos es mayor que en los desconocidos. La evaluación de RCV es importante en

hipertensos para decidir inicio, intensidad y objetivos de tratamiento.

### 337. VALOR DE LA DETERMINACIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

B. Roig Espert<sup>1</sup>, J.J. Tamarit García<sup>2</sup>, C. Sala Saíz<sup>2</sup>, F. García Tolosa<sup>2</sup>, L. Sánchez Suárez<sup>2</sup>, A. Sáez Segura<sup>2</sup>, I. Carbonell Casañ<sup>2</sup>, J.M. Giner Morales<sup>2</sup> y V. Navarro Ibáñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Manises, Valencia. <sup>2</sup>Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

**Introducción y objetivos:** La detección de la enfermedad arterial periférica, mediante el índice tobillo-brazo, permite identificar a los pacientes asintomáticos con una lesión establecida. Investigamos la prevalencia de enfermedad arterial periférica (índice tobillo-brazo < 0,9) en sujetos sin enfermedad arterial conocida atendidos en el ámbito 2 servicios de Medicina Interna y su potencial impacto clínico-terapéutico, según el riesgo cardiovascular medido por Score de los pacientes.

**Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y observacional donde se incluyeron los primeros 150 pacientes hospitalizados a partir del 1 de enero de 2010 en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia y del Hospital de Manises. En selección de pacientes se estableció teniendo en cuenta la edad, sexo y la presencia de factores de riesgo convencionales (tabaquismo, HTA, DM, dislipemia, antecedentes cardiovasculares personales y familiares) la presencia de HVI, medida por criterios electrocardiográficos, y ITB < 0,9. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con más de 70 años y riesgo cardiovascular moderado (3-4% según Score); pacientes mayores de 60 años con DM o fumadores; pacientes menores de 50 años con DM y algún otro factor de riesgo cardiovascular. Como criterios de exclusión se tomaron: evidencia previa de lesión arteriosclerótica (coronaria, cerebrovascular, y/o periférica); enfermedad neoplásica no controlada; deterioro cognitivo mayor a 4 según la escala GDS (Global Deterioration Scale) y/o grado de dependencia para la actividad de la vida diaria > 3 medido por el índice de Katz.

**Resultados:** Tras revisar 150 historias clínicas revisadas observamos que el 31,3% de nuestros pacientes tenía un riesgo cardiovascular muy alto, el 48% un riesgo alto, el 18,7% un riesgo moderado y el 2% un riesgo bajo. La determinación del ITB en pacientes con bajo riesgo según su Score, no modificó el citado estadio en ningún paciente. Evidentemente lo mismo ocurría en los pacientes con Score de muy alto riesgo. El 56% de nuestros pacientes pasó a ser de riesgo alto frente al 10,7% que quedó con riesgo moderado.

	Bajo riesgo	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo muy alto
Score	3 (2%)	28 (18,7%)	72 (48%)	47 (31,3%)
Score tras ITB	3 (2%)	16 (10,7%)	84 (56%)	47 (31,3%)

**Conclusiones:** Cerca del 43% de los pacientes con riesgo moderado pasarían a ser considerados de alto riesgo tras la determinación del ITB. Por el contrario no existe modificación en la clasificación de los pacientes con riesgo bajo o muy alto, puesto que ninguno de ellos cambió su gradación en Score tras esta prueba. Nuestros datos resultan concordantes con la recomendación de realizar un ITB a los pacientes de riesgo moderado. Resaltando la facilidad de realización y pudiendo evitar el esfuerzo innecesario de realizar esta prueba de forma indiscriminada al resto de pacien-

tes. En nuestra muestra solo un 18,7% de los pacientes ingresados precisarían de su determinación.

### 338. CONTROL DE LA MUJER HIPERTENSA MENOR DE 65 AÑOS. ¿LO HACEMOS BIEN?

D. Rosillo Castro, M. García Palacios, B. Santaolalla Jiménez, M.C. Barba Miñano, T. Martín Casquero y M.V. Pérez López

CS de Vistabella, Murcia.

**Propósito del estudio:** Describir la actitud seguida en nuestro centro de salud con las mujeres hipertensas menores de 65 años y el riesgo cardiovascular de estas.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante revisión de historias clínicas. Nuestro centro de salud es urbano y atiende a unos 22.000 pacientes. Se seleccionaron las pacientes menores de 65 años con tratamiento antihipertensivo en la actualidad a partir del programa OMI-Estadístico, obteniéndose 342 pacientes. Variables a estudio: edad, diagnóstico de diabetes y/o dislipemia, hábito tabáquico, índice de masa corporal (IMC), eventos cardiovasculares previos, analítica en el último año, última tensión arterial (TA) registrada, fármacos usados en el tratamiento, si seguían controles periódicos tensionales en el centro y el riesgo de presentar eventos cardiovasculares según la tabla SCORE para poblaciones de bajo riesgo. El análisis de los datos se realizó con el programa PASW Statistics 18.

**Resultados:** De nuestras pacientes el 80% tenían edades comprendidas entre 50 y 65 años. El 18% eran diabéticas, 37,1% dislipémicas y el 10,5% presentaban ambas patologías. El 17% eran fumadoras, el 62% no, y en un 21% de los casos no había dato en la historia clínica. El 40,6% presentaba un IMC mayor de 30 y en un 46,5% no estaba registrado. Habían sufrido algún evento cardiovascular un 2,9% de nuestras pacientes. Se les había realizado analítica en el último año al 71,6% de las pacientes. En un 16% de los casos no existía ningún registro de TA de las pacientes pese a estar en tratamiento para la HTA. Con respecto al tratamiento el 47,4% llevaban un solo fármaco, el 40,15 dos, el 11,7% tres y el 0,9% cuatro. Los fármacos más usados son los ARA II en un 50,3%, seguidos de diuréticos 48,2%, betabloqueantes 23,1%, IECAs 22,2%, antagonistas del calcio 17%, inhibidores selectivos de la renina 2,9% y alfabloqueantes 1,5%. La combinación más usada, 26%, fue ARA II con diurético. Siguen controles periódicos de su TA en el centro el 17,1%. Según la tabla Score de riesgo cardiovascular en pacientes de bajo riesgo el 82,6% tienen menos del 2% de riesgo de presentar un evento cardiovascular fatal a 10 años.

**Conclusiones:** La mayoría tiene entre 50 y 65 años. Cuatro de cada diez pacientes son dislipémicas y una de cada diez dislipémica y diabética. El número de fumadoras es reducido, pero este dato puede no ser real porque en un 20% de nuestros pacientes no lo registramos en la historia, al igual que ocurre con la obesidad ya que en el 46% tampoco se ha registrado el IMC, aun así de las registradas el 75% tienen un IMC mayor de 30, lo que supone un número elevado, factor a mejorar. Nos llama la atención que en casi el 20% no tenemos registrada ninguna cifra de TA pese al diagnóstico. Casi la mitad de nuestras pacientes toma un solo fármaco, pese a que las guías suelen recomendar iniciar con dos. Los fármacos más usados son los ARA II y los diuréticos y la combinación de ambos es también la más utilizada. Solo una de cada 5 pacientes sigue controles de TA en el centro, por lo que es posible que tengamos un número elevado de pacientes que no lleven buen control y lo desconozcamos. Si bien el riesgo cardiovascular es bajo en estas pacientes creemos que debemos incidir en un mayor control de los factores de riesgo porque un buen control temprano nos hará más fácil el buen control posterior.

### 339. IMPACTO DE LA OBESIDAD DETERMINADA POR VARIOS ÍNDICES EN EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

D. Sirera<sup>1</sup>, J. Castillo<sup>1</sup>, A. Rodríguez-Argüeso<sup>1</sup>, P. Morillas<sup>1</sup>, J. Quiles<sup>1</sup>, A. Cordero<sup>1</sup>, P. Mazón<sup>2</sup>, J. González-Juanatey<sup>2</sup> y V. Bertomeu Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Juan, Alicante. <sup>2</sup>Hospital Universitario Santiago de Compostela, A Coruña.

**Introducción:** A pesar de que el valor pronóstico del índice de masa corporal (IMC) ha sido ampliamente analizado en el contexto del síndrome coronario agudo (SCA), la información sobre la obesidad central en el pronóstico es escasa en esta población. Hemos investigado el impacto del IMC, circunferencia de la cintura (CC) y del índice cintura-altura (C/A) en el pronóstico a medio plazo de los pacientes que sufren de SCA en una cohorte contemporánea.

**Métodos:** Se han incluido 1.517 pacientes con SCA a los que se les determinaron diversos índices de obesidad y que fueron seguidos durante 1 año. Los pacientes fueron clasificados en tres grupos en función del IMC (de acuerdo a los criterios de la OMS), en dos grupos de CC con un punto de corte de 102 cm y 88 cm en hombres y mujeres, respectivamente, y en dos grupos C/A con un punto de corte de 0,55. El objetivo primario fue la mortalidad por cualquier causa y la variable secundaria un compuesto de todas las causas de la mortalidad cardiovascular y eventos cardiovasculares mayores.

**Resultados:** La prevalencia de obesidad fue del 29,1%, 54,4% y 76,3% según el IMC, CC y la proporción C/A, respectivamente. Durante el 1<sup>er</sup> año de seguimiento, se produjo el fallecimiento en el 5,8% de los pacientes y el 22,9% presentaron un evento cardiovascular no fatal. La obesidad general y la obesidad central no se asociaron con la mortalidad ni con los eventos cardiovasculares, pero, curiosamente, un índice C/A  $\geq 0,55$  se relacionó significativamente con un mejor pronóstico en los hombres (HR ajustado 0,62, IC95% 0,44-0,88,  $p < 0,01$ ) y el índice CC mostró una tendencia hacia un peor pronóstico en las mujeres (HR ajustado 1,45, IC95% 0,81-2,60,  $p = 0,22$ ).

**Conclusiones:** La presencia de obesidad general y/o central no empeora el pronóstico a medio plazo de los pacientes tras un SCA. Sin embargo, el impacto de la obesidad central en el pronóstico puede ser diferente según la edad y el género.

### 340. INTERVENCIÓN EN PACIENTES FUMADORES HOSPITALIZADOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

A. Quesada Simón<sup>1</sup>, V. Vilchez<sup>2</sup> y C. Suárez Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Paz, Madrid. <sup>2</sup>Hospital La Princesa, Madrid.

**Propósito del estudio:** El ingreso hospitalario puede ser una oportunidad para promover la cesación tabáquica en los pacientes fumadores al no poder fumar en el centro. El objetivo del estudio es estimar el porcentaje de pacientes fumadores, con factores de riesgo cardiovascular/FRCV), ingresados en Medicina Interna, que mantenían la abstinencia, un año tras el ingreso hospitalario en el que se inició una intervención para facilitar la deshabituación.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en el que participaron 50 investigadores de Unidades Hospitalarias de Medicina Interna de todo el territorio nacional. Reclutando a pacientes consecutivos mayores de 18 años, fumadores, con factores de riesgo cardiovascular y/o enfermedad cardiovascular, hospitalizados en servicios de Medicina Interna por cualquier motivo. La intervención para deshabituarse utilizada fue el consejo médico, la prescripción de fármacos, si indicada, y el ofrecimiento de un seguimiento.

**Resultados:** Se incluyeron y evaluaron 155 pacientes, de los que 64 (41,3%) finalizaron el estudio. Edad media: 56,8 ( $\pm 11,2$ ), 72,3%

hombres. El principal motivo de ingreso hospitalario fue algún proceso infeccioso (26,2%) seguido de trastornos respiratorios, (19,1%) o cardíacos (14,2%). La edad media de inicio del consumo de tabaco fue a los 16,7 ( $\pm 4,7$ ) años. El 67,1% de los pacientes había realizado algún intento para dejar de fumar previamente (media de intentos: 3,2 ( $\pm 3,0$ )). El test de Fagerström indicó una dependencia de grado medio para el 32,3% y de grado alto para el 35,5% de los pacientes. El análisis de los FRCV mostró que el 70,1% tenían dislipemia, el 67,5% hipertensión arterial, el 36,4% diabetes tipo 2, el 3,9 diabetes tipo 1 y el 22,7% consumían  $> 30$  gr/d de alcohol. Al año, el 63,6% de los pacientes que completaron el estudio dejaron de fumar, el 19,7% sufrió recaída y el 16,7% no tomó la decisión de abandono del tabaco. 93,3% de los pacientes manifestaron encontrarse satisfechos con el tratamiento recibido para dejar de fumar en el momento del alta y el 77,8% con el recibido a los 3 meses ( $p = 0,0011$ ). Mientras que en los intentos previos, el tratamiento farmacológico más frecuentemente utilizado para dejar de fumar fue terapia sustitutiva de nicotina (31,7%), tras el ingreso hospitalario, fue vareniclina (46,5%), al igual que en la visita de alta (50,7%) y a los 3 meses de la misma (35,1%). Los motivos principales, notificados por los pacientes, que motivaron el abandono del tratamiento para dejar de fumar fueron, durante el ingreso hospitalario las cefaleas (33,3%) y síndrome de abstinencia (33,3%) y a los 3 meses del alta el síndrome e abstinencia (41,7%) y el insomnio (16,7%).

**Conclusiones:** Aprovechar el ingreso hospitalario para iniciar una intervención dirigida a conseguir el abandono del consumo de tabaco en pacientes, de riesgo vascular, es una medida eficaz. El consejo médico junto al ofrecimiento de tratamiento farmacológico, puede conseguir abstinencias al año en más del 60% de los pacientes.

### 341. ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA ASINTOMÁTICA E HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

J.J. Tamarit García<sup>1</sup>, B. Roig Espert<sup>2</sup>, C. Sala Sainz<sup>1</sup>, F. García Tolosa<sup>1</sup>, L. Sánchez Suárez<sup>1</sup>, A. Sáez Segura<sup>1</sup>, I. Carbonell Casañ<sup>1</sup>, J.M. Giner Morales<sup>1</sup> y V. Navarro Ibáñez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. <sup>2</sup>Hospital de Manises, Valencia.

**Introducción y objetivos:** La detección de la enfermedad arterial periférica, mediante el índice tobillo-brazo, permite identificar a los pacientes asintomáticos con una lesión establecida. Investigamos la prevalencia de enfermedad arterial periférica (índice tobillo-brazo  $< 0,9$ ) en sujetos sin enfermedad arterial conocida atendidos en el ámbito de Medicina Interna y su potencial equivalencia con la presencia de hipertrofia ventricular izquierda. Teniendo en cuenta que la masa ventricular izquierda está asociada con un aumento en el riesgo de morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares en la población general y siendo el electrocardiograma un método accesible y económico para el diagnóstico de la hipertrofia ventricular izquierda.

**Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y observacional donde se incluyeron los primeros 150 pacientes hospitalizados a partir del 1 de enero de 2010 en los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia y del Hospital de Manises. En selección de pacientes se estableció teniendo en cuenta la edad, sexo, la presencia de factores de riesgo convencionales (tabaquismo, HTA, DM, dislipemia, antecedentes cardiovasculares personales y familiares) y de HVI, medida por criterios electrocardiográficos, y ITB  $< 0,9$ . Los criterios de inclusión fueron: pacientes con más de 70 años y riesgo cardiovascular moderado (3-4% según Score); pacientes mayores de 60 años con DM o fumadores; pacientes menores de 50 años con DM y algún otro factor de riesgo cardiovascular. Como criterios de exclusión se tomaron: evidencia previa de

lesión arteriosclerótica (coronaria, cerebrovascular, y/o periférica); enfermedad neoplásica no controlada; deterioro cognitivo mayor a 4 según la escala GDS (Global Deterioration Scale) y/o grado de dependencia para la actividad de la vida diaria > 3 medido por el índice de Katz; enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica (EPOC), bloqueo completo de rama derecha y rama izquierda, cardiopatía isquémica y síndrome de Wolff-Parkinson-White. Electrocardiograma: se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones con una estandarización de 25 mm/s y 1 mV/cm en un electrocardiógrafo HP 4700 A Cardiographics. Este fue interpretado sin conocimiento previo de ningún otro dato del paciente. Los criterios utilizados para el diagnóstico electrocardiográfico de HVI fueron: el criterio de Sokolow-Lyon y el criterio de Cornell, debiendo cumplir ambos. La muestra se obtuvo de pacientes ingresados de forma secuencial, por procesos agudos o exacerbaciones de alguna enfermedad médica no vascular. Las analíticas utilizadas se obtuvieron de la fecha más reciente previa al ingreso hospitalario sin exceder de los 6 meses anteriores.

**Resultados:** De las 150 historias clínicas revisadas se obtienen los resultados de la tabla.

ITB	HVI	VI normal	Total pacientes
ITB < 0,9	21 (38,8%)	33	54
ITB 0,9-1,2	13 (18,57%)	57	70
ITB > 1,2	3 (11,5%)	23	26
Total	39	113	150

**Conclusiones:** Resaltar la relación entre los distintos territorios vasculares, de tal manera que la afección aterosclerótica de uno de ellos multiplica el riesgo de que otros resulten afectados. En nuestra muestra cerca del 40% de los pacientes con un ITB < 0,9 presentaron HVI, frente a un 11,5% de los pacientes con ITB > 1,2, sugestivo de arteriosclerosis (asociación incluso menor que en los pacientes sin alteración del ITB). Así mismo se evidenció que los pacientes hipertensos con un ITB patológico presentaban en mayor proporción hipertrofia ventricular izquierda.

## Hiperlipidemia y presión arterial

### 342. COLESTEROL Y CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

C. Crespo Martínez, B. Ríos Alonso, J.A. Álvarez Gregori, J. Porcel Ruiz, M.C. Medina Hernández y M.V. Salvador García

CS Casto Prieto, Salamanca.

**Propósito del estudio:** La enfermedad cardiovascular (ECV), al igual que en el resto de países occidentales, es, con el 32% de los fallecimientos, la primera causa de muerte en España (INE de 2008). Las distintas Sociedades científicas en su afán de prevenir la ECV, y dado su origen multifactorial, recomiendan la estimación del riesgo cardiovascular global (RCV) para clasificar a las personas en los distintos grupos de riesgo y así poder priorizar las intervenciones de hábitos de vida y farmacológicas que ayuden a minimizar en lo posible la morbilidad asociada a este síndrome. A tal efecto, y según las recomendaciones de la European Society of Hypertension-European Society of Cardiology (ESH-ESC) y de la The National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP) (PAPPSS), el objetivo de nuestro estudio

ha sido evaluar el perfil colesterolémico de los pacientes hipertensos de un Centro de Salud de AP urbano en Salamanca para conocer el grado de control de sus niveles de colesterol total, HDL y LDL y, en caso de no ser óptimo, tomar las medidas oportunas para disminuir su RCV y minimizar en lo posible el sufrimiento de eventos adversos.

**Métodos:** Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal. Sujetos: por muestreo aleatorio se seleccionaron 160 historias del total de 2157 pacientes diagnosticados de HTA según los criterios de ESH-ESC y PAPPSS en el Centro de Salud cuya área básica de salud comprende aproximadamente 25.000 habitantes. Variables de estudio: edad, sexo, urea, creatinina, hematocrito, colesterol total, colesterol HDL y LDL. Análisis: de contrastaron los valores de colesterol total, HDL y LDL mediante la prueba t de Student para la comparación de medias con IC del 95% para averiguar si existían diferencias significativas en los valores colesterolémicos según género y presencia o no de IRC. Posteriormente se calculó el riesgo vascular global en dichos grupos de la población estudiada con las tablas Score (ESC 2007).

**Resultados:** Rango de edad 30-96 años (media 68,11 ± 13,3). Sexo varón 40,3% [media colesterol total 203,21 mg/dL; HDL 45,98 mg/dL; LDL 113,06 mg/dL, Score 5%]; mujer 59,7% [media colesterol total 206,86 mg/dL; HDL 55,83 mg/dL; LDL 127,97 mg/dL; Score 2%], existiendo diferencias significativas en el colesterol HDL ( $p < 0,001$ ) y LDL ( $p = 0,003$ ) según el género en la comparación de medias (U-Mann-Whitney). En el caso de la insuficiencia renal (IRC 13,1%; No IRC 86,9%) no existieron diferencias significativas en ninguno de los parámetros de colesterol entre los pacientes sanos y los insuficientes (t-Student;  $p > 0,05$ ) con un Score para los insuficientes mayor al 9%.

**Conclusiones:** Los niveles altos de colesterol total y LDL son factores de riesgo conocidos y que aumentan de manera significativa, junto a otros muchos (DM, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, HTA, daño de órgano diana: HVI, IRC...), el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares. El RCV en nuestra población hipertensa femenina es moderada (Score 2%) presentando niveles medios de HDL en rango óptimo y LDL cercanos a 130 mg/dL. En el caso de los varones, a pesar de que sus niveles de HDL y LDL también se encuentran en rango óptimo, su Score de RCV es del 5%, por tanto en riesgo alto de sufrir un evento cardiovascular adverso en los próximos 10 años. Peor aún es el caso de los pacientes que ya presentan IRC como daño de órgano diana, en cuyo caso, a pesar de presentar cifras de colesterol comparables a los no insuficientes, su riesgo cardiovascular se eleva hasta niveles de muy alto riesgo. En estos dos últimos grupos, varones hipertensos e insuficientes renales, deberemos incidir en mayor medida a la hora de recomendar cambios de estilos de vida, dieta, ejercicio, e iniciar o aumentar la farmacoterapia hipolipemianta con el objetivo de aumentar el HDL, disminuir el colesterol total y reducir el colesterol LDL hasta cifras en torno o por debajo a los 70 mg/dL (AHA-Dr. Fuster).

### 343. PREVALENCIA Y TRATAMIENTO PREVIO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. RESULTADOS DE UN REGISTRO EUROPEO CONTEMPORÁNEO

J. Caballero Güeto<sup>1</sup>, F.J. Caballero Güeto<sup>2</sup>, M.A. Ulecia Martínez<sup>3</sup> y J.M. Candel Delgado<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HGU Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Hospital de Montilla, Córdoba.

<sup>3</sup>HGU San Cecilio, Granada.

**Propósito del estudio:** Las enfermedades cardiovasculares son en la actualidad la primera causa de mortalidad en nuestro medio. A pesar de los avances conseguidos, el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) es aún deficiente. Pretendemos conocer el