

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) (PAPPS), 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 PAPPS 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 manera a la hora de recomendar cambios de estilos de vida, dieta, ejercicio, e iniciar o aumentar la farmacoterapia hipolipemiante 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 Güeto¹, F.J. Caballero Güeto², M.A. Ulecia Martínez³ y J.M. Candel Delgado³

¹HGU Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital de Montilla, Córdoba.

³HGU 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 aun deficiente. Pretendemos conocer el

perfil de RCV en el siglo XXI de nuestros pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), así como el tratamiento previo de los mismos.

Material y métodos: 14.820 pacientes (SCAEST) + 8.334 (SCA-SEST) incluidos en la base de datos EuroHeart Survey-Acute Coronary Syndrome II por 12 países europeos (364 procedentes de nuestro centro, 2.669 de otros centros españoles y 11.787 de centros del resto de Europa), reclutados en el registro hasta septiembre 2009.

Resultados: Se muestran en la tabla a pie de página.

Conclusiones: La prevalencia de FRCV (DM, HTA y dislipemia) es ligeramente mayor en nuestro medio. La mayor parte de los pacientes hipertensos recibían tratamiento previo al evento isquémico. No ocurrió lo mismo con los hipolipemiantes (sobre todo en el SCAEST), donde apenas el 50% de los pacientes recibían tratamiento previo. El uso de fármacos para el control de FRCV es mayor en España que en el resto de países europeos. Solo conociendo nuestra actividad real podremos detectar los déficit en el manejo y establecer posibles medidas correctoras.

344. EL EFECTO DE ROSUVASTATINA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL, ¿ES DOSIS-DEPENDIENTE?

M. Pena Seijo, A. Hermida Ameijeiras, J.E. López Paz, M.L. Romero Miguez, G. Calvo González, F. Lado Lado, I. Rodríguez López, A. Pose Reino y C. Calvo Gómez

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Introducción y objetivos: Los pacientes con hipercolesterolemia (HC) e hipertensión arterial (HTA) presentan disfunción endotelial y el tratamiento hipolipemiante con estatinas, puede tener “efecto hipotensor”, a través de la vasodilatación dependiente de endotelio, que está reducida en estos pacientes. El objetivo del estudio ha sido analizar los efectos de rosuvastatina sobre la PA ambulatoria, en una cohorte de pacientes hipertensos-hipercolesterolémicos y valorar si este efecto depende de la dosis de estatina utilizada.

Métodos: Se estudiaron 96 pacientes (49 mujeres, edad de 56,3 ± 8,8 años) con HTA esencial, tratados previamente con IECAS, ARA-II y/o calcioantagonistas, que presentan HC primaria, que fueron asignados a tres tipos de intervención terapéutica: recomendaciones higiénico-dietéticas, tratamiento con rosuvastatina 10 mg/día o tratamiento con rosuvastatina 20 mg/día en administración nocturna, durante 8 semanas. En todos los casos, la terapéutica antihipertensiva no se modificó durante el periodo de tratamiento hipolipemiante, ni en los fármacos ni en las dosis. Se evaluaron comparativamente los efectos sobre la PA ambulatoria, antes y después del tratamiento, utilizando MAPA de 24 horas (monitor SpaceLabs 90207) y las modificaciones sobre el perfil biológico y lipídico.

Resultados: En los pacientes con tratamiento no farmacológico (n = 32), no se objetivaron cambios en la PA ambulatoria ni modificaciones en el perfil lipídico. En los tratados con rosuvastatina 10

mg/día (n = 33), se observó una reducción significativa de la PAS y PAD ambulatorias (reducción de 4,5/3,1 mmHg en PA 24-horas; 3,9/2,8 mmHg en PA-día; 6,5/4,0 mmHg en PA-noche; p < 0,001), con aumento de la profundidad de la PAS; además, se observó una reducción significativa del colesterol total y colesterol-LDL, alcanzando objetivos de control lipídico el 69,7% de los pacientes. En los tratados con rosuvastatina 20 mg/día (n = 31), se observó una reducción significativa de la PAS y PAD ambulatorias (reducción de 6,0/3,7 mmHg en PA 24-horas; 5,4/3,4 mmHg en PA-día; 8,2/4,9 mmHg en PA-noche; p < 0,001), con aumento de la profundidad de la PAS y se alcanzó, el control lipídico en el 83,9% de los pacientes.

Conclusiones: Además de su demostrado efecto hipolipemiante, en pacientes hipertensos con hipercolesterolemia asociada, rosuvastatina reduce significativamente la PA ambulatoria, sobre todo la PA nocturna y aumenta la profundidad de la presión arterial sistólica. El efecto hipolipemiante y el “efecto hipotensor” de la rosuvastatina son dosis-dependientes y, este último, podría estar relacionado con la mejoría de la disfunción endotelial que presentan estos pacientes y que mejora con la administración de algunas estatinas.

345. ¿QUÉ APORTA EL VALOR DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN EL MANEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO?

J.A. Costa Muñoz¹, E. Rodilla Sala¹, J. Cardona Alós¹, C. González Monte², F. Pérez Lahiguera¹ y J.M. Pascual Izuel¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular;

²Servicio de Medicina Preventiva, Hospital de Sagunt, Valencia.

Propósito del estudio: Analizar la importancia de la proteína C reactiva (PCR) como indicadora predictiva de la aparición de eventos cardiovasculares (ECV) en una cohorte de hipertensos no diabéticos tratados con las medidas habituales de prevención primaria.

Métodos: Estudio observacional de seguimiento de una cohorte abierta de hipertensos atendidos de forma consecutiva desde el 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2009. Fueron excluidos, entre otros, los pacientes con antecedentes de ECV, diabetes y PCR > 10 mg/dl. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias. Los pacientes disponían de al menos dos visitas, con una diferencia mínima entre ellas de un año. El estudio se realizó en la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular de nuestro centro siguiendo las recomendaciones vigentes en las guías de práctica clínica.

Resultados: Incluimos un total de 1.796 pacientes (52,7% mujeres, edad media (DE) 55,9 (14,1) años, presión arterial sistólica (PAS) (DE) y presión arterial diastólica (PAD) (DE) de 139 (18) y 82 (11) mmHg. Un 69,4% de los pacientes estaba tratado con una mediana (intervalo intercuartílico (IIQ)) de 2 (0-3) fármacos antihipertensivos. Un 23,2% de los pacientes recibía hipolipemiantes. El 20,2% de los pacientes eran fumadores y un 36,2% obesos. El seguimiento fue de una mediana de 2,9 (1,5-4,9) años. Los pacientes con un valor inicial de PCR ≥ 2 mg/dl eran mayores, tenían mayores

	SCA-EST			SCA-SEST		
	Granada	España	Europa	Granada	España	Europa
DM	32,6	25,4	23,4	36,2	32	31,8
HTA	53,5	51,9	49,1	68,5	66	67,2
Dislipemia	39,5	41,9	36,2	50,9	55,6	50
TtoHTA	55,5	54,5	53,5	100	100	95,8
TtoLipid	18,8	23,2	15,7	52,7	49	31,7

cifras de PAS, eran tratados con un mayor nº de fármacos y predominaba en ellos el sexo masculino y tenían un peor perfil lipídico. Del grupo de PCR ≥ 2 mg/dl, 58 pacientes presentaron un ECV (6,5% de total de 3.049 pacientes-año (p-a), con una densidad de incidencia (DI) de ECV por 1.000 (p-a) de 19 (intervalo de confianza (IC) 95% 14,4-24,6). En el grupo de PCR < 2 mg/dl, un total de 34 pacientes presentaron un ECV (3,8% del total de 3.017 pacientes-año), con una DI de ECV por 1.000 (p-a) de 11,3 (IC95% 7,8-15,7). La razón de tasas de incidencia fue de 1,69 (IC95% 1,10-2,58, $p = 0,019$). La probabilidad acumulada de ECV en el grupo de pacientes con PCR ≥ 2 mg/ml fue significativamente superior con respecto al grupo con PCR < 2 mg/dl ($p = 0,017$). En la regresión de Cox, la presencia de valores de PCR ≥ 2 mg/ml, no predice, de forma significativa la aparición de un ECV, hazard ratio (HR) 1,31 (IC95% 0,90-1,91, $p = 0,156$). Al utilizar las medidas repetidas de C-LDL, en las sucesivas visitas de seguimiento de los pacientes y controlando por presión arterial, edad, sexo, tabaquismo, valor de C-LDL inicial y PAS inicial y presencia de valor de C-HDL bajo al inicio, el mantenimiento de las cifras de C-LDL superiores a 160 mg/dl, aumenta el riesgo de un evento cardiovascular en un 87%, HR 1,87 IC95% (1,19-2,93), $p = 0,007$.

Conclusiones: En el presente estudio, en pacientes hipertensos no diabéticos tratados con las medidas habituales de prevención primaria, la PCR no predice, de forma independiente la aparición de eventos cardiovasculares.

346. EFECTOS DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA SOBRE EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. RESULTADOS DE UN ESTUDIO NACIONAL CON MAPA

P. Aranda¹, J.C. Fernández García¹, M. Gorostidi², J. Segura³, A. de la Sierra⁴, J.J. de la Cruz⁵, J.R. Banegas⁵ y L.M. Ruilope³, en representación de los Investigadores de CARDIORISC

¹Hospital Carlos Haya, Málaga. ²Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³Hospital 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona. ⁵Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivos: Comparar el grado de control de la HTA mediante la toma clínica de la presión arterial (PA) y mediante la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) entre pacientes hipertensos hipercolesterolémicos (HHC) y paciente hipertensos normocolesterolémicos (HNC).

Métodos: Se analizaron datos de 68.045 pacientes hipertensos incluidos en el registro CARDIORISC MAPAPRES. Se identificaron 9.805 (14,4%) pacientes HHC (con colesterol LDL ≥ 160 mg/dl o tratamiento con estatinas) y se compararon con el resto de la muestra, 58.240 pacientes HNC. Se definieron los controles clínico y ambulatorio de la PA cuando la PA clínica fue $< 140/90$ mmHg, la PA media de 24h en MAPA fue $< 130/80$ mmHg, la PA diurna en MAPA $< 135/85$ mmHg y la PA nocturna en MAPA $< 120/70$ mmHg.

Resultados: La edad de los pacientes HHC fue 64,1 años y la de los HNC 59,0 años ($p < 0,001$). El índice de masa corporal fue 29,5 y 28,9 kg/m² respectivamente, $p < 0,001$. Las cifras de PA en mmHg en HHC frente a HNC fueron: PA clínica 150,5/87,7 y 149,0/84,7 ($p < 0,001$), PA media 24h 129,9/76,9 y 127,5/73,5 ($p < 0,001$), PA diurna 133,0/79,7 y 132,0/76,0 ($p < 0,001$) y PA nocturna 122,5/67,0 y 121,0/66,0 ($p < 0,001$). Los grados de control de la PA ambulatoria en HHC frente a HNC fueron 49,6% y 53,4% para la PA media de 24 hs ($p < 0,001$), 57,3% y 60,0% para la PA diurna ($p < 0,001$) y 41,3% y 41,7% para la PA nocturna (p NS). Los pacientes HHC estaban recibiendo un tratamiento antihipertensivo más intenso: número medio diario $2,1 \pm 1,2$ vs $1,3 \pm 1,0$ ($p < 0,001$) y uso de combinaciones 71,3% vs 59,5% ($p < 0,001$).

Conclusiones: Como en otras observaciones, nuestros datos indican que, a pesar de un tratamiento antihipertensivo más intenso, la presencia de hipercolesterolemia dificulta el control de la HTA.

347. HIPERCOLESTEROLEMIA EN UN CENTRO DE SALUD. ¿CUÁL ES LA SITUACIÓN EN EL CONTROL DE ESTE TIPO DE PACIENTES

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. Alarcia Ceballos¹, F. Rodríguez Fernández¹, S. Burgaleta Saraseta¹ y A. Chena Alejandro²

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

Objetivos: Conocer la prevalencia de hipercolesterolemia, 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 hipercolesterolémicos estimados.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el C.S. Olaguibel (40.132 usuarios) en el 2010 y en el que se obtienen las prevalencias de hipercolesterolemia 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 déficits de atención al total de pacientes con hipercolesterolemia esperados.

Resultados: Cribado hipercolesterolemia (población > 14 años) 41,25%. Prevalencia obtenida (respecto a la estimada): 69,15%. Déficit de atención en las poblaciones detectadas y estimadas: estudio analítico realizado sobre los detectados: 48,96%. Estudio analítico realizado sobre los esperados: 33,86%. Control periódico realizado sobre los detectados: 45,64%. Control periódico realizado sobre los esperados: 31,56%. Buen control hipercolesterolemia sobre los detectados: 32,02%. Buen control hipercolesterolemia sobre los esperados: 22,02%.

Conclusiones: Pese a obtener una prevalencia obtenida alta, los datos nos indican unos pobres resultados de los indicadores de proceso y resultado. Las medidas correctoras deben ir encaminadas a un aumento del cribaje de esta alteración, seguidas de un importante esfuerzo en el control y tratamiento de este importante y probablemente infravalorado FRCV.

348. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA DISLIPEMIA EN UNA POBLACIÓN 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 prevalencia de dislipemia en hemodiálisis (HD) oscila entre 50-90%. El patrón lipídico es variable y lo más común es ver una ligera hipertrigliceridemia. El HDL suele estar algo disminuido y el colesterol total y LDL normales o algo aumentados. Los mecanismos fisiopatológicos van desde la disminución de la actividad de la lipoproteinlipasa a la reducción de la lecitincolesterola-ciltransferasa por la coexistencia de hipoalbuminemia que incrementa los niveles de lisolecitina libre. En general no hay grandes cambios en el perfil lipídico entre prediálisis y HD aunque existen estudios que demuestran que durante el primer año de HD mejora el patrón oxidativo de las lipoproteínas de baja densidad al mejorar la uremia. Se ha visto mejoría del perfil lipídico según el tipo de baño de diálisis (mejor de bicarbonato y libre de glucosa), con el uso de membranas de alta permeabilidad, uso de heparina de bajo peso molecular o la administración de eritropoyetina. Con este estudio pretendemos investigar la prevalencia y características de los diferentes patrones lipídicos en una población de diálisis.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal analizando una población de 116 pacientes en HD. Se registró edad, sexo,

obesidad, tiempo en HD, presencia de otras patologías concomitantes como diabetes y otras enfermedades cardiovasculares. Se analizaron los parámetros analíticos recogidos en la analítica mensual correspondiente a noviembre 2010: triglicéridos, colesterol total, LDL, HDL, albúmina; y la toma de hipolipemiantes. Se consideraron los siguientes valores: hipoalbuminemia 200 mg/dl, hipercolesterolemia (HcT) > 175 mg/dl, HDL < 40 mg/dl. A partir de estos valores se dividió a la población en 4 grupos: A: hiperlipidemia combinada (HTg+HcT). B: hipertrigliceridemia aislada. C: hipercolesterolemia aislada. D: normolipidemia. Los datos se analizaron con el test de Fisher y mediante el paquete SPSS.15.

Resultados: Se estudia a 116 pacientes de los cuales el 58,6% son varones. La media de edad fue $62,16 \pm 14,17$ años. La etiología de la ERC más frecuente fue nefroangiosclerosis (24,1%), glomerulonefritis (20,7%) y diabética, poliquistosis e idiopática (11,2%). El tiempo medio en HD fue $43,78 \pm 46,31$ meses. El 58,6% eran dislipémicos y como patología asociada: HTA 89,7%, diabetes 28,4%, fumador 26,7%, obesidad 27,6% y cardiopatía isquémica 21,6%. El 54,3% estaba en tratamiento con hipolipemiantes, siendo los más utilizados la rosuvastatina (43,5%) y la atorvastatina (43,5%). Solo un 8,1% tomaban fármacos tipo no estatina. El 14,7% tenían hipoalbuminemia con una media de albúmina de $3,8 \pm 0,38$ g/dl. El 41,4% tenía niveles bajos de HDL (media $44,84 \pm 15,83$), 18,1% hipercolesterolemia (media $140,27 \pm 35,37$), y el 17,2% hipertrigliceridemia (media $146,08 \pm 72,19$). Dividiendo por grupos según los datos analíticos, el 7,8% presentan hiperlipidemia combinada, 8,6% hipertrigliceridemia, 11,6% hipercolesterolemia y el 72,4% normolipidemia. En el análisis estadístico hubo significación entre la presencia de dislipemia y de diabetes (75,8% vs 51,8%), obesidad (78,1% vs 51,2%) y cardiopatía isquémica (84% vs 51,6%). Dividiendo por grupos de lipemia (según la analítica) apareció significación en relación a obesidad, diabetes y escasamente frente a HTA. Con respecto al sexo, la hiperlipidemia combinada y la hipercolesterolemia es más frecuente en mujeres (12,5% vs 4,4%; 18,8% vs 5,9%) y la hipertrigliceridemia en varones (11,8% vs 4,2%).

Conclusiones: Más del 50% de los pacientes en HD presenta dislipemia y casi todos necesitan medicación para su control. Casi un 15% presenta datos de desnutrición y ello infraestima el porcentaje de dislipemia. La hipercolesterolemia es lo más frecuente dentro de las dislipemias. Obesidad, diabetes y cardiopatía isquémica se asocian a la existencia de dislipemia. Los patrones lipémicos son diferentes según el sexo.

vención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular, la adherencia al tratamiento sigue siendo escasa, lo que repercute negativamente en su grado de control. Los programas de atención farmacéutica pretenden incrementar el control de los factores de riesgo en pacientes afectados de enfermedades crónicas incrementando la idoneidad del tratamiento prescrito y su cumplimiento.

Propósito del estudio: Conocer la razón efectividad/coste y beneficio/coste de la incorporación del farmacéutico comunitario en la gestión de casos/procesos para la implantación de la Atención Farmacéutica.

Objetivos: Objetivo principal: determinar el impacto de la atención farmacéutica en el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular, la comorbilidad, la calidad de vida y los costes directos en el ámbito de la atención primaria de la salud. Objetivos específicos: evaluar la efectividad de la actuación del farmacéutico en la detección y resolución de problemas relacionados con el medicamento, PRM. Evaluar la efectividad de un protocolo de utilización de un sistema personalizado de dosificación, SPD® en la mejora de la seguridad y la eficacia del tratamiento en pacientes con patología crónica y poli medicados. Evaluar la eficiencia, razón efectividad/coste y beneficio/coste de las intervenciones.

Material y métodos: Estudio experimental pragmático prospectivo aleatorizado con existencia de grupo control y bajo la técnica de enmascarado simple ciego. Muestra de 750 pacientes, estratificados por edad y sexo. Seguimiento de los pacientes durante 12 meses. Visitas a los 3, 6, 12 meses. Estudio multicéntrico y multidisciplinar implantando la gestión de pacientes por parte de farmacéuticos comunitarios y profesionales de Equipos de Atención Primaria (médicos y personal de enfermería), con la colaboración de responsables de farmacia de atención primaria. Aplicación de un protocolo de Atención Farmacéutica más la utilización de un procedimiento normalizado de un sistema personalizado de dosificación, SPD®.

Resultados: (Provisionales) Previa propuesta a participar a los 12 Servicios de Atención Primaria, SAP que respondieron a la convocatoria, quedaron en el estudio 10. Se implicaron 19 áreas básicas de salud, con 129 profesionales: 96 médicos y 33 enfermeros. De las 148 farmacias y 271 farmacéuticos voluntarios para participar quedaron en el estudio 70 farmacias y 125 farmacéuticos. Se realizaron 24 reuniones de formación y coordinación con los diferentes equipos de investigadores. La fase de inclusión de pacientes no ha concluido aún al no haber obtenido el tamaño de muestra estimado. Cronograma previsto: Febrero-octubre 2010: búsqueda activa de pacientes. Mayo-diciembre 2010: inclusión de pacientes. Enero de 2012: finalización del estudio. Enero-marzo 2012: análisis de resultados.

Ensayos clínicos

349. ESTUDIO RISCARFARM: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y LA EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA COGESTIÓN DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

M. Barau Germès¹ y G.I. Riscarfarm²

¹Colegio de Farmacéuticos de Barcelona, Barcelona.

²Farmacéuticos Comunitarios, Equipos de Atención Primaria y Responsables de Farmacia, Barcelona y provincia.

Introducción: Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la primera causa de mortalidad para el conjunto de la población española. Con una tasa bruta de mortalidad de 292/100.000 habitantes, representan el 33% del total de las defunciones registradas. Aunque se dispone de numerosos estudios que demuestran la efectividad del tratamiento de los factores de riesgo en la pre-

350. ENSAYOS CLÍNICOS. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS (1990-2010)

B. Gil Extremera, B. Torres Torres, R. Granados Valverde, J.A. Soto Más, E. García Peñalver y M.I. Mérida Fernández

Unidad de Hipertensión y Lípidos, Hospital Universitario, Granada.

Introducción: La búsqueda de la mejor terapéutica (fármacos, dosis, vía de administración) es uno de los objetivos de los Ensayos Clínicos (EC).

Pacientes y métodos: Desde 1990 esta Unidad de Hipertensión ha participado, sin interrupción, en 120 EC: hipertensión, dislipemia, diabetes, coronariopatía, insuficiencia cardíaca, etc. La Unidad ha acumulado: a) numerosa casuística de pacientes con factores de riesgo y patología cardiovascular; b) posee dotación personal (facultativos, "data manager", enfermera, personal administrativo y de laboratorio) con experiencia; c) espacios físicos ad hoc (consultas, hospitalización, medios auxiliares; y, d) material fungible e inventariable adecuados.