

Epidemiología

37. VARIABLES COGNITIVAS Y CONDUCTUALES ASOCIADAS AL CONTROL DE HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. Atienza Martín¹, L. Rodríguez Fernández², F. Revuelta Pérez², C. Losada Ruiz¹, M. Garrido Lozano¹, P. Jiménez Rosales¹, C. González Gutiérrez¹, C. Jiménez Jerez¹, P. Verde Sevilla¹ y L.I. Amores Cabello²

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

Objetivos: Analizar variables cognitivas y conductuales asociadas al control de la presión arterial de pacientes hipertensos.

Métodos: Estudio descriptivo mediante entrevista estructurada. Variables estudiadas: demográficas; personalidad (cuestionario de Eysenck), salud percibida (cuestionario de Goldberg), afrontamiento del estrés (cuestionario COPE) y función familiar (APGAR-familiar). Estadística descriptiva y test t para la diferencia de medias y Ji-cuadrado para la diferencia de proporciones

Resultados: 185 hipertensos. Edad media: 65,16 años (63,8-66,5). Mujeres: 53,5%. Controlados: 58,4%. Diabéticos: 57,8%. No hubo diferencias significativas entre controlados o no por sexo o en las dimensiones de personalidad y salud percibida. El estilo de afrontamiento de aceptación fue superior en los no controlados ($p = 0,038$). El estilo de afrontamiento concentrar esfuerzos para solucionar fue superior en los controlados ($p = 0,009$). Las puntuaciones del APGAR familiar fueron superiores en los controlados (8,99 vs 8,30) ($p = 0,012$) y hubo diferencias significativas en la presencia de disfunción familiar entre controlados y no controlados (6,48% vs 16,88%) ($p = 0,025$).

Conclusiones: Los estilos de afrontamiento del estrés activos y la función familiar normal se asocian a un mejor control de la presión arterial de los hipertensos.

38. PERFIL CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN CON DEMENCIA

P.G. Baz Rodríguez¹, I. González Casado¹, J.M. de Dios Hernández¹, R. Rodríguez Pérez² y M.A. Hernández Hernández¹

¹CS María Auxiliadora, Bejar, ²AFA Salamanca, Salamanca.

Objetivos: 1. Conocer los factores de riesgo cardiovascular clásicos de una población especial: pacientes con demencia tipo Alzheimer y otros subtipos. Comparando con estudios recientes en poblaciones ancianas. 2. Perfil de tratamiento antihipertensivo, estimando el grado de control PAS y PAD. La HTA en la población anciana es superior al 50%. La necesidad del tratamiento es un hecho demostrado en numerosos ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo, en los que el tratamiento se asocia a una reducción de eventos cardiovasculares. Sin embargo el tratamiento puede resultar complicado, por el manejo clínico de los pacientes con demencia, farmacocinética alterada, polifarmacia, comorbilidad. El tratamiento individualizado es el que debería realizarse en nuestra práctica clínica habitual. Respecto a una muestra de más de 60 años con una muestra de 4.009 pacientes con cifras de PA > 140/90 se vio una prevalencia del 68,3%. Existe un límite, tanto de edad como por el grado de evolución de la demencia, entendida como un proceso neurodegenerativo, irreversible y progresivo. En un estudio transversal realizado en Nueva Zelanda, en el que se analizaron 3.068 individuos con edad superior a 80 años, se observó que el 59% eran hipertensos y el 94% estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo. La comorbilidad era frecuente en pacientes hipertensos y se observó que antecedentes de ictus, enfermedad cardíaca y dislipemia eran factores independientes para un buen control de la PA. Hay falta de evidencia, si existen beneficios adicionales si se reduce la PAS por debajo de 120-125 y la PAD menos de 70. Ello se podría acompañar de un aumento de episodios coronarios. La recomendación final que marcan las guías es el fenómeno en forma de curva en "J" sería poco probable que ocurriera con una reducción progresiva de la PA a 120/75.

Métodos: Diseño: descriptivo, observacional, longitudinal. Emplazamiento: población de un centro residencia y estancias diurnas para enfermos con demencia tipo Alzheimer y otras demencias. AFA Salamanca. Sujetos del estudio: en una muestra poblacional de enfermos del año 2011 se toma una muestra de pacientes en fase moderada-grave (Fase 3). N = 49. Se recogió la información de la historia digitalizada en Resiplus y en papel, donde había (61,22%) de pacientes hipertensos.

Resultados: Edad: se trata de una población comprendida entre los 54 años y los 94. Edad media 81 años. Sexo: 30 son mujeres (61,22%), 19 varones (38,77%). Peso: la media del peso fue 54,02 kg. Según el tipo de demencia: 30 son E. Alzheimer (61,02%), 6 son D. mixta (12,24%), DFT son 2 (4%), D. vascular son 2 (4%), D. asociada a Parkinson (4%), otras (10%). De los enfermos 16 E. Alzheimer son hipertensos (53,3%). D. vascular y mixta (100%). Variables HTA. PAS: figura recogido en el 100% al menos una vez al mes. Encontramos una media de 106,5 mmHg. PAD: figura recogido en el 100% con una media de 58,3 mmHg. Diabetes: de la muestra recogida 8 son DM (16,32%) de los cuales 6 son DMNID (75%), 2 son DMID (25%). Se hizo la media de la glucemia basal recogida al menos una vez al mes. 88,83 mmHg. Dislipemia: 10 pacientes son dislipémicos (20,48%). Tratamiento antihipertensivo: de la muestra total 30 de ellos (43,3%) no reciben ningún tratamiento. El 57,6% si reciben tratamiento en cuyo caso son β-bloqueantes (15,38%), diuréticos (23,07%), IECA (23,07%), ARA II o ARA II + diuréticos (38,46%). Tratamiento hipolipemiante. 4 reciben algún tratamiento (50%). La otra mitad no.

Conclusiones: 1. Existe un control de PAD Y PAS en pacientes con demencia muy estricto de media 106/58, manteniéndose por debajo de los límites recomendados. El porcentaje de hipertensos que no precisan tratamiento antihipertensivo es alto respecto a los es-

tudios existentes. (43,3%). 2. Por subtipos de demencia, en E. Alzheimer son hipertensos (53,3%), demencia vascular o mixta (100%).

39. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN DIABÉTICA Y NO DIABÉTICA EN UNA CONSULTA DE DIABETES E HIPERTENSIÓN EN CAMPOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS

J. Bernardo-Cofiño¹ y F. Fernández-Tamargo²

¹HUCA, Oviedo. ²Hospital Valle del Nalón, Sama de Langreo.

Objetivos: Valorar la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA), y otros factores de riesgo, así como grado de tratamiento y control en una cohorte de pacientes atendidos en una consulta de diabetes e hipertensión en población refugiada saharaui, no estudiada hasta el momento.

Métodos: Estudio descriptivo observacional longitudinal entre los años 2005 y 2010, de una cohorte de refugiados saharauis atendidos en una consulta de diabetes mellitus e hipertensión, amparada por Cruz Roja Internacional. Las variables cuantitativas con distribución normal se expresan en forma de media y desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se expresan como porcentajes. El análisis estadístico de datos se realizó con el programa SPSS Statistics Data Editor, versión 17. El estudio presenta limitaciones estadísticas evidentes, dada la precariedad de medios y la variabilidad de las condiciones de observación y dificultad para la recogida de los datos.

Resultados: Se obtuvieron datos de 1281 pacientes entre 2005 y 2010, de los cuales 719 (56,1%) corresponden a mujeres, y 562 (43,9%) a varones. La edad media fue de $55,1 \pm 12,7$ años, siendo de $59,16 \pm 10,9$ en varones y $53,3 \pm 12,3$ en mujeres, existiendo una diferencia significativa entre ambos grupos. 883 pacientes (69,0%) eran diabéticos, de los cuales el 59,5% corresponde a mujeres. El 54,2% (479) de los pacientes diabéticos eran además hipertensos. Globalmente, 733 pacientes (57,2%) eran hipertensos (56,3% mujeres). Las cifras medias de presión arterial (PA) de hipertensos no diabéticos son de $159,3 \pm 26,7/96,9 \pm 14,0$ mmHg. Las cifras medias de PA de los pacientes diabéticos hipertensos es de $159,5 \pm 24,0/94,1 \pm 12,5$ mmHg. Existe una diferencia estadísticamente significativa en las cifras de PA diastólica entre ambos grupos de hipertensos, quizás explicada por la diferencia significativa entre las cifras de PA diastólica entre sexos (más elevada en mujeres). Tanto el peso como el índice de masa corporal (IMC) se asocian significativamente con las cifras de glucemia y PA, tanto sistólica como diastólica. Asimismo, la edad se asocia con el IMC, peso y cifras de PA, pero no con las cifras de glucemia. El 89,9% de los pacientes hipertensos reciben al menos un tratamiento. A pesar de ello, el grado de control de la HTA es de apenas el 10% en población saharaui, precario tanto en diabéticos (7,3%) como en no diabéticos (11,0%). Los IECA son la medicación más empleada, en monoterapia (58,3%) o formando parte de alguna combinación (17,2%).

Conclusiones: 1. La HTA es una enfermedad relevante entre los pacientes atendidos, con una prevalencia de aproximadamente el 60%. Globalmente existe un pobre control de las cifras de PA, a pesar de la elevada proporción de pacientes que reciben tratamiento. 2. La prevalencia de DM en la consulta es del 69%, de los cuales más de la mitad sufren además HTA (54%). Existen diferencias significativas en la PA diastólica entre pacientes hipertensos sin diabetes, y los pacientes diabéticos hipertensos. 3. Los IECA son la medicación más empleada para el control de cifras de PA, participando en más del 75% de los tratamientos. 4. Los resultados del tratamiento están influenciados por múltiples variables difíciles de registrar, como la ingesta no

mensurable de sal a través del agua, la variedad de la dieta y el sedentarismo.

40. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL ANDALUZ

A. Cabrera Bonilla¹, M.C. González Fernández², R. Martín Blanco¹, G. Blanco Fernández¹, F. Villalba Alcalá³, M. Barrios Artillo² y A. Espino Montoro²

¹Unidad de Gestión Clínica de El Saucejo, Sevilla. ²Unidad de Investigación, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla. ³Centro de Salud de Osuna, Sevilla.

Objetivos: El diagnóstico y control de los factores de riesgo vascular (FRV) es especialmente importante en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) para disminuir los eventos, que es la principal causa de mortalidad en este grupo de población. Sin embargo, diferentes estudios (evento, CIFARC, MIDIA, PREVENCAT) han demostrado que el grado de control sigue siendo deficiente y los resultados en población rural son más escasos. El objetivo de nuestro estudio era valorar el grado de control de los diferentes FRV en los pacientes DM2 adscritos a una consulta de medicina de familia de un centro de salud rural.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Hemos analizado la Historia de Salud Única, registrada en Diraya, de los 133 pacientes que estaban incluidos en el proceso de diabetes. Se incluyeron a 75 sujetos. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: De los pacientes incluidos, el 48% eran varones con una edad media de $70,9 \pm 9,9$ años. El 40% de los casos tenía un IMC ≥ 30 y el 20% de ellos tenían un IMC < 25 . El peso medio era de $74,8 \pm 13,8$ Kg. El 30% eran fumadores. La PA sistólica y diastólica se hallaron controladas en el 68% y 87% de la muestra. Sólo el 68% de los pacientes tenían controladas ambas. La HbA1c era < 7 en el 50% de los casos, con una media de $7,39 \pm 1,38\%$. Se halló un control óptimo de colesterol total del 51%, LDL-c del 49%, HDL-c del 65% y triglicéridos del 72%. El 32% tenían un control lipídico total. El 71% de los pacientes eran de alto riesgo según la puntuación de Framingham y de ellos el 25% eran de muy alto riesgo. El 10,7% de los pacientes alcanzaban el objetivo.

Conclusiones: A pesar de que hay una tendencia a un mejor grado de control de los FRV en este grupo de población, todavía estamos lejos de conseguir un control óptimo del riesgo vascular en los pacientes con DM2.

41. EFICACIA TERAPÉUTICA SOBRE EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

A. Cabrera Bonilla¹, M.C. González Fernández², R. Martín Blanco¹, G. Blanco Fernández¹, F. Villalba Alcalá³, M. Barrios Artillo² y A. Espino Montoro²

¹Unidad de Gestión Clínica de El Saucejo, Sevilla. ²Unidad de Investigación, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla. ³Centro de Salud de Osuna, Sevilla.

Introducción: El diagnóstico y control de los factores de riesgo vascular (FRV) es especialmente importante en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) para disminuir los eventos. Sin embargo, diferentes estudios (evento, CIFARC, MIDIA, PREVENCAT) han demostrado que el grado de control sigue siendo deficiente. Los pacientes diabéticos tipo 2 generan un elevado coste de asistencia sanitaria al año (estudio CODE 2). Probablemente un mejor control de los

FRV en DM2 conlleve no sólo una mejora en la supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes, sino que también reduzca el gasto sanitario.

Objetivos: Valorar el grado de control de los diferentes FRV y el perfil farmacológico en los pacientes DM2 adscritos a una consulta de medicina de familia de un centro de salud rural.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Hemos analizado la Historia de Salud Única, registrada en Diraya, de los 133 pacientes que estaban incluidos en el proceso de diabetes. Se incluyeron a 75 sujetos. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: De los pacientes incluidos, el 48% eran varones con una edad media de $70,9 \pm 9,9$ años. El 40% de los casos tenía un IMC ≥ 30 y el 20% de ellos tenían un IMC < 25 . El 30% eran fumadores. La PA sistólica y diastólica se halló controlada en el 68% y 87% de la muestra. La HbA1c era < 7 en el 50% de los casos. La prevalencia de dislipemia fue del 52%. De ellos, el 18,7% presentaron enfermedad coronaria, 6,7% ictus y 2,7% arteriopatía periférica. El 70,6% de nuestros pacientes usaban medicación antihipertensiva con una media de 1,6 fármacos al día. El consumo de antihipertensivos era: IECA 33,3%, ARAII 32%, tiazidas 26,7%, antagonistas del calcio 22,7%, betabloqueantes 17,3% y diuréticos de asa 16%. El 17,3% de los pacientes controlaban su diabetes sólo con dieta y ejercicio y el 82,7% con antidiabéticos orales (ADOs) con una media de 1,2 fármacos/día, siendo la metformina el fármaco más usado (72%). El resto de ADOs se distribuía en: sulfonilureas 30,7%, iDPP4 10,7%, metiglinida y tiazolidindiona 5,4%. Se encontraban en tratamiento con insulina el 18,7%. Del 52% de pacientes que usaban hipolipemiantes, el 49,3% eran estatinas y sólo 2 pacientes estaban con asociación de estatinas con ezetimiba o fibrato. Con respecto a los antiagregantes y/o anticoagulantes, el 29,3% de los pacientes no lo consumían. El grado de control óptimo de los diferentes FRV de los pacientes de nuestro estudio no llegó al 10,7%, a pesar que son pacientes polimedados, que toman una media de 4,2 fármacos/día.

Conclusiones: Nuestros pacientes diabéticos son de alto riesgo vascular y es necesario una modificación de la terapia farmacológica para conseguir un mejor control de los FRV y en concreto sobre fármacos hipolipemiantes y antidiabéticos.

42. POBLACIÓN RURAL HIPERTENSA QUE ACUDE A CONSULTAS DE NEFROLOGÍA

B. Cancho Castellano¹, M.T. Calderón Morales¹, B. Ruiz Jiménez², M.V. Martín Hidalgo-Barquero² y M. Naranjo Arellano¹

¹Hospital de Zafra, Badajoz. ²Hospital de Llerena, Badajoz.

Objetivos: Conocer las consultas realizadas por HTA y estudiar las características de la población hipertensa derivada a Nefrología en un medio rural.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal de los pacientes atendidos en consulta de Nefrología por el motivo de consulta HTA. Se revisaron de forma retrospectiva 372 primeras visitas atendidas en 13 meses consecutivos de actividad asistencial. Se estudió edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, lesión de órgano diana (LOD), diabetes mellitus (DM), presencia de enfermedad renal y estadio, proteinuria y microalbuminuria, número de fármacos hipotensores en el tratamiento y etiología de la HTA.

Resultados: Se atendieron 54 primeras visitas con el motivo de consulta HTA. Supuso el 14,52% de las primeras visitas. En el resto, el motivo de derivación fue fundamentalmente insuficiencia renal. Edad media de $51,78 \pm 15,47$, rango (20-85). El 38,89% fueron varones, un 61,11% mujeres. Los pacientes procedían en un 87% de los casos de atención primaria, 11% de Medicina Inter-

na y un 2% de Cardiología. De los pacientes hipertensos atendidos un 79,63% cumplían criterios de derivación. Un 20,37% (11/54) de los pacientes tenían uno o dos factores de riesgo cardiovascular más asociados. Un 33,33% (18/54) presentaban 3 o más FRCV o LOD o DM. Enfermedad clínica asociada 46,30% (25/54), de estos más del 90% presentaban enfermedad renal crónica en sus distintos estadios, con insuficiencia renal (estadios 3-5) el 41,66% de los enfermos renales. El 58,33% diagnosticados como nefroangioesclerosis. Casi la mitad de los pacientes requerían tres o más fármacos para un control adecuado. La HTA esencial fue la más prevalente, seguida de la secundaria asociada a enfermedad renal parenquimatosa, se atendió una embarazada hipertensa y se diagnosticó una paciente de hiperaldosteronismo primario.

Conclusiones: El porcentaje de derivación a atención especializada cumpliendo los criterios establecidos es óptimo. El elevado porcentaje de pacientes derivados de atención primaria orienta a una buena comunicación bidireccional. La gran mayoría de los pacientes hipertensos que acuden por primera vez a consultas de Nefrología tienen un riesgo cardiovascular alto o muy alto.

43. PLAN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

M. Casanova Lage, A. Melo Almiñana, D. López Martínez, M. Villa Escamilla, M. Castro García, S. López Ortún, I. Barahona Arroyo, M.L. Cid Salgado, P. Iglesias Sanz y J.A. Quevedo Seises

CS Justicia, Madrid.

Objetivos: Mejora de la atención a pacientes con patologías crónicas, en concreto pacientes diabéticos (DM) e hipertensos (HTA) (Servicios 406 y 407 respectivamente de la Cartera de Servicios de la C.A.M.) que acuden al C. S. Justicia. Comprobación del grado de influencia del Plan de mejora sobre el registro de otros datos relacionados.

Métodos: Se determina incluir el Plan dentro de los objetivos específicos a conseguir por el Equipo en el Contrato Programa 2011. Se realiza un estudio descriptivo, observacional. En estudios anteriores nuestro Centro daba unos datos de cobertura en relación con la atención a pacientes HTA y DM del 66,8% y 64,7% respectivamente. Se establece un plan de mejora, acorde con los criterios de mejora continua de calidad: 1. Identificación del problema, 2. Análisis de posibles causas, 3. Propuesta de medidas correctoras, 4. Implantación de las medidas, 5. Monitorización de resultados. Los Servicios 406 y 407 de Cartera consisten en un indicador de cobertura, con un criterio de inclusión y unos criterios de buena actuación (CBA). Se identificaron como posibles causas del problema (baja cobertura): la manera de registrar los datos, el lugar donde se registran, el funcionamiento del sistema informático, el conocimiento del sistema por parte de los profesionales y el desconocimiento por parte de los usuarios de la sistemática de funcionamiento del Centro de Salud. Se propusieron las siguientes áreas de mejora y medidas correctoras: -Garantizar que todos los profesionales conozcan el sistema de registro y unificar el mismo a través de sesiones informativas. -Intensificar la derivación desde la consulta del médico a la consulta de enfermería. -Elaborar folletos informativos dirigidos a los usuarios explicando y definiendo las funciones de Enfermería.

Resultados: Analizados los datos tras la implantación del Plan de mejora se observa: el indicador de cobertura de pacientes HTA aumenta del 66,8% al 78,4% en 2 años. El indicador de cobertura de pacientes DM aumenta, pasando del 64,7% al 84,3%. En lo que

se refiere a la influencia del plan sobre datos relacionados: la clasificación de la HTA y la exploración física del paciente tenían una cobertura del 14,9% y las pruebas complementarias se registraron en el 32%. El registro de la exploración física en pacientes DM se registraron en el 9,35% y las pruebas complementarias en el 15,1%

Conclusiones: 1. El Plan de Mejora consigue un aumento de la cobertura en los dos grupos de pacientes, diabéticos e hipertensos. 2. Los datos obtenidos, indican que el plan debe ser muy específico en lo que se refiere a la meta a lograr dado que la influencia sobre datos relacionados es escasa. 3. Es recomendable una evaluación más continuada de los resultados.

44. ¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

R.C. del Olmo Zamora¹, J.M. Díaz-Campo Córdoba², A. García Lerín³, O. García Vallejo³, A.I. Martín Herruzo⁴ y S. Martín Herruzo¹

¹CS Puerta Bonita I, Madrid. ²Hospital de Ciudad Real, Ciudad Real. ³CS Almendrales, Madrid. ⁴CS El Espinillo, Madrid. ⁵Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Determinar la prevalencia y características de la población con fibrilación auricular (FA) del C.S. Almendrales de Madrid y compararla con las de otros estudios publicados.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal utilizando el programa OMI-AP, se revisaron historias clínicas de pacientes del C.S. Almendrales de Madrid en cuyo historial figuraba episodio de arritmia cardíaca o FA (población total 23.303 pacientes con un 19% > 65 años) de los 149 pacientes encontrados presentaban FA 80, hombres 44 y mujeres 36, con un edad media de 76,75 ± 8,48 años. En estos pacientes se revisaron: edad, sexo, factores de riesgo (FR): eventos cardiovasculares, HTA, DM, DL, anticoagulación/antiagregación, tratamiento con antiarrítmicos/frenadores del nodo auriculoventricular (NAV), comparando estos datos con los obtenidos en otros estudios publicados.

Resultados: La prevalencia de FA en nuestro estudio fue del 0,34%, similar a la encontrada en los demás estudios (0,4%). Sin embargo, se encontraron diferencias en el grupo de pacientes mayores de 65 años (1,59% en nuestro estudio frente a cifras alrededor del 5% en otros estudios consultados). En distintos estudios revisados se encontró que los pacientes con FA presentaban HTA en un porcentaje entre el 49 al 86,3%, suponiendo en nuestro estudio un 75%. Respecto a otros FR, el 20% de los pacientes del estudio eran diabéticos y el 41,3% dislipémicos, encontrándose eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, infarto cerebral...) en un 23,8%. Un 21,3% de los pacientes con FA de nuestro estudio estaban en tratamiento con antiarrítmicos frente al 38,8% que toman fármacos para controlar la frecuencia del NAV. En nuestro estudio se observó que de los pacientes con FA el 56,3% estaba anticoagulado, el 28,8% antiagregado (23,8% AAS, 5% clopidogrel) y el 10% anticoagulado y antiagregado, no recibiendo tratamiento anticoagulante ni antiagregante 5% de pacientes. Según datos del estudio Cardiotens, sólo el 41% de hipertensos con FA seguidos en atención especializada estaban anticoagulados y el 26% en atención primaria. En otro estudio revisado el porcentaje de pacientes no antiagregados ni anticoagulados suponía un 36%.

Conclusiones: En el presente estudio, de cada mil pacientes 3 presentaban FA y 15 de cada mil eran mayores de 65 años, lo que confirma la mayor prevalencia en este grupo de edad, siendo en nuestro estudio similar a la observada en la bibliografía consultada. Nuestro estudio confirma la elevada prevalencia de HTA en

pacientes con FA, siendo ésta mayor en nuestro estudio que en estudios consultados. Comparando datos de nuestros pacientes con otros estudios se observa un porcentaje superior de pacientes que reciben profilaxis tromboembólica. El porcentaje de pacientes cuya base de tratamiento es el control de la frecuencia de NAV prácticamente es el doble de los que recibían tratamiento antiarrítmico.

45. DIFERENCIAS EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN ZONAS GEOGRÁFICAS ESPAÑOLAS Y POSIBLES FACTORES DETERMINANTES. ESTUDIO PRESCAP 2010

J.A. División Garrote¹, F.J. Alonso Moreno², M.A. Prieto Díaz³, O. García Vallejo⁴, P. Beato Fernández⁵, T. Rama Martínez⁶, A. Galgo Nafria⁷, J.L. Llisterri Caro⁸, J. Polo García⁹ y D. González-Segura Alsina¹⁰

¹CS Casas Ibáñez, Albacete. ²CS Sillería, Toledo. ³CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ⁴CS Almendrales, Madrid. ⁵CAP Premià de Mar, Barcelona. ⁶CAP Masnou Alella, Barcelona. ⁷CS Espronceda, Madrid. ⁸CS Ingeniero Joaquín Benloch, Valencia. ⁹CS Casar de Cáceres, Cáceres. ¹⁰Almirall SA, Barcelona.

Objetivos: Analizar el control de la presión arterial (PA) en diferentes regiones españolas (norte, mediterránea, centro y sureste) y estudiar si las diferencias en el control pueden estar influenciadas por los diferentes estilos de vida o por el tratamiento farmacológico.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico realizado en hipertensos > 18 años, que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo, de las 17 comunidades autónomas españolas. Participaron 2.653 médicos que incluyeron entre 1-5 pacientes consecutivos. La zona geográfica Norte (N) incluyó a Galicia, Principado de Asturias, Aragón, Cantabria, País Vasco, Navarra y La Rioja, la zona Mediterránea (M) a Islas Baleares, Cataluña y Comunidad Valenciana, la zona Centro (C) a Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid y Extremadura, y la zona Sureste (SE) a Andalucía, Islas Canarias y Región de Murcia. Las variables estudiadas fueron: presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), edad, sexo, talla, peso, práctica de ejercicio físico, tratamiento farmacológico y actitud del médico en hipertensos mal controlados. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA < 140/90 mmHg, obesidad cuando IMC > 30 Kg/m² y sedentarios a los hipertensos que habitualmente no hacían ningún tipo de ejercicio físico.

Resultados: Se incluyeron a 12.270 pacientes, (52% mujeres). Edad media: 66,3 (DE 11,4) años. Se consideró bien controlados a un 61,1% (IC95%: 60,2-61,93) de ellos. La zona N incluyó a 2.440 pacientes (19,9%), la M a 3.708 (30,2%), la C a 3.020 (24,6%) y la SE a 3.102 (25,3%). El grado de control de la PA resultante en orden decreciente por zona geográfica fue 65,4% en la zona C, 62,2% (SE), 60,0% (M) y 57,7% (N), p = 0,0001. La prevalencia de obesidad por zona geográfica fue: 41,7% (SE), 41,0% (N), 40,1% (C), 37,3% (M), p = 0,002. La prevalencia de sedentarismo según zona geográfica fue: 61,3% (SE), 56,6% (M), 52% (N) y 49,4% (C), p = 0,0001. El porcentaje de uso de terapia combinada fue: 68,3% (SE), 63,1% (M), 62,3% (C) y 60,4% (N), p = 0,000. La inercia terapéutica fue: 69,5% (N), 61,4% (M), 61,3% (C) y 60,6% (SE), p = 0,0001.

Conclusiones: En la zona norte se observa un peor control junto a un menor uso de terapia combinada y mayor inercia del médico. Los estilos de vida diferentes no parecen tener relación con las diferencias en el grado de control. La actitud del médico y el tratamiento farmacológico parecen ser los determinantes más importantes en el control de la PA.

46. INFLUENCIA DE LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL. ESTUDIO PRESCAP 2010

J.A. División Garrote¹, F.J. Alonso Moreno², O. García Vallejo³, M.A. Prieto Díaz⁴, G. Rodríguez Roca, F. Valls Roca⁶, L.M. Artigao Rodenas, A. García Lerín⁸, E. Carrasco Carrasco⁹ y R. Durá Belinchón¹⁰

¹CS Casas Ibáñez, Albacete. ²CS Sillería, Toledo. ³CS Almendrales, Madrid. ⁴CS Vallobín La Florida, Oviedo. ⁵CS Puebla de Montalbán, Toledo. ⁶CS Benigánin, Valencia. ⁷CS Zona III, Albacete. ⁸CS Almendrales, Madrid. ⁹CS Abarán, Murcia. ¹⁰CS Burjassot, Valencia.

Objetivos: Valorar la influencia de la obesidad y el sedentarismo, en el grado de control de la presión arterial (PA) de los pacientes hipertensos atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos ≥ 18 años, con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Participaron 2.653 médicos que incluyeron entre 1-5 pacientes. Las variables estudiadas fueron: presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), edad, sexo, talla, peso y práctica de ejercicio físico. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA < 140/90 mmHg, obesidad cuando IMC > 30 Kg/m² y sedentarios a los hipertensos que habitualmente no hacían ningún tipo de ejercicio físico.

Resultados: En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres). Edad media: 66,3 (DE: 11,4) años. Se consideró bien controlados a un 61,1% (IC95%: 60,2-61,93) de ellos. En los pacientes con normopeso el grado de control fue del 65,9%, en los que tenían sobrepeso del 63,3% y en los obesos del 57,3% (p < 0,0001) y en cuanto a la práctica de ejercicio físico, el grado de control en los que hacían algún tipo de ejercicio habitualmente fue del 64,8% y en los hipertensos sedentarios del 58,5% (p < 0,0001). El 63,6% de los hipertensos estaban tratados con terapia combinada y solo el 41,8% de médicos modifica el tratamiento ante el mal control.

Conclusiones: La obesidad y el sedentarismo influyen de forma negativa en el grado de control de los pacientes hipertensos, por tanto, la modificación de estilos de vida debería ser una de las estrategias básicas en la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial.

47. RELACIÓN ENTRE SEDENTARISMO, OBESIDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA

J.A. División Garrote, J.A. Carbajo Herencia, L.M. Artigao Rodenas, I. Ponce García, M. Simarro Rueda, D. Caldevilla Bernardo, C. Sanchis Doménech, J. Monedero la Orden, B. González Lozano y B. Rodríguez Paños

Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA), Albacete.

Objetivos: Conocer la asociación entre las horas de televisión (TV) semanales, como medida indirecta del sedentarismo, y la prevalencia de obesidad e hipertensión arterial (HTA) en un estudio realizado en población general española.

Métodos: Estudio trasversal y descriptivo. Muestreo aleatorio, estratificado y bietápico. Captación mediante cita por correo y a los que no acudieron a la primera cita llamada telefónica. Tres entrevistadores entrenados realizaron una encuesta estructurada, exploración física (medidas de peso, talla y circunferencia de la cintura), medida de la PA con un aparato electrónico validado (OMRON 907), ECG y analítica básica (hemograma, bioquímica y orina). Para el análisis de datos se han considerado tres terciles en función de horas semanales de TV que dicen ver los sujetos y se ha definido HTA cuando la presión arterial es ≥ 140 y/o 90 mmHg o

tratamiento y obesidad si el índice de masa corporal (IMC) era $> 30 \text{ Kg/m}^2$. La asociación entre las variables se ha realizado con la prueba de χ^2 , considerándose significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron en este estudio 912 individuos de los que 520 eran mujeres y 392 varones. La edad media fue de 52 años. La media semanal de horas de TV en los hombres fue de 14,1 y en las mujeres de 15 horas/semana ($p > 0,05$) y la media de horas de TV por terciles fue en el primer tercile 5,3 horas/semana y en el tercer tercile 25,2 horas/semana ($p < 0,05$). La prevalencia de obesidad en el conjunto de la población fue del 31,7% (25,2% en el primer tercile y del 41,1% en el tercer tercile, $p < 0,05$) y la prevalencia de HTA del 38,5% (31% en el primer tercile y 53,7% en el tercer tercile, $p < 0,05$).

Conclusiones: Existe una evidente asociación entre el sedentarismo y obesidad y una mayor prevalencia de HTA. La modificación de estilos de vida debería ser una estrategia prioritaria en la prevención y tratamiento de la HTA.

48. VALOR PRONÓSTICO DE LA FRECUENCIA CARDÍACA EN PACIENTES HIPERTENSOS

J.A. División Garrote, J.A. Carbajo Herencia, L.M. Artigao Rodenas, I. Ponce García, B. González Lozano, J. Massó Orozco, L. Carrión Valero, E. López de Coca, J. Monedero la Orden y F. Molina Escribano

Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA), Albacete.

Objetivos: Valorar la influencia de la frecuencia cardíaca (FC), en la aparición de primeros eventos cardiovasculares (combinado enfermedad cardiovascular (ECV) y mortalidad por todas las causas por un lado y mortalidad por todas las causas por otro) en pacientes con hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de una población aleatoria de la provincia de Albacete, mayor de 18 años seguida durante una media de 10,6 años (DE = 2,4 años). El primer examen se realizó durante los años 1992-94 y el segundo examen durante los años 2004-06. El estudio se realizó en los centros de salud de la provincia de Albacete. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó encuesta estructurada, exploración física, medición de la presión arterial, analítica básica y ECG. Para el análisis de datos, se consideró una FC (medida en ECG) alta mayor o igual a 80 l/m y baja menor de 80 l/m y HTA cuando PA $> 140/90 \text{ mmHg}$ o tratamiento. Se ha calculado la prevalencia de FC alta o baja en hipertensos así como el efecto que ejerce la FC sobre la supervivencia, calculando la probabilidad de la misma por el método de Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante la prueba de rangos logarítmicos. Se ha ajustado la FC por sexo y grupos de edad (18-44; 45-64 y mayor o igual a 65 años) mediante la aplicación de la regresión de Cox, tras comprobar el cumplimiento de la proporcionalidad de los riesgos instantáneos.

Resultados: De los 1.322 participantes en el inicio del estudio, 512 (38,7%) eran hipertensos que no habían padecido ningún evento cardiovascular. De estos, 285 (55,7%) eran mujeres y 227 (44,3%), varones. La FC alta estaba presente en 187 (36,5%) pacientes, de los cuales 109 eran mujeres (58,3%), edad media: 61,3 años (DE = 13,5) y 78 varones (41,7%), edad media: 52,6 años (DE = 18,2). La FC baja la presentaban los restantes 325 (63,5%) pacientes; 176 mujeres (54,2%), edad media: 60,8 años (DE = 12,7) y 149 varones (45,8%), edad media: 53,7 años (DE = 15,0). Considerando el combinado ECV y mortalidad por todas las causas, la supervivencia fue del 78,1% en los que tenían una FC menor de 80 l/m y del 72,2% en los que tenían más de 80 l/m, presentando una hazard ratio (HR) de 1,55; (IC95%: 1,07-2,24). Respecto a la mortalidad por todas las causas la supervivencia fue del 86,1% y 77,7% respectivamente, HR = 1,92; (IC95%: 1,23-2,99).

Conclusiones: Ajustado por sexo y edad, en nuestro estudio, una FC mayor de 80 l/m en pacientes hipertensos, presenta una incidencia 1,5 veces mayor en el combinado morbilidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas que una FC menor de 80 l/m. En el caso de la mortalidad por todas las causas, unas 2 veces mayor.

49. VALOR PRONÓSTICO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES HIPERTENSOS

J. Monedero la Orden, J.A. Carbajo Herencia, J.A. División Garrote, L.M. Artigao Ródenas, I. Ponce García, F. Molina Escribano, D. Caldevilla Bernardo, J. López Abril, M. Simarro Rueda y P. Torres Moreno

Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA), Albacete.

Objetivos: Valorar la influencia de la intensidad de la actividad física (AF) realizada, en la aparición de eventos cardiovasculares (combinado enfermedad cardiovascular y mortalidad por todas las causas por un lado y mortalidad por todas las causas por otro) en pacientes con hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de una población aleatoria de la provincia de Albacete, mayor de 18 años seguida durante una media de 10,6 años (DE = 2,4 años). El primer examen se realizó durante los años 1992-94 y el segundo examen durante los años 2004-06. El estudio se realizó en los centros de salud de la provincia de Albacete. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó encuesta estructurada, exploración física, medición de la presión arterial, analítica básica y ECG. Para el análisis de datos, se consideró una AF alta, aquella que el sujeto dedica más de una hora al día al ejercicio físico (incluyendo caminar o subir/bajar escaleras) y baja, el tiempo inferior y HTA cuando PA $> 140/90 \text{ mmHg}$ o tratamiento. Se ha calculado la prevalencia de actividad física alta o baja en normotensos e hipertensos así como el efecto que ejerce la actividad física sobre la supervivencia, calculando la probabilidad de la misma por el método Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante la prueba de rangos logarítmicos. Se ha ajustado la AF por sexo y grupos de edad (18-44; 45-64 y > 65 años) mediante la aplicación de la regresión de Cox, tras comprobar el cumplimiento de la proporcionalidad de los riesgos instantáneos.

Resultados: Se han obtenido datos en el primer examen de 1.322 sujetos, con una edad media de 48,2 años (DE: 17), 53,6% mujeres. De éstos, se consideraron normotensos activos a 482 sujetos (36,5%), 46,3% mujeres, edad media de 38,9 años (DE: 14,5), normotensos sedentarios a 266 sujetos (20,1%), 70,3% mujeres, edad media 41,3 años (DE: 17,2), hipertensos activos a 283 sujetos (21,4%), 40,3% mujeres, edad media 55,4 años (DE: 15) e hipertensos sedentarios a 291 sujetos (22%), 65,6% mujeres, edad media 62,4 años (DE: 14). La prevalencia de AF baja en el conjunto de la población fue del 42,13% y alta de 57,86%, observándose una menor actividad física en la mujer tanto normotensa como hipertensa ($p < 0,001$). Considerando el combinado enfermedad cardiovascular (CV) y mortalidad por todas las causas la supervivencia fue del 93,6%, 86%, 75,3% y 67,9% respectivamente, presentando los hipertensos sedentarios frente a los normotensos activos una hazard ratio (HR) de 2,06 (IC95%: 1,30-3,25). Respecto a la mortalidad por todas las causas la supervivencia fue del 96,1%, 89,3%, 84,8% y 74% respectivamente, HR de 2,55 (IC95%: 1,41-4,62) de los hipertensos sedentarios frente a los normotensos activos. No se observaron diferencias significativas en la supervivencia entre hipertensos activos y normotensos sedentarios.

Conclusiones: La mujer presenta una prevalencia de actividad física baja mayor que la de los hombres. Ajustando por edad y sexo, en nuestro estudio, los hipertensos sedentarios presentan una incidencia 2 veces mayor en el combinado morbilidad CV y mortalidad total que los normotensos activos. En el caso de la mortalidad por todas las causas 2,5 veces mayor.

50. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

P. Braillard Pocard¹, F. Batista García¹, N. Esparza Martín¹, S. Suria González¹, A.Y. Sánchez Santana¹, A. Ramírez Puga¹, E.J. Fernández Tagarro¹, R. Guerra Rodríguez¹, A. Calderín Ortega² y M.D. Checa Andrés¹

¹Servicio de Nefrología; ²Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas.

Introducción: Se acepta desde hace tiempo que la enfermedad arterial periférica (EAP) es una lesión de órganos diana de la HTA. Sin embargo, se han estudiado poco las características clínicas de este subgrupo de pacientes.

Objetivos: Caracterización clínica, bioquímica y farmacológica de pacientes con EVP a su ingreso en el Servicio de Cirugía Vascular según sus antecedentes personales (AP) de HTA.

Métodos: Estudio transversal de 40 ingresos consecutivos en el Servicio de Cirugía Vascular. Tras la firma del consentimiento informado (Estudio aprobado por el Comité de Ética), se recogían los datos clínicos y farmacológicos y se solicitaba analítica (hemograma, bioquímica sangre y orina 24 hs que incluía pro-BNP, troponinas, beta 2 microglobulina, PCR y PTHi). Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

Resultados: Ingresaron 33 hombres y 7 mujeres. La causa más frecuente fue la isquemia crónica estadio 4 de Fontaine (47,5%), el 50% eran fumadores y el 82,5% ex fumadores, el 46,4% tenían antecedentes familiares de EVP, 27 eran diabéticos y 27 hipertensos, 17 con MDRD4 < 60 ml/min, NT- proBNP: 1564,71 + 2008,6 mg/L, beta 2 microglobulina: 4,7 + 4,9 pg/ml. Un 35% de los pacientes estaban tratados con betabloqueantes y solo un 45% tomaban un IECA. Solo el 50% tomaban estatinas y ninguno estaba tratado con fibratos. Respecto a los pacientes sin AP de HTA, los 27 pacientes con AP de HTA eran de mayor edad (p = 0,056), tenían mayor PAS (p = 0,001), menor MDRD4 (p = 0,086) mayores niveles de beta2-microglobulina (p = 0,036) y mayor número de dichos pacientes tenían MDRD4 < 60 ml/min (p = 0,016). Además, mayor número de pacientes tenían AP de arritmia (p = 0,018) e insuficiencia cardíaca (p = 0,018) sin objetivarse diferencias en los AP de ACV o cardiopatía isquémica. Por último, respecto al tratamiento que tomaban, un mayor número de pacientes hipertensos estaban tratados con diuréticos (p = 0,014), IECA (p = 0,001) y ARA-II (p = 0,028) sin observarse diferencias respecto al resto de tratamientos.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos que presentan EVP se caracterizan por presentar algún grado de insuficiencia renal crónica, tener AP de arritmia y/o insuficiencia cardíaca y tener mayores niveles de un biomarcador de EVP como es la beta2-microglobulina. Todo ello sugiere que en este tipo de pacientes hipertensos debemos extremar las medidas de prevención primaria o secundaria si ya se encuentran en los niveles más bajos de la clasificación de Fontaine y evitar así su progresión.

51. PERFIL CLÍNICO-TERAPÉUTICO DE LA HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: CONCLUSIONES SOBRE UNA COHORTE

A.M. Espejo Gil¹, V. Gómez Carrillo¹, C. Salazar de Troya¹, I. Márquez Gómez¹, J. Martínez González¹, M. Carrillo de Albornoz² y R. Gómez Huelgas¹

¹Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga. ²Escuela Deportiva, Complejo Hospitalario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La enfermedad ateromatosa renovascular es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para ateroesclerosis generalizada. Habitualmente se relaciona con una HTA resistente, así como con una serie de entidades nosológicas (la insuficiencia renal, la proteinuria, y la enfermedad arterial coronaria y vascular periférica coexistente) que derivan en una disminución de la esperanza de vida.

Objetivos: Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 74 pacientes con hipertensión renovascular y la valoración de diversas variables que puedan influir en la evolución, tratamiento y pronóstico.

Métodos: Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hiperaldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular. En los casos de sospecha de enfermedad bilateral se realizó además una prueba de imagen: arteriografía o angio-RMN de arterias renales. Descripción: 31 varones (41,9%) y 43 mujeres, 69 + 16,49 años, 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95 + 0,49.

Resultados: Los pacientes con HTA renovascular, presentan una edad media muy avanzada, 69 + 16,49 años, (rango: 17-84 años), con predominio del sexo femenino (58,1%) y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de 10,7 años + 9,3 años. En el momento de acudir a la consulta el 53,42% recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de 3,5 + 1,24 fármacos. Entre las variables analíticas recogidas destaca: glucosa 114; ± 44, natremia 140,8 ± 2,8, kaliemia 4,3 ± 0,5 (sólo un paciente presentaba niveles menores de 3,5 mmol/l), sodio urinario 105 ± 50, potasio urinario 31 ± 18,5. En cuanto al perfil lipídico: colesterol total 203 ± 37, LDL 128 ± 32, HDL 51 ± 21, triglicéridos 149 ± 101. La aldosterona plasmática media fue de 364,9 ± 277,8 (vn < 250), con una ARP 17,45 ± 33 (vn < 2,5). Se detectó una microalbúminuria media de 52 ± 115 (50% de los pacientes > 30 mg/g). Así mismo se determinaron las variables antropométricas básicas, encontrando destacando un IMC medio de 30,5 ± 5,2 kg/m², perímetro abdominal 104 ± 12 cm, con una TAS 159 ± 26 mmHg y TAD 88 ± 14 mmHg al inicio del seguimiento. Entre los factores y marcadores de riesgo cabe destacar un 79,4% de pacientes con antecedentes familiares de HTA, sedentarismo en 69,4% (considerando como tal una actividad física inferior a caminar 150 minutos semanales), obesidad en el 51,3% (según criterios de IMC), DM en el 24,32%, dislipemia en el 61,64% y tabaquismo 36,5%. El 73% de las mujeres eran posmenopáusicas. En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13%, enfermedad cardíaca en el 26,02% y enfermedad cerebro-vascular en el 18,91%. La HTA renovascular fue bilateral en 13 pacientes (17,56%). Se consiguió un control de la TA el 56,75%. El 72,9% de los pacientes recibían tratamiento con fármacos inhibidores del eje RAA, (fundamentalmente ARA-II), el 41% tiazidas, el 24% con diuréticos del asa y el 24% con inhibidores de la aldosterona. En el 6% fue posible la corrección quirúrgica o por angioplastia.

Conclusiones: El perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbúminuria y niveles de Na y K normales. En su tratamiento, tienen una media de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA. En el 56,75% de los pacientes se consiguió un buen control de la TA con un tratamiento médico a base de inhibidores del eje RAA. Solo se corrigió por angioplastia en algo más del 5% de los pacientes.

52. LA HIPOPOTASEMIA ES UN MAL INDICADOR DE HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR

A.M. Espejo Gil¹, C. Salazar de Troya¹, V. Gómez Carrillo¹, I. Márquez Gómez¹, J. Martínez González¹, M. Carrillo de Albornoz² y R. Gómez Huelgas¹

¹Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga. ²Escuela Medicina Deportiva, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiper-aldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente.

Objetivos: El objetivo del trabajo es describir los valores de potasemia en una muestra de 74 pacientes con hipertensión renovascular. Como objetivo secundario se plantea la descripción clínica de la muestra y la valoración de diversas variables que puedan influir en la potasemia.

Métodos: Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hiperaldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/ nefrograma isotópico con captorpril indicativo de HTA renovascular. En los casos de sospecha de enfermedad bilateral se realizó además una prueba de imagen: arteriografía o angio-RMN de arterias renales.

Resultados: 31 varones (41,9%) y 43 mujeres (58,1%), 69 + 16,49 años (rango: 17-84 años), 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95+0,49. Duración media de la HTA 10,7 años + 9,3 años. El 53,42% recibían tratamiento correcto, con una media de 3,5 + 1,24 fármacos. En cuanto a niveles de iones: natremia 140,8 ± 2,8, kaliemia 4,3 ± 0,5 (sólo un paciente presentaba niveles menores de 3,5 mmol/l), índice sodio/creatinina urinario 105 ± 50, índice potasio/creatinina urinario 31 ± 18,5. En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13%, y lesión vascular bilateral en 13 pacientes (17,56%). El 72,9% de los pacientes recibían tratamiento con fármacos inhibidores del eje RAA, (fundamentalmente ARA-II), y el 24% con inhibidores de la aldosterona, ambos grupos terapéuticos producirían elevaciones de los niveles de K. Mientras que el 41% tomaba tiazidas y el 24% diuréticos del asa, ambos grupos producirían disminución de la kaliemia.

Conclusiones: Aunque los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiper-aldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente, creemos que esto es correcto en los casos de hiperaldosteronismo primario. Sin embargo, en el caso de hiper-aldosteronismo secundario hiper-reninémico, no parece útil. Podemos atribuir los niveles aparentemente normales de kaliemia al alto porcentaje de insuficiencia renal o a la ingesta de fármacos, pero este argumento se queda corto observando los bajos niveles de eliminación urinarios de potasio. Es claramente llamativa la ausencia de hipopotasemia, ya que esta se cita ampliamente en la literatura como marcador de HTA renovascular e hiperaldosteronismo. Es posible que la hipopotasemia quede enmascarada por el uso de fármacos que producen hipertotasemia, ya que la casi totalidad de los pacientes usaban inhibidores del eje RAA o diuréticos ahorra-dores de potasio. En la muestra estudiada la hipopotasemia no ha resultado un marcador útil para la detección de HTA renovascular. Desaconsejamos que la hipopotasemia se use como marcador limitante para iniciar el estudio de una posible HTA renovascular.

53. CARACTÉRISTICAS BASALES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

A. Esteban Fernández, M. García de Yébenes Castro, N. Salterain González, J.P. Canepa Leite, C. Pujol Salvador, M.T. Barrio López, J. Barba Cosials, E. Fernández Jarne, J.J. Gavira Gómez e I. Coma Canella

Clinica Universidad de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Caracterizar a la población de hipertensos que acude al cardiólogo por primera vez basándonos en algunas de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Hipertensión arterial de 2009.

Métodos: Se estudió a todos los pacientes que acudieron por primera vez a nuestra consulta de Cardiología durante un año con el diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA). Se determinaron las características basales, analíticas, ecocardiográficas y el tratamiento que recibían.

Resultados: Acudieron 322 pacientes hipertensos (205 mujeres) de 64 ± 12 años. El tiempo de evolución de su HTA era de 9 ± 7 años, siendo las causas más frecuentes de diagnóstico: crisis hipertensiva (6%), diagnóstico casual (6%), cefalea (3%) y mareo (3%). Las cifras domiciliarias de presión arterial sistólica eran de 140 ± 15 mmHg y las de presión arterial diastólica de 82 ± 10 mmHg. Las cifras en la consulta fueron de 143 ± 21 mmHg y de 82 ± 12 mmHg. El IMC fue de 28 ± 5 kg/m². Al estudiarse la lesión de órgano diana se objetivó que 164 pacientes (53%) presentaba hipertrofia ventricular izquierda en el ecocardiograma, 148 (46%) tenían disfunción diastólica y 27 (16%) disfunción sistólica (de los cuales 18 habían tenido algún ingreso por insuficiencia cardíaca). Cincuenta y un pacientes habían sido diagnosticados de fibrilación auricular (en 16 de ellos embolígena). Del total de los pacientes, 102 (32%) referían haber tenido angina previa, aunque sólo 45 habían sufrido un síndrome coronario agudo. En cuanto a la afectación renal, 16 pacientes tenían insuficiencia renal crónica entre sus antecedentes. A 105 se les determinó la microalbuminuria en micción aislada con un resultado de 8 ± 22 mg/dL. Respecto al tratamiento, 272 pacientes (85%) recibían tratamiento farmacológico, siendo los más utilizados: diuréticos (121 pacientes), ARA II (118 pacientes), betabloqueantes (94 pacientes), IECA (91 pacientes), calcioantagonistas (69 pacientes) y agonistas alfa (27 pacientes). Del total de los pacientes, 65 (20%) tomaban algunos de estos fármacos en forma de combinaciones fijas.

Conclusiones: La población de hipertensos que acude a la consulta de Cardiología presenta un control subóptimo de la presión arterial en su domicilio, objetivándose en las exploraciones complementarias lesión de órgano diana en un alto porcentaje de ellos. En cuanto al tratamiento, los diuréticos y los ARA II son los fármacos más utilizados.

54. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN PACIENTES QUE PRESENTAN UN EVENTO VASCULAR AGUDO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL

L. Matas Pericas, D. Filella Agulló, T. Moline, M.T. Benet, A. Roca-Cusachs y J.A. Arroyo

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: El propósito del estudio es valorar la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular clásicos y la incidencia de mortalidad en pacientes que presentan un evento vascular agudo, en función de la presencia o no de insuficiencia renal.

Métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo donde se analizan de manera consecutiva, 2361 pacientes que consultan en el servicio de urgencias de un hospital terciario, por un evento vascular agudo: síndrome coronario agudo (SCA), accidente vascular cerebral (AVC) o por enfermedad vascular periférica (EVP). Para el estudio se recogieron mediante la revisión de la historia clínica: variables demográficas, antropométricos, factores de riesgo cardiovascular, analítica general, filtrado glomerular (FG en ml/min/1,73 m²), perfil lipídico, glicemia y hemoglobina glicosilada, así como tratamiento al ingreso y al alta. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete de datos SPSS 18.

Resultados: El total de pacientes que consultó por ECV agudo (excluyendo los que consultaron en más de una ocasión) fue de 2.361, de los cuales 577 (24,4%) presentaban insuficiencia renal (IR) en el ingreso. La edad media global de los pacientes fue de 71,1 años (DE 12,8) con 65% de pacientes varones. El porcentaje de pacientes que presentaba insuficiencia renal (FG < 60) al ingreso fue del 24,4% (n = 577) del total, y un 5,3% (n = 123) presentaba FG inferior a 30. La edad media de los pacientes en el grupo IR era de 76,4 respecto 69,3 en el grupo con función renal normal (NoIR) siendo estadísticamente significativa. El porcentaje de varones (IR

vs NoIR) era de 63,1 vs 65,6, sin diferencias significativas. No hubo diferencias en cuanto a prevalencia de sobrepeso y obesidad. El grupo de IR presentaba mayor prevalencia de diabetes mellitus (51,3 vs 33,7%), hipertensión arterial (88,6 vs 70,9%) y dislipemia (57,9 vs 52,7%) de manera significativa; así como mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular previa (47 vs 33%). Los pacientes con insuficiencia renal presentaron mayor tasa de tratamiento con estatinas (52 vs 37,2%), antiagregación (53,8 vs 37,4%) y bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (BSRAA) (59,1 vs 44,5%) y menor prevalencia de tabaquismo (49,4 vs 54,3%) y consumo de alcohol (7,5 vs 15,1%). La incidencia de SCA (41,9 vs 44,3%) y AVC (36,9 vs 45,3%) fue estadísticamente inferior en el grupo de IR, pero la incidencia de EVP (21,1 vs 10,4%) fue estadísticamente superior. Finalmente la mortalidad fue mayor en el grupo IR (16,5 vs 6,1%) de manera significativa.

Conclusiones: La enfermedad renal crónica se asocia con mayor frecuencia a otros factores de riesgo vascular como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la dislipemia. En nuestro estudio los pacientes con insuficiencia renal presentaban mayor edad y más eventos previos. También recibían más tratamiento con estatinas, antiagregación y BSRAA. Nuestros resultados muestran menor incidencia de SCA y AVC en el grupo IR, pudiendo estar en relación con la mayor tasa de tratamiento y un eventual logro de la prevención primaria y secundaria, pero más incidencia de EVP. Encontramos una asociación entre la presencia de insuficiencia renal con una mayor mortalidad.

55. PERFIL LIPÍDICO DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN EN URGENCIAS EN FUNCIÓN DEL EVENTO VASCULAR

J.A. Arroyo, A. Moliné, D. Filella, L. Matas, M.J. Solé y A. Roca-Cusachs

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: El propósito del estudio es valorar el perfil lipídico: colesterol total (COL-T), triglicéridos (TG), colesterol LDL (LDL-COL) y colesterol HDL (HDL-COL) junto con la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular clásicos y la incidencia de mortalidad en pacientes que presentan un evento vascular agudo, en función del tipo de evento que presentan (síndrome coronario agudo, accidente vascular cerebral o enfermedad vascular periférica).

Métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo donde se analizan de manera consecutiva, 1502 pacientes que consultan en el servicio de urgencias de un hospital terciario, entre enero de 2009 y mayo de 2011 por un evento vascular agudo: síndrome coronario agudo (SCA), accidente vascular cerebral (AVC) o por enfermedad vascular periférica (EVP). Para el estudio se recogieron mediante la revisión de la historia clínica: variables demográficas, antropométricos, factores de riesgo cardiovascular, analítica general, filtrado glomerular (FG en ml/min/1,73 m²), perfil lipídico, glicemia y hemoglobina glicosilada, así como tratamiento al ingreso y al alta. Se desestimaron los pacientes con ECV previa. Para el estudio del perfil lipídico se analizaron los datos de 1140 pacientes con determinación de TG y COL-TOT, y 561 pacientes con HDL-COL y LDL-COL. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete de datos SPSS 18.

Resultados: El total de pacientes fue de 1.502. La prevalencia de SCA fue de 629 pacientes, AVC 740 pacientes y EVP 133. La edad media de los grupos era de 65,3 (SCA), 72,6 (AVC) y 74,8 en EVP, siendo el grupo SCA significativamente más joven que el resto. La distribución del sexo varón fue de 73,8% en SCA, 50% en AVC y 59,4% en EVP, presentando una mayor prevalencia de varones en el grupo SCA. La prevalencia de hipertensión arterial en SCA, AVC y EVP fue de 60,3 vs 76,2 vs 77,4%; la prevalencia de dislipemia en los mismos grupos fue de 60,6 vs 38,1 vs 38,3%; la prevalencia de diabetes mellitus fue de 33,7 vs 28,1 vs 42,1%; la prevalencia de insuficiencia renal fue de 18,8 vs 18,2 vs 39,8%, siendo las diferencias entre los grupos estadísticamente significativas para los cuatro factores de riesgo. También detectamos diferencias en la presencia de sobrepeso y obesidad (IMC > 26) en los tres grupos: SCA 60,9% vs AVC 53,1% vs EVP 48,9%. La diferencia de mortalidad fue significativa: SCA 5,9% vs AVC 9,6% vs EVP 12%. Finalmente se detectaron diferencias en el perfil lipídico de los diferentes grupos (siempre SCA vs AVC vs EVP); el COL-T fue significativamente menor en el grupo EVP (4,36 vs 4,3 vs 3,35 mmol/L), los TG estaban más elevados en el grupo SCA respecto al AVC (1,55 vs 1,35 vs 1,42 mmol/L), el HDL-COL era mayor en el grupo AVC respecto a los otros grupos (1,02 vs 1,21 vs 0,88) y el LDL-COL fue menor en el grupo EVP (2,68 vs 2,68 vs 1,88).

Conclusiones: Los resultados en el perfil lipídico muestran un COL-TOT y un COL-LDL menor en el grupo con EVP, probablemente en relación a una mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, con un mayor tratamiento para prevención primaria. No se detectó ningún grupo con un perfil HDL-COL bajo y TG-alto (dislipemia aterogénica). Los resultados del perfil lipídico en nuestro estudio están limitados por la presencia de tratamiento previo (puesto que son pacientes con factores de riesgo vascular) y por la escasa obtención de perfil lipídico (HDL y LDL) en los pacientes que ingresan por un evento vascular agudo.

56. ASPECTOS DIFERENCIALES DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES DE EDAD AVANZADA

F.J. Garcipérez de Vargas Díaz, M.V. Mogollón Jiménez, R. Porro Fernández, J. Mendoza Vázquez, C. Ortiz Cortés, P. Sánchez Calderón, J.J. Gómez Barrado, J. Vega Fernández, F.J. Fernández Portales y G. Marcos Gómez

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Objetivos: La cardiopatía isquémica en la mujer, en cuanto a datos de presentación clínica y tratamiento, está poco estudiada y menos aún en pacientes de edad avanzada. Pretendemos describir las características clínicas y epidemiológicas de las mujeres ancianas dadas de alta con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Se estudiaron a todos los pacientes ≥ 80 años dados de alta del Servicio de Cardiología con diagnóstico de SCA durante 9 meses entre el 1 de julio de 2009 y el 31 de marzo de 2010. Se dividió a la población en dos grupos en función del sexo.

Resultados: Se analizaron 71 pacientes, con una edad media de 84,66 ± 3,67 años; 35 hombres (49,3%) y 36 mujeres (50,7%). Analizando los factores de riesgo cardiovascular, sólo se registraron diferencias significativas en los antecedentes de tabaquismo, que fue menos frecuente en mujeres (5,6% vs 74,3%, p < 0,0001). En cuanto a la comorbilidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) era menos frecuente en mujeres (2,8% vs 25,7% p = 0,005), sin embargo el sexo femenino presentó mayor incidencia de anemia (52,8% vs 22,9%, p = 0,009). No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la presencia de insuficiencia renal, arteriopatía periférica, ictus y fibrilación auricular. No hubo diferencias entre sexos en antecedentes de cardiopatía isquémica previa. Se realizó un menor porcentaje de cateterismos en mujeres (33,3% vs 60% p = 0,024), no encontrándose diferencias entre ambos sexos en la proporción de enfermedad de 2 o más vasos, el tipo de SCA, la tasa de revascularización y la realización de angioplastia primaria. Tampoco encontramos diferencias en la presencia de disfunción ventricular izquierda y la clase Killip al ingreso. La estancia media hospitalaria fue similar en ambos sexos. Las mujeres recibieron significativamente más betabloqueantes (80,6% vs 57,1% p = 0,033), calcioantagonistas (38,9% vs 14,3% p = 0,019) y diuréticos (69,4% vs 37,1% p = 0,006), no habiendo diferencias en el resto de fármacos.

Conclusiones: Las mujeres mayores de 80 años con SCA comparadas con los hombres presentan menor incidencia de tabaquismo y de antecedentes de EPOC y una mayor tasa de anemia. Asimismo

se sometieron a menos cateterismos cardíacos, y se trajeron más con betabloqueantes, calcioantagonistas y diuréticos.

57. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN LOS PACIENTES MENORES DE 55 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

F.J. Garcipérez de Vargas Díaz, P. Sánchez Calderón, C. Ortiz Cortés, J. Mendoza Vázquez, R. Porro Fernández, M.V. Mogollón Jiménez, J.J. Gómez Barrado, J. Vega Fernández, Y. Porras Ramos y G. Marcos Gómez

Servicio de Cardiología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Objetivos: Describir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos y las características clínicas de los pacientes ≤ 55 años dados de alta con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ≤ 55 años dados de alta del Servicio de Cardiología con diagnóstico de SCA durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de junio de 2010. Se recogieron datos sobre FRCV, tipo de SCA, fracción de eyeción del ventrículo izquierdo (FEVI), clase Killip al ingreso, cateterismo cardíaco y manejo terapéutico.

Resultados: Se analizaron en total 45 pacientes, con una edad media de $48,33 \pm 6,26$ años; 36 hombres (80%) y 9 mujeres (20%). Tenían diagnóstico de hipertensión arterial el 44,4%, diabetes mellitus el 24,4% y dislipemia el 44,4%. El tabaquismo estaba presente en 40 pacientes (88,9%), de ellos 30 (66,7%) eran fumadores activos y 10 (22,2%) eran exfumadores. En cuanto al tipo de SCA, el más frecuente fue el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) con un 55,6%. La presentación clínica más común al ingreso fue Killip I (88,9%). A los 45 pacientes se les realizó cateterismo cardíaco. La enfermedad coronaria de un solo vaso fue la más frecuente (60%). El vaso más afectado fue la arteria descendente anterior (66,7%). La mayoría de los pacientes presentaban FEVI conservada (51,1% de los casos). La revascularización miocárdica se practicó en 44 pacientes (97,7%), siendo la revascularización percutánea el procedimiento más efectuado (91,1%). Centrándonos en los 25 pacientes con SCACEST, se realizó angioplastia primaria en 14 pacientes (56%), fibrinolisis en 8 pacientes (32%) y angioplastia de rescate en 2 pacientes (25%). La estancia media hospitalaria fue $7,76 \pm 3,19$ días. Al alta, recibieron tratamiento con betabloqueantes (82,2%), IECAS/ARAI (66,6%), estatinas (93,3%), AAS (100%), clopidogrel (91,1%), calcioantagonistas (4,4%), nitratos (2,2%) y diuréticos (13,3%).

Conclusiones: El grupo de pacientes ≤ 55 años con SCA son fundamentalmente varones y el tabaquismo constituye el principal FRCV. El SCACEST es el tipo de SCA más frecuente. La clase Killip I al ingreso, la enfermedad coronaria de un solo vaso y los pacientes con FEVI conservada fueron los hallazgos más frecuentemente encontrados. En la mayoría de los pacientes se lleva a cabo una estrategia de tratamiento invasiva.

58. INFLUENCIA DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA DE PACIENTES QUE REALIZAN UN SPECT DE PERCUSIÓN MIOCÁRDICA

S.M. Nieves Maldonado, M. Garrido Pumar, V. Pubul Núñez, A. Hermida Ameijeiras, S. Argibay Vázquez, C. Peña Gil, M. Vega Fernández, J. López Urdaneta, J.R. González Juanatey y A. Ruibal Morell

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Objetivos: La hipertensión y el resto de factores de riesgo cardiovascular juegan un importante papel a la hora de valorar la inciden-

cia y pronóstico de la enfermedad coronaria. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular en pacientes que realizan un SPECT de perfusión miocárdica, tanto en el resultado del SPECT y como en la aparición de acontecimientos adversos posteriores en estos pacientes.

Métodos: De 4.408 pacientes consecutivos que realizaron SPECT con fines diagnósticos/pronósticos hemos seleccionado un grupo de 3.300 a los que se realizó seguimiento durante un período de tiempo superior a 12 meses. Se registraron como factores de riesgo cardiovascular la edad, el sexo, diabetes, HTA, DL, arteriopatía periférica, hábito tabáquico y obesidad; asimismo, definimos como perfil de alto riesgo cardiovascular la alteración simultánea de tres o más de estos factores. Se estudió la relación de estos factores con la presencia de defectos significativos de perfusión en la SPECT, tanto fijos como reversibles. En el seguimiento se consideraron acontecimientos adversos la revascularización, ingreso por ICC, angina e IAM.

Resultados: El grupo total de pacientes presentaba una edad media de 63 ± 11 años, con un mayor número de varones (60%). La hipertensión y la dislipemia fueron los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes para este grupo de pacientes, constituyendo el 65,3% y el 66,1% respectivamente. La positividad de la SPECT de perfusión miocárdica fue más frecuente en el sexo masculino con un 79,2% ($p < 0,0001$). Los pacientes con SPECT positivo eran de mayor edad ($65 \pm 10,2$ vs $62 \pm 11,6$; $p < 0,001$), y mayor proporción de hábito tabáquico (10,7% vs 7,8%), diabetes (32,8% vs 19,6%), dislipemia (72,9% vs 60,5%) y arteriopatía (13,1% vs 3,7%). La hipertensión, a pesar de su elevada prevalencia, no se relacionó por sí sola con un resultado positivo en el SPECT. Se observó una mayor proporción de eventos adversos 14,57% ($p < 0,0001$) en los 1.454 pacientes con SPECT positivo. Respecto a los factores de riesgo, sólo la presencia diabetes se relacionó con un mayor número de acontecimientos posteriores (37,7% de diabéticos en pacientes con eventos vs 22,8% diabéticos sin eventos; $p < 0,001$). Al analizar únicamente el grupo de pacientes con SPECT positivo, se observó que la aparición de eventos posteriores se relacionó con la diabetes y, en este grupo, también con la hipertensión. La presencia simultánea de varios factores, constituyendo un perfil de alto riesgo cardiovascular se relacionó significativamente tanto con la positividad del SPECT como con la aparición de acontecimientos adversos.

Conclusiones: La presencia de factores de riesgo cardiovascular se relacionó con la positividad del SPECT. La diabetes es el único factor de riesgo que influye sobre el desarrollo de eventos adversos en pacientes que han tenido un SPECT positivo. Aunque la SPECT de perfusión miocárdica negativa conlleva un mejor pronóstico, la presencia de factores de riesgo -especialmente la hipertensión y la diabetes- cobra relevancia en la aparición de eventos adversos posteriores en este grupo. El acúmulo simultáneo de factores de riesgo es un dato que se relaciona de forma importante con que se relaciona con la probabilidad pre-test de eventos, como en los pacientes con un resultado positivo en la SPECT.

59. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA HIPERTENSIÓN REFRACTARIA EN PACIENTES HIPERTENSOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

T. Gijón Conde¹, C. Rodríguez Martín-Millanes¹, J. Palau Cuevas², B. Valero Tellería¹, M. Ramírez Ariza¹, P. Vilanova González¹, I.P. Robledo¹ y T. Rúa Batanero¹

¹CS Cerro del Aire, Dirección Asistencial Noroeste, Majadahonda, Madrid. ²CS San Lorenzo, El Escorial, Madrid.

Objetivos: La hipertensión arterial refractaria es un importante problema de salud por la morbilidad asociada y los costes que representa. El presente trabajo tiene como objetivo conocer la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) refractaria, su perfil clínico

y factores asociados a la misma en población hipertensa atendida en atención primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de historias clínicas informáticas de pacientes hipertensos del Área sanitaria 6 de Madrid. Las variables analizadas fueron edad, sexo, índice masa corporal (IMC), cifras de presión arterial y nivel de control ($< 140/90$ mmHg), comorbilidad, condiciones clínicas asociadas, analítica y fármacos utilizados. Se calculó filtrado glomerular estimado (FGe) por fórmula MDRD. Se consideró hipertensión refractaria si la presión arterial era mayor o igual de 140 y/o 90 mmHg tomando 3 fármacos incluyendo un diurético.

Resultados: De un total de 63.061 historias, 48.645 tenían tratamiento farmacológico antihipertensivo (77%). 5.084 pacientes cumplían criterios de HTA refractaria lo cual representa una prevalencia de un 8,1% en el total de pacientes hipertensos y de 10,5% de los hipertensos tratados. Los pacientes con HTA refractaria frente a los que no la tenían, eran mujeres en mayor proporción (57,6% vs 42,4%), con significativamente más edad (70,4 vs 66,3 años), fumaban menos (4,4% vs 5,9%), tenían más prevalencia de diabetes (31,4% vs 17,4%), hiperlipemia (37,3% vs 33,9%), obesidad (31% vs 29%) y su FGe era significativamente menor teniendo cifras < 60 ml/min/m² en 23,4% frente al 13,4% ($p < 0,05$). La proporción de enfermedad cardiovascular asociada fue igualmente mayor en los pacientes con HTA refractaria (insuficiencia cardíaca 6,8% vs 3%, ictus 7,1% vs 4,8%, insuficiencia renal identificada 7,1% vs 3,2%, cardiopatía isquémica 13,3% vs 7,2%, fibrilación auricular 11,7% vs 6,5%). En cuanto a la prescripción de tratamientos antihipertensivos al 73,8% se les prescribían 3 fármacos, al 24% cuatro y al 2,2% cinco o más. El 100% tomaban diuréticos (70% en prescripción aislada), el 52,7% betabloqueantes (3,7% asociados a diurético), 61,7% antagonistas del calcio, 97% inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (23% IECA más diurético y 21,5% ARA con diurético). La prescripción de fármacos en los pacientes con HTA refractaria fue significativamente mayor en hipolipemiantes (44,8% vs 29,2%) y antiagregantes (48,5% vs 27,2%) ($p < 0,05$).

Conclusiones: La hipertensión refractaria es un importante problema en la práctica clínica en atención primaria, con alta presencia de comorbilidad cardiovascular asociada. Es deseable mejorar la identificación y el conocimiento de los pacientes con HTA refractaria para diseñar estrategias específicas para su control.

60. PATRONES GEOGRÁFICOS DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN ESPAÑA: DATOS RESULTANTES DE 5 ESTUDIOS AGRUPADOS DE BASE POBLACIONAL

C. Roldán, B. Font, G. Muñoz y J. Salazar

Departamento Médico, Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona.

Objetivos: Describir el perfil de riesgo cardiovascular (CV) en los pacientes hipertensos en España según su distribución por zonas geográficas.

Métodos: Se realiza un análisis agrupado de cinco estudios epidemiológicos desarrollados en España entre 2008 y 2011. Estudios de corte transversal, descriptivos, multicéntricos que incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) esencial de al menos un año de evolución. El análisis contó con 25.012 pacientes incluidos, de los cuales la población final analizable fueron 21.073 pacientes. Se establecieron 5 regiones geográficas: norte (cornisa cantábrica), noreste, centro, oriental y sur. Los patrones se compararon con la Encuesta Nacional de Salud.

Resultados: El 53% de los pacientes hipertensos fueron varones y su edad media de 65,3 años, siendo la zona sur la más joven (25,7% < 55 años y 47,2% > 65) y la noreste la más envejecida (18,0% < 55 años y 53,3% > 65). El IMC medio fue de $28,9 \pm 4,7$ Kg/m², siendo el normopeso más prevalente entre los hipertensos del noreste

(20,9%) y menor en el norte (16,0%), al contrario de lo observado con la obesidad (31,4% vs 36,6%). Los valores medios de PAS fueron mayores en los pacientes hipertensos del noreste ($143,2 \pm 16,6$ mmHg) y menores en la zona centro ($141,8 \pm 16,5$). La PAD media fue menor en la zona centro ($82,9 \pm 10,1$) y mayor en el sur ($84,6 \pm 10,4$). El hábito tabáquico en HTA fue menor que el registrado en población general (26,4%): 16,9% en los pacientes hipertensos de la zona este y del 14,9% en el noreste. El consumo habitual de alcohol fue el doble de frecuente entre los hipertensos del norte (30,2%) respecto al centro (16,4%). El sedentarismo entre los hipertensos fue superior al de la población general (20%): máximo en noreste (52,9%) y menor en norte (45,6%). La prevalencia de antecedentes cardiovasculares fue mayor en los pacientes hipertensos en la zona sur y menor en el norte: la enfermedad cerebrovascular (8,3% vs 7,4%), la cardiopatía isquémica (18,8% vs 15,5%), la arteriopatía periférica (8,4% vs 4,9%), la retinopatía (3,2% vs 2,1%). Para las principales enfermedades concomitantes, los rangos de prevalencia fueron: diabetes (34,9% sur-27,5% norte), dislipemia (58,8% este-50,4% noreste), hipertrofia ventricular izquierda (36,4% sur-31,2% norte). Respecto al perfil lipídico de los hipertensos, los valores medios fueron máximos en la zona norte y mínimos en zona oriental: colesterol total (205,8 vs 200,8 mg/dL), LDL (126,3 vs 121,6), HDL (54,1 vs 50,9); excepto para triglicéridos (153,8 sur vs 136,7 norte).

Conclusiones: Se observaron diferencias geográficas en el perfil de riesgo CV y los FRCV de los pacientes hipertensos españoles. La prevalencia de enolismo y obesidad fue mayor en el norte y en el sur fue mayor la de DM. Los pacientes hipertensos de la zona norte presentaron mayores niveles de HDL y menores de triglicéridos, en concordancia con una menor prevalencia de antecedentes CV respecto a hipertensos de la zona sur.

61. RECORTES EN EL USO DE COMBINACIONES CONLLEVAN UN FRENO EN LAS TASAS DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. Gorostidi¹, A. de la Sierra², J. Segura³, J.J. de la Cruz⁴, J.R. Banegas⁴ y L.M. Ruilope, en representación de los investigadores de CARDIORISC³

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

²Hospital Mutua Terrassa, Universidad de Barcelona, Barcelona.

³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

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

Métodos: Se seleccionaron médicos participantes en el registro de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de CARDIORISC que reclutaron > 20 pacientes en cada uno de tres períodos de tiempo, 2005 (grupo de pacientes 1 o G1), 2007 (grupo de pacientes 2 o G2) y 2009 (grupo de pacientes 3 o G3). Se eliminaron los pacientes con MAPA repetida. Se compararon datos sobre el grado de control de la HTA tanto clínico como ambulatorio. Se consideró control clínico cuando la PA en la consulta fue $< 140/90$ mmHg y control ambulatorio cuando la PA media de 24 horas fue $< 130/80$ mmHg.

Resultados: G1, G2 y G3 incluyeron 4.158, 3.253 y 2.707 pacientes respectivamente. La edad (G1 62,3, G2 62,7 y G3 63,5 años), la duración de la HTA (8,3, 8,1 y 7,7 años), el índice de masa corporal (29,5, 29,3 y 29,1 kg/m²), y la prevalencia de riesgo cardiovascular elevado (49,8, 49,7 y 50,5%) fueron similares en los grupos. Los grados de control de la PA clínica fueron 22,8% en G1 y 27,9% en G2 ($p < 0,001$) y 28,4% en G3 ($p = 0,664$ frente a G2). Los grados de control ambulatorios fueron 45,1% en G1 y 48,0% en G2 ($p = 0,022$) y 49,6% en G3 ($p = 0,242$ frente a G2). El uso de tratamiento anti-

hipertensivo combinado fue 63,3% en 2005, 68,5% en 2007 ($p < 0,001$) y 65,8% en 2009 ($p = 0,025$ frente a 2007).

Conclusiones: La mejoría de control observada entre 2005 y 2007 sufrió un enlentecimiento en 2009. Este estancamiento fue coincidente con una reducción en el uso de combinaciones terapéuticas en relación a lo acontecido en el periodo 2005-2007. Es necesaria una mayor concienciación en el uso de tratamiento anti-hipertensivo combinado para seguir progresando en el control de la HTA.

62. DIABETES TIPO II Y DISMINUCIÓN DE TALLA CORPORAL

L. Artajona García¹, P. Martínez García¹, A. Maraví Oliván², S. Macías Dorado¹, J.L. Griera Borrás³, J.L. Pizarro Núñez¹, A. Rodríguez Botaro², J. Oliván Martínez³, R. Pérez Cano¹ y F.J. Guerrero Igea¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

²Zona Básica Sanlúcar La Mayor, Distrito Sanitario Aljarafe, Sevilla. ³Unidad de Riesgo Cardiovascular, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: La insulina es una hormona que participa activamente en el anabolismo de las proteínas durante la fase de crecimiento. La resistencia a la insulina pudiera estar relacionada con una disminución final de la talla. Estudiamos la talla en pacientes diabéticos tipo II.

Métodos: Estudio transversal. Casos (DM) (pacientes diabéticos tipo II) y controles (pacientes no diabéticos). Variables estudiadas: edad (años), sexo (hombre/mujer), talla (cm), perímetro de cintura (PCI) (cm) y peso (kg). Tanto casos como controles fueron reclutados de la Consulta de Medicina Interna siguiendo un muestreo consecutivo. Se descartaron sujetos con neoplasias, síndrome constitucional u otras patologías que pudieran interferir sobre las variables en estudio. Estadística: t de Student, regresión logística (la variable dependiente fue la presencia o ausencia de diabetes tipo II). SPSS 15.0.

Resultados: Un total de 29 pacientes diabéticos fueron comparados con 97 controles.

Tabla 1. Comparación de variables entre diabéticos y no diabéticos (N = 126)

Variables	DM (N=29)	No DM (N=97)	p
Edad	70,9 ± 7,6	57,4 ± 17,3	< 0,01
PCI	109,3 ± 14,9	96,7 ± 15,6	< 0,01
Talla	157,2 ± 8,5	161 ± 9,3	< 0,04
Peso	83,8 ± 18,6	79 ± 17,8	NS

Tabla 2. Regresión logística (N=126), tras corrección con peso, edad y sexo

Variables	Odds ratio	IC 95%	p
Talla	0,90	0,81-0,99	< 0,044
PCI	1,12	1,04-1,20	< 0,01

Conclusiones: La disminución de talla constituye un rasgo diferencial en muchos de los pacientes diabéticos tipo II, pudiendo guardar relación con la insulinorresistencia.

63. CONSUMO DE CIGARRILLOS, OBESIDAD ABDOMINAL Y NIVELES DE FIBRINÓGENO EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

P. Martínez García¹, S.M. Macías Dorado¹, A. Maraví Oliván², Z. Palacios Baena¹, L. Artajona García¹, J. Contreras Gilbert³, J.L. Pizarro Núñez³, J. Oliván Martínez³, R. Pérez Cano¹ y F.J. Guerrero Igea¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

²Zona Básica Sanlúcar La Mayor, Distrito Sanitario Aljarafe, Sevilla. ³Unidad de Riesgo Cardiovascular, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Estudiar la asociación entre diferentes variables (edad, consumo de cigarrillos, el perímetro de cintura) con los niveles de fibrinógeno en pacientes de una consulta de Medicina Interna.

Métodos: Estudio transversal. Variables estudiadas: edad (años), consumo de cigarrillos (CC) (si/no), perímetro de cintura (PCI) (cm) y niveles de fibrinógeno derivado (mg/dl). Como variables potencialmente confundentes se incluyeron: tratamiento hipolipemiante con estatinas (THE) y presencia de diabetes (DM). Los pacientes fueron reclutados de la Consulta de Medicina Interna, siguiendo un muestreo consecutivo. Se descartaron sujetos con neoplasias, cuadros agudos, síndrome constitucional u otras patologías que pudieran interferir sobre las variables en estudio. Estadística: estadística descriptiva, correlación simple y regresión lineal múltiple (variable dependiente = fibrinógeno). SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron un total de 126 pacientes:

Tabla 1. Análisis descriptivo (N = 126)

Variables	Media	Error estándar
Edad	60,6	1,5
Fibrinógeno	370,9	9,5
PCI	99,8	1,4
Sexo varones (%)	44,5%	4,4
CC (%)	18%	3,4
DM (%)	24,2%	3,8
THE (%)	16,4%	3,3

Tabla 2. Correlación simple entre fibrinógeno y otras variables (N = 126)

Variables	r	p
Edad	0,37	< 0,01
PCI	0,33	< 0,01
CC	0,08	NS
DM	0,12	NS
THE	0,12	NS

Tabla 3. Regresión lineal múltiple (variable dependiente = fibrinógeno) (N = 126), tras ajuste con sexo, diabetes y tratamiento con estatinas

Variables	Beta	p
Edad	0,006	< 0,01
Sexo	-0,03	NS
PCI	0,004	< 0,014
CC	0,111	< 0,075

Dicho modelo explica un 23% de la variabilidad del fibrinógeno.

Conclusiones: La obesidad abdominal y el consumo de cigarrillos, dos factores modificables, se asocian a un incremento de los niveles de fibrinógeno, aumentando el riesgo cardiovascular.

64. CONSUMO DE CIGARRILLOS Y NIVELES DE HDL-COL EN VARONES DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

S. Macías Dorado¹, L. Artajona García¹, P. Martínez García¹, A. Maraví Oliván², J. Contreras Gilbert³, J.L. Pizarro Núñez³, E. Ramos González³, J. Oliván Martínez³, R. Pérez Cano¹ y F.J. Guerrero Iglesia¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

²Zona Básica de Sanlúcar La Mayor, Distrito Sanitario Aljarafe, Sevilla. ³Unidad de Riesgo Cardiovascular, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Estudiar la asociación entre el consumo de cigarrillos y niveles bajos de HDL-col en pacientes de una consulta de Medicina Interna.

Métodos: Estudio transversal. Casos (pacientes con disminución de HDL-col (< 40 mg/dl)) y controles (pacientes sin disminución de HDL-col). Variables estudiadas: edad (años), consumo de cigarrillos (CC) (sí/no) y perímetro de cintura (PCI) (cm). Tanto casos como controles fueron reclutados de la Consulta de Medicina Interna, siguiendo un muestreo consecutivo. Se descartaron sujetos con neoplasias, síndrome constitucional u otras patologías que pudieran interferir sobre las variables en estudio. Estadística: descriptiva con medias y desviación estándar o porcentaje. Inferencial con t de Student, regresión logística (la variable dependiente fue la presencia o ausencia de niveles bajos HDL-col). SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron 55 pacientes, de los cuales 16 pacientes tenían niveles de HDL-col bajos y 39 pacientes niveles de HDL-col normales.

Tabla 1. Comparación de medias y porcentajes (N = 55)

Variables	HDL-col bajo (N = 16)	HDL-col normal (N = 39)	P
Edad	53,5 ± 16,9	63,2 ± 12,2	< 0,05
PCI	110,6 ± 16	102,8 ± 13	< 0,07
CC	63%	18%	< 0,01

Tabla 2. Regresión logística

Variables	Odds ratio	IC95%	P
Edad	0,94	0,88-1	< 0,072
PCI	1,08	1,01-1,16	< 0,03
CC	5,9	1,01-34,9	< 0,05

Conclusiones: El consumo de cigarrillos y la obesidad abdominal son dos factores asociados a niveles bajos de HDL-col. Se remarcaba la importancia del control de estos dos factores modificables para reducir el riesgo cardiovascular.

65. INCIDENCIA DE EVENTOS ISQUÉMICOS EN PACIENTES OBESOS MAYORES DE 65 AÑOS

M.A. Iglesias Salgado¹, P. Vicente Prieto¹, C. Lucas Álvarez², C. González Álvarez², M.C. Becerro Muñoz¹ y M.B. Andrés Galache¹

¹CS Miguel Armijo, Salamanca. ²Servicio de Nefrología, Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial definida como la presencia de un exceso de grasa cor-

poral perjudicial para la salud, que puede asociarse a complicaciones potencialmente graves, entre ellas los eventos isquémicos (tanto cardíacos como cerebrales). Las enfermedades cardiovasculares (infarto agudo del miocardio y accidente cerebro-vascular) son las primeras causas de mortalidad en todo el mundo. Esto unido al aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años ha generado una mayor necesidad de abordar este problema de salud con una perspectiva multidisciplinaria considerando las estrategias de tratamiento adecuadas a cada paciente. Por otro lado, es necesario conocer cuáles son los factores de riesgo que presenta la población obesa y que pueden influir en la aparición de estos eventos para intervenir sobre ellos.

Objetivos: Estudiar la influencia de la obesidad en la aparición de eventos isquémicos en la población mayor de 65 años en función de determinados factores de riesgo.

Métodos: De un total de 1.601 pacientes vistos en una consulta de Atención Primaria durante los últimos 10 años se han seleccionado aquellos mayores de 65 años que han sido diagnosticados de obesidad en este período de tiempo. Se obtiene un grupo de 69 pacientes, que supone el 4,31%, de los cuales 53 son mujeres (76,81%) y 16 hombres (23,19%). Además del sexo se han tenido en cuenta: edad, índice de masa corporal, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia e insuficiencia renal. La complicación revisada en nuestros pacientes ha sido la aparición de eventos isquémicos. Análisis estadístico: realizamos un estudio descriptivo observacional, analizando todos los pacientes mayores de 65 años de nuestro cupo total que han sido diagnosticados de obesidad en los últimos 10 años. Calculamos el índice de masa corporal en todos ellos y analizamos la presencia de otros factores de riesgo vascular. Para el análisis estadístico de los datos y tratamiento de las variables cuantitativas se han utilizado la media, la mediana y la incidencia. Las variables cualitativas se han expresado en números absolutos y en frecuencias teóricas (porcentajes).

Resultados: De un total de 1.601 pacientes pertenecientes a nuestro cupo en la consulta de Atención Primaria, seleccionamos a aquellos mayores de 65 años que han sido diagnosticados de obesidad en los últimos diez años. Se obtiene un grupo de 69 personas, que supone el 4,31% de nuestros pacientes, de los cuales 53 son mujeres (76,81%) y 16 hombres (23,19%). La edad de los pacientes estudiados oscila entre los 66 y los 94 años, con una mediana de edad de 74 años y una media de 73,99 años. La media de índice de masa corporal de los pacientes incluidos en el estudio es de 32,98 Kg/m², con una mediana de 33. Del total de pacientes incluidos en el estudio 64 son hipertensos (lo que supone un 92,75%), 38 son diabéticos o presentan glucemia basal alterada (55,07%), 43 padecen dislipemia (62,32%) y 5 de ellos tienen insuficiencia renal (equivalente a un 7,25%). De los 69 pacientes obesos mayores de 65 años 12 (que representan el 17,39%) han sufrido algún evento isquémico (ya sea a nivel cardíaco o cerebral), con una incidencia de 0,17. De todos los pacientes obesos mayores de 65 años que han tenido un evento isquémico, 11 son hipertensos (el 91,66%), 8 de ellos tienen dislipemia (66,67%), 4 son diabéticos (33,33%) y 2 padecen insuficiencia renal (16,67%).

Conclusiones: La obesidad constituye actualmente un importante factor de riesgo cardiovascular en personas de edad avanzada y afecta con mayor frecuencia al sexo femenino. Tiene importantes consecuencias adversas sobre la salud, siendo la hipertensión arterial el principal factor de riesgo asociado. Los principales factores de riesgo de eventos isquémicos en relación con la obesidad son por orden descendente: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus e insuficiencia renal. El hecho de presentar uno o más de los mismos aumenta el riesgo de padecer algún tipo de isquemia, hecho que se ve incrementado cuantos más de estos factores de riesgo confluyen en un mismo paciente.

66. PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS

A. López de Ocariz Alzola¹, C. Noriega Bosch¹, A. Iñíguez de Cirano Landa¹, M. Ruiz Macho², M. Pinel Monge³, M.E. Ortega Horrillo⁴, A. Alcalde Lozano⁵, I. López de Viñaspre Muguerza⁵, G. Mediavilla Tris⁶ y J. Iturralde Iriso⁷

¹CS La Habana, Vitoria-Gasteiz. ²CS Lakua, Vitoria-Gasteiz.

³CS Gazalbide, Vitoria-Gasteiz. ⁴CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz.

⁵CS San Martín, Vitoria-Gasteiz. ⁶CS Aranbikarra 1, Vitoria-Gasteiz. ⁷CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA), constituye uno el motivo de patología crónica más frecuente por el que consultan nuestros pacientes. El buen control de estos pacientes, influye en el curso de la enfermedad y en la aparición de complicaciones debidas a la HTA. La utilización de una historia clínica informatizada es importante para ayudarnos a controlar nuestra población hipertensa.

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer como es el control de la tensión arterial de nuestros pacientes para instaurar un plan de mejora y comprobar el año que viene si hemos obtenido mejoría de manera significativa. El plan consiste en comunicación mensual de los resultados de cada médico del centro y como se encuentra con respecto al resto del equipo.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Centro de salud que atiende a una población de 13.741 habitantes mayores de 13 años. El estudio se realiza en octubre del 2010. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

Resultados: Consta en la historia clínica informatizada, que se ha realizado cribado al 41,39% de toda la población asignada al centro de salud. La prevalencia de HTA en nuestro centro de salud es de un 18,48%. Se ha realizado analítica de control anual al 71,46% de los hipertensos. Electrocardiograma un 74,21% de ellos. Consta que se les ha recomendado dieta y ejercicio y comprobar que se toma la medicación de manera correcta a un 58,90% de todos ellos. Tienen un control bueno de su HTA un 47,09% de toda la población hipertensa.

Conclusiones: Aunque gracias al programa OSABIDE, conocemos en todo momento el control de toda nuestra población hipertensa, debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada. Debemos aumentar el cribado, para que se acerque la prevalencia que nos da la bibliografía. Son resultado que esperamos mejoren para el año que viene, con un plan que hemos instaurado en el centro.

67. ¿CONTROLAMOS IGUAL A LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESPAÑOLES E INMIGRANTES?

N. Jdid Rosás, M.A. Vila Coll, A. Beltrán Guerra, A. Oliveras Puig, A. Dalfó Baqué, M. Benítez Camps, N. Rifà Ferrer, E.M. Mayor Isaac y L. Pérez Romero

ABS Gòtic, Barcelona.

Objetivos: Conocer si existen diferencias en el control de presión arterial (PA) entre pacientes hipertensos inmigrantes y españoles; describir los factores de riesgo y eventos cardiovasculares (ECV) asociados en los diferentes grupos y analizar si hay diferencias en el tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en un Centro de Atención Primaria de Barcelona. Análisis comparativo con el test de chi cuadrado realizado mediante el soporte informático "Minitab 15 Statistical Software". Variables: nacionalidad, edad, PA sistólica y diastólica, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular, insuficiencia renal, arteriopatía periférica, ictus y tratamientos (diuréticos, be-

tabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/bloqueantes de los receptores de angiotensina II, calcioantagonistas y otros antihipertensivos).

Resultados: Se reclutaron todos los pacientes hipertensos asignados y visitados en nuestro centro hasta el 1 de octubre de 2011 (n = 1.820, 11% inmigrantes). El promedio de edad es de 72 años para los hipertensos españoles y 54 para los inmigrantes. No hay diferencias estadísticamente significativas en el control de la PA sistólica entre los grupos (españoles 38,3% e inmigrantes 37,11%) pero sí existen diferencias en cuanto al control de la PA diastólica (españoles 79,58%, inmigrantes 55,67% p < 0,05). Si se analizan los factores de riesgo sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a obesidad y dislipemia. La obesidad es más frecuente en pacientes inmigrantes africanos (españoles 15%, africanos 32,14% p < 0,05) y la dislipemia en pacientes españoles (españoles 48,77%, inmigrantes 28,1% p < 0,05). En cuanto a los eventos cardiovasculares, la fibrilación auricular es más frecuente en hipertensos españoles y africanos que en los otros grupos (españoles 10,95%, africanos 10,71%, Americanos 0%, asiáticos 2,86%, europeos 2,27% p < 0,05). La arteriopatía periférica sólo se observa en pacientes españoles (5,7%). No hay diferencias sustanciales en el tratamiento, únicamente destacamos que los hipertensos asiáticos usan diuréticos con menor frecuencia.

Conclusiones: La PA está mejor controlada en hipertensos nacidos en España. Entre todos los grupos (españoles e inmigrantes) la mayoría están bien controlados o clasificados en el primer grado de hipertensión. El perfil de factores de riesgo es similar en todos los grupos y la ausencia de arteriopatía periférica en los hipertensos inmigrantes puede estar relacionada con un promedio de edad inferior en este grupo. En general, los pacientes reciben el mismo tratamiento independientemente de su lugar de procedencia.

68. INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL PERFIL LIPÍDICO EN POBLACIÓN ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.T. Mora Mora, G. Rangel Hidalgo, C.J. Cebrián Andrada, P.J. Labrador Gómez, V. García-Bernalt, J.P. Marín, S.M. Gallego, I. Castellano, R. Novillo Santana y J.R. Gómez-Martino Arroyo

Servicio de Nefrología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La disminución del filtrado glomerular es un factor de riesgo cardiovascular independiente. Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan una elevada tasa de eventos cardiovasculares por lo que se establece necesario conseguir un adecuado control lipídico.

Objetivos: Conocer la prevalencia de alteraciones en el perfil lipídico en función del filtrado glomerular estimado en pacientes atendidos en atención primaria. Ver si se modifica con los distintos estadios de ERC.

Métodos: Se recogieron para el análisis todas las analíticas solicitadas en nuestro área de salud desde atención primaria en las que se hubiese analizado la función renal y el perfil lipídico. Se estimó la función renal de acuerdo con la ecuación CKD-EPI y se clasificaron a los pacientes según las guías NICE de ERC. Se analizó la prevalencia de alteraciones en los distintos parámetros del perfil lipídico de acuerdo con las guías de la Sociedad Europea de HTA de 2007.

Resultados: En 2010 se realizaron 104.705 analíticas, reunían criterios para el análisis 88.818 pacientes. Edad media $57,9 \pm 18$ años. 41% eran varones. Presentaban filtrado glomerular estimado inferior a $60 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ 15,3%. La prevalencia de las distintas alteraciones del perfil lipídico en función del estadio de ERC se muestra en la tabla a inicio de página siguiente.

Tabla

CKD-EPI	Colesterol total (%)	HDL-colesterol (%)	LDL-colesterol (%)	Triglicéridos (%)	Dislipemia (%)
> 90	58	20,9	51	19,6	74,1
60-90	60,2	21,7	52,8	21,1	77,2
45-59	49,5	29,4	41,6	24,9	74,9
30-44	43,1	39,3	35,1	31,4	76,1
15-29	34,7	45,7	26,5	32,2	74,9
< 15	13,1	54,8	12	31,9	67,6

Conclusiones: A medida que desciende el filtrado glomerular desciende el porcentaje de pacientes con colesterol total y LDL-colesterol elevados, mientras que se incrementa el de HDL-colesterol bajo y triglicéridos elevados, manteniéndose el porcentaje de pacientes con dislipemia estable hasta fases avanzadas de ERC. La presencia de dislipemia en pacientes con ERC es elevada, a pesar de las recomendaciones sobre el control de factores de riesgo cardiovascular en dicha población.

69. PREVALENCIA DE DISLIPEMIA EN POBLACIÓN GENERAL

C.J. Cebrán Andrada, M.T. Mora Mora, G. Rangel Hidalgo, P.J. Labrador Gómez, S. Gallego, V. García-Bernalt, R. Novillo Santana, J.L. Deira Lorenzo, J.P. Marín y J.R. Gómez-Martino Arroyo

Servicio de Nefrología, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular independiente, ampliamente estudiado y modificable gracias a cambios en el estilo de vida y el empleo de fármacos hipolipemiantes.

Objetivos: Analizar la prevalencia de dislipemia en el Área de Salud de Cáceres y su distribución por sexo y edad.

Métodos: Para la realización del estudio se recogieron todas las analíticas procesadas en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital San Pedro de Alcántara durante un año. Se analizaron datos demográficos, y los siguientes factores de riesgo cardiovascular de acuerdo con las guías europeas de HTA de 2007: edad, glucemia, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos, y niveles séricos de creatinina.

Resultados: Durante 2010 se realizaron 103.217 analíticas, en 96.190 de ellas se había solicitado colesterol total y triglicéridos, en 76.941 HDL-colesterol y en 76.898 LDL-colesterol. Los niveles medios de lípidos fueron: colesterol $193,5 \pm 41,1$ mg/dL; HDL-colesterol $53,6 \pm 15,4$ mg/dL, LDL-colesterol $117 \pm 35,1$ mg/dL y triglicéridos $115,5 \pm 76,3$ mg/dL. El porcentaje de pacientes con alteración del perfil lipídico fue: colesterol total 51,6%, HDL-colesterol 23,7%, LDL-colesterol 49,3%, y triglicéridos 19,6%. Presentaban dislipemia 75,5% de los pacientes. La prevalencia de alteraciones lipídicas en función del sexo (varones vs mujeres) fue: colesterol total 46% vs 55,5% ($p < 0,001$), HDL-colesterol 28,5% vs 20,3% ($p < 0,001$), LDL-colesterol 47,2% vs 50,8% ($p < 0,001$), triglicéridos 24,8% vs 16% ($p < 0,001$), y dislipemia 75,3% vs 75,6% ($p = NS$). La distribución para distintos grupos de edad (< 45, 45-65, 65-80, y > 80 años) fue: colesterol total 45,9%, 63,5%, 47,7% y 39,1%; HDL-colesterol 20,7%, 22,4%, 25,1% y 31,4%; LDL-colesterol 45,1%, 61%, 43,8% y 36,7%; triglicéridos 16,1%, 22,9%, 20,1% y 17,1%; y dislipemia 68%, 83,1%, 74,7% y 71,2%.

Conclusiones: La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular presente en 3 de cada 4 usuarios que se realizan una analítica en el Área de Salud de Cáceres, debido sobre todo a la elevación de los niveles plasmáticos de colesterol total. A pesar que la prevalen-

cia de dislipemia no se modifica en función del sexo, existe un perfil diferente entre hombres y mujeres. Respecto a influencia de la edad, observamos en las personas entre 45 y 65 años una mayor prevalencia de dislipemia, mientras que la prevalencia de HDL-colesterol bajo se incrementa con la edad.

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

M. Blanco Blanco¹, I. Chuecos Morales¹, S. del Pozo Luengo¹, J. Ferrer Canabate¹, M. Franco Calderón¹, S. Balanza Galindo², I. Tovar Zapata³, P. Martínez Hernández³, M. Leal Hernández² y J. Abellán Alemán²

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

²Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

³Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

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

Métodos: Se seleccionó un grupo de 115 familiares de primer grado de pacientes infartados (GFIAM) y otro grupo control (GC) de 115 individuos sin antecedentes familiares de primer grado de cardiopatía isquémica. Se recoge de cada uno de ellos: edad, sexo, peso, altura, IMC, perímetro de cintura, PAS, PAD, antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, tabaquismo, consumo enólico y hábito de ejercicio. A todos ellos se les realiza analítica sanguínea que incluye la determinación de glucosa, perfil lipídico (colesterol, HDLc, LDLc, triglicéridos), PCR ultrasensible, interleukina 6 (IL-6) por inmunoensayo de quimioluminiscencia, homocisteína, mieloperoxidasa (MPO) y LDL oxidada por inmunoensayo enzimático. El RCV se les determina por las tablas de Framingham y de SCORE.

Resultados: Los factores de riesgo cardiovascular presentes en el GFIAM vs GC son dislipemia (43,5% vs 47,8%; ns), diabetes mellitus (26,1% vs 26,1%; ns), hipertensión arterial (36,5% vs 40,9%; ns), tabaquismo (41,7% vs 30,4%; $p < 0,001$), práctica de ejercicio físico (51,3% vs 52,2%; ns), Obesidad abdominal (59,1% vs 55,7%; ns). El índice de masa corporal promedio en el GFIAM fue de $27,4 \pm 4,2$ y en el GC de $27,9 \pm 5,3$ Kg/m^2 ; ns. Los valores bioquímicos promedio en el GFIAM vs GC de glucosa son (110,7 mg/dL $\pm 36,9$ vs 115,2 mg/dL $\pm 44,4$; ns), de colesterol (199,4 mg/dL $\pm 44,4$ vs 187,6 $\pm 34,5$; $p < 0,05$), de HDLc (46,2 mg/dL $\pm 15,6$ vs 48,1 mg/dL $\pm 16,6$; ns), de LDLc (126,0 mg/dL $\pm 36,2$ vs 111,2 mg/dL $\pm 29,3$; $p < 0,01$), de triglicéridos (130,0 mg/dL $\pm 84,0$ vs 106,8 mg/dL $\pm 59,9$; $p < 0,05$), de PCR ultrasensible (1,83 mg/dL $\pm 1,7$ vs 1,55 mg/dL $\pm 31,6$; ns), de IL-6 de (5,5 pg/dL $\pm 7,3$ vs 3,6 $\pm 4,3$; $p < 0,05$), de LDL oxidada (31,8 UI/ml $\pm 27,3$ vs 26,6 UI/ml $\pm 15,3$; ns), de MPO (1,27 UI/L $\pm 0,9$ vs 1,17 UI/L $\pm 0,9$; ns) y de homocisteína (15,7 umol/dL $\pm 7,8$ vs 15,7

umol/L \pm 8,4; ns). El RCV medido por la tabla Framingham en el GFIAM fue de 12,6 \pm 11,1 y en el GC de 11,6 \pm 10,1; ns. El RCV medido por la tabla SCORE en el GFIAM es de 1,9 \pm 2,4 y en el GC 2,2 \pm 2,3; ns.

Conclusiones: Se detecta de forma significativa un peor perfil de marcadores proinflamatorios de daño vascular subclínico entre los familiares de primer grado de pacientes infartados respecto al grupo control.

71. EVOLUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN INMIGRANTES PROCEDENTES DE PAÍSES DEL ESTE RESIDENTES EN ESPAÑA. ESTUDIO INMIRISK

M. Lozano Sánchez, M. Leal Hernández, G. Ruiz Merino, P. Gómez Jara, M. Tomás Ros, F. Hernández Menárguez, J. García-Galbis Marín, J. Abellán Huerta, M. Sánchez Galián y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivos: a) Analizar el riesgo cardiovascular de los inmigrantes procedentes de países del Este de Europa, al comienzo de su estancia en España; b) investigar la evolución de su riesgo cardiovascular según su tiempo de estancia en España.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en el Centro de Salud de San Andrés (Murcia), de características urbanas y que atiende a una población de aproximadamente 30.000 habitantes, de los cuales 300 son inmigrantes procedentes de países del Este. El número de inmigrantes incluidos en el presente estudio fue de 114 inmigrantes de ambos性s y con edad superior a 18 años. También se incluyó un grupo control de 100 españoles de similares características respecto a edad y sexo. Para ello, se seleccionó aleatoriamente la muestra de entre todos los inmigrantes que acudieron a consulta durante los meses de marzo a diciembre de 2010 por cualquier motivo, tras solicitarle consentimiento informado por escrito. Las determinaciones registradas para este trabajo fueron: PAS (mmHg), PAD (mmHg), IMC, perímetro de cintura, parámetros lipídicos (HDL, LDL y colesterol total), lipoproteína A, homocisteína, proteína C reactiva ultrasensible y riesgo cardiovascular según tablas ESH.

Resultados: Se detecta un cambio en los factores de riesgo cardiovascular a partir de los 8 años de estancia en España. La PA media en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 120,3/73,52 mmHg, siendo de 129,1/79,0 mmHg en los que llevan 8 o más años en España ($p < 0,002$). La PA media del grupo de los españoles fue de 124,2/78,5 mmHg. El IMC medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 25,77 Kg/m², siendo de 28,41 Kg/m² en los que llevan 8 o más años en España ($p < 0,01$). El IMC medio del grupo de los españoles fue de 24,97 Kg/m². Respecto al perfil lipídico el colesterol total medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 189,67 mg/dl, siendo de 209,52 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España (ns). En los españoles fue de 203,34 mg/dl ($p < 0,0001$). El LDL colesterol medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 115,94 mg/dl, siendo de 127,26 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España (ns). En los españoles fue de 137,18 mg/dl ($p < 0,0001$). Otras determinaciones como la lipoproteína A muestran que su valor medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 5,33 mg/dl, siendo de 11,56 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España (ns). En los españoles fue de 12,55 mg/dl ($p < 0,015$). La PCR ultrasensible y la homocisteína no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos estudiados. El Riesgo cardiovascular añadido fue alto o muy alto en el 1,6% de los inmigrantes con menos de 8 años en España y el 20% de los que llevaban 8 o más años en España. En los españoles fue alto o muy alto en el 22% ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Los inmigrantes procedentes de países del Este, cuando llegan a España presentan un menor riesgo cardiovascular que los españoles. Con la estancia en España aumenta su riesgo cardiovascular, tiendiendo a igualar al de los españoles. Se puede afirmar que el factor expositivo ambiental es lo que determina el aumento de riesgo cardiovascular en este grupo.

72. EVOLUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN INMIGRANTES LATINOAMERICANOS RESIDENTES EN ESPAÑA. ESTUDIO INMIRISK

M. Lozano Sánchez, M. Leal Hernández, G. Ruiz Merino, J. Abellán Huerta, M. Sánchez Galián, M. Belmonte Gómez, F. Lafuente Salanova, E. Ortín Ortín, A. Martínez Pastor y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivos: a) Analizar el riesgo cardiovascular de los inmigrantes procedentes de Latinoamérica, al comienzo de su estancia en España; b) investigar la evolución de su riesgo cardiovascular según su tiempo de estancia en España.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en el Centro de Salud de San Andrés (Murcia), de características urbanas y que atiende a una población de aproximadamente 30.000 habitantes, de los cuales 1.500 son inmigrantes latinoamericanos. El número de inmigrantes incluidos en el presente estudio fue de 298 inmigrantes latinoamericanos de ambos性s y con edad superior a 18 años. También se incluyó un grupo control de 100 españoles de similares características respecto a edad y sexo. Para ello, se seleccionó aleatoriamente la muestra de entre todos los inmigrantes que acudieron a consulta durante los meses de marzo a diciembre de 2010 por cualquier motivo, tras solicitarle consentimiento informado por escrito. Las determinaciones registradas para este trabajo fueron: PAS (mmHg), PAD (mmHg), IMC, Perímetro de cintura, parámetros lipídicos (HDL, LDL y colesterol total), lipoproteína A, homocisteína, proteína C reactiva ultrasensible y riesgo cardiovascular según tablas ESH.

Resultados: Se detecta un cambio en los factores de riesgo cardiovascular a partir de los 8 años de estancia en España. La PA media en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 115,2/71,3 mmHg, siendo de 133,3/79,8 mmHg en los que llevan 8 o más años en España ($p < 0,0001$). La PA media del grupo de los españoles fue de 124,2/78,5 mmHg. El IMC medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 25,90 Kg/m², siendo de 28,13 Kg/m² en los que llevan 8 o más años en España ($p < 0,0001$). El IMC medio del grupo de los españoles fue de 24,97 Kg/m². Respecto al perfil lipídico el colesterol total medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 186,73 mg/dl, siendo de 211,26 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España ($p < 0,0001$). En los españoles fue de 203,34 mg/dl ($p < 0,0001$). El LDL colesterol medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 117,03 mg/dl, siendo de 130,12 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España ($p < 0,001$). En los españoles fue de 137,18 mg/dl ($p < 0,0001$). Otras determinaciones como la lipoproteína A muestran que su valor medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 8,85 mg/dl, siendo de 18,26 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España ($p < 0,0001$). En los españoles fue de 12,55 mg/dl ($p < 0,015$). La PCR ultrasensible y la homocisteína no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos estudiados. El Riesgo cardiovascular añadido fue alto o muy alto en el 5,6% de los inmigrantes con menos de 8 años en España y el 48,7% de los que llevaban 8 o más años en España. En los españoles fue alto o muy alto en el 22% ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Los inmigrantes latinoamericanos incrementan su riesgo cardiovascular, tiendiendo a superar al de los españoles, con-

forme aumenta el tiempo de estancia en España. Este aumento de riesgo cardiovascular es más significativo en la muestra analizada a partir de los 8 años de estancia en España. Se puede afirmar que el factor expositivo ambiental es lo que determina el aumento de riesgo cardiovascular en este grupo.

73. SÍNTOMAS VASOMOTORES Y RIESGO CARDIOVASCULAR

M.R. Checa Pérez, C. Ortiz Vera, S. Balanza Galindo, M.A. Belmonte Gómez, J. Abellán Huerta, M.J. Sánchez Galián, D. Iglesias Gallego, P. Saucedo Rodrigo, M. Leal Hernández y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivos: 1) Determinar si existe un mayor riesgo cardiovascular en las pacientes que presentan sofocos frente a las que no los tienen; 2) analizar la calidad de vida de las pacientes en la menopausia, mediante un test validado específico para mujeres posmenopáusicas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se incluyen 86 mujeres posmenopáusicas con edad comprendida entre los 50 y 55 años, pertenecientes al Centro de Salud de Murcia San Andrés. Se incluyen mujeres tanto con menopausia natural como quirúrgica. Se dividen las mujeres en dos grupos según la presencia o no de sofocos resultando un grupo de 42 mujeres con sofocos (≥ 3 sofocos/día) y 44 sin sofocos (< 3 sofocos/día). Se les determinan sus parámetros antropométricos, presión arterial, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia), presencia de enfermedad cardiovascular, datos analíticos (hemograma, perfil lipídico, glucemia, hemoglobina glicada, perfil hepático, hormonas sexuales (FSH, LH, estradiol y progesterona), marcadores de riesgo coronario (PCR ultrasensible y lipoproteína a) y test de calidad de vida donde se valoran las áreas vasomotora, psicosocial, física y sexual, mediante un cuestionario específico de calidad de vida en la menopausia, validado científicamente.

Resultados: El valor medio del índice de masa corporal del conjunto de la muestra fue de $26,62 \pm 4,34 \text{ kg/m}^2$. El IMC medio en las mujeres con sofocos fue de $26,41 \pm 4,54 \text{ kg/m}^2$ y en las que no los presentaban de $26,81 \pm 4,20 \text{ kg/m}^2$ (ns). El valor medio del perímetro abdominal (PA) del conjunto de la muestra, es de $86,26 \pm 9,54 \text{ cm}$, siendo de $86,00 \pm 10,68 \text{ cm}$ en las que presentaban sofocos y de $86,50 \pm 8,42 \text{ cm}$ en las que no los presentaban (ns). Ni el grado de sedentarismo ni el consumo de soja mostraron relación con la presencia o no de sofocos. El valor medio de la PAS del conjunto de la muestra fue de $127,88 \pm 15,48 \text{ mmHg}$, siendo de $124,98 \pm 14,11 \text{ mmHg}$ en las mujeres con sofocos frente a $130,66 \pm 16,37 \text{ mmHg}$ en las que no los presentan (ns). La PAD media global fue de $81,45 \pm 9,22 \text{ mmHg}$, siendo de $80,50 \pm 8,84 \text{ mmHg}$ en el grupo con sofocos frente a $82,36 \pm 9,59 \text{ mmHg}$ en el grupo sin ellos (ns). La glucemia, perfil lipídico, PCR ultrasensible y lipoproteína a tampoco mostraron diferencias según la presencia o no de sofocos. En el análisis de las hormonas sexuales, las pacientes con sofocos presentaron unos niveles más elevados de progesterona $0,44 \pm 0,199 \text{ pg/ml}$ que el grupo sin sofocos $0,33 \pm 0,170 \text{ pg/ml}$ ($p < 0,025$). Los niveles de estradiol fueron en las mujeres con sofocos $10,02 \pm 7,89 \text{ pg/ml}$ frente a $10,48 \pm 8,64 \text{ pg/ml}$ en las que no los presentaban (ns). Respecto al análisis de la calidad de vida y la presencia o no de sofocos, en el área vasomotora y psicosocial las mujeres con sofocos presentaron una peor calidad de vida respecto a las que no presentaron sofocos ($p < 0,0001$). En las áreas física y sexual no se apreciaron diferencias significativas.

Conclusiones: La presencia de sofocos durante la menopausia se asocia a una peor calidad de vida y a un mayor nivel de progesterona en sangre. No se asocian a otros parámetros determinantes del riesgo cardiovascular.

74. APLICACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO-ALTO EN UNA FARMACIA RURAL DE LA REGIÓN DE MURCIA. RESULTADOS PRELIMINARES

M. Sánchez Macarro, J.M. López Puche, G. Moreno Salinas, A. Ramírez Lambis, M.R. Checa Pérez, C. Ortiz Vera, J. Abellán Huerta, P. Gómez Jara, M. Leal Hernández y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivo: Analizar el riesgo cardiovascular de los pacientes que acuden a su oficina de farmacia a retirar un fármaco relacionado con el tratamiento de la patología cardiovascular.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado de forma aleatoria a 199 pacientes que acuden a su oficina de farmacia a retirar un fármaco relacionado con el tratamiento de la patología cardiovascular. Fue realizado en una oficina de farmacia del pueblo de Ricote (Murcia). Las determinaciones realizadas fueron: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, presión arterial, presión de pulso, hábito tabáquico, actividad física, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemia), presencia de enfermedad cardiovascular, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, analítica en colaboración con su centro de salud (incluye perfil lipídico, glucídico y renal), riesgo cardiovascular (tablas Score) y cumplimiento terapéutico.

Resultados: De los 199 pacientes seleccionados 100 eran varones y 99 mujeres. La edad media en los varones fue de 60 años y en las mujeres de 65 años. El IMC medio fue de $30,06 \text{ Kg/m}^2$ ($29,62 \text{ Kg/m}^2$ en varones y $30,47 \text{ Kg/m}^2$ en mujeres). El perímetro de cintura medio fue de $101,9 \text{ cm}$ ($102,7 \text{ cm}$ en varones y $101,4 \text{ cm}$ en mujeres). Los valores medios de presión arterial fueron de $141/80 \text{ mmHg}$, de presión de pulso de 60 mmHg y de frecuencia cardíaca 73 ppm . Eran fumadores el 16,1% (32) de los pacientes, realizaban actividad física el 32,16% (64) de ellos. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular presentes eran hipertensos el 61,3% (122), dislipémicos el 59,3% (118) y diabéticos el 17,1% (34). Presentaban enfermedad cardiovascular establecida el 6% (12) de los pacientes. Los valores analíticos medios fueron los siguientes: glucosa $112,43 \text{ mg/dl}$, hemoglobina glicada 6,37%, ácido úrico $5,66 \text{ mg/dl}$, creatinina $0,82 \text{ mg/dl}$, colesterol total 193 mg/dl , LDL colesterol $109,10 \text{ mg/dl}$, HDL colesterol $54,08 \text{ mg/dl}$, triglicéridos $173,40 \text{ mg/dl}$. El riesgo cardiovascular añadido medio según las tablas Score fue moderado. Cumplían correctamente con el tratamiento farmacológico el 50,25% (100) de los pacientes.

Conclusiones: Los pacientes que acuden a su oficina de farmacia a retirar un fármaco relacionado con el tratamiento de la patología cardiovascular presentan un control de sus factores de riesgo cardiovascular mejorable. Los parámetros antropométricos son los que presentan un mayor grado de descontrol. Es necesario incidir en la mejora del cumplimiento terapéutico en estos pacientes, tanto en el referido al tratamiento farmacológico como en las medidas higiénico-dietéticas.

75. ESTADOS BORDERLINE DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA Y GRADO MOTIVACIONAL PARA AFRONTAR CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA

M.A. Belmonte Gómez, M.C. Marín Sánchez, S. Balanza Galindo, C. Ortiz Vera, M.R. Checa Pérez, P. Gómez Jara, J. Abellán Huerta, M.J. Sánchez Galián, M. Leal Hernández y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivos: 1. Determinar la frecuencia de individuos en la población de estudio que presentan factores de riesgo cardiovascular

clásicos en situación borderline. 2. Analizar el grado de motivación para el control del peso corporal en los pacientes con sobrepeso.

Métodos: Estudio observacional trasversal realizado durante un periodo observacional de 3 meses en empleados públicos de la Administración Regional de Murcia que al realizarles el Reconocimiento Médico presenten uno o más de los siguientes criterios: prehipertensión (PAS 120-139 mmHg y/o PAD: 80-89 mmHg), prediabetes (glucemia basal en ayunas entre 100-125 mg/dl), predislipemia (LDL-colesterol entre 130-159 mg/dl), sobrepeso (IMC entre 25-29 Kg/m²). Se excluyen aquellos que hayan presentado eventos cardiovasculares previos o seguían tratamiento para algunos de los FRCV analizados. Las determinaciones realizadas en el reconocimiento médico constaron de determinación de variables antropométricas, medida de presión arterial y analítica general con perfil lipídico y glucemia. A los pacientes con sobrepeso se les valora su motivación para el control de su peso corporal mediante el test validado de "Escala de balance decisional".

Resultados: De los 278 reconocimientos efectuados durante el periodo observacional, 129 (46,4%) presentan un estado borderline de los FRCV contemplados (prehipertensión, predislipemia, sobrepeso, o prediabetes). El análisis de la distribución fue el siguiente: De los 129 individuos incluidos en la muestra el 61,2% (79) presentan sobrepeso, el 58,1% (75) predislipemia, el 57,4% (74) prehipertensión y prediabetes el 24% (31). Si analizamos de forma aislada a los pacientes con sobrepeso (79) se aprecia que en el 61,3% se asocia a prediabetes, en el 58,7% a predislipemia y en el 56,8% a prehipertensión. El valor medio de la PAS en los individuos con sobrepeso vs normopeso es de $115 \pm 10,8$ /115,8 $\pm 11,8$ mmHg (ns). La PAD presenta un valor medio de $75,4 \pm 7,6$ /75,3 $\pm 7,4$ mmHg. Los individuos con prehipertensión (74) se asocian a predislipemia en el 56%, en el 54,8% a prediabetes y en el 53,2% a sobrepeso. Los individuos con prediabetes (31) se asocian con sobrepeso en el 24,1%, en el 23% a prehipertensión y en el 22,7% a predislipemia. El valor medio de PAS en los individuos con prediabetes vs normoglucémicos es de $117,8 \pm 13,3$ /114,5 $\pm 10,3$ mmHg (ns). La PAD presenta un valor medio de $77,2 \pm 7,9$ /74,8 $\pm 7,3$ mmHg (ns). Un 22,5% de los individuos con prediabetes realiza ejercicio físico frente al 77,5% de los individuos sin prediabetes que lo realizan. El análisis psicométrico de la escala de balance decisional en el control del peso en pacientes con sobrepeso muestra una baja motivación para afrontar un cambio conductual en sus estilos de vida (27,3%).

Conclusiones: El estado borderline más frecuente en la población estudiada es el sobrepeso, presentando éste una mayor asociación con la prediabetes y la prehipertensión. El grado de motivación para afrontar un cambio conductual en los estilos de vida es bajo.

76. ASOCIACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD VASCULAR

A. Linares Pardo, D. Pacheco Acuña, A. Mukhtiar, M.R. Alba Tomé, M. Catalá López, L. Barranco Ramos, C. Romosán, J.F. Arenas Alcaraz, N.I. Aragón de la Fuente e I. Martínez Frutos

CS La Unión, Murcia

Objetivo: Conocer el uso de tratamiento antidiabético en pacientes que ya han padecido un evento cardiovascular en nuestra Zona Básica de Salud.

Métodos: Del registro en la historia clínica informatizada se obtuvo la población correspondiente a los usuarios que pueden recibir atención en las consultas de nuestra Zona Básica de Salud; excluyendo las consultas pediátricas y los consultorios periféricos, estos últimos por su reciente informatización. Extrayendo el día 19 de marzo de 2010, en un muestreo sistemático, estratificado por edad, la muestra de 752 pacientes con una potencia superior al 95% y un

intervalo de confianza superior al 95%; habiendo usado una ampliación para sustituir las perdidas.

Resultados: El análisis estadístico de las medidas de tendencia central y dispersión, así como el análisis bivariante y de dispersión nos ofrece que la media de edad en la muestra es de 45 años y 10 meses, con pacientes entre 12 y 99 años de edad, de los cuales consta registrado como hombres el 49,9% y como mujeres el 49,3%. Encontramos 296 pacientes (39,4%) en los que su historia clínica informatizada recoge estar diagnosticado por haber sufrido un evento cardiovascular, de acuerdo a los CIAP recogidos dentro del epígrafe K. En los cuales encontramos la siguiente distribución de la prescripción de antidiabéticos en los diagnosticados de patología cardiovascular: metformina 81,3%, sulfonilurea 87,5%, glinidas 80,0%, glitazonas 83,3%, acarbosa 100,0%, IDPP4 100,0%, combinaciones fijas 66,7%. Frente a la que encontramos en los pacientes que no presentan estos diagnósticos: metformina 18,8%, sulfonilurea 12,5%, glinidas 20,0%, glitazonas 16,7%, acarbosa 0,0%, IDPP4 0,0%, combinaciones fijas 33,3%. Y con las insulinas: glargina 66,7% frente a 33,3%, detemir 83,3% frente a 16,7%, rápida/ultrarrápida 75,0% frente a 25,0%, otras insulinas 100,0% frente a 0,0%.

Conclusiones: La prescripción de metformina aislada en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular presenta una relación significativamente estadística en nuestra muestra, representando la asociación de la diabetes mellitus como factor de riesgo asociado al diagnóstico de patología cardiovascular, frente los pacientes que no presentan diagnósticos en este epígrafe de la CIAP y que también tiene prescrito el uso de metformina.

77. FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA: GRADO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y OTRAS CARACTERÍSTICAS

J.M. López Pérez, J.M. Caamaño Mata, E. Nieto Pol, M.E. Rivas Lombardero, J. Pazos López y A. Anca Coya

SAP 1 Concepción Arenal, Santiago de Compostela.

Objetivo: Conocer el grado de control diversos factores de riesgo vascular (FRV) y otras características, en pacientes con fibrilación auricular (FA) atendidos en un servicio de atención primaria.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo realizado en toda la población con FA (N = 150) atendida por 6 tutores de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de nuestro Servicio. Se recogen los últimos datos registrados en la historia clínica de enero a julio de 2011.

Resultados: Un 50% de los pacientes eran hombres, siendo la edad media global de $74,7 \pm 10,7$ años, y el 59,3% eran mayores de 75 años. Presentaban hipertensión el 81,3%, insuficiencia cardíaca el 24%, diabetes el 26,7%, antecedentes de ictus el 12%, y enfermedad vascular (infarto de miocardio, arteriopatía en miembros inferiores o enfermedad coronaria estable) el 20%. En cuanto a la puntuación CHA2-DS2-VASc (Guía ESC 2010 FA): 4 pacientes sumaban 0 puntos, 9 pacientes 1 punto y 137 pacientes 2 o más puntos. Tenían un LDL < 100 mg/dl el 27,3%, un IMC > 30 un 33,3% (32 pacientes sin datos) y un Filtrado glomerular estimado (MDRD4) < 60 el 50%. El 54,9% de los hipertensos presentaban buen control (PA < 140/90 mmHg, y en diabéticos < 130/80 mmHg). El 71,3% de los hipertensos tomaban 2 o más fármacos antihipertensivos. El 83,8% de los hipertensos recibe tratamiento anticoagulante oral, presentando un buen control de PA el 54,1%. Los diabéticos tenían una HbA1c ≤ 7% el 47,5%. Los pacientes con FA tomaban tratamiento hipolipemiante el 54,3% y anticoagulante el 82,1%.

Conclusiones: Encontramos unas cifras de control de FRV mejorables, en una población muy envejecida y con una comorbilidad elevada. La mayoría de los pacientes están anticoagulados como indica la Guía ESC 2010 FA.

78. PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN POBLACIÓN LABORAL. UN ESTUDIO DE COHORTE

C.A. Názara Otero¹, I. López Rodríguez² y A. Pose Reino³

¹Casa del Mar, Marín, Pontevedra. ²CS Begonte, Lugo. ³CHUS, Hospital de Conxo, Santiago de Compostela.

Introducción: Se presentan los datos relativos a la presión arterial y factores de riesgo relacionados, en el contexto de un proyecto más amplio, de estudio del síndrome metabólico en población laboral, que será defendido como tesis doctoral.

Objetivos: 1) Analizar la importancia de la hipertensión y la presión arterial (PA) elevada, en una cohorte de población laboral; 2) estudiar su evolución a lo largo del tiempo y los factores relacionados con la misma.

Métodos: Se partió de una cohorte de población laboral, constituida por 221 personas (14 mujeres), que fueron seguidas a lo largo de 5 años. Los criterios para definir la cohorte (en el marco del reconocimiento de salud laboral) fueron la aceptación para participar en el estudio de salud laboral y su consentimiento para el uso de los datos de forma anónima, relativos a dicho examen de salud. Rango de edad: 18 años a 59 años. Variables del estudio: presión arterial sistólica y diastólica, edad, sexo. Se siguió el criterio de PA elevada propuesto en el NCEP ATP-III. El tratamiento estadístico se hizo con el programa SPSS 17.0 y para la estimación del riesgo relativo se aplicaron tablas de contingencia y estudio de regresión.

Resultados: La cohorte se mantuvo prácticamente constante a lo largo de los 5 años de seguimiento. Se observó una PA elevada en 4 de cada 10 individuos estudiados, en la práctica totalidad de los puntos de análisis intermedios programados, con las siguientes frecuencias relativas: Año 2004 (39,2%), año 2005 (38,1%), año 2006 (46%), y año 2007 (41,8%). Para el año 2008 la frecuencia observada fue de 22,1%. La frecuencia relativa a lo largo del periodo de seguimiento, se mantuvo en el tiempo, con la excepción del año 2008, que suponemos debida al énfasis puesto en la modificación de los estilos de vida, a partir del año 2006. Se demostró una mayor frecuencia de PA alta o HTA en los casos que reunían criterios diagnósticos de síndrome metabólico, respecto a los que no reunían tales criterios ($p < 0,0005$).

Conclusiones: 1) 4 de cada 10 individuos, presentaban PA elevada, lo que es una alta frecuencia observada; 2) la frecuencia relativa de PA elevada se mantuvo en el tiempo; 3) la intervención en la modificación de estilos de vida probablemente condujo, en nuestro caso, a una disminución de la prevalencia de hipertensión (sin poder ser concluyentes en este aspecto, ajeno al diseño inicial del estudio).

79. REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS

A. Lorenzo Piqueres, S. Martínez Parra, V. Vázquez Martínez, I. Morales Pérez, M. Latorre Poveda, G. Badenes Márquez, L. Rosell Panis, L. Tarancón Gozalbo, E. Serisa Blasco y A. Lorenzo Górriz

CS Burriana, Castellón.

Objetivos: 1. Evaluar el registro protocolizado de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la historia de salud del C.S. Burriana informatizadas por el sistema ABUCASIS II y así, obtener la prevalencia con la que trabajamos. 2. Comparar el registro actual con el registro antiguo en las historias escritas y los resultados del Estudio Burriana de prevalencia de FRCV.

Métodos: Estudio: observacional, trasversal. Lugar: atención primaria. Población, muestra y selección de historias e inclusión en el segundo estudio: A) Primer corte: 2005. Selección aleatoria simple, mediante tabla de números aleatorios del número de historias recomendado por la fórmula que determine el número de elementos

de la muestra ($N = Z\alpha^2 \times p \times (1-p)/i^2$). Revisión del sistema de registro de patologías y volcado de esta información en la hoja de monitorización creada para el estudio. Considerando la p (variabilidad del parámetro) del 40% por ser aproximadamente la más alta estimada en el Estudio Burriana para la dislipemia en este caso, y la precisión (i) del 4% para un nivel de confianza del 95%. Ello da una muestra de 576 historias. Para la selección de la muestra se aplicará una tabla de números aleatorios y se extraerán del archivo a partir de la primera seleccionada por sorteo incluida entre las que presenten 30 y 80 años de edad. B) Segundo corte: (2.010) Selección mediante la búsqueda de indicadores de los diferentes FRCV de la totalidad de pacientes con historia informatizada del centro de salud: Consulta de indicadores: morbilidad: prevalencia: CIE-9 y diagnóstico en pacientes adultos de ambos性s entre 30-80 años, para el mes de diciembre del 2010. El registro actual se halla mediante encuesta poblacional de la población atendida por el centro de salud, y que está incluida en el sistema de registro informatizado ABUCASIS II de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, próxima al 100% de la población de la villa de Burriana. C) Finalmente, compararemos los resultados obtenidos por medio de la revisión efectuada con los resultados del Estudio Burriana. Características y definición de criterios: calificaremos de forma simple la existencia o no en la historia de salud del parámetro a evaluar: hipertensión arterial, diabetes mellitus, glucemia basal alterada o tolerancia alterada a la glucosa, dislipemia, obesidad, tabaco, alcohol. Métodos estadísticos: los resultados se trasladan a una hoja de monitorización y se trasfieren los resultados a un archivo del programa Access y después, con EPIINFO 6.0 se realizan las comparaciones mediante evaluación con técnica de χ^2 para variables cualitativas.

Resultados: Los resultados de la comparación entre los registros de nuestras historias de salud primero en formato papel y segundo informatizada se muestran en la tabla 1. Los resultados obtenidos tras la comparación de los registros con el ESTUDIO BIRRIANA se muestran en la tabla 2.

Tabla 1.

	Registro H ^a	Registro H ^a informatizada	p por χ^2
HTA	21,5%	22,27%	p = 0,67 ns
DM	8,2%	8,95%	p = 0,5 ns
Dislipemia	19,8%	24,24%	p < 0,0001
Obesidad	11,1% 0,00005	6,80%	p <
Tabaco	14,6% 0,000001	7,71%	p <
TAG	1%	1,05%	p = 0,9 ns
Alcohol	-	1,47%	-

Tabla 2

	Registro H ^a informatizada	Estudio Burriana	p por χ^2
HTA	22,27%	26,7%	p = 0,54 ns
DM	8,95%	12,8%	p < 0,02
Dislipemia	24,24%	36,1%	p = 0,00006
Obesidad	6,80%	30,9%	p < 0,0000001
Tabaco	7,71%	25,9%	p < 0,0000001
TAG	1,05%	10,8%	p < 0,0000001
Alcohol	1,47%	13,2%	p < 0,0000001

Conclusiones: La HTA es el FRCV de mejores registros ofreciendo diferencias más estrecha que no son significativas estadísticamente. Respecto al resto de FRCV las diferencias halladas son marcadas y ratificadas por la comparación con χ^2 con diferentes grados de significación estadística. Lo que nos señala que el registro está lejos de las cifras reales de presencia de FRCV en nuestra población.

80. AYUNO PREVIO A LA DETERMINACIÓN DE ANÁLISIS DE LÍPIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

A. Lorenzo Piqueres, S. Martínez Parra, G. Badenes Marques, L. Rosell Panis, E. Serisa Blasco, L. Tarancón Gozalbo, M. Latorre Poveda, V. Vázquez Martínez, I. Morales Pérez y A. Lorenzo Gorri

CS Burriana, Castellón.

Objetivos: Estudiar en los usuarios de nuestro centro la cumplimentación del número de horas de ayuno previas a la extracción de sangre para la analítica del perfil lipídico. Secundarios: 1. averiguar si los profesionales de nuestro centro de salud, sanitarios o no, informan de la necesidad de ayuno de al menos 12 horas, indicando quien genera dicha información. 2. averiguar si, según el nivel de información, los pacientes han cumplido el ayuno correctamente.

Métodos: Estudio observacional, trasversal con encuesta estructurada de carácter anónimo, realizada de forma aleatoria entre los listados de los pacientes que acudían para extracción de sangre para evaluación de los lípidos en Atención Primaria. Realizado a lo largo de un mes con selección aleatoria del día y de los entrevistados tras revisión de la petición analítica realizada. Las variables que aparecen en la encuesta son: edad, sexo, conocimiento de la necesidad de ayuno de 12 horas, quien ha informado al individuo, horas reales de ayuno, hora de la cena o último consumo el día anterior. La muestra se obtuvo por la fórmula para evaluar poblaciones en función de trabajar proporciones: $N = Z\alpha^2 \times (p \times q)/i^2$. Aplicamos un error α de 0,05 (nivel de confianza del 95%), una precisión y de 5%, para p del 30% y q de 70%. Se han realizado 250 encuestas a personas mayores de 15 años de ambos sexos. En caso de negativa a contestar la encuesta se realizaba ésta a la persona inmediata posterior si iba ser analizado su perfil lipídico. Los datos se trabajaron en una hoja de cálculo Excel y la estadística con los programas EPI INFO y EPI DAT 4.0.

Resultados: La edad media de los encuestados es de 55,4 años con 105 hombres (42%) y 145 mujeres (58%). El número de horas media de ayuno de la muestra fue de 10 horas 46 minutos (con IC95 entre 10h 40' y 10h 52'). El ayuno correcto es del 16,8% (IC95 entre 12,2%-21,4%) que afirman haber cumplido las 12 horas de ayuno y un 83,2% no haberlo hecho (13 hombres y 29 mujeres, con 22 personas de 65 años o más y 20 menores de esa edad sin diferencia estadísticamente significativa por χ^2). Sobre la información recibida, observamos que aseguran ser sabedores de la necesidad del número de horas de ayuno de 242 personas. Conocedores previos 130 personas y el resto informados por personal del centro recientemente, sin diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,1$). Si hay diferencia si desagregamos por diferentes profesionales siendo los médicos los que más informan.

Conclusiones: El número de pacientes que cumple correctamente el ayuno que asegura calidad en la toma de sangre es muy bajo, inferior a otros estudios nacionales que presentan cifras bajas pero más elevadas. Este resultado expresa un problema que merma la calidad de nuestras decisiones delante del paciente. Sin embargo, la cifra media de horas de ayuno es muy próxima a la adecuada y el número de pacientes que ofrece una cifra próxima (11 horas) se eleva considerablemente, por lo que probablemente es un problema de mejora de la información que se da y de cómo se da (habitualmente oral). La mayoría de los pacientes dicen conocer la ne-

cesidad del ayuno o que han recibido la información recientemente y señalan en su caso que profesional le ha instruido llamando la atención que la mayoría de los pacientes reconocen que sabían la necesidad del ayuno y que un número importante reconocía haber sido informado por los profesionales del centro, pero aún así se incumple la norma. De los que cumplieron las pertinentes 12 horas de ayuno, la totalidad conocían de una u otra forma su necesidad, luego esta condición de conocimiento se asocia a cumplimiento, pero no de forma absoluta y, sin embargo, el conocimiento no obliga al cumplimiento, por lo que hay mejorar la calidad de la información para acercar al paciente la necesidad de cumplir la norma establecida. Como conclusión diremos que los usuarios no cumplen la norma del ayuno previo a la extracción, pero no por desconocimiento, sino por probable falta de recordatorios eficaces, por falta de recordatorios inmediatos y por falta de reconocimiento de la importancia del ayuno.

81. ESTUDIO DE PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

M. Marcos Rodríguez¹, P. Muriel Díaz¹, A. Beteta Gorriti¹, V.H. Ramírez Castro¹, L. Marín Sánchez¹, R. Cubino Luis², C.D. Cabrera Marutz³ y M.Y. de la Nava Calvo⁴

¹CS Miguel Armijo, Salamanca. ²CS Sancti Spiritus, Salamanca.

³CS Alamedilla, Salamanca. ⁴CS San Juan, Salamanca.

Objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 tiene una prevalencia de aproximada del 6,5% en la población entre 30 y 65 años, con un aumento en el rango de edad entre 65 y 74 años el 16,7% y en los mayores de 75 años el 19,3%. El grado de complicaciones tanto macro como microvasculares se ven incrementadas cuando coexisten con otras patologías prevalentes en nuestro medio como la hipertensión arterial (HTA) que tiene una prevalencia en España en adultos aproximada del 35%, alcanzando el 68% en mayores de 60 años, siendo en diabéticos de un 72,5%. Hemos querido conocer si los datos recogidos en nuestra historias clínicas en un centro de salud urbano coinciden con los datos anteriores, saber el grado de control de estas patologías cuando coexisten y la posible influencia de la edad en ello. Objetivo secundario saber el grado de registro en la historia clínica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se obtuvo el listado de pacientes del Centro de Salud con el código de diabetes en la historia clínica (MEDORA), descartamos aquellos pacientes sin registros en su historia en los 5 últimos años, tratándose en la mayoría de pacientes que ya no pertenecían al Centro de Salud (fallecimiento y cambios de domicilio principalmente) pero que siguen figurando en Cartera de Servicios; también descartamos los pacientes diabéticos tipo 1 que aunque comparten código de diabetes son seguidos fundamentalmente en el servicio de endocrinología y pacientes pertenecientes a 2 cupos del Centro de Salud debido a no tener historia informatizada. Del resto de historias se seleccionaron aleatoriamente el 50%. Se obtuvo la información necesaria a partir de los datos recogidos en la historia clínica informatizada (MEDORA) de cada paciente. Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico de diabetes mellitus, diagnóstico de HTA, cifra de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el último año, media de las 3 últimas tomas tanto de tensión arterial sistólica (TAS) como diastólica (TAD) recogidas en la historia. Se considera que están bien controlados los pacientes que tienen TAS ≤ 140 mmHg, y TAD ≤ 90 mmHg, y en el caso de la diabetes, cuando la hemoglobina glicosilada es $< 7\%$.

Resultados: El total de pacientes codificados como diabéticos fue de 1.228 y después del muestreo se obtuvieron 496 pacientes. Después de descartar las historias referidas anteriormente, se analizaron 401 historias clínicas de diabéticos tipo 2. Subdividimos a los pacientes en 3 grupos de edad: menores de 65 años (20,20%)

(grupo 1), entre 65 y 85 años (68,33%) (grupo 2) y mayores de 85 años (11,47%) (grupo 3). Se construyeron tablas de contingencia para cruzar los rangos de edad con los niveles de los factores considerados. Del total de los 401 pacientes analizados, 192 eran hombres (47,88%) y 209 mujeres (52,12%): en el grupo 1: 58% hombres y 42% mujeres; en el grupo 2: 47,8% hombres y 52,2% mujeres y en el grupo 3: 30,43% hombres y 69,47% mujeres. Los dos sexos no están uniformemente distribuidos en los tres grupos etarios. La proporción hombres/mujeres va disminuyendo a medida que se avanza en edad, así: 1,38, 0,92, 0,44. Este cambio en las proporciones de sexos a través de los diferentes grupos de edad es estadísticamente significativo. El diagnóstico de HTA figura en 290 pacientes diabéticos tipo 2 (72,32%). Tomando la media de las 3 últimas tomas realizadas, observamos un buen control en 208 casos (71,72%) y mal control en 82 pacientes ya diagnosticados de HTA (28,27%). De los 111 pacientes diabéticos que no estaban diagnosticados de HTA, 13 de ellos presentaban un mal control de su TA (11,71%), mientras que 98 (88,29%), su TA está bien controlada. Con respecto a las cifras de HbA1c, de los 401 pacientes, en 33 de ellos, no estaba recogido este dato (8,23%). De los 368 pacientes en los que estaba recogido este dato, 248 (67,39%), presentaban cifras de HbA1c por debajo de 7%, mientras que 120 (32,61%), presentaban cifras de HbA1c por encima de 7%.

Conclusiones: La prevalencia de la diabetes mellitus es del 5,8% en la población de nuestro centro de salud. Hay un alto porcentaje de pacientes que tienen bien controladas sus cifras de tensión arterial y de HbA1c, pero podrían mejorarse estas cifras, revisando más a menudo la historia de los pacientes, ya que hay un 8,23% de pacientes que no tienen recogida ninguna cifra de HbA1c, y en un pequeño porcentaje de pacientes (3,24%), que no están diagnosticados de HTA, presentan cifras de TAS por encima de 140 mmHg o TAD por encima de 90 mmHg. Algunos de los médicos del centro no utilizan la historia informatizada, por lo que no hemos podido obtener los datos de sus pacientes. La codificación en el programa MEDORA de la diabetes mellitus tipo 1 es la misma que para diabetes mellitus tipo 2, por lo cual al seleccionar las historias previamente, no sabemos de qué tipo es, y los diabéticos tipo 1 han tenido que ser descartados después de entrar en sus historias. Hay historias en las que faltan datos, en algunas ocasiones porque estos pacientes son seguidos por el servicio de endocrinología.

82. INERCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DERIVADOS AL ÁMBITO ESPECIALIZADO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DERIVA 2

A. Galgo Nafria¹, N. Martell Claros², J. L. Zamorano³
y J.J. de la Cruz⁴

¹CS Espronceda, Madrid. ²Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivos: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y analizar la actuación clínico-terapéutica del especialista consultado en la devolución de la información.

Métodos: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico en centros de Atención Primaria (AP) de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 1735 pacientes derivados. Se realizó muestreo aleatorio consecutivo. Se recogieron razones de derivación desde AP, datos clínicos previos y posteriores al estudio inicial en la consulta del especialista, diagnóstico especializado y tratamientos propuestos, así como opiniones mediante encuesta específica sobre la efectividad y satisfacción sobre los resultados de la derivación por parte del MAP. Se presentan datos del segundo muestreo del estudio DERIVA realizados tras la devolución de información clínica especializada al médico consultante de AP.

Resultados: La muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a Unidades específicas de HTA (40,8%). Resto de derivaciones (59,2%): 28% medicina interna, 38% cardiología, 28,7% nefrología: La edad media de los pacientes es de $60,7 \pm 13,3$ años, 62,7 varones. IMC > 30: 34,8%, obesidad abdominal: 56,5%. Fumadores: 33,7%, Consumo excesivo de alcohol: 15,6%. PA a la derivación: $166 \pm 21,6/97,7 \pm 12,6$ mmHg. PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg: 5,8% Media de fármacos a la llegada a AE: $2,3 \pm 1,0$. El 4,6% sin tratamiento, monoterapia 21,7%, doble terapia 33,7% y 28,2 triple terapia, cuatro o más fármacos 12,2%. Se hacen modificaciones en el tratamiento tras visita de evaluación en AE en el 67,1% de los pacientes. La PA en post-derivación tras intervención especializada fue: $143, \pm 14,4/85,5 \pm 10,5$ mmHg. PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg: 32,2% media de fármacos post-derivación: $2,5 \pm 1,2$ monoterapia 16,6%, doble terapia 32,2% y 31,8 triple terapia, cuatro o más fármacos 16,5%. Las causas de modificación señaladas por especialista fueron: efectos secundarios: 5,6%, ineficacia: 42,9%, dosis inadecuada: 42,9%, incumplimiento: 15,5%, indicaciones específicas: 21,6% y otras: 1,9%.

Conclusiones: Se detecta una apreciable inercia terapéutica en la combinación y la titulación de fármacos en el paciente hipertenso derivado desde AP. Sin cambios sustanciales en el número de fármacos usados se obtiene una mejora importante del control de la PA en el paciente hipertenso derivado tras la intervención especializada.

83. PROBLEMAS DETECTADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DERIVACIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO AL ÁMBITO ESPECIALIZADO: ESTUDIO DERIVA 2

N. Martell Claros¹, A. Galgo Nafria², J.L. Zamorano³
y J.J. de la Cruz⁴

¹Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²CS Espronceda, Madrid. ³Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivos: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y analizar la actuación clínico-terapéutica del especialista consultado en la devolución de la información.

Métodos: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico en centros de Atención Primaria (AP) de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 1.735 pacientes derivados. Se realizó muestreo aleatorio consecutivo. Se recogieron razones de derivación desde AP, datos clínicos previos y posteriores al estudio inicial en la consulta del especialista, diagnóstico especializado y tratamientos propuestos, así como opiniones mediante encuesta específica sobre la efectividad y satisfacción sobre los resultados de la derivación por parte del MAP. Se presentan datos del segundo muestreo del estudio DERIVA realizados tras la devolución de información clínica especializada al médico consultante de AP.

Resultados: La muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a Unidades específicas de HTA (40,8%), Resto de derivaciones (59,2%): 28% medicina interna, 38% cardiología, 28,7% nefrología: La edad media de los pacientes es de $60,7 \pm 13,3$ años, 62,7 varones. En prederivación la PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg: 5,8%. Se hacen modificaciones en el tratamiento tras visita evaluación en AE en el 67,1% de los pacientes. En post-derivación la PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg se consiguió en el 32,2%: La valoración de la actuación del especialista por el MAP fue: Muy efectiva: 16%, efectiva: 70%, nada efectiva: 9%. El acuerdo con las recomendaciones de especializada fue: totalmente de acuerdo: 63%, parcialmente de acuerdo: 29%, nada de acuerdo: 2%. El 5% de los investigadores no respondieron a este tipo de encuesta. Los principales problemas expresados

fueron: No problemas: 46%, Tiempo excesivo en respuesta: 24,5%, Formato inadecuado: 11,4%, No respuesta concreta a lo consultado: 23,5%, No poder solicitar aclaraciones: 16,9, otros: 7,3%.

Conclusiones: El análisis efectuado sugiere que persisten problemas de coordinación en el manejo conjunto de la HTA internivelles asistenciales, Este aspecto de la coordinación entre niveles está poco estudiado, pero si lo comparamos con otros trabajos que estudian aspectos clínicos, las opiniones que encontramos en este son muy favorables, con la excelente efectividad en el manejo especializado. Los problemas detectados orientan a que se debe mejorar la transmisión de la información y la explicación de las medidas tomadas en la actuación especializada al MAP.

84. COMORBILIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Mera Cordero¹, D. Mestre Querol¹, C. López Ramírez², S. Mera Cordero³, E. López Pérez¹, N. Castillo Díaz¹, A. Ferrer Feliu¹, P. Barreto Ramón¹, E. Freixes Villaro¹ y C. Prieto Villanueva¹

¹CAP El Pla, Sant Feliu de Llobregat, Barcelona.

²CAP 17 Setembre, El Prat de Llobregat, Barcelona.

³Hospital del Bidasoa, Hondarribia.

Objetivos: Conocer prevalencia y comorbilidad de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca por historia clínica en un centro de atención primaria.

Métodos: Estudio descriptivo y de prevalencia de insuficiencia cardíaca en centro de salud con una población asignada de 14.000 habitantes. Se realizó la revisión de historia clínica informatizada, hallando 159 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, de los cuales encontramos 40 pacientes exitus en los 2 últimos años y en el momento del estudio 119 vivos. Se revisaron de la muestra la comorbilidad asociada a diferentes ítems: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, estenosis aórtica, fibrilación auricular. Se realizó también estadía je de grado funcional basal de los pacientes según escala N.Y.H.A. revisando historia clínica y tratamiento asignado.

Resultados: De la muestra de 159 pacientes 104 (66%) eran mujeres 55 (34%) eran hombres un 70% de la muestra era mayor de 70 años la prevalencia global de la población asignada fue de 1,17% siendo para mayores de 45 años de 2,2% y en mayores de 70 años de 6,8%. Como factores de comorbilidad aparecían hipertensión arterial 70% cardiopatía isquémica 18% estenosis aórtica 3,5% diabetes mellitus 40% y fibrilación auricular 42%. En cuanto al estadía je y grado funcional de los pacientes un 30% en grado I 34 en grado II un 27% grado III y un 4% en grado IV, a un 9% no se le pudo hacer la valoración del grado funcional. Como dato destacado encontramos que 40 pacientes eran exitus en los 2 últimos 2 años 25% de la muestra y ascendía a un 34% en mayores de 70 años.

Conclusiones: Alta prevalencia en mayores de 70 años, la gran comorbilidad de estos pacientes HTA, DM tipo 2, ACXFA, alto porcentaje de mortalidad en esta población así como alto porcentaje de limitación funcional según escala N.Y.H.A.

85. FEOCROMOCITOMA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

I. Muñelo Voces, E. Fernández Pérez, S. García Escudero, S. Pérez Andrada, N. Carracedo Falagán, M. López Veloso y J.L. Mostaza Fernández

Complejo Asistencial Universitario de León, León.

Objetivos: Los feocromocitomas son tumores neuroendocrinos productores de catecolaminas, poco frecuentes y en su mayor parte benignos. Su forma de presentación es muy variable, desde ha-

llazgo casual a eventos cardiovasculares mayores. El diagnóstico se basa en la demostración de un exceso de producción de catecolaminas seguido de pruebas de imagen para su localización. El objetivo de este estudio es analizar todos los casos de feocromocitoma diagnosticados en Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) durante los últimos 15 años.

Métodos: Utilizando como fuentes de información el Servicio de Archivos-Codificación y el Registro de Tumores del CAULE se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de feocromocitoma durante los últimos 15 años (1996-2010). Se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, manifestaciones clínicas, cifras de presión arterial, parámetros analíticos, tratamiento, complicaciones, pruebas de imagen y evolución. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se incluyeron 32 casos (53% mujeres, 47% varones), edad media 54 años (26-80). Clínica: HTA mantenida 84%, HTA paroxística 16%, palpitaciones 48%, cefalea 28%, sudoración 28%, dolor torácico 9%, disnea 6%, pérdida de peso 12%, nerviosismo 6%, poliuria 3%, fiebre 3%. Hallazgo casual 34%. Miocardiopatía asociada a feocromocitoma 2 casos. catecolaminas y/o metanefrinas en sangre orina normales 4 casos; en 3 casos no determinaciones de estos parámetros previo a la cirugía; en el resto elevación de NA, DOPA y A por este orden. 2 Casos elevación de aldosterona. Pruebas de imagen: ecografía abdominal realizada en 21 casos, normal en 5 de los cuales tras realización de TC en 3 masa suprarrenal y en 2 aumento de tamaño de suprarrenales. TC abdominal en 27, RM en 14, gammagrafía MIBG 17 (2 no captaban suprarrenales) y PET 2 casos compatibles con feocromocitoma. Estudio genético (8): 2 asociación mutación en el gen VHL, 1 asociación neurofibromatosis tipo 1, 1 familia HSCR/CMT. Asociación a otros tumores (6): colon (2), ampolla vater (1), hipernefroma (1), próstata (1), linfoma (1), mama (1) Localización: adrenales 94% (bilaterales 3; adrenal derecha 14; adrenal izquierda 13 casos); extraadrenales 6% (hepáticos 2). Malignos 9 (3), ninguno diseminación al diagnóstico, un caso recidiva a los 13 años con afectación pulmonar y ganglionar. Tratamiento HTA: no tratamiento previo a cirugía 6, alfa-bloqueante 21 Tratamiento quirúrgico: 1 no cirugía por alto riesgo quirúrgico, suprarreñalectomía por laparotomía 7, resto tumores suprarrenales laparoscopia, extraadrenales laparotomía. Complicaciones durante la cirugía: HTA (6), taquicardia ventricular (1), hipotensión severa (1), inestabilidad hemodinámica severa (1), hemorragia que precisó transfusión (2). Complicaciones postoperatorio (4): cardiopatía isquémica tipo IAM (1), AIT (1), insuficiencia suprarrenal (2).Anatomía Patológica: diagnóstico de feocromocitoma en todos, maligno en 3.

Conclusiones: 1. La HTA es la forma más frecuente de presentación. 2. Un tercio de los casos se diagnosticaron de forma casual. 3. Sólo en una cuarta parte de los casos se realizó estudio genético. 4. Para su diagnóstico es fundamental la demostración de la superproducción de catecolaminas o de sus metabolitos además de su localización por TC y/o RM. 5. Aproximadamente un 10% son malignos y un 10% bilaterales. 6. Los feocromocitomas presentan una elevada morbilidad cardiovascular tanto al diagnóstico como durante el tratamiento quirúrgico y el postoperatorio.

86. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREMATURA

S. Muñoz Troyano¹, M.A. Baena López², M.A. Esteban Moreno³, I. Poveda García⁴, S. Muñoz de la Casa⁵ y C.R. García García⁵

¹Cardiología, Hospital Torrecárdenas, Almería. ²Urgencias, HAR El Toyo, Almería. ³Medicina Interna; ⁴Nefrología; ⁵MFyC, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: La enfermedad coronaria constituye una de las principales causas de morbimortalidad en los países desarrollados.

Dentro de España, Andalucía presenta una de las mayores tasas estandarizadas de mortalidad (superiores a 71 por 100.000 habitantes), siendo la tercera comunidad autónoma con mayor prevalencia de cardiopatía isquémica. La cardiopatía isquémica prematura es aquella que aparece antes de los 50 años, supone el 10% de la morbilidad coronaria, con un mayor coste anual. Por todo ello, la prevención primaria, actuando sobre los factores de riesgo cardiovascular, constituye uno de los objetivos principales para reducir su prevalencia. El objetivo de este estudio analizar la presencia de factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura en el año 2010.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Cardiología del hospital Torrecárdenes de Almería. Se incluyó a 118 pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura diagnosticada por coronariografía en el año 2010.

Resultados: La edad media fue de 40 ± 10 años y con una distribución por sexo (hombres 77% y mujeres 23%). Todos los pacientes analizados eran caucásicos excepto un 5% de raza negra. La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular fue: tabaquismo, 70%; hipercolesterolemia 46,6%, hipertensión arterial 42%, diabetes mellitus, 18,6%. El 80% presentó al menos 1 factor de riesgo (mayoritariamente tabaquismo). El riesgo cardiovascular previo medio calculado por la escala Framingham fue del 5,8%, excepto 18,6% que presentaba un riesgo cardiovascular alto, por antecedentes de cardiopatía isquémica.

Conclusiones: El presente trabajo ha demostrado una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables, destacando un alto índice de tabaquismo, observándose una concordancia en la distribución con los pacientes que presenta cardiopatía isquémica no prematura de otros estudios. Todo ello hace necesario, incrementar el control de los factores de riesgo cardiovascular desde atención primaria, para disminuir la prevalencia de cardiopatía isquémica prematura.

87. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE FRCV: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREMATURA FRENTE A NO PREMATURA

M.A. Baena López¹, S. Muñoz Troyano², I. Poveda García³, M.A. Esteban Moreno⁴, L. Copado Campos⁵, C.R. García García⁵ y S. Muñoz de la Casa⁵

¹Urgencias, HAR, El Toyo, Almería. ²Cardiología; ³Nefrología; ⁴Medicina Interna; ⁵MFyC, Hospital Torrecárdenes, Almería.

Objetivos: La enfermedad cardiovascular aterotrombótica es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. La cardiopatía isquémica prematura es aquella que aparece antes de los 50 años, supone el 10% de la morbilidad coronaria, con un mayor coste anual. Estos pacientes presentan un perfil de riesgo cardiovascular diferente al resto de la población, suele afectar más a varones y muestra una alta prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular, como el tabaquismo, dislipemia y antecedentes de cardiopatía isquémica. El objetivo de este estudio es un análisis comparativo de la presencia de factores de riesgo cardiovascular entre una cohorte de pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura y una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica no prematura en el año 2010.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Cardiología del hospital Torrecárdenes de Almería. Se incluyó a 118 pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura diagnosticada por coronariografía y 118 pacientes con cardiopatía isquémica no prematura diagnosticada por coronariografía, seleccionados de forma aleatoria, en el año 2010.

Resultados: En el caso de la cardiopatía isquémica prematura la media fue de $39,9 \pm 10$ años y con una distribución por sexo (hom-

bres 77% y mujeres 23%). Todos los pacientes analizados eran caucásicos excepto un 5% de raza negra. La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular fue: tabaquismo, 70%; consumo de drogas 6,2%, hipercolesterolemia 46,6%, hipertensión arterial 42%, diabetes mellitus, 18,6% y cardiopatía isquemia previa 1,8%. En la cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica no prematura la edad media fue de $71,5 \pm 5$ y con una distribución por sexo (68,2% y 32,8%). Todos los pacientes analizados eran caucásicos. La prevalencia de factores de riesgo fue: tabaquismo 24,1%, consumo de drogas 0,5%, hipercolesterolemia 20,2%, hipertensión arterial 60,2%, diabetes 33,2% y cardiopatía isquémica previa 10,2%. Los factores de riesgo coronario fueron más prevalentes en la cohorte de cardiopatía isquémica no prematura, a excepción del tabaquismo, consumo de drogas e hipercolesterolemia.

Conclusiones: Los principales resultados de nuestro estudio son las diferencias en prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la cardiopatía isquémica prematura, jugando un papel importante el estilo de vida de la población joven, en relación al consumo de tóxicos. Todo ello hace necesario, incrementar el control de los factores de riesgo cardiovascular desde atención primaria, para disminuir la prevalencia de cardiopatía isquémica prematura y reducir el impacto económico, social y médico que presentan dichos pacientes.

88. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M.E. Navarro Aguilar, J. Navarro Calzada, M.J. Igúzquiza Pellejero, M.C. Gómez del Valle, M.M. Rodero Roldán, M. Sánchez Marteles, B. de Escalante Yangüela y A. Flamarique Pascual

HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, estimándose una prevalencia del 68% en la población anciana.

Objetivo y métodos: El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes hipertensos mayores de 75 años, ingresados en un servicio de Medicina Interna. Para ello se han recogido datos de pacientes hipertensos mayores de 75 años ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa de Zaragoza. De cada paciente se registró edad, sexo, factores de RCV (diabetes mellitus (DM), obesidad, dislipemia, tabaquismo), comorbilidades, presencia de lesión de órgano diana (LOD) (hipertrofia de ventrículo derecho (HVI), microalbuminuria (MAU), y existencia de un evento cardiovascular o cerebrovascular, cifra de TAS y TAD al ingreso, y durante el mismo, número de fármacos antihipertensivos prescritos, así como el tipo y la toma de combinaciones fijas de fármacos.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes de los cuales 54 eran mujeres y 46 eran hombres, con una edad media de $82,5$ años ($DE \pm 5$). De éstos, 67 pacientes tenían una edad comprendida entre 75 y 85 años, y 33, más de 85 años. Entre los factores de RCV, la DM es la más prevalente (41%), seguido de dislipemia (40%), obesidad (33%) y por último tabaquismo (21% entre fumadores y exfumadores). La comorbilidad hallada con más frecuencia fue la fibrilación auricular (44%) por delante de insuficiencia cardíaca (33%), EPOC (23%) e insuficiencia renal crónica (21%). En 65 de los pacientes existía LOD (17 presentaban HVI, 32 MAU y 45 habían presentado algún evento cardio o cerebrovascular). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: descompensación de insuficiencia cardíaca (30%), infección respiratoria (15%), anemia (7%), síndrome confusional y hemorragia digestiva (4% cada uno). El 71% de los pacientes tenía una HTA controlada ($TA < 140/90$ mmHg) en las tomas registradas durante el ingreso con unas cifras medias de TAS y TAD de

125,3 mmHg (DE \pm 20,3) y 67,3 mmHg (DE \pm 12,1) respectivamente. En contraste, sólo el 52% de los pacientes tenía una HTA controlada en el momento del ingreso, con unas cifras medias de TAS y TAD 135,2 mmHg (DE \pm 28,2) y 70,5 mmHg (DE \pm 15). La media de fármacos antihipertensivos registrados fue de 2,3 (DE \pm 1,1). Solamente 24 pacientes recibían tratamiento en monoterapia y 26 pacientes tomaban alguna combinación fija de fármacos. Los diuréticos fueron los fármacos más pautados (79%), seguidos de ARA-2 (44%), IECA (30%), betabloqueantes (27%), bloqueantes de los canales de calcio (24%), Inhibidores directos de la renina (5%) y alfa-bloqueantes (3%). La HTA es una de las patologías más prevalentes en la población adulta. Proporción que se incrementa en la población anciana debido a los cambios asociados al envejecimiento, y a expensas fundamentalmente de TAS. La necesidad de tratamiento de la HTA en la población anciana es un hecho ya ampliamente demostrado, así como su beneficio en la reducción del riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular (Sierra. Hipertensión. 2006;23:118-27). Pero también se sabe que descensos excesivos de la PA, en el caso del paciente mayor, aún cuando limiten el RCV, pueden plantear problemas de perfusión a determinados órganos. Por eso, aunque el objetivo debiera ser siempre reducir la PA por debajo de 140/90, el paciente anciano, es preciso individualizar el tratamiento (Gorostidi et al. Med Clin (Barc). 2011;137:111-2). Y de ahí, que el grado de control de las cifras de TA en la mayoría de los estudios realizados sea inferior al 30%. Los grupos farmacológicos usados para el tratamiento de la HTA en el anciano, no difieren del tratamiento en la edad adulta, aunque sí pueden variar la dosificación y la escalada de dosis más lenta (Fernández Fresnedo et al. Medicina. 2007;9:5306-9).

Conclusiones: 1. Más del 50% de los pacientes presenta, además de HTA, otros factores de RCV, y un alto porcentaje (65%) tiene además LOD. 2. Existe un alto porcentaje de TA controlada tanto al ingreso como durante el mismo, en comparación con otros estudios realizados. 3. Los fármacos antihipertensivos más usados son los diuréticos, seguidos de ARA-2 e IECA. Dato que concuerda con las distintas guías y documentos de consenso. 4. Destaca el elevado uso de fármacos betabloqueantes, siendo superior al uso de fármacos bloqueantes de los canales de calcio.

89. NUEVA APORTACIÓN A LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) COMBINANDO GFR Y COCIENTE ALBÚMINA/CREATININA. ESTUDIO EPIRCE

P. Gayoso Díz¹, A. Otero González², A. Martín de Francisco³ y F. García López⁴

¹Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

²CH Universitario de Ourense, Ourense. ³Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. ⁴Hospital Clínica Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción: A pesar de la prevalencia poblacional de enfermedad renal crónica (ERC), entre el 10 y 14%, diferentes estudios prospectivos constatan que una escasa proporción de pacientes con ERC estadio 3-4 progresan a insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Una correcta clasificación del riesgo de progresión de cada paciente, basada en factores con demostrada capacidad predictiva, es necesaria para el adecuado manejo de la ERC. Recientemente (Hallan. J Am Soc Nephrol. 2009) se ha propuesto una clasificación que combina tasa de filtrado glomerular estimada (eGFR) y cociente albúmina creatinina (ACR).

Objetivo: Estimar en la población adulta española la prevalencia de riesgo de progresión a IRCT.

Métodos: Población del estudio EPIRCE. Se estimó GFR usando las ecuaciones MDRD 4 y CKD-EPI; se consideró microalbuminuria si el ACR estaba entre 20-200 mg/g (hombres) o 20-300 mg/g (mujeres),

siendo macroalbuminuria un ACR por encima del límite respectivo. Estimación ponderada por edad, sexo y hábitat, de la prevalencia de riesgo (bajo, moderado y alto) de progresión de ERC a IRCT.

Resultados: Siguiendo la propuesta de Hallan, un 1,33% de la población presenta un riesgo de progresión a IRCT moderado, un 0,09% tiene un riesgo alto y un 12,26 riesgo bajo. Si la estimación del GFR se hace con CKD-EPI, la proporción con moderado es 1,77% manteniéndose estable la de alto riesgo (0,09%).

Conclusiones: La incorporación del ACR al eGFR permite una mejor clasificación de la población en riesgo de deterioro renal y por tanto su atención priorizada, respecto a la clasificación K/DOQI grados 3 y 4. La estimación de GFR con CKD-EPI modifica la distribución de riesgo moderado.

90. LA VITAMINA D Y LA VARIACIÓN EN EL GEN MYH9 PREDICEN LA FUNCIÓN RENAL EN UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA

A. Otero González¹, M. Cid², E. Osorio², E. Coto³, B. Tavira³, P. Macia¹ y M. Alvez¹

¹CH Universitario de Ourense, Ourense. ²CAP A Teixeira, Ourense.

³Genética Molecular, HUCA y REDINREN, Oviedo.

Introducción: Los estudios longitudinales demostraron que el envejecimiento no se asocia inexorablemente a la perdida de función renal, y es posible que además de la senescencia celular, la perdida de función renal asociada a la edad sea una enfermedad podocitaria. Polimorfismos del gen MYH9 (codifica la cadena pesada de una miosina no muscular) se han relacionado con el riesgo de enfermedad renal por disfunción podocitaria. Por otra parte, la deficiencia de vitamina D y la menor activación de su receptor a nivel del túbulo renal resultarían en menor expresión de megalina y mayor proteinuria. Tanto la variación en MYH9 como los niveles de VitD podrían por tanto contribuir a definir la función renal y el riesgo de enfermedad renal.

Métodos: Los habitantes de "A Teixeira" (Ourense; censo de 486 personas, edad media = 60,5 años) fueron citados en su CAP para estudio observacional. Se determinó (métodos habituales): Hb, Ht^o, glucosa, perfil lipídico, eFG (CKD-EPI), 25-OHD3, Ca, P, Alb/creatinina. Se obtuvo ADN y se determinó el genotipo de dos polimorfismos de MYH9. Comparación estadística de las frecuencias y diferencia de medias entre grupos.

Resultados: Los pacientes tenían GFR media de 81,32 ml/min (21,03-136,89) y una edad media de 72,63 (36-96). Independientemente de la edad, el genotipo homocigoto GG para un polimorfismo de MYH9 mostraba mayor efecto protector de la función renal ($p = 0,07$), así como una mayor tasa de vitamina D ($p = 0,013$). La tasa de Alb/Cr fue NS ($p: 0,562$).

Conclusiones: El envejecimiento puede conllevar una mayor disfunción podocitaria condicionada por factores genéticos (polimorfismos de MYH9) u hormonales (vitamina D). Estos factores podrían contribuir de forma significativa al desarrollo de la enfermedad renal.

91. NO CONCORDANCIA ENTRE ENFERMEDAD VASCULAR (EV) Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

A. Otero González¹, W.L. López Alarcón¹, S. Moya¹, M. Cid², E. Osorio², M.T. Alves Pérez¹ y P. Macia¹

¹CH Universitario de Ourense, Ourense. ²CAP A Teixeira, Ourense.

Introducción: La enfermedad vascular asociada a la ERC es la calcificación de la media (esclerosis de Monckeberg) ligada a la rigidez vascular condicionada por la mineralización de las fibras elásticas-cambio de fenotipo de las células musculares lisas (CMVL) que recuperan su fenotipo de osteoblastos.

Objetivos: En una población envejecida valorar prevalencia de enfermedad vascular asociada a ERC.

Métodos: Población de “A Teixeira” (censo: 486 personas, edad media de 60,5. Se determinó por métodos habituales Hb, Ht^o, glucosa, perfil lipídico, eFG (MDRD nº 4, CKD-EPI y cistatina C), 25 OHD3, Ca, P, Alb/creatinina. MAPA de 48 h (Spacelab 90207) y ecografía de TSA (LOGIQ₅) sonda 12 Mhz, en pared posterior y en área libre de ateromas. Se midió índice tobillo/brazo (ITB) Doppler manual. Se clasificó Arts en EA 0 = ITB > 0,9 y GIM 0 < 0,8; EA1 = ITB 0,7-1,4 y GIM ≥ 0,8; EA2: Placa y estenosis < 125 y EA3: ITB < 0,7 0 > 1,4 y/o placas con estenosis > 125 c/s. Metodología estadística: M ± DE y regresión multivariante.

Resultados: En 176 ptes, con edad media es 71,36 (17-96), no fumadores y el 90,3% de la población tiene eGFR en E1-2 y E3b = 4,5%, con Hb > 11, Alb/Cr < 300 mg/g y tasas de Vit D en rango normal. Para los diferentes grados de ERC, no existen diferencias entre el patrón de MAPA ni el “escore” de arterioesclerosis.

Conclusiones: La lesión vascular asociada a la ERC parece ser debida a una mezcla de lesión intima-media y es posible que sea más predominante el proceso ateroesclerótico que el cambio fenotípico de las CMVL.

92. REPERCUSIÓN PRONÓSTICA DEL GÉNERO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR SCASEST. ESTUDIO EN FASE HOSPITALARIA Y A LARGO PLAZO

B. Pérez Villardón¹, M. Ramírez Marrero¹, M. Jiménez Navarro², E. de Teresa Galván² y M. de Mora Martín¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

²Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La influencia del género en el pronóstico del SCASEST es un tema controvertido en la actualidad, existiendo escasos datos en la literatura médica referidos al subgrupo de pacientes ancianos. Nuestro objetivo fue analizar la repercusión pronóstica del género en pacientes ancianos (definidos como edad ≥ 70 años) ingresados por SCASEST.

Métodos: Análisis retrospectivo del total de pacientes ancianos ingresados consecutivamente por SCASEST, de enero de 2005 a diciembre de 2006, completándose un seguimiento con una mediana de 20 meses. Se estudiaron variables pronósticas específicas durante este período, estableciéndose un análisis ajustado de repercusión del género sobre las mismas.

Resultados: Se incluyeron 297 pacientes, de los cuales el 44,4% eran mujeres; éstas presentaron mayor prevalencia de HTA (74,2% vs 28,5%, p = 0,02) y de diabetes mellitus (48,5% vs 38,2%, p = 0,04). En los hombres predominó la presencia de antecedentes previos de cardiopatía isquémica (62,4% vs 45,5%, p = 0,003) y revascularización coronaria previa (22,4% vs 9,8%, p = 0,003). Las mujeres presentaron mayor porcentaje de coronarias angiográficamente normales (21,1% vs 7,9%, p = 0,008) y recibieron menor prescripción de antiagregantes (75,8% vs 88,8%, p = 0,003), betabloqueantes (50,8% vs 67,5%, p = 0,003) y estatinas (44,5% vs 64,4%, p = 0,001) y mayor de IECA-ARA-II (76,6% vs 56,3%, p = 0,0001). No se encontraron diferencias de género en los porcentajes de mortalidad intrahospitalaria (8,3% vs 8,5%, p = 0,5), encontrándose en la mujer mayores cifras de mortalidad cardiovascular tras el seguimiento (14,5% vs 5,5%, p = 0,01) e insuficiencia cardíaca (IC) tanto en fase aguda como tras el seguimiento (33,3% vs 17,6% y 27,4% vs 7,5%, p = 0,0001, respectivamente). Tras el ajuste, el género no influyó sobre la mortalidad. El sexo femenino predijo mayor riesgo de aparición de IC tanto en fase hospitalaria (OR 2,1, IC95%, 1,2-3,9) como tras el seguimiento a largo plazo (OR 4,9, IC95%, 2,2-11,2).

Conclusiones: En nuestra serie, no encontramos diferencias pronósticas en pacientes ancianos ingresados por SCASEST en relación al género, en términos de mortalidad. Las mujeres presentaron

mayor riesgo de aparición de IC tanto en fase aguda como tras el seguimiento.

93. CASUÍSTICA DE LOS PACIENTES VALORADOS POR UNA UNIDAD DE SÍNCOPE

M. Ramírez Marrero, B. Pérez Villardón, D. Gaitán Román, I. Vegas Vegas, G. Ballesteros Derbenti, B. Luque Aguirre, J.L. Delgado Prieto, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El síncope es un motivo frecuente de asistencia a urgencias hospitalarias, asociado a un pronóstico fatal según su origen. Nuestro objetivo fue analizar la casuística de los pacientes valorados por una Unidad de Síncope (US) desde su inauguración.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes consecutivamente derivados a la US, en el período comprendido de junio de 2009 a octubre de 2011. Se estudiaron variables clínicas y epidemiológicas, el diagnóstico establecido y el tratamiento indicado.

Resultados: Se incluyeron 303 pacientes, 47,5% mujeres, con una edad media de 56,7 ± 20,6 años (14-91 años). Presentaron hipertensión el 46,3%, diabetes mellitus 17,2%, tenían antecedentes de cardiopatía isquémica un 9,7%, y un 4% revascularización coronaria previa; la comorbilidad estimada mediante el índice de Charlson fue reducida: 0,81 ± 1,63. Existieron pródromos en el 69% de los casos, siendo el síncope recurrente en el 33,7%. El ECG basal fue normal en el 70,2%. Entre las alteraciones del ECG, predominó la presencia de bloqueo AV (31,3%), seguido del bloqueo completo de rama (25%) y los signos de crecimiento ventricular izquierdo (20,8%). Se realizó un Holter en el 56,8% de los casos, siendo anodino en el 90,7%. El 97,7% de los pacientes no presentaba cardiopatía estructural mediante ecocardiografía. Se efectuó prueba de esfuerzo en 13 pacientes (ningún resultado anómalo) y test de mesa basculante en 50 pacientes, con resultado positivo en el 59,6% (respuesta tipo I en dos terceras partes). Se indicó test de bipedestación activa en 2 pacientes, con respuesta ortostática en uno de ellos. Se requirió el implante de Holter insertable en 3 pacientes, siendo diagnóstico uno de ellos. Se estableció el diagnóstico de síncope neuromediado en el 67,8% de los casos, 8,2% neurológico-psicógeno, 6,6% ortostatismo, 7,7% cardiogénico y 9,8% no filiado. Se indicó el implante de marcapasos en 10 pacientes. El síncope de origen cardiogénico, se asoció a una mayor prevalencia de edad ≥ 40 años (100% vs 0%, p = 0,01), género masculino (71,4% vs 28,6%, p = 0,05) y ECG basal patológico (85,7% vs 14,3%, p = 0,0001). Tras el ajuste, el sexo masculino y la presencia de un ECG patológico predecían un mayor riesgo de origen cardiogénico del síncope (OR 4,22, IC95%, 0,86-10,74 y OR 3,12, IC95%, 2,78-6,69, respectivamente).

Conclusiones: Los pacientes valorados por una Unidad de Síncope presentan un perfil clínico muy heterogéneo. El síncope neuromediado es el diagnóstico más frecuente. El origen cardiogénico del mismo se asocia al género masculino, edad mayor de 40 años y ECG basal patológico.

94. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA EN PACIENTES EVALUADOS POR UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

M. Ramírez Marrero, D. Gaitán Román, B. Pérez Villardón, I. Vegas Vegas, B. Luque Aguirre, J. Cano Nieto, J.M. Pérez Ruiz, J.L. Delgado Prieto, R. Vivancos Delgado y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción y objetivos: El dolor torácico es síntoma frecuente de asistencia a los servicios de urgencias de un hospital. Las causas

subyacentes son muy heterogéneas, pudiendo alguna de ellas ser letales, motivo por el cual se crearon las Unidades de Dolor Torácico. Nuestro objetivo fue analizar aquellos factores relacionados con la existencia de enfermedad arterial coronaria documentada por cateterismo.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes evaluados consecutivamente por la Unidad de Dolor Torácico y a los cuales se les indicó un cateterismo cardíaco, de julio de 2009 a abril de 2011.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes, con una edad media de $60,9 \pm 10,3$ años, siendo 75 de ellos hombres. El 62,7% eran hipertensos, 34,3% diabéticos, 55,9% dislipémicos y el 33,3% presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica. Un 4% de los pacientes tenían insuficiencia renal avanzada. A 74 pacientes se les realizó algún tipo de test morfológico o funcional para detectar isquemia miocárdica, teniendo el 83% un resultado patológico. En una cuarta parte de los casos no se documentaron lesiones coronarias angiográficamente significativas, siendo pacientes con menor comorbilidad asociada (índice de Charlson $0,7 \pm 0,4$ vs $1,4 \pm 1,2$, $p = 0,02$). Se detectaron 5 lesiones severas de tronco coronario izquierdo y 40 lesiones severas de descendente anterior proximal. En un tercio de los casos se detectó enfermedad coronaria multivaso. Tras el análisis multivariado, la presencia de un resultado patológico del test de isquemia y la hipertensión arterial se asociaron a mayor riesgo de aparición de enfermedad arterial coronaria angiográfica (OR 5,5, IC95%, 1,7-18,5 y OR 4,2; IC95%, 1,1-8,7 respectivamente).

Conclusiones: La existencia de un test morfológico o funcional de detección de isquemia miocárdica alterado y la hipertensión arterial se asociaron a mayor riesgo de aparición de enfermedad arterial coronaria angiográfica en pacientes evaluados en la Unidad de Dolor Torácico.

95. RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y FACTORES DE RIESGO, LESIÓN DE ÓRGANO SUBCLÍNICA Y PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN MUJERES. ESTUDIO EVA

F. Fernández Vega¹, M.A. Prieto Díaz², N. Suliman Jabary³, F.J. García-Norro Herreros⁴, E. Murias Siñeriz⁵, C. Fernández Cuadrillejo⁶, M. Sánchez Fernández⁷, C. Rubiera Álvarez⁸, I. Calvo Aguiriano⁹ y L.F. Herraiz Cabañas¹⁰

¹Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ³Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid.

⁴CS La Condesa, León. ⁵CS de Riosa, Asturias. ⁶CS Casa del Barco, Valladolid. ⁷CS Llano Ponte, Avilés. ⁸CS Severo Ochoa, Gijón. ⁹CS Aguado, León, ¹⁰CS El Parque, Gijón.

Objetivos: Conocer la relación entre la edad y factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano subclínica, patología cardiovascular y control de presión arterial, entre las mujeres atendidas en las consultas de atención primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid.

Métodos: Análisis descriptivo y transversal realizado entre octubre 2009 y enero 2010 de la población basal de un estudio prospectivo a 5 años. Población: selección aleatoria de mujeres con edad entre 40 y 70 años demandantes de salud en atención primaria. Variables: en cada paciente se analizaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la lesión de órgano subclínica (LOS) la enfermedad clínica asociada y la estratificación de RCV, según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró grado de control de presión arterial a cifras $< 140/90$ mmHg. Para el análisis se estratificó en 3 grupos de edad: 40 a 49, 50 a 59 y 60 a 70 años.

Resultados: Se seleccionaron 903 mujeres con edad de $59,6 \pm 8$; índice de masa corporal de $28,2 \pm 5,5$; perímetro abdominal $91,4 \pm 12,8$; presión arterial sistólica 131 ± 16 y diastólica 78 ± 9 mm de Hg. Son hipertensas 412 (45,6%) con un grado de control de la presión arterial (PA) del 59,7%; 13,3% diabéticas; 41,7% dislipémicas; 14,3% fumadoras; 30,7% obesas; 35,5% sedentarias; 7,4% con antecedente familiar precoz de enfermedad CV. Para los tres grupos de edad hubo un significativa tendencia para una mayor prevalencia de FRCV para hipertensión (22,7%-33,2%-60%, $p = 0,000$), diabetes (4,5%-8,8%-18,6%, $p = 0,000$) y dislipemia (23,6%-37,5%-49,1%, $p = 0,000$); para LOD una mayor prevalencia de filtrado glomerular < 60 ml/min. (4,5%-4,8%-19,7%, $p = 0,000$) e hipertrofia de ventrículo izquierdo (0%-1,5%-4,5%, $p = 0,007$); para PCVS una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica (0%-1,5%-5,6%, $p = 0,001$), ictus (2,7%-0,3%-3,5%, $p = 0,011$) e insuficiencia cardíaca (0%-0,3%-3,2%, $p = 0,003$); no encontramos diferencias por edad para el grado de control de presión arterial en hipertensas.

Conclusiones: En las mujeres atendidas en atención primaria existe una clara y significativa asociación entre la edad y la presencia de factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano subclínica y patología cardiovascular.

96. RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO Y LESIÓN DE ÓRGANO SUBCLÍNICA Y PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN MUJERES. ESTUDIO EVA

M.A. Prieto Díaz¹, F. Fernández Vega², F.J. García-Norro Herreros³, N. Suliman Nabary⁴, M.A. Simal Ordas⁵, A.R. González García⁶, F.J. García Velez⁷, O. Mahmoud Atwi⁸, A. Ardura González⁹ y J. López de la Iglesia⁵

¹CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ²Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

³CS La Condesa, León. ⁴Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid. ⁵CS de Contruences, Gijón. ⁶CS de Sabugo, Avilés. ⁷Gabinete Médico Las Mercedes, Valladolid.

⁸CS de Bembibre, León. ⁹CS de Sama, Langreo.

Objetivos: Conocer la relación entre factores de riesgo cardiovascular y la lesión de órgano subclínica y la patología cardiovascular entre las mujeres atendidas en las consultas de atención primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid.

Métodos: Análisis descriptivo y transversal realizado entre octubre 2009 y enero 2010 de la población basal de un estudio prospectivo a 5 años. Población: selección aleatoria de mujeres con edad entre 40 y 70 años demandantes de salud en atención primaria. Variables: en cada paciente se analizaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la lesión de órgano subclínica (LOS) la enfermedad clínica asociada y la estratificación de RCV, según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró grado de control de presión arterial a cifras $< 140/90$ mmHg. Para el análisis se estratificó en 3 grupos de edad: 40 a 49, 50 a 59 y 60 a 70 años.

Resultados: Se seleccionaron 903 mujeres con edad de $59,6 \pm 8$; índice de masa corporal de $28,2 \pm 5,5$; perímetro abdominal $91,4 \pm 12,8$; presión arterial sistólica 131 ± 16 y diastólica 78 ± 9 mm de Hg. Son hipertensas 412 (45,6%) con un grado de control de la presión arterial (PA) del 59,7%; 13,3% diabéticas; 41,7% dislipémicas; 14,3% fumadoras; 30,7% obesas; 35,5% sedentarias; 7,4% con antecedente familiar precoz de enfermedad CV. La razón de riesgo de tener lesión de órgano subclínica fue para la hipertensión arterial: 3,6 IC95%(2,42-5,36), $p = 0,000$; para diabetes: 2,9 IC95% (1,89-4,57), $p = 0,000$; para dislipemia 1,85 IC95% (1,28-2,67), $p = 0,001$; para obesidad: NS. La razón de riesgo de tener patología cardiovascular fue para la hipertensión arterial:

3,5 IC95%(2,14-5,85), p = 0,000; para diabetes: 2,8 IC95% (1,66-4,74), p = 0,000; para dislipemia p = 0,107, NS; para obesidad: p = 0,849, NS.

Conclusiones: En las mujeres atendidas en atención primaria existe una clara y significativa asociación entre los factores de riesgo cardiovascular hipertensión, diabetes y dislipemia y la presencia de lesión de órgano subclínica; y de hipertensión y diabetes para la presencia de patología cardiovascular establecida.

97. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA INCLUIDA EN EL ESTUDIO PRESCAP 2010

J.L. Llisterri Caro¹, G.C. Rodríguez Roca², F.J. Alonso Moreno³, M.A. Prieto Díaz⁴, A. Barquilla García⁵, A. Galgo Nafria⁶, J.L. Cañada Merino⁷, J.L. Carrasco Martín⁸, A. González Sánchez⁹ y D. González-Segura Alsina¹⁰

¹CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ²CS Puebla de Montalbán, Toledo. ³CS Sillería, Toledo. ⁴CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ⁵CS Trujillo, Cáceres. ⁶CS Espronceda, Madrid.

⁷CS Algorta, Getxo. ⁸CS La Lobilla, Málaga. ⁹CS Arrecife II, Lanzarote. ¹⁰Departamento Médico, Almirall, Barcelona.

Objetivos: Conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en una amplia muestra de pacientes hipertensos diabéticos atendidos en Atención Primaria (AP), y determinar los factores asociados al mal control tensional.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico que incluyó a hipertensos diabéticos de 18 o más años, reclutados mediante muestreo consecutivo por médicos de familia de toda España, los días 8, 9 y 10 de junio de 2010. La medida de PA se realizó siguiendo normas estandarizadas, calculándose la media aritmética de al menos dos tomas sucesivas separadas entre sí dos minutos. Se consideró buen control de la hipertensión arterial (HTA) al promedio de PA inferior a 140/90 mmHg según recomienda la European Society Hypertension (ESH 2009). Se evaluó igualmente el porcentaje de pacientes con PA por debajo de 130/80 mmHg (ESH 2007 y American Diabetes Association 2010). Se registraron datos socio-demográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular, trastornos clínicos asociados y tratamientos farmacológicos.

Resultados: Se incluyeron a 3.972 pacientes (50,1% mujeres) con una edad media (DE) de 68,2 (10,2) años. El 71,8% presentaba dislipemia, 59,4% sedentarismo, 49,9% obesidad, 41,7% antecedentes de enfermedad cardiovascular y el 14,4% tabaquismo. El 74,0% recibía terapia combinada (dos fármacos 61,5%, tres 29,0% y cuatro o más 9,5%). Siguiendo las recomendaciones de 2009 el 55,1% (IC95%: 53,3-56,9) presentó buen control de PA sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD), 57,0% (IC95%: 55,2-58,8) sólo de PAS y el 84,5% (IC95%: 83,2-85,8) únicamente de PAD; considerando los criterios de 2007 el 20,0% (IC95%: 18,6-21,4) mostró buen control de PAS y PAD, 27,4% (IC95%: 25,8-29,0) de PAS y el 48,5% (IC95%: 46,7-50,3) de PAD. No haber tomado la medicación el día de la visita, consumir bebidas alcohólicas, el sedentarismo y la antigüedad en el diagnóstico de hipertensión fueron los factores que más se asociaron al mal control de la HTA (χ^2 de Wald; p < 0,01).

Conclusiones: Los resultados del estudio PRESCAP-Diabetes indican que algo más la mitad de los hipertensos diabéticos asistidos en AP tienen bien controlada la PA. Encontramos importantes diferencias en el grado de control según se consideren los objetivos recomendados en 2007 o 2009.

98. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA ≥ 65 AÑOS ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS DEL ESTUDIO PRESCAP 2010

G.C. Rodríguez Roca¹, J.L. Llisterri Caro², M.A. Prieto Díaz³, F.J. Alonso Moreno⁴, V. Pallarés Carratalá⁵, A. Calderón Montero⁶, C. Escobar Cervantes⁷, E. Carrasco Carrasco⁸, F. Valls Roca⁹ y D. González-Segura Alsina¹⁰

¹CS Puebla de Montalbán, Toledo. ²CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ³CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ⁴CS Sillería, Toledo.

⁵Unión de Mutuas, Castellón. ⁶CS Rosa de Luxemburgo, Madrid.

⁷Servicio de Cardiología, Hospital Infanta Sofía, Madrid.

⁸CS Abarán, Murcia. ⁹CS Benigànim, Valencia. ¹⁰Departamento Médico, Almirall, Barcelona.

Objetivos: Conocer en hipertensos españoles ≥ 65 años asistidos en Atención Primaria (AP) el control de presión arterial (PA) y, en los sujetos mal controlados, la conducta terapéutica médica y los factores asociados al mal control y a la no modificación terapéutica.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico realizado en hipertensos ≥ 65 años asistidos en AP en las 17 Comunidades Autónomas españolas. La PA se midió siguiendo normas estandarizadas y se consideró bien controlada cuando era < 140/90 mmHg. Para la asociación de factores se efectuó un análisis multivariante.

Resultados: Se incluyeron a 7.430 pacientes (edad media 74,2 ± 6,2 años; 55,6% mujeres). El 59,9% (IC95%, 58,8-61,0) mostró buen control de PA. El médico modificó el tratamiento en el 35,3% de los sujetos mal controlados. No tomar la medicación el día de la entrevista, el consumo elevado de alcohol, la diabetes y el sedentarismo se asociaron al mal control tensional (p < 0,0001). La percepción del médico de buen control se asoció a la no modificación terapéutica en pacientes mal controlados [OR 10,2 (IC95%, 9,2-12,0); p < 0,0001].

Conclusiones: El control de la PA en hipertensos ≥ 65 años es insuficiente y la conducta terapéutica médica ante el mal control resulta poco rigurosa. No tomar la medicación el día de la entrevista, el consumo elevado de alcohol, la diabetes y el sedentarismo aumentan la probabilidad de hallar mal control tensional. La percepción del médico de buen control multiplica por 10 la probabilidad de no modificar el tratamiento en sujetos mal controlados.

99. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS ATENDIDOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUÑA. ESTUDIO PRESCAP 2010

T. Rama Martínez¹, P. Beato Fernández², F.J. Alonso Moreno³, J.L. Llisterri Caro⁴, G.C. Rodríguez Roca⁵, R. Genique Martínez⁶, I. Gil Gil⁷, J.A. División Garrote⁸, M.A. Prieto Díaz⁹ y R. Durá Belinchón

¹CAP El Masnou, Barcelona. ²Consultorí Barri Cotet, Premià de Dalt, Barcelona. ³CS Sillería, Toledo. ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ⁵CS de la Puebla de Montalbán, Toledo.

⁶CAP Sant Carles de la Ràpita, Tarragona. ⁷CAP Vielha, Lleida.

⁸CS de Casas Ibáñez, Albacete. ⁹CS Vallobín-La Florida, Oviedo.

¹⁰CS de Burjassot, Valencia.

Objetivos: Determinar los antecedentes de enfermedad cardiovascular y/o nefropatía y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentes en los pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Sujetos y ámbito: pacientes hipertensos de 18 o más años, con tratamiento farmacológico antihipertensivo seleccionados por muestreo consecutivo en consultas de Atención Primaria de Cataluña. Se excluyeron los diagnosticados recientemente y los que habían inicia-

do el tratamiento en los 3 últimos meses. Medidas e intervenciones. Variables: edad, sexo, antecedentes de enfermedad cardiovascular y/o nefropatía; otros FRCV (diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, consumo elevado de alcohol). Se consideró nefropatía si microalbuminuria según criterios ESC-ESH (hombres > 21 y mujeres > 30), insuficiencia renal por filtrado glomerular < 60, diabetes y/o dislipemia si constaba en la historia clínica, obesidad si el índice de masa corporal (IMC) era superior o igual a 30, no sedentario si caminaba activamente media hora al día o practicaba deporte 3 veces o más a la semana. Fumador si en el último mes había fumado un cigarrillo como mínimo al día. Sospecha de consumo elevado de alcohol si la ingesta diaria era igual o superior a 4 cervezas, 4 vasos de vino, 2 güisquis (o similar) o 3 carajillos.

Resultados: Participaron 338 médicos, que recogieron datos de 1.636 pacientes hipertensos. Del total, 51,0% fueron mujeres. Edad media: $67,3 \pm 11,3$ años. Se encontraron antecedentes personales de enfermedad cardiovascular en el 25,6% e insuficiencia renal (FG < 60) 18,7%. Respecto a otros FRCV: microalbuminuria 20,2%, diabetes 31,1%, dislipemia 58,2%, obesidad 38,4%, sedentarismo 58,0%, tabaquismo 13,6%, consumo elevado de alcohol 9,4%.

Conclusiones: Los FRCV más frecuentes en hipertensos son la dislipemia, el sedentarismo, y la obesidad. La modificación del estilo de vida ha de ser un objetivo prioritario para mejorar las cifras tensionales y disminuir el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

100. ¿CUÁL ES LA PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA? ESTUDIO PRESCAP 2010

T. Rama Martínez¹, P. Beato Fernández², F.J. Alonso Moreno³, J.A. División Garrote⁴, O. García Vallejo⁵, R. Genique Martínez⁶, A. García Lerín⁵, I. Gil Gil⁷ y S. Veilla Zancada⁸

¹CAP El Masnou, Barcelona. ²Consultori Barri Cotet, Premià de Dalt, Barcelona. ³CS Silleria, Toledo. ⁴CS Casas Ibáñez, Albacete.

⁵CS Almendrales, Madrid. ⁶CAP Sant Carles de la Ràpita, Tarragona. ⁷CAP de Vielha, Lleida. ⁸CS Centro Santander, Cantabria.

Objetivos: Conocer la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en la población hipertensa atendida en Atención Primaria y analizar el grado de control de la presión arterial (PA) en estos pacientes.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Sujetos y ámbito: pacientes hipertensos de 18 o más años, con tratamiento farmacológico antihipertensivo los últimos 3 meses, seleccionados por muestreo consecutivo en consultas de Atención Primaria de las 17 Comunidades Autónomas de España. Medidas e intervenciones. Variables analizadas: edad, sexo, PA, glucemia, HDL-colesterol, triglicéridos y obesidad abdominal. La PA se midió siguiendo normas estandarizadas y se consideró bien controlada cuando era < 140/90 mmHg. Se consideró la presencia de SM, según la guía NCEP-ATP III actualizada (2005), el conjunto de tres de estos cinco factores de riesgo cardiovascular: glucemia plasmática en ayunas ≥ 100 mg/dl o con tratamiento farmacológico, PA $\geq 130/85$ mmHg o con tratamiento farmacológico, trigliceridemia ≥ 150 mg/dl o con tratamiento farmacológico, colesterol HDL < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres, obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en varones o > 88 cm en mujeres). El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 15.

Resultados: Se incluyeron a 8.664 hipertensos con una edad media de $66,1 \pm 11,3$ años (51,7% mujeres). El 56,0% (IC95%, 54,9-57,1) presentaba criterios de SM. Los pacientes con SM tenían mayor edad (edad media $66,3 \pm 10,7$ años vs $65,8 \pm 12,0$ años). Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de SM (57,1%, $p = 0,0001$). En los pacientes con SM se encontró un menor grado de control de la PA (56,4% vs 67,1%), $p = 0,0001$.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes hipertensos españoles atendidos en Atención Primaria presentan SM. Los pacientes hipertensos con SM son mujeres en un mayor porcentaje, tienen más edad y menor control de la PA.

101. ¿EL CONOCIMIENTO DE LOS VALORES DESEABLES DE PRESIÓN ARTERIAL ES MAYOR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE REALIZAN AUTOMEDIDA?

T. Rama Martínez¹ y P. Beato Fernández²

¹CAP El Masnou, Barcelona. ²Consultori Barri Cotet, Premià de Dalt, Barcelona.

Objetivos: Comprobar el conocimiento de las cifras de buen control de presión arterial (PA) en los pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria según hagan o no automedida de presión arterial (AMPA). Diferencias según sexo.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo, transversal. Población: todos los hipertensos mayores de 15 años de una consulta de medicina. Duración: 1 año. Ámbito: Centro de Salud semiurbano. Material y métodos: cuestionario breve realizado en la consulta por el médico de forma consecutiva. Variables: edad, sexo, existencia de aparato de PA en casa, lugar preferente de medida de PA, conocimiento de cifras deseables de PA sistólica (PAS) y de PA diastólica (PAD). Se consideraron cifras de buen control de PA: < 140/90 mmHg. Fuente de datos: historia clínica informatizada (e-cap).

Resultados: Se encuestaron 307 pacientes hipertensos, 56,6% mujeres, edad media: $67,1$ años (DE $\pm 11,9$). El 57,6% tenía aparato de tensión en casa (63,1% de los hombres-53,4% de las mujeres). En los que tenían aparato de PA, el lugar preferente de medida es en casa: 88,1% (84,9% de las mujeres-91,6% de los hombres). Conocimiento de cifras de buen control de PA: PAS: 58,7% (48,3% de las mujeres-56,7% de los hombres), PAD: 68,3% (54,8% de las mujeres-83,3% de los hombres), PAS y PAD: 55,9% (44% de las mujeres-69% de los hombres). El 42,4% de los hipertensos encuestados no tenía aparato de PA en casa, 62,3% mujeres, edad media: $67,6$ años. Lugar preferente de toma de PA: Centro de salud: 49,2% (54,3% de las mujeres-40,8% de los hombres), farmacia: 40% (35,8% de las mujeres-46,9% de los hombres). Conocían las cifras de buen control de PAS: 28,4% (24,7% de las mujeres-34,7% de los hombres), PAD: 37,7% (34,5% de las mujeres-42,8% de los hombres), PAS y PAD: 22,3% (20,9% de las mujeres-24,4% de los hombres).

Conclusiones: El conocimiento de las cifras de buen control de la PA es significativamente más elevado en los hipertensos que hacen AMPA que en los que no la hacen. Las mujeres hipertensas, tanto las que realizaban AMPA como las que no, tienen menor conocimiento de las cifras deseables de PA. Se ha de intensificar la información sobre los valores tensionales recomendados en estos pacientes.

102. AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. ¿LA REALIZAN LOS QUE MÁS LA PRECISAN?

T. Rama Martínez¹ y P. Beato Fernández²

¹CAP El Masnou, Barcelona. ²Consultori Barri Cotet, Premià de Dalt, Barcelona.

Introducción: La automedida de presión arterial (AMPA) ha demostrado ser una herramienta eficaz en el control de la hipertensión arterial. Los pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado son candidatos ideales para su recomendación.

Objetivos: Conocer las patologías concomitantes y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de los pacientes hipertensos atendi-

dos en Atención Primaria que hacen Automedida de Presión Arterial (AMPA) y de los que no hacen AMPA.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo, transversal. Población: Todos los hipertensos mayores de 15 años de una consulta de medicina de familia. Duración: 1 año. Ámbito: Centro de Atención Primaria semiurbano. Cuestionario breve realizado en la consulta por el médico/enfermera de forma consecutiva al paciente o al cuidador. Variables: edad, sexo, existencia de aparato de PA en casa, patologías y (FRCV) concomitantes según constase en el diagnóstico: cardiopatía, enfermedad cerebrovascular (ECV), nefropatía, diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad, tabaquismo. Fuente de datos: Historia clínica informatizada (e-cap).

Resultados: Se encuestaron 307 hipertensos, 56,6% mujeres, edad media: 67,1 años ($DE \pm 11,9$). El 55,7% era mayor de 65 años (61,5% de las mujeres-48,1% de los hombres). El 57,6% tenía aparato de tensión en casa (63,1% de los hombres-53,4% de las mujeres). Patologías y FRCV en los que hacían AMPA: cardiopatía: 20,3%, ECV: 3,9%, nefropatía: 15,8%, DM: 29,3%, dislipemia: 35%, obesidad: 38,4%, tabaquismo 11,3%. El 42,4% de los hipertensos encuestados no hacían AMPA (46,6% de las mujeres-36,9% de los hombres) edad media: 67,5 años. Patologías concomitantes y FRCV: cardiopatía: 23,8%, ECV: 13,8%, nefropatía: 24,6%, DM: 29,2%, dislipemia: 33,8%, obesidad: 37,7%, tabaquismo 12,3%.

Conclusiones: Los hipertensos que no hacían AMPA tenían un mayor porcentaje de ECV y de nefropatía respecto a los que la realizaban. La recomendación de uso de AMPA por el personal sanitario sería más necesaria en aquellos pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado, en los cuales se precisa un control tensinal más estricto.

103. ESTUDIO DE CALIDAD SOBRE LA MEJORA EN EL GRADO DE COBERTURA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE FUMADOR, HTA, HIPERCOLESTEROLEMIA, OBESIDAD Y DIABETES DE UN CENTRO DE SALUD

A.A. Rodríguez¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturrealde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, M.E. Ortega Horrillo¹, G. Arnaiz García¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, I. González Castañeda¹ y J. Ocharan Corcuer²

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

Objetivos: Conocer el grado de mejora en el grado de cobertura de los diagnósticos de fumador, HTA, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población del C.S. Olaguibel (39.956 usuarios), en los que se valoró el grado de mejora en la cobertura de los diagnósticos referidos durante el periodo comprendido entre el 3º cuatrimestre de 2010 y el 2º cuatrimestre de 2007.

Resultados: Mejora de la cobertura fumadores 10/07: 14,43%. Cobertura de pacientes > 15a fumadores (2010): 61,50% sobre una prevalencia esperada del 26%. Mejora de la cobertura HTA 10/07: 7,15%. Cobertura de pacientes > 13a con HTA (2010): 61,91% sobre una prevalencia esperada del 25%. Mejora de la cobertura hipercolesterolemia 10/07: 18,96%. Cobertura de pacientes entre 35-65a con hipercolesterolemia (2010): 73,20% sobre una prevalencia esperada del 18%. Mejora de la cobertura obesidad 10/07: 7,30%. Cobertura de pacientes entre 35-65a con obesidad (2010): 35,24% sobre una prevalencia esperada del 13,4%. Mejora de la cobertura diabetes 10/07 (2010): 19,86%. Cobertura de pacientes > 13a con diabetes: 116,60% (2009) sobre una prevalencia esperada del 6,4%

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan una mejoría en todas las coberturas analizadas, siendo ésta más marcada en los apartados de diabetes, hipercolesterolemia y tabaquismo. Pese a todo estamos lejos de llegar a unas cifras aceptables de prevalencia detectada (sobre todo en el apartado de obesidad). La implementación de las guías de práctica clínica, la mejora en los registros y las medidas correctoras consensuadas en el equipo pueden contribuir a la mejora del cribado y diagnóstico de estas patologías y así disminuir el número de pacientes sin el seguimiento y tratamiento adecuados por falta de una detección eficaz.

104. ¿HEMOS MEJORADO ESTOS 3 ÚLTIMOS AÑOS EN LA VALORACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE RESULTADO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU COMPARACIÓN CON LOS INDICADORES DE PROCESO?

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturrealde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, M.E. Ortega Horrillo¹, M.T. Hernández Sotés², M.L. Alarcia Ceballos¹, I. González Castañeda y J. Ocharan Corcuer²

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

Objetivos: Conocer el grado de mejora, en el cumplimiento de los indicadores de resultado de pacientes diagnosticados de HTA e hipercolesterolemia en el periodo comprendido del 3º cuatrimestre de 2010 y al 2º cuatrimestre de 2007 y su comparación con la mejora de los indicadores de proceso de las mismas patologías.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población hipertensa del C.S. Olaguibel (39.956 usuarios) donde se valoró el grado de mejora entre en el cumplimiento en la realización de los siguientes criterios de resultado y proceso: Hipertensión arterial: criterios de resultado (control tensión arterial: < 140/90 y < 130/80 para pacientes diabéticos). Criterios de proceso (realización de control periódico, analítica y ECG). Hipercolesterolemia: criterios de resultado (control colesterol total < 200). Criterios de proceso (realización de control periódico y analítica).

Resultados: hipertensión arterial: mejora del criterio de resultado del 4,77% (42,50% control TA 2010) y de los criterios de proceso (control periódico, analítica y ECG) del 4,90%, 5,04% y 5,73% respectivamente (sobre 50,69%, 70,92%, 65,76% del año 2010). Hipercolesterolemia: mejora del criterio de resultado del 1,31% (33,83% control colesterol 2010) y de los criterios de proceso (control periódico y analítica) del 6,47% y -6,80% respectivamente (sobre 44,72%, 48,09% del año 2010).

Conclusiones: Los resultados de mejora obtenidos de los indicadores de resultado de HTA son buenos y poco relevantes en la mejora del control de la hipercolesterolemia. No obstante los resultados globales son claramente mejorables. En la valoración de los indicadores de proceso destaca el descenso marcado del control analítico recomendado en el seguimiento de la hipercolesterolemia y el aumento relativo del resto, pero desde unos datos globales bajos. La modificación de nuestras aptitudes terapéuticas (seguimiento de guías y protocolos, cumplimiento de objetivos, inercia terapéutica, etc.), deben ser reforzados para mejorar los indicadores de resultado de estos importantes factores de RCV.

105. GRADO DE MEJORA EN LOS INDICADORES DE RESULTADO EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES II DE UN CENTRO DE SALUD

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturrealde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, E. López de Uralde Pérez de Albeniz¹, F.R. Rodríguez Fernández¹, G. Arnaiz G¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, I. González Castañeda¹ y J. Ocharan Corcuer²

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

Objetivos: Conocer el grado de mejora cumplimiento de los indicadores de resultado (control hemoglobina glicosilada, control TA, control colesterol) de pacientes diagnosticados de diabetes II, del 2º cuatrimestre de 2007 respecto del 3^{er} cuatrimestre de 2010.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población diabética del C.S. Olagibel (39.956 usuarios), en los que se valoró el grado de cumplimiento en la realización de los siguientes criterios de resultado: control hemoglobina glicosilada: < 7; control tensión arterial: < 130/80; control colesterol: LDL colesterol < 100.

Resultados: Mejora del control hemoglobina glicosilada del 2,64% (sobre 33,46% en el año 2010). Mejora del control T.A del 6,87% (sobre 23,42% en el año 2010). Mejora del control colesterol del 3,55% (sobre 35,54% en el año 2010).

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan una mejoría moderada de los indicadores referidos. No obstantes pese a este avance los datos de control son malos. Pese a la implementación de las nuevas guías de práctica clínica, de cursos formativos y de actividades motivación en el seguimiento de estos pacientes, los resultados no son los esperados. Nos queda una ingente tarea en la mejora del control de nuestros pacientes diabéticos.

106. HTA RESISTENTE ASOCIADA A SAOS: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOCINA DE LIBERACIÓN RETARDADA

C. Salazar de Troya¹, P. Gallardo Jiménez¹, C. García Fernández¹, V. Gómez Carrillo¹, A.M. Espejo Gil¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda¹ y R. Gómez-Huelgas¹

¹Hospital Carlos Haya, Málaga. ²Escuela Medicina Deportiva, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: El síndrome de apnea del sueño (SAOS) es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para ateroesclerosis generalizada, destacando la obesidad. Habitualmente se relaciona con una HTA resistente al tratamiento farmacológico, así como con una serie de entidades nosológicas que derivan en una disminución de la esperanza de vida, expresamente cardíacos. En nuestra experiencia, la HTA secundaria a SAOS responde mal al tratamiento con CPAP/BIPAP. Y quizás pueda responder a un fármaco alfa-bloqueante de administración nocturna.

Objetivos: Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 40 pacientes con hipertensión secundaria a SAOS, los cuales presentaban todos un patrón MAPA non-dipper o riser. Y su respuesta a la administración nocturna de doxazocina de liberación retardada.

Métodos: Muestra: revisamos 40 pacientes (29 varones, 72,5%) constatados de HTA secundaria a SAOS procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los pacientes presentan una edad media de $49,5 \pm 7,5$ (rango: 31-66) años, y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de $11,57 \pm 7,31$ años. Así mismo se determinaron las variables antropométricas básicas, con 80% obesidad y 20% de sobrepeso (IMC $33,6 \pm 4,25$). El 87,5% eran sedentarios, el 46,2% diabéticos, 59%

tenían hipercolesterolemia, el 53,84% fumadores, sólo 1 cumplía criterios de enolismo, tenía daño de órgano renal 2 pacientes y 4 pacientes tenían cardiopatía isquémica. Los criterios de inclusión fueron: HTA con características clínicas de resistencia, que presentando criterios clínicos de SAOS previos al dx de HTA, tenían un índice apnea/hipoapnea mayor a 10. En todos se estudió la existencia de otra posible causa de HTA secundaria. A todos los pacientes con TA por encima de 140/90 o patrón MAPA nocturno patológico, se añadió al tratamiento previo 4-8 mg de doxazocina antes de acostarse.

Resultados: En el momento de acudir a la consulta el 42% de los pacientes recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de $2,8 \pm 1,3$ fármacos. Las TAS iniciales fueron $150,55 \pm 22,6$ mmHg y TAD $89,17 \pm 12,69$ mmHg al inicio del seguimiento. Basalmente, se consideró que tenían unas TA aceptables 12 pacientes (30,79%). En seguimiento medio de 3 años después de tratamiento las cifras tensionales fueron menores de 140/90 en 25 pacientes 64% ($p < 0,01$). 2 pacientes de nuevo diagnóstico respondieron aceptablemente a la introducción de cpap.

Conclusiones: La HTA secundaria a sd. de apnea el sueño es difícil de controlar con 3 fármacos. El efecto de doxazocina de liberación retardada es altamente efectivo en el control de este tipo de HTA.

107. BLOQUEADORES DE LA RENINA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RENOVASCULAR RESISTENTE A TRATAMIENTO

C. Salazar de Troya¹, A.M. Espejo Gil¹, V. Gómez Carrillo¹, V.A. Buonaiuto¹, M. Carrillo de Albornoz², J. Martínez González¹, P. Aranda¹ y R. Gómez-Huelgas¹

¹Hospital Carlos Haya, Málaga. ²Escuela Medicina Deportiva, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La HTA renovascular es una causa no despreciable de hta en especial en individuos mayores de 50 años con ateroesclerosis generalizada. Habitualmente cursa como una HTA resistente. Etiológicamente, viene provocada por el aumento de la actividad de renina plasmática como consecuencia de la isquemia renal. Con la reciente comercialización de aliskiren, un bloqueador de la renina, se dispone de un nuevo instrumento para controlar aquellos sujetos especialmente resistentes a tratamiento médico y sin posibilidades intervencionistas.

Objetivos: Se plantea la descripción del efecto del aliskiren sobre los pacientes con pobre control de TA en una cohorte de 74 pacientes con hipertensión renovascular.

Métodos: Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: HTA renovascular confirmada, pobre control de TA o patrón MAPA patológico, tolerancia aceptable a aliskiren. Descripción: sobre una cohorte de 31 varones (41,9%) y 43 mujeres, 69 + 16,49 años, 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de $0,95 \pm 0,49$. 15 (20,54%) pacientes fueron seleccionados para tratamiento con aliskiren 300 mg/día, añadiendo este al tratamiento previo.

Resultados: Los 14 de los 15 pacientes en tratamiento redujeron sus cifras de TA ($p < 0,01$). 6 de los 15 pacientes consiguieron el objetivo de una TA por debajo de 140/90. Ningún paciente presentó niveles de kaliemia por encima de 5,5 mEq/l, a pesar de su asociación a fármacos bloqueadores del eje RAA (ieca y ARA-II).

Conclusiones: Aliskiren, un bloqueador de la renina, es un nuevo instrumento para controlar la TA de pacientes con HTA renovascular especialmente resistentes a tratamiento médico y sin posibilidades intervencionistas. El aliskiren produce una mejoría discreta, pero significativa, en las cifras tensionales de estos pacientes. No se observaron efectos secundarios relacionados con los niveles de potasio.

108. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y CADA UNO DE SUS COMPONENTES EN LA MENOPAUSIA

P.J. Tárraga López¹, M.P. Orgaz Gallego², M.A. Tricio Armero², M.L. Marcos Navarro³, J. Solera Albero⁴, M.A. Palomino Medina², M.A. López Cara⁴, A. Celada Rodríguez⁴, E. Arjona Laborda⁴ y J.L. Castro Navarro⁴

¹Facultad de Medicina, Albacete, ²CS Cuenca. ³Hospital de Albacete, ⁴CS Albacete.

Introducción: El síndrome metabólico (SM), ha cobrado un gran auge en los últimos años. Se trata de la presencia en un mismo individuo de varios factores de riesgo metabólico, interrelacionados entre sí, (obesidad abdominal, dislipemia aterogénica, hipertensión arterial y resistencia insulínica). De todas las definiciones existentes, el Third Report National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults establece el diagnóstico, cuando se cumplen al menos 3 o más de los siguientes criterios: Perímetro de cintura ≥ 102 cm en varones o ≥ 88 cm en mujeres, triglicéridos ≥ 150 mg/dl, HDLc < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres, tensión arterial $\geq 130/85$ mmHg, glucemia basal > 110 mg/dl. Según ATP-III, 2001: > 100 mg/dl (incluyendo diabetes). La importancia del SM radica en su alta prevalencia, pues afecta a 1 de cada 5 adultos aumentando con la edad, con predominio en el sexo femenino y en que su presencia, implica un riesgo incrementado de desarrollar enfermedad cardiovascular aterosclerótica y/o diabetes mellitus. No hay datos sobre SM referidos a la provincia de Cuenca, lo cual, nos motivó a la realización de este estudio. Por otra parte, al tratarse de un síndrome que agrupa varios FRCV y teniendo en cuenta que en la menopausia se ponen de manifiesto muchos de ellos, centramos el estudio en las mujeres con menopausia establecida.

Objetivos: Estimar la prevalencia del Síndrome metabólico en una muestra de mujeres menopáusicas de la Zona Básica de Salud de Tarancón. Conocer la prevalencia de cada uno de los criterios que definen el síndrome, según el NCEP-ATP III.

Métodos: Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal. Participantes: mujeres menopáusicas que cumplían criterios de SM, según el NCEP-ATP III. Selección de la muestra: Mediante muestreo aleatorio probabilístico simple se escogieron 4 de los 8 cupos médicos del centro. De ellos, se extrajo un listado de las mujeres ≥ 45 años comprobando las que cumplían los criterios de inclusión exigidos. Se les informó del estudio que se iba a realizar y a las que consintieron voluntariamente en participar, se les dio un volante de analítica, citándolas posteriormente para resultados, medidas antropométricas, medir su tensión arterial y completar datos de su historia. Ubicación: APS de la Zona Básica de Salud urbana de Tarancón (Cuenca). Variables: edad (años), edad de la menopausia, peso (kg), talla (cm), IMC, perímetro cintura (cm), TAS, TAD, glucemia basal, colesterol total, HDLc, LDLc, CT/HDLc. El cálculo del tamaño muestral se realizó con la fórmula $n = Z^2pq/d^2$ p que surge del cálculo del intervalo de confianza del 95% para proporciones donde n es el tamaño muestral, Z tiene un valor de 1.96 en las tablas de distribución normal tipificada para un nivel de confianza del 95%, p es la prevalencia estimada (40%), q = 1-p y d la precisión del estudio (0,05). El tamaño muestral mínimo debía ser 368. La n total fue de 400.

Resultados: La prevalencia fue del 61,73% La prevalencia de cada uno de los criterios definitorios, por orden decreciente fue hipertensión arterial (95,8%), obesidad (IMC $> 28,8$ o perímetro cintura > 88 cm) (91%). Casi un 70% tenían un HDLc < 50 mg/dl, un 56,9% tenían niveles de triglicéridos > 150 mg/dl y 54,3% presentaron cifras de glucemia en ayunas > 110 mg/dl, eran diabéticas o tenían tratamiento hipoglucemiantre.

Conclusiones: El SM tiene una prevalencia muy elevada entre las mujeres menopáusicas de nuestra zona básica de salud. La HTA es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente, seguida muy

cerca de la obesidad central. El resto de los criterios que definen el SM, tienen prevalencias superiores al 50%. Como profesionales sanitarios y proveedores de salud que somos, debemos informar a las pacientes del riesgo que comporta este síndrome, intentar prevenir su aparición haciendo hincapié en la adopción de estilos de vida saludables (dieta y ejercicio) y evitar la inercia terapéutica.

109. PREVALENCIA DE LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN FILTRADO GLOMERULAR POR FÓRMULAS DE MDRD-4 Y CKD-EPI Y RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR

F.J. Tovillas Morán¹, E. Zabaleta del Olmo², J.M. Galcerán³, M. Vilaplana Cosculluela⁴ y A. Dalfó Baqué⁴

¹EAP Martí i Julià, Cornellà, Barcelona. ²IDIAP Jordi Gol, Barcelona. ³Fundación Althaia, Manresa, Barcelona. ⁴EAP Gòtic, Barcelona.

Objetivos: Determinar la prevalencia de los diferentes estadios de enfermedad renal crónica (ERC) según el filtrado glomerular (FG) estimado mediante las fórmulas de MDRD-4 y CKD-EPI, y analizar su asociación con la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en una cohorte de hipertensos seguida durante 12 años.

Métodos: Estudio prospectivo de una muestra aleatoria de 223 hipertensos libres de ECV atendidos en un centro de Atención Primaria urbano. Se consideró como ECV la aparición de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, vasculopatía periférica y muerte por ECV. Se utilizaron modelos de regresión de Cox para determinar el riesgo cardiovascular asociado al FG ajustado por el resto de variables.

Resultados: La mayoría de los hipertensos presentaban estadios 2 (47, 5% por MDRD-4 y 47,1% para CKD-EPI) y 3 (51,1% para MDRD-4 y 51,1% para CKD-EPI). Dentro del estadio 3, el 3a era más frecuente: 86,8% (MDRD-4) y 83,3% (CKD-EPI). La concordancia entre ambas estimaciones fue alta ($\kappa = 0,869$). La mediana de tiempo de seguimiento fue de 10,7 (rango intercuartílico, 6,5-2,1) años. El seguimiento se completó en 191 participantes (85,7%). El FG ≥ 60 ml/min/1,73 m² se asociaba con un mayor riesgo de presentar un ECV, tanto en el caso del estimado con la MDRD-4 (Hazard Ratio (HR), 2,30; intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,33-3,99), como con la CKD-EPI (HR, 2,24; IC95%: 1,30-3,84).

Conclusiones: Los estadios de ERC más frecuentes fueron el 2 y el 3, sobre todo el 3a. Se observó una relación entre la aparición de ECV y los valores de FG ≥ 60 ml/min/1,73 m², inversa a la esperada.

110. SALUD RENAL Y CARDIOVASCULAR DE ASTURIAS. ESTUDIO RENASTURIAS

S. Tranche Iparraguirre¹, I. Rodríguez Pastore², K. Miguélez Moran¹, J. Arenas³, R. Marín Irazo⁴, F. Ortega Suárez², B. Díez⁵, C. González⁶, J. Tarrazo⁶ y F. Fernández Vega², en representación del grupo Renasturias

¹CS El Cristo, Oviedo. ²Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³CAIBER, Oviedo. ⁴Centro Médico, Oviedo. ⁵Hospital Valle del Nalón, Sama de Langreo. ⁶CS Pola de Siero, Asturias.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública y representa, además, un factor de riesgo cardiovascular independiente y aditivo.

Objetivos: Estimar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) estadios 3 y 4 en población general de entre 50 y 80 años. En una segunda fase se analizará la frecuencia relativa de progresión a insuficiencia renal terminal e identificación de los marcadores que puedan determinar su progresión en una cohorte de seguimiento longitudinal prospectivo.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal con selección por muestreo aleatorio simple de población general de edad comprendida entre 50 y 80 años. El tamaño muestral se calculó en base a datos de prevalencia de diferentes estudios y con un nivel de confianza del 99% (error alfa estimado del 0,05%) resultando un total de 1.201 sujetos pertenecientes a 6 Centros de Salud. Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos, clínicos y antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular y renal y presencia de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular. Se realizó hemograma y bioquímica general con estimación del filtrado glomerular por fórmula MDRD y excreción urinaria de albúmina. Se evaluó la asociación de variables cualitativas según la prueba de chi cuadrado y mediante el test de la t de Student en el caso de las variables cuantitativas. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v 15.0 para Windows. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias.

Resultados: Se incluyeron 1.222 personas de 70,8 años de edad media (7 DE), 535 (43,6%) mujeres. La prevalencia de insuficiencia renal crónica estadios 3-5 fue del 10,7% (9,9% estadio 3; 0,5% estadio 4 y 0,3% estadio 5). La microalbuminuria en rango de 30 a 300 mg/g estaba presente en el 8,7% y en cifras superiores a 300 mg/g en el 1,6%. Los pacientes con insuficiencia renal (FGe < 60 ml/min) eran de mayor edad (74 vs 70,5 años, $p < 0,001$) con cifras más elevadas de colesterol total (215,2 mg/dl vs 201,7, $p = 0,005$) y perímetro abdominal (100,4 vs 97,6 cm, $p = 0,07$). Asimismo presentaron mayor prevalencia de hipertensión arterial (15,7% vs 6,8%, $p < 0,001$), diabetes (18,8% vs 10%, $p < 0,001$), cardiopatía isquémica (23,8% vs 10,2%, $p < 0,001$), insuficiencia cardíaca (34,5% vs 10,8%, $p < 0,001$), enfermedad arterial periférica (20,5% vs 10,9%, $p = 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia de insuficiencia renal crónica determinada por filtrado glomerular estimado en población general de 50 a 80 años es del 10,7%. Los pacientes con insuficiencia renal crónica comparado con los que tienen filtrado glomerular > 60 ml/min/1,73 m² son de mayor edad y presentan mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y enfermedad arterial periférica. La detección precoz de sujetos con enfermedad renal crónica puede facilitar las medidas de prevención primaria y secundaria, el tratamiento de las complicaciones y, probablemente, una importante reducción en el gasto sanitario.

111. INFLUENCIA DE LOS GENOTIPOS ECA Y ENOS EN LA HIPERTENSIÓN, DIABETES Y ENFERMEDAD RENAL: DATOS DEL ESTUDIO RENASTURIAS

S. Tranche Iparraguirre¹, E. Coto², B. Tavira², K. López Corte², M. Prieto³, A. Álvarez Cosmea⁴, A. Comas⁵, P. Rebollo⁶, R. Villa Estébanez⁷ y E. Sánchez⁸, en representación del grupo Renasturias

¹CS El Cristo, Oviedo. ²Genética Molecular, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³CS Vallobín-Concinos, Oviedo. ⁴CS Ventanielles, Oviedo. ⁵CS Otero, Oviedo. ⁶BAP Health Outcomes, Oviedo. ⁷CS Grado, Asturias. ⁸Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Determinar la relación entre los genotipos de los polimorfismos de los genes de la enzima conversora de la angiotensina (ECA) y óxido nítrico sintetasa endotelial (eNOS) y las cifras de presión arterial/riesgo de HTA y los valores analíticos relacionados con la función renal, en la población del Proyecto Renasturias.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal con selección por muestreo aleatorio simple en población general de edad comprendida entre 50 y 80 años para estimar la prevalencia de enfermedad

renal crónica en estadios 3 y 4. En una segunda fase se analizara la frecuencia relativa de progresión a insuficiencia renal terminal e identificación de los marcadores que puedan determinar la progresión, en una cohorte de seguimiento longitudinal prospectivo. Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos clínicos y antecedentes familiares y personales de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular y renal. Se obtuvo ADN de 683 personas de la población de Asturias y se determinó su genotipo para los polimorfismos ECA-I/D y eNOS-VTR (alelos 4a/4b). La edad media era de 71 años (rango 51-81), 58% mujeres. Se obtuvieron los principales valores bioquímicos en sangre con estimación del filtrado glomerular por la fórmula MDRD y excreción urinaria de albúmina. Se calculó la relación estadística entre los genotipos y las diferentes variables. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias.

Resultados: La edad media fue de 71 años (rango 51-81), 58% mujeres. No se encuentran diferencias significativas en la relación entre los genotipos del polimorfismo de la eNOS y la HTA, DM2, y ER. Se observan valores de creatinina y albuminuria significativamente mayores en los portadores de alelo 4a frente a los homocigotos 4b/4b. Al analizar la relación entre la DM2 y la ER, hallamos una mayor frecuencia del genotipo portador 4a en los diabéticos con ER ($n = 6$, 60%) frente a los diabéticos 4b/4b ($n = 4$, 40%). En los pacientes sujetos con DM2 y ER, las cifras de albuminuria eran significativamente más elevadas en los portadores 4a frente a los 4b/4b (30.70 vs 15.23 mg/dl). Ver la tabla a pie de página.

4a4a+4a4b		4b4b		p	
ER +	ER-	ER+	ER-		
DM2+	6 (13%)	39 (87%)	4 (3%)	142 (97%)	0,012
DM2-	2 (2%)	115 (98%)	17 (5%)	336 (95%)	NS

Conclusiones: Ni el genotipo ECA-ID ni el eNOS VTR (4a/4b) se hallaron relacionados con la HTA en nuestra población. Los portadores del alelo eNOS-4a presentaban valores analíticos de la función renal significativamente peores que los homocigotos 4b/4b. El alelo 4a se ha relacionado con niveles circulantes más bajos de óxido nítrico, y mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Su relación con la función renal, medida a través de los valores analíticos en sangre, podría explicar el mayor riesgo de sufrir enfermedad renal entre los diabéticos con genotipos portadores 4a.

112. COMPLICACIONES DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Vicente Prieto¹, M.A. Iglesias Salgado¹, C. González Álvarez², C. Lucas Álvarez², C.M. Becerro Muñoz¹ y M.B. Andrés Galache¹

¹CS Miguel Armijo, Salamanca. ²Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente; afecta al 1-2% de la población general y su incidencia aumenta con la edad. Constituye un importante factor de riesgo para el accidente cerebrovascular, de tal forma que uno de cada cinco ACV se atribuye a esta arritmia y el riesgo de muerte de duplica en aquellos ictus asociados a fibrilación auricular. Entre las complicaciones que origina, además de los accidentes cerebrovasculares, se encuentran la insuficiencia cardíaca y la embolia periférica. La FA se asocia a una elevada tasa de mortalidad, pérdida de calidad de vida, y hospitalizaciones. Consideramos importante hacer una revisión de la presencia de complicaciones asociadas a

esta arritmia en nuestros pacientes, así como del tratamiento farmacológico instaurado.

Objetivos: Investigar la incidencia de las complicaciones debidas a fibrilación auricular en nuestros pacientes. Revisar el plan terapéutico de base que siguen todos los pacientes de nuestro cupo con dicha arritmia.

Métodos: Del total de pacientes pertenecientes a una consulta de Atención Primaria, seleccionamos aquellos de los 1601 del cupo total que han sido diagnosticados de fibrilación auricular en los últimos 10 años. Se excluyen del estudio tres pacientes cuyo diagnóstico de FA se realizó hace más de 10 años y un paciente que falleció en este periodo de tiempo, no por complicaciones de la arritmia. Obtenemos un grupo de 29 pacientes, que suponen el 1,8% del cupo, de los cuales 13 son mujeres (44,83%) y 16 hombres (55,17%). Además del sexo, hemos tenido en cuenta la edad y el tiempo de evolución de la arritmia; el empleo o no de anticoagulante oral en asociación en algunos casos a antiagregación, así como el/los fármacos empleados en el control de la frecuencia cardíaca. Análisis estadístico: realizamos un estudio descriptivo observacional, analizando todos los pacientes de nuestro cupo total que han sido diagnosticados de fibrilación auricular en los últimos 10 años. Revisamos el tratamiento, en relación con la arritmia, que sigue cada uno de ellos. Para el análisis estadístico de los datos y tratamiento de las variables cuantitativas se utilizó la media y la mediana. Las variables cualitativas se han expresado en números absolutos y en frecuencias teóricas (porcentajes).

Resultados: Del total de pacientes (1.601 personas) pertenecientes a nuestra consulta de Atención Primaria, seleccionamos aquellos que han sido diagnosticados de fibrilación auricular en los últimos 10 años. Obtenemos un grupo de 29 pacientes, que suponen el 1,8% del cupo (lo que podría equipararse a la incidencia poblacional de esta arritmia), de los cuales 13 son mujeres (44,83%) y 16 hombres (55,17%). La edad de nuestros pacientes con fibrilación auricular está comprendida entre los 60 y los 93 años, con una media de 79,97 años. La mediana de edad de nuestro grupo es de 80 años. El tiempo de evolución de la arritmia en el grupo seleccionado oscila entre el año y los 10 años, con una media de 3,87 y una mediana de 4 años de evolución. La complicación más frecuente entre nuestros pacientes es el ictus, afectando al 27,59%. De ellos el 75% son hombres y el 25% mujeres. De todos los pacientes que han presentado esta complicación, solo unos de ellos no está anticoagulado. La anticoagulación se suspendió al presentar un ictus hemorrágico extenso, tras lo cual se mantuvo solamente con antiagregante oral. Del total de pacientes con fibrilación auricular, 3 de ellos (el 10,34%) han presentado en estos 10 años isquemia de miembros inferiores y el tiempo de evolución de la arritmia en éstos oscila entre los 2 y los 6 años. Sólo unos de estos pacientes no estaba anticoagulado. En general, la insuficiencia cardíaca sintomática está presente en el 30% de los pacientes con FA. En nuestro caso, sólo 5 de los 30 pacientes la presentan (el 13,79%). De ellos, 2 están en tratamiento con digital asociada a beta-bloqueante cardioselectivo; 1 sólo con beta-bloqueante y 2 no tienen fármaco específico para el control de la frecuencia cardíaca. En cuanto al tratamiento farmacológico, el 93,1% de los pacientes está anticoagulado con acenocumarol. De los únicos 2 pacientes no anticoagulados; uno de ellos se debe a negativa del propio paciente y el otro debido a ictus hemorrágico extenso con importantes secuelas neurológicas, por lo que se decidió mantener sólo antiagregación. Tan sólo uno de nuestros pacientes está anticoagulado y antiagregado, debido a que padece trombocitosis esencial, que aumenta el riesgo de eventos tromboembólicos. En cuanto al fármaco empleado para el control de esta arritmia, podemos establecer los siguientes grupos: el 44,82% de los pacientes está en tratamiento con un beta-bloqueante cardioselectivo; el 31,03% con digital; el 13,87% de nuestros pacientes con FA sigue tratamiento con un

calcio-antagonista no dihidropiridínico (verapamil o diltiazem); sólo 2 pacientes están en tratamiento antiarrítmico con flecainida y en los 2 casos asociada a un beta-bloqueante cardioselectivo.

Conclusiones: La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más frecuente y su prevalencia aumenta con la edad. Los varones están más afectos de esta arritmia que las mujeres. La fibrilación auricular aumenta el riesgo de ictus y además los accidentes cerebrovasculares asociados a esta arritmia son de peor pronóstico. La insuficiencia cardíaca sintomática está presente en gran parte de los pacientes que padecen fibrilación auricular. La presencia de fibrilación auricular conlleva mayor riesgo de eventos tromboembólicos. La fibrilación auricular aumenta la mortalidad y empeora la calidad de vida de los pacientes que la padecen, originando más hospitalizaciones y costes. En cuanto al tratamiento, no existen diferencias entre el mantenimiento del ritmo sinusal y el control de la frecuencia ventricular. La anticoagulación ha demostrado mayor eficacia que la antiagregación en la prevención de ictus y otros eventos tromboembólicos en pacientes con fibrilación auricular.