

Estratificación de riesgo

279. ¿EL ÍNDICE TOBILLO BRAZO (ITB) VARÍA LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR?

J.P. Agudo Ugena, E. Vinyoles Bargalló, D. Alejandro Hibernon, J. Cabré Recio, A. Sáez Jiménez, V. Robledo Pastor, J. García Alonso, C. Royo Pastor, I. Bobe Molina y A. Alsina

CAP La Mina, Sant Adrià del Besòs.

Objetivos: Evaluar la arteriopatía periférica oculta en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (RCV) y los cambios en la estimación del RCV que conlleva la realización de un índice tobillo-brazo (ITB).

Métodos: Estudio de intervención diagnóstica con muestreo a conveniencia. El ámbito es un Centro de salud urbano. Pacientes con más de un factor de RCV o que hayan presentado infarto o ictus. Se excluyen pacientes con arritmias (fibrilación auricular) y arteriopatía periférica (claudicación intermitente). Medidas e intervenciones: Medida automatizada de la ITB (derecho e izquierdo) con un equipo oscilométrico validado (Microlife WatchBP). Cálculo del RCV antes y después de la intervención (tablas de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología).

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes; 54% mujeres. Media de índice de masa corporal 31,5 (DE 6,2) kg/m², presión arterial 136 (17)/76 (9,4) mmHg. Fumadores activos 22%; diabetes 50%; hipertensión 86%; enfermedad coronaria 12,7%; ictus 10,8%. Todos los pacientes tomaban tratamientos farmacológicos relacionados con los factores RCV. La prevalencia de ITB oculta fue del 12,3% (n = 13), y en un 61,5% (n = 8) de los casos hubo una modificación relevante del RCV y del tratamiento.

Conclusiones: La prevalencia de arteriopatía periférica oculta en una muestra de pacientes con factores de RCV es del 12,3%. En más de la mitad de los casos hay una modificación de su tratamiento farmacológico.

280. APLICACIÓN DE LA FUNCIÓN DE FRAMINGHAM EN UNA POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA: CURVAS DE SUPERVIVENCIA POR TERCILES DE RIESGO

L.M. Artigao Rodenas¹, J.A. Carbayo Herencia¹, J.A. Divisón Garrote¹, B. González Lozano², F. Molina Escribano³, D. Caldevilla Bernardo¹, E. López de Coca Fernández Valencia¹, I. Ponce García⁴, M. Simarro Rueda⁵ y A. Herrero Hernández⁶

¹Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete, Albacete,

²CS Zona III de Albacete, Albacete. ³CS Casas de Juan Núñez, Albacete. ⁴CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁵CS Zona IV de Albacete, Albacete. ⁶CS de Villarrobleto, Albacete.

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

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

Resultados: De los 1.332 sujetos que constituyen el total de la muestra, 959 se encuentran en el intervalo de edad 30-74 años. Tras excluir a aquellos pacientes que ya habían padecido ECV

(54), a 33 individuos por no disponer de cHDL y las pérdidas durante el seguimiento (113 [11,7%]), la n definitiva del estudio fue 759 (55,3% mujeres). Después de un seguimiento medio de 10,6 años (DE = 2,4) se calcula la probabilidad de supervivencia individual acumulada (Kaplan-Meier). Comparando los terciles en que se ha distribuido el riesgo, en las mujeres, la supervivencia libre de eventos es del 100% en el tercil de menor riesgo versus 93,3 en el 2º y 83,3% en el tercil de riesgo más alto. En los hombres, los datos son 99,1%, 80,1% y 65,5%, respectivamente, para terciles de menor a mayor riesgo. Se comprueba significación estadística interterciles, en todos los casos, aplicando el test de rangos logarítmicos ($p < 0,001$).

Conclusiones: La nueva propuesta de Framingham1 muestra una buena capacidad de predicción, en la población del sur de Europa estudiada. Y es excelente en los individuos situados en el tercil inferior del RCV calculado (la tranquilidad del médico asegurada).

281. CORRELACIÓN ENTRE LA MEDIDA MANUAL Y POR SOFTWARE DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO

M. Ávila Sánchez-Torija, A. Barbero Pedraz, N. Martell Clarós, M. Abad Cardiel, V. Laguna Calle y A. Fernández-Cruz

Unidad de HTA, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El GIM es considerado como marcador de enfermedad ateromatosa subclínica, teniendo relación directa con incidentes cardiovasculares (CV). Las medidas del mismo se pueden realizar de dos maneras, por un lado de forma manual, con intervención única del observador, y por otro, sirviéndose de la ayuda de un software que realiza dicha medida por sí mismo.

Métodos: Se estudian 210 pacientes seleccionados de forma consecutiva en el Área de Imagen de la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos, a los cuales se les mide por un único observador el GIM mediante ecografía carotídea de acuerdo al consenso de Mannheim. Se examinó la carótida común a 1 cm aproximadamente del bulbo en carótida derecha, por ultrasonografía modo B con el paciente en decúbito supino con la cabeza ladeada a 30º hacia la izquierda, usando una sonda lineal de 12 MHz. Con un ecógrafo modelo Philips HD7 se midió el GIM a cada paciente de dos maneras, por un lado se realizaron en la imagen carotídea obtenida tres mediciones separadas entre sí 1 mm, hallándose la media aritmética de las mismas, utilizando este valor como el definitivo; por otro lado la imagen se exportó al PC y se midió el GIM mediante el software QLAB el cual utiliza un sistema de medición por fractales. Se recogió además medidas de presión arterial (PA), así como la existencia de otros factores de riesgo cardiovascular (CV), y antecedentes personales (AP).

Resultados: De los 210 pacientes, 109 (51,9%) fueron varones y 101 (48,1%) mujeres. La edad media fue de $59,4 \pm 12,9$ años. IMC $29,3 \pm 5,0$. La presión arterial braquial fue $126,1 \pm 17,6/74,5 \pm 9,8$ mmHg. Eran fumadores el 14,3%, diabéticos el 29% y dislipémicos el 61,9%. Tenían antecedentes de cardiopatía isquémica el 12,9%, de enfermedad renal el 1,9%, de enfermedad arterial periférica el 0,5%. La media de la medida de GIM manual fue de $0,66 \pm 0,13$ mm, y por software $0,66 \pm 0,14$ mm. Correlaciones: se encontró una alta correlación entre la medida del GIM manual y la realizada por software con un coeficiente lineal de Pearson de 0,955, y un coeficiente de correlación intraclass de 0,954. No hubo diferencia significativa entre ambos tipos de medición $p < 0,001$.

Conclusiones: La medida del GIM manual presenta una robusta correlación con la realizada por software, no habiendo diferencias significativas entre ambos métodos de medición.

282. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) Y DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN UNA AMPLIA COHORTE DE PACIENTES VIH+. ¿PUEDE VARIAR EN EL TIEMPO?

J. Juega, J. Bonet, E. Negro, A. Bonjoch y R. Romero

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Introducción: La introducción de terapia TARGA, en pacientes VIH + ha experimentado un incremento de su esperanza de vida. Pero los tratamientos crónicos y patologías concomitantes condicionan un aumento progresivo de factores de RCV y posiblemente condiciona una mayor mortalidad en esta población.

Objetivos: Determinar prevalencia y evolución de factores de RCV y función renal en una amplia cohorte de pacientes VIH+ en dos periodos de tiempo.

Métodos: 1596 pacientes VIH +. Estudio descriptivo prospectivo, transversal en dos periodos de tiempo: 1) Noviembre 2008-Febrero 2009, 2) Julio-Septiembre 2010. División de la muestra según función renal: Grupo 1 FG ≤ 60 ml/min, Grupo 2 FG > 60 ml/min. Características clínicas: edad, sexo, tiempo VIH, co-infección VHB, VHC, lúes. Valores plasmáticos creatinina, urea, filtrado glomerular estimado (FGe MDRD-4), hemoglobina, fibrinógeno, glucosa, albúmina, perfil lipídico (HDL, LDL, triglicéridos). Carga viral, linfocitos totales, CD4, CD8, tratamiento con tenofovir e indinavir. Prevalencia HTA, DLP, DM y GBA.

Resultados: Edad 45 (9) años, 76,4% Hombres. Prevalencias: glucosa basal alterada (GBA) 17,3%, DM 3,8%, elevación LDL 35%, descenso HDL 31,8%, hiperTG 39,4%. Insuficiencia renal en 2010 muestra relación significativa con mayor prevalencia DM, GBA, hiperTG. Análisis multivariante: marcadores de insuficiencia renal 2008: edad, elevación fibrinógeno y tratamiento con tenofovir. En 2010: edad, descenso de albúmina, elevación fibrinógeno e hiperTG. HTA se relaciona con persistencia de insuficiencia renal entre 2008 y 2010, e inicio de Hemodiálisis en dicho periodo se relacionó con mayor mortalidad.

Conclusiones: Los factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico presentan alta prevalencia en la población de pacientes VIH+. La edad, descenso albúmina, elevación fibrinógeno, hiperTG y GBA se relacionaron con mayor deterioro de la función renal entre 2008 y 2010. El inicio de la técnica de hemodiálisis condiciona una mayor mortalidad.

283. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA POR ESTADIOS SEGÚN EL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO PARA MDRD-4 Y CKD-EPI

E. Bosquet Celades, M. Porteros Hernández, A. Carrera Muyo, R. Chávez Estrada, B. Botto Pasapera, F.J. Tovillas Morán y R. Corio Andújar

ABS Martí i Julià, Cornellà de Llobregat, Barcelona.

Objetivos: Determinar la prevalencia de los diferentes estadios de enfermedad renal crónica (ERC) según el filtrado glomerular estimado (FGe) mediante las fórmulas MDRD-4 y CKD-EPI, y valorar la correlación entre estas dos fórmulas.

Métodos: Estudio transversal descriptivo realizado durante el año 2010. Muestra aleatoria de 2.970 pacientes mayores de 60 años con al menos una determinación de la función renal. Estudio realizado en Centro de Atención Primaria urbano. Se clasificó la ERC en cinco estadios según el FGe calculado con las fórmulas MDRD-4 y CKD-EPI. Se utilizó el índice kappa para comparar los resultados del estadiaje según MDRD-4 y CKD-EPI.

Resultados: La media aritmética observada del FGe fue de 83,4 (desviación estándar (DE) 22,78) para MDRD-4, y 73,2 (DE 19,97) para CKD-EPI. La mayoría de pacientes se encontraban en el estadio 2 (48,1% para MDRD-4 y 46,4% para CKD-EPI), seguido del esta-

dio 1 (36,2% para MDRD-4 y 24,4% para CKD-EPI) y el estadio 3a (10,8% para MDRD-4 y 19,2% para CKD-EPI). No se observaron diferencias en el estadije por sexo para MDRD-4. Para CKD-EPI en los hombres el estadio 3a fue el más frecuente, seguido del estadio 2 y del estadio 1. La concordancia entre las dos fórmulas fue moderada-alta con un índice kappa de 0,751.

Conclusiones: Los estadios más frecuentes fueron el estadio 2 y el estadio 1 en ambos sexos, excepto en los hombres para CKD-EPI donde era más frecuente el estadio 3a. Hubo entre las dos fórmulas una concordancia moderada-alta.

284. ¿MODIFICAN SUSTANCIALMENTE LA NECESIDAD DE ANTICOAGULACIÓN LAS NUEVAS GUÍAS EUROPEAS DE FIBRILACIÓN AURICULAR? IMPLICACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE UN MEJOR CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

J. Caballero Güeto¹, F.J. Caballero Güeto², M.A. Ulecia Martínez³, E. González Cocina⁴, E. Otero Chulián⁵, A. Martín Santana⁶ y M. Lagares Carvallo⁷

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital de Montilla, Córdoba. ³Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁴Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. ⁶Hospital de Jerez, Cádiz. ⁷Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Las nuevas guías de fibrilación auricular (FA) de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y su cambio de score de riesgo trombótico implican un aumento de las indicaciones para la anticoagulación (ACO). Otras sociedades como la americana (ACCF-AHA) y canadiense, no han considerado necesario modificar el sistema previo de estratificación. En nuestro medio, el aumento de pacientes subsidiarios de tratamiento con ACO puede tener importantes implicaciones, tanto por el aumento de sangrados que podría suponer, como por el incremento de costes asociado a uso de los nuevos anticoagulantes orales. Pretendemos establecer la cuantía del aumento en la indicación tratamiento anticoagulante así como el perfil de riesgo hemorrágico determinado por la implantación de las nuevas guías.

Métodos: 344 pacientes con FA no valvular, reclutados de forma consecutiva en las consultas de cardiología de hospitales andaluces. Determinamos la distribución actual de factores de riesgo trombóticos y aplicamos ambos scores de riesgo trombótico (CHADS₂ y CHADS₂-Vasc) y el score de riesgo hemorrágico HASBLED, tanto en el grupo total como en los subgrupos por sexo: se consideró bajo riesgo HASBLED 0-1, medio 2 y alto ≥ 3 . Determinamos el cambio porcentual de pacientes con indicación de anticoagulación con las guías conjuntas previas (ESC-ACCF-AHA) y las actuales de la ESC.

Resultados: La edad media fue de 71,9 años (44-90), sólo el 19% menores de 65 años. Mujer 49,1%. FA paroxística 62,5%. La distribución de factores de riesgo trombótico fue la siguiente: HTA 78,2% (H73,1/M83,4), DM 27,6% (H27,4/M27,8), > 75 años 42,6% (H34,3/M48,5), 65-74 años 35,5% (H32/M39), enfermedad vascular 11% (H18,3/M3,6), insuficiencia cardíaca 17,2% (H22,3/M11,8) y embolismo previo 11% (H10,3/M11,8). Aplicando el antiguo score, en el grupo global 61,3% tendrían indicación de ACO frente al 84,6% con el nuevo score. En la mujeres, el porcentaje respectivo sería: 65,7 vs 95,9% y en los hombres: 57,1 vs 73,7%. La distribución de riesgo hemorrágico fue: bajo 32% (H41/M22,5), medio 44,8% (H34,9/M55) y alto 23,3% (H24/M23,3).

Conclusiones: El cambio en el score de riesgo trombótico implica un aumento importante en la indicación obligada de ACO en la mujer, 30% y algo más discreto en el hombre, 16,6%. En el subgrupo de CHADS₂-Vasc 2, con indicación actual obligada para anticoagulación, la mayoría no hubiese precisado tratamiento con ACO según guías previas. La mayor parte de nuestra población con fibrilación auricular, sobre todo en el caso de mujeres, tiene riesgo de sangrado medio-al-

to, hecho que deberá ser tenido en cuenta para tomar una decisión terapéutica. El principal factor de riesgo trombótico en nuestro medio es la HTA, sobre todo en mujeres. Dado el considerable aumento en la indicación de anticoagulación, es necesario mejorar el control de la HTA para evitar el peligro de aumento en las hemorragias intracraneales asociadas a mal control de las cifras tensionales.

285. UTILIDAD DEL COLESTEROL-HDL EN EL MANEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO

J.A. Costa Muñoz, E. Rodilla Sala y J.M. Pascual Izuel

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Hospital de Sagunto, Valencia.

Objetivos: Analizar la importancia del colesterol-HDL (HDL) como indicador predictivo de complicaciones cardiovasculares mayores en una cohorte de hipertensos no diabéticos tratados con las medidas habituales de prevención primaria.

Métodos: Estudio observacional de seguimiento de una cohorte abierta de hipertensos atendidos de forma consecutiva desde el 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 2007, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular ni diabetes, realizado en la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular de nuestro centro. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias. Los pacientes disponían de al menos dos visitas, con una diferencia mínima entre ellas de un año.

Resultados: Incluimos un total de 2.410 pacientes (52,5% mujeres, edad media (DE) 52,6 (13,9) años, PAS (DE) y PAD (DE) de 144 (20) y 84,6 (11,9) mmHg seguidos una mediana (IIQ) de 4,5 (2,2-7,3) años. Del grupo con HDL < 40 mg/dl, 47 pacientes presentaron un primer evento cardiovascular (ECV) [10,6% de 441 sujetos con HDL bajo incluidos, con un total de 2651 pacientes-año (p-a)], con una densidad de incidencia (DI) observada en la cohorte de 17,7 [IC95% (13,0-23,6)] ECV por 1000 pacientes-año (p-a). En el grupo de pacientes con HDL ≥ 40 mg/dl un total de 136 pacientes presentaron un ECV (6,9% de los 1.969 sujetos incluidos con un total de 9972 p-a) con una DI observada en la cohorte de 13,0 [IC95% 10,5-15,9] ECV por 1000 p-a, sin diferencias estadísticamente significativas entre la probabilidad acumulada de ECV en el grupo de pacientes con HDL < 40 mg/dl con respecto al grupo de HDL ≥ 40 mg/dl, con un hazard ratio (HR) de 1,30 (IC95% 0,93-1,81, p = 0,131). En la regresión de Cox, ajustando por edad, género, tabaquismo, colesterol LDL y presión arterial sistólica inicial, el colesterol HDL < 40 mg/dl no mostró utilidad en la predicción de eventos cardiovasculares, con una hazard ratio 1,18 (IC95% 0,82-1,72, p = 0,375, siendo la edad, el género masculino, el tabaquismo y colesterol LDL inicial los principales factores predictores de un ECV.

Conclusiones: En el presente estudio en pacientes hipertensos no diabéticos, sin antecedentes de ECV y tratados con las medidas habituales de prevención primaria, el colesterol HDL no mostró utilidad en la predicción de eventos cardiovasculares tras controlar por factores de riesgo clásicos tales como la edad, género masculino, tabaquismo y colesterol LDL.

286. ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA

P. Braillard Pocard¹, F. Batista García¹, N. Esparza Martín¹, S. Suria González¹, A.Y. Sánchez Santana¹, A. Ramírez Puga¹, M.A. Pérez Valentín¹, A. Toledo González¹, A. Calderín Ortega² y M.D. Checa Andrés¹

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

Introducción: El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Un IMC elevado es un

importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama y colon). Sin embargo, se ha estudiado poco la relación entre obesidad con otra enfermedad cardiovascular como es la enfermedad vascular periférica (EVP).

Objetivos: 1) Valoración clínica, bioquímica y farmacológica al ingreso en el Servicio de Cirugía Vascular. 2) Estudiar las diferencias entre los pacientes con EVP con/sin IMC > 26 kg/m².

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 24h 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 (47,5%), el 50% eran fumadores y el 82,5% exfumadores, el 46,4% tenían antecedentes familiares de EVP, 27 eran diabéticos y 27 hipertensos, 17 con MDRD4 < 60 ml/min, NT-proBNP: 1.564,71 ± 2.008,6 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. Sólo el 50% tomaban estatinas y ninguno estaba tratado con fibratos. De los 40 pacientes ingresados, sólo 16 (40%) (11 hombres y 5 mujeres) tenían un IMC > 26 kg/m². Al comparar a los pacientes con los que tenían IMC < 26 kg/m² no existían diferencias ni en la edad, el sexo o el tratamiento antihipertensivo o antiagregante que tomaban. Sin embargo, los pacientes con IMC > 26 kg/m² eran más frecuentemente diabéticos (0,025), mayor nº de pacientes estaban tratados con insulina (0,003), tenían una presión arterial sistólica (PAS) mayor (140,69 ± 15,08 vs 129,25 ± 20,56 mmHg, p = 0,037) y desde el punto de vista analítico presentaban mayores niveles de glucemia (182,69 ± 79,29 vs 122,08 ± 57,46 mg/dl, p = 0,002) y mayores niveles de triglicéridos (201,87 ± 166,53 vs 130,79 ± 54,73 mg/dl, p = 0,008). El IMC se relacionaba positivamente con la edad (r = 0,391, p = 0,013) y la glucemia (r = 0,401, p = 0,010).

Conclusiones: El 40% de los pacientes que ingresan por EVP tienen un IMC mayor o igual a 26 kg/m². Dichos pacientes suelen ser diabéticos, con PAS peor controlada y niveles de triglicéridos superiores a los recomendados en prevención secundaria. A pesar del escaso nº de pacientes estudiados, se podría sugerir que un IMC elevado no sólo se asocia a cardiopatía y accidente cerebrovascular, sino que también podría asociarse a EVP. Harían falta estudios posteriores con mayor nº de pacientes para analizar mejor a estos pacientes.

287. LOS SOFOCOS: UN ENLACE CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

I.M. Guerra Hernández¹, M.E. Fandiño Cobo², M.T. Madán Pérez³, A.B. Rodríguez Cabrera⁴, M.T. Wangüemert Madán⁵, M. Báez Expósito¹ y N. del Toro Modolell⁶

¹CS de Taco, La Laguna. ²CS Laguna-San Benito, La Laguna.

³CS de Güimar, Güimar. ⁴Unidad Docente de MFyC, S/C de Tenerife. ⁵Unidad Docente de MFyC, La Laguna, Tenerife.

⁶Consejería de Educación, Andalucía.

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en mujeres (40%), su riesgo aumenta con la menopausia y aunque ha sido considerada tradicionalmente una enfermedad de hombres, al afectar de diferente forma al género femenino su reconocimiento es insuficiente retrasando el diagnóstico y control. El deterioro de la función endotelial está presente en los primeros años de la menopausia, pero el efecto de ésta sobre los índices de la función vascular ha sido poco estudiado.

Por ello nos proponemos: Describir la presencia de síntomas menopáusicos en mujeres de atención primaria (AP), así como de factores de riesgo vascular (FRCV), sedentarismo y del Índice tobillo-brazo (ITB). Estudiar si hay asociación entre los síntomas menopáusicos vasomotores (sofocos) y FRCV.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, 172 mujeres ≤ 65 años demandantes en AP con menopausia establecida, seleccionadas por muestreo consecutivo de enero a octubre del 2011. Variables cuantitativas: edad, inicio y número de años con menopausia, ITB, riesgo vascular Framingham (RCV), índice masa corporal (IMC) y perímetro abdominal (PC). Variables cualitativas: síntomas menopáusicos (sofocos, sudor, rubor e insomnio), sedentarismo (caminar menos de media hora 3 veces por semana) y los FRCV: HTA, diabetes (DM), tabaquismo y dislipemia. Estadísticos: media, desviación estándar, frecuencias, chi² y regresión logística.

Resultados: Se estudiaron 172 mujeres, con edad media 57,56 ± 4,7 años, la edad media de inicio de la menopausia es 48,9 ± 5,02 y una media de años con menopausia de 8,5 ± 6,01. El ITB medio era 1,12 ± 0,19 y el RCV medio 9,27 ± 7,3. El IMC medio fue 29,20 ± 5,1 y el PC medio 96,6 ± 10,94. El valor de lípidos fue: colesterol 212,02 ± 40,2 mg/dl, HDL 53,5 ± 13,02 mg/dl, LDL 128,9 ± 32,5 mg/dl y triglicéridos 140,8 ± 62,5 mg/dl. Predominó sedentarismo (51,7%) e HTA (53,5%), el 21,5% tenía DM y fumaban el 22,1%. Mayoritariamente (91,9%) presentaban algún síntoma menopáusico de los cuales los sofocos representaban el 58,7%. Los sofocos se asociaron como era de esperar con rubor (p < 0,0001), sudoración (p < 0,0001) e insomnio (p < 0,0001). Se encontró una asociación significativa entre sofocos y sedentarismo (66,3% sedentarias con sofocos vs 33,7% sedentarias sin sofocos; p = 0,037) así como entre sofocos y tabaco (73,7% fumadoras con sofocos vs 26,3% fumadoras sin sofocos; p = 0,034). Los sofocos también se relacionaron con el HDL bajo: mujeres con HDL < 45 el 71,7% tenían sofocos y el 28,3% no; p = 0,037. Fue significativa la asociación entre sofocos y el ITB: Cuando el ITB era > 1,3 el 80,8% tenía sofocos y el 19,2% no; p = 0,014. Tras regresión logística múltiple los sofocos se relacionaron de forma independiente con el sedentarismo (OR: 2,01; IC95%: 1,07-3,7; p = 0,03), el tabaco (OR: 2,2; IC95%: 1-5; p = 0,048) y el HDL (OR: 2,23; IC95%: 1,06-4,6; p = 0,034).

Conclusiones: Los sofocos fueron el síntoma menopáusico predominante. Estudios recientes indican que los sofocos favorecen la arteriosclerosis y la disminución del HDL, lo que concuerda con nuestros resultados donde el HDL disminuido duplica el riesgo de padecerlos, así como también lo hace el sedentarismo y el tabaco. La asociación de los sofocos con ITB > 1,3 sugiere la presencia de calcificación arterial lo que implicaría cambios cardiovasculares adversos en las mujeres menopáusicas con síntomas vasomotores. La mayoría de las mujeres y profesionales sanitarios no tienen conciencia del alto riesgo de ECV en la población femenina ni de la presencia de ECV subclínica que sugieren los síntomas vasomotores de la menopausia, por lo que desde AP es necesario hacer especial hincapié en medidas preventivas como consejo antitabaco y práctica de ejercicio físico regular, sobre todo en mujeres menopáusicas con sofocos.

288. HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y RIESGO VASCULAR

F. Fernández Montero, R. Fernández Montero y M. Fernández Gasso

Consulta de Nefrología, Jaén.

Objetivos: Conocer las alteraciones de la Presión Arterial Nocturna (PAN) mediante MAPA y la presión arterial en consulta (PAC) en relación con su riesgo cardiovascular, su prevalencia, y analizar

sus características clínicas en pacientes tratados en una consulta de Nefrología Ambulatoria en Jaén, durante tres años de seguimiento.

Métodos: Se trata de un trabajo descriptivo y retrospectivo realizado en una población de 661 pacientes hipertensos asistidos, a los que se les realizó un registro de MAPA, que reunían criterios de calidad estándar y medida de la PAC siguiendo las recomendaciones de la SEH. Además se valoran medidas antropométricas, parámetros analíticos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), presencia conocida de lesión de órgano diana y/o enfermedad clínica asociada, así como tratamiento antihipertensivo con el que se realizó. Análisis con programa estadístico MSPSS. El valor umbral admitido para definir PAN ha sido de 120/70 mmHg.

Resultados: Se trata de 661 pacientes hipertensos (54,2% y 45,8% m) PAC con un 44,7% HTA grado 1, 10% grado 2 y normal 23%. La distribución de pacientes según la PA media diurna y nocturna es: a) En No tratados en el periodo de actividad está controlado un 52% y en el periodo de descanso un 48% y b) en los tratados en el periodo de actividad un 51% y en periodo de descanso 62%. RCV moderado en un 43,55 y alto de un 17,75, predominando la obesidad, dislipemia y diabetes, con antecedentes de ECV renal (34,5%) y LOD también renal con un 53,7%. Las cifras de TA en la clínica tanto sistólica (146,17 mmHg) con diastólica (90,37 mmHg) son muy superiores a la de 24 horas tanto en periodo de actividad como de reposo. En un subgrupo de diabéticos, encontramos una TA nocturna media de 128/70. Perfil circadiano: un 44,25 dipper (29,25 en diabéticos) y un 36,25% no dipper (43,15 en DM). Existe posible HTA enmascarada en un 9,38% y bata blanca un 23%. Prevalencia de los distintos patrones circadianos en los pacientes tratados: riesgos alto: dipper: 33,35% y no dipper: 38,7%, siendo en riesgo muy alto: dipper 30% y no dipper 38%, con un 22% riser.

Conclusiones: Las alteraciones de la PAN, tanto absolutas como relativas (patrón circadiano no dipper), son un hallazgo frecuente entre los pacientes con HTA. Estas anomalías se relacionan con un riesgo aumentado de daño vascular subclínico y de complicaciones cardiovasculares. La MAPA es una herramienta básica en la evaluación de la PAN. El paciente no dipper tiene entre dos y tres veces más riesgo de padecer cualquier tipo de complicaciones cardiovasculares que el resto de la población hipertensa por lo que precisa de un diagnóstico precoz. Un nuevo reto será averiguar qué estrategias terapéuticas serán más adecuadas en este subgrupo, y si ello comporta una verdadera reducción del RCV.

289. ¿QUÉ PROTOCOLO DE MEDIDA DEL GROSOR INTIMA-MEDIA SE CORRELACIONA MEJOR CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL Y CON LA LESIÓN DE ÓRGANO DIANA?

M.A. Gómez Marcos¹, J.I. Recio Rodríguez¹, C. Agudo Conde¹, M.C. Patino Alonso², L. Gómez Sánchez², M. Gómez Sánchez², A. de Cabo Laso², B. Sánchez Salgado², A. Martínez Royo² y L. García Ortiz²

¹Unidad de Investigación de la Alamedilla, Salamanca.

²Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Determinar qué valor, del grosor intima-media de la arteria carótida común (CC-IMT) medio o CC-IMT máximo, en que pared y en que proyección se asocia mejor con mayor riesgo cardiovascular global y lesión de órgano diana vascular, cardíaco y renal en pacientes diabéticos, hipertensos y sanos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en dos centros de salud, se incluyeron 305 pacientes (113 hipertensos, 100 diabéticos y 92 sanos), de edad comprendida entre 30-75 años. Medidas efectuadas: CC-IMT, índice tobillo brazo, velocidad de la

onda de pulso, tasa de filtración glomerular, índice albumina creatinina, PDV-Cornell y estimación del riesgo cardiovascular con la ecuación de Framingham y de SCORE.

Resultados: CC-IMT presenta correlación positiva con el riesgo cardiovascular, la velocidad de la onda de pulso y PDV-Cornell; negativa con el índice tobillo brazo y la tasa de filtración glomerular ($p < 0,001$), sin presentar diferencias entre valor medio y máximo, pared proximal y distal ni proyección anterior, lateral y posterior. Asociación de CC-IMT media promedio con Lesión de órgano diana es mayor que la máximo promedio, OR = 1,90 (IC95% 1,38 a 2,61) y OR = 1,45 (IC95% 1,15 a 1,83); $p < 0,001$). Por cada unidad que aumenta el CC-IMT medio promedio global cabe esperar un aumento del riesgo de 3,61 (IC95% 2,17 a 5,06) y CC-IMT máximo promedio 3,12 (IC95% 1,95 a 4,28) ($p < 0,001$) con Framingham y sin asociación significativa con SCORE.

Conclusiones: El protocolo de medida de CC-IMT que mejor predice la presencia de lesión de órgano diana y el riesgo cardiovascular estimado con Framingham es la media de 120 medidas de los valores medios promedios de la pared anterior y posterior en las tres proyecciones de ambas carótidas.

290. UNA NUEVA HERRAMIENTA SEMIAUTOMÁTICA PARA EVALUAR EL CALIBRE DE LOS VASOS DE LA RETINA. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS MEDIDAS Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

L. García Ortiz¹, M.A. Gómez Marcos¹, J.I. Recio Rodríguez¹, M.C. Patino Alonso², C. Agudo Conde¹, J. Parra Sánchez¹, A. García García¹, C. Martín Hernández¹, L. Gómez Sánchez¹ y M. Gómez Sánchez¹

¹Unidad de Investigación de la Alamedilla, Salamanca.

²Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Analizar la fiabilidad y validez de una herramienta semiautomática para la valoración del calibre de los vasos de la retina y describir la relación de los resultados obtenidos con el riesgo cardiovascular y marcadores de lesión de órganos diana.

Métodos: Se seleccionaron 210 pacientes con retinografía, edad 34-75 años. Se realizaron fotografías de la retina digitalizadas, se evaluó la arcada temporal superior e inferior y se midieron en un área de 0,5 a 1 cm de diámetro del disco de la papila óptica con software semiautomáticos ((AV Index calculator)) y se estima el índice arteriola/vénula (AVIx). La lesión vascular fue valorada con grosor de la íntima media de carótida y la velocidad de la onda de pulso, la lesión cardíaca fue evaluada con PDV de Cornell y la renal con la tasa de filtrado glomerular y con el índice albumina creatinina.

Resultados: El coeficiente de correlación intraclase inter-observador osciló entre 0,96 (IC95%: 0,94 a 0,970) y 0,99 (IC95%: 0,98 a 0,99) e intra-observador, entre 0,97 (IC95%: 0,94 a 0,98) y 0,99 (IC95%: 0,99 a 0,99). En Almant-Bland plot el límite de acuerdo inter-observadores en el AVIx derecho fue -0,009 (0,066 a -0,086) e izquierdo -0,001 (0,083 a -0,085) e intra-observador general del AVIx fue -0,005 (-0,057 a -0,047). El riesgo cardiovascular y el índice albumina creatinina fueron mayores en el primer tercil del AVIx (22,37%) ($p = 0,017$) y (16,66 mg/g) ($p = 0,004$) respecto a los otros dos. En la regresión múltiple, el AVIx y el grosor de la vena, pero no el de la arteria, se comportan como predictores del riesgo cardiovascular y de microalbuminuria.

Conclusiones: Esta herramienta muestra una elevada fiabilidad intra e inter-observador y los resultados del análisis de validez son concordantes con los hallazgos de los grandes estudios desarrollados en la estimación del riesgo cardiovascular y evaluación de lesión de órganos diana.

291. CONSUMO DE CACAO Y RIGIDEZ ARTERIAL EN SUJETOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

C. Agudo Conde¹, L. García Ortiz¹, M.C. Patino Alonso², M.A. Gómez Marcos¹, C. Castaño Sánchez¹, A. de Cabo Laso¹, B. Sánchez Salgado¹, C. Rodríguez Martín¹, E. Rodríguez Sánchez¹ y J.I. Recio Rodríguez¹

¹Unidad de Investigación de la Alamedilla, Salamanca.

²Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Analizar la relación entre el consumo de cacao con la presión arterial central y periférica, rigidez arterial y grosor íntima media de carótida en sujetos con factores de cardiovascular.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de 351 sujetos (edad media: 54,76 años, 62,4% hombres). La ingesta de cacao se recogió con un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. Se midió la presión arterial central y ambulatoria, la rigidez arterial se evaluó con el índice de aumento central y periférico, índice de rigidez arterial ambulatoria, velocidad de la onda de pulso, grosor íntima media de carótida e índice tobillo-brazo.

Resultados: Se encontraron valores mayores valores de velocidad de onda de pulso y riesgo cardiovascular entre los consumidores altos de cacao respecto a los no consumidores ($p < 0,05$). Estas diferencias desaparecen tras ajustar por edad, sexo, presencia de diabetes, presión arterial y el consumo de antihipertensivos y anti-lipídicos. El resto de medidas de rigidez arterial estudiadas (índice de aumento central y periférico, índice de rigidez arterial ambulatorio, índice tobillo-brazo y grosor íntima media de carótida) no muestra diferencias entre grupos.

Conclusiones: En sujetos con factores de riesgo cardiovascular, el consumo de cacao no produce una mejora en los valores de rigidez arterial.

292. EXPLORACIÓN FUNCIONAL VASCULAR COMO DETERMINANTE DE LESIÓN ORGÁNICA SUBCLÍNICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS

A. Hermida Ameijeiras¹, C. Morado González², J.E. López Paz¹, M. Pena Seijo¹, J.M. López Pérez² y C. Calvo Gómez¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela.

²CS Concepción Arenal, Santiago de Compostela.

Objetivos: La mayoría de pacientes con hipertensión arterial esencial no son conscientes de que tienen la presión arterial elevada durante mucho tiempo, por lo que muchos de ellos presentan daño orgánico ya en la primera consulta. La Sociedad Europea de Hipertensión y Cardiología en las últimas guías de práctica clínica publicadas y actualizadas en el año 2009, nos ofrece una serie de pruebas validadas para evaluar lesión orgánica subclínica, algunas de ellas de bajo coste y alta disponibilidad, como la hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) en electrocardiograma, el filtrado glomerular (FG) o la microalbuminuria (MAL) y otras con mayor coste y menor disponibilidad, como el índice tobillo-brazo (ITB), el grosor íntima-media (ITM) o la velocidad de onda de pulso (VOP). El objetivo del estudio fue describir, en una cohorte de pacientes hipertensos no tratados, la incidencia de LOS tras una exploración vascular funcional completa.

Métodos: Hemos incluido 54 pacientes hipertensos no tratados en su primera consulta a nuestra unidad excluidos aquellos con HTA secundaria e HTA de bata blanca. En todos los casos se realizó analítica de sangre y orina, electrocardiograma, determinación del índice tobillo-brazo y del grosor íntima-media, y estimación de la velocidad de onda de pulso mediante tonometría por aplanamiento utilizando el dispositivo Sphygmocor Vx. Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando el programa informático SPSS (versión 11.0).

Resultados: La edad media de la población a estudio fue de 48 años (desviación típica de 12,5 años). El 7,4% de ellos padece diabetes mellitus, el 77,7% presenta cifras de colesterol total por encima de 200 mg/dl y el 21,4% presenta triglicéridos por encima de 150 mg/dl. De nuestros 54 pacientes, el 44,44% presentaron LOS en su primera consulta. El 9,3% del total de nuestros pacientes presentaron hipertrofia de ventrículo izquierdo, 12,9% de ellos microalbuminuria, 9,3% descenso del filtrado glomerular, 7,4% aumento de la velocidad de onda de pulso, 3,7% un índice tobillo-brazo alterado y un 12,9% aumento del grosor íntima-media. Si tenemos en cuenta los pacientes que presentan hipertrofia de ventrículo izquierdo y/o microalbuminuria y/o disminución del filtrado glomerular, hemos encontrado que en 12 de ellos (22,22%) existen alteraciones. Si además nos fijamos en los pacientes que presentan alteración de ITM y/o ITB y/o VOP, hemos hallado que en 8 de ellos (14,81%) existen alteraciones, siendo los tres primeros parámetros normales (HVI, FG y MAL). A su vez, observamos que 4 pacientes (7,41%) presentan alteración de alguno de los parámetros de los dos grupos de pruebas anteriores.

Conclusiones: La presencia de lesión orgánica subclínica debe evaluarse al inicio y seguimiento de cualquier paciente hipertenso. Existen técnicas de bajo coste y alta disponibilidad que realizamos en la práctica clínica habitual en el ámbito de la medicina de atención primaria, y que nos permiten evaluar correctamente a nuestros pacientes. Sin embargo, otras técnicas con menor disponibilidad podrían ayudarnos a estratificar mejor el riesgo de nuestros pacientes. Una estrecha interacción entre la medicina de atención primaria y los laboratorios de exploración vascular funcional, optimizaría de forma eficiente el manejo del riesgo cardiovascular.

293. EL FÓSFORO SÉRICO COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR FUNDAMENTALMENTE EN EL CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES JÓVENES

M. Martín Conde¹, V. Lorenzo Sellarés², A. Betriu Bars¹, A. Dusso³, J.M. Valdivielso³ y E.D. Fernández Giraldez¹

¹Hospital Arnau de Vilanova, Lleida. ²Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife. ³Nefrología Experimental, IRB Lleida, Lleida.

Objetivos: Diferentes estudios han demostrado el papel del fósforo como factor promotor de la calcificación vascular en pacientes con enfermedad renal crónica. Sin embargo la asociación entre fósforo sérico y diferentes parámetros de ateromatosis no está clara en pacientes con enfermedad renal crónica.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional que incluyó 1-279 pacientes afectados de enfermedad renal crónica del estudio multicéntrico español NEFRONA (54%, 33% y 14% en estadios III, IV y V de enfermedad renal crónica respectivamente), edad: 60 ± 12 años; 63% varones; 28% diabéticos. Se aplicó un protocolo estandarizado que incluía valoración del grosor íntima media carotídeo; índice tobillo-brazo; y presencia o ausencia de placa a nivel carotídeo para determinar un score de enfermedad ateromatosa previamente validado (Coll et al, NDT 2010). La influencia de las variables estudiadas se evaluó aplicando un modelo uni y multivariante de regresión logística, siendo el score de enfermedad ateromatosa la variable dependiente.

Resultados: Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: 1) Sin enfermedad ateromatosa o con enfermedad ateromatosa ligera (44%); 2) Enfermedad ateromatosa moderada o severa (56%). La gravedad de la enfermedad ateromatosa se asoció de forma significativa con la edad avanzada (OR 1,087 [IC95% 1,073-1,102], $p < 0,001$), sexo varón (1,361 [1,007-1,841], $p = 0,045$), niveles de fósforo (1,354 [1,135-1,616], $p = 0,001$), presión arterial sistólica (1,010 [1,004-1,016], $p = 0,002$), tabaquismo (2,056 [1,535-2,754],

$p = 0,001$), y diabetes (1,554 [1,148-2,102], $p = 0,004$) en el modelo multivariante. El grado de disfunción renal, el calcio sérico, la PTH, y la dislipemia no se asociaron con la presencia de enfermedad ateromatosa más grave. En análisis sucesivos se observó que el riesgo de presentar enfermedad ateromatosa más severa se acentuaba en pacientes jóvenes con edad inferior a 63 años y con niveles de fósforo superiores a 3,6 mg/dl considerados dentro del rango de la normalidad ($p < 0,001$).

Conclusiones: El estudio actual demuestra en la población estudiada una relación entre los niveles de fósforo y la presencia de enfermedad ateromatosa más severa en pacientes con filtrado glomerular inferior a 60 ml/minuto. Esta asociación es más evidente en los pacientes más jóvenes a pesar de niveles de fósforo sérico dentro del rango de la normalidad.

294. EFECTOS NEGATIVOS DEL TABAQUISMO SOBRE LA MAPA EN HIPERTENSOS NO TRATADOS

P. Aranda, J. de la Cruz, M. Gorostidi, M.D. Martínez, A. de la Sierra, J. Segural, L. Ruilope y J. Redón

En representación del grupo de investigadores CARDIORISC, Madrid.

Objetivos: Comparar los efectos del tabaco en el perfil de PA de 24h y en el perfil de riesgo cardiovascular (CV) de los pacientes varones fumadores hipertensos no tratados (Media de PA en MAPA de 24h $\geq 135/85$ mmHg).

Métodos: Estudio trasversal de 5.889 varones hipertensos no tratados (VHNT) seleccionados del Registro Español de MAPA. Comparamos 1.634 (27,7%) fumadores versus 4.255 (72,3%) no fumadores con similar edad media (46,4 vs 46,2 años) e IMC (28,9 vs 28,9 Kg/Hm²). El tiempo medio de diagnóstico de HTA: 1,5 \pm 3 años. A todos los pacientes se les realizó MAPA de 24h y determinamos los niveles de glucosa basal en ayunas, creatinina, perfil lipídico y excreción urinaria de albúmina en orina de 24h. La estratificación del riesgo vascular se hizo de acuerdo a las Guías ESH-ESC de 2009.

Resultados: Los fumadores mostraron niveles medios de PA más altos con significación estadística ($p < 0,001$) (mmHg): 24h: (141/90,5 vs 139/89); Periodo diurno: 144,8/93,5 vs 143/92) y nocturno: (128/79 vs 126/78). Perfil Non dipper (%). 39,2 vs 35,2. Los fumadores también presentaron mayor prevalencia de (%) de dislipemia (37,1 vs 29,1), cociente albúmina/creatinina en orina 24 h ≥ 30 mg/24h (15,1 vs 7,2), HVI (2,6 vs 1,6) y asociación a enfermedad vascular (3,5 vs 2,1). Pacientes en Alto/Muy alto riesgo (%): 41,4 vs 22,1).

Conclusiones: En dos cohortes pareadas de varones hipertensos no tratados, los fumadores tenían valores más altos de PA así como peor perfil de riesgo CV. Además de empeorar el perfil de RCV, el tabaco parece influir negativamente en los valores de PA.

295. AUTOPERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO CHABS): SUBESTUDIO EN MUJERES MÉDICO CON MENOS DE 16 AÑOS DE EXPERIENCIA

J.R. Banegas¹, J.M. Lobos², J.L. Llisterri³, J. Gamarra⁴, J.J. de la Cruz¹, A. del Campo⁵, L.M. Ruilope⁶, C. Roldán⁷, B. Font⁷, en representación de los investigadores del estudio CHABS⁷

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

Objetivos: Describir el riesgo cardiovascular auto-percibido de las mujeres médico de atención primaria con menos de 16 años de

experiencia profesional, así como los factores de riesgo cardiovascular asociados a ellas.

Métodos: Se analizó una submuestra del estudio transversal CHABS, realizado en una muestra representativa de 2.583 médicos de atención primaria (53,4% mujeres) en España. Mediante una encuesta de opinión se obtuvo información sobre datos socio-demográficos, antropométricos y factores de riesgo cardiovascular. La autopercepción del riesgo cardiovascular actual se evaluó mediante tres opciones de respuesta: riesgo bajo, moderado o alto.

Resultados: La submuestra incluyó 710 mujeres médico con ≤ 15 años de experiencia profesional (media 8,0 \pm 4,4 años) y 35,4 \pm 6,4 años de edad; siendo 49,5 \pm 5,7 años la edad media de las mujeres con más de 15 años de experiencia y 48,0 \pm 8,4 la edad media de los hombres incluidos en el estudio. El 1,8% de las mujeres con ≤ 15 años de experiencia refirió padecer hipertensión versus el 7,9% de las mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 19,7% de los hombres ($p < 0,05$); el 5,6% hipercolesterolemia versus el 19,3% de las mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 26,1% de los hombres ($p < 0,05$); un 0,7% diabetes versus el 1,8% de mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 4,8% de hombres ($p < 0,05$); un 12,3% tabaquismo versus el 14,8% de mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 13,2% de los hombres médico (no significativo); el 35,4% sedentarismo (igual porcentaje en el grupo de mujeres con más de 15 años de experiencia) versus el 33,4% de los hombres (no significativo); y un 4,5% obesidad versus el 6,1% de mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 12,1% de hombres ($p < 0,05$). El 90,6% de las mujeres médico con ≤ 15 años de experiencia profesional percibió su riesgo cardiovascular actual como bajo, el 7,7% moderado y el 0,7% alto. La autopercepción del riesgo cardiovascular moderado-alto fue más elevada entre las mujeres con más experiencia (80,0% bajo, 16,6% moderado y 1,9% alto) y entre los hombres (65,0% bajo, 28,9% moderado y 6,0% alto).

Conclusiones: Sólo una de cada doce mujeres médico con menos de 16 años de experiencia profesional considera que tiene un riesgo cardiovascular moderado-alto, siendo los factores de riesgo (especialmente hipertensión e hipercolesterolemia) más frecuentes entre las mujeres de mayor edad y entre los hombres, a excepción del tabaquismo y el sedentarismo.

296. EN LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN COMARCA ARABA, ¿CUALQUIER TIEMPO PASADO FUE MEJOR?

G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J. Iturralde Iriso¹, J. Martínez Gorostiaga¹, M. Alonso Vallejo¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, E. López de Uralde Pérez de Albeniz¹, A. Chena Alejandro², M. Pinel Monge¹ y J. Ocharan Corcuera²

¹Comarca Araba, Vitoria. ²Hospital Universitario Araba, Vitoria.

Introducción: Nuestra oferta preferente nos indica que a toda persona diagnosticada de hipertensión arterial (HTA) se le deberá realizar la determinación del riesgo cardiovascular (RCV) mediante la tabla Regicor con una periodicidad anual. Así mismo se le debe realizar en consulta de enfermería con una periodicidad semestral un control que incluya: Toma de PA o valorar AMPA, Cumplimiento terapéutico y efectos secundarios, Modificación de hábitos de vida (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio) y registro anual el IMC. Cada 5 años le realizaremos un ECG. Finalmente consideramos buen control (BC) de la HTA a una PA $\leq 140/90$ mmHg, 135/85 mmHg en caso de AMPA y en diabéticos de 140/80 mmHg.

Objetivos: El objetivo del estudio es ver que cuál ha sido el trabajo que hicimos los médicos de Comarca Araba (301.084 hab.) en este aspecto durante 2010 y compararlo con los datos obtenidos en 2009.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población del Comarca Araba que cuenta con (301.084 usuarios, de los cuales 263.611 son mayores de 13 años) en el periodo referido a los resultados obtenidos de la Oferta Preferente de los años 2009 y 2010 según los datos aportados por Osakidetza.

Resultados: Se muestran en la tabla.

	2009	2010
Valoración RCV	57,61%	53,55%
Cribado HTA	47,94%	47,65%
Prevalencia (mayores de 13 años)	14,47%	15,97%
Estudio analítico	76,13%	76,60%
Control periódico	58,90%	57,47%
Estudio ECG	78,26%	73,87%
Buen control	42,67%	40,16%

Conclusiones: Los resultados obtenidos creemos que deben ser mejorados, al haber empeorado respecto al año anterior, en aspectos como el de pacientes bien controlados, en valoración del RCV de nuestros hipertensos, por lo que deberemos concienciar a los profesionales de la importancia de la valoración del cálculo del RCV, aun teniendo en cuenta que aún no hay evidencias que demuestren la efectividad de la utilización de tablas de RCV como estrategia de disminución de la morbi-mortalidad cardiovascular.

297. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES VALORADOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

M. Ramírez Marrero, B. Pérez Villardón, D. Gaitán Román, I. Vegas Vegas, A.M. García Bellón, A.M. González González, J.L. Delgado Prieto, J.M. Pérez Ruiz y M. de Mora Martín

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El dolor torácico es una de las entidades clínicas más frecuentes en los servicios de urgencias hospitalarias, requiriendo una correcta estratificación de riesgo, dado su pronóstico potencialmente fatal. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes valorados en una Unidad de Dolor Torácico (UDT).

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados consecutivamente a la UDT por clínica de dolor torácico desde los dispositivos de urgencias hospitalarias, en el periodo comprendido de junio de 2009 a octubre de 2011.

Resultados: Se incluyeron 829 pacientes, con edad media de $59,65 \pm 13,36$ años (14-93 años), 483 (58,3%) varones. El 25,7% eran fumadores, 57,3% hipertensos, 21,7% diabéticos y 49,2% dislipémicos. El 23,5% presentó antecedentes de cardiopatía isquémica previa, precisando el 14,1% revascularización coronaria. La comorbilidad media de los pacientes, expresada mediante el índice de Charlson, fue reducida, $0,92 \pm 1,28$. El 13,9% presentó anemia, 15% broncopatía, el 6,6% insuficiencia renal, 3,8% antecedente de ictus y el 2,9% enfermedad arterial periférica. Un 2,2% de los pacientes fueron diagnosticados previamente de fibromialgia reumática y el 17,1% presentaba trastornos afectivos. Prácticamente la totalidad de los pacientes presentaron una fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada (97%) y el 5% fibrilación auricular. En lo referente al tratamiento farmacológico

prescrito previo a la primera revisión por la UDT, el 45,8% de los pacientes empleaba antiagregantes plaquetarios, 3,9% anticoagulantes orales, 23,1% betabloqueantes, 24,4% antagonistas del calcio, 22,8% IECAs, 20,9% ARA-II, 21,7% nitratos y el 36,8% estatinas.

Conclusiones: El perfil clínico característico del paciente valorado por una Unidad de Dolor Torácico corresponde a un varón de mediana edad, con presencia de algún factor de riesgo cardiovascular clásico en al menos la mitad de los casos, y con una comorbilidad asociada reducida. En una cuarta parte de los casos presentan antecedentes previos de cardiopatía isquémica, con un empleo de fármacos nada despreciable.

298. UNIDADES DE DOLOR TORÁCICO. ¿SON ÚTILES EN LA ACTUALIDAD?

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El dolor torácico requiere una estratificación de riesgo precoz dado el pronóstico potencialmente fatal al que puede conducir. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la utilidad de la Unidad de Dolor Torácico (UDT) mediante el análisis crítico de los resultados obtenidos desde su inauguración.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes consecutivamente derivados a la UDT, en el periodo comprendido de junio de 2009 a enero de 2011. Se estudiaron diversas variables pronósticas, completándose un seguimiento con una mediana de 10 meses.

Resultados: Se incluyeron 639 pacientes, 58,1% hombres, con edad media de $59,5 \pm 13,4$ años. Se efectuaron 431 estudios ecocardiográficos (67,4% de los casos), 361 ergometrías (56,5% de los casos) siendo positivas 52 de ellas: 21 de los cuales tuvieron un resultado de alto riesgo (índice de Duke ≤ -11). Se indicaron 106 estudios isotópicos (16,6%), evidenciándose isquemia inducible en 25 de ellos, 5 ecos de estrés farmacológico y 10 angioTAC de coronarias, 3 de ellos patológicos. El 67,1% de los pacientes fue dado de alta en la primera visita, mientras que 31 pacientes (4,9%) fueron ingresados para realización de coronariografía precoz. De forma ambulatoria se indicaron otros 48 estudios angiográficos. De los 79 cateterismos cardíacos realizados, 57 (81,4%) mostraron enfermedad angiográfica significativa (3 lesiones de tronco coronario izquierdo, 31 en descendente anterior, 22 en circunfleja y 26 en coronaria derecha). Mostraron enfermedad coronaria multivaso el 37,1% de los estudios realizados. Fueron subsidiarios de revascularización coronaria 41 pacientes (71,9%) (10 quirúrgicos y 31 percutáneos). Tras completar el seguimiento a medio plazo, 18 pacientes (3,4%) ingresaron en el hospital por SCA; 4 de ellos eran pacientes con revascularización coronaria previa tras coronariografía solicitada desde la UDT, otros 4 eran pacientes por los que se optó manejo conservador ante elevada comorbilidad asociada, otros 4 pacientes ingresaron por dolor torácico con cateterismo "en blanco" y en los 6 restantes se documentó enfermedad coronaria que requirió revascularización coronaria. Un paciente requirió ingreso por insuficiencia cardíaca. No se documentó ningún fallecimiento.

Conclusiones: Las Unidades de Dolor Torácico permiten establecer la estratificación pronóstica de los pacientes que acuden a urgencias por clínica de dolor torácico de forma precoz, evitando el desarrollo de complicaciones relacionadas con el evento coronario agudo, en ocasiones fatales. De acuerdo a los resultados presentados estas unidades se muestran, de forma incuestionable, eficaces.

299. PREDICTORES INDEPENDIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES VALORADOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El dolor torácico es un motivo frecuente de asistencia a los servicios de urgencias hospitalarias. La causa que subyace al mismo puede ser potencialmente fatal, motivo por el cual se han creado las unidades de dolor torácico (UDT), como herramienta de estratificación pronóstica. El objetivo del presente estudio es determinar los predictores independientes de ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes evaluados por una UDT y considerados de alta de la misma.

Métodos: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados consecutivamente a la UDT, en el período comprendido de junio de 2009 a enero de 2011. Se analizaron los porcentajes de pacientes ingresados por SCA tras completar un seguimiento con una mediana de 10 meses.

Resultados: Se incluyeron 639 pacientes, 41,9% mujeres, con una edad media de $59,5 \pm 13,4$ años. Tras el seguimiento a medio plazo, 18 pacientes requirieron ingreso hospitalario por SCA, los cuales presentaron con respecto al resto de pacientes, un perfil de riesgo cardiovascular más elevado, con edad media más avanzada ($65,1 \pm 11,8$ vs $59,2 \pm 13,5$, $p = 0,05$), mayor prevalencia de cardiopatía isquémica previa (55,6% vs 20,8%, $p = 0,002$), mayor frecuencia de HTA (83,3% vs 53,8%, $p = 0,01$) y de diabetes mellitus (44,4% vs 20,6%, $p = 0,02$). Se encontró mayor porcentaje de detección de isquemia en los tests de inducción previamente realizados en pacientes ingresados por SCA (100% vs 18,7%, $p = 0,0001$), scores del índice de Duke en ergometría de mayor riesgo ($-11,8 \pm -3,6$ vs $5,6 \pm 5,5$, $p = 0,001$) y menor porcentaje de coronarias sin lesiones angiográficas (0% vs 22,4%, $p = 0,06$). Tras el ajuste, el antecedente de cardiopatía isquémica se asoció a mayor riesgo de ingreso por SCA (OR 4,5, IC95%, 1,3-16,3), al igual que la HTA, aunque sin alcanzar ésta última la significación estadística (OR 5,8, IC95%, 0,7-47,1).

Conclusiones: Los pacientes dados de alta tras valoración por una UDT que requieren ingreso hospitalario por SCA tras completarse un seguimiento a medio plazo presentan un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable, con resultados de test de inducción de isquemia previo de mayor riesgo. El antecedente de cardiopatía isquémica se mostró como predictor independiente de ingreso por SCA en estos pacientes.

300. ¿CUÁL ES EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA?

P. Segura Torres, J.M. Gil Cunquero, P. Pérez del Barrio, M.L. Garnica Álvarez, M. Polaina Rusillo, E. Merino García y A. Liébana Cañada

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: La HTA refractaria (HTAr) tiene un riesgo cardiovascular más elevado que el resto de la población hipertensa. El pronóstico de la HTAr está relacionado con las cifras de TA.

Objetivos: Realizar una valoración global del riesgo cardiovascular de los pacientes con HTA refractaria e insuficiencia renal avanzada según las Guías Europeas de HTA.

Métodos: Seleccionamos los pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada con aclaramiento de Cr ≤ 30 ml/min y TA $\geq 140/90$ mmHg durante 2 años consecutivos. Excluimos los diabéticos. Los

dividimos según tuvieran HTA refractaria (HTAr) o no. Recogimos factores de riesgo vascular y antecedentes de enfermedad cardiovascular, analítica general y tratamiento.

Resultados: Total de 58 pacientes de los cuales tienen HTA refractaria 37,9%. Mujeres 58,6%. No encontramos diferencias en cuanto a los factores de riesgo vascular estudiados (edad, presión de pulso > 65 mmHg (HTAr sí 72,7% vs no 66,7%: $p = \text{NS}$), Colesterol > 190 mg/dl (HTAr sí 55% vs no 48,6%: $p = \text{NS}$), LDL-c > 115 mg/dl (HTAr sí 33,3% vs no 34,3%: $p = \text{NS}$), HDL-c < 40 mg/dl en hombres (HTAr sí 42,9% vs no 12,5%: $p = \text{NS}$) y < 46 mg/dl en mujeres (HTAr sí 21,4% vs no 21,1%: $p = \text{NS}$), Triglicéridos > 150 mg/dl (HTAr sí 28,6% vs no 25,7%: $p = \text{NS}$) y glucemia basal > 102 mg/dl (HTAr sí 27,3 vs no 11,1%: $p = \text{NS}$)). Siendo más frecuente presentar 4 factores de riesgo asociados a la hipertensión refractaria (HTAr sí 22,7% vs no 2,8%: $p = 0,013$). Tampoco hay diferencias en cuanto a los antecedentes de enfermedad cardiovascular como cardiopatía isquémica (HTAr sí 4,5% vs no 13,9%: $p = \text{NS}$), arritmias (HTAr sí 13,6% vs no 8,3%: $p = \text{NS}$), ACV (HTAr sí 18,2% vs no 11,1%: $p = \text{NS}$) y enfermedad vascular periférica (HTAr sí 0% vs no 5,6%: $p = \text{NS}$), ni en TAS/TAD, obesidad, sexo, presencia de nefroangiosclerosis como etiología de la insuficiencia renal (HTAr sí 36,4% vs no 16,7%: $p = 0,089$). Los pacientes con HTAr toman más proporción de IECA (HTAr sí 76,2% vs no 40%: $p = 0,009$) más antagonistas del Calcio (HTAr sí 72,7% vs no 37,1%: $p = 0,009$) y más alfabloqueantes (HTAr sí 31,8% vs no 8,6%: $p = 0,025$) sin diferencias en la toma de ARA II, betabloqueantes, alopurinol y estatinas.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada e HTA refractaria se asocian a mayor número de factores de riesgo vascular sin que exista ningún marcador de forma aislada que sea característico de esta patología.

301. MARCADORES DE ATROSCLEROSIS PRECOZ Y DOPPLER TRANSCRANEAL COMO MEDIDAS NO INVASIVAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

S. Tello Blasco¹, A. Fernández¹, M. Fabregate¹, R. Fabregate, S. Redondo², J. Masjuán³, C. Martínez¹, M. Murchante¹ y J. Sabán Ruiz¹

¹Unidad de Endotelio; ²Servicio de Cirugía Vascular; ³Servicio de Neurología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La predicción de eventos mayores cardiovasculares y cerebrales se encuentra actualmente limitada si nos restringimos a los modelos que utilizan los factores de riesgo convencionales. Las técnicas no invasivas como la medida de aterosclerosis subclínica a través de ABL (índice tobillo brazo), el aumento del grosor íntima media carotídeo (asociado a enfermedad coronaria) y la disminución de velocidad de flujo de la arteria cerebral media (medida por doppler transcraneal), presente en pacientes con enfermedad cerebrovascular; podrían mejorar la predicción de riesgo y por consiguiente la toma de decisiones en cuanto a estrategias preventivas.

Objetivos: 1. Investigar la prevalencia de ABL anormal e IMT en pacientes hipertensos. 2. Comparar ABL, IMT, velocidad e índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media medida por doppler entre hipertensos y no hipertensos.

Métodos: Se establecen dos grupos: Grupo A (hipertensos): N = 63, 35/28 varones/mujeres; $56,75 \pm 14,40$ años, 35 hiperglucemia, 13 fumadores. Grupo B (normotensos): N = 29, 14 varones/14 mujeres; $54,89 \pm 12,12$ años, 12 hiperglucemia, 5 fumadores. ABL: índice tobillo brazo medido por ultrasonidos doppler como el cociente entre presión arterial sistólica maleolar y presión arterial sistólica en el brazo, medida en arteria tibial posterior, pedia dorsal y braquial. Se establece como punto de corte 0,9, definido como ABL disminuido, patológico (Ouriel et al. Surgery. 1982;91:686-93). IMT:

grosor íntima media carotídeo, medido por un sistema de alta resolución Hewlett Packard Image Point HX con una sonda de 10 MHz, en varios puntos (20, 25, 30 mm proximal a la división de flujo) en carótida izquierda al final de la diástole, estableciendo la media (CA-IMT) de manera individual. IMT de 0,75 mm establecido como punto de corte para detección de enfermedad coronaria significativa (sensibilidad 78%, especificidad 79%, valor predictivo positivo 95%, valor predictivo negativo 41%, odds ratio 12,9, 95% CI 3,5 to 47,6). (Holaj et al. Can J Cardiol. 2003;19(6):670-6). Doppler transcraneal: medidas en arteria cerebral media (MCA) de: Velocidad media (MCA-Vmean) medida con sonda de 2 MHz; Índice de Pulsatilidad de MCA según la ecuación $[MCA-PI = (Vs-Vd) : Vmean]$. Análisis estadístico: t-Student, U-Mann-Whitney, Kolmogorov-Smirnov y chi cuadrado.

Resultados: 1. En el grupo A, 23/63 (36,5%) obtuvieron $AB \leq 0,9$, y 12/29 (41,8%) en el grupo B; 42,1% (grupo A) y 33,3% (grupo B) de los sujetos afectados presentaron hiperglucemia. 2. Se objetivó $IMT \geq 0,75$ en 23/63 (31,7%) del grupo A y en 1/29 (3,4%) del Grupo B ($p = 0,019$). El 70% (grupo A) y 100% (grupo B) de los sujetos afectados presentaban hiperglucemia. 3- Los pacientes del grupo A tuvieron valores más bajos de MCA-Vmean ($58,62 \pm 2,88$ vs $50,17 \pm 2,14$; $p = 0,04$) y MCA-PI ($0,89 \pm 0,08$ vs $1,05 \pm 0,04$; $p = 0,004$).

Conclusiones: 1. La prevalencia de IMT y ABI anormal es similar en los sujetos hipertensos. IMT, pero no ABI, parece estar directamente relacionado con la enfermedad hipertensiva. 2. La hiperglucemia también parece estar más relacionada con IMT que con ABI, pero el N bajo con hiperglucemia no nos permite confirmar esta tendencia. 3. Una velocidad de flujo sanguíneo cerebral disminuida en pacientes hipertensos es sugestiva de microangiopatía. 4. La medida no invasiva de macro o microangiopatía subclínica podría mejorar la predicción de riesgo y permitirnos centrarnos en el desarrollo de estrategias de prevención primaria en pacientes hipertensos.

302. VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN LAS TABLAS DE ESTRATIFICACIÓN SCORE Y GUÍA EUROPEA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: PRUEBA PILOTO

C. Pérez Fernández¹, P. Veliz Terceros¹ y G. Prieto de Lamo²

¹CS Ávila Norte, Ávila. ²Gerencia de Atención Primaria de Ávila, Ávila.

Objetivos: Valorar el riesgo cardiovascular (RCV) según las tablas de estratificación SCORE y Guía Europea para el manejo de la hipertensión arterial en la población a la que se le recomienda hacer una valoración de este riesgo.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: Zona Básica de Salud Ávila Norte. Población de estudio: 78 pacientes que cumplieran las recomendaciones de valoración de RCV de la guía de práctica clínica "Valoración y tratamiento de RCV. Guía clínica basada en la evidencia". Variables de estudio: sociodemográficas, relacionadas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), con lesión de órgano diana subclínica, con ECV o enfermedad renal establecida, con diabetes mellitus (DM), con hipertensión arterial (HTA), con el perfil lipídico, RCV según SCORE (con la pertinente corrección para la población diabética) y Guía Europea para el manejo de la HTA (GEH). Análisis estadístico: se efectuó estadística descriptiva de todas las variables con SPSS 15.

Resultados: El 55,1% de los sujetos estudiados eran mujeres con una mediana de edad de 55,8 años. El 37,2% tenían HTA, el 20,5% DM, el 50% dislipemia y el 9% los tres anteriores diagnósticos. Un 22,1% eran fumadores, el 6,5% tenían hipertrofia del ventrículo izquierdo, el 5,1% nefropatía clínica, el 2,6% retinopatía avanzada y el 3,8% arteriopatía periférica. La media del IMC fue de $28,2 \text{ Kg/m}^2$ (IC95%: $27,2-29,1$) y del perímetro abdominal $98,8 \text{ cm}$ (IC95%: $96,2-$

$101,3$). Las únicas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) observadas en función del sexo fueron las del HDL ($53,74 \text{ mg/dl}$ en mujeres y $44,37 \text{ mg/dl}$ en hombres), la HTA (31,4% en hombres y 41,9% en mujeres) y el RCV según SCORE (Bajo: 45,7% hombres y 67,4% mujeres/Intermedio: 5,7% hombres y 20,9% mujeres/Alto: 48,6% hombres y 11,6% mujeres). Según SCORE el 57,7% mostraron un RCV bajo ($< 2,5\%$), un 14,1% intermedio (2,5%-4,9%) y un 28,2% alto ($> 5\%$). Según GEH el 30,8% presentaban un RCV bajo (referencia + bajo), el 19,2% intermedio (moderado) y el 50% alto (alto + muy alto). De los casos clasificados como RCV bajo según SCORE, el 44,4% coincidían con la GEH, sin embargo, un 24,4% la GEH los clasificaba como intermedio y un 31,1% como alto ($p < 0,05$). De los casos clasificados como RCV intermedio por SCORE el 9,1% coincidían con la GEH, pero un 18,2% la GEH los clasificaba como bajo y un 72,7% como alto ($p < 0,05$). De los clasificados como RCV alto según SCORE el 77,3% coincidían con la GEH, sin embargo, un 9,1% la GEH los clasificaba como bajo y un 13,6% como intermedio ($p < 0,05$).

Conclusiones: En Castilla y León se utiliza de forma sistemática la tabla SCORE para la valoración del RCV, que tiene como objetivo establecer un correcto plan terapéutico. Se ha de tener en cuenta que mediante la utilización de SCORE se está calculando el riesgo de mortalidad cardiovascular en los próximos 10 años, pero no permite conocer la previsión de incidencia de evento cardiovascular, la cual es determinada mediante la GEH. Por ello, consideramos necesario que para los pacientes con SCORE bajo o intermedio, debería de aplicarse también el cálculo del riesgo de evento cardiovascular según las recomendaciones de la GEH, con la finalidad de establecer un plan terapéutico adecuado.

303. DETECCIÓN PRECOZ DE ATEROSCLEROSIS, NUEVA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A. Vilar Gimeno¹, A. Betriu Bars², A. Plana², M. Borràs Sans¹ y E. Fernández Giraldez¹

¹Servicio de Nefrología-Udetma, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ²Udetma, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La enfermedad cardiovascular (CV) es primera causa de morbilidad en población general. La estrategia actual de prevención primaria de las enfermedades CV no es eficaz. No existen datos sobre progresión de enfermedad aterotrombótica (EA) en población general y que factores se relacionan con su progresión. Proponemos un nuevo modelo basado en el diagnóstico precoz de EA y seguimiento de su progresión en pacientes asintomáticos mediante ecografía carotídea.

Objetivos: Analizar el grado de progresión de EA a 2 años de seguimiento en pacientes asintomáticos con factores de riesgo tratados.

Métodos: En 1.274 pacientes remitidos de atención primaria de 40-75 años, sin eventos CV con 1 de los siguientes criterios: antecedentes familiares de EA, DM tipo 2, ERC, Score ≥ 3 , colesterol total $\geq 320 \text{ mg/dl}$ y/o colesterol LDL $\geq 240 \text{ mg/dl}$, HTA y/o 2 o más: tabaco, sedentarismo, perímetro abdominal > 102 hombres, > 88 mujeres, colesterol HDL $< 50 \text{ mg/dl}$. Realizamos anualmente: analítica completa, estudio vascular evaluando índice tobillo brazo (ITB) y ecografía carotídea (midiendo grosor íntima media (GIM) y número de placas de ateroma), exploración física (perímetro abdominal, TA e IMC). Consideramos progresión de la EA cuando el incremento del GIM $> 0,02 \text{ mm}$ o existe un incremento del número de placas (0 a 1-1 a múltiples). Presentamos los resultados preliminares en 151 pacientes con control a 2 años. Los pacientes están tratados de manera convencional según guías de práctica clínica.

Resultados: Presentan los siguientes parámetros basales: edad media 58,7 años, 82 hombres/69 mujeres, 57,6% hipertensos, 24,5% diabéticos y 21,7% fumadores. TAS media 145,2 (\pm 19,8) mmHg, TAD media 86,59 (\pm 10,04) mmHg, colesterol total 217,7 (\pm 36) mg/dl, HDL 56,9 (\pm 14,1) mg/dl, LDL 130,8 (\pm 32,8) mg/dl, Score medio: 2,6 (\pm 2,84), Regicor: 6,28 (\pm 3,9), perímetro abdominal: 100,26 (\pm 11,39) cm e IMC 29,6 (\pm 5,08). Presencia de placa de ateroma (una o múltiples) en 69 pacientes (45,7%), GIM medio: 0,817 (\pm 0,145) mm e ITB patológico: 21,9%. No existe progresión significativa del GIM medio (basal 0,817 mm vs 2 años: 0,824 mm, p: 0,68). Existe progresión en la presencia de placas de ateroma en 49 pacientes (32,5%). Quedan 15 pacientes fuera del análisis por presencia de múltiples placas basales. Dicha progresión se relaciona significativamente en el análisis univariante con edad, sexo y Score basales. El análisis multivariante tomando como variable dependiente la progresión del nº de placas, se asocia significativamente al GIM y Score basales. En los datos analizados según Score basal, existe mayor porcentaje de pacientes con progresión en nº placa ateromatosa en los que parten de un Score > 3, en ambos sexos.

Conclusiones: 1. Existe EA en pacientes con bajo riesgo CV basal (Score < 3). 2. El riesgo CV basal elevado es el mayor condicionante de la progresión. 3. La cuantificación del nº de placas mediante ecografía carotídea es un método eficaz de control de EA.