

Epidemiología

29. MANEJO DE LA TENSIÓN ARTERIAL DE NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

E. López de Uralde Pérez de Albeniz¹, J. Iturrealde Iriso¹, J. Cora Bardeci², C. Noriega Bosch³, M. Lasso de la Vega Martínez¹, M.T. Amiano Arregui⁴, B. Barrios Núñez⁴, M.J. Mendaza de la Hoz⁵, G. Mediavilla Tris⁶ y A.A. Rodríguez Fernández⁷

¹CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ²CS Zaramaga, Vitoria-Gasteiz.

³CS La Habana, Vitoria-Gasteiz. ⁴CS San Martín, Vitoria-Gasteiz.

⁵CS Gazalbide, Vitoria-Gasteiz. ⁶CS Aranbizkarrar 1, Vitoria-Gasteiz. ⁷CS Olaguibel, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer el manejo de la tensión arterial en pacientes hipertensos con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico. Población de estudio: población hipertensa con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (CIE-10 código I50) en cinco centros de salud. Atienden a una población de 130.180 habitantes. Los datos se recogen del programa OSABIDE, durante el período de enero a mayo de 2010.

Resultados: Son un total de 465 personas. La edad media es $80,03 \pm 9,6$ años. De estos hipertensos 273 son mujeres. El peso medio es de $76,23 \pm 17,8$ Kg. El 40,8% son diabéticos, el 39,1% son dislipémicos, el 53,5% tiene fibrilación auricular, el 12% tiene antecedentes de accidente cerebrovascular. En cuanto a la tensión arterial, la presión sistólica media es de $133,7 \pm 18,3$ mmHg y de presión diastólica $73,8 \pm 10,9$ mmHg. El 70,9% están tomando inhibidores de la enzima convertidora de angiotensinógeno (IECA) y/o antagonistas de los receptores de angiotensinógeno II (ARAII). El IECA más utilizado es enalapril y el ARAII es candesartán y valsartán en igual proporción. El 24,7% toman betabloqueantes (bisoprolol el más utilizado). Un 19,7% toman calcioantagonistas (amlodipino el más utilizado). Un 19,7% utiliza antagonista de la aldosterona (espironolactona). Un 50,3% están anticoagulados.

Conclusiones: Nuestros pacientes con insuficiencia cardíaca e hipertensión tienen también en gran proporción otra serie de factores de riesgo asociado y aunque la tensión arterial está bastante controlada una vez instaurada la enfermedad, debemos usar más betabloqueantes, IECA/ARAII, y antagonistas de la aldosterona por ser fármacos que han demostrado que han disminuido la mortalidad en estos pacientes.

30. ¿CUÁNTO ACUDEN A CONSULTA LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA?

E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, J. Iturralde Iriso¹, J. Cora Bardeci², C. Noriega Bosch³, M. Lasso de la Vega Martínez¹, M.T. Amiano Arregui⁴, B. Barrios Núñez⁴, M.J. Mendaza de la Hoz⁵, G. Mediavilla Tris⁶ y D. Gutiérrez Soto¹

¹CS Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz. ²CS Zaramaga, Vitoria-Gasteiz.

³CS La Habana, Vitoria-Gasteiz. ⁴CS San Martín, Vitoria-Gasteiz.

⁵CS Gazalbide, Vitoria-Gasteiz. ⁶CS Aranbizkarra 1, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer la frecuentación a consulta de nuestros pacientes hipertensos con insuficiencia cardíaca.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico. Población de estudio: población hipertensa con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (CIE-10 código I50) en cinco centros de salud. Atienden a una población de 130.180 habitantes. Los datos se recogen del programa OSABIDE, durante el período de enero a mayo de 2010.

Resultados: Son un total de 465 personas. La edad media es $80,03 \pm 9,6$ años. De estos hipertensos 273 son mujeres. El número de veces que han asistido a consulta médica del centro de salud en un año es de $21,29 \pm 22,93$ veces. A consulta de enfermería $15,84 \pm 22,42$ veces. La veces que han asistido en el último año a urgencias hospitalarias es de media $1,42 \pm 1,77$ veces. Los ingresos en hospitales de la red pública en el último año han sido de $1,03 \pm 1,62$ ingresos. De estos, los que han sido debidos a descompensación de su insuficiencia cardíaca es de $0,33 \pm 0,75$ veces.

Conclusiones: La frecuentación de estos pacientes, como cabe esperar, es alta, con una gran dispersión de los datos, por lo que hay pacientes, dentro de este grupo que consumen gran cantidad de recursos, que es sobre los que conviene actuar eficazmente para tenerlos mejor controlados e intentar que disminuyan ese exceso de recursos que utilizan.

31. ¿QUÉ PACIENTES HIPERTENSOS LLEGAN A CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEFROLOGÍA?

L. Gómez Paredes¹, E. Rubio González² y J.M. Portolés Pérez²

¹Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Monterrozas; ²Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: Analizar si pacientes remitidos por hipertensión por primera vez a consulta de Nefrología cumplen con criterios de derivación establecidos en el documento consenso sobre evaluación y tratamiento de HTA en España elaborado en 2008 por SEH-LELHA.

Métodos: Estudio retrospectivo. Criterios de inclusión: ≥ 15 años remitidos por HTA por primera vez a Nefrología en Hospital Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid) de enero 2009 a diciembre 2011. Recogida de datos: se elaboró una base de datos con información clínica y analítica incluyendo valores de: variable principal: dicotómica derivada del motivo de consulta, asignando si (coincide con uno o más de los descritos en el consenso) y no en el resto. Estos son: embarazo, refractaria a ≥ 3 fármacos (uno diurético), albuminuria/proteinuria 500 mg/g , \uparrow creatinina $> 2 \text{ g/dl}$ o \downarrow filtrado glomerular ($\text{MDRD} \leq 45 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$ si $2 \leq 70 \text{ años}$), hipopotasemia $< 3,5 \text{ mmol/L}$, brusca/empeoramiento rápido, $\leq 30 \text{ años}$, otros. Otras: especialidad que deriva, etiología final, FRCV, cociente albúmina/creatinina, microalbuminuria, MDRD, SCORE, tratamiento inicial/final, fármaco, TAS/TAD inicial/final, grado control, seguimiento. Análisis estadístico: analizamos los datos mediante SPSS 15.0. Las variables cuantitativas se muestran con media y desviación estándar y las cualitativas como porcentaje. Para test de comparación se utilizó t-Student o chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes: 50 hombres (54,3%) y 42 mujeres (45,7%) con edad media $51,53 \pm 16,31$ años (IC95%). Hallamos $p < 0,016$ para rango de edad (por ≤ 30 años) y $p < 0,046$ para origen (por Obstetricia). Sorprende la diferencia de TAS entre grupos: los que cumplían criterios presentaban una media de 10 mmHg más que los no cumplidores ($p < 0,013$). Objetivo principal: 56 pacientes (60,9%) cumplían con los criterios establecidos frente a 36 (39,1%). Motivo derivación: el más repetido en conjunto: sospecha de HTA secundaria (67,6%). Aisladamente fue microalbuminuria/proteinuria (27,2%) seguido de HTA brusca/empeoramiento repentino (15,2%). Destaca en tercer lugar pacientes sin recomendación (13%). Criterios como embarazo, empeoramiento/aparición brusca o edad se aplican mejor que otros como microalbuminuria/proteinuria. Origen: principal interconsultor: Atención Primaria (66,3%) con 33 interconsultas (54,1%) ajustándose a criterios y 28 no (45,9%). Etiología: HTA esencial (78,3%) asociada a embarazo (9,8%) y secundaria (12%). Grado de control: ≤ 70 años 50 pacientes se controlaron (63,3%) frente a 29 (36,7%) siendo buen control TA. Variación tratamiento farmacológico: \downarrow IECAS y β -bloqueantes a favor de \uparrow ARAII. Diuréticos y calcioantagonistas se mantuvieron. Número de fármacos y patología concomitante: los diabéticos necesitaron politerapia (75%) más que los no diabéticos (60,6%) ($p < 0,038$). En hipercolesterolemia y MDRD no hubo diferencias. Un 44,57% de pacientes fue dado de alta.

Conclusiones: Falta coordinación entre niveles asistenciales en nuestra área de salud. Un 13% de consultas no se adecuaron a ningún criterio inicialmente. De las que a priori cumplían criterios, no estaban indicadas en un 26,1% de casos. Supone 36 pacientes derivados erróneamente (39,1%). Perseguiremos homogeneidad en tratamiento y seguimiento de la HTA derivando cuando proceda. Esto logrará un sistema eficiente y sostenible.

32. COMPARACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN INMIGRANTES PROCEDENTES DE DIFERENTES PAÍSES RESIDENTES EN ESPAÑA. ESTUDIO INMIRISK

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

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivos: Valorar si existen diferencias en la población inmigrante en función de los años transcurridos desde su llegada a nuestro país y del área geográfica de procedencia.

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. Se seleccionan cuatro grupos: inmigrantes latinoamericanos (298), inmigrantes norteafricanos (130) y procedente del este de Europa (114). También grupo control de 100 españoles de edad y sexo similar. 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: a) Comparación del RCV de los inmigrantes con estancia menor de 8 años en España: si comparamos a los inmigrantes latinoamericanos, norteafricanos y de países del Este cuando llevan menos de 8 años de estancia en España no se aprecian diferencias significativas en ninguno de los parámetros analizados. El riesgo cardiovascular de los tres grupos de inmigrantes es similar entre

ellos (riesgo cardiovascular añadido alto o muy alto en el 5,5% de latinoamericanos, en el 4,3% de norteafricanos y en el 1,6% de inmigrantes del este), pero significativamente inferior al grupo control de españoles (28%). b) Comparación del RCV de los inmigrantes con estancia de 8 o más años en España: si comparamos a los tres grupos de inmigrantes cuando llevan 8 o más años en España se observa que el índice de masa corporal de los inmigrantes latinoamericanos ($28,1 \pm 0,4 \text{ Kg/m}^2$) y de países del Este ($28,4 \pm 0,9 \text{ Kg/m}^2$) es significativamente mayor que el de los norteafricanos ($25,8 \pm 0,5 \text{ Kg/m}^2$) y que el grupo control de españoles ($25,9 \pm 0,3 \text{ Kg/m}^2$). Lo mismo sucede con el perímetro de cintura ($93,9 \pm 1,1 \text{ cm}$ en latinoamericanos, $92,9 \pm 2,1 \text{ cm}$ en los del Este, $90,2 \pm 1,5 \text{ cm}$ en norteafricanos y $88,8 \pm 1,2 \text{ cm}$ en españoles), la presión arterial sistólica ($133,0 \pm 1,0 \text{ mmHg}$ en latinoamericanos, $129,1 \pm 2,4 \text{ mmHg}$ en los del Este, $122,5 \pm 3,0 \text{ mmHg}$ en norteafricanos y $124,2 \pm 0,8 \text{ mmHg}$ en españoles), y diastólica ($79,8 \pm 0,8 \text{ mmHg}$ en latinoamericanos, $79,0 \pm 1,3 \text{ mmHg}$ en los del Este, $75,0 \pm 1,3 \text{ mmHg}$ en norteafricanos y $76,5 \pm 0,6 \text{ mmHg}$ en españoles). Tras 8 años de estancia en España el riesgo cardiovascular aumenta en los tres grupos de inmigrantes, equiparándose al de los españoles en norteafricanos y de países del Este (riesgo cardiovascular añadido alto o muy alto en el 18,5% de norteafricanos, 20% en grupo de países del este). En inmigrantes latinoamericanos dicho riesgo cardiovascular supera al resto de grupos e incluso al grupo de españoles (riesgo cardiovascular alto o muy alto en 48,7% de latinoamericanos vs 28% de españoles).

Conclusiones: Con la estancia en España el riesgo cardiovascular de los inmigrantes aumenta sobre todo si proceden de Latinoamérica. Dicho aumento se hace clínicamente significativo 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.

33. PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA ATENDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

S. Valls López¹, M. Simó Falcó², M. Bañó Aracil¹
y V. Marco Hernández²

¹Hospital de La Plana, Villarreal. ²CS Casalduch, Castellón.

Introducción: La patología aórtica aguda: disección y rotura de aneurisma. Son una urgencia vital por su gran morbi-mortalidad, su diagnóstico no es fácil, pues se puede confundir con otras patologías.

Objetivos: Analizar la clínica, forma de presentación, manejo, antecedentes personales, técnicas diagnósticas, y tratamiento en un hospital comarcal.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado a partir de las historias electrónicas realizadas en el servicio de urgencias del Hospital de la Plana (Villarreal) desde enero de 2007 a noviembre de 2012.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 20 casos: 9 disecciones de aorta torácica y 11 casos de rotura de aorta abdominal. En los 9 casos de disección de aorta la media de edad fue de 65,66 años, se trató de dos mujeres y 7 varones, en 8 casos fue una disección de aorta tipo A, y uno de disección aórtica tipo B, el antecedente personal más frecuente es la HTA en 5 casos, en dos casos HTA y cardiopatía isquémica y en dos casos sin antecedentes. El síntoma de consulta fue en tres de los casos dolor torácico, en dos casos como dorsalgia, en uno disnea y como forma atípica de presentación un caso de dolor en miembro inferior, el diagnóstico se realizó fundamentalmente por TAC toraco-abdominal en 4 casos y angiotac en 3, eco transtorácica mas angiotac en 1 caso, sólo en dos casos se realizó Rx tórax, mientras que los hallazgos ECG: fueron no significativos, salvo bloqueo de rama en paciente portador de marcapasos, y otro con signos de sobrecarga. El tratamiento hospitala-

rio fue control del dolor y sólo en caso de disección tipo B, se realizó tratamiento con labetalol, el tratamiento definitivo fue quirúrgico, se derivó a cirugía torácica de un hospital de referencia. La mortalidad fue de 7 de los 9 casos. En cuanto a los aneurismas de aorta rotos, fueron 11 casos de edad media de 72,73 años, dos mujeres y 9 varones, el antecedente personal más frecuente fue HTA, asociada a diabetes en dos casos y a dislipemia en dos casos más, sólo dos pacientes no eran hipertensos. El diagnóstico se realizó mediante TAC abdominal, las alteraciones ECG: no fueron significativas, salvo bloqueo de rama y signos de sobrecarga en otro caso. La forma de presentación fue en 5 casos como dolor abdominal, tres casos como dolor lumbar, un caso dolor torácico, un caso como disnea, y por último un caso como síncope. El tratamiento en el área de urgencia fue control del dolor y sólo en un caso se dio bisoprolol. El tratamiento definitivo fue quirúrgico, los pacientes se derivaron a hospital de referencia en cirugía vascular, en este caso el más cercano. La mortalidad fue de ocho casos de los once aneurismas.

Conclusiones: Son pocos casos los que se reciben en el hospital comarcal, con gran morbi-mortalidad, en el caso de las disecciones la edad media es más baja que en la rotura de aneurismas. El antecedente de HTA es el más significativo, en los dos grupos. Y la importancia de los síntomas dada la gran variabilidad en la que estos se presentan.

34. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Riera Carmona¹, E. Pallarés Sanz¹, C. Méndez Galeano¹, S. Escorza Matías¹, M.I. Matilla Mont¹, O. Mazeres Ferrer¹, S. Sainz Galván¹, M. Paredes García¹, M. Miñano Cáceres¹ y E. López Gonzalo²

¹ABS Dr. Pujol i Capsada, El Prat de Llobregat. ²ABS Ramona Via, El Prat de Llobregat.

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal en un centro de salud urbano, con una población adulta asignada de 8.600 usuarios. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 15 años con diagnóstico en la historia clínica informatizada de enfermedad renal crónica (ERC) anterior al 30 junio de 2012. Fueron excluidos aquellos pacientes que no disponían de analítica ni valor de tensión arterial (TA) en los últimos 12 meses. Se evaluaron los objetivos según el Documento de Consenso SEN-SEMFYC sobre la ERC y Consenso Catalán sobre Atención a la Enfermedad Renal Crónica. Respecto a la discordancia existente entre estos dos consensos en lo que se refiere al control óptimo de la tensión arterial se marcó como objetivo las cifras recomendadas por la guía NICE para la enfermedad renal crónica.

Resultados: Se incluyeron 162 (76,77%) de 214 pacientes con una edad media de $75,2 \text{ años} \pm 13,07$ (62,96% mujeres). La etiología de la ERC sólo en un 22,7% estaba relacionada con otras patologías nefrourrológicas que no fueran diabetes mellitus (DM) ni hipertensión arterial (HTA). La distribución estimada para cada uno de los estadios de ERC, según la Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, fue: 16,05% para estadio 1-2, 42,59% para estadio 3A, 32,10% para estadio 3B, 7,41% para estadio 4 y 1,85% para estadio 5. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes fue: 9,88% fumadores activos, 45,06% diabéticos, 91,97% hipertensos, 59,87% dislipémicos. Un 42,59% presentaban concomitantemente diabetes e hipertensión. Los resultados de grado de control de estos pacientes reflejaron que: un 34,57% tenían valores de LDL $< 100 \text{ mg/dl}$, un 45,83% de los diabéticos cumplían un objetivo de HbA1c $< 7\%$, un 68,53% de los pacientes hipertensos no diabéticos

presentaban TA < 140/90 y, en los que presentaban ambas patologías, un 49,32% alcanzaban objetivos de TA < 135/85. Se solicitó cociente albúmina/creatinina en un 66,45% (no disponiendo de él en un 33,95% de los casos), de los cuales sólo un 4,94% presentaba albuminuria > 500 mg/g. De estos, el 100% estaban siendo tratados con IECA y/o ARA-2, y el 37,5% cumplían objetivos de TA.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos observamos un control metabólico subóptimo (LDL y HbA1c) en nuestros pacientes. En el caso del control de LDL y cociente albumina/creatinina existe un alto porcentaje sin ninguna determinación en el último año. En cambio, la consecución de los objetivos de control de la tensión arterial, tanto en población diabética como no diabética, fue aceptable, aunque mejorable en los diabéticos. El uso de fármacos antihipertensivos con efecto nefroprotector estaba presente en todos los pacientes. Se plantea la realización de una segunda fase de este estudio en un año tras implementar una estrategia de mejora en enfermedad renal crónica en nuestro equipo.

35. PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Pallarés Sanz¹, S. Riera Carmona¹, C. Méndez Galeano¹, S. Escorza Matías¹, M.I. Matilla Mont¹, O. Mazeres Ferrer¹, M. Paredes García¹, S. Sainz Galván¹, M. Miñano Cáceres¹ y E. López Gonzalo²

¹ABS Dr. Pujol i Capsada, El Prat de Llobregat. ²ABS Ramona Via, El Prat de Llobregat.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) y su comorbilidad asociada, en un centro de atención primaria.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal en un centro de salud con una población adulta asignada de 8.600 pacientes. Mediante la revisión de la historia clínica informatizada, se encontraron 214 pacientes con el diagnóstico de enfermedad renal crónica hasta 30 de junio de 2012. La muestra resultante fue de 170, una vez excluidos los pacientes exitus y los que no disponían de analítica en el último año. Se evaluó la presencia de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, y la comorbilidad de enfermedad cardiovascular asociada: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y accidente cerebrovascular. Así como, el estadio de ERC a partir del filtrado glomerular (FG), según la clasificación Kidney Disease Outcome Quality Initiative.

Resultados: Se incluyeron 170 (79,44%) de los 214 pacientes con una edad media de $75,32 \pm 12,89$, 107 (62,94%) eran mujeres. La prevalencia de enfermedad renal crónica en nuestra población fue 2,41%. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos fue hipertensión arterial 92,35%, diabetes mellitus 43,53%, concordan-
tia de ambas en 41,18%, dislipemia 60% y 10,56% tabaquismo. Respecto a la patología cardiovascular asociada: insuficiencia cardíaca 22,35%, cardiopatía isquémica 14,12%, enfermedad arterial periférica 8,23% y accidente cerebrovascular 12,94%. La distribución estimada para cada uno de los estadios de ERC, según Kidney Disease Outcome Quality Initiative, fue: 15,88% para estadio 1-2, 42,35% para estadio 3A, 32,35% para estadio 3B, 7,65% para estadio 4 y 1,76% para estadio 5.

Conclusiones: Se objetiva una prevalencia de enfermedad renal crónica inferior a la esperada en comparación a los datos obtenidos en el estudio EPIRCE, pero un mayor porcentaje de pacientes en estadios más avanzados de la enfermedad. Esto puede deberse tanto al infradiagnóstico en sí como a las características de nuestra población, dada la alta prevalencia de factores de riesgo y comorbilidad cardiovascular. La falta de detección de estos pacientes

supone en un control subóptimo de los objetivos terapéuticos a cumplir.

36. PREVALENCIA DE COMORBILIDAD SEGÚN EL SISTEMA “CLINICAL RISK GROUP”, NÚMERO DE INGRESOS, INSTITUCIONALIZACIÓN Y ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

O. Mazeres Ferrer¹, C. Méndez Galeano¹, E. Pallarés Sanz¹, S. Riera Carmona¹, Y. Sanz González², S. Barragán Martín¹, N. Maroto Villanueva¹, J. Martínez Montes¹, D.J. Ribas Casas¹ y N. Rodríguez Bailón¹

¹ABS Dr. Pujol i Capsada, El Prat de Llobregat.

²ABS Gavá-1, Gavá.

Objetivos: Los CRG clasifican a los individuos según niveles de gravedad de su estado de salud, estableciendo niveles de comorbilidad por iso-consumo de recursos. Objetivo principal: conocer la estratificación en grupos de riesgo según el sistema de clasificación “clinical risk groups” (CRG) en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) de un centro de atención primaria, como sistema de medida de comorbilidad, así como el número de ingresos que han presentado en el último año. Objetivo secundario: conocer la prevalencia de institucionalización en residencia e inclusión en programa de atención domiciliaria (ATDOM) de estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en un centro de atención primaria del área urbana de Barcelona con 8.600 habitantes asignados ≥ 15 años. Se revisaron las historias clínicas informatizadas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en el momento del estudio. Se registraron los datos correspondientes a las variables del estudio en una base de datos creada para tal fin, realizando un análisis descriptivo y bivariado.

Resultados: De los 216 pacientes con ERC se han analizado 210 (5 excluidos por exitus en el momento del estudio y 1 por falta de analítica para calcular el estadio de ERC). La media de edad es de 75,5 años con un 61,9% (130) de mujeres. El estadio de la ERC según clasificación Kidney Disease Outcome Quality Initiative es: 14,28% (30) estadio 1-2, 43,8% (92) estadio 3A, 30% (64) estadio 3B, 8,09% (17) estadio 4 y 3,8% (8) estadio 5. Respecto a la comorbilidad asociada, el 90,5% (196) de los casos presenta hipertensión arterial, el 39,04% (86) diabetes mellitus, el 23,3% (49) insuficiencia cardíaca y en el 12,38% (26) de los casos coexisten las 3 patologías. El 7,61% (16) de los pacientes están institucionalizados, mientras que el 14,28% (30) forman parte del programa ATDOM. La estratificación en grupos de riesgo según sistema de clasificación CRG, es: CRG 2 (0,47%), CRG 5 (1 órgano afectado) (10%), CRG 6 (2 órganos afectados) (60,47%), CRG 7 (3 órganos afectados) (22,85%), CRG 8 (neoplasias) (2,3%), CRG 9 (diálisis) (3,8%). La media de ingresos hospitalarios en función de los CRG es: CRG 6 de 0,070, y CRG 7 de 0,125. No hay datos en relación a ingresos en pacientes con CRG 8 y 9. En relación al estadio de enfermedad según nivel de CRG, en todos existe un predominio del grupo CRG 6, excepto el estadio 5 de ERC con mayor porcentaje de pacientes incluidos en CRG 9.

Conclusiones: En la población estudiada el mayor volumen de pacientes se encuentran en el CRG 6, seguido de CRG 7, lo que presupone una elevada morbilidad, utilización y consumo de recursos en estos pacientes. Estos resultados son los comparables con los datos ofrecidos por el Departamento de Salud de Cataluña. Asimismo, la media de ingresos, por porcentaje de pacientes por grupo, es mayor en pacientes del grupo CRG 7 seguido de pacientes con CRG 6, en consonancia, con los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario (CMBD) de Cataluña. Respecto al programa

ATDOM, existe una prevalencia superior a la mínima esperada de pacientes por edad > 75 en Cataluña.

37. PREVALENCIAS POBLACIONALES DE SÍNDROME METABÓLICO Y SUS CRITERIOS DETERMINANTES. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO SIMETAP

E. Arranz Martínez¹, A. Ruiz García², P. Chao Escuer³, C. Zafra Urango⁴, N. Escamilla Guijarro⁵, J. Moreno Fernández⁵, J. Miguel Mansilla², M.R. Morales Chico⁶, E. Revilla Pascual⁷ y H. Muñoz Riesco⁶

¹CS San Blas, Parla. ²CS Pinto, Pinto. ³CS Griñón, Griñón.

⁴CS Isabel II, Parla. ⁵CS Las Américas, Parla. ⁶CS Valdemoro, Valdemoro. ⁷CS El Greco, Getafe.

Objetivos: Objetivo principal: estimar las prevalencias poblacionales de síndrome metabólico (SM) según ATP e IDF. Objetivo secundario: estimar las prevalencias poblacionales de los criterios determinantes que definen SM según ATP e IDF.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional [aplicativo “=

ALEATORIO()” Microsoft®Excel] sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 910 [19,37% ilocalizables; 7,93% rechazaron consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas.

Resultados: Variables descriptivas: la población femenina (M) era el 51,98% (48,68-55,27). La prevalencia poblacional de SM (ATP) fue del 30,77% (27,78-33,88), y del 33,44% (30,38-36,62) según IDF. El 86,07% (81,45-89,90) de los pacientes con SM (ATP) (280) también cumplían los criterios de IDF; y el 79,28% (74,28-83,90) de los pacientes diagnosticados de SM (IDF) (304), cumplían los criterios de ATP, siendo la diferencia (6,79%) significativa ($p = 0,023$) (tabla 1). Variables de estudio y resultado (tabla 2).

Conclusiones: La prevalencia poblacional de SM es del 30,8% según los criterios de ATP, y del 33,4% según IDF. Hay una mayor prevalencia poblacional de perímetro abdominal aumentado y de hiperglucemia basal en las variables menos restrictivas de IDF. El 86% de los pacientes diagnosticados de SM según ATP, también cumplen criterios diagnósticos según IDF.

Tabla 1

	Población Media	DE	Hombres Media	DE	Mujeres Media	DE	Diferencia (H/M) Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	49,63	16,46	49,95	15,62	49,33	17,20	0,62	0,5670
IMC (Kg/m ²)	27,34	5,18	28,07	4,75	26,67	5,46	1,41	0,0001
Per. Abd. (cm)	92,40	15,03	98,25	13,27	87,09	14,57	11,15	0,0001
PAS (mmHg)	121,01	15,28	123,29	13,77	118,92	16,29	4,37	0,0001
PAD (mmHg)	73,80	10,15	75,57	9,32	72,15	10,60	3,42	0,0001
Glucemia (mg/dL)	93,22	22,37	95,44	23,95	91,23	20,68	4,21	0,0050
HbA1c (%)	5,55	1,03	5,61	0,99	5,50	1,07	0,10	0,2370
Triglicéridos (mg/dL)	118,93	77,90	131,51	70,83	107,63	82,20	23,88	0,0001
Col. HDL (mg/dL)	52,99	13,66	48,32	11,40	57,19	14,15	8,87	0,0001
Col. Total (mg/dL)	194,99	37,90	193,04	38,34	196,74	37,46	3,70	0,1480
Col. LDL (mg/dL)	118,37	32,32	118,36	32,68	118,38	32,03	0,02	0,9920

Tabla 2

	Criterios diagnósticos SM	N	n	%	LIIC (%)	LSIC (%)
1	PAbd \geq 80 cm (M) (IDF)	473	298	63,00%	58,47	67,37
	PAbd \geq 94 cm (H) (IDF)	437	253	57,89%	53,11	62,57
	PAbd $>$ 88 cm (M) (ATP)	473	201	42,49%	37,99	47,09
	PAbd $>$ 102 cm (H) (ATP)	437	141	32,27%	27,9	36,87
	IMC $>$ 30	910	251	27,61%	24,73	30,64
	P Abd $>$ o IMC $>$ 30	910	573	63,04%	59,81	66,18
2	TGC \geq 150 mg/dL	910	205	23,14%	20,4	26,06
3	HDL $<$ 50 mg/dL (M)	473	147	31,08%	26,93	35,46
	HDL $<$ 40 mg/dL (H)	437	117	26,77%	22,68	31,19
	HDL $<$ 40/50 mg/dL (H/M)	910	264	29,01%	26,08	32,08
4	PA \geq 130/85 mmHg	910	448	49,23%	45,93	52,53
5	Gluc \geq 100 mg/dL (IDF)	910	177	19,45%	16,93	22,17
	Gluc \geq 110 mg/dL (ATP)	910	121	13,30%	11,16	15,68

38. EVALUACIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE HIPERGLUCEMIA Y DIABETES EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

E. Arranz Martínez¹, A. Ruiz García², E. Martínez Cid de Rivera³, C. Ribot Catalá⁴, R. Rodríguez Cabanillas⁵, A. Alcaraz Bethencourt⁶, P. Simonaggio Stancampiano⁷, I. Díaz González², R.M. Hernández López⁸ y G. Tejedor Pérez⁵

¹CS San Blas, Parla. ²CS Pinto, Pinto. ³CS Los Pintores, Parla.

⁴CS Jaime Vera. Leganés. ⁵CS Valdemoro, Valdemoro. ⁶CS Isabel II, Parla. ⁷CS San Martín de la Vega, San Martín de la Vega. ⁸CS El Greco, Getafe.

Objetivos: Objetivo principal: determinar las prevalencias de hiperglucemia y diabetes mellitus (DM) en la población del estudio.

Objetivos secundarios: comparar la prevalencia de hiperglucemia en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF. Comparar la prevalencia de DM en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud du-

rante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación nacionales e internacionales. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 910 [(19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones.

Resultados: Variables descriptivas: la media de edad en la población de estudio fue 49,63 ($\pm 16,46$) años. El 51,98% (48,68-55,27) de la población era femenina. El 30,77% (27,78-33,88) de la población padecía SM según ATP, y el 29,12% (26,19-32,19) según IDF. Variables de estudio y resultado: En la población de estudio se de-

Tabla 1

	N	n	%	LI IC (%)	LS IC (%)
Gluc ≥ 100 mg/dL	910	177	19,45%	16,93	22,17
Gluc ≥ 110 mg/dL	910	121	13,30%	11,16	15,68
DM2	910	90	9,89%	8,03	12,02
DM1	910	10	1,10%	0,53	2,01

Tabla 2

	Hombres			Mujeres			Dif.%	p-valor
	N	n	%	N	n	%		
DM2	437	47	10,76%	473	43	9,09%	1,67	0,3992
DM1	437	6	1,37%	473	4	0,85%	0,52	0,4524
Gluc ≥ 100 mg/dL	437	104	23,80%	473	73	15,43%	8,37	0,0014
Gluc ≥ 110 mg/dL	437	71	16,25%	473	50	10,57%	5,68	0,0117
SM (ATP)	437	157	35,93%	473	123	26,00%	9,93	0,0012
SM (IDF)	437	164	37,53%	473	140	29,60%	7,93	0,0113

Tabla 3

	Con SM (ATP)			Sin SM (ATP)			Dif.%	p-valor
	N	n	%	N	n	%		
Gluc ≥ 100 mg/dL	280	127	45,36%	630	50	7,94%	37,42	0,0000
Gluc ≥ 110 mg/dL	280	104	37,14%	630	17	2,70%	34,44	0,0000
DM2	280	80	28,57%	630	10	1,59%	26,98	0,0000
DM1	280	7	2,50%	630	3	0,48%	2,02	0,0070

Tabla 4

	Con SM (IDF)			Sin SM (IDF)			Dif.%	p-valor
	N	n	%	N	n	%		
Gluc ≥ 100 mg/dL	304	141	46,38%	606	36	5,94%	40,44	0,0000
Gluc ≥ 110 mg/dL	304	101	33,22%	606	94	20,00%	13,22	0,0000
DM2	304	75	24,67%	606	15	2,48%	22,19	0,0000
DM1	304	7	2,30%	606	3	0,50%	1,80	0,0141

terminaron las prevalencias que se muestran en la tabla 1, No existían diferencias significativas en las prevalencias de DM entre hombres y mujeres. Sin embargo, las prevalencias de glucemias ≥ 100 y ≥ 110 mg/dL, y de SM (ATP/IDF) eran significativamente mayores en hombres que en mujeres (tabla 2). Las prevalencias de las glucemias ≥ 100 mg/dL y ≥ 110 mg/dL, y de DM2 y DM1 fueron significativamente mayores en las poblaciones con SM (ATP/IDF) que en las poblaciones sin SM: (tablas 3 y 4). Las diferencias de prevalencias de glucemia ≥ 100 mg/dL (-1,02%) y de glucemia ≥ 110 mg/dL (3,95%) entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF) no eran significativas ($p = 0,805$ y $p = 0,321$ respectivamente). Las diferencias de prevalencias de DM2 (3,90%) y de DM1 (0,20%) entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF) no eran significativas ($p = 0,286$ y $p = 0,875$ respectivamente).

Conclusiones: Las prevalencias poblacionales de DM2 y DM1 fueron 9,9% y 1,1% respectivamente, sin diferencias por sexos. Las prevalencias poblacionales de las glucemias ≥ 100 mg/dL y ≥ 110 mg/dL fueron 19,5% y 13,3% respectivamente, siendo significativamente mayores en hombres que en mujeres. Las prevalencias de las glucemias ≥ 100 mg/dL y ≥ 110 mg/dL, y de DM2 y DM1 fueron significativamente mayores en las poblaciones con SM (ATP/IDF) que en la población sin SM.

39. RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL FIFRINÓGENO EN PLASMA EN ADULTOS SIN ENFERMEDADES CRÓNICAS

M.A. Gómez Marcos¹, M.C. Patino Alonso², C. Agudo Conde¹, A. de Cabo Laso¹, B. Sánchez Salgado¹, V. Martínez Vizcaíno³, C. Martín Borrás⁴, I. Sauras Lleras⁵, A. Sánchez Pérez⁶ y J.I. Recio Rodríguez¹

¹Unidad de Investigación de La Alamedilla, Salamanca.

²Departamento de Estadística, Universidad de Salamanca, Salamanca. ³Universidad de Castilla La Mancha, Cuenca.

⁴Universidad Ramon Llull, Barcelona. ⁵CS Torre Ramona, Zaragoza. ⁶Unidad de Investigación de Atención Primaria, Bilbao.

Objetivos: Analizar la relación de la actividad física habitual evaluada con acelerómetro y con el 7- day PAR con el fibrinógeno plasmático.

Métodos: Realizamos un estudio transversal en una cohorte previamente establecida de sujetos sanos. En este trabajo se analizaron 1.384 sujetos incluidos en el estudio EVIDENT (edad media 55 ± 14 años; mujeres el 61%). Se midió el fibrinógeno en plasma sanguíneo. La actividad física se evaluó con el 7-day PAR (METS/hora/semana) y con un Actigraph GT3X acelerómetro (Counts/minuto) durante 7 días.

Resultados: El ejercicio físico, evaluado tanto con acelerómetro (counts/minute), como con el 7-day PAR (METS/hour/week), es mayor en el grupo con valores menores de fibrinógeno (primer tercilio) ($p < 0,01$). La actividad física presenta correlación negativa con el fibrinógeno en plasma, valorado con Counts/min ($r = -0,100$; $p < 0,001$) y con METS/hour/week ($r = -0,162$; $p < 0,001$). En la regresión lineal múltiple, los Count/minuto y METS/hour/week del 3º

tercilio respecto del primero mantienen la significación estadística tras ajustarla por diferentes factores de confusión ($\beta = -0,03$, $p = 0,04$ y $\beta = -0,06$, $p < 0,01$ respectivamente).

Conclusiones: La actividad física valorada con acelerómetro y con 7-day PAR presenta una asociación negativa con los niveles plasmáticos de fibrinógeno. Esta relación se mantiene en los sujetos que realizan más ejercicio tras ajustarla por los principales factores de confusión.

40. EVALUACIÓN DE LAS PREVALENCIAS POBLACIONALES DE LAS VARIABLES LIPÍDICAS RELACIONADAS CON EL SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García¹, E. Arranz Martínez², M. Rivera Teijido³, M.J. Frías Vargas⁴, E. Martínez-Cid de Rivera⁵, R. Alonso Roca⁶, A.O. Rodríguez Rodríguez³, D. Fernández-Pacheco Vila⁷, I. Íscar Valenzuela⁸ y B. Remón Pérez⁷

¹CS Pinto, Pinto. ²CS San Blas, Parla. ³CS Isabel II, Parla.

⁴CS Campohermoso, Humanes. ⁵CS Pintores, Parla. ⁶CS Torrejón de la Calzada, Torrejón de la Calzada. ⁷CS Valdemoro, Valdemoro. ⁸CS El Greco, Getafe.

Objetivos: Objetivo principal: determinar las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas relacionadas con el síndrome metabólico (SM). Objetivo secundario: comparar las prevalencias de las variables lipídicas entre sexos y entre las poblaciones con o sin SM.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de: International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, LOPD 15/1999, y Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional [aplicativo “=ALEATORIO()” Microsoft® Office Excel] sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 910 [19,37% ilocalizables; 7,93% rechazaron consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Método de recogida de datos: se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos escalares: medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas.

Resultados: Variables descriptivas: población femenina (M): 51,98% (48,68-55,27). Población con SM (ATP): 30,77% (27,78-33,88). Población con SM (IDF): 29,12% (26,19-32,19) (tabla 1). La media de edad en la población con SM (ATP) fue 60,62 (\pm 14,49) años, y 59,29 (\pm 15,15) en la población con SM (IDF) [di-

Tabla 1

	Población Media	DE	Hombres Media	DE	Mujeres Media	DE	Diferencia (H/M) Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	49,63	16,46	49,95	15,62	49,33	17,20	0,62	0,5670
Triglicéridos (mg/dL)	118,93	77,90	131,51	70,83	107,63	82,20	23,88	0,0001
Col. HDL (mg/dL)	52,99	13,66	48,32	11,40	57,19	14,15	8,87	0,0001
Col. Total (mg/dL)	194,99	37,90	193,04	38,34	196,74	37,46	3,70	0,1480
Col. LDL (mg/dL)	118,37	32,32	118,36	32,68	118,38	32,03	0,02	0,9920

Tabla 2

	Hombres	Mujeres	Dif.%	p-valor
TG ≥ 150 mg/dL	27,92%	13,95%	13,97	0,0001
HDL < 40/50 (H/M)	20,14%	13,53%	6,61	0,0076
CT ≥ 200 mg/dL	39,36%	34,88%	4,48	0,1620

Tabla 3

	Con SM (ATP)	Sin SM (ATP)	Dif.%	p-valor
TG ≥ 150 mg/dL	48,93%	8,10%	40,83	0,0000
HDL < 40/50 (H/M)	31,43%	10,16%	21,27	0,0000
CT ≥ 200 mg/dL	67,86%	23,33%	44,53	0,0000
%	Con SM (IDF)	Sin SM (IDF)		
TG ≥ 150 mg/dL	45,39%	8,25%	37,14	0,0000
HDL < 40/50 (H/M)	29,93%	10,07%	19,76	0,0000
CT ≥ 200 mg/dL	61,84%	24,59%	37,25	0,0000

ferencia (1,33) no significativa ($p = 0,280$]). Variables de estudio y resultado: las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas relacionadas con el SM fueron: triglicéridos (TG) ≥ 150 mg/dL: 20,66% (18,07-23,44). Colesterol total (CT) ≥ 200 mg/dL: 37,03% (33,89-40,26). HDL < 40/50 (H/M) mg/dL: 16,70% (14,34-19,29). Las prevalencias de estas variables según sexo y sus diferencias se muestran en la tabla 2. Las prevalencias de estas variables según SM (ATP/IDF) y sus diferencias se muestran en la tabla 3. No existieron diferencias significativas en las prevalencias de estas variables lipídicas entre la población con SM (ATP) y con SM (IDF).

Conclusiones: Las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas relacionadas con el SM fueron: hipertrigliceridemia 21%; hipercolesterolemia: 37%; HDL bajo: 17%, siendo significativamente mayores en los hombres. No hubo diferencias significativas entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF), siendo respectivamente: hipertrigliceridemia 49% vs 45%; hipercolesterolemia: 68% vs 62%; HDL bajo: 31% vs 30%.

41. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL TERCARIO

S. Etaaboudi, L.M. Lou Arnal, L. Arnaudas Casanova, L.P. Sahdala Santana, A. Blasco Forcén, J. Pérez Pérez, A. Gutiérrez Dalmau, R. Pernaute Lavilla y A. Sanjuán Hernández
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción y objetivos: Dada la escasa información sobre enfermedad renal (ER) hospitalaria proponemos dentro de un proyecto de mejora de calidad analizar su epidemiología en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio transversal observacional. Muestreo aleatorio simple sobre 1.907 ingresos en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, seleccionados de entre los 11.102 ingresos del primer semestre de 2.011. Fuentes de datos: base de datos del laboratorio y base de datos del Servicio de Documentación Clínica. Indicadores de ER durante el ingreso: filtrado glomerular estimado por MDRD < 60 ml/min/1,73 m² en menores de 70 años y < de 45 ml/min/m² en mayores de 70 años. Datos recogidos: edad, sexo y características del ingreso (servicio, duración, motivo y diagnósticos asociados).

Resultados: La incidencia de ER fue del 10,8% (206 casos). Estos pacientes presentan mayor edad ($72,5 \pm 11$ vs $63,6 \pm 17$ años, $p < 0,0001$), mayor porcentaje de varones (72,8% vs 48,5% $p < 0,0001$) mayor incidencia en servicios médicos (14,6%) que en quirúrgicos (14,6% vs 6,8%, $p < 0,0001$) y en ingresos cuyo motivo principal era insuficiencia cardíaca (34,2%), cardiopatía isquémica (19,1%), enfermedad vascular periférica (20%), complicaciones de la diabetes (16,7%) o patología urológica (14,9%, $p < 0,0001$). El diagnóstico de ER tan sólo figura en el informe de alta en el 40,2% de los pacientes en que se detectó.

Conclusiones: A pesar de limitar la definición de ER, su incidencia en pacientes hospitalizados es elevada. Este diagnóstico se incrementa en ingresos que sugieren patología cardiovascular asociada y con frecuencia no queda registrado en el alta, reflejo de una escasa atención. Un plan de mejora en el manejo de la enfermedad renal parece necesario, aunque dada la limitación de nuestros recursos debe valorarse cuidadosamente.

42. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS: PROVINCIA DE SORIA

M.L. Álvarez Alejandre¹, J.I. Gutiérrez², A. Bolaño Navarro³, S. Moreno los Huertos¹, A. Friedmann Isaac¹, M. Goñi Lara¹ y A.B. Martínez Díaz¹

¹Sección de Nefrología, Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario de Soria. Soria.

Objetivos: Los eventos cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad de los pacientes en programa de hemodiálisis (United States Renal Data System, 2011 Annual Data Report; Jager et al. JAMA. 2009;302:1782-89; Guía 2007 ESH-ESC. J Hypertens. 2007;25:1105-87). La HTA es un importante predictor de cardiopatía isquémica, por delante de otros factores como la hipertrofia ventricular, el tabaquismo o la dislipemia (Curtis et al. Q J Med. 1969;38:49-89). El uso de antiagregantes y estatinas no ha demostrado mejorar la supervivencia (Sánchez Perales et al. Nefrología. 2002;XXII(5); Conde Olasagasti. Nefrología. 2010;1(3 Sup Ext):66-9). Analizamos la prevalencia de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de prevalencia de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular, tratamiento antihiperten-

sivo y otros fármacos concomitantes, en pacientes de hemodiálisis de la provincia de Soria.

Resultados: De los 52 pacientes en hemodiálisis, 46 (un 88,4%) están diagnosticados de HTA. Los no hipertensos (11,53%), presentan una media de presión arterial prediálisis de 116,6/64,1 (DE 13,85/6,46), con una edad promedio de 66,33 años y un 50% de incidencia de hipertrofia ventricular concéntrica. Dos en tratamiento con antiagregantes y uno anticoagulado. Un único paciente se encuentra en tratamiento con IECA. Los hipertensos presentan una media de presión arterial prediálisis de 141,58/76,15 (DE 18,7/13,55) y post-diálisis: 125,17/ 69,95 (DE 19,45/12). El 73% de los pacientes hipertensos, presentan hipertrofia ventricular izquierda (promedio de edad: 72,73 años, frente a 63,18 años de los que no presentan HVI). 19 pacientes (36,5%) se encuentran en tratamiento con estatinas, 34 pacientes (65,38%) con antiagregantes y 11 pacientes (21,15%) sin antiagregación, 7 pacientes (13,46%) están anticoagulados. El promedio de fármacos antihipertensivos es de 1,36 por paciente, a pesar de lo cual, un 26,09% no precisan fármacos. El 36,96% están controlados con un solo fármaco (siendo los más frecuentemente utilizados, calcioantagonistas, seguidos de IECA/ARA II). Un 17,39% está tratado con 2 fármacos (combinación más utilizada IECA + Calcio antagonista). El 13,04% se encuentran con 3 fármacos (todas las combinaciones incluyen IECA y/o ARA II). 6,52% con 4 fármacos. Del total de pacientes hipertensos, 6 presentan HTA resistente.

Conclusiones: La prevalencia de HTA es discretamente superior a otros centros (Rocco et al. Am J Nephrol. 2001;21:280-8). El elevado porcentaje de pacientes catalogados como hipertensos y que no precisan tratamiento farmacológico, corresponde a HTA volumen- dependiente (Rahmann et al. Am J Kidney Dis. 1999;33:498-506). Los eventos de hipertensión resistente son superponibles a otras series (de Francisco et al. Nefrología. 2002;XXII(Supl.2).

43. MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS: PROVINCIA DE SORIA

M.L. Álvarez Alejandre¹, J.I. Gutiérrez², A. Bolaño Navarro³, S. Moreno Los Huertos¹, A. Friedmann Isaac¹, M. Goñi Lara¹ y A.B. Martínez Díaz¹

¹Sección de Nefrología, Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Medicina Interna; ³Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario de Soria, Soria.

Objetivos: La patología cardiovascular comporta alrededor de un 50% de la mortalidad en los pacientes que se someten a hemodiálisis periódica (Foley et al. J Am Soc Nephrol. 1998;9:S16-S23; Parfrey et al. Adv Nephrol. 1994;23:311-31). Si comparamos el riesgo de la población en diálisis con el de la población general, resulta de 10 a 20 veces más probable la mortalidad por dichos eventos; Sirva como ejemplo, que la incidencia de infarto de miocardio, es de 3,5 a 50 veces superior (US Renal Data System, Annual Data Report. Am J Kidney Dis. 1999;34:S1). La disfunción endotelial marca el inicio de un proceso, que finaliza con la aparición de arteriosclerosis (Mombouli et al. J Mol Cell Cardiol. 1999;31:61-74). La comorbilidad asociada a los factores de riesgo cardiovasculares clásicos (muy prevalentes en esta población), y los propios de la uremia, les hacen especialmente susceptibles a dichos cambios en el endotelio vascular (Bonomini et al. Nephron. 1998;79:399-407) y a sus consecuencias. Estudiamos la mortalidad cardiovascular en los pacientes de diálisis.

Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de mortalidad y sus causas durante los últimos diez años en la población en diálisis de la provincia de Soria.

Resultados: El volumen de población en programa de hemodiálisis de Soria se estima en unos 60 pacientes/año. La mortalidad global en los últimos 10 años es de 96 pacientes (9,6 pacientes/año). Las causas de muerte por orden decreciente fueron las siguientes: cardiovasculares: 34 fallecimientos (35,41%), infecciones: 28 (29,16%), tumorales: 7 (7,29%), complicaciones posquirúrgicas: 5 (5,2%), otros: 10 (10,41%, destacan las hemorragias), desconocido: 12 (12,5% la mayor parte de ellas, son fallecimientos en el domicilio). El infarto agudo de miocardio constituye la causa más frecuente de mortalidad cardiovascular (17 fallecimientos, 14 varones y 3 mujeres, que abarcan hasta un 50% de las muertes de origen cardiovascular). El ACV le sigue en frecuencia, presentándose en 9 casos (26% del total, 5 mujeres y 4 hombres). Después la insuficiencia cardíaca (6 pacientes; 17,64%, 4 varones y 2 mujeres) y por último el infarto mesentérico (2 casos).

Conclusiones: La mortalidad por eventos cardiovasculares en nuestra población, es discretamente inferior a otras series; si bien es cierto, que existe una alta probabilidad de que los fallecimientos de causa no filiada, correspondan a eventos de este tipo. Como en la población general, y otras series de diálisis, la causa más frecuente de fallecimiento por causas cardiovasculares es el infarto agudo de miocardio (más frecuente en hombres), seguido de cerca por los accidentes cerebrovasculares (más frecuentes en mujeres).

44. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L.A. Amezquita de Los Santos¹, M.C. Rodríguez Rodríguez¹, M. Cuevas Pancorbo¹, I. Ruiz Requena¹, C. López Sánchez¹, C. Zurita Aparicio¹, J. Ampuero Ampuero², A.V. Blanco Ducodray¹, G. López Del Rey¹ y N. Gómez Panzuela¹

¹Unidad de Gestión de Medicina Familiar y Comunitaria, Córdoba.

²Medicina Interna, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) en pacientes hospitalizados en una Unidad de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel y estudiar los factores asociados.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se estudiaron un total de 75 pacientes, ingresados de forma consecutiva durante una semana en un Servicio de Medicina Interna, excluyéndose 20 pacientes por situación clínica de gravedad o diagnóstico previo de EAP. El diagnóstico se realizó mediante el índice tobillo-brazo (ITB), definiéndose EAP si el ITB < 0,9. Se excluyó el ITB > 1,40. Las variables registradas fueron: Edad, género, antecedentes y factores de riesgo vascular, comorbilidad y cuestionario de Edimburgo.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes con una edad media $83 \pm 6,4$ años, 31 (56,4%) eran hombres. El 10,9% (6) de los pacientes prestaban ITB patológico. De los cuales el 83,3% (5) eran diabéticos. De 26 pacientes diabéticos, 21 (80,8%) tienen ITB normal frente a los 5 (19,2%) que tienen ITB patológico. El 12,8% (6/47) de pacientes con hipertensión arterial (HTA) presentan ITB patológico, no observándose EAP en pacientes sin HTA. Del 100% (6) de pacientes con HTA e ITB patológico, el 66,7% (4) toman ≥ 3 fármacos. El 83,3% (5) de pacientes con ITB patológico son obesos y el 16,7% (1) no tienen obesidad. El filtrado glomerular de los pacientes con ITB patológico (6) es de $34,70 \pm 13,20$ ml/min frente a los pacientes con ITB normal (49) es de $55,41 \pm 26,51$ ml/min. La PAS de los pacientes con ITB patológico (6) es de $142,5 \pm 27,58$ mmHg frente a los pacientes (49) con ITB normal es de $125,02 \pm 20,33$ mmHg.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad arterial periférica asintomática es elevada. Se relaciona con HTA, diabetes, obesidad y filtrado glomerular.

45. FACTORES ASOCIADOS CON EL CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN POBLACIÓN ADULTA

M.C. Patino Alonso¹, J.I. Recio Rodríguez², C. Agudo Conde², L. Gómez Sánchez², C. Martín Hernández², E. Rodríguez Sánchez², M. Gómez Sánchez², A. Martínez Royo², J. Prieto Matos² y L. García Ortiz²

¹Departamento de Estadística de la Universidad de Salamanca, Salamanca. ²Unidad de Investigación de La Alamedilla, Salamanca.

Objetivos: Analizar variables asociadas al cumplimiento de la dieta mediterránea en población adulta.

Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Población de estudio: 1.553 pacientes sujetos entre 20-80 años seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático en 6 centros de Atención Primaria de España (Salamanca, Barcelona, Cuenca, Vizcaya, Valladolid y Zaragoza). Variables estudiadas: edad, sexo, ejercicio físico (METS), obesidad, tabaco, consumo de alcohol, antecedentes familiares de factores de riesgo (hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes), riesgo cardiovascular (D'Agostino), glucosa, creatinina, colesterol HDL, colesterol LDL y hemoglobina glicosilada. La variable principal de resultados referente a la alimentación se medio través de la diferencia en la puntuación total (basal y final) en el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea ya validado en España y utilizado en el estudio PREDIMED. Este cuestionario lo administró personal previamente entrenado y estableció 14 ítems referentes al cumplimiento de diferentes aspectos de la dieta mediterránea.

Resultados: Edad media: 55 años. Mujeres: 60,3%. Por tertiles de edad se encuentran diferencias entre los cumplidores y no cumplidores en el consumo de aceite, consumo de frutas, carnes rojas, bebidas carbonatadas, vino, pescado-mariscos, repostería, pastas y arroces. Encontramos que los factores asociados a mejor cumplimiento de dieta mediterránea son: realizar ejercicio físico (OR = 1,588), la edad a mayor edad mayor probabilidad de cumplimiento (OR = 2,162), consumo moderado de alcohol (OR = 1,342), mujeres (OR = 0,777) y personas delgadas (OR = 0,577) y a un peor cumplimiento ser varón y ser obeso.

Conclusiones: Las variables asociadas a una mayor probabilidad de cumplir la dieta mediterránea son ser mujer, consumo de alcohol moderado, edad de más de 62 años de edad y hacer ejercicio, y con menor probabilidad ser hombres y obesos.

46. FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN MAYORES DE 65 AÑOS DE UN ÁREA URBANA: DERIVA STUDY

E. Rodríguez Sánchez¹, J.I. Recio Rodríguez¹, S. Mora Simón², D. Pérez Arechaderra¹, M.C. Patino Alonso³, C. Agudo Conde¹, L. Marín Sánchez¹, C. Giadach¹, P. Muriel Díaz¹ y M.A. Gómez Marcos¹

¹Unidad de Investigación, Centro de Salud La Alamedilla, IBSAL, SACYL, Salamanca. ²Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología; ³Departamento de Estadística, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca, Salamanca.

Introducción: Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en España en 2010. El objetivo fue

analizar la prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades cardiovasculares en mayores de 65 años de una población urbana y las características psicosociales asociadas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, poblacional (ciudad de Salamanca, España). Mediante un muestreo aleatorio estratificado por zona de salud, seleccionamos 480 sujetos mayores de 65 años. Se efectuó una encuesta de salud en el domicilio de los sujetos mediante un cuestionario. Se midió peso, talla, circunferencia de cintura, tensión arterial, glucemia y colesterol. Se estimó la prevalencia estandarizada a la población europea.

Resultados: Se entrevistaron 327 sujetos (68,10% de los seleccionados), la edad media fue de 76 años (DE 7,33). El 64,5% eran mujeres. La hipertensión era el factor de riesgo más frecuente tanto en varones (69,7%) como en mujeres (62,8%), seguido de diabetes en varones (36,2%) y sedentarismo en mujeres (36,0%). El 20,2% presentaban enfermedad cardiovascular. La cardiopatía isquémica (12,1%) fue la más prevalente en varones y la insuficiencia cardíaca (10,4%) en mujeres. Los que presentaban enfermedades cardiovasculares eran más dependientes y mostraron peor pronóstico (índice de comorbilidad de Charlson).

Conclusiones: Casi el 80% de los mayores de 65 años no presentaban ninguna de las tres enfermedades cardiovasculares que suponen las principales causas de muerte en este grupo de edad. La cardiopatía isquémica fue la enfermedad más prevalente en los varones y la insuficiencia cardíaca en las mujeres.

47. EVOLUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE ORIGEN POBLACIONAL DE ALBACETE Y PROVINCIA

I. Ponce García¹, J. Carbayo Herencia³, L.M. Artigao Rodenas², J. Monedero la Orden², P. Torres Moreno⁴, F. Molina Escribano¹, M. Martínez Ramírez⁵, L. Navarro Sánchez², B. González Lozano⁶ y M. Simarro Rueda⁷

¹CS Casas-Ibáñez, Albacete. ²CS Zona III, Albacete. ³Clinica Capiro, Albacete. ⁴CS Minglanilla, Cuenca. ⁵CS Zona V, Albacete. ⁶CS Zona V-A, Albacete. ⁷CS Zona IV, Albacete.

Objetivos: Conocer los cambios sucedidos en las prevalencias de distintos FRCV tras el seguimiento de una cohorte en la provincia de Albacete.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo y descriptivo de una población aleatoria de la provincia de Albacete, de 18 o más años. El primer examen se realizó durante los años 1992-4 y el segundo 2004-6. El estudio se realizó en los centros de salud. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico, siendo el tamaño muestral del primer estudio de 1.322 sujetos y se ha ampliado en el segundo estudio con 255 sujetos de 18 a 28 años. Se ha realizado una encuesta estructurada, exploración física, medida de presión arterial, analítica básica y ECG. Para el análisis de los datos se ha considerado HTA si PA \geq 140/90 mmHg o tratamiento farmacológico, DM si glucemia basal \geq 126 mg/dl o tratamiento antidiabético, fumador si fumaba $>$ 1 cig/día, hipercolesterolemia si colesterol \geq 200 mg/dl o tratamiento hipolipemiantre, hipertrigliceridemia si triglicéridos \geq 200mg/dl o tratamiento reductor de TG, cHDL bajo si \leq 40 mg/dl. Se ha estimado la prevalencia de cada variable teniendo en cuenta el número de participantes que tienen la medición de cada variable en los dos cortes, utilizando la prueba χ^2 , considerándose significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: La tabla muestra la evolución de los diferentes FRCV tanto en hombres como en mujeres, así como su número, reflejan do éste aquél tenía registrada la variable medida en ambos cortes. El seguimiento medio fue de 10,6 años (DE = 2,4).

Conclusiones: A lo largo de casi 11 años ha habido un aumento importante de las prevalencias de todos los FRCV exceptuando el

Tabla Comunicación 47. Evolución de los FRCV a lo largo de casi 11 años

	Hombres			Mujeres			Total
	1992-4	2004-6	p	1992-4	2004-6	p	
HTA (%) (n = 351H y 488M)	143 (40,7)	159 (45,3)	< 0,001	188 (38,5)	226 (46,3)	< 0,001	839
DM (%) (n = 368H y 523M)	22 (6,0)	50 (13,6)	< 0,001	49 (9,4)	84 (16,1)	< 0,001	891
Fumador (%) (n = 370H y 503M)	173 (46,8)	102 (27,6)	< 0,001	116 (23,1)	88 (17,5)	< 0,001	873
Hipercolesterolemia (%) (n = 378H y 534M)	203 (53,7)	246 (65,1)	< 0,001	249 (46,6)	326 (61,0)	< 0,001	912
Hipertrigliceridemia (%) (n = 362H y 515M)	86 (23,8)	109 (30,1)	< 0,001	50 (9,7)	80 (15,5)	< 0,001	877
chDL bajo (%) (n = 366H y 515M)	165 (45,1)	85 (23,2)	< 0,001	189 (36,7)	41 (8,0)	< 0,001	881
Obesidad (%) (n = 361H y 495M)	82 (22,7)	122 (33,8)	< 0,001	146 (29,5)	172 (34,7)	< 0,001	856

Las variables se expresan como cantidad exacta y (porcentaje).

tabaco y chDL bajo, que ha disminuido, siendo este cambio mayor en mujeres. Probablemente el aumento de obesidad lleve aparejado el incremento de otros FRCV.

48. INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN SUJETOS PREHIPERTENSOS EN UNA COHORTE ESPAÑOLA.

FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE ESTOS NUEVOS CASOS

I. Ponce García, J.A. Carbajo Herencia, J.A. División Garrote, L.M. Artigao Ródenas, M. Simarro Rueda, B. González Lozano, F. Molina Escribano, J. Monedero La Orden, P. Torres Moreno y L. Navarro Sánchez

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

Objetivos: Valorar por un lado la incidencia de hipertensión arterial (HTA) en sujetos prehipertensos (PHTA) y por otro los factores que influyen en la aparición de estos nuevos casos de HTA en individuos procedentes de una cohorte prospectiva seguida durante 10,6 años.

Métodos: La muestra origen de la citada cohorte procede 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. Se consideró normotensión cuando la PA era < 120/80 mmHg, PHTA cuando la PA era de 120-139/80-89 mmHg y HTA cuando la PA ≥ 140/90 mmHg o tratamiento antihipertensivo. La valoración de los factores pronósticos se han elaborado con un modelo de regresión logística, considerando como referencia aquellos prehipertensos que se mantienen como tales en el segundo corte, comparado con los nuevos hipertensos. El modelo se ha ajustado por las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), ejercicio físico, hipercolesterolemia (corte en 200 mg/dl), diabetes mellitus y hábito de consumo de tabaco. El valor de p se ha considerado menor o igual a 0,05.

Resultados: De los 1.322 participantes en el inicio del estudio, 814 sujetos cumplen el criterio de inclusión en el presente estudio, tras un seguimiento de 10,6 años (DE = 2,4 años). De éstos, eran normotensos 200 sujetos (24,6%), prehipertensos 288 (35,4%) e hipertensos 326 (40%). De los prehipertensos en el primer examen, al cabo de 10,6 años, 117 (40,6%) lo siguen siendo y 90 (31,3%) se hicieron hipertensos. La incidencia acumulada de nuevos casos de HTA ha sido 313 por cada 1000 sujetos prehipertensos. Las variables predictoras en la aparición HTA en prehipertensos han sido la edad (por cada 10 años transcurridos: OR = 1,63; IC95%: 1,32-2,14; p < 0,001) y el IMC (por cada 5 unidades de au-

mento: OR = 1,50 IC95%: 1,005-2,23; p = 0,048). El género masculino (OR = 0,55; p = 0,0786) y el ser fumador (OR = 1,97; p = 0,0786) mostraron una tendencia predictora, sin alcanzar en este caso significación estadística.

Conclusiones: Uno de cada 3 prehipertensos se hace hipertenso al cabo de 10 años. Las variables asociadas a la aparición de nuevos casos de HTA han sido la edad y el IMC.

49. FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE NUEVOS CASOS DE PREHIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN INDIVIDUOS NORMOTENSOS. INCIDENCIA DE ESTOS NUEVOS CASOS

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

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

Objetivos: Valorar por un lado la incidencia de hipertensión arterial (HTA) y prehipertensión arterial (PHTA) en sujetos normotensos y por otro, los factores que influyen en la aparición de los nuevos casos en una muestra procedente de una cohorte prospectiva seguida durante 10,6 años.

Métodos: La muestra origen de la citada cohorte procede 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. Se consideró normotensión cuando la PA era < 120/80 mmHg, PHTA cuando la PA era de 120-139/80-89 mmHg y HTA cuando la PA ≥ 140/90 mmHg o tratamiento antihipertensivo. En la valoración de los factores pronósticos se han elaborado dos modelos de regresión logística, uno para aquellos normotensos que se mantienen como tales en el segundo corte y tomado como referencia, comparado con los nuevos sujetos prehipertensos y otro cuando los pacientes considerados son los nuevos hipertensos. Ambos modelos se han ajustado por las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), ejercicio físico, hipercolesterolemia (corte en 200 mg/dl), diabetes mellitus y hábito de consumo de tabaco. El valor de p se ha considerado menor o igual a 0,05.

Resultados: De los 1.322 participantes en el inicio del estudio, 814 sujetos cumplen el criterio de inclusión en el presente estudio, tras un seguimiento de 10,6 años (DE = 2,4 años). De éstos, eran normotensos 200 sujetos (24,6%), prehipertensos 288 (35,4%) e hipertensos 326 (40%). De los normotensos en el primer examen,

cabo de 10,6 años, 113 sujetos (56,5%) se mantuvieron normotensos, 58 (29%) se convirtieron en prehipertensos y 29 (14,5%) se hicieron hipertensos. La incidencia acumulada de nuevos casos de HTA ha sido 145 nuevos hipertensos por cada 1.000 sujetos normotensos y en el caso de la PHTA, 290 nuevos prehipertensos cada 1.000 sujetos normotensos. Las variables predictoras en la aparición de prehipertensión en pacientes normotensos han sido el género masculino (OR = 5,96; IC95%: 2,82-12,60; p < 0,001) y el IMC (por cada aumento de 5 unidades: OR = 2,06; IC95%: 1,10-3,81). En la aparición de nuevos hipertensos en individuos normotensos, el género masculino (OR = 3,52; IC95%: 1,18-10,52; p = 0,024) y la edad (por cada 10 años transcurridos: OR = 2,43; IC95%: 1,63-3,64; p < 0,001). La actividad física presenta una tendencia a ser protectora, sin alcanzar en este caso significación estadística (OR = 0,39; IC95%: 0,14-1,12; p = 0,08).

Conclusiones: Uno de cada 7 participantes normotensos se hacen hipertensos y uno de cada 3 se convierten en prehipertensos al cabo de 10 años. Las variables asociadas a la aparición de nuevos casos de PHTA han sido el ser varón y el IMC. En la aparición de pacientes hipertensos el género masculino y la edad.

50. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA DEMENCIA EN LA PROVINCIA DE LLEIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CARDIOVASCULAR

M. Calderó Solé, G. Pascual Sol, M.M. Álvarez Ceballos, V. Sánchez Fernández, M. Pena Arnáiz, R. Llovet Font, D. Ríos García, M. Roca Monsó, A. Balcells Teres y N. Miró Vallvé

ABS Pla d'Urgell, CAP de Mollerussa, Lleida.

Introducción: Desde el punto de vista sociológico, el incremento progresivo de la expectativa de vida en las últimas décadas, así como los cambios en los estilos de vida, y el rigor en los instrumentos diagnósticos, ha favorecido la emergencia de algunas patologías como la demencia, la depresión, la obesidad, la diabetes o la hipertensión arterial.

Objetivos: Calcular la prevalencia de diabetes, y dislipemia en pacientes diagnosticados de demencia.

Métodos: Estudio transversal descriptivo. La muestra se ha obtenido de la base de datos informatizada de una región sanitaria semi-rural de la provincia de Lleida, que incluye a 25.026 personas, a partir de la cual se han seleccionado aquellos pacientes ≥ 18 años en cuyo historial conste el diagnóstico de EPOC, según el código de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Entre las personas con demencia se ha calculado la prevalencia de diabetes y dislipemia, tanto en la muestra global como por género.

Resultados: Del total de la muestra, hay 326 personas diagnosticadas de demencia, esto representa una prevalencia global del 1,3% IC95% [1,16-1,44]. La prevalencia de diabetes entre las personas con demencia ha sido del 25,8%, IC95% [20,31-31,29]. Según el género, entre las mujeres, la prevalencia ha sido del 24,8%, IC95% [18,22-31,31], y entre los hombres del 27,8%, IC95% [17,91-37,69]. La prevalencia de dislipemia entre las personas con demencia ha resultado del 35%, IC95% 28,61-41,39]. Por género, en mujeres ha sido del 37,2%, IC95% [29,14-45,26], y en los hombres ha sido del 30,6%, IC95% [20,22-40,98].

Conclusiones: La prevalencia de factores cardio-vasculares como la diabetes y la dislipemia entre las personas con demencia es elevada, lo cual nos hace reflexionar que la demencia, tanto desde una perspectiva fisiopatológica como de manejo terapéutico habría que considerarla como una patología multisistémica, y no meramente desde el punto de vista del daño cerebral. En cuanto al peso que representan los dos factores de riesgo valorados para este estudio, la dislipemia ha resultado ser más prevalente que la diabetes, lo cual puede estar en relación al hecho de que la dislipemia también sea más prevalente en la población general que la diabetes.

51. RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Calderó Solé, D. Ríos García, I. Perelló García, M. Abellana Sangrà, J. Montserrat Capdevila, M.B. Vilanova Fillat, M.L. Plana García, M. Pena Arnáiz, V. Sánchez Fernández y R. Llovet Font

ABS Pla d'Urgell, CAP de Mollerussa, Lleida.

Introducción: La enfermedad cardio-vascular es una causa frecuente de mortalidad entre los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Estudios previos han determinado que el cálculo del “volumen espiratorio forzado en el primer segundo” (FEV₁) es un predictor de riesgo cardio-vascular, incluso después de ajustarlo por otros factores de riesgo cardio-vascular como la edad, el género, el tabaco, el colesterol, el nivel de estudios y la clase social. Además algunos estudios han concluido que por cada descenso del 10% en el FEV₁, el riesgo de mortalidad por causa cardio-vascular se incrementa en un 28%.

Objetivos: Calcular la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus-2, obesidad y dislipemia, en pacientes diagnosticados de EPOC.

Métodos: Estudio transversal descriptivo. La muestra se ha obtenido de la base de datos informatizada de una región sanitaria semi-rural de la provincia de Lleida, a partir de la cual se han seleccionado aquellos pacientes ≥ 18 años en cuyo historial conste el diagnóstico de EPOC, según el código de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). La muestra incluye a 25.026 personas, de las cuales 792 están diagnosticadas de EPOC. Entre las personas con EPOC, se ha calculado la prevalencia de pacientes con HTA, diabetes mellitus-2, obesidad y dislipemia, tanto en la muestra global como por género.

Resultados: La prevalencia de HTA entre los pacientes con EPOC ha sido del 56,4% (N = 447), IC95% [51,20-61,60]. Por género, en mujeres ha resultado del 66,2%, IC95% [55,62-76,78], y en hombres del 52,6%, IC95% [46,66-58,54]. La prevalencia de diabetes mellitus en pacientes con EPOC ha sido del 28,8% (N = 228), IC95% [25,08-32,52]. Según el género, la prevalencia en mujeres ha sido del 29,3%, IC95% [22,26-36,34], y en hombres del 28,6%, IC95% [24,22-32,98]. La prevalencia de obesidad en los pacientes con EPOC, ha resultado del 21,6% (N = 171), IC95% [18,38-24,82]. Por género, en mujeres ha sido del 30,2%, IC95% [23,06-37,34], entre los hombres ha sido del 18,2% IC95% [14,71-21,69]. La prevalencia de dislipemia en pacientes con EPOC, ha sido del 35,7% (N = 283), IC95% [31,56-39,84]. Según el género, en mujeres ha resultado del 40%, IC95% [31,78-48,22], y entre los hombres del 34%, IC95% [29,22-38,78].

Conclusiones: La tendencia actual es a considerar la EPOC como una enfermedad multisistémica. La prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardio-vascular analizados ha resultado ser elevada entre los pacientes con EPOC, siendo en todos los casos superior al 20%. Por orden decreciente de importancia en primer lugar está la hipertensión arterial, que supera el 50%, seguido de la dislipemia, la diabetes y la obesidad. Son necesarios más estudios en este campo que ayuden a esclarecer la relación entre factores de riesgo cardio-vascular en la EPOC.

52. ANTICOAGULACIÓN ORAL: QUIÉN, POR QUÉ, CUÁNTO

J.B. Gómez Castaño, D.J. Rubira López, M.D. Esteve Franco, M.C. Villalba García, I. Egea Lucas, E. Martínez Mondéjar, J.M. Alonso Madrid, M. Costa Llorca, M. Izquierdo Abellán y J. Lucas Marín

CS Cieza Oeste, Cieza.

Objetivos: Conocer los datos más importantes en la anticoagulación oral: a quién anticoagulamos, por qué y la dosis precisa para obtener un INR adecuado.

Métodos: Recogida de datos desde 2003, de un cupo de 1.500 ptes. Se actualiza el censo de pacientes anticoagulados con acenocumarol (sintrom) a final de 2011. Se registra la dosis necesaria para conseguir un INR de 2 a 3 (fibrilación auricular: FA y trombosis venosas) y 2,5-3,5 para patología valvular cardíaca: VALV).

Resultados: Se obtiene un censo de 40 pacientes anticoagulados (AO): 24 mujeres (60%), con un rango de edad entre 49 y 91 años. Dominan los pacientes añosos: mayores de 80 años: 16 (40%) o de 75 años: 24 (60%) y la FA en sus distintas presentaciones: 28 (70%) junto a valvulopatías cardíacas 8 (20%) y patología trombótica venosa: 4 (10%). Dosis media de Sintrom: 14 mg/semana (6-32) y se modifica bastante por la edad del paciente y la patología que indica la AO.

Conclusiones: Estamos anticoagulando, sobre todo, a pacientes añosos (mayoría: 60% mayores de 75 años) que presentan fibrilación auricular en sus distintas presentaciones y que precisan de una dosis de 12 mg/semana, aunque la media total es de 14/semana. La edad determina claramente la dosis semanal de sintrom: mayores de 80 años: 10,5. Entre 70-79 años: 14,7 y menores de 70 años: 19,3 mg/semana.

53. PREVALENCIA DE DISLIPEMIA ATROGÉNICA EN POBLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA. GRUPO DE ESTUDIO "ICARIA"

M.A. Sánchez Chaparro¹, P. González Santos¹, P. Valdivielso Felices¹, M. Cabrera Sierra², P. Martínez Muñoz², R.M. Pozas García¹, R. Revenga Cubero¹, J.C. Sainz Gutiérrez¹, A. Fernández Meseguer¹ y E. Calvo Bonacho¹

¹Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario, Málaga. ²Ibermutuamur, Madrid.

Introducción: Desde el punto de vista epidemiológico, la presencia de triglicéridos elevados y HDL bajo, dislipemia aterogénica (DA), se han asociado de modo independiente con mayor riesgo cardiovascular en amplios estudios de cohorte. La prevalencia de AD en población general no es bien conocida. Estudios previos del Grupo de Estudio ICARIA, han investigado la prevalencia de diversos componentes de dislipemia, y su asociación con otros factores de riesgo, en una amplia muestra de la población laboral española.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue valorar la prevalencia de AD en una amplia muestra de población laboral española, estratificada por género y edad.

Métodos: Estudio observacional y transversal de 70.609 trabajadores (71,5% hombres (H), 28,5% mujeres (M); edad media 39,2 ± 10), reclutados desde marzo de 2010 a diciembre de 2011, que

acudieron a los reconocimientos médicos en todas las Comunidades Autónomas y fueron incluidos en el estudio. Las muestras de plasma fueron analizadas en un laboratorio central. La definición de DA utilizada fue: TG ≥ 150 mg/dl y HDL

Resultados: La prevalencia de DA estratificada por género y edad se muestra en la tabla.

Conclusiones: Cerca del 6% de la población presenta criterios de DA y tienen por tanto incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular (46% de ellos menores de 40 años de edad). Estos datos ayudan a mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular (triglicéridos y HDL no están incluidos en las tablas Score) y pueden servir para la intensificación de medidas preventivas en estos trabajadores.

54. PREVALENCIA DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO

M.A. Sánchez Chaparro¹, F. Gutiérrez González², R.B. Rabanal Alonso², C. Sanz Martín², L.A. Díez Alonso², M. Cabrera Sierra², R. Revenga Cubero², P. González Santos¹, P. Valdivieso Felices¹ y E. Calvo Bonacho²

¹Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario, Málaga. ²Ibermutuamur, Madrid.

Objetivos: Investigar la prevalencia de filtrado glomerular estimado (eGFR)² mediante distintas ecuaciones y su asociación con factores de riesgo cardiovascular y tipo de ocupación en población laboral española.

Métodos: Estudio transversal de 70.690 trabajadores (71,5% hombres, edad media de 39,2 años, rango 16-81 años) que acudieron a reconocimiento médico rutinario (RM). Para la estimación eGFR se utilizaron la fórmula abreviada del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD-IDMS) y The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). Se estimó la prevalencia de eGFR ² con cada una de ellas.

Resultados: El 1,1% IC95% (1,0-1,2) de los trabajadores presentan eGFR² según MDRD-IDMS y 0,3% IC95% (0,3-0,4) según CKD-EPI. La prevalencia de eGFR² fue mayor en mujeres que en hombres por ambos métodos aunque solo es estadísticamente significativa para MDRD-IDMS. Para ambos métodos aumenta con la edad (p² obtenido mediante ambas ecuaciones).

Conclusiones: La prevalencia de eGFR < 60 ml/min/1,73 m² CKD-EPI es significativamente menor a la calculada según MDRD-IDMS para ambos sexos, especialmente en mujeres. Existe asociación significativa entre el filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² según CKD-EPI y MDRD-IDMS con la edad, IMC, HTA, tabaquismo, hipertrigliceridemia y diabetes, siendo además con la última de las ecuaciones con LDL y WC.

Tabla Comunicación 53.

	Género		Total				Valor p*	
	Hombres		Mujeres					
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)		
Grupo de edad (años)	< 30	8,639	4,2 (3,8-4,7)	4,137	1,0 (0,8-1,4)	12,776	3,2 (2,9-3,5)	< 0,001
	30-39	17,979	7,5 (7,1-7,9)	7,588	1,5 (1,3-1,8)	25,567	5,7 (5,4-6,0)	< 0,001
	40-49	14,085	9,0 (8,5-9,5)	5,560	2,3 (2,0-2,7)	19,645	7,1 (6,8-7,5)	< 0,001
	50-59	8,345	7,0 (6,5-7,6)	2,531	3,2 (2,6-4,0)	10,876	6,1 (5,7-6,6)	< 0,001
	≥ 60	1,427	5,8 (4,7-7,2)	318	5,3 (3,4-8,4)	1,745	5,7 (4,7-6,9)	0,847
	Total	50,475	7,2 (7,0-7,5)	20,134	1,9 (1,7-2,1)	70,609	5,7 (5,5-5,9)	< 0,001
	Valor p*	< 0,001	< 0,001	< 0,001				

*chi-cuadrado

Tabla Comunicación 54. Regresión logística de factores asociados con eGFR < 60 ml/min/1,73 m² por dos ecuaciones

	eGFR< 60 ml/min 1,73 m ² (CKD-EPI)		eGFR< 60 ml/min 1,73 m ² (MDRD-IDMS)	
	*Odds ratio (IC95%)	p-valor	*Odds ratio (IC95%)	p-valor
Edad (años)				
< 35	1 (referencia)	< 0,0001	1 (referencia)	< 0,0001
35-44	3,5 (1,8-6,6)	0,0002	3,1 (2,3-4,2)	< 0,0001
45-54	12,8 (7-23,3)	< 0,0001	9,4 (7,1-12,2)	< 0,0001
≥ 55	35,6 (19,5-64,9)	< 0,0001	13,6 (10,2-18,1)	< 0,0001
Índice de masa corporal (IMC)		< 0,0001		0,0010
25-29,9 kg/m ² ,	1 (referencia)		1 (referencia)	
≥ 30 kg/m ²	1,5 (1,1-2)	0,0152	1,2 (1,1-1,5)	0,0076
Hipertensión (HTA) ^a	2,2 (1,5-3)	< 0,0001	1,4 (1,2-1,7)	0,0005
Tabaquismo ^b	3,5 (2,7-4,5)	< 0,0001	1,9 (1,7-2,3)	< 0,0001
Bajo HDL ^c	0,6 (0,4-0,8)	0,0003	1,6 (1,3-1,8)	< 0,0001
Alto LDL ^d	1,1 (0,7-1,5)	0,7322	0,8 (0,7-1)	0,0922
Alto triglicéridos	1,2 (0,9-1,8)	0,2620	1,5 (1,2-1,8)	< 0,0001
Diabetes ^f	1,7 (1,2-2,5)	0,0032	1,6 (1,3-2)	< 0,0001
Sector de actividad	4,4 (2,9-6,8)	< 0,0001	2,3 (1,7-3,1)	< 0,0001
Construcción		0,7817		0,1120
Agricultura	1 (referencia)		1 (referencia)	
Industria	0,8 (0,3-1,9)	0,5545	0,8 (0,5-1,5)	0,4992
Servicios	0,7 (0,2-1,7)	0,3992	0,7 (0,4-1,3)	0,2310
Trabajadores "White Collar" (WC)	0,7 (0,3-1,7)	0,3891	0,9 (0,5-1,7)	0,8524
	1 (0,8-1,3)	0,9674	1,2 (1-1,4)	0,0188

^aDiagnóstico previo o tratamiento para HTA o TA actual ≥ 140 or ≥ 90 mmHg. ^bConsumo actual o por lo menos un cigarrillo o pipa /día. Sujetos que dejaron de fumar en el año en curso han sido considerados fumadores. ^cHDL. ^dLDL ≥ 160 mg/dL. ^eTriglicéridos ≥ 200 mg/dL. ^fDiagnóstico previo de diabetes, o glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL. *Odds Ratios crudas (IC: Intervalo de confianza al 95%).

55. HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE CAUSA SUPRARRENAL: TRES MECANISMOS HORMONALES DISTINTOS

D. Esteva Fernández, R. Roa Chamorro, J. Ramírez Taboada y J.D. Mediavilla García

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio (prevalencia en adultos de hasta el 35%), afectando a 10 millones de personas en España. Aunque la hipertensión arterial secundaria tiene una prevalencia baja (5-15% del total), su importancia radica en la posibilidad de corrección. Existen una serie de características clínicas que deben alertar ante una posible HTA secundaria: a) hipertensión severa o resistente, b) edad menor a 30 años; c) hipertensión maligna o acelerada. En cuanto la etiología de la misma, las causas más frecuentes suelen ser la renal, vascularrenal, neurogénica y endocrina (entre ellas suprarrenal), además de la administración exógena de corticoides.

Métodos: Se presentan tres pacientes de 35, 38 y 29 años (varones) que acudieron a consulta por hipertensión de varios meses de evolución, resistente a tratamiento con varios fármacos. Debido a la edad de aparición de la HTA y difícil control terapéutico, se inició un despistaje de causa secundaria de HTA, solicitando: análisis básico con iones, estudios hormonales suprarrenales, electrocardiograma (ECG), ecocardiograma y ecografía abdominal.

Resultados: En el primero de los paciente se detectó hipopotasemia (K 3,1 mEq/L); en la ecografía abdominal se describió una masa (8 × 11 cm) en el polo superior del riñón izquierdo, con desestructuración del mismo. En el estudio hormonal, se detectaron valores elevados de cortisol plasmático basal (796 ng/mL) con

ACTH plasmática basal disminuida (2 pg/mL) y cortisol libre urinario 320 µg/24 h. En el estudio de TC se confirmó la masa suprarrenal izquierda, heterogénea, y con invasión en retroperitoneo y área vascular, junto con lesiones de aspecto metastásico en hígado, pulmones y vertebras lumbares. El diagnóstico final fue de síndrome de Cushing secundario a carcinoma suprarrenal estadio IV. En el segundo de los casos, destacó en los análisis una hipopotasemia de 3,2 mEq/L. En la ecografía se observó una masa bien delimitada de 11 cm a nivel suprarrenal; en el estudio ampliado se detectó una aldosterona basal 205 (N < 100), aldosterona estimulada 250, actividad plasmática renina estimulada 0,7, con metanefrinas normales. Se realizó PET, siendo compatible con carcinoma suprarrenal derecho. El tercer paciente presentaba una analítica básica con iones dentro de los valores normales. La ecografía abdominal informó de una lesión adrenal derecha, sólida y bien delimitada, de 31 × 27 mm. En las determinaciones analíticas las catecolaminas urinarias fueron normales pero las metanefrinas urinarias totales y sus fracciones estuvieron muy elevadas. El paciente se intervino, siendo el diagnóstico definitivo de feocromocitoma.

Conclusiones: El estudio de estos casos nos ilustra sobre la complejidad de la hipertensión arterial, siendo importante identificar ciertas claves que nos deben poner sobre aviso ante la posible existencia de una causa secundaria de HTA. Desde el punto de vista fisiopatológico suprarrenal, se han establecido tres mecanismos endocrinos distintos causantes de HTA, que se corresponden con los tres casos clínicos descritos: feocromocitoma (producción de catecolaminas y derivados), hiperaldosteronismo (aldosterona) y síndrome de Cushing (cortisol), con una prevalencia en población hipertensa de 0,2%, 0,5-12% y 0,2%, respectivamente.

56. EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ÁLAVA

G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J. Iturrealde Iriso, J. Martínez Gorostiaga, M.A. Basabe Pérez, E. Gómez Vadillo, A.I. Rodríguez Polo, J.M. Vera-Fajardo Belinchon, S. López Leza y E. López de Uralde Pérez de Albéniz

Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) es un problema sanitario de primer orden dada su altísima prevalencia y su condición de factor de riesgo cardiovascular que debe ser abordado por múltiples estamentos implicados en la salud de la población. Con nuestro estudio hemos querido analizar el resultado del trabajo de todos los estamentos sanitarios implicados en la lucha contra la HTA en nuestra Área Sanitaria.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Septiembre de 2012 en Comarca Araba (301.333 habitantes). Se empleó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención al paciente hipertenso del Contrato Programa de este año 2012.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Población diana	251.908
Cribado de HTA	48,36%
Nº hipertensos diagnosticados	42.774
Prevalencia HTA	16,98%
Estudio analítico básico	73,99%
Estudio analítico periódico	66,01%
Control periódico: (IMC, ed. sanitaria)	43,97%
Estudio ECG	56,34%
Determinación del RCV	56,96%
Buen control tabaquismo (no fumadores)	82,75%
Buen control TA (TA)	46,92%

Conclusiones: Debemos esforzarnos en mejorar nuestro cribado con el fin de detectar más pacientes hipertensos, así como en el control periódico de los ya diagnosticados con el fin de ir aumentando el porcentaje de hipertensos con un buen control de su enfermedad, gracias a conseguir una mejor adherencia al tratamiento, un cambio real en los estilos de vida, etc.

57. ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS

G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J. Iturrealde Iriso, J. Martínez Gorostiaga, J. García López de Armentia, J.L. Hurtado Mendoza, M.E. Ortega Horrillo, M. Pinel Monge, A. Ruiz de Loizaga Arellano y A. Sabando Carranza

Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Los pacientes pluripatológicos (PP) son aquellos que presentan dos o más enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional y que generan una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales. El propósito del estudio es valorar el grado de control conseguido en nuestros pacientes pluripatológicos hipertensos y además diabéticos.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en septiembre de 2012 en Comarca Araba. Se empleó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena

Atención a los PP diabéticos e hipertensos del Contrato Programa de este año 2012.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Población DM + HTA	547 pacientes
Buen control TA	25,05%
Buen control hemoglobina glicosilada	39,12%
Control del RCV	52,32%
Buen control tabaquismo	82,82%
Revisión oftalmológica	75,87%

Conclusiones: Como se puede apreciar, aunque el número de PP que tenemos es pequeño podemos ver el deficiente control que de sus patologías, en el caso del control de la TA inferior en un 40% al obtenido en el resto de nuestros hipertensos no PP. Aunque las características de estos pacientes pueden justificar estos datos también se justifica la importancia que intentamos dar al PP en nuestra labor diaria.

58. ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HIPERTENSOS E HIPERTENSOS DISLIPÉMICOS

G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J. Iturrealde Iriso, J. Martínez Gorostiaga, M.T. Amiano Arregui, M.J. Mendoza de la Hoz, M.C. Noriega Bosch, J. Ricarte Eguidazu, A. Ruiz de Loizaga Arellano y E. López de Uralde Pérez de Albéniz

Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Pacientes pluripatológicos (PP) son pacientes, generalmente de edad avanzada, que padecen dos o más enfermedades crónicas. Son pacientes a los que deberemos proveer de una atención coordinada al presentar problemas complejos que precisarán de múltiples servicios, una atención integral y personalizada mediante la coordinación de los diferentes niveles asistenciales. El propósito del estudio es valorar el grado de control conseguido en nuestros pacientes pluripatológicos hipertensos y además en los hipertensos y dislipémicos.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en septiembre de 2012 en Comarca Araba. Se empleó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención a los PP diabéticos e hipertensos del Contrato Programa de este año 2012.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Población PP hipertensa	8.223 pacientes
Buen control TA	41,25%
Control del RCV	53,08%
Población PP hipertensa + dislipémica	3.031 pacientes
Buen control TA	43,88%
Control del RCV	54,21%

Conclusiones: El grado de control en estos pacientes es semejante al obtenido en nuestros pacientes hipertensos no PP, incluso en el caso de los hipertensos y dislipémicos es mayor en los PP. Además de tratar de elevar el grado de control deberemos analizar la causa de este mejor control para implementarlo en la atención del resto de nuestros pacientes.

59. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ICTUS

M.A. Iglesias Salgado¹, C. Lucas Álvarez², P. Vicente Prieto¹, C. Rosado Rubio³ y C.M. Becerro Muñoz¹

¹CS Miguel Armijo, Salamanca. ²Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca. ³Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Ávila, Ávila.

Objetivos: Revisión de los factores de riesgo cardiovascular modificables (HTA) o potencialmente modificables (diabetes mellitus, dislipemia) presentes en los pacientes de un cupo de Atención Primaria que han sufrido algún evento cerebrovascular.

Métodos: Del total del cupo de nuestro centro de salud, el 1,75% de los pacientes han padecido en algún momento de su vida un accidente cerebro-vascular (ACV). La proporción hombres:mujeres sigue un patrón 1:1. El rango de edad de nuestra población va de los 49 a los 98 años, con una media de edad de $75,82 \pm 11,97$ años (mediana de 79,5 años).

Resultados: El 89,3% de los pacientes presentaban uno o más factores de riesgo cardiovascular modificable de los estudiados: hipertensión el 82,1%, dislipemia el 60,7% y diabetes el 46,4%.

Conclusiones: Las enfermedades cerebrovasculares son responsables de una alta mortalidad y morbilidad, ocasionando en muchos de los pacientes que las padecen secuelas de por vida. Por ello, uno de los aspectos fundamentales en el abordaje de esta patología es la prevención, lo cual exige la identificación y un estricto control de los factores de riesgo. El riesgo de sufrir un ictus aumenta con la edad. La asociación de factores de riesgo incrementa el riesgo de ictus. La HTA es el factor de riesgo más importante, tanto como para la hemorragia como para la isquemia cerebral.

60. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y CARACTÉRISTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN UNA CONSULTA AMBULATORIA DE NEFROLOGÍA DURANTE 4 AÑOS

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

Consulta Ambulatoria de Nefrología, Jaén.

Objetivos: Analizar y conocer las características clínicas y perfil circadiano de la presión arterial en hipertensos atendidos en una consulta ambulatoria de Nefrología.

Métodos: Estudiamos 750 pacientes hipertensos asistidos durante 4 años (mayo 2008-2012). La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 h. y cada 30 minutos en la noche durante 24 horas.

Resultados: La edad media de los hipertensos es de 55,63 (\pm 13,37), 54% hombres y un IMC de 28,34 (\pm 4,75) de predominio femenino. Su RCV es muy variable y así un 42,4% presentan un riesgo moderado y un 17,45 riesgo alto. Un 11,15% son diabéticos, 14,7% fumadores. Un 7% con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular y de ellos un 5,1% afectación renal. Un n° importante 176 (23,5%) se acompañan de dislipemia. Las cifras de PA en la clínica se caracteriza por predominio grado I (45,5%) y grado II (25,1%). La media total de la PAS y PAD clínica es de $145,72 \pm 17,69$ y $90,10 \pm 8,37$, y la de la MAPA $128,74 \pm 14,44$ y $78,80 \pm 9,99$ respectivamente. Durante el periodo de descanso $118,79 \pm 16,27$ (PAS) y $70,23 \pm 10,09$ (PAD). Un 22,59% los consideramos Posible BB y un 10,70% h, enmascarada. Perfil circadiano: 44,8% dipper un 36,5% no dipper y riser un 9,9%.

Conclusiones: Es una herramienta útil la MAPA para evaluar la eficacia del tratamiento y en nuestro caso nos ha permitido identificar un porcentaje importante de hipertensos no dipper y riser los cuales se asocian a un mayor RCV. El paciente no dipper tiene entre dos y tres veces más riesgo de padecer cualquier tipo de complica-

ciones cardiovasculares que el resto de la población hipertensa por lo que precisa de un diagnóstico precoz.

61. PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS. ESTUDIO PRESCAP 2010

J.A. División Garrote, F.J. Alonso Moreno, M.A. Prieto Díaz, J.L. Llisterri Caro, L.M. Artigao Ródenas, V. Barrios Alonso, C. Escobar Cervantes, T. Sánchez Ruiz, O. García Vallejo y A. García Lerín

Grupo HTA, SEMERGEN.

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos tratados con fármacos, atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español, que tienen cifras de presión arterial (PA) menores de 110 mmHg de PA sistólica o menores de 70 mmHg de PA diastólica.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos ≥ 18 años, con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y tratamiento farmacológico. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA era menor de 140/90 mmHg y se consideró hipotensión si PAS era menor de 110 mmHg o PAD era menor de 70 mmHg. Terapia combinada cuando estaban tratados con 2 o más fármacos.

Resultados: En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres). Edad media: 66,3 (DE: 11,4) años. Los valores medios de PA fueron 135,9 (DE: 14,5) y 79,3 (DE: 9,4) mmHg. Se consideró bien controlados a un 61,2% (IC95%: 60,2-61,93) de ellos (61% de los hombres y 62,4 de las mujeres, $p > 0,05$). Un 13% de los pacientes (13,1% de los hombres y 13% de las mujeres, $p > 0,05$) se puede considerar que tenían hipotensión (sistólica o diastólica) con el tratamiento. De ellos 1,6% tenían PAS < 110 mmHg y 12,4% PAD < 70 mmHg. Sus valores medios de PA fueron 126,2 (DE: 15) y 64,2 (DE: 4,5) mmHg. En un análisis bivariante se observó una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años frente a los menores de 65 años (17,3% vs 7, $p < 0,001$).

Conclusiones: La prevalencia de hipotensión en pacientes hipertensos tratados con fármacos es baja. Se observa una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años y los que estaban con terapia combinada. Por otra parte, el grado de control está lejos de ser el deseado. Los médicos de Atención Primaria deberían priorizar el objetivo de control frente al riesgo de hipotensión con el tratamiento, sobre todo en pacientes jóvenes.

62. PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS. ESTUDIO PRESCAP 2010

F.J. Alonso Moreno, J.A. División Garrote, M.A. Prieto Díaz, P. Beato Fernández, E. Carrasco Carrasco, S. Lou Arnal, A. García Lerín, J. Fernández Toro, L. García Matarín y J.C. Martí Canales

Grupo HTA, SEMERGEN.

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos diabéticos tratados con fármacos antihipertensivos, atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español, que tienen cifras de presión arterial (PA) menores de 110 mmHg de PA sistólica o menores de 70 mmHg de PA diastólica.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos ≥ 18 años con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), diagnóstico o no de diabetes y tratamiento farmacológico. Se consideró bien controlada la hiperten-

sión si PA era menor de 140/90 mmHg y se consideró hipotensión si PAS era menor de 110 mmHg o PAD era menor de 70 mmHg. Diabetes cuando el diagnóstico estaba registrado en la historia clínica. Terapia combinada cuando el paciente estaba tratado con 2 o más fármacos.

Resultados: En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres), de ellos 3.993 (30,9%) eran diabéticos con una edad media de 68,2 (DE: 10,2) años y el 50,1% mujeres. Los valores medios de PA fueron 137,7 (DE: 15,3) y 78,9 (DE: 10,0) mmHg. Se consideró bien controlados a un 56,4% (IC95%: 54,9-57,9) de ellos (57,5% de los hombres y 55,2% de las mujeres, $p > 0,05$). Un 19,8% de los pacientes tenían PA < 130/80 mmHg (IC95%: 18,6-21,0) y un 0,9% < 110/70 mmHg (IC95%: 0,6-1,2). Se puede considerar que tenían hipotensión (sistólica o diastólica) con el tratamiento un 15,3% de los pacientes (15,2% de los hombres y 15,3% de las mujeres, $p > 0,05$). De ellos 1,4% tenían PAS < 110 mmHg y 14,7% PAD < 70 mmHg. Sus valores medios de PA fueron 128,4 (DE: 15,6) y 63,8 (DE: 4,6) mmHg. En un análisis bivariante se observó una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años frente a los menores de 65 años (18,8% vs 7,1%, $p < 0,001$). No se observaron diferencias en los pacientes que estaban con terapia combinada frente a los que estaban con monoterapia (15,4% vs 14,9%, $p > 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de hipotensión en pacientes hipertensos diabéticos es baja. Se observa una mayor prevalencia en los mayores de 65 años. Por otra parte, el grado de control de la hipertensión en los diabéticos está lejos de ser el deseado. Los médicos de Atención Primaria deberían priorizar el objetivo de control frente al riesgo de hipotensión con el tratamiento, sobre todo en pacientes jóvenes.

63. PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ASOCIADA. ESTUDIO PRESCAP 2010

J.A. División Garrote, F.J. Alonso Moreno, M.A. Prieto Díaz, G. Rodríguez Roca, C. Escobar Cervantes, V. Pallarés Carratalá, A. Galgo Nafria, J. Polo García, F. Valls Roca y A. Calderón Montero

Grupo HTA, SEMERGEN.

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular (CV) diagnosticada y tratados con fármacos antihipertensivos, atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español, que tienen cifras de presión arterial (PA) menores de 110 mmHg de PA sistólica o menores de 70 mmHg de PA diastólica.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos ≥ 18 años con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), enfermedad CV y tratamiento farmacológico. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA era menor de 140/90 mmHg y se consideró hipotensión si PAS era menor de 110 mmHg o PAD era menor de 70 mmHg. Enfermedad CV asociada si estaba registrado el antecedente en la historia clínica del paciente (cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca o arteriopatía periférica). Terapia combinada si el paciente tomaba 2 o más fármacos antihipertensivos.

Resultados: En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres), de ellos 3.463 (28,2%) tenían enfermedad CV asociada con una edad media de 70,9 (DE: 10,0) años y el 43,9% mujeres. Los valores medios de PA fueron 135,8 (DE: 15,6) y 77,8 (DE: 10,2) mmHg. Se consideró bien controlados a un 61,3% (IC95%: 59,7-62,9) de ellos (62,5% de los hombres y 59,8% de las mujeres, $p > 0,05$). Un 25% de los pacientes tenían PA < 130/80 mmHg (IC95%:

23,6-26,4) y un 1,9% < 110/70 mmHg (IC95%: 1,5-2,4). Se puede considerar que tenían hipotensión (sistólica o diastólica) con el tratamiento un 18,6% de los pacientes (19,5% de los hombres y 17,4% de las mujeres, $p > 0,05$). De ellos 2,6% tenían PAS < 110 mmHg y 17,8% PAD < 70 mmHg. Sus valores medios de PA fueron 125,9 (DE: 15,4) y 63,5 (DE: 4,5) mmHg. En un análisis bivariante se observó una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años frente a los menores de 65 años (21,4% vs 9,6%, $p < 0,001$). No se observaron diferencias en los pacientes que estaban con terapia combinada frente a los que estaban con monoterapia (18,8% vs 17,4%, $p > 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de hipotensión en pacientes hipertensos con enfermedad CV asociada, es baja. Se observa una mayor prevalencia en los mayores de 65 años. Por otra parte, el grado de control de la hipertensión está lejos de ser el deseado. Los médicos de Atención Primaria deberían priorizar el objetivo de control frente al riesgo de hipotensión con el tratamiento, especialmente en pacientes jóvenes.

64. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ENFERMEDAD RENAL OCULTA DETERMINADA MEDIANTE LA NUEVA ECUACIÓN CKD-EPI EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

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

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

Objetivos: La insuficiencia renal es un factor de mal pronóstico en la cardiopatía isquémica. Se considera enfermedad renal oculta (ERO) la existencia de un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² con creatinina plasmática normal. Nuestros objetivos son determinar la prevalencia de ERO en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) utilizando la nueva ecuación CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), comparándola con las fórmulas de Cockcroft-Gault (CG) y MDRD4, y ver en qué perfil de pacientes es más frecuente.

Métodos: Durante 6 meses se incluyeron un total de 146 pacientes, excluyendo posteriormente a aquellos con cifras de creatinina sérica elevada, definida como mayor de 1,3 mg/dl en varones o de 1,2 mg/dl en mujeres. Se incluyeron finalmente un total de 118 pacientes con cifras de creatinina normal, estudiando en todos ellos datos epidemiológicos y la presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, así como diversos parámetros analíticos.

Resultados: La prevalencia de ERO fue del 9,6% estimado por el método CKD-EPI, del 17,8% por el método de CG y del 4,8% por MDRD4. Se estudió la concordancia entre las diferentes fórmulas, comparándolos con el CKD-EPI, encontrando un índice kappa de 0,527 para el FG por CG y de 0,638 para el método MDRD4. En cuanto a las características de los pacientes, aquellos con ERO (estimada por CKD-EPI) presentaron una mayor edad media (79,07 vs 66,39 años, $p < 0,0005$), una mayor prevalencia de hipertensión arterial (85,7% vs 50,9%, $p = 0,014$) y mayor porcentaje de clase Killip ≥ 2 al ingreso (42,8% vs 14,4%, $p = 0,009$). No encontramos diferencias en la prevalencia de ERO en los distintos tipos de SCA, el número de vasos afectados y la presencia de disfunción VI. Asimismo, los pacientes con ERO presentaron mayores cifras de creatinina (1,18 vs 0,86 mg/dl, $p < 0,0005$) y menores de hemoglobina (12,88 vs 14,04 g/dl, $p = 0,024$). En el análisis multivariante los factores que se asociaron independientemente con la presencia de ERO fueron la edad y el índice de masa corporal (IMC).

Conclusiones: La prevalencia de ERO varía en función del método diagnóstico empleado. La nueva ecuación CKD-EPI detecta ma-

yor número de pacientes con respecto a la fórmula MDRD4, pero menos que empleando la fórmula de CG. Es importante sospechar la ERO en pacientes ancianos y con menor IMC.

65. IMPORTANCIA DE LA CISTATINA C EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y SU CORRELACIÓN CON OTROS PARÁMETROS DE FUNCIÓN RENAL

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

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

Objetivos: La creatinina y el filtrado glomerular (FG) son los métodos habitualmente empleados para la estimación de la función renal. Se ha demostrado el valor pronóstico de la cistatina C en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Nuestros objetivos son determinar la prevalencia de cistatina C elevada en pacientes con SCA, su correlación con otros parámetros de función renal y ver en que perfil de pacientes es más frecuente su elevación.

Métodos: Se dividió a los 146 pacientes incluidos en 2 grupos, según los valores de cistatina C (valor de referencia 0,95 mg/l). Se estudió en todos ellos la presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, diversos datos clínicos y parámetros analíticos. Se determinó la correlación entre niveles de cistatina C y creatinina, así como con el FG determinado mediante las fórmulas de Cockcroft-Gault (CG) y MDRD4.

Resultados: La prevalencia de cistatina C elevada ($> 0,95 \text{ mg/l}$) fue del 41,1%. La correlación de la cistatina C fue positiva con la creatinina ($r = 0,701$), y negativa con el FG mediante MDRD4 ($r = -0,634$) y CG ($r = -0,552$). Los pacientes con cistatina C elevada presentaron mayor edad media (76,27 vs 65,02 años, $p < 0,0005$) y mayor prevalencia de HTA (75% vs 52,3%, $p = 0,006$). Tenían con mayor frecuencia antecedentes de cardiopatía isquémica previa (38,3% vs 20,9%, $p = 0,021$), clase Killip ≥ 2 al ingreso (45% vs 11,7%, $p < 0,0005$) y enfermedad multivaso o afectación de TCI (66% vs 41%, $p = 0,006$). Se les realizó con menor frecuencia cateterismo cardíaco (76,6% vs 97,7%, $p < 0,0005$), siendo la estancia media hospitalaria mayor (9,67 vs 7,36 días, $p = 0,004$). Además presentaron mayores cifras de creatinina (1,24 vs 0,98 mg/dl, $p = 0,05$) y menores de hemoglobina (13,1 vs 14 g/dl, $p = 0,007$). En el análisis multivariante los factores que se asociaron independientemente con la presencia de cistatina C elevada fueron la edad, hipertensión arterial y antecedentes de cardiopatía isquémica.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de cistatina C elevada en pacientes con SCA. La cistatina C presenta una correlación alta con la creatinina y el FG por MDRD4 y moderada con el FG por CG. Los pacientes con cistatina C elevada que presentan un SCA tienen mayor edad, presentan mayor clase Killip al ingreso y mayor porcentaje de afectación multivaso, por lo cual es un parámetro a considerar en estos pacientes.

66. VITAMINA D Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

L. Vigil Medina¹, M. López Jiménez¹, E. Condés², R. García Carretero¹, C. Rodríguez¹, M. Varela Entrecanales¹ y J. Ruiz Galiana¹

¹Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. ²Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón.

Objetivos: El déficit de vitamina D es frecuente y se ha relacionado con un riesgo cardiovascular aumentado. Analizamos la pre-

sencia de esta asociación en un grupo de pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial.

Métodos: Estudio observacional, transversal, que incluyó a 866 pacientes diagnosticados de HTA esencial atendidos en nuestra consulta durante un período de 18 meses consecutivos. En todos ellos se realizó historia clínica, exploración física y analítica rutinaria, junto con la determinación de los niveles de 25(OH) vitamina D sérica (ECLIA, Roche Diagnóstico). Definimos el déficit de vitamina D como unos niveles séricos de $< 20 \text{ ng/ml}$.

Resultados: La edad media fue de 62 ± 13 años, con predominio de mujeres (53%). El IMC fue 31 ± 10 y las cifras de TA $136 \pm 16/75 \pm 10 \text{ mmHg}$. 256 pacientes (29,6%) padecían diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y 170 pacientes (19,6%) habían presentado un evento cardiovascular (ECV) previo. Los niveles medios de 25(OH)D fueron $29 \pm 12 \text{ ng/ml}$, sin mostrar diferencias entre ambos sexos (varones $29 \pm 11 \text{ ng/ml}$ y mujeres $30 \pm 12 \text{ ng/ml}$, $p = 0,173$). 184 pacientes (21,2%) presentaban déficit de vitamina D, sin existir tampoco diferencias entre ambos sexos (varones 21,5% y mujeres 21%, $p = 0,9$). Tampoco hubo diferencias por sexo en los niveles de 25(OH) D en el subgrupo de pacientes con déficit de vitamina D (varones $14,7 \pm 3$ y mujeres $15 \pm 3 \text{ ng/ml}$, $p = 0,456$). Los pacientes con DM2 no presentaron tampoco diferencias significativas en los niveles de 25(OH)D ($29,6 \pm 12 \text{ ng/ml}$ con DM2 vs $29,3 \pm 12 \text{ ng/ml}$ sin DM2, $p = 0,7$) o el la presencia de déficit de vitamina D (58 casos [31,5%] con déficit vs 198 [29%] sin déficit, $p = 0,5$). El déficit de vitamina D se asoció significativamente al antecedente de ECV: 45 casos (26,5%) de ECV previos en pacientes con déficit vs 125 (18,3%) sin déficit ($p = 0,042$). Los niveles de 25(OH)D, ajustados para sexo, edad e IMC, se correlacionaron negativamente con las cifras de albuminuria ($r = -0,226$, $p = 0,036$), no siendo significativas las correlaciones para el resto de factores analizados (perímetro abdominal, TAS y TAD, glucemia, uricemia, colesterol total y colesterol-HDL, triglicéridos, índice de HOMA, HbA1c, PCR, fibrinógeno y filtrado glomerular estimado-MDRD4). En el análisis multivariante (regresión lineal), ajustado por edad y sexo, los únicos determinantes independientes de los niveles de 25(OH)D fueron las cifras de albuminuria ($B = -0,022$, IC95%: $-0,038$ a $-0,007$, $p = 0,004$) y los niveles de colesterol-HDL ($B = 0,100$, IC95%: $0,002$ - $0,198$, $p = 0,045$), resultando excluidos en el modelo final el resto de factores analizados, enumerados previamente (R^2 del modelo = 0,57).

Conclusiones: En nuestros pacientes con HTA esencial el déficit de vitamina D fue frecuente y se asoció significativamente al antecedente de ECV. Las cifras de albuminuria junto con los niveles de colesterol-HDL fueron los únicos determinantes independientes de los niveles de 25(OH)D. Son necesarios estudios prospectivos para determinar la relación de causalidad entre déficit de vitamina D y el riesgo de ECV y el posible efecto protector de su corrección con suplementos de esta vitamina.

67. FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE COLESTEROL NO HDL EN LA PROVINCIA DE LLEIDA

M.B. Vilanova Fillat, J. Montserrat Capdevila, N. Miró Vallvé, M. Roca Monsó, A. Balcells Teres, D.J. Ríos García, M. Calderó Solé, L. Olivart Mor, V. Sánchez Fernández y M. Pena Arnaiz

ABS Pla d'Urgell, Mollerussa.

Objetivos: Desde el año 2001 el nivel de colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad (colesterol no HDL) ocupa el segundo lugar como objetivo terapéutico en el manejo de la dislipemia, según la National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III). No obstante, este objetivo no se cumple en la mayoría de los pacientes. La finalidad de nuestro estudio es eva-

luar la asociación entre diferentes factores de riesgo cardiovascular y el cumplimiento del objetivo de colesterol no HDL en la provincia de Lleida, España.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra censal aleatoria simple de sujetos mayores de 18 años. Las variables recogidas son género, edad, hábito tabáquico, hábito alcohólico, ejercicio físico, índice de masa corporal (IMC), perímetro cintura, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes tipo 2 (DM2), dislipemia, tratamiento con fármacos antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos orales o insulina y antecedentes personales y familiares de cardiopatía isquémica. Se ha realizado a cada participante del estudio una analítica en ayunas incluyendo glucemia, colesterol total, colesterol HDL y triglicéridos. El riesgo cardiovascular se ha calculado según la escala de Framingham. El colesterol no HDL, según la fórmula: Colesterol total - Colesterol HDL y su objetivo terapéutico se ha establecido según las recomendaciones de la NCEP-ATP III.

Resultados: Se han incluido un total de 283 individuos (118 hombres y 165 mujeres) con una media de edad de 51,1 años (Intervalo de Confianza [IC] 95% 47,5-54,7) para los hombres y 50,6 años (IC95% 47,1-54,1) para las mujeres. Un total de 102 sujetos (36,04%) no cumplían el objetivo de colesterol no HDL. Las variables que se han relacionado con un peor control del colesterol no HDL han sido: edad (Odds Ratio [OR] 0,97; IC95% 0,96-0,99; $p = 0,000$), ser exfumador (OR 0,46; IC95% 0,25-0,84; $p = 0,012$), HTA (OR 0,40; IC95% 0,24-0,66; $p = 0,000$), glucemia basal alterada (OR 0,23; IC95% 0,08-0,64; $p = 0,005$), y tener antecedentes personales y familiares de cardiopatía isquémica (OR 0,45; IC95% 0,22-0,95; $p = 0,036$; OR 0,49; IC95% 0,27-0,89; $p = 0,019$, respectivamente). No se ha observado asociación entre las demás variables estudiadas y el grado de control del colesterol no HDL.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que no hay relación entre el género, la obesidad, medida tanto por IMC como por perímetro abdominal, los antecedentes de dislipemia y de DM2, la realización de ejercicio físico y el consumo de alcohol con el grado de control del colesterol no HDL. En cambio, variables como la edad avanzada, ser exfumador, la HTA, la glucemia basal alterada y los antecedentes personales y familiares de cardiopatía isquémica podrían ser útiles para detectar aquellos pacientes con una pobre consecución del objetivo de colesterol no HDL.

68. CONTROL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES

B. Espinosa Fernández, J. Galiana Puerto, M. Hurtado Lara, R.M. Hernández Sánchez, G.E. Céspedes Peña, A.J. Noguera Zumbühl, E. Selva Marroquí, M.D. Acá Marín, A. Quirce Vázquez y F. Quirce Andrés

CS Florida, Alicante.

Objetivos: Analizar las características y el grado de control del paciente TAO (tratamiento con anticoagulantes orales).

Introducción: Acenocumarol es un anticoagulante, similar a la warfarina, cuyo mecanismo de acción es ser un antagonista de la vitamina K. Debido a la variabilidad y la complejidad de la sangre debe haber un control muy exhaustivo porque hay un margen terapéutico muy estrecho. Es imprescindible y necesario un control diario del paciente.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de pacientes de ambos性es mayores de 18 años. Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% y bilateral, asumiendo que la proporción esperada es desconocida ($p = q = 0,5$) y que el tamaño total de la población es de 717,

será necesario incluir 251 pacientes en el estudio. Asumimos un 10% de pérdidas por lo que el tamaño final obtenido es de 275 pacientes. El estudio se realizará en condiciones de actuación médica habituales y de acuerdo a la práctica clínica.

Resultados: El CS La Florida atiende a una población de 37.000 habitantes de los que 716 (1,93%) pacientes están en TAO. Los mayores de 65 años son 5.801 con 580 pacientes en TAO. Lo que supone un 10% de la población mayor de 65 años. Se realizaron 12.047 controles de INR en el CS y 83.186 en todo el Departamento. Se pretende conocer la eficacia del TAO midiéndola mediante el INR. De una muestra de 274 pacientes cuya media de edad es 72,71 años, 134 son hombre mientras que 140 son mujeres no representando un factor de riesgo el sexo para TAO. Al distribuir nuestra muestra de pacientes por décadas de edad observamos que hay mayor porcentaje, casi igual, en la década de los 70 y los 80 con 32,48 y 32,85% respectivamente. En relación a la duración del tratamiento el 73% de los pacientes permanecen 6 años o menos en TAO y un 22,3% de los pacientes entre 7 y 12 años. El 50% de los pacientes se han introducido en los últimos 3 años debido al aumento de edad y a la introducción de los centros de salud en el control e indicación de la TAO. Basándonos en los diagnósticos indicativos de TAO un 63,9% de los pacientes presentan FA, un 11,3% prótesis valvular y un 10,9% un diagnóstico no especificado, siendo estos tres los más frecuentes. El resto de los diagnósticos suponen en su conjunto (ACVA, insuficiencia cardíaca, TEP, TVP, valvulopatía) un 25%. De todos los pacientes el 96% sigue tratamiento con acenocumarol a una media de dosis de $15,68 \pm 8,65$ mg/semana. El 4% restante está en tratamiento con warfarina. Los pacientes en TAO del departamento realizaron 83.186 controles de INR. Los pacientes del CS Florida realizaron 12.047 controles. La muestra analizada de 274 pacientes realiza 4.568 controles de INR lo que supone una media de $16,67 \pm 8,36$ visitas/año por paciente. Asumiendo un grado de control de INR "perfecto", el paciente realizaría una visita de control cada 6 semanas (9 visitas al año) lo que nos resultaría un total de 2.466 visitas/año; por lo que se produciría un exceso de 2.102 visitas, esto es un 85% de incremento que traducen "a priori" un insuficiente grado de control de nuestros pacientes. Para medir la eficacia del TAO utilizamos un índice objetivo el INR. La media de INR tabulada sobre la totalidad de las visitas es de $2,54 \pm 0,65$ que indicaría un elevado grado de control de INR y dado que la gran mayoría de nuestros pacientes requieren niveles de 2-3 quizás indicaría una sobre-frecuentación de pacientes controlados (exceso de... ¿control clínico?).

Conclusiones: Si analizamos la intensidad de la coagulación observamos que el 30% de los controles se encuentran con $INR \leq 2$, el 64% entre $> 2 \leq 4$ y el 6% con $INR \geq 4$. Si acotamos el rango de control entre 2-3,5 de valores de INR obtenemos que el 54% de los controles serían correctos, el 30% estarían hipocontrolados ($INR < 2$) con riesgo de hipercoagulabilidad y el 16% en exceso de rango y en riesgo de sangrado.

69. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR COMO PREDICTORES DEL PRONÓSTICO FUNCIONAL POST-ICTUS

N. Miró Vallvé¹, F. Purroy García², B. Vilanova Fillat¹, V. Sánchez Fernández¹, M. Calderó Solé¹, A. Balcells Terés¹, J. Montserrat Capdevila¹, J. Marsal Mora³, D. Ríos García¹ y M. Roca Monsó¹

¹ABS Pla d'Urgell, Mollerussa. ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ³Institut Català de la Salut, Lleida.

Introducción: Las enfermedades cerebrovasculares son una de las primeras causas de morbimortalidad en el conjunto de la población. Sus dos principales componentes son la enfermedad isquémica

Tabla Comunicación 69.

0. Sin síntomas	
1. Sin incapacidad importante	Capaz de realizar las actividad y obligaciones habituales.
2. Incapacidad leve	Incapaz de realizar alguna de las actividades previas, pero capaz de atender a sus intereses y asuntos sin ayuda.
3. Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida e impiden su subsistencia totalmente autónoma.
4. Incapacidad moderadamente grave	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente, aunque sin necesidad de atención continuada.
5. Incapacidad grave	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante, día y noche.
6. Muerte	

ca cardíaca y la enfermedad cerebrovascular. Constituyen un problema de salud prioritario, ya que representan una pérdida potencial de años de muy importante, son la primera causa de hospitalización en nuestro medio y el segundo motivo de consulta en atención primaria. Existen escalas internacionalmente validadas para graduar el pronóstico funcional al alta en pacientes que han sufrido un ictus. La Escala de Rankin Modificada valora, de forma global, el grado de discapacidad física tras un ictus. Se divide en 7 niveles, des de 0 (sin síntomas) hasta 6 (muerte) (Keun-Sik 2009). Atribuimos mal pronóstico al alta a un resultado ≥ 4 en la escala de Rankin.

Objetivos: Establecer predictores clínicos de mal pronóstico funcional al alta de los pacientes ingresados a la unidad de Neurología de nuestro hospital por ictus. Conocer la incidencia de mal pronóstico en pacientes ingresados por ictus según la escala de Rankin modificada (pronóstico funcional al alta). Conocer la influencia de algunos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos (edad, consumo de alcohol, tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipemia) presentes antes del ictus en relación al pronóstico funcional al alta.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo prospectivo de casos. Sujetos: pacientes atendidos por ictus en nuestro servicio de Neurología. Muestra recogida des de abril 2011 a abril 2012. Se incluyeron pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico, hemorrágico o ataque isquémico transitorio ingresados con evolución de la sintomatología inferior a 48 horas. Se excluyeron los menores de edad y los pacientes sin confirmación clínica de ictus. Intervenciones: datos clínicos i de diagnóstico recogidos mediante el aplicativo informático RENISEN (Registro Nacional de Ictus de la Sociedad Española de Neurología).

Resultados: Se estudiaron 348 casos, de los cuales 102 (29,31%) presentaron una puntuación a la escala de Rankin ≥ 4 al alta (mal pronóstico) y 246 (70,68%) < 4 (buen pronóstico). 33 (9,5%) murieron. Los pacientes de mayor edad tuvieron peor pronóstico de forma estadísticamente significativa. La media de edad en los pacientes con buen pronóstico fue de 69,21 años (mediana 61-79 y DT 14,2) y en los pacientes con mal pronóstico de 75,85 (mediana 71-82 y DT 10,49), con un valor de la $p < 0,05$. En cuanto al consumo de alcohol, el grupo que presentó peor pronóstico al alta fue el que tenía un consumo moderado (< 40 g/día), representando el 21,65% en comparación al 8,33% entre los de mejor pronóstico al alta. Los pacientes con un consumo excesivo (> 40 g/día), no presentaron peor pronóstico al alta ($p < 0,05$). Los hipertensos presentaron peor pronóstico (82,02% vs 70,25%, $p = 0,032$). No se vieron diferencias estadísticamente significativas en relación al tabaquismo, la diabetes y la dislipemia; pero sí que se marcó una tendencia como factor de riesgo ($p < 0,10$).

Conclusiones: La prevalencia de FRCV como la edad, el consumo moderado de alcohol y la hipertensión tienen influencia sobre la discapacidad funcional residual tras el ictus. El hecho que los pacientes con un consumo más elevado de alcohol (< 40

g/día) no presentaran peor pronóstico lo podríamos justificar con el efecto que el alcohol presenta sobre el perfil lipídico. Así, con un consumo elevado de alcohol, aumentaría la fracción HDL del colesterol, con el efecto cardioprotector que representa y podría determinar una mejor evolución, con disminución de las complicaciones y con un mejor pronóstico funcional al alta.

70. HIPERTENSOS CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ASOCIADA Y GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. ESTUDIO PRESCAP 2010

F. Valls Roca¹, F.J. Alonso Moreno², J.A. Divisón Garrote³, J.L. Llisterri Caro⁴, M.A. Prieto Díaz⁵, A. Vicente Molinero⁶, T. Rama Martínez⁷, J.L. Gorri Gorriz Teruel⁸, A. González Sánchez⁹ y P. Panero Hidalgo¹⁰

¹CS Benigànim, Valencia. ²CS Sillería, Toledo. ³Consultorio Fuentealbilla, CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ⁵CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ⁶Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ⁷CS Masnou-Alella, Barcelona. ⁸Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ⁹CS Arrecife II, Lanzarote. ¹⁰CS Órgiva, Granada.

Objetivos: Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de los hipertensos atendidos en atención primaria que ya tienen enfermedad cardiovascular asociada.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico, en hipertensos ≥ 18 años. Se consideró enfermedad cardiovascular establecida a la presencia de cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica y nefropatía establecida según el criterio de la Guía ESH 2007). Se consideró control óptimo para cada uno de los FRCV: Obesidad: índice de masa corporal (IMC) $< 7\%$.

Resultados: 12.961 hipertensos, 3.463 pacientes con enfermedad cardiovascular, un 26,7% (IC95% 25,2-28,1), edad 70,9 \pm 10 años (43,9 mujeres), IMC $29,6 \pm 4,7$ Kg/m². La PA sistólica/PA diastólica fue $135,7 \pm 15/77,7 \pm 10$ mmHg. El control para cada FRCV fue: hábito tabáquico: 86,3% (IC95% 85,1-87,4), HTA: 61,3% (IC95% 59,7-62,9), obesidad: 56,6% (IC95% 54,9-58,3), diabetes: 50% (IC95% 47,3-52,6), dislipemia: 35% (IC95% 33,2-36,7). El control global de todos los FRCV fue de 8,60% (IC95% 7,6-9,5). El mejor control global correspondió a cardiopatía isquémica: 13,1%.

Conclusiones: El grado de control global de todos los FRCV fue muy pobre, solo 8 de cada 100 pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular tienen un control óptimo de todos los FRCV. Es necesario realizar un abordaje integral dirigido a lograr un control óptimo de todos los FRCV en el paciente con enfermedad cardiovascular.

71. ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN MUJERES ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS BASALES DEL ESTUDIO EVA

F.J. Fernández Vega¹, M.A. Prieto Díaz², A. Pobes Martínez de Salinas¹, F.J. García-Norro Herreros³, P. Redondo Oliver⁴, A. Díaz Villanueva⁵, C. Vidal González⁶, A. Gallardo González⁷, L.M. Viña Alonso⁸ y A.R. González García⁹

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ³CS La Condesa, León. ⁴CS Carrión de los Condes, Palencia. ⁵CS La Felguera, Langreo. ⁶CS Raíces, Avilés. ⁷CS Rondilla 1, Valladolid. ⁸CS El Parque, Gijón. ⁹CS Sabugo, Avilés.

Objetivos: Analizar la enfermedad renal oculta (ERO) y su relación con factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano subclínica (LOS) y enfermedad clínica asociada (ECA) en las mujeres atendidas en las consultas de atención primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid.

Métodos: Análisis descriptivo y transversal 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 FRCV, LOS, ECA y la estratificación de riesgo cardiovascular (RCV), según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró enfermedad renal oculta: Filtrado glomerular (FG) < 60 mL/min/1,73 m² y creatinina < 1,2 mg/dL.

Resultados: Se seleccionaron 903 mujeres con edad de 59,6 ± 8; índice de masa corporal de 28,2 ± 5,5; perímetro abdominal 91,4 ± 12,8; presión arterial sistólica 131 ± 16 y diastólica 78 ± 9 mmHg. 82 (9,1%) mujeres tenían ERO. Las mujeres con ERO respecto a las que no cumplían criterios de ERO presentaban mayor prevalencia de hipertensión: 61% vs 44,1%; p = 0,003; OR IC95% 1,98 (1,24-3,15); de diabetes 23,2% vs 12,3%; p = 0,006; OR IC95% 2,15 (1,23-3,74); de enfermedad clínica asociada 20,7% vs 8,2%; p = 0,000; OR IC95% 2,94 (1,63-5,30) y mayor RCV alto o muy alto 82,9% vs 40,6%; p = 0,000; IC95% 7,11 (3,93-12,8).

Conclusiones: Una de cada diez mujeres entre los 40 y los 70 años tienen enfermedad renal oculta. Son mujeres con mayor prevalencia de hipertensión y diabetes, con mayor enfermedad clínica asociada y mayor riesgo cardiovascular alto o muy alto.

72. EVOLUCIÓN DE LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN HIPERTENSOS ESPAÑOLES. ESTUDIO PRESCAP

F.J. Alonso Moreno¹, J.A. División Garrote², M.A. Prieto Díaz³, A. Barquilla García⁴, J.L. Cañada Merino⁵, J.L. Carrasco Martín⁶, S. Cinza Sanjurjo⁷, R. Durá Belinchón⁸, M. Ferreiro Madueño⁹ y E. García Criado¹⁰

¹CS Casas Ibáñez, Fuentealbilla. ²CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ³Consultorio de Herguijuela, Cáceres.

⁴CS Sillería, Toledo. ⁵CS La Lobilla, Estepona. ⁶CS Porto do Son, A Coruña. ⁷CS Burjassot, Valencia. ⁸CS Huerta del Rey, Sevilla.

¹⁰CS de la Fuensanta, Córdoba.

Objetivos: Conocer la evolución de las cifras de presión arterial (PA) y obesidad en pacientes hipertensos españoles seguidos en el ámbito de la atención primaria (AP) en la última década.

Métodos: La metodología de los tres estudios, PRESCAP 2002, 2006 y 2010, fue similar. Diseño epidemiológico trasversal multicéntrico para determinar grado de control de presión arterial (PA) en hipertensos españoles seguidos en Atención Primaria (AP). Se consideró hipotensión si PA sistólica (PAS) era menor de 110 mmHg o PA diastólica (PAD) < 70 mmHg y buen control de la PA cuando las cifras de PA fueron < 140/90 y 130/80 (paciente con diabetes, enfermedad cardiovascular o Insuficiencia Renal). Fueron analizadas las distintas variables para inferencia de parámetros en poblaciones independientes mediante el programa Epidat 3.1.

de pulso (PP), definida como la diferencia entre las cifras de PAS y PAD medias, índice de masa corporal (IMC) y prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30). Se realizó un análisis para inferencia de parámetros en poblaciones independientes mediante el programa Epidat 3.1.

Resultados: 12.754 pacientes (edad media 63,3 ± 10,8 años; 57,2% mujeres), 10.520 pacientes (64,6 ± 11,3 años; 53,7% mujeres), y 12.961 pacientes (66,3 ± 11,4; 52,0% mujeres) fueron incluidos en PRESCAP 2002, 2006 y 2010 respectivamente. Las cifras de PAS, PAD medias resultaron (141,5/82,6; 138,0/80,8 y 135,9/79,3) respectivamente, p < 0,0001. La PP media fue 58,9 ± 13; 57,2 ± 13 y 56,6 ± 12,8 respectivamente, p < 0,0001. Los valores obtenidos para el IMC presentaron cifras de 28,7 ± 4,2; 29,1 ± 4,5 y 29,4 ± 4,7, p < 0,0001. La prevalencia de obesidad fue 31,9, 37,1 y 39,8 respectivamente, p < 0,0001. El grado de control fue del 35,8% (38,8% en normopeso vs 30,1% en obesos); 41,4% (44,9% en normopeso versus 35,6% en obesos); 46,3% (51,1% en normopeso vs 39,7% en obesos) en PRESCAP 2002, 2006 y 2010 respectivamente, p < 0,0001. El uso de la terapia combinada fue del 43,4% (39,5% en normopeso vs 50,7% en obesos); 55,6% (52,2% en normopeso vs 60,9% en obesos); 63,6% (60,1% en normopeso vs 69,2% en obesos) en PRESCAP 2002, 2006 y 2010 respectivamente, p < 0,0001.

Conclusiones: Durante la última década el IMC y obesidad aumentaron progresivamente en los pacientes hipertensos, existiendo una clara relación inversa entre el grado de control de la presión arterial y el exceso de peso. Por otra parte, el grado de control ha aumentado a expensas de un mayor uso de terapia combinada, sobre todo en obesos. Disminuir el peso debería ser una estrategia fundamental en los hipertensos.

73. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS ENTRE LOS AÑOS 2002-2010. ESTUDIO PRESCAP

J.A. División Garrote¹, M.A. Prieto Díaz², F.J. Alonso Moreno³, J.L. Llisterri Caro⁴, G.C. Rodríguez Roca⁵, V. Barrios Alonso⁶, C. Escobar Cervantes⁷, V. Pallarés Carratalá⁸, R. Genique Martínez⁹ e I. Gil Gil¹⁰

¹CS Casas Ibáñez, Fuentealbilla. ²CS Vallobín-La Florida, Oviedo.

³CS Sillería, Toledo. ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia.

⁵CS La Puebla de Montalbán, Toledo. ⁶Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁷Hospital La Paz, Madrid. ⁸Unión de Mutuas, Castellón.

⁹CAP Sant Carles de la Ràpita, Tarragona. ¹⁰CAP ABS Arán, Viella.

Objetivos: Conocer la evolución de hipotensión en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico en la última década.

Métodos: La metodología de los tres estudios, PRESCAP 2002, 2006 y 2010, fue similar. Diseño epidemiológico trasversal multicéntrico para determinar grado de control de presión arterial (PA) en hipertensos españoles seguidos en Atención Primaria (AP). Se consideró hipotensión si PA sistólica (PAS) era menor de 110 mmHg o PA diastólica (PAD) < 70 mmHg y buen control de la PA cuando las cifras de PA fueron < 140/90 y 130/80 (paciente con diabetes, enfermedad cardiovascular o Insuficiencia Renal). Fueron analizadas las distintas variables para inferencia de parámetros en poblaciones independientes mediante el programa Epidat 3.1.

Resultados: 12.754 pacientes (edad media 63,3 ± 10,8 años; 57,2% mujeres), 10.520 pacientes (64,6 ± 11,3 años; 53,7% mujeres), y 12.961 pacientes (66,3 ± 11,4; 52,0% mujeres) fueron incluidos en PRESCAP 2002, PRESCAP 2006 y PRESCAP 2010 respectivamente. El grado de control de la PA fue de 34,9, 41,4 y 46,3 respectivamente, p < 0,0001. Un 5,5%, 9,4% y 13% de los pacientes tenían hipotensión (sistólica o diastólica), p < 0,0001. De ellos un 0,3%, 0,6% y 1% tenían PAS < 110 mmHg y PAD < 70 mmHg respecti-

vamente, $p < 0,001$. El porcentaje de tratamiento combinado fue de 44%, 55,6% y 63,6% respectivamente, $p < 0,0001$.

Conclusiones: Conforme ha mejorado el grado de control de los hipertensos tratados también ha aumentado la prevalencia de hipertensión. Ambos aspectos, probablemente estén relacionados con el mayor uso de la terapia combinada.

74. EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA POBLACIÓN ANDALUZA DE ALTO RIESGO Y SUS POSIBLES DETERMINANTES. REGISTRO PREVENT-A

J. Caballero Güeto¹, E. González Cocina², M.A. Ulecia Martínez³, O.C. Enrique⁴, A. Martín Santana⁵ y M. Lagares Carvallo⁴

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

Objetivos: El objetivo fue determinar la tasa de eventos cardiovasculares en una población de pacientes estables con enfermedad cardiovascular establecida o con múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su relación con variables clínicas y sociodemográficas.

Métodos: El registro PREVENT-A es un estudio epidemiológico prospectivo para determinar los eventos cardiovasculares (ECV) en una población de 1.032 pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (94,5%) o múltiples FRCV (5,5%) atendidos en las consultas de Cardiología en Andalucía. El endpoint principal fue la mortalidad cardiovascular (MCV), infarto de miocardio no fatal (IMNF), ictus o el combinado de eventos (MACE) al año de seguimiento.

Resultados: Pacientes (72,4% varones) con una edad media de 67,2 años. La tasa anual de MCV, IMNF e ictus fue 1,7%, 31,6% y 30,7%, respectivamente, y el 35% (MACE). Los eventos aumentaron con el número de localizaciones sintomáticas enfermedad arterial: 22,0% para pacientes con múltiples FRCV, 32,3%, 32,9% de un 43,8% para los pacientes con 1, 2 y 3 o más ubicación de la enfermedad arterial ($p: 0,03$). Recibían tratamiento antihipertensivos 97%, antiplaquetario 95% y estatinas 88,9%. No obstante la hipertensión (HTA), diabetes (DM) y la hipercolesterolemia (HC) fue controlada en 25,1%, 56,1% y 50,9%, respectivamente, de acuerdo a la recomendación vigente para la prevención. Edad > 68 años se asoció con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, OR: 0,108 (95% CI 0,025 a 0,474, $p = 0,003$) y MACE, OR: 0,887 (IC95%: 0,832 a 0,946, $p = 0,0003$). Se observaron diferencias en el control de la DM y la presencia de MACE (55,9 vs 66,7% vs, $p < 0,05$) pero no en el control de la HTA y HC. MACE fue significativamente más frecuente en fumadores (36,5% vs 27,1%, $p = 0,002$). IMC y la circunferencia de cintura fueron significativamente mayores en los pacientes con ECV (29,8 vs 29,3, $p = 0,04$) y (105,4 vs 101,2, $p: 0,02$). Consumo moderado de alcohol y el ejercicio físico regular fueron más frecuentes en los pacientes sin episodios (14,6% vs 8,8%, $p = 0,008$) y (51,0% vs 38,2%, $p = 0,0002$). No hubo diferencias en el nivel educativo y lugar de residencia.

Conclusiones: En este estudio en el sur de España, en la mayoría de los pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica, hubo una alta tasa anual de eventos isquémicos en relación con la edad, el tabaquismo y el control inadecuado de la diabetes. Se observó un efecto protector del consumo moderado de alcohol y el ejercicio físico. A pesar del uso de intervenciones de reducción de riesgo, no se consiguen objetivos ideales en prevención. Se deben de realizar esfuerzos adicionales para modificar los hábitos de vida de esta población y optimización de las intervenciones farmacológicas para conseguir objetivos indicados por las guías clínicas.

75. CONTROL DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ARAGÓN: ESTUDIO COCINA

A. del Gallego Molias¹, P. Martínez Ibáñez¹, J.M. Cucalón Arenal² y A. Marín Ibáñez¹

¹CS San José Norte, Zaragoza. ²CS Hijar, Teruel.

Objetivos: Determinar el grado de control de los principales FRCV (factores de riesgo cardiovascular) en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en Aragón. Observar diferencias en el control de lo FRCV en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en las diferentes Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Métodos: Tipo de estudio: observacional transversal. Muestra: 750 pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica. Muestreo: revisión sistemática de los primeros 15-20 pacientes que cumplían el criterio de inclusión definido en la muestra y que dieron su consentimiento informado por investigador. Población a estudio: 5 Áreas sanitarias de Aragón. Investigadores: 70 médicos de Atención Primaria. Variables antropométricas, de factores de riesgo y de tratamiento recogidas de la historia clínica de los pacientes previo consentimiento informado. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS.

Resultados: 1. Se reclutaron un total de 734 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. De ellos 554 fueron varones y 180 mujeres. La edad media de la muestra fue 71,7 años. 2. Principales resultados de las variables antropométricas y de control de los principales FRCV: según su índice de masa corporal (IMC), el 19,1% de las mujeres y el 17% de los varones estaban en normopeso. En relación al perímetro de cintura se encontraban cifras de normalidad en el 20% de las mujeres y el 78,6 de los varones. El grado de control de tensión arterial fue del 61% en las mujeres y del 65,4% en los varones. El 49,7% de las mujeres y el 56,2% de los varones se encontraban en control óptimo de sus cifras de LDL (siendo el control óptimo por debajo de 100 mg/dl). En cuanto a la subpoblación de diabéticos el 72,2% de las mujeres y el 68,1 de los varones tuvieron una hemoglobina glicosilada por debajo del 7%. El 96,6% de las mujeres y el 88,9% de los varones no fumaban. 3. En cuanto a los resultados de las variables relacionadas con el tratamiento farmacológico: el 73,6% de las mujeres y el 78,9% de los varones tomaban ácido acetilsalicílico. El 33,1% de las mujeres y el 37,4% de varones llevaban tratamiento con clopidogrel. El 11,2% de mujeres y el 11,7% de varones estaban en tratamiento anticoagulante oral. El 91,6% de mujeres y el 94,4% de varones están en tto antiagregante y/o anticoagulante. El 33,6% de los pacientes estaban tratados con Inhibidores de la enzima conversora de angiotensina (IECAs). El 31,8% de los pacientes llevaban tratamiento con antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II). El 30,9% estaban tratados con antagonistas del calcio. El 43,9% llevaban tratamiento diurético. El 63% llevaban tratamiento b-bloqueante. El 7,2% era tratado con alfa bloqueantes. Solo el 1,5% era tratado con Inhibidores selectivos de la renina (Aldosterona). El 89,1% de los pacientes era tratado con hipolipemiantes, siendo las estatinas las más usadas en un 87,6%, y siendo la atorvastatina la más usada en un 47,1%. 4. En cuanto al grado de control de los pacientes en función de sus tratamientos: el 39,3% de los pacientes con IECAs no tenía la tensión arterial controlada; el 42% de los pacientes en tratamiento con ARA II no estaba controlado; el 36,4% de los tratados con antagonistas del calcio no está controlado; el 32,3% de los que tomaban B-bloqueantes no estaba controlado; el 42,9% de los pacientes no tenían controlada su dislipemia; el 42,9% de los tratados con estatinas no tenía el LDL en cifras de control.

Conclusiones: El grado de control e los FRCV en prevención secundaria es muy deficitario. La hipertensión arterial está escasamente controlada en los pacientes con cardiopatía isquémica. Los hipolipemiantes y más concretamente las estatinas se utilizan en dosis infraóptima. Sólo la mitad de los pacientes con cardiopatía isquémica diabéticos tienen una glicada controlada. Sólo el 15% de

los pacientes con cardiopatía isquémica están perfectamente controlados.

76. RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA CARDIOVASCULAR SOBRE 735 PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: EL PROYECTO ESCARVAL

E. Hermida¹, V. Pallarés², A. Palazón¹, D. Orozco¹, V. Gil¹, F. Valls³, C. Sanchis⁴, J. Navarro⁵, J. Redón⁶ y A. Fernández¹

¹Universidad Miguel Hernández, Alicante. ²Unión de Mutuas, Castellón. ³CS Beniganim, Beniganim. ⁴CS Algemesí, Algemesí,

⁵CS Salvador Pau, Valencia. ⁶Universidad de Valencia, Departamento de Medicina, Valencia.

Objetivos: Evaluar si una intervención formativa sobre profesionales de atención primaria mejora el registro de variables cardiovasculares (CV), en la historia clínica electrónica, cuando se comparan con los profesionales que no lo realizan.

Métodos: Estudio de intervención con grupo control no aleatorizado. Se diseña un curso mixto presencial-online de un año de duración. Se preinscriben 1.411 profesionales y finalizan 735. Se inicia en 2007. De forma longitudinal y prospectiva se evalúa cada 6 meses hasta los 48 meses. Se valoran todos los cribados CV, sus prevalencias, el registro del perímetro abdominal, la microalbuminuria y el Score. Se calculan riesgo relativo (RR), reducción de riesgo absoluto, reducción de riesgo relativo (RRR) y número necesario a tratar para mejorar el registro (NNT). Se realizan ecuaciones de regresión lineal y presencia o no de interacción entre los grupos.

Resultados: Los RR oscilan entre 1,27 en el diagnóstico de diabetes a 2,67 en el registro de score. Los NNT varían de 7 en los cribados CV a 54 en el diagnóstico de diabetes. Los RRR oscilan de 26,7% en el diagnóstico de diabetes a 177,1% en el registro de Score. Las pendientes de las ecuaciones de regresión son mayores en el grupo intervención y en el estudio de las interacciones todas son significativas a excepción de las prevalencias de diabetes, hipertensión, dislipemia y cribado tensional.

Conclusiones: En todas las variables la intervención educativa muestra un claro efecto beneficioso al final del seguimiento, que es estadísticamente significativo y clínicamente relevante.

77. ANÁLISIS DE LA FALTA DE CRIBADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEMANDANTES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ESTUDIO ESCARVAL

V. Pallarés¹, A. Palazón², D. Orozco², V. Gil², C. Sanchis³, F. Valls⁴, A. Lorenzo⁵, A. Fernández², J. Redón⁶ y J. Navarro⁷

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³CS Algemesí, Valencia. ⁴CS Beniganim, Valencia. ⁵CS Burriana, Castellón. ⁶Universidad de Valencia, Departamento de Medicina, Valencia. ⁷CS Salvador Pau, Valencia.

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia de la no realización de la prueba de cribado de la hipertensión arterial y obtener sus factores asociados. 2) Analizar la influencia del curso on-line.

Métodos: Se analizaron los registros electrónicos de salud de toda la población no diagnosticada de hipertensión arterial, de cuarenta años o más y que acudió a los centros de salud en el segundo semestre de 2010 (664.349 historias). Se consideró que un individuo estaba cribado si tenía al menos una toma de tensión arterial (sistólica y diastólica). Se calculó la prevalencia de esta falta de cribado y los factores asociados a la ausencia de la misma mediante un modelo de regresión logística binaria.

Resultados: El 36,7% de estos individuos no tuvieron realizada la prueba de cribado. Los factores asociados fueron: varón (OR = 1,36, $p < 0,001$), no DM (OR = 0,86, $p < 0,001$), dislipemia (OR = 1,40, $p <$

0,001), no enfermedad cardiovascular (OR = 0,76), no fibrilación auricular (OR = 0,80, $p < 0,001$), menos visitas (OR = 0,52, $p < 0,001$) y no realizar el curso on-line (OR = 0,65, $p < 0,001$).

Conclusiones: La falta de cribado no es muy alta. Se determinan que variables se asocian. Los médicos que han realizado el curso on-line realizan más la prueba de cribado.

78. CRIBADO DE LA DIABETES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. PROGRAMA ESCARVAL, ESTUDIO DE POBLACIÓN TOTAL

V. Pallarés¹, A. Palazón², D. Orozco², A. Sepehri², F. Valls³, C. Sanchis⁴, J. Navarro⁵, A. Fernández², J. Redón⁶ y V. Gil²

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³CS Beniganim, Valencia. ⁴CS Algemesí, Valencia.

⁵CS Salvador Pau, Valencia. ⁶Universidad de Valencia, Departamento de Medicina, Valencia.

Introducción: El cribado de la diabetes tipo 2 (DM2) y evaluar su riesgo futuro en personas asintomáticas se debe considerar, y la ADA en su directriz 2012 manifiesta que el cribado para DM2 debe iniciarse a los 45 años. La Comunidad Valenciana (5.120.343 habitantes), con un sistema de salud universal y acceso libre a la atención sanitaria mediante un número de identificación único por paciente, cuenta con un sistema de historia clínica electrónica que llega al 100% de la población. Un estudio sobre el total de la población permitirá conocer la práctica clínica real en lugar de la práctica clínica ideal de los ensayos clínicos. Escarval (Estudio CARdiometabólico VALenciano) es un programa de investigación con participación de 800 profesionales de atención primaria (PAP), los cuales han realizado un curso de formación previo.

Objetivos: Analizar el cribado de DM2 en la Comunidad Valenciana, y determinar cómo influye la realización de un curso de formación sobre prevención cardiovascular y DM2.

Métodos: De un total de 5.120.343 se seleccionan aquellas sin un diagnóstico previo de DM2 y más de 45 años (n = 2.730.450). Los factores asociados que influyen en la detección de DM2 se analizan en función de si el PAP realizó el curso o no. El cribado se efectuó con una determinación de glucemia en ayunas de al menos 8 h. Se realizó una regresión logística.

Resultados: El cribado se realiza en al 31,9% de la población mayor de 45 años (n = 870.405). Los factores asociados son: realización del curso de formación por el PAP (OR 2,13), ser hombre (OR 0,75), edad (OR 0,75), fibrilación auricular (OR 1,25), hipertensión (1,91), dislipidemia, haber presentado un evento cardiovascular (1,08), y el número de visitas (2,13).

Conclusiones: Al 31,9% de la población se le realiza cribado. Los factores asociados para ello fueron que el PAP hubiera realizado el curso de formación, ser mujer, pacientes con factores de riesgo cardiovascular (fibrilación auricular, hipertensión, dislipidemia, evento cardiovascular) y personas hiperfrecuentadoras.

79. CONOCIMIENTO Y DESCONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN ≥ 65 AÑOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. SITUACIÓN ESCARVAL TRANSVERSAL

V. Pallarés¹, A. Palazón², A. Sepehri², V. Gil², D. Orozco², C. Sanchis³, F. Valls⁴, J. Navarro⁵, A. Fernández² y J. Redón⁶

¹Unión de Mutuas, Castellón. ²Departamento de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³CS Algemesí, Valencia.

⁴CS Beniganim, Valencia. ⁵CS Salvador Pau, Valencia.

⁶Departamento de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Analizar entre los años 2007 y 2010 los cambios poblacionales en las prevalencias de HTA, control, cribado e inercia.

Métodos: Se trata de un estudio poblacional a través de un diseño de dos cortes transversales donde se comparan todos los registros informatizados entre los años 2007 (n = 924.265) y 2010 (n = 1.565.218). Se valora el registro en la historia clínica electrónica de la Comunidad Valenciana (ABUCASIS) de HTA según CIE-9 y corroborado por GAIA, junto a la existencia de los parámetros de PA y grado de control en población ≥ 65 años. En población no HTA se valora su cribado e inercia, concepto que se define como aquellos pacientes no HTA con cifras elevadas de PA y no registrados como hipertensos.

Resultados: Todos los cambios tanto de conocimiento como de desconocimiento de la PA, son importantes. Se observa como en la población HTA conocida ≥ 65 años aumenta de un 40,2% en 2007 a un 46,0% en 2010. En estos hipertensos el registro de PA aumenta de un 57,2% a un 76,4% y el buen control (según Guías Europeas 2007) de un 44,3% a un 51,1%. En población no HTA, el cribado se eleva de un 15,3% a un 21,2% y la inercia diagnóstica disminuye de un 50,0% a un 37,3%.

Conclusiones: En la población ≥ 65 años de la Comunidad Valenciana ha habido un aumento sustancial de la prevalencia conocida de HTA y mejora de la calidad asistencial de este factor de riesgo, ya que ha aumentado su registro de PA y el buen control. Estas mejorías también se han producido en la disminución de su desconocimiento, con un mejor cribado y una reducción de la inercia.

80. CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR CRISIS HIPERTENSIVAS A UN SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE 1 AÑO

P. Segura Torres¹, F.J. del Castillo Tirado², A.M. Pozo Cascajosa³, A. López de la Coba², R. Aguilera Tejero² y A. Liébana Cañada¹

¹Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ²CS Virgen de la Capilla, Jaén. ³CS Virgen de la Cabeza, Andújar.

Introducción: Actualmente las urgencias, emergencias y fundamentalmente las pseudourgencias hipertensivas son motivo de frecuentes demandas asistenciales, tanto en Atención Primaria (2% del total de las urgencias) con en hospitales (7% de las urgencias médicas atendidas). Esto conlleva a una sobreutilización, sin motivo real, de los servicios de urgencias, ya que el 90% de ellas se pueden controlar con reposo y medicación oral ambulatoria.

Objetivos: Describir el perfil clínico de los pacientes que se diagnostican de crisis hipertensivas en un año en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Recogimos todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital de segundo nivel de Andújar entre noviembre/2010 y noviembre/2011 con diagnóstico al alta de crisis hipertensiva (CH).

Resultados: Total de 87 crisis HTA que han ocurrido en 60 pacientes. El número de veces que acudió a urgencias es una 76,7%, dos 11,7%, tres 5%, cuatro 3,3% y cinco 3,3%. Edad media 65,7 \pm 13,6 años. Mujeres 60%. Diabéticos 20%. 86,7% eran HTA previos con un tiempo de evolución de 13 \pm 11,3 años. Fuman 3,3%. Antecedentes de: dislipemia 21,7%, arritmias 20%, ACV 6,7%, cardiopatía isquémica 6,7%, HVI, 3,3%, enf. arterial periférica 3,3% e insuficiencia cardíaca 3,3%. De los HTA previos el 46,7% tomaba un fármaco, dos 10,7%, tres 10,7%, y cuatro 2,7% y 29,3% no tomaba ninguno. De los que toman uno son: diurético 14,3%, IECA 40%, ARAII 22,9%, antagonista del calcio 5,7%, betabloqueante 11,4% y alfabloqueante 8,6%. De los que tomaban dos: diurético 87,5%, IECA 62,5%, ARA II 25% y calcio antagonistas 25%. De los que tomaban 3: diurético 87,5%, IECA 0%, ARA II 100%, calcioantagonistas 75% y betabloqueante 37,5%. De los que toman cuatro: diurético 100%, IECA 50%, ARAII 100%, calcioantagonistas 50% y betabloqueante 100%. Otros trata-

mientos: estatinas 16,7%, fibratos 1,7% y allopurinol 1,7%. La TA con la que fueron derivados al hospital TAS 190 ± 21 mmHg y TAD 100 ± 9 mmHg. La TA en el servicio de urgencias del hospital TAS 187 ± 22 mmHg y TAD 97 ± 19 mmHg, con presión de pulso 90 ± 28 mmHg y PAM 67 ± 26 mmHg. La TA al alta TAS 151 ± 19 mmHg y TAD 81 ± 14 mmHg. Al alta se modificó el tratamiento hipotensor en 36,8% de los cuales el 47,6% era de los que tomaban tratamiento y el 52,4% de los que no tomaban.

Conclusiones: 1. De los pacientes diagnosticados de crisis hipertensivas, la mayoría es su primer episodio en el servicio de urgencias. 2. Entre los pacientes atendidos predominan las mujeres. 3. El 20% de los pacientes son diabéticos. 4. La falta de adherencia al tratamiento afecta al 30% de los pacientes. 5. En un tercio de los pacientes se les modificó el tratamiento hipotensor al alta.

81. PERFIL CARDIOVASCULAR, POLIMEDICACIÓN Y PERFIL NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN CON DEMENCIA AVANZADA

P.G. Baz Rodríguez¹, J.M. de Dios², I. González Casado³, E. Blanco Tarrio⁴ y M.A. Hernández Hernández⁵

¹CS Ciudad Rodrigo, Salamanca. ²CS Alamedilla, Salamanca.

³CS María Auxiliadora, Salamanca. ⁴CS Villares de la Reina, Salamanca. ⁵CS Matilla de los Caños, Salamanca.

Objetivos: 1. Conocer los factores de riesgo cardiovasculares convencionales y control de los mismos en una población especial, pacientes con diferentes tipos de demencia. Está demostrado, que cuando se dan a la vez la enfermedad cardiovascular y neurodegenerativas, una situación frecuente en ancianos, se produce un “efecto sinérgico por el que la enf. cardiovascular hace que el cerebro sea más vulnerable y pueda expresar antes los síntomas de la enfermedad neurodegenerativa. Es conocido que el control de los factores de riesgo cardiovascular a partir de la media edad, consumiendo productos de la dieta mediterránea y practicando ejercicio físico, podría retrasar la aparición de los síntomas de demencia como el Alzheimer. Revisaremos los factores de riesgo cardiovascular convencionales, desde el punto de vista epidemiológico y según los subtipos de demencia. Se trata de una población institucionalizada muy particular, con fase 3 de estadio de demencia (moderada-grave), con limitación de las actividades de la vida diaria (vida sillón -cama, paseos cortos), con control muy estricto dietético, baja en grasas y algunos con nutrición enteral especial. Síndrome metabólico se define por la presencia de 3 o más de las siguientes características: - Perímetro abdominal > 102 cm en H, 88 cm en M.; -TG > 150 mg/dl; c-HDL < 40 H, 50 en M; -PA > 130/85; Glucemia basal ayunas > 110 mg/dl. El objetivo del control de FRCV sera: PA < 130/80; HbA1c < 6,1; c-LDL < 100. 2. Perfil farmacológico, estimando el grado de deterioro cognitivo. Se considera polifarmacia al consumo de 5 o más fármacos en pacientes ancianos que viven en la comunidad. Es la principal causa de interacciones medicamentosas y efectos adversos a fármacos en dicho colectivo. En personas de edad avanzada nos encontramos ante un nuevo paradigma: “Prescribir menos no implica necesariamente prescribir mejor y prescribir mejor implica necesariamente prescribir menos”. Son conocidos los riesgos de la polifarmacia, entre otros aumento de mortalidad tras ingresos hospitalarios, aumento del riesgo de ingresos por efectos adversos a la medicación, aumento riesgo de incumplimiento terapéutico y aumento del riesgo del “efecto cascada medicamentosa”. 3. Grado de desnutrición en nuestra población. Se trata de una población especial, por tener mayor prevalencia de enf crónicas que afectan a la absorción de nutrientes, pluripatología y un índice de Barthel < 60. Los indicadores de desnutrición analizados en nuestros pacientes es: - IMC < 22; albúmina sérica < 3,5 mg/dl; nivel de colesterol sérico < 100; Ingesta ali-

mentaria inadecuada o aparición de disfagia motora; circunferencia musc brazo < 10 percentil o pliegue cutáneo tricipital < percentil 10.

Métodos: 1. Diseño: observacional, longitudinal. 2. Muestra: población de un centro de Residencia y estancias diurnas para enfermos con demencia tipo Alzheimer y otras demencias. AFA Salamanca. Muestra de población de residentes en el año 2012, a partir de la base de datos (RESi-Plus) se seleccionaron 52 pacientes. Se recoge información contenida en la H^a clínica informatizada y en papel.

Resultados: 1. Variables biodemográficas: a) Edad: población comprendida entre 54-94 años. Media de 81 años. b) Sexo: 71% son mujeres. 28% hombres. c) Peso: media del peso recogida en las mismas condiciones, es de 54,02 kg. 2. Variables según tipo de demencia. Demencia tipo Alzheimer 51,92% (27); Demencia mixta 34,6% (18); demencia vascular 1,92% (1); demencia tipo enf. Huntington 1,92%; Demencia tipo cuerpos de Lewy 3,84%. 3. Pruebas neuro-psicológicas. El 91,84% tienen MMSE < 9/30: 37 de ellos (75%) es de 0/30. El 8,16% restante tiene MMSE 9-12/30. El índice de Barthel indica que: El 6,14% (3), Dependencia Moderada, 60/100; El 20,40% (10), Dependencia Mode-Grave, 45-59/ 100; El 73, 46% (36), dependencia grave. 4. Variable de presión arterial. En el 100% de los pacientes se recogía al menos una toma de TA al mes. Siendo la media de PAS 106 y PAD 58. De nuestra muestra un 46,15% (24), padecen HTA. De los cuales se recoge una media de PAS 120,3 y PAD 69,6. 5. Variable dislipemia. Un 30,7% de nuestros pacientes presenta dislipemia. Los cuales presentan cifras de c-LDL media de 103,46. El resto de pacientes, no dislipémicos, presentan unas cifras medias de c-LDL 104,05. 6. Variable diabetes mellitus. El 17,30% (9) de la muestra son DM-NID. De los cuales presentan unas cifras media de HbA1c de 6,06. 7. Otras variables. Polimedicados: el 98,07% de los pacientes son polimedicados, donde la media del número de fármacos utilizados es de 5,8. Cardiópatas: Un 26,92% (14) de los pacientes, presentan patología cardíaca.

Conclusiones: Se puede observar como en pacientes con demencia tipo Alzheimer y otros subtipos de demencia, Institucionalizados, con unas condiciones nutricionales especiales y polimedicados; se mantiene unos controles de los factores de riesgo cardiovascular con cifras estrictas y dentro de los objetivos establecidos.

82. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N.G. Uribe Heredia¹, L.G. Piccone Saponara², G. Hernández Herrera¹, J.J. González Ferrer³, J. Jiménez Díaz³, M.A. Pérez Martínez¹, M.A. Montero Gaspar¹, J. Benítez Peyrat¹, A. Moreno Arciniegas¹ y J. Benezet Peñaranda³

¹Cardiología; ²Nefrología; ³Unidad de Arritmias, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción y objetivos: Hasta la fecha existen escasos estudios que valoren la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCD). El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de FRCV en este grupo de pacientes, determinando si existían diferencias significativas respecto a los de la población general.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal de los FRCV en todos los pacientes diagnosticados de MCD, portadores de desfibrilador automático implantable (DAI), analizado en el momento del implante del DAI, seguidos en el Hospital General Universitario de Ciudad Real-España, siendo un total de 28 pacientes. Los resultados se compararon con las prevalencias de la población general de Castilla La Mancha (CLM), según datos del Sistema Nacional de Salud-CLM, 2011 y el estudio GEVA Albacete, 2006.

Resultados: La edad media fue de $60,9 \pm 15,5$ (28-80) años con una mayoría de varones (78,6%). Las diferentes prevalencias de FRCV en MCD-NI respecto a la población general fueron: Hipertensión arterial (HTA) 39,3% vs 41,1%, $p > 0,05$; diabetes mellitus 10,7% vs 11,45%, $p > 0,05$; tabaquismo 10,3% vs 24,45%, $p > 0,05$; obesidad 17,9% vs 18,37%, $p > 0,05$; y dislipemia 46,4% vs 34%, $p > 0,05$; de los cuales, con HDL bajo 39,3% vs 13,5%, $p < 0,05$; hipercolesterolemia 10,7% vs 10,8%, $p > 0,05$; hipertrigliceridemia 14,3% vs 20,05%, $p > 0,05$. No se hallaron diferencias significativas respecto al sexo. Solo el HDL bajo demostró ser más prevalente en estos pacientes que en la población general (tabla).

Prevalencia de FRCV

Factor de riesgo	MCD (%)	CLM (%)	p
HTA	39,3	41,1	> 0,05
Diabetes	10,7	11,45	> 0,05
Obesidad	17,9	18,37	> 0,05
Dislipemia	46,4	34	> 0,05
Tabaco	10,3	24,45	> 0,05
HDL bajo	39,3	13,5	< 0,05
Hipercolesterolemia	10,7	10,8	> 0,05
Hipertrigliceridemia	14,3	20,05	> 0,05

Conclusiones: Los FRCV más prevalentes en los pacientes con MCD-NI son la dislipemia (46,4%), el HDL bajo (39,3%) y la HTA (39,3%). La presencia de HDL bajo fue tres veces más frecuente en los pacientes con MCD-NI que en la población general, dato que debe ser considerado para nuevas líneas de investigación en esta patología.

83. ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

J.Y. Castro Cuesta, J. Abellán Huerta, M.J. Sánchez Galián, M. Leal Hernández, P. Gómez Jara, E.J. Ortín Ortín, A. Martínez Pastor, D. Iglesias Gallego, F. Martínez Monje y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivos: Analizar los estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular en una población universitaria a su ingreso en la universidad.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, observacional y transversal, en los alumnos de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Se selecciona una muestra de 672 estudiantes de primer año de la carrera, durante el año académico 2011-2012. Las carreras han sido agrupadas en: Carreras sanitarias, Carreras técnicas, Carreras humanísticas, Carreras de ciencias de la actividad física y el deporte (CAFD). El instrumento utilizado para recoger los datos, es un cuestionario auto cumplimentado, anónimo, con un total de 59 preguntas, agrupadas en las siguientes áreas: -Antecedentes familiares de FRCV y/o evento cardiovascular: 4 preguntas. -Tabaco: 10 preguntas. -Alcohol: 10 preguntas. -Ejercicio físico: 6 preguntas. -Alimentación: 29 preguntas.

Resultados: De los 672 estudiantes encuestados, 242 son fumadores (36%) y 117 lo han sido (17,4%). Si lo analizamos por grupo de carrera la mayor frecuencia de fumadores se observa en los estudiantes de carreras humanísticas (40%), seguida de las técnicas (39,1%), sanitarias (37%) y CAFD (24,3%). Referido al consumo de alcohol, el 87,4% (587) de los estudiantes encuestados, reconoce consumir bebidas alcohólicas, frente al 12,6% (85) no, sin detectarse diferencias de género. Según el grupo de carrera no se detecta asociación entre el grupo de carrera y el hecho de consumir o no bebidas alcohólicas. Si analizamos la opinión del daño

causado por el consumo de alcohol el 47,2% de los estudiantes encuestados consideran que el alcohol siempre daña la salud, frente al 51,8% que piensa que causa daño si se toma en exceso. El 0,9% piensan que el alcohol no daña. En cuanto a la práctica de ejercicio físico, el 65,6% de los estudiantes encuestados refiere realizar ejercicio físico habitualmente, frente al 34,4% que son sedentarios. Al comparar la realización de ejercicio físico con el género, se observa, una mayor frecuencia de ejercicio en los hombres que en las mujeres (81,7% frente al 49,4%). El análisis de la práctica de ejercicio físico según el grupo de carrera muestra que los estudiantes de carreras sanitarias lo realizan en un 42,5%, seguido de los de las carreras humanísticas (39,6%). El 99% de los estudiantes de CAFD realizan ejercicio físico ($p < 0,001$). Respecto al tipo de dieta, el 54,3% de los estudiantes encuestados siguen un patrón alimentario típico de la dieta mediterránea, sin detectarse diferencias de género. Al comparar el seguimiento de un patrón alimentario de dieta mediterránea por los diferentes grupos de carreras, se observa, que el grupo con un mayor seguimiento de esta dieta es el de CAFD (60%), seguido de las carreras sanitarias con un 57,2% y en menor frecuencia los estudiantes de las carreras técnicas (37%) ($p < 0,03$).

Conclusiones: Los estudiantes universitarios presentan unos estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular bastante mejorables, siendo el consumo de alcohol el hábito no saludable más prevalente.

84. VARIABILIDAD EN LA PREVALENCIA DE TABAQUISMO POR SEXO

M. Martínez Ramírez, C. Sanchis Doménech, J.A. Carbayo Herencia, L.M. Artiago Ródenas, J.A. División Garrote, I. Ponce García, F. Molina Escribano, J. Monedero la Orden, M.L. Navarro Sánchez y B. González Lozano

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

Objetivos: Estimar la prevalencia del hábito tabáquico en dos cortes prospectivos de origen poblacional, así como la variabilidad del consumo por sexos.

Métodos: Se realizan dos análisis trasversales el primero en los años 1992-94 y el segundo en 2005-2006. La muestra incluida fueron los de 18 o más años tras una técnica de muestreo por conglomerados. Se expone la variabilidad de prevalencia de fumadores, exfumadores y nunca fumadores entre los distintos sexos de la población a estudio. Las variables cualitativas se exponen como descripción exacta y porcentaje, calculando los límites de confianza al 95%. Se utilizó la prueba ji cuadrado para la comparación de variables cualitativas, considerándose significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se han incluido en el estudio 1.322 sujetos en el primer corte, de los cuales 431 (32,6%) declararon ser fumadores, 159 (12,1%) exfumadores y 732 (55,3%) no haber fumado nunca. En el segundo corte se incluyen 1.004 sujetos, de los cuales refirieron ser fumadores el 233 (23,2%), 167 (16,6%) exfumadores y 604 (60,2%) no haber fumado nunca. En el patrón de consumo por sexo, en el primer corte, entre los varones afirmaban ser fumadores 273 sujetos (45%), no haber fumado 198 sujetos (32,4%) y exfumadores 136 sujetos (22,6%), mientras entre las mujeres enunciaron ser fumadoras 158 (22,1%), no haber fumado 534 (74,7%) y exfumadoras 23 (3,2%). Por sexo, en el segundo corte, entre los varones manifestaron ser fumadores 127 (29,4%), no haber fumado 178 (41,2%) y 127 (29,4%) de exfumadores, mientras entre las mujeres expusieron ser fumadoras 106 (18,5%), no haber fumado 426 (74,5%) y 40 (7%) de exfumadoras.

Conclusiones: El tabaquismo en nuestra población está descendiendo, siendo más prevalente en hombres que en mujeres. No

obstante, la disminución de la prevalencia es mayor en varones que en mujeres

85. ¿SE RELACIONA EL GRADO DE CONTROL CON LOS CONOCIMIENTOS SOBRE HTA?

J. Bajo García¹, I. Egocheaga Cabello², M. Benítez Camps³, L.A. Vara González⁴, A. Dalfó Baqué⁵, M. Domínguez Sardiña⁵, C. Jiménez Mena⁶, E. Martín Rioboo⁷, T. Ureña Fernández⁸ y R. Molina Díaz⁹

¹CS Kueto, Sestao. ²CS Isla de Oza, Madrid. ³EAP Gòtic, Barcelona.

⁴CS Castilla-Hermida, Santander. ⁵CS Sardoma, Vigo. ⁶CS San Gregorio, Telde. ⁷CS Fuensanta, Córdoba. ⁸Distrito Sanitario de Jaén, Jaén. ⁹CS Zaidín Sur, Granada.

Objetivos: Evaluar si existe relación entre el grado de control de la HTA y los conocimientos que poseen los pacientes sobre el factor de riesgo.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal multicéntrico. Ámbito de realización: centros de Atención primaria de España. Población: pacientes mayores de 18 años, capaces de auto-cumplimentar una encuesta y que aceptaran participar. Se seleccionó 1 de cada 3 pacientes que acudieron a las consultas de 50 profesionales, en 15 días consecutivos, hasta conseguir 400 pacientes hipertensos. Fueron válidas 323 de las encuestas recogidas. Intervenciones y variables: la encuesta constaba de 16 preguntas sobre objetivos de control, cifras diagnósticas, tratamiento y complicaciones relacionadas con la HTA. Otras variables: edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, últimas cifras de presión arterial (PA) y tratamiento antihipertensivo. Análisis estadístico: las variables cualitativas se describen mediante frecuencia absoluta y porcentaje y las cuantitativas con la media y desviación típica, o mediana y rango intercuartílico. Las diferencias entre grupos se analizaron con los test ji-cuadrado, Kruskal-Wallis, Wilcoxon, Anova y test de Bonferroni según las variables siguieran distribución normal o no. Limitaciones: la muestra fue determinada según otros estudios parecidos, y se utilizó una encuesta no validada, con preguntas consensuadas entre varias personas, y realizando una prueba piloto para ver su comprensibilidad. Aspectos ético-legales. laboratorios Chiesi participó con apoyo económico para la explotación de los datos, sin intervenir en el diseño ni en los resultados finales.

Resultados: Un 54,8% fueron mujeres, con una edad media de 65,4 años (DE: 11,2). En el 55% de los casos contaban con estudios primarios. Un 56% presentaba un buen control de la HTA. Los objetivos de control de PA sistólica eran conocidos por el 39% de los pacientes bien controlados y por el 38,1% de los no controlados, y los objetivos de PA diastólica los conocían el 19,2% de los bien controlados y el 21% de los no controlados, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguno de los dos casos ($p = 0,887$ y $0,721$ respectivamente). Más del 70% de los controlados y no controlados conocía las modificaciones del estilo de vida útiles para el control de la HTA (ejercicio físico: 82,6% vs 79% $p = 0,468$; dieta hiposódica 92,4% vs 94,3% $p = 0,556$; pérdida de peso 85,5% vs 84,8% $p = 0,876$). El 82% de los bien controlados y el 79% de los no controlados reconocieron que el tratamiento tiene que ser de por vida ($p = 0,548$); sin embargo solo un 72,7% de los controlados y el 68% de los no controlados afirmó que tomar la medicación ayuda al control de la HTA ($p = 0,465$). Respecto al conocimiento de su propio control, el 60,2% cree estar controlado y realmente lo está, y el 5,8% sabe que no está bien controlado; pero un 31,1% de los pacientes cree estar bien controlado y no es así.

Conclusiones: Los conocimientos sobre la HTA no se relacionan con el grado de control de la misma. Casi una tercera parte

de los pacientes no está bien controlada y sin embargo cree estarlo.

86. FEOCROMOCITOMAS INTERVENIDOS EN LA FUNDACIÓN PUIGVERT EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS

L. Rivera Zambrano¹, D. Hernando², F. Calero¹, Y. Arce³, J. Ballarín¹ y P. Fernández-Llama¹

¹Servicio de Nefrología; ²Servicio de Anestesiología; ³Servicio de Anatomía Patológica, Fundación Puigvert, Barcelona.

Objetivos: Descripción de los casos de feocromocitoma diagnosticados en la Fundación Puigvert entre enero de 1998 y noviembre del 2012.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional valorando los aspectos clínicos, analíticos y patológicos más importantes de los pacientes diagnosticados de feocromocitoma que se han seleccionado a partir de los pacientes intervenidos por un nódulo suprarrenal.

Resultados: De los 130 pacientes intervenidos de un nódulo suprarrenal, 17 pacientes (13,1%) se han diagnosticado de feocromocitoma. Ocho pacientes (47,1%) fueron varones y 9 (52,9%) mujeres, siendo la media de edad de $55,7 \pm 17,7$ (DE) años. Todos presentaban hipertensión arterial antes de la intervención. Diez pacientes (58,8%) presentaron además otra sintomatología, en 8 casos (47,1%) palpitaciones y en 4 (23,5%) cefalea y sudoración. En uno de los casos el feocromocitoma estuvo asociado a neurofibromatosis y en otro a un paraganglioma hereditario. Todos los pacientes fueron sometidos a control de la presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca antes de la cirugía siendo el tratamiento con alfabloqueantes (82%) y betabloqueantes (64%) el más utilizado. La PA sistólica media previa a la intervención quirúrgica fue de $123 \pm 12,3$ mmHg y la diastólica de $75,9 \pm 10,5$ mmHg y una frecuencia cardíaca media de $72 \pm 13,5$ lpm. Quince pacientes (88,2%) presentaron un aumento hormonal siendo detectado en 13 casos (76,5%) a partir del estudio de metanefrinas en orina de 24h. Todos tenían un estudio de localización mediante TAC abdominal y en aquellos casos que se tenía sospecha de feocromocitoma previa a la intervención (14 pacientes, 82,4%) se realizó un estudio funcional con gammagrafía con ^{123}I -MIBG (metayodobenzilguanidina) que demostró captación del radiotrazador en 12 pacientes (85,7%). La localización del tumor fue en la glándula suprarrenal derecha en 9 pacientes (52,9%) y en la suprarrenal izquierda en 5 casos (29,4%). Ningún paciente presentó complicaciones durante la cirugía. En todos los pacientes se realizó confirmación diagnóstica anatopatológica. El peso medio de la glándula suprarrenal extirpada fue de $76,0 \pm 67,9$ g. Las determinaciones hormonales se normalizaron tras la intervención en el 94,1% de los casos así como, los niveles de PA. El control postoperatorio se realizó mediante determinaciones hormonales y clínica. Al año de la intervención quirúrgica todos los pacientes se mantuvieron asintomáticos. En dos casos (11,8%) se objetivó una recidiva de la enfermedad detectada mediante aumento de las metanefrinas. El diagnóstico de localización de las recidivas se realizó mediante tomografía por emisión de positrones (PET-TC) con ^{18}F -FDG (fluorodesoxiglucosa) ya que el TAC y la gammagrafía resultaron negativos.

Conclusiones: El feocromocitoma representó el diagnóstico en 13,1% del total de los pacientes intervenidos por una masa suprarrenal correspondiendo en su mayoría a casos esporádicos. Para su diagnóstico se deben realizar pruebas hormonales complementadas con técnicas de imagen y funcionales. Es fundamental un adecuado control de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca previo a la intervención quirúrgica para evitar complicaciones, así como una monitorización periódica de los niveles hormonales para la detección precoz de las recidivas. En estos casos, la realización de un PET-TC ayuda al diagnóstico.

87. ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DIABÉTICOS Y DISLIPÉMICOS

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J.M. Iturrealde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, A.R. Solar Peche¹, J.L. Hurtado Mendoza¹, M. Ogueta Lana³, J. Oribe Plágaro² y J. Ocharán Corcuera²

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²HUA Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz. ³HUA Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Los pacientes pluripatológicos (PP) son aquellos que presentan dos o más enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional y que generan una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales. El propósito del estudio es valorar el grado de control conseguido en nuestros pacientes pluripatológicos diabéticos y además dislipémicos.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en septiembre de 2012 en Comarca Araba. Se empleó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención a los PP diabéticos e hipertensos del Contrato Programa de este año 2012.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Población DM + dislipémica	502 pacientes
Buen control TA	28,48%
Buen control hemoglobina glicosilada	41,43%
Control del RCV	57,77%
Buen control tabaquismo	71,71%
Revisión oftalmológica	73,31%

Conclusiones: Seguimos teniendo un deficiente control que de sus patologías, también en el caso del control de la TA inferior en un 37% al obtenido en el resto de nuestros hipertensos no PP. Nuevamente nos cargamos de razones para tratar de llevar adelante el programa de atención al PP propiciando intervenciones eficientes a este grupo de pacientes basadas en la evidencia científica.

88. GRADO DE MEJORA DE LA PREVALENCIA DE HTA DETECTADA EN UN CENTRO DE SALUD, SU COMPARACIÓN CON LA PREVALENCIA ESTIMADA EN LA POBLACIÓN GENERAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL CONTROL DE ESTE TIPO DE PACIENTES

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J.M. Iturrealde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, M.E. Ortega Horrillo¹, S. Burgaleta Saraseta¹, X. Calderón Santamaría¹, A.R. Solar Peche² y A. Delgado Fontaneda¹

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

Objetivos: Conocer el grado de mejora entre los años 2010/2012 de la prevalencia de HTA, su comparación con las prevalencias estimadas en la población general y la repercusión que el déficit de detección produce en el control de los pacientes HTA esperados.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el CS Olaguibel (40.132 usuarios), en el que se comparan la actividad de cribado y las prevalencias de HTA (entre los años 2010/2012) y el grado de mejora de los déficits de atención respecto al total de pacientes con HTA esperados.

Resultados: Cribado HTA (población > 14 años): 40,37/48,36% +7,99%. Prevalencia obtenida (respecto a la estimada): 59,58/67,92%+8,39%. Déficits de atención en las poblaciones detectadas y estimadas: estudio analítico realizado sobre los detectados:

70,16/73,99% +3,83%; estudio analítico realizado sobre los esperados: 41,80/50,25% +8,45%; estudio ECG realizado sobre los detectados: 67,25/56,41% 10,84% (-); estudio ECG realizado sobre los esperados: 40,07/38,31% 1,76% (-); buen control HTA sobre los detectados: 39,77/45,84% +6,87%; buen control HTA sobre los esperados: 23,69/31,13% +7,44%.

Conclusiones: Los datos reflejan una mejora en los resultados de cribado, prevalencia, realización de las actividades de proceso (excepto realización del ECG) y de control de la HTA. No obstante, los resultados son todavía claramente mejorables en todas las facetas concernientes a nuestros pacientes con HTA. Las cifras obtenidas nos demuestran la importancia de una actividad tan básica como el cribado de HTA en la mejora del control de nuestra población hipertensa. Las medidas correctoras siguen pasando por el aumento de la detección de HTA, para posteriormente intensificar las actividades de proceso para el control de nuestros pacientes.

89. INFLUENCIA DE UNA ACTITUD SALUDABLE EN LA MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS Y EL COMBINADO MORBILIDAD DE CAUSA CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN UNA COHORTE DE POBLACIÓN ESPAÑOLA

L. Navarro Sánchez¹, J.A. Carbayo Herencia², L.M. Artigao Ródenas¹, F. Molina Escribano³, B. González Lozano⁴, J. Monedero la Orden¹, P. Torres Moreno⁵, I. Ponce García³, J.A. División Garrote³ y J. López Abril¹

¹CS Villacerrada, Albacete. ²Base Aérea de los Llanos, Albacete.

³CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁴CS Zona V, Albacete. ⁵CS Villalpardo, Cuenca.

Objetivos: Conocer si una actitud saludable (SANITUD), valorada a través de conductas cuantificables como son la práctica de ejercicio físico (EF) y el hábito tabáquico (no fumar), presenta capacidad predictiva en el combinado morbilidad de causa cardiovascular y mortalidad por todas las causas (MCVM) y en la mortalidad por todas las causas (MT) en una muestra de población general libre de primeros eventos.

Métodos: Estudio de cohortes, de una muestra poblacional 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 entre los años 2004-06. El estudio se realizó en los centros de salud de la provincia. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó encuesta estructurada donde se registró la actividad física y la conducta de fumar como variable dicotómica. La muestra se dividió en tres grupos, asignando al primer grupo a SANITUD, al segundo grupo a aquellos que fumaban y no hacían ejercicio físico, y al tercer grupo al resto de sujetos. Se ha observado durante más de diez años tanto la MCVM como la MT para los tres grupos considerados y se han calculado las probabilidades de supervivencia (aplicando el test de rangos logarítmicos en la comparación entre los tres grupos) y las Hazards Ratios (HR) ajustando por sexo y edad. El valor de p considerado ha sido menor o igual a 0,05.

Resultados: De los 1.322 participantes iniciales, se han eliminado los que previamente habían sufrido algún evento cardiovascular, quedando para el análisis 1.242 sujetos (55,5% mujeres). En la valoración de la MCVM se produjeron 49 eventos (10,79%) en el grupo SANITUD, 23 eventos (16,42%) en el grupo que no hace EF y sí fuma y 94 eventos (14,50%) en el resto de posibilidades, siendo la supervivencia libre de eventos 87,7%, 77,5% y 85,0%, respectivamente (p = 0,105); Se observaron los siguientes resultados al valorar la MT: 29 eventos (6,38%) en el grupo SANITUD, 18 eventos (12,85%) en el grupo que no hace EF y sí fuma y 61 eventos (9,41%) en el resto de posibilidades, siendo la supervivencia libre de eventos del 92,4%, 80,8% y 89,8%, respectivamente (p = 0,039). La HR de una acti-

tud no saludable (fumar y no realizar EF) frente a SANITUD, tomada como referencia, en el combinado MCVM ha sido 2,52 (IC95%: 1,52-4,20; p < 0,001).

Conclusiones: La SANITUD, ajustada por edad y sexo, presenta, en nuestra población, menos MCVM y MT que una actitud poco saludable.

90. CAPACIDAD PREDICTIVA DEL DOBLE PRODUCTO EN MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR, MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS Y EN EL COMBINADO MORBILIDAD CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD TOTAL EN POBLACIÓN GENERAL LIBRE DE EVENTOS

L.M. Artigao Ródenas¹, J.A. Carbayo Herencia¹, B. González Lozano², J.A. División Garrote¹, J. Massó Orozco¹, M. Simarro Rueda³, L. Navarro Sánchez⁴, F. Molina Escribano⁵, P. Torres Moreno⁶ e I. Ponce García⁵

¹GEVA, Albacete. ²CS Z V, Albacete. ³CS Z IV, Albacete. ⁴CS Z III, Albacete. ⁵CS Casas Ibáñez, Albacete. ⁶CS Minglanilla, Cuenca.

Objetivos: Conocer si el doble producto (presión arterial sistólica -PAS- multiplicado por frecuencia cardíaca -FC-) presenta capacidad predictiva de morbi-mortalidad cardiovascular (MMC), mortalidad por todas las causas (MT) y el combinado morbilidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas (MCVMT) en una muestra de población general libre de primeros eventos.

Métodos: Estudio de cohortes, 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 entre los años 2004-06. El estudio se realizó en los centros de salud de la provincia. 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 como PAS la media de las dos medidas realizadas en el primer corte, y se utilizó la FC aportada por el ECG. Se ha observado la MMC, la MT y el combinado MCVMT durante más de 10 años. En el análisis de supervivencia se ha utilizado la mediana del DP y en la comparación entre los dos grupos el test de rangos logarítmicos. En la valoración del DP como factor predictor se ha calculado las Hazards Ratios (HR) correspondientes para cada uno de los tres casos considerados, ajustando por sexo, edad, diabetes mellitus (DM), tabaquismo, hipertensión arterial (HTA) e hipercolesterolemia (> 200 mg). El valor de p considerado ha sido ≤ 0,05.

Resultados: De los 1.322 participantes iniciales, se han eliminado los que previamente habían sufrido algún evento cv, quedando para el análisis 1.186 sujetos (56,2% mujeres). La media del doble producto (DP) fue de 10.028,8 para las mujeres (DE = 2.689,7) y de 9.401,9 para los hombres (DE = 2.316,6). En la valoración del combinado MCVMT se produjeron 45 eventos en la mitad del menor DP de la mediana y 114 en la segunda mitad, siendo la supervivencia libre de eventos del 91,6% en la 1^a mitad y del 79,5% en la 2^a mitad (p < 0,001); en la MT se produjeron 27 muertes en la primera mitad y 76 en la segunda, siendo la supervivencia del 92,6% y del 85,7% respectivamente para primera y segunda mitad (p < 0,001); por último, en MMCV se produjeron 26 y 72 eventos cv o muerte para primera y segunda mitad respectivamente, apreciando unas supervivencias del 93,3% y del 86,0% para cada una de las mitades (p < 0,001). Las HR por cada 1.000 unidades de aumento del doble producto ajustadas por sexo, edad, HTA, tabaquismo, DM e hipercolesterolemia, han sido; MCVMT: HR = 1,10; IC95%: 1,02-1,14. p = 0,014. MT: HR = 1,10; IC95%: 1,03-1,85. p = 0,009. MMCV: HR = 1,09; IC95%: 1,01-1,17. p = 0,019.

Conclusiones: En la muestra origen de nuestro estudio, el DP presenta poder predictivo tanto en el combinado MCVMT, como en la MT y la MMCV.

91. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONDICIONA DIFERENCIAS EN LA ELIMINACIÓN RENAL DE ÁCIDO ÚRICO

C. Felipe Fernández¹, C. Rosado Rubio, R. Manzanedo Bueno, B. Alaguero del Pozo, A. Fidalgo González, J.C. Chacón Unzué y J. Martín García

Complejo Hospitalario de Ávila. Ávila.

Objetivos: En la actualidad disponemos de evidencia creciente del papel patogénico del ácido úrico en la enfermedad cardiovascular. Su importancia se debate entre su consideración como factor de riesgo vascular independiente o epifenómeno de la enfermedad vascular o metabólica subyacente. Se desconoce sin embargo la cuantificación del manejo renal del ácido úrico en la hipertensión en ausencia de hiperuricemia.

Métodos: Se analizan los datos de 95 pacientes de la consulta de nefrología-HTA con estudios de eliminación de ac. úrico. Se evalúan datos demográficos y epidemiológicos, bioquímica, analítica convencional en sangre y orina, aclaramiento de creatinina (Ccr) y de ac. úrico (Cau) y excreción fraccional de ac. úrico (EFau) y de sodio (EFNa). Se realiza estadística descriptiva, mediana y rango intercuartílico en las variables cuantitativas y porcentajes en las variables cualitativas y pruebas no paramétrica, U de Mann-Whitney en la estadística inferencial. El grado de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: El grupo ($n = 95$) presenta una mediana de edad de 55 años (44 años-73 años) y se compone de 52 varones (54,7%) y 42 mujeres (51% en menopausia). La mediana de tiempo de evolución conocido de HTA es de 10 años (4 años-20 años). El 69,9% no son o han sido fumadores (20,4% de fumadores y 9,7% de exfumadores) y 12,8% presentaban hábito enólico. El porcentaje de obesos es del 47,7%, mediana IMC: 30,32 (26,69- 34,23), un 22,1% tienen DM (90,5% con DM tipo II), hipercolesterolemia el 49,5%, hipertrigliceridemia el 18,9% y un 7,4% habían presentado crisis de gota. El porcentaje de lesión de órganos diana oscila entre el 3,2% del ACVA y el 29,5% con HVI; Un 23,2% presentaban insuficiencia renal.

Conclusiones: La eliminación renal de ácido úrico en la población analizada es inferior a los valores considerados normales en

población sana. No parece que el tratamiento hipotensor, incluidos los diuréticos, estén influyendo en la reducción en el aclaramiento renal de ácido úrico. Podría ser que la relación patogénica de la enfermedad vascular y el ácido úrico no venga determinada por sus niveles séricos sino por un descenso en su aclaramiento renal. La importancia de este resultado debe ser corroborado por otros estudios especialmente diseñados al efecto dada la importancia que este hallazgo representa.

92. DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON ANTIHIPERTENSIVOS. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, OBSERVACIONAL Y MULTICÉNTRICO

B. Buch Vicente¹, A.L. Montejos González², M.A. Gómez Marcos¹, E. Rodríguez Sánchez¹, J.A. Martín Oterino², J.I. Recio Rodríguez¹, M.A. Puente Rey¹, S. González Sánchez¹, A. Juanes de la Peña³ y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de Disfunción Sexual Secundaria a Antihipertensivos Salamanca²

¹CS Alamedilla, Salamanca. ²Hospital Universitario, Salamanca.

³CS Santa Marta de Tormes, Salamanca.

Introducción: Datos disponibles indican que los pacientes con HTA presentan algún tipo de disfunción sexual. Esta disfunción sexual es más frecuente en pacientes tratados que en pacientes no tratados, por lo que se ha generado la hipótesis que la terapia antihipertensiva podría estar asociada con la disfunción sexual y que influiría en la adherencia a los tratamientos.

Objetivos: Evaluar la frecuencia e intensidad de la disfunción sexual (medida por la escala PRSexDQ-SALSEX) en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en tratamiento actual con antihipertensivos y que presentaban función sexual normal previa a la instauración del tratamiento. Evaluar si existen diferencias entre los principales grupos de tratamientos antihipertensivos (en monoterapia y en asociación). Evaluar la frecuencia en la muestra y la intensidad de cada uno de los aspectos específicos de la disfunción sexual (descenso de la libido, retraso del orgasmo/eyaculación, ausencia de orgasmo/eyaculación, disfunción erétil o

Tabla Comunicación 91.

Valor	Mediana	Rango intercuartílico
Glucosa (mg/dl)	108	97-129
Urea (mg/dl)	41	32-62
Ac. úrico (mg/dl)	5,6	4-6,8
Creatinina (mg/dl)	0,9	0,77-1,36
Calcio (mg/dl)	9,6	9,2-9,9
Fósforo (mg/dl)	3,4	3-3,8
Magnesio (mg/dl)	2,1	1,8-2,3
Colesterol (mg/dl)	190	169-216
Colesterol-HDL/Colesterol-LDL	48/114	42,7-58,25/93-140
Triglicéridos (mg/dl)	118,5	82-181
Na ⁺ (mEq/L)	139	138-141
K ⁺ (mEq/L)	4,4	4-4,6
Pcr (mg/dl)	0,32	0,15-0,59
Homocisteína (mg/dl)	13,3	9,7-17,4
HbA1c (%)	5,7	5,4-6,2
Índice HOMA (n = 42)	3,76	2,73-7,59
C cr (ml/min)	83,34	59-127
Eliminación diaria de AU (g/día)	0,48	0,36-0,64
C au (ml/min)	5,56	3,74-7,67
EF AU (%)	6,65	5,04-8,17
EF Na (%)	0,99	0,62-1,42
EF AU/EF Na	6,73	4,26-11,08

ausencia de lubricación) y la influencia o no en adhesión al tratamiento.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal y multicéntrico de carácter exploratorio. En el estudio se entrevistó a 195 sujetos tratados de hipertensión (27,7% eran mujeres y un 72,3% eran hombres). De la muestra se seleccionaron 105 sujetos que únicamente estaban tratados con fármacos antihipertensivos y a través del El PRSexDQ-SALSEX (Psychotropic Related Sexual Dysfunction Questionnaire SALSEX) (Montejo et al, 2000) se evaluó la existencia o no de Disfunción Sexual provocada por estos fármacos.

Resultados: Un 78% de los pacientes con disfunción sexual no se lo comunicó a su médico. Las combinaciones de antihipertensivos (1. Diuréticos + calcioantagonistas y 2. Betabloqueantes + ARA II) Se relacionan con el riesgo de padecer disfunción sexual. Se reportó DS en un 59,62% de los pacientes. De las personas que sufrían DS, un 29,03% era de tipo severo/intenso, un 29,03% disfunción moderado y un 41,94% disfunción leve. Se reportaron diferencias entre los fármacos antihipertensivos y sus combinaciones con respecto a la afectación en las diferentes fases de la respuesta sexual.

Conclusiones: La muestra fue insuficiente para obtener resultados representativos fiables. Se necesita un número mayor de sujetos para cada tipo de tratamiento. Los pacientes reportan muy raramente de manera voluntaria preguntas sobre sus alteraciones de la respuesta sexual. Aunque se detectó un gran porcentaje de personas que padecían disfunción sexual tras comenzar el tratamiento (59,62%), la mayoría era de tipo leve. Se reportaron relaciones significativas entre padecer disfunción sexual y los siguientes tratamientos combinados: (diurético + calcioantagonista) y (betabloqueantes + ARA II).

93. DIABETES TIPO II E ÍNDICE CINTURA/TALLA

J. Abril Jaramillo¹, L. Artajona García¹, Z. Palacios Baena¹, P. Martínez García¹, J. Oliván Martínez² y F.J. Guerrero Iglesia³

¹Hospital Virgen Macarena, Sevilla. ²Unidad de Riesgo Vascular, Hospital Virgen Macarena, Sevilla. ³Medicina Interna, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Estudiar el índice cintura / talla y otros índices antropométricos con la presencia de diabetes mellitus. Analizar la variable antropométrica que se asocie independientemente a la presencia de diabetes mellitus.

Métodos: Estudio transversal. Casos (DM) (pacientes diabéticos tipo II) y controles (pacientes no diabéticos). Variables estudiadas: edad (años), sexo (hombre/mujer), talla (T) (cm), perímetro de cintura (PCI) (cm) y peso (Kg), índice de masa corporal (IMC en Kg/m² talla) e índice cintura/talla (PCI/T × 100). 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 de diabetes tipo II). SPSS 15.0.

Tabla 1. Comparación de variables entre diabéticos y no diabéticos

	DM (N = 29)	No DM (N = 97)	
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
IMC	33,8 ± 6,5	30,6 ± 6,5	< 0,03
PCI/T	69,5 ± 8,8	59,5 ± 11,4	< 0,01

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

Variables	Odds ratio	IC95%	P
PCI	0,90	0,98-1,02	NS
IMC	0,87	0,75-1,02	< 0,08
PCI/T	1,41	1,12-1,78	< 0,01

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

Conclusiones: De las variables estudiadas, el índice cintura/talla es el único que se asocia de manera independiente a la presencia de diabetes, superando al perímetro de cintura o al índice de masa corporal. De ello se deriva el posible uso clínico de este índice, precisando otros estudios que analicen la asociación del mismo con el riesgo cardiovascular.

94. ICTUS: ¿CONOCIDO O DESCONOCIDO EN PACIENTES HIPERTENSOS?

T. Rama Martínez¹ y P. Beato Fernández²

¹Centro de Atención Primaria El Masnou, Barcelona. ²Consultoría Barri Cotet, Premià.

Introducción: El ictus es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda de demencia. El desconocimiento de los síntomas de ictus es una de las causas de demora en la atención sanitaria. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más asociado a todos los tipos de ictus.

Objetivos: Saber el grado de conocimiento del ictus: terminología, factores de riesgo, síntomas de sospecha y actitud en caso de episodio en pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado de preguntas cerradas realizado de forma aleatoria a los hipertensos que acudían a visitarse con cita previa durante los meses de mayo a octubre en una consulta de medicina de un centro de salud semiurbano.

Resultados: Se obtuvieron 213 encuestas. Edad media: 66,4 años (DE ± 13,5) (de 40 a 86 años), el 51,6% eran hombres. El 61,5% ≥ 65 años. Sólo el 11,7% no tenía otra patología o factor de riesgo cardiovascular asociado. El término “ictus” lo conocía el 57,7%, “embolia” el 75,5%, “infarto cerebral” el 64,3%. Los factores de riesgo más asociados a ictus fueron HTA: 86,3% e hipercolesterolemia: 80,2%; los menos; arritmia cardíaca: 45% y diabetes: 41,7%. El 35,6% creía que la HTA era el factor de riesgo más importante. La alteración en el habla era el síntoma de alarma en el 81,2%, y el 68,5% la pérdida de fuerza en una extremidad. En caso de sospecha, el 38,9% acudiría al hospital y el 49,3% llamaría a los servicios de urgencia. Si los síntomas desaparecieran en pocos minutos, el 62,4% acudiría de urgencias del hospital o del centro de salud, el 21,1% consultaría con su médico de cabecera solicitando cita previa y un 3,2% no haría nada.

Conclusiones: La palabra ictus era todavía desconocida en los encuestados. La HTA era el factor de riesgo más asociado, pero otros factores como diabetes o arritmia cardíaca se asociaban menos al ictus. En caso de posible episodio, la mayoría buscaría atención inmediata, pero si se tratara de un accidente isquémico transitorio no. Se ha puesto en marcha un proyecto en nuestro centro para mejorar la información sobre el ictus, y concienciar de la importancia de una rápida respuesta en caso de sospecha.

95. ESTUDIO MEPAFAC I: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADOLESCENTES POR FARMACÉUTICAS COMUNITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

A. Molinero Crespo¹, M. Cervero Jiménez², A. Martín Oliveros³, M. Cordero Pérez², M. Magro Horcajada⁴, P. Méndez Mora-Figueroa⁵, C. de Diego Martínez⁶, R. Cámera Rica⁷, A. González Rodríguez⁸ y P. Barral Martín⁹

¹Farmacia Molinero, Fuenlabrada. ²Farmacia Cervero-Cordero, Madrid. ³Farmacia Molina-Martín CB, Boadilla del Monte.

⁴Farmacia Parque Orbasa, Torrejón de Ardoz. ⁵Farmacia Martínez-Méndez CB, Madrid. ⁶Farmacia Cristina de Diego, Madrid.

⁷Farmacia Raquel Cámera, Madrid. ⁸Farmacia Hijas Mirón, Madrid. ⁹Farmacia Castillo Martín, Madrid.

Objetivos: Aportar valores de presión arterial (PA) en jóvenes (12-17 años). Conocer talla, peso, hábitos alimentarios y actividad física relacionándolos con presión arterial en jóvenes. Contribuir a la educación para la salud aportando consejos higiénico-dietéticos.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal, observacional y multicéntrico realizado durante el curso escolar 2011-2012 en centros educativos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Diseño muestral: A partir de los 8 conglomerados definidos por la Comunidad de Madrid teniendo en cuenta variables demográficas, socioculturales y sociolaborales. Tamaño muestral: Según datos de la Consejería de Educación del curso académico 2010-2011, considerando una prevalencia del 3% de HTA (variable principal) para un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 0,8%. Población diana: adolescentes de 12 a 17 años, con exclusión de diagnosticados de enfermedad cardíaca o renal. Variables del estudio: sexo, peso, talla y presión arterial. Diseño de materiales: 1. Cuestionario de recogida de datos de salud, hábitos dietéticos y estilos de vida que supongan RCV. 2. Díptico "Recomendaciones para prevenir ECV". 3. Power point "Educación sobre RCV". 4. Cuenta-twitter <https://twitter.com/#!/educaadolescent>. La medida de la PA se lleva a cabo siguiendo recomendaciones de la Guía Europea de Hipertensión Arterial en niños y adolescentes (2009), con un aparato oscilométrico semiautomático validado. La medida de peso y altura se realizan con báscula y tallímetro homologados. El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS.

Resultados: En el estudio han intervenido 14 farmacéuticas comunitarias y participado 2989 alumnos (49,8% hombres y 50,2% mujeres), incluyéndose en el estudio 2860, pertenecientes a 25 centros educativos (12 públicos y 13 privados-concertados) vinculados a los 8 conglomerados. Respecto a los valores de PA el 77% (50,7% hombres y 49,3% mujeres) de los adolescentes se encuentran en el percentil < 90, el 11% (45,9% hombres y 54,1% mujeres) en el 90-95 y el 12% (52,6% hombres y 47,4% mujeres) en el > 95. En cuanto al IMC (según Hdez et al) un 80% se encuentra en normopeso, un 8% en sobrepeso y un 12% en obesidad, siendo este último porcentaje mayor en colegios públicos que en privados-concertados. El 24,6% refiere antecedentes familiares de HTA, de los cuales el 3,5% se encuentra en $p > 95$ de presión arterial. El 18% de los adolescentes refiere tener enfermedades diagnosticadas: 3,5% asma, 3% ECV, 1,9% alergia, 0,9% diabetes, 0,9% hipercolesterolemia, 1% enf. renal, 0,5% enf. hepática, 0,3% HTA y 6,1% otras. Un 54% (25,8% hombres y 74,2% mujeres) no realiza de manera habitual ninguna actividad física. Un 55% (53,7% hombres y 46,3% mujeres) consume semanalmente alimentos con alto contenido en grasas y sal y un 13,62% (46,2% hombres y 53,8% mujeres) lo hace diariamente. Un 86,5% no consume tabaco de manera habitual y un 77,5% no bebe alcohol, no habiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. La dedicación media diaria por adolescente a actividades sedentarias es de 135 minutos. Se han impartido 143 charlas educativas y se han indicado 72 consejos de estilos de vida saludable a través de la cuenta de twitter.

Conclusiones: El alto número de registros de PA (2860) obtenidos por método oscilométrico podrá contribuir a consensuar valores de referencia de PA en adolescentes. Un 12% de la muestra presenta valores de pPA ≥ 95 , observándose que a mayor pIMC mayor pPA. Un alto porcentaje de adolescentes no realiza ninguna actividad física (54%), consume alimentos no saludables diariamente (13,62%), consume tabaco de manera habitual (12,5%) y bebe alcohol (22,5%). Puesto que las circunstancias para que se presenten algunos de los RCV modificables ya se dan en la población objeto del estudio, la educación en hábitos de vida saludable es imprescindible para evitar ECV en un futuro.

96. ESTUDIO DE CALIDAD SOBRE EL GRADO DE MEJORA (2012-2005) DE LAS ACTIVIDADES DE VALORACIÓN DE RCV Y DEL CRIBADO DE FUMADOR, HTA Y DIABETES DE UN CENTRO DE SALUD

A. Ruiz de Loizaga Arellano, G. Mediavilla Tris, A.A. Rodríguez Fernández, J.M. Iturrealde Irizo, E. López de Uralde Pérez de Albéniz, A.R. Solar Peche, S. Burgaleta Saraseta, X. Calderón Santamaría, M.E. Ortega Horrillo y A. Delgado Fontaneda Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer el grado de mejora, entre los años 2005/2012 en las actividades de valoración del RCV y del cribado de fumador, HTA, y diabetes, tras la implementación de las medidas correctoras acordadas en nuestro centro de salud.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población diabética del CS Olagibel (40.132 usuarios), en los que se valoró el grado de mejora en las actividades y períodos referidos.

Resultados: Se muestran en la tabla.

	2005	2012%	Mejora
Cribado fumadores	41,74%	61,66%	19,92%
Cribado HTA	36,31%	42,19%	5,88%
Cribado diabetes	37,87%	61,29%	23,42%
Valoración RCV	33,07%	51,54%	18,47%

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan una mejoría en todas las actividades analizadas, siendo ésta marcada en los apartados de diabetes, RCV y tabaquismo. No obstante, el crecimiento en el cribado de HTA es escaso y todavía estamos lejos de llegar a unas cifras adecuadas (sobre todo en HTA y RCV). La implementación, en un Centro Salud, de los acuerdos de objetivos y actividades reseñadas, puede contribuir a la mejora del diagnóstico de estas patologías y así disminuir el número de pacientes sin el seguimiento y tratamiento adecuados por falta de una detección eficaz.

97. SEGUIMIENTO DE LAS PREVALENCIAS, ENTORNO SOCIOFAMILIAR Y ACTITUD SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO DE LOS ALUMNOS DE 1.^º A 4.^º DE ESO (PERÍODO ESCOLAR 2007-2011) EN LA COMARCA DEL VALLÈS ORIENTAL DE BARCELONA

N. Jou Turalles¹, A. Martínez Picó¹, A.C. Moliné¹, G. Casanovas Viladrich², S. Benítez Cabrera¹, L. Molinés Jubany³, G. Simón García⁴, P. Pardo Tamarit⁵, D. Fernández Campí⁵ e I. Gibert Ferrer⁶

¹ABS Plana Lledó, Mollet del Vallès. ²ABS Sant Miquel, Granollers.

³ABS Vallès Oriental, Granollers. ⁴ABS Les Franqueses, Barcelona.

⁵ABS Montornés Montmeló, Barcelona. ⁶ABS Alt Mogent, Cardedeu.

Objetivos: La adolescencia es la etapa de inicio del consumo de tabaco: retardarla es básico para la salud. La escuela es el entorno

apropiado para hacer prevención antes de que se inicie y se desarrolle la adicción. Es esencial la coordinación entre los ámbitos de salud y escuela. Desde la Unidad de Tabaquismo, la comisión de tabaco y las enfermeras de salud y escuela del Servicio de Atención Primaria del Valles Oriental (provincia de Barcelona, conjuntamente con 27 escuelas, hemos realizado un estudio de seguimiento durante 4 años, a más de 1.500 escolares de 1º a 4º de ESO (cursos escolares 2007-2011). El objetivo era conocer la prevalencia del tabaquismo, el entorno socio-familiar y la actitud delante de esta substancia, identificando cambios y analizando la influencia en el consumo de las variables sexo y entorno.

Métodos: Más de 50 profesionales del Servicio de Atención Primaria del Valles Oriental, coincidiendo con el Día Mundial sin Tabaco, hicimos un seguimiento a más de 1.500 alumnos durante 4 años consecutivos de 1º a 4º de ESO, en 27 escuelas de la comarca. Se realizó una encuesta (12 ítems, respuesta cerrada Sí/No). La encuesta era anónima, administrada por el profesor o el profesional sanitario, en horario escolar durante los 4 cursos. Analizamos sexo, prevalencia, entorno socio-familiar y actitud.

Resultados: N = 7.050 encuestas. 4 años de seguimiento. Análisis de variables con programa SPSS12T. Estudio de frecuencias en todas las variables, medianas y intervalos de confianza (95%). El 51% eran varones. Prevalencias: Ha fumado alguna vez, el 24,5% en 1º, el 34,9% en 2º, 50% en 3º y el 59% en 4º. Fuman a diario el 4% en 1º, el 5,7 en 2º, el 13% en 3º y el 17,4% en 4º. Fuman esporádicamente el 7% en 1º, el 12,9% en 2º, el 20,8% en 3º y el 22,9% en 4º. Entorno socio-familiar: entre el 34,5% y el 38% de los alumnos manifiestan que la madre fuma. Los amigos fuman en 1º un 58,4% en 2º el 71,1%, en 3º un 85,7% y en 4º 1 fuman el 91,2%. Los hermanos fuman en 1º un 16,1%, en 2º un 19,2%, en 3º un 22,1% y en 4º el 22,9%. Actitud: el 90% de los alumnos, consideran durante los 4 años de ESO que el tabaco perjudica la salud. El 94% recomendarían a los amigos dejar de fumar. El 84,7%, cree que el tabaco es una droga. Entre el 10,5% a 1º y el 13,7% en 4º consideran que queda bien fumar. Hemos analizado entorno socio-familiar respecto al sexo, actitud y prevalencias con un análisis bivariante chi cuadrado/test de Fisher según el caso, $p < 0,05$.

Conclusiones: El consumo de tabaco en la adolescencia es muy elevado. Padres, hermanos y amigos fumadores facilitan el consumo en los jóvenes. Las chicas fuman más, considerando más frecuentemente que el tabaco es una droga y que el tabaco hace daño. Esto puede influirles negativamente en su autoestima, ya que fuman aunque saben que les perjudica. Retrasar la edad de inicio es básico. Es nuestro reto de futuro.

98. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL. DIFERENCIAS ENTRE LA CONSULTA Y LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA. ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE 5.693 HIPERTENSOS CON ENFERMEDAD RENAL

M. Gorostidi¹, P.A. Sarafidis², J. Segura³, A. de la Sierra⁴, J.J. de la Cruz⁵, J.R. Banegas⁵ y L.M. Ruilope³

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²AHEPA University Hospital, Atenas. ³Hospital 12 de Octubre, Madrid.

⁴Hospital Mutua Terrassa, Barcelona. ⁵Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivos: Evaluar el grado de control de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) mediante la técnica convencional de medida de la presión arterial (PA) en la consulta y mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA). Analizar la concordancia entre ambas técnicas y la discordancia o prevalencia de HTA de bata blanca y de HTA enmascarada.

Métodos: Estudio transversal con una muestra de 5.693 pacientes hipertensos con enfermedad renal crónica estadios 1 a 5 inclui-

dos en el registro Cardiorisc. Las técnicas de medida de la PA y la recogida de variables clínicas y analíticas fueron estandarizadas. La definición de ERC se basó en las guías correspondientes vigentes utilizando la fórmula CKD-EPI para el cálculo del filtrado glomerular estimado. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para determinar las variables relacionadas de forma independiente con los resultados.

Resultados: La edad media fue $61,0 \pm 13,9$ años y el porcentaje de varones 52,6%. Un 21,7% y un 8,1% de los pacientes presentaron una PA clínica $< 140/90$ y $< 130/80$ mmHg, respectivamente. Sin embargo, los porcentajes de control de la PA ambulatoria 24 h $< 130/80$ y $< 120/75$ mmHg fueron 43,5% y 19,5% respectivamente. Sexo masculino, edad avanzada, albuminuria y diabetes se relacionaron con el mal control de la PA ambulatoria. La prevalencia de HTA de bata blanca (PA clínica $\geq 140/90$ y PA ambulatoria 24 h $< 130/80$ mmHg) fue 28,8% (36,8% de los pacientes no controlados) y la prevalencia de HTA enmascarada (PA clínica $< 140/90$ y PA ambulatoria 24 h $\geq 130/80$ mmHg) fue 7,0% (32,1% de los pacientes controlados en la consulta). Sexo masculino, edad avanzada, obesidad y lesión de órgano diana se asociaron con la HTA de bata blanca, y edad avanzada y obesidad con la HTA enmascarada.

Conclusiones: En pacientes hipertensos con ERC el control de la HTA basado en la MAPA fue muy superior al observado en la consulta. Sin embargo, más del 50% de los pacientes presentaron mal control de la PA ambulatoria. La probabilidad de discordancia entre las técnicas fue muy elevada de tal forma que uno de cada 3 pacientes no controlados en la consulta sí lo estaba en la MAPA (HTA de bata blanca) y uno de cada 3 pacientes controlados en la consulta presentó HTA enmascarada. Estos hallazgos indican la necesidad de utilizar la MAPA de forma sistemática en pacientes hipertensos con ERC.

99. CAMBIO DE TENDENCIAS EN LA LLEGADA A PROGRAMAS DE DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL. ANÁLISIS DE UN PERÍODO DE 16 AÑOS

M. Gorostidi¹, E. Sánchez¹, M. Alonso², P. Escalada³, E. Gago¹, E.M. González⁴, J. Guerediaga⁵, J. Mejido⁶, L. Quiñones⁷ y P. Ruiz de Alegria⁸

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²Hospital Valle del Nalón, Langreo. ³Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas de Narcea. ⁴Hospital de Jarrio, Coaña. ⁵Hospital San Agustín, Avilés. ⁶Hospital Cruz Roja, Gijón. ⁷Hospital de Cabueñas, Gijón. ⁸Hospital Cruz Roja, Oviedo.

Objetivos: Analizar las tendencias epidemiológicas básicas de la enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento renal sustitutivo (TRS) mediante diálisis y trasplante renal en el Principado de Asturias entre los años 1995 y 2010.

Métodos: La metodología del Registro de Enfermedades Renales Crónicas de Asturias (RERCA) está basada en un sistema estandarizado de recogida de datos de pacientes en TRS para participar en el Registro Español de Enfermos Renales de la Sociedad Española de Nefrología. La totalidad de pacientes en TRS en Asturias están incluidos en el RERCA. Se analizaron tendencias de incidencia y prevalencia por millón de población (pmp) y los porcentajes de pacientes incidentes mayores de 65 años y de las principales causas, diabetes e hipertensión arterial (HTA). Se realizaron análisis de regresión del periodo global 1995-2010 y de 2 tramos, 1995-2002 y 2003-2010.

Resultados: La incidencia de ERC en TRS aumentó en el periodo global desde unos 90 casos pmp hasta unos 140 pmp ($R^2 0,487$; $p = 0,003$). Este aumento se observó en el periodo 1995-2002 (0,842; $p < 0,001$). En el periodo 2003-2010 se observó una tendencia negativa no significativa (0,061; $p = 0,556$). La prevalencia aumentó de forma sostenida en todos los periodos desde unos 650

casos pmp a unos 1.070 casos pmp (1995-2002 0,985; $p < 0,001$ y 2003-2010 0,913; $p < 0,001$). El porcentaje de casos incidentes > 65 años aumentó en el periodo global desde el 40% al 58% (0,287; $p = 0,032$). Este aumento fue significativo en el periodo 1995-2002 (0,520; $p = 0,044$) pero no en 2003-2010 (0,007; $p = 0,840$). El porcentaje de casos incidentes por diabetes o HTA fue estable durante el primer periodo (50% 0,223; $p = 0,238$) y disminuyó en 2003-2010 hasta el 40% (0,683; $p = 0,011$).

Conclusiones: El aumento de la incidencia de ERC en TRS entre 1995 y 2002 se frenó entre 2003 y 2010. Sin embargo la prevalencia continuó aumentando lo que indica un progreso en la supervivencia. Los cambios de tendencia en la incidencia se relacionaron con los pacientes > 65 años y con los casos con ERC por diabetes o HTA. Son necesarios estudios para evaluar si las medidas de nefroprotección en la población diabética o hipertensa podrían estar siendo eficaces con expresión particular en sujetos > 65 años.

100. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A PACIENTES DE BAJO RCV EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.N. Sanz González¹, A. Rodríguez Framinham¹, M. Agudo Retuerta¹, J.M. Cruz Domenech², I. Gil Gil³, M.D. Simó⁶, S. Valls⁴ y M.I. Fernández Cuadrado¹

¹SMS, Madrid. ²BSA, Barcelona. ³Vielha, Lleida. ⁴SVS, Castellón.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo cardiovascular asociados a pacientes de bajo riesgo cardiovascular en una consulta de Atención Primaria.

Métodos: Estudio transversal realizado en 5 Centros de Salud Urbanos. Se revisan durante un mes 3.215 historias clínicas con Dx de HTA en OMI AP. Se rechazan pacientes con RCV elevado evaluado con tabla Score corregida, pacientes de edades menores de 45 años y mayores de 65 años y pacientes que no tienen registro tensional en el último año. Incluimos un total de 362 pacientes diagnosticados de HTA según criterios de ESC-ESH 2007. Se registran los factores de riesgo cardiovascular asociados: obesidad, dislipemia, tabaquismo, glucemia basal alterada y la asociación de los mismos.

Resultados: Incluimos 362 pacientes con edades comprendidas entre 40 y 65 años con edad media de $58 \pm 10,2$ años, fueron varones el 61,04% y mujeres el 38,9%. El 46,68% tenían dislipemia asociada a la hipertensión., el 3,03% tenían dislipemia, hipertensión y tabaquismo, 3,59% dislipemia, hipertensión y GBA y sólo el 0,8% dislipemia, hipertensión y obesidad. El 7,73% eran fumadores e hipertensos 3,03% fumadores dislipémicos e hipertensos y sólo el 0,27 hipertensos fumadores y obesos. El 0,27% eran hipertensos y obesos y el 0,8% hipertensos, obesos y dislipémicos. El 2,76% eran hipertensos con GBA, el 3,59 tenían hipertensión, GBA y dislipemia y el 0,82% hipertensión, GBA y obesidad.

Conclusiones: El riesgo cardiovascular asociado con más frecuencia en pacientes de riesgo cardiovascular bajo fue la dislipemia, el tabaquismo, la GBA y la obesidad.

101. FACTORES DE RIESGO CLÁSICOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR UN ACCIDENTE VASCULAR AGUDO

J.A. Arroyo Díaz, L. Matas Pericas, M.T. Benet Gusta, M.J. Solé, P. Ponte y A. Roca-Cusachs

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte prematura en Europa y causa un gran número de pérdida de años de vida por discapacidad. El objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia los factores de riesgos clásicos en los pacientes que acudieron a urgencias de nuestro hospital por

un accidente vascular agudo:-síndrome coronario agudo (SCA), accidente vascular cerebral (AVC) y enfermedad vascular periférica entre enero del 2009 y diciembre del 2011.

Resultados: Hemos analizados 3.634 pacientes (que ingresaron por un accidente vascular agudo: 1.634 por SCA (% 1.409 AVC (%), 526 de EVP (%). Los factores de riesgo que presentaron los diferentes eventos vasculares se muestran en la tabla.

	SCA	AVC	EVP
HTA	1.137 (69,6%)	983 (69,8%)	409 (77,8%)
Diabetes	636 (38,9%)	396 (28,1%)	266 (50,6%)
Dislipemia	973 (59,6%)	566 (40,2%)	236 (45,0%)
Obesidad	235 (17,7%)	78 (6,8%)	14 (3,1%)
Tabaquismo	452 (28,2%)	258 (19,3%)	110 (22,5%)

Conclusiones: El SCA fue el evento vascular más prevalente en nuestro hospital. Los pacientes que ingresaron por un evento vascular periférico presentaron una prevalencia de hipertensión más elevada que los grupos de SCA y AVC en los que se presentó en una proporción parecida. La hipertensión fue el factor de riesgo clásico más prevalente en los tres grupos de eventos vasculares. La diabetes mellitus fue el factor de riesgo más prevalente en la enfermedad vascular periférica. La dislipemia fue el factor de riesgo más frecuente en los SCA con respecto a los otros eventos vasculares. El tabaquismo fue el más prevalente en los SCA, en segundo lugar en los EVP y por último en los AVC. Obesidad fue el más prevalente en los SCA y mucho menos prevalente en la EVP.

102. ¿SE CONTROLA ADECUADAMENTE LA DISLIPEMIA EN LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS?

E. Rubio Gil¹, M. Martínez Navarro², A. Martínez Pastor³, M. Leal Hernández⁴, A. Martínez Navarro⁵, J. Abellán Alemán⁴, J. Soldo Rodríguez⁶ y J.J. López Picazo⁷

¹Hospital Lorenzo Guirao, Cieza. ²Gerencia de Urgencias y Emergencias de Murcia, Murcia. ³Cieza Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia Este-Murcia Oeste, Murcia. ⁴Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia. ⁵CS San Andrés, Murcia. ⁶CS Torrelodones, Madrid. ⁷Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Conocer el grado de control del perfil lipídico en los pacientes que han sufrido un ictus, y son atendidos en Atención Primaria, de acuerdo a las recomendaciones establecidas en las guías de nuestro entorno sobre prevención secundaria del ictus.

Métodos: Desde enero del 2003 a diciembre del 2007, se identificaron, a través del registro de la historia clínica informatizada de atención primaria (OMI-AP) todos los pacientes que habían sobrevivido a un ictus y eran seguidos en Atención Primaria de la Región de Murcia. Se selecciona aleatoriamente una muestra de 404 pacientes con ictus, y se analizan las siguientes variables: episodio abierto de dislipemia, niveles de colesterol total, LDL-colesterol y HDL-colesterol, así como el tratamiento hipolipemiante que estaban siguiendo. Los hallazgos encontrados se compararon con las recomendaciones de control adecuado de la dislipemia.

Resultados: En la historia clínica informatizada del programa OMI-AP el registro del episodio de dislipemia aparece en 144 pacientes (35,64%). Si añadimos los que no tienen episodio abierto pero presentan una LDL > 130, observamos que la dislipemia está presente en un 18% más de pacientes con ictus, lo que representa un total de 53,64% de pacientes con dislipemia. Con relación al registro de las distintas lipoproteínas que intervienen en el diagnóstico del fenotipo de la dislipemia, observamos que el colesterol total está registrado en el 85%, las HDL-colesterol en el 63%, y los niveles de LDL-colesterol en el 59%. En el análisis del grado de

control de la dislipemia, y siguiendo las cifras objetivas recomendadas en las guías europeas para pacientes de muy alto riesgo vascular, observamos que alcanzan el objetivo de LDL-colesterol < 80 mg/dl el 21% de los pacientes. Esta frecuencia asciende al 41,84% cuando establecemos el objetivo de LDL-colesterol por debajo de 100 mg/dl. La media de colesterol total en los pacientes con ictus es de 185 ± 44 mg/dl, la de HDL-colesterol 51 ± 17 mg/dl, y la de la LDL-colesterol de $112 \pm 47,29$ mg/dl. No se han encontrado diferencias en las medias de colesterol, LDL entre sexos, excepto para las HDL-colesterol (cifras más elevadas en la mujer). La frecuencia de pacientes en tratamiento hipolipemiante es del 32,67%, siendo las estatinas el grupo más usado, y entre ellas la más utilizada es la atorvastatina.

Conclusiones: A pesar de que las guías manifiestan la necesidad de indicación de estatinas a los pacientes que han sufrido un ictus, se observa que, en nuestro medio, solo un tercio llevan estatinas. El grado de control de las LDL-colesterol en los pacientes que sufrieron un ictus es manifiestamente mejorable. Probablemente el fenómeno de inercia clínica influya en el seguimiento inadecuado de las recomendaciones establecidas en las guías de prevención secundaria del ictus, y se controlesen insuficientemente los niveles lipídicos en estos pacientes. Debemos insistir en la difusión de las recomendaciones de prevención secundaria del ictus en los profesionales de Atención Primaria.

103. PAPEL DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN EL CONTROL DE LA HTA EN OPINIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO FARMAPRES CV

V. Giner¹, V. Pallarés², I. Bonig³, J. Tamarit⁴, B. Roig⁵, F. Valls⁶, M. Reig¹, M. Adell⁷, J. Cantero⁸ y L. Caldúch⁹

¹Hospital Verge dels Lliris, Alcoy. ²Unión de Mutuas, Castellón.

³Hospital de Vinarós, Vinaroz. ⁴Hospital Dr. Peset, Valencia.

⁵Hospital de Manises, Valencia. ⁶CS Beniganim, Valencia. ⁷Grupo AP COFCS, Castellón. ⁸Departamento de Salud Dr. Peset, Valencia. ⁹CS Grao de Castellón, Castellón.

Objetivos: Conocer la percepción que del papel de las Oficinas de Farmacia (OF) en el manejo de la HTA tienen los profesionales de los Centros de Salud (CS).

Métodos: Dentro del proyecto FARMAPRES-CV, durante 2012 se ha remitido a médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr. Peset (Valencia), una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados: Han participado 210 profesionales (Valencia: 130, Alicante: 50, Castellón: 30), 144 Med y 66 Enf, con un media de 19 ± 11 años de experiencia profesional (20 ± 9 y 18 ± 13 para Med y Enf respectivamente; $p = 0,349$). Las principales de las 21 respuestas dadas a la pregunta ¿Cuál cree que es el papel de las OF en el control de la PA? fueron: 26,2% "Ayuda coordinada con los CS", 17,1% "Ninguno", 13,3% "Detección de HTA mal controlada", y 9,5% "Detección de nuevos casos de HTA". El 82,8% refiere como ventajas de la toma de la PA en las OF diversas combinaciones de "Accesibilidad, flexibilidad horaria y menor Bata Blanca" (22,4% "Flexibilidad horaria", 18,1% "Accesibilidad", 16,7% "Menor BB"). Un 3 y un 2,9% opinan que "No aportan nada" o que "Se da por supuesto que participan en el control de la HTA", mientras un 2% refiere "Menor coste" frente al 0,5% que opina lo contrario. Más de un tercio de encuestados opina que las OF no cumplen su papel a causa de: "Medición incorrecta de la PA" (21,1%), "Desconocimiento de la HTA" (18,3%), "Alarman a los pacientes" (9,9%) y "Ausencia de coordinación con el CS" (7,0%). No hubo diferencias en las respuestas a la primera pregunta entre Med y Enf (Med: "Ayuda coordinada con los CS" (25%), "Ninguna" (17,5%) y "Detección de HTA no controlada" (11,8%). Enf: "Consejos no farmacológicos y detec-

ción de picos hipertensivos" (28,8%), siendo las segunda y tercera respuestas iguales (16,7% ambas) a las de los Med). Menor diferencia hubo sobre qué aportan las OF: "Mayor flexibilidad horaria" (20,1%), "Mayor accesibilidad" (17,4%) y "Menor efecto BB" (16,0%) para los Med, pasando a ser las mismas tres las más esgrimidas por Enf, aunque en distinto orden (27,3, 18,2 y 19,7%), nuevamente sin diferencias significativas ($p = 0,078$). Los Med que opinan que las OF no cumplen su función creen que es por "Método incorrecto de medición" (25,0%), "Desconocimiento de la HTA" (16,1%) y "Alarman al paciente" (12,5%), mientras para Enf destaca "Alarman al paciente" (26,7%) ($p = 0,072$).

Conclusiones: Si bien se reconoce que las OF podrían ofrecer mayor accesibilidad, flexibilidad y menor efecto de BB, la impresión general, tanto de Med como de Enf, es negativa, mayoritariamente al no atribuirse función alguna en el control de la HTA y, sobre todo, al plantear déficits formativos.

104. FIABILIDAD DE LAS DETERMINACIONES DE PRESIÓN ARTERIAL REALIZADAS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA COMUNITARIAS PERCIBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO FARMAPRES CV

I. Bonig¹, V. Giner², J. Tamarit³, B. Roig⁴, V. Pallarés⁵, M. Reig¹, J. Casanova⁶, L. Caldúch⁷, J. Ballester⁸ y J. Cantero⁹

¹Hospital de Vinaroz, Castellón. ²Hospital de Alcoy, Alicante.

³Hospital Dr. Peset, Valencia. ⁴Hospital de Manises, Valencia.

⁵Unión de Mutuas, Castellón. ⁶Dirección AP Departamento Manises, Valencia. ⁷CS Grao de Castellón, Castellón. ⁸CS Benicarló, Castellón. ⁹Dirección AP Departamento Dr. Peset, Valencia.

Objetivos: Conocer la opinión que sobre la fiabilidad de las medidas de PA realizadas en las Oficinas de Farmacia Comunitarias (OFc) de su entorno tienen los médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de Salud (CS).

Métodos: Dentro del proyecto FARMAPRES-CV, durante 2012 se ha remitido a médicos y enfermeros/as de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr. Peset (Valencia), una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados: Han respondido 210 profesionales (62% Valencia, 24% Alicante, 14% Castellón): 144 Med y 66 Enf con una media de 19 ± 11 años de experiencia profesional. Un 52,9% de encuestados cree que las determinaciones de PA en las OF son fiables. Un 1,0% piensa que son "Tan poco fiables como en los CS", y un 1,9% "No lo sabe". La valoración positiva fue más frecuente entre Enf (60,6 vs 49,3%; $p = 0,569$). Los encuestados a quienes la PA medida en las OF no les parecía fiable ($n = 91$) afirmaron como motivos los siguientes: "Inadecuada metodología" (23,1%), "Sobrevaloración de cifras" y "Condiciones ambientales y posturales inadecuadas" (ambas 13,2%), y "Toma única" (11,0%). Los Med adujeron como razones "Inadecuada metodología de la medición" (13,9%), "Sobrevaloración de cifras" (7,6%), y "Toma única" (6,9%), mientras los Enf indicaron "Condiciones ambientales y posturales inadecuadas" (7,6%), "Toma única" y "Sobrevaloración de cifras", ambas presentes en un 3,0%. Las respuestas fueron más diversificadas entre Enf, y al comparar entre colectivos no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,074$). El 48,1% de profesionales afirmaba conocer cómo se toma la PA en las OF de su entorno, conocimiento algo mayor entre Enf (54,5 vs 45,1%, $p = 0,376$).

Conclusiones: A pesar del elevado grado de desconocimiento entre los profesionales de los CS sobre la forma en que la PA es medida en las OF, es unánime la pobre valoración de la fiabilidad que se les otorga a las mismas, siendo las principales críticas la referida a los fallos metodológicos. Programas de formación conjunta pueden inferir de forma positiva para mejorar esta situación.

105. UTILIZACIÓN DE LAS OFICINAS DE FARMACIA COMUNITARIA POR LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL CONTROL DE LA HTA. PROYECTO FARMAPRES CV

J. Tamarit¹, V. Giner², B. Roig³, V. Pallarés⁴, I. Bonig⁵, M. Reig², J. Cantero⁶, J. Casanova⁷, M. Adell⁸ y J. Ballester⁹

¹Hospital Dr. Peset, Valencia. ²Hospital de Alcoy, Alicante. ³Hospital de Manises, Valencia. ⁴Unión de Mutuas, Castellón. ⁵Hospital de Vinaroz, Castellón. ⁶Dirección AP Departamento Dr. Peset, Valencia. ⁷Dirección AP Departamento Manises, Valencia. ⁸Coordinador Grupo AP COFCS, Castellón. ⁹CS Benicarló, Castellón.

Objetivos: Conocer el uso que los médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de Salud (CS) hacen de las Oficinas de Farmacia (OF) para el control de la HTA.

Métodos: Dentro del proyecto FARMAPRES-CV, durante 2012 se ha remitido a médicos y enfermeros/as de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr. Peset en Valencia, una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados: Se ha obtenido la respuesta de 210 profesionales (Valencia: 130, Alicante: 50, Castellón: 30), 144 Med y 66 Enf, con un media de 19 ± 11 años de experiencia profesional. A la pregunta ¿Remite Ud. a sus pacientes a las OF para medición de la PA? las respuestas del total de la muestra fueron: 26,7% "Nunca", 24,3% "Casi nunca", 38,1% "A veces", 7,6% "Frecuentemente", 1,4% "Casi siempre" y 0,0% "Siempre". Sin llegar a la significación estadística ($p = 0,593$), fueron más los Med que respondieron "Nunca" (31,8% vs 24,3%), y más los Enf que respondieron "Frecuentemente" (9,7% vs 3,0%). Si consideramos como que "remiten a las OF" a aquellos encuestados que respondieron "A veces", "Frecuentemente" y "Casi siempre", no observamos diferencias al considerar provincia, colectivo profesional, género o años de experiencia profesional al comparar con aquellos que "no remiten" ("Nunca" más "Casi nunca"). No existe un perfil definitorio de los pacientes que desde el CS se remiten a la OFc para medición de la PA. Un 53,8% de encuestados remitiría sus pacientes a las OFc para realización de registros MAPA, siendo de forma significativa ($p = 0,007$) más los Med que lo harían (61,1% vs 37,9%). Los motivos por los cuales no remitirían a las OF para la obtención de una MAPA son: 27,8% "La toma de PA debe ser en un CS u hospital", 15,6% "Las OF no tienen formación", y 3,3% "Las OF carecen de medios informáticos". No hubo diferencias al considerar el colectivo de Enf respecto de Med.

Conclusiones: Son pocos los profesionales sanitarios de Atención Primaria que utilizan o consideran a las OFc para el manejo de sus pacientes hipertensos. Esta actitud negativa se centra fundamentalmente en los aspectos metodológicos de la medición, es mayor entre médicos y extensible a la MAPA. La formación se convierte en un elemento importante para la mejora y optimización de los recursos en salud de los que disponemos.

106. IMPACTO POTENCIAL DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS OFICINAS DE FARMACIA COMUNITARIAS. PROYECTO FARMAPRES CV

B. Roig¹, V. Giner², I. Bonig³, V. Pallarés⁴, J. Tamarit⁵, F. Valls⁶, M. Reig², M. Adell⁷, L. Caldúch⁸ y J. Casanova⁹

¹Hospital de Manises, Valencia. ²Hospital de Alcoy, Alicante.

³Hospital de Vinarós, Castellón. ⁴Unión de Mutuas, Castellón.

⁵Hospital Dr. Peset, Valencia. ⁶CS Beniganim, Valencia.

⁷Coordinador Grupo Atención Farmacéutica COFCS, Castellón.

⁸CS Grao de Castellón, Castellón. ⁹Dirección Atención Primaria Departamento Manises, Valencia.

Objetivos: Conocer la opinión que sobre la fiabilidad de las remisiones hechas desde las Oficinas de Farmacia Comunitarias (OFc) de

su entorno tienen los médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de Salud (CS), y el potencial de un programa formativo.

Métodos: Durante 2012 se ha remitido a médicos y enfermeros/as de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr Peset en Valencia, una encuesta con 12 cuestiones. Se trata de una primera oleada de encuestas del Proyecto FARMAPRES CV paralelo con otra semejante entre las OFc.

Resultados: Se obtuvo la respuesta de 210 profesionales (Valencia: 130, Alicante: 50, Castellón: 30), 144 Med y 66 Enf, con un media de 19 ± 11 años de experiencia profesional (20 ± 9 y 18 ± 13 para Med y Enf respectivamente; $p = 0,349$). Para el período 2007-2011 hubo $139,0 \pm 7,9$ pacientes/año que consultaron al Servicio de Urgencias (SUH) del Hospital de Alcoy, de ellos ingresaron $6,0 \pm 4,2$ pacientes al año, procediendo $58,4 \pm 6,2$ de los CS, lo que permite estimar en un 35-40% los pacientes remitidos desde las OFc. Los profesionales de AP encuestados estimaron en (mediana e intervalo) 4 (40) el número de remisiones que reciben mensualmente de HTA mal controlados remitidos desde las OF, sin apreciarse diferencias ($p = 0,437$) en las estimaciones de Med ($3,8 \pm 4,9$ remisiones/mes) y Enf ($3,2 \pm 4,5$ remisiones/mes), ni tampoco al considerar género, provincia o años de experiencia laboral. En opinión de la totalidad de encuestados son un 53,3% los hipertensos correctamente remitidos, porcentaje algo mayor entre Enf respecto a Med (57,6% VS 51,4%; $p = 0,357$). La diferencia según provincia alcanzó la significación estadística (40% Castellón, 52,3% Valencia, 64% Alicante; $p = 0,010$), pero no así al considerar género o experiencia profesional. Los motivos principales por los que se consideran inadecuadas las remisiones son: "Se remiten elevaciones tensionales puntuales" (25%), "Alarmismo" (21,7%), y "Metodología inadecuada" (14,1%).

Conclusiones: La calidad de las remisiones por HTA a los CS son valoradas negativamente por los profesionales de dichos centros. Los datos del SUH de Alcoy apunta a similares porcentajes en el resto de departamentos. El que el 40% de derivaciones al SUH no sean desde los CS y que la mayor razón para la inadecuada derivación sea una incorrecta metodología apuntan a la utilidad de medidas formativas.

107. CONCORDANCIA Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA. ESTUDIO DERIVA

A. Galgo¹, N. Martell², J.L. Zamorano³ y J.J. de la Cruz⁴

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

³Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivos: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y el grado de concordancia entre la causa de la derivación desde el MAP y la confirmación de la sospecha diagnóstica por parte del médico de AE.

Métodos: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico Hospitalares y Centros de Especialidades de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 178 investigadores y 1.769 pacientes derivados. Se realizó muestreo aleatorio consecutivo. Se recogieron razones de derivación desde AP, datos clínicos previos y posteriores al estudio inicial en la consulta del especialista, diagnóstico especializado y tratamientos propuestos por AP y AE. Se excluyeron pacientes provenientes de urgencia Hospitalaria o de distinto origen a AP. Las causas de derivación del paciente hipertenso se agruparon para su análisis siguiendo las directrices para derivación del Consenso SEHLELA 2008.

Resultados: La muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a hospitales (80,4%), y centros de atención especializada

Tabla Comunicación 107.

Causas de derivación/ sospecha diagnóstica	Causa derivación al Causa de derivación		Diagnóstico del especialista.		
	N (%)	IC95%	N (%)	IC95%	p
Sospecha de HTA Secundaria	668 (37,8)	35,5-40,1	260 (14,7)	13,1-16,4	< 0,001
Necesidad de tratamiento urgente (HTA acelerada/grave)	210 (11,9)	10,4-13,4	67 (3,8)	2,9-4,7	< 0,001
HTA con alteración de función renal. (elevación de Cr. o descenso de FG).	136 (7,7)	6,5-8,9	231 (13,1)	11,5-14,7	< 0,001
Albuminuria o proteinuria	71 (4,0)	3,1-4,9	59 (3,3)	2,5-4,1	0,207
HTA en embarazo	20 (1,1)	0,6-1,6	15 (0,8)	0,4-1,2	0,125
Sospecha de HTA refractaria	276 (15,6)	13,9-17,3	210 (11,9)	10,4-13,4	< 0,001

Cr: creatinina; FG: filtrado glomerular.

ambulatoria (19,6%). El 10,4% de unidades específicas de HTA (10,4%). La edad media de los pacientes es de $62,4 \pm 13,6$ años, rango de 18 a 99 años, 55% varones. Las diferencias entre las causas de derivación y sospecha diagnóstica del MAP y la opinión del SE ME recogen en la tabla.

Conclusiones: Se observan variaciones significativas a expensas fundamentalmente de una sobreestimación del MAP en la sospecha de HTA secundaria y situaciones de refractariedad, esta última es de notable interés para estudios posteriores que analicen las causas de dicha sobreestimación y el desarrollo de acciones para mejorar el manejo de esta situación en AP.

108. DIFERENCIAS EN DESPISTAJE DE FRCV Y LOD ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALISTAS EN HIPERTENSIÓN EN EL PROCESO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS: ESTUDIO DERIVA

N. Martell¹, A. Galgo², J.L. Zamorano³ y J.J. de la Cruz⁴¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²CS Espronceda, Madrid.³Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Universidad Autónoma, Madrid.

Objetivos: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y las diferencias en el despistaje de FRCV y presencia de lesión de órgano diana (LOD) entre el MAP y médicos especialistas en HTA en los pacientes derivados desde Atención Primaria.

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

Resultados: La muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a hospitales (80,4%), y centros de atención especializada ambulatoria (19,6%). El 10,4% de unidades específicas de HTA (10,4%). La edad media de los pacientes es de $62,4 \pm 13,6$ años, rango de 18 a 99 años, 55% varones. Las diferencias en la valoración de FRCV asociados y la presencia de LOD en ambos niveles asistenciales se recogen en la tabla.

Conclusiones: Se aprecia una notable infraestimación tanto de FRCV como LOD entre ambos niveles asistenciales, reseñando la infraestimación producida en aspectos cruciales del manejo del paciente hipertenso como la evaluación de la función renal o la retinopatía del paciente hipertenso diabético desde AP.

Tabla Comunicación 108.

	MAP. N (%)	ME = N (%)
FRCV		
Dislipemia	895 (50,6)	968 (54,7)
DM	517 (29,2)	547 (30,9)
ECV	492 (27,8)	554 (31,3)
Enfermedad renal	315 (17,8)	409 (23,1)
LOD		
HVI-ECG	471 (26,6)	762 (43,1)**
HVI-ecocardiograma	234 (13,2)	738 (41,7)**
Microalbuminuria	361 (20,4)	534 (30,2)**
Incremento de creatinina	357 (20,2)	453 (25,6)**
Descenso FG	262 (14,8)	370 (20,9)**
ITB < 0,9	60 (3,4)	147 (8,3)*
Placa de ateroma	32 (1,8)	103 (5,8)*
Onda de puso > 12	16 (0,9)	42 (2,4)
Retinopatía diabética*	58 (3,3)	145 (8,2)*
LOD al menos 1	856 (48,4)	1.123 (63,5)**

MAP: médico de AP; ME: médico especialista cardiovascular; DM: diabetes mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; FG: filtrado glomerular; ITB: índice tobillo-brazo.

109. PROGRAMA INTEGRAL DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR EN EL DEPORTISTA JOVEN ASINTOMÁTICO

J.A. García Donaire¹, M. Abad Cardiel² y N. Martell Claros²¹Fundación de Investigación; ²Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La educación sanitaria y la detección precoz de patología cardiovascular (CV) oculta son herramientas eficaces para la prevención del desarrollo de enfermedades de origen CV en la población general, siendo más relevante en aquellos que someten al organismo a esfuerzos frecuentes, como los deportistas.

Objetivos: Educar a una población asintomática en prevención de factores de riesgo CV y detectar precozmente posibles factores CV en desarrollo en dicha población.

Métodos: El programa integral de educación y detección precoz de patología CV en el deportista asintomático se desarrolló en 2 fases: 1) educacional para deportistas, padres y monitores asistiendo a charlas de formación en factores de riesgo CV y consejos para detectar síntomas de gravedad CV durante la realización de ejercicio físico y 2) asistencial, con la realización de una analítica com-

pleta de sangre y orina (hemograma, iones, perfil renal, lipídico y hepático, glucosa, Hb1AC, ácido úrico, sedimento urinario, microalbuminuria), MAPA de 24h, índice tobillo-brazo, bioimpedanciometría, ECG y fondo de ojo. Se incluyeron 25 deportistas asintomáticos del club deportivo Rayo Majadahonda.

Resultados: La media de edad fue de 21,2 años (3,4), todos varones, con IMC 22,3 (2,3). Se detecta un caso de Hipertensión arterial y un caso de HTA en período de actividad de MAPA. El 47% presentan reacción de alerta/fenómeno de bata blanca y 15% de los pacientes es non-dipper. Asimismo, se observó 1 caso de hipertrigliceridemia, 4 casos de hiperuricemia, 1 caso de enfermedad renal crónica estadio 1, 1 caso de dislipemia tipo LDL-c elevado y 1 caso de hipertransaminasemia. En el estudio vascular no se detectan alteraciones de asimetría de pulsos, diferencia significativa entre presión arterial de MMSS y MMII mientras que se describió un caso de HVI y 2 casos de extrasistolia auricular en el ECG. No se detectaron alteraciones en el estudio del fondo de ojo. En la bioimpedanciometría se observaron alteraciones relevantes en el estado de hidratación del 40% de los individuos estudiados y asimetría en los porcentajes de compartimentos graso, muscular y de hidratación en el 60% de los pacientes.

Conclusiones: Se observan factores de riesgo CV ocultos en el 44% de una población de deportistas sanos que someten a su organismo a un esfuerzo periódico. El nivel de hidratación global es subóptimo. Se deben implementar programas integrales de educación y detección precoz junto a un seguimiento de las alteraciones detectadas.