

Epidemiología

30. ESTUDIO DE CALIDAD DEL CIRCUITO DE DERIVACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE URGENCIAS Y LA UNIDAD DE HTA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

A. Valerio-Ulloa¹, M. Abad-Cardiel¹, J.A. García-Donaire¹, J. Martín², J.M. González-del Castillo² y N. Martell-Claros¹

¹Unidad de HTA, IdISSC, HCSC, Madrid, ²Servicio de Urgencias, IdISSC, HCSC, Madrid.

Objetivo: Casi un 1% de los hipertensos desarrollaron una crisis hipertensiva, lo que supone 1 de cada 69 urgencias hospitalarias. El informe de alta del servicio de urgencias (SU) es la herramienta de comunicación con la unidad especializada. El objetivo principal de este estudio es valorar la calidad del informe de alta y describir el perfil del paciente derivado a la unidad de Hipertensión (U HTA).

Métodos: Estudio descriptivo del circuito de derivación desde el SU a la U HTA de los pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante el periodo enero 2011 a junio 2012. Se recogieron las variables epidemiológicas y clínicas de los pacientes valorados, el manejo farmacológico durante la estancia en urgencias.

Resultados: Se analizaron 110 informes, el 57,3% son mujeres. Las edades variaron entre 30 y 89 años, siendo la mediana 60 años y la edad más frecuente los mayores de 70 años. Los pacientes procedían del domicilio en un 70% de los casos. De entre los factores de riesgo, la dislipemia ha sido el más frecuente, presentándose en un 40,9%. El horario de llegada al SU fue un 47,3% en no laborable o festivo y la estancia hospitalaria fue menor de 8 horas en un 50,9%. En un 77,2% los pacientes presentaron sintomatología en el motivo de consulta, sobresalen por su frecuencia: cefalea y dolor torácico. Solo al 13,6% no se le realizó ninguna prueba complementaria (PC). De la población restante, la PC que más se realizó fue el EKG en un 75,5%. En un 54,5% se les solicitó bioquímica. El estudio de coagulación en un 49,1%, y solo en un 2,7% se realizó fondo de ojo y TC craneo. En un 1,8% de los informes se realizaron PC en pacientes asintomáticos. En un 46% de las HC no constaba el tratamiento usado en el servicio de Urgencias. Del 54% restante, se utilizó más de una familia farmacológica, siendo los más frecuentes los BSRAA (40,0%). De los mismos, el captopril, con un 30% fue el

más utilizado. La vía de administración farmacológica no constaba en el 49,1% de las HC. En el 31,8% solo constaba la vía oral, en un 1,8% se usó solo la vía parenteral y en un 17,3% de los casos se utilizaron ambas vías. En un 36,4% de las HC no constaba la cifra de presión arterial al alta. No se observó HTA grado 3 al alta. Como justificación a la derivación a la U HTA encontramos HTA complicada (afectación de órganos diana previa) en un 15%, seguida por la HTA Refractaria y la solicitud de técnicas como Holter en un 10,9% en cada uno de los casos. En tercer lugar la sospecha de HTA secundaria con un 9,1%. En más de un 50% no constaba el motivo de la derivación. Los criterios de calidad definían que el 25,5% de las historias clínicas son válidas, el 34,5% aceptables y un 40,0% mala porque no aporta datos suficientes para una correcta derivación a una U HTA.

Conclusiones: Se debe mejorar la utilización de las pruebas complementarias realizadas en el manejo de las crisis de HTA en el servicio de urgencias. Es necesaria una mejora en la calidad del informe de alta. Es necesario unificar protocolos de actuación y buscar mejoras en la calidad asistencial y optimización de los recursos hospitalarios en este circuito de derivación.

31. SEGUIMIENTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA. ESTUDIO DIMERICA

J. Abellán-Alemán, L. Guerrero, M.P. Zafrilla, E. Ramos, M. Leal y L.M. Ruilope, en representación del Grupo Investigador del Estudio Dimerica

Departamento de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia.

Objetivo: a) Analizar el grado de seguimiento de la dieta mediterránea en la población adulta española y su distribución por áreas.

Métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal de ámbito nacional realizado a residentes en España mayores de 20 años distribuidos en las siguientes zonas: Zona I-Galicia, Asturias, Cantabria y País Vasco. Zona II-Castilla León, Rioja, Navarra y Aragón. Zona III-Castilla La Mancha, Madrid y Extremadura. Zona IV-Andalucía, Canarias, Ceuta y Melilla. Zona V-Murcia, Valencia, Cataluña y Baleares. Según datos censales (INE) en España había 46.661.950 hab. en 2010. De ellos 38.137.661 ≥ 20 años. Se realizó un muestreo polietápico estratificado por edad, sexo y área de residencia. Para un nivel de confianza 95% se obtuvo un tamaño muestral mínimo de 1537 individuos. A todos ellos se les realizó una encuesta validada sobre estilo de vida, presencia de factores de riesgo cardiovascular y seguimiento de la dieta mediterránea. El trabajo de campo lo efectuaron los enfermeros del grupo EHRICA desde sus consultas de enfermería.

Resultados: Se incluyeron 1.810 individuos (49,3% varones vs 50,7% mujeres). Los valores antropométricos medios de la muestra analizada fueron: peso 76,9 ± 57,4 Kg, IMC 28,3 ± 4,2 Kg/m², talla de pantalón 45,2 ± 5,4 en varones y 42,6 ± 5,7 en mujeres. El análisis del seguimiento de la dieta mediterránea mostró lo siguiente: consumían más de 7 raciones de cereales al día el 3,8%, entre 5 y 7 el 10,7%, entre 3 y 4 el 39,9%, entre 1 y 2 el 44,6% y nunca el 1,2%. Consumían más de 6 piezas de fruta al día el 2,1%, entre 5 y 6 el 7,2%, entre 3 y 4 el 30%, entre 1 y 2 el 53,9% y ninguna el 6,9%. Consumían verduras y hortalizas más de 2 veces al día el 9,6%, 2 veces el 29,8%, 1 vez el 45,2%, menos de 1 el 14,7% y nunca el 1,2%. El aceite consumido habitualmente era de oliva en el 90,2%, de semillas en el 0,9% y mezcla oliva y semillas en el 5,3%. El 89,9% utilizaban aceite de oliva diariamente para cocinar. Al interrogar sobre el consumo de embutido, el 9,5% responden que lo consumen más de 5 veces a la semana, el 24,7% entre 3-4 veces a la semana, entre 1-2 veces el 36,1%, menos de una vez el 19,5% y nunca el

10,2%. El 71,3% no consumen nunca vino tinto o consumen menos de un vasito a la semana. La puntuación media global es de $4,7 \pm 1,7$ puntos, valorándose entre 0 y 10 puntos el seguimiento de la dieta mediterránea (0 nada de seguimiento, 10 máximo seguimiento). El análisis global por zonas reflejó las siguientes puntuaciones: zona 1- $5,0 \pm 1,6$ puntos, zona 2- $5,0 \pm 1,7$ puntos, zona 3- $4,5 \pm 1,6$ puntos, zona 4- $5,1 \pm 1,6$ puntos, zona 5- $4,4 \pm 1,7$ puntos. Las zonas 3 y 5 presentan un peor seguimiento de la dieta mediterránea respecto a las 1,2 y 4 ($p < 0,05$). Existe una correlación inversa entre la presencia de hipertensión y la puntuación en la realización de dieta mediterránea ($p < 0,05$). Existe una correlación positiva entre el perímetro de la cintura y la puntuación ($p \leq 0,05$).

Conclusiones: Existe un seguimiento deficiente de la dieta mediterránea en la población analizada. En algunas áreas geográficas de sur el seguimiento de la dieta mediterránea es menor.

32. ESTADO DE LA LUCHA CONTRA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN COMARCA ARABA

A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, J.L. Hurtado Mendoza², M. Berrade Zubiri¹, M.A. Basabe Pérez¹, A. Sauto Gutiérrez³ y E. López de Uralde Pérez de Albéniz³

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²UGS Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ³MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: Nuestra oferta preferente nos indica que: 1) A todas las personas de 14 o más años se les medirá la presión arterial (PA), al menos cada 4 años entre 14-40 años y cada 2 años en mayores de 41 años. 2) A toda persona diagnosticada de hipertensión arterial (HTA) se le debe realizar en consulta de enfermería con una periodicidad semestral un control que incluya: Toma de PA o valorar AMPA, Cumplimiento terapéutico y efectos secundarios, Modificación de hábitos de vida (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio) y registro anual el IMC. Cada 5 años le realizaremos un ECG. Finalmente consideramos buen control (BC) de la HTA a una PA igual o menor de 140/90 mmHg, 135/85 mmHg en caso de AMPA y en diabéticos de 140/80 mmHg.

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 observacional, descriptivo y transversal realizado en Diciembre de 2013 en Comarca Araba (302.762 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 2013.

Resultados: Se muestran en la tabla.

Conclusiones: Los resultados obtenidos deben ser mejorados en aspectos tales como el cribado, que aún es bajo. El porcentaje de pacientes bien controlados, es superior a otros obtenidos en nuestro entorno, pese a lo cual deberemos seguir intentando mejorarlo.

33. CONTROL DE LA OBESIDAD EN COMARCA ARABA DURANTE 2013

A. Sauto Gutierrez¹, G. Mediavilla Tris², A.A. Rodríguez Fernández², J. Iturralde Iriso², J. González Castañeda¹, M.H. dos Santos Alencar¹, A. Solar Peche¹, M.I. Ortega García², M.L. Alarcia Ceballos² y E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹

¹MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, Vitoria-Gasteiz.

²Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en países industrializados y tiene una probada repercusión sobre la salud de la población, tanto por la importante morbilidad asociada que conlleva como por el incremento de la mortalidad que ocasiona. Nuestra oferta preferente nos indica que como criterios de buena atención (CBA) en la historia clínica deberemos calcular el índice de masa corporal (IMC) a todas las personas mayores de 16 años, considerando obesos a todos aquellos cuyo IMC sea superior a 30. Además, a las personas obesas diagnosticadas de patologías relacionadas con la enfermedad (Hta, DM, SAHOS, artrosis de rodilla) se les hará un control anual que incluya la variación interanual de su IMC. También veremos la proporción de personas obesas con patologías asociadas que han mantenido o reducido su peso en el último año.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en agosto de 2013 en Comarca Araba (302.762 pacientes, de los que 254.326 son mayores de 16 años). Se utilizó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los CBA en relación con la obesidad.

Resultados: Número de personas diagnosticadas de obesidad: 22.028 personas. Prevalencia mayores de 16 años: 8,66%. Control anual del IMC: 86,85%. Han mantenido o reducido su peso: 38,59%

Conclusiones: Vemos que la obesidad está infradiagnosticada en nuestro medio, pues según otros estudios (Encuesta Vasca de salud 2013) la prevalencia en Álava debería estar alrededor de un 13,4%. Vemos un aceptable control anual y un preocupante 60% de nuestros obesos que continúan aumentando su peso, por lo que deberemos replantearnos las actuaciones a seguir.

34. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE DIÁLISIS: PROVINCIA DE SORIA

M.L. Álvarez Alejandro¹, S. Moreno Loshuertos¹, R. Rodríguez López², R. López de la Fuente³, C. Lucas Álvarez¹, A.B. Martínez Díaz¹, M. Goñi Lara¹ y M. Asensio Sánchez¹

¹Servicio de Nefrología, Complejo Asistencial de Soria, Soria.

²Laboratorio Clínico, Hospital Universitario de Salamanca,

Salamanca. ³Centro de Salud de Peñaranda, Salamanca.

Objetivo: La nefropatía vascular constituye la segunda causa de insuficiencia renal crónica terminal en nuestro medio, incluyendo

Tabla Comunicación 32.

	2013	
Población	302.762	
Población > 14 años	210.623	
Cribado HTA	50,19%	
Prevalencia (mayores de 14 años)	17,50%	
	Estudio analítico	81,80%
	Control periódico	74,46%
	Estudio ECG	57,11%
	Buen control	47,48%

nefropatía isquémica, la enfermedad ateroembólica renal y la más frecuente de todas, la nefrosclerosis. Además, supone el motivo principal de consulta nefrológica. Aún existe controversia acerca de si la HTA esencial no maligna puede ser causa de insuficiencia renal, pero sí parece claro el papel que juega en la progresión de la nefropatía preexistente. La HTA, produce vasoconstricción de la arteriola aferente y una consecuente isquemia glomerular. En una segunda fase, se ven reducidos el número de glomérulos funcionantes, y existe una vasodilatación que da lugar a hiperfiltración y aparición de proteinuria. Analizamos el impacto de la hipertensión arterial en los pacientes en programa de terapia renal sustitutiva en Soria.

Métodos: Estudio transversal en nuestra población de diálisis.

Resultados: El volumen de población en el programa de hemodiálisis de Soria a fecha de 28/10/2013 es de 51 pacientes (50 en hemodiálisis, 1 en diálisis peritoneal). La primera causa de IRCT es la nefropatía diabética, cuya prevalencia se ha calculado en un 29,41% (siendo en torno al 25% en España). Las glomerulopatías constituyen la segunda causa, observándose en un 23,53% (dato sensiblemente superior al 11,5% de la población en nuestro medio). La nefrosclerosis (o nefropatía hipertensiva) supone un 15,59% y la 3ª causa de IRCT en nuestros pacientes (dato similar al 14,5% en población española, donde es la segunda causa). Otras causas menos frecuentes son: poliquistosis que junto con la nefropatía intersticial y las no filiadas suponen el 7,84%. La hipogonadismo/agenesia renal: 3,92%. La pielonefritis 1,96%. 7 hombres y 1 mujer han sido diagnosticados de IRC secundaria nefroangiosclerosis (87,5% hombres), siendo 2 de ellos diabéticos (25%). La hipertensión arterial en la población de diálisis presenta una enorme prevalencia, todos los pacientes excepto uno, han sido diagnosticados de ella en algún momento. La población diabética: 21 pacientes, 41,17% del total.

Conclusiones: La nefroangiosclerosis es la tercera causa de insuficiencia renal crónica terminal en nuestro medio, con un valor porcentual superponible al de la población en diálisis española, donde constituye la segunda etiología más prevalente. Todos, excepto un paciente, están diagnosticados y tratados por hipertensión arterial, aunque esta no sea la causa principal de su IRCT. Los datos previamente expuestos nos permiten comprender que las causas cardiovasculares sean el principal motivo de fallecimiento en nuestra población de diálisis.

35. PERSPECTIVA ACTUAL DE LA SITUACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO PAULA

V. Barrios Alonso¹, J. Polo García¹, J.M. Lobos², C. Escobar Cervantes¹, L. Prieto², D. Vargas³ y G. Osorio⁴

¹SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria), Madrid. ²semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria), Barcelona. ³SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia), Madrid. ⁴Bayer Hispania S.L., Barcelona.

Objetivo: El objetivo principal del estudio será conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en el ámbito de la atención primaria, durante el último año. Asimismo, también se evaluará el impacto de la falta de control del INR sobre los eventos tromboembólicos y hemorrágicos, la calidad de vida en función del control de la coagulación, los factores predictores del buen/mal control de la anticoagulación, la utilización de recursos sanitarios relacionados con el control de la anticoagulación, así como la inercia terapéutica en función del INR. El estudio está avalado por SEMERGEN, SEMFYC y SEMG.

Métodos: Se realizará un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se incluirán a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de la atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tenga acceso, al menos, al 80% de los controles del INR de este último año, aunque no sea en su centro, y que otorguen el consentimiento informado por escrito. Se incluirán un total de 1.100 pacientes de unos 100 centros de atención primaria distribuidos por toda España.

Resultados: Se estima un periodo de reclutamiento de 3 meses, con inicio previsto en febrero de 2014.

Conclusiones: Con este estudio se pretende conocer cuál es la situación del control de la anticoagulación y del manejo clínico de los AVK en pacientes con FANV en la práctica diaria de la atención primaria en España.

36. DIAGNÓSTICO DE HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA EN FUNCIÓN DE LA TÉCNICA DE MEDIDA

B. Batalla Insenser, M.J. Adrián Martín, J. Ruiz Izquierdo, L. Casañas Zaragoza y J. Sobrino Martínez

Unidad de HTA, Medicina Interna, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Objetivo: Determinar la prevalencia de hipotensión ortostática (HO) en los pacientes ancianos hospitalizados en una Unidad de Patología Vascular en función de la técnica de medida y observar su grado de concordancia.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo, abierto en el que se han analizado los pacientes ingresados por patología vascular en el servicio de medicina interna desde agosto del 2012 a abril 2013. A todos ellos se procedió a la medición de la presión arterial (PA) clínica con un aparato automático oscilométrico y auscultatorio (Tensoval Duo Control). Se procedió previa al alta hospitalaria a la medición de la PA en decúbito supino en tres ocasiones separadas por 1 minuto cada una de ellas y a la misma medición (3) en bipedestación tras un minuto en dicha posición (DB), a continuación se procedió a 3 tomas de la PA en posición de sedestación y de nuevo 3 tomas más tras nueva bipedestación (SB). Definimos hipotensión ortostática como la disminución de la presión arterial superior a 20 mmHg de la PA sistólica o un descenso de más de 10 mmHg de la PA diastólica.

Resultados: Se ha estudiado un total de 51 pacientes, con una edad media de $78,12 \pm 8,11$ años (límites 65-97), siendo el 62,7% mujeres. Presentaron hipotensión ortostática 6 pacientes (11,8%) con la técnica de DB y 8 pacientes (15,7%) con la técnica de SB, solo en 1 paciente coincidió el diagnóstico de HO con las dos técnicas, índice Kappa = 0,10. Al comparar los pacientes con HO en DB con los pacientes con HO según SB, eran más jóvenes ($69,4$ vs 76 años; $p = 0,049$) y tomaban más antagonistas del calcio (80 vs $14,3\%$; $p = 0,023$), no encontramos diferencias significativas en el resto de variables analizadas: sexo, IMC, factores de riesgo vascular, enfermedad cardiovascular asociada, grado de autonomía, estado cognitivo, toma de fármacos antihipertensivos y de la esfera cardiovascular, y parámetros hematológicos y bioquímicos básicos.

Conclusiones: Existe una muy mala concordancia entre el diagnóstico de hipotensión ortostática según la técnica de medida utilizada, entre la clásica definición, paso de decúbito a bipedestación y la utilizada habitualmente en la clínica y recomendada por la Sociedad Europea de HTA, paso de sedestación a bipedestación. Un mayor tamaño muestral probablemente permitirá afirmar si nos encontramos en poblaciones diferentes.

37. ¿CONTROLAMOS ADECUADAMENTE LOS FACTORES DE RIESGO? RESULTADOS SOBRE EL PRONÓSTICO: DIFERENCIAS EN LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR E ISQUÉMICA EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EN ANDALUCÍA Y ESPAÑA

J. Caballero Güeto¹, F.J. Caballero Güeto², M.A. Ulecia Martínez³, E. González Cocina⁴ y M. Ruiz Ramos⁵

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital de Montilla y Hospital Cruz Roja, Córdoba. ³Hospital Universitario San Cecilio, Granada. ⁴Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ⁵Servicio de Información y Evaluación, Consejería de Salud de Andalucía, Sevilla.

Objetivo: Los resultados del estudio PREVENT-A mostraron que a pesar del elevado uso en nuestra comunidad en pacientes de riesgo de fármacos antihipertensivos, estatinas y antiplaquetarios (> 90%), la HTA, DM y la hipercolesterolemia presentaba mal control (25,1%, 56,1% y 50,9% de acuerdo a la recomendación vigente para la prevención). El objetivo de este trabajo es conocer la repercusión de este mal control en la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón (EIC) y enfermedades cerebrovasculares (ECV) en Andalucía sus diferencias con España entre 1990 y 2010.

Métodos: Con las defunciones por EIC y ECV de Andalucía y España procedentes de las estadísticas oficiales de mortalidad (Instituto Nacional de Estadística) y las correspondientes poblaciones se calcularon las tasas estandarizadas por edad para hombres y mujeres, y las razones de tasas entre Andalucía y España. Para cuantificar las tendencias y sus puntos de cambio se realizó un análisis con regresión joinpoint.

Resultados: La mortalidad por ECV fue en mujeres (M) un 33% mayor en Andalucía que en España y un 30% en hombres (H); en la EIC fue 18% en ambos. Entre 1990 y 2010 las diferencias entre Andalucía y España aumentaron ligeramente. El ritmo de descenso en la mortalidad fue: EIC -2,3 M y -2,1 (H) (Andalucía) y -2,6 (M) y -2,3 (H) (España) y ECV -3,7 (M) y -3,3 (H) (Andalucía) y -4,8 (M) y -4,4 (H) (España).

Conclusiones: Andalucía tiene mayor mortalidad por enfermedad isquémica y cerebrovascular que España y las diferencias han aumentado ligeramente en la serie de años estudiada. La tendencia es descendente tanto en Andalucía como en España con ritmos de descenso diferentes dependiendo de la causa, el sexo y lugar de residencia y el periodo de estudio. Probablemente la suma de factores socio-económicos, los hábitos de vida y el deficiente control de los FRCV contribuyan a estas diferencias.

38. PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE 25 OH VITAMINA D EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS EN UN ÁREA RURAL Y FACTORES RELACIONADOS

B. Ruiz Jiménez¹, B. Cancho Castellano², B. Romero Cancho¹, M.T. Calderón Morales² y M. Naranjo Arellano²

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

Introducción: El déficit de vitamina D es un hallazgo frecuente en pacientes con ERCA en hemodiálisis. La importancia de este fenómeno es crucial en la historia natural de esta enfermedad, por su relación con el desarrollo de hiperparatiroidismo, la osteodistrofia renal y por la asociación con el incremento de mortalidad de origen cardiovascular. Las guías de la Sociedad Española de Nefrología aconsejan la medición de los niveles de vitamina D (calcidiol) y suplementar el posible déficit por sus efectos sobre el hueso y por sus efectos pleiotrópicos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de déficit de 25 OH vitamina D en los pacientes en hemodiálisis de un área demográfica rural Lle-

rena-Zafra. Evaluar la relación con otros factores como la edad, la presencia de diabetes o el patrón inflamatorio.

Métodos: Estudio transversal realizado en 55 pacientes en hemodiálisis. Los datos epidemiológicos se extrajeron de la base de datos Nefrossoft 5.0. Se determinó el nivel de 25 OH vitamina D, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, albúmina, PTHi y proteína C reactiva. El análisis de los datos se realizó bajo el soporte estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Varones 63,6%, mujeres 36,4%. Edad media de la población estudiada 70,67 ± 12,18 años, rango (38, 86). El 40% de los sujetos eran diabéticos. Etiología de ERCA: N. diabética 23,6%, N. vascular 23,6%, glomerulopatías 10,9%, NTIC 14,5%, PQR 9,1%, no filiada 14,5%, otras 3,6%. Tiempo medio en HD 44,93 ± 40,81 meses, rango (3, 183). La prevalencia de niveles de 25 OH vitamina D < 30 ng/dl pero igual o superior a 15 ng/ml fue de un 36,4%, inferior a 15 ng/ml un 60%, sólo un 3,6% de los pacientes presentaba cifras superior o igual a 30 ng/ml. Los niveles medios de 25OH vitamina D son inferiores en pacientes diabéticos, (11,53 ± 4,96 vs 15,51 ± 7,6, p = 0,035). Igualmente ocurrió con aquellos con PCR más elevada, sin ser estadísticamente significativo. Los pacientes ancianos (≥ 65 años) tenían un nivel de 25 OH vitamina D inferior (12,61 ± 6,63 vs 18,15 ± 6,24, p = 0,01). Observamos una tendencia a presentar menor nivel de vitamina D el subgrupo de pacientes ancianos entre 65 y 80 años (11,92 ± 6,20). Mientras que el subgrupo de edad superior a 80 años tenía una media algo mayor (13,84 ± 7,42).

Conclusiones: La deficiencia e insuficiencia de 25 OH vitamina D en la población estudiada es elevada. Se ha observado una posible relación entre los niveles bajos de 25 OH vitamina D con la ancianidad y la diabetes. Con una muestra mayor se podrían extraer más conclusiones.

39. APROXIMACIÓN A LA PREVALENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN LA POBLACIÓN ATENDIDA POR UN CENTRO DE SALUD URBANO

F. Carbonell Franco¹, F. Ramón Carretero¹ y F. Martínez Ques²

¹Centro de Salud de Mislata, Mislata, Valencia. ²Centro de Salud de Montanejos, Montanejos, Castellón.

Objetivo: Calcular la prevalencia de fibrilación auricular (FA) registrada en nuestra zona básica de salud.

Métodos: Desde el sistema de información ambulatoria (SIA) y mediante el programa de explotación de datos (DATAMARK) calculamos la prevalencia de FA global, por género y grupos de edad del total de población atendida. Registramos y analizamos los datos mediante EXCEL10.

Resultados: Sobre una población atendida de 45.837 personas registramos 612 casos de FA. Calculamos una prevalencia general del 1,34%; constatamos que aumenta progresivamente con la edad siendo del 2,6% en mayores de 40 años; del 7,06% en mayores de 65 años y del 10,7 en mayores de 75 años.

Conclusiones: La FA es la arritmia más frecuente. Su prevalencia a nivel mundial oscila entre el 0,4 y el 2% de la población general. En España afecta del 2,5 al 4,8% de la población. En un reciente estudio español de base poblacional (OFRECE) se calcula una prevalencia del 4,4% en mayores de 40 años. En nuestro medio encontramos una prevalencia de FA inferior a la esperada (según los estudios previos) en todos los grupos de edad lo que podría indicar un registro insuficiente del proceso o una falta de captación activa en las consultas de atención primaria.

40. HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL ESPONTÁNEA Y SU POSIBLE RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ¿CÓMO ESTAMOS MANEJANDO A NUESTROS PACIENTES?

J. Casares Medrano¹, A. Cortés Beringola²,
I. Santos Rodríguez-Vigil³, R. Martín Torres⁴, F. Sellers López²,
V. Martínez Sánchez², A. Santana García², I. Soler Sanchis²,
J. Merayo Lloves³ y L. Rodríguez Padial²

¹Hospital San Agustín, Avilés. ²Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

³Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, Oviedo. ⁴Centro de Ojos Dr. Lódolo, Paraná, Entre Ríos, Argentina.

Objetivo: 1. Estudiar la relación entre la hemorragia subconjuntival espontánea (HSE) y la HTA. 2. Estudio descriptivo del manejo de los pacientes con HSE, con especial atención a su posible relación con la HTA.

Métodos: 1. Se registran datos de pacientes consecutivos que consultan en Urgencias por HSE (n = 144), y se comparan con pacientes consecutivos (mayores de edad) que consultan en Urgencias por otra patología oftalmológica (grupo control, n = 297). 2. Se difunde una encuesta entre profesionales que atienden a estos pacientes: oftalmólogos (Oft) y médicos de atención primaria/Urgencias (MPyU).

Resultados: 1. La HTA es más prevalente en pacientes con HSE (34,7 vs 26,9%, p < 0,01). Los pacientes con HSE son mayores (edad media: 58,9 vs 50,2 años, p < 0,01). No existen diferencias significativas en cuanto al sexo (52,1% de mujeres en HSE vs 44,4%, p = 0,056). 2A. Intervienen 98 facultativos (49 Oft y 39 MPyU). Un 80,4% afirma interrogar sobre factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes, un 18,6% sólo en caso de que considere que puede tener un riesgo alto, y un 1% no acostumbra a hacer dicho interrogatorio. Un 73,4% realiza o deriva al paciente para realizar un estudio sobre riesgo cardiovascular; un 26,6% dan de alta al paciente en la mayoría de los casos, sin realizar dichos estudios. Un 27,4% inicia, en alguna ocasión, tratamiento antihipertensivo en función del perfil del paciente y sus cifras de tensión arterial en la primera visita; un 76,4% nunca inicia tratamiento antihipertensivo tras la primera visita. El 18,4% considera que la asociación entre la HSE y la HTA es muy frecuente, y debería investigarse en todos estos pacientes; el 72,4% considera que dicha asociación es relativamente frecuente, y debería investigarse en función de las características basales y las cifras de tensión de la primera visita; el 9,2% considera que dicha asociación es infrecuente, y no sería necesario investigarla. 2B. Entre MPyU es más frecuente la toma de tensión arterial en la primera visita (97,4% vs 28,6%, p < 0,05). No existen diferencias en cuanto a la realización de interrogatorio dirigido sobre factores de riesgo (82% en Oft y 68,4% en MPyU, p = 0,13). Entre MPyU es más frecuente hacer seguimiento con tomas ambulatorias de tensión arterial (76,3% vs 56,0%, p < 0,05). Entre MPyU es más frecuente la utilización para el seguimiento de dispositivos de monitorización ambulatoria de tensión arterial (26,3% vs 10,0%, p < 0,05). Los MPyU es más frecuente que completen el estudio con la realización de una analítica (36,8% vs 12,0%).

Conclusiones: 1. La prevalencia de HTA es mayor en pacientes con HSE, si bien esta diferencia puede estar condicionada porque estos pacientes tienen una mayor edad media. 2A. La relación entre la HSE y la HTA es controvertida. En la actualidad la mayoría de médicos que atiende a estos pacientes es consciente de esta posible relación y de la necesidad de ampliar estudios en este sentido. 2B. Los MPyU prestan, por lo general, mayor atención a la posible relación entre la HSE y la HTA, si bien dicha relación no está correctamente establecida.

41. ESTIMACIÓN DE LA INGESTA DE SODIO A TRAVÉS DE UNA MUESTRA DE ORINA AISLADA FRENTE A UNA MUESTRA DE ORINA DE 24 HORAS

J.L. Chevarría Montesinos, R.M. García Camín, C. Glucksman Piza y R. García Osuna

Hospital de Palamós, Palamós.

Objetivo: Desarrollar una fórmula a través de un proceso de regresión lineal múltiple, para estimar la ingesta de sodio a través de una muestra de orina aislada (OA) y valorar la reproducibilidad, concordancia, validez y utilidad clínica frente a la medición a través de una muestra de orina de 24 horas (O24H).

Métodos: Estudio observacional descriptivo, realizado en la consulta de Nefrología, de enero del 2010 a octubre del 2013. Se analizaron una muestra de OA y O24H tomadas al mismo tiempo. Se realizó una estimación de la mejor ecuación de regresión según criterio de Cp de Mallow y con el valor predicho de la ecuación se evaluaron el Coeficiente de correlación intraclass (CCI), coeficiente de Lin, Gráficos de Bland-Altman y curvas ROC.

Resultados: Se evaluó un total de 497 sujetos, de estos cumplían los criterios de adecuada recolección de orina 273. La edad media fue 62,3 (DE 14,2) años, talla 166,2 (DE 8,9) cm, peso 81,2 (DE 16,7) kg, IMC 29,3 (DE 5,4) kg/m². De estos 207 (75,8%) eran varones, 208 (76,2%) hipertensos, 60 (22%) diabéticos. La mejor ecuación de regresión correspondió a la inclusión de la edad, sexo, IMC, inverso de la creatinina en OA, sodio en OA y la interacción sodio/creatinina. El criterio de Cp de Mallow fue 7. El ajuste del modelo fue R: 0,66 (F: 0,001). El CCI de acuerdo total fue 0,60 (IC95% 0,52-0,67 p < 0,001), el CCI de consistencia 0,60 (IC95% 0,52-0,67 p < 0,001), coeficiente de Lin 0,60. La concordancia (Bland-Altman) muestra un 5,6% fuera del IC (IC95% -109,7 a 102,5). Para puntos de corte de 100 mEq/día la sensibilidad y especificidad fueron 94,7% y 33,3% y para 174 mEq/día 30,1% y 96,7% respectivamente y el área bajo la curva (AUC) fue de 0,82 (IC95% 0,76-0,88 p < 0,001) y 0,81 (IC95% 0,76-0,87 p < 0,001).

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de mala recolección de la muestra de O24H, consistente con estudios poblacionales. Es posible estimar la ingesta de sodio a través de una OA. La ecuación de regresión permite un ajuste adecuado. La reproducibilidad de la OA

Tabla Comunicación 41.

	B	ES	t	Sig.	IC95%	
					Límite inferior	Límite superior
Constante	67,8	26,8	2,5	0,01	14,9	120,7
Sodio OA	0,2	0,1	1,8	0,07	0,0	0,5
Edad	-0,8	0,2	-3,6	0,001	-1,3	-0,4
Sexo	16,4	6,9	2,4	0,02	2,8	30,0
IMC	2,8	0,6	5,1	0,001	1,7	3,9
Inverso Cr	-3028,7	1039,8	-2,9	0,001	-5.076,1	-981,4
I. sodio/Cr	50,5	11,8	4,3	0,001	27,3	73,7

frente a la O24H a través del CCI es adecuada, la concordancia se encuentra en el límite estadístico y la sensibilidad y el AUC son aceptables para detectar una ingesta superior a 100 mEq/L, así como la especificidad para un sodio > 174 mEq/L. La utilidad clínica sería de gran ayuda dada la simplicidad de la técnica.

42. PREVALENCIAS POBLACIONALES DEL SÍNDROME METABÓLICO Y DE SUS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN IDF Y ATPIII (ESTUDIO SIMETAP)

N. de la Peña Antón¹, A. Ruiz García², M.P. García Villasar³, E. Sandín de Vega⁴, E. Revilla Pascual⁵, J.A. González-Posada Delgado⁵, J.E. Mariño Suárez⁵, I. Íscar Valenzuela⁵, J.L. Quintana Gómez⁵ y M.T. Sarriá Sánchez⁶

¹Centro de Salud El Restón, Valdemoro. ²Centro de Salud Pinto, Pinto. ³Centro de Salud María Montessori, Leganés. ⁴Centro de Salud Las Ciudades, Getafe. ⁵Centro de Salud El Greco, Getafe. ⁶Centro de Salud Baviera, Madrid.

Objetivo: Principal: estimar las prevalencias poblacionales del Síndrome Metabólico (SM) según los criterios de IDF y de ATPIII. Secundario: estimar las prevalencias poblacionales de los criterios diagnósticos que definen el SM según IDF y según ATPIII.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estu-

dio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “= ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables 17,97%; rechazan consentimiento 5,41%; no acudieron 4,68%; 2,31% con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. 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 cuantitativos:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar prueba de Levene para igualdad de varianzas.

Resultados: El 55,10% (53,00-57,20) de la población era femenina. La prevalencia poblacional de SM fue 39,15% (37,10-41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según criterios de ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia entre ambos criterios (3,51%) significativa ($p = 0,0144$).

Conclusiones: La prevalencia poblacional de SM fue 39,2%, siendo 32,6% según ATPIII, y 36,1% según IDF, siendo la diferencia entre ambos criterios (3,5%) significativa. El criterio diagnóstico de SM más prevalente (66,4%) fue el perímetro abdominal o IMC aumentados. El segundo criterio diagnóstico de SM más prevalente (46,4%) fue la PA $\geq 130/85$ mmHg. La prevalencia de los otros tres criterios diagnósticos de SM (hipertrigliceridemia, c-HDL bajo e hiperglucemia) fue aproximadamente del 24%.

Tabla Comunicación 42.

	Población		Hombres (H), n = 985		Mujeres (M), n = 1209		Diferencia (H/M)	
	Media	\pm DE	Media	\pm DE	Media	\pm DE	Dif. de medias	
p-valor								
Edad (años)	50,71	16,94	51,58	16,23	49,99	14,47	1,59	
0,0284								
IMC (kg/m ²)	27,20	5,17	27,96	4,65	26,58	5,48	1,38	<
0,0001								
Per. Abd. (cm)	92,75	14,96	98,40	13,11	88,21	14,80	10,19	<
0,0001								
PAS (mmHg)	120,47	15,55	122,94	13,79	118,45	16,58	4,49	<
0,0001								
PAD (mmHg)	73,23	9,96	75,06	9,26	71,74	10,16	3,32	<
0,0001								
Glucemia (mg/dL)	94,13	25,08	97,94	28,54	91,06	21,43	6,88	<
0,0001								
HbA1c (%)	5,97	13,13	6,49	19,08	5,50	0,98	0,99	
0,1618								
Triglicéridos (mg/dL)	120,54	88,80	135,97	105,77	108,16	70,01	27,81	<
0,0001								
Colesterol HDL (mg/dL)	54,11	14,26	48,52	12,08	58,59	14,30	-10,07	<
0,0001								
Criterios diagnósticos de SM			N	n	%	LI IC (%)	LS IC (%)	
1	Per. Abd. ≥ 80 cm (M) (IDF)		1168	821	70,29	67,58	72,90	
	Per. Abd. ≥ 94 cm (H) (IDF)		939	606	64,54	61,38	67,60	
	Per. Abd. > 88 cm (M) (ATPIII)		1168	534	45,72	42,83	48,63	
	Per. Abd. > 102 cm (H) (ATPIII)		939	318	33,87	30,84	36,99	
	IMC > 30		2194	569	25,93	24,11	27,82	
	Per. Abd. aumentado o IMC > 30		2194	1457	66,41	64,39	68,38	
2	TGC ≥ 150 mg/dL		2169	542	24,99	23,18	26,87	
3	C-HDL $< 40/50$ mg/dL (H/M)		2141	520	24,29	22,48	26,16	
4	PA $\geq 130/85$ mmHg		2194	1019	46,44	44,34	48,56	
5	Gluc. ≥ 100 mg/dL (IDF)		2194	526	23,97	22,20	25,82	
	Gluc. ≥ 110 mg/dL (ATPIII)		2194	368	16,77	15,23	18,40	

43. PERCENTILES DE LAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN LAS POBLACIONES MASCULINA Y FEMENINA (ESTUDIO SIMETAP)

N. de la Peña Antón¹, A. Ruiz García², M.P. García Villaur³, M.P. García Alcañiz⁴, C. Abad Schilling⁴, A.P. Javierre Miranda⁵, E. Zapata Climent⁶, A.M. García Mesa⁶, R. Pérez Muñoz⁶ y R.A. Escrivá Ferrairó⁷

¹Centro de Salud El Restón, Valdemoro. ²Centro de Salud Pinto, Pinto. ³Centro de Salud María Montessori, Leganés. ⁴Centro de Salud Las Américas, Parla. ⁵Centro de Salud Entrevías, Madrid, ⁶Centro de Salud Huerta de los Frailes, Leganés. ⁷Centro de Salud Santa Isabel, Leganés.

Objetivo: Determinar los percentiles de las variables antropométricas de riesgo cardiometabólico (IMC, perímetro abdominal e índice cintura-talla), en las poblaciones masculina y femenina.

Métodos: Estudio observacional, transversal realizado en 25 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo "ALEATORIO") de Microsoft® Excel sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.107 [ilocalizables: 19,42%; rechazan consentimiento: 6,07%; no acudieron 5,26%; con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 2,50%]. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%. Estadísticos cuantitativos: 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. Descripción de las distribuciones poblacionales con percentiles (pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk).

Resultados: El 55,43% (53,28 - 57,57) de la población era femenina. Las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-

Wilk de todas las distribuciones fueron significativas ($p < 0,0001$). Se consideraron variables de riesgo cardiometabólico generales: IMC > 25 y > 30 kg/m²; índice Cintura-Talla $\geq 0,50$ cm/cm. En la población masculina también se consideraron el perímetro abdominal ≥ 94 cm (IDF) y > 102 cm (ATPIII), y en la femenina, el perímetro abdominal ≥ 80 cm (IDF) y > 88 cm (ATPIII).

Conclusiones: En la población general, los IMC > 25 y > 30 kg/m² se encuentran entre p25-p50 y p50-p75 respectivamente. El índice cintura-talla $\geq 0,50$ está en p25. En la población femenina, los IMC > 25 y > 30 kg/m² se encuentran en p50 y p75 respectivamente; el perímetro abdominal ≥ 80 cm (IDF) entre p25-p50; y el > 94 cm (ATPIII) entre p50-p75. El índice cintura-talla $> 0,50$ se encuentra entre p25-p50. En la población masculina, los IMC > 25 y > 30 kg/m² se encuentran en p25 y p75 respectivamente; el perímetro abdominal ≥ 94 cm (IDF) entre p25-p50; y el > 102 cm (ATPIII) entre p50-p75. El índice cintura-talla $> 0,50$ se encuentra entre p10-p25.

44. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE INGRESOS POR PATOLOGÍA CARDIACA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

M.A. Esteban Moreno¹, M.I. Poveda García¹, M.A. Baena López¹ y S. Muñoz Troyano¹

¹Hospital Torrecárdenas, Almería. ²HAR El Toyo, Almería.

Objetivo: El paciente con insuficiencia cardiaca constituye uno de los motivos más frecuentes de atención hospitalaria en nuestro medio, especialmente en los servicios de medicina interna. Por encima de los 65 años de edad la insuficiencia cardiaca representa uno de los primeros diagnósticos al alta hospitalaria. Nuestro objetivo fue analizar las características de los pacientes ancianos ingresados por insuficiencia cardiaca en nuestro servicio.

Tabla Comunicación 43.

	Población		Hombres (H), n = 939		Mujeres (M), n = 1.168		Dif. de medias (H/M)	p-valor
	Media	\pm DE	Media	\pm DE	Media	\pm DE		
Edad (años)	50,85	17,04	51,74	16,32	50,14	17,57	1,60	0,0321
Peso (kg)	73,98	15,92	81,91	14,80	67,61	13,79	14,30	$< 0,0001$
Talla (cm)	164,60	9,63	171,03	8,11	159,43	7,38	11,60	$< 0,0001$
IMC (kg/m ²)	27,25	5,15	27,99	4,61	26,58	5,48	1,41	$< 0,0001$
Perímetro Abdominal (cm)	92,75	14,95	98,40	13,11	88,21	14,80	10,19	$< 0,0001$
I. cintura-talla (cm/cm)	0,565	0,092	0,576	0,078	0,555	0,101	0,021	$< 0,0001$
Población general	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95	
IMC (kg/m ²)	19,62	21,19	23,67	26,68	30,19	33,83	37,11	
Perímetro abdominal (cm)	69,0	74,0	82,0	92,5	102,0	112,0	118,0	
I. cintura-talla (cm/cm)	0,42	0,45	0,50	0,56	0,62	0,69	0,72	
Hombres	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95	
IMC (kg/m ²)	21,30	22,82	24,84	27,51	30,48	33,82	36,76	
Perímetro abdominal (cm)	78,0	82,5	90,0	98,00	106,0	116,0	120,0	
I. cintura talla (cm/cm)	0,45	0,48	0,52	0,57	0,62	0,68	0,71	
Mujeres	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95	
IMC (kg/m ²)	18,99	20,39	22,71	25,95	29,84	33,99	37,78	
Perímetro abdominal (cm)	65,00	70,00	78,00	87,00	98,00	108,56	114,00	
I. cintura-talla (cm/cm)	0,41	0,43	0,48	0,54	0,62	0,70	0,74	

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo desde abril de 2012 a julio de 2012 de pacientes mayores de 75 años con diagnóstico al alta de insuficiencia cardiaca en el servicio de medicina interna del hospital Torrecárdenas de Almería. Se analizaron variables clínico-epidemiológicas, factores de riesgo predisponentes y tratamiento instaurado al alta. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 19.0.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 65 pacientes con una edad media de 81 ± 5 años. 43 mujeres (66%) y 22 hombres (34%). Los principales factores de riesgo encontrados fueron: hipertensión arterial en 55 pacientes (85%), hipertrofia ventricular en 29 pacientes (45%) y la historia previa de cardiopatía isquémica en 18 pacientes (27%). El 13% de los pacientes estudiados se encontraban con oxigenoterapia domiciliar por insuficiencia respiratoria crónica. Los criterios diagnósticos de insuficiencia cardiaca fueron clínicos: el 100% de los pacientes estudiados durante el periodo seleccionado consultaron por disnea: 52 (80%) disnea progresiva y 13 disnea súbita (20%). La auscultación era patológica en todos ellos, describiéndose en el 93% crepitantes (60 pacientes). Durante el ingreso se realizó ecocardiografía en 8 pacientes (el 13%), objetivando 7 pacientes con disfunción ventricular sistólica y 4 pacientes con enfermedad valvular. Los 8 pacientes tenían hipertrofia ventricular. En cuanto al tratamiento farmacológico al alta: el 85% (55 pacientes) tenían IECAs/ARA-II, el 100% diuréticos de asa y sólo el 65% (42 pacientes) recibieron B-bloqueantes.

Conclusiones: El manejo del paciente anciano hospitalizado es complejo, por ello es fundamental una visión global para optimizar y priorizar los tratamientos instaurados. Un objetivo fundamental debe de ser establecer la mejor cobertura al alta teniendo en cuenta tanto aspectos clínicos como psicosociales. El problema del reingreso hospitalario es común a todos los entornos. Todos los pacientes que hayan sido dados de alta tras un episodio de desestabilización de su insuficiencia cardiaca, deben reevaluarse en los 7-10 días post alta. Esta visita de seguimiento debe incluir los siguientes puntos: 1) Asegurar que la medicación se toma de forma adecuada; 2) Valorar la realización de dieta con restricción de sal; 3) Valorar variaciones en el peso corporal; 4) Ajustar las dosis de diuréticos y otros fármacos en función de la situación clínica y la determinación analítica de creatinina, sodio y potasio, y 5) Comprobar la capacidad del enfermo y sus cuidadores de reconocer un deterioro clínico para consultar de forma precoz con el médico.

45. ¿VARÍA CON LA EDAD LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST?

A.M. García Bellón¹, B. Pérez Villardón¹, J. Muñoz Bono², J. Cano Nieto¹, M.A. Ramírez Marrero¹, J.M. Pérez Ruiz¹, J. Mora Robles¹, J.A. Arboleda Sánchez², P. Aranda Lara¹ y M. de Mora Martín¹

¹Unidad de Gestión del Corazón y Enfermedades Vasculares, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga. ²Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Objetivo: Diversos estudios en los últimos tiempos han explorado las características epidemiológicas del infarto agudo de mio-

cardio (IAM) en diversos grupos poblacionales seleccionados. En los adultos jóvenes pueden tener algunas características que son distintas de las de la población de más edad. Se desconoce si la incidencia de IAM en una edad temprana incorpora un pronóstico grave a largo plazo y su manejo clínico debería garantizar un enfoque que es diferente del que se utiliza en pacientes de mayor edad.

Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico de los factores de riesgo de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST incluidos en el registro Ariam Andalucía desde 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2012. Se realiza un estudio comparativo de los mismos en pacientes mayores y menores de 45 años. Para la comparación de los porcentajes se ha utilizado la chi cuadrado estableciéndose el nivel de significación ($p < 0,05$).

Resultados: Se incluyó un total de 11.575 pacientes de los cuales el 10,1% eran menores de 45 años. El análisis de los factores de riesgo según la edad se muestra en la tabla. En el análisis de los factores de riesgo en virtud del sexo los varones menores de 45 años que ingresan con SCASTE son más fumadores (72% vs 39%, $p < 0,001$), menos hipertensos (27% vs 54,3% $p > 0,0001$) y menos diabéticos (7,8% vs 29,1%, $p > 0,001$). En el caso de las mujeres < 45 años también son más fumadoras (62,5% vs 12,6%, $p > 0,0001$) y menos dislipémicas (23,2% vs 46,5%, $p < 0,0001$).

Conclusiones: El tabaquismo parece ser el factor de riesgo que está más relacionado con la incidencia de síndrome coronario agudo con elevación del ST en pacientes jóvenes menores de 45 años.

46. PERFIL LIPÍDICO EN LA TROMBOSIS CARDIOCEREBRAL PRECOZ

J.B. Gómez Castaño

Centro de Salud de San Andrés, Murcia.

Objetivo: Identificar cuáles son los perfiles lipídicos en los pacientes con trombosis cardiocerebral precoz (TCC precoz: 65 años o menos).

Métodos: Se recogen los datos durante 18 años de todos los pacientes con isquemia y/o infarto cardiocerebral (angina-infarto de miocardio y AIT-ACV trombótico) de un cupo de atención primaria formado por 1.500 personas. Todos los pacientes debían tener analíticas previas al episodio isquémico con un perfil lipídico completo (CT-TG-HDL y LDL si los TG < 300). Las definiciones son CT > 200-TG > 200-HDL < 40-LDL > 130.

Resultados: Se recopilaban 37 pacientes con algún episodio de TCC precoz (prevalencia de 2.5%), de los cuales la mayoría son varones: 24 (65%) casi el doble que las mujeres: 13 (35%). Existía dislipidemia en 32 pacientes (86%), sobre todo en varones (23 de 24: 96%) frente a mujeres (9 de 13: 70%). Domina la hipercolesterolemia (85%) frente a HDL bajo (50%) y la hipertrigliceridemia con 43%. Asimismo, las hiperlipidemias mixtas/dislipidemia son más frecuentes (72%) que la hipercolesterolemia aislada.

Conclusiones: 1. Destaca la altísima prevalencia de dislipidemia en varones con TCC precoz (96%). 2. Domina el perfil dislipidémico mixto (CH + CHT: 60% frente a C + CT 40%). 3. El HDL bajo es la mayor diferencia lipídica entre el hombre y la mujer (es el doble de prevalente).

Tabla Comunicación 45. Análisis de los factores de riesgo según la edad

	< 45 años	> 45 años	p
Hipertensión arterial	294 (25%)	5.454 (52,4%)	< 0,0001
Diabetes mellitus	84 (7,1%)	2.838 (27,3%)	< 0,0001
Dislipemia	421 (35,8%)	4.294 (41,3%)	< 0,0001
Fumador	896 (76,2%)	4.073 (39,2%)	< 0,0001
Obesidad	250 (21,3%)	1.895 (18,2%)	0,012

47. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA

M.P. González García, M.M. Rodero Roldán, A. Marín Ballvé, J. Cebollada del Hoyo, B. Gracia Tello, I. Torres Courchoud, M.E. Navarro Aguilar, J. Navarro Calzada y A. Martínez-Berganza Asensio

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivo: Existen evidencias de que en la esclerodermia, además de afectación microvascular, podría también existir lesión macrovascular con desarrollo de aterosclerosis, debido al proceso de inflamación crónica y aumento de la rigidez de la pared arterial. Por ello parece de gran interés conocer la prevalencia de HTA en dicha población. El propósito es conocer la prevalencia y distribución de hipertensión arterial (HTA) en una cohorte de pacientes con esclerodermia.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo en una cohorte de 43 sujetos diagnosticados de esclerodermia (Criterios de la Sociedad Americana de Reumatología), excluyendo los que han presentado episodio de crisis renal esclerodérmica. A todos ellos se mide la presión arterial (PA) en consulta, además de realizar exploración física y recoger datos epidemiológicos incluyendo la forma clínica de la enfermedad.

Resultados: La muestra se compone de 43 sujetos, 38 mujeres (88,4%) y 5 varones (11,6%), con una media de edad de $58,65 \pm 14,01$ años. 20 sujetos son hipertensos (46,5%), de los cuales sólo uno es varón. El 18,6% de la muestra ($n = 8$, y todas ellas mujeres) son diagnosticadas simultáneamente de esclerodermia y HTA, siendo la media de edad al diagnóstico de $57,05 \pm 9,69$ años. Apenas hay estudios en la literatura que evalúen la frecuencia de HTA en pacientes con esclerodermia. La prevalencia de HTA en la población española general de 35 a 65 años es de 43% (Banegas), alcanzándose en el estudio ERICE porcentajes de hasta 49% en hombres y 50,3% en mujeres en el rango de edad de 45 a 64 años. El 53,5% de los sujetos de la cohorte son no hipertensos ($n = 23$), siendo su media de edad al diagnóstico de esclerodermia de $45,7 \pm 15,19$ años. Comparando mediante test de U de Mann Whitney las medias de edad al diagnóstico de esclerodermia, entre el subgrupo de hipertensos (57,05 años) y el de no hipertensos (45,7 años), se encuentra una p de 0,022. Con respecto a las formas de presentación encontramos que el 11,6% son preesclerodermias, el 58,1% limitadas, 25,6% difusas y el 4,6% son sine esclerodermias. De cada una de estas formas, son hipertensos: 2 sujetos del subgrupo de preesclerodermia (10%), 1 de sine esclerodermia (5%), 11 de limitada (55%) y 6 del subgrupo de difusa (30%). Aplicando chi-cuadrado se obtiene $p = 0,931$, IC95%.

Conclusiones: Casi la mitad de los sujetos de esta cohorte son hipertensos, prevalencia equiparable a la de HTA en población general española en el mismo rango de edad. La prevalencia de HTA en estos sujetos es, como cabría esperar mayor a mayor edad en el momento del diagnóstico de esclerodermia. No encontramos diferencias en la prevalencia de HTA en las diferentes formas clínicas de presentación de la enfermedad. En los pacientes con esclerodermia es necesario el control estricto de las cifras tensionales, dada su implicación en el desarrollo de aterosclerosis.

48. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH

A. González López¹, A. Chocarro Martínez², A. Nava Rebollo¹, B. Andrés Martín¹, H. Santana Zapatero¹, J.V. Diego Martín¹, C. Escaja Muga¹, H. Díaz Molina¹, F. Álvarez Navia² y J. Grande Villoria¹

¹Sección de Nefrología; ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

Introducción: El tratamiento antirretroviral ha generado una reducción drástica de la incidencia de casos de sida y muertes rela-

cionadas con el VIH, pasando de ser una enfermedad mortal a convertirse en crónica. Actualmente, en el mundo desarrollado, estos enfermos presentan una esperanza de vida próxima a la de la población general, permitiendo el desarrollo de otras patologías. En nuestro medio, la mayoría de ellos ya no fallece de SIDA ni de infecciones asociadas, sino de neoplasias no relacionadas con el SIDA, hepatopatía o enfermedades cardiovasculares. La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular mayor. Su prevalencia en pacientes infectados por el VIH oscila entre 8-34% en diferentes cohortes estudiadas, relacionándose con edad, sexo, historia familiar de enfermedad cardiovascular, índice de masa corporal (IMC) $> 25 \text{ kg/m}^2$, eventos cardiovasculares previos, duración de infección VIH, duración de terapia antirretroviral y nadir de CD4 $< 200 \text{ cels/mm}^3$.

Objetivo: Determinar la prevalencia de HTA y factores de riesgo asociados en población infectada por el VIH.

Métodos: Estudio transversal de pacientes infectados por el VIH seguidos en Consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Zamora. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica. Se tuvieron en cuenta las siguientes definiciones: HTA: uso de medicación hipotensora o TA superior a 140/90 en al menos dos ocasiones; obesidad: IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$; DM: uso de insulina y/o hipoglucemiantes orales o glucemia repetida en ayunas mayor de 126 mg/dl; hipercolesterolemia: colesterol total $> 200 \text{ mg/dl}$; hiperlipidemia: colesterol total $> 200 \text{ mg/dl}$ y/o LDL-colesterol $> 130 \text{ y/o HDL-colesterol} < 40 \text{ mg/dl}$; proteinuria: albumina/creatinina (A/CR) $> 30 \text{ mg/g}$ en primera orina de la mañana; SIDA: según criterios CDC; nadir bajo de CD4: $< 200 \text{ cels/mm}^3$; factores de riesgo cardiovascular (FRCV): presencia de HTA y/o DM y/o tabaquismo y/o hiperlipidemia.

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes, con edad media de 48 años, 153 (78,5%) eran varones y el seguimiento medio 127 meses. HTA fue diagnosticada en el 32,6%. DM 10, 3%, tabaquismo 58,8%, hipercolesterolemia 41,8%, hipertrigliceridemia 21,5%, obesidad 32,8%, algún FRCV 87,2%. ERC estaba presente en el 9,2% de los pacientes. En relación con la infección VIH: SIDA fue diagnosticada en el 35,4%, 95 pacientes tenían un nadir CD4 $< 200 \text{ cels/mm}^3$ (48,7%), terapia antirretroviral 92,3% y carga viral controlada en el 87,6%. En el análisis univariante HTA, se asoció con edad, diabetes mellitus, obesidad, ERC y proteinuria. En el análisis multivariante edad (por incremento de 20 años) (*odds ratio* [OR]: 3,63; 95% intervalo de confianza [IC]: 1,17-11,30), obesidad (OR: 3,03; IC95%: 1,51-6,08), y diabetes (OR: 4,69; IC95%: 1,51-14,57), se asociaban de forma independiente y significativa con la presencia de HTA.

Conclusiones: La prevalencia de HTA en nuestra serie fue del 32,6% existiendo una fuerte correlación con la edad, presencia de obesidad y diabetes como ocurre en la población general. Dado el elevado riesgo cardiovascular que presentan estos pacientes debemos prestar especial atención al diagnóstico precoz de HTA y adecuado tratamiento.

49. ESTILOS DE VIDA EN LA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA. ESTUDIO DIMERICA

J. Abellán-Alemán, L. Guerrero, M.P. Zafrilla, E. Ramos, M. Leal y L.M. Ruilope, en representación del Grupo Investigador del Estudio Dimerica

Departamento de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Grupo EHRICA, Murcia.

Objetivos: a) Conocer el estilo de vida relacionado con el riesgo cardiovascular en la población española. b) Valorar la frecuencia y distribución de individuos afectados de FRCV mayores (HTA, dislipemia, diabetes, tabaquismo, obesidad).

Métodos: Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal de ámbito nacional realizado a residentes en España mayores de 20 años distribuidos en las siguientes zonas: Zona I-Galicia, Asturias, Cantabria y País Vasco. Zona II-Castilla León, Rioja, Navarra y Aragón. Zona III-Castilla La Mancha, Madrid y Extremadura. Zona IV-Andalucía, Canarias, Ceuta y Melilla. Zona V-Murcia, Valencia, Cataluña y Baleares. Según datos censales (INE) en España había 46.661.950 hab. en 2010. De ellos 38.137.661 \geq 20 años. Se realizó un muestreo polietápico estratificado por edad, sexo y área de residencia. Para un nivel de confianza 95% se obtuvo un tamaño muestral mínimo de 1.537 individuos. A todos ellos se les realizó una encuesta validada sobre estilo de vida, presencia de factores de riesgo cardiovascular y seguimiento de la dieta mediterránea. El trabajo de campo lo efectuaron los enfermeros del grupo EHRICA desde sus consultas de enfermería. En la presente comunicación se presentan datos globales de todas las áreas geográficas.

Resultados: Se incluyeron 1.810 individuos (49,3% varones vs 50,7% mujeres). Los valores antropométricos medios de la muestra analizada fueron: peso 76,9 \pm 57,4 Kg, IMC 28,3 \pm 4,2 Kg/m², talla de pantalón 45,2 \pm 5,4 en varones y 42,6 \pm 5,7 en mujeres. Eran fumadores el 21%, exfumadores el 19% y no fumadores el 60%. Respecto a otros factores de riesgo cardiovascular, presentaban hipercolesterolemia el 24,8%, diabetes el 10,4%, hipertensión arterial el 26,4%. Practicaban ejercicio físico todos los días el 39,5%, 4 o 5 veces a la semana el 13% y 2 o 3 veces a la semana el 24,1%. El 23,8% no practicaban ejercicio. El análisis de los hábitos alimentarios mostró lo siguiente: prefieren pescado azul el 44,8%, blanco el 46,7% y ninguno el 8,4%. El 33,9% consumen pescado menos de una vez a la semana. La carne roja es consumida más de 4 veces a la semana por el 5,4%, 3 o 4 veces a la semana por el 25%, 1 o 2 veces por semana por el 46,5% y menos de una vez a la semana por el 23,1%. El 30% nunca consumen bebidas alcohólicas más de una vez por semana. Consumen verduras de hoja verde más de 4 veces a la semana el 29,8%, 3 o 4 veces a la semana el 32,3%, 1 o 2 veces a la semana el 26,5%, menos de una vez a la semana el 7,9% y nunca el 3,5%. Están realizando algún tipo de dieta el 16,3%. Consumen alimentos funcionales habitualmente el 13,2%, sólo de forma ocasional el 8,7%, nunca el 35,6% y no saben lo que es un alimento funcional el 42,2%. El 22,3% dedican 30 minutos o menos a ver la televisión cada día, el 42,6% dedican de 1 a 2 horas, el 18,9% dedican de 2 a 3 horas y el 15,3% más de 3 horas. El 84,8% no consumen suplementos nutricionales.

Conclusiones: El estudio revela que los hábitos alimentarios de la población española se alejan del patrón cardiosaludable.

50. PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR (FA) SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA: GRADO DE CONTROL DEL INR

J.M. López Pérez, M.E. Rivas Lombardero, V. Turrado Turrado, J. Sueiro Justel, F.J. Ayape Amigot, J. Pazos López y M.M. Cameán Mariño

Servicio de Atención Primaria Concepción Arenal, Santiago de Compostela.

Objetivo: Conocer el grado de control de los pacientes con FA no valvular atendidos en nuestro Servicio de Atención Primaria, así como otras características clínicas asociadas.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo realizado en toda la población con FA no valvular, a la que se le hace el control del INR en nuestro Servicio. Se recogen los datos de los últimos 6 meses, siendo el período de inclusión los meses de julio y agosto del 2013. Se utiliza la Guía de la Sociedad europea de cardiología para el manejo de la FA del 2010, utilizando la clasificación CHA2-DS2-VASc. Los criterios de exclusión son recibir ACO < de 6 meses y/o haber sufrido alguna suspensión del tratamiento ACO.

Resultados: De un total de 144 pacientes con FA, un 50,7% son mujeres, siendo la edad media global de 79 años, y el 72,9% tienen 75 o más años. Presentan HTA el 83,1%, insuficiencia cardíaca el 31,9%, diabetes el 27,3% antecedentes de Ictus el 11,8%, y enfermedad vascular (Infarto de miocardio, arteriopatía en miembros inferiores o enfermedad coronaria estable) el 26,4%. En cuanto a la Puntuación CHA2-DS2-VASc: la media 4,06 (\pm 1,39) (Min.: 1 y Max.: 8). Los pacientes con acenocumarol son 118 (81,9%) y con warfarina 26 (18,1%). Toman como media 8 (\pm 3,39) fármacos (Min.: 1. Max.: 17). El nº de visitas al médico de media es 3,79 (\pm 3,42) (Min.: 0. Max.: 23) y a la enfermería es de 9,46 (\pm 3,26) (Min.: 6. Max.: 39). Respecto a la al HAS-BLED. La media es de 2 puntos (Min. 0. Máx. 4). Respecto al control del INR: El 46,2% (66) de los pacientes tienen el \geq 40% de las determinaciones fuera de rango y el 26,6% (38) tienen el \geq 50% de las determinaciones fuera de rango. El 67,1% (96) tienen una Pa < 140/90. El 45,7% (58) tienen un LDL < 100. El 71,8% (28) de los diabéticos tienen un HbA1c < 7. El 56,1% (78) tienen un IMC < 30.

Conclusiones: Tenemos una población muy envejecida, polimedicada y con una comorbilidad elevada, siendo la mayoría hipertensos. Todos los pacientes están anticoagulados, como indica la Guía ESC 2010 FA. El control de los FRCV es mejorable. Un porcentaje considerable está con un INR fuera de control.

51. CAMBIOS EN LA RIGIDEZ VASCULAR TRAS LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

J.E. Lopez Paz, A. Hermida Ameijeiras, G. Calvo González, A. Pascual Montes, V. Martínez Durán, M.J. Alende Maceira y C. Calvo Gómez

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Xerencia de Xestión Integrada, Santiago de Compostela.

Objetivo: El hábito tabáquico es uno de los principales factores de riesgo vascular y el cese del mismo probablemente la medida no farmacológica más eficaz para reducir el riesgo de padecer infarto agudo de miocardio, ictus o enfermedad arterial periférica. Los pacientes que logran abandonar el hábito tabáquico con éxito ven reducido gradualmente su riesgo vascular. Sin embargo, algunas lesiones inducidas por el tabaquismo son menos sensibles a los cambios tras el cese. El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de lesión orgánica en grandes vasos en pacientes hipertensos fumadores, no fumadores y aquellos que han cesado el consumo durante más de un año.

Métodos: Se reclutó un total de 521 pacientes varones que fueron remitidos a la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela (372 no fumadores, 66 fumadores y 83 exfumadores de más de un año de abandono). A todos ellos se les realizó una monitorización de la PA en período (MAPA) durante 24 horas utilizando un dispositivo validado (Spacelabs 90207), un estudio ecográfico (eco Doppler) para la medición del espesor íntima-media carotídeo (EIM), una evaluación del índice tobillo-brazo (ITB) mediante método automático oscilométrico y una valoración de la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP) mediante tonometría por aplanamiento.

Resultados: El análisis de la varianza no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos en función de la edad, peso, perímetro abdominal o frecuencia cardíaca. Sí se apreciaron diferencias en el índice de masa corporal entre los fumadores y los no fumadores (29,75 vs 32,04; $p < 0,01$) así como en el promedio de PAS/PAD (131,7/81,9 mmHg vs 128,2/76 mmHg; $p = 0,000$). Entre los pacientes no fumadores y los ex fumadores, estas diferencias no fueron significativas a excepción del promedio de PAD (76 mmHg vs 78,4 mmHg; $p < 0,05$). Los pacientes fumadores presentaron de forma significativa un menor ITB (1,06 vs 1,12; $p <$

0,05). No se encontraron diferencias significativas con respecto al EIM carotídeo o a la VOP carótido femoral. Finalmente, entre los pacientes no fumadores y aquellos exfumadores no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las exploraciones efectuadas.

Conclusiones: Los pacientes fumadores presentan un grado más avanzado de arteriosclerosis de grandes vasos estimada mediante el índice tobillo brazo. Este mayor grado de lesión vascular no se evidencia en aquellos pacientes que han logrado abandonar el hábito tabáquico durante al menos un año. Debemos insistir en nuestra práctica clínica habitual para lograr la deshabituación tabáquica en todos los pacientes fumadores (nivel de recomendación I).

52. PREVALENCIA POBLACIONAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y COMPARACIÓN EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

N. Maraño Henrich¹, A. Ruiz García², A. Montero Costa³, M.C. Baltuille Aller¹, M. Capitán Caldas⁴, M.P. Calderín Morales⁴, P. Blanco García⁴, M.N. Rodríguez Pascual⁴, O.D. Vicente López⁵ y C. Moriyón Salomón⁵

¹Centro de Salud Las Olivas, Aranjuez. ²Centro de Salud Pinto, Pinto. ³Centro de Salud Fuencarral, Madrid, ⁴Centro de Salud Las Ciudades, Getafe. ⁵Centro de Salud Las Rozas El Abajón, Las Rozas.

Objetivo: Principal: determinar las prevalencias poblacionales de HTA y de PA $\geq 130/85$ mmHg. Secundario: comparar las prevalencias de HTA y de PA $\geq 130/85$ mmHg entre las poblaciones con y sin síndrome metabólico (SM) según IDF y ATPIII, y entre las poblaciones con SM (IDF) y con SM (ATPIII).

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “ = ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables 17,97%; rechazan consentimiento 5,41%; no acudieron 4,68%; 2,31% con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. 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 cuantitativos: medias con desviación típica (\pm DE).

Resultados: La media (\pm DE) de edad fue 50,71 ($\pm 16,94$) años, siendo mujeres el 55,10% (53,00-57,20). La media (\pm DE) de la PAS fue 120,47 ($\pm 15,55$) mmHg, y la de la PAD fue 73,23 ($\pm 9,96$) mmHg. La prevalencia poblacional de HTA fue 29,99% (28,08-31,96), y la de PA $\geq 130/85$ mmHg fue 46,44% (44,34-48,56). La prevalencia con-

junta de PA $\geq 130/85$ mmHg o con HTA fue 48,18% (46,07-50,29). La prevalencia de SM fue 39,15% (37,10-41,23), siendo 32,59% (30,63-34,60) según ATPIII, y 36,10% (34,09-38,15) según IDF, siendo la diferencia (3,51%) significativa ($p = 0,0144$). Se encontraron diferencias en las prevalencias de HTA o de PA $\geq 130/85$ mmHg entre las poblaciones con y sin SM (ATPIII) (tabla 1). Se encontraron diferencias en las prevalencias de HTA o de PA $\geq 130/85$ mmHg entre las poblaciones con y sin SM (IDF) (tabla 2). Al comparar las poblaciones con SM (ATPIII) y con SM (IDF), la diferencia de las prevalencias de HTA (3,95%) no fue significativa ($p = 0,1191$); en cambio, la diferencia (4,51%) entre las prevalencias de PA $\geq 130/85$ mmHg sí fue significativa ($p = 0,0238$); y la diferencia (4,82%) entre las prevalencias del criterio del SM de “PA $\geq 130/85$ mmHg o tratamiento antihipertensivo” también fue significativa ($p = 0,0071$).

Conclusiones: La prevalencia poblacional de HTA fue 30,0%, y la de PA $\geq 130/85$ mmHg fue 46,4%. La prevalencia de HTA en la población con SM_ATPIII fue 61,4%, y 57,5% en la población con SM_IDF (diferencia no significativa). Existía una diferencia significativa en la prevalencia de PA $\geq 130/85$ mmHg entre la población con SM_ATPIII (84,1%), y en la población con SM_IDF (79,6%). Existía una diferencia significativa en la prevalencia del criterio del SM de “PA $\geq 130/85$ mmHg o tratamiento antihipertensivo entre la población con SM_ATPIII (88,5%) y la población con SM_IDF (83,7%).

53. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONOCIDA

A.J. Maraví Oliván¹, S. Pagador Durán¹, E. Ruso Sivianes¹, J. Oliván Martínez² y F.J. Barrero García³

¹ZBS Almonte, Distrito Condado-Campiña, Huelva. ²Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Área Hospitalaria Virgen Macarena, Sevilla. ³ZBS Sanlúcar La Mayor, Distrito Aljarafe, Sevilla.

Objetivo: Estudio retrospectivo para valorar el grado de conocimiento y asociación con otros factores de riesgo cardiovascular en un grupo de pacientes hipertensos conocidos y tratados en una consulta de un Centro de Salud.

Métodos: A 100 pacientes conocidos que acudieron a la consulta (por cualquier motivo) durante los meses de marzo a mayo del 2013 y de forma consecutiva, Se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, hábito tabáquico, niveles actuales de tensión arterial, diagnóstico de hipercolesterolemia, diabetes, hiperuricemia, índice de masa corporal (IMC) y niveles de bioquímica sanguínea. A todos ellos además se les preguntó por el conocimiento que tenían de su hipertensión arterial.

Tabla 1 Comunicación 52.

	Con SM ATPIII, n = 715	Sin SM ATPIII, n = 1479	Dif.%	p-valor
HTA	61,40% (57,72-64,98)	14,81% (13,03-16,72)	46,59	< 0,0001
PA $\geq 130/85$ mmHg	84,06% (81,16-86,66)	28,26% (25,98-30,63)	55,79	< 0,0001
PA $\geq 130/85$ mmHg o tto. antihipertensivo	88,53% (85,97-90,77)	31,37% (29,01-33,81)	51,16	< 0,0001

Tabla 2 Comunicación 52.

	Con SM IDF, n = 792	Sin SM IDF, n = 1402	Dif.%	p-valor
HTA	57,45% (53,92-60,92)	14,48% (12,68-16,43)	42,97	< 0,0001
PA $\geq 130/85$ mmHg	79,55% (76,57-82,30)	27,75% (25,42-30,17)	51,80	< 0,0001
PA $\geq 130/85$ mmHg o tto. antihipertensivo	83,71% (80,95-86,22)	30,96% (28,54-33,45)	52,75	< 0,0001

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 57 ± 12 años, siendo el 60% varones. El consumo de tabaco fue del 20%, más en varones, sólo en 6 casos fueron mujeres. Conocían ser diabéticos el 39% y dislipémicos el 36%. Eran hiperuricémicos el 40%. El sobrepeso con un IMC > 25 lo presentaban un 39% y estaba directamente relacionado de forma lineal con el estado hipertensivo. La asociación de diabetes y dislipemia en un mismo paciente fue del 56%. Aparecen más casos de hiperuricemia y niveles altos de creatinina en los pacientes con mayor elevación de sus cifras tensionales. En cuanto al grado de control de la hipertensión arterial para la presión arterial sistólica (PAS) era del 73% y para la presión arterial diastólica (PAD) del 62%. El grado de conocimiento de su patología entre los pacientes fue alto, el 86% aseguraba conocerla.

Conclusiones: La asociación de otros factores de riesgo cardiovascular, como la diabetes y la hipercolesterolemia, es muy elevada entre el grupo de hipertensos estudiados. Asimismo tienen un alto IMC. No obstante, el grado de conocimiento de su hipertensión arterial es muy elevado, lo que puede ayudar al buen control tensional que se objetiva.

54. FACTORES DE RIESGO VASCULAR ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y GRADO DE CONTROL DE LOS MISMOS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A.J. Maraví Oliván¹, E. Ruso Sivianes¹, S. Pagador Durán¹, F.J. Barrero García² y J. Oliván Martínez³

¹ZBS Almonte, Distrito Condado-Campiña, Huelva. ²ZBS Sanlúcar La Mayor, Distrito Aljarafe, Sevilla. ³Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Área Hospitalaria Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivo: Valorar el grado de control existente en un grupo de pacientes hipertensos conocidos, con alta asociación con otros factores de riesgo cardiovascular, tratados y en seguimiento en una consulta de atención primaria.

Métodos: A 100 pacientes con hipertensión arterial establecida (HTAE) que acuden a la consulta (por cualquier motivo) durante los meses de marzo a mayo de 2013 y que además en un 39% eran diabéticos, dislipémicos en un 36% y un 39% presentaban sobrepeso. Se les dividió en tres grupos para valorar si existían diferencias en el control y tratamiento entre ellos. El grupo 1 sólo con HTAE; el grupo 2 con HTAE y diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y el grupo 3 con HTAE y dislipemia. En los tres grupos se valoraron niveles actuales de tensión arterial y una bioquímica sérica que incluía glucosa, creatinina, colesterol total y sus fracciones, triglicéridos y la hemoglobina glicosilada en el grupo de diabéticos. Asimismo se les preguntó por el tratamiento que seguían para cada una de sus patologías. Las medidas de la tensión arterial fueron obtenidas a partir de tres medidas de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), con un esfigmomanómetro validado (Omron HEM-907) siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión. En cuanto al análisis estadístico se utilizó la t de Student para datos pareados y no pareados, considerando para todos los análisis estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas ni en la edad ni el sexo de los pacientes en los tres grupos estudiados. Aunque hay una tendencia algo mayor del sexo femenino en el grupo 2. En el grupo 1 la PAS era de 130 ± 20 mmHg y la PAD de 80 ± 10 mmHg. El índice de masa corporal (IMC) era del 24%, estando los parámetros bioquímicos dentro de la normalidad. En el grupo 2 la PAS era de 150 ± 18 mmHg y la PAD de 94 ± 12 mmHg con una $p < 0,01$ para ambas presiones y entre ambos grupos. El IMC era del 28%. En cuanto a los parámetros bioquímicos el colesterol total (CT) era de 199 ± 25 mg/dl, el LDL de 117 ± 28 mg/dl y los triglicéridos de 190 ± 52 . La hemoglobina glicosilada fue de 7,4%. En el grupo 3 la PAS era de 148 ± 29 mmHg y la PAD de 88 ± 13 mmHg,

existiendo una $p < 0,05$ en comparación con la PAS de grupo 1. El IMC era del 29%, siendo el CT 258 ± 29 mg/dl y el LDL de 165 ± 38 mg/dl. Por tratamiento farmacológico los IECAS se usaban en un 86%, los diuréticos en un 48% y los calcioantagonistas en un 34%. Las asociaciones fueron del 54% en el grupo 2. En el grupo 3 el 78% tomaba estatinas y sólo el 52% en el grupo 2. La metformina se usó en el 72% de los diabéticos.

Conclusiones: La asociación de hipertensión arterial, diabetes, obesidad y dislipemia es muy elevada en nuestro centro. En los diabéticos las cifras tensionales son más elevadas que las recomendadas en las Guías. Los IECAs son los más usados. La asociación terapéutica se usa más en el grupo de diabéticos. Asimismo en este grupo la utilización de las estatinas es más baja de lo recomendado.

55. MEJORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE ADULTO EN LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

L. Martínez Rego, N. Cardama Seco, D. López Martínez, A. Melo Almiñana, A. Roca García, C. Moliner Prada, S. López Ortún, M. Castro García, M.L. Cid Salgado y M.L. García Hernández

CS Justicia, Madrid.

Objetivo: Conocer como se está realizando la atención del paciente adulto respecto a la prevención de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en el centro de salud (CS). Evaluar el plan de mejora realizado para conseguir incrementar la prevención en ECV en los pacientes adultos.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se revisa en el programa AP-Madrid de la comunidad madrileña los siguientes servicios: 405 [Valoración del riesgo cardiovascular en el adulto (RCV)], 406 (Atención a pacientes adultos con HTA), 407 (Atención a pacientes adultos con DM), 408 (Atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia). El servicio 405 incluye personas de entre 40 y 65 años a los que se les hubiera realizado una valoración de riesgo con las tablas SCORE. El 406 incluye personas que hayan sido diagnosticadas de HTA y los criterios de buena atención. El 407 incluye diagnosticados de DM a través de la glucemia basal ≥ 126 mg/dl en 2 o más ocasiones o glucemia al azar ≥ 200 mg/dl + signos/síntomas cardinales de DM y los criterios de buena atención. El 408 incluye personas con colesterol total ≥ 250 mg/dl o > 200 mg/dl con un % RCV = 5 y criterios de buena atención. Se revisaron los resultados obtenidos en el año 2011. Se inició un plan de mejora: identificando los problemas, analizando las causas y planificando acciones correctoras. Estas acciones consistieron en: potenciar los registros mediante nuevas sesiones informativas, recordando los lugares donde se debían de reflejar los datos; aumentar las derivaciones a enfermería y las revisiones programadas. Se evaluaron los mismos datos un año y medio después.

Resultados: Los datos obtenidos con respecto a la valoración del riesgo cardiovascular en el año 2011 fueron de un 10,5%. En junio 2013 se consiguió ascender hasta un 32%. Siendo su estándar aceptable de 45%. Respecto a los criterios de buena atención de la HTA en el año 2011 se alcanzó un 38%. En junio de 2013 se obtuvo el mismo resultado. Siendo su estándar aceptable un 45%. Sin embargo los criterios de inclusión alcanzaron un 75%, que se igualaba al estándar aceptable. Acerca de los criterios de buena atención de la DM en el año 2011 se encontró un 22,32%. En junio de 2013 se alcanzó un 24%. Siendo su estándar aceptable de 44%. Sin embargo los criterios de inclusión alcanzaron 78%, siendo su estándar aceptable un 75%. Con respecto a los criterios de buena atención de la hipercolesterolemia en el año 2011 se obtuvo un 9,16, mientras que en junio del 2013 se alcanzó un 18,45%. Siendo el estándar aceptable un 38%. Sin embargo los criterios de inclusión alcanzaron un 78%, siendo su estándar aceptable un 75%.

Conclusiones: Se observa que los indicadores de cobertura en la prevención de las ECV superaban las cifras del estándar aceptable. El plan iniciado consiguió mejorar, de manera discreta, los criterios de buena atención de los pacientes adultos en DM e hipercolesterolemia, sin variar en HTA. Es necesario continuar potenciando las intervenciones para lograr superar los estándares aceptables en la prevención de las enfermedades cardiovasculares en el adulto.

56. CONTROL DEL TABAQUISMO EN COMARCA ARABA EN 2013

A.A. Rodríguez Fernández, G. Mediavilla Tris, J. Iturralde Iriso, A. Ruiz de Loizaga Arellano, M. Pinel Monge, A. Lecuona Irigoyen, T. Esparza Otero, A.I. López de Viñaspre Muguerza, L. Bastida Eizaguirre y M.L. Alarcia Ceballos

Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: En nuestro trabajo habitual debemos interrogar a todas las personas mayores de 14 años, al menos cada dos años sobre su consumo o no de tabaco cuantificándolo. Además nuestra Oferta Preferente nos indica que como criterios de buena atención (CBA) en la historia clínica del fumador se le realizara cada dos años un diagnóstico de su motivación al abandono según modelo Prochaska. Se le dará además consejo para el abandono como mínimo también cada dos años y registraremos a las personas ex fumadoras.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en agosto de 2013 en Comarca Araba (302.762 pacientes, de los que 208.974 son mayores de 14 años). Se utilizó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los CBA en relación con el tabaquismo.

Resultados: Cribado: 70,65%. Prevalencia mayores de 14 años: 20,55%. Consejo: 56,06%. Exfumadores: 9,70%.

Conclusiones: Creemos que son datos todos ellos a mejorar, sobre todo el consejo deberemos obtener mejores porcentajes. Sobre todo haremos hincapié en el consejo para lograr el abandono del tabaquismo en una mayor proporción. Pensamos que la cifra de ex fumadores pueda ser debida a un mal registro del dato y que la cifra real sea algo más alta.

57. TABAQUISMO. CINCO AÑOS DE CONTROL

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso¹, J. Martínez Gorostiaga², J.L. Hurtado Mendoza³, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz⁴, A. Sauto Gutiérrez⁴, J. González Castañeda⁴ y M.H. dos Santos Alencar⁴

¹Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ²Farmacéutico, Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ³UGS Comarca Araba, Vitoria-Gasteiz. ⁴MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, Vitoria-Gasteiz.

Objetivo: El tabaco tiene una elevada prevalencia, provoca una elevada morbilidad que disminuye con su abandono y en todas las GPC se reconoce el papel de la AP como pieza clave en su abordaje. El objeto del estudio es conocer la evolución del grado de control que en AP tenemos del tabaquismo en la Comarca Araba en los últimos 5 años.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado sobre la población de Comarca Araba en diciembre de 2008 y 2013, según los resultados de la Oferta Preferente de Osakidetza.

Resultados: Cribado: debe realizarse a todas las personas > 14 años, al menos cada dos años. Cobertura: Nº personas identificadas como fumadoras × 100/Nº estimado personas fumadoras. *Según ESCAV 2007: 26%. Consejo y Oferta: a todo paciente fumador se le dará consejo para el abandono del tabaquismo como mínimo cada dos años.

Tabla Comunicación 57.

Cribado	P. diana	Nº cumplidos
2013	208.974	147.641 (70,65%)
2008	221.797	122.957 (55,44%)
Cobertura	P. identificada	Prevalencia detectada
2013	52.811	20,55%
2008	45.943	17,46%
Consejo/Oferta	PD identificada	Nº cumplidos
2013	52.860	29.633 (56,06%)
2008	45.737	22.968 (50,22%)
% de exfumadores		
2013	9,70%	
2008	1,37%	

Conclusiones: Observamos un aumento esperanzador en el porcentaje de cribado, siendo menor el del consejo, por lo que ya identificamos un área de mejora. La diferencia en el porcentaje de ex fumadores creemos que sea debida a un sesgo de registro en el año 2008 por infradiagnóstico. No obstante, tampoco el porcentaje obtenido en 2013 nos debe hacer sentirnos satisfechos.

58. ANTICOAGULACIÓN ORAL EN UN CENTRO DE SALUD

M.C. Medina Hernández, S. Rodrigo González y M.C. García Hernández

Centro de Salud Casto Prieto, Salamanca.

Objetivo: El tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha demostrado su eficacia en la prevención de la enfermedad tromboembólica y es ampliamente utilizado en Atención Primaria. El objetivo del presente trabajo de investigación es conocer el estado actual de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en nuestro Centro de Salud y su relación con la HTA.

Métodos: Ámbito: Atención Primaria urbana. Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal. Variables: edad, sexo, HTA, indicación de anticoagulación (trombosis venosa profunda-tromboembolismo pulmonar (TVP-TEP), fibrilación auricular no valvular (FA), valvulopatía y otras causas) y tiempo en rango terapéutico (TRT), calculado según las seis últimas determinaciones de INR con el Programa TAONET. Población de estudio: Se incluyeron 208 pacientes en tratamiento con derivados cumarínicos (acenocumarol, 207 y warfarina, 1). Trece pacientes en el Centro de salud tienen tratamiento con nuevos anticoagulantes orales y no fueron incluidos en el estudio.

Resultados: Edad: rango 22 a 96 años, media 75,3 años. Sexo: mujeres 45,2%. HTA 137 pacientes (65,8%). Motivo de anticoagulación: TVP-TEP 27 (12,9%) de los cuales HTA 12 (44,4%); FA 136 (65,4%), con HTA 100 (73,5%); valvulopatía 32 (23,5%), con HTA 15 (46,9%) y otras causas 13 (6,25%), con HTA 10 (76,9%). Media TRT 57,9%. Se han observado 154 pacientes (74%) con TRT igual o superior a 50%. Pacientes diagnosticados de TVP-TEP: media de edad 65,9 años, media de TRT 58,9%; el 74% tenía un TRT igual o superior a 50%. Pacientes diagnosticados de FA: media de edad 78,8 años, media de TRT 58,5%; 78,7% TRT igual o superior a 50%. Pacientes diagnosticados de valvulopatía: media de edad 71,2 años; media de TRT 53%; 62,5% TRT igual o superior a 50%. Pacientes anticoagulados por otras causas: media de edad 68,7 años; media de TRT 61%; 92% TRT igual o superior a 50%.

Conclusiones: La causa más frecuente de anticoagulación oral en nuestra población es la fibrilación auricular no valvular, este grupo es también el de mayor edad. Un elevado porcentaje tiene un tiempo en rango terapéutico igual o superior a 50%, por encima de la media observada en el conjunto estudiado. Los pacientes

diagnosticados de valvulopatía tienen un TRT por debajo de la media para la población estudiada. Los pacientes anticoagulados por FA y los incluidos en el grupo otras causas acumulan los mayores porcentajes de HTA.

59. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA EVALUACIÓN PREOPERATORIA

M.E. Navarro Aguilar¹, J. Navarro Calzada², L. García Forcén¹, I. de los Mártires Almingol¹, M.P. González García² y A. Vázquez Prat¹

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Viamed Montecanal, Zaragoza. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivo: El tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha demostrado su eficacia en la prevención de la enfermedad tromboembólica y es ampliamente utilizado en Atención Primaria. El objetivo del presente trabajo de investigación es conocer el estado actual de los pacientes en tratamiento anticoagulante oral en nuestro Centro de Salud y su relación con la HTA. Ámbito: Atención Primaria urbana.

Métodos: Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal. Variables: edad, sexo, HTA, indicación de anticoagulación (trombosis venosa profunda-tromboembolismo pulmonar (TVP-TEP), fibrilación auricular no valvular (FA), valvulopatía y otras causas) y tiempo en rango terapéutico (TRT), calculado según las seis últimas determinaciones de INR con el Programa TAONET. Población de estudio: Se incluyeron 208 pacientes en tratamiento con derivados cumarínicos (acenocumarol, 207 y warfarina, 1). Trece pacientes en el Centro de salud tienen tratamiento con nuevos anticoagulantes orales y no fueron incluidos en el estudio.

Resultados: Edad: rango 22 a 96 años, media 75,3 años. Sexo: mujeres 45,2%. HTA 137 pacientes (65,8%). Motivo de anticoagulación: TVP-TEP 27 (12,9%) de los cuales HTA 12 (44,4%); FA 136 (65,4%), con HTA 100 (73,5%); valvulopatía 32 (23,5%), con HTA 15 (46,9%) y otras causas 13 (6,25%), con HTA 10 (76,9%). Media TRT 57,9%. Se han observado 154 pacientes (74%) con TRT igual o superior a 50%. Pacientes diagnosticados de TVP-TEP: media de edad 65,9 años, media de TRT 58,9%; el 74% tenía un TRT igual o superior a 50%. Pacientes diagnosticados de FA: media de edad 78,8 años, media de TRT 58,5%; 78,7% TRT igual o superior a 50%. Pacientes diagnosticados de valvulopatía: media de edad 71,2 años; media de TRT 53%; 62,5% TRT igual o superior a 50%. Pacientes anticoagulados por otras causas: media de edad 68,7 años; media de TRT 61%; 92% TRT igual o superior a 50%.

Conclusiones: La causa más frecuente de anticoagulación oral en nuestra población es la fibrilación auricular no valvular, este grupo es también el de mayor edad. Un elevado porcentaje tiene un tiempo en rango terapéutico igual o superior a 50%, por encima de la media observada en el conjunto estudiado. Los pacientes diagnosticados de valvulopatía tienen un TRT por debajo de la media para la población estudiada. Los pacientes anticoagulados por FA y los incluidos en el grupo otras causas acumulan los mayores porcentajes de HTA.

60. HIPERTENSIÓN E INMIGRANTES

L. Noblía Gamba¹, K. Morales Hernández², M. Graure¹, C.A. Coman¹, B. Carrión Martínez¹, R. Requena¹ y J. Flores¹

¹CS Casco Antiguo, Cartagena. ²CS San Antón, Cartagena.

Realizamos un estudio observacional y descriptivo de una muestra poblacional de 234 pacientes obtenidos por muestreo aleatorio simple de una población de 5 cupos de un centro de salud urbano

en un periodo comprendido entre el 15 de enero y 30 de junio de 2012, con un intervalo de confianza del 95% y con un límite de error < 0,05; que correlaciona la HTA con otras variables como la edad, el índice de masa corporal y la renta per capita del país de procedencia, estas variables fueron obtenidas mediante la historia clínica informatizada. En cuanto al análisis estadístico se obtuvieron los siguientes resultados aplicando correlación de Pearson de las distintas variables: TAS (tensión arterial sistólica) con IMC (índice de masa corporal) de 0,227 ($p < 0,01$), TAS con edad de 0,446 ($p < 0,01$) y TAS con PBIpc (producto bruto interno per capita del país de origen) -0,50 siendo p para este caso de 0,234. Para TAD (tensión arterial diastólica) se obtuvieron los siguientes resultados, TAD e IMC 0,219 ($p < 0,01$) TAD y edad 0,445 ($p < 0,01$) y TAD con PBIpc de 0,28 siendo p de 0,666. Tanto la TAS como la TAD presentan una correlación positiva y significativa con el aumento de la edad y el IMC tal como otros estudios ya lo han demostrado. Por otro lado la renta per capita del país de origen parece no estar relacionado con el incremento de las cifras tensionales.

61. INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN POBLACIÓN DE ELEVADO RIESGO CARDIOVASCULAR EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROGRAMA ESCARVAL

V. Pallarés Carratala¹, V. Gil Guillén², A. Palazón Bru², A. Fernández Giménez², D. Orozco Beltrán², C. Sanchis Domenech³, F. Valls Roca⁴, J. Navarro Pérez⁵, J.M. Martín Moreno⁶ y J. Redón Mas⁶

¹Unión de Mutuas, Universitat Jaume I, Castellón. ²Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³CS Algemesi, Algemesi.

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

⁶Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: Analizar la incidencia y los factores predictores de FA en población con riesgo cardiovascular alto riesgo cardiovascular (ARCV) en la comunidad valenciana (CV).

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes de ARCV (pacientes diagnosticados de HTA y/o dislipemia y/o diabetes mellitus) sin FA en el momento de inclusión, edad ≥ 40 años seguidos entre 2007 y 2010, atendidos en centros de salud de la CV que tuvieran implantada historia electrónica. Se define variable principal la aparición de la FA durante el estudio. Variables secundarias fueron: edad, sexo, IMC, PAS, PP, glucemia basal, tratamientos hipotensores, antidiabéticos, hipolipemiantes y antitrombóticos y antecedentes de ECV. Se excluyen pacientes con enfermedades concomitantes graves, mala expectativa de vida u otras que a criterio del facultativo dificultara el seguimiento. Cada paciente es seguido hasta su última visita o hasta que presenta FA. Se realiza análisis descriptivo, bivalente y multivariante.

Resultados: A 31.875 pacientes se les sigue una media de 2,88 años. Del total 824 desarrollaron FA durante el estudio (incidencia 9 casos/1000 personas-año). Destaca una mayor proporción de hombres (54,10% vs 45,90%), un IMC de 29,86 Kg/m², PAS 139,01 mmHg, glucemia basal de 115,51 mg/dl. Tomaban fármacos para controlar la hipertensión el 29,7%, dislipemia (23,5%), diabetes (12%) y antitrombóticos (6%). Presentaban enfermedad coronaria el 5,5%, ictus previo 2% e insuficiencia cardíaca el 1%. En el análisis multivariante se observa como los factores asociados a la aparición de la FA son ser varón, mayor edad, IMC elevado, glucemia basal alterada, tener recetado tratamiento hipotensor y haber padecido una enfermedad cardiovascular (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica e ictus).

Conclusiones: En población de ARCV la mayor edad y el sexo masculino corroboran su alto peso específico de padecer una FA, al igual que las comorbilidades cardiovasculares y la importancia de la pérdida de peso.

62. LA PRESIÓN ARTERIAL, LA PRESIÓN DEL PULSO Y EL TRATAMIENTO HIPOTENSOR COMO FACTORES EN EL DESARROLLO DE FA EN ATENCIÓN PRIMARIA. PROGRAMA ESCARVAL

V. Pallarés Carratala¹, V. Gil Guillén², A. Palazón Bru², A. Fernández Giménez², D. Orozco Beltrán², F. Valls Roca³, C. Sanchis Domenech⁴, J. Navarro Pérez⁵, J.M. Martín Moreno⁵ y J. Redón Mas⁵

¹Unión de Mutuas, Universitat Jaume I, Castellón. ²Universidad Miguel Hernández, Alicante. ³CS Beniganim, Beniganim.

⁴CS Algemesí, Algemesí. ⁵Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivo: Analizar la importancia que el control de la presión arterial y el tratamiento hipotensor con consecución de objetivos tiene sobre la incidencia de aparición de FA en población de alto riesgo cardiovascular (ARCV) en la comunidad valenciana (CV).

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes de ARCV (pacientes diagnosticados de HTA y/o dislipemia y/o diabetes mellitus) sin FA en el momento de inclusión, edad ≥ 40 años seguidos entre 2007 y 2010, atendidos en centros de salud de la CV que tuvieran implantada historia electrónica. Se define variable principal la aparición de la FA durante el estudio. Variables secundarias fueron: edad, sexo, IMC, PAS, PP, glucemia basal, tratamientos hipotensores, antiidiabéticos, hipolipemiantes y antitrombóticos y antecedentes de ECV. Se excluyen pacientes con enfermedades concomitantes graves, mala expectativa de vida u otras que a criterio del facultativo dificultara el seguimiento. Cada paciente es seguido hasta su última visita o hasta que presenta FA. Se realiza análisis descriptivo, bivalente y multivariante.

Resultados: A 31.875 pacientes se les sigue una media de 2,88 años. Del total 824 desarrollaron FA durante el estudio (incidencia 9 casos/1.000 personas-año). Los pacientes hipertensos que tienen prescrito tratamiento hipotensor tenían sus cifras medias de PAS y PP más altas que los que no tenían recetado el fármaco ($140,72 \pm 18,14$ vs $140,72 \pm 18,14$, $p < 0,001$; $60,80 \pm 16,69$ vs $60,72 \pm 15,80$, ns). En el análisis multivariante se observa como factor predictor de mayor riesgo para FA a los hipertensos que ya llevan tratamiento farmacológico.

Conclusiones: En población de ARCV destaca, de forma paradójica, para desarrollo de FA los pacientes en tratamiento hipotensor.

63. VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA MORTALIDAD GLOBAL EN UNA MUESTRA DE ORIGEN POBLACIONAL ESPAÑOLA

I. Ponce García¹, J.A. Carbayo Herencia², J.A. Divisón Garrote¹, J. Monedero la Orden³, L.M. Artigao Ródenas⁴, M. Simarro Rueda⁵, F. Molina Escribano¹, P. Torres Moreno⁶, B. González Lozano⁴ y M. Martínez Ramírez⁷

¹Centro de Salud de Casas-Ibáñez, Albacete. ²CAPIO, Albacete.

³Hospital de Almansa, Albacete. ⁴Centro de Salud Zona III, Albacete. ⁵Centro de Salud Zona IV, Albacete. ⁶Centro de Salud de Minglanilla, Cuenca. ⁷Centro de Salud Zona V, Albacete.

Objetivo: Conocer la supervivencia y el valor pronóstico de la mediana del índice de masa corporal (IMC) para la mortalidad por todas las causas en una muestra representativa de la provincia de Albacete.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de una población aleatoria de Albacete, mayores de edad, seguida durante 10 años y medio. Se realizó en los centros de salud de la provincia. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó una encuesta, toma de peso y talla, analítica y ECG. Para el análisis de datos se dividió la muestra en función de la mediana del IMC. Se calculó la probabilidad de supervivencia por el método Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante la prueba de rangos logarítmicos.

Se ha ajustado por edad, sexo, HTA, diabetes, fumador, cHDL, hipercolesterolemia y enfermedad CV previa mediante la regresión de la Cox, previo cumplimiento de la proporcionalidad de riesgos intermedios. Las variables dependientes han sido los eventos cardiovasculares (CV) no mortales, mortalidad CV (MCV), mortalidad global (MG) y el combinado morbilidad CV-mortalidad global (MbCV-MG).

Resultados: De los 1.322 sujetos participantes en el primer estudio, 1.248 sujetos cumplieron criterios de inclusión. La edad media fue 48,8 años (DE = 17,8), 54,3% mujeres. El valor de la mediana del IMC fue 26,95 Kg/m². Después de un seguimiento de 10,6 años (DE = 2,2). Tras el ajuste citado, se observó que la tasa de incidencia de eventos CV no mortales fue un 84% superior en los individuos cuyo IMC se encontró en la segunda mitad de la mediana (HR: 1,84; IC95%: 1,07-3,16), para el combinado MbCV-MG del 58% (HR: 1,58; IC95%: 1,17-2,15, $p = 0,030$) y para la MG del 57% (HR: 1,57, IC95%: 1,08-2,26, $p = 0,017$) con respecto al grupo referencia.

Conclusiones: Los participantes con un IMC mayor de 26,95 Kg/m² presentan menor supervivencia y un valor pronóstico desfavorable para la MG, eventos CV y el combinado MbCV-MG.

64. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

M.I. Poveda García, M. Alfaro Tejeda, M.D. del Pino Pino, R. Garófano López, D. Sánchez Martos y M.C. Prados Soler

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivo: La enfermedad renal crónica en estadio V, que incluye tratamiento renal sustitutivo, está aumentando considerablemente en los países desarrollados, con un incremento que oscila entre el 5 y el 10% anual. Entre las razones más importantes que pueden explicar este ascenso se encuentra el envejecimiento de la población y el aumento de la diabetes tipo 2. El envejecimiento de la población, no únicamente se traduce en un aumento de la prevalencia de la enfermedad renal crónica, sino también en una importante cantidad de factores comórbidos asociados, fundamentalmente de naturaleza cardiovascular, nutricionales, neurológicos, osteoarticulares y sociales.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo desde enero a julio de 2013 de pacientes mayores de 65 años incluidos en programa de Hemodiálisis del Hospital Torrecárdenas (Almería) mediante el análisis de historias clínicas del programa Nefrosoft. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SSPS 19.0.

Resultados: Se ha obtenido una muestra de 48 pacientes mayores de 65 años, con una edad media de $75,4 \pm 5,5$ años. Donde el 56% fueron mujeres y el 44% varones. El 80% de los pacientes presentaban HTA, 33% eran diabéticos, 27% presentaban dislipemia, 31% obesidad. El 28% presentaban enfermedad renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis. Del 80% de pacientes con hipertensión arterial: 54% presentaron hipertrofia ventrículo izquierdo (HVI) y dentro de éstos: 44% tenían HVI leve, 27% HVI moderada, 27% HVI grave. La prevalencia de patología cardíaca concomitante fue 59% cardiopatía hipertensiva donde 47% presentaban una FE < 50%. El 16% sufrieron episodio de cardiopatía isquémica tipo IAM. El 73% presentaban retinopatía hipertensiva grado II de la escala Keith-Wagener-Barke. La media de fármacos hipotensores utilizados fue $2,3 \pm 0,8$, de los cuales los más utilizados fueron: 32% ARA II, 27% IECAS, 36% betabloqueantes, 38% calcioantagonistas, 18% alfabloqueantes, 31% diuréticos. Se midió la polimedicación como el número de comprimidos al día, obteniendo una media de $7,1 \pm 2,4$ comprimidos/día.

Conclusiones: De los resultados del presente estudio realizado en una población de edad avanzada con ERC en programa de Hemodiálisis, destaca la elevada prevalencia de hipertensión arterial así como de sus complicaciones como cardiopatía hipertensiva, HVI y

retinopatía hipertensiva. Por todo ello y dado que el riesgo cardiovascular que presentan los pacientes en hemodiálisis es muy superior al de la población general se precisa de un mayor esfuerzo para el tratamiento precoz y agresivo de los FRCV en estos pacientes e intentar reducir su elevada morbimortalidad.

65. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN DE SER HIPERTENSO EN EL PACIENTE DIABÉTICO. ESTUDIO DI@BET.ES

M.A. Prieto Díaz¹, F. Fernández Vega², E. Delgado Álvarez³, E. Menéndez Torre³, A. Pobes Martínez de Salinas⁴, R. Álvarez Navascués², R. Abad Rodríguez⁵, D. Coronel Aguilar³, M.G. Rodríguez Caballero³ y L. Suárez Gutiérrez³

¹Centro de Salud de Vallobín-La Florida, Oviedo. ²Servicio de Nefrología; ³Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁴Servicio de Nefrología, Hospital Valle del Nalón, Langreo. ⁵Centro de Salud de Pola de Siero, Pola de Siero.

Objetivo: Estudiar el grado de conocimiento que tienen los pacientes diabéticos sobre su condición de hipertensos.

Métodos: El estudio Di@bet.es es un estudio transversal, nacional, de base poblacional, realizado entre 2009 y 2010. Se realizó la selección de participantes con una muestra representativa poblacional a través del sistema nacional de salud de 10.000 adultos elegibles, de los cuales un 55,8% asistió para su examen; de éstos, 9,9 fueron excluidos (institucionalizada, enfermedad grave, embarazo o parto reciente), dejando una muestra final de 5.048 individuos de 18 a 93 años (41,6 hombres y 58,4 mujeres). Los participantes fueron invitados a una sola visita a su centro de salud donde se recopiló información mediante un cuestionario estructurado administrado por el entrevistador, seguido de un examen físico, antropométrico y analítico. Se tomó la presión arterial (PA) con un tensiómetro validado. Para el análisis se utilizó la media de 3 mediciones separadas 2-3 minutos. Se consideró hipertensión arterial (HTA) a tomar tratamiento antihipertensivo y/o tener una PA sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Se definió conocimiento como una respuesta afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez le ha dicho su médico que tenía la presión arterial alta?

Resultados: Del total de pacientes diabéticos hipertensos un 37,4% desconocían su condición de hipertensos (hombres 43,3; mujeres 31,5). Cuando se analizó la prevalencia por grupos de edad, la hipertensión no diagnosticada fue más frecuente en individuos más jóvenes, especialmente en los hombres menores de 45 años de edad ($p < 0,001$). Una regresión logística mostró que las personas de mayor edad, las personas con diabetes conocida y las personas obesas son más conscientes de su hipertensión. Asimismo hemos encontrado una diferencia en el conocimiento de la hipertensión entre las distintas zonas del país, así es menor en el norte y el noroeste.

Conclusiones: Casi un 40% de hipertensos desconocían que tenían su PA alta. Este desconocimiento era mayor en los pacientes menores de 45 años. Los pacientes mayores, con diabetes conocida y obesidad son más conscientes de su hipertensión.

66. ¿VARÍA EL CONOCIMIENTO DEL ICTUS EN PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN LA EDAD?

T. Rama Martínez¹, P. Beato Fernández², R. Rodó Bernadó¹, V. Pérez Cáceres¹, A. Asenjo Burgui¹, S.C. Mendes Jastes¹, J.L. Albarrán Sánchez¹ y J. Tolo Solé¹

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

Objetivo: Saber el grado de conocimiento del ictus: terminología, factores de riesgo, síntomas de sospecha y actitud en caso de

episodio transitorio en pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria según edad.

Métodos: Estudio descriptivo transversal mediante un cuestionario breve autoadministrado de preguntas cerradas realizado aleatoriamente a hipertensos que acudían a visitarse con cita previa durante un año en consultas de medicina y de enfermería de dos centros de salud semiurbanos.

Resultados: Se obtuvieron 334 encuestas. Edad media: 65,9 años (DE $\pm 15,9$), 50% hombres y 50% mujeres. Por grupos de edad: ≤ 55 años: 15,3%, > 55 años y < 70 años: 47%, ≥ 70 años: 37,7%. Grupo ≤ 55 años: el término "ictus" lo conocía el 70,5%, "embolia" el 62,7%, "infarto cerebral" el 58,8%. Factores de riesgo más asociados a ictus: HTA: 86,2% e hipercolesterolemia: 76,4%; los menos: diabetes: 45% y alcohol 54,9%. El 35,3% creía que la HTA era el factor de riesgo para más importante para tener un ictus. La disminución en la fuerza en una extremidad era el síntoma de alarma en el 78,4% y la alteración en el habla 74,5%. El 23,5% no consultaría urgente en caso de episodio de ictus transitorio. Grupo > 55 años y < 70 años: conocían el término "ictus", 61,1%, "embolia" 74,5%, "infarto cerebral" 66,8%. Factores de riesgo más asociados a ictus: HTA: 85,3% e hipercolesterolemia: 79,6%; los menos: arritmia 45,2% y diabetes: 45,2%. El 38% refería la HTA como el factor de riesgo más importante. La alteración en el habla era el síntoma de alarma en el 83,4%, la disminución de la fuerza en una extremidad: 73,8%. El 19,7% no consultaría urgente en caso de ictus transitorio. Grupo ≥ 70 años: conocían el término "ictus", 46,8%, "embolia" 71,4%, "infarto cerebral" 53,1%. Factores de riesgo más asociados a ictus: HTA: 78,5% e hipercolesterolemia: 70,6%; los menos: arritmia 38,1% y diabetes: 37,3%. El 27,7% refería que la HTA era el factor de riesgo más importante. La alteración en el habla era el síntoma de alarma en el 76,2%, la disminución en la fuerza en una extremidad el 63,5%. El 25,4% no consultaría urgente en caso de ictus transitorio.

Conclusiones: El término "ictus" era más conocido en los hipertensos de menor edad y menos conocido en los de mayor edad. Los factores de riesgo más asociados a ictus en todas las edades fueron la HTA y la hipercolesterolemia, los menos la arritmia y la diabetes. El ictus transitorio no se reconocía como una urgencia en casi uno de cada cuatro hipertensos.

67. HIPERTENSOS NONAGENARIOS: ¿CÓMO SE TRATA EL "RIESGO" CARDIOVASCULAR?

T. Rama Martínez¹, P. Beato Fernández², S.C. Mendes Jastes¹, V. Pérez Cáceres¹, Y. Maltas Hidalgo³ y A. Ocaña Padilla³

¹CAP El Masnou, El Masnou. ²Consultorio Barri Cotet, Premià de Dalt. ³CAP Ocata, El Masnou.

Objetivo: Conocer el grado de control de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y el tipo de tratamiento farmacológico prescrito (antihipertensivo, hipolipemiante y antitrombótico) en pacientes hipertensos mayores de 90 años atendidos en Atención Primaria.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Criterios de inclusión: todos los pacientes hipertensos mayores de 90 años atendidos en el Centro de Salud el último año. Se excluyeron los pacientes institucionalizados o desplazados. Variables analizadas: edad, sexo, control de los FRCV: presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), colesterol total (CT), LDL-colesterol, índice de masa corporal (IMC), número total de fármacos prescritos de forma crónica, tipo de tratamiento antihipertensivo, hipolipemiante y antitrombótico. Ámbito: dos EAP semiurbanos, ubicados en 3 Centros de Salud y un consultorio local. Fuente de información: Historias clínicas informatizadas (programa ECAP).

Resultados: Se obtuvo un total de 170 pacientes hipertensos mayores de 90 años, el 75,3% mujeres, edad media: $92,9 \pm 2,8$ años. Respecto a los FRCV: PAS media (mmHg): $132,4 \pm 14,6$; PAD media (mmHg): $71,5 \pm 10,4$; CT medio (mg/dl): $193,3 \pm 28,9$; LDL-colesterol medio (mg/dl): $117,3 \pm 28,9$; IMC medio: $26,9 \pm 5,7$. El 90% tenía una PA < 150/90 mmHg. Promedio de fármacos prescritos: 5,9 (rango de 0 a 13). Por grupo de fármacos antihipertensivos, el 68% tomaba diurético, 54,2% inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), 14,7% antagonistas de la angiotensina II (ARA II), antagonistas de los canales del calcio 14,4%, betabloqueantes 19,8%, otros 10,8%. La asociación de fármacos más prescrita fue diurético + IECA: 39,1%, seguida de ARA II + diurético: 9%. El 13,2% tenía prescritos dos antihipertensivos en combinación. Respecto a la prescripción de un antihipertensivo único; el 12,6% tenía prescrito sólo IECA, el 3% sólo tenía prescrito calcioantagonista o ARA II. El 28% tenían prescrito tratamiento hipolipemiente, el 44,5% antiagregante y el 12% anticoagulante.

Conclusiones: El perfil del paciente muy anciano hipertenso que atendemos en nuestras consultas es: mujer, valores de PA aceptables según las últimas guías y buen perfil lipídico. Ante las controversias respecto a la prescripción de tratamiento farmacológico en edades avanzadas, las condiciones y la calidad de vida del paciente serán determinantes en la toma de decisiones.

68. PROYECTO PROMIC: MEJORA DE LOS INDICADORES DE RESULTADO BNP/TEST DE LOS 6 MINUTOS A LOS 6 MESES DE SU IMPLANTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD

A.A. Rodríguez Fernández¹, Y. Fernández Núñez¹, M.F. Díaz de Otazu García¹, M.J. Urbina Mardones¹, A. Delgado Fontaneda¹, M.C. Martínez Morales¹, B.E. Aguayo Esgueva², I. Beistegui Alejandre², L.F. Aros Borau³ y J.C. Cordo Mollar²

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

Objetivo: Conocer el grado de mejora de los indicadores BNP y test de los 6 minutos, tras la inclusión en el proyecto PROMIC de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca al alta hospitalaria (del 2011 al 2013) y durante un periodo de seguimiento de 6 meses.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población diabética del CS Olaguibel (39.428 usuarios), en el que se valoró el grado de mejora en las actividades y periodos referidos sobre una muestra de 28 pacientes (73,33% mujeres; 26,66% hombres con una media de edad de $78,75 \pm 11,79$ años). *PROMIC: Programa colaborativo multidisciplinar de optimización de tratamiento y gestión de cuidados para pacientes de alto riesgo con insuficiencia cardíaca.

Resultados: A los 6 meses: mejora global BNP 50,58%; pacientes con mejora BNP 64,28%; grado mejora test 6 M: 6,99%; pacientes con mejora BNP: 77,27%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan una mejora en los indicadores analizados. Estos datos preliminares son esperanzadores respecto a la utilidad de la implementación del proyecto PROMIC en los pacientes crónicos con insuficiencia cardíaca. Esperemos que los datos finales del estudio completo y en todas las unidades sanitarias del Servicio Vasco de Salud implicadas en el proyecto, confirmen estos datos parciales.

69. PREVALENCIA DE DIABETES E HIPERTENSIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 40 AÑOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID SEGÚN REGISTROS DE HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP-MADRID)

J. Rosado Martín¹, L. Sánchez Perruca², M. Morey Montalvo³, T. Mantilla Morato⁴, I. Egocheaga Cabello⁵, J.C. Estévez Muñoz⁶, T. Alonso Safont⁶, B. Álvarez Álvarez⁷, I. Gómez Cabañas⁸ y R. Rodríguez Barrientos⁹

¹CS Universitario Reina Victoria, Madrid. ²Dirección Técnica de Sistemas de Información, Madrid. ³Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario de Leganés, Madrid. ⁴CS Prosperidad, Madrid. ⁵CS Isla de Oza, Madrid. ⁶Unidad de Apoyo Técnico, Gerencia de Atención Primaria, Madrid. ⁷CS Andrés Mellado, Madrid. ⁸CS Algete, Madrid. ⁹Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Madrid.

Objetivo: Conocer la prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en la Comunidad de Madrid según los registros de historia clínica informatizada en Atención Primaria (Ap-Madrid).

Métodos: Diseño: estudio observacional descriptivo mediante la explotación de datos de historia clínica informatizada en condiciones de práctica clínica habitual. Periodo de estudio: marzo del 2012-abril del 2013. Ámbito: los 268 Centros de Salud (CS) de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. La población total de más de 40 años es de 3.171.565 personas. La recogida de datos se realizó con el lenguaje informático "SQL" (Structured Query Language), lenguaje estandarizado de base de datos en la historia clínica informatizada. Se incluyen todos los pacientes mayores de 40 años que presenten en historia clínica informatizada el diagnóstico de HTA y/o DM tipo 2 según códigos CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria). La CIAP es un tipo de clasificación de terminología médica de ámbito internacional y una referencia obligada para la investigación y para el proceso de informatización de la historia clínica. Permite codificar todas las actividades y elementos del episodio de atención al paciente. La CIAP-2, pensada y diseñada por y para la atención primaria de salud, es la última versión publicada en español en 1999 y es la utilizada por el programa de registro de historia clínica informatizada en Atención Primaria en toda la Comunidad de Madrid, programa AP-Madrid. Se analizaron todos los episodios de HTA, (códigos CIAP: K76, K77) y DM (T90).

Resultados: Se encontraron un total de 989.588 pacientes con los diagnósticos de HTA y/o diabetes, distribuidos del siguiente modo: 306.903 tenían diabetes y 887.905, hipertensión. El porcentaje de pacientes en que sólo constaba uno de los diagnósticos fue del 10,27% (101.683) sólo diabetes, y del 68,9% (682.685) sólo hipertensión. Con ambos diagnósticos simultáneamente, HTA y DM, se detectaron 205.220 pacientes (20,74%). La distribución por sexos fue, 542.892 mujeres, el 54,87%; y 446.696 varones, 45,13%. De los pacientes hipertensos y diabéticos de la Comunidad de Madrid, la edad media es mayor entre las mujeres, 70,6 años, que entre los hombres 66,2. El diagnóstico de diabetes es más frecuente en varones (36,33% frente a 26,6%) y el de hipertensión en mujeres (93% frente a 85,7%). El porcentaje de mujeres sólo diabéticas fue mucho menor (6,9%) que el de hombres (14,2%); mientras que con la hipertensión arterial ocurría al revés y eran los hombres los que tenían un porcentaje menor de HTA aislada, 63,7% frente a 73,4% en varones.

Conclusiones: La HTA y la DM son enfermedades muy prevalentes en la Comunidad de Madrid, casi uno de cada tres madrileños de más de 40 años padece diabetes y/o hipertensión. El diagnóstico sólo de diabetes (sin HTA acompañante) es más frecuente en varones y el de sólo HTA más frecuente en mujeres.

70. GRADO DE MEJORA EN LAS ACTIVIDADES DE CRIBADO TRAS LA APLICACIÓN DE ACTIVIDADES INCENTIVO-FORMADORAS EN UN CENTRO DE SALUD

A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, G. Mediavilla Tris¹, A.A. Rodríguez Fernández¹, J. Iturralde Iriso¹, M.E. Ortega Horrillo¹, A. Solar Peche¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, G. Arnaiz García¹, A. Delgado Fontaneda¹ y J. Ocharan Corcuera²

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

Objetivo: Conocer el grado de mejora, entre los años 2013/2012 en las actividades de valoración del RCV y del cribado de fumador, HTA, y diabetes, tras la aplicación de actividades incentivo-formadoras, consistentes en el recordatorio de los mecanismos de cribado y su gran importancia para lograr un aumento de la prevalencia detectada de las enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población diabética del C.S. Olaguibel (39.428 usuarios), en los que se valoró el grado de mejora en las actividades y periodos referidos.

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan una mejoría en todas las actividades analizadas, siendo ésta menor en el apartado de diabetes (dónde se parte de una prevalencia detectada superior a la esperada). La aplicación de estas medidas incentivo-formadoras en nuestro Centro Salud, contribuye a la mejora del grado de detección de las enfermedades cardiovasculares y por lo tanto en el seguimiento y tratamiento adecuados de nuestros pacientes.

Tabla Comunicación 70.

Resultados	2013	2012	%mejora
Cribado fumadores	66,89%	61,66%	5,14%
Cribado HTA	47,32%	42,19%	5,13%
Cribado diabetes	63,52%	61,29%	2,23%
Valoración RCV	26,91%	19,19%	7,72%

71. PERCENTILES DE LAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN LAS POBLACIONES CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García¹, A. Montero Costa², E. Revilla Pascual³, J.A. González-Posada Delgado³, J.E. Mariño Suárez³, I. Íscar Valenzuela³, J.L. Quintana Gómez³, M.S. Holgado Catalán⁴, C. Ciria de Pablo⁵ y M.C. Antón Sanz⁶

¹Centro de Salud Pinto, Pinto. ²Centro de Salud Fuencarral, Madrid. ³Centro de Salud El Greco, Getafe. ⁴Centro de Salud Monte Rozas, Las Rozas. ⁵Centro de Salud Hoyo de Manzanares, Hoyo de Manzanares. ⁶Centro de Salud Alpedrete, Alpedrete.

Objetivo: Determinar los percentiles y describir la distribución de las variables antropométricas de riesgo cardiometabólico en las poblaciones con y sin síndrome metabólico (SM).

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo " = ALEATORIO() " de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.107 [ilocalizables 17,97%; rechazan consentimiento 5,41%; no acudieron 4,68%; 2,31% con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza al 95%. Estadísticos cuantitativos: 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. Descripción de las distribuciones poblacionales con percentiles (pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk).

Resultados: El 55,10% (53,00-57,20) eran mujeres. La prevalencia poblacional de SM (con criterios diagnósticos tanto de IDF como de ATPIII) fue 40,25% (38,14-42,38). Se consideraron variables de riesgo cardiometabólico: IMC > 25 y > 30 kg/m²; índice cintura-talla $\geq 0,50$ cm/cm; perímetro abdominal ≥ 80 cm (IDF), y > 88 cm (ATPIII) en mujeres; y perímetro abdominal ≥ 94 cm (IDF), y > 102 cm (ATPIII) en hombres. Las pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk de todas las distribuciones fueron significativas ($p < 0,0001$).

Conclusiones: La media de edad de la población con SM fue 16,6 años mayor que la que no tenía SM. La población con SM pesaba 11,0 kg más; tenía un IMC 4,5 kg/m² mayor; media 15,2 cm más; y

Tabla Comunicación 71.

	Población		Con SM, n = 848		Sin SM, n = 1259		Prueba t	
	Media	\pm DE	Media	\pm DE	Media	\pm DE	Dif. de medias con/sin SM	p-valor
Edad (años)	50,85	17,04	60,74	14,82	44,19	15,10	16,55	< 0,0001
IMC (kg/m ²)	27,25	5,15	29,93	4,90	25,45	4,49	4,48	< 0,0001
Perímetro abdominal (cm)	92,75	14,95	101,84	12,69	86,63	13,15	15,21	< 0,0001
I. cintura talla (cm/cm)	0,57	0,09	0,62	0,08	0,53	0,08	0,10	< 0,0001

Población sin SM	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
Edad (años)	22,42	25,84	33,71	41,67	52,93	65,33	73,09
IMC (kg/m ²)	18,99	20,28	22,41	24,84	27,93	31,00	33,73
Perímetro abdominal (cm)	65,0	70,0	78,0	86,0	95,0	103,0	110,0
I. cintura talla (cm/cm)	0,40	0,43	0,47	0,52	0,57	0,63	0,67
Población con SM	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
Edad (años)	35,73	40,59	50,38	61,30	70,97	80,46	84,57
IMC (kg/m ²)	23,07	24,7	26,47	29,54	32,48	36,81	38,95
Perímetro abdominal (cm)	81,0	86,0	94,0	101,0	110,0	119,0	123,0
I. cintura talla (cm/cm)	0,50	0,53	0,57	0,62	0,67	0,72	0,75

un índice cintura-talla 0,1 mayor que la población sin SM. En la población sin SM, el IMC > 25 kg/m² estaba en el p25; IMC > 30 kg/m² estaba entre p50-p75; el índice cintura-talla ≥ 0,50 entre p25-p50; los perímetros abdominales ≥ 80 cm entre p25-p50; > 88 cm entre p50-p75; ≥ 94 cm en el p75; y el >102 cm en el p90. En la población con SM, el IMC > 25 kg/m² estaba en el p10; el IMC > 30 kg/m² en el p50; el índice cintura-talla ≥ 0,50 en el p5; los perímetros abdominales ≥ 80 cm en el p5; >88 cm entre p10-p25; ≥ 94 cm en el p25; y el > 102 cm sobrepasaba el p50.

72. EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE LA CREATININA Y DEL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO ENTRE LAS POBLACIONES MASCULINA Y FEMENINA (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García¹, I. Vázquez Burgos², A.M. Ibarra Sánchez³, P. González Escobar³, A. Manzanares Briega³, R. Baños Morras³, T. Hernández de las Heras³, R. Muñoz Bieher³, L. Santos Larrégola³ y M.A. Usero Martín⁴

¹Centro de Salud Pinto, Pinto. ²Centro de Salud Numancia, Madrid. ³Centro de Salud Buenos Aires, Madrid. ⁴Centro de Salud Sanchinarro, Madrid.

Objetivo: Evaluación y comparación de la creatinina y del filtrado glomerular estimado (FGe) entre las poblaciones masculina y femenina.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo " = ALEATORIO()" de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.160 sujetos. Sujetos analizados: 2.116 [ilocalizables el 19,42%; rechazan consentimiento el 6,07%; no acudieron el 5,26%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,50%]. 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 cuantitativos: medias con desviación típica (± DE); diferencias de medias: prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas. Variables de estudio: Creatinina (mg/dL) y EFG (según método MDRD-4) = $186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$ (mL/min/1,73 m²).

Resultados: La población tenía una edad media (± DE) de 50,93 (± 17,04) años, siendo femenina el 55,39% (53,24-57,52). La media

(± DE) de creatinina fue 0,83 (± 0,29) mg/dL, y la media (± DE) del FGe (MDRD-4) fue 96,11 (± 26,42) mL/min/1,73 m². La diferencia de la media de creatinina entre la población masculina y femenina fue significativa (p < 0,0001), sin embargo no lo fue la diferencia del FGe. La prevalencia de ERC declarada por los investigadores fue 7,12% (6,08-8,32), siendo 9,75% (7,93-11,82) en los hombres y 5,03% (3,85-6,45) en las mujeres, existiendo una diferencia (4,71%) significativa (< 0,0001). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los estadios del FGe entre ambas poblaciones, excepto en el estadio 2A (FGe entre 75-89) cuya diferencia (5,03 mL/min/1,73 m²) sí fue significativa (p = 0,0093).

Conclusiones: En la población de estudio, la media de creatinina en hombres (0,95 mg/mL) era significativamente mayor (0,21 mg/dL) que en mujeres (0,74 mg/mL). La prevalencia de ERC declarada por los investigadores fue mayor (4,7%) en los hombres (9,7%) que en las mujeres (5,0). No se encontró diferencia significativa en la media del FGe (mdrd-4) entre hombres (95,4 mL/min/1,73 m²) y mujeres (96,7 mL/min/1,73 m²). La proporción de todos los estadios de ERC fueron similares entre ambas poblaciones, a excepción del estadio 2A que fue significativamente mayor (5,03%) en los hombres.

73. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

J.L. Serrano Martínez, F. Jaén Águila, D. Esteva Fernández, J.D. Mediavilla García, C. Fernández Torres, N. Navarrete Navarrete, J.L. Ramos Cortés, R. Roa Chamorro, V. Sotorrió Simó y C. Gil Anguita

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivo: Algunos estudios muestran que la calidad de vida en las enfermedades crónicas es inferior a la población general, sin embargo son poco los estudios referidos a pacientes hipertensos y en concreto aquellos con HTA resistente. En este estudio hemos pretendido conocer cuál es la calidad de vida de los mismos.

Métodos: Se seleccionaron de forma consecutiva 50 pacientes que cumplían criterios de HTA resistente. A todos los pacientes se les realizó historia clínica detallada, examen físico, medida de la PA clínica y una batería de pruebas complementarias con el fin de descartar HTA secundaria. Los pacientes fueron sometidos a una MAPA de 24 horas que se programó para realizar lecturas cada 20 minutos entre las 7:00 y las 22:00 horas y cada 30 minutos entre las 22:00 y las 7:00 horas. Se consideraron válidos los registros con al menos un 75% de lecturas realizadas, los que incluían al menos una

Tabla Comunicación 72.

		Hombres (n = 944)		Mujeres (n = 1.172)		Dif. de medias	p-valor
		Media	± DE	Media	± DE		
Creatinina (mg/dL)		0,95	0,27	0,74	0,26	0,21	< 0,0001
FGe (MDRD-4) (mL/min/1,73 m ²)		95,35	25,13	96,73	27,41	-1,38	0,2413

Estadio ERC	FGe (MDRD-4) (mL/min/1,73 m ²)	Hombres (n = 944)	Mujeres (n = 1.172)	Dif.%	p-valor
1	≥ 90	54,56%	57,68%	-3,12	0,1504
2A	75-89	29,34%	24,32%	5,03	0,0093
2B	60-74	11,55%	13,14%	-1,59	0,2705
3A	45-59	3,39%	4,01%	-0,62	0,4546
3B	30-44	0,74%	0,51%	0,23	0,5003
4	15-29	0,32%	0,17%	0,15	0,4805
5	< 15	0,11%	0,17%	-0,06	0,7168

lectura por hora y los que completaron las 24 horas del registro. Seguimos el cuestionario SF36 para evaluar la salud percibida por los pacientes que recoge 8 dimensiones de salud: función física (FF), desempeño físico (DF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), desempeño emocional (DE) y salud mental (SM). El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva básica, t de Student y el coeficiente de correlación de Pearson. Se consideraron estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Se obtuvo una media de edad de $60,12 \pm 11$ años con un 56% de varones. La PA clínica media fue $168/94$ mmHg con una media de años de evolución de $11,06 \pm 9,1$ años y una media de fármacos antihipertensivos de 4,2 (3-6). La media de patologías asociadas fue 3,05 (0-6). Las mujeres mostraban peor calidad de vida que los hombres. No hubo correlación con las presiones arteriales clínicas ni del registro de 24 horas; tampoco con el número de fármacos antihipertensivos, edad ni patología asociada. Hubo una correlación significativa con los años de evolución de la HTA para DC ($r: -0,37$ $p < 0,03$), SG ($r: -0,53$ $p < 0,001$), VT ($r: -0,54$ $p < 0,001$) Y FS ($r: -0,54$ $p < 0,001$). Un 32% de los pacientes presentaban HTA pseudoresistente sin encontrar diferencias significativas entre estos pacientes y los hipertensos resistentes verdaderos.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que los pacientes hipertensos presentan peor calidad de vida que la población general de referencia. Igualmente las mujeres hipertensas resistentes también perciben su salud peor. No hemos encontrado correlación con el nivel de presión arterial clínica ni de la MAPA. Tampoco encontramos diferencias entre los pacientes con hipertensión arterial resistente verdadera y los pseudoresistentes. Por el contrario, el tiempo de evolución de la HTA sí parece tener relación con la calidad de vida.

74. PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR POR EL PACIENTE. ¿ESTAMOS EN LA LÍNEA ADECUADA?

J.F. Varona Arche¹, I. Sánchez Vera² y F. Vidal Vanaclocha²

¹Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, Madrid. ²IMMA, Universidad San Pablo CEU, Madrid.

Introducción: La correcta percepción del riesgo cardiovascular (RCV) por parte del paciente es un punto esencial para poder conseguir los objetivos de control de los factores de riesgo vascular modificables y por tanto prevenir eventos cardiovasculares.

Objetivos: Evaluar la percepción que tienen de su RCV los pacientes con RCV elevado (intermedio-elevado-muy elevado).

Métodos: Estudio epidemiológico observacional transversal, con estimación del riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular mortal a los 10 años (mediante tablas SCORE adaptadas a población española) en una muestra de 871 personas (reclutadas en las Semanas 1 y 2 de Prevención Cardiovascular de nuestro centro) y posterior evaluación de la percepción del RCV por aquellos sujetos con RCV intermedio-alto/elevado/muy elevado (SCORE $\geq 3\%$), mediante su deseo de acudir a consulta especializada en estrategias de control del RCV.

Resultados: De las 871 personas evaluadas (edad media 49,8 años; rango: 20-89 años; 56% mujeres), 172 (19,7%) presentaron una puntuación SCORE $\geq 3\%$ (riesgo cardiovascular intermedio-alto/elevado/muy elevado). De estos 172 pacientes susceptibles de beneficiarse de implementar estrategias de control de su RCV elevado, solo 29 (17%) mostraron su deseo de recibir evaluación y manejo específico de los factores de RCV y concertaron cita en la unidad correspondiente.

Conclusiones: Los pacientes con RCV elevado son subsidiarios de un estricto control de los factores de RCV, siendo fundamental para ello transmitirles de forma clara su riesgo aumentado de presentar problemas y complicaciones cardiovasculares. No obs-

tante, aunque se emplean tablas validadas para estimar el RCV es muy frecuente que el paciente no perciba su RCV elevado al interpretar dichas tablas, como queda reflejado en nuestro estudio donde el 83% de los pacientes con RCV elevado no desearon recibir evaluación, manejo específico ni seguimiento para el control del mismo. Esta es una de las principales barreras que limitan el correcto control de los distintos factores de RCV por lo que se hace necesario el empleo de estrategias que resuelvan este frecuente y trascendente problema. Las tablas que actualmente empleamos para estimar el RCV fracasan frecuentemente en conseguir que los pacientes con RCV elevado perciban el mismo y sean conscientes de la importancia de su correcto manejo, por lo que se precisan nuevas herramientas que provoquen un mayor impacto en la percepción del RCV elevado.

75. RIESGO CARDIOVASCULAR EN POBLACIÓN GENERAL

P. Villegas, L. Puente, S. Ortiz, I. Fernández, J.F. Varona, F. Chillotti, G. Fernández, J. Barberán, P. Montoliu y S. Ruiz

Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, Madrid.

Introducción: La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad en nuestro medio. Por ello es esencial la realización de campañas de prevención cardiovascular que además de concienciar a la población de la importancia de detectar y controlar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) nos permitan obtener una panorámica actual del perfil de FRCV presentes en nuestra población.

Objetivo: Determinar la presencia de los distintos FRCV y el riesgo cardiovascular global en una muestra poblacional.

Métodos: Estudio epidemiológico observacional transversal, con estimación de la presencia de los FRCV (obesidad, tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia) y del riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular mortal a los 10 años (mediante tablas SCORE adaptadas a población española) en una muestra de 871 personas reclutadas en las Semanas 1 y 2 de Prevención Cardiovascular de nuestro centro (mayo y septiembre de 2013).

Resultados: De las 871 personas (edad media 49,8 años; rango: 20-89 años; 56% mujeres) evaluadas, 139 (16%) presentaron obesidad (IMC ≥ 30); 213 (24%) hipercolesterolemia (colesterol sérico total > 200 mg/dl); 134 (15%) hipertensión arterial (presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg); 231 (27%) tabaquismo; y 121 (14%) una puntuación SCORE $\geq 5\%$ (riesgo cardiovascular alto o muy alto). Por sexos destacó un mayor prevalencia de tabaquismo e hipercolesterolemia en mujeres (29% vs 24% y 27% vs 21%, respectivamente).

Conclusiones: En nuestra muestra poblacional, el 14% de los personas presentaban riesgo elevado (alto o muy alto) de desarrollar enfermedad cardiovascular mortal a los 10 años. Entre los FRCV más frecuentes destacaron el tabaquismo, la obesidad y la hipercolesterolemia, claramente relacionados a los hábitos de vida de la sociedad actual. El riesgo cardiovascular estimado es elevado (alto-muy alto) en un porcentaje significativo ($> 10\%$) de la población adulta.

76. PREVALENCIA DE OBESIDAD INFANTIL EN UN MUNICIPIO RURAL DEL SUR DE ESPAÑA

R. García López¹, F. Villalba Alcalá¹, A.B. Romero Cañadillas¹, A. Sánchez Sánchez¹, M.C. González Fernández², C. Gálvez Beaterio¹ y A. Espino Montoro²

¹Centro de Salud de Osuna, Osuna. ²Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital de Osuna, Osuna.

Introducción y objetivo: La obesidad y el sobrepeso son condiciones clínicas que están muy lejos de constituir un simple proble-

ma estético. La OMS ha utilizado la expresión de Epidemia Mundial del Siglo XXI. En estos momentos hay el triple de personas obesas en el mundo de las que había en los años setenta del siglo pasado (OMS). Actualmente no existe un criterio comparativo consensuado por la comunidad científica internacional sobre la definición de obesidad en estas edades. En EEUU y otros países se define la obesidad con el p95 y el sobrepeso con el p85 (porcentaje del p85 al p95), en Europa y Asia se utilizan los p97 para obesidad y p85 para sobrepeso. Así pues, se aplica el mismo criterio a nivel mundial para la definición de sobrepeso (p85) pero no hay acuerdo en la de obesidad (p95 o p97 según los países).

Métodos: Nuestra metodología de trabajo se basará en la medición directa y sistemática de las variables elegidas como peso, talla, sexo y fecha de nacimiento de todos los niños/as (nacidos entre los años 1998 a 2008), escolarizados que estudian en el municipio de Estepa, obteniendo una muestra de 1.500 individuos. Realizaremos un estudio observacional, descriptivo y transversal, cuyo objetivo específico será estimar la prevalencia de obesidad y sobrepeso en niños y adolescentes entre 4 y 14 años, utilizando los puntos de Cole: los puntos de corte de IMC establecidos por T. Cole y colaboradores, elaborados mediante una proyección matemática de los valores correspondientes a la definición de obesidad ($\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$) y sobrepeso ($\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$).

Resultados: Calculamos IMC de toda la muestra agrupándola por sexo y edad, y utilizando SPSS calculamos el percentil más cercano de sobrepeso y obesidad infantil, comparándolo con las tablas de Cole. Ej: para varones de 4 años, se objetiva una mediana de 15,42 y desviación típica de 2,65. Los datos de sobrepeso en este grupo se encuentra en torno al 20-25% (P80, $\text{IMC } 18,02 \text{ Kg/m}^2$), comparándolo con las tablas de COLE cuyo valor se encuentra para el sobrepeso en $17,55 \text{ Kg/m}^2$. La obesidad está en torno al 10-15%, entre el P85 y P90 ($19,11 \text{ Kg/m}^2$ y $21,62 \text{ Kg/m}^2$ respectivamente, siendo el IMC de tablas de COLE para obesidad $19,29 \text{ Kg/m}^2$).

Conclusiones: En nuestro estudio, los datos de sobrepeso infantil superan en la mayoría de los casos el 30% tanto en varones como en mujeres, en todos los tramos de edad desde los 4 a los 14 años; mientras que en obesidad infantil en Estepa mantiene las cifras globales en torno al 10% de obesidad, descendiendo a partir de los 10 años tanto en niños como en niñas. Nuestro estudio supera los datos globales de 29,4% en sobrepeso infantil y 8,1% en obesidad infantil en Andalucía y también de España, con cifras globales del sobrepeso en torno al 23,9% y 5,8% obesidad (según estudio enKid) (1998-2000) que había estimado esta prevalencia en España en una población de 2 a 22 años de edad. Debemos establecer estrategias para mejorar los hábitos alimenticios e impulsar la práctica regular de la actividad física entre todos los ciudadanos, poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil y juvenil.