

Epidemiología

33. ESTUDIO DEL PACIENTE REMITIDO A LA UNIDAD DE HTA EN FUNCIÓN DE SU EDAD, LABORAL O NO, DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

M. Abad-Cardiel, A. Valero-Ulloa, J.A. García-Donaire y N. Martell-Clarós

Unidad de HTA, Hospital Clínico San Carlos.

Objetivo: La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad de alta morbimortalidad. Está ampliamente demostrada la relación entre la edad y la HTA. En España la prevalencia de HTA se sitúa en un 44,4% en la población de 35 a 65 años según estudio DRECE II, realizado en ámbito nacional y en un 67% en mayores de 65 años cómo lo indica el estudio ECEHA (Estudio Cooperativo Español sobre Hipertensión en ancianos). Cifras de PA elevadas son un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias sanitarios. El objetivo del estudio es valorar si existen diferencias epidemiológicas, en cuanto al horario de atención, el motivo de la visita al servicio de urgencias entre los pacientes remitidos a nuestra Unidad de HTA desde el servicio de urgencias (SU), en función de si su edad es mayor o menor a 65 años.

Métodos: Durante un periodo de 18 meses que incluye enero 2011 a junio 2012 analizamos un total de 110 informes de historias clínicas de 104 pacientes, puesto que 6 acudieron en dos ocasiones a la urgencia tras ser derivados inicialmente a la unidad de HTA.

Resultados: Del total de los 110 informes de historia clínicas analizado el 57,3% son mujeres. Las edades variaron entre 30 y 89 años siendo la mediana 65 años de edad. En el conjunto de la muestra el 44% tenían menos de 65 años. Respecto a las características de la población, subdividida por edad no encontramos diferencias en la prevalencia de sexo, procedencia (domicilio, médico de atención primaria o farmacia), ni duración de la estancia hospitalaria, siendo en ambos subgrupos más frecuentes las mujeres, acuden desde domicilio y con una duración inferior a las 8 horas. En cuanto al horario de atención en el servicio de urgencias, el 50% de los menores de 65 acudieron en horario laboral (24 de 48) frente al 39% de los mayores de 65 años (24 de 62), apareció sintomatología en el 85% de los menores frente al 72,6% de los mayores. Se objetivó un claro infrarregistro en la prevalencia de factores de riesgo en las

historias revisadas. En los mayores de 65 años existía el antecedente de HTA con más frecuencia 95% (59/62) vs 68,8% (33/48), y recibían tratamiento farmacológico el 90% de los mayores de 65 frente al 43,8% de los jóvenes.

Conclusiones: No existen diferencias en cuanto a la distribución por sexos en los pacientes derivados a la U. HTA en función de su edad. La edad no parece ser un factor diferenciador en cuanto al horario de asistencia ni a la duración de la estancia hospitalaria. En los mayores de 65 años existe una mayor prevalencia de HTA previa y es más probable que estén siguiendo un tratamiento farmacológico que los jóvenes, incluso cuando existe el diagnóstico. La solicitud de asistencia urgente debida a la presencia de sintomatología es más frecuente en los pacientes en edad laboral. Este estudio puede reforzar la necesidad a nivel poblacional de una campaña de concienciación sobre la importancia de la toma de la PA en trabajadores asintomáticos.

34. GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS SEGÚN LAS SOCIEDADES EUROPEAS DE HIPERTENSIÓN. ESTUDIO PRESCAP

F.J. Alonso¹, M.A. Prieto², C. Escobar³, A. Barquilla⁴, P. Beato⁵, A. Calderón⁶, J.L. Carrasco⁷, S. Cinza⁸, M. Larre⁹ y J.M. Fernández¹⁰

¹CS Sillera. ²CS Vallobín-la Florida. ³Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. ⁴CS de Trujillo. ⁵CAP Premià.

⁶CS Rosa de Luxemburgo. ⁷CS la Lobilla. ⁸CS Porto do Son.

⁹CS Ingeniero Joaquín Benlloch. ¹⁰CS Zona Centro.

Objetivo: Estudiar el grado de control de la presión arterial (PA) en los pacientes hipertensos diabéticos según las recomendaciones de la ESH 2007, 2009 y 2013.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico que incluyó a hipertensos diabéticos, reclutados mediante muestreo consecutivo por médicos de familia de toda España en junio de 2010. Se consideró buen control de la hipertensión arterial al promedio de PA < 140/85 mmHg (2013), PA < 140/80 criterios 2009 y PA < 130/80 criterios 2007. Se registraron datos sociodemográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular y tratamientos farmacológicos.

Resultados: Se incluyeron 3.993 pacientes (50,1% mujeres) con una edad media (desviación típica) de 68,2 (10,2) años. El grado de control de PAS/PAD por criterios 2007 fue del 19,7%, criterios 2009 del 56,4% y criterios 2013 del 50,3%, p < 0,0001. El grado de control para la PAS fue de 27,6%, 58,5% y 58,5% respectivamente para los criterios 2007, 2009 y 2013; p < 0,0001. En el caso de la PAD el control fue de 48%, 84,6% y 71,5% respectivamente, según criterios 2007, 2009 y 2013; p < 0,0001.

Conclusiones: Según las recomendaciones de la ESC 2013 la mitad de los hipertensos tiene mal controlada la PA, fundamentalmente la PA sistólica. El porcentaje de control se ha incrementado significativamente respecto a las recomendaciones de 2007.

35. PREVALENCIA DE HTA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA GENERAL NO ORIENTADA A HTA NI RIESGO VASCULAR EN UN ÁREA RURAL DE ASTURIAS

M. Álvarez, S. Fernández, C. Fernández y M. Platero

Hospital Comarcal de Jarrío.

Objetivo: Describir la prevalencia de HTA en una consulta de Medicina Interna general no orientada a HTA ni a riesgo vascular en un área rural de Asturias con importante envejecimiento poblacional.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas electrónicas de 100 pacientes con consulta

sucesiva a Medicina Interna durante el mes de octubre de 2014. Se realiza el estudio con especial atención a los siguientes aspectos: edad, control de TA en consulta, grupos farmacológicos utilizados, número de fármacos, combinaciones de grupos farmacológicos, disponibilidad del ecocardiograma para la detección del daño en órgano diana y grado de hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Resultados: De los 100 pacientes analizados, 72 eran hipertensos y 28 eran no hipertensos. La edad media de los pacientes hipertensos era de 71,41 años, frente a la de pacientes no hipertensos de 62,3 años. El control de las cifras de TA con la medición realizada en consulta es prácticamente óptimo con una TAS y TAD medias de 141,5 mmHg y 82,25 mmHg respectivamente. El grupo farmacológico más utilizado eran los fármacos activos contra el SRAA con un 59,7% de frecuencia, con una proporción de IECAS frente a ARA2 del 62,8% de estos tratamientos, frente al 37,2%, respectivamente. El segundo grupo farmacológico más utilizado eran los betabloqueantes con un 52,7%. Los siguientes grupos utilizados en orden de frecuencia en este estudio fueron los diuréticos (48,6%) y los antagonistas del calcio (33,3%). El número medio de fármacos contra la HTA que tomaban estos pacientes era de 2,36. Solo 18 de los pacientes (un 25%) tomaban combinaciones de fármacos en un mismo comprimido. En un 66% de los pacientes HTA (48 casos), se disponía en su historia clínica de un ecocardiograma reciente, encontrando hipertrofia del ventrículo izquierdo en un 96% de los casos, siendo ligera esa hipertrofia en más de la mitad de los casos (56,2%).

Conclusiones: 1. La prevalencia de HTA en la consulta de Medicina Interna resultado de este estudio es alta (72%). 2. La edad de los pacientes HTA en la consulta de Medicina Interna es aproximadamente 10 años mayor que la de los pacientes no HTA. 3. El control de la HTA según las cifras de medición en la consulta es aceptable. 4. Los grupos farmacológicos más utilizados, son en este estudio, los IECAS y los betabloqueantes. 5. El número medio de tomas de fármacos antihipertensivos supera los 2 fármacos. 6. El uso de fármacos en combinación en un mismo comprimido es relativamente bajo (25%). 7. Está disponible un ecocardiograma reciente en 2 de cada 3 pacientes con HTA.

36. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN FAMILIARES DE SEGUNDO GRADO DE PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREMATURA

M.A. Baena¹, S. Muñoz², M.A. Esteban² y M.I. Poveda²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Objetivo: La cardiopatía isquémica prematura (CIP) es aquella que aparece antes de los 55 años en hombres y 65 años en mujeres. Los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica prematura se consideran un factor de riesgo independiente para la aparición de cardiopatía isquémica prematura. El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en los familiares de segundo grado de pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica prematura frente a una muestra control sin este antecedente.

Métodos: Estudio descriptivo transversal comparando dos grupos, 50 sujetos con antecedentes de CIP en familiares de segundo grado frente a 50 sujetos pareados en edad y sexo sin este antecedente, incluidos de forma consecutiva desde septiembre de 2013 hasta septiembre de 2014. Se analizó la presencia de FRCV en cada grupo. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows en su versión 21. Se analizó las diferencias de las variables cualitativas entre los dos grupos mediante la prueba Ji cuadrado y las diferencias entre ambos grupos de las variables

cuantitativas utilizando la prueba t de Student para muestras independientes.

Resultados: El 56% de los sujetos de ambas muestras eran hombres. La edad media fue de $48,3 \pm 6,24$ años. En el grupo con el antecedente de familiar de segundo grado de CIP el FRCV más prevalente fue la dislipemia (56%), seguido de la hipertensión arterial (44%), consumo de tabaco (48%), obesidad (42%) y diabetes (18%). En el grupo control el FRCV fue el consumo de tabaco (25%) seguido de la obesidad (24%), dislipemia (22%), hipertensión arterial (20%) y diabetes (22%). Existiendo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos para todos los FRCV ($p < 0,05$), a excepción de la diabetes.

Conclusiones: En nuestra muestra la presencia de FRCV clásicos como la HTA, dislipemia, obesidad central y hábito tabáquico fue mayor en el grupo con antecedente familiar de CIP frente al grupo control. Estos datos, refuerzan la necesidad de la búsqueda y control de FRCV en los familiares de pacientes con antecedentes de CIP con el objetivo de ser más agresivo en la prevención primaria de eventos cardiovasculares.

37. IMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA EDAD AVANZADA

M.A. Baena¹, S. Muñoz², M.I. Poveda³ y M.A. Esteban⁴

¹Unidad de Cuidados Críticos, Urgencias y Polivalentes, Hospital de Alta Resolución El Toyo. ²UGC Cardiología; ³UGC Nefrología; ⁴UGC Medicina Interna, Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Objetivo: El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados hace que la cardiopatía isquémica en la edad avanzada sea más frecuente. La cardiopatía isquémica es responsable de gran parte de las necesidades de cuidados extrahospitalarios en la población anciana, siendo la segunda causa de deterioro funcional y de la pérdida de independencia. Nuestro objetivo es analizar los resultados a corto plazo y factores asociados a la mortalidad de los pacientes > 80 años con síndrome coronario agudo (SCA) sometidos a tratamiento intervencionista.

Métodos: Estudio retrospectivo de una muestra de 70 pacientes > 80 años con SCA sometidos a revascularización percutánea durante el periodo de junio de 2012 hasta junio de 2013. Se analizaron características demográficas, clínica y morbimortalidad con un seguimiento medio de 14 meses.

Resultados: La edad media fue 84 ± 4 (7% > 90 años) con un índice de comorbilidad de Charlson medio de 2,57. Los antecedentes de cardiopatía isquémica fueron los más frecuentes (31%), seguidos de insuficiencia renal (20%), problemas respiratorios (15%) y alteraciones neurológicas (15%). El 40% presentó IAM no Q, el 26% angina inestable y el 34% SCACEST (60% fibrinólisis y 40% angioplastia primaria). El 48% presentaba enfermedad de 2 o más vasos, en el 70% la revascularización percutánea fue completa y el 54% tenía FEVI normal. En un seguimiento medio de 14 meses, la mortalidad fue del 19% asociada de forma significativa a la FEVI, las complicaciones de causa cardíaca, revascularización incompleta y al índice de comorbilidad de Charlson (todas ellas con una $p < 0,05$). En análisis multivariado solo la FEVI ($p < 0,01$) y revascularización incompleta ($p < 0,05$) se asociaron de forma significativa. La edad no se asoció a la mortalidad durante el tiempo de seguimiento ($p = 0,99$).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren una reducción de la mortalidad en los pacientes de edad avanzada sometidos a revascularización percutánea. La edad no es un factor limitante para el tratamiento intervencionista de la cardiopatía isquémica en nuestro medio.

Tabla Comunicación 38.

	Prevalencia	Edad media (años)	% DF	% DF mujeres	% DF hombres
HTA	35,98%	67,1	11,68	15,38	7,89
DM	13,08%	66,9	8,92	20	2,78
Dislipemia	39,95%	63,5	16,37	23,4	7,79
Obesidad	18,92%	61,2	9,87	15,78	4,65
Tabaquismo	18,45%	50,7	16,45	22,85	11,36
Sin ningún FRCV	31,77%	43,1	16,91	18,18	14,58
Con HTA, DM y obesidad	3,73%	66,6	0	0	0

Tabla Comunicación 39.

	Prevalencia	Edad media (años)	% DF	% DF mujeres	% DF hombres
CI	31 (7,24%)	71,45	4/31 (12,9%)	1/13 (7,69%)	3/18 (16,66%)
IC	12 (2,80%)	74,75	2/12 (16,66%)	0/3 (0%)	2/9 (22,22%)
Ictus	16 (3,73%)	71,68	2/16 (12,5%)	2/6 (33,33%)	0/10 (0%)
FA	14 (3,27%)	75,57	1/14 (7,14%)	0/5 (0%)	1/9 (11,11%)
AP	11 (2,57%)	66,27	2/11 (18,18%)	0/0 (0%)	2/11 (18,18%)
ERC	41 (9,57%)	71,9	7/41 (17,07%)	4/24 (16,66%)	3/17 (17,64%)
Sin ECV	339 (79,2%)	51,06	47/339 (13,86%)	36/198 (18,18%)	11/141 (7,8%)
Con ECV	89 (20,8%)	70,31	14/89 (15,73%)	7/40 (17,5%)	7/49 (14,28%)

38. DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

P. Beato¹, M. Aragonés¹, T. Rama², B. Valero³, J. Pérez¹, M. Vílchez¹, M. Ferrández⁴, I. Ardila⁵, N. Domec¹ y M.M. Bagués¹

¹Consultori Barri Cotet. ²CAP El Masnou-Ocata. ³CAP Premià de Mar. ⁴Consultori de l'Enllaç. ⁵ABS Vall de Tenes.

Objetivo: Conocer cuántos pacientes de los que acuden a atención primaria presentan deficiencias de función familiar general en relación con los diferentes factores de riesgo cardiovascular

Métodos: Estudio descriptivo transversal. **Ámbito:** pacientes atendidos en 5 consultas de medicina y/o enfermería de 3 centros de atención primaria. **Medidas:** Respuestas al cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Considera disfunción familiar (DF) la puntuación inferior a 7. **Variables:** edad y sexo. **Diagnósticos:** de HTA, diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad y tabaquismo en la historia clínica informatizada. **Cálculos:** porcentajes y medias.

Resultados: 428 pacientes (55,61% mujeres). Edad media 55,07 (mujeres 54,54, hombres 55,79). Presentan DF: 14,25% (mujeres 18,06%, hombres 9,47%). Destaca (tabla).

Conclusiones: Los pacientes con dislipemia y tabaquismo, FRCV con importante componente conductual, son los que más frecuentemente presentan contexto de DF. El porcentaje de hipertensos, diabéticos y obesos que perciben DF es inferior al de todos los pacientes que acuden a las consultas. Al menos 1 de cada 5 mujeres diabéticas, dislipémica o fumadoras está en situación de disfunción familiar. La percepción de DF aumenta todavía más entre las mujeres respecto a los hombres si son diabéticas, obesas o dislipémicas.

39. DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

P. Beato¹, M. Aragonés¹, T. Rama², B. Valero³, M. Ferrández⁴, R.M. Alcaraz³, M. Vílchez¹, J. Pérez¹, A. Azcona¹ y A. Valls¹

¹Consultori Barri Cotet. ²CAP El Masnou-Ocata. ³CAP Premià de Mar. ⁴Consultori de l'Enllaç.

Objetivo: Conocer cuántos pacientes afectados de enfermedad cardiovascular (ECV) de los que acuden a atención primaria presentan deficiencias de función familiar. Observar si hay diferencias con otros pacientes, según ECV, y por género.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. **Ámbito:** pacientes atendidos en 5 consultas de medicina y/o enfermería de 3 centros de atención primaria. **Medidas:** respuestas al cuestionario Apgar familiar de Smilkstein. Considera disfunción familiar (DF) la puntuación inferior a 7. **Variables:** edad y sexo. **Diagnósticos:** en la historia clínica de cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), ictus, fibrilación auricular (FA), enfermedad renal crónica (ERC) y/o arteriopatía periférica (AP). **Cálculos:** porcentajes y medias.

Resultados: 428 pacientes (55,61% mujeres). Edad media 55,07 (mujeres 54,54, hombres 55,79). Presentan DF: 14,25% (mujeres 18,06%, hombres 9,47%). Destaca (tabla).

Conclusiones: Los pacientes con ECV presentan más DF que el resto. Este aumento de DF en los pacientes con ECV se da en hombres, no en mujeres. Entre los pacientes con ictus, las mujeres perciben más DF que los varones. Los pacientes con AP, ERC e IC son los que más comunican DF.

40. TENDENCIAS EN LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. ¿PUEDE AFECTAR LA CRISIS A NUESTRA SALUD?

J. Caballero¹, F.J. Caballero² y M.A. Ulecia³

¹Hospital Universitario Reina Sofía. ²Hospital de Montilla y Hospital de la Cruz Roja. ³Hospital Universitario San Cecilio.

Objetivo: La crisis económica, a través de empeoramiento en los hábitos nutricionales, control de factores de riesgo y asignación de

Tabla Comunicación 40.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Valencia	8,98	7,56	9,11	8,81	9,04	11,94	11,63	12,39
Navarra	7,04	5,45	5,04	6,8	7,35	8,62	5,71	7,07

recursos sanitarios/asistencia a la enfermedad, podría afectar a la salud y mortalidad cardiovascular. Pretendemos describir las tendencias en las tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva (EH) en el periodo previo y durante los años de la crisis económica para determinar si se producen cambios y si estos afectan por igual a diferentes comunidades.

Métodos: El indicador epidemiológico (tasas ajustadas de mortalidad por EH) elaborado en el CNE-Instituto de Salud Carlos III, utilizando los registros individuales de mortalidad proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) procedentes de los Boletines Estadísticos de Defunción y clasificados según 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). Se comparan las tendencias en las mismas obtenidas en los años previos a la crisis económica (2005 a 2008) y los años de crisis (2009-2012) en comunidades menos (Navarra) y más afectadas (Valencia) por la misma.

Resultados: Tasas de mortalidad ajustada a población europea (tabla). Mortalidad media en el periodo precrisis: 8,98 en Valencia y 6,10 en Navarra, y durante la crisis 11,25 y 7,2. Aumento de la mortalidad en el segundo periodo: 2,6 y 1,1 respectivamente. Las diferencias entre ambas comunidades aumentaron a lo largo del periodo estudiado: 2,5 precrisis frente a 4,0 durante la crisis.

Conclusiones: Ya existían diferencias en la mortalidad en ambas comunidades previamente a la crisis. El aumento de mortalidad en el periodo de crisis económica ha sido más acusado en la comunidad Valenciana, aumentando las diferencias iniciales.

41. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR ANTICOAGULADOS CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS DEL ESTUDIO PAULA

V. Barrios¹, C. Escobar², J. Polo³, J.M. Lobos⁴, L. Prieto⁵, D. Vargas⁶, G. Osorio⁷, S. Fuentes⁸, A. Barquilla⁹ y L. García¹⁰

¹Hospital Ramón y Cajal. ²Hospital La Paz. ³CAP El Casar. ⁴CS Jazmín, Atención Primaria Área 4. ⁵Bioestadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid. ⁶Unidad de Hospitalización Polivalente, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Poniente. ⁷Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. ⁸CAP Santa Rosa. ⁹CS Trujillo. ¹⁰CS La Alamedilla.

Objetivo: El objetivo principal del estudio PAULA fue 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 atención primaria en España. El estudio fue avalado por las tres principales sociedades científicas de atención primaria (SEMergen, SEMFYC y SEMG). En el presente análisis se muestra el perfil clínico de los pacientes incluidos.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se incluyeron a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito.

Resultados: En total se incluyeron 1.562 pacientes, de los que 1.524 (97,6%) fueron evaluables. La edad media de los pacientes incluidos fue de 77,4 ± 8,7 años. El 48,6% de los pacientes fueron mujeres. El 80,2% de los pacientes tenía antecedentes de hipertensión arterial, el 57,2% de dislipemia, el 31,0% de diabetes, el 23,9% insuficiencia cardiaca, el 13,7% antecedentes de infarto/accidente isquémico transitorio, el 9,6% antecedentes de infarto de miocardio, el 6,5% enfermedad arterial periférica, y el 6,0% insuficiencia renal. El 8,8% tenían antecedentes de sangrado anemia o predisposición al sangrado, y el 12,3% tenía un INR lábil conocido. En cuanto al tipo de FA, el 20,1% tenía FA paroxística, el 13,6% FA persistente, el 64,2% FA permanente y el 2,0% desconocida. El 75,8% de los pacientes tenía un CHADS₂ ≥ 2 (CHADS₂ medio 2,3 ± 1,2), el 94,5% un CHA₂DS₂VASc ≥ 2 (CHA₂DS₂VASc medio 3,9 ± 1,5), y el 13,0% un HAS-BLED ≥ 3 (HAS-BLED medio 1,6 ± 0,9).

Conclusiones: Los pacientes con FANV anticoagulados con AVK en España tienen un gran número de comorbilidades, un elevado riesgo de complicaciones tromboembólicas y un riesgo relativamente bajo de sangrado.

42. CÓMO Y QUIÉN REALIZA EL AJUSTE DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS SEGUIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS DEL ESTUDIO PAULA

C. Escobar¹, V. Barrios², J. Polo³, J.M. Lobos⁴, L. Prieto⁵, D. Vargas⁶, G. Osorio⁷, M.A. Prieto⁸, F.J. Alonso⁹ y M.V. Fustero¹⁰

¹Hospital La Paz. ²Hospital Ramón y Cajal. ³CAP El Casar. ⁴CS Jazmín, Atención Primaria Área 4. ⁵Bioestadística Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense. ⁶Unidad de Hospitalización Polivalente, Hospital de Alta Resolución El Toyo, Hospital de Poniente. ⁷Departamento Médico, Bayer Hispania S.L. ⁸CS Vallobin-La Florida, Área Sanitaria IV. ⁹CS Sillera. ¹⁰CS Valdespartera.

Objetivo: PAULA es un estudio realizado para 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 atención primaria en España. En el presente trabajo se analiza cómo y quién realiza el ajuste de los pacientes anticoagulados seguidos en atención primaria.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se han incluido a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses, aunque no fuese en su centro, y que otorgasen el consentimiento informado por escrito. El grado de control de la anticoagulación se determinó mediante el tiempo en rango terapéutico, tanto por el método directo (mal control < 60%), como por el método de Rosendaal (mal control < 65%).

Resultados: Se han evaluado un total de 1524 pacientes (edad media 77,4 ± 8,7 años; 48,6% mujeres; CHADS₂: 2,3 ± 1,2; CHA₂DS₂VASc: 3,9 ± 1,5; HAS-BLED: 1,6 ± 0,9). El 94,8% de los pacientes tomaba acenocumarol y el 5,2% warfarina. En el 70,7% de los pacientes el control de la anticoagulación lo realizó el médico de atención primaria, en el 8,1% hematología, en el 20,9% atención

primaria y hematología en conjunto, y en el 0,3% cardiología. El número medio de determinaciones de INR registradas por paciente fue $14,4 \pm 3,8$. El porcentaje de tiempo en rango terapéutico fue $63,2 \pm 17,9$ según el método directo, y $69,0 \pm 17,7$ según el método de Rosendaal. El 56,9% de los pacientes tenían un adecuado control de INR según el método directo, y el 60,6% según el método de Rosendaal. En el 30,5% de las determinaciones de INR se modificó la dosis del anticoagulante. En el 46,4% el ajuste de dosis se realizó de manera manual, en el 42,4% de manera automática y en el 11,2% de manera mixta.

Conclusiones: En España el control de la anticoagulación con los antagonistas de la vitamina K se realiza mayoritariamente en atención primaria. A pesar de que aproximadamente sólo el 40% de los pacientes tienen un adecuado control de INR, sólo en el 30% de las determinaciones de INR se modificó la dosis del anticoagulante.

43. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL OCULTA Y RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ÁMBITO DE UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. Ferrer y J.B. Gamón

CS Manuel.

Introducción: La enfermedad renal crónica es una de las principales causas de muerte en el mundo con una gran prevalencia de complicaciones cardiovasculares. Según el estudio EPIRCE, aproximadamente el 10% de la población adulta sufría algún grado de ERC, del 6,8% para los estadios 3-5. En pacientes seguidos en atención primaria con enfermedades tan frecuentes como la HTA o DM, la prevalencia de ERC puede alcanzar cifras del 35-40%. El estudio Erocop, muestra un aumento en el número de personas con enfermedad renal en atención primaria. De una prevalencia del 6% se pasa a más del 21%. La posibilidad de detectar precozmente esta enfermedad en la población de riesgo y así establecer estrategias de prevención que permitan mejorar dicha evolución, supondría un ahorro económico considerable.

Métodos: El objetivo de estudiar la prevalencia de la ERO, entendiendo la ERO como la no diagnosticada según los criterios de la definición de la National Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative. O que se incluyan en la definición de enfermedad renal leve-moderada o enfermedad renal crónica oculta (IRO). Objetivos secundarios serán clasificar los casos según el estadio de la ERC y conocer los factores de riesgo que presenta la población afecta de IRO. Estudio observacional, descriptivo, transversal. La muestra consistirá en la población con analítica completa en sangre y orina, con dos resultados en el intervalo mínimo de tres meses, que incluya la función renal, filtrado glomerular según fórmula MDRD y cociente albúmina/creatinina, así como los datos que permitan clasificar el riesgo vascular del paciente, en pacientes adultos que acudieron a las consultas. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, en los que se realizará una determinación analítica por cualquier motivo de asistencia a la consulta. Criterios de exclusión: paciente diagnosticado de ERC o que no quiera participar en el estudio. Elaboración de las tablas con OpenOffice Calc.

Resultados: Las características de la población ($n = 129$) en función del filtrado glomerular y los valores de laboratorio dividen a los pacientes estadios 1 a 5, distribuidos: estadio 1, 45,7%; estadio 2, 40,2%; estadio 14%; estadio 4, 0% y estadio 5, 0%. Un 14% de los pacientes tienen un grado de ERC no diagnosticado y el grupo que entran en los criterios de la definición de IRO un 16,6%. La prevalencia de la ERC y el riesgo cardiovascular es: 66,6% presenta un IMC > 30 ; 83,3% presenta HTA; 66,6% presenta DM; 31,8% presenta HDL Colesterol < 40 ; 40,9% presenta asociación de HTA+DM; 27,6% presenta asociación de HTA+DM+DL; 5,5% presenta la asociación de HTA+DM+HDL+Tabaquismo; 33,3% presenta una HbA1c $> 6,5$ y el 22,2% presenta ECV.

Conclusiones: De acuerdo con estos datos la ERC es una enfermedad infradiagnosticada e infratratada, lo que supone una pérdida de prevención en los factores de riesgo cardiovascular, perdiéndose la a posibilidad de detectar precozmente esta enfermedad en la población de riesgo y así establecer estrategias de prevención que permitan mejorar dicha evolución.

44. PREVALENCIA Y HALLAZGOS CLÍNICOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

F.J. Garcipérez de Vargas¹, J. Mendoza², C. Ortiz², P. Sánchez², L.E. Lezcano², Z. Kounka², J.J. Gómez², J.M. Durán¹, N. Moreno¹ y D. Fernández-Berges¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Don Benito-Villanueva. ²Servicio de Cardiología, Hospital de Cáceres.

Objetivo: La insuficiencia renal crónica (IRC) se asocia con una alta morbimortalidad cardiovascular. Se define IRC avanzada como los estadios 3 y 4 de la National Kidney Foundation. Nuestros objetivos son determinar la prevalencia de IRC avanzada en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA), estimar qué fórmula de filtrado glomerular (FG) nos permite diagnosticar mayor número de pacientes y en que perfil de pacientes es más frecuente.

Métodos: Se incluyó a 145 pacientes ingresados con SCA durante un período de 6 meses. Se estimó el FG mediante las fórmulas de Cockcroft-Gault (CG) y MDRD4. Se analizaron en todos ellos datos epidemiológicos, la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos y el tipo de SCA.

Resultados: La prevalencia de IRC estadios 3 y 4 fue del 34,5% por CG y del 25,5% por MDRD4. Los pacientes con IRC (estimada por CG) presentaron una mayor edad media ($78,7$ vs $64,8$ años, $p < 0,0005$), mayor prevalencia de hipertensión arterial (80% vs $51,5\%$, $p = 0,001$) y diabetes mellitus (38% vs 20% , $p = 0,019$) y menor índice de masa corporal ($26,17$ vs $28,63$, $p = 0,001$). Además presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica con mayor frecuencia (50% vs $16,8\%$, $p < 0,0005$). Encontramos diferencias en los distintos tipos de SCA [en pacientes con IRC el más frecuente era el IAM no Q (58%) y en pacientes sin IRC el SCACEST ($51,6\%$), $p < 0,0005$]. En los pacientes con IRC se realizó con menos frecuencia cateterismo cardíaco (74% vs $96,8\%$, $p < 0,0005$). Los pacientes con IRC presentaron mayor porcentaje de clase Killip ≥ 2 al ingreso (50% vs $12,7\%$, $p < 0,0005$) y de afectación multivaso ($67,6\%$ vs $42,4\%$, $p = 0,010$). También presentaron mayores cifras de creatinina ($1,32$ vs $0,87$ mg/dl, $p < 0,0005$) y menores cifras de hemoglobina ($12,64$ vs $14,21$ g/dl, $p > 0,0005$). En el análisis multivariable los factores que se asociaron independientemente con la presencia de IRC fueron la edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica previa.

Conclusiones: La prevalencia de IRC avanzada es muy alta en pacientes con SCA. La fórmula de CG detecta a mayor número de pacientes y los encuadra en estadios más avanzados (3b y 4), comparada con MDRD4. Estos pacientes con IRC tienen mayor edad, mayor clase Killip y mayor porcentaje de afectación multivaso.

45. UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA RUTINARIO EN EL ESTUDIO DEL ICTUS EMBÓLICO Y CRIPTOGÉNICO

Z. Kounka, C. Ortiz, P. Sánchez, L.E. Lezcano, M.J. Romero, G. Marcos, M.V. Mogollón, J.J. Gómez y Y. Porras

Hospital San Pedro de Alcántara.

Objetivo: Conocer cuál es la utilidad que tiene la ecocardiografía transtorácica en nuestro medio para la valoración del origen cardioembólico del Ictus de perfil embólico o criptogénico.

Métodos: Analizamos un total de 78 ecocardiogramas realizados a petición del Servicio de Neurología por Ictus de perfil embólico desde septiembre del 2013 hasta mayo del 2014. Se analizaron aquellas situaciones o patologías cardíacas que suponen un aumento de riesgo embólico: ritmo en FA, presencia de valvulopatía mitral y aórtica mayor de moderada, esclerosis valvular mitral y/o aórtica, alteraciones de la contractilidad segmentaria, disfunción ventricular sistólica, cardiopatía hipertensiva, patología de aorta ascendente, presencia de trombos intracavitarios, otras situaciones: foramen oval permeable con aneurisma del septo. Se valoró si los hallazgos suponían información relevante para justificar cambios terapéuticos.

Resultados: El 24,4% de los pacientes (P) estaban en FA conocida antes de realizar el estudio, el 7,7% tenían valvulopatía mitral al menos moderada, el mismo porcentaje que para la aórtica, o para esclerosis valvular mitral (esclerosis o calcificación del anillo) o aórtica relevante. Un 6,4% de P tenía algún tipo relevante de alteración segmentaria de la contractilidad, la disfunción ventricular sistólica estable presente únicamente en el 2,5% de los P, mientras la cardiopatía hipertensiva estaba presente en el 52,6%. Se apreció patología relevante en aorta ascendente (dilatación de raíz y/o aorta ascendente) en el 10,3%, trombos intracavitarios en el 2,6%, todos ventriculares. Se apreciaron otros tipos de alteraciones potencialmente embolígenas en un 6,4%. El 21,8% de los P tenían un estudio completamente normal. Los hallazgos supusieron un cambio terapéutico en el 2,6%, en ningún caso cambió la actitud frente a la necesidad de anticoagulación oral (ACO).

Conclusiones: Aunque la realización indiscriminada de ecocardiogramas a pacientes con Ictus de perfil embólico encuentra algún tipo de anomalía estructural, la mayoría de los hallazgos no tiene impacto terapéutico, y es nulo en cuanto al cambio de actitud para la ACO. La patología más frecuentemente asociada es la cardiopatía hipertensiva y la FA, el 68% de los pacientes en FA tenían cardiopatía hipertensiva y un 31,7% de los que tenían cardiopatía hipertensiva estaban en FA.

46. FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DEL CONTROL DE LA ANTICOAGULACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.M. Lobos¹, J. Polo², D. Vargas³, G. Osorio⁴, C. Escobar⁵, V. Barrios⁶, J.C. del Castillo⁷ y C. Fluixa⁸

¹CS Jazmín. ²CS Cañaverl. ³Hospital de Alta Resolución de El Toyo. ⁴Departamento Médico Bayer. ⁵Departamento de Cardiología, Hospital La Paz. ⁶Departamento de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal. ⁷Hospital San Juan de Dios. ⁸CS Benimaclet.

Objetivo: El estudio PAULA ha evaluado la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España. En el presente trabajo se analizan las variables relacionadas con el buen o mal control del INR.

Métodos: PAULA es un estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. Se han incluido pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en el ámbito de atención primaria en los que se tuviera acceso al menos al 80% de los controles del INR en el último año. Se incluyeron en un análisis multivariante que evaluó las variables que influían sobre el control del INR.

Resultados: Se han evaluado un total de 1.524 pacientes (edad media 77,4 ± 8,7 años; 48,6% mujeres; CHADS2: 2,3 ± 1,2; CHA2DS2-VASc: 3,9 ± 1,5; HAS-BLED: 1,6 ± 0,9). El número total de determinaciones de INR registradas por paciente fue. El 56,9% de los pacientes tenía un adecuado control de INR según el método directo, y el 60,6% según el método de Rosendaal. Un total de 1.450 (95,1%)

pacientes fueron evaluables para este análisis multivariante que identificó los siguientes factores predictivos para presentar un adecuado o inadecuado control del INR: sexo mujer (OR 0,64; IC95% [0,52-0,80] p = 0,000), INR lábil previamente reconocido por el médico (OR 0,14; IC95% [0,09-0,20] p = 0,000), hábitos dietéticos inapropiados -que pueden afectar al control del INR de forma potencial- (OR 0,72; IC95% [0,54-0,96] p = 0,026), número total de comprimidos/día (OR 0,96; IC95% [0,93-0,98] p = 0,005).

Conclusiones: Ser mujer, tener hábitos dietéticos reconocibles como inapropiados y tomar un mayor número de comprimidos al día, predicen un peor control del INR de forma independiente y significativa. La percepción del médico responsable como "INR lábil" se correlaciona muy fuertemente con presentar, de hecho, un inadecuado control. Esto implica que los pacientes no bien controlados están bien identificados por sus médicos de atención primaria.

47. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES MAYORES POLIMEDICADOS E HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD

N. Cohen, A. Roca, J. Cremades, L. Martínez, N. Cardama, E. Martínez, C. Moliner, M.L. Cid, D. López y J.A. Quevedo

CS Justicia.

Objetivo: Nos planteamos como objetivo conocer el perfil de los pacientes mayores polimedcados e hipertensos atendidos en un centro de salud, así como la evolución y los posibles efectos secundarios de los tratamientos concomitantes que pudieran presentar.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo y transversal. Revisamos todas las historias clínicas de pacientes polimedcados a fecha de diciembre del 2013, pertenecientes al centro de salud de Justicia, registradas a través del programa informático AP-Madrid, utilizado en la Comunidad de Madrid. Ateniéndonos a los criterios de inclusión del programa de Atención al Mayor Polimedcado eran pacientes con una edad igual o superior a 75 años que usan de forma habitual 6 o más fármacos. Obteniendo datos sobre: edad, sexo, TA inicial, TA actual, duración del tratamiento, fármacos empleados y posibles efectos secundarios.

Resultados: De 219 historias clínicas que correspondían a todos los pacientes polimedcados del centro de salud (75 años en adelante y 6 o más fármacos) 91 tenían también el diagnóstico de hipertensión (HTA), siendo por lo tanto, el 41,5% de los polimedcados hipertensos. El 30% eran hombres y el 70% mujeres. La edad media era 81 años (rango de 75 a 96). La tensión arterial sistólica (TAS) al inicio del diagnóstico oscilaba entre 140-210 mmHg, siendo la media de 153 mmHg; la tensión arterial diastólica (TAD) inicial estaba entre 110-70 mmHg, con una media de 83 mmHg. Los últimos datos recogidos sobre el control de la TA en estos pacientes era TAS 134 mmHg de media, con un rango entre 180-90 mmHg y la TAD era de 76 mmHg con un rango entre 52-90 mmHg. Respecto a los años de tratamiento con los fármacos hipotensores la media era de 7 años (rango entre 1 y 14 años). En cuanto al número de fármacos la media que tenían prescrito era de 10 (rango de 6 a 19). De los grupos de fármacos hipotensores utilizados, los más frecuentes fueron los IECAS y ARAlI, en un 43,3% y 27% respectivamente, seguidos de diuréticos tiazídicos y betabloqueantes en un 21,4% y 6,3%. Los efectos secundarios reflejados en la historia clínica fueron del 6% y correspondían a mareo, tos e hipotensión.

Conclusiones: 1. La HTA y por lo tanto el tratamiento hipotensor es uno de los componentes principales en los pacientes polimedcados, ya que su presencia se eleva al 41,5%. 2. Que a pesar del elevado número de fármacos y la edad de los pacientes no reflejamos importantes efectos secundarios.

48. VALORACIÓN DESDE AP DEL MANEJO DEL HIPERTENSO EN ESPECIALIZADA

N. Martell¹, A. Galgo², B. Álvarez³, M. Abad¹ y J.A. García¹

¹Unidad de HTA, Servicio de Medicina Interna, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos. ²CS Espronceda. ³CS Andrés Mellado.

Introducción: La comunicación entre los niveles de Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE) es clave en el cuidado del paciente hipertenso. En el estudio actual, se ha evaluado la información obtenida por el médico de AP tras la valoración del paciente derivado a AE.

Métodos: Estudio observacional descriptivo nacional (DERIVA) en hipertensos, derivados por el médico de AP al médico especialista (ME) en HTA. Criterios de inclusión: mayor de 18 años, hipertenso y consentimiento firmado para participar en el estudio. El médico de AP evaluó la información que los ME le comunicaron del estudio y manejo de estos pacientes.

Resultados: Se incluyeron 1769 pacientes, con una media de edad (DE) de 62,4 (13,6) rango 18-99 años, el 45% mujeres. Las razones más frecuentes de derivación fueron: sospecha de HTA secundaria (37,8%), sospecha de HTA refractaria (15,6%), variabilidad extrema de la PA (12,2%) y falta de cumplimiento terapéutico (11,3%). Entre la derivación al ME y la vuelta del paciente a AP transcurrieron una mediana de 57 días, con rango intercuartílico de 26 a 99 días (media = 72 ± 64 días). En la visita basal, la PAS media (DE) fue 159,0 (19,9) (IC95%: 158,0-159,9) mmHg y la PAD 92,3 (12,8) (IC95%: 91,7-92,9) mmHg. En la visita post-derivación los niveles de PA fueron significativamente menores: la PAS media (DE) fue 143,0 (14,4) mmHg (IC95%: 142,3-143,8), y la PAD media (DE) fue 85,5 (10,5) mmHg (IC95%: 85,0-86,0). Al inicio de la derivación, tenían la PA controlada el 8,8% de los individuos, y cuando los pacientes volvieron a su médico de AP, el grado de control de la PA fue del 32,2%. Esta mejora no se acompañó de aumento del número de fármacos antihipertensivos: de 1,6 (1,0) en la visita basal a 1,8 (1,1) a la vuelta del paciente a AP. Valoración del médico de AP del documento post derivación del ME: 80,3% de los pacientes se disponía de respuesta reglada del nivel especializado: en el 76,9% se recogía información de las pruebas realizadas, en un 76,9% con información clínica en relación al diagnóstico, en el 80,4% se especificaba el tratamiento sugerido y en un 71% de los casos se informaba del tipo de seguimiento que debía llevar el paciente. La mayoría de los pacientes seguirían atención en ambos niveles y el 38% serían atendidos exclusivamente en AP. Cuando los médicos de AP valoraron globalmente el proceso de derivación a AE, una amplia mayoría (86%) consideró que ésta había sido de utilidad. Un 46% de médicos de AP no detectaron ningún problema en el proceso de derivación. De los restantes, consideraron problemático: el tiempo excesivo en recibir la respuesta (24,5%), la ausencia de respuesta concreta a lo solicitado en el documento de interconsulta (23,5%), la imposibilidad o dificultad para solicitar aclaraciones (16,9%) y la existencia de un formato de transmisión de la información inadecuado (11,4%). Un 5,1% consideraron una dificultad que más de un especialista se ocupase del seguimiento del paciente derivado. Un 2,2% refirieron otros motivos.

Conclusiones: El proceso de interconsulta con AE en HTA es valorado de manera satisfactoria por los médicos de AP, a pesar de las dificultades y deficiencias que la derivación entre niveles aún presenta

49. ENCUESTA DE ACTITUD EN HTA. ESTUDIO SIMPLITENS

F. Morales¹, N. Martell², M. de la Figuera³, J.A. García² y M. Abad²

¹Universidad de Valencia. ²Unidad de HTA, Servicio de Medicina Interna, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos. ³CS Sardenya, Unidad Docente ACEBA.

Objetivo: Describir la situación actual del tratamiento antihipertensivo en Atención Primaria (AP) en España. 1. Hacer un retrato de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria frente a la hipertensión; 2. Identificar el papel que ejercen factores contextuales (administración, guías, paciente) sobre las decisiones terapéuticas. 3. Validar el modelo de simplificación del tratamiento antihipertensivo.

Métodos: Se utilizó la metodología Delphi (Delphi para investigaciones clínicas de RAND-UCLA), en la que un grupo de expertos busca el consenso en una serie de cuestiones a lo largo de varias rondas, viendo en cada ronda las tendencias generales halladas en las respuestas de la ronda anterior. Se realizaron dos rondas con 140 médicos de atención primaria (MAP) que fue representativa geográficamente. Se plantearon 28 afirmaciones: Las 13 primeras investigaban la actitud terapéutica actual del MAP frente a la hipertensión, las 9 siguientes el impacto de los factores circunstanciales (administración, guías y paciente) sobre las decisiones terapéuticas y las 6 últimas la validación del modelo simplificado de tratamiento hipertensivo.

Resultados: Se obtuvo consenso en la primera ronda en 4 y en la segunda en 8 (total 12 de 28), con la siguiente distribución: 4 de 13 correspondientes a actitud terapéutica, 4 de las 9 referidas a factores circunstanciales y 4 de las 6 referidas a la validación del modelo. El consenso es bajo sobre la actitud terapéutica: 1. Los médicos están de acuerdo en que lo importante es reducir las cifras de presión arterial (86%), 2. Crean que no todos los grupos de antihipertensivos son igual de eficaces (%). 3. No creen que iniciar el tratamiento con un diurético facilite el control y utilizan los ARA-II no solo en pacientes con efectos secundarios (tos) a IECA (%). Hubo votaciones neutrales superiores al 50% en cuatro afirmaciones que se podrían interpretar como falta de conocimiento o indecisión, (por ejemplo cuando se plantea el uso de los distintos tipos de calcioantagonistas). Respecto de los factores circunstanciales hubo consenso sobre que las recomendaciones de las administraciones sanitarias no facilitan la prescripción de combinaciones de antihipertensivos, pero no se logra consenso sobre la influencia que las restricciones puedan tener sobre el control del paciente. Hubo acuerdo en contra de la afirmación de que todas las guías recomiendan iniciar el tratamiento con diuréticos o betabloqueantes, esto contrasta con el acuerdo al 90% en que el tratamiento escalonado está vigente. En lo referente al esquema simplificado, en una primera lectura cabría pensar que los MAP conocen y tienen asumida la necesidad de simplificar el tratamiento. No obstante parece que hubo falta de información sobre la eficacia relativa de los distintos grupos de antihipertensivos y sobre la utilización de la doble y triple terapia tanto por separado como en combinación fija.

Conclusiones: Llama la atención el consenso en contra de la afirmación de que la eficacia de todos los grupos de antihipertensivos es similar, lo que supone ignorar los resultados de los numerosos metaanálisis publicados en los últimos años e incluso las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Sería deseable iniciar acciones formativas sobre todos los aspectos del tratamiento antihipertensivo y necesario especialmente formar sobre las evidencias disponibles en cuanto a la eficacia de los distintos fármacos en monoterapia y combinación y, muy especialmente, en cuanto a los criterios de selección del tratamiento inicial en los distintos grupos de pacientes.

50. ESTADO BASAL PREVIO AL INGRESO EN MEDICINA INTERNA DE PACIENTES DE EDAD AVANZADA

E. Martínez¹, L. Folgado¹, C. Martín², M. Chimento¹, C. Martín¹, F. Ballesteros¹, J. Soto¹, S. Muñoz¹, V. Domínguez¹ y S. Fernández¹

¹Complejo Asistencial de Zamora. ²Residencia Ruta de la Plata.

Objetivo: Conocer la situación global basal de los pacientes que ingresan desde Urgencias en el servicio de Medicina Interna, así como la procedencia y el grado de dependencia para el cuidado y administración de fármacos, dichos pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal de los pacientes ingresados a cargo del servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Zamora durante el primer semestre del año 2014. Eligiéndose 100 pacientes mayores de 90 años de manera aleatoria. Se analizaron los siguientes parámetros: Edad, sexo, situación de dependencia previa al ingreso, procedencia del paciente en el momento del ingreso, distribución de pacientes según sexo, procedencia y estado basal, motivo por el que se produce el ingreso y diagnóstico al alta.

Resultados: De los 100 pacientes analizados 70 eran mujeres, tanto la edad media global como la estratificada por sexo fue de 92,2 años. 48 de los pacientes eran dependientes en el momento previo al ingreso, de los cuales 34 eran mujeres y 14 hombres. 43 pacientes procedían de instituciones geriátricas, de los cuales 28 eran dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel < 30). De los que procedían de domicilio (57 pacientes), 20 eran dependientes. El motivo más frecuente de consulta fue la disnea (41%), seguido de la fiebre (18%), siendo el diagnóstico principal al alta el de insuficiencia cardiaca (28%). Ocurrieron durante el ingreso 17 exitus, de los cuales 9 procedían de instituciones geriátricas y 8 de residencias familiares.

Conclusiones: Mayor número de mujeres de edad avanzada. Gran dependencia funcional en los pacientes de edad avanzada previa al ingreso. Importante proporción de pacientes atendidos por cuidadores, familiares o ellos mismos en edades avanzadas. La disnea es el síntoma más frecuentemente encontrado en los pacientes analizados, siendo el origen cardiaco la etiología más frecuente. Mayor tasa de exitus en paciente procedentes de instituciones geriátricas.

51. CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ÁLAVA

G. Mediavilla¹, A.A. Rodríguez¹, J. Iturralde¹, M. Cortés¹, J. García¹, J.L. Hurtado¹, J. Martínez¹, M.L. Alarcía¹, I. González¹ y J. Ocharan²

¹Comarca Araba. ²Hospital Universitario de Álava.

Introducción: La hipertensión arterial (Hta) es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Sabemos que hay una relación directa entre cifras

de PA y desarrollo de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular. Con nuestro estudio hemos querido analizar el resultado del trabajo de todos los estamentos sanitarios implicados en la lucha contra la Hta en nuestra Área Sanitaria.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Septiembre de 2014 en Comarca Araba (305.086 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 2014.

Resultados: Tabla.

Conclusiones: Hemos encontrado en nuestro estudio que el grado de control es pobre, aunque ligeramente superior al de estudios similares realizados en nuestro país. Indicar que ha disminuido respecto a los datos de años anteriores. Debemos esforzarnos en mejorar nuestro cribado con el fin de detectar más pacientes hipertensos, así como en el control periódico de los ya diagnosticados con el fin de ir aumentando el porcentaje de hipertensos con un buen control de su enfermedad, gracias a conseguir una mejor adherencia al tratamiento, un cambio real en los estilos de vida, etc.

52. CONTROL DE LA OBESIDAD EN COMARCA ARABA

G. Mediavilla, A.A. Rodríguez, J. Iturralde, C. Fernández, M.I. Fernández, I. de la Cruz, I. Calvo, S. Llano, J. Polo y V. Agea Comarca Araba.

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 14 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 septiembre de 2014 en Comarca Araba (305.086 habitantes, de los que 264.181 son mayores de 14 años). Se utilizó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los CBA en relación con la obesidad.

Resultados: Nº de personas diagnosticadas de obesidad: 24.436 personas. Prevalencia mayores de 16 años: 9,25%. Control anual del IMC: 82,79%. Han mantenido o reducido su peso: 39,19%.

Conclusiones: Vemos que la obesidad está infradiagnosticada en nuestro medio pues según otros estudios (Encuesta Vasca de salud 2013) la prevalencia sería de un 13,4%. Encontramos un aceptable control anual y un no tan aceptable 60% de nuestros obesos que continúan aumentando su peso, lo que obliga a implementar más medidas en la lucha contra esta denominada epidemia silenciosa.

53. CONTROL DEL TABAQUISMO EN COMARCA ARABA

G. Mediavilla¹, A.A. Rodríguez¹, J. Iturralde¹, M. Pinel¹, M. López¹, M. Cortés¹, A. de Azaola¹, I. Gómez², A. Ruiz de Loizaga¹ y U. Arteché¹

¹Comarca Araba. ²Hospital Universitario de Álava.

Introducción: 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

Tabla Comunicación 51.

Población diana	264.181
Cribado de Hta	57,14%
Nº Hipertensos diagnosticados	46.997
Prevalencia Hta	17,79%
Estudio analítico básico	85,82%
Estudio analítico periódico	72,91%
Determinación del RCV	58,10%
Estudio ECG	83,30%
Control de Enfermería	42,71%
Buen control TA (TA < 140/80 mmHg)	43,33%

(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 septiembre de 2014 en Comarca Araba (305.086 pacientes, de los que 264.181 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: 73,15%. Prevalencia mayores de 14 años: 20,59%. Diagnóstico de motivación: 56,33%. Consejo: 58,56%. Exfumadores: 10,40%.

Conclusiones: Aunque el porcentaje de cribado creemos que es bueno, deberemos esforzarnos más en el consejo para lograr el abandono del tabaquismo en una mayor proporción. Suponemos que la cifra de ex fumadores pueda ser debida a un mal registro del dato y que la cifra real sea algo más alta.

54. ÍNDICE TOBILLO-BRAZO, FRCV Y DM TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

S. Rodrigo¹, A. Montiel¹, B. López², M. Nery¹, M. Hernández¹, G. Hernández¹, M. Fernández³ y S. Pérez¹

¹CS Casto Prieto (San José). ²Hospital Universitario de Salamanca. ³Gerencia de Atención Primaria.

Objetivo: El índice tobillo-brazo (ITB) es una exploración no invasiva útil para determinar la existencia de enfermedad arterial periférica isquémica y que puede ser realizada en Atención Primaria. El objetivo del presente trabajo de investigación es conocer el ITB en un grupo de pacientes de nuestro Centro de Salud, así como observar la presencia de FRCV y/o DM tipo 2 y analizar la posible relación existente entre ellos. Ámbito: Atención Primaria urbana.

Métodos: Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal. Variables: edad, sexo, ITB, tabaco, HTA, TAS, TAD, DM tipo 2, HbA1c, colesterol total, cHDL, cLDL, triglicéridos, índice de masa corporal, creatinina e hipertrofia ventricular izquierda en el ECG. Población de estudio: se incluyeron 87 pacientes con algún FRCV y/o DM tipo 2 a quienes se determinó ITB con aparato automático Microlife. Métodos empleados: chi-cuadrado para comparación de variables nominales independientes y ANOVA para comparación de medias de varios grupos.

Resultados: Edad: rango 41 a 85 años, media 65 años. Sexo: varones 62%. HTA 61 pacientes (70%), de los cuales tres presentaron HVI en el ECG. Fumadores 36 (41,4%). Diagnosticados de DM tipo 2, 44 (50,6%), con media de Hb A1c 6,99%. Ningún paciente de la muestra presentó ITB < 0,5; 20 pacientes (22,9%) tuvieron ITB entre 0,51 y 0,9, enfermedad arterial periférica (EAP) moderada; 60 (68,9%) mostraron ITB normal y 7 pacientes (8%) ITB > 1,3, rigidez arterial. Las medias observadas para cada uno de los tres grupos (EAP, ITB normal y rigidez arterial), respectivamente, fueron las siguientes: Fumadores (40%, 40% y 57%); HTA (80%, 66,6% y 71,4%); TAS (133,9, 134,6 y 128,6 mmHg); TAD (73, 77 y 77,8 mmHg); DM2 (40%, 56,6% y 28,5%); HbA1c (7,1%, 6,9% y 7,6%); CT (196, 187 y 175 mg/dl); cHDL (48,6, 53,7 y 55,6 mg/dl); cLDL (122, 109 y 92,6 mg/dl); TG (136,4, 116,9 y 148,4 mg/dl); IMC (28,1, 28,3 y 31 kg/m²); Creatinina (0,99, 0,93 y 0,8 mg/dl). Los tres pacientes con HVI en el ECG tuvieron ITB normal. A continuación analizamos si los diferentes FRCV y la DM tipo 2 presentan alguna relación con los 3 grupos de ITB obteniendo los siguientes resultados: para el tabaco, la HTA y la DM tipo 2 utilizamos la Chi-cuadrado sin obtener relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Para el resto de variables, aunque se observó diferencias entre las medias de los tres grupos, estas diferencias no eran estadísticamente significativas al aplicar

ANOVA ($p > 0,05$), por lo tanto, no es necesario fijarse en las pruebas post-hoc.

Conclusiones: El grupo de pacientes con EAP presentó el mayor porcentaje de hipertensos. Las medias de TAS y TAD fueron normales en todos los grupos. La prevalencia de DM tipo 2 fue más elevada entre los pacientes con ITB normal, que en los otros grupos. En este grupo se constató también un mejor control, Hb A1c < 7%. No se han observado relaciones estadísticamente significativas entre los diferentes FRCV y la DM tipo2 con el ITB.

55. PREVALENCIA DE MICROALBUMINURIA EN POBLACIÓN HIPERTENSA ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN CRITERIOS ESH 2013. ESTUDIO PRESCAP 2010

M.A. Prieto¹, F.J. Alonso², J.L. Llisterri³, G.C. Rodríguez⁴, V. Barrios⁵, C. Escobar⁶, S. Cinza⁷, D. Rey⁸, S. Velilla⁹ y A. Barquilla¹⁰

¹CS Vallobin-La Florida. ²CS Sillera. ³CS Ingeniero Joaquín Benlloch. ⁴CS Puebla de Montalbán. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal. ⁶Servicio de Cardiología, Hospital La Paz. ⁷CS Porto do Son. ⁸CS A Estrada. ⁹CS Ancín. ¹⁰CS Trujillo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de microalbuminuria (MAU) en población hipertensa asistida en atención primaria (AP) y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular o renal establecida.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico, que incluyó hipertensos ≥ 18 años asistidos en AP de todo el territorio español. Se consideró MAU como la presencia de un valor de cociente albúmina/creatinina ≥ 30 mg/g.

Resultados: Se incluyeron 3.559 pacientes hipertensos, edad 69 ± 4 años, 46% mujeres, índice de masa corporal $29,9 \pm 4,7$ Kg/m². La PA sistólica/PA diastólica fue $136,0 (14,3) / 78,9 (9,5)$ mmHg. La prevalencia de MAU fue del 15,5% (hombres 17,5%, mujeres 13,8%). MAU correlacionó con diabetes 63,7% vs 40,5%, $p = 0,000$; dislipemia 72,2% vs 63,8%, $p = 0,000$; síndrome metabólico 70,5% vs 60,6%, $p = 0,000$; hipertrofia de ventrículo izquierdo 17,2% vs 8,3%, $p = 0,000$; con filtrado glomerular estimado por MDRD < 60: 35,8% vs 18,2%, $p = 0,000$ e incremento de creatinina como lesión de órgano diana 14% vs 6,7%, $p = 0,000$. La MAU fue más prevalente en presencia de enfermedad cardiovascular o renal establecida 46,5% vs 28,5%, $p = 0,000$. El grado de control de PA fue peor en los pacientes con MAU (45%) respecto a los que no tenían MAU (61,3%), $p = 0,000$.

Conclusiones: Uno 15% de los hipertensos atendidos en AP presenta MAU. La MAU es más prevalente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana, enfermedad cardiovascular. Los pacientes con MAU tienen un peor grado de control de su PA.

56. IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y RENAL. DATOS BASALES DEL ESTUDIO IBERICAN

M.A. Prieto¹, J.L. Llisterri², V. Barrios³, J.J. Badimon⁴, M.C. Díaz⁵, V. Laso⁶, C. Santos⁷, J. Polo⁸, A. García⁹ y A. Alonso¹⁰

¹CS Vallobin-La Florida. ²CS Ingeniero Joaquín Benlloch. ³Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal. ⁴Laboratorio de Investigaciones Cardiovasculares y Biológicas, Mount Sinai Hospital. ⁵CS Los Cármenes. ⁶CS Orcasitas. ⁷CS Azuqueca de Henares. ⁸CS Casar de Cáceres. ⁹CS Almendrales. ¹⁰CS Consultorio Illana-CS Tarancón.

Objetivo: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos

en las consultas de Atención Primaria en España. Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

Métodos: En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Los pacientes serán seguidos por lo menos cada 6 meses, y durante un periodo mínimo de 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se estima que la población global alcance los 15.000 individuos. Se presentan las características basales del primer corte (n = 830).

Resultados: La edad media de los sujetos incluidos es $57,9 \pm 14,1$ años, y el 57,1% mujeres. El 48,7% vive en un hábitat urbano, y el 59,2% tiene estudios primarios. El 54,1% tienen dislipemia, el 50,1% tienen obesidad abdominal, el 47,5% hipertensión arterial, el 29,8% no practica ningún ejercicio físico, el 17,7% tienen diabetes, y el 15,9% son fumadores activos. El 10,8% tienen antecedentes de cardiopatía isquémica, el 7,9% un filtrado glomerular (MDRD) < 60 ml/min, el 5,3% de ictus, el 2,4% de fibrilación auricular y el 1,9% de insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: A pesar de que la población atendida en Atención Primaria es relativamente joven, la prevalencia de factores de riesgo es muy elevada, lo que tendrá un impacto importante en el desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular.

57. IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y RENAL. DIFERENCIAS EN LOS DATOS BASALES SEGÚN PRESENCIA DE DIABETES. ESTUDIO IBERICAN

S. Cinza¹, C. Escobar², A. Díaz³, G.C. Rodríguez⁴, A. Serrano⁵, A. Santos⁶, T. Sánchez⁷, M. Martín⁸, F.V. Martínez⁹ y F. Suárez¹⁰

¹CS Porto do Son. ²Servicio de Cardiología, Hospital La Paz. ³CS Bembibre. ⁴CS Puebla de Montalbán. ⁵CS Repélega. ⁶CS Sangonera la Verde. ⁷CS Ingeniero Joaquín Benlloch. ⁸CS Lutxent, Consultorio Auxiliar de Quatretonda. ⁹CS Astorga. ¹⁰CS San Roque.

Objetivo: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Se presentan las características basales del primer corte según la presencia de diabetes (n = 830).

Métodos: En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Los pacientes serán seguidos por lo menos cada 6 meses, y durante un periodo mínimo de 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador.

Resultados: De los pacientes incluidos, el 17,7% tenían diabetes. En la tabla se exponen las principales diferencias según la presencia de diabetes.

Conclusiones: Los pacientes con diabetes atendidos en Atención Primaria son más mayores, tienen más factores de riesgo cardiovascular y más insuficiencia renal que los pacientes sin diabetes, lo que hace que sean una población de especial riesgo.

Tabla Comunicación 57.

Variable	Diabetes	No diabetes	P
Edad (años)	65,3 ± 10,3	56,3 ± 14,2	< 0,001
Sexo, mujeres (%)	49,7	58,7	0,044
Dislipemia (%)	72,8	50,1	< 0,001
Hipertensión arterial (%)	77,6	41,0	< 0,001
Obesidad abdominal (%)	63,9	47,1	< 0,001
No práctica ningún ejercicio (%)	37,0	29,1	NS
Fumador (%)	13,6	16,4	NS
Cardiopatía isquémica (%)	9,5	11,1	NS
Filtrado glomerular (MDRD) < 60 ml/min (%)	14,5	6,4	< 0,001
Ictus (%)	3,4	5,7	NS
Fibrilación auricular (%)	0,7	2,8	NS
Insuficiencia cardiaca (%)	2,1	2,0	NS

Tabla Comunicación 58.

Variable	Varón	Mujer	P
Edad (años)	58,5 ± 13,6	57,4 ± 14,4	NS
Dislipemia (%)	54,8	53,6	NS
Hipertensión arterial (%)	51,4	44,5	0,049
Obesidad abdominal (%)	38,2	59,1	< 0,001
No práctica ningún ejercicio (%)	24,2	35,2	< 0,001
Diabetes (%)	20,8	15,4	0,044
Fumador (%)	19,7	13,1	0,010
Cardiopatía isquémica (%)	12,1	9,9	NS
Filtrado glomerular (MDRD) < 60 ml/min (%)	6,0	9,2	NS
Ictus (%)	5,1	5,5	NS
Fibrilación auricular (%)	2,8	2,1	NS
Insuficiencia cardiaca (%)	1,4	2,3	NS

58. IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y RENAL. DIFERENCIAS EN LOS DATOS BASALES SEGÚN EL SEXO. ESTUDIO IBERICAN

V. Pallarés¹, J. Vergara², A. Barquilla³, A.M. de Santiago⁴, F. Valls⁵, V. Chavero⁶, J.M. Fernández⁷, A. Moyá⁸, R. Piedra⁹ y O. Mahmoud¹⁰

¹Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas. ²CS Huércal de Almería. ³CS Trujillo. ⁴CS Cogolludo. ⁵CS Benigànim. ⁶CS San Antonio, Consultorio Local de Torreorgaz. ⁷CS Zona Centro. ⁸CS Santa Catalina. ⁹CS Azuqueca de Henares. ¹⁰CS Bembibre.

Objetivo: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Se presentan las características basales del primer corte según el sexo (n = 830).

Métodos: En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Los pacientes serán seguidos por lo menos cada 6 meses, y durante un periodo mínimo de 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador.

Resultados: De los pacientes incluidos, el 57,1% eran mujeres. En la tabla se exponen las principales diferencias según el sexo.

Conclusiones: Existen diferencias relevantes en la distribución de factores de riesgo cardiovascular según el sexo, lo que puede implicar la necesidad de enfocar el abordaje de los mismos de manera diferente.

59. PREHIPERTENSIÓN EN ASTURIAS, DATOS DEL QUINTO AÑO DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO PREVASTURIAS

M.A. Prieto¹, A. de la Escosura², J. Jesús³, M.B. González¹, L. Bousquets⁴, C. Vidal⁵, J. Baños⁶, A. Iglesias⁷, V. López⁷ y R. Marín⁸

¹CS Vallobín-La Florida. ²CS la Corredoria. ³CS Pola de Laviana. ⁴CS Tineo. ⁵CS Raíces. ⁶CS Lugo de Llanera. ⁷CS Ventanielles. ⁸Centro Médico de Asturias.

Objetivo: El objetivo del trabajo es conocer la proporción de sujetos que progresan de prehipertensión (subgrupo PA normal-alta) a hipertensión arterial mantenida (HTA) y verificar la incidencia de daño orgánico subclínico y de enfermedad cardiovascular.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo de 5 años de seguimiento. Los datos basales incluyeron 682 demandantes de salud de ambos sexos con edad entre 40 y 65 años y cifras de PA normal-alta (130-139/85-89 mmHg). Para la visita basal se excluyeron sujetos diabéticos, con enfermedad cardiovascular o renal previa o que precisasen agentes cardioprotectores con efecto antihipertensivo. Se realiza un primer corte transversal en el primer año de seguimiento. En cada paciente se analizaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): nuevos diagnósticos de HTA y de diabetes, dislipemia, hábito tabáquico y obesidad. Lesión subclínica de órgano (LSO): hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) por ECG, aumento ligero de creatinina sérica, presencia de microalbuminuria, insuficiencia renal con un valor del filtrado glomerular (FG) por algoritmo MDRD < 60 ml/min. Patología cardiovascular (CV) o renal: cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica y enfermedad renal. Se estratificó el riesgo cardiovascular según la guía ESH-ESC 2007.

Resultados: La muestra inicial del estudio en visita basal fue de 682 casos. Tras 5 años de seguimiento el número de casos es de 603 (301 hombres y 302 mujeres), hemos tenido 79 pérdidas (11,5%). La edad media es de 57,3 ± 6,9 años. 192 sujetos prehipertensos (28,1%) han evolucionado a HTA. La prevalencia de otros FRCV en

tre visita inicial y final: diabetes 0% vs 5,7% (p = 0,000); hipercolesterolemia 40,5% vs 56,6% (p = 0,000); obesidad 31,5% vs 34% NS; hábito tabáquico 22% vs 15,2 (p = 0,005); HVI 0,7% vs 0,7% NS; microalbuminuria 2,1% vs 2,1% NS; filtrado glomerular disminuido 3,1% vs 3,5% NS; cardiopatía isquémica 1,8% vs 1,8% NS; ACV 0,7% vs 0,7% NS; insuficiencia cardíaca 0,1% vs 0,3% NS; arteriopatía periférica 0,6% vs 0,2% NS. El riesgo cardiovascular alto o muy alto: 41,9% vs 53,9% (p = 0,000).

Conclusiones: En 5 años de seguimiento un 28% de sujetos prehipertensos desarrollan hipertensión arterial. Hemos encontrado diferencias a favor de mayor prevalencia de diabetes e hipercolesterolemia, así como un riesgo cardiovascular alto o muy alto con mayor prevalencia.

60. ¿PENSAMOS EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR ANTE UN PACIENTE CON APNEA DEL SUEÑO?

T. Rama¹, P. Beato², S.C. Mendes¹, Y. Maltas¹, R. Rodó¹, J. Tolo¹ y G. Fernández¹

¹CAP El Masnou. ²Consultori Barri Cotet.

Introducción: El síndrome de apnea del sueño (SAOS) se caracteriza por obstrucciones de la vía aérea alta periódicas, parciales o completas durante el sueño y comporta un aumento del riesgo cardiovascular y mortalidad, debido probablemente a procesos oxidativos e inflamatorios, entre otros. Afecta al 4% de los hombres y 2% de las mujeres y aumenta con la edad y la obesidad. El SAOS es un factor de riesgo independiente para la Hipertensión Arterial (HTA) y es responsable de hasta un 40% de los casos de HTA refractaria. Su diagnóstico y trascendencia suelen infraestimarse.

Objetivo: Conocer los antecedentes cardiovasculares, la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su grado de control en pacientes diagnosticados de SAOS atendidos en Atención Primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal que incluyó a todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de SAOS confirmado atendidos en un Centro de Salud semiurbano los dos últimos años. Se excluyeron pacientes institucionalizados, desplazados o con diagnóstico de SAOS no confirmado. Variables analizadas: Edad, sexo, antecedentes personales de cardiopatía, ictus, nefropatía, enfermedad arterial periférica, FRCV: hipertensión arterial (HTA), arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACXFA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol. Presión arterial sistólica: PAS, presión arterial diastólica (PAD), HbA1c (si DM), colesterol total (CT), LDL-colesterol, triglicéridos (TG), índice de masa corporal (IMC). Uso de CPAP (presión positiva continua de la vía aérea). Fuente: historia clínica informatizada (programa ECAP). Se consideró buen control: PA < 140/90 mmHg, HbA1c < 7% (si DM), CT < 200 mg/dl, LDL-colesterol < 130 mg/dl, TG < 150 mg/dl.

Resultados: Se encontraron 269 pacientes con diagnóstico de SAOS confirmado, 74,7% hombres, 25,3% mujeres. Edad media: 62,3 ± 10,7 años. El 21,9% eran menores de 55 años. Antecedentes de cardiopatía isquémica: 10,8%, Insuficiencia cardíaca: 7%, enfermedad cerebrovascular: 8,5%, nefropatía 12,6%, arteriopatía periférica 4%. El 73,9% utilizaba CPAP. Prevalencia de FRCV: HTA: 57,2%, ACXFA: 9,6%, DM 23%, dislipemia: 55,7%, obesidad: 64,6% (5,9% obesidad mórbida), tabaquismo: 33,4%, consumo excesivo de alcohol: 4%. Control de FRCV: HTA: 72,5%, HbA1c (DM): 59,6%, colesterol total: 52,4%, LDL-colesterol: 59,8%, triglicéridos: 58,3%.

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados de SAOS atendidos en nuestras consultas tienen un riesgo cardiovascular elevado. El grado de control de los FRCV es deficiente, excepto la HTA.

61. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO PRESCAP 2010

T. Rama¹, F.J. Alonso², P. Beato³, M.A. Prieto⁴, C. Santos⁵, R. Genique⁶, F. Valls⁷, I. Gil⁸, V. Pallarés⁹ y G.C. Rodríguez¹⁰

¹CAP El Masnou. ²CS Silleria. ³Consultorio Barri Cotet. ⁴CS Vallobín-la Florida. ⁵CS Azuqueca de Henares. ⁶CAP Sant Carles de la Rápita. ⁷CS de Benigàmin. ⁸ABS Aran. ⁹Unidad Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas. ¹⁰CS la Puebla de Montalbán.

Objetivo: Conocer la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su grado de control en población hipertensa española diagnosticada de enfermedad cerebrovascular (ECV) y atendida en Centros de Atención Primaria. Diferencias según sexo.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico que incluyó pacientes hipertensos mayores de 18 años con tratamiento antihipertensivo, seleccionados por muestreo consecutivo. Variables analizadas: edad, sexo, antecedentes de ECV (ictus isquémico, hemorragia cerebral y accidente isquémico transitorio), FRCV: diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, sedentarismo. Presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), y LDL-colesterol. Se consideró ECV, diabetes y/o dislipemia si constaba en la historia clínica, obesidad si el índice de masa corporal (IMC) era igual o superior a 30, no sedentario si caminaba activamente media hora al día o practicaba deporte 3 veces o más a la semana. Fumador si en el último mes había fumado un cigarrillo como mínimo al día. Sospecha de consumo elevado de alcohol si la ingesta diaria era igual o superior a 4 cervezas, 4 vasos de vino, 2 giúsquis (o similar) o 3 carajillos. Se consideró buen control de PA si era inferior a 140/90 mmHg y LDL-colesterol menor de 100 mg/dl.

Resultados: De una muestra de 12.961 hipertensos, el 4,5% (583 pacientes) tenía antecedentes de ECV. El 48% de éstos eran hombres y el 52% mujeres ($p < 0,0001$). Por grupos de edad: el 16,5% eran menores de 55 años y el 12% mayor de 80 años. FRCV: dislipemia: 95,6% (el 97,2% de los hombres-el 93,3% de las mujeres, $p = 0,07$), DM: 42,1% (el 42,9% de los hombres- el 41% de las mujeres, $p = 0,6$), tabaquismo: 12% (el 17% de los hombres-el 5,2% de las mujeres, $p = 0,0001$). Obesidad: 37,7% (36,4% de los hombres- 39,6% de las mujeres, $p = 0,4$), Sedentarismo: 59,8% (53,7% de los hombres-68% de las mujeres, $p = 0,001$). Ingesta elevada de alcohol: 11,8% (el 19,9% de los hombres-el 11,8% de las mujeres, $p = 0,0001$). El 62,8% tenía buen control de la PA (el 63,7% de los hombres- 61,6% de las mujeres, $p = 0,6$). El 38,4% tenía buen control del LDL-colesterol (el 42,5% de los hombres-el 32,7% de las mujeres, $p = 0,0001$).

Conclusiones: La prevalencia de FRCV en pacientes hipertensos con antecedente de enfermedad cerebrovascular es elevada. Más de la mitad de los pacientes tienen la PA bien controlada, pero el grado de control de la dislipemia, factor de riesgo más prevalente en ambos sexos, es todavía deficiente.

62. ¿PREDICAMOS CON EL EJEMPLO? PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL SANITARIO DE UN ÁREA DE SALUD

S. Riera¹, M.J. Parejo¹, A. Ubieto¹, M.E. Monedero¹, N. Sánchez¹ y H. Sánchez²

¹ABS Bordeta-Magòria. ²CUAP Sant Martí.

Objetivo: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituye la primera causa de muerte en España (31,2%) y la segunda en Catalunya (28,45%), aunque continúa ocupando el primer lugar en el

caso de las mujeres (31,49%). La importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) ha sido ampliamente demostrada por diversos estudios, mostrando que la disminución de la mortalidad coronaria se debe en más del 50% a la intervención sobre estos FRCV. Es por ello que las personas que nos dedicamos a la salud, debemos tener conciencia plena de la importancia de nuestra participación en la educación sanitaria no sólo en la prevención de FRCV sino que además debemos estar dispuestos a ayudar con los medios necesarios a quienes experimenten dificultades para dejar estos hábitos, como la OMS destaca. El objetivo del nuestro estudio fue describir la prevalencia de los FRCV en el personal sanitario que trabaja en un centro de salud urbano.

Métodos: Estudio descriptivo sobre 40 trabajadores del Centro de Salud Bordeta-Magòria (Barcelona). Se explicó el objetivo del estudio y se solicitó la participación de los trabajadores del centro. A cada participante se le entregó un cuestionario autoadministrado donde se recogían edad, género, hábito tabáquico, consumo de alcohol, actividad física, antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, ictus y arteriopatía periférica y antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Además, también se registraron peso, talla e índice de masa corporal (IMC) en el momento que se recogía la encuesta autoadministrada.

Resultados: La edad media de los 40 participantes fue de $46 \pm 8,8$ años, de los cuales el 77,5% eran mujeres. La presencia de FRCV se distribuía de la siguiente forma, hábito tabáquico en el 17,5% (22,2% de los hombres, 16,13% mujeres) con una media de 11 ± 6 cigarrillos/día y un 30% eran exfumadores (11,1% hombres, 35,48% mujeres). Un 2,5% tenían un consumo de alcohol de alto riesgo. El IMC medio fue de $24,6 \pm 4,16$, presentando obesidad un 10% (6,45% en las mujeres y un 22,22% en los hombres) y sobrepeso el 25% (19,35% mujeres, 44,44% hombres). El perímetro de cintura medio fue $98,2 \pm 13,1$ en hombres y $85,5 \pm 7,6$ en mujeres, presentando obesidad central en el 66,67% de los hombres y el 83,33% de las mujeres, según los valores que establece la International Diabetes Federation para población europea (≥ 94 cm en hombres, ≥ 80 cm en mujeres). Con respecto a la actividad física, un 10% eran sedentarios y un 2,5% eran mínimamente activos. El 15% estaban diagnosticados de HTA, un 12,5% de hipercolesterolemia y un 5% de DM. Un 7,5% presentaba enfermedad cardiovascular en el momento de la encuesta y un 10,53% tenían antecedentes de ECV en familiares de primer grado.

Conclusiones: Los prevalencias encontradas fueron discretamente inferiores a la media de Cataluña en todos los FRCV, destacando especialmente el tabaquismo y el sedentarismo. Aunque la obesidad encontrada en nuestro estudio fue menor a la descrita en la población general, sí destaca una gran presencia de obesidad central. La presencia de HTA, DM y hipercolesterolemia fue menor a la de la población general. Es importante que los profesionales demos ejemplo en aquellos estilos de vida que son los principales responsables de las patologías cardiovasculares.

63. ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL AÑO 2014 EN COMARCA ARABA

A.A. Rodríguez, G. Mediavilla, J. Iturralde, S. del Amo, A. Sauto, N. González, M.E. Ortega, A. López de Viñaspre, M.T. Amiano y A. Solar

Comarca Araba.

Objetivo: En nuestra oferta preferente tenemos que realizar cribado del riesgo cardiovascular (RCV) mediante la tabla Regicor (determinación de colesterol total, HDL, y triglicéridos, y resto de parámetros de la tabla) al menos cada 4 años a los hombres entre 40-74 años y a las mujeres entre 45-74 años de edad, ambos inclusive. En cuanto a la evaluación de los antecedentes familiares de

Tabla Comunicación 64.

Población diana	
2008	221.797
2014	264.181
Cribado: nº cumplidos	
2008	122.957 (55,44%)
2014	193,248 (73,15%)
Prevalencia	
2008	17,46%
2014	20,59%
Consejo/oferta	
2008	50,22%
2014	58,56%
Exfumadores	
2008	1,37%
2014	10,40%

bemos realizar a toda persona con un RCV intermedio (Regicor 10-19) una anamnesis sobre los antecedentes familiares de primer grado de los eventos cardiovasculares en familiares menores de 55 años en varones y 65 años en mujeres así como interrogar sobre existencia de hiperlipidemias congénitas aterogénicas. A todas las personas con riesgo intermedio o alto según Regicor se les realizará en Consulta de Enfermería un seguimiento anual con toma de PA, registro de peso con talla de referencia, consejo sobre modificación de estilos de vida (abandono de tabaco, dieta mediterránea, ejercicio físico), cumplimiento farmacológico en caso de que se haya prescrito y actualización del cálculo Regicor. Con nuestro estudio hemos querido analizar el resultado del trabajo de todos los estamentos sanitarios implicados en la lucha contra el Riesgo Cardiovascular en nuestra Área Sanitaria.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en septiembre de 2014 en Comarca Araba (305.086 habitantes). Se empleó el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención a nuestros pacientes en este año 2014.

Resultados: Cribado del RCV 35,69%. RCV Ante. Familiares 53,31%. RCV Control Enfermería 21,37%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos son no son satisfactorios. Debemos plantearnos hacer más hincapié en el cribado del RCV de nuestros pacientes como herramienta para poder determinar tanto nuestros esfuerzos como nuestras actitudes terapéuticas en los pacientes que lo precisen. Así como un mejor manejo en aquellos a los que se lo hemos determinado de cara a conseguir una disminución del mismo.

64. CONTROL DEL TABAQUISMO EN LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS EN COMARCA ARABA

A.A. Rodríguez, G. Mediavilla, J. Iturralde, A. Solar, N. González, A. Basabe, M. Pinel, A. Iñiguez de Ciriano, I. González y B. Barrios
Comarca Araba.

Introducción: El tabaco tiene una elevada prevalencia, provoca una elevada morbilidad que disminuye con su abandono y en todas las Guías de Práctica Clínica 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 seis años.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado sobre la población de Comarca Araba en diciembre de 2008 y septiembre 2014, según los resultados de la Oferta preferente de Osakidetza. Cribado: debe realizarse a todas las personas > 14 años, al menos cada dos años. Consejo y oferta: a todo paciente fumador se le dará consejo para el abandono del tabaquismo como mínimo cada dos años.

Resultados: Tabla.

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 sea debida a un sesgo de registro en el año 2008 por infra diagnóstico. No obstante tampoco el porcentaje obtenido en 2014 nos debe hacer sentirnos satisfechos.

65. GRADO DE MEJORA (2009-2014) DE LA COBERTURA DE LOS DIAGNÓSTICOS DE FUMADOR, HTA, OBESIDAD Y DIABETES DE UN CENTRO DE SALUD

A.A. Rodríguez¹, G. Mediavilla¹, J. Iturralde¹, A. Ruiz de Loizaga¹, M.E. Ortega¹, M. Pinel¹, A. Sautu², A. Solar², N. González² y J. Ocharan²

¹Comarca Araba. ²Hospital Universitario de Álava.

Objetivo: Conocer el grado de mejora en el grado de cobertura de los diagnósticos de fumador, HTA, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes, tras la implementación de las medidas correctoras de la realización de cribados poblacionales.

Métodos: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población diabética del CS Olaguibel (39.428 usuarios), en los que se valoró el grado de mejora en la cobertura de los diagnósticos referidos y en el periodo comprendido entre el 2º cuatrimestre de 2014 respecto del 2º cuatrimestre de 2008.

Resultados: Mejora de la cobertura fumadores 14/09: 18,13%. *Prevalencia de pacientes > 15 a. fumadores: 55,62% (sobre población de 36.221- año 09) con una prevalencia esperada del 26%. Mejora de la cobertura HTA 14/09: 32,82%. *Prevalencia de pacientes > 13 a. con HTA: 57,81% (sobre población de 36.835-año 09) con una prevalencia esperada del 25%. Mejora de la cobertura obesidad 14/09: 27,9%. Prevalencia de pacientes entre 35-65 a. con Obesidad: 30,88% (sobre población de 22.645-año 09) sobre una prevalencia esperada del 15%. Mejora de la cobertura diabetes 14/09: 5,2%. *Prevalencia de pacientes > 13 a. con diabetes: 106,60% (sobre población de 29.575-año 09) con la prevalencia una esperada del 10,6%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan una mejoría en todas las coberturas analizadas, superando la prevalencia esperada en diabetes y muy cerca de alcanzarla en HTA. Aún estamos lejos de llegar a unas cifras adecuadas en obesidad y tabaquismo, pero los datos son aceptables. La implementación de las medidas correctoras (metodología de cribado, sesiones clínicas e informes de resultados cuatrimestrales) pueden contribuir a la mejora del diagnóstico de estas patologías y así disminuir el número de pacientes sin el seguimiento y tratamiento adecuados por falta de una detección eficaz.