



## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

### ENFERMEDAD RENAL Y DIABETES. LA VERDAD OCULTA

J.M. Valero Marco; M. Sánchez Mollá; S. Miralles Gisbert; I. Candela García; J.A. Ferrández Navarro; C. Pastor Polo. CAP EL RAVAL ELX. ELCHE. ALICANTE

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de enfermedad renal oculta en los diabéticos incluidos en programa con valores creatinina normales y sin enfermedad renal conocida. Muestreo no probabilístico consecutivo. Los diez primeros que acudieron a las consultas y que cumplían criterios de inclusión de 9 consultas de medicina familiar.

**DISEÑO:** Estudio descriptivo transversal.

**ÁMBITO ESTUDIO:** centro de atención primaria

**SUJETOS Y MEDICIONES:** Registramos en 86 pacientes su creatinina en sangre, peso, su edad, sexo, y calculamos su aclaramiento mediante fórmula de Cockcroft-Gault y de MDRD ( Modification Diet Renal Disease ). Utilizamos como base de datos Excel 2000 y para el análisis el paquete estadístico SPSS para Windows 11.1. En 4 pacientes faltaba algún dato lo que imposibilitó el cálculo.

**RESULTADOS:** Encontramos una prevalencia de enfermedad renal oculta (aclaramiento menor de 60 ml/minuto/1,73 m<sup>2</sup>) según MDRD de 15% IC95 [8.30, 24.46] y del 16% según la fórmula de Cockcroft-Gault IC95 [9.20, 25.80]. Por otra parte el coeficiente de correlación de Pearson entre ambas fórmulas de aclaramiento fue 0,33 ( P = 0.002 ). Si solo valoráramos la asociación entre los pacien-

tes con aclaramientos patológicos (por debajo del 60 ), el índice de correlación r de Pearson fué del 0.55 ( P = 0,041 ).

**CONCLUSIONES:** Encontramos un 15 % de diabéticos con cifras de creatinina dentro de la normalidad que cuando realizamos su aclaramiento presentaron una insuficiencia renal (aclaramiento creatinina < de 60 ml/minuto/1,73 m<sup>2</sup>). Ello conlleva un incremento del riesgo cardiovascular. Resaltamos la necesidad de realizar fórmulas de aclaramiento en consulta a estos pacientes como cribado de insuficiencia. Es necesario la introducción de estas fórmulas en nuestros programas informáticos de gestión de consulta. Las fórmulas de cálculo de aclaramiento presentaron una mayor correlación en los valores menores de 60 ml/minuto.

### PATRÓN NO DIPPER Y DIABETES. UN RIESGO AÑADIDO

J.M. Valero Marco; M. Sánchez Mollá; S. Miralles Gisbert; A. González Botella; L. Mira Castejón; R. Valls Enguix. . CAP EL RAVAL ELX. ELCHE. ALICANTE

**OBJETIVO:** Conocer la prevalencia de patrón no reductor en registros de MAPA en la población de diabéticos con hipertensión y tratamiento farmacológico. Estudio piloto.

**ÁMBITO DEL ESTUDIO:** Centro atención primaria.

**DISEÑO:** Estudio transversal de prevalencia

**SUJETOS Y MEDICIONES:** Seleccionamos por muestreo no probabilístico consecutivo a 16 pacien-



## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

tes diabéticos e hipertensos incluidos en programa. Los pacientes fueron captados desde consulta médica ó de enfermería y derivados a agenda de monitorización ambulatoria de la presión arterial ( MAPA ). Registramos la presión arterial mediante MAPA 24 horas utilizando grabadora spacelabs medical modelo 90207. Los registros se realizaron de 9 horas a 9 horas mañana siguiente. Se realizaron dos tomas a la hora durante el periodo diurno ( 7 a 23 horas ) y una toma a la hora durante periodo nocturno ( 23-7 ). Analizamos mediante programa análisis proporcionado por el fabricante, y obtención de variables MAPA. Las variables se registraron en Excel 2000 y el análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSSWIN 11.1.

**RESULTADOS:** Encontramos un patrón no reductor 81,3% de los registros con un patrón no dipper 37,5% ( IC95% 15,2-64,6 ) y con un patrón risser 43,8% ( IC95% 19,8-70,1 ). Por su parte el control adecuado ( PAS24 horas/ PAD 24 horas < 130/80 ) se conseguía en el 43,8 ( IC95% 19,8-70,1 ). No hubo asociación entre grado de control y los distintos patrones de cronobiología de la presión arterial ( P=0,6 ).

**CONCLUSIONES :** Existe una alta prevalencia en nuestros resultados preliminares de pacientes con un patrón no reductor lo que se asocia a un mayor riesgo cardiovascular. El grado de control en esta muestra piloto de pacientes fue superior al encontrado en otros estudios.

### **ESTRATEGIA OPERATIVA PARA LA FASE II DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE RETINOPATÍA DIABÉTICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.**

J.J. Blanquer Gregori; E. Medina Ferrer; A.Bellot Bernabé; A. Pastor Climent. UNIDAD DE CALIDAD Y FORMACIÓN DEPTO 19. ALICANTE. ALICANTE

**INTRODUCCIÓN:** Planteado un programa de cribado de la Retinopatía Diabética ( RD ), mediante la realización desde Atención Primaria, de una exploración oftalmológica, con el método de fotografía de fondo ocular con cámara de retina no midriática ( Ffo-CNM ).

**OBJETIVO:** Planificación estratégica de la fase II tras la evaluación preliminar del proyecto, análisis del nivel de utilización, adscripción de los profesionales e índice de concordancia.

**METODOLOGÍA.** Aplicación de la teleoftalmología y la citación online desde Atención Primaria para el cribado de la RD, en un departamento de salud mediante Ffo-CNM y remisión de las imágenes una vez valoradas desde Atención Primaria al Oftalmólogo de Referencia ( fase 1; 12 meses ), análisis DAFO.

**RESULTADOS.** La Ffo-CnM nos ha permitido detectar con una prevalencia del 15,16% ( IC 95%: 13,10-17,90 ), un total de 52 pacientes con retinopatía diabética ( RN Leve 63%: RN Moderada 31%; RN severa con/sin Maculopatía 6% RD ). El porcentaje de exploraciones con técnica no correcta ha



## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

sido bajo 3%. Solo el 22,40% de los pacientes precisaron control por el segundo nivel asistencial ( 5 % hospitalario ). El nivel de concordancia entre los observadores ( Oftalmología-Atención Primaria ), es adecuado con un 97%, siendo el Índice Kappa del 94% Sin embargo, los resultados de utilización y cobertura del programa a los 12 meses desde su inicio han sido muy bajos ( 45% ).

**CONCLUSIONES.** La evaluación mediante la técnica DAFO nos ha permitido definir una estrategia operativa que hemos de evaluar para corregir y modificar los puntos débiles para hacer frente a las amenazas aprovechando las oportunidades. La utilización de la Fto-CNM facilita la exploración oftalmológica en la población diabética, disponemos de un alto nivel de concordancia diagnóstica, con un servicio infrautilizado que hemos de promocionar mediante el marketing sanitario.

### **CONCORDANCIA EN LA ESTIMACIÓN DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA MEDIANTE EL CÁLCULO DEL PRODUCTO DE CORNELL.**

M. Sánchez Mollá; J.M. Valero Marco; S. Miralles Gisbert; R. Valls Enguix. CAP EL RAVAL ELX.ELCHE. ALICANTE

**OBJETIVO:** Estimar la concordancia interobservador e intraobservador del diagnóstico de Hipertrofia Ventricular Izquierda ( HVI ) utilizando el criterio

electrocardiográfico del producto de Cornell.

**DISEÑO:** Estudio transversal.

**SUJETOS:** Estudiamos 25 electrocardiogramas de pacientes hipertensos de más de cinco años de evolución escogidos al azar entre un archivo de 4 consultas de medicina familiar

**AMBITO:** Estudio zona básica de salud.

**MEDICIONES O INTERVENCIONES:** Calculamos el producto de Cornell de estos 25 electrocardiogramas ( ECG ) por dos observadores. Definimos presencia de HVI si el producto de Cornell fué mayor de 2440 mv x ms, y cada ecg fue valorado a simple vista y una posterior segunda valoración mediante lupa de hilos ( 6 aumentos ) por el mismo observador ( variabilidad intraobservador ). Calculamos el indice correlación de Pearson para valorar el grado de correlación a la hora del calculo del producto de Cornell Calculamos el indice kappa interobservadores e intraobservador a la hora de definir concordancia en el diagnóstico de HVI.

**RESULTADOS:** La concordancia entre observadores a la hora de valorar HVI ( si/no ) fue alta indice Kappa 0,77  $p < 0.001$ . La concordancia intraobservador fue de 0,63( observador1 ) 0,77 ( observador2 )  $p < 0,001$ . La correlación de Pearson en el cálculo del producto de Cornell intraobservador fue de 0,74 ( Observador 1 ) y de 0,86 ( 2º obsevador ). Mientras la correlacion entre observadores sin utilizar la lupa fué de 0,77 y con la lupa 0,84.

**CONCLUSIONES:** La concordancia entre observadores es buena a la hora de estimar la HVI mediante el cálculo del producto de Cornell en el ecg.

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La adición de la valoración de la lupa de hilos no aporta nada a la valoración a ojo con la regla milimetrada de ecg.

### **OBESIDAD ABDOMINAL:MAGNITUD DEL PROBLEMA**

M.A. Martínez Crespo; M. Fornés Ramis; R. Mata; M.P. Estudillo; M.A. Manzanero; M.J. Mulet Pons

**JUSTIFICACIÓN:** Es reconocido el papel de la obesidad androide u central, determinada principalmente por la obesidad abdominal como factor de riesgo de comorbilidades.

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia de obesidad abdominal en pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el ámbito de la Atención Primaria.

Se elaboró un protocolo de estudio ( basándonos en el protocolo del estudio IDEA: estudio para conocer la prevalencia de obesidad abdominal a nivel mundial) con variables sociodemográficas, antecedentes personales, y se recogía el IMC y la medición del perímetro abdominal con cinta métrica de todos los pacientes que acudieron a cualquier consulta de los 10 cupos médicos el día elegido para realizar el estudio.

**RESULTADOS:** Registramos 345 pacientes (65,1% mujeres) con una media de edad de 52 años (rango de 16 a 87), la mayoría (43%) con estudios primarios, empleados el 55%, fumadores el

26%, con antecedentes cardiovasculares el 9%, de dislipemia el 26%, de hipertensión arterial el 31%, y de diabetes mellitus el 10,3%. El 57% de las mujeres y el 60% de varones presentaba sobrepeso-obesidad (IMC > 25% en mujeres y de 27% en varones). El 51,6% de las mujeres y el 35% de los hombres presentaban un perímetro abdominal > de 88 y 102cm. respectivamente. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre perímetro abdominal con nivel de estudios, dislipemia, hipertensión arterial y menopausia.

#### **CONCLUSIONES:**

La obesidad y las patologías asociadas a las que ésta conlleva son el peligro sanitario público número uno tanto en países desarrollados como medios y pobres. Conociendo su prevalencia en nuestra población podemos elaborar PLANES PARA LA LUCHA CONTRA LA EPIDEMIA DE LA OBESIDAD.

### **PERFIL DEL FUMADOR EN EL CENTRO DE SALUD**

E. Tolós Mansergas; A. García Pitarch; Y. Salvador Sotos; C. Sainz Sanchez; A. Masoliver Fores. CENTRO DE SALUD DE BENICASSIM. BENICASSIM. CASTELLÓN

**OBJETIVO:** Conocer el perfil de fumador en el Centro de Salud, por medio de datos sociodemográficos, características de su dependencia tabáquica y biografía de su hábito.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio prospectivo descriptivo longitudinal en Enero de



## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

2007, obteniendo una muestra aleatoria simple en pacientes fumadores mayores de 15 años que acuden a la consulta de atención primaria; recogiendo datos referentes a edad, sexo, estado civil, situación laboral, número de cigarrillos día, edad de inicio del hábito y test de Fagerström abreviado.

**RESULTADOS:** Se entrevistó a 38 fumadores, encontrándose un mayor porcentaje en los pacientes en edades comprendidas entre 46 y 60 años (39,47%), seguidos de los de 31 a 45 años (31,57%). El porcentaje por sexo fue de 58% varones y 42% mujeres. Un 68,42% estaban casados, un 18,42% eran solteros y un 13,15% divorciados. En un 71% se encontraban en situación laboral activa. Un 52,63% fumaba actualmente menos de 20 cigarrillos/día, seguidos de un 42,10% que fumaba entre 20 y 30 cigarrillos/día. La edad inicio del hábito se concentró entre los 15 a 30 años (60,52%), seguida de los menores de 15 años (34,21%). El grado de dependencia encontrado en los pacientes encuestados fue leve un 60,52%, moderado 26,3% y muy fuerte 13,15%.

**CONCLUSIONES:** Los datos obtenidos de la muestra pacientes fumadores en el Centro de Salud de Benicassim, se observa que el grupo de edad donde más destaca el hábito tabaquero es en los pacientes entre 46 a 60 años seguidos de los 31 a 45 años. Siendo el sexo masculino el de mayor porcentaje, casados, en situación laboral activa. Iniciándose en el tabaquismo en la juventud y la adolescencia. Destacando una dependencia leve por medio del score del test de Fagerström abreviado seguido de la dependencia moderada.

### **INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES DIABÉTICOS CON Y SIN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. ESTUDIO RISC-DIAB**

J.M. Soler Torró; L. Morata Alba; C. Sánchis Doménech; M.D. Iborra Ballester; J.V; Galán Bernardino; J. Quintana Ortíz. CENTRO DE SALUD DE TAVERNES DE LA VALLDIGNA. VALENCIA. VALENCIA

**OBJETIVOS:** Comparar la incidencia de morbimortalidad cardiovascular entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin cardiopatía isquémica

**DISEÑO:** Estudio de cohortes retrospectivas y seguimiento a través de las historias clínicas durante 7 años.

**ÁMBITO DEL ESTUDIO:** Centro de Salud docente con más de 20.000 historias clínicas en papel desde hace 20 años y desde 2000 historias clínicas informatizadas. Programa de diabetes con control compartido médico-enfermería de 15 años de antigüedad.

**SUJETOS:** Pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 según los criterios OMS/ADA sin cardiopatía isquémica (85) y pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica documentada (5 pacientes) captados de los 610 nacidos entre 1936 y 1939 con historia clínica abierta en 2000.

**MEDICIONES O INTERVENCIONES:** Seguimiento a través de las historias clínicas informáticas y revisión de historias de papel a lo largo de 7 años:

Variables independientes iniciales: edad, sexo,

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

año de nacimiento, diagnóstico de diabetes, hipertensión arterial, hiperlipemia, tabaquismo.

VARIABLES DE SEGUIMIENTO ANUAL: HbA1c, TAS, TAD, CT, LDL, microalbuminuria, IMC.

VARIABLES RESPUESTA: infarto de miocardio, accidente vascular cerebral, mortalidad cardiovascular, mortalidad global.

ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA CON CURVAS DE KAPLAN-MEIER (MÉTODO DE LOG-RANK) Y REGRESIÓN DE COX.

RESULTADOS: Durante los 7 años de seguimiento, 19 pacientes (21,1%) desarrollaron un infarto de miocardio (uno de los cuales fue fatal), un paciente sufrió un accidente vascular cerebral y 3 pacientes fallecieron por cualquier causa. Los diabéticos con cardiopatía isquémica presentaron mayor probabilidad de infarto de miocardio ( $p=0,021$ ) independientemente de los niveles de LDL, PAS y HbA1c (regresión múltiple de Cox).

CONCLUSIONES: Los pacientes diabéticos con cardiopatía isquémica tienen un riesgo superior de presentar un infarto de miocardio que persiste al ajustar por los niveles de control de LDL, TA y HbA1c.

### EVOLUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE DIABÉTICOS TIPO 2

L. Morata Alba; J.M. Soler Torró; m. Guillén Domínguez; M. Barberá Sañom; C. Sanchís Doménech; A. Saneugenio Seguí. CENTRO DE SALUD DE TAVERNES DE LA VALLDIGNA. VALENCIA. VALENCIA

OBJETIVOS: Estudiar la evolución del riesgo cardiovascular según los criterios de Framingham a lo largo de 6 años en una cohorte de pacientes diabéticos tipo 2 en seguimiento en atención primaria.

Diseño

Estudio de cohorte retrospectiva.

Ámbito del estudio

Centro de salud semiurbano docente, con programa de diabetes desde hace más de 15 años historias informatizadas desde 1999, que atiende a una población de 17.000 habitantes.

SUJETOS: Cohorte de 55 pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 nacidos entre 1936 y 1937 que tenían historia clínica abierta en 2000.

MEDICIONES O INTERVENCIONES: Recogida de datos de las historias informáticas y de papel durante 6 años, registrando las variables: peso, talla, glucemia basal, HbA1c, PAS, PAD, microalbuminuria, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, tabaquismo y eventos cardiovasculares. Se estimó el riesgo cardiovascular según la escala de Framingham al inicio y a los 6 años de evolución.

RESULTADOS: De los 55 pacientes diabéticos, en 23 de ellos se redujo el riesgo cardiovascular a los 6 años, en 19 aumentó y en 11 se mantuvo



## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

igual. No se observaron diferencias significativas ( prueba t de Student ) entre las medias de riesgo cardiovascular al inicio y a los 6 años ( 11 frente a 10,6 ). Se observó una disminución del colesterol total ( 208,06 ± 38,77 mg/dL frente a 182,66 ± 33,9 mg/dL ) y del colesterol LDL ( 147,22 ± 29,46 mg/dL frente a 105,25 ± 30,26 mg/dL ) con un aumento del colesterol HDL ( 54,33 ± 52,98 mg/dL inicial y 63,48 ± 31,21 mg/dL final ).

**CONCLUSIONES:** A pesar del incremento en edad y años de evolución de la diabetes, la mayor parte de los pacientes no incrementaron el riesgo cardiovascular, probablemente por una mejora en los perfiles lipídicos. Estos resultados posiblemente muestran el impacto positivo del seguimiento y control de la diabetes en un equipo de atención primaria.

### **CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (DISEHTA-CV) RESPECTO AL RESTO DE ESPAÑA (DISEHTA-E)**

J. Quintana Ortíz; J.V. Benardino Galán; C. Sanchis Doménech; J.A. Guzmán Martí; J.M. Soler Torró; C. Castillo Peris; CS DE L'ALCÚDIA. L'ALCÚDIA. VALENCIA

**OBJETIVOS:** Evaluar el grado de control de la HTA en la Atención Primaria de la Comunidad Valenciana ( CV ) y del resto de España.

**METODOLOGÍA:** Estudio: transversal multicéntrico. Ámbito de estudio Atención Primaria. Sujetos 6113 pacientes hipertensos atendidos en el año 2003,

993 en la CV; de 107 Centros de Salud ( CS ) 10 eran de la CV ( 50% rurales ). Se realizó un muestreo aleatorio simple de los CS de la Comunidad, y un muestreo sistemático de historias clínicas de la población atendida. Mediante Auditoria Externa se registraron las variables: edad, sexo, presiones arteriales, tratamiento, número de fármacos y cambios del tratamiento.

**RESULTADOS:** El 62,7% son mujeres ( 60,6% en España ), la media de edad 67,4 años ( 66,4 años en España ). La media de años de HTA era de 6.9 vs 7.1% La media de las 3 últimas determinaciones de PAS 142,7 ( DE:15.9 mmHg ) y la PAD 80,7 ( DE: 9.3 mmHg ). El grado de control estricto alcanzaba el 31.5% vs 36.7% ( PAS del 33 % vs 39%, PAD de 69.6% vs 72,8% ). Los tratamientos utilizados: el 51.8% recibía recomendaciones de modificaciones de estilo de vida vs 68,7%. Tomaban diuréticos el 44,6% vs 45,2%, IECAS 31,4% vs 35,6%, ARA-II 25,1% vs 24,9%, calcioantagonistas 23% vs 19,6%, betabloqueantes 12,6 % vs 5,6% y alfabloqueantes 5,8 % vs 3%. Asociaciones: sólo modificaciones de estilos de vida el 11% vs 9.5%, monoterapia 46,4% vs 46,4%, con 2 fármacos 29,8% vs 32,5%, con 3 o más fármacos 12,8% vs 11,6%. En un 22.7% vs 17,4% se realizaron cambios del tratamiento ( aumento de dosis 46,5% vs 30,9%, sustitución 30,8% vs 27,8% y asociación 37,4% vs 49,9% ) .

**CONCLUSIONES:** El grado de control es 5 puntos inferior a la media del Estado Español en el mismo estudio. Tal vez por un insuficiente uso de combinaciones farmacológicas en el tratamiento de la HTA.

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

### DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA ( DISEHTA-CV ) RESPECTO AL RESTO DE ESPAÑA ( DISEHTA-E )

J. Quintana Ortíz; J.V. Benardino Galán; J.A. Guzmán Martí; C. Sanchis Doménech; C. Castillo Peris; A. Jover Ortega. CS DE L'ALCÚDIA. L'ALCÚDIA. VALENCIA

**OBJETIVOS:** Evaluar el abordaje de la hipertensión arterial ( HTA ) en la Atención Primaria de la Comunidad Valenciana ( CV ) desde el punto de visita del diagnóstico y compararlo con el resto de España.

**METODOLOGÍA:** Tipo de estudio: transversal multicéntrico. Ámbito de estudio Atención Primaria. Sujetos 6113 pacientes hipertensos atendidos el año 2003, 993 en la CV; de 107 Centros de Salud ( CS ), 10 en la CV distribuidos entre rurales y urbanos. Se realizó un muestreo aleatorio simple de los centros de salud, y un muestreo sistemático de las historias clínicas de la población atendida. Mediante Auditoria Externa se registraron las siguientes variables: edad, sexo, número de visitas para el diagnóstico medidas de la presión arterial ( PA ), en cada visita, existencia de medias de medida de las medidas. En los sujetos que fueron diagnosticados de hipertensión durante 5 últimos años ( 1999-2003 ).

**RESULTADOS:** Entre 1999-2003 se diagnosticaron 174 casos nuevos de HTA en la CV ( 1635 en España ), de los cuales en la CV el 34,5% se des-

conoce como fueron diagnosticados, mientras que en España el 33,5%. El 77,8% habían sido diagnosticados en el propio CS, en España el 94,5%. En el 53,5 % en una visita ( en España 36,7% ), en 2 visitas 18,4% vs 17,3% en 3 o más visitas en 23,7% vs 42,8%. Un 4,4% vs 3,5% se diagnóstico por crisis hipertensiva. En la CV en ningún caso de los 27 sujetos que se realizaron 3 o más visitas se realizó registro de la media de ellas ( 31,6% en España ).

**CONCLUSIONES:** El registro del diagnóstico correcto se realiza en pocos casos, cuando este se realiza se suele efectuar con un número insuficiente de visitas. Es necesario mejorar el correcto procedimiento diagnóstico de HTA y de registro de las PA que llevaron al mismo.

### SEGUIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA ( DISEHTA-CV ) RESPECTO AL RESTO DE ESPAÑA ( DISEHTA-E )

J. Quintana Ortíz; J.V. Benardino Galán; J.A. Guzmán Martí; C. Sanchis Doménech; C. Castillo Peris; A. Jover Ortega. CS DE L'ALCÚDIA. L'ALCÚDIA. VALENCIA

**OBJETIVOS:** Evaluar el abordaje de la hipertensión arterial ( HTA ) en la Atención Primaria de la Comunidad Valenciana ( CV ) desde el punto de visita del seguimiento y compararlo con el resto de España.





## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

**METODOLOGÍA:** Estudio: transversal multicéntrico. Ámbito de estudio Atención Primaria. Sujetos 6113 pacientes hipertensos atendidos el año 2003, 993 en la CV; de 107 Centros de Salud (CS) 10 eran de la CV (50% rurales). Se realizó un muestreo aleatorio simple de los CS, y un muestreo sistemático de las historias clínicas de la población atendida. Mediante Auditoría Externa se registraron las siguientes variables: edad, sexo, número de visitas de seguimiento de la presión arterial (PA), cribado de factores de riesgo cardiovascular, lesión de órganos diana y antecedentes de enfermedad cardiovascular.

**RESULTADO:** La media de edad en la CV fue 67,4 años (66,4 en España), eran mujeres el 62,7% (60,6% España). El 75,3% de los hipertensos de la CV había realizado al menos 2 visitas de seguimiento anuales, realizaban 3 o más visitas el 61,2% (3 visitas 9,7%, 4 visitas 9,9%, 5 visitas 13,2%, 6 visitas 29,4%) vs 68,6% del resto de España. Alguna visita en los 6 últimos meses en 75,8% vs 77,9%. El cribado de DM se realizó en el 65,9%, el de colesterol-T en 63,2%, colesterol-HDL 47,2%, colesterol-LDL 11,9%, triglicéridos 59,5%, obesidad 73,8% vs 80,9%, tabaquismo 41,1%, el 51,4% de HVI, se registró el RCV en el 7,6% vs 11,2%.

**CONCLUSIONES:** El seguimiento de los pacientes con HTA presentó menor número de visitas en la CV que el resto de España. El registro del cribado de los FRCV es heterogéneo, cumplimentándose principalmente aquellos que obtenidos por analítica, no registrándose tanto los obtenidos mediante

anamnesis, exploración y electrocardiografía, siendo aún escaso el registro del RCV (11,2%) estamos 5 puntos por debajo de la media nacional.

### **ESTUDIO DE LA DEPENDENCIA PSICOLÓGICA CON EL TEST DE GLOVER-NILSSON EN UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y GENERO.**

S. Fillard Moliner; I. Mahiques Vidal; R. Peris Cardéis; C. Santamaría Navarro

**OBJETIVO:** Analizar las características de la dependencia psicológica medida por el test de Glover-Nilsson en pacientes remitidos a una consulta monográfica de tabaquismo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** análisis de 236 historias sistematizadas. Usamos el test de t de Student o la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, y la prueba de Chi-cuadrado para variables cualitativas. Se consideró un nivel de significación  $p < 0.05$ . Los análisis se efectuaron con el programa SPSS.

**RESULTADOS:** De 236 pacientes, 147 (62,3%) eran hombres, la edad media fue de  $48,1 \pm 10,5$  años. El test de Glover-Nilsson tuvo una media de  $22,02 \pm 6,46$ . Lo más frecuente fue encontrar dependencia moderada (48,8%), seguido por dependencia fuerte (43,8%), leve (4,6%) y por último muy fuerte (2,8%).

Las mujeres tenían una dependencia mayor que los hombres ( $23,51 \pm 6,26$ , frente a  $21,05 \pm 6,43$ ,

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

$p=0,006$ ).

Encontramos una correlación negativa (-0,329) con la edad. Dividimos la serie en dos grupos,  $>48$  y  $\leq 48$  años, por ser esta la edad media de la serie. Los pacientes de  $\leq 48$  tenían una puntuación ( $23,46 \pm 6,32$ ) mayor que los pacientes  $>48$  años ( $20,26 \pm 6,23$ ) con diferencias significativas ( $p < 0,001$ ).

En los varones  $>48$  años la puntuación era menor que en los de  $\leq 48$  años, ( $19,64$  a  $23$ ); siendo estas diferencias significativas ( $p < 0,003$ ). Sin embargo en las mujeres la disminución era menor ( $23,85$  a  $22,48$ ) y las diferencias no significativas ( $p=0,387$ ).

CONCLUSIONES: Encontramos una mayor dependencia psicológica en jóvenes y en mujeres. Con la edad se da una disminución en hombres pero no en mujeres. Estas diferencias podrían relacionarse con la mayor dificultad en la cesación en mujeres y jóvenes.

### UTILIZACION DE ANTIHIPERTENSIVOS EN ATENCION PRIMARIA: "LOS ÚLTIMOS SERÁN LOS PRIMEROS"

E.P. Cases Pérez; M; Calvo Pérez; F. Fenoll Pascual; A. Sancho Alario

OBJETIVOS: Conocer la evolución de la prescripción de antihipertensivos en Atención Primaria en el Departamento de Salud de Elche durante el periodo 2001-2006.

DISEÑO: Estudio descriptivo retrospectivo.

ÁMBITO DEL ESTUDIO: Atención Primaria del Departamento 20 de la Comunidad Valenciana, con sus 10 zonas básicas de salud.

SUJETOS: Todos los habitantes con tarjeta sanitaria según el Sistema de Información Poblacional (SIP) adscritos al departamento 20: 226.859 al inicio y 290.218 al final del periodo.

MEDICIONES: Todas las prescripciones de antihipertensivos mediante recetas de la Conselleria de Sanitat durante el periodo 2001-2006, realizadas en Atención Primaria. La fuente de datos es el Sistema de Información Farmacéutica GAIA de la Generalitat Valenciana. Los resultados se expresan en dosis diaria definida (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD).

RESULTADOS: La prescripción de antihipertensivos se incrementó de 165,1 DHD en 2001 a 230 DHD en 2006 (39,39%). Las prescripciones de antihipertensivos supusieron el 12,26% del total de recetas. El grupo terapéutico más utilizado fue el de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) (27,87% de las DHD totales), siendo también el de mayor crecimiento con un incremento del 71,41%. La utilización de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) fue del 25% (decremento del 29,20%), y el uso de diuréticos y betabloqueantes fue del 14,02% y 7,95%, respectivamente, en DHD. El fármaco más consumido en todo el periodo fue el enalapril, seguido a distancia por amlodipino, valsartán, doxazosina e hidroclorotiazida+amilorida.

CONCLUSIONES: La prescripción de antihipertensivos mantiene una tendencia creciente marcada por el incremento de uso de ARA II. Los IECA sufren una disminución en su utilización, y los diuréticos y betabloqueantes probablemente se utilizan menos de lo

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

recomendado. La aparición de nuevos grupos terapéuticos determina cambios en el patrón de utilización de antihipertensivos.

### CORRELACIÓN ENTRE DAÑO RENAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR

I. Gabaldón Sánchez; C. Sacristán González-Mataix ; J. Navarro Pérez. CS SALVADOR PAU. VALENCIA. VALENCIA

**OBJETIVOS:** El filtrado glomerular renal es un buen marcador de enfermedad renal crónica, existiendo una clara relación entre daño renal y daño vascular.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

*Tipo de estudio:* Estudio transversal observacional.

*Ámbito de estudio:* Atención primaria.

*Sujetos:* Pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular (RCV).

*Mediciones e intervenciones:* Datos sociodemográficos, cardiovasculares y renales. Análisis multivariante mediante test de correlación de Pearson.

**Resultados:** 252 pacientes. Edad media 67,83+ años. Mujeres 52%. Hipertensión 59%, dislipemia 48,8%, diabetes 39,3%, obesidad 33,3%, fumadores 22,6% y con enfermedad cardiovascular 8,3%. Filtrado glomerular (fórmula MDRD) medio 73,19, riesgo RCV (tabla SCORE países de bajo riesgo) medio 4,02. Otros datos de interés: triglicéridos 139,90 mg/dL, cHDL 49,56 mg/dL, cLDL 138,75 mg/dL, perímetro de cintura medio 102,60 cm, índice de

masa corporal medio 29,52 kg/m<sup>2</sup>, presión arterial sistólica media 141,23, presión arterial diastólica 81,76, microalbuminuria media 29,20 mcg/mg Cr. Se observó una correlación significativa al nivel 0,01 entre RCV y edad (0,444), RCV y presión arterial sistólica (PAS) (0,360), RCV y glucemia plasmática en ayunas (GPA) (0,244), MDRD y edad (-0,243), GPA y triglicéridos (0,343), GPA y cHDL (-0,220), GPA y PAS (0,268) y GPA y PA diastólica (0,219).

**CONCLUSIONES:** No se observó una correlación significativa entre mayor riesgo cardiovascular y menor filtrado glomerular. Existe una mayor correlación entre distintos factores de riesgo cardiovascular, incluida la diabetes. Por tanto, se consolida la tabla SCORE como un buen estimador de riesgo cardiovascular, y no así el cálculo del filtrado glomerular.