

Programa Final

Libro de Resúmenes



**3**<sup>a</sup> Conferencia  
Internacional  
Mediterránea  
sobre **RIESGO**  
**CARDIOVASCULAR**

Declarada de Interés Sanitario  
Consejería de Sanidad y Consumo  
Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Murcia 27-28 de abril de 2007  
Auditorio y Palacio de Congresos y Exposiciones de Murcia

Acreditada por SEAFORMEC y la Comisión de Formación Continuada del SNS

# PROGRAMA FINAL

## PROGRAMA FINAL

### Organizado por:

Sociedad Murciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular  
y Universidad Católica de Murcia. Cátedra de Riesgo Cardiovascular.

### Patrocinada por:

Consejería de Sanidad de la Región de Murcia  
Consejería de Agricultura y Agua de la Región de Murcia.  
Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la HTA  
Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista  
Fundación de Ayuda a la Investigación Vascular y Renal

### Comité de Honor

Exmo. Sr. Presidente de la Comunidad Autónoma de Murcia  
Exmo. Sr. Alcalde de Murcia  
Exma. Sra. Consejera de Sanidad de la Región de Murcia  
Exmo. Sr. Consejero de Agricultura y Agua de la Región de Murcia  
Exmo. Sr. Presidente de la Universidad Católica de Murcia  
Exmo. Sr. Rector de la Universidad Católica de Murcia  
Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia  
Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia  
Sr. Presidente de la Sociedad Española de Hipertensión, Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial  
Sr. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista

3<sup>a</sup> Conferencia  
Internacional  
Mediterránea  
sobre **RIESGO**  
**CARDIOVASCULAR**

**Comité Organizador:**

**Presidente:**

**Secretario:**

**Vocales:**

J. Abellán Alemán  
J. García-Galbis Marín  
J. M<sup>a</sup>. Cayuela García  
J. A. Divisón Garrote  
F. Fernández Vega  
M<sup>a</sup>. S. García de Vinuesa  
P. Gómez Jara  
F. Hernández Menárguez  
M. Leal Hernández  
J. Luño Fernández  
A. Martínez Pastor

**Comité Científico:**

**Presidente:**

J. Luño Fernández (Madrid)  
  
J. Abellán Alemán (Murcia)  
J. Alonso Moreno (Toledo)  
P. Aranda Lara (Málaga)  
V. Barrios Alonso (Madrid)  
J. M. Cayuela García (Murcia)  
P. Cía Gómez (Zaragoza)  
J. A. Divisón Garrote (Albacete)  
A. de la Sierra Iserte (Barcelona)  
F. Fernández Vega (Oviedo)  
V. Gil Guillén (Alicante)  
O. González Albarrán (Madrid)  
A. Martín Hidalgo (Elche)  
J. Mataix Verdú (Granada)  
A. Martínez Cachá (Murcia)  
J. Merino Sánchez (Alicante)  
L. Miguel Ruilope Urioste (Madrid)  
C. Suárez Fernández (Madrid)  
F. Tomás Barberán (Murcia)  
I. Tovar Zapata (Murcia)  
S. Zamora Navarro (Murcia)

## INDICE DE CONTENIDOS

Patrocinadores y Comité de Honor .....	2
Comité Organizador y Comité Científico.....	3
Cursos Precongreso.....	5
Inauguración.....	9
Planificación Programa Científico .....	10
Programa Científico 27 de abril.....	11
Programa Científico 28 de abril.....	15
Participantes .....	19
Libro de Resúmenes de Posters .....	21

## “ACTUALIZACIÓN EN TERAPÉUTICA CARDIOVASCULAR”

Lugar: **Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia**  
Horario: **20 horas**  
Directores: **I. Tovar Zapata (Murcia) y J. Abellán Alemán (Murcia)**



### Lunes 12 de marzo

**HTA: Diagnóstico, objetivos de control. Combinaciones terapéuticas.**

J. Abellán Alemán (Murcia)

**Tendencias de prescripción de fármacos cardiovasculares.**

J. C. Ruiz Ramírez (Murcia)

### Miércoles 14 de marzo

**Tratamiento de las Dislipemias.**

A. Hernández Martínez (Murcia)

**Tratamiento de la diabetes mellitus.**

J. Madrid Conesa (Murcia)

### Jueves 15 de marzo

**Estados “borderline” sobrepeso, prehipertensión y prediabetes.**

J. Abellán Alemán (Murcia)

**Tratamiento de la Obesidad.**

P. Segura Luque (Murcia)

### Lunes 26 de marzo

**El síndrome metabólico.**

J. Abellán Alemán (Murcia)

**La indicación correcta de ejercicio físico para controlar el RCV.**

P. Sainz de Baranda Andújar (Murcia)

### Jueves 29 de marzo

**Control del Tabaquismo.**

J. García-Galbis Marín (Murcia)

**RCV en la mujer.**

J. Abellán Alemán (Murcia)

## “RIESGO CARDIOVASCULAR Y EJERCICIO FÍSICO”

Lugar: **Albacete**  
Director: **J. A. Divisón Garrote (Albacete)**

 0.3 puntos

- 16.00 h.** **Bienvenida y Presentación del Curso.**  
J. A. Divisón Garrote (Albacete)
- 16.15 h.** **Importancia del ejercicio físico en la prevención de la enfermedad cardiovascular**  
J. Salas Nieto (Albacete)
- 16.45 h.** **Directrices de las Sociedades Científicas para la práctica del ejercicio físico.**  
J. Salas Nieto (Albacete)
- 17.15 h.** **Prescripción del ejercicio físico: tipo y cantidad de ejercicio.**  
M. P. Sainz de Baranda Andújar (Murcia)
- 17.45 h.** **Descanso.**
- 18.15 h.** **Prevención de los riesgos del ejercicio físico.**  
L. Martínez Riaza (Albacete)
- 18.45 h.** **Taller práctico: Indicación del tipo y cantidad de ejercicio.**  
M. P. Sainz de Baranda Andújar (Murcia)
- 19.45 h.** **Mesa de Opinión. “Promover ejercicio físico es promover salud”.**  
Moderador: J. A. Divisón Garrote (Albacete)  
Ponentes: J. Salas Nieto (Albacete)  
L. Martínez Riaza (Albacete)  
M. P. Sáinz de Baranda Andújar (Murcia)

## “DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR”

Lugar: **Hospital General Universitario de Elche**  
Director: **A. Martín Hidalgo (Elche)**  
Coordinadora: **M. Piedecausa Selfa (Elche)**



0,3 puntos

- 16.15 h.** **Presentación.**  
A. Martín-Hidalgo (Elche)
- 16.30 h.** **Diabetes- obesidad: nuevas epidemias del siglo XXI.**  
P. López Mondéjar (Elche)
- 17.00 h.** **Enfermedad arterial periférica: una enfermedad cardiovascular infravalorada.**  
M. I. Pérez-Soto (Elche)
- 17.30 h.** **Hiperlipemia familiar heterocigota: un factor de riesgo a menudo desconocido.**  
A. Mestre Peiró (Elche)
- 17.45 h.** **Descanso.**
- 18.00 h.** **Detección de la enfermedad arteriosclerótica silente.**  
**Índice tobillo-brazo.**  
V. Cánovas García (Elche)  
**Eco-doppler carotídeo.**  
E. Bernal Morell (Elche)
- 18.30 h.** **Por dónde van las cosas en la antiagregación como prevención del RCV.**  
P. Ferriz Moreno (Elda, Alicante)
- 19.00 h.** **MESA COLOQUIO. El abordaje de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica: ¿lo estamos haciendo bien? o ¿podríamos hacerlo mejor?**  
Moderadores: J. M<sup>a</sup> Cepeda Rodrigo (Torrevieja, Alicante)  
M. Piedecausa Selfa (Elche)  
V. Gil Guillén (Alicante)
- 20.00 h.** **Conclusiones.** A. Martín-Hidalgo (Elche)

## “PRODUCTOS CÁRNICOS, EVOLUCIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR”

Lugar: **Universidad Católica de Murcia (Aula 2 del Pabellón 4)**  
Directores: **J. Navas López (Murcia) y J. M. Cayuela García (Murcia)**



0.3 puntos

- 16.00 h.** **Presentación del Curso y Bienvenida.**  
J. Navas López (Murcia) y J. M. Cayuela García (Murcia)
- 16.15 h.** **Consumo de carne en la evolución humana.**  
J. Rosell Ardevoll (Tarragona)
- 17.00 h.** **Carne y productos cárnicos en la dieta humana actual.**  
J. R. Cuenca Sánchez (Murcia)
- 17.45 h.** **Descanso.**
- 18.00 h.** **Productos cárnicos funcionales.**  
F. Jiménez Colmenero (Madrid)
- 18.45 h.** **Mesa Redonda.**  
Moderador: J. M. Cayuela García (Murcia)  
Ponentes: J. Rosell Ardevoll (Tarragona).  
F. Jiménez Colmenero (Madrid)  
J. R. Cuenca Sánchez (Murcia)
- 19.45 h.** **Conclusiones.**  
J. Navas López (Murcia) y J. M. Cayuela García (Murcia)





## PLANIFICACIÓN

Viernes, 27 de abril

Sábado, 28 de abril

HORA	Auditorio B	Sala 2	Sala 3
08:30		Taller 1 Dietas en pacientes CV	Taller 2 Técnicas de deshabituación tabaquica
10:00	Conferencia Inaugural El RCV en la evolución humana		
10:30	Mesa Redonda 1: Las claves de una alimentación correcta		
11:45	Sesión Poster 1 DESCANSO		
12:15	Mesa Redonda 2: Dislipemia y RCV		
13:00	Panel de discusión: Lácteos		
14:30	COMIDA		
15:30	Sesión Poster 2		
16:00	Presentación del Estudio STAR	Taller 3: La prescripción de ejercicio físico	Taller 4: Cocina cardiosaludable
17:30	Mesa Redonda 3: De la HTA a la insuficiencia cardiaca		
18:45	Sesión Poster 3 DESCANSO		
19:15	Conferencia Magistral Determinantes de la fragilidad de la placa de ateroma		
09:00	Panel de discusión: ¿Es saludable comer carne de cerdo?	Taller 5 Insulinoterapia. Nuevas perspectivas	Taller 6 Laboratorio de Bioquímica y ERC
10:30	Mesa Redonda 4: Síndrome Metabólico y RCV		
11:45	Sesión Poster 4 DESCANSO		
12:15	Mesa Redonda 5: Claves para optimizar el control de la HTA		
13:30	Panel de discusión: Frutos secos		
14:30	COMIDA		
15:30	Sesión Poster 5		
16:00	Mesa Redonda 6: ERC en Atención Primaria		
17:30	Conferencia Clausura Nuevos fármacos y estrategias para el control del RCV		
18:00	Clausura de la Reunión		

**Viernes 27** de Abril de 2007

**AUDITORIO B**

**10.00 h. Conferencia Inaugural.**

Moderadores: A. Martín Hidalgo (Elche) y P. Gómez Jara (Murcia)

**"El riesgo cardiovascular en la evolución humana".**

J. E. Campillo Álvarez (Cáceres)

**10.30 h. Mesa Redonda:**

**"Las claves de una alimentación correcta".**

Moderadores: A. Martínez Cachá (Murcia) y M. Leal Hernández (Murcia).

**"Lípidos, endotelio y alimentación funcional".**

J. Honorato Pérez (Pamplona)

**"Prevención de los factores de riesgo cardiovascular en los jóvenes".**

S. Zamora Navarro (Murcia)

**"Antioxidantes alimenticios y RCV".**

F. Tomás Barberán (Murcia)



**11.45 h. Café Descanso.**

**11.45 h. Sesión de Comunicaciones en Póster.**

Moderadores: D. Gómez-Calcerrada Berrocal (Murcia) y J. E. Pereñíguez Barranco (Murcia)

**DIETA Y LÍPIDOS**

**1 • PLAN DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL POR EL FARMACÉUTICO: HERRAMIENTA ÚTIL EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.**

E. Macabich Bolarín; L. Oruezabal Moreno; M. P. Zaragoza Fernández; M. J. Bermúdez Soto.  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

**2 • HIPERLIPEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA, RIGIDEZ ARTERIAL Y ATROSCLEROSIS PRE-CLÍNICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO.**

E. Ascuña Vázquez; A. Maestre Peiró; M. Piedecausa Selfa; V. Canovas García; E. Bernal Morell; M. Masía Canuto; M. I. Pérez Soto; A. Mora Rufete; A. Martín Hidalgo.  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche.

**3 • ESTUDIO DEL DIÁMETRO MEDIO DE LAS SUBFRACCIONES DE LDL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR.**

E. Granero Fernández; A. M. Hernández Martínez; M. D. Albadalejo Otón; S. Parra Pallarés; P. Abenza Jiménez; M. Granero Tur; P. Martínez Hernández; J. Tebar Massó.  
Centro de Salud Espinardo. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

## TABAQUISMO

### 4 • TABAQUISMO Y UNIVERSITARIOS. ¿INFLUYE EL GENERO?



A.Martínez Pastor; C. Conesa Bernal; S. Balanza Galindo; J. Abellán Alemán; F. Hernández Menárguez; M. Leal Hernández.

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la G.A.P. de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### 5 • FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES FUMADORES DE UN CENTRO DE SALUD.

A.Martínez León; L. Redondo Romero; C. Fructuoso Miralles; S. López Rojo; J. López Picazo Ferrer; C. Alfonso Cano.

Centro de Salud Docente San Andrés. Murcia.

12.15 h.	<b>Mesa Redonda:</b> <b>Dislipemia y RCV.</b> Moderadores: V. Gil Guillén (Alicante) y F. Hernández Menárguez (Murcia) <b>Control de la dislipemia en España. Logros y retos futuros.</b> J. Merino Sánchez (Alicante) <b>“Nuevos avances e innovaciones en el control de la dislipemia”</b> J. Fernández Pardo (Murcia)	 0,2 puntos
13.00 h	<b>Panel de Discusión.</b> <b>Lácteos.</b> Moderadores: P. Zaragoza Fernández (Murcia) y J. Morillas Ruiz (Murcia) <b>Alimentos funcionales en el cuidado de la salud cardiovascular: lácteos con esteroides vegetales para regular el colesterol.</b> M. Guarro Riba (Barcelona) <b>HTA y péptidos lácteos.</b> J. Mulero Cánovas (Murcia)	 0,2 puntos
14.00 h.	<b>Almuerzo de trabajo.</b>	
15.30 h.	<b>Sesión de Comunicaciones en Póster.</b> Moderadores: S. Balanza Galindo (Murcia) e I. Fernández Martínez (Murcia)	

## SÍNDROME METABÓLICO Y OBESIDAD

### 6 • EDUCACIÓN PARA LA SALUD: OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR.

D. Jiménez; M. I. Fortea; J. I. Gallego; M. I. Soriano; A. Fernández; V. Fernández.  
Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Católica de Murcia.

### 7 • SÍNDROME METABÓLICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN DE YECLA (MURCIA).

A.Pérez Vicente; S. Poveda Siles; M. D. González Navarro; J. Romero Ortiz; J. Martínez Candela.  
C. S. Mariano Yago. Yecla.

## 8 • ¿SE RELACIONA EL PERÍMETRO DE CINTURA Y LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA CON SOBREPESO Y OBESIDAD? ESTUDIO FATH.

M. A. Prieto Díaz; J. Navarro Pérez; O. González Albarrán; V. Barrios Alonso; P. Gómez Fernández; L. Guerrero Llamas; L. Ruilope Urioste; P. Vieitez García; C. Filosof.

Centro de Salud Vallobin-Concinos (Oviedo); Centro de Salud Salvador Pau (Valencia); Hospital Ramón y Cajal (Madrid); Hospital del SAS (Jerez); Hospital 12 de Octubre (Madrid); Departamento Médico de BMS

## 9 • PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO (SM) EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON SOBREPESO. ESTUDIO FATH.

O. González; V. Barrios; P. Gómez; J. Navarro; M. A. Prieto; L. M. Ruilope; M. A. Sánchez Zamorano; C. Filosof y los investigadores del Estudio FATH. (Madrid).

Centro de Salud Vallobin-Concinos (Oviedo); Centro de Salud Salvador Pau (Valencia); Hospital Ramón y Cajal (Madrid); Hospital del SAS (Jerez); Hospital 12 de Octubre (Madrid); Departamento Médico de BMS

## 10 • SÍNDROME METABÓLICO ¿ALGO MÁS QUE UN INSTRUMENTO CLÍNICO?

E. Granero Fernández; A. M. Hernández Martínez; M. D. Albadalejo Otón; S. Parra Pallarés; P. Abenza Jiménez; M. Granero Tur; P. Martínez Hernández; J. Tebar Massó.

Centro de Salud Espinardo. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.



### 17.00 h. **Presentación del Estudio STAR**

Moderador: J. A. División Garrote (Albacete)

#### **Tratamiento adecuado del hipertenso diabético. Estudio STAR**

J. Abellán Alemán (Murcia)

17.30 h.

### **Mesa Redonda:**

#### **De la HTA a la insuficiencia cardiaca.**



0,2 puntos

Moderadores: J. R. Carmona Gozález (Málaga) y P. Cía Gómez (Zaragoza)

#### **“Afectación cardiaca en la HTA”.**

V. Barrios Moreno (Madrid)

#### **“Como se diagnostica la disfunción diastólica”.**

L. Rodríguez Padial (Toledo)

#### **“Tratamiento de la insuficiencia cardiaca diastólica”.**

F. Lombera Romero (Madrid)

18.45 h.

### **Café Descanso.**

18.45 h.

### **Sesión de Comunicaciones en Póster.**

Moderadores: F. Belda Maruenda (Murcia) y E. Granero Fernández (Murcia)

## RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER

### 11 • EFECTO DEL EJERCICIO FÍSICO ACUÁTICO FRENTE AL TERRESTRE SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA MUJER POSMENOPÁUSICA. ESTUDIO CLIDERICA.

P. Saucedo Rodrigo; P. Gómez Jara; J. C. Collado Sánchez; E. Ortega Toro; I. Morales Moreno; P. Zafrilla Rentero; J. M. Cayuela; P. Sáinz de Baranda Andujar; J. Abellán Alemán.

Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

**12 • ¿MODIFICA EL EJERCICIO FÍSICO EL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA MUJER POSMENOPÁUSICA? ESTUDIO CLIDERICA.**

P. Saucedo Rodrigo; P. Gómez Jara; J. C. Collado Sánchez; E. Ortega Toro; I. Morales Moreno; P. Zafrilla Rentero; J. M. Cayuela; P. Sáinz de Baranda Andujar; J. Abellán Alemán.  
Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

**13 • ¿MODIFICA EL EJERCICIO FÍSICO LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER POSMENOPÁUSICA? ESTUDIO CLIDERICA.**

P. Saucedo Rodrigo; P. Gómez Jara; J. C. Collado Sánchez; E. Ortega Toro; I. Morales Moreno; P. Zafrilla Rentero; J. M. Cayuela; P. Sáinz de Baranda Andujar; J. Abellán Alemán.  
Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

**RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL**

**14 • ¿SE RELACIONA EL GENERO CON LA INFORMACION QUE TIENEN LOS JOVENES UNIVERSITARIOS SOBRE EL RCV?**

A. Martínez Pastor; C. Conesa Bernal; J. Abellán Alemán; S. Balanza Galindo; F. Hernández Menárguez; M. Leal Hernández.  
Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la G.A.P. de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

**15 • ANÁLISIS DEL SENTIMIENTO RELIGIOSO COMO FACTOR PROTECTOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR.**

M. J. Alonso Sáenz de Miera; S. Balanza Galindo; M. Leal Hernández; J. Abellán Alemán.  
Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.



**16 • ALTA COMPETITIVIDAD ENTRE LA PAREJA ¿MAYOR RCV EN EL VARON?**

M. J. Alonso Sáenz de Miera; S. Balanza Galindo; M. Leal Hernández; J. Abellán Alemán. M. T. Izquierdo Ros.  
Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.



**19.15 h. Conferencia Magistral:**

Moderadores: J. Merino Sánchez (Alicante) y J. B. Gómez Castaño (Murcia)  
**Determinantes de la fragilidad de la placa de ateroma.**  
L. Badimón (Barcelona)

**SALA 2**

- |                 |  |
|-----------------|--|
| <b>08.30 h.</b> | <b>Taller nº 1. Elaboración de dietas en pacientes cardiovasculares.</b>  <b>0,3 puntos</b> |
|                 | J. Mulero Cánovas (Murcia), A. Abellán Guillén (Murcia) y A. Soler Marín (Murcia)  |
| <b>16.00 h.</b> | <b>Taller nº 3. La prescripción de ejercicio físico.</b>  <b>0,3 puntos</b>                 |
|                 | P. Saucedo Rodrigo (Murcia) y M. P. Sáinz de Baranda Andújar (Murcia)  |

**SALA 3**

- |                 |   |
|-----------------|---|
| <b>08.30 h.</b> | <b>Taller nº 2. Técnicas de deshabituación tabáquica.</b>  <b>0,3 puntos</b> |
|                 | J. A. García Galbis Marín (Murcia) y A. López Santiago (Murcia)   |
| <b>16.00 h.</b> | <b>Taller nº 4. Cocina cardiosaludable.</b>  <b>0,3 puntos</b>               |
|                 | F. Fernández Vega (Oviedo), F. Fuentes (Murcia) y Quique Dacosta (Denia, Alicante)  |

## AUDITORIO B

**09.00 h. Panel de discusión:**

**¿Es saludable comer carne de cerdo?**

Moderadores: J. M<sup>o</sup>. Cayuela García (Murcia) y L. Tejada Portero (Murcia).

**Perfil lipídico del cerdo "chato murciano"**

A. Poto Remacha (Murcia).

**Consumo de cerdo en la alimentación cardiosaludable.**

S. Zamora Navarro (Murcia).

**10.30 h. Mesa Redonda:**

**Del síndrome metabólico al riesgo cardiometabólico.**



0.2 puntos

Moderadores: T. Sánchez Ruiz (Valencia) y M. A. Prieto Díaz (Oviedo)

**"SM son todos los que están pero no están todos los que son".**

O. González Albarrán (Madrid)

**"Resistencia a la insulina, inflamación y adipocitoquinas en la enfermedad renal".**

J. Luño Fernández (Madrid)

**"¿Es el bloqueo cb1 una alternativa de futuro en el control del riesgo cardiometabólico?"**

R. Maldonado López (Barcelona)

**11.45 h. Café Descanso.**

**11.45 h. Sesión de Comunicaciones en Póster.**

Moderadores: R. López Guillén (Murcia) y D. Martí Hita (Murcia)

### HTA

**17 • PERFIL CLÍNICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE LOS HIPERTENSOS DE UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. ANÁLISIS DE UNA DÉCADA".**

S. Estupiñán Torres; S. García Rebollo; M. Losada Cabrera; A. Jiménez Sosa; B. Méndez Arozena; B. Maceira Cruz.

Unidad de HTA. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

**18 • CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HTA Y DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

J. Abellán Alemán; J. A. García Galbis Marín; R. López Guillén; S. Balanza Galindo; F. Hernández Menárguez; P. Gómez Jara; M. Leal Hernández; A. Martínez Pastor. En representación del grupo HTA-Diabetes de la SMUHTA y RCV.

Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

**19. • INMIGRACIÓN ¿SOS EN HIPERTENSIÓN?**

M. Leal Hernández; J. Abellán Alemán; P. Gómez Jara; R. López López; M. J. Alonso Sáenz de Miera; B. Martín Sacristán Martín; M. S. Mena Molina; P. Saucedo Rodrigo.

Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

**20 • PACIENTES QUE ABANDONAN VOLUNTARIAMENTE EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO. EVOLUCIÓN DE SU RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN AÑO.**

M. Leal Hernández; J. Abellán Alemán; M. M. Torrecillas Gómez; P. Gómez Jara; R. López López; Y. Torralba Tophan.

Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

**21 • CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL (PA) EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON OBESIDAD O SOBREPESO, SEGÚN LA UTILIZACIÓN DE MANGUITOS ADECUADOS AL PERÍMETRO DEL BRAZO. ESTUDIO FATH.**

O. González; M. A. Prieto; V. Barrios; P. Gómez; J. Navarro; L. Guerrero; L. M. Ruilope; P. Vieitez; C. Filosof y Grupo FATH.

Centro de Salud Vallobin-Concinos (Oviedo); Centro de Salud Salvador Pau (Valencia); Hospital Ramón y Cajal (Madrid); Hospital del SAS (Jerez); Hospital 12 de Octubre (Madrid); Departamento Médico de BMS

**22 • EVOLUCIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN MURCIA.**

J. C. Ruíz Ramírez; M. A. Ariza Copado; J. Abellán Alemán; A. Martínez Pastor; M. Leal Hernández. Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

**23 • SITUACIÓN ACTUAL DEL ABORDAJE GLOBAL DE LA HTA EN MURCIA. DISEHTAE - MURCIA.**

A. Martínez Pastor; P. Gómez Jara; M. Leal Hernández; C. Conesa Bernal; S. Blanco Sabio; J. A. Alarcón González; J. Abellán Alemán.

Gerencia de Atención Primaria. Murcia

**24 • PREVALENCIA DE PREHIPERTENSIÓN EN POBLACIÓN GENERAL..**

JA División, LM Artigao, JA Carbayo, C Sanchis, L Carrión, J Massó, E López de Coca, J López Abril, B Rodríguez Paños y D Caldevilla.

Grupo GEVA. Albacete

**12.15 h. Mesa Redonda.**

**Claves para optimizar el control de la HTA.**

Moderadores: S. Sanz Castro (Santander) y B. Maceira Cruz (Tenerife)

**Guías y control de la HTA. De la teoría a la práctica.**

A. de la Sierra Iserte (Barcelona)

**Nuevas estrategias para alcanzar el control del hipertenso.**

F. Morales Olivas (Valencia)

**Porqué y cómo usar combinaciones de ARA II y diuréticos.**

P. Aranda Lara (Málaga)



0,2 puntos



13.30 h. **Panel de Discusión.**

**Frutos secos.**

Moderadores: P. Zafrilla Rentero (Murcia) y J. M. Cayuela García (Murcia)

**Actividad antioxidante de los frutos secos.**

B. Cerdá Martínez-Pujalte (Murcia)

**Consumo de frutos secos y riesgo cardiovascular.**

E. Ros Rahola (Barcelona)

14.30 h. **Almuerzo de trabajo.**

15.30 h. **Sesión de Comunicaciones en Póster.**

Moderadores: I. Hidalgo García (Murcia) y E. Ortín Ortín (Murcia)



0,2 puntos

## OTRAS

### 25 • ¿TRATAMOS ADECUADAMENTE A LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA?

F. Ramírez Espín\*; M. I. Reigadas López; A. Llorens Minguet; M. T. Palacios López; M. S. Navarro López; M. González Barberá.

Centro de Salud de Cartagena-Este. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Servicio Murciano de Salud.

### 26 • ¿REALIZAN EJERCICIO FÍSICO LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS?

A. Martínez Pastor; C. Conesa Bernal; J. Abellán Alemán; S. Balanza Galindo; F. Hernández Menárguez; P. Sáinz de Baranda.

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la G.A.P. de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### 27 • COMORBILIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON ACCIDENTE ISQUÉMICO CEREBRAL TRANSITORIO RECIENTE.

J. F. Martínez García; A. Barragán Pérez; M. A. Moreno Valero; C. Santiago García; J. Fontcuberta Martínez; R. Manrique Medina.

Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Murcia.

### 28 • PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ACCIDENTE ISQUÉMICO CEREBRAL TRANSITORIO RECIENTE.

J. F. Martínez García; A. Barragán Pérez; M. A. Moreno Valero; C. Santiago García; J. Fontcuberta Martínez; A. Muñoz Ureña.

Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Murcia.

### 29 • ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN ENFERMERÍA Y RIESGO CARDIOVASCULAR.

M. I. Fortea; D. Jiménez; A. Medina; M. I. Soriano; A. Fernández; V. Fernández.

Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Católica de Murcia.

### 30 • CARDIOPATÍA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA.

A. Linares Pardo; J. F. Arenas Alcaraz; A. M. García Alonso; M. Martínez; M. C. Sánchez Pérez; I. M. Martínez Frutos; M. J. Delgado.

Centro de Salud La Unión. Murcia.



**31 • ESTUDIO DE LA HOMOCISTEINA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR.**

E. Granero Fernández; A. M. Hernández Martínez; M. D. Albadalejo Otón; S. Parra Pallarés; P. Abenza Jiménez; M. Granero Tur; P. Martínez Hernández; J. Tebar Massó.  
Centro de Salud Espinardo. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

**32 • PACIENTES CON ICC EN ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO IC-AP. RESULTADOS DE LA PRIMERA ETAPA.**

I. C. Sánchez; I. M. Hidalgo; M. J. Martínez Villalba; J. Abellán; D. Martínez.  
Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

.....

<b>16.00 h.</b>	<b>Mesa Redonda.</b> <b>“La enfermedad cardiovascular en Atención Primaria”.</b> Moderadores: J. A. Divisón Garrote (Albacete) y M. S. García de Vinuesa (Madrid) <b>Enfermedad arterial periférica.</b> F. Fernández Vega (Oviedo) <b>Detección precoz de la enfermedad cardiovascular subclínica.</b> J. Abellán Alemán (Murcia) <b>Antiagregación y prevención cardiovascular.</b> P. Ferriz Moreno (Elda, Alicante)	 <b>0,2 puntos</b>
<b>17.30 h.</b>	<b>Conferencia de clausura.</b> Moderadores: E. Carrasco Carrasco (Murcia) y A. Martínez Pastor (Murcia) <b>Nuevos fármacos y estrategias para el control del RCV.</b> J. Tamargo Menéndez (Madrid)	
<b>18.15 h.</b>	<b>Clausura de la Reunión.</b>	
<b>SALA 2</b>		
<b>09.00 h.</b>	<b>Taller nº 5. Insulinoterapia. Nuevas perspectivas.</b> J. M. Comas Samper (Toledo) y A. Hernández Martínez (Murcia)	 <b>0,3 puntos</b>
<b>SALA 3</b>		
<b>09.00 h.</b>	<b>Taller nº 6. Utilidad del laboratorio de Bioquímica en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad cardiovascular.</b> P. Martínez Hernández (Murcia), S. Parra Pallarés (Murcia) y T. Casas Pina (Murcia)	 <b>0,3 puntos</b>

- J. Abellán Alemán. Centro de Salud Docente de S. Andrés. Murcia. Cátedra de Riesgo Cardiovascular Universidad Católica de Murcia.
- A. Abellán Guillén. Escuela de Nutrición Humana y Dietética. Universidad Católica de Murcia.
- F. J. Alonso Moreno. Centro de Salud de Sillería. Toledo. Director del Area de Investigación SEMERGEN.
- P. Aranda Lara. Unidad de Hipertensión. Serv. Nefrología. Hosp. Carlos Haya. Málaga.
- L. Badimón. Centro de Investigación Cardiovascular. CSI-ICCC. Hosp. Santa Cruz y S. Pablo. Barcelona.
- S. Balanza Galindo. Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Univ. Católica de Murcia.
- V. Barrios Alonso. Serv. Cardiología. Hosp. Ramón y Cajal (Madrid)
- F. Belda Maruenda. Centro de Salud de Alquerías. Murcia.
- E. Bernal Morell. Servicio Medicina Interna. Hosp. General Universitario de Elche.
- J. E. Campillo Alvarez. Dpto. Fisiología. Universidad de Extremadura. Cáceres.
- V. Cánovas García. Servicio Medicina Interna. Hosp. General Universitario de Elche.
- J. R. Carmona González. Serv. Cardiología. Hosp. Antequera. Málaga.
- E. Carrasco Carrasco. Centro de Salud de Abarán (Murcia).
- T. Casas Pina. Serv. Análisis Clínicos. Hosp. Universitario V. Arrixaca. Murcia.
- J. M<sup>a</sup> Cayuela García. Dep. de Tecnología de los Alimentos y Nutrición. Universidad Católica de Murcia.
- J. M<sup>a</sup> Cepeda Rodrigo. Serv. de Medicina Interna Hosp. de Torrevieja. (Alicante).
- B. Cerdá Martínez-Pujalte. Esc. Nutrición Humana y Dietética. Universidad Católica de Murcia.
- P. Cía Gómez. Serv. de Medicina Interna. Hosp. Clínico Universitario de Zaragoza. Departamento de Medicina Interna. Univ. de Zaragoza.
- J. M. Comas Samper. Centro de Salud de la Puebla de Montalbán. Toledo.
- J. R. Cuenca Sánchez. Unidad de Nutrición. Serv. de Endocrinología. Hosp. Universitario V. de la Arrixaca. Murcia.
- Q. Dacosta. Restaurante El Poblet. Denia (Alicante).
- A. de la Sierra Iserte. Serv. Medicina Interna. Hosp. Clínico Universitario de Barcelona.
- J. A. Divison Garrote. Centro de Salud de Casas Ibáñez (Albacete). Cátedra de RCV. UCAM. Murcia.
- I. Fernández Martínez. Centro de Salud de Fuente Alamo. Murcia.
- J. Fernández Pardo. Serv. de Medicina Interna. Hosp. Reina Sofía. Murcia.
- F. Fernández Vega. Serv. Nefrología. Hospital Central de Asturias. Oviedo.
- P. Ferriz Moreno. Servicio Medicina Interna Hospital de Elda. (Alicante).
- F. Fuentes. Palacete Rural de la Seda. Murcia.
- M. S. García de Vinuesa. Serv. Nefrología. Hosp. Gregorio Marañón. Madrid.
- J. García-Galbis Marín. Centro de Salud Docente de Santa María de Gracia. Murcia. Cátedra de RCV. UCAM. Murcia.
- V. F. Gil Guillén. Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante).
- D. Gómez-Calcerrada Berrocal. Centro de Salud Docente de Santa María de Gracia. Murcia.
- J. B. Gómez Castaño. Centro de Salud Docente de Cieza. (Murcia).
- P. Gómez Jara. Centro de Salud Docente de Murcia Centro. Cátedra de RCV. UCAM. Murcia.
- O. González Albarrán. Serv. Endocrinología. Hosp. Ramón y Cajal. Madrid.
- E. Granero Fernández. Centro de Salud Docente de Espinardo. Murcia.
- M. Guarro Riba. Departamento de I+D Unilever Best Foods. Barcelona.
- A. Hernández Martínez. Secc. Endocrinología. Hosp. Universitario V. Arrixaca. Murcia.
- F. Hernández Menárguez. Centro de Salud Docente de Vistalegre – La Flota. Murcia. Cátedra de RCV. UCAM. Murcia.
- I. Hidalgo García. Centro de Salud Docente de Vistalegre – La Flota. Murcia.
- J. Honorato Pérez. Dpto. de Farmacología. Universidad de Navarra. Pamplona.
- F. Jiménez Colmenero. Instituto del Frío. CSIC. Madrid.
- M. Leal Hernández. Centro de Salud Docente de S. Andrés. Murcia. Cátedra de RCV. UCAM. Murcia.
- F. Lombra Romero. Serv. Cardiología Hosp. 12 de Octubre. Madrid.
- R. López Guillén. Centro de Salud Docente de Vistalegre-La Flota. Murcia.

P. López Mondéjar. Servicio Medicina Interna. Hosp. General Universitario de Elche (Alicante).  
A. López Santiago. Serv. Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia.  
J. Luño Fernández. Servicio de Nefrología. Hosp. Gregorio Marañón. Madrid.  
B. Maceira Cruz. Serv. Nefrología. Hosp. Universitario de Tenerife.  
A. Maestre Peiró. Servicio Medicina Interna. Hosp. General Universitario de Elche (Alicante).  
R. Maldonado López. Depto. Farmacología. Unidad de Neurofarmacología. Univ. Pompeu Fabra. Barcelona.  
J. Madrid Conesa. Secc. de Endocrinología. Hosp. Universitario V. de la Arrixaca. Murcia.  
D. Martí Hita. Centro de Salud Docente de Lorca Sur. Lorca (Murcia).  
A. Martín Hidalgo. Serv. Medicina Interna. Hosp. General Universitario de Elche. Alicante.  
P. Martínez Hernández. Serv. Análisis Clínicos. Hosp. Universitario V. Arrixaca. Murcia.  
A. Martínez Cachá. Departamento de Nutrición Humana y Dietética. Universidad Católica de Murcia.  
J. F. Martínez García. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.  
A. Martínez Pastor. Unidad Docente. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Cátedra de RCV. UCAM. Murcia.  
L. Martínez Riaza. Médico del INEF (Albacete).  
J. Merino Sánchez. Departamento de Medicina Interna. Univ. Miguel Hernández Elche (Alicante).  
F. Morales Olivas. Departamento de Farmacología Univ. de Valencia.  
A. Morales Ortiz. Servicio de Neurología Hosp. Univ. V. Arrixaca. Murcia.  
J. Morillas Ruiz. Esc. de Nutrición Humana y Dietética. Universidad Católica de Murcia.  
J. Mulero Canovas. Esc. de Nutrición Humana y Dietética. Universidad Católica de Murcia.  
J. Navas López. Esc. de Nutrición Humana y Dietética. Universidad Católica de Murcia.  
E. Ortín Ortín. Centro de Salud de Ceutí. (Murcia).  
S. Parra Pallarés. Serv. Análisis Clínicos. Hosp. Universitario V. Arrixaca. Murcia.  
J. E. Pereñíguez Barranco. Centro de Salud Docente de Espinardo. Murcia.  
J. M. Pérez Fernández. Grupo Cardiovascular. SMUMFyC. Murcia.  
M. I. Pérez Soto. Serv. de Medicina Interna. Hosp. General Universitario de Elche (Alicante).  
M. Piedecausa Selfa. Servicio Medicina Interna. Hosp. General Universitario de Elche (Alicante).  
A. Poto Remacha. IMIDA. Murcia.  
M. A. Prieto Díaz. Centro de Salud de Vallobín-Concinos. Oviedo.  
L. Rodríguez Padial. Serv. Cardiología. Hosp. Toledo.  
E. Ros Rahola. Unidad de Lípidos. Hosp. clínico de Barcelona.  
J. Rosell Ardevoll. Instituto de Paleocología. Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.  
J. C. Ruiz Ramírez. Unidad de Farmacia. Gerencia de Atención Primaria. Murcia.  
J. Salas Nieto. Serv. Cardiología. Hosp. General Universitario de Albacete.  
M. P. Sainz de Baranda Andújar. Fac. Ciencias del Deporte y de la Actividad Física. Universidad Católica de Murcia.  
T. Sánchez Ruiz. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.  
S. Sanz de Castro. Serv. Nefrología. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.  
P. Saucedo Rodrigo. Centro de Salud Docente de Vistalegre - La Flota. Murcia.  
P. Segura Luque. Serv. Endocrinología. Hosp. Universitario V. Arrixaca. Murcia.  
A. Soler Marín. Dep. Tecnología de los Alimentos y Nutrición. Universidad Católica de Murcia.  
J. Tamargo Menéndez. Departamento de Farmacología. Univ. Complutense de Madrid.  
L. Tejada Portero. Departamento de Tecnología de los Alimentos y Nutrición Univ. Católica de Murcia.  
F. Tomás Barberán. Departamento de Ciencia y Tecnología de Alimentos. Centro de Edafología y Biología Aplicada del Segura. Murcia.  
I. Tovar Zapata. Servicio de Análisis Clínicos. Hop. Universitario V. Arrixaca. Murcia.  
S. Zamora Navarro. Departamento de Fisiología. Universidad de Murcia.  
P. Zafrilla Rentero. Escuela de Nutrición Humana y Dietética. Universidad Católica de Murcia.  
P. Zaragoza Fernández. Vocalía de Nutrición. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia.

## PLAN DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL POR EL FARMACÉUTICO: HERRAMIENTA ÚTIL EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Macabich Bolarín, Eva; Oruezabal Moreno, Lourdes;  
Zaragoza Fernández, María Pilar y Bermúdez Soto, María José\*.  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia (COFRM) Murcia.

### OBJETIVOS:

Numerosos estudios epidemiológicos han demostrado la relación entre los hábitos de vida (dieta y ejercicio físico) y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. La obesidad infantil está asociada a un aumento en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en la vida adulta, incluyendo diabetes tipo 2, hipertensión, dislipemias y síndrome metabólico. De igual manera, se ha demostrado que en la población adulta mayor de 65 años es muy importante la educación nutricional tanto para prevenir la aparición de enfermedades como para aumentar la calidad de vida.

Es por esto que se hace necesario investigar los hábitos alimenticios de los distintos grupos poblacionales y, en base a esto, crear programas de educación nutricional con el fin de prevenir la aparición de estos problemas de salud.

Desde el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, a través de su Vocalía Nacional de Alimentación y promovidas por los distintos Colegios Provinciales, se ha promovido el "Plan de Educación Nutricional por el Farmacéutico" (PLENUFAR) para la detección de problemas alimenticios y para educación nutricional, del cual se ha extraído la información para este trabajo.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

La campaña PLENUFAR II, realizada en el 2.000, se dirigió a escolares. Se llevó a cabo en el ámbito escolar, a través de farmacéuticos locales, realizando una serie de encuestas antes y después de impartirles educación nutricional básica. Los resultados se expresaron como mejora en el conocimiento acerca de hábitos alimenticios.

Para la campaña PLENUFAR III (2005), los farmacéuticos, desde la Oficina de Farmacia y los centros de personas mayores ubicados en la Región de Murcia recogieron los datos entre 1164

adultos mayores de 65 años. La valoración del estado nutricional se basó en el cuestionario Mini Nutricional Assessment (MNA) y se realizó un análisis descriptivo de las variables asociadas al estado nutricional de las personas mayores de la Región de Murcia.

### RESULTADOS:

El PLENUFAR II resultó en una mejora del conocimiento global sobre su alimentación en la población global estudiada. Se observó que, por lo general, mejoraron los hábitos alimentarios de esta población tras haber recibido la educación pertinente, en cuanto a la identificación y el consumo de los alimentos más saludables.

Las encuestas realizadas a la población mayor de 65 años en el PLENUFAR III indicaron el estado nutricional de los encuestados mostrando un porcentaje alto de población con problemas, tanto de desnutrición como de sobrepeso, muy relacionado con sus hábitos de vida. Los resultados indican que esta población requiere de ayuda profesional para mejorar sus hábitos alimentarios.

### CONCLUSIONES:

Los PLENUFAR II y III, han resultado de gran utilidad para detectar tanto el estado nutricional como los hábitos nutricionales incorrectos en distintos tipos de población. Los programas de educación nutricional se muestran como estrategias muy apropiadas para corregir los malos hábitos y así prevenir la aparición de enfermedades relacionadas con la dieta, como los trastornos cardiovasculares. El farmacéutico, gracias a estas iniciativas, ha resultado ser un profesional sanitario cualificado para desarrollar labores sociales orientadas a la promoción de la salud.

## HIPERLIPEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA, RIGIDEZ ARTERIAL Y ATEROSCLEROSIS PRECLÍNICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

\*Ascuña Vásquez E., Maestre Peiró A., Piedecausa Selfa M., Cánovas García V., Bernal Morell E., Masia Canuto M., Pérez Soto Mi., Mora Rufete A., Martín Hidalgo A.  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche

### OBJETIVO:

Conocer las características epidemiológicas, clínico analíticas, factores de riesgo asociados, así como el estudio de la Rigidez Arterial (RA) y la aterosclerosis preclínica (Grosor Intima Media e Índice Tobillo-Brazo) de los pacientes con diagnóstico de sospecha de Hiperlipemia Familiar heterocigota.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional y descriptivo de los pacientes con diagnóstico probable/cierto de Hiperlipemia Familiar Heterocigota (criterios OMS 1999 puntuación MED PED > 6) atendidos en Consultas Externas de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Elche. Realización de protocolo prospectivo con múltiples variables que incluyó medición de la Rigidez Arterial (Tonometría radial y carotídea), Índice Tobillo-Brazo (ITB) y Grosor Intima Media (GMI).

### RESULTADOS:

Se han analizado los datos de 36 pacientes, con edad media de 41,6 años (22-75 años) y porcentaje de varones del 44,4%. La media de colesterol LDL fue de 161mg/dL. Presentaron HTA el 16,7% (6 pa-

cientes), obesidad el 22,2% (8 pacientes), el 27,8% (10 pacientes) eran fumadores activos, el 33% (12 pacientes) sedentarios, ninguno era diabético. El 47,2% (17 pacientes) tenía antecedentes familiares de enfermedad vascular precoz y el 16,7% (6 pacientes) habían presentado un evento isquémico coronario. Se hallaron placas carotídeas en el 20,7% (6 pacientes) y el ITB fue patológico sólo en un paciente. En cuanto al estudio de la RA mediante tonometría, usamos como parámetro de RA manifiesta un Índice de Aumento (IAx) mayor de 35%, presentando el 41,6% (15 pacientes) un índice patológico.

### CONCLUSIONES:

La Hiperlipemia familiar heterocigota es una entidad de difícil manejo con gran riesgo cardiovascular asociado. No se conoce la relación entre los niveles de colesterol plasmático y la posible Rigidez Arterial (RA) asociada. En nuestra muestra, el 41,6% de los pacientes presentó una RA alterada. Además, el 20,7% presentó afectación carotídea y el 2,7% alteración del ITB.

## ESTUDIO DEL DIÁMETRO MEDIO DE LAS SUBFRACCIONES DE LDL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Granero Fernández, E.\*, Hernández Martínez A. M., Albaladejo Otón M. D., Parra Pallarés S., Abenza Jiménez P., Granero Tur M.; Martínez Hernández P., Tebar Massó J.

Centro de Salud Espinardo Murcia. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

Uno de los elementos más asociados con el inicio del proceso aterosclerótico es la transformación fisicoeléctrica de las partículas de colesterol LDL muy relacionada con la presencia de subfracciones de LDL densas y de menor tamaño, lo que permite su oxidación. Este estudio correlaciona el diámetro medio de las subfracciones de LDL (dm sflDL) en un grupo de pacientes de alto riesgo cardiovascular.

### PACIENTES:

Estudio observacional descriptivo de prevalencia en atención primaria. "Consulta de Seguimiento de riesgo cardiovascular" durante un año con hipertensos (HTA): Tensión Arterial >140/90, Diabetes tipo 2 (DM2) criterios ADA 2000. Síndrome Metabólico (SM) criterios del National Cholesterol Education Program. [NCEP] Adult Treatment Panel III, Obesidad (OB), perímetro de cintura > 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres. El dm sflDL se obtiene con el Quantimetrix Lipoprint System®. Análisis estadístico: En el análisis bivariado se ha utilizado la prueba t-Student para asociación entre variables cuantitativas y el análisis de la varianza (ANOVA) para las cuantitativas o la prueba Mann-Whitney-Wilcoxon con variables no paramétricas. La correlación entre variables cuantitativas se valoró mediante Regresión lineal de Spearman. Significación estadística para valores de  $p < 0.05$ . Se utilizó el paquete informático G-STAT® (Versión 2.0).

### RESULTADOS:

Se estudiaron 150 pacientes durante un año de los que 32 no tenían factor de riesgo cardiovascular (FRCV) y 112 tenían uno o más FRCV. El dm sflDL

del grupo "sin FRCV" era de  $273.2 \pm 4.3 \text{ \AA}$  frente a  $268.8 \pm 5.5$  ( $P < 0.0001$ ). Un 33,9% de pacientes con FRCV presentaron patrón B, aterógeno ( $< 268 \text{ \AA}$ ) por un 9,3% en los que no tenían FRCV ( $p = 0.006$ ). Mientras en el grupo de sanos el dm sflDL presentó diferencias por sexo ( $271.2 \pm 5.8 \text{ \AA}$  en hombres y  $274.3 \pm 2.8$  en mujeres  $p = 0.02$ ) estas diferencias desaparecen en el grupo de RCV tanto en el total como considerando los grupos de diabéticos, hipertensos, con SM y reapareciendo la diferencia significativa entre los obesos. Los dm sflDL fueron en SM  $267.5 \text{ \AA}$ , DM2  $268.2 \text{ \AA}$ , HTA  $268.9 \text{ \AA}$  y OB  $269.3 \text{ \AA}$  con diferencias significativas entre pacientes con SM y OB ( $p < 0.01$ ).

Se encontró una fuerte correlación entre diámetro medio y Triglicéridos ( $r$  Spearman  $-0.59$   $p < 0.0001$ ), Apo B ( $-0.41$   $p = 0.0004$ ) y colesterol HDL ( $0.38$   $p = 0.0006$ ), media con H.O.M.A ( $-0.26$   $p = 0.02$ ), Apo A-I ( $0.25$   $p = 0.03$ ). La correlación fue discreta con TAS ( $0.02$ ), TAD ( $-0.07$ ), peso ( $-0.14$ ), perímetro de cintura ( $-0.16$ ), edad ( $0.12$ ), Colesterol total ( $-0.16$ ), Colesterol LDL ( $0.16$ ), Apo A-II ( $-0.10$ ), Lipoproteína (a) ( $0.15$ ) y Homocisteína ( $0.0009$ ).

### CONCLUSIONES:

Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular presentan un dm sflDL más desfavorable que los controles sin FRCV con un patrón aterógeno de sus subfracciones de LDL en un tercio de los casos. El dm sflDL presenta un alto grado de correlación con Triglicéridos, Apo B y colesterol HDL.

## TABAQUISMO Y UNIVERSITARIOS, ¿INFLUYE EL GENERO?

Antonio Martínez Pastor\*; Catalina Conesa Bernal\*\*; Serafín Balanza Galindo\*;  
José Abellán Alemán\*; Fernando Hernández Menárguez\*; Mariano Leal Hernández\*

\*\*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la G.A.P. de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

\*Cátedra de Riesgo Cardiovascular de la Univesidad Católica San Antonio de Murcia.

### OBJETIVOS:

Conocer si existen diferencias respecto al género en el consumo de tabaco en jóvenes universitarios.

### MATERIAL Y METODOS:

Diseño: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Ambito: Universidad Católica. Población diana: 3073 estudiantes universitarios y de primer y último curso. Selección muestral: Muestreo no aleatorio consecutivo de 1161 estudiantes. Mediciones e intervenciones: Diseño de un cuestionario, anónimo, autocumplimentado, de 64 ítems, previo estudio piloto de 100 alumnos para validación. Se estudia como variable dependiente el consumo de tabaco, y como variable independiente, el género. Análisis estadístico: Coeficiente alfa de Crombach, test de Chi-cuadrado de Pearson y, para la magnitud de asociación entre las variables la ods ratio con su intervalo de confianza al 95%. Análisis con paquete estadístico SPSS-PC+ y significación estadística para  $p < 0.05$ .

### RESULTADOS:

La consistencia interna de los ítems estudiados es de 0,923. Se objetiva un mayor consumo tabáquico en mujeres (43,7% vs 32,3%) ( $p < 0.0001$ ; OR 0,615; IC 95% (0,484-0,781), en el consumo menor/igual a

una cajetilla/día (58% vs 42%). Consumos mayores a una cajetilla/día, no dan diferencias significativas. Aunque fuman más, las mujeres tienen menor dependencia física ( $p < 0.0001$ ), y sin embargo, fuman más tiempo de forma regular que los hombres ( $p < 0.0001$ ), los cuales inician el consumo de tabaco a menor edad que las mujeres ( $< 13$  años) ( $p = 0.001$ ). Con relación a la influencia del paso por la Universidad para el abandono del hábito, se observa, que aún fuman más, casi un 60%, las mujeres ( $p < 0.0001$ ). No hay diferencias respecto a género con relación a antecedentes familiares, influencia de campañas antitabaco, o medidas de presión social sobre los fumadores (ns).

### CONCLUSIÓN:

Existen diferencias respecto al género en el consumo de tabaco entre nuestros universitarios. Además, este consumo aumenta con el paso por la institución universitaria en ambos sexos, pero de forma más destacada en mujeres. Se hace necesario buscar medidas de promoción de hábitos cardiosaludables entre los jóvenes universitarios de nuestro medio.



## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES FUMADORES DE UN CENTRO DE SALUD.

Anselmo Martínez León\*, Laura Redondo Romero, Carmen Fructuoso Miralles, Sara Lopez Rojo, Julio Lopez-Picazo Ferrer, Carmen Alfonso Cano.  
Centro de Salud docente San Andrés, Murcia.

### RESUMEN:

OBJETIVOS: 1-Conocer la motivación para abandonar el tabaco entre los fumadores de un centro de salud. 2-Valorar la dependencia del tabaco de los pacientes fumadores. 3-Evaluar la relación entre los factores de riesgo cardiovascular y las características de los fumadores.

### MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo transversal en un centro de salud urbano. Sujetos: Seleccionamos aleatoriamente 264 fumadores entre los pacientes que acuden a consulta de 5 médicos de familia desde 1-11-06 a 28-2-07. Variables: Edad, sexo, edad de inicio, consumo (paquetes/años), estudios (primarios, medios, superiores), test de motivación de Richmond, test de dependencia de Fargëstrom, factores de riesgo cardiovascular (FRCV): IMC, perímetro cintura, hipertensión arterial (HTA), hiperlipemia (HL) y diabetes mellitus (DM). Mediante SPSS-12.0 se valora la relación entre las variables.

### RESULTADOS:

Fumadores: 264, edad media:  $43\pm 13.9$  años, hombres: 51%, edad de inicio:  $17.7\pm 5.6$  años, paquetes/años:  $23.1\pm 19.1$ , estudios primarios: 33%, motivación baja: 40.9%, moderada: 25% y alta: 34.1%, dependencia leve: 39.4%, moderada: 37.5%, alta: 23.1%.

IMC>30: 145, cintura>88: 57 mujeres, cintura>102: 37 hombres, HTA: 61, HL: 51, DM: 17.

Los hombres fuman antes, consumen más y están más motivados para dejar de fumar que las mujeres ( $p<0.012$ ). Con mayor dependencia, más consumo y menor edad de inicio ( $p<0.012$ ). La dependencia es mayor con estudios primarios que medios ( $p<0.02$ ). Con cintura patológica ( $p<0.0001$ ) y obesidad fuman más ( $p<0.015$ ). Hay más HTA con estudios primarios que medios ( $p<0.04$ ) y superiores ( $p<0.02$ ). Correlación entre FRCV y edad: 0,503. Los HTA fuman más ( $p<0.0001$ ) y la edad de inicio es mayor ( $p<0.035$ ) que los no-HTA. Los HL fuman más ( $p<0.034$ ) y comienzan a fumar después ( $p<0.017$ ) que los no-HL. Con más FRCV, mayor consumo de tabaco ( $p<0.0001$ ).

### CONCLUSIONES:

Los hombres están más motivados que las mujeres para dejar de fumar. Pacientes con estudios primarios presentan mayor dependencia y consumo que el resto. El consumo es significativamente mayor en obesos, cintura patológica, hipertensos e hiperlipémicos.

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD: OBESIDAD Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Diana Jiménez, M<sup>a</sup> Isabel Fortea, Juana Inés Gallego, M<sup>a</sup> Inmaculada Soriano,  
Ana Fernández, Virginia Fernández

Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Católica San Antonio de Murcia.

### INTRODUCCIÓN:

Los datos actuales de prevalencia de la obesidad afianzan la importancia de realizar una detección, prevención y/o tratamiento de ésta, puesto que, la obesidad se considera según las publicaciones más recientes, un factor de riesgo cardiovascular. Con objeto de evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares así como la potenciación de otros factores de riesgo, se considera de vital importancia la realización de una correcta Educación para la Salud por parte de un equipo multidisciplinar.

Los marcadores antropométricos de mayor valor en la actualidad para detectar el riesgo de enfermedad cardiovascular son el índice de masa corporal (IMC) y el índice cintura-cadera (ICC).

### OBJETIVOS:

- Estudiar el riesgo cardiovascular de nuestra población objeto de estudio a través de los distintos parámetros antropométricos utilizados para el diagnóstico de la obesidad.
- Conocer el índice de masa corporal según sexo y edad.
- Aconsejar sobre la conducta a seguir según el IMC.
- Conocer el índice cintura-cadera.
- Relacionar ICC e IMC con el riesgo de desarrollar enfermedades que acompañan a la obesidad tales como hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Se tomó una muestra al azar de sujetos que acudieron a las I Jornadas Sociosanitarias de la Región de Murcia, realizadas los días 10, 11 de Noviembre de 2006. Se realizó la toma de datos antropométricos y se impartió una charla a cada sujeto indicando la conducta a seguir según sus parámetros.

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

La muestra estaba formada por 78 sujetos, 50 mujeres (64 %) y 28 hombres (36 %).

En la muestra de mujeres se observa que un 34 % tiene sobrepeso, un 16 % tiene obesidad y un 44 % tiene un peso adecuado.

Con respecto a los hombres, el 60,7 % tienen sobrepeso, el 21,4 % son obesos y 14,2 % tiene un peso adecuado.

El índice cintura-cadera alcanza en hombres unos valores comprendidos entre 0,9 y 1 en un 57 % de la muestra lo que significa que tienen un riesgo moderado de presentar problemas cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres el 48 % tiene un ICC mayor de 0,85, lo que significa que tienen un alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Ante los resultados obtenidos se estableció el riesgo que tendrían estos sujetos de tener problemas cardiovasculares proporcionándoles folletos informativos e impartiendo una charla sobre las medidas a tomar según el IMC.

## SÍNDROME METABÓLICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN DE YECLA (MURCIA).

Gonzalez Navarro,MD. \*Perez Vicente A. Poveda Siles S.  
Romero Ortiz J. Martinez Candela J.  
C.S Mariano Yago. Yecla.

### OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia del síndrome metabólico según diferentes definiciones, valorar su grado de concordancia y estudiar su relación con el riesgo coronario.

### DISEÑO:

Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Yecla (Murcia) Ambito: Atención primaria.

Participantes: Estudiamos 317 personas seleccionadas mediante muestreo aleatorio estratificado (edad y sexo) de 18.059 con tarjeta sanitaria y edad  $\geq 30$  años.

Mediciones principales: Utilizamos los criterios NCEP III, OMS98, EGIR (Grupo Europeo Estudio Resistencia Insulina) e IDF para diagnosticar el SM y OMS99 para definir la DM2, Glucemia Basal Alterada y Tolerancia alterada glucosa. Consideramos el riesgo coronario (RC) según el método de Anderson 91.

Recogimos variables sociodemográficas, antropométricas, lípidos, microalbuminuria, HbA1c e insu-

linemia; definimos RI cuando índice HOMA  $\geq 3,8$  o como cuartíl más alto de insulinemia basal en normoglucémicos. La concordancia entre definiciones del síndrome se valoró mediante índice Kappa.

### RESULTADOS:

La prevalencia del SM fue: NCEP 20,2% (IC, 15,6-24,8), OMS 35,3% (IC, 29,8-40,8), EGIR 24% (IC, 19,1-28,9) e IDF 29,9% (IC 23,8-34).

La concordancia entre los criterios más clínicos (NCEP.IDF) y los más bioquímicos (OMS, EGIR, HOMA) fue baja (Kappa  $< 0,50$ ) y un 59,4% (OMS); 67,3% (NCEP); 50,7% (EGIR); 58,3% (IDF) de sujetos con SM, presentaban un RC mayor del 20%.

### CONCLUSIONES:

Existe una prevalencia alta del SM en Yecla, con una buena concordancia entre las definiciones más clínicas del mismo NCEP e IDF, relacionándose el criterio NCEP con mayor riesgo coronario.

## ¿SE RELACIONA EL PERÍMETRO DE CINTURA Y LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA CON SOBREPESO Y OBESIDAD? ESTUDIO FATH

M A Prieto Diaz (1) J Navarro Perez (2) O Gonzalez Albarran (3) V Barrios Alonso (3) P Gomez Fernandez (4) L Guerrero Llamas (5) L Ruilope Urioste (5) P Vieitez Garcia (6) C Filozof (6)

(1) Centro de Salud Vallobin-Concinos (Oviedo) (2) Centro de Salud Salvador Pau (Valencia) (3) Hospital Ramon y Cajal (Madrid) (4) Hospital del Sas (Jerez) (5) Hospital 12 de Octubre (Madrid) (6) Departamento Medico BMS (Madrid)

### OBJETIVOS:

Los objetivos del estudio FATH fueron evaluar la asociación entre el perímetro de cintura y la morbilidad cardiovascular (CV) en pacientes hipertensos con sobrepeso (SP) y obesidad (OB). Asimismo se evaluó la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y el grado de control de la PA en estos pacientes.

### DISEÑO:

FATH es un estudio nacional, multicéntrico, transversal en pacientes hipertensos con IMC  $\geq 32.5$  kg/m<sup>2</sup> realizado en el ámbito de Atención Primaria. Población y Métodos. Se incluyeron 4641 pacientes (edad:  $61.9 \pm 10.6$  años, 51.5% mujeres). Se midió perímetro de cintura (PC) en bipedestación en la línea media entre el reborde costal inferior y el superior de cresta iliaca. La presión arterial (PA) se valoró utilizando el manguito adecuado para el perímetro del brazo del paciente. Se estimó filtrado glomerular (FG) por fórmula de MDRD. Se definió sobrepeso (SP) a un IMC=25-29.9 y obesidad (OB) IMC  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>.

### RESULTADOS:

IMC medio:  $32.0 \pm 4.8$  Kg/m<sup>2</sup>; PC:  $107.5 \pm 12.7$  y  $102.5 \pm 13.6$  cm (hombres y mujeres, respectivamente); PA media:  $145.8 \pm 17.8/85.3 \pm 10.6$  mmHg. Un 33% tenían diabetes, 52.4% dislipemia, 26% fumadores, 11.6% antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz y un 22% FG  $< 60$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>. El 11% y el 16% (SP y OB) presentaban hipertrofia ventricular izquierda, un 10.2 y 11.3%, car-

diopatía isquémica (CI), un 5.6 y 8.7%, insuficiencia cardiaca (IC) y un 8.8 y 11.5%, arteriopatía periférica (AP) respectivamente. La presencia de CI y de IC se asoció positivamente con el PC (p tend  $< 0.05$ ). Asimismo, se observó un mayor número de pacientes con FG  $> 90$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> con cuartiles crecientes de PC (p tend  $< 0.01$ ). El riesgo de presentar IC fue 1.6 (IC95%: 1.28-2.03) veces superior en hipertensos OB que con SP. La prevalencia de SM (ATP III) fue 80% en SP y 93% en OB (IC95%: 78.01-82.26 y 91.51-94.00%, respectivamente). Excluidos los pacientes diabéticos, un 75% y un 90% (IC95%: 72.18-77.62 y 88.16-91.77) de los pacientes con SP y OB presentaban SM. El 66.7% y 73.1% de SP y OB no diabéticos y el 90% y 93% de los pacientes con SP y OB diabéticos no tenían la PA controlada. Conclusiones: El PC es un indicador de morbilidad CV en pacientes hipertensos con IMC  $> 25$  Kg/m<sup>2</sup>. La gran mayoría de pacientes hipertensos con sobrepeso u obesidad presentan SM, de forma que prácticamente se podría considerar que HTA y sobrepeso/obesidad es sinónimo de SM. El control de la PA en esta población, a pesar del uso de manguitos adecuados, es muy bajo, sobre todo en diabéticos.

## PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO (SM) EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON SOBREPESO. ESTUDIO FATH

Olga Gonzalez, Vivencio Barrios, Pablo Gomez, Jorge Navarro, Miguel Angel Prieto, Luis Miguel Ruilope, Miguel Angel Sanchez Zamorano, Claudia Filozof y los investigadores del estudio FATH.

(1) Centro de Salud Vallobin-Concinos (Oviedo) (2) Centro de Salud Salvador Pau (Valencia) (3) Hospital Ramon y Cajal (Madrid) (4) Hospital Del Sas (Jerez) (5) Hospital 12 de Octubre (Madrid) (6) Departamento Medico BMS (Madrid)

Los objetivos del estudio FATH fueron evaluar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en pacientes hipertensos con sobrepeso u obesidad y su asociación con enfermedad cardiovascular.

Se realizó un estudio transversal, nacional, multicéntrico en pacientes hipertensos obesos (Ob) o con sobrepeso (Sp) en Atención Primaria. Se incluyeron 2089 Sp (varones: 51%, edad media:  $61.9 \pm 10.7$  años) y 2552 pacientes con Ob (varones: 45%, edad media:  $61.9 \pm 10.5$  años). La PA se midió utilizando un manguito adecuado al perímetro del brazo. Se estimó filtrado glomerular (FG) por fórmula de MDRD. Se definió Sp con un IMC:  $25-29.9 \text{ Kg/m}^2$  y Ob con  $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$ .

El PC medio fue  $101.5 \pm 10.5 \text{ cm}$ ,  $94.2 \pm 10.7 \text{ cm}$ ,  $113.6 \pm 11.5 \text{ cm}$ ,  $107.9 \pm 12.9 \text{ cm}$  en SP y Ob, varones y mujeres, respectivamente. La PAS/PAD media fue:  $143.4 \pm 17.5/83.8 \pm 10.8 \text{ mmHg}$  y  $145.5 \pm 18.3/85.1 \pm 10.8 \text{ mmHg}$  en SP y Ob. La prevalencia de SM (ATP III) fue 80% en SP y 93% Ob (IC95%:  $78.01-82.26$  y  $91.51-$

$94.00\%$ , resp.). Excluida la población diabética (33%), la prevalencia de SM fue 75% y 90%, resp. (IC95%:  $72.18-77.62$  y  $88.16-91.77$ , resp.). El 66.7% de los Sp y el 73.1% de Ob de los pacientes no-diabéticos y el 90% (Sp) y 93% (Ob) de los diabéticos no alcanzaban los objetivos de PA.

El 11 y el 16% (Sp y Ob) presentaban hipertrofia ventricular izquierda, un 10.2 y 11.3%, cardiopatía isquémica y un 5.6 y 8.7%, respectivamente, insuficiencia cardíaca (IC). El 40 y el 45% tenían  $\text{FG} < 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ . La presencia de cardiopatía isquémica y de insuficiencia cardíaca (IC) se asoció positivamente con el PC (p tend: 0.01).

La prevalencia de SM en los hipertensos obesos o con sobrepeso es muy elevada y se asocia a una elevada presencia de morbilidad cardiovascular.

## SÍNDROME METABÓLICO ¿ALGO MÁS QUE UN INSTRUMENTO CLÍNICO?

Granero Fernández, E.\* , Hernández Martínez A. M., Albaladejo Otón M. D.,  
Parra Pallarés S., Abenza Jiménez P., Granero Tur M.;  
Martínez Hernández P., Tebar Massó J.

Centro de Salud Espinardo Murcia. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

Las recientes controversias en torno a la existencia del Síndrome Metabólico (SM) como entidad independiente han introducido elementos de duda entre los clínicos que lo están utilizando como instrumento para la selección de pacientes de alto riesgo cardiovascular. En nuestro estudio correlacionamos el diámetro medio de las subfracciones de LDL (dm sflDL) con factores de riesgo individuales: diabetes tipo 2, hipertensión arterial (HTA) y obesidad (OB) con la agrupación de factores específica que supone el SM en definición del National Cholesterol Education Program. [NCEP] Adult Treatment Panel III.

### PACIENTES:

Estudio observacional descriptivo de prevalencia en atención primaria. "Consulta de Seguimiento de riesgo cardiovascular" durante un año con HTA: Tensión Arterial >140/90, DM2 criterios ADA 2000. Síndrome Metabólico (SM) criterios, Obesidad (OB), perímetro de cintura > 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres. El dm sflDL se obtiene con el Quantimetrix Lipoprint System®. Análisis estadístico: En el análisis bivariado se ha utilizado la prueba t-Student para asociación entre variables cuantitativas y el análisis de la varianza (ANOVA) para las cuantitativas o la prueba Mann-Whitney-Wilcoxon con variables no paramétricas. Significación estadística para valores de  $p < 0.05$ . Se utilizó el paquete informático G-STAT® (Versión 2.0).

Resultados: Se estudiaron 150 pacientes durante un año de los que 112 eran portadores de uno más factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Los dm sfl-

DL fueron en SM 267.5 Å, DM2 268.2 Å, HTA 268.9 Å y OB 269.3 Å. Cuando estudiamos los diámetros que presentaban cada grupo de pacientes con un factor concreto y los que no eran portadores de ese factor no encontramos diferencias entre DM2, HTA ni OB mientras que los pacientes con SM (dm sflDL 267.5 Å) sí tenían una diferencia significativa ( $p=0.0003$ ) frente a los que no reunían los criterios de SM (dm sflDL 272.01 Å).

Cuando estudiamos las posibles combinaciones entre SM y DM y entre SM e HTA:

DM2 / SM	Diametro	Dif. ES	HTA / SM	Diametro	Dif. ES
1.-S.M. CON DM2	266.88	4 con 3	D.-S.M. "CON" HTA	267.69	C con B
2.-S.M. "NO" DM2	269.3	4 con 2	C.-S.M. "SIN" HTA	267.3	C con A
3.-DM2 "SIN" S.M.	271.57	4 con 1	B.-HTA "SIN" S.M.	272.3	D con B
4.-NO DM2 NO SM	273.82	2 con 1	A.-NO HTA NO SM	273.82	D con A

### CONCLUSIONES:

Los pacientes con SM presentan un perfil de subfracciones LDL más desfavorable que los portadores de DM2, HTA u OB solamente. La asociación de SM con DM2 o HTA presenta el perfil más desfavorable en el dm sflDL. Los pacientes con SM sin DM2 o sin HTA presentan un perfil más desfavorable que los portadores de este factor (DM2 o HTA) pero no reúnen criterios diagnósticos de SM.

## EFECTO DEL EJERCICIO FÍSICO ACUÁTICO FRENTE AL TERRESTRE SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA MUJER POSMENOPÁUSICA. ESTUDIO CLIDERICA

P Saucedo Rodrigo\*, P Gómez Jara, J C Colado Sánchez, E Ortega Toro, I Morales Moreno, P Zafrilla Rentero, J M Cayuela, P Saínez de Baranda Andújar, J Abellán Alemán.

Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### OBJETIVO:

Valorar si los efectos que el ejercicio físico causa sobre los factores de riesgo cardiovascular de la mujer posmenopáusica son diferentes según se realice en medio acuático o terrestre.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de intervención prospectivo de 6 meses de duración.

Población a estudiar: Mujeres de 45 a 59 años con menopausia natural y amenorrea superior a 1 año pertenecientes a 3 centros de salud de Murcia.

Criterios de exclusión: Tratamiento hormonal sustitutivo en los 6 meses previos al estudio, eventos cardiovasculares previos, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, hiper o hipotiroidismo, mastectomía o histerectomía e incapacidad para seguir un programa de ejercicio físico sistemático.

No se realizó muestreo. Se incluyeron 40 mujeres: 21 conformaron el grupo de ejercicio físico terrestre (GET) y 19 el grupo de ejercicio físico acuático (GEA).

Intervención: 1.-Programa estructurado y progresivo de ejercicio físico con monitor consistente en tres sesiones semanales de una duración de una hora y de una intensidad alta, trabajando fuerza y resistencia muscular. Las mujeres participantes se distribuyeron de manera aleatoria en dos grupos con el mismo protocolo de ejercicio pero en distinto medio: terrestre (realizado en las instalaciones del pabellón municipal) y acuático (piscina municipal).

2.-Recomendación a todas las participantes de una dieta adecuada para prevenir riesgos cardiovasculares.

Mediciones: A todas las participantes en el estudio

se les practicó una valoración clínica con medición de tensión arterial, analítica y estudio antropométrico al inicio y al final del estudio.

### RESULTADOS:

Se registran 3 abandonos por violaciones al protocolo (3 del GEA). Cumplimiento del programa del 90%.

Con nuestra intervención los factores de riesgo cardiovascular medidos se modificaron de la siguiente forma:

- El peso en el GET cambió de 70,4 kg a 68,4; y en el GEA de 68,4 kg a 65,5 kg (diferencias intergrupos ns). El índice de masa corporal cambió de 29,1 a 28,3 en el GET, y de 27,7 a 26,5 el GEA (diferencias intergrupos ns).

- El perímetro de cintura se modificó en el GET de 89,8 cm a 86,8 cm; y en el GEA de 90,6 cm a 86,9 cm (diferencias intergrupos ns).

- La tensión arterial sistólica se modificó en el GET de 135 mm Hg. a 123,9 mm Hg.; y de 132 mm Hg. a 120,5 mm Hg. en el GEA (diferencias intergrupos ns).

- La tensión arterial diastólica se redujo de 82,7 mm Hg. a 76,6 mm Hg. en el GET; y de 84,6 mm Hg. a 76,6 mm Hg. en el GEA (diferencias intergrupos ns).

### CONCLUSIONES:

El ejercicio físico estructurado y mantenido ejerce un efecto beneficioso sobre los factores de riesgo cardiovascular de las mujeres posmenopáusicas: reduce el peso, el perímetro de cintura y la tensión arterial. Estos beneficios son independientes del medio en el que se realice dicho ejercicio, resultando igual de eficaz el ejercicio realizado en tierra que el realizado en agua.

## ¿MODIFICA EL EJERCICIO FÍSICO EL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA MUJER POSMENOPÁUSICA? ESTUDIO CLIDERICA.

P Saucedo Rodrigo\*, P Gómez Jara, J C Colado Sánchez, E Ortega Toro, I Morales Moreno, P Zafrilla Rentero, J M Cayuela, P Saíñz De Baranda Andújar, J Abellán Alemán.  
Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### OBJETIVO:

Valorar si un programa de ejercicio físico estructurado disminuye las cifras de presión arterial, el peso, el perímetro de cintura y como consecuencia mejora el perfil de riesgo cardiovascular en la mujer posmenopáusica.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de intervención prospectivo de 6 meses de duración.

Población a estudiar: Mujeres de 45 a 59 años con menopausia natural y amenorrea superior a 1 año pertenecientes a 3 centros de salud de salud de Murcia.

Criterios de exclusión: Tratamiento hormonal sustitutivo en los 6 meses previos al estudio, eventos cardiovasculares previos, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, hiper o hipotiroidismo, mastectomía o histerectomía e incapacidad para seguir un programa de ejercicio físico sistemático.

No se realizó muestreo. Se incluyeron 63 mujeres: 40 conformaron el grupo de ejercicio físico (GE) y 23 el grupo control (GC).

Intervención:

1.-Programa estructurado y progresivo de ejercicio físico con monitor consistente en tres sesiones semanales de una hora de duración y de una intensidad alta, trabajando fuerza y resistencia muscular. El GE se dividió a su vez en dos subgrupos con el mismo protocolo de ejercicio pero en distinto medio: acuático (GA) y terrestre GT).

2.-Recomendación a todas las participantes (grupo control y experimental) de una dieta adecuada para prevenir riesgos cardiovasculares.

### Mediciones:

A todas las participantes en el estudio se les practicó una valoración clínica con medición de tensión arterial, analítica y estudio antropométrico al inicio y al final del estudio.

### RESULTADOS:

Se registran 4 abandonos por violaciones al protocolo (3 del GE y 1 del GC). Cumplimiento del programa del 90%.

El peso cambia de 66,8 kg a 68 kg en el GC, y de 69,5 kg a 67,1 kg en el GE ( $p < 0,0001$ ). El perímetro de cintura pasa de 86 cm a 88 cm en el GC, y de 90,2 cm a 86,8 cm en el GE ( $p < 0,0001$ ).

La presión arterial sistólica (PAS) varía de 128,8 mm Hg a 128,4 mm Hg en el GC, y de 134,2 mm Hg a 122,4 mm Hg en el GE ( $p < 0,0001$ ). La presión arterial diastólica (PAD) se modifica de 77,9 mm Hg a 77,9 mm Hg en el GC, y de 83,5 mm Hg a 76,6 mm Hg en el GE ( $p < 0,0001$ ).

En ninguna de las variables se encontró diferencias significativas entre los grupos de intervención acuático y terrestre.

### CONCLUSIONES:

Nuestro programa de ejercicio físico sistemático y controlado, disminuye significativamente el peso, perímetro de cintura, presión arterial sistólica y presión arterial diastólica lo que conlleva una mejora en el perfil de riesgo cardiovascular de las mujeres posmenopáusicas. Las distintas modalidades de ejercicio (acuático y terrestre) resultaron igualmente eficaces.



## ¿MODIFICA EL EJERCICIO FÍSICO LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER POSMENOPÁUSICA?. ESTUDIO CLIDERICA

P Saucedo Rodrigo\*, P Gómez Jara, J C Colado Sánchez, E Ortega Toro, I Morales Moreno, P Zafrilla Rentero, J M Cayuela, P Saíñz De Baranda Andújar, J Abellán Alemán.

Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### OBJETIVO:

Valorar si el ejercicio físico (EF) estructurado mejora la calidad de vida en la mujer posmenopáusica.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de intervención prospectivo de 6 meses de duración.

Población: Mujeres de 45 a 59 años con menopausia natural y amenorrea superior a 1 año perteneciente a 3 centros de salud de Murcia.

Criterios de exclusión: Tratamiento hormonal sustitutivo en los 6 meses previos al estudio, eventos cardiovasculares previos, diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, hiper o hipotiroidismo, mastectomía, histerectomía o incapacidad para realizar ejercicio físico.

No se realizó muestreo. Se incluyeron 63 mujeres: 40 conformaron el grupo de ejercicio físico (GEF) y 23 el grupo control (GC).

Intervención: Programa estructurado de ejercicio físico de 3 sesiones semanales, de una hora de duración e intensidad alta, trabajando fuerza y resistencia. El GEF se dividió en dos subgrupos con el mismo protocolo de ejercicio pero en distinto medio: acuático (GA) y terrestre (GT).

Mediciones: Evaluación de la calidad de vida al final del estudio, utilizando el cuestionario SF-36: herramienta validada para evaluación de la calidad de vida, donde se hace referencia a diversos aspectos de la salud (física, funcional, emocional y social).

De este test hemos medido las áreas que han demostrado mayor validez y confiabilidad en las pruebas de consistencia de Cronbach:

1. Área funcional, compuesta por:
  - a. Función física (FF): grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria
  - b. Limitación del rol físico (RF): grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias.
2. Autoevaluación del estado de salud respecto al año anterior (ESG).

Los resultados del cuestionario se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Las medias de cada una de las variables se han interpretado de manera descriptiva en función de unos valores de referencia. Se han comparado los resultados entre los diferentes grupos del estudio.

### RESULTADOS:

Se registraron 4 abandonos por violaciones al protocolo (3 del GE y 1 del GC). Cumplimiento del programa del 90%.

Variable FF:

La puntuación media del GC fue 58.1, por debajo del percentil 25 para su mismo grupo de edad; la del GT 84.5, entre el percentil 50 y 75; y la del GA 79.4, entre el percentil 40 y 50. Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el GC y GE ( $p < 0.001$ ) y no así entre el GT y el GA.

Variable RF:

La puntuación media del GC fue 56, por debajo del percentil 25 para su mismo grupo de edad; la del GT 95, entre el percentil 50 y 75; y la del GA 89.1, entre el percentil 50 y 75. Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el GC y GE ( $p < 0.001$ ) y no así entre el GT y el GA.

Variable autoevaluación del ESG:

La puntuación media del GC fue 51.2, por debajo del percentil 25 para su mismo grupo de edad, la del GT 76.2, entre el percentil 50 y 75 y la del GA 8.1, entre el percentil 50 y 75. Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el GC y GE ( $p < 0.001$ ) y no así entre el GT y el GA.

### CONCLUSIONES:

Un programa de ejercicio físico sistemático y controlado mejora significativamente la percepción por la mujer posmenopáusica de su función física, rol físico y estado de salud con respecto al año anterior y como consecuencia su calidad de vida.

## ¿SE RELACIONA EL GENERO CON LA INFORMACIÓN QUE TIENEN LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS SOBRE RIESGO CARDIOVASCULAR?

Martínez Pastor, Antonio\*; Conesa Bernal, Catalina\*\*; Abellán Alemán, José\*; Balanza Galindo, Serafín\*; Hernández Menárguez, Fernando\*; Leal Hernández, Mariano\*.

\*\*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la G.A.P. de Murcia. Servicio Murciano de Salud.  
\*Cátedra de Riesgo Cardiovascular de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

### OBJETIVOS:

Conocer si existen diferencias respecto al género en la información sanitaria que presentan los jóvenes universitarios.

### MATERIAL Y METODOS:

Diseño: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Ambito: Universidad Católica. Población diana: 3073 estudiantes universitarios y de primer y último curso. Selección muestral: Muestreo no aleatorio consecutivo de 1161 estudiantes. Mediciones e intervenciones: Diseño de un cuestionario, anónimo, autocumplimentado, de 64 ítems, previo estudio piloto de 100 alumnos para validación. Se estudia como variable dependiente la información sanitaria sobre factores de riesgo cardiovascular, y como variable independiente, el género. Análisis estadístico: Coeficiente alfa de Crombach ( $\geq 0,70$ ), análisis factorial, test de t de Student y de Chi-cuadrado y, para la magnitud de asociación entre las variables la odds ratio con su intervalo de confianza al 95%. Análisis con paquete estadístico SPSS-PC+ y significación estadística para  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS:

La consistencia interna entre los ítems estudiados es de 0,742. Sólo un 32% de universitarios conoce que las enfermedades cardiovasculares son la mayor causa de muerte en nuestro país, sin diferen-

cias de género (ns). Un 42% conoce que el tabaco es el factor de riesgo asociado a las enfermedades cardiovasculares, no existiendo tampoco diferencias de género (ns).

Aplicando la t de Student en la escala total estudiada y en las dos subescalas que aparecen en el factorial (escala 1: obesidad y forma de vida; y escala 2: factores de riesgo cardiovascular), se objetiva que los valores medios son siempre más elevados en las mujeres (31,04 frente a 29,83 ( $p < 0,0001$  escala total,  $p = 0,006$  en la subescala 1 y  $p < 0,0001$  en la subescala 2). Se objetiva que son los hombres los que están más desinformados sobre factores de riesgo cardiovascular (57% vs 43%) ( $p < 0,0001$ ; OR=1,984; IC 95% (1,524-2,583).

### CONCLUSIÓN:

En global, existe gran desinformación sobre factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares entre los estudiantes universitarios. Son los estudiantes universitarios varones aquellos donde existe mayor grado de desinformación.

## ANÁLISIS DEL SENTIMIENTO RELIGIOSO COMO FACTOR PROTECTOR DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

Alonso Saenz de Miera MJ, Balanza Galindo S, Leal Hernández M, Abellán Alemán J.

\*Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

1) Analizar si el sentimiento religioso se asocia a una mayor o menor prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de un área rural. 2) Objetivar si dicho sentimiento religioso se correlaciona con un diferente nivel de riesgo cardiovascular "RCV" en estos pacientes.

### MÉTODOS USADOS:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal de prevalencia. Ámbito de estudio: área sanitaria de un centro de salud rural. Sujetos: 336 individuos (186 varones y 150 mujeres) pertenecientes al municipio de Fuente Alamo (Murcia) con edades comprendidas entre los 40-65 años (ambos inclusive) seleccionados mediante un muestreo aleatorio.

Mediciones e intervenciones:

Se registraron datos sociodemográficos, clínicos y analíticos mediante un cuaderno de recogida de datos prediseñado, y un cuestionario basado en un test validado, donde se categoriza a los pacientes en tres grupos: 1) Ateos (no refieren ningún tipo de creencias). 2) Creyentes no practicantes (afirman profesar la religión católica y acudir a la iglesia o participar en actividades religiosas o leer la biblia con una frecuencia menor a una vez por semana). 3) Creyentes practicantes (afirman profesar la religión católica y acudir a la iglesia o participar en actividades relacionadas o leer la biblia al menos una vez por semana). A los tres grupos de pacientes se les calculó el RCV mediante las tablas SCORE para países del sur (bajo riesgo) y las tablas de la SEH-LEHLA.

### RESULTADOS:

La edad media fue de  $53,5 \pm 7,1$  años similar en hombres y mujeres. Globalmente, la prevalencia media de la HTA fue del 53,6%, siendo superior en mujeres con un 59,5%. El RCV global obtenido mediante el sistema SCORE fue muy bajo: sólo el 11% presentaron un riesgo mayor del 5% y más de la mitad de la población presentó un riesgo entre 0 y 1%. Calculado mediante las tablas de la SEH-LEHLA resultó que el 32,7% presentaron un riesgo bajo y añadido bajo y sólo el 1,5% presentó un riesgo muy elevado.

Comparando entre los tres grupos (ateos, creyentes no practicantes y creyentes practicantes) se aprecia que el 61,3% de los creyentes practicantes eran hipertensos, frente al 46,6% de los creyentes no practicantes y ateos. Respecto al RCV según las tablas SCORE el 12,5% de los creyentes practicantes presentaban un RCV > 5%, frente al 9,7% de los no practicantes y ateos. Al aplicar las tablas cualitativas de la SEH-LEHLA se obtiene que el 22,5% de los creyentes practicantes tienen un riesgo elevado de padecer una enfermedad cardiovascular, frente al 17,0% de los creyentes no practicantes y ateos.

### CONCLUSIONES:

El sentido religioso entendido como creyente y practicante no se asocia a un menor RCV; la prevalencia de HTA y la probabilidad de desarrollar eventos coronarios es mayor en los creyentes practicantes no ejerciendo el sentimiento religioso, en esta área rural, un efecto protector del RCV.

## ALTA COMPETITIVIDAD ENTRE LA PAREJA ¿MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL VARÓN?

Alonso Saenz de Miera MJ, Balanza Galindo S, Leal Hernández M,  
Abellán Alemán J, Izquierdo Ros María Teresa.

\*Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Analizar si los factores que determinan una alta competitividad entre la pareja se asocian a un mayor riesgo cardiovascular (RCV) en los varones de un área rural.

### MÉTODOS USADOS:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal de prevalencia. Ámbito de estudio: área sanitaria de un centro de salud rural. Sujetos: 336 individuos (186 varones y 150 mujeres) pertenecientes al municipio de Fuente Alamo (Murcia) con edades comprendidas entre los 40-65 años (ambos inclusive) seleccionados mediante un muestreo aleatorio. Mediciones e intervenciones: datos socio-demográficos recogidos mediante un cuaderno de recogida de datos prediseñado, y un cuestionario de tipo social donde se recogían datos sobre: 1) Nivel de estudios. 2) Actividad laboral (al hombre se le preguntaba si le importaba que su mujer trabajase fuera de casa y a la mujer solamente si trabajaba fuera) y 3) Economía familiar (conocer quien aportaba dinero ó no). Cálculo del RCV mediante las tablas SCORE y las tablas de la SEH-LELHA.

### RESULTADOS:

Respecto al análisis descriptivo, se aprecia que el 24% de los varones manifiestan que les importa (no desean) que su mujer trabaje fuera de casa, el 57,9% afirman que su mujer aporta dinero a la economía familiar y el 34,3% tienen una pareja con

mayor formación académica que ellos. Analizando la correlación entre competitividad entre la pareja y RCV se observa que el RCV medido mediante las tablas de la SEH-LELHA muestra que el 32,5% de los varones cuyas mujeres no aportan dinero tienen un RCV elevado, siendo también elevado en el 67,9% de los varones cuyas mujeres si aportan dinero ( $p < 0.05$ ). Al valorar el nivel de estudios se comprueba que cuando la mujer tiene un nivel de estudios igual ó superior, disminuye el RCV en el varón. El análisis de la actividad laboral de la mujer objetiva que el 32,6% de los varones que tienen una pareja que trabaja fuera de casa tiene un RCV elevado frente al 22,8% de los que su pareja son amas de casa ( $p > 0.05$ ). Midiendo el RCV con las tablas SCORE, solo en el caso de que la mujer trabaje fuera de casa y que aporte dinero a la economía se asocia a un mayor RCV.

### CONCLUSIONES:

Que la mujer trabaje fuera de casa o aporte dinero a la economía familiar se asocia a un mayor RCV en el varón. En cambio, que la mujer tenga un mayor nivel de estudios se asocia a un menor RCV. Una mujer ama de casa, que no aporte dinero a la familia y que tenga un nivel de estudios superior al varón, sería ideal para el varón desde el punto de vista cardiovascular.

## “PERFIL CLÍNICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO DE LOS HIPERTENSOS DE UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. ANÁLISIS DE UNA DÉCADA”

S Estupiñán Torres, S García Rebollo, M Losada Cabrera, A Jiménez Sosa, B Méndez Arozena, B Maceira Cruz

Unidad de HTA. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife

### INTRODUCCIÓN:

Nuestra Unidad de HTA es centro de referencia de 450.000 habitantes. El perfil clínico de los hipertensos que recibimos refleja la situación epidemiológica de la HTA y de los factores de riesgo asociados en la población atendida por Atención Primaria (AP). Nuestro objetivo principal fue conocer cómo ha cambiado a lo largo de los años el perfil de riesgo de los pacientes que llegan a nuestra Unidad de Hipertensión. En segundo lugar, analizar nuestro grado de control sobre los mismos.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de cohortes histórico que incluye 2093 pacientes incidentes en nuestra Unidad desde 1996 hasta 2005 (47% varones y media de edad de 54 años). Se analizan variables demográficas, clínicas y terapéuticas.

### RESULTADOS:

Las tensiones arteriales medias (TAM) fueron descendiendo a lo largo de los años (149.18±/-21.15 vs 138.32±/-21.77,  $p<0.001$ ), aunque el porcentaje de hipertensiones severas fue aumentando (29.69% vs 59.15%,  $p<0.001$ ), lo cual implica un mejor tratamiento y una mejor selección de los enfermos por parte de Atención Primaria (AP). Destaca un aumento progresivo de pacientes incidentes con alteraciones del metabolismo hidrocarbonado (25.5% vs 32.5%,  $p=0.04$ ), teniendo en cuenta que partimos de un porcentaje alto de pacientes con alteraciones hidrocarbonadas (29.8%). Sin embargo, la obesidad (IMC>30) permaneció inusualmente estable. Esto podría explicarse por un aumento de la obesidad entre los jóvenes, los cuales aún no presentan complicaciones secundarias.

Constatamos una tendencia progresiva hacia cifras más bajas de colesterol (220.9±/-42.4 vs 200.8±/-37.9,  $p=0.002$ ) mientras que las cifras medias de hipertrigliceridemia no descendieron.

El porcentaje de fumadores (16% vs 19%,  $p<0.001$ ) y exfumadores (12.5% vs 16.8%,  $p<0.001$ ) fue cada vez mayor, como reflejo de campañas dirigidas sobre todo a la erradicación del tabaquismo.

En el seguimiento de nuestros pacientes en la Unidad, objetivamos un fracaso en el cumplimiento de las medidas no farmacológicas (disminución de ingesta de sal y pérdida ponderal), aunque sí logramos una reducción progresiva de las cifras de TA. Nuestro grado de control tensional es de 39% de los pacientes.

### CONCLUSIONES:

- 1) El modelo de Atención Primaria ha mejorado.
- 2) El preocupante aumento de peso de la población general aún no se refleja en nuestra Unidad debido a que afecta mayoritariamente a la población joven.
- 3) Aumento continuo de la incidencia de trastornos hidrocarbonatos no relacionados con la obesidad a pesar de la ya muy alta prevalencia de los mismos.
- 4) Las campañas antitabaco se reflejan en un aumento del número de exfumadores sin disminuir el número de fumadores.
- 5) Sólo conseguimos un control discreto de la hipercolesterolemia sin conseguir el control de la hipertrigliceridemia
- 6) No conseguimos mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento no farmacológico (dieta hiposódica y pérdida de peso)
- 7) Conseguimos un aceptable grado de control tensional (39%) a pesar del alto porcentaje de diabéticos (37%)

## CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HTA Y DIABETES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Abellán Alemán J, García-Galbis Marín JA, López Guillén R, Balanza Galindo S, Hernández Menarguez F, Gómez Jara P, Leal Hernández M, Martínez Pastor A.  
En representación del grupo HTA-Diabetes de la SMUHTA y RCV.

\*Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

\*\*En representación del grupo HTA-Diabetes en Atención Primaria de la Región de Murcia de la SMUHTA y RCV.

### PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

a) Describir las características de los hipertensos diabéticos en los Centros de Atención Primaria.  
b) Detectar la presencia de complicaciones electrocardiográficas en la muestra analizada.

### MÉTODOS USADOS:

Estudio descriptivo realizado a pacientes hipertensos y diabéticos que acuden a consulta médica por cualquier motivo. Fue realizado en doce Centros de Salud de nuestra Comunidad Autónoma. Fueron incluidos 128 pacientes (63 varones y 65 mujeres) con edad comprendida entre 40 y 75 años. Se les determinó la presión arterial, peso, talla, perímetro de cintura y datos analíticos incluyendo función renal. Se les efectuó un electrocardiograma y se calculó el riesgo cardiovascular (método de Framingham).

### RESULTADOS:

El grado de control de la presión arterial en diabéticos (PA < de 130/80 mm Hg) fue del 22.7%, presentando cifras superiores el 77.3%. La hemoglobina glicosilada indicaba un control aceptable de la diabetes (HbA1c < 7) en el 42.2% de los pacientes incluidos en el estudio. Respecto al grado de control global, presentaban un control óptimo (PA <

130/80 mm Hg + glucemia < 110 mg/dl + LDL < 100 mg/dl + IMC < 25) el 8% de los sujetos, siendo por tanto mejorable en el 92%. Cumplían criterios de síndrome metabólico el 56% de ellos según la OMS. Presentaron alteraciones electrocardiográficas el 10%. Las alteraciones presentadas fueron las siguientes: bradicardia sinusal (3 casos), bloqueo de rama izquierda (2 casos), arritmia cardíaca por fibrilación auricular (2 casos), taquicardia sinusal (1 caso), hipertrofia ventricular izquierda (5 casos). La comparación entre RCV y niveles de hemoglobina glicosilada no mostró diferencias significativas. Sí se obtuvieron diferencias significativas en la comparación entre RCV y aclaramiento de creatinina ( $p=0,02$ ). Se obtuvo que los pacientes con RCV más bajo tenían un aclaramiento de creatina mayor de 70 ml/min el 72% de ellos, cifra que se reducía al 45.2% cuando el RCV era alto. La comparación entre RCV y cociente albúmina/creatinina tampoco mostró diferencias significativas.

### CONCLUSIONES:

Gran parte de los hipertensos diabéticos están insuficientemente controlados. Es preciso implementar medidas correctoras para mejorar el control y reducir el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

## INMIGRACIÓN. ¿SOS EN HIPERTENSIÓN?

Leal Hernández Mariano, Abellán Alemán José, Gómez Jara Purificación,  
López López Remedios, Alonso Saenz de Miera Ma José,  
Martín-Sacristán Martín Blanca, Mena Molina Ma Soledad,  
Saucedo Rodrigo Pedro.

Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

1) Analizar la observancia terapéutica y el grado del control de la presión arterial en inmigrantes hipertensos. 2) Estudiar el efecto de una intervención mínima para mejorar la adherencia al tratamiento y el control de la presión arterial en estos pacientes.

### MÉTODOS USADOS:

Se trata de un estudio de intervención dirigido a pacientes hipertensos inmigrantes de más de un año de evolución y en tratamiento farmacológico. El estudio se llevó a cabo en una Zona Básica de Salud de la periferia de nuestra ciudad, en cuya población existe un porcentaje elevado de inmigrantes.

Sujetos: Fueron seleccionados 150 pacientes inmigrantes (78 varones y 72 mujeres) de 40 a 75 años, hipertensos esenciales, en tratamiento farmacológico con uno o más fármacos y controlados o no. Solamente se incluyeron inmigrantes magrebies (n=82) y sudamericanos (n=68) para evitar sesgos. Fueron excluidos los que no poseían un manejo adecuado del castellano. A todos los pacientes se les aplicó una intervención mínima para mejorar la observancia terapéutica.

Intervenciones: Se realizaban dos tipos de visitas. 1) Inicial: Se medía la observancia terapéutica y se clasificaba en cuatro grupos (muy buena=cumplimiento >80%, buena=cumplimiento 61-80%, regular=cumplimiento 41-60%, mala=cumplimiento 20-40% y muy mala=cumplimiento <20%). Además se determinaba la presión arterial, considerándose buen control si era <140/90 mm Hg. Al concluir esta visita se realizaba la intervención mínima. 2) Final: A los cuatro meses de la inicial. Se volvía a medir la observancia terapéutica y el control o no de la presión arterial. Las visitas eran realizadas por

los médicos de familia correspondientes a cada paciente.

La intervención mínima consistía en dar a los pacientes la posología por escrito en una plantilla diseñada para el estudio y comprobar que el paciente la había entendido, ya que se le pedía que explicase al médico lo que se indicaba en la plantilla.

### RESULTADOS:

En la visita inicial la observancia terapéutica fue muy buena en el 9,33% de los sujetos, buena en el 12%, regular en el 14,66%, mala en el 41,33% y muy mala en el 22,66%. La presión arterial en la visita inicial indicó <140/90 mm Hg en el 17,33% de los pacientes, entre 140/90-159/99 mm Hg en el 58,66%, y >160/100 mm Hg en el 24%. En la visita final (a los cuatro meses) la observancia terapéutica había mejorado significativamente, siendo muy buena en el 20% de los hipertensos, buena en el 32%, regular en el 16%, mala en el 26,66% y muy mala en el 6,66%. La presión arterial en la visita final mostró unas cifras de <140/90 mm Hg en el 33,33% de los pacientes, entre 140/90-159/99 mm Hg en el 52%, y >160/100 mm Hg en el 14,66%. El análisis comparativo entre el grupo de inmigrantes magrebies y sudamericanos, no mostró diferencias en ninguna de las fases del estudio.

### CONCLUSIONES:

La observancia terapéutica y el control tensional de nuestros pacientes hipertensos inmigrantes es muy deficiente. Realizando un pequeño esfuerzo para que estos pacientes comprendan como han de tomarse la medicación se puede mejorar de modo ostensible tanto la observancia terapéutica como el control de las cifras tensionales.

## PACIENTES QUE ABANDONAN VOLUNTARIAMENTE EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO. EVOLUCIÓN DE SU RIESGO CARDIOVASCULAR EN UN AÑO.

Leal Hernández Mariano. Abellán Alemán José. Torrecillas Gómez Maria del Mar. Gómez Jara Purificación. López López Remedios. Torralba Tophan Yaiza.  
Cátedra de Riesgo Cardiovascular. Universidad Católica de Murcia.

### PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

1) Analizar cómo se modifica el riesgo cardiovascular "RCV" al año de abandonar voluntariamente el tratamiento antihipertensivo. 2) Estudiar si existen diferencias en dicha modificación según el RCV previo al abandono sea alto, moderado o bajo.

### MÉTODOS USADOS:

Estudio retrospectivo en pacientes hipertensos de nuestras consultas de atención primaria.

Emplazamiento: C. Salud de la periferia de nuestra ciudad.

Participantes: a) 80 pacientes (46 varones y 34 mujeres) de 40 a 75 años, hipertensos esenciales, tratados con uno o dos fármacos y que abandonan voluntariamente (por cualquier motivo) el tratamiento antihipertensivo durante un año. Se dividieron en tres grupos según su RCV inicial fuese bajo, moderado o alto. B) Otro grupo de 80 pacientes (44 varones y 36 mujeres) que siguen correctamente el tratamiento antihipertensivo durante el año analizado. También se dividieron en tres grupos de similares características.

Intervenciones: Se calcula el RCV en dos ocasiones a cada paciente: a) En el momento en que se realiza el estudio. B) Retrospectivamente un año antes (según datos de historia clínica y anamnesis). No se realizó estudio prospectivo por motivos éticos.

Mediciones principales: Encuesta sobre cumplimiento del tratamiento farmacológico durante el último año. Cálculo del riesgo cardiovascular según el método de Framingham. Se considera riesgo bajo

a la probabilidad menor del 10% de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años, moderado entre el 10% - 20%, y alto mayor del 20%.

### RESULTADOS:

En los grupos de riesgo cardiovascular bajo y moderado las diferencias entre el riesgo inicial y al año no son significativas. En el grupo de RCV bajo en los que abandonan el tratamiento el riesgo inicial fue del  $6.8 \pm 2.6\%$  y al año fue del  $9.3 \pm 2.7\%$ . (Diferencia final-inicial de  $+2.5\%$ ); en los no abandonan fue de un  $7.0 \pm 2.5\%$  inicial y al año del  $7.4 \pm 2.9\%$ . (Diferencia final-inicial de  $+0.4\%$ ). En estos grupos, no hay diferencias significativas entre los que abandonan el tratamiento y los que no lo abandonan. En el grupo de RCV alto en los que abandonan el tratamiento el riesgo inicial fue del  $23.5 \pm 2.5\%$  y al año fue del  $29.6 \pm 2.6\%$  ( $p < 0.01$ ) (Diferencia final-inicial de  $+6.1\%$ ); en los no abandonan fue de un  $23.2 \pm 2.8\%$  inicial y al año del  $22.9 \pm 2.7\%$ . (Diferencia final-inicial de  $-0.3\%$ ). Si existe significación estadística entre la diferencia final -inicial, según abandonen ( $+6.1\%$ ) o no ( $-0.3\%$ ) el tratamiento ( $p < 0.05$ ).

### CONCLUSIONES:

El abandono voluntario del tratamiento antihipertensivo por nuestros pacientes supone un incremento de su riesgo cardiovascular, que se hace significativo cuando el riesgo cardiovascular previo es alto. Los pacientes con mala observancia terapéutica precisan un seguimiento especial por parte de los profesionales sanitarios.



## CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL (PA) EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON OBESIDAD O SOBREPESO, SEGÚN LA UTILIZACIÓN DE MANGUITOS ADECUADOS AL PERÍMETRO DEL BRAZO. ESTUDIO FATH

Olga Gonzalez, Miguel Angel Prieto, Vivencio Barrios, Pablo Gomez, Jorge Navarro, Lucía Guerrero, Luis Miguel Ruilope, Paula Vieitez, Claudia Filozof y grupo FATH

(1) Centro de Salud Vallobin-concinos (Oviedo) (2) Centro de Salud Salvador Pau (Valencia) (3) Hospital Ramon y Cajal (Madrid) (4) Hospital del Sas (Jerez) (5) Hospital 12 de Octubre (Madrid) (6) Departamento Medico Bms (Madrid)

Los objetivos del estudio FATH fueron: 1) evaluar el grado de control de PA (valorada con tamaño de manguito ajustado al perímetro del brazo) de los pacientes hipertensos con obesidad o sobrepeso atendidos en atención primaria 2) estudiar la concordancia de estas mediciones con las valoraciones con manguitos convencionales 2) Conocer el tratamiento que reciben estos pacientes: porcentaje de pacientes con monoterapia o combinaciones de 2 o más fármacos

### DISEÑO:

FATH que es un estudio transversal, nacional, multicéntrico en pacientes hipertensos con IMC 325 kg/m<sup>2</sup> realizado en el ámbito de Atención Primaria. Se incluyeron 4585 pacientes (edad: 61.9±10.6 años, 48.5% hombres). Se midió perímetro de cintura (PC) en bipedestación. La PA se midió con el paciente sentado primero con manguito convencional y tras 15 minutos se repitieron las mediciones con un manguito adaptado al brazo del paciente.

### RESULTADOS:

Del total de esta muestra analizada el 45,3% presentaban sobrepeso (Sp, n= 2003) (IMC medio= 27,8±1,28 kg/m<sup>2</sup>) y el 55,0%, obesidad (Ob, n= 2462) (IMC=35,1 ± 4,11 kg/m<sup>2</sup>). El PC medio fue inferior en los pacientes con Sp (98,1 ± 11,08 cm) que en los Ob (110,5 ± 12,62 cm) (p<0,001). El 94,4% de los pacientes presentaba obesidad abdominal (IDF). Un 33% tenían diabetes, 52,4% dislipemia. La PA media fue: 144,9±17,9/84,9±10,8 mmHg. La proporción de pacientes con PA no controlada (>140/90 y 130/80 en

no diabéticos y diabéticos, respectivamente fue 70,6 (IC95%: 68,41-72,65 y 75,6 (IC95%:73,81-77,42), en Sp y Ob, respectivamente. La PA media con manguito convencional fue:

147,6± 18 /

86,0± 10,4 mmHg. La proporción de pacientes "no controlados" fue significativamente superior al usar los manguitos convencionales en ambos grupos: 76,0 (IC95%:74,03-78,00) y 83,6 (IC95%:81,97-85,09) % en los Sp y Ob, respectivamente. La media de la diferencia (Bland Altman)

entre técnicas fue 2, 79, 3,81, 1,27 y 1,70 para la PAS y PAD en Sp y Ob, respectivamente.

La proporción de pacientes tratados con monoterapia antihipertensiva fue superior en los Sp que los Ob (49,7% vs el 39,8%, respectivamente, p<0,0001), siendo los ARA II el grupo farmacológico más utilizado en monoterapia (19,0 %), seguidos de los IECAS (13,2 %). Conclusiones: El grado de control de PA en los hipertensos con obesidad o sobrepeso es muy bajo. La utilización de manguitos inadecuados puede conducir a errores a la hora de evaluar el grado de control de la PA en población obesa. A pesar del escaso control de PA, el 50% y el 40% de los pacientes con SP y obesos, respectivamente, sólo recibían monoterapia; por lo que este infratratamiento podría explicar, por lo menos en parte estas bajas tasas de control de la PA

## EVOLUCIÓN USO INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN MURCIA

JC RUIZ RAMIREZ, MA ARIZA COPADO, PJ ABELLAN ALEMAN, A MARTINEZ PASTOR, M LEAL HERNANDEZ  
Gerencia Atención Primaria Murcia. Murcia

### OBJETIVO:

Analizar el uso y evolución de fármacos antihipertensivos inhibidores del sistema renina angiotensina (ISRA), en 3 áreas de salud de la Región de Murcia, en el ámbito de Atención Primaria de la Salud, desde 1999 a 2005.

**Material y Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de utilización de medicamentos. La población de referencia, mayor de 14 años, para cada uno de los años estudiados ha sido: 534.370 (1999), 545.560 (2000), 560.121 (2001), 575.892 (2002), 593.383 (2003), 612.427 (2004) y 631.373 (2005). Se han seleccionado todas las prescripciones realizadas y facturadas al Instituto Nacional de la Seguridad Social y al Servicio Murciano de Salud durante el período de estudio. Los resultados se han expresado en Dosis Diaria Definida (DDD) por mil habitantes y día (DHD)

### RESULTADOS:

En 1999 el uso de ISRA era de 95 DHD y en 2005 llegó a 147,78 DHD. El incremento en este período ha sido de un 55,56%, debido fundamentalmente al incremento en el uso de antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI). Éstos pasaron de 16,84 DHD en 1999 a 78,25 DHD en 2005, lo que ha supuesto un incremento del 364,67%. Tanto los

ARAI sólo como en asociación con diuréticos han visto incrementado su uso, explicando el incremento global de los ARAI en un 71,21% y un 28,79% respectivamente.

Sin embargo los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) han visto disminuir su uso en este período pasando de 78,16 DHD en 1999 a 69,52 DHD en 2005 (11,50% de descenso). Los IECA sólo y asociados han disminuido explicando la variación global en un 83,20% y un 16,80% respectivamente. Ahora bien, aunque se ha reducido el uso de IECA asociado a otros fármacos de manera global, cuando se examinan las diferentes asociaciones pueden verse distintas tendencias. Así los IECA asociados a diuréticos se han reducido en 3,23 DHD, mientras que los asociados a bloqueantes de los canales del calcio dihidropiridínicos han sufrido un aumento de 1,78 DHD.

En 2005 los ARAI superaron en uso a los IECA, corroborando la tendencia creciente que se venía observando en los años precedentes.

### CONCLUSIONES:

Se observa un alto uso de fármacos inhibidores del sistema renina angiotensina y en particular de los ARAI sobre los IECA en las tres áreas de salud donde se ha centrado el estudio.

## SITUACIÓN ACTUAL DEL ABORDAJE GLOBAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MURCIA. DISEHTAE - MURCIA

A. Martínez Pastor\*, P. Gómez Jara, M. Leal Hernández, M. J. Sánchez Gómez, C. Conesa Bernal, S. Blanco Sabio, J.a. Alarcón Gonzalez, J. Abellán Alemán.

Centro: Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

### OBJETIVO:

Valorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones que hacen referencia al diagnóstico, seguimiento y control de la hipertensión arterial (HTA) en los centros de salud de Atención Primaria (CAP) de Murcia, a partir de los indicadores de evaluación formulados en la Guía de Hipertensión Arterial para la Atención Primaria.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, multicéntrico de ámbito regional en el que participaron 3 centros de salud (CS) de la Comunidad Autónoma Murciana.

Población: pacientes de 18 años o más que tenían el registro de diagnóstico de hipertensión arterial y que habían recibido atención médica entre enero y diciembre del 2003.

Se realizó un muestreo bietápico: primero por un muestreo aleatorio simple se escogieron los CS; después se realizó un muestreo sistemático de las historias clínicas utilizando los listados de HTA de los centros.

Se excluyeron aquellos hipertensos que no habían realizado ninguna visita durante el período de estudio. Se incluyeron 196 historias clínicas.

Se midieron los siguientes indicadores:

.Diagnóstico= número (no) de pacientes correctamente diagnosticados/ total de pacientes diagnosticados durante el período evaluado.

.Seguimiento= no de hipertensos con una toma de tensión arterial (TA) en los últimos 6 meses/no de hipertensos.

.Grado de control= no de hipertensos no diabéticos con PA<140 y 90 mm Hg./ no de hipertensos no diabéticos.

= no de hipertensos diabéticos con PA<130 y 80 mm GW/ no de hipertensos diabéticos.

.Riesgo cardiovascular= existencia de cribado de tabaquismo, hipercolesterolemia, DM, obesidad e hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI)/ total de hipertensos.

.Educación sanitaria= no de hipertenso con reco-

mendaciones en la modificación de estilo de vida/ total de hipertensos.

La revisión de las historias clínicas se realizó por auditoría externa. La hoja de recogida de datos fue pilotada.

### RESULTADOS:

Se revisaron inicialmente 291 historias de las que 196 (78,3%) fueron válidas; el resto no habían registrado ninguna visita durante el período de estudio. El 58,5% fueron mujeres y la edad media fue de 63,7 años.

Entre los años 1999 y 2003 se diagnosticaron 42 nuevos casos de HTA (21,4%) de los cuales el 88,1% se habían diagnosticado en el propio CS. El 71,4% de los diagnósticos se habían realizado correctamente (con una triple toma, aunque sólo en el 3,3% de los casos se hizo doble toma en cada una de las tres visitas diagnósticas).

El 81,1% de los pacientes había realizado al menos una visita de seguimiento en los últimos 6 meses del 2003.

El buen control tensional se observó en el 31,6% de los casos.

El factor de riesgo cardiovascular (FRCV) más cribado fue la obesidad que figuraba en el 86,2% de las historias, el que menos la hipercolesterolemia con un 34,7% y el más prevalente, la diabetes mellitus con un 68,9%. La microalbuminuria se midió en el 4,1% de los casos.

El cribado de los 5 FRCV (tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad e HVI) figuraba en el 11,2% de las historias.

El cálculo del riesgo cardiovascular según tablas, no constaba en ninguna de las historias evaluadas. En cuanto a la educación sanitaria, al 98,5% se les había dado recomendaciones sobre el estilo de vida cardiosaludable.

### CONCLUSIONES:

Este estudio aporta datos sobre el diagnóstico, control y seguimiento de la HTA y el abordaje integral del RCV de los pacientes hipertensos obtenidos con una metodología novedosa basada en la auditoría externa de las historias clínicas: **D i a g n o s t i c a m o s** bien a nuestros hipertensos y los **r e v i s a m o s**

# Libro de resúmenes

comunicación número:

samos con una frecuencia adecuada sin embargo el control tensional es escaso, pocos pacientes alcanzan las cifras objetivo.

El cribado conjunto de los principales FRCV es muy bajo y la estratificación del riesgo nula.

Las recomendaciones sobre el estilo de vida car-

diosaludable están presentes en nuestro arsenal terapéutico, otra cuestión es la forma y el contenido de las mismas. Tenemos un amplio campo de mejora en el control de la HTA y en la estratificación del RCV.

## PREVALENCIA DE PREHIPERTENSIÓN EN POBLACIÓN GENERAL

División JA, Artigao LM, Carbayo JA, Sanchis C, Carrión L, Massó J, López de Coca E, López Abril J, Rodríguez Paños B y Caldevilla D.  
Grupo GEVA. Albacete

### OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de prehipertensión en población general Española.

### MÉTODOS:

Estudio epidemiológico, descriptivo realizado en Atención Primaria en la provincia de Albacete. Mediante muestreo aleatorio, estratificado (edad y sexo) y bietápico se seleccionó una muestra de población general censal de 1322 sujetos.

La captación fue mediante cita por correo y a los que no acudieron llamada telefónica. Tres entrevistadores entrenados realizaron a los sujetos que acudieron encuesta estructurada, exploración física, medida de la PA con un aparato electrónico validado (OMRON 907) y ECG en su centro de salud. El aparato electrónico se programó para que hiciera de forma automática 3 medidas de PA consecutivas con 3 minutos de intervalo en condiciones estandarizadas.

### RESULTADOS:

Acudieron 1287 sujetos (53.8% mujeres) de los que un 32.7% tenían niveles óptimos de PA (28.7% de los hombres y 36.4 de las mujeres), un 21% PA normal (19.1% y 21.8% respectivamente), un 19.4% tenía prehipertensión (23.1% y 15.6%) y un 26.8% eran hipertensos (24.5% y 28.5%). De los sujetos prehipertensos un 40.5% eran obesos, un 7.9% diabéticos un 15% tenía niveles de colesterol-LDL superiores a 160 mg/dl, un 11.7% tenía niveles de triglicéridos superiores a 200 mg/dl y un 19.8% eran fumadores. Un 47% de los prehipertensos tenía 3 o más factores de riesgo asociados

### CONCLUSIONES:

La prevalencia de prehipertensión en población general es elevada y casi un 50% de ellos son de riesgo elevado. Sería de interés en estos sujetos la instauración de medidas adecuadas para prevenir la aparición de HTA en los próximos años.

## ¿TRATAMOS ADECUADAMENTE A LOS PACIENTES CON CARDIOPATIA ISQUÉMICA?

Ramirez Espin F\* ; Reigadas Lopez MI; Llorens Minguel A; Palacios Lopez MT; Navarro Lopez MS; Gonzalez Barberá M.

Centro de Salud de Cartagena-Este. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Servicio Murciano de Salud.

### OBJETIVO:

Conocer si tratamos adecuadamente a nuestros pacientes con Cardiopatía Isquémica según las Guías de la AHA/ACCC33, según éstas los fármacos serían AAS( si contraindicación ticlopidina o Clopidogrel), B-Bloqueantes, IECA o ARA II, estatinas ( en casos concretos de Hipertrigliceridemia y /o HDL bajo se podrian valorar los fibratos), y anticoagulantes si hay riesgo embolígeno.

### METODOLOGIA:

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Sujetos: enfermos con cardiopatía isquémica en historia clínica de OMI-AP y que asistieron al menos una vez en el año 2006-. Tamaño de la muestra: 193 historias (confianza del 95% y precisión del 6%). Muestreo: aleatorio sistemático estratificado por cupos. Variables: Edad, sexo, LDL-colesterol, HDL-colesterol, AAS, ticlopidina, clopidogrel, estatinas, B-Bloqueantes, IECAS, ARA II, nitritos, antagonistas del calcio, y anticoagulantes. Intervención: se realizó análisis descriptivo con distribución de proporciones ,medidas de tendencia central y dispersión.

### RESULTADOS:

Se analizaron 193 historias ,de las cuales 68,9 % son varones y 31,3% mujeres, la media de edad fue de 72 años, toman AAS u otro antiagregante el 88,6%, B-Bloqueantes un 68,4%, estatinas un 74,1%, IECA un 31,6%, y ARA II un 18,1 %; otros fármacos estudiados nitritos un 20,7%, antagonistas del Calcio 27,5% y anticoagulantes un 6,2%. Referir tambien que toman los 4 fármacos fundamentales 40 pacientes, 3 fármacos 88 pacientes, 2 fármacos 43 y 1 sólo fármaco 20 pacientes. Por otro lado hemos encontrado un buen control del LDL-colesterol( menor de 100), en 98 pacientes de los cuales 70 tomaban estatinas y 28 no, asi mismo un mal control en 95 de los cuales 73 toman estatinas y 22 no.

### CONCLUSIONES:

1- Podemos mejorar el tratamiento que damos a nuestros pacientes.2- Las cifras de LDL-colesterol no estan bien controladas. 3- Debemos mejorar , por un lado revisando las historias de nuestros enfermos y asi mismo aumentando la colaboración con el cardiólogo.

## ¿REALIZAN EJERCICIO FÍSICO LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS?

Martínez Pastor, Antonio\*; Conesa Bernal, Catalina\*\*; Abellán Alemán, José\*;  
Balanza Galindo, Serafín\*, Hernández Menárguez, Fernando\*; Sainz de Baranda, Pilar\*.

\*Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la G.A.P. de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

\*\*Cátedra de Riesgo Cardiovascular de la Univesidad Católica San Antonio de Murcia.

### OBJETIVOS:

La práctica de ejercicio físico se destaca en la actualidad como un factor importante de prevención de la enfermedad cardiovascular en la población general. El objetivo de este estudio es valorar la existencia de diferencias de género respecto a la realización de ejercicio físico en estudiantes universitarios de nuestro medio.

### MATERIAL Y METODOS:

Diseño: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Ambito: Universidad Católica. Población diana: 3073 estudiantes universitarios y de primer y último curso. Selección muestral: Muestreo no aleatorio consecutivo de 1161 estudiantes. Mediciones e intervenciones: Diseño de un cuestionario, anónimo, autocumplimentado, de 64 items, previo estudio piloto de 100 alumnos para validación. Se estudia como variable dependiente la realización de ejercicio físico, y como variable independiente, el género. Análisis estadístico: Análisis descriptivo, test de t Student y de Chi-cuadrado y, para la magnitud de asociación entre las variables la ods ratio con su intervalo de confianza al 95%. Análisis con paquete estadístico SPSS-PC+ y significación estadística para  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS:

Se objetiva un mayor porcentaje de estudiantes universitarios que realizan ejercicio físico entre los hombres con respecto a las mujeres (65% vs 35%)

( $p < 0,000$ ; OR = 0,255; IC 95% (0,198-0,328).

Los hombres realizan con diferencias significativas respecto a las mujeres actividades deportivas y de musculación (80% vs 20%); mientras las mujeres realizan actividades de tipo resistencia (aeróbic, bicicleta) y relajación (yoga, taichi) (65% vs 35%) ( $p < 0,0001$ ). Los hombres realizan de media 3 días a la semana ejercicio físico ( $p < 0,0001$ ) con un promedio de 1 hora diaria ( $p < 0,0001$ ) y de forma continuada en el tiempo ( $p < 0,0001$ ). En relación al paso por la Universidad y la realización de ejercicio físico, se objetiva que no se han modificado hábitos en hombres ni en mujeres, persistiendo en estas últimas, el mayor porcentaje de sedentarismo (69%) ( $p < 0,0001$ ).

### CONCLUSIÓN:

Son los varones universitarios aquellos que realizan mayor ejercicio físico, no produciendo el paso por la Universidad ninguna modificación de este hábito cardiosaludable respecto al género. Sería interesante el incentivo de actividades físicas deportivas en las estudiantes universitarias, que presentan en mayor medida estilos de vida sedentarios lo que conlleva aumento del riesgo cardiovascular.

## COMORBILIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON ACCIDENTE ISQUÉMICO CEREBRAL TRANSITORIO RECIENTE

Martínez-garcía, Juan F. (\*); Barragán-Pérez, A.; Moreno-valero, M. A.; Santiago-García, C.; Fontcuberta-Martínez, J.; Manrique-Medina, Ruth  
Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.

### OBJETIVO:

Analizar la comorbilidad concomitante de Hipertensión Arterial (HA) y Diabetes Mellitus (DM) de los pacientes de una zona de salud que han sufrido un Accidente Isquémico Transitorio (AIT).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y retrospectivo. Ámbito y Emplazamiento: Zona de Salud de Fuente Álamo (Murcia-España). Período: años 2001 a 2003. Fuente de Datos: historias clínicas de pacientes con episodio abierto de AIT en el periodo de estudio en soporte informático y hojas de información por Atención Urgente del hospital de referencia en soporte papel. Variables: Población, Edad, no pacientes con AIT, Glucemia, cifras de Tensión Arterial, diagnóstico de HA y diagnóstico de DM. Análisis estadístico: programa SPSS 12.0 para cálculo de medias, desviación típica y distribución muestral.

### RESULTADOS:

Población: 14.502 habitantes.  
No de casos: 94, de los que 62 son mujeres (66%) y 32 hombres (34%).  
Edad media:  $74,2 \pm 11,6$  años.

Incidencia global: 216 casos/100.000 habitantes/año.

Incidencia en > 65 años: 1.074 casos/100.000 habitantes/año.

- No de pacientes diagnosticados de HA: 48,9%. El 42% de las mujeres y el 62,5% de los hombres son hipertensos.
- En el 31,5% de los casos de AIT existía un diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo I, II o Intolerancia Hidrocarbonada.
- La cifra media de Glucemia fue de  $118 \text{ mg/dl} \pm 43 \text{ mg/dl}$ . El 41,6% de los pacientes tenían una cifra de glucemia > 110 mg/dl.

### CONCLUSIONES:

- Se ha observado una tasa de incidencia global de AIT mayor que la nacional (216 frente a 200 por 100.000 hab. y año).
- La tasa de incidencia en mayores de 65 años fue inferior a la nacional (hasta 5.000 casos /100.000 habitantes/año).
- La comorbilidad concomitante entre las 2 patologías objeto de estudio en pacientes con AIT es muy importante.



## PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON ACCIDENTE ISQUÉMICO CEREBRAL TRANSITORIO RECIENTE

Martinez-Garcia, Juan F. [\*]; Barragán-Perez, A.; Moreno-Valero, M. A.;  
Santiago-Garcia, C.; Fontcuberta-Martinez, J.; Muñoz-Ureña, A.  
Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.

### OBJETIVO:

Analizar el perfil lipídico de los pacientes de una zona de salud que han sufrido un Accidente Isquémico Transitorio (AIT).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y retrospectivo. Ámbito y Emplazamiento: Zona de Salud de Fuente Álamo (Murcia-España). Período: años 2001 a 2003. Fuente de Datos: historias clínicas de pacientes con episodio abierto de AIT en el periodo de estudio en soporte informático y hojas de información por Atención Urgente del hospital de referencia en soporte papel. Variables: Población, Edad, no pacientes con AIT, Colesterol Total, Colesterol-HDL y Colesterol-LDL. Análisis estadístico: programa SPSS 12.0 para cálculo de medias, desviación típica y distribución muestral.

### RESULTADOS:

Población: 14.502 habitantes.

No de casos: 94, de los que 62 son mujeres (66%) y 32 hombres (34%).

Edad media:  $74,2 \pm 11,6$  años.

Incidencia global: 216 casos/100.000 habitantes/año.

Incidencia en > 65 años: 1.074 casos/100.000 habitantes/año.

- Colesterol Total: promedio de 219 mg/dl  $\pm$  46 mg/dl (rango 125:341). El 68,9% > 200 mg/dl (66,7% de los hombres y 70,8% de las mujeres).

- Colesterol-HDL: promedio de 61,2 mg/dl  $\pm$  17,9 mg/dl. El 24,6% de los pacientes  $\leq$  45 mg/dl.

- Colesterol-LDL: promedio de 124 mg/dl  $\pm$  46 mg/dl. El 20,6% de los pacientes > 150 mg/dl.

### CONCLUSIONES:

- Se ha observado una tasa de incidencia global de AIT mayor que la nacional (216 frente a 200 por 100.000 hab. y año).

- La tasa de incidencia en mayores de 65 años fue inferior a la nacional (hasta 5.000 casos /100.000 habitantes/año).

- El perfil lipídico no es muy desfavorable, probablemente por tratarse de pacientes tratados. Las cifras de Colesterol medio son superiores a las recomendables (219 mg/dl frente a 200 mg/dl); el Colesterol-HDL y el Colesterol-LDL medios fueron adecuados.

## ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN ENFERMERÍA Y RIESGO CARDIOVASCULAR

M<sup>a</sup> Isabel Fortea, Diana Jiménez, Angela Medina, M<sup>a</sup> Inmaculada Soriano, Ana Fernández, Virginia Fernández.

Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad Católica San Antonio de Murcia.

### INTRODUCCIÓN:

La Enfermería, a pesar de haber adquirido el nivel universitario hace ya bastantes años, ha tardado en incorporarse activamente al modo de pensar científico (Santos y col., 2003). En los últimos años, gracias al esfuerzo e interés de muchos profesionales, se está apreciando una cada vez mayor producción científica y una proliferación de grupos de investigación en Enfermería. Por tanto, se puede observar como la Enfermería va hallando su propia identidad investigadora realizando una introspección hacia sus funciones y a la vez abriéndose para reivindicar su papel esencial en el equipo multidisciplinar de salud (Santos y col., 2003).

El papel de Enfermería es fundamental en la Educación para la Salud en materia de riesgo cardiovascular, puesto que muchos de los factores de riesgo son enfermedades crónicas como la diabetes, etc. Además, el cuidado profesional de los enfermeros requiere la integración de la investigación como actividad fundamental, bien participando en proyectos de investigación o bien utilizando los resultados de la evidencia empírica en la práctica asistencial (Zabalegui, A. y col., 2004)

En este trabajo vamos a realizar un análisis bibliométrico de la producción científica en enfermería y riesgo cardiovascular en revistas de Enfermería no específicas de esta materia.

### OBJETIVOS:

-Analizar el número de referencias bibliográficas identificadas en revistas, que tienen una gran divulgación tanto entre los profesionales de enfermería como entre los estudiantes de enfermería: Nursing (versión en español), Rol de Enfermería y Metas de Enfermería.

-Conocer la implicación e interés actual del profesional de enfermería con respecto al riesgo cardiovascular en las distintas facetas: investigación farmacológica, técnicas, protocolos y procedimientos, educación para la salud, nutrición, y factores de riesgo (tabaco, obesidad).

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis bibliométrico. Las variables analizadas fueron el número de referencias recuperadas con y sin abstract y número de artículos útiles para el objeto de estudio.

Se ha realizado una revisión en 3 revistas de enfermería: Nursing (edición en español), Rol de Enfermería, Metas de Enfermería.

Esta revisión se ha realizado en todos los volúmenes, en formato papel y en formato electrónico, de estas revistas publicadas durante los años 2005 y 2006. Se han seleccionado como artículos útiles todos aquellos que hablaban de riesgo cardiovascular, en cualquiera de sus facetas.

### RESULTADOS:

1) Revista Nursing:

Año 2005: 1 artículo útil. Total recuperados 38.

Año 2006: 1 artículo útil. Total recuperados 37.

Total en dos años: 2 artículos útiles. Total recuperados 75. Resultado: 2,6 % artículos útiles del total recuperado en dos años

2) Revista Metas de Enfermería:

Año 2005: 1 artículo útil. Total recuperados 97.

Año 2006: 4 artículos útiles. Total recuperados 94.

Total en dos años: 5 artículos útiles. Total recuperados 191. Resultado: 2,62 % artículos útiles del total recuperados

3) Revista Rol de Enfermería:

Año 2005: 0 artículos útiles. Total recuperados 101.

Año 2006: 2 artículos útiles. Total recuperados 81.

Total en dos años: 2 artículos útiles. Total recuperados 263. Resultado: 0,76 % artículos útiles del total recuperados

### CONCLUSIONES:

La producción científica en general, en dos años, es mucho mayor en la revista Rol de Enfermería (263 artículos), seguida de Metas de Enfermería (191 artículos), y de Nursing (75 artículos).

Es importante resaltar que con respecto a la pro-

# Libro de resúmenes

comunicación número: [ ]

Nº Artículos útiles:

Temática	Nursing	Metas de Enfermería	Rol de Enfermería
Investigación farmacológica	1		1
Educación para la Salud		4	
Técnicas, protocolos y procedimientos			1
Nutrición	1		
Factores riesgo (tabaco, obesidad)		1	

ducción científica objeto de estudio es mayor en la revista Metas de Enfermería.

También es importante afirmar que en estas revistas, que no son específicas de esta materia, el porcentaje de artículos objeto de estudio es muy bajo,

siendo el menor en la revista Rol de Enfermería.

Con respecto a la temática dentro del objeto de estudio hay que comentar que el mayor número de artículos hablan de educación para la salud para la prevención del riesgo cardiovascular.

## CARDIOPATÍA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA.

Linares Pardo, Andres\*; Arenas Alcaraz, Juan Francisco; Garcia Alonso, Ana Ma; Martinez , Montserrat; Sanchez Perez, Manuel Carlos; Martinez Frutos, Isabel Ma; Delgado, María José.

Centro de Salud La Unión. (Murcia).

### OBJETIVO:

Evaluar el grado de adecuación de profilaxis tromboembólica en los pacientes diagnosticados de cardiopatía en nuestra zona básica de salud. Examinar la distribución por cardiopatías, edad, sexo y factores de riesgo.

### MATERIAL Y METODOS:

Estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: Zona básica de salud, semiurbana, con una población mayor de 14 años de 13934 habitantes. Sujetos: Pacientes mayores de 14 años diagnosticados de enfermedad cardiaca (N:999). Se seleccionaron 185 pacientes para un nivel de confianza del 99 %. Mediciones. Edad, género, factores de riesgo cardiovascular, tipo de cardiopatía, tratamiento y su adecuación o no según los criterios de la Sociedad Española de Cardiología. Dispositivo estadístico: SPSS versión 12.0.

### RESULTADOS:

Edad media: 70,34 con desviación típica de 15,21. Género: Hombres. 104 y 81 mujeres. Factores de riesgo: La hipertensión arterial aparece en el 69,19%, dislipemia en el 42,7%, obesidad en el 27,3%,

diabetes en el 29,19% y el tabaco en el 7%. No constaba en 19 pacientes. Tipos de cardiopatía: Cardiopatía isquémica (37,84 %), Fibrilación auricular (20%), Miocardiopatía Hipertensiva(13,51%), ACV(5,4%), valvulopatía aórtica (3,24%), miocardiopatía dilatada(2,16%), valvulopatía mitral (1,62%). Otras cardiopatías( flutter auricular, BAV, Bradicardia,Taquicardia supraventricular, marcapasos, etc: 12,43%). La asociación más frecuente entre cardiopatías es entre cardiopatía isquémica y fibrilación auricular. Según profilaxis antitrombótica un 77,29% (antiagregación: 60,54% y anticoagulación: 16,75%).Antiagregantes: AAS: 44,3%, clopidogrel:9,2%, Trifusal: 4,3%, asociación AAS+clopidogrel: 2,7%. El 70,3 % llevaba tratamiento antitrombótico adecuado.

### CONCLUSIONES:

La terapia antitrombótica se ajusta al protocolo de la Sociedad Española de Cardiología en un 70,3%. Al aumentar la edad, se produce mayor inadecuación en el tratamiento.

## ESTUDIO DE LA HOMOCISTEINA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Granero Fernández, E.\*, Hernández Martínez A. M., Albaladejo Otón M. D., Parra Pallarés S., Abenza Jiménez P., Granero Tur M.; Martínez Hernández P., Tebar Massó J.

Centro de Salud Espinardo Murcia. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

### OBJETIVO:

Múltiples estudios clínicos y epidemiológicos relacionan los altos niveles de homocisteinemia con la arterioesclerosis y la enfermedad cardiovascular. En el presente estudio tratamos de conocer la relación entre el Síndrome Metabólico (SM) como agrupación determinada de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y las concentraciones plasmáticas de homocisteína.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Pacientes: Estudio observacional descriptivo de prevalencia en atención primaria. "Consulta de Seguimiento de riesgo cardiovascular" durante un año con hipertensos (HTA): Tensión Arterial  $>140/90$ , Diabetes tipo 2 (DM2) criterios ADA 2000. Síndrome Metabólico (SM) criterios del National Cholesterol Education Program. [NCEP] Adult Treatment Panel III. Obesidad (OB), perímetro de cintura  $> 102$  cm en hombres y  $88$  cm en mujeres. Se mide el nivel de homocisteína en sangre junto a parámetros antropométricos (edad, sexo, peso, perímetro de cintura y tensión arterial), perfil lipídico y otros parámetros bioquímico. Se agrupan los pacientes en diferentes categorías según su condición de controles sanos o tener enfermedad cardiovascular o ser portadores de uno, dos o tres FRCV o SM. Análisis estadístico: En el análisis bivariado se ha utilizado la prueba t-Student para asociación entre variables cuantitativas y el análisis de la varianza (ANOVA) para las cuantitativas o la prueba Mann-Whitney-Wilcoxon con variables no paramétricas. La correlación entre variables cuantitativas se valora mediante Regresión lineal de Spearman. Significación estadística para valores de  $p < 0,05$ . Se utilizó el paquete informático G-STAT © (Versión 2.0).

### RESULTADOS:

Se estudiaron 150 pacientes durante un año de los que 32 no tenían factor de riesgo cardiovascular (FRCV) y 112 tenían uno o más FRCV. El valor medio de homocisteína en los pacientes sanos fue de  $9,4 \mu\text{mol/l}$  frente a  $12,09$  en los pacientes con FRCV ( $p=0,01$ ). Cuando consideramos solo pacientes con algún factor RCV también encontramos diferencias entre los portadores de FRCV con unos valores medios de  $10,7 \mu\text{mol/l}$  por  $11,9$  en los que ya habían padecido un evento. No encontramos diferencias significativas entre las medias de los valores de homocisteína en los pacientes con un solo factor de riesgo ( $11,21 \mu\text{mol/l}$ ), dos factores RCV ( $11,4 \mu\text{mol/l}$ ), tres FRCV ( $12,14 \mu\text{mol/l}$ ) y pacientes con SM ( $\mu\text{mol/l}$ ). Presentaron grado de correlación con homocisteína: Colesterol HDL ( $R = -0,23$ ,  $p= 0,004$ ), glucemia ( $R = 0,22$ ,  $p= 0,006$ ), Triglicéridos ( $R = 0,20$ ,  $p= 0,01$ ), perímetro de cintura ( $R = 0,16$ ,  $p=0,04$ ) y edad ( $R = 0,38$ ,  $p > 0,001$ ).

### CONCLUSIONES:

Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular presentan unos valores de homocisteinemia más elevados que los controles sanos. Los pacientes con enfermedad cardiovascular tiene valores significativamente diferentes a los portadores de FRCV. Los pacientes con SM no presentaron valores significativamente diferentes a los portadores de uno, dos o tres FRCV. Existe una importante correlación entre homocisteína y edad, HDL, TG, Glucemia y perímetro de cintura.

## PACIENTES CON ICC EN AP: ESTUDIO IC-AP. RESULTADOS 1ª ETAPA

IC Sánchez, IM Hidalgo, MJ Martínez, J Abellan, D Martínez  
Cátedra RCV; UCAM. MURCIA

### OBJETIVO:

Analizar la asistencia que prestamos en AP a los pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC). Estudiar la prevalencia de enfermedades precursoras de ICC y la adecuación del tratamiento a las recomendaciones terapéuticas que mejoran el pronóstico.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal en una población semirural (12.777 habitantes). La pacientes diagnosticados de ICC que cumplen los criterios de inclusión en el estudio 90 (código CIAP K77 de OMI versión 6; ESTUDIO IC-AP). Auditoria externa de historias clínicas en condiciones de práctica clínica habitual. Medimos variables relacionadas en con las características personales, presencia de enfermedades concomitantes y/o precursoras de ICC, como son: HTA, cardiopatía isquémica (CI) o valvulopatías. Variables relacionadas con el diagnóstico correcto (Criterios de Framingham), existencia o no de ecocardiograma, y otras relacionadas con la calidad terapéutica: incluye su tratamiento IECA, Diuréticos y Betabloqueantes, control de las cifras tensionales.

### RESULTADOS:

Los pacientes tienen una edad media de 78,77 años (IC 95%: 76,93-80,6), representando las mujeres el 64,4%. El 77,8% de los pacientes eran hipertensos, 37,8 % presentaban CI y muchos de ellos (30,8%)

compartían ambas patologías. Las valvulopatías presentaban el 13,3%. En cuanto al diagnóstico solo el 25,6 % de los pacientes con ICC tenían reflejados los criterios diagnósticos de Framingham y sólo en el 11% constaba la clase funcional de la NYHA. El 20% de los pacientes tenían en su historia el resultado de una Ecocardiografía. En cuanto a la adecuación del tratamiento farmacológico: estaban tratados con IECA o ARA II, pero un 22% no constaba un inhibidor del sistema renina-angiotensina. Sí es alta la proporción (81%) tratamiento con diuréticos, pero solo un 23% tomaban Beta-Bloqueantes. En cuanto al control de las cifras de TA (TA < 130/85; < 130/80 si diabetes) se conseguía en el 48% de estos pacientes con HTA e ICC

### CONCLUSIONES:

La enfermedad mas prevalente relacionada con ICC es la HTA, solo conseguimos un control óptimo en el 48%. Las ecografías se practican a pocos pacientes y los tratamientos, en su mayoría, no siguen las recomendaciones. Debemos iniciar medidas de mejora en esta patología.

## Principales Colaboradores

BRISTOL MYERS SQUIBB S. A.  
SANOFI-AVENTIS  
ALMIRALL  
BOEHRINGER INGELHEIM ESPAÑA S. A.  
GRUPO FERRER

## Colaboradores

Astrazeneca S. A.  
Laboratorios Servier S. L.  
Recordati  
Abbott Laboratorios  
Lilly  
Peróxidos Farmacéuticos S. A.  
Química Farmacéutica Bayer S. A.  
Unilever Foods España S. A. (División Alimentación)  
Danone  
Puleva  
Kellogg  
Confecar  
UCAM  
Colegio Oficial de Médicos de Murcia  
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia  
CAM

## Otras colaboraciones

Lácer S. A., Merck Sharp & Dhome de España S. A.,  
Andrómaco, Pfizer S. A., Valeant





UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SAN ANTONIO  
**UCAM**



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad



Región de Murcia  
Consejería de Agricultura  
y Agua



FUNDACIÓN AYUDA A LA  
**INVESTIGACIÓN**  
VASCULAR Y RENAL



Sociedad Española  
de Hipertensión



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS  
DE LA REGIÓN DE MURCIA



**MUNDICONGRES**

Secretaría Técnica:

Mundicongres, SL.

C/ Velázquez 120. 1ºA. 28006. Madrid.

Tel.- 91 411 6996. Fax.- 91 515 8155.

[mundicongres@teleline.es](mailto:mundicongres@teleline.es)