

#### O4 - Comunicación Oral/Oral communication

Enfermedades cardiovasculares/otras  
enfermedades crónicas

Cardiovascular and other chronic diseases

Jueves 2 de Octubre / Thursday 2, October  
9:00:00 a/to 11:00:00

Moderador/Chairperson:  
Antonio Segura

#### FACTORES PREDICTORES DE LOS COMPONENTES FÍSICO Y MENTAL DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

María Soto Torres<sup>1</sup>, Inmaculada Failde Martínez<sup>2</sup>, Soledad Márquez Calderón<sup>3</sup>, Encarnación Benítez Rodríguez<sup>1</sup>, Ignacio Ramos Díaz<sup>4</sup>, Antonio Barba Chacón<sup>2</sup>, Fernando López Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Puerta del Mar, Cádiz. <sup>2</sup>Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de Cádiz. <sup>3</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada. <sup>4</sup>Área de Medicina Preventiva, Universidad de Cádiz.

**Introducción:** Conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) y los factores que influyen en ella, no sólo desde el punto de vista físico, sino también psíquico, puede aportar una información complementaria a la valoración clínica tradicional de estos pacientes. Por ello, el objetivo de este trabajo es conocer los factores predictores de los dos componentes, físico y mental, de la CVRS en pacientes con cardiopatía isquémica.

**Métodos:** Se seleccionó durante un periodo de 18 meses a 132 pacientes que ingresaron en un Servicio de Cardiología con diagnóstico de infarto agudo de miocardio o angina inestable en base a criterios clínicos, bioquímicos y electrocardiográficos. Se recogieron además de las variables clínicas y sociodemográficas, la presencia de posibles desórdenes mentales mediante el cuestionario General Health Questionnaire (GHQ-28). La CVRS se valoró con el Cuestionario de Salud SF-36. Para el estudio de las variables predictoras se construyeron dos modelos de regresión lineal múltiple, empleando como variables respuestas las dos dimensiones resumen del SF-36: componente físico global (CFG) y componente mental global (CMG).

**Resultados:** La presencia de un posible desorden mental era una variable predictora no sólo del CMG, sino también del CFG en los pacientes estudiados. Además, la edad aumentaba el CFG de la CVRS en los enfermos con antecedentes personales de CI, mientras que en los pacientes sin antecedentes personales, esta variable disminuía la valoración del CFG de la CVRS. Así mismo, el sexo masculino, el hecho de estar casado y la menor edad se asociaron con unas puntuaciones más elevadas en el CMG de la CVRS. Las variables incluidas en los modelos de regresión explicaron respectivamente el 23% de la variabilidad del CFG y el 28% del CMG.

**Conclusiones:** La edad, el sexo, el estado civil, los antecedentes personales de cardiopatía isquémica y la presencia de posible desorden mental son los factores más predictores de la calidad de vida de los pacientes estudiados. El conocimiento de estos factores permite incidir más en aquellos grupos de pacientes que están predispuestos a tener peor calidad de vida, con atención no sólo a la esfera física, sino también a la mental, ofreciendo así una valoración integral y una asistencia completa.

#### DESARROLLO DE UN CUESTIONARIO SENCILLO PARA ESTIMAR CUANTITATIVAMENTE LA ADHESIÓN A UN PATRÓN DIETÉTICO MEDITERRÁNEO CARDIOPROTECTOR

Miguel Ángel Martínez-González\*, Carmen de la Fuente\*, Manuel Serrano-Martínez\*, Alvaro Alonso\*\*, J. Alfredo Martínez\*\*\*

\*Unidad de Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Navarra, Pamplona, España. \*\*Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad Hospitalarias, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España. \*\*\*Departamento de Fisiología y Nutrición, Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Antecedentes y objetivos:** Diseñar un cuestionario sencillo, fácilmente inteligible y aplicable brevemente para cuantificar el grado de adhesión al patrón clásico de Dieta Mediterránea, y así facilitar la intervención para el cambio de comportamiento dietético. Se incluyeron los aspectos que más recientemente se han identificado como protectores en estudios de epidemiología nutricional (baja carga glucémica, alta ingesta de fibra, consumo de cereales integrales) y que vienen a coincidir con el patrón de dieta clásico de las viejas culturas mediterráneas.

**Métodos:** Se tomaron como base los datos de un estudio de casos y controles que (ajustando por energía y cuantificando las exposiciones en g/persona/día) halló un papel protector muy importante para un patrón combinado de dieta mediterránea. Basándonos en raciones de alimentos sencillas de calcular buscamos los puntos de corte que mejor clasificaban a los participantes en adherentes o no adherentes al patrón mediterráneo cardioprotector. Se usaron después estos criterios para elaborar un cuestionario con 9 preguntas. Se calcularon odds ratios (OR) crudas y ajustadas para las distintas puntuaciones obtenidas en el cuestionario, utilizando modelos de regresión logística condicional con 171 parejas de casos y controles.

**Resultados:** El cuestionario tenía 9 ítems. Asignaba 1 punto por cada una de 6 exposiciones protectoras: aceite de oliva (=1 cucharada/día); frutas (= 1 piezas/día); verduras (=1 raciones/día); legumbres (= 2 raciones/semana); pescado (=3 raciones/semana) y vino (= 2 vasos/sem). Se asignaba 1 punto si el consumo de cárnicos (incluyendo embutidos) era bajo (< 1 ración/día). Para valorar indirectamente si la carga glucémica era baja se asignó 1 punto bien cuando simultáneamente se cumplía el criterio de consumir poco pan blanco (< 2/día) y poco arroz blanco (< 1/semana) o bien cuando se consumía gran cantidad de cereal integral (pan negro =5-6 veces/semana). Para dar mayor relieve a una alta ingesta de fibra se añadía otro punto si se cumplían simultáneamente los criterios para frutas y verduras (ambas =1/día). Con estos criterios los resultados respecto al riesgo relativo de infarto de miocardio no fatal (expresado como OR y sus intervalos de confianza al 95%, IC95%) para los individuos con 3-4 puntos, 5-6 puntos y 7-9 puntos, frente a aquellos con 1-2 puntos fueron 0,29 (0,06-1,41), 0,21 (0,04-0,97) y 0,21 (0,04-0,99), ajustando por sexo, edad, y diversos factores de riesgo cardiovascular.

**Conclusiones:** Los resultados del estudio de casos y controles ofrecen una información que sugiere la validez de este método sencillo para valorar la adhesión al patrón de dieta mediterránea, se sugiere que una adhesión media (5-6 puntos) ofrece una importante reducción del riesgo coronario, pero no se consiguen ulteriores reducciones con una adhesión más alta a este patrón.

#### INCIDENCIA DE DIABETES MELLITUS EN CASTILLA Y LEÓN. ESTIMACIONES PRELIMINARES DEL PROYECTO CODICYL

A. Tomás Vega, Milagros Gil, Socorro Fernández, Rufino Álamo. En nombre del Grupo: Red de Médicos Centinelas de Castilla y León Observatorio de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Valladolid.

**Introducción:** La diabetes mellitus es una de las enfermedades más frecuentes y más invalidantes en los países occidentales, estimándose la tasa de prevalencia entre el 3% y el 6% en el conjunto de la población, según se considere solo la diabetes conocida o se incluya también la desconocida. Además, los trastornos de la regulación de la glucemia suponen un aumento entre un 10% y un 15% de personas con este problema de salud e importante factor de riesgo cardiovascular. El objetivo de este trabajo es estimar la incidencia de nuevos diagnósticos de diabetes en la población de Castilla y León y describir las variaciones por edad y sexo en el periodo de estudio.

**Métodos:** Se utilizan los datos de la cohorte de diabéticos de Castilla y León (CODICYL) de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León de los años 2000, 2001 y 2002. Se incluyen los nuevos diagnósticos de diabetes mellitus realizados por los médicos centinelas, independientemente del tipo del criterio diagnóstico utilizado. Se considera población de referencia las tarjetas individuales sanitarias (TIS) asignadas a cada médico participante.

**Resultados:** La tasa de incidencia de nuevos diagnósticos ha sido de 194,85 casos por 100.000 personas año en todo el periodo de estudio (IC95%: 193,38-196,32). Las estimaciones anuales muestran unas tasas por 100.000 habitantes de 214,14 en 2000, 142,88 en 2001 y 229,56 en 2002. La incidencia en varones, 201,97 (IC95%: 199,87-204,07) es significativamente superior a la de las mujeres 187,54 (IC95%: 185,48-189,59). Por grupos de edad, el máximo se alcanza entre los 60 y 64 años, con una tasa de 675,35 casos por 100.000 personas año (IC 95%: 661,95-688,74). La mayor diferencia por sexo se encuentra en los grupos de edad de 45 a 49 (316,28 en varones frente a 67,97 en mujeres) y de 50 a 54 años (444,91 en varones frente a 284,66 en mujeres.)

**Conclusiones:** Las estimaciones realizadas suponen que cada año se diagnostican en Castilla y León cerca de 5.000 diabéticos nuevos. Un análisis de los casos con un criterio diagnóstico estricto (ADA 1997 y OMS 1998) podría modificar ligeramente estas estimaciones. Llama la atención la mayor tasa de incidencia en varones, en consonancia con trabajos previos en los que se aprecia un cambio de tendencia en el sexo, posiblemente debida a un mejor y más precoz diagnóstico en la población laboral masculina. La baja incidencia de 2001 podría deberse a un exceso de diagnósticos de población de riesgo al comienzo del estudio en 2000. Una serie más completa permitirá estabilizar las tasas de incidencia anual.

030

### UTILIDAD DE UN REGISTRO DE ENFERMOS RENALES CRÓNICOS PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES RARAS (ER)

Maria José García-Blasco, Óscar Zurriaga Llorens, Susana Bosch Sánchez, Miguel Ángel Martínez-Beneito, Alberto Amador Iscla, Javier Peñalver Herrero, Trinidad Molins Estellés

Servicio de Epidemiología, Conselleria de Sanitat, Valencia, España.

**Antecedentes:** La Unión Europea (UE) ha considerado como ER aquellas cuya prevalencia es de menos de 5 por 10.000 habitantes. Este concepto es controvertido y lábil por la dificultad, en muchos casos, de conseguir encuadrar, con la información existente, una enfermedad concreta como ER. Un registro de enfermos renales crónicos recoge información sistematizada acerca de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo (IRC), clasificando a los enfermos según la Enfermedad Renal Primaria (ERP) que la produce. El objetivo del estudio es valorar la utilidad, en nuestro medio, de un registro de enfermos renales para la identificación de ER.

**Métodos:** Se calcula la prevalencia por 10000 habitantes de la ERP de los 4294 pacientes del Registro de Enfermos Renales de la Comunidad Valenciana (REMRENAL) hasta el 31/12/2001, agrupadas en nueve categorías (Desconocida, Enfermedad Poliquística (EP), Glomerulonefritis (GN), Hereditarias y Congénitas (H/C), Nefropatía Diabética, Pielonefritis/Nefritis Intersticial, Sistémicas (SIST), Vasculares (VASC) y Otras). Se contrasta las ERP registradas en el REMRENAL con la lista alfabética de ER de la página <http://cisat.isciii.es/er/>, calculándose la prevalencia por 10.000 de las encontradas en la misma.

**Resultados:** Las tasas de prevalencia de las ERP agrupadas oscilan entre 2,24 x 10.000 del grupo de las Desconocidas y 2,13 x 10.000 de las GN con las cifras más altas y el 0,47 x 10.000 y 0,53 de las SIST y H/C respectivamente con las cifras más bajas. La Enf. Poliquística renal tiene una prevalencia de 0,92. No se calcula el intervalo de Confianza de las prevalencias porque el REMRENAL es un registro exhaustivo y de base poblacional. Del contraste entre listas se obtienen 18 ERP comunes, de las que 7 son Nefropatías Congénitas/Hereditarias, 2 son GN y 9 Vasculopatías y Sistémicas; afectando a 387 pacientes (9%) del total registrado. Las prevalencias más bajas son la GN por Crioglobulinemia (0,002 x 10.000), la Enfermedad de Fabry (0,005), la Oxalosis Primaria (0,012) y la Esclerodermia (0,007) y las más altas la Nefropatía por IGA (0,246), el Lupus Eritematoso Diseminado (0,169), la Amiloidosis (0,097) y el Sdr. de Alport (0,067).

**Conclusiones:** Algunas de las ERP recogidas en el REMRENAL pueden considerarse ER, según el concepto de la UE. El 9% de los enfermos con IRC tienen su ERP incluida en la lista alfabética de ER y algunas de ellas tienen muy baja prevalencia. Un registro de enfermos renales es una fuente de información útil para la identificación y/o estudio de las ER.

032

### CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ANÁLISIS BASAL DE LA COHORTE SUN

Álvaro Alonso\*, Miguel Ángel Martínez-González\*\*, Carmen de la Fuente\*\*, Almudena Sánchez-Villegas\*\*, Nerea Egüés Olazábal\*, Manuel Serrano Martínez\*\*

\*S. Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad Hospitalarias, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España. \*\*Unidad de Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Antecedente y objetivos:** Un alto consumo de frutas y verduras se ha asociado a una disminución de las cifras de presión arterial. Parte del beneficio cardiovascular atribuido a la dieta mediterránea podría ser explicado por esta relación. El objetivo del presente trabajo fue valorar la asociación del consumo de frutas y verduras con unas cifras de presión arterial elevada en personas sin diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA).

**Métodos:** Análisis transversal de los primeros 8830 individuos del estudio SUN (Seguimiento Universidad de Navarra), cohorte prospectiva de graduados universitarios, reclutados mediante cuestionarios enviados por correo. Se excluyeron aquellos individuos con enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o diagnóstico de HTA. La dieta se valoró mediante un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos previamente validado en España. En el cuestionario inicial se preguntaba por el nivel de presión arterial sistólica y diastólica (PAS y PAD, respectivamente). Se consideró presión arterial elevada si se refería una PAS =140 o una PAD =90. Se calcularon razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza para presión arterial elevada mediante regresión logística no condicionada, ajustando por edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), actividad física y consumo de alcohol, utilizando como variable independiente principal los quintiles de consumo de verdura y fruta separadamente, ajustados por energía según el método de residuales, y sumando ambos consumos.

**Resultados:** En los 4.505 individuos elegibles para este estudio, 231 cumplieron los criterios de tensión arterial elevada. Ajustando por edad, sexo, IMC, actividad física y consumo de alcohol, las RP (intervalo de confianza (IC) al 95%) de tensión arterial elevada de los quintiles de consumo de verdura 2, 3, 4 y 5 frente al 1 fueron 0,82 (0,55-1,22), 0,85 (0,57-1,27), 0,65 (0,42-1,01), 0,67 (0,43-1,04) respectivamente (p de tendencia = 0,051) y de 0,93 (0,61-1,41), 0,87 (0,57-1,32), 0,86 (0,56-1,33), 0,74 (0,47-1,17) para los quintiles de consumo de fruta 2, 3, 4 y 5 frente al 1 (p de tendencia = 0,198). Las estimaciones puntuales eran similares ajustando simultáneamente por el consumo de fibra y potasio (RP de quintiles 2, 3, 4 y 5 frente al 1: verdura 0,77, 0,78, 0,62 y 0,62; fruta 0,93, 0,85, 0,89 y 0,77). La RP en aquellos individuos en el cuartil superior de consumo de ambos grupos de alimentos simultáneamente fue de 0,28 (IC 95% 0,14-0,59, p<0,001), y de 0,18 (0,07-0,48) al ajustar por consumo de potasio y fibra.

**Conclusión:** El consumo elevado de fruta y verdura se asocia a un menor riesgo de tener presión arterial elevada. Esta disminución de riesgo no se debe únicamente a su contenido en potasio y fibra. Esta asociación puede ser uno de los mecanismos por los que el patrón de dieta mediterránea reduce el riesgo de eventos cardiovasculares.

031

### HIPERHOMOCISTEINEMIA COMO FACTOR PREDICTOR DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Margarita Villar<sup>1</sup>, Soledad Cañellas<sup>2</sup>, Raquel Boix<sup>2</sup>, M<sup>8</sup> José Medrano<sup>2</sup>, Jose Manuel del Rey Sanchez<sup>2</sup>, Concepción Moro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud San Juan de la Cruz, IMSALUD, Pozuelo (Madrid), España. <sup>2</sup>Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. <sup>3</sup>Servicio de Bioquímica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>4</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España.

**Antecedentes:** Los niveles elevados de homocisteína (hcy) se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El nivel plasmático de hcy está determinado por factores genéticos y por los niveles de ácido fólico, vitamina B12 y vitamina B6. El objetivo de este estudio es determinar los valores de referencia que pueden ser considerados como hiperhomocisteinemia en población general.

**Métodos:** Estudio transversal realizado entre todas las personas que acudieron a un Centro de Salud en la Comunidad de Madrid por cualquier motivo durante el periodo 1999-2001. La información sociodemográfica, de factores de riesgo y antecedentes personales se recogió a través de un cuestionario y los niveles de hcy y otros parámetros bioquímicos mediante analítica sanguínea. La población se dividió en dos subgrupos: uno con antecedentes de enfermedad cardiovascular y el otro sano y con un nivel óptimo de vitaminas. Se calcularon los percentiles de hcy y los niveles que mejor discriminaban a la población de menor riesgo de la de mayor riesgo cardiovascular mediante técnicas de regresión logística y análisis de curvas ROC con el programa estadístico Stata.

**Resultados:** El número de participantes en el estudio fue de 1.636, con una media de edad de 45 años (DE = 16,3), el 49% eran hombres y el 51% mujeres. Tuvieron algún antecedente cardiovascular el 3,1% y el 24% era población sana con un nivel óptimo de ácido fólico y vitaminas B12 y B6 en sangre. La concentración plasmática de hcy fue de 10,7 ± 4,1 μmol/L en hombres y de 8,5 ± 2,9 μmol/L en mujeres con una diferencia estadísticamente significativa (p < 0,01). El nivel de hcy que mejor discriminaba el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular en hombres fue de 10,85 μmol/L, con una sensibilidad del 59% y una especificidad del 73%, que se corresponde con el percentil 60 de la distribución de hcy en hombres en población general; y de 9,57 μmol/L en mujeres, con una sensibilidad del 50% y una especificidad del 83%, que se corresponde con el percentil 70 de la distribución de hcy en mujeres en población general. El área bajo la curva ROC, con un modelo de regresión logística ajustado por edad y sexo, es de un 93% con una OR de 1,14 y p < 0,027.

**Conclusiones:** Se pueden establecer como valores de referencia de hiperhomocisteinemia los niveles que optimizan la diferencia entre una población sana de otra con enfermedad cardiovascular. Aunque la sensibilidad y la especificidad obtenidas en nuestro estudio pueden considerarse no adecuadas para una prueba diagnóstica, pueden ser admitidas para una prueba pronóstica, como sería el caso de la determinación de hcy para evaluar el riesgo cardiovascular. La relativamente baja especificidad implica, sin embargo, que la determinación de hcy no debe utilizarse como prueba aislada de screening para la estratificación del riesgo cardiovascular.

033

### INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS, EFECTO EN EL CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

Alfonso Leiva\*, Anna Arnau\*, Manel Pladevall\*\*, Carles Brotons\*\*, Rafael Gabriel\*\*, Inés Montiel\*\*, Joan Feixas\*\*, Jaume Plana\*\*, Angeles Casals\*\*

\*Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries, Hospital General de Vic. \*\*Investigadores del Estudio Cooperativo COM99.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue determinar el efecto en pacientes hipertensos de una intervención multifactorial en el cumplimiento con la medicación hipertenso y en la disminución de la presión arterial (PA).

**Métodos:** Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado por conglomerados, noventa médicos procedentes de Hospitales y Centros de Atención Primaria fueron distribuidos aleatoriamente al grupo intervención (I) o control (C). Se incluyeron pacientes mayores de 49 años, con hipertensión sistólica y/o diastólica no controlada y con un riesgo cardiovascular elevado o muy elevado según la estratificación del riesgo de la OMS-SIH (1999). En el grupo I se aplicó una intervención multifactorial (comportamiento, cognitiva y de soporte social). La valoración del cumplimiento se realizó durante los seis primeros meses utilizando un contenedor de pastillas, este contenedor disponía de un dispositivo electrónico que registraba cada vez que era abierto, sistema eDEM (AARDEX®), la PA (media de tres determinaciones impresas) se determinaba en cada visita con un esfigmomanómetro semiautomático validado (OMROM 750-CP).

**Resultados:** Novcientos diecisiete pacientes se incluyeron en este estudio. Las características basales de estos pacientes mostraron que ambos grupos eran comparables respecto al sexo, edad, número de fármacos, diabetes mellitus, duración de la hipertensión, índice de masa corporal, hábito tabáquico, creatinina, número de órganos dañados/enfermedades cardiovasculares presentes. Las cifras basales de PAS y PAD fueron 159,6 ± 14,4/86,7 ± 10,4 grupo C y 161,5 ± 16,4/88,2 ± 11,25 en el grupo I. Los médicos fueron también comparables en edad, sexo y formación. Considerando cumplir a aquellos que superaban un 80% de cumplimiento con la medicación obtuvimos que el 89,4% eran cumplidores en el grupo control y el 91,7% en el grupo intervención, a los seis meses de seguimiento. La diferencia de medias para la PAS, a los seis meses de seguimiento, en el grupo C fue de -10,1 ± 18,1 y de -13,4 ± 19,2 (p = 0,041) en el grupo I. La diferencia de medias para la PAD, en el grupo C fue de -4,6 ± 9,1 y de -5,6 ± 10,1 (p = 0,211) en el grupo I.

**Conclusiones:** Después de seis meses de realizar una intervención multifactorial no se aprecian diferencias significativas en cuanto al cumplimiento con la medicación. Pero sin embargo se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en la reducción de la PAS.