

Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Riesgo cardiovascular en enfermos diabéticos.

Cardiovascular risk in diabetic patients.

Dr. Ariel González Quintero¹, Dr. Radamé Gómez Pérez², Dra. Maricelis Casanova Cruz³, Dra. Lay Hernández González³

1. Especialista en Medicina Interna. Profesor Asistente. Investigador Adjunto.
2. Especialista en Medicina Interna. Profesor Instructor.
3. Especialista en Medicina General Integral. Profesora Instructora.

RESUMEN

Se realizó una investigación de carácter observacional descriptivo intragrupo, de los pacientes diabéticos atendidos entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre del 2004, en la Consulta de Referencia Municipal de Diabetes Mellitus que radica en el municipio Sancti- Spiritus en el policlínico Centro. Para recoger el dato primario se confeccionó una encuesta que dio salida al objetivo propuesto, que fue determinar el riesgo cardiovascular en ellos. Los datos fueron procesados de forma automática con ayuda de una computadora usando un paquete estadístico SPSS para las variables que procedían creando al efecto una base de datos. Se pudo concluir que los factores de riesgos se presentaron en el 83,6% de los estudiados. El hábito tabáquico se encontró en el 13,6% con predominio del sexo masculino. La hiperlipidemia se presentó en el 54,5% con similar distribución por sexo. Las hembras y varones presentaron similar factores de riesgos, pero en más de la mitad de los casos tenían 3 factores de riesgos. El riesgo cardiovascular fue de moderado y alto en ambos sexos en más del 80%. Se recomienda usar en las consultas habituales la tabla de cálculo de riesgo cardiovascular.

DeCS: DIABETES MELLITUS TIPO 2, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES / complicaciones

SUMMARY

An observational descriptive intragroup investigation was made of the diabetic patients assisted between January 1 and December 31 of 2004, in the Consultation of Municipal Reference of Diabetes Mellitus that resides in the Central Polyclinic of Sancti Spiritus municipality. To collect the primary data, a survey was made that fulfilled the proposed objective that was to determine the cardiovascular risk in them. The data were processed in an automatic way with the help of a computer, using an SPSS statistical package for the pertinent variables and creating to this aim a database. It could be concluded that risk factors were present in 83,6% of the patients studied. The smoking habit was found in 13,6% with prevalence of the male gender. Hyperlipidemia was present in 54,5% with a similar distribution for gender. The females and males presented similar risk factors, but in more than half of the cases they had 3 risk factors. The cardiovascular risk was moderate and high in both genders in more than 80%. It is recommended to use in the habitual consultations the chart of calculation of cardiovascular risk.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es un problema de salud que afecta entre el 2 y el 5 % de la población mundial. En la declaración de las Américas sobre la Diabetes se plantea que cuando esta enfermedad está mal controlada, puede presentar una pesada carga económica para el individuo y la sociedad, ya que dependiendo del país, la diabetes puede alcanzar entre el 5 y el 14 % de los gastos de salud, pero que es posible promover la salud y prevenir las complicaciones en las personas con diabetes mediante un buen control de la glicemia y modificando los factores de riesgos cardiovascular. (1) Se calcula que en la actualidad existen más de 30 millones de personas con diabetes en las Américas, que en el mundo hay más de 135 millones de diabéticos mayores de 20 años de edad y que esta cifra aumenta hasta 300 millones en el año 2025. (2-3) Los diabéticos son 2 veces más propensos que los no diabéticos a las enfermedades coronarias, accidentes cardiovasculares, arteriosclerosis, obesidad e Hiperlipoproteinemia, existiendo una relación directa entre el metabolismo insulínico, la distribución de tejido adiposo, los niveles plasmáticos de lípidos y la Hipertensión Arterial. (4) Si la base etiopatogénica de la enfermedad es el déficit de insulina absoluto o relativo nos podríamos preguntar ¿Qué papel jugará la insulina endógena y exógena, así como factor de riesgo Cardiovascular desde el punto de vista aterogénico? Veamos lo que ocurre en los tolerantes a la glucosa alterados; Modan y otros hallaron en una muestra de 1263 adultos en edades de 40-70 años, una hiperinsulinemia asociada a la enfermedad cardiovascular solo en el sexo masculino después de una sobrecarga de glucosa oral. Mykkanen y otros en 1069 sujetos observaron que 2 horas después de la tolerancia a la glucosa los niveles de insulinas aumentados asociaron con enfermedad coronaria y cardíaca. En los diabéticos Detford siguió por 10 años a 241 pacientes y comprobó una asociación inversa entre los niveles de insulinas a las 2 horas y la presencia de enfermedad coronaria y cardíaca. Paris, Kupio y los indios de Perna nos comunicaron con relación entre los niveles de insulinemia y enfermedad cardíaca en los adultos con Diabetes Mellitus no Insulina Dependiente o con Tolerantes a la Glucosa Alterado.

Pittsburg siguió por 6 años a 548 Diabéticos tipo 1 sin mostrar asociación entre la dosis de insulina y la enfermedad cardiovascular.

University Group Diabetes Program no constató después de 9 a 13 años de seguimiento, diferencias significativas en el riesgo de enfermedad cardiovascular en aquellos pacientes que recibían dietas e insulinas a dosis fijas o variables. (5)

La determinación del Riesgo Cardiovascular nos proporciona una estimación de la probabilidad de que un paciente portador o no de Factor de Riesgo Cardiovascular, pueda sufrir un evento cardiovascular en un determinado periodo de tiempo, generalmente de 5 a 10 años. Los métodos de determinación existentes son no solo convenientes, sino necesarios, debido principalmente a que el planteamiento uní factorial a partir del abordaje de un solo riesgo, habitualmente Hipertensión Arterial o Hiperlipoproteinemia, tienen muy baja sensibilidad y especificidad para identificar a individuos de alto riesgo. (6). A esta compleja pero interesante problemática nos motivó al colectivo de autores para la realización de este trabajo con los objetivos de evaluar el Riesgo Cardiovascular de nuestros pacientes diabéticos atendidos en la Consulta Municipal de referencia para esta enfermedad radicada en nuestro Policlínico Centro y del Municipio y Provincia de Sancti Spíritus, mostrando la relación existente del mal hábito de fumar y de la Hiperlipoproteinemia según sexo en los diabéticos estudiados, plasmar según edad y sexo de nuestros pacientes diabéticos la presencia o no de Hipertensión Arterial, relacionar la cuantía de la presencia de los diferentes Factores de Riesgos según el sexo y edad de nuestros pacientes objeto del estudio así como clasificar los Factores de Riesgos existentes en grupos según sexo y edad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con corte transversal Intragrupo de los pacientes diabéticos atendidos en la consulta municipal de Diabetes Mellitas radicada en el policlínico comunitario del área centro en el periodo comprendido entre el 1ro de enero y el 31 de diciembre del año 2004. Las edades en que se trabajó fueron superiores a los 15 años, cuyo criterio de remisión por el médico de atención primaria fue fundamentalmente su descontrol metabólico.

Criterios de Inclusión: Todos los pacientes diabéticos tipo 2 que cumplieron lo normado en el Programa Nacional vigente en nuestro país, que fueron seguidos durante el año en que se realizó el estudio (7)

Criterios de Exclusión: Se excluyeron del estudio a todos los pacientes que tuvieran antecedentes personales de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica por tratarse de una valoración dirigida a la Prevención Primaria de los factores de riesgo en la Diabetes Mellitus.

A cada paciente participante se le determinó mediante el método cuantitativo, la tabla de predicción de riesgo cardiovascular del estudio Framingham (6)., pero además lo practican las Sociedades Europeas de Cardiología, Aterosclerosis, Hipertensión, medicina de la Familia y General así como la Sociedad Internacional de Medicina del Comportamiento.(6).

Es importante aclarar dos términos de forma independientes por su uso:

Riesgo coronario: Incluye los eventos de origen coronario como el infarto agudo del miocardio y cualquier tipo de angina.

Riesgo Cardiovascular: Es un concepto más amplio ya que incluye también las enfermedades ateroscleróticas más importantes como el accidente cerebrovascular y la arteriopatía periférica. En cualquier caso podemos obtener una buena estimación del riesgo cardiovascular a partir del riesgo coronario, multiplicando este por 1,33. (6).

Para la recogida del dato primario se confeccionó una encuesta para dar salida a los objetivos propuestos. Dicha encuesta recogía datos generales del paciente como nombre, edad, número de historia clínica, presencia o no de factores de riesgo en ellos así como el cálculo del riesgo cardiovascular determinado. Consideramos Hipertensión como lo plasmado en el Programa Nacional vigente también para esta enfermedad (8), para el hábito tabàquico fue tomado el criterio de la OMS quien plantea al respecto que fumador es aquella persona que ha fumado diariamente cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno durante el último mes. Todos los datos fueron recogidos, archivados y procesados con el paquete estadístico SPSS y Microsoft Excel en una computadora marca IBM, propiedad del politécnico Estanislao Gutiérrez. Se determinó además el cálculo porcentual a las diferentes variables estudiadas.

RESULTADOS

En nuestro trabajo primeramente relacionamos la edad según el sexo en los pacientes incluidos en el estudio. Fueron estudiados 110 pacientes diabéticos, de ellos 36 (32,7 %) del sexo masculino y 74 (67,3%) en el femenino. En ellos 22 casos tenían entre 55 y 59 años (20 %), entre 60 y 64 años 32 (29,1%) y de 65 y 69 años 23 (20,9%). Como podemos ver 77 pacientes fueron ubicados entre 55 y 69 años (70%). Según sexo predominó en el masculino en las edades entre 60 y 64 años (13 para un 36,1%) y en el sexo femenino fueron casi similar en las edades de 55 y 69 años con 20,3 %, 25,7%, 23% en esos subgrupos.

Seguidamente mostramos el primer factor de riesgo estudiado en nuestros enfermos. El hábito de fumar se comportó en solo 15 pacientes (13,6%); de ellos correspondió notablemente al sexo masculino en 11 de ellos (30,5%) y solo 4 en el sexo femenino (5,4%). En relación con la edad de nuestros enfermos, en los primeros (masculinos) predominó en 5 de ellos en las edades entre 60 y 64 años (45,4%) pero en el femenino se comportó con la distribución similar a pesar de encontrarse ligeramente superior de 65 y 69 años en 2 enfermos (50%)

Por lo antes expuesto planteamos que en nuestros enfermos diabéticos encontramos bajos porcentos de pacientes fumadores con predominio en el sexo masculino entre las edades 60 y 69 años.

A continuación se expone la variable hiperlipidemia según las variables edad y sexo. La misma se encontró en 60 pacientes estudiados (54,5%), 38 féminas para un 51,3% y en 22 masculinos para un 61,1 %. La edad que más prevaleció fue entre 55 y 64 años de edad, 35 pacientes para un 31,8%. Sin embargo en el sexo femenino se encontró en 12 de ellas entre 55 y 59 años representando un 31,6 % y en el sexo masculino hallamos 10 pacientes entre 60 y 64 años para un 45,4 %. De ellos podemos concluir la alta prevalencia de los trastornos en el metabolismo de los lípidos en los enfermos diabéticos nuestros y luego de los 55 años aunque en edades más tempranas en las mujeres y más tarde en los masculinos.

Nos referimos a otro factor de riesgo de los enfermos diabéticos, la Hipertensión Arterial según la edad y el sexo. La misma se presentó en 74 pacientes estudiados (67,3%). Podemos ver cómo según la edad se presentó un comportamiento ascendente en las edades a partir de los 55 años hasta los 69 años con 15, 17 y 21 pacientes respectivamente. En lo referente al sexo en el femenino este prevaleció ligeramente más, con 51 de ellos (68,9%) y en los masculinos 23 para un 63,9%. Según sexo y edad se comportó diferente ya que las féminas aportaron mayor número de casos de 55 y 59 años (10 para 19,6%) y de 65 y 69 años en 17 (33,3%). Los masculinos se agruparon con mayor frecuencia de 60 a 64 años (10 lo que representa el 43,5%). Por ello planteamos al igual que en otros estudios la alta prevalencia de la Hipertensión Arterial en nuestros pacientes Diabéticos con distribución por sexo y edad de forma diferente pero siempre luego de los 50 años de edad.

Mostramos la presencia de más de 2 factores de riesgo según la edad a continuación. En 38 pacientes (41,3%) presentaron 2 factores de riesgo; en el 53,3 % (49 enfermos) tuvieron 3 y 4, en solo 5 de ellos (5,4%). Las edades que sobresalieron para la presencia de 2 factores de riesgo fue entre 60 y 69 años (55,2%) 3 factores de riesgo entre 55 y 64 años (57,1%); mientras que los pocos pacientes que presentaron 4 factores de riesgo se ubicaron entre 55 y 74 años de forma casi similar.

Todo ello habla a favor que luego de la mitad de la vida la presencia de factores de riesgo en los enfermos se hace casi constante por lo que tenemos que trabajar intensamente en su control para evitar desenlaces fatales.

La relación de los Riesgos Cardiovasculares en todos nuestros pacientes estudiados según la edad se muestran seguidamente. En 6 diabéticos (5.4%) el riesgo fue calculado como bajo, en 13 (11,8%) fue leve, en 27 (24,5%) moderado, en 63 (57,3%) alto y solo 1 (0,9%) se calculó como muy alto. Todo ello denota que el número de pacientes fue coincidiendo a medida que el riesgo se intensificaba. En relación con la edad, el riesgo bajo se ubicó en edades entre 35 y 44 años, en las edades más tempranas de la vida, el riesgo leve en 6 (46,1%) a los 55 y 59 años de edad, moderado de 60- 64 años para un 48,1%, el alto entre los 60 y 69 años de edad (32 para un 50,8%) y muy alto el paciente se encontró en la edad de 70 a 79 años.

Por último mostramos la dosificación de los riesgos según sexo. Más de la mitad de los masculinos y femeninos el riesgo se calculó como alto. (23 para 63,9% de los masculinos y 40 para 54% de las féminas) a medida de que el riesgo fue disminuyendo los números de pacientes también lo hicieron.

Es bien conocido que la Diabetes Mellitas presenta un importante riesgo de desarrollar la enfermedad cardiovascular. Probablemente no hemos prestado tradicionalmente atención a las afectaciones macro vasculares como a las micro vasculares, especialmente si consideramos que es esta la que determina el desarrollo de la cardiopatía isquémica, accidentes cerebro vasculares y arteriopatía periférica que son la causa más importante de morbi- mortalidad en la población diabética y muy especialmente en la Diabetes Mellitus tipo 2. Por ello hacemos un llamado a considerar a la Diabetes Mellitus no como un simple factor de riesgo sino como una verdadera Enfermedad Cardiovascular.

DISCUSIÓN

En relación con el mal hábito de fumar estudios realizados en Ciudad de la Habana en el municipio Marianao sobre factores de riesgos ateroscleróticos en una muestra de 581 pacientes, el hábito se encontró en al 18,6 %.(9). En sentido general a todos los diabéticos deben de ser advertidos del riesgo que supone para ellos el hábito tabàquico y se le estimula a su abandono. En pacientes que fuman más de 15 cigarrillos al día pueden utilizarse sustitutos de nicotina en chicles o parches. En caso de usarse Bupropióm es necesario controlar la presión arterial. (10).

La Hiperlipidemia según estudios publicados de 24 casos en edades entre 30 y 70 años durante 3 meses de seguimiento con enfoque multidisciplinario se encontró en 14 casos de ellos (58 %). La más preocupante de este estudio, ellos concluyen que el 100 % de los pacientes tenían factores de riesgo asociados a la diabetes (11).

Está planteado la máxima prioridad que ocupa en el paciente diabético la hiperlipidemia; en caso de no ser suficiente el tratamiento higiénico dietético están indicadas las Estatinas como elección. Si se acompaña de elevación de los triglicéridos pues serían los fibratos en monoterapia. No obstante de ser necesario la asociación de ellos está establecido la combinación de Provastatina y de Fenofribatos debe ser la más segura. (10-12)

En relación con la Hipertensión Arterial la literatura consultada plasma como objetivo fundamental, reducir la presión arterial a menos de 130/80 mmHg. Si la tensión arterial fuere superior a 140 mmHg la sistólica deben instaurarse fármacos. (10-13)

Estudios consultados encontraron como el 67% eran hipertensos con predominio del sexo femenino preponderantemente. (6) Estudios realizados a fin de conocer el grado de control de la hipertensión arterial considerando como óptima las cifra menores de 140/90 mmHg, arrojaron el 27% en Estados Unidos, el 22 % en Canadá, el 6% en Inglaterra y el 24 % en España, sus tasas fueron inferiores al 28%.(14)

La presencia de factores de riesgo en los enfermos se hace casi constante por lo que tenemos que trabajar intensamente en su control para evitar desenlaces fatales. Estudio similar realizado de una muestra de 173 pacientes arrojó que el 40 % de ellos presentaron 2 factores de riesgo, en 13 pacientes (3%) 2 factores de riesgo y en el 0,56% los 4 factores de riesgo por lo que difiere de nuestros resultados.(8). Otro estudio utilizando el método Framingham encontró con 2 factores de riesgo el 43% y con 3 o más el 13,6 % (15).

Por citar algunos ejemplos de la relación que se establece entre los factores de riesgos y el sexo , estudios realizados en Europa demuestran que de un 25-30 % de la población de 20 – 65 años presentan cierto grado de sobrepeso. De ellos a partir de los 45 años de edad, más del 50 % de las mujeres presentan sobrepeso (16). Los varones obesos de 35-64 años se sitúan en el 18,3 % de los casos estudiados (16).Otros estudios recogen a la obesidad y el sobrepeso en el 68% de los casos pero los varones en el 70,2 % y el 66% las mujeres. (16).

Tomando en consideración las cifras de tensión arterial considerando como óptima la menor de 140/90 mmHg, en España se señalan tasas de control inferiores al 28 %(17).

Más del 40 % de las muertes asociadas al tabaco en los países desarrollados se debe a la enfermedad cardiovascular. El aumento del riesgo cardiovascular es más acusado para la enfermedad vascular periférica(6,8) que para la enfermedad coronaria(2,4) .Los fumadores presentan un 70 % más de mortalidad coronaria que los no fumadores y el riesgo de muerte es de 2 a 4 veces superior. El tabaco es el responsable de más del 20 % de las muertes por cardiopatía isquémica de varones menores de 65 años y del 45 % en menores de 45 años. Las mujeres ya van teniendo en la actualidad tasas similares de consumo y riesgo. (15-18-19).

En relación con los riesgos cardiovasculares y la edad estudios publicados en 1997 encontraron que el 38 % tenían un riesgo cardiovascular elevado, de 330 pacientes estudiados. Otros se encontraron con dicho riesgo en el 21,15% (6-20).Demás estudios señalan el 37% de riesgos altos o muy alto en los siguientes 10 años. Luego estos autores a los 10 años repitieron el estudio y se encontraron que lo habían descendido al 28,3% (15) Autores como Vila seca calcularon el riesgo para un 38,3% y Bonne para un 32,5% (15-21).

Por último en la Tabla No 9 mostramos la dosificación de los riesgos según sexo. Más de la mitad de los masculinos y femeninos el riesgo se calculó como alto. (23 para 63,9% de los masculinos y 40 para 54% de las féminas) a medida de que el riesgo fue disminuyendo los números de pacientes también lo hicieron.

La relación de la dosificación de los riesgos según sexo se expresa en la literatura encontrando que un 51,4% presentaron un riesgo cardiovascular moderado y un 19,1% fue catalogado como alto. (6).

Es bien conocido que la Diabetes Mellitus presenta un importante riesgo de desarrollar la enfermedad cardiovascular. Probablemente no hemos prestado tradicionalmente atención A las afectaciones macro vasculares como a las micro vasculares, especialmente si consideramos que es esta la que determina el desarrollo de la cardiopatía isquémica, accidentes cerebro vasculares y arteriopatía periférica que son la causa más importante de morbi- mortalidad en la población diabética y muy especialmente en la Diabetes Mellitus tipo 2. Por ello hacemos un llamado a considerar a la Diabetes Mellitus no como un simple factor de riesgo sino como una verdadera enfermedad cardiovascular.Por todo lo antes expuesto podemos arribar a las conclusiones de que el riesgo cardiovascular encontrado en nuestros pacientes diabéticos fue en más de las ¾ partes de ellos. El hábito de fumar se presentó en la 10ma parte de los estudiados con predominio del sexo masculino mientras que la hiperlipidemia se presentó en más de la mitad de los casos con ligero predominio del sexo masculino. La hipertensión arterial se presentó en más de las 2/3 partes de los pacientes estudiados. Con respecto a la edad fueron apareciendo más casos a medida que aumentó la edad para disminuir luego de los 70 años. El sexo no modificó la presencia de factores

de riesgo. Poco más de la mitad de ambos grupos presentó 3 factores de riesgo. Las mujeres presentaron más riesgos que los varones de enfermedades cardiovasculares; pero más de la mitad de ambos sexos el riesgo fue calculado como de moderado y alto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quitantes Hernández A, López Granja L., Arbelo Serrano V., Montano Luna JA, Machado Leiva P., Quitantes Moreno A, La calidad de la vida del paciente diabético. Rev. Cub. Medicina General Integral. 2000; 16 (1):50-56.
2. Alleyne G. La diabetes: Una declaración para las Américas. Bol. Of Sanit Panam 1996; 121 (5):461-466.
3. Quitantes Hernández A, López Granja L., Arbelo Serrano V., Jiménez Armada J, Tuban Campos F, Cueto Guerrero T. Programa piloto municipal en mejorar la calidad de vida del paciente diabético. Resultados sobre la mortalidad, complicaciones y costos en la Diabetes Mellitus. Rev. Cub. Med. Gen. Int. 2000; 16(3); 227-232.
4. Oller Gómez J, Agramante Martínez M., Programa de Educación del diabético. Evaluación de su efecto. Rev. Cub. Med. Gen. Int. 4. 2002 1-6.
5. Lucio Puig M. Hiperinsulinismo como factor de riesgo cardiovascular, Rev. Cub. Endocrinol. 1998; 9(1):40-46.
6. Gómez Navarro R., Navarrete Marcos A. Estudio descriptivo del Riesgo Cardiovascular en pacientes diabéticos hipertensos e hipercolesterolémicos en una zona básica rural. Salud Rural. 2003; 20(15):1-14.
7. Programa nacional de Prevención y control de la Diabetes Mellitus. MINSAP, La Habana, Nov. 2000.
8. Programa Nacional de Prevención Diagnóstico Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. MINSAP, La Habana, Oct, 2004.
9. Collado Musa F., Díaz Díaz D. Algunas consideraciones sobre la Diabetes Mellitus. Rev. Cub. Endocrinología. 1995; 6(1); 35.
- 10.
11. Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomized trial. Lancet 2002; 359:2072-2077.
12. Salama Benerroohi I. Sánchez García A.; Factores de riesgos y complicaciones crónicas en el diagnóstico reciente de la diabetes mellitus tipo 2. Rev. Cub. Endocrinol. 2003; 12(2); 76-81.
13. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. (Position Statement). Diabetes Care 2005; 28 (suppl.1): S4-S36. 13.
14. Turner RC, Cull CA, Frighi V, Holman RR. Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. JAMA 1999; 281: 2005-2012.
15. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collaboration. Effects of the ACE inhibitors, calcium antagonist, and other bloodpressure-lowering drugs: results of prospectively designed overview of randomised trials. Lancet 2000; 356:1955-1964.
16. Ferré F, Fernández E, Pereñíguez JE, Albadaejo J, Parada M, Arnaldos JD. Variación Bial del riesgo cardiovascular en los pacientes atendidos en los servicios de atención primaria: hipertensión, diabetes y dislipemias. Aten Primaria 2001; 27:542-546.
17. Divison JA, Sanchis C, García F, López J, Naharro F, Rodríguez B, Puras A. Prevalencia de la obesidad y su relación con el riesgo cardiovascular en la población general de Albacete. Aten Primaria 1998; 21:205-212.
18. Séculi E, Bruguat P, Medina A, Juncá S, Tresserras R, Salleras L. La detección de factores de riesgo cardiovascular en la red reformada de atención primaria en Cataluña. Comparación entre los años 1995 y 2000. Aten Primaria 2003; 31(3):156-162.
19. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 1998. Vol. 1. Resultados básicos. Madrid. Instituto Nacional de Estadística, 2001.

20. Vega T, Doménech G, Melero M, Olmos A, Villar A, Lozano A, Prieto M. Riesgo de enfermedad isquémica del corazón en el área de salud de Valladolid oeste. Rev Esp Cardiol 2000; 53:353-359.
21. Villaseca J, Buxeda C, Cámara C, Flor F, Pérez R, Sánchez M. ¿Tienen riesgo coronario los pacientes que tratamos con fármacos hipolipemiantes? Aten Primaria 1997; 20:49-53.
22. Bonné MV, González O, Charones E, Alonso MM. Riesgo coronario y prescripción en pacientes con hipercolesterolemia en atención primaria. Aten Primaria 2000; 25: 209-213.

ANEXOS

Tabla No 1: Hábito de fumar en nuestros enfermos.
POLICLÍNICO CENTRO AÑO 2005

Hábito de fumar	Masculino		Femenino		Total*	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sexo						
Edad	No.	%	No.	%	No.	%
55-59	2	18.2	1	25	3	2.7
60-64	5	45.4	0	0	5	4.5
65-69	3	27.3	2	50	5	4.5
70-74	1	9.1	1	25	2	1.8
Total**	11**	30.5	4**	5.4	15	13.6

Tabla No 2: Presencia de Hiperlipoproteinemia según edad y sexo.
POLICLÍNICO CENTRO AÑO 2005

SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
Edad	No	%	No	%	No	%
35-39	2	5,5	1	1,3	3	2.7
40-44	0	0	0	0	0	0
45-49	0	0	0	0	0	0
50-54	1	2,8	1	1,3	2	1.8
55-59	4	11,1	12	16,2	16	14.5
60-64	10	27,8	9	12,2	19	17.3
65-69	3	8,3	10	13,5	13	11.8
70-74	2	5,5	5	6,7	7	6.4
Total	22	61,1**	38	51,3**	60	54.5*

Tabla No 3: Distribución de Hipertensos según sexo y edad.
POLICLÍNICO CENTRO AÑO 2005

SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Edad						
35-39	1	4.3	0	0	1	0.9
40-44	0	0	1	2.0	1	0.9
45-49	0	0	1	2.0	1	0.9
50-54	1	4.3	3	5.9	4	3.6
55-59	5	21.7	10	19.6	15	13.6
60-64	10	43.5	7	13.7	17	15.4
65-69	4	17.4	17	33.3	21	19.1
70-74	1	4.3	7	13.7	8	7.3
75-79	0	0	3	5.9	3	2.7
80-84	1	4.3	2	3.9	3	2.7
Total	23	63,9**	51	68,9**	74	67.3*

Tabla No 4: Presencia de Cantidad de Factores de Riesgos
POLICLÍNICO CENTRO AÑO 2005

Factores de Riesgo	Dos		Tres		Cuatro		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Edades								
35-39	1	2.6	0	0	0	0	1	1.1
40-44	2	5.3	0	0	0	0	2	2.2
45-49	0	0	0	0	0	0	0	0
50-54	2	5.3	3	6.1	0	0	5	5.4
55-59	4	10.5	16	32.6	1	20.0	21	22.8
60-64	13	34.2	12	24.5	1	20,0	26	28.2
65-69	8	21.0	11	22.4	2	40.0	21	22.8
70-74	4	10.5	5	10.2	1	20.0	10	10.8
75-79	2	5.3	1	2.0	0	0	3	3.3
80-84	2	5.3	1	2.0	0	0	3	3.3
Total	38	41.3	49	53.3	5	5.4	92	83.6

Tabla No 5: Valoración del Riesgo Cardiovascular según edad.
POLICLÍNICO CENTRO AÑO 2005.

Riesgo	Bajo		Leve		Moderado		Alto		Muy alto		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Edades												
35-39	4	66.6	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3.6
40-44	2	33.3	2	15.4	0	0	0	0	0	0	4	3.6
45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50-54	0	0	1	7.7	0	0	6	9.5	0	0	7	6.4
55-59	0	0	6	46.1	4	14.8	12	19.0	0	0	22	20.0
60-64	0	0	2	15.4	13	48.1	17	27.0	0	0	32	29.1
65-69	0	0	1	7.7	7	25.9	15	23.8	0	0	23	20.9
70-74	0	0	0	0	3	11.1	8	12.7	1	100	12	10.9
75-79	0	0	0	0	0	0	3	4.8	0	0	3	2.7
80-84	0	0	1	7.7	0	0	2	3.2	0	0	3	2.7
Total	6	5.4	13	11.8	27	24.5	63	57.3	1	0.9	110	100

Tabla No 6: Valoración del Riesgo Cardiovascular según Sexo.
POLICLÍNICO CENTRO AÑO 2005.

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Riesgo cardiovascular						
Bajo	3	8.3	3	4.0	6	5.4
Leve	4	11.3	9	12.2	13	11.8
Moderado	6	16.6	21	28.4	27	24.5
Alto	23	63.9	40	54.0	63	57.3
Muy alto	0	0	1	1.3	1	0.9
Total	36	32.7	74	67.3	110	100