

Características de los pacientes con cardiopatías en un área sanitaria de la provincia de A Coruña. Estudio Barbanza 2000

Grupo Barbanza para el Estudio de las Enfermedades Cardiovasculares*

Introducción y objetivos. Se presentan los resultados del estudio Barbanza, un estudio transversal realizado en un área de Atención Primaria del suroeste de la provincia de A Coruña sobre la situación de las enfermedades cardiovasculares.

Métodos. Se registraron de forma prospectiva en un cuestionario uniformado los datos demográficos, clínicos, tensionales y terapéuticos de los pacientes atendidos durante un período de dos meses por 21 médicos de Atención Primaria.

Resultados. El 31% de la muestra total de 6.325 pacientes tenía hipertensión arterial y el 13,4% antecedentes de cardiopatía. La hipertensión acompañaba al 71% de los pacientes con insuficiencia cardíaca, al 69% con cardiopatía isquémica (angina e infarto de miocardio) y al 67% con fibrilación auricular.

Más del 50% de los hipertensos con cardiopatías (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular) mostraba valores de presión arterial sistólica iguales o superiores a 140 mmHg. El 90% de los pacientes con cardiopatía isquémica mostraba valores de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) superiores a 100 mg/dl y el 65% superiores a 130 mg/dl. El 54,8% de los pacientes con insuficiencia cardíaca recibía un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, el 27,2% con cardiopatía isquémica estaba tratado con un bloqueador beta y el 32% con fibrilación auricular estaban anticoagulados.

Conclusiones. La insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y fibrilación auricular se asocian con gran frecuencia a hipertensión arterial. El control tensional de los hipertensos cardiopatas es muy limitado. El empleo de fármacos de indicación obligada en hipertensos con cardiopatías es escaso. Es necesario promover estrategias de información y coordinación entre Atención Primaria y especializada para mejorar la asistencia de pacientes con enfermedades cardiovasculares.

PALABRAS CLAVE: cardiopatías, epidemiológico, factores de riesgo, tratamiento.

Grupo Barbanza para el Estudio de las Enfermedades Cardiovasculares. Características de los pacientes con cardiopatías en un área sanitaria de la provincia de A Coruña. Estudio Barbanza 2000. *Rev Clin Esp* 2003;203(12):570-6.

Characteristics of the patients with heart disease in a health area of A Coruña province.

Barbanza 2000 study

Introduction and objectives. The results of the Barbanza study are presented, a cross-sectional study carried out in an area of primary care level of the southwest of A Coruña province and relative to the situation of the cardiovascular diseases.

Methods. Demographic, clinical, blood pressure and therapeutic data corresponding to the patients cared during a period of 2 months by 21 primary care physicians were registered prospectively in an uniformized questionnaire.

Results. 31% of the total sample of 6,325 patients suffered hypertension and 13.4% showed past history of heart disease. Hypertension was observed in 71% of the patients with heart failure, in 69% of the patients who showed ischemic cardiopathy (angina and myocardial infarction) and in 67% of the patients with atrial fibrillation. More than 50% of the hypertensive patients with heart disease (heart failure, ischemic heart disease and atrial fibrillation) showed values of systolic blood pressure which are equal or greater than 140 mmHg. 90% of the patients with ischemic cardiopathy showed values of LDL cholesterol higher than 100 mg/dl and 65% higher than 130 mg/dl. 54.8% of the patients with heart failure was receiving treatment with an inhibitor of the angiotensin converting enzyme; 27.2% of the patients with ischemic cardiopathy received treatment with a beta-blocker, and 32% of the patients with atrial fibrillation received anticoagulants.

Conclusions. The heart failure, the ischemic cardiopathy, and the atrial fibrillation are associated with great frequency to hypertension. Control of the blood pressure in the hypertensive patients with heart disease is very limited. The utilization of drugs of obligatory use in hypertensives with heart disease is limited. It is necessary to promote strategies of information and coordination between the primary and specialized care to improve the care of the patients with cardiovascular disease.

KEY WORDS: heart disease, epidemiological, risk factors, treatment.

Correspondencia: J. R. González-Juanatey.
Servicio de Cardiología.
Hospital Clínico Universitario.
Travesía de A Choupana, s/n.
15706 Santiago de Compostela (A Coruña).

Aceptado para su publicación el 18 de julio de 2002.

* Miembros del Grupo Barbanza que llevaron a cabo el estudio: J. R. Besada Gesto, P. de Blas Abad, J. Domínguez López, N. Feijóo Guarrós, J. M. Fernández Villaverde, J. L. Gómez Vázquez, J. R. González-Juanatey, M. G. Gutiérrez Fernández, A. Juiz Crespo, M. J. Lago Fernández, A. L. Lado Llerena, M. Lado López, A. Lage Rodríguez, F. J. Maestro Saavedra, S. M. Muñiz Fontañá, A. Nores Lorenzo, M.ª C. Pastor Benavent, M. Pérez Llamas, E. Rodríguez Moldes, M. Sánchez Loureiro, J. A. Santos Rodríguez, J. Torres Colomer, J. M.ª Toucedo Lorenzo, V. Turrado Turrado y L. Vaamonde Mosquera.

Introducción

Actualmente en España las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte para el conjunto de la población. En 1998, último año para el que hay datos publicados, estas patologías causaron 131.710 muertes, que suponen el 37% de todas las defunciones (32% en hombres y 43% en mujeres). En este apartado las enfermedades isquémicas del corazón (angina e infarto de miocardio) son las que ocasionan un mayor número de muertes cardiovasculares (30% del total; 37% en hombres y 24%

en mujeres). Por otro lado, la morbilidad de este tipo de enfermedades es también muy importante; así, en 1998 su tasa de morbilidad hospitalaria fue de 1.108 por 100.000 habitantes (1.264 en hombres y 958 en mujeres), causando en dicho período de tiempo 5 millones de estancias hospitalarias. Además merece destacarse que en los últimos años la tendencia de las tasas de morbilidad hospitalaria de las enfermedades del aparato circulatorio ha aumentado de forma constante tanto en hombres como en mujeres¹.

Este extraordinario impacto de las enfermedades cardiovasculares en la población obliga a desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento en las que todos debemos implicarnos. Para ello es necesaria una eficaz coordinación entre la medicina de Atención Primaria y especializada, procurando concentrar nuestro tiempo en los pacientes que nos necesitan y en ellos trasladar la evidencia científica a la práctica clínica intentando seguir las directrices de diagnóstico y tratamiento que han demostrado reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes^{1,2}.

El Estudio Barbanza fue puesto en marcha por médicos de Atención Primaria del área de Barbanza (sur-oeste de la provincia de A Coruña) y su objetivo es analizar la situación de las enfermedades cardiovasculares en dicha área sanitaria. En la presente publicación analizamos las principales características de los pacientes con cardiopatías, así como las modalidades terapéuticas empleadas.

Material y métodos

Planteamiento

El Estudio Barbanza fue ideado y puesto en práctica por el Grupo Barbanza, constituido por 21 médicos de Atención Primaria del área de Barbanza, quienes aceptaron participar en el estudio al que habían sido invitados todos los médicos de Atención Primaria del área. Posteriormente se les informó detalladamente de los objetivos del estudio y de sus principales características, así como de la metodología de la recogida de datos. Los médicos participantes anotaron en un cuestionario diseñado al efecto las características de todos los pacientes que atendieron en su consulta durante dos meses consecutivos (abril y mayo del año 2000). Todos los pacientes vistos en la consulta por los médicos citados en el período elegido se incluyeron en la base de datos, salvo los que expresaron su disconformidad tras petición razonada del médico.

Los datos se recogieron manualmente en un cuestionario normalizado, que posteriormente fue informatizado. En él se incluían, además de las características del profesional que participaba en el estudio (edad, sexo, especialidad, lugar de trabajo, área geográfica, etc.), los datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular clínica previa y tratamiento que recibían los pacientes.

Dicho cuestionario se componía de dos partes. En la primera se registraban la edad, el sexo, la existencia de factores de riesgo o de enfermedad cardiovascular clínica conocida y el motivo de consulta de los pacientes. Se etiquetaron como hipertensos los pacientes que conocían este diagnóstico con anterioridad o tomaban tratamiento para la hipertensión arterial (HTA). Entre las cardiopatías clínicas conocidas se incluyeron: la insuficiencia cardíaca

(IC) diagnosticada con los criterios de Framingham³, la cardiopatía isquémica (CI), bien fuera historia de infarto de miocardio o la presencia o historia de angina de pecho documentada, la fibrilación auricular (FA) crónica y las valvulopatías significativas, y también se tuvieron en cuenta los signos de hipertrofia ventricular izquierda en ecocardiograma o estudio electrocardiográfico como lesión de órgano diana en pacientes hipertensos. Los pacientes con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular conocida completaban la segunda parte del cuestionario. En ésta, además de las características demográficas (edad y sexo) se incluían la existencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedad cardiovascular previa y tratamiento que seguía el paciente. Como factores de riesgo cardiovascular se consideraron: HTA, diabetes, dislipidemia (colesterol total superior a 250 mg/dl, o superior a 200 mg/dl en pacientes diabéticos o con cardiopatía isquémica y aquellos que recibían tratamiento hipolipidemiante), tabaquismo y obesidad.

Se insistió especialmente a los médicos participantes en que tomaran la presión arterial con esfigmomanómetros de mercurio y con la máxima escrupulosidad, siguiendo la metodología sancionada por las directrices internacionales. Las cifras de presión arterial utilizadas para el estudio fueron las determinadas *in situ* el día de la consulta (presión arterial casual).

Variables analizadas

Se incluyeron como variables cualitativas la ausencia o presencia de los factores de riesgo cardiovascular: HTA, diabetes, dislipidemia, tabaquismo y obesidad. Para las cifras tensionales, el colesterol total y sus fracciones y los triglicéridos se utilizó también una valoración semicuantitativa, agrupando a los pacientes en rangos. Para la presión arterial sistólica (PAS) se incluyeron 4 rangos: ≥ 160 mmHg, entre 140 y 159 mmHg, entre 121 y 139 mmHg y ≤ 120 mmHg; los rangos de la presión arterial diastólica (PAD) fueron: > 104 mmHg, entre 90 y 104 mmHg, entre 85 y 89 mmHg, entre 70 y 84 mmHg y < 70 mmHg. Se consideró como presión arterial controlada si la PAS era menor de 140 mmHg y la PAD inferior a 90 mmHg.

Estudio estadístico

A partir de la base de datos original se procedió a la validación y depuración de la información introducida. Para ello se obtuvo la distribución de frecuencias de cada variable y se eliminaron los datos incoherentes. A continuación se realizó la estadística mediante el programa Star versión 17.

Las variables numéricas se presentan en forma de media \pm desviación típica. Las categóricas se describen mediante frecuencia absoluta y frecuencia relativa en porcentaje.

Resultados

Población analizada

En total dispusimos de los datos de 6.325 pacientes con una edad media de 54 años (41,6% hombres y 58,4% mujeres). El 31,1% (1.967 pacientes) estaba diagnosticado de HTA y su edad media era $67 \pm 11,6$ años (37,2% hombres y 62,8% mujeres).

Antecedentes

Existían antecedentes de cardiopatía en el 13,4% del total (848 pacientes); de ellos, el 4,1% (166) estaba

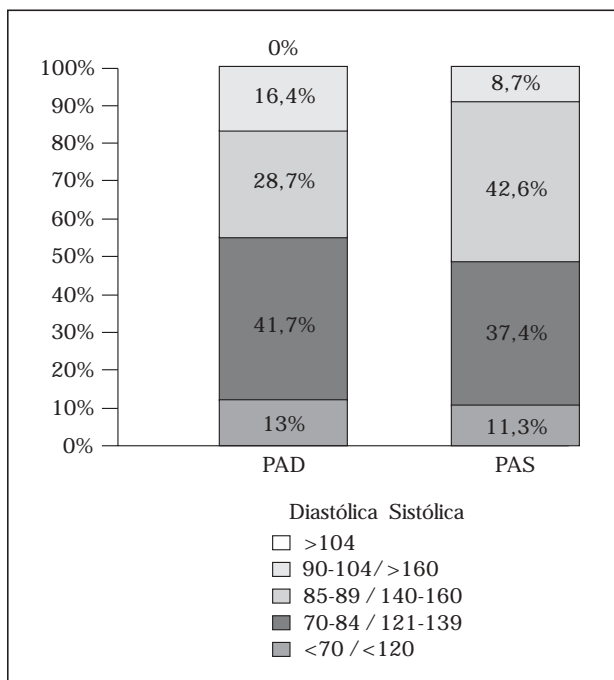


Fig. 1. Niveles de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) e hipertensión arterial (HTA).

diagnosticado de insuficiencia cardíaca, el 8% (325) de cardiopatía isquémica, el 6,24% (254) presentaba arritmias cardíacas, de los que 244 (4% del total) mostraba FA y el 3,2% (129) diagnóstico de enfermedades valvulares.

Pacientes con cardiopatías

Como ya comentamos, el objetivo de la presente publicación es analizar las características de los 848 pacientes con cardiopatías incluidos en el Estudio Barbanza. La edad media de estos pacientes era de $70,2 \pm 10$ años y el 54% de ellos eran hombres. El 76% mos-

traba historia de HTA. El 44% mostraba niveles de PAD iguales o superiores a 85 mmHg y el 52,4% niveles de PAS iguales o superiores a 140 mmHg.

Insuficiencia cardíaca

La edad media de los 166 pacientes diagnosticados de IC era de $73 \pm 9,2$ años; el 55% de ellos eran mujeres y el 45% hombres. El 70,7% de los pacientes diagnosticados de IC lo estaban también de HTA; en concreto, 117 pacientes presentaban ambos diagnósticos; el 26% de los pacientes (43) eran diabéticos y el 30% mostraba antecedentes de CI. En la figura 1 se observan las cifras de PAS y PAD del grupo de hipertensos con IC; el 45,1% mostraba cifras de PAD superiores o iguales a 85 mmHg y el 51,3% cifras de PAS iguales o superiores a 140 mmHg.

En la figura 2 se recogen los fármacos que recibían los pacientes con IC. Los diuréticos eran los fármacos empleados con más frecuencia (56%); el 54,8% de los pacientes estaba siendo tratado con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y al 9,6% de los pacientes se le había prescrito un bloqueador beta. El número medio de fármacos que recibía este grupo de pacientes era de 3,4.

Cardiopatía isquémica

La edad media de los 325 pacientes diagnosticados de CI era de $68,3 \pm 11,6$ años; el 58% de ellos eran hombres y el 42% eran mujeres. Habían padecido un infarto agudo de miocardio 145 y los otros 180 pacientes habían presentado angina de pecho. El 68,8% de los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica lo estaban también de HTA; en concreto, 224 pacientes presentaban ambos diagnósticos, y el 23,5% eran diabéticos (76 pacientes). En la figura 3 se observan las cifras de PAS y PAD del grupo de hipertensos con CI; el 34,5% mostraba cifras de PAD superiores o iguales a 85 mmHg y el 39,8% cifras de PAS iguales o superiores a 140 mmHg.

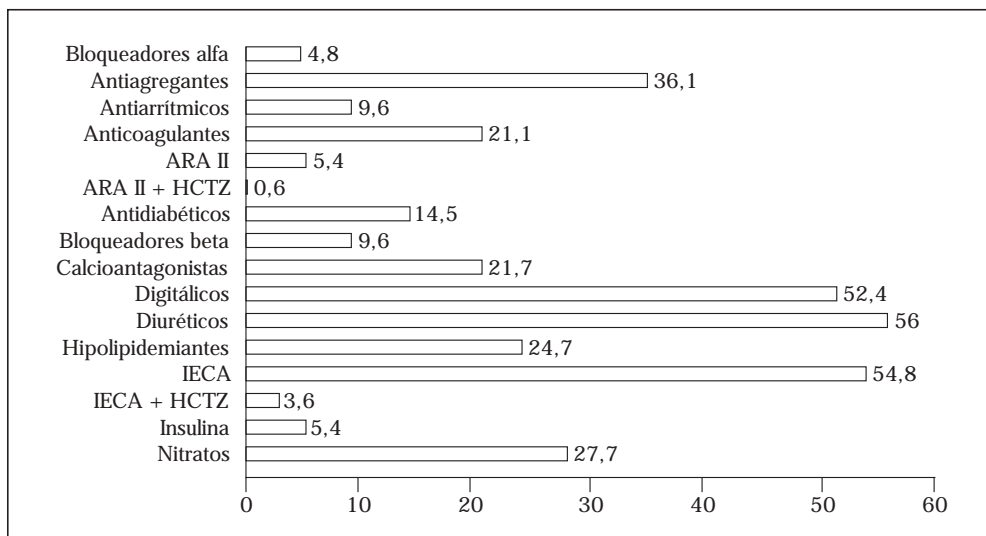


Fig. 2. Modalidades terapéuticas en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; HCTZ: hidroclorotiazida.

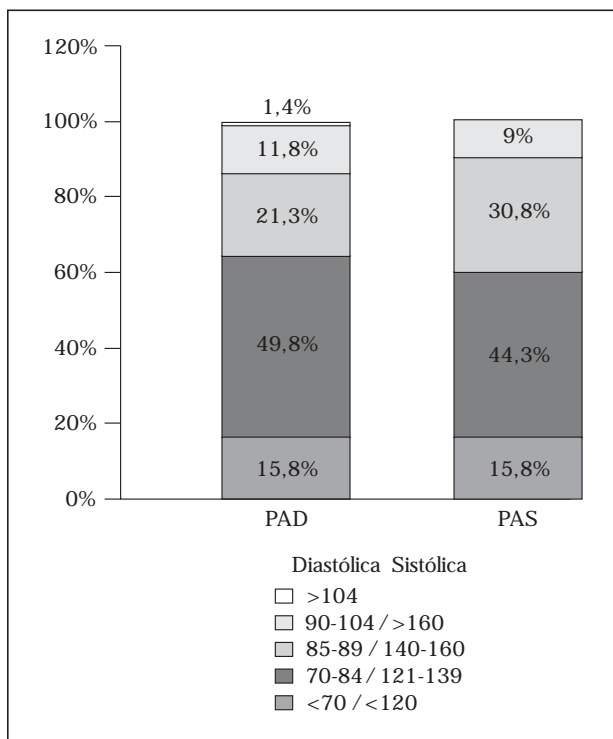


Fig. 3. Niveles de presión arterial sistólica y diastólica en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) e hipertensión arterial (HTA).

El 64% de los pacientes con CI mostraba un colesterol total superior a 200 mg/dl y el 18,4% mayor de 250 mg/dl; el colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) era mayor de 100 mg/dl en el 90% de los pacientes y el 60,7% presentaba un nivel superior a 130 mg/dl.

En la figura 4 se recogen las modalidades terapéuticas de interés cardiológico que recibían los pacientes con CI. Los antiagregantes plaquetarios (63,5%) y los nitratos (50,5%) eran los grupos farmacológicos más empleados; el 41,5% de los pacientes recibía

una estatina y el 37,5% un antagonista del calcio; el 27,2% estaba tratado con un bloqueador beta y un 33,4% con un IECA. El número medio de fármacos por paciente era de 3,3.

Fibrilación auricular

La edad media de los 244 pacientes diagnosticados de FA era de 72 ± 11 años; el 55% de ellos eran mujeres y el 45% hombres. El 67% de los pacientes diagnosticados de FA lo estaban también de HTA; en concreto, 135 pacientes presentaban ambos diagnósticos, 42 pacientes eran diabéticos (21%), 61 mostraban antecedentes de CI (30,7%) y 25,5% de IC (51 pacientes). En la figura 5 se observan las cifras de PAS y PAD del grupo de hipertensos con FA; el 52,6% mostraba cifras de PAD superiores o iguales a 85 mmHg (el 19,5% tenía ≥ 90 mmHg) y el 54,2% cifras de PAS iguales o superiores a 140 mmHg.

En la figura 6 se recoge el tratamiento que recibían los pacientes con FA. Estaba sometido a anticoagulación crónica un 32% de los pacientes y el 42% recibía antiagregantes plaquetarios. El número medio de fármacos que recibía este grupo de pacientes era de 3,2.

Discusión

Los resultados del Estudio Barbanza nos permiten analizar algunas de las características de los pacientes atendidos durante un período de dos meses por un grupo de médicos de Atención Primaria que desarrollan su actividad profesional en la península de Barbanza (medio rural marino del suroeste de la provincia de A Coruña, con el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela y el Hospital del Barbanza como centros de referencia). En el presente trabajo hemos circunscrito el análisis a los datos de los pacientes con HTA y cardiopatías. Las principales enseñanzas que se desprenden de este estudio se discuten a continuación.

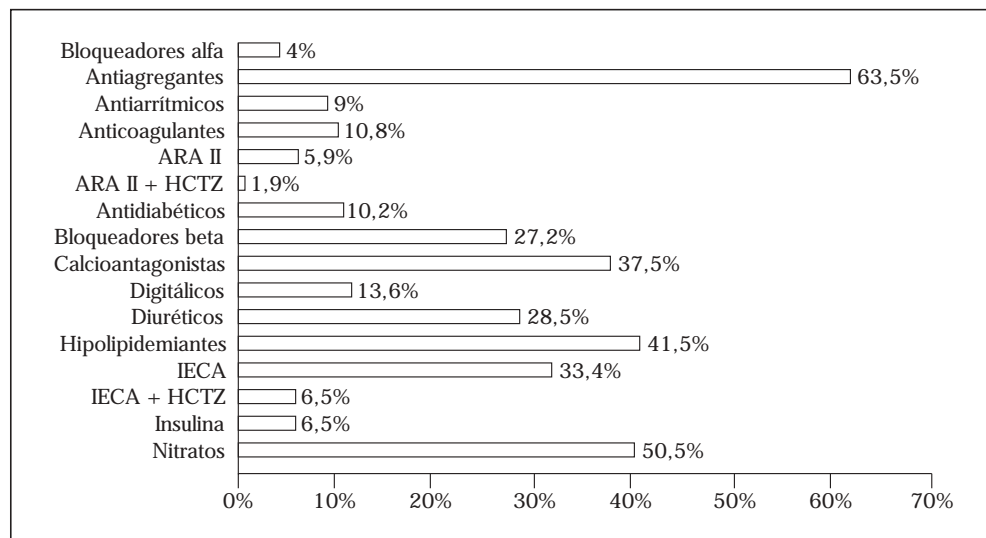


Fig. 4. Modalidades terapéuticas en pacientes con cardiopatía isquémica (CI). ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; HCTZ: hidroclorotiazida.

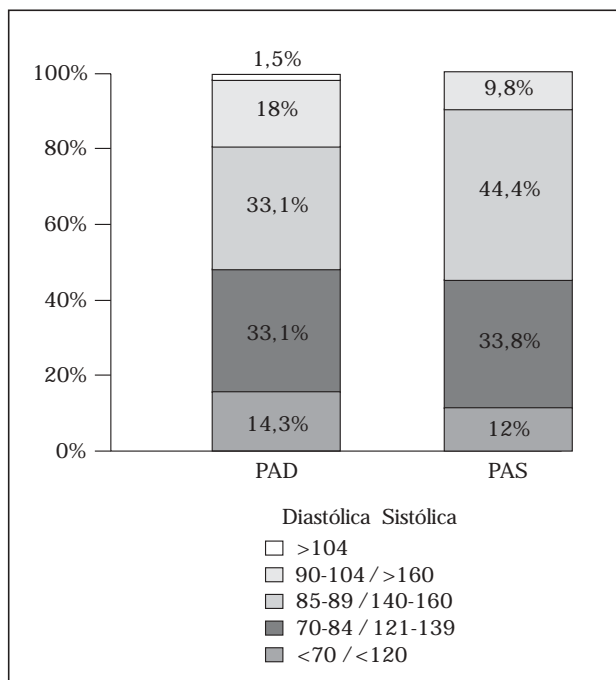


Fig. 5. Niveles de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) en pacientes con fibrilación auricular (FA) e hipertensión arterial (HTA).

Hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva

Está bien establecido que el riesgo de diversas cardiopatías, en especial la CI, la IC y la FA, se relaciona de forma directa con la presión arterial y con algunos componentes de la misma (carga total, presión sistólica, presión del pulso, etc.)⁴⁻⁶. Además, los valores de la presión arterial influyen sobre el pronóstico en los pacientes que ya padecen CI⁷ y sobre la incidencia de complicaciones en pacientes de alto riesgo, como los que tienen FA⁸.

Todo esto ha llevado a plantear que más que tratar la HTA debe tratarse la enfermedad hipertensiva. En el

Estudio Barbanza se observa que, al igual que en otros estudios, la HTA es un factor de riesgo cardiovascular con una elevada prevalencia en los pacientes que ya han desarrollado una cardiopatía clínica, especulándose que probablemente representa la condición asociada a enfermedades cardiovasculares con mayor peso en España⁹⁻¹¹.

El control tensional del grupo de pacientes incluidos en el estudio que padecían HTA y alguna cardiopatía no fue óptimo. Merece destacarse que sólo el 56% del total de los pacientes presentaba cifras de PAD inferiores a 85 mmHg, que es el objetivo de control tensional en este grupo de pacientes de alto riesgo según las directrices vigentes¹²⁻¹⁴; por otro lado, aproximadamente la mitad de los pacientes presentaban valores de PAS de 140 mmHg o más. Se confirma el hecho bien conocido de que la PAS es más difícil de normalizar que la PAD con los tratamientos farmacológicos.

Insuficiencia cardíaca

La IC muestra un continuo incremento de su incidencia y prevalencia, se relaciona con una elevada morbimortalidad, en especial un alto coste sanitario asociado a reingresos repetidos¹⁵⁻¹⁷. Estos hechos obligan a abordar su manejo clínico (en sus vertientes preventiva, diagnóstica y terapéutica) de forma integrada por especialistas y médicos de Atención Primaria¹⁸⁻²¹. Aunque estamos convencidos de que el especialista debe dirigir la estrategia diagnóstica y terapéutica de los pacientes con cardiopatías y en concreto de los pacientes con IC, es en este grupo de pacientes donde se hace absolutamente necesario un médico que controle el «día a día» de su situación clínica y este importante papel principalmente ha de ser desempeñado por el médico de Atención Primaria, que es el más cercano al enfermo.

La HTA y la CI constituyen los principales determinantes de la evolución a IC; aunque los datos disponibles en España no son muy abundantes, la relación

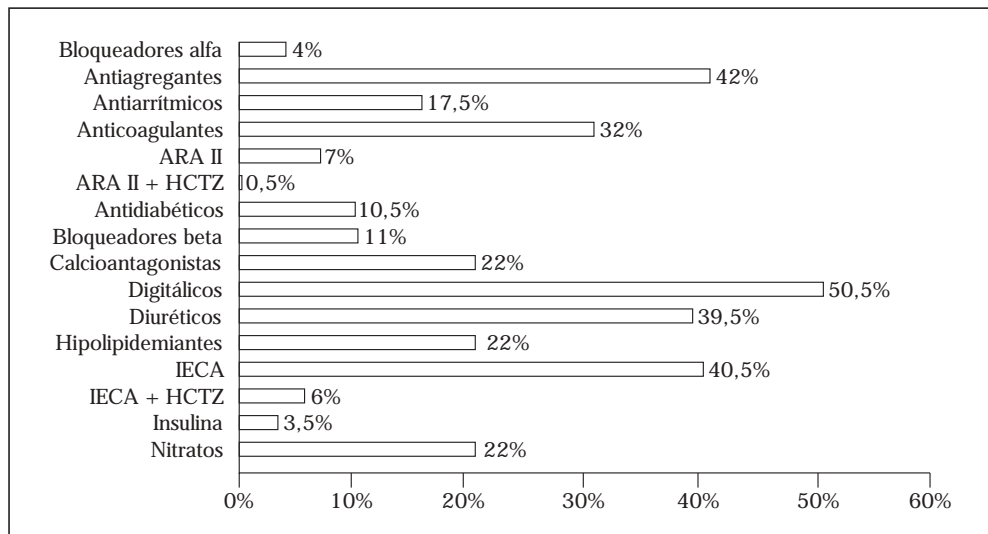


Fig. 6. Modalidades terapéuticas en pacientes con fibrilación auricular (FA). ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; HCTZ: hidroclorotiazida.

entre HTA e IC parece particularmente estrecha; un estudio reciente llevado a cabo en el conjunto del estado español indica que el 71% de los pacientes diagnosticados de IC lo están también de HTA¹¹. Merece destacarse que nuestros resultados con una muestra de pacientes más limitada son idénticos. En nuestra serie el control tensional de los hipertensos con IC dista de lo que podríamos considerar adecuado, con cerca de la mitad de los casos con cifras superiores a 140/90 mmHg y, si consideramos que el objetivo tensional en este grupo de pacientes deben ser niveles de presión inferiores a 130/85 mmHg, en más del 50% de los pacientes se observan cifras superiores; estos resultados son similares a los publicados en el Estudio CARDIOTENS¹¹.

Uno de los aspectos de mayor interés es analizar las modalidades terapéuticas que reciben los pacientes con IC. Por un lado, el tratamiento diurético para eliminar las manifestaciones derivadas de la congestión pulmonar o sistémica, y por otro, los IECA y bloqueadores beta para reducir la morbilidad y prolongar la vida de los pacientes deberían presidir la estrategia terapéutica de pacientes con IC²². El empleo de diuréticos e IECA es similar a lo publicado en otros estudios realizados en España y Europa^{11,22}; sin embargo, es extraordinariamente limitada la proporción de pacientes (9%) que recibe tratamiento con bloqueadores beta. Este grupo de fármacos, asociado a IECA, ha demostrado un gran impacto sobre morbilidad y sobre todo mortalidad de pacientes con diferentes grados de intensidad de la IC²³⁻²⁵. Por tanto es necesario diseñar en nuestro medio estrategias de información y coordinación entre la medicina de Atención Primaria y los especialistas para cambiar esta preocupante situación; es poco justificable que la práctica totalidad de los pacientes con IC de nuestra área no reciba un tratamiento con beneficio clínico y pronóstico reconocido.

En el Estudio Barbanza, al igual que en otros estudios epidemiológicos, no se especificó el patrón fisiopatológico de la IC (disfunción diastólica o sistólica), por lo que algunas características clínicas y terapéuticas podrían estar influenciadas por el tipo de disfunción; además, en una población de pacientes como la analizada, con elevada proporción de hipertensos (71%), la posibilidad de casos de disfunción diastólica podría ser elevada²⁶.

Cardiopatía isquémica

Dentro del conjunto de cardiopatías, la CI constituye la de mayor incidencia y prevalencia en la población general¹; en su desarrollo participan un conjunto de factores de riesgo que, además de relación epidemiológica, han demostrado participar en alguna de las fases de la aterotrombosis. En el grupo de pacientes con CI de nuestra serie destaca la elevada proporción de hipertensos, similar a la descrita en otros estudios¹¹ y un limitado grado de control tensional, con un 40% de pacientes con cifras de PAS \geq 140 mmHg, aunque bastante mejor que el registrado en los estudios Euroaspire I y II²⁷. Por otro lado destaca la elevada proporción de pacientes en los que no se alcanzan los objetivos lipídicos, pues sólo en un 10% el nivel

de colesterol LDL es inferior a 100 mg/dl, como se recomienda en las últimas directrices de prevención en enfermedad cardiovascular aterosclerótica²⁸.

Es importante analizar algunas de las características del tratamiento farmacológico que recibían los pacientes con CI incluidos en nuestro estudio. El tratamiento antiagregante, bloqueador beta e hipolipemiente debería presidir la estrategia terapéutica de pacientes con CI, ya que han demostrado reducir la morbimortalidad²⁸. Por otro lado debería incluirse un IECA en pacientes con CI y disfunción ventricular y a la luz de los resultados del estudio HOPE deberían asociarse a los bloqueadores beta al menos en los pacientes con CI e hipertensión en los que el tratamiento con bloqueador beta no logra un adecuado control tensional²⁹. En nuestro estudio parece escasa la proporción de pacientes tratados con antiagregantes (63%) e hipolipemiantes (41%); aunque de nuevo el dato que llama más nuestra atención es el reducido número de pacientes que recibe un bloqueador beta (27%), fármaco con una excelente relación coste/eficacia. Al igual que lo comentado al discutir los resultados de la IC, es necesario que tanto médicos de Atención Primaria como sobre todo los especialistas tomemos conciencia de nuestra responsabilidad, y particularmente en este caso de la necesidad de trasladar a la práctica clínica una evidencia científica de más de 20 años de historia. En nuestra área sanitaria es necesaria una intervención decidida en este campo, ya que la frecuencia de prescripción de bloqueadores beta en pacientes con CI es significativamente menor que la observada en el resto de España^{11,30}. Por otro lado nos parece muy elevada la proporción de pacientes tratados con un nitrato, grupo farmacológico que parece no ejercer ninguna influencia sobre la mortalidad en pacientes con CI crónica y debería reservarse para casos con angina o isquemia.

Fibrilación auricular

Son escasos los estudios que analizan desde una perspectiva epidemiológica las características de los pacientes con FA. En un estudio que incluyó pacientes de ambos sexos con edad igual o mayores a 65 años se observaron prevalencias de FA del 9,1% en el grupo con enfermedad cardiovascular clínica, del 4,6% en el grupo con enfermedad cardiovascular subclínica y del 1,6% en la población de individuos sin enfermedad cardiovascular. Como factores con asociación independiente con el riesgo de desarrollar FA se identificaron la historia de IC, de valvulopatía o ictus previo, la dilatación auricular izquierda, anomalías en el funcionalismo mitral o aórtico, la HTA y la edad avanzada³¹.

En nuestro estudio se observa la estrecha relación entre HTA y FA, con más del 60% de hipertensos entre los pacientes con FA. Al igual que en los pacientes con IC y CI, el control tensional de este grupo de pacientes dista de lo que podría considerarse adecuado. Como sucede en las otras cardiopatías analizadas, la prescripción de un tratamiento bien establecido como de alta eficacia en términos pronósticos, como

es la anticoagulación crónica en la FA acompañada de cardiopatía, en sólo un 32% de los casos de nuestra serie parece muy mejorable.

Limitaciones del estudio

Se trata de un estudio observacional transversal con utilidad para conocer alguna de las características de los pacientes con enfermedades cardiovasculares de un área sanitaria rural marina de Galicia realizado por un grupo de médicos de Atención Primaria que voluntariamente aceptaron participar en el mismo; la naturaleza de nuestros datos impide hacer derivaciones prospectivas sobre la enfermedad cardiovascular en nuestra área sanitaria. El estudio fue abierto, lo que quizá pueda haber acarreado cierto sesgo de selección que en todo caso quedaría diluido en el conjunto de la muestra. La determinación de la presión arterial se realizó en un único día, que podría incluir cierto «efecto de bata blanca» pero, por otro lado, hace el estudio más cercano a la práctica clínica habitual. Los criterios diagnósticos de cada entidad cardiovascular no se detallaron de forma específica, recogiendo el diagnóstico que figuraba en la historia clínica del paciente.

Conclusiones

Nuestro estudio destaca la importancia de las enfermedades cardiovasculares en la carga diaria de trabajo de médicos de Atención Primaria. El 31% de los pacientes atendidos por médicos de Atención Primaria de nuestra área sanitaria está diagnosticado de HTA. La HTA es un factor determinante de enfermedad cardiovascular muy frecuente en los pacientes con cardiopatías. Aproximadamente la mitad de los hipertensos con cardiopatías en nuestra área sanitaria presenta un mal control tensional.

Es muy desigual el empleo de fármacos considerados como de indicación obligada en pacientes con cardiopatías, en especial el uso de bloqueadores beta en pacientes con IC y CI, y anticoagulantes en pacientes con fibrilación auricular.

Nuestro estudio destaca la necesidad de desarrollar estrategias de información y coordinación entre la medicina de Atención Primaria y especializada; sólo de esta forma podremos dar una respuesta adecuada a uno de los principales problemas sanitarios de la población, trabajando en el traslado de la evidencia científica a la práctica clínica.

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a Pfizer España por el apoyo logístico que ha hecho posible la realización del estudio. A los miembros de la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria de Santiago de Compostela por su constante apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villar F, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Rey J. Mortalidad cardiovascular en España y sus Comunidades Autónomas (1975-1992). *Med Clin (Barc)* 1998;110:321-7.

2. Sociedad Española de Cardiología. Estudio de los recursos, necesidades y organización para la atención al paciente cardiológico. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 1999.

3. Mckee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The natural history for congestive heart failure, the Framingham Study. *N Engl J Med* 1971; 285:1441.

4. Van den Hoogen PCW, Feskens EJM, Nagelkerke NJD, Menotti A, Nissinen A, Kromhout D, et al. The relation between blood pressure and mortality due to coronary heart disease among men in different parts of the world. *N Engl J Med* 2000;342:1-8.

5. Franklin SS, Khan SA, Wong ND, Larson MG, Levy D. Is pulse pressure useful in predicting risk of coronary heart disease? The Framingham Heart Study. *Circulation* 1999;354-60.

6. MacMahon S. Blood pressure and risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2000;342:50-1.

7. Flack JM, Neaton J, Grimm R, Shih J, Cutler J, Ensrud K, et al for the Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Blood pressure and mortality among men with prior myocardial infarction. *Circulation* 1995;92:2437-45.

8. Hart RG, Pearce LA, McBride R, Rothbart RM, Asinger RW. Factors associated with ischemic stroke during aspirin therapy in atrial fibrillation: analysis of 2,012 participants in the SPAF-III clinical trials. *Stroke* 1999; 30:1223-9.

9. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, de la Cruz JJ, Andrés B, del Rey J. Mortalidad relacionada con la hipertensión y la presión arterial en España. *Med Clin (Barc)* 1999;112:489-94.

10. Sans S, Paluzie G, Balaña L, Puig T, Balaguer-Vintró I. Tendencias de la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial entre 1986 y 1996: estudio MONICA-Cataluña. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:246-53.

11. González-Juanatey JR, Alegría E, Lozano JV, Llisterri JL, García-Acuña JM, González-Maqueda I. Impacto de la hipertensión en las cardiopatías en España. Estudio CARDIOTENS 1999. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:139-49.

12. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997;157:2413-46.

13. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17:151-83.

14. Lombera F, Barrios V, Soria F, Placer L, Cruz JM, Tomás L, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol* 2000;53:66-90.

15. Antónanzas F, Antón F, Juárez CA, Echevarría L. Coste de la insuficiencia cardíaca crónica en España. *An Med Interna* 1997;14:9-14.

16. Brotóns C, Moral I, Ribera A, Pérez G, Cascant P, Bustins M, et al. Tendencias de morbimortalidad por insuficiencia cardíaca en Cataluña. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:972-6.

17. Rodríguez-Artalejo F, Guallar P, Banegas JR, del Rey J. Trends in hospitalisation and mortality for heart failure in Spain 1980-1993. *Eur Heart J* 1997;18:1771-9.

18. Conthe P, Pacho E. El tratamiento de la insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp* 2000;200:551-62.

19. Anguita M, Vallés F. ¿Quién debe tratar la insuficiencia cardíaca? *Rev Esp Cardiol* 2001;54:815-8.

20. Conthe P, Vilardell M, en nombre de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Interna. Medicina Interna y enfermedades prevalentes. El caso de la insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp* 2002;202:63-5.

21. Estudio SEMI-IC. La insuficiencia cardíaca en los servicios de Medicina Interna. *Med Clin (Barc)* 2002;118:605-10.

22. Cosin J, Hernández A. Ensayos clínicos en insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2001;54(Suppl 1):22-31.

23. Cibus II-Investigators and committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (Cibus II): a randomised trial. *Lancet* 1999;353:9-13.

24. MERIT-HF Study Group. Effects of metoprolol CR/XL in chronic heart failure: Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Lancet* 1999;353:2001-7.

25. Packer M, Bristow MR, Cohn JN, Colucci WS, Fowler MB, Gilbert EM, et al. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. *N Engl J Med* 1996;334:1349-55.

26. Vasan RS, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, clinical features and prognosis of diastolic heart failure: an epidemiologic perspective. *J Am Coll Cardiol* 1995;26:1565-74.

27. EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet* 2001;357:972-3.

28. Smith SC, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Cerqueira MD, Dracup K, et al. AHA/ACC Guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease: 2001 Update. *Circulation* 2001;104:1577-9.

29. The Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor ramipril on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000;342:145-53.

30. De Velasco JA, Cosin J, López-Sendón JL, de Teresa E, de Oya M, Carrasco JL, et al. La prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Estudio PREVESE. *Rev Esp Cardiol* 1997;50:406-15.

31. Furberg CD, Psaty BM, Manolio TA, Gardin JM, Smith VE, Rautaharju PM. Prevalence of atrial fibrillation in elderly subjects (The Cardiovascular Health Study). *Am J Cardiol* 1994;74:236-41.