

Sesión III

Factor de riesgo

39

PAPEL DEL AMPA (AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL) EN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y EN LA EVALUACIÓN DEL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

LLISTERRI J. L., ÁVILA D., GARRIDO Y., BAÑÓ J., GIL V., MERINO J.

Consultorio de Vallada (Valencia) y Departamento de Medicina de la Universidad de Alicante.

Introducción: La gran variabilidad de las cifras de Presión Arterial (PA) en un mismo individuo y sus circunstancias diversas hacen que su medida en la consulta del médico pueda no reflejar la presión sanguínea real en otro ambiente, como el trabajo o el hogar. La identificación de estos pacientes ha sido posible gracias a la utilización de técnicas novedosas como la monitorización ambulatoria de PA (MAPA), no exenta de complejidades técnicas y económicas, sin embargo la utilización de la automedida domiciliar de PA (AMPA) parece ser que puede aportar los mismos resultados a un coste sensiblemente inferior.

Objetivos: Validar la prueba diagnóstica (AMPA) como alternativa a la MAPA (patrón de referencia) en el diagnóstico de HTA clínica aislada (HTA de bata blanca), en la confirmación de HTA y en la detección de mal control en el paciente hipertenso tratado.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional, transversal, analítico en una muestra no seleccionada de pacientes de un Centro de Salud utilizando como fuente de datos los registros de AMPA y MAPA realizados durante el período 1996-1998. Se incluyen pacientes de ambos sexos, de edades comprendidas entre 25 y 82 años, hipertensos antiguos, con o sin tratamiento, así como pacientes de reciente diagnóstico de HTA estadio I-II (criterios JNC-VI). Se siguieron las recomendaciones del Consenso Español (1996) en cuanto a diagnóstico y técnica correcta de medición. Se utiliza un monitor automático oscilométrico Omron (HEM-705 CP), validado, para la automedida. Previamente se adiestra a los pacientes en su manejo. El número de tomas fueron de doce, en dos días (dos antes del desayuno, dos antes de comer y dos antes

de cenar). Para la MAPA utilizamos un monitor oscilométrico Spacelabs 90207, validado y programado en período diurno para tomas cada quince minutos y en período nocturno cada treinta. El mismo día se determinaba la PA en consultorio con esfigmómetro de Hg y con el monitor (dos tomas separadas por cinco minutos). Hemos considerado como valores de normalidad para las presiones domiciliarias y ambulatorias diurnas cifras <135/85 mm Hg.

Resultados: Hemos estudiado 92 pacientes (49 mujeres), de edades comprendidas entre 25 y 85 años.

En 17 pacientes el motivo fue confirmar la HTA clínica aislada, en 56 evaluar grado de control y en 19 pacientes confirmar la HTA. Los indicadores de validez (medidas de asociación y 95% intervalo de confianza) fueron:

Prueba	MÉTODO DE CERTEZA	
	MAPA +	MAPA -
Diagnóstica +	62	14
(AMPA) -	6	10

Sensibilidad = 91,2% (LC = 81,1-96,4)/Especificidad= 41,7% (LC = 22,8-63,1).

Valor predictivo positivo= 81,6% (LC = 70,7-89,2)/Valor predictivo negativo= 62,5 % (LC = 35,9-83,7).

Cociente de probabilidad positivo= 1,6 /Cociente de probabilidad negativo = 0,21.

La correlación lineal de Pearson entre ambos métodos, para las presiones arteriales sistólicas fue de $r = 0,64$ ($p < 0,01$) y para las diastólicas de $r = 0,66$ ($p < 0,01$).

Conclusiones: El AMPA, en nuestra experiencia, tiene una muy buena sensibilidad, con un aceptable valor predictivo positivo.

El AMPA cuando es anormal ($\geq 135/85$) no confirma el diagnóstico y el mal control de la HTA necesitando realizar MAPA. Si el AMPA es negativa ($< 135/85$) prácticamente descarta el diagnóstico y el mal control de la HTA, no necesitando efectuar la MAPA. Hacen falta más estudios que confirmen estos hallazgos, lo que sin duda permitirá optimizar el manejo del paciente hipertenso al suplir la MAPA, técnica costosa y aún no generalizada en Atención Primaria, por la AMPA, técnica sencilla, barata y perfectamente aplicable en nuestro medio.

REACCIÓN DE ALERTA EN EL PACIENTE HIPERTENSO EN ATENCIÓN PRIMARIA PRIMARIA

LLISTERRI J. L., ÁVILA D., GARRIDO Y., BAÑÓ J., GIL V., MERINO J.

Consultorio de Vallada (Valencia) y Departamento de Medicina de la Universidad de Alicante.

Introducción: El efecto bata blanca o reacción de alerta (RA) es una condición en la que la presión arterial (PA) está más elevada en la consulta del médico que en el domicilio. Actualmente se prefiere denominar RA, ya que el término bata blanca implica un mecanismo emocional ante la presencia del facultativo que probablemente no sea el único condicionante. A efectos prácticos conviene distinguir entre hipertensión de bata blanca (HBB) o más recientemente hipertensión arterial clínica aislada, que debe sospecharse ante la discrepancia entre las cifras de PA y la repercusión orgánica y el fenómeno de bata blanca (FBB) que puede aparecer tanto en normotensos como en hipertensos.

Objetivos: Estimar la prevalencia de HBB y FBB y las características asociadas, comparando las presiones arteriales de consultorio con las obtenidas por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria (AP) utilizando los registros de MAPA realizados a 92 pacientes (49 mujeres), de 25 a 85 años, con sospecha de HBB y/o FBB, durante el período 1996-1998. Se siguieron las recomendaciones del VI JNC (1997) en cuanto a diagnóstico, clasificación y técnica correcta de medición. Para la MAPA utilizamos un monitor oscilométrico Spacelabs 90207, validado y programado en período diurno para tomas cada quince minutos y en período nocturno cada treinta. El mismo día se determinaba la PA en consultorio con esfigmómetro de Hg y con el monitor (dos tomas separadas por cinco minutos). Hemos considerado como valores de normalidad para las presiones ambulatorias en período diurno cifras $<135/85$ mmHg (VI JNC). La HBB se definió por la detección simultánea de PA ambulatorias sistólicas <135 mmHg y PA ambulatorias diastólicas <85 mmHg y el FBB por diferencias entre las PA clínicas y las PA ambulatoria ≥ 20 mmHg y/o ≥ 10 mmHg (sistólica y diastólica, respectivamente).

Las diferencias medias se compararon utilizando la t de Student para datos independientes y la comparación de variables cualitativas mediante la prueba de χ^2 . En ambos casos se estableció un nivel de significación del 5%.

Resultados: En los 36 pacientes estudiados para confirmar HTA o detectar HBB encontramos HBB en 17 pacientes (11 mujeres) lo que supone una prevalencia del 47,2% (IC del 95%: 30,4-64,5) y se confirmó la HTA en los 19 restantes. Se identificó un evidente FBB para la PAS y/o PAD en 68 pacientes (35 mujeres) con una prevalencia del 73,9% (IC del 95%: 64,3-82,1). Las presiones arteriales clínicas fueron significativamente mayores que las ambulatorias, tanto sistólicas como diastólicas ($p=0,0000$), con amplias diferencias individuales (diferencia media \pm DE = $20,89 \pm 14/11,88 \pm 8,1$ mmHg, de sistólica/diastólica), por sexos (mujeres: $19,4 \pm 13,3/13 \pm 8,2$; varones: $22,5 \pm 16,4/10,5 \pm 9,7$). Entre las características analizadas los HBB tenían menos edad que los hipertensos confirmados ($49 \pm 18/58 \pm 10$), con una mayor proporción de mujeres (64,7%). Así mismo el sexo femenino fue más frecuente en los hipertensos que manifestaron FBB (51,4%). Todos los hipertensos de bata blanca, presentaron a su vez diferencias entre las PA clínicas y de ambulatorio que cumplieran criterios de FBB.

Las relaciones individuales entre la PA clínica y PA ambulatoria fue de $r=0,49$ para la PAS y $r=0,50$ para la PAD ($p<0,01$ en ambas).

Conclusiones: La elevada prevalencia de RA encontrada en nuestro estudio (HBB y FBB) debe alertarnos de la posibilidad de sobrediagnosticar HTA, y de la alta probabilidad de encontrar un número no despreciable de pacientes hipertensos que aparecen mal controlados en la consulta y sin embargo la realización de una MAPA demuestra un buen control (FBB). La no identificación de estos pacientes puede originar cambios cualitativos y cuantitativos en el tratamiento, con el subsiguiente riesgo de iatrogenia y sobretreatmento. La MAPA aporta incuestionables ventajas para identificar a los pacientes con RA en nuestro medio.

MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON DISPOSITIVOS SEMIAUTOMÁTICOS. EVALUACIÓN DE LAS PAUSAS DE ESPERA Y EL NÚMERO NECESARIO DE LECTURAS. APROXIMACIÓN DE LOS VALORES OBTENIDOS EN CONSULTA CON LOS DE AMPA

CATALÁ J., GRANERO V., DEL CASTILLO S., ESPLUGUES R., PRATS M. D., GIMÉNEZ J. M.

C. L. La Font de la Figuera. Valencia.

Introducción: JNC VI (11-97)... en cada determinación de la presión arterial deben promediarse 2 o más lecturas separadas por 2 minutos. Si las 2 primeras lecturas difieren entre sí más de 5 mmHg deben promediarse lecturas adicionales. Si la variabilidad es grande medidas repetidas hasta que 2 lecturas coincidan.

Objetivos:

1. Estandarizar el número de lecturas de la presión arterial en cada determinación.
2. Evaluar la importancia de los tiempos de espera entre tomas.
3. Intentar aproximar los valores de la AMPA a los obtenidos en consulta.

Material y métodos:

– Todas las lecturas del presente trabajo se han hecho con un OMRON 705 CP (homologado) y de calibración reciente.

Valoración de espera entre tomas: Efectuamos 3 lecturas de la presión en cada determinación, la 1ª con presión de inflado a 200 mmHg (según recomienda el fabricante), la 2ª ajustamos la presión de inflado y tomamos la presión (sin respetar la espera) tras unos segundos. La 3ª la realizamos tras una pausa de 2 minutos.

Se estudiaron en la población de La Font de la Figuera (Valencia) aproximadamente 100 pacientes, en consulta ordinaria de A.P., no se tuvo en cuenta sexo, edad, o condición de normo o hipertenso. La distribución resultante fue: hombres 43,82%, mujeres 56,18%, edad media 64,37 (rango 38-90), cifras $\geq 140/90$ - 68,2%, cifras $<140/90$ - 31,8%.

Como prueba de contraste se utilizaron las lecturas por AMPA (30 pacientes, tomando la 1ª determinación de la lista).

AMPA: Nuestra muestra es todavía pequeña. Hemos seleccionado 33 pacientes con el único criterio de que los datos se hayan obtenido de modo correcto. Toma de presión en consulta el día anterior y el posterior al de la automedida con pausas de 2 minutos. Automedida con 4 determinaciones de 3 lecturas con pausas de 2 minutos, siguiendo el esquema pico-valle-pico-valle de las MAPA durante el período de actividad. Edad media 58,2 años (42-76 a.), hombres 36,8%, mujeres 63,2%.

Resultados: Análisis de resultados con SPSSWIN, t-test para datos emparejados.

Diferencias entre las lecturas tomadas en consulta (92 pacientes)

TAS (1ª-2ª) p = 0,002 7,03 ± ES 2,17 ^o	IC95% (2,72 ÷ 11,37)
TAS (1ª-3ª) p = 0,000 10,06 ± ES 2,02	IC95% (6,06 ÷ 14,07)
TAS (2ª-3ª) p = 0,135 NS	IC95% (1,83 ÷ 5,48)
TAD (1ª-2ª) p = 0,001 4,73 ± ES 1,36	
TAD (1ª-3ª) p = 0,000 3,66 ± ES 0,92	
TAD (2ª-3ª) p = 0,400 NS	

Diferencias entre las lecturas por AMPA (30 pacientes)

TAS (1ª-2ª) p = 0,000 6,40 ± ES 1,41	IC95% (3,51 ÷ 9,29)
TAS (1ª-3ª) p = 0,003 6,46 ± ES 2,03	IC95% (2,31 ÷ 10,62)
TAS (2ª-3ª) p = 0,975 NS	
TAD (1ª-3ª) p = 0,007 5,30 ± ES 1,82	IC95% (1,56 ÷ 9,03)
TAD (1ª-2ª) p = 0,001 6,70 ± ES 1,74	IC95% (3,12 ÷ 10,27)
TAD (2ª-3ª) p = 0,212 NS	

Diferencias entre TA en consulta y AMPA

(Consulta valor media 152,42/84,30, AMPA valor media 141,64/80,15)

1. Evaluando las 3 determinaciones por toma:

TAS n = 33 p = 0,003 9,06 ± ES 2,80	IC95% (14,77 ÷ 3,35)
TAD n = 33 p = 0,022 2,76 ± ES 1,15	IC95% (5,10 ÷ 0,42)

2. Eliminando el efecto de la primera toma:

TAS n = 33 p = 0,001 10,06 ± ES 2,81	IC95% (15,796 ÷ 4,325)
TAD n = 33 p = 0,002 3,75 ± ES 1,13	IC95% (6,062 ÷ 1,452)

Conclusiones:

1. Deben realizarse 3 lecturas de la T.A. en cada determinación (dif > 5 mmHg).
2. Creemos que se debe esperar al menos 1 minuto entre las lecturas, pero el hecho de que no se respeten escrupulosamente los tiempos no modifica el valor promedio de la toma y puede ser aceptado.
3. Los valores de la 2ª y 3ª lectura son un grupo homogéneo de valores, al menos con aparatos semiautomáticos consideramos que el valor de la primera toma es distorsionante, debiéndose promediar la 2ª y 3ª toma.
4. Los valores para hipertensión en nuestra muestra serían: ≥135,675/ 88,548. Normotensión 124,204 / 83,938

93

OSTEOPOROSIS: ¿UNA EPIDEMIA SILENCIOSA?

LAFUENTE GUTIÉRREZ J. L., DURÁ GARCÍA J. A., AROCAS PÉREZ R., MARTÍNEZ MANUEL J., ENGUITA PROSPER R., BELENGUER PRIETO R.

Grupo de Aparato Locomotor. SEMERGEN. Valencia.

La consideración general de que la osteoporosis carece de una sintomatología capaz de ser relatada por el paciente le ha merecido el calificativo de "epidemia silenciosa". En nuestra opinión una parte de este silencio sintomático se halla condicionado por el hábito de considerar "naturales" y ligadas a la edad múltiples limitaciones de la vida cotidiana. Si bien es cierto que la edad y otros factores culturales y sociales pesan de modo considerable en la calidad de vida de los pacientes y en su expresión del dolor o de las limitaciones físicas, también es cierto que sería deseable cuantificar o medir qué proporción de ese dolor o limitación se halla asociado a alteraciones objetivables clínicamente. El objetivo del presente estudio es, por tanto, cuantificar la asociación existente entre calidad de vida y pérdida de masa ósea controlando aquellos factores (edad y sobrepeso) que pueden enmascarar o silenciar el impacto de la osteoporosis en los pacientes.

Material y métodos: Se estimó una muestra representativa de mujeres (n = 180) según frecuentación en consulta por grupos de edad con los siguientes criterios (mujer, postmenopáusica,

mayor de 54 años, sin patología del sistema osteo-articular). Cada paciente seleccionada fue remitida a consulta donde se practicó: 1.º Densitometría del Calcáneo por Ultrasonidos: atenuación (BUA), rigidez y posición respecto de la edad y del estándar internacional. 2.º Encuesta personal actual, antecedentes y analítica standard. 3.º Escala de calidad de vida "Nottingham". Se estudiaron las respuestas de la encuesta de Calidad de Vida y la densitometría ósea mediante un "análisis por pasos": A) Se agrupó por respuestas y se comparó las medias de rigidez ósea por grupos (media y Ds como estadísticos de posición y t-Student de significación). B) Para controlar el efecto "edad y sobrepeso" un análisis de regresión logística (Test de bondad del ajuste para los grupos, Odds-ratio e IC95% como medida de asociación, fracción atribuible como medida de impacto y Chi cuadrado como significación).

Resultados: La Densitometría media para la población fue de 99,9 u.i.BUA (Rango: 67-131. La rigidez ósea media fue de 73.461 (Rango: 45-115. 52 mujeres (28,9%) presentaban Densidad Ósea compatible con osteoporosis, 107 mujeres (59,4%) osteopenia y 21 mujeres (11,7%) se hallaban dentro de la normalidad. Las variables de respuesta presentaron medias decrecientes según se incrementó el grado de limitación destacando que la ausencia de dolor presentó media de 79.111 y el dolor severo de 65.00. Las limitaciones de la vida cotidiana variaron desde 77.875 en ausencia hasta 70.846 en severas. Dolor a la sedestración entre 75.707 y 61.333, y la dificultad para arrastrar objeto entre 76.784 y 57,6. El análisis logístico muestra, entre otros resultados, la asociación entre masa ósea y calidad de vida (O-R = 5,556, IC95%: 2.463-12.530, Chi cuadrado <0,001) y una elevada fracción etiológica (82%) siendo la fracción atribuible poblacional del 29,3%.

Discusión: Los resultados muestran que, eliminando el efecto de la edad y el sobrepeso, el impacto de la osteoporosis es 5 veces mayor en la calidad de vida de las mujeres afectadas y, lo que creemos más importante, una adecuada prevención de la pérdida de masa ósea podría llegar a reducir el 80% de las limitaciones cotidianas en el 29% de la población entre 5 y 69 años.

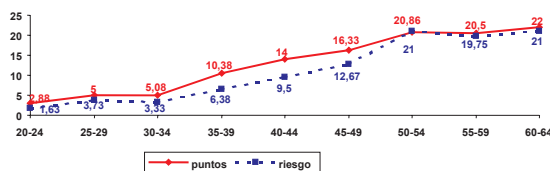
101

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN LABORAL

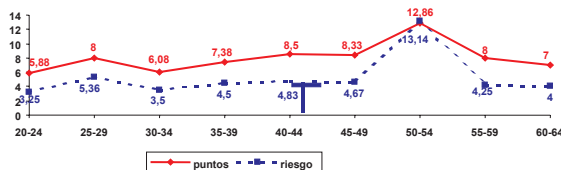
SEGURA MARTÍNEZ J. M.*, GÓMEZ SORIANO C. G.***, ALMENAR CUBELLS E.***, LANCHARÉS S.***, MARTÍN E.*

* C. S. Vinaròs, ** C. S. Benicarló, *** Gabinete Salud Laboral. (Castellón).

Objetivos: Conocer cuál es el riesgo cardiovascular en una población laboral a la que a priori consideramos como sana.



Métodos: Se aplica la tabla de predicción de riesgo coronario de Framingham a los resultados que se obtiene a partir de la última revisión de salud laboral. Dado que en las analíticas no se recogía el HDL-Col. se utilizan los valores recomendados por el grupo de trabajo de prevención de las enfermedades cardiovasculares del PAPPs de la SEMFYC para estas situaciones.



Resultados: Se obtienen los datos de 63 personas que trabajan en el sector de la madera, en una fábrica de muebles situada en la población de Benicarló. En la misma se utiliza el sistema de trabajo en cadena. Los empleados provienen mayoritariamente de Vinaròs y en menor medida de Benicarló.

El riesgo cardiovascular aumenta de forma progresiva con la edad, como ya era de esperar por las puntuaciones que otorga la tabla de Framingham.

Si sólo tenemos en cuenta los factores modificables (tabaquismo, colesterol, T. Arterial), el grupo de edad con mayor riesgo sería el de 50 a 54 años.

Conclusiones: Se debería hacer prevención primaria en las revisiones de salud laboral, con interés especial sobre los factores modificables de riesgo cardiovascular, y no como mero expediente a cumplir.

104

CONTROL DE LOS MANIPULADORES DE ALIMENTOS COMO FUENTE DE INFECCIÓN DE HEPATITIS A

ROIG SENA F. J.*, GARCÍA LEÓN C., GUIRAL RODRIGO S., ESPACIO CASANOVA A., VICTORIA GARIJO A., CALATAYUD GALIANO M. J.

Centro de Salud Pública. Valencia.

Antecedentes y objetivos: La mejora de las condiciones ambientales (saneamiento urbano y control de aguas potables) y sanitarias de la población ha producido un cambio sustancial del patrón de seroprevalencia frente a la hepatitis A, aumentando el número de adultos susceptibles. Los manipuladores de alimentos son un grupo de riesgo para la salud pública en cuanto al riesgo que suponen como posibles fuentes de infección en brotes epidémicos. **Objetivos:** Evaluar la opción de la vacunación de manipuladores de alimentos como medida preventiva que limite una de las últimas fuentes de infección del virus de la hepatitis A

Métodos: Se realiza un estudio de casos y controles sobre una muestra de voluntarios entre los manipuladores de alimentos que solicitan el "Carnet Sanitario". El tamaño muestral se estima en 198 sujetos, a partir de los "carnets" expedidos durante 1997 (N=12.112) estratificados en dos grupo: A) Manipuladores de Alto Riesgo (71,72%) y B) Grupo Común (18,28%) y mediante el estadístico propio para resultados dicotómicos con una seroprevalencia esperada del 20%, un error a del 5% y un Intervalo de Confianza del 95%. Las variables predictoras usadas son: edad, sexo, nivel de estudios y conocimientos higiénicos; como variable respuesta se usa la IgG anti-VHA, medida mediante el Sistema AxSYM-Abbot de enzoinmunoensayo de micropartículas para la detección de Ig-totales e Ig-M anti-VHA. Los resultados se analizan con el programa estadístico SPSSWIN-V.06 utilizando como estadísticos medidas descriptivas de tendencia central y dispersión, Odds Ratio simple y estratificada, ji-cuadrado, test de Levene, t-Student y F de Snedecor. Así como el intervalo de confianza al 95% (IC95%) cuando esté indicado.

Resultados: La prevalencia de IgG fue del 56,810% (IC95%: 62,9 - 49,1), con una edad media de 44,0 ± 10,3 años para IgG⁺ y de 26,9 ± 5,5 años para IgG⁻, siendo la diferencia estadísticamente significativa: Test Levene: F=32,6; t Student para 2 muestras independientes:14,0, (p<0,001). Agrupando por edades el 20,7% de los ≤34 años son IgG⁺ mientras que en ≥ 35 años son el 77,9%. Si consideramos como factor de riesgo para IgG⁺ el ser ≥ 35 años, se observa una OR: 44,27 (IC 95%: 16,7 - 122,68). Si se comparan únicamente los grupos etáreos donde se opera el cambio serológico (35-44 frente a 25-34 años), se mantiene la asociación edad-IgG (OR: 13,92 IC95%: 4,72 42,80), no mo-

dificándose esta asociación al estratificar por conocimientos higiénicos y por nivel de estudios. Se observa una tendencia lineal edad-IgG (ji-cuadrado para tendencias lineales 28,25, p: 0,000).

Conclusiones: La seroconversión se encuentra relacionada únicamente con la variable edad, presentando un factor dosis-respuesta. El corte de seroprevalencia observado a los 35 años marca una modificación en factores medio-ambientales, dado que no se encuentra relacionado con ningún otro de los factores de riesgo estudiados. Consideramos justificada la vacunación de los manipuladores de alimentos menores de 35 años debido al riesgo que suponen como fuente de posibles brotes epidémicos.

140

LA GLUCOSA ANÓMALA EN AYUNAS (GAA), ¿SE ASOCIA A UNA MAYOR PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (FRCV), EN EL PACIENTE HIPERTENSO?

BARTOLOMÉ D., COS A., DUAT R., ARAGÓN M., BOMINGUER M. DENA M. C.A.P-Mollerussa. M. de Familia. Mollerussa. Lleida.

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar, en una muestra significativa si realmente existe mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en el paciente hipertenso con GAA que en el hipertenso glucemias normales.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Atención Primaria.

Sujetos: Muestra aleatoria de 182 hipertensos no diabéticos, edad media, 63±11,4 años, sexo 63 hombres y 117 mujeres obtenida del registro del Centro de Atención Primaria (CAP) de Mollerussa (Lleida) compuesto de 1.250 historias de hipertensos, 980 de ellos no diabéticos.

Mediciones e intervenciones: Determinamos en un grupo de hipertensos no diabéticos obtenidos, por muestreo aleatorio simple, la glucemia en ayunas en dos ocasiones, descartando fuesen intolerantes a la sobrecarga oral de glucosa mediante la realización de dos test de sobrecarga (TTOG) la edad, sexo, glucemia basal, y los factores de riesgo cardiovascular: colesterol HDL, LDL, índice de masa corporal (IMC), perímetro cintura cadera (ICC) y microalbuminuria de primera micción. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS+.

Resultados: De la muestra estudiada (182), un 59,8% (109) no presentaba alteración en el metabolismo de la glucosa mientras que, 13,8% (24) presentaban Glucosa Anómala en Ayunas, el resto eran diabéticos (49).

Discusión: Cuando en el año 1998 la American Diabetes Association, introdujo el concepto de GAA se preguntaba si dicha alteración es un factor de riesgo cardiovascular por si mismo o porque estos pacientes tienen más prevalencia del resto de factores de riesgo cardiovascular. En una segunda parte del trabajo, hasta el momento seguimiento durante dos años, determinaremos si esta falta de correlación en los hipertensos se mantiene. De hacerlo induciría a pensar que la GAA no es un FRCV por si mismo. Otros trabajos semejantes que se están desarrollando en pacientes con GAA y otros FRCV distintos de la hipertensión son necesarios para establecer conclusiones definitivas.

Conclusiones: Después de haber aplicado sobre la muestra un riguroso estudio estadístico (Chi cuadrado, prueba exacta de Fischer) no encontramos entre los dos grupos estudiados, diferencias significativas en cuanto a su relación con los factores de riesgo cardiovascular estudiados. En los hipertensos, por tanto, una alta GAA no se asocia a mayor prevalencia de FRCV.