

COMUNICACIONES ORALES I (10 MINUTOS)

Miércoles, 17 de octubre de 2012. 09:00 a 11:00 h

Sala Riancho

Enfermedad cardiovascular

Modera: Trinidad Dierssen Sotos

375. DIFERENCIAS DE ESPERANZA DE VIDA POR SEXO. EL PAPEL DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

R. Gènova, F. Català, N. Fernández de Larrea, C. Morant, E. Álvarez, E. Barceló

Subdirección de Promoción y Prevención, Consejería de Sanidad, Madrid; Centro Superior de Investigación en Salud Pública; Agencia Laín Entralgo; Hospital Ramón y Cajal; Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Antecedentes/Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares (CVC) han sido durante los últimos 30 años la principal causa de muerte en la población española. Su impacto es distinto en hombres y mujeres. Objetivo: estimar la contribución de las enfermedades cardiovasculares (CVC) a la diferencia de esperanza de vida al nacer ($e(0)$) en España entre hombres y mujeres.

Métodos: Explotación de los registros individualizados de mortalidad de 1980 a 2010 (Instituto Nacional de Estadística (INE)). Las rúbricas de causas de la CIE9 (1980 y 1990) y CIE10 (2000-2010) se han reagrupado según la Clasificación de Carga de Enfermedad. Las causas de defunción inespecíficas y mal definidas se han reasignado siguiendo los algoritmos del Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (CGE) mediante el programa Gesmor. Se han construido las tablas de mortalidad por sexo y edades simples de los años 1980, 1990, 2000 y 2010 con el programa Epidat 4.0, tomando como numerador las defunciones de residentes en España y como denominador las estimaciones intercensales (1980, 1990, 2000) y las estimaciones de la población actual (2010) publicadas por el INE. Se ha calculado la contribución de cada causa y edad al cambio de la esperanza de vida mediante el método de Arriaga implementado en el programa Epidat 4.0.

Resultados: La diferencia de esperanza de vida entre mujeres y hombres fue de 6,22 años en 1980, 7,05 en 1990, 6,79 en 2000 y 5,98 en 2010, siempre a favor de las mujeres. El conjunto de las enfermedades CVC contribuyó a esta diferencia respectivamente en 1,81 (29,1% de la diferencia total), 1,51 (21,5%), 1,35 (19,8%) y 1,19 (19,8%). En 1980 las enfermedades CVC fueron la primera causa generadora de la brecha de supervivencia entre hombres y mujeres. A partir de 1990 dejó esta primacía a los tumores. El grupo de edad 50-69 acumula en todos los años del periodo estudiado la mitad (48,6-52,8% según el año) del impacto, y un tercio (28,6-37,9%) en los mayores de 70. La cardiopatía isquémica genera alrededor de 1 año de diferencia de $e(0)$ por sexo, de manera constante en todo el periodo, seguida de las enfermedades cerebrovasculares (0,3 años en 1980, disminuyendo progresivamente hasta 0,15 en 2010).

Conclusiones: La mortalidad por enfermedades CVC es una de las principales causas de diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres. La isquemia cardíaca es la causa específica con mayor peso en este diferencial. Los adultos maduros concentran, por encima de los ancianos, la mayor parte de la explicación debida a enfermedades del sistema circulatorio de la distinta supervivencia media entre hombres y mujeres.

Financiación: FIS PI09/00086.

371. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y CAMBIO DE LA ESPERANZA DE VIDA EN ESPAÑA, 1980-2010

R. Gènova, N. Fernández de Larrea, F. Català, C. Morant, E. Álvarez, L.M. Blanco

Subdirección de Promoción y Prevención, Consejería de Sanidad, Madrid; Agencia Laín Entralgo; Centro Superior de Investigación en Salud Pública; Hospital Ramón y Cajal; Universidad Rey Juan Carlos.

Antecedentes/Objetivos: La mortalidad por enfermedades cardiovasculares (CVC) se ha reducido significativamente en la población española en los últimos 30 años. Objetivo: estimar la contribución de las enfermedades cardiovasculares (CVC) a la mejora de la esperanza de vida al nacer ($e(0)$) en España entre 1980 y 2010.

Métodos: Explotación de los registros individualizados de mortalidad de 1980 a 2010 (Instituto Nacional de Estadística (INE)). Las rúbricas de causas de la CIE9 (1980 y 1990) y CIE10 (2000 y 2010) se han reagrupado según la Clasificación de Carga de Enfermedad. Las causas de defunción inespecíficas y mal definidas se han reasignado siguiendo los algoritmos del Estudio Mundial de Carga Global de Enfermedad (CGE) mediante el programa Gesmor. Se han construido las tablas de mortalidad por sexo y edades simples de los años 1980, 1990, 2000 y 2010 con el programa Epidat 4.0, tomando como numerador las defunciones de residentes en España y como denominador las estimaciones intercensales (1980, 1990, 2000) y las estimaciones de la población actual (2010) publicadas por el INE. Para el cálculo de la contribución de cada causa y edad al cambio de la esperanza de vida se ha seguido el método de Arriaga implementado en el programa Epidat 4.0.

Resultados: El conjunto de las enfermedades CVC hizo posible una mejora de la $e(0)$ entre 1980 y 2010 de 3,82 años (3,32 en (H)ombres, 4,23 en (M)ujeres) lo que supone un 61,0% del total del aumento de la $e(0)$ (51,8% H, 68,6% M) por encima de los accidentes no intencionales (0,6 años) y las enfermedades digestivas (0,5 años). Las enfermedades cerebrovasculares aportaron 1,54 años de mejora (1,22 H, 1,83 M), suponiendo respectivamente un 40,3%, 36,9% y 43,1% del total de la contribución de las CVC. Le siguieron la isquemia cardíaca (0,67 T, 0,78 H, 0,54 M) y la insuficiencia cardíaca (0,54 T, 0,42 H, 0,65 M). El resto de rúbricas tienen aportaciones menores (únicamente las enfermedades hipertensivas tuvieron signo negativo, con valores mínimos). La contribución de las enfermedades CVC a la mejora de la $e(0)$ ha sido continuada a lo largo de los 3 decenios del periodo estudiado (1,42 años en 1980-90; 1,57 en 1990-2000; 1,24 en 2000-10).

Conclusiones: La reducción de la mortalidad por enfermedades CVC ha sido la principal causa de aumento de la $e(0)$ en España en los últimos 30 años, tanto en hombres como en mujeres, aportando más de la mitad de la mejora global. Las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera contribuyente a este cambio, seguidas de la cardiopatía isquémica.

Financiación: FIS PI09/00086.

281. EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN LA MORTALIDAD POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN 4 CIUDADES DE ESPAÑA

M. Marí-Dell'Olmo, M. Gotsens, M.A. Martínez-Beneito, G. Pérez, C. Borrell, L. Palència, A. Daponte, S. Esnaola, A. Gandarillas, et al

CIBERESP; Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia; ASPB; OSMAN; Departamento de Sanidad y C. CAPV; Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: En España, existen desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por cardiopatía isquémica (CI), pero no existen estudios recientes que analicen las tendencias de estas desigualdades a nivel de área pequeña. El objetivo del estudio es analizar la evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad

por CI en personas de 55 a 74 años, en Barcelona, Bilbao, Madrid y Sevilla entre los periodos 1996-2001 y 2002-2007.

Métodos: Estudio ecológico de tendencias a partir de 2 periodos (1996-2001, 2002-2007). La unidad de análisis fue la sección censal del 2001. La población de estudio fueron los residentes de cada ciudad entre 1996-2007. Las fuentes de información fueron los registros de mortalidad de las CCAA, el censo de población y viviendas, y el padrón de habitantes. La causa de mortalidad estudiada fue la CI. Se utilizó como variables respuesta las muertes en los dos periodos y se incluyó como variable explicativa un índice de privación socioeconómica. Las muertes esperadas se obtuvieron mediante estandarización indirecta, a partir de las tasas por grupos de edad de la propia ciudad. Se ajustaron modelos SANOVA con efectos aleatorios para controlar la dependencia y heterogeneidad espacial. Los análisis se realizaron estratificados según sexo y ciudad.

Resultados: Las tasas de mortalidad por CI han disminuido en el tiempo en todas las ciudades y en ambos sexos. Así, en los hombres de Sevilla las tasas han pasado de 372,1 (muertes por 100.000 hab.) a 288,3. En las mujeres, existen desigualdades socioeconómicas en la mortalidad, ya que el riesgo relativo (RR) de morir aumenta a medida que aumenta la privación (excepto en Bilbao). Además, en Madrid y Sevilla estas desigualdades tienden a aumentar en el tiempo. En los hombres, en el primer periodo, sólo en Barcelona se observa un mayor RR de mortalidad a medida que aumenta la privación. En cambio, en el segundo aparecen desigualdades en todas las ciudades (excepto en Sevilla). Los mapas realizados a partir de las componentes del modelo permiten analizar geográficamente la evolución temporal de la mortalidad. Estos mapas muestran patrones geográficos distintos a la privación que se pueden atribuir a otros factores de riesgo.

Conclusiones: Los resultados muestran como las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por CI por lo general aumentan en el tiempo. Este estudio permite detectar áreas donde se mantiene o aparece un mayor riesgo de mortalidad por CI. Las intervenciones destinadas a reducir dichas desigualdades deberían focalizarse en estas áreas.

439. PREVALENCIA Y DETERMINANTES DE LA SALUD CARDIOVASCULAR: RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE LA SALUD DE WISCONSIN

F.J. Nieto, K.M. Malecki, M.A. Palta, M.A. Walsh, P.E. Peppard

Department of Population Health Sciences, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health.

Antecedentes/Objetivos: En 2010, la Asociación Americana de Salud propuso un índice salud cardiovascular (SCV) que combina siete factores de riesgo y comportamientos de salud (índice de masa corporal, colesterol, glucosa, dieta, actividad física, presión arterial y tabaquismo). Una SCV "ideal" se define como la ausencia de los 7 factores de riesgo. El propósito de este estudio es estimar la prevalencia y disparidades en la SCV en una muestra poblacional.

Métodos: Se utilizaron datos de la Encuesta de Salud de Wisconsin (SHOW), una muestra aleatoria de adultos (21-74 años, n = 1.570) residentes tanto en zonas rurales como urbanas en el estado de Wisconsin, en la zona de los grandes lagos en los EE.UU. Como posibles factores determinantes del índice de SCV se estudiaron factores sociodemográfico, de conducta, indicadores de salud y bienestar, así como variables contextuales a nivel de barrio de residencia.

Resultados: Solamente un 1,03% de la población tenían un índice de SCV ideal. Un 31,7% tenían 5 de los 7 factores de riesgo. La prevalencia de buena SCV era más alta en los jóvenes, mujeres, residentes en áreas rurales, personas de mayor nivel de educación y aquellos que reportaban un mejor estado de salud y una mejor accesibilidad a recursos para actividad física en su barrio.

Conclusiones: La prevalencia de salud cardiovascular ideal o intermedia es baja en esta muestra de población general. Dada la estrecha

relación entre el índice de SCV y la incidencia de patología clínica cardiovascular, es importante encontrar actividades de prevención que tengan en cuenta no solo los factores de riesgo tradicionales sino también el contexto sociodemográfico y medio ambiental.

Financiación: National Institutes of Health, Wisconsin Partnership Program.

434. MAGNITUD Y MANEJO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN LA POBLACIÓN ADULTA DE ESPAÑA, 2008-2010: EL ESTUDIO ENRICA

P. Guallar-Castillón, M. Gil-Montero, L.M. León-Muñoz, A. Graciani, A. Bayán-Bravo, J.M. Taboada, J.R. Banegas, F. Rodríguez-Artalejo

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPAZ; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); Servicio de Pediatría, Hospital Ramón y Cajal; Departamento Médico, Sanofi-Aventis.

Antecedentes/Objetivos: Pocos estudios han reportado datos nacionales de base poblacional sobre la magnitud y control de la hipercolesterolemia. Este trabajo examina la prevalencia y manejo de la hipercolesterolemia en España.

Métodos: Estudio transversal realizado de junio de 2008 a octubre de 2010 sobre 11.554 individuos representativos de la población española de edad ≥ 18 años. Las muestras de sangre en ayunas de 12 horas se analizaron en un laboratorio central.

Resultados: En la población adulta, 50,5% tenía hipercolesterolemia (colesterol total ≥ 200 mg/dL o tratamiento farmacológico) y 44,9% colesterol-LDL elevado (≥ 130 mg/dL o tratamiento farmacológico), sin diferencias importantes entre sexos. Además, 25,5% de los hombres presentaba colesterol-HDL < 40 mg/dL y 26,4% de las mujeres colesterol-HDL < 50 mg/dL. Asimismo, 23,2% de los hombres y 11,7% de las mujeres tenía triglicéridos ≥ 150 mg/dL. La frecuencia de dislipemia aumentó hasta los 65 años, excepto la de colesterol-HDL bajo que no varió con la edad. Entre los que tenían el colesterol-LDL elevado, 53,6% lo sabían; de ellos, 44,1% estaba tratado con hipolipemiantes, y de éstos últimos 55,7% estaba controlado (13,2% de todos hipercolesterolémicos). El control del colesterol-LDL elevado aumentó con la edad, y con el número de visitas al especialista, pero disminuyó en personas diabéticas (odds ratio [OR] 0,38; intervalo de confianza [IC] 95% 0,28-0,53) o con enfermedad cardiovascular (OR 0,55; IC95% 0,33-0,92).

Conclusiones: Aproximadamente la mitad de los españoles tiene colesterolemia elevada; el control del colesterol es bajo, particularmente en aquellos con mayor riesgo cardiovascular, como los diabéticos o con enfermedad cardiovascular.

Financiación: Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) Proyectos PI09-1626 y PI08-0166, y de la Cátedra UAM de Epidemiología y Control del Riesgo Cardiovascular.

134. LA DIETA ATLÁNTICA DEL SUR DE EUROPA ESTÁ ASOCIADA CON CONCENTRACIONES MENORES DE MARCADORES DE RIESGO CORONARIO

P. Guallar-Castillón, A. Oliveira, C. Lopes, E. López-García, F. Rodríguez-Artalejo

Department of Preventive Medicine and Public Health, School of Medicine, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPAZ, Madrid, España; CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España; Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School University of Porto, Porto, Portugal; Public Health Institute, University of Porto, Porto, Portugal.

Antecedentes/Objetivos: La dieta Atlántica del sur de Europa el Atlántico (SEAD) es la dieta tradicional del norte de Portugal y Galicia. La SEAD se ha asociado con un menor riesgo de infarto agudo de miocardio no fatal, pero los mecanismos de esta asociación aún no han sido

investigados. Por lo tanto, hemos examinado la asociación entre la dieta SEAD y numerosos marcadores biológicos de riesgo coronario, presión arterial y antropometría.

Métodos: Estudio transversal realizado en 2008-2010 en 10.231 individuos representativos de la población española de 18 y más años. La dieta fue evaluada con una historia dietética informática validada. La adhesión a la SEAD se midió con un índice de 9 componentes (pescado fresco, bacalao, carne roja y productos derivados del cerdo, lácteos, legumbres y vegetales, sopa de verduras, patatas, cereales integrales y vino), con un rango de 0 (la adhesión más baja) a 9 (la adhesión más alta). Los marcadores biológicos de riesgo coronario se determinaron en las muestras de sangre en 12 horas ayunas que fueron analizados en un laboratorio central. Los análisis se realizaron utilizando regresión lineal generalizada. Se calcularon medias geométricas ajustadas por edad, sexo, educación, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol e índice de masa corporal.

Resultados: La puntuación media de la SEAD fue de 2,9 puntos (rango intercuarílico de 2 a 4). Una mayor adherencia a la SEAD se asoció con un menor nivel plasmático de proteína C-reactiva (diferencia ajustada de las medias geométricas entre el cuartil más alto y más bajo -0,2 mg/l, p de tendencia < 0,001), triglicéridos plasmáticos (-3,4 mg/dl; p de tendencia 0,012), la insulina (-0,5 mU/l, p de tendencia < 0,001), HOMA-IR (-0,12, p de tendencia < 0,001), albúmina en orina (-0,8 mg/l, p de tendencia < 0,001), albúmina en orina/creatinina (-0,3 mg/g de creatinina, p de tendencia < 0,034) y presión arterial sistólica (-1,6 mmHg, p de tendencia < 0,001).

Conclusiones: Este estudio sugiere posibles mecanismos por los que puede actuar la SEAD en la prevención de infarto de miocardio. La SEAD se asoció con una menor concentración de los marcadores de inflamación y disfunción endotelial, y con menores niveles de triglicéridos, insulina, resistencia a la insulina y presión sanguínea sistólica.

Financiación: FIS PI09-1626, Cátedra UAM de Epidemiología y Control del Riesgo Cardiovascular.

458. NUEVOS BIOMARCADORES EN LA DISCRIMINACIÓN DE FENOTIPOS DEL CONTINUUM DEL RIESGO METABÓLICO

A. Segura, R. Elosua, T. Vega, A. Cabrera, F.J. Félix, M.J. Guembe, J. Lapetra, J. Marrugat, D. Fernández-Bergés, et al

IMIM; Consejería de Sanidad Castilla-León; Hospital Universitario NS Candelaria; Área Don Benito-Villanueva; CS San Pablo, Sevilla; Departamento de Salud Navarra; ICS Castilla-La Mancha.

Antecedentes/Objetivos: Identificar biomarcadores que puedan contribuir a discriminar diferentes fenotipos del continuum del riesgo metabólico: normopeso, obesidad, síndrome metabólico y diabetes.

Métodos: De 7 estudios transversales realizados en comunidades españolas en la primera década del siglo XXI que incluían 21.038 individuos se seleccionaron aleatoriamente participantes estratificados en cuatro grupos: normopeso, obesidad, síndrome metabólico y diabetes. Se incluyeron aproximadamente 450 participantes de cada grupo clínico de riesgo y unos 3 participantes con normopeso por cada participante con uno de estos fenotipos de riesgo metabólico. En todos se determinaron biomarcadores: inflamatorios (PCR, MCP 1, interferón gamma, factor de necrosis tumoral alfa, interleuquinas 6 y 10), metabólicos (adiponectina, leptina, insulina), lipídicos (apolipoproteínas A y B), de coagulación (PAI1), hemodinámicos (BNP) y de daño miocárdico (troponina). Todas las determinaciones se realizaron en un mismo laboratorio con métodos estandarizados. Las variables que no seguían una distribución normal se transformaron logarítmicamente o se categorizaron en 4 grupos. Se realizó un análisis multivariado discriminante.

Resultados: Se incluyeron 2.851 individuos (1.471 normopeso, 464 obesidad, 443 síndrome metabólico y 473 diabetes). En análisis discriminante se identificaron dos componentes que explicaban el 80,0% y el 14,9% de la variabilidad de estos cuatro fenotipos. Las variables más

importantes que definían estos componentes, y sus pesos estandarizados, son: Componente 1: Sexo (mujer) -0,58; ApoA1 -1,17; Insulina: [0,76-99 pg/mL] 0,07; [100-299 pg/mL] 0,78; [300 + pg/mL] 1,39; LnLeptina 0,52. Componente 2: Sexo (mujer) 0,81; IL-10: [0,64-2,99 pg/mL] 0,26; [3-9,99 pg/mL] 0,31; [10 +pg/mL] 0,99; LnAdiponectina -1,03; Insulina: [0,76-99 pg/mL] 0,24; [100-299 pg/mL] 0,23; [300 + pg/mL] 0,67; LnLeptina -0,77. El componente 1 discrimina los participantes con normopeso del resto de fenotipos y viene determinado por un efecto protector de la ApoA1, el sexo femenino y un efecto de riesgo de la insulina y la leptina. El segundo componente discrimina los participantes con mayor afectación metabólica y está determinado por un efecto protector de la adiponectina y la leptina y un efecto de riesgo de la IL-10, el sexo femenino y la insulina.

Conclusiones: Los biomarcadores lipídicos (ApoA1), metabólicos (adiponectina, insulina y leptina) e inflamatorios (IL-10) permiten discriminar entre diferentes fenotipos del continuum del riesgo metabólico.

Financiación: Ayuda no condicionada de AstraZeneca.

266. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA Y FRECUENCIA CARDÍACA EN EL ESTUDIO SUN

J.J. Beunza, M. García-López, F.J. Basterra-Gortari, M.T. Barrio-López, A. Gea, M.A. Martínez-González

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra; Departamento de Cardiología, Clínica Universidad de Navarra; Departamento de Medicina Interna (Endocrinología), Hospital Reina Sofía de Tudela.

Antecedentes/Objetivos: El aumento de la frecuencia cardíaca se ha asociado a un incremento de la mortalidad cardiovascular y por todas las causas. La ingesta de ácidos grasos omega 3 se ha relacionado con una menor frecuencia cardíaca. El objetivo de este estudio es valorar la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y la frecuencia cardíaca.

Métodos: Este estudio transversal incluyó a 15 863 participantes del Proyecto SUN (una cohorte multipropósito de universitarios graduados españoles). La adherencia a la dieta mediterránea se evaluó mediante un cuestionario validado de 136 ítems y empleando el índice propuesto por Trichopoulos. Se realizaron regresiones lineales múltiples para valorar la relación entre la adherencia a la dieta mediterránea y la frecuencia cardíaca y se calcularon los intervalos de confianza al 95% de los coeficientes B.

Resultados: El modelo multivariable ajustado por edad, sexo, índice de masa corporal, actividad física, consumo de café y tabaquismo mostró que los participantes con mayor adherencia a la dieta mediterránea tenían una frecuencia cardíaca 2,1 lpm inferior (IC95% = 1,4 a 2,7) que los participantes con menor adherencia a la dieta mediterránea.

Conclusiones: La adherencia a la dieta mediterránea está relacionada con una menor frecuencia cardíaca.

Financiación: Gobierno de España (PI01/0619, PI030678, PI040233, PI042241, PI050976, PI070240, PI070312, PI081943, PI080819, PI1002658, PI1002293, RD06/0045, G03/140 y 87/2010), Gobierno de Navarra (36/2001, 43/2002, 41/2005, 36/2008) y la Universidad de Navarra.

490. DIETA MEDITERRÁNEA Y FRECUENCIA CARDÍACA: ESTUDIO PREDIMED

J.J. Beunza, M. García-López, F. Aros, N. Ortuño-Gutiérrez, R. Estruch, J. Salas-Salvado, D. Corella, L. Serra-Majem, M.A. Martínez-González, et al

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra; Departamento de Cardiología, Clínica Universidad de Navarra; CIBEROBN.

Antecedentes/Objetivos: Valores medios elevados de frecuencia cardíaca se comportan como un predictor de mayor mortalidad. Algu-

nos estudios transversales han observado una correlación inversa entre la adhesión a dieta mediterránea (DietMed) y la frecuencia cardíaca. En el presente análisis se usa un diseño experimental controlado para valorar el efecto de la dieta mediterránea sobre la frecuencia cardíaca.

Métodos: Se valoraron los 7.447 participantes (57,5% mujeres, edad media 67 años) del ensayo PREDIMED, todos ellos con varios factores de riesgo cardiovascular (15% fumadores, 49% diabéticos, 83% hipertensos, 72% dislipémicos) y un elevado consumo de medicación cardioactiva (66%). Se asignaron aleatoriamente a 3 dietas: DietMed suplementada con aceite de oliva virgen (DietMed + AOV), DietMed suplementada con frutos secos (DietMed + FS), o una dieta control (baja en grasa). La frecuencia cardíaca, la presión arterial, el índice de masa corporal y los factores de riesgo cardiovascular se midieron por enfermeras entrenadas tanto basalmente como a continuación anualmente durante 5 años de intervención. Además del análisis bivariante (anova), se ajustaron modelos lineales generalizados donde se compararon los cambios anualizados (latidos por minuto por año) de la frecuencia cardíaca en los tres grupos ajustando por edad, sexo y otros factores de confusión potenciales, incluidos índice de masa corporal basal, diabetes, tabaco y actividad física (METS-minutos/d).

Resultados: Ninguna de las tres dietas se asoció con cambios significativos de frecuencia cardíaca. En el análisis bivariante el cambio anual de frecuencia cardíaca fue +0,01 (intervalo de confianza al 95%, -0,13 a +0,15), -0,06 (-0,21 a +0,09) y -0,034 (-0,19 a +0,12) latidos por minuto/año para DietMed + AOV, DietMed + FS, y control, respectivamente. Los resultados del análisis multivariable fueron básicamente similares.

Conclusiones: En el ensayo PREDIMED, que ha incluido una población de personas mayores de alto riesgo cardiovascular y expuesta a una amplia variedad de fármacos cardioactivos, no se ha evidenciado ninguna asociación entre la intervención con dieta mediterránea y la frecuencia cardíaca.

Financiación: Instituto de Salud Carlos III: G03/140, RD 06/0045 y CIBEROBN.

557. LA BÚSQUEDA DE PRONTA ASISTENCIA SANITARIA EN HOMBRES Y MUJERES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Bolívar, A. Daponte, I. Mateo, R. Martínez, J.M. Torres, N. Pascual, F. Rosell, A. Reina, C. Martín

Escuela Andaluza de Salud Pública; CIBERESP; Centros de Investigación Biomédica en Red; Epidemiología y Salud Pública; Empresa Pública de Emergencias Sanitarias; Hospital Universitario San Cecilio; Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes/Objetivos: Un importante número de las muertes por Síndrome Coronario Agudo se producen antes de llegar al hospital, de ahí la importancia de conocer las actuaciones y el contexto en el que se produce la toma de decisiones por parte de hombres y mujeres en esta fase, para proporcionar claves para garantizar una pronta actuación y una reducción de la demora ante el inicio de la sintomatología. El objetivo de este trabajo es identificar qué factores se relacionan con la búsqueda de una pronta asistencia sanitaria en hombres y mujeres con síndrome coronario agudo ante el inicio de los síntomas.

Métodos: Estudio transversal, realizado mediante encuesta telefónica, sobre una muestra representativa de pacientes que ingresaron en las Unidades de Cuidados Intensivos de 31 hospitales públicos de las 8 provincias andaluzas, entre 2008 y 2010, con diagnóstico al alta de síndrome coronario agudo. Como búsqueda de una pronta asistencia sanitaria se ha considerado el llamar al 061, llamar a urgencias hospitalarias o desplazarse hacia las urgencias hospitalarias como primera actuación, frente a otro tipo de actuaciones (contacto con familia, Atención Primaria y otros).

Resultados: Se obtuvieron 1.416 entrevistas, 948 hombres y 468 mujeres, con una edad media de 63,0 y 70,5 años respectivamente. Entre las personas menores de 60 años, el 46,4% de los hombres va en busca de pronta atención, frente al 34,3% de las mujeres ($p = 0,02$). Esta diferencia aumenta de 60 a 74 años, con el 47,2% de los hombres frente al 31,1% de mujeres ($p < 0,01$). A partir de esta edad, hombres y mujeres se comportan de forma similar. El nivel educativo es un factor importante para ellas, (OR: 2,42; IC95%: 1,04-5,59), de forma que las que tienen estudios secundarios y más es más probable que busquen pronta asistencia, una vez ajustado por edad y otras variables. En ambos sexos, el que el evento suceda en el mismo municipio del hospital de ingreso y el estar con la pareja y/o otras personas aumenta considerablemente la probabilidad de buscar pronta ayuda sanitaria directamente.

Conclusiones: En la búsqueda de pronta asistencia sanitaria ante el inicio de los síntomas de SCA se observan desigualdades entre hombres y mujeres, siendo ellas quienes en mayor medida buscan otro tipo de ayuda como primera actuación. En el proceso intervienen factores sociodemográficos, socioeconómicos, contextuales, clínicos, así como las creencias y pensamientos entorno a la enfermedad, presentando además una importancia distinta para hombres y mujeres.

Financiación: Consejería de Salud (0079/2006), AETSA (PI06/90450), Consejería de Economía y Hacienda, Fondos G+ 2010.