Indicadores clínicos en Atención Primaria

Factores de riesgo y enfermedad cardiovascular



MINISTERIO
DE SANIDAD, CONSUMO
Y BIENESTAR SOCIAL



Base de Datos Clínicos de Atención Primaria – BDCAP

Sistema Nacional de Salud.

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Pilar Aparicio Azcárraga

Subdirectora General de Información Sanitaria

Mercedes Alfaro Latorre

Subdirector General de Tecnologías de la Información

Juan Fernando Muñoz Montalvo

Elaboración del informe: Félix Miguel García

Coordinación: María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio

Colaboración: Francisco Pérez Domínguez

(SG de Información Sanitaria)

Gestión de bases de datos

Marifé Lapeña Gutierrez Vicente Valls Chamizo (SG de Tecnologías de la Información) Enrique Magdaleno Muñoz María José Rodríguez López Juan Antonio Ruiz Sánchez (Apoyo informático externo)

Aplicación de carga de datos

José Antonio Benito Calleja Jorge Grande Vicente (SG de Tecnologías de la Información) Sonia Borreguero Villegas (Apoyo informático externo)

Ficha Editorial

Indicadores clínicos en atención primaria 2016. Factores de riesgo y enfermedad cardiovascular. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Palabras Clave:

Atención Primaria. Datos Clínicos. BDCAP. 2016. Morbilidad. Evaluación. Calidad. Estadísticas. SNS. Factores de riesgo cardiovascular. Enfermedad cardiovascular.

Autorización de uso:

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial. Hágase siempre referencia al documento.

Cita sugerida:

Subdirección General de Información Sanitaria Indicadores clínicos en atención primaria 2016. BDCAP. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019 Responsables funcionales y responsables tecnológicos para la BDCAP, a fecha de este informe.

Consejerías y servicios de salud de las comunidades autónomas.

Andalucía

José Díaz Borrego Dolores Muñoyerro Alejandro Domínguez Juan José Yunqueras Torres

Aragón

Mª Pilar Rodrigo Val Laura Casaña Fernández Carlos Tellería Orriols

Asturias (Principado de)

Roberto Saiz Fernández Laura Muñoz Fernández

Baleares (Illes)

Fernando Barturen Miguel Ángel Crespí Heredia

Canarias

Marcos Estupiñán Ramírez Enrique Pérez Díaz

Cantabria

Germán Romero Ruiz José María Menchaca Riesco Gabriel Rodríguez García

Castilla y León

Carmen Hernández Palacios Ana Medina Luenza Juan Carlos Peciña De Frutos

Castilla la Mancha

Pedro Luis Lopez Galindo Jesús López Díaz José Sacristán París

Cataluña

Lluis Manuel García Eroles Nuria Nequi Palomar Pilar Gil Sastre

Comunidad Valenciana

Julia Calabuig Pérez Begoña Bonet Pérez de León

Extremadura

Manuela Rubio González Luis Lozano Meras José Luis Fernández Rosco

Galicia

Eladio Andión Campos Juan Manuel González Pérez

Madrid (Comunidad de)

Luis Sánchez Perruca Elena Bartolomé Benito Javier Hernández del Castillo

Murcia (Región de)

Juan Antonio Gómez Company Rocío García Pina Mª Victoria Abellán Pérez

Navarra (Comunidad Foral de)

Marian Nuin Villanueva Fernando Elía Pitillas

País Vasco

Carlos Sola Sarabia Mikel Ogueta Lana Maite Cuadrado Zubizarreta Idoia Ruiz Legarreta

La Rioja

Amílcar Escribano Arbona Carlos Delgado Aquirrebeña

Índice

Introducción y aclaraciones	<u>5</u>
Resumen	<u>8</u>
Prevalencia de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular	
Cardiopatía isquémica	<u>11</u>
Enfermedad cerebrovascular	12 13 14 15
Arteriopatía periférica	<u>13</u>
Insuficiencia cardiaca	<u>1</u> 4
Fibrilación auricular	<u>15</u>
Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular	
Hipertensión arterial	<u>16</u>
Diabetes mellitus	<u>17</u>
Trastornos del metabolismo lipídico	<u>18</u>
Tabaquismo, obesidad y sobrepeso	<u>19</u>
Control de factores de riesgo cardiovascular	
Presión arterial	<u>21</u>
Colesterol total y LDL colesterol	
Función renal	26 33 34 35
Índice de masa corporal	<u>3</u> 4
Hemoglobina glucosilada en diabetes	<u>35</u>
Utilización de medicamentos para el control de factores de riesgo	
Estatinas	<u>36</u>
Antihipertensivos en hipertensión arterial	<u>41</u>
Anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios. INR	<u>43</u>
Estrategia de seguridad del paciente: "No hacer"	<u>49</u>
Comorbilidad comparada en diabetes mellitus	<u>51</u>
Anexos	
1. Concepto de DHD y DDD de los fármacos incluidos	<u>52</u>
2. Códigos CIAP2 y ATC incluidos	56
3. Poblaciones utilizadas en cada indicador	<u>56</u> 57
4 Tablas con los datos numéricos de los gráficos	<u></u>

Introducción y aclaraciones

La BDCAP recoge información clínica de una amplia muestra (4,7 millones) de historias clínicas de personas atendidas en atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Anualmente se recopila, para cada individuo de la muestra, información sobre sus problemas de salud activos, las interconsultas al segundo nivel, los procedimientos (de imagen, laboratorio y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos), el valor de una selección de parámetros, los fármacos que han sido prescritos y dispensados y los contactos con atención primaria. Esta información puede desagregarse por 7 variables de clasificación: sexo, edad, nivel de renta, país de nacimiento, situación laboral, tamaño del municipio donde radica el centro de salud y comunidad autónoma.

Los datos sobre problemas de salud e interconsultas están disponibles en el <u>portal estadístico</u> del Sistema Nacional de Salud (SNS). El resto de la información se va publicando según disponibilidad en <u>formato Excel</u>, hasta que los datos adquieran la consistencia adecuada.

El presente informe es el primero de una serie que trata de facilitar el análisis de la información relativa a problemas de salud frecuentes entre la población, así como poner de relieve algunas actividades e intervenciones que se realiza en el primer nivel de atención y que habitualmente no son objeto de análisis rutinario en los sistemas de información sanitaria.

Este informe se dedica al análisis de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo, que se completa teniendo en cuenta también, por su importancia clínica, la diabetes mellitus y la insuficiencia cardiaca y, por su relación con el ictus, el abordaje de la fibrilación auricular.

Este documento se completa con varios anexos que contiene la siguiente información: dosis diaria definida (DDD) de los fármacos aquí reseñados, los códigos CIAP2 (Clasificación Internacional de Atención Primaria) y ATC (Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química) utilizados, las poblaciones y las tablas con los datos numéricos completos utilizados en los gráficos

Control parámetros

El control óptimo de parámetros como presión arterial, colesterol o hemoglobina glucosilada es un área que está sometida a debate desde hace décadas, tanto desde el punto de vista de su relevancia clínica en el adecuado manejo clínico del paciente, como desde los dinteles que han de utilizarse. Asimismo, ha de tenerse en cuenta que los umbrales propuestos en las guías clínicas y en las estrategias no dejan de ser una referencia, que el médico ha de adaptar a la realidad individual de cada paciente teniendo en cuenta características básicas tales como la edad y el sexo, pero también otras de carácter clínico, como la existencia de comorbilidad o polimedicación asociadas y además considerar las preferencias individuales del paciente. Es por ello que se recomienda ser prudente a la hora de interpretar datos estadísticos contenidos en el presente informe y visualizarlos más como una referencia general, en clave de análisis de una tendencia a lo largo de un periodo, que como una estimación exacta y precisa de la calidad de la práctica clínica. En la nota metodológica Tramos de parámetros se justifican los puntos de corte utilizados.

Metodología, variables, categorías y poblaciones

Por razones de claridad, coherencia y economía expositiva, se ha optado por presentar los datos correspondientes a los adultos (mayores de 14 años) desagregados siempre por las mismas variables y en las mismas categorías, aunque en ocasiones se proporcionan los datos referidos a algún grupo de edad más específico.

La información sobre prevalencia de problemas de salud puede consultarse con más detalle, como se ha mencionado, en el <u>portal estadístico</u> del SNS. Sobre los parámetros, se puede consultar una información con tramos más desagregados que los aquí presentados en el fichero Excel <u>Parámetros 2016</u>. En los próximos años se espera poder poner a disposición general en el portal estadístico los datos de manera más completa y versátil.

En la siguiente tabla se exponen las variables de estudio utilizadas y sus categorías.

Variable	Categorías	Aclaraciones
Edad, grandes	15-34 años	
grupos	35-64 años	
	65+ años	
País de nacimiento	España	No se incluye la categoría
	Extranjero	Desconocido
Nivel de renta	≥ 100.000 €	Principalmente en función de
	18.000-99.999 €	tramos de copago farmacéutico.
	<18.000 €	No se incluye la categoría
	Muy baja	Desconocido
Situación laboral	Activo	No se incluyen las categorías:
	Desempleado	pensionista, no activos y otros
Tamaño de	≤ 10.000 habitantes	Tamaño del municipio cabecera
municipio	10.001-50.000 h.	donde se ubica el centro de salud
	50.001-100.000 h.	
	100.001-500.000 h.	
	> 500.000	
Comunidad	17 CCAA	En el anexo 2 se detallan las
autónoma		poblaciones utilizadas para cada indicador

Los datos de prevalencia proceden de las 17 comunidades autónomas. La procedencia del resto de variables se recoge en el anexo 2.

La metodología general de la BDCAP puede consultarse en la web: <u>documento</u> <u>general de la BDCAP</u>. También en la <u>ficha técnica 2016</u>.

Clasificaciones

La información en BDCAP está normalizada. Para los problemas de salud se utiliza la CIAP2-Clasificación Internacional de la Atención Primaria, y para el consumo de medicamentos, la clasificación ATC-Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system), auspiciadas por la WONCA y OMS respectivamente.

Medidas utilizadas

Para la prevalencia de problemas de salud activos registrados en atención primaria se utiliza la tasa por mil personas asignadas a los Equipos de Atención Primaria, aunque en el texto se pueda utilizar el porcentaje. Para el consumo de fármacos, la DHD-Dosis diaria definida por mil habitantes y día, cuyo concepto y detalles se expone en el anexo 1. Y para el control de factores de riesgo o la distribución de fármacos, el porcentaje de personas que se encuentran en la categoría correspondiente.

Resumen

Prevalencia de enfermedad cardiovascular

- La prevalencia de la **cardiopatía isquémica** en la población general es de 2,4%, con cifras en los hombres (3,8%) que duplican las de las mujeres (1,6%). Esta diferencia entre sexos se mantiene en todos los tramos etarios siendo el cuádruple entre los 55 y los 79 años y el triple desde los 80 años en adelante. En mayores de 64 años la prevalencia respectiva es 11,4% y 5%. En la mujer, es más frecuente cuanto menor es el nivel de renta.
- o Presenta **enfermedad cerebrovascular** el 1,9% de los hombres y el 1,6 % de las mujeres. En los mayores de 64 años la prevalencia es 6,7 y 5,3% respectivamente. Según se incrementa la edad la diferencia por sexo se va igualando. La frecuencia es mayor según disminuye el nivel de renta, de forma más clara en la mujer.
- o La prevalencia de **insuficiencia cardiaca** en población general es del 1,1%. En mayores de 64 años es de 4,1% en el hombre y 4,5% en la mujer. En los grupos de edad más jóvenes en más frecuente en los hombres y a partir de los 80 años, en las mujeres.
- o La prevalencia de **fibrilación auricular** en población general es del 1,9%. En mayores de 64 años es del 7,9% (8,7% en hombre, 7,3% en mujeres). Aumenta con la edad, desde un 3,7% en el quinquenio de 65-69 años hasta 15,6% en los 80-84 años. Se diagnostica más en persona nacidas en España y es más frecuente en niveles de renta más bajos.
- o La prevalencia de **arteriopatía periférica** en población general es del 1,1%. En personas mayores de 64 años es del 3,2%, siendo algo más del doble en el hombre (4,9%) que en la mujer (2,0%). Es más frecuente en los niveles de renta menores, en ambos sexos.

Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular

- El 16,5% la población presenta hipertensión arterial (15,7% hombres y 17,3% mujeres). En mayores de 64 años la prevalencia es del 54,9%. En la mujer es más frecuente cuanto menor es la renta.
- o La prevalencia de **diabetes mellitus** en población general es del 6,7% (7,3% en hombres y 6,1% en mujeres). En los mayores de 64 años es del 22,3%. La diabetes es más frecuente a medida que disminuye el nivel de renta, en las personas desempleadas, y en las poblaciones de menor tamaño.
- El trastorno del metabolismo lipídico afecta al 19,9% de la población. Entre los 30 y 55 años se diagnostica más en hombres y a partir de los 60 años en las mujeres, siendo en este caso más frecuente cuanto menor es el nivel de renta.
- Declara fumar a diario el 22,1% de la población mayor de 14 años (25,6% hombres y 18,8% mujeres). Los hombres fuman más conforme baja el nivel de renta. A partir de los 65 años cae el consumo en ambos sexos. (ENSE 2017).
- La prevalencia de sobrepeso en la población adulta (18 y más años) es del 37,1% y de obesidad del 17,4%. La obesidad es más frecuente en el hombre hasta los 64 años, y en la mujer a partir de esa edad. El sobrepeso es más frecuente en hombres. (ENSE 2017)

Control de factores de riesgo

- El control de la presión arterial diastólica-PAD (<90 mmHg) es mejor que el de la presión arterial sistólica-PAS (<140 mmHg) en las personas con HTA, diabetes, insuficiencia cardiaca o enfermedad cardiovascular. El mejor resultado de buen control de PAD y PAS se registra en la las personas con insuficiencia cardiaca (93,3% y 66,7% respectivamente). Además, no se advierten diferencias relevantes del control de la PA por sexo ni por nivel de renta; se observa que con la edad mejora el control de la PAD y empeora el de la PAS.</p>
- o El 84% de la población adulta presenta cifras de **LDL-colesterol** <130 mg/dl. En las personas con cardiopatía isquémica este porcentaje es del 86,7%, siendo en el 70,6% de los mismos inferior a 100 mg/dl. En las personas con enfermedad cerebrovascular el 83,0% y 56.5% se encuentran por debajo de las respectivas cifras. El 83,3% de las personas con diabetes presentan un LDL<130 mg/dl
 - El porcentaje de mujeres con LDL <130 mg/dl es inferior al de los hombres, especialmente en las personas con enfermedad cardiovascular y con insuficiencia cardiaca. Las diferencias por sexo se incrementan si el punto de corte para el LDL se sitúa en 100 mg/dl. En estas enfermedades el control mejora con la edad. Y en personas con diabetes o con enfermedad coronaria hay tendencia a un mejor control del LDL-colesterol según aumenta el nivel de renta.
- La **HbA1c** es inferior a 7,5% en el 73,9% de las personas diabéticas. El control mejora sustancialmente con la edad y es peor en las rentas más bajas. No se observan diferencias por sexo, salvo en el grupo más joven (15-34 años) donde en las mujeres se observa peor control.
- En el 87,3% de los hombres y en el 85,2% de las mujeres diabéticas el índice de masa corporal-IMC se sitúa por encima de 25 kg/m², presentando obesidad (IMC > 30 kg/m²) el 47,9% (44,8% hombres y 51,4% de las mujeres).
- o El 78% de las personas con diabetes y el 79,5% de las hipertensas muestran un **índice de filtrado glomerular** superior a 60 ml/min/m². La función renal, mejor conservada en los hombres, empeora según avanza la edad.
- A las personas con fibrilación auricular se les realiza una media de 6,4 controles de INR al año. No hay diferencias relevantes por sexo, renta o tamaño del municipio (grandes ciudades o pequeñas localidades).
- El 61,4% de las personas con fibrilación auricular mayor de 64 años presenta valores de INR entre 2 y 3, y el 77,2% entre 1,8 y 3,4, intervalo en el que, en principio, no se requiere ajuste de dosis.

Utilización de fármacos para el control de factores de riesgo

Estatinas

Puede estimarse que se prescribe estatina a la dosis estándar (dosis diaria definida-DDD) durante 1 año al 84,3% de la población con cardiopatía isquémica, 69,4% de las personas con enfermedad cardiovascular, 47,0% de las personas con diabetes y al 13,4% de las personas sin enfermedad cardiovascular (prevención primaria). [La DDD es un estándar, la dosis real es individualizada]. En prevención primaria y en pacientes con diabetes, apenas hay diferencias por sexo en el consumo de estatinas. Llama la atención que las mujeres con enfermedad cardiovascular (prevención secundaria) reciben globalmente menos cantidad de estatinas (558,3 DHD frente a 781,1 DHD), bien sea por haber menos mujeres que tienen prescrita la estatina, porque se prescribe menos tiempo o porque se utilicen a dosis inferiores.

DHD: dosis por mil habitantes y día (ver anexo 1). Enfermedad cardiovascular incluye: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica.

Antihipertensivos en hipertensión arterial

El 65,2% de los antihipertensivos utilizados en HTA son los IECA/ARAII solos o en asociación, similar en ambos sexos. Siguen, en este orden: calcioantagonistas (13,6%), diuréticos (11,3%), betabloqueantes (7,2%) y otros (2,7%). A las mujeres se prescribe más diuréticos y a los hombres más betabloqueantes. Se observa que a mayor nivel de renta se prescriben, proporcionalmente, más IECA/ARAII, y a menor nivel, más diuréticos.

Anticoagulación oral

- o El 88,1% de las personas con fibrilación auricular mayores de 64 años ha recibido al menos un envase de anticoagulante oral o de antiagregante plaquetario y se ha prescrito cantidad suficiente para tratar durante un año a la dosis estándar al 56,6%. Las cifras respectivas en anticoagulantes orales son 74,3% y 40,5%, y en antiagregantes, 16,1% y 23,3%.
- La prescripción de anticoagulantes orales se reduce a partir de los 85 años y crece la de antiagregantes.
- No se observan grandes diferencias por sexo, renta, país de nacimiento o tamaño del municipio.
- Entre los 65 y 79 años en la mujer se prescriben más anticoagulantes orales que en los hombres, sobre todo antagonistas de la vitamina K (más en rentas más bajas), y, por contra, más antiagregantes en los hombres que en las mujeres. A partir de los 95 años la situación se invierte.

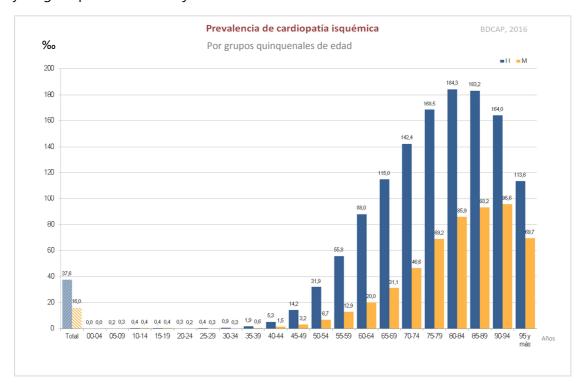
Estrategia de seguridad del paciente: recomendaciones de: "No Hacer".

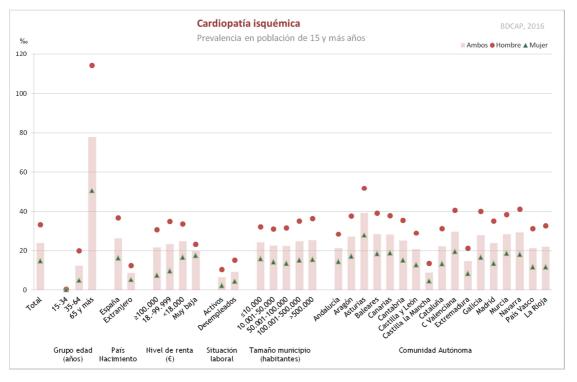
- El 25,0% de las personas con enfermedad cardiovascular han recibido al menos 1 envase de AINE durante el año, circunstancia que no está aconsejada. Este porcentaje es mayor en mujeres y en personas de nivel de renta bajo.
- o El 39,9% de la población de 75 años y más sin enfermedad cardiovascular ha recibido al menos 1 envase de estatinas, actitud no recomendada en términos generales. Este porcentaje es mayor en mujeres y en personas con menor nivel de renta.

Prevalencia de enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular

Prevalencia de cardiopatía isquémica

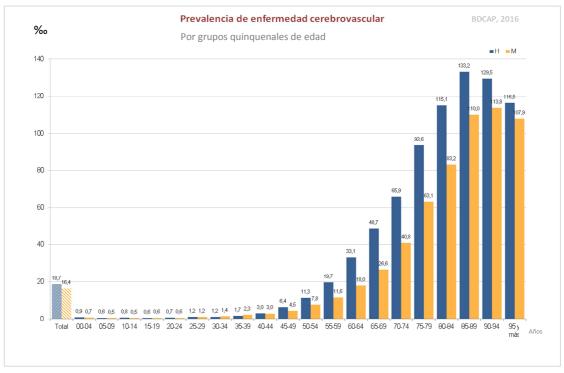
La prevalencia de cardiopatía isquémica es del 3,8% en hombres y 1,6% en mujeres. En mayores de 64 años la prevalencia respectiva es 11,4% y 5%. Se observa gradiente social en la mujer. Hasta los 80 años la prevalencia en el hombre cuadruplica y luego triplica la de la mujer.

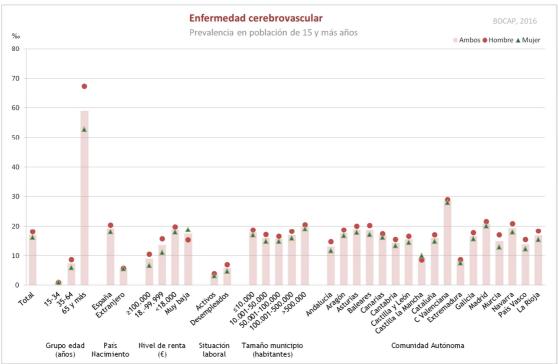




Prevalencia de enfermedad cerebrovascular

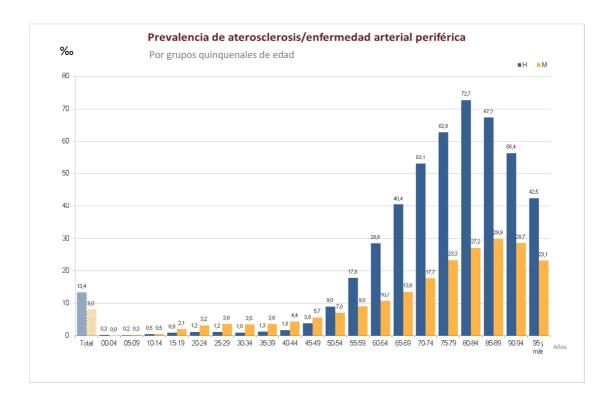
Presenta enfermedad cerebrovascular el 1,9% de los hombres y el 1,6% de las mujeres. En los mayores de 64 años la prevalencia respectiva es 6,7% y 5,3%. Según se incrementa la edad la diferencia por sexo se va igualando. Se observa gradiente social, con un incremento progresivo de la prevalencia a medida que disminuye el nivel de renta. Este hecho es más claro en la mujer donde en todas las categorías de niveles de renta consideradas se observa el comportamiento descrito.

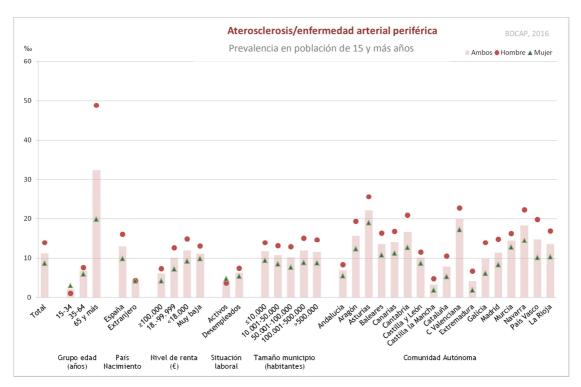




Prevalencia de arteriopatía periférica

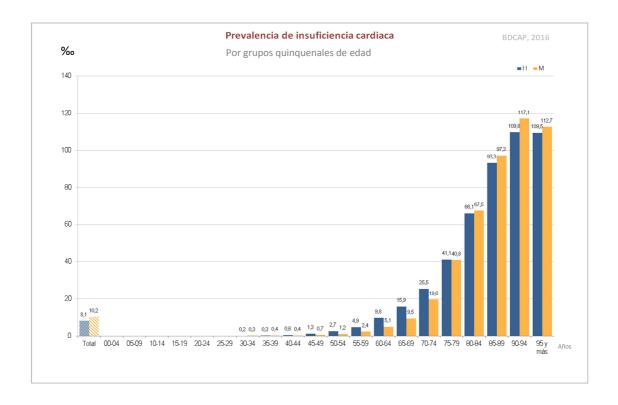
La prevalencia de arteriopatía periférica es algo más del doble en el hombre mayor de 64 años (4,9%) que en la mujer de dicha edad (2,0%). Es más frecuente en los niveles de renta menores, en ambos sexos.

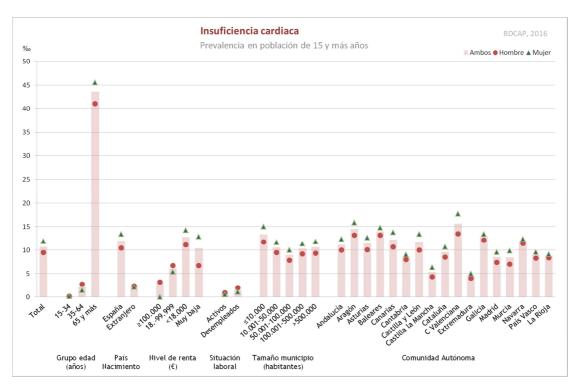




Prevalencia de insuficiencia cardiaca

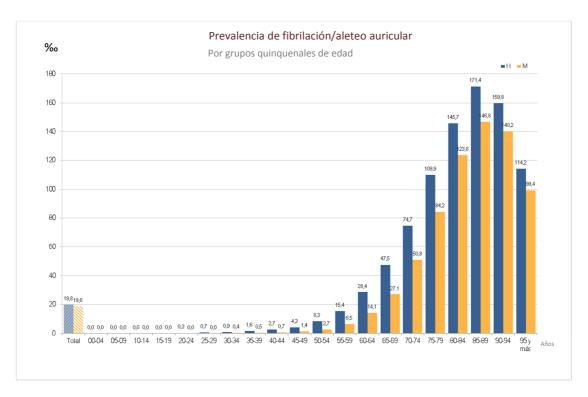
La prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) en los mayores de 64 años es de 4,1% en el hombre y 4,5% en la mujer. En los grupos de edad más jóvenes en más frecuente en los hombres y a partir de los 80 años, en las mujeres.

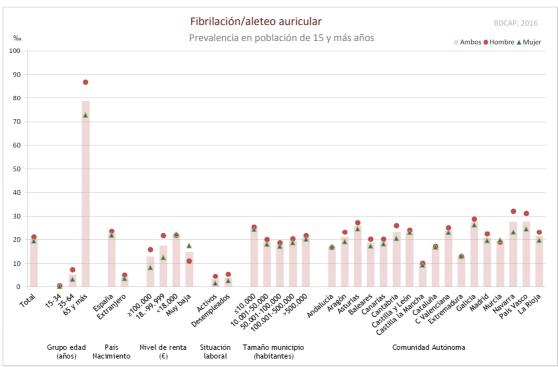




Prevalencia de fibrilación auricular

La prevalencia de fibrilación auricular (FA) en personas de 65 y más años del 7,9% (8,7% en hombre, 7,3% en mujeres. Aumenta con la edad desde un 3,7% en el quinquenio de 65-69 años hasta 15,6% en los 80-84 años. Se diagnostica más en persona nacidas en España y más frecuente en niveles de renta más bajos.

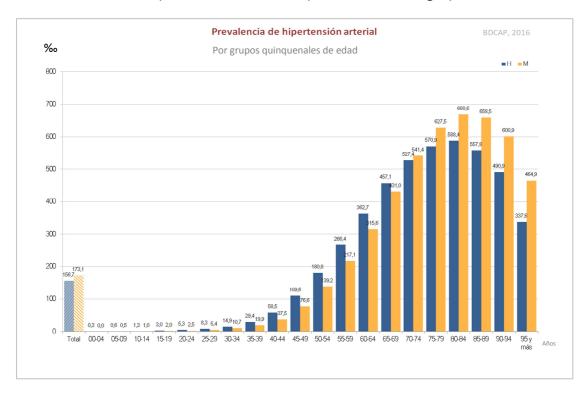


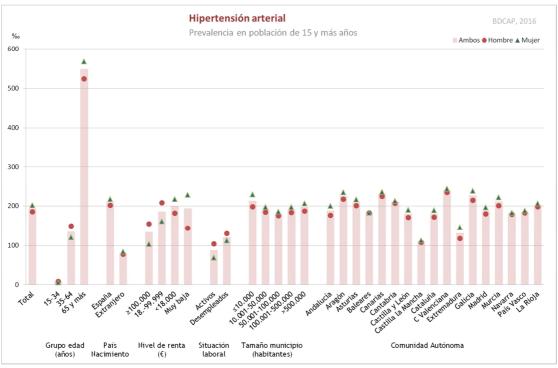


Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular

Prevalencia de hipertensión arterial

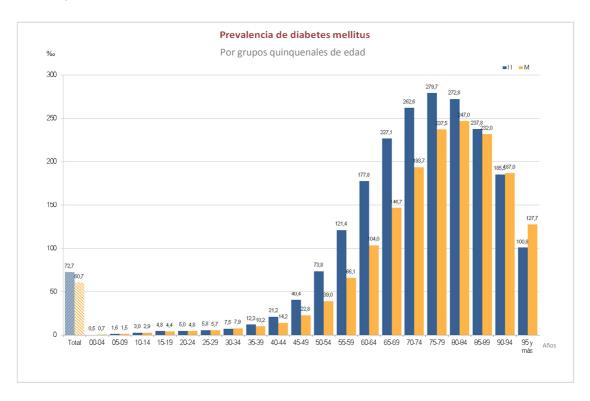
Presenta hipertensión arterial el 16,5% de la población (15,7% hombres y 17,3% mujeres). En mayores de 14 años la prevalencia registrada es del 19,4% y en mayores de 64 años, 54,9%. Se observa gradiente relacionado con la edad para ambos sexos, mientras que sólo se observa gradiente social en la mujer. El diagnóstico se realiza con más frecuencia en las personas nacidas en España en todos los grupos de edad.

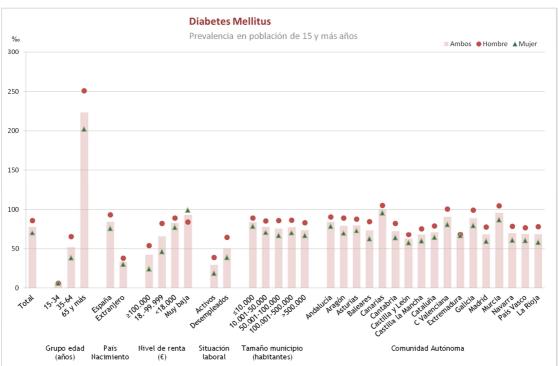




Prevalencia de diabetes mellitus

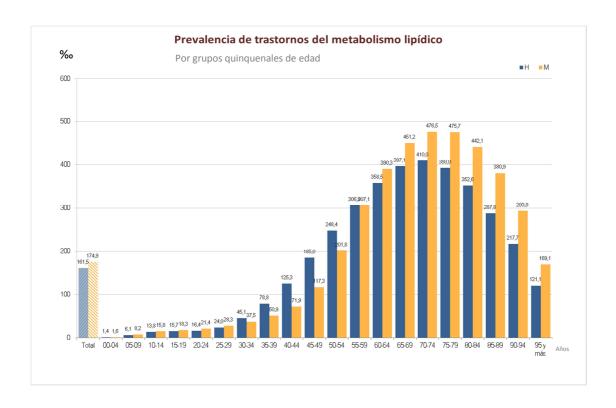
La prevalencia registrada de diabetes mellitus (DM) en población general es de 6,7% (7,3% en hombres y 6,1% en mujeres). En mayores de 64 años es del 22,3%. Se observa un claro gradiente social, más acusado en la mujer. Es más frecuente en las personas nacidas en España (a partir de los 55 años), en las poblaciones de menor tamaño y en los desempleados.

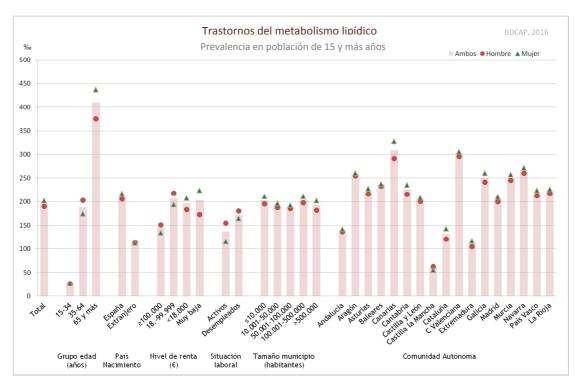




Prevalencia de trastornos del metabolismo lipídico

Se diagnostica trastorno del metabolismo lipídico al 19,9% de la población, algo más en la mujer (20,2% frente a 19,0%), diferencia que se depende de las personas de 60 años y más, pues en las edades intermedias es más frecuente en el hombre. En la mujer es más frecuente a medida que desciende el nivel de renta.

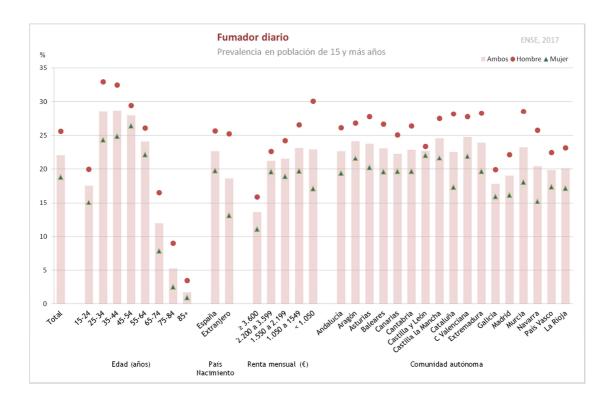




Prevalencia de consumo diario de tabaco, obesidad y sobrepeso

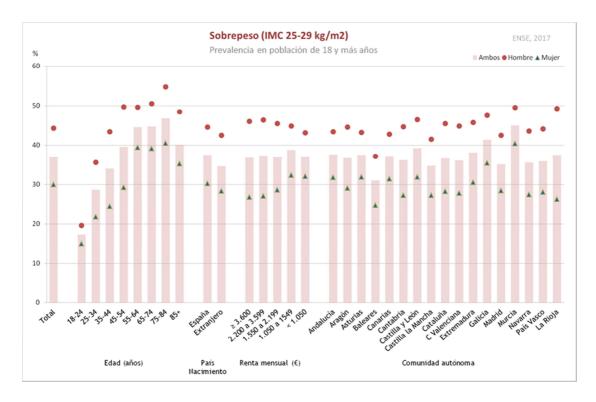
Para el registro de la obesidad, sobrepeso y abuso de tabaco en la historia clínica de atención primaria no se utilizan apenas los diagnósticos clínicos disponibles en CIAP2 o en CIE. Para completar los datos de prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular utilizamos en este apartado los de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) del año 2017.

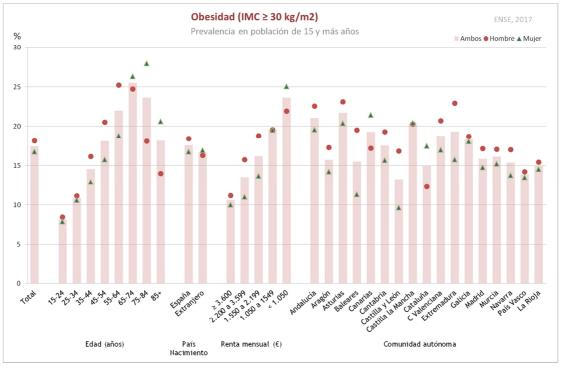
Declara fumar a diario el 22,1% de la población mayor de 14 años (25,6% hombres y 18,8% mujeres). La diferencia por sexo es menor en la década de 45-54 años y es mayor conforme baja la renta, fundamentalmente porque el porcentaje de hombres fumadores es el doble en el nivel de renta más bajo (30,1%) que en el más alto (15,9%). A partir de los 65 años la tasa se reduce drásticamente en ambos sexos.



La prevalencia de sobrepeso (cuando el índice de masa corporal –IMC se sitúa entre los 25-29 Kg/m², es del 37,1% en la población adulta (18 y más años) y la prevalencia de obesidad (IMC \geq 30 Kg/m²) del 17,4%.

La obesidad es más frecuente en el hombre hasta los 64 años, y en la mujer a partir de esa edad. En ambos sexos la prevalencia crece según desciende la renta, siendo el doble en las rentas más bajas (23,6% frente a 10,6%). El sobrepeso es más frecuente en hombres en todas las edades, y no se observan diferencias importantes por nivel de renta.



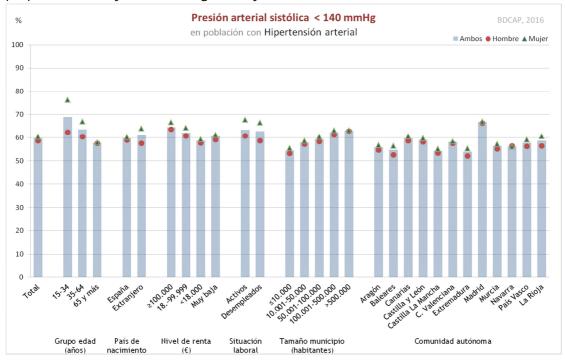


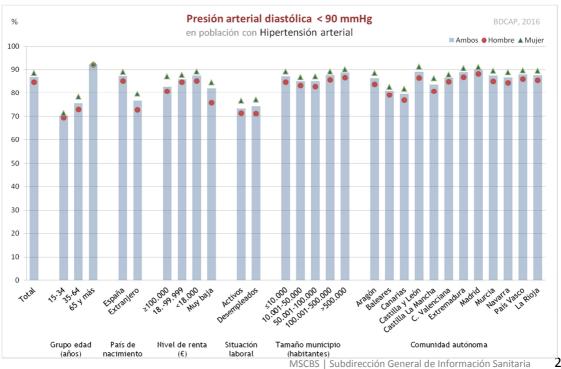
Control de factores de riesgo cardiovascular

Presión arterial

Presión arterial en HTA

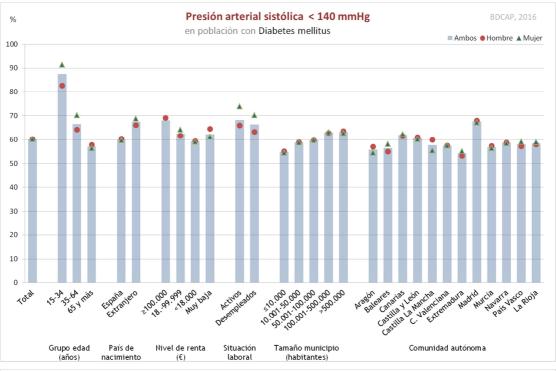
Presentan cifras de PAS inferiores a 140 mmHg el 59,6% de las personas con hipertensión arterial, y de PAD < 90 mmHg el 86.8%. El control de la PAS es mejor en los jóvenes, y el de las PAD en los mayores de 65 años con un 92,2% de buen control diastólico. No se aprecian diferencias importantes según las características socioeconómicas, salvo un peor control de la PAS en rentas bajas y en municipios pequeños. La mujer tiene un ligero mejor control.

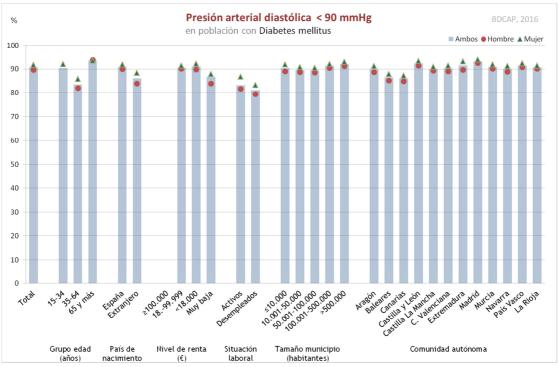




Presión arterial en DM

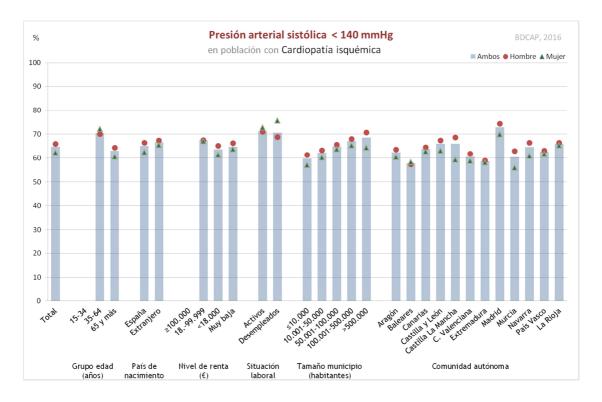
El 60.2% de los diabéticos presentan PAS<140 mmHg y el 90,6% cifras de PAD<90 mmHg. El control de la PAS empeora con la edad, en los extranjeros, en la población activa y a medida que crece el tamaño del municipio. Los niveles de renta más altos tienen mejor control de la presión arterial. La PAD se comporta de forma similar, excepto por edad y tamaño de municipio, en donde no se observa tendencia definida. Por sexo no se observan diferencias relevantes. Por comunidades autónomas, la PAS es inferior a 140 mmHg desde 54,2% al 67.6% de los diabéticos y la PAD inferior a 90 mmHg del 86,1 al 93,2%.

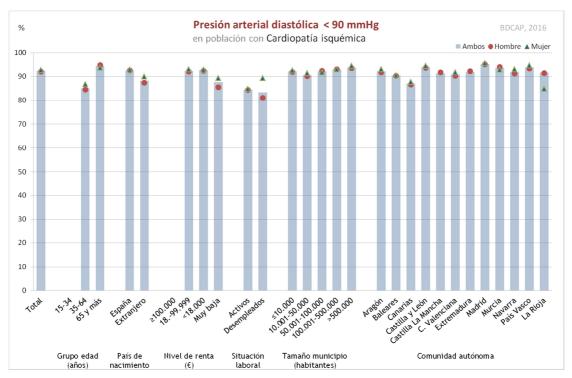




Presión arterial en CI

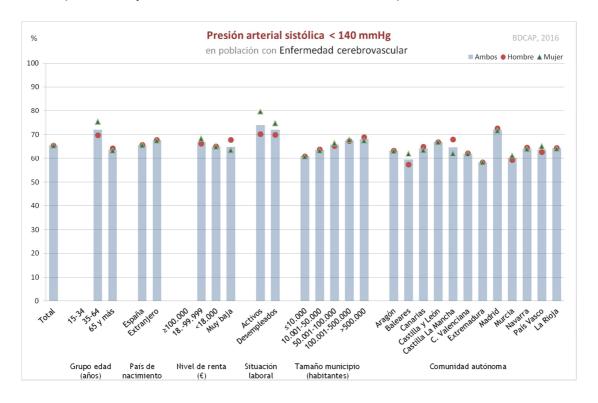
Las personas con enfermedad coronaria presentan un perfil de control tensional similar al descrito para la hipertensión, pero con mejor control (64,7% con cifras de PAS<140 mmHg y 92.2% de PAD <130 mmHg y algo mejor en los hombres.

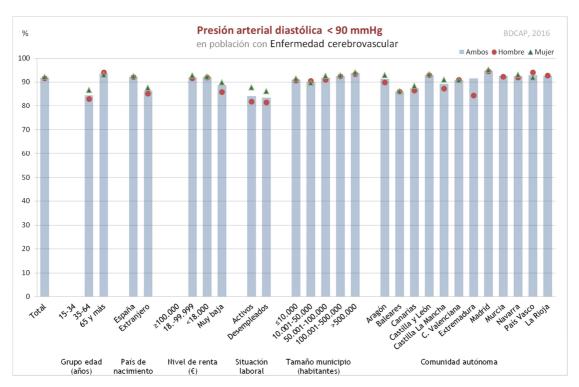




Presión arterial en ECeV

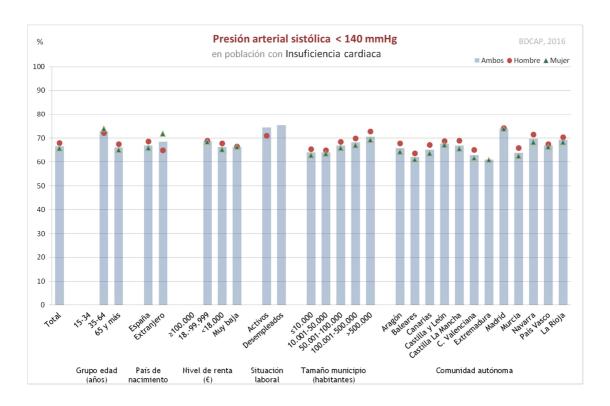
La PAS es inferior a 140 mmHg en el 65,5% de las personas que presentan enfermedad cerebrovascular y la PAD es inferior a 90 mmHg en el 91,8% de los casos. Muestran mejor control las personas de nivel de renta más alto, y las que viven en los municipios de mayor tamaño. No se observan diferencias por sexo.

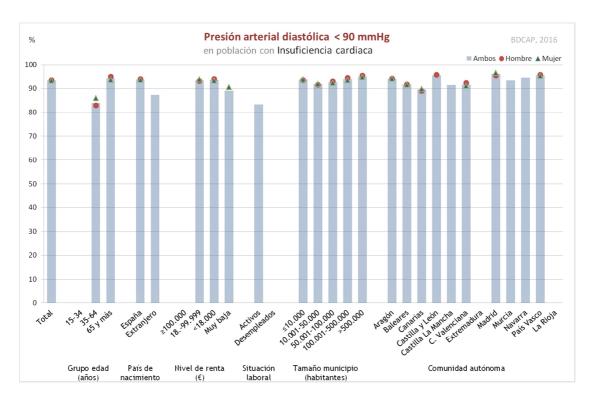




Presión arterial en IC

El control tensional en las personas con insuficiencia cardiaca sigue el patrón observado en la hipertensión arterial: pocas variantes por variables sociodemográficas, salvo el peor control sistólico y mejor diastólico en las edades superiores respecto a las jóvenes. El control es algo mejor que en la HTA: 66,7% y 93,3% de 'buen control' en PAS y PAD respectivamente.

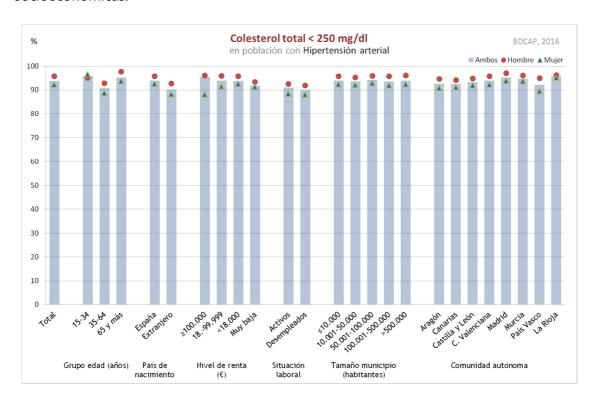


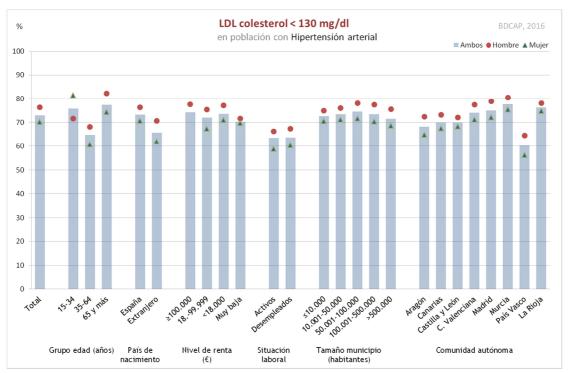


Colesterol total y LDL-colesterol

Colesterol total y LDL-colesterol en HTA

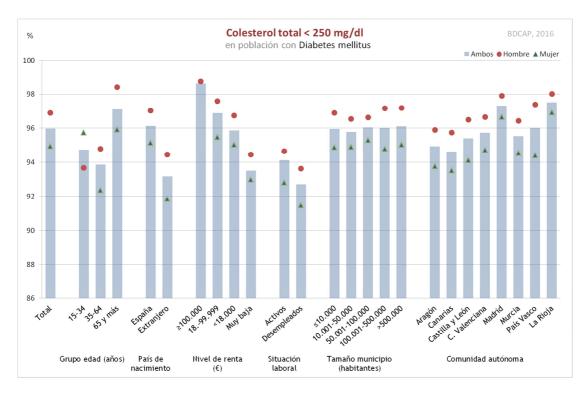
El colesterol total es inferior a 250 mg/dl en el 93,7% de las personas con hipertensión, y el LDL inferior a 130 mg/dl en el 73,0% de ellos. Los hombres presentan mejor control que las mujeres. No se observan tendencias definidas por variables socioeconómicas.

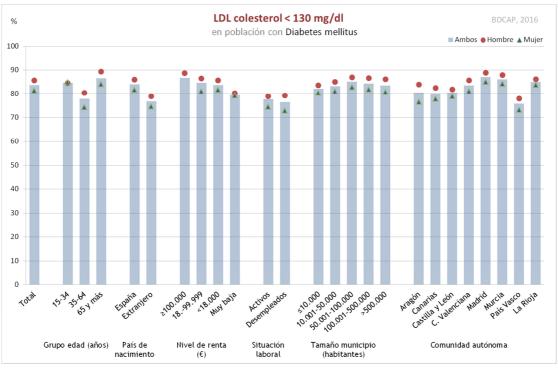




Colesterol total y LDL-colesterol en DM

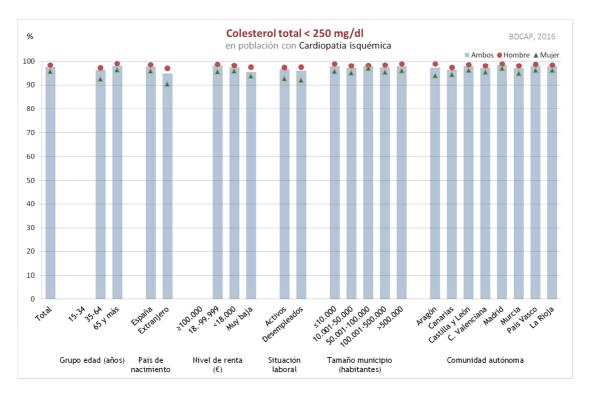
El 96% de los diabéticos tiene el colesterol total inferior a 250 mg/dl y el 83,6% el LDL-colesterol inferior a 130 mg/dl. Estas cifras son algo mayores en hombres que en mujeres. Y también en edades superiores, en nacidos en España y cuanto mayor es el nivel de renta. No hay diferencias relevantes por situación laboral ni por tamaño de municipio. Todo ello ocurre tanto en hombres como en mujeres. Por comunidades autónomas el porcentaje de diabéticos con Colesterol total inferior a 250 mg/dl oscila entre el 95,4% y el 97,5% y el LDL inferior a 130 mg/dl entre el 75,9% y el 87,6%.

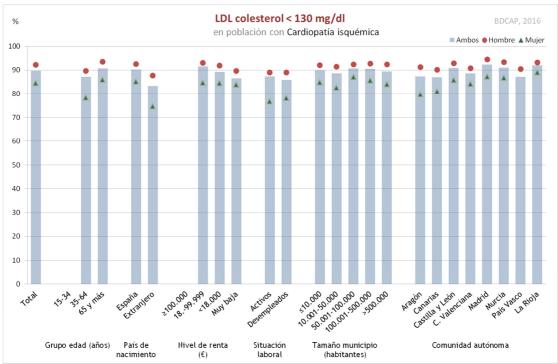


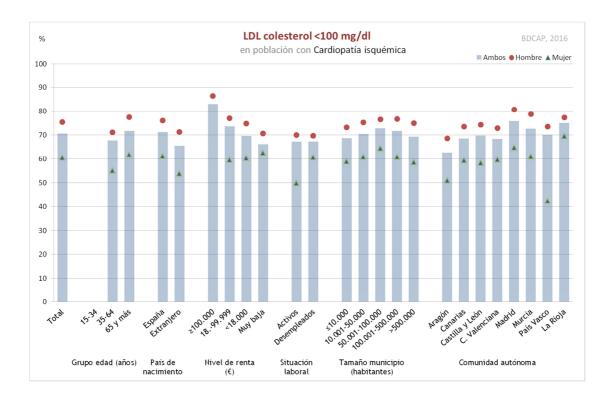


Colesterol total y LDL-colesterol en CI

El colesterol total se sitúa en cifras inferiores a 250 mg/dl en el 97,5% de las personas con enfermedad coronaria, el LDL-colesterol inferior a 130 mg/dl en el 89,7% e inferior a 100 mg/dl en el 70,6% de los casos. El control es mejor en los hombres, en los mayores de 65 años, en los nacidos en España y en los niveles de renta más altos.

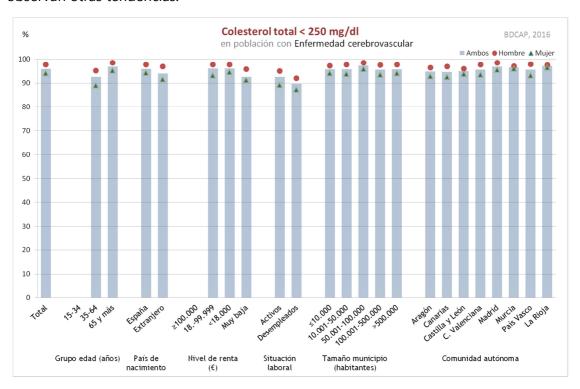


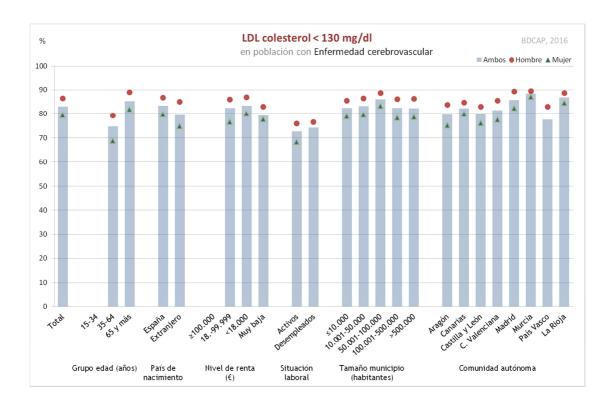


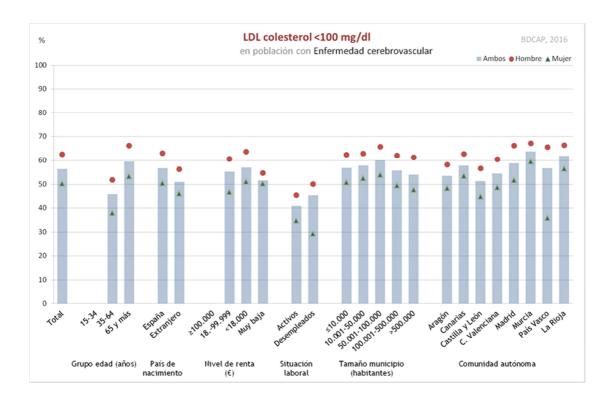


Colesterol total y LDL-colesterol en ECeV

El colesterol total es inferior a 250 mg/dl en el 95,9% de los casos, el LDL-colesterol inferior a 130 mg/dl en el 83,0% e inferior a 100 mg/dl en el 56,5%. El control es claramente mejor en los hombres, también en los mayores de 65 años. No se observan otras tendencias.

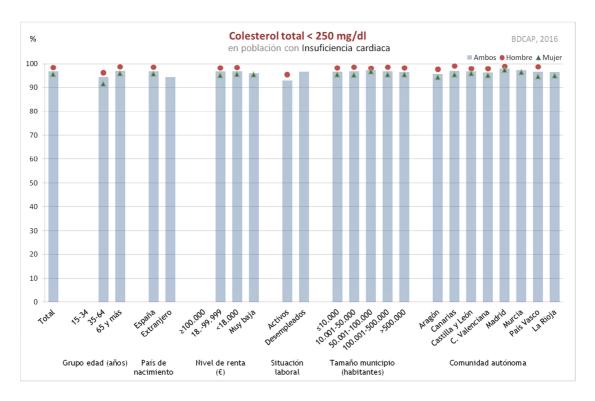


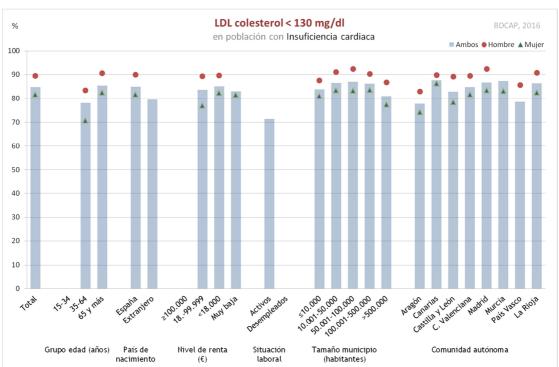




Colesterol total y LDL-colesterol en IC

El 96,6% de las personas con insuficiencia cardiaca presenta cifras de colesterol total inferiores a 250 mg/dl, y el 84,8% cifras de LDL-colesterol inferiores a 130 mg/dl, con mejor control en hombres y en mayores de 65años.

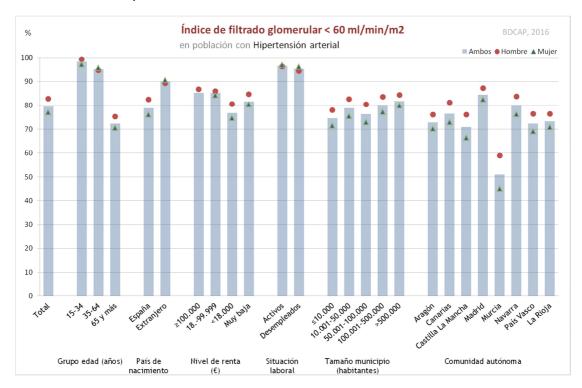




Función renal

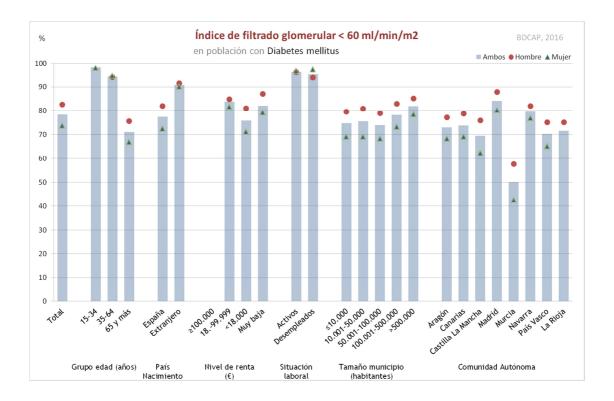
Función renal en HTA

La función renal según el Índice de filtrado glomerular (IFG) está en límites normales (IFG>60 ml/min/m²) en el 79,5% las personas con hipertensión, y empeora con la edad y la cifra es superior en los hombres. No se aprecian variaciones socioeconómicas importantes.



Función renal en DM

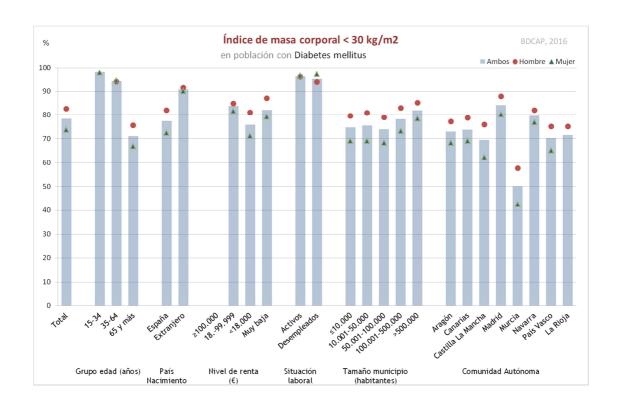
El 78% de las personas diabéticas presenta una función renal con IFG superior a 60 ml/min/m², con mayor proporción en hombres (82,6%) que en mujeres (73,7%). La cifra de personas con función renal >60 ml/min/m² es menor a medida que la edad aumenta y el tamaño del municipio desciende, así como en los españoles respecto a los nacidos fuera. Ni el nivel de renta ni la situación laboral marcan diferencias. Estas tendencias se observan tanto en hombres como mujeres. Por comunidades autónomas el porcentaje oscila del 50,1% al 82,2%.

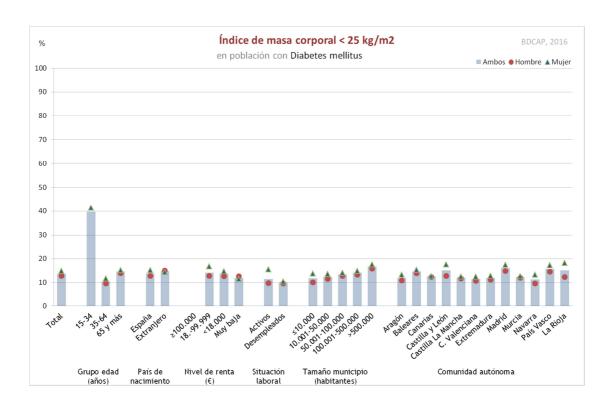


Índice de masa corporal

Índice de masa corporal en DM

Únicamente el 13,7% de los diabéticos presenta normopeso (IMC <25 kg/m²). El sobrepeso (IMC 25-29 kg/m²) aparece en el 87,3% de los hombres y en el 85,2% de las mujeres diabéticas, y la obesidad (IMC>30 kg/m²) en el 47,9% (44,8% de los hombres y 51,4% de las mujeres). Los adultos jóvenes muestran tasas inferiores de obesidad y sobrepeso. A menor nivel de renta y menor tamaño de municipio, las cifras de obesidad y sobrepeso son mayores. Los activos laboralmente presentan menos obesidad que los desempleados. Todo ello ocurre en ambos sexos. El porcentaje de personas con diabetes y obesidad varía en las comunidades autónomas entre el 44,1% y el 51,4%. Tienen normopeso entre el 11,2% y el 15,5%.

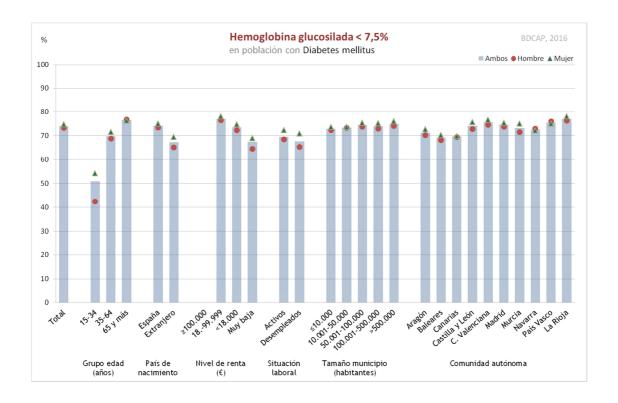




Hemoglobina glucosilada

Hemoglobina glucosilada en DM

El 73,9% de las personas con diabetes presenta cifras de HbA1c inferiores a 7,5%. El control mejora sustancialmente con la edad, es peor en las rentas más bajas y algo mejor en las poblaciones de mayor tamaño, en los españoles y en las personas laboralmente activas. El comportamiento es similar en ambos sexos. El porcentaje de personas diabéticas con este grado de control oscila en las comunidades autónomas Las comunidades autónomas oscilan entre el 69,9% y 77,0%.



Utilización de fármacos para el control de factores de riesgo

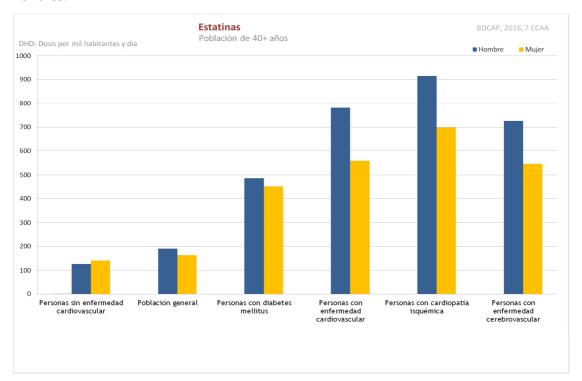
Estatinas

Se incluye en este apartado la utilización de estatinas en población general, en personas con diabetes mellitus, en personas con ECV establecida (que incluye cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y arteriopatía periférica) y en prevención primaria (sin ECV), para facilitar la comparación.

En las personas mayores de 40 años, se dispensa la cantidad de estatinas necesarias para tratar con la dosis estándar (DDD) durante todo el año al 84,3% de la población con cardiopatía isquémica, al 69,4% de las personas con enfermedad cardiovascular, al 47,0% de las personas con diabetes y al 13,4% de las personas sin enfermedad cardiovascular. Expresado en DHD para cada grupo de personas considerado obtenemos los valores promedio que se muestran a continuación: cardiopatía isquémica: 843,3 DHD, enfermedad cerebro vascular: 693,8 DHD, diabetes mellitus 470,2 DHD, prevención primaria: 134,1 DHD.

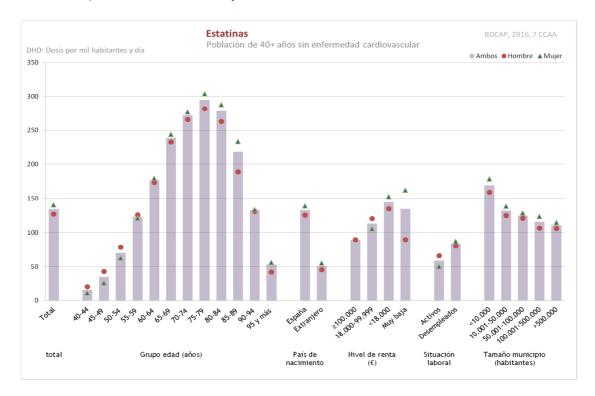
El hecho más llamativo que se observa es la diferencia en el consumo de estatinas entre hombres y mujeres en las personas que presentan enfermedad cardiovascular: los hombres consumen 781,1 DHD mientras que las mujeres consumen 558,3 DHD; en el caso de la cardiopatía isquémica las cifras respectivas son 914,1 DHD y 698,8 DHD. Esta diferencia puede deberse tanto a un distinto número de personas tratadas de forma crónica como a el empleo de mayor dosis diaria en los hombres.

En prevención primaria y en diabetes, las diferencias por sexo son mucho menores.

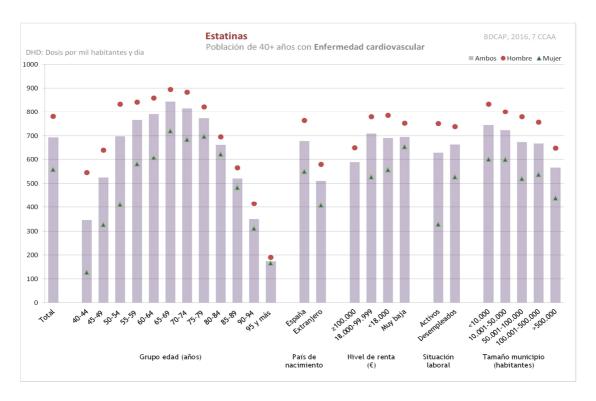


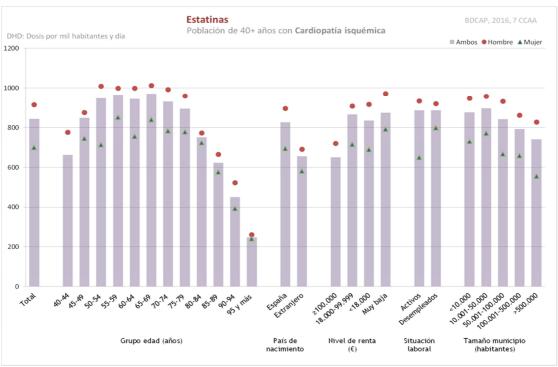
En los gráficos siguientes se expone el consumo de estatinas en los distintos grupos poblacionales expuestos, desagregando la información en las variables de clasificación habituales.

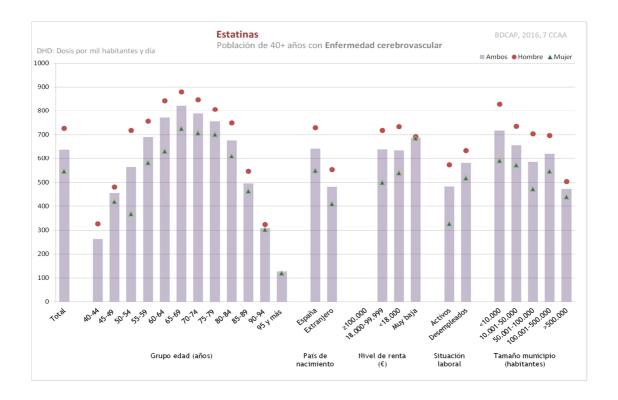
El consumo de estatinas en prevención primaria va creciendo con la edad, hasta el máximo en el quinquenio 75-79 años, en donde se dispensa estatinas para el tratamiento anual a dosis estándar para el 29,5% de la población sin enfermedad CV. Luego el consumo decrece hasta el 5,3% de la población de 95 y más años. Se observa gradiente social, más claro en la mujer. Es mayor el consumo entre los nacidos en España y en el medio rural, que no parece depender de la edad (gráficos pequeños, referidos a población de 40 años y más).



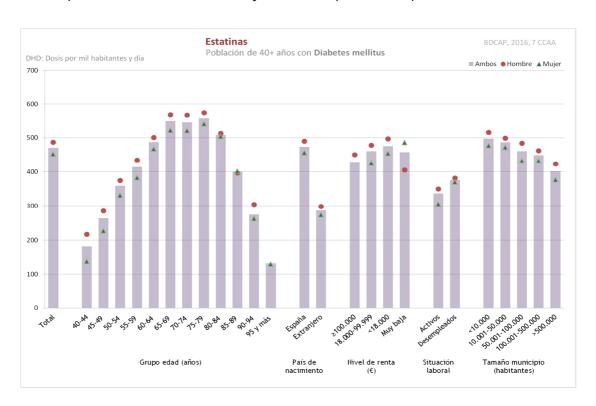
El perfil de consumo en las personas con enfermedad cardiovascular es algo distinto: ya se ha mencionado la diferencia de consumo por sexo, que aparece en todas las categorías desagregadas. El consumo por quinquenios crece más rápido que en prevención primaria, de modo que entre los 55 y 80 años el consumo es similar, sobre todo en cardiopatía isquémica. No se aprecia gradiente social claro; consumen más los nacidos en España y las zonas rurales, pero con menor brecha que la estimada para el grupo de personas en prevención primaria.



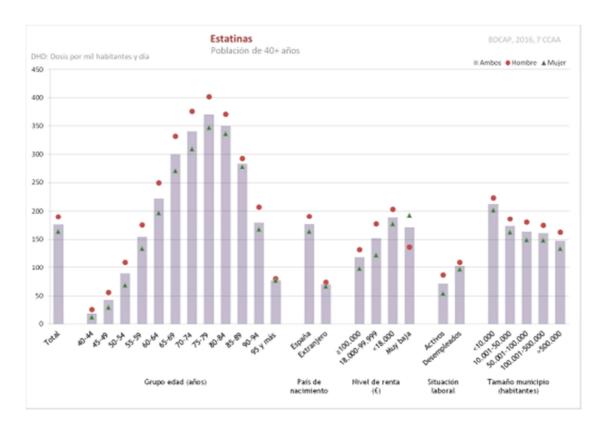


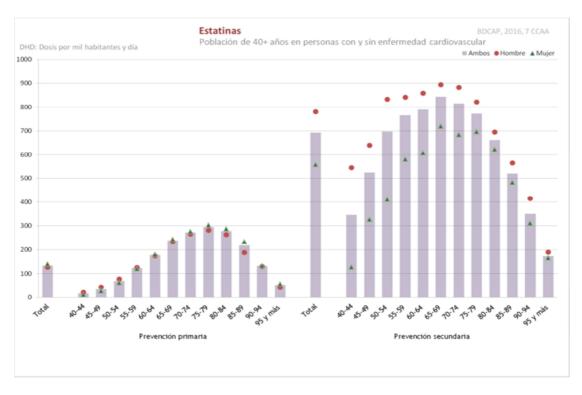


El perfil en diabéticos se asemeja más al de prevención primaria.



Gráficos complementarios.





Antihipertensivos en hipertensión arterial

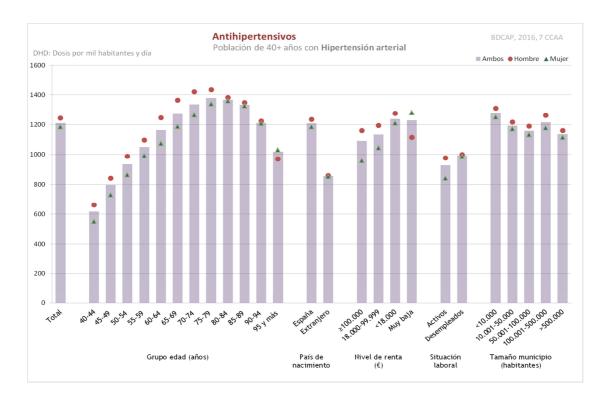
Antihipertensivos, consumo

Se presenta en este apartado el consumo de antihipertensivos en la población hipertensa.

La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios ha publicado recientemente el consumo de antihipertensivos en población general de toda España. Para disponer de un marco de referencia, en la tabla siguiente se comparan los datos de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) y los de la muestra utilizada en BDCAP (con datos de 7 comunidades autónomas).

	BDCAP, pi atención p CC	rimaria, 7	AEMPS, receta oficial, España		
	DHD	%	DHD	%	
Antihipertensivos (C02)	6,8	2,6	8,9	3,0	
Diuréticos (C03)	32,8	12,6	43,7	14,9	
Betabloqueantes (C07)	21,2	8,2	23,8	8,1	
Bloqueantes de los canales del calcio (C08)	34,3	13,2	38,3	13,1	
Antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (C09)	164,6	63,4	178,3	60,9	
Total	259,7	100,0	293,1	100,0	

Se dispensan 1.200 DHD de antihipertensivos a las personas con hipertensión arterial. La cantidad de antihipertensivos dispensados es mayor en los hombres y conforme avanza la edad hasta los 80 años. Se observa gradiente social en las mujeres, que reciben más cantidad de antihipertensivos según desciende el nivel de renta, con independencia de la edad; ocurre lo mismo con los españoles respecto a los nacidos en el extranjero. Las diferencias por tamaño de municipio se diluyen cuando se observa la distribución por edad.

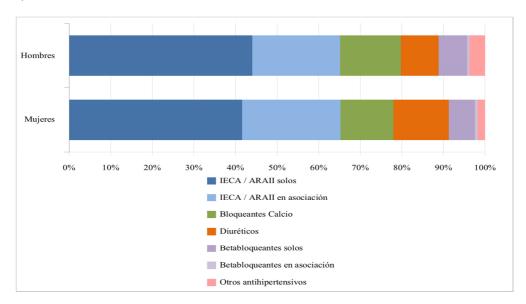


Antihipertensivos, tipo

El 65,2% de los antihipertensivos utilizados en HTA son los antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina angiotensina (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensia-IECA y antagonistas de los receptores de la angiotensina-ARAII) bien solos o bien en asociación, similar en ambos sexos. Siguen, en este orden: antagonistas del calcio, diuréticos, betabloqueantes y otros (de acción central, etc.).

Personas con hipertensión arterial		DHD		DHD (%)			
40+ años	Ambos Hombres		Mujeres	Ambos Hombres		Mujeres	
Antihipertensivos que actúan sobre el sistema renina- angiotensina (C09)		810,5	773,4	65,2	65,2	65,3	
Solos (C09A y C09C)	518,1	547,6	492,9	42,7	44,0	41,6	
En asociación (C09B, D, X)	272,4	262,9	280,5	22,5	21,1	23,7	
Bloqueantes de los canales del calcio (C08)	165,0	181,9	150,6	13,6	14,6	12,7	
Diuréticos (C03)	136,9	112,9	157,4	11,3	9,1	13,3	
Betabloqueantes (C07)	86,9	91,5	82,9	7,2	7,4	7,0	
Solos (C07A)	79,6	85,3	74,8	6,6	6,9	6,3	
En asociación (C07B, C, D, F)	7,2	6,2	8,1	0,6	0,5	0,7	
Antihipertensivos (C02)	32,9	47,1	20,8	2,7	3,8	1,8	
Cualquier antihipertensivo	1.212,2	1.243,9	1.185,1	100,0	100,0	100,0	

En la mujer se dispensan más diuréticos que en los hombres (157,4 y 112,8 DHD respectivamente), a expensas de los bloqueantes de los canales de calcio (181,9 y 150,6 DHD).



A mayor nivel de renta se prescriben, proporcionalmente, más IECA/ARAII y a menor nivel de renta, más diuréticos.

Proporcionalmente se dispensan más IECA/ARAII en poblaciones intermedias y más diuréticos en grandes ciudades.

En los nacidos en España se prescriben proporcionalmente más diuréticos y bloqueantes de los canales del calcio que en los nacidos en el extranjero.

Anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios. INR

La dosis de anticoagulante orales está especialmente individualizada y, por tanto, la interpretación de la DHD en términos de cantidad de fármaco dispensado suficiente para tratar a la dosis estándar durante un año, aunque exacta conceptualmente no puede hacerse intuitivamenre como equivalente al porcentaje (dividiendo por 10) de personas anticoaguladas de forma permanente. Por esto se añade otra aproximación, el número de personas con fibrilación auricular (FA) que ha recibido al menos 1 envase del grupo farmacológico.

Como se observa en la tabla, se dispensa anticuagulantes para proporcionar una dosis estándar diaria al 40,5% de las personas con FA de 65y más años. El porcentaje de estas personas al que se le ha dispensado al menos 1 envase en el año es del 74,3%.

En el caso de los antiagregantes las cifras respectivas son 16,1% y 23,3%.

En conjunto, el 88,1% de las personas con FA de 65 y más años han recibido al menos 1 envase de anticoagulante oral o de antiagregante, en cantidad suficiente para tratar al 56,6 de esta población con la dosis estándar durante el año.

No se observan grandes diferencias por sexo.

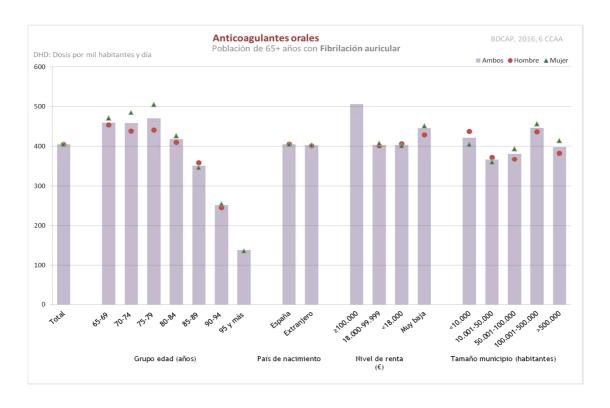
Personas con fibrilación auricular 65+ años	DHD				DHD (%)		% personas con al menos 1 envase			
	Ambos	Hombre	Mujer	Ambos	Hombre	Mujer	Ambos	Hombre	Mujer	
Anticoagulantes orales	404,7	404,9	404,5	71,5	70,0	73,0	74,3	75,7	72,9	
Antagonistas de la vitamina K (B01AA)	237,7	235,2	240,2	42,0	40,6	43,4	58,9	59,8	58,0	
Nuevos anticoagulantes (B01AE y F)	167,0	169,7	164,3	29,5	29,3	29,7	17,8	18,2	17,4	
Inhibidores de la agregación plaquetaria (B01	161,4	173,8	149,5	28,5	30,0	27,0	23,3	24,5	22,1	
Anticoagulantes o Antiagregantes	566,13	578,62	554,02				88,1	88,4	87,7	

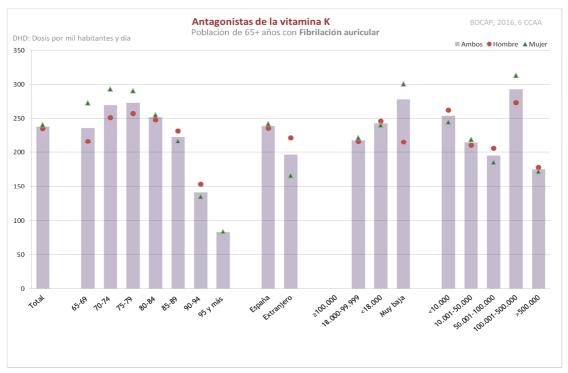
En las páginas siguientes se proporcionan los datos desagregados, en DHD, por las variables de clasificación para cada grupo de fármaco. La distribución del porcentaje de personas con el menos 1 envase en estas variables es similar y no se representa.

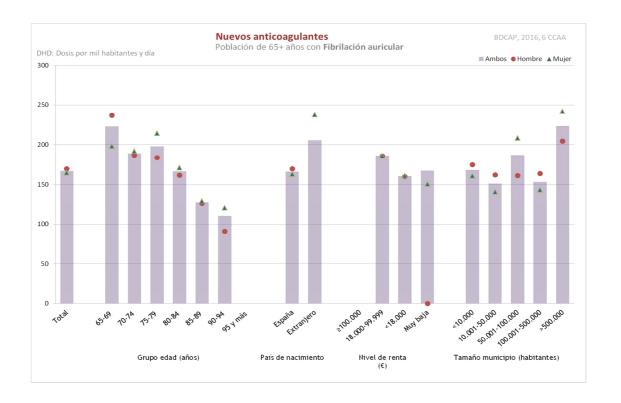
Se reduce la prescripción de anticoagulantes orales a partir de los 85 años y sobre todo de los 90, y crece, en estos grupos, la de antiagregantes. En conjunto, en anticoagulantes y en antiagregantes no se observan diferencias por renta, país de nacimiento o tamaño del municipio. Hay gradiente social en la mujer en la prescripción de antagonistas de la vitamina K.

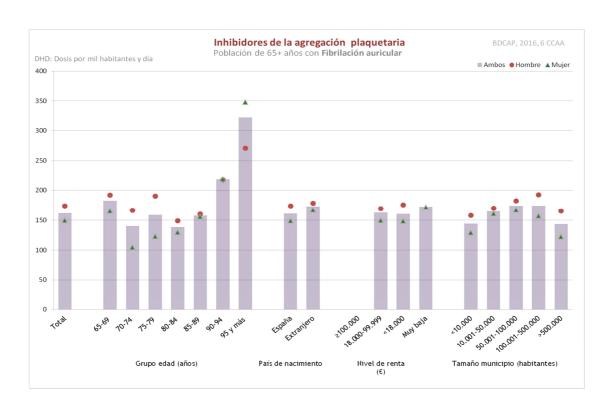
En cada grupo quinquenal de edad hay escasa diferencia en la cantidad global de anticoagulante o antiagregante. En la mujer se prescriben más anticoagulantes orales entre los 65 y 79 años (sobre todo antivitamina K), y, por contra, más antiagregantes en los hombres que en las mujeres. A partir de los 95 años la situación se invierte.

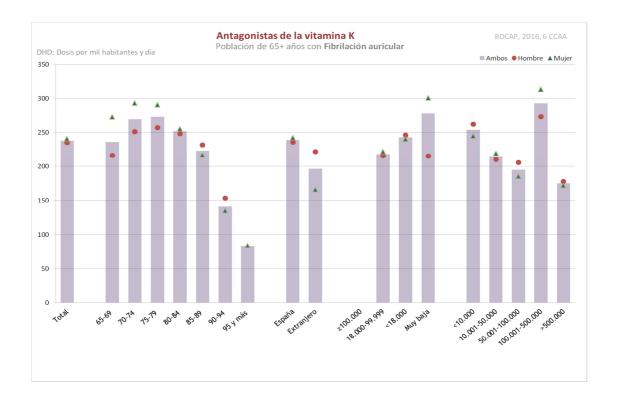
Anticoagulantes orales y antiagregantes plaquetarios







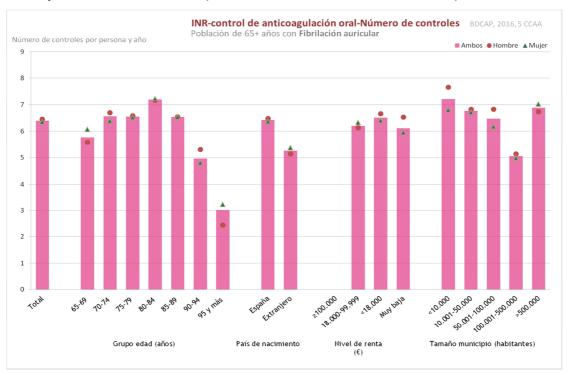


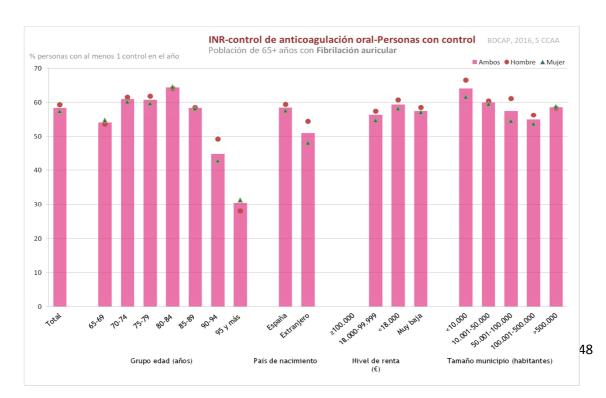


Control de anticoaquiación oral con INR

Se presentan los datos referidos al control de la anticoagulación mediante el International Normalized Ratio (INR) capilar. Proceden de 5 comunidades autónomas distintas a las que proporcionan el uso de fármacos (coinciden 2). En las personas con FA de 65 años y más años se realizan en promedio 6,4 controles de INR por persona y año. Se ha realizado al menos un control de INR al 58,3% de las personas con fibrilación auricular de 65 y más años.

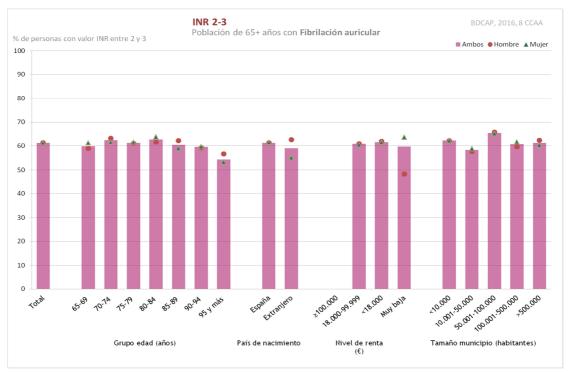
En ambos casos, no se observan diferencias relevantes por sexo. Por grupos de edad y país de nacimiento, la curva es similar al consumo de antivitamina K (disminuyen los controles en las edades más extremas, donde se anticoagula menos). No hay tendencia reconocible por nivel de renta o tamaño de municipio.

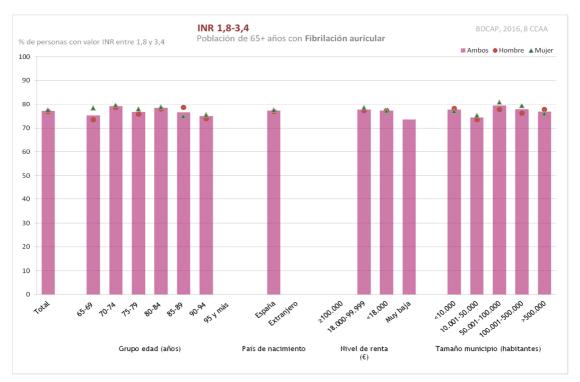




Se recomienda como norma general que el valor de INR ha de situarse entre 2 y 3. Este valor se alcanza tras ajustes en la dosificación y también teniendo en cuenta ciertas características individuales que pueden aconsejar valores de INR en otro rango.

Los datos que se presentan aquí proceden del último valor registrado, con independencia de si la persona está iniciando el ajuste de dosis o permanece estable. El 61,4% de las personas con fibrilación auricular mayor de 64 años presenta, en este estudio, un INR entre 2 y 3, y el 77,2% lo tiene entre 1,8 y 3,4, intervalo en el que, en principio, no se requiere ajuste de dosis. Sin embargo, aparecen valores de INR compatibles con infradosificación en el 13,6% y de sobredosificación en el 9,2% de los casos. No se aprecian diferencias por sexo ni por el resto variables.



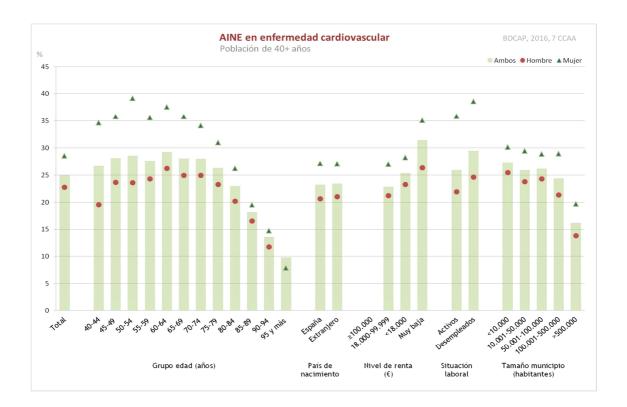


Estrategia de seguridad del paciente: No hacer

AINE y enfermedad cardiovascular

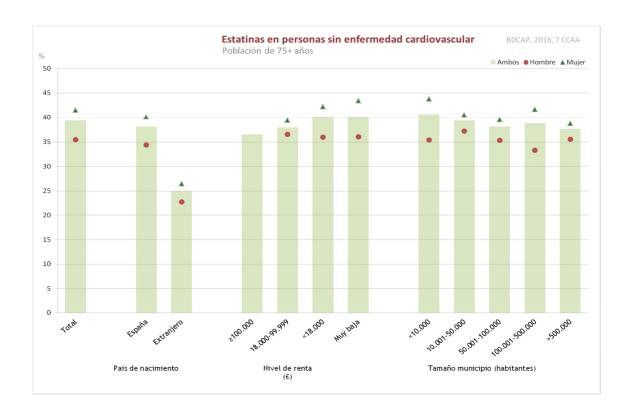
En la Estrategia de seguridad del paciente se contemplan algunos indicadores del tipo "no hacer" relacionados con la utilización de fármacos en problemas de salud que aquí se están analizando.

Se considera que no es buena práctica utilizar AINE-antiinflamatorios no esteroideos- en personas con enfermedad cardiovascular. En el gráfico siguiente se indica el porcentaje de personas con enfermedad cardo vascular (ECV) que ha recibido al menos 1 envase de AINE en el año, que en conjunto es del 25,0%, 22,6% en hombres y 28,6% en mujeres. Las diferencias por sexo son mucho más señaladas hasta los 75 años, cuando además desciende el porcentaje global de personas con AINE. Se observa gradiente social en ambos sexos, con más prescripción a menor renta.



Hipolipemiantes en 75y más años sin ECV

Se considera que la población mayor de 75 años libre de enfermedad cardiovascular no es subsidiaria de tomar estatinas. En esta población, la dispensación de al menos un envase de estatinas en el año alcanza al 39,3% de ellos, 35,5% en hombres y 41,5% en mujeres. El porcentaje es mayor en los nacidos en España y a menor nivel de renta.

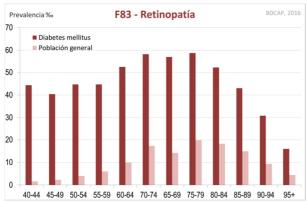


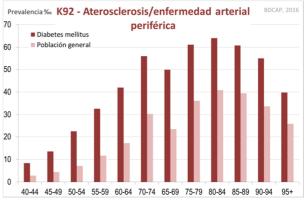
Comorbilidad en diabetes mellitus

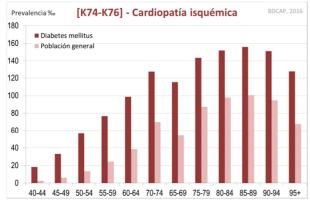
Se presenta una comparación de la prevalencia de una selección de problemas de salud en personas con diabetes y en población general.

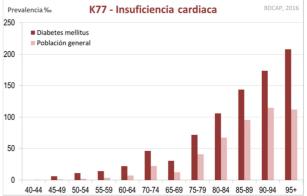
Los datos muestran la mayor frecuencia de determinados problemas de salud en las personas con diabetes.

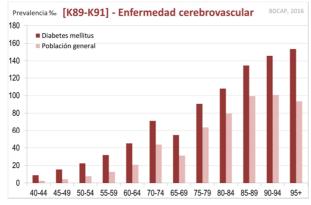
La información se desagrega por edad para mostrar que esta mayor frecuencia ocurre en todos los grupos de edad.

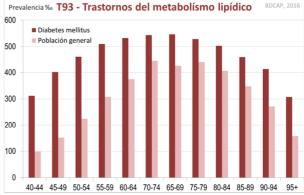












Anexo 1. DHD y DDD

La medida DHD-dosis diaria definida por mil habitantes y día pretende dar cuenta de la cantidad de un fármaco consumida por una población dada de una manera más precisa que el número de envases. Se calcula dividiendo la cantidad total de DDD-dosis diaria definida-consumidas en un año entre la población de que se trate y el tiempo en días; y se multiplica por mil.

La DDD es una convención internacional que intenta normalizar a una misma unidad, uno, las distintas dosis de los principios activos, considerando como tal unidad de DDD a la dosis diaria estándar de cada fármaco utiilizada en su indicación principal. Por ejemplo, la DDD (en miligramos) de atorvastatina es 20, amoxicilina 1000, paracetamol 3.000 o acecumarol 5. Con Con independencia de la DDD que se ha fijado convencionalmente, ha de tenerse en cuenta que la dosis diaria que realmente se prescribe a cada paciente y en cada situación clinica puede variar. Por tanto, las DDD, y por tanto, la DHD, han de interpretarse como un instrumento comparativo abstracto y normalizado.

En este texto, en el caso de los fármacos crónicos, utilizamos una interpretación intuitiva de la DHD, para intentar hablar más que de una cantidad de fármaco abstracta, del porcentaje de población que toma un fármaco de forma crónica. De la siguiente manera: expresamos la DHD como la cantidad de fármaco suficiente para tratar a 1.000 personas con 1 DDD durante un año; esta expresión, si se dan las condiciones de que el fármaco se tome a diario y a la dosis que indica la DDD, se puede interpretar como el porcentaje de población que toma un fármaco crónico (dividendo la DHD por 10). Se trata de una aproximación, puesto que en el conjunto de la población van a existir personas que, por la razón que sea, que no han tomado el fármaco durante todo el año, y a otras se les ha prescrito una dosis diaria distinta de la DDD.

En la tabla siguiente se recogen las DDD de los fármacos aquí reseñados, tal como aparecen en el Nomenclátor del SNS y en la <u>página web de la WHO</u>.

Principio		
activo ATC	Descripción	DDD mg
B01AA03	WARFARINA	7,5
B01AA07	ACENOCUMAROL	5
B01AB01	HEPARINA	10000
B01AB04	DALTEPARINA	2500
B01AB05	ENOXAPARINA	2000
B01AB06	NADROPARINA	2850
B01AB10	TINZAPARINA	3500
B01AB12	BEMIPARINA	2500
B01AC04	CLOPIDOGREL	75
B01AC05	TICLOPIDINA	500
B01AC06	ACETILSALICILICO ACIDO	1
B01AC07	DIPIRIDAMOL	400
B01AC18	TRIFLUSAL	600
B01AC22	PRASUGREL	10
B01AC23	CILOSTAZOL	200
B01AC24	TICAGRELOR	180
B01AC30	ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS EN ASOCIACION (CLOPIE	
B01AE07	DABIGATRAN ETEXILATO	300
B01AF02	APIXABAN	10
C02AB01	METILDOPA	1000
C02AC01	CLONIDINA	0,45
C02AC05	MOXONIDINA	0,3
C02CA01	PRAZOSINA	5
C02CA04	DOXAZOSINA	4
C02DB02	HIDRALAZINA	100
C02DC01	MINOXIDIL	20
C02KX01	BOSENTAN	250
C03AA03	HIDROCLOROTIAZIDA	25
C03BA04	CLORTALIDONA	25
C03BA10	XIPAMIDA	20
C03BA11	INDAPAMIDA	2,5
C03CA01	FUROSEMIDA	40
C03CA02	BUMETANIDA	1
C03CA03	PIRETANIDA	6
C03CA04	TORASEMIDA	15
C03DA01	ESPIRONOLACTONA	75
C03DA04	EPLERENONA	50
C03EA01	HIDROCLOROTIAZIDA+AHORRADOR DE POTASIO	1
C03EA04	ALTIZIDA+AHORRADOR DE POTASIO	1
C03EA06	CLORTALIDONA+AHORRADOR DE POTASIO	1
C03EB01	FUROSEMIDA+AHORRADOR DE POTASIO	1
C07AA0E	OXPRENOLOL	160
C07AA05	PROPRANOLOL	160
C07AA12	SOTALOL	160
C07AA12	NADOLOL	Subdingeriée Congrel de Informeriée Conjunt

C07AB02	METOPROLOL	150
C07AB03	ATENOLOL	75
C07AB07	BISOPROLOL	10
C07AB08	CELIPROLOL	200
C07AB12	NEBIVOLOL	5
C07AG01	LABETALOL	600
C07AG02	CARVEDILOL	37,5
C07BB03	ATENOLOL ASOCIADO A TIAZIDAS	1
C07BB07	BISOPROLOL ASOC. A TIAZIDA	1
C07BB12	NEBIVOLOL ASOC. A HIDROCLOROTIAZIDA	1
C07CB03	ATENOLOL ASOCIADO A OTROS DIURETICOS	1
C07DB01	ATENOLOL+TIAZIDA+OTROS DIURETICOS	1
C07FB02	METOPROLOL ASOC.OTROS ANTIHIPERTENSIVOS	1
C08CA01	AMLODIPINO	5
C08CA02	FELODIPINO	5
C08CA04	NICARDIPINO	90
C08CA05	NIFEDIPINO	30
C08CA06	NIMODIPINO	300
C08CA07	NISOLDIPINO	20
C08CA08	NITRENDIPINO	20
C08CA09	LACIDIPINO	4
C08CA11	MANIDIPINO	10
C08CA12	BARNIDIPINO	10
C08CA13	LERCANIDIPINO	10
C08DA01	VERAPAMILO	240
C08DB01	DILTIAZEM	240
C09AA01	CAPTOPRIL	50
C09AA02	ENALAPRIL	10
C09AA03	LISINOPRIL	10
C09AA04	PERINDOPRIL	4
C09AA05	RAMIPRIL	2,5
C09AA06	QUINAPRIL	15
C09AA07	BENAZEPRIL	7,5
C09AA08	CILAZAPRIL	2,5
C09AA09	FOSINOPRIL	15
C09AA10	TRANDOLAPRIL	2
C09AA12	DELAPRIL	30
C09AA16	IMIDAPRIL	10
C09BA01	CAPTOPRIL+DIURETICOS	1
C09BA02	ENALAPRIL+DIURETICOS	1
C09BA03	LISINOPRIL+DIURETICOS	1
C09BA04	PERINDOPRIL+DIURETICOS	1
C09BA05	RAMIPRIL+DIURETICOS	1
C09BA06	QUINAPRIL+DIURETICOS	1
C09BA07	BENAZEPRIL+DIURETICOS	1
C09BA08	CILAZAPRIL+DIURETICOS	1

C09BA09	FOSINOPRIL+DIURETICOS	1
C09BB02	ENALAPRIL+LERCANIDIPINO	1
C09BB04	PERINDOPRIL+AMLODIPINO	1
C09BB05	RAMIPRIL+FELODIPINO	1
C09BB06	ENALAPRIL+NITRENDIPINO	1
C09BB10	TRANDOLAPRIL+VERAPAMILO	1
C09BB12	DELAPRIL+MANIDIPINO	1
C09CA01	LOSARTAN	50
C09CA02	EPROSARTAN	600
C09CA03	VALSARTAN	80
C09CA04	IRBESARTAN	150
C09CA06	CANDESARTAN	8
C09CA07	TELMISARTAN	40
C09CA08	OLMESARTAN MEDOXOMILO	20
C09DA01	LOSARTAN+DIURETICOS	1
C09DA02	EPROSARTAN+DIURETICOS	1
C09DA03	VALSARTAN+DIURETICOS	1
C09DA04	IRBESARTAN+DIURETICOS	1
C09DA06	CANDESARTAN+DIURETICOS	1
C09DA07	TELMISARTAN+DIURETICOS	1
C09DA08	OLMESARTAN MEDOXOMILO+DIURETICOS	1
C09DB01	VALSARTAN+AMLODIPINO	1
C09DB02	OLMESARTAN MEDOXOMILO+AMLODIPINO	1
C09DB04	TELMISARTAN+AMLODIPINO	1
C09DX01	VALSARTAN+AMLODIPINO+HIDROCLOROTIAZIDA	1
C09DX03	OLMESARTAN MEDOXOMILO + AMLODIPINO + HIDROCLOROTIAZIDA	1
C09XA02	ALISKIREN	150
C09XA52	ALISKIREN + HIDROCLOROTIAZIDA	1
C10AA01	SIMVASTATINA	30
C10AA02	LOVASTATINA	45
C10AA03	PRAVASTATINA	30
C10AA04	FLUVASTATINA	60
C10AA05	ATORVASTATINA	20
C10AA07	ROSUVASTATINA	10
C10AA08	PITAVASTATINA	2

Anexo 2. Códigos CIAP2 y ATC utilizados

Códigos y literales CIAP2 y las agrupaciones utilizadas

Enfermedad coronaria

K74 Isquemia cardiaca con angina

K75 Infarto agudo de miocardio

K76 Isquemia cardiaca sin angina

Enfermedad cerebrovascular

K89 Isquemia cerebral transitoria

K90 Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía

K91 Enfermedad cerebrovascular

Enfermedad cardiovascular

K74-76 Enfermedad coronaria

K89-91 Enfermedad cerebrovascular

K92 Aterosclerosis/enfermedad arterial periférica

K77 Insuficiencia cardiaca

K78 Fibrilación auricular/aleteo auricular

Hipertensión arterial

K86 Hipertensión no complicada

K87 Hipertensión con afectación de órganos diana

Diabetes Mellitus

T89 Diabetes insulinodeoendiente

T90 Diabetes no insulinodependiente

T93 Trastornos del metabolismo lipídico

Antihipertensivos	
CO2 ANTIHIPERTENSIVOS	
CO3 DIURETICOS	
CO7 BETABLOQUEANTES	
CO8 BLOQUEANTES DE LOS CANALES DEL CALCIO	
CO9 ANTIHIPERTENSIVOS ACCION SISTEMA RENINA-ANGIOTENS.	
Estatinas	
C10AA INHIBIDORES DE LA HMG-Coa REDUCTASA (MODIFICADORES LIPIDOS)	
Anticoagulantes orales	
B01AA ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K	
B01AE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA	
B01AF INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTO XA	
Antagonistas de la vitamina K	
B01AA ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K	
Nuevos anticoagulantes	
B01AE INHIBIDORES DIRECTOS DE LA TROMBINA	
B01AF INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTO XA	
Inhibidores de la agregación plaquetaria	
B01AC INHIBIDORES DE LA AGREGACION PLAQUETARIA	

Anexo 3: Poblaciones y Comunidades autónomas

			Población
			elevada y
	Nº CCAA	Muestra	ponderada*
Prevalencia de problemas de salud	17	4.755.240	44.730.624
Uso de medicamentos	7	980.103	9.168.265
Colesterol total y LDL	8	2.388.690	20.603.873
Índice de filtrado glomerular	8	1.964.630	16.160.052
Presión arterial	12	2.981.131	25.284.916
Índice de masa corporal	12	2.981.131	25.284.916
Hemoglobina glucosilada	10	2.621.295	22.298.092
INR-control de anticoagulación oral	5	1.133.652	9.829.159
INR- Valor del parámetro	8	1.894.131	16.328.269

^{*}Población elevada y ponderada a población asignada a atención primaria

Cod CCAA		Elevada y ponderadsa	qui	Selman Selman	Pros Solud	100 A STEN	The Strol VI of Ing	Mr. O.	Me de file.	Monto, 40 80m	telnis tolen
01 Andalucía	745.269	8.073.381	AN								
02 Aragón	155.506	1.292.183	AR	AR	AR	AR	AR	AR		AR	
03 Asturias	106.328	1.027.078	AS	AS							
04 Baleares	148.339	1.071.890	BL		BL		BL				
05 Canarias	173.101	1.968.144	CA	CA	CA	CA	CA	CA		CA	
06 Cantabria	100.525	566.333	CN	CN							
07 Castilla y Leór	288.770	2.357.167	CL		CL	CL	CL			CL	
08 Castilla La Ma	251.469	1.934.220	CM		СМ			CM		CM	
09 Cataluña	569.977	7.139.322	CT								
10 Comunidad Va	471.025	4.643.203	CV		CV	CV	CV				
11 Extremadura	108.367	1.052.604	EX	EX	EX				EX		
12 Galicia	252.010	2.639.594	GL	GL							
13 Madrid	661.802	6.421.604	MD		MD	MD	MD	MD	MD	MD	
14 Murcia	190.854	1.421.650	MR		MR	MR	MR	MR	MR	MR	
15 Navarra	84.266	622.329	NV	NV	NV		NV	NV	NV	NV	
16 Pais Vasco	359.269	2.188.950	PV		PV	PV	PV	PV			
17 La Rioja	88.363	310.972	LR		LR	LR	LR	LR	LR	LR	
18 Ingesa											
TOTAL	4.755.240	44.730.624	17	7	12	8	10	8	5	8	

Anexo 4: Tablas de datos de los gráficos

Ver Excel: <u>Anexo tablas de datos</u>.