

- COMUNICACIONES -

17^a Reunión SEH-LELHA

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 1

ANAKINRA, UN INHIBIDOR DE LOS RECEPTORES PARA INTERLEUQUINA-1 (IL-1) RESTAURA LA FUNCIÓN ENDOTELIAL ALTERADA POR LA DIABETES MELLITUS TIPO I EXPERIMENTAL

E. PALACIOS ROSAS (1), F. ALVAREZ (1), C. PEIRÓ (1), C. SÁNCHEZ-FERRER (1).

(1) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ANAKINRA, INTERLEUQUINA-1, FUNCIÓN ENDOTELIAL

RESUMEN:

Estudios de nuestro laboratorio indican que la interleuquina 1-b (IL-1b; 1, 2,5 y 10 ng/ml) induce disfunción endotelial en microvasos mesentéricos de rata, que se potencia cuando la concentración de D-glucosa extracelular asciende a 11 ó 22 mmol/L. Estos efectos son inhibidos mediante el bloqueo de los receptores para IL-1 con anakinra (AK, 10 á 100 µg/mL). En el presente trabajo se ha utilizado este agente para analizar el posible papel de estas citoquinas pro-inflamatorias en la disfunción endotelial asociada a la diabetes mellitus. Asimismo, se ha analizado el papel de la enzima NADPH oxidasa como productora de aniones superóxido, utilizando un inhibidor de la enzima (apocinina) y un barredor de aniones superóxido (tempol).

Metodología: se estudió la relajación endotelio-dependiente inducida por acetilcolina (ACh, 0,1 nmol/L a 10 µmol/L) en microvasos aislados de la tercera rama de la arteria mesentérica, obtenidas de ratas Sprague-Dawley con diabetes inducida dos semanas antes, mediante la inyección i.p. de estreptozotocina (60 mg/kg). Algunos grupos de animales se trataron con AK durante los días previos al estudio (AK, 100 mg/kg cada 24 h durante 3 ó 7 días; AK, 160 mg/kg cada 24 h durante 3 días). En algunos casos, antes de la curva a ACh, los vasos se preincubaron durante 30 min con 100 µmol/L de tempol o 10 µmol/L de apocinina.

Resultados: el deterioro de la relajación inducida por ACh ($P < 0,003$) a partir de la segunda semana de inducción de la diabetes se revirtió parcialmente ($P < 0,01$) cuando los animales recibieron previamente 100 mg/kg de AK. Este efecto no se modificó por la duración del tratamiento (3 ó 7 días antes del estudio). El tratamiento de los animales diabéticos con 160 mg/kg de AK (3 días antes del estudio) restauró totalmente ($P < 0,001$) la función endotelial de los microvasos de animales diabéticos, que fue entonces similar a la de los animales no diabéticos. Las relajaciones no dependientes de endotelio, inducidas con nitroprusiato sódico (1 nmol/L to 10 mmol/L), no se alteraron en los animales diabéticos con o sin tratamiento con AK. Cuando los microvasos mesentéricos obtenidos de ratas diabéticas (no tratadas con AK) fueron pre-incubados con 100 mmol/L de tempol o 10 µmol/L de apocinina, la disfunción endotelial se redujo de forma significativa ($P < 0,001$), lo que sugiere la participación de estos mecanismos, posiblemente activados por las citoquinas pro-inflamatorias circulantes.

Conclusiones: la disfunción endotelial asociada a la diabetes mellitus, inducida experimentalmente en ratas, parece estar mediada por citoquinas inflamatorias del tipo de la IL-1b, ya que la función

endotelial se restaura totalmente en animales tratados durante tres días con 160 mg/kg de anakinra, un bloqueante de los receptores para IL-1. Además, el mecanismo estimulado por estas citoquinas puede incluir la activación de la enzima NADPH oxidasa vascular y el consiguiente aumento en la producción de aniones superóxido.

PÓSTER Nº: 2

PRO-PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL N-TERMINAL EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

P. BRAILLARD POCARD (1), F. BATISTA GARCÍA (1), N. ESPARZA MARTÍN (1), S. SURIA GONZÁLEZ (1), M. RIAÑO RUIZ (2), A. Y. SÁNCHEZ SANTANA (1), E. J. FERNÁNDEZ TAGARRO (1), A. RAMÍREZ PUGA (1), A. CALDERÍN ORTEGA (3), M. D. CHECA ANDRÉS (1).

- (1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.
(2) SERVICIO DE BIOQUÍMICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.
(3) ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL UNIV. INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, INSUFICIENCIA RENAL, PRO-PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL N-TERMINAL

RESUMEN:

Introducción: Es conocido que tanto los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) como los pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP) presentan un aumento del riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular. En la población general, el aumento de los niveles de pro-péptido natriurético cerebral N-Terminal (NT-proBNP) se asocia a un aumento de su morbimortalidad cardiovascular. Si bien actualmente no existe ninguna guía que aconseje su utilidad en personas asintomáticas, si parece aceptarse su utilidad en determinadas subpoblaciones, incluidas aquellas en riesgo intermedio-alto de enfermedad cardiovascular y aquellas en las que es preciso una valoración preoperatoria.

Objetivos: 1) Valorar los niveles de NT-proBNP en pacientes con IRC con o sin EAP; 2) Estudiar con qué variables se correlaciona el NT-proBNP en estos pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de 72 pacientes con IRC y sin datos clínicos de insuficiencia cardiaca, 55 sin EAP y 17 con EAP (Todos en estadios III ó IV de Fontaine). Tras la firma del consentimiento informado (Estudio aprobado por el Comité de Ética), se recogían los datos clínicos y farmacológicos y se solicitaba analítica (hemograma, bioquímica sangre y orina 24 hs, NT-proBNP, troponinas, beta2-microglobulina, PCR y PTHi). Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron 72 pacientes ($63,82 \pm 11,37$ años) con IRC (MDRD4: $42,18 \pm 10,15$ ml/min), 45 hombres y 27 mujeres. Respecto a los niveles de NT-proBNP en los 72 pacientes con IRC eran de $1404,44 \pm 2125,41$ mg/dl. Al subdividirlos según presentasen o no EAP, se encontró que los pacientes con EAP presentaban niveles mayores de NT-proBNP que los pacientes sin EAP ($2561,19 \pm 2526,96$ vs $247,69 \pm 309,54$ mg/dl, $p = 0,000$). Al estudiar con qué variables se correlacionaba el NT-proBNP en estos pacientes, se encontraron los resultados que se muestran en la siguiente tabla:

	Edad	ADE	HDL	PCR	Troponinas	Beta2- microglobulina
Correlación de Pearson NT-proBNP	r = 0,45	r = 0,63	r = - 0,56	r = 0,74	r = 0,51	r = 0,81
p	0,010	0,000	0,01	0,000	0,03	0,000

Conclusiones: Para un grado similar de IRC, los pacientes con EAP presentan niveles mayores de NT-proBNP que aquellos sin EAP lo que sugeriría una mayor probabilidad de complicaciones cardiovasculares y un mayor riesgo de complicaciones perioperatorias. Los niveles de NT-proBNP se relacionan positivamente con la edad, el ADE, la PCR, la beta-2 microglobulina y los niveles de troponinas y negativamente con los niveles de HDL lo que podría indicar que el NT-proBNP está relacionado con biomarcadores de inflamación, de EAP, de riesgo cardiovascular y de daño cardíaco.

PÓSTER Nº: 3

CONOCIMIENTOS SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LOS ALUMNOS DE MEDICINA

M. OSORIO SOLAR (1), L. VARA GONZÁLEZ (2), S. VELILLA ZANCADA (3).

(1) C.S. DÁVILA. SANTANDER. (2) C.S. CASTILLA HERMIDA. SANTANDER. (3) C.S. CENTRO. SANTANDER.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL, FORMACIÓN PREGRADO

RESUMEN:

Propósito de estudio: Averiguar cuáles son los conocimientos que tienen los alumnos de Medicina sobre algunos conceptos básicos de la hipertensión arterial (HTA) y de la técnica de medición de la presión arterial (PA).

Métodos usados: Se ha realizado una encuesta a 122 alumnos de 4º curso de Medicina antes de iniciar un seminario sobre la técnica de medición de la PA y el diagnóstico de la HTA. En ella se ha preguntado sobre: la instrucción teórica y práctica recibida anteriormente por los alumnos; el concepto y cálculo del pico de insuflación; la conveniencia de utilizar manguitos de diferente tamaño, y sobre las cifras que definen la HTA.

Resultados: Todos los alumnos habían sido instruidos sobre la técnica de medición de la PA y habían realizado alguna medición en sus prácticas anteriores, a pesar de lo cual, solo el 1,6% sabían qué era y cómo se calculaba el pico de insuflación y el 37,7% que se debe utilizar un manguito adecuado al tamaño del brazo de cada paciente. Con respecto al diagnóstico de HTA, el 57,4% no conocían la cifra umbral utilizada en el diagnóstico de la misma.

Conclusiones: Los conocimientos sobre algunos aspectos básicos de la técnica de medición de la PA y del diagnóstico de la HTA de los alumnos de 4º de Medicina son insuficientes. La realización de seminarios específicos sobre estas materias puede resultar útil para mejorar esta situación.

PÓSTER Nº: 4

**ACOPLAMIENTO CANAL DE CALCIO-RETÍCULO SARCOPLÁSMICO EN MÚSCULO LISO VASCULAR:
PAPEL EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

C. PORRAS GONZÁLEZ (1), J. UREÑA LÓPEZ (1).

(1) INSTITUTO DE BIOMEDICINA DE SEVILLA Y DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA MÉDICA Y BIOFÍSICA,
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO/CSIC/UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: CANALES DE CALCIO, RETÍCULO SARCOPLÁSMICO, MÚSCULO LISO VASCULAR

RESUMEN:

Introducción: Los canales de Ca²⁺ tipo L voltaje dependientes (CCVD) y los mecanismos de sensibilización a Ca²⁺ en músculo liso arterial son críticos para el mantenimiento de la contracción del vaso. Los CCVD, además de permitir la entrada de Ca²⁺ del medio externo (función clásica o ionotrópica), pueden provocar la liberación de Ca²⁺ del retículo sarcoplasmico (RS) y contracción arterial sin necesidad de entrada del ión del medio extracelular (función metabotrópica). Este mecanismo, denominado CCICR ("Calcium Channel Induced Calcium Release"), requiere la activación de los CCVD y una ruta metabotrópica (proteína G/fosfolipasa C/síntesis de inositol trifosfato/liberación de Ca²⁺ del RS/contracción). El CCICR tiene un papel funcional importante en el control del tono vascular dado que participa en el mantenimiento de la contracción arterial (Fernández-Tenorio et al, 2011). Ya que está descrito que la hipertensión favorece la despolarización de los miocitos arteriales y la sobreexpresión de los CCVD, el objetivo de nuestro trabajo es estudiar si el CCICR puede estar potenciado en arterias de ratas hipertensas.

Métodos y resultados: En un baño de órganos se ha medido la fuerza isométrica generada por anillos de arterias femorales de ratas espontáneamente hipertensas (SHR) y se ha estudiado la participación de los dos elementos que intervienen en el CCICR: el RS y los CCVD. Para ello se expusieron los anillos arteriales a cafeína, un activador de los receptores de rianodina del RS o ácido ciclopiazónico (ACP), un inhibidor de la ATP-asa del RS. El papel de los CCVD se estudió aplicando una solución despolarizante de alto K⁺, BayK 8644 ó FPL 64176, dos agonistas de los CCVD. La contracción generada por la cafeína o ACP, 20K y BayK 8644 es mayor en anillos de ratas hipertensas que en los anillos de ratas normotensas. Así mismo, la contracción inducida por FPL 64176 en ausencia de Ca²⁺ externo, es mayor en anillos de ratas hipertensas que en los de ratas normotensas.

Conclusiones: La contracción asociada al Ca²⁺ almacenado en el retículo sarcoplasmico y la dependiente de los CCVD está potenciada en las arterias de ratas hipertensas. Como la contracción inducida por FPL 64176 en ausencia de Ca²⁺ externo es mayor en arterias de animales hipertensos, nuestros resultados sugieren que el CCICR puede estar potenciado en las arterias de ratas hipertensas. Dado que los CCVD constituyen una diana farmacológica para tratar la hipertensión arterial, estos resultados y futuros experimentos, podrían ayudar a optimizar el tratamiento de esta patología.

Bibliografía: Fernández-Tenorio M, Porrás-González C, Castellano A, del Valle-Rodríguez A, López-Barneo J and Ureña J. Circ Res 2011;108:1348-1357.

Este trabajo ha sido financiado por la Red RECAVA del ISCIII y por el Proyecto de Excelencia (P08-CTS-03530) de la Consejería de Innovación y Ciencia de la Junta de Andalucía y Unión Europea.

PÓSTER Nº: 5

DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN NITRÉRGICA EN ARTERIA MESENTÉRICA DE HEMBRAS ADULTAS EN PERIODO DE LACTANCIA

E. SASTRE (1), J. BLANCO-RIVERO (1), M. GRANADO (1), G. BALFAGÓN (1).

(1) DPTO. DE FISIOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ARTERIA MESENTÉRICA DE RATA, LACTANCIA, INERVACIÓN NITRÉRGICA

RESUMEN:

Otros factores, por los distintos tipos de inervación, entre otras, adrenérgica y nitrérgica. El objetivo del presente estudio fue analizar si la lactancia afecta la respuesta vasomotora inducida por estimulación eléctrica (EE) en arteria mesentérica de rata, así como la participación de las inervaciones adrenérgica, y nitrérgica en estas posibles modificaciones.

Métodos: Se utilizaron ratas hembra adultas Sprague-Dawley divididas en dos grupos experimentales: 1) en fase estro, y 2) madres tras un periodo de lactancia de 21 días. Se analizaron las variaciones de la respuesta vasoconstrictora a EE (200 mA, 0.3 ms, 1–16 Hz, 30 s) en presencia/ausencia de 1 mmol/L del antagonista de los receptores α -adrenérgicos fentolamina, o de 0.1 mmol/L del inhibidor inespecífico de la óxido nítrico sintasa (NOS) L-NAME. Se analizó la respuesta vasoconstrictora a noradrenalina (NA) y vasodilatadora al donante de óxido nítrico (NO) DEA-NO. Asimismo, se midió la liberación de NA y de NO, y la expresión proteica de la NOS neuronal fosforilada (P-nNOS).

Resultados: La respuesta contráctil inducida por EE fue significativamente mayor en madres lactantes. La fentolamina redujo la respuesta a EE en igual medida en ambos grupos. Tanto la liberación como la respuesta vasoconstrictora a NA fueron similares en ratas control y lactantes. L-NAME incrementó la contracción inducida por EE en ambos grupos, pero en mayor medida en hembras en estro. La respuesta a DEA-NO fue similar en ambos grupos experimentales. Tanto la liberación de NO como la expresión de P-nNOS se vieron disminuídas en arterias de madres lactantes.

Conclusión: El incremento en la respuesta vasoconstrictora inducida por EE en madres lactantes se debida a una disminución en la liberación de NO de origen neuronal, lo cual puede contribuir a un aumento en la resistencia vascular periférica en este lecho vascular.

PÓSTER Nº: 6

ESTUDIO PROTEÓMICO DEL EFECTO DEL CANDESARTAN SOBRE LA EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS PLASMÁTICAS RELACIONADAS CON EL PROCESO INFLAMATORIO Y EL ESTRÉS OXIDATIVO EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLECIDA

J. MODREGO MARTIN (1), L. AZCONA VARELA (1), G. MOÑUX DUCAJU (1), S. GONZALEZ (1), M. HERNANDO (1), P. JIMENEZ MATEOS-CACERES (1), C. MACAYA (1), A. LOPEZ FARRE (1).

(1) HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: CANDESARTAN, PROTEÓMICA, INFLAMACIÓN

RESUMEN:

Se han descrito diferentes efectos pleiotrópicos de los ARA-II, sin embargo existen pocos estudios analizando de forma global modificaciones en la expresión de múltiples proteínas asociadas a estos efectos. Nuestro objetivo fue evaluar, mediante análisis proteómico, el efecto del tratamiento con Candesartan sobre la expresión de proteínas plasmáticas relacionadas tanto con el proceso inflamatorio como con el estrés oxidativo en pacientes hipertensos y diabéticos con cardiopatía isquémica establecida. Se reclutaron seis pacientes con hipertensión arterial mal controlada y con micro/macrovasculopatía diabética que fueron tratados con Candesartan (8-16 mg/día) durante los siguientes 3 meses. Las presiones arteriales de los pacientes en la inclusión fueron (160/87) y tras 3 meses de tratamiento (134/80). El valor de eco doppler carotídeo basal fue (0.73 mm \pm 0.24) que se observó significativamente mejorado a los 3 meses (0.56 mm \pm 0.22 ; $p < 0.05$ respecto a basal). Se analizaron las siguientes proteínas del plasma de pacientes en la inclusión y después de 3 meses de tratamiento. Se identificaron en el plasma 5 isoformas de serotransferrina, 2 isoformas del precursor del complemento C3, 3 isoformas de la cadena b del fibrinógeno, 3 isoformas de la proteína de unión a vitamina D, 3 isoformas de la cadena gamma del fibrinógeno, 6 isoformas de alfa1-antitripsina, vimentina, intersectina-1, precursor sérico amiloide, citoqueratina, desmoplaquina, beta-tropomiosina y adenilato kinasa 5. En ninguna de las proteínas mencionadas con anterioridad se observaron cambios estadísticamente significativos en los proteomas plasmáticos de los pacientes en el momento basal comparado con los proteomas correspondientes a los 3 meses tras la administración del tratamiento con Candesartan. En conclusión, el tratamiento con Candesartan consigue mejorar los niveles de presión sistólica y reduce el grosor de la placa carotídea. Sin embargo, estas mejoras fisiológicas no se corresponden a modificaciones en proteínas circulantes relacionadas ni con la respuesta inflamatoria ni con el estrés oxidativo.

PÓSTER Nº: 7

RELACIÓN ENTRE EL CONTENIDO DE PROTEÍNA DE UNIÓN A VITAMINA D Y PRODUCCIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO EN CÉLULAS MONONUCLEADAS DE PACIENTES CON ISQUEMIA CORONARIA ESTABLECIDA Y PLAQUETAS RESISTENTES A ASPIRINA

J. MODREGO MARTIN (1), P. DE ANASTASIO (1), L. AZCONA VARELA (1), P. JIMENEZ MATEOS-CACERES (1), P. RODRIGUEZ (1), L. CALATRAVA (1), J.J. ZAMORANO LEON (1), C. MACAYA (1), A. LOPEZ FARRE (1).

(1) HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: RESISTENCIA ASPIRINA, OXIDO NITRICO, PLAQUETAS

RESUMEN:

La aspirina es el fármaco más usado en la prevención secundaria de la enfermedad aterotrombótica y en su efecto antiplaquetario interviene la estimulación de la producción de óxido nítrico (NO) por las células mononucleadas. Sin embargo, algunos pacientes vuelven a tener eventos recurrentes a pesar del tratamiento continuado con aspirina, fenómeno conocido como "Síndrome de resistencia a Aspirina". Recientemente, niveles plasmáticos elevados de la proteína de unión a vitamina D (DBP) han sido descritos en pacientes cuyas plaquetas son resistentes a aspirina. Nuestro objetivo fue evaluar el contenido de DBP en las células mononucleadas de pacientes con isquemia coronaria establecida en función de la respuesta al tratamiento antiagregante con aspirina y establecer una posible relación con la capacidad de síntesis de NO por estas células. Se reclutaron 77 pacientes con isquemia coronaria establecida tratados con aspirina (100 mg/día) durante al menos 9 meses que fueron divididos en función de su respuesta plaquetaria al tratamiento con aspirina por la técnica del PFA-100 (tiempo oclusión < 193 segundos, paciente resistente; tiempo oclusión > 193 segundos, paciente sensible). De cada paciente se aisló sus células mononucleadas. Se llevaron a cabo análisis mediante Western blot para medir la expresión de NO sintasa endotelial (NOS_e) y DBP en las células mononucleadas. Además se midió el contenido de nitratos/nitritos en el secretoma de las células mononucleadas y se comparó entre los dos grupos de estudio. Las células mononucleadas de pacientes con plaquetas resistentes a aspirina mostraron un contenido elevado de DBP ($p < 0.05$ respecto a sensibles). Se observó una reducción significativa de la expresión de NOS_e en las células mononucleadas de pacientes con plaquetas resistentes a aspirina que se acompañó con un menor contenido de nitratos/nitritos liberado al medio de cultivo (sensibles: $3,08 \pm 0,01 \mu\text{M}$; resistentes: $1,61 \pm 0,01 \mu\text{M}$; $p < 0,05$). Se estableció mediante el test de Pearson la existencia de una relación positiva entre los niveles de nitratos/nitritos en el medio de cultivo de las células mononucleadas con la respuesta plaquetaria a aspirina. Se encontró una correlación negativa entre el contenido de DBP en células mononucleadas con la respuesta plaquetaria a aspirina. En conclusión, parece que el mayor contenido de DBP y la menor producción de NO en las células mononucleares está estrechamente relacionado con la falta de respuesta plaquetaria al tratamiento con aspirina en pacientes con isquemia coronaria establecida.

PÓSTER Nº: 8

LA EXCRECIÓN URINARIA DE KLK9 SE ASOCIA A HIPERTENSIÓN, HIPERTROFIA CARDIACA Y ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE LA AORTA

J.M. LOPEZ NOVOA (1), A.M. BLAZQUEZ MEDELA (1), O. GARCIA SANCHEZ (1), Y. QUIROS LUIS (1), F.J. LOPEZ HERNANDEZ (2), C. MARTINEZ SALGADO (2).

(1) UNIDAD DE FISIOPATOLOGÍA RENAL Y CARDIOVASCULAR, INSTITUTO REINA SOFÍA DE INVESTIGACIÓN NEFROLÓGICA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA.

(2) INSTITUTO DE ESTUDIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (IECSCYL), HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: HIPERTROFIA CARDIACA, ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE LA AORTA, HIPERTENSION

RESUMEN:

La hipertensión es el factor de riesgo más importante en la enfermedad cardiovascular y en la insuficiencia renal crónica. La detección temprana del daño hipertensivo en órgano diana y en otras enfermedades secundarias es un determinante fundamental de la prognosis cardiovascular en pacientes afectados de hipertensión arterial. En los últimos años se han identificado numerosos biomarcadores que pueden contribuir potencialmente a la aparición o desarrollo de daño cardiovascular y renal, pero hasta el momento no se han identificado biomarcadores que detecten la aparición de daño vascular y en órgano diana (corazón, riñón, retina) en pacientes hipertensos.

En diferentes modelos experimentales de hipertensión en ratas (ratas espontáneamente hipertensas-SHR, hipertensión inducida por L-NG-nitroarginina metil éster-L-NAME), hemos observado que la excreción urinaria de la serina proteasa peptidasa 9 relacionada con la calicreína (kallikrein-related peptidase 9, KLK9) está aumentada en presencia de hipertensión. La excreción urinaria de KLK9 aparece antes de la aparición de nefropatía hipertensiva. No hay aumentos de la expresión de KLK9 en riñón, corazón, hígado, pulmón o plasma sanguíneo en presencia de hipertensión. La excreción urinaria de KLK9 en presencia de hipertensión parece ser originada por una disminución de la reabsorción tubular. La excreción urinaria de KLK9 está significativamente relacionada con la presencia de hipertrofia cardiaca y con el engrosamiento de la pared de la aorta. En nuestros modelos experimentales de hipertensión, el fármaco antihipertensivo trandolapril reduce significativamente la presión arterial así como la expresión de KLK9 en orina.

Nuestros datos muestran que KLK9 aparece en la orina en la presencia de hipertensión consolidada, pero antes de la aparición de nefropatía hipertensiva. KLK9 podría ser un indicador de la presencia de daño en órgano diana (hipertrofia cardiaca, engrosamiento de la pared de la aorta) asociado a la hipertensión.

PÓSTER Nº: 9

PARTICIPACIÓN DE ANIÓN SUPERÓXIDO EN LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL OBSERVADA EN UN MODELO DE PREECLAMPSIA EXPERIMENTAL EN RATA

M. HERNÁNDEZ GARCÍA (1), B. BONACASA FERNÁNDEZ (1), M. PERTEGAL RUIZ (2),
F.J. FENOY PALACIOS (1), I HERNÁNDEZ GARCÍA (1).

(1) UNIVERSIDAD DE MURCIA – FACULTAD DE MEDICINA, FISIOLÓGIA. MURCIA. (2) DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ANIÓN SUPERÓXIDO, CATECOL-O-METILTRANSFERASA, PREECLAMPSIA

RESUMEN:

El objetivo del trabajo es estudiar la participación del anión superóxido en la disfunción endotelial observada en un modelo de preeclampsia en rata obtenido mediante la inhibición de la Catecol-O-metil transferasa (COMT), enzima que produce 2 metoxiestradiol (2-ME) a partir de 2-hidroxiestradiol (2-HE). A ratas SD gestantes se les administró por gavage entacapone (un inhibidor de la actividad enzimática COMT), a partir del día 10 de gestación. La valoración de la actividad enzimática se realizó mediante una técnica radioenzimática. La presión arterial se evaluó mediante pletismografía en la arteria del rabo. La función endotelial vascular se evaluó midiendo el cambio de diámetro en respuesta a dosis crecientes de acetilcolina de arterias mesentéricas presurizadas previamente contraídas con fenilefrina. La liberación de NO se valoró por amperometría de pulso diferencial en endotelio vascular de tiras de aorta en respuesta a un ionóforo de calcio (A23187). Para evaluar el papel del estrés oxidativo se realizaron los protocolos de estudio de función endotelial y liberación de NO en presencia de tempol (50 μ M), un secuestrador de aniones superóxido. Las placentas de ratas gestantes tratadas con el inhibidor mostraron valores de actividad enzimática ($V_{max} = 11.58 \mu\text{mol} / \text{mg prot} / \text{min}$; $KM = 31.83$) significativamente inferiores comparados con los de placentas procedentes de ratas no tratadas ($V_{max} = 167.3$; $KM = 42.24$). La presión arterial sistólica aumentó significativamente en ratas gestantes tratadas con entacapone (de 124 ± 1.89 mmHg en el día 9 de gestación a 143.3 ± 3.76 mmHg en el día 14). Comparadas con ratas gestantes no tratadas, se encontraron diferencias significativas en el día 14 (143.3 ± 3.76 vs 122.25 ± 2.66 mmHg) y 19 de gestación (128.5 ± 3.87 vs 115.38 ± 4.79 mmHg). Las respuestas vasodilatadoras a acetilcolina, expresadas como porcentaje de dilatación de arteriolas precontraídas con fenilefrina, fueron significativamente menores en ratas preñadas tratadas con el inhibidor (59.7 ± 10) que en ratas gestantes no tratadas (93.3 ± 6) y ratas vírgenes (80.4 ± 6). Esta disfunción mejoró en presencia de tempol (Log EC50 : $- 7.85 \pm 0.27$ vs. $- 6.96 \pm 0.13$). La liberación endotelial de NO inducida por ionóforo de calcio (A23187) fue significativamente mayor en aortas procedentes de ratas preñadas no tratadas con entacapone (209.8 ± 17 nM) que en ratas preñadas tratadas (159 ± 11 nM) y ratas vírgenes (154.4 ± 16 nM). En presencia de tempol, la liberación de NO aumentó significativamente (279.17 ± 27 vs 212.5 ± 19 nM) en las ratas gestantes tratadas con entacapone.

Estos resultados muestran que la presencia de tempol mejora la reactividad vascular y liberación de NO en un modelo de preeclampsia en rata por inhibición de la actividad COMT, lo que sugiere la participación de anión superóxido en la disfunción endotelial observada en este modelo experimental.

PÓSTER Nº: 10

EL EJE ANGIOTENSINA-(1-7)/MAS EXHIBE PROPIEDADES ANTIINFLAMATORIAS EN CÉLULAS VASCULARES HUMANAS DE MÚSCULO LISO

L.A. VILLALOBOS RODRÍGUEZ (1), T. ROMACHO ROMERO (1), E. CERCAS ALONSO (1),
C. SANCHEZ FERRER (1), C. PEIRÓ VALLEJO (1), S. VALLEJO (1).

(1) DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA, FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ANGIOTENSINA-(1-7), RECEPTOR MAS, INFLAMACIÓN

RESUMEN:

Objetivo: La angiotensina (Ang)-(1-7) es un heptapéptido que ejerce sus acciones a través del receptor Mas acoplado a proteínas G y que posee acciones contrarias a la Ang II. El objetivo de este trabajo fue: 1) Determinar la posible acción antiinflamatoria de la Ang-(1-7) en células de músculo liso de aorta humana (CMLAH) estimuladas con Ang II o la citoquina interleuquina (IL)-1b, como molécula inflamatoria independiente del sistema renina angiotensina (SRA), 2) Estudiar el papel del receptor Mas como mediador de dicha acción, y 3) Definir la ruta de señalización celular por medio de la cual el eje Ang-(1-7)/receptor Mas ejerce su acción antiinflamatoria en las CMLAH.

Métodos: Los niveles de la enzima óxido nítrico sintasa inducible (iNOS), se determinaron por Western blotting y los niveles de liberación de óxido nítrico (NO) por el método de Griess. La actividad de la enzima NADPH oxidasa se determinó por el método de quimioluminiscencia derivada de lucigenina. La inducción de la activación del factor de transcripción NF-kB, se detectó por el ensayo de retardo de movilidad electroforética (EMSA).

Resultados: La estimulación de las CMLAH con {Ang II}-(100 nM) o {IL}-1b (2,5 ng/ml) durante 18 horas aumentó significativamente los niveles de iNOS y la liberación de NO. En presencia de la Ang-(1-7) (100 nM), la inducción de iNOS y la liberación de NO inducida por Ang II e {IL}-1b disminuyeron significativamente. Dicho efecto de Ang-(1-7) se abolió en células pretratadas con el antagonista del receptor Mas A779 (1 µM). Análogamente, la estimulación de las CMLAH con Ang II e {IL}-1b provocó un aumento de la actividad NADPH oxidasa, que se vió reducida por la Ang-(1-7) en un 44% y 53%, respectivamente. También se determinó la activación del factor de transcripción NF-kB por Ang II e (IL)-1b, que disminuyó en presencia de la Ang-(1-7) en un 44% y 40% respectivamente. El antagonista del receptor Mas A779 (1 µM), abolió significativamente la acción inhibitoria de la Ang-(1-7) sobre la activación de la NADPH oxidasa y de NF-kB. Finalmente para establecer la secuencia de señalización de la acción antiinflamatoria la Ang-(1-7) se emplearon inhibidores como la apocinina y el PDTC, que bloquean a la enzima NADPH oxidasa y al factor de transcripción NF-kB, respectivamente. Así, la apocinina (30 mM) redujo los niveles de iNOS inducidos por Ang II e (IL)-1b en un 37% y 50 %, respectivamente, y la liberación de nitritos en un 57% y 45%, respectivamente. En presencia PDTC (100 mM), los niveles de iNOS inducidos por Ang II e (IL)-1b disminuyeron significativamente en un 42% y 53 %, respectivamente.

Conclusiones: La Ang-(1-7) a través del receptor Mas previene parcialmente la inflamación del músculo liso vascular inducida no sólo por Ang II, sino también por otras moléculas inflamatorias independientes del SRA, como la IL-1b. La Ang-(1-7) atenúa dicha inflamación mediante el bloqueo de la enzima NADPH oxidasa y la inactivación del factor de transcripción NF-kB, lo que se manifiesta en una disminución de la expresión de iNOS y la liberación de NO.

PÓSTER Nº: 11

INFLUENCIA DE LAS ADIPOCITOQUINAS VISFATINA E INTERLEUQUINA-1B EN LA SENESCENCIA DE LAS CÉLULAS ENDOTELIALES HUMANAS

A. LEIVAS (1), L. VILLALOBOS (1), T. ROMACHO (1), E. CERCAS (1), E. PALACIOS (1),
C.F. SÁNCHEZ FERRER (1), C. PEIRÓ (1).

(1) DPTO. DE FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.
MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ENDOTELIO, SENESCENCIA, ADIPOCITOQUINAS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

La senescencia celular prematura puede ser producida por estímulos extracelulares que causan estrés y daño celular en un proceso que implica a la proteína p53 y conduce a la detención del ciclo celular. La diabetes mellitus tipo 2 (DT2) y la obesidad se consideran enfermedades progéricas que pueden representar modelos prematuros de senescencia. Las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en estas enfermedades, que se caracterizan, por la presencia de un ambiente proinflamatorio crónico de bajo grado asociado a un aumento de los niveles circulantes de adipocitoquinas como la visfatina y la interleuquina (IL)-1 β . Éstas producen inflamación vascular, asociada con un incremento del estrés oxidativo y disfunción endotelial, considerados como fenómenos tempranos en el desarrollo de patologías vasculares, como aterosclerosis e hipertensión.

En este trabajo se ha explorado la capacidad de las adipoquinas visfatina e IL-1 β para promover la senescencia en células endoteliales procedentes de vena de cordón umbilical humano (HUVEC). Asimismo, se ha investigado si los efectos producidos por visfatina están mediados por su actividad enzimática nicotinamida fosforribosil transferasa (Nampt) y por la activación de la proteína p53.

MÉTODOS USADOS:

Se extrajeron las HUVEC a partir de cordones umbilicales mediante disociación enzimática con colagenasa. Las células obtenidas se sembraron hasta alcanzar la subconfluencia, momento en el cual se aplicaron los tratamientos correspondientes durante 24 horas. Posteriormente, se realizó la caracterización de las células endoteliales mediante marcaje fluorescente del factor VIII de coagulación. La presencia de células senescentes en los cultivos se detectó mediante tinción basada en la β -galactosidasa asociada a senescencia (SA- β -gal), detectable a pH 6 sólo en células senescentes. Por otra parte, los niveles de p53 se determinaron mediante técnicas de Western Blot, utilizando anticuerpos apropiados y un sistema de revelado basado en quimioluminiscencia.

RESULTADOS:

Como modelo de inducción de senescencia por estrés oxidativo, los cultivos de HUVEC se trataron con peróxido de hidrógeno (25, 50 y 75 μ M), que produjo un aumento del número de células senescentes de manera dependiente de la concentración. Por su parte, la IL-1b (2,5, 5 y 10 ng/ml) aumentó el número de células senescentes, con un efecto máximo a 5 ng/ml. La visfatina (10, 25, 50 y 100 ng/ml) también incrementó el número de células senescentes de manera dependiente de la concentración.

Este incremento se vió revertido completamente al preincubar la visfatina (50 ng/ml) con el inhibidor específico de la actividad enzimática Nampt APO 866 (10 μ M). La visfatina (50 ng/ml) también aumentó significativamente los niveles de p53 en los cultivos de HUVEC con respecto a los niveles basales, siendo este efecto revertido por APO 866 (10 μ M).

CONCLUSIONES:

Tanto visfatina como IL-1 β son capaces de inducir la entrada en senescencia de las HUVEC en cultivo. En el caso de la visfatina, este efecto está mediado por su actividad enzimática Nampt y parece implicar la activación de la proteína p53. Por tanto, en enfermedades como la DT2 y la obesidad, los elevados niveles circulantes de estas adipocitoquinas podrían contribuir al deterioro de la función vascular a través de la inducción de senescencia endotelial.

PÓSTER Nº: 12

INHIBICIÓN DE LA EXPRESIÓN VASCULAR DE LA FIBULINA-5 POR ESTÍMULOS INFLAMATORIOS

M. ORRIOLS (1), I. MARTÍ (1), A. GUADALL (1), R. RODRÍGUEZ-CALVO (1), O. CALVAYRAC (1),
J. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ (1), C. RODRÍGUEZ (1).

(1) CENTRO DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR (CSIC-ICCC). IIB-SANT PAU. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: FIBULINA 5, INFLAMACIÓN, CÉLULAS MUSCULARES LISAS VASCULARES

RESUMEN:

Antecedentes y objetivos: La Fibulina-5 (FBLN5) es una proteína elastogénica que participa activamente en el remodelado vascular y que modula la adhesión, motilidad, proliferación y supervivencia de las células vasculares. Sin embargo, se desconocen en gran medida los mecanismos implicados en su regulación a nivel vascular. En este contexto, nuestro objetivo fue analizar la regulación de la FBLN5 por mediadores inflamatorios en la pared vascular.

Métodos: Los estudios se desarrollaron en células musculares lisas vasculares (CMLV) humanas de aorta. El nivel de expresión de FBLN5 se analizó mediante PCR a tiempo real, los niveles de proteína mediante Western blot e inmunocitoquímica, y la actividad transcripcional mediante estudios de transfección transitoria utilizando construcciones del promotor de la FBLN5 en pGL3. En ratones C57BL/6J se determinó el efecto del lipopolisacárido (LPS, 0.5 mg/Kg, 24 horas) sobre la expresión vascular de la FBLN5.

Resultados: La administración de LPS disminuyó significativamente la expresión de la FBLN5 (hasta un 35%) en la aorta de los ratones. Análogamente, el tratamiento de CMLV humanas con distintos mediadores inflamatorios (TNF α , LPS e IL1 β) disminuyó el nivel de ARNm de la FBLN5 de forma dependiente del tiempo de incubación. La máxima inhibición (2 veces) se detectó al cabo de 24 h de tratamiento con dichos estímulos. Paralelamente, se observó una disminución de los niveles de proteína FBLN5 intracelular y una reducción de su secreción al espacio extracelular. Este efecto, se bloqueó en presencia de actinomicina D lo que sugiere la implicación de un mecanismo transcripcional. En efecto, el tratamiento con estímulos inflamatorios disminuyó la actividad transcripcional de la FBLN5. Sin embargo, la reducción en la expresión de FBLN5 no se bloqueó en presencia de inhibidores de vías de transducción de señales habitualmente implicadas en la respuesta inflamatoria, como el parthenolide y BAY11-7082 (inhibidores de la vía NF- κ B) o el NDGA (inhibidor de AP-1). Por el contrario, el pretratamiento con MS-275, un inhibidor de histonas deacetilasas (HDAC) de clase I, previno la disminución de la expresión de FBLN5.

Conclusiones: La alteración de la expresión de la FBLN5 podría contribuir al desarrollo de patologías vasculares de componente inflamatorio. La normalización de la expresión vascular de la FBLN5 causada por la inhibición de la actividad HDAC podría explicar, al menos en parte, el efecto beneficioso de estos fármacos observado a nivel vascular.

PÓSTER Nº: 13

**EL FACTOR DE CRECIMIENTO DE TEJIDO CONECTIVO (CTGF) AUMENTA LA ACTIVIDAD NADPH
OXIDASA Y ACTIVA LA RESPUESTA INFLAMATORIA A NIVEL VASCULAR**

R.R. RODRIGUES DÍEZ (1), R. RODRIGUES DIEZ (1), A.B. GARCIA REDONDO (2), M. OREJUDO DEL RIO (1),
C. LAVOZ (1), S. RAYEGO MATEOS (1), M. SALAICES (2), J. EGIDO (1), A. BRIONES (2), M. RUIZ ORTEGA (1)

(1) INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA FUNDACION JIMENEZ DIAZ. MADRID.

(2) FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: VASCULAR, OXIDACIÓN, INFLAMACIÓN

RESUMEN:

El factor de crecimiento de tejido conectivo (CTGF) está asociado históricamente a procesos fibróticos, desempeñando un papel de mediador secundario de otros factores como Angiotensina II (AngII) o el factor de crecimiento transformante beta (TGF- β). Estudios experimentales sugieren que el bloqueo de CTGF tiene efectos beneficiosos sobre la progresión del daño renal, pero no está bien definido su efecto en patologías cardiovasculares. Recientemente hemos descrito que la administración sistémica de CTGF en ratones activa la ruta de NF-kB aumentando factores proinflamatorios en el riñón, lo que demuestra la importancia de CTGF in vivo en la regulación de la respuesta inflamatoria. Uno de los mecanismos más importantes implicados en la activación de rutas inflamatorias es la producción de radicales libres de oxígeno (ROS) generada por la activación, entre otras, de la enzima NADPH oxidasa. Teniendo en cuenta estos antecedentes, nuestro objetivo ha sido evaluar si CTGF activa la ruta inflamatoria NF-kB a nivel vascular, y el papel que desempeña la NADPH oxidasa en esta activación.

Para evaluar los efectos de CTGF in vivo, realizamos un modelo experimental en ratones C57BL/6 a los que se les administró intraperitonealmente CTGF (2,5ng/g de peso, 24 h), suero salino (grupo control), y CTGF junto con un inhibidor de la ruta NF-kB (Parthenolide 3.5 mg/g de peso). En las aortas de los ratones tratados con CTGF observamos un aumento en la actividad NADPH oxidasa. CTGF incrementó en aorta la expresión de la proteína p65 fosforilada (p-p65) indicando una activación del factor nuclear NF-kB, que fue inhibida en los ratones tratados con Parthenolide. A nivel aórtico CTGF causó una sobreexpresión de genes proinflamatorios (IL-6, ICAM-1, RANTES, MCP-1), así como de la enzima óxido nítrico sintasa inducible (iNOS), del factor nuclear NRF2, y de la Hemoxigenasa 1 (HMOX1), la cual no se observó en los ratones tratados con Parthenolide.

En estudios in vitro en células de músculo liso vascular de aortas de ratón (CMLVs), observamos que la estimulación con CTGF aumentó la actividad de la NADPH oxidasa y la producción de anión superóxido (O₂⁻) a partir de 30 minutos. Este efecto se correlacionó con el incremento en los niveles de p-p65. La preincubación con dos inhibidores de la NADPH oxidasa: Apocinina y DPI, revirtió la activación de NF-kB inducida por CTGF, lo que sugiere una implicación de ROS en este proceso. En CMLVs, CTGF aumentó la expresión génica de IL-6, ICAM-1, RANTES y MCP-1, a las 6 horas. El pretratamiento con inhibidores de la NADPH oxidasa y NF-kB, disminuyó la expresión de estos genes causada por CTGF.

Los resultados de este trabajo, sugieren que CTGF aumenta in vivo e in vitro la actividad NADPH oxidasa y la consiguiente producción de O₂⁻ así como la posterior activación de NF-kB, desencadenando un

aumento en los niveles de genes proinflamatorios y de respuesta a estrés oxidativo. CTGF, por tanto, al regular procesos inflamatorios y oxidativos, podría tener un papel más importante del que se le ha atribuido hasta ahora en patología vascular.

PÓSTER Nº: 14

PAPEL DE LOS MICRORNAS EN EL DESARROLLO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE RATAS HIPERTENSAS

P. MUÑOZ-PACHECO ROMÁN (1), A. ORTEGA HERNÁNDEZ (1), A. CARO VADILLO (2),
A. FERNÁNDEZ-CRUZ PÉREZ (1), D. GÓMEZ GARRE (1).

(1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID. (2) FACULTAD DE VETERINARIA, UCM. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: MICRORNAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, BIOMARCADORES

RESUMEN:

Propósito del estudio. Los microRNAs (miRNAs) son pequeñas moléculas de RNA no codificante capaces de iniciar la degradación del mRNA diana o de inhibir su traducción. En los últimos años, ha crecido el interés por su papel como moléculas reguladoras de la expresión génica. En la enfermedad cardiovascular, parece que algunos miRNAs podrían jugar un papel importante en el desarrollo del daño cardiaco asociado a la hipertensión arterial. En este estudio hemos investigado los niveles de expresión cardiaca de diversos miRNAs, y su modulación por una terapia antihipertensiva, durante el desarrollo de insuficiencia cardiaca (IC) descompensada utilizando un modelo experimental de ratas hipertensas que desarrollan espontáneamente IC (ratas SHHF).

Métodos usados. Machos SHHF de 2 meses de edad que se separaron en dos grupos: ratas no tratadas y ratas tratadas durante 19 meses con quinapril, torasemida y carvedilol. Como controles se usaron ratas Wistar normotensas. Tres días antes del sacrificio a cada animal se le realizó un estudio ecodoppler para determinar la función cardiaca. Los animales se sacrificaron a los 4, 9 y 19 meses de edad y se obtuvo el corazón. La expresión de miRNAs se evaluó mediante RT-PCR cuantitativa.

Resultados. Con la edad, las ratas SHHF desarrollaron hipertensión y signos de IC. A los 4 meses, los animales ya presentaban hipertrofia cardiaca y a partir de los 9 meses de edad, los animales comenzaron a presentar alteraciones del patrón de llenado ventricular, evaluado mediante el cociente E/A del flujo mitral. A los 19 meses los animales presentaban dilatación severa del ventrículo con disminución de la fracción de acortamiento, como señal de una progresiva alteración en la contractibilidad miocárdica, además de fibrosis cardiaca y congestión pulmonar. En comparación con ratas normotensas de la misma edad, las ratas SHHF de 19 meses mostraron un aumento en la expresión de 31 miRNAs, entre los que se encontraron la familia let-7 (3-4 veces, $p < 0,05$), miR-21 (4,2 veces, $p < 0,05$), miR-195 (5,8 veces, $p < 0,05$), miR-29 (3,3 veces, $p < 0,05$) y miR-320 (2,5 veces, $p < 0,05$), los cuales han sido relacionadas con el desarrollo de hipertrofia, fibrosis, angiogénesis y/o arritmias. La administración de una terapia clásicamente usada para el tratamiento de la IC, normalizó la presión arterial, previno parcialmente el remodelamiento cardiaco y mejoró la función diastólica y sistólica ($p < 0,05$) aunque sin llegar a normalizarla. Este efecto se asoció con una normalización en la expresión de solo 13 de los miRNAs (42 %, $p < 0,05$) que estaban aumentados en las ratas SHHF sin tratamiento.

Conclusiones. Nuestros resultados muestran un aumento en la expresión de diversos miRNAs en el desarrollo de IC congestiva en un modelo experimental de IC asociada a hipertensión arterial. Una terapia antihipertensiva que previno parcialmente el desarrollo de la IC solo fue capaz de normalizar el 42% de los miRNAs implicados. Es posible que los miRNAs puedan ser utilizados como marcadores de la respuesta terapéutica en el desarrollo de la IC, aunque este aspecto requiere ser aún demostrado.

PÓSTER Nº: 15

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO CON CPAP SOBRE LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL Y LA EXPRESIÓN DE LA SUBUNIDAD B1 DEL CANAL MAXI K EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

R. MUÑOZ HERNÁNDEZ (1), A.D. COSTA MARTINS (1), M.J. DOMINGUEZ SIMEÓN (1), A. VALLEJO VAZ (2), L.M. BELTRÁN ROMERO (2), C. CABALLERO ERASO (2), Á. ARMENGOL (2), F. CAPOTE (2), P. STIEFEL GARCÍA -JUNCO (2), R. MORENO LUNA (1).

(1) IBIS. SEVILLA. (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: SAHS, DISFUNCIÓN ENDOTELIAL E HIPERTENSIÓN, CPAP

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: En un estudio piloto, describimos que la exposición a la hipoxia intermitente que existe en el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) provoca una hipoactividad de la subunidad B1 del canal maxi-K+, que aumenta el tono vascular en células musculares lisas y se relaciona con los niveles de presión arterial. Estudios previos sugieren que la disfunción endotelial observada en enfermedades cardiovasculares se asocia con esta patología (SAHS) y que el tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) reduce los valores de presión arterial en estos pacientes. Sin embargo, su efecto sobre el estado inflamatorio y estrés oxidativo en estos pacientes sigue siendo objeto de estudio.

OBJETIVOS: Estudiar el efecto de la CPAP sobre la expresión génica de la subunidad Beta 1 del canal Maxi K+ en pacientes con SAHS. Analizar la disfunción endotelial y la presión arterial antes y después del tratamiento con CPAP. Buscar posibles correlaciones entre los niveles de la subunidad B1 del canal Maxi K y el grado de riesgo vascular en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Población: Treinta individuos diagnosticados de SAHS, reclutados en la Unidad del Sueño del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla). Fueron sometidos a una polisomnografía nocturna y a una monitorización ambulatoria de la presión arterial 24h. Aquellos que presentaban un IAH > 15 fueron tratados con CPAP durante 3 meses. Antes y después del tratamiento realizamos lo siguiente: **Recolección de muestras sanguíneas,** les realizamos extracciones sanguíneas, para la obtención de suero, plasma y células mononucleares. **Estudios de función endotelial:** por técnicas no invasivas, analizamos el área hiperemia reactiva tras la isquemia, por flujimetria láser doppler. Así como estudiamos diferentes mascadores de disfunción arterial solubles en plasma, como Asymmetric Dimethyl-Arginine, (ADMA), Insulinemia, Óxido Nítrico, LDL oxidada, homocisteína y PCR ultrasensible (PCRus), mediante

técnicas del ELISA. Estudio de la tensión arterial mediante MAPA de 24 horas. Estudio **de la Expresión Génica de la Subunidad Beta 1 del Canal Maxi K+** por RT-PCR, a partir del estudio del RNA total extraído de los leucocitos de sangre periférica.

RESULTADOS: La expresión de la subunidad $\beta 1$ del canal maxi-K+ no fue significativamente diferente en los pacientes con SAHS hipertensos respecto a los pacientes con SAHS normotensos y tampoco varió de forma significativa tras CPAP. Tras tratamiento con CPAP se produjo una mejora en la función endotelial evidenciable mediante un claro aumento en el área bajo la curva de hiperemia tras la isquemia ($p <$

0.005). Igualmente tras CPAP se produjo una disminución en las cifras de PA medidas mediante MAPA que fue significativa para la media de la sistólica de 24 h, media de la diastólica de 24 h, diastólica media del periodo día y sistólica y diastólica medias del periodo noche. Tras CPAP no solo se objetivó mejora en la función endotelial medida a través de la flujimetría por técnica Láser Doppler, sino por una disminución de parámetros bioquímicos como es el ADMA ($p < 0.001$), la LDL ox ($p < 0,001$) y la homocisteína ($p < 0.005$) y un aumento de los valores de ON ($p < 0.05$). El cambio en la expresión de la subunidad beta-1 tras CPAP se correlacionó de forma significativa y positiva con la puntuación en la escala de Epworth ($p < 0.05$), de forma negativa con la Saturación de O₂ basal, ($p < 0,01$), Saturación de O₂ media ($p < 0.05$) y Saturación de O₂ mínima ($p < 0.01$) y de forma positiva con el porcentaje de tiempo con saturación de O₂ por debajo del 90% ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: A mayor somnolencia y más hipoxemia mayor aumento de la subunidad $\beta 1$ del canal maxi k tras la CPAP. Tras el tratamiento disminuye la TAS Y TAD media, más evidente en el periodo nocturno. Existe una mejora en la función endotelial medida por flujimetría de Láser doppler y por los marcadores solubles en plasma.

PÓSTER Nº: 16

**LA REDUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD AMPK CONTRIBUYE A LA DISFUNCIÓN ENDOTELIAL
PROVOCADA POR UNA DIETA RICA EN GRASA**

C.F. GARCÍA-PRIETO (1), F. HERNÁNDEZ NUÑO (1), D. DEL RÍO (1), I. ARÁNGUEZ (2),
M.S. FERNÁNDEZ ALFONSO (2), V. CANO (1), M. RUIZ GAYO (1), B. SOMOZA (1).

(1) FACULTAD DE FARMACIA. UNIVERSIDAD SAN PABLO-CEU. MADRID. (2) FACULTAD DE FARMACIA.
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: AMPK, OBESIDAD, FUNCIÓN VASCULAR

RESUMEN:

Introducción: la proteína quinasa dependiente de AMP (AMPK) es uno de los principales sensores metabólicos. Presenta un papel clave en la regulación de la función vascular al aumentar la liberación de óxido nítrico endotelial e inhibir la actividad de la NADPH oxidasa de la pared arterial.

Propósito del estudio: el objetivo de este estudio fue conocer si en estadios iniciales de obesidad inducida por dieta se modifica la actividad de la AMPK vascular.

Métodos: se utilizaron ratas macho Sprague Dawley de 12 semanas de edad, alimentadas con dieta control (10 kcal % proceden de la grasa, n=5) o con dieta grasa (HF, 45 kcal % proceden de la grasa, n=10) durante 8 semanas. Tras una semana de dieta, los animales HF se dividieron en dos grupos según su incremento de peso corporal: i) ratas sensibles (OP, n=5) y ii) ratas resistentes (OR, n=5) a la obesidad. Se determinaron los lípidos totales en tejido adiposo lumbar (TAL), en tejido adiposo subcutáneo (TAS), en hígado y en corazón mediante el método descrito por Folch. Los estudios de función vascular se realizaron en la aorta torácica aislada. Para evaluar la participación de la AMPK en la función vascular se utilizó su inhibidor específico, el compuesto C (10-5M).

Resultados: tras 8 semanas de dieta, los animales control y OR presentaron el mismo peso corporal, mientras que este fue significativamente mayor en los animales OP ($p < 0.01$). Ninguno de los grupos presentó resistencia a insulina. Sí se observó un aumento muy significativo en los niveles de ácidos grasos libres en plasma (NEFA, mg/dl) tanto en los animales OP como OR, que se acompañó de un aumento de lípidos totales en el TAL ($p < 0.05$), TAS y en el hígado ($p < 0.001$). En los estudios de función vascular se observó: i) un incremento de la respuesta contráctil a noradrenalina (NA, 10-9-10-5 M) sólo en las ratas OP ($p < 0.05$), ii) una reducción significativa de la respuesta dependiente de endotelio a acetilcolina (Ach, 10-9-10-4 M) en ambos grupos comparadas con las ratas control ($E_{max}control = 88.9 \pm 1.5\%$ vs $E_{max}OP = 78.2 \pm 2.5\%$ vs $E_{max}OR = 74.4 \pm 1.7\%$, $p < 0.001$) y iii) una reducción de la respuesta relajante independiente de endotelio a nitroprusiato sódico (SNP, 10-9-10-5 M) sólo en las ratas OR. En presencia del compuesto C (10-5 M), la relajación a Ach disminuyó significativamente en todos los grupos experimentales. Sin embargo, la diferencia en los valores del área bajo la curva (ABC) de la relajación a Ach en presencia y ausencia de compuesto C, que indirectamente refleja la actividad de la AMPK, fue significativamente menor en los animales OP y OR respecto al control ($AUC_{control} = 30.4\%$ vs $AUC_{OP} = 23.1\%$ and $AUC_{OR} = 25.2\%$, $p < 0.001$).

Conclusiones: estos datos indican que el consumo de una dieta HF: i) incrementa el contenido lipídico tanto en tejidos adiposos como no adiposos y ii) reduce la actividad de la AMPK en la aorta, contribuyendo así al desarrollo de la disfunción endotelial. Estos efectos son independientes del aumento de peso corporal. (Financiado por SAF2008-02703, SAF2011-25303, GR921641, FUSP-CEU, SESCAMET).

PÓSTER Nº: 17

**CARACTERIZACIÓN DE UNA REGIÓN IMPLICADA EN LA ESPECIFICIDAD DE LA
ESPIRONOLACTONA POR EL RECEPTOR DE MINERALOCORTICOIDES**

B. MARTÍN FERNÁNDEZ (1), Y. YAO (2), P.J. FULLER (2).

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID. (2) PRINCE HENRY'S INSTITUTE OF MEDICAL RESEARCH, MONASH UNIVERSITY. CLAYTON, VIC, 3168. AUSTRALIA. CLAYTON (AUSTRALIA).

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: RECEPTOR MINERALOCORTICOIDES, ESPIRONOLACTONA, TRANSACTIVACIÓN

RESUMEN:

Introducción: La espironolactona es un antagonista del receptor de mineralocorticoides (RM) que se utiliza en el tratamiento de patologías como la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca. Se ha demostrado que en el pez cebra (*Danio rerio*), la espironolactona actúa como un agonista del RM. El estudio de las diferencias entre el RM humano (RMh) y el del pez cebra (RMz) contribuiría favorablemente en la búsqueda de un antagonista específico de dicho receptor.

Objetivo: Identificar una secuencia clave implicada en el antagonismo del RM por la espironolactona a través del estudio de la estructura del receptor.

Material y métodos: Se construyeron las siguientes quimeras: 1) el RMh en el que se sustituyó el dominio de unión al ligando (LBD) por el del pez cebra, 2) la quimera humano-pez cebra del dominio LDB (RMh2568RMz2644) del RM, 3) la quimera humano-pez cebra del dominio LDB (RMh2856RMz2932) del RM y 4) la quimera humano-pez cebra del dominio LDB (RMh3015RMz3091) del RM. A través de ensayos de clonación se obtuvieron los plásmidos correspondientes a cada una de las quimeras que posteriormente se utilizaron en el ensayo de transfección celular. Se realizó un ensayo de transactivación para analizar la actividad del RM bajo diferentes tratamientos: se utilizaron células CV-1 las cuales fueron incubadas con los plásmidos correspondientes a cada quimera (0,25 µg/µL), el agente transfectante Eugene (0,25µg/µL) y los plásmidos MMTV-Luciferasa (0,25 µg/µL) y Renilla (0.025 µg/µL) emisores de fluorescencia. Tras 24 horas, las células fueron incubadas con los tratamientos: control (medio celular), aldosterona 1nM, espironolactona 100nM y aldosterona 1nM+espironolactona 100nM. A las 24 horas de incubación se midió la actividad de la luciferasa por luminiscencia para el ensayo de transactivación con un kit comercial que ofrece una medida de la actividad del RM.

Resultados: La espironolactona redujo ($p<0,05$) la actividad del RM incrementada ($p<0,05$) por la aldosterona en el ensayo de sobreexpresión del RMh. En el caso de la sobreexpresión del RMz, la espironolactona aumentó ($p<0,05$) la actividad aumento de la actividad del RM tras la incubación con aldosterona. La actividad del RM estaba aumentada ($p<0,05$) en la segunda quimera (RMh2568RMz2644).

Conclusiones: el dominio LBD confiere la diferencia de acción de la espironolactona en el RM entre los mamíferos y el pez cebra. Este análisis preliminar podría sugerir que esta diferencia recae específicamente en la región enmarcada entre los aminoácidos en la posición 2568 y 2856 del RM humano, dentro de la cual podría residir la especificidad estructural de la espironolactona por el receptor.

PÓSTER Nº: 18

PAPEL DE ENDOTELINA Y EL ESTRÉS OXIDATIVO EN LA AUMENTADA EXPRESIÓN VASCULAR DE COX-2 EN HIPERTENSIÓN. MODULACIÓN POR PPAR γ

R. PALACIOS RAMÍREZ (1), J.V. PÉREZ GIRÓN (1), Á. MARTÍN CORTÉS (1), R. HERNANZ MARTÍN (1), R.M. ARAS LÓPEZ (2), L. GARCÍA REDONDO (2), M. SALAICES SÁNCHEZ (2), M.J. ALONSO GORDO (1).

(1) UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS. ALCORCÓN. (2) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ANGIOTENSINA II, ENDOTELINA 1, PPAR GAMMA

RESUMEN:

Introducción: El aumento en los niveles de angiotensina II (AngII) podría contribuir al incremento en la producción de especies reactivas de oxígeno (ROS) y a la mayor expresión de marcadores de inflamación vascular como ciclooxigenasa-2 (COX-2) observados en la hipertensión. Se ha propuesto que el péptido vasoactivo endotelina-1 (ET-1) es un mediador que explicaría algunos de los efectos hemodinámicos y patofisiológicos cardiovasculares inducidos por AngII. Los agonistas de los receptores activadores de la proliferación de peroxisomas- γ (PPAR γ) poseen propiedades antiinflamatorias asociadas a la interferencia con rutas de señalización mediadas, entre otros, por el factor de transcripción redox-sensible NF- κ B que participa en la regulación de la expresión de enzimas proinflamatorias como COX-2.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue analizar el papel de ROS y ET-1 en la expresión de COX-2 inducida por AngII y el efecto de los agonistas PPAR γ en dicha participación.

Métodos: Se utilizaron células de músculo liso vascular (CMLV) de aorta de ratas espontáneamente hipertensas (SHR) y segmentos aórticos de SHR y ratas Wistar Kyoto (WKY). La cuantificación de los niveles de ARNm de COX-2, ET-1 y NOX-1 se llevó a cabo por qRT-PCR, y la translocación de la subunidad de NF- κ B p65 por western blot e inmunofluorescencia.

Resultados: Los niveles de ARNm de COX-2 fueron mayores en aorta de SHR que de WKY; el tratamiento de SHR con losartán (14 mg/Kg/día, 12 semanas) redujo estos niveles. En CMLV de SHR, AngII (0.1 μ M, 2 h) indujo la transcripción de COX-2, ET-1 y NOX-1, efecto que fue reducido con losartán (10 μ M). La adición exógena de ET-1 (0.1 μ M, 1 h) también incrementó los niveles de ARNm de COX-2. El inhibidor de la NADPH oxidasa apocinina (30 μ M) redujo la expresión de COX-2 inducida por AngII y el antagonista de los receptores ETA BQ123 (1 μ M) redujo tanto la expresión de COX-2 como de NOX-1. El tratamiento con el inhibidor del proteosoma lactacistina (10 μ M) abolió el incremento de COX-2 y NOX-1 inducido por Ang II. AngII y ET-1 incrementaron la translocación nuclear de p65; el incremento inducido por AngII fue reducido por BQ123. El activador PPAR γ pioglitazona (10 μ M) disminuyó los niveles de ARNm de NOX-1, ET-1 y COX-2 así como la translocación nuclear de p65 inducidos por AngII.

Conclusiones: AngII contribuye al incremento de la expresión de COX-2 observada en hipertensión. En CMLV de SHR, ET-1, a través del incremento de NOX-1 y la activación de NF- κ B, contribuye al incremento en la expresión de COX-2 estimulada por AngII. La activación de PPAR γ inhibe la inducción de COX-2 producida por AngII por disminuir los niveles de NOX-1 a través de la reducción en los niveles de ET-1, además de por mecanismos de transrepresión reduciendo la activación de NF- κ B y, en último término, la inducción de COX-2.

Subvencionado por FMM, MICIN (SAF2009-07201) e Instituto de Salud Carlos III (Red RECAVA, RD06/0014/0011)

PÓSTER Nº: 19

RIESGO DE PREECLAMPSIA Y POLIMORFISMO VAL158MET DE LA CATECOL-O-METILTRANSFERASA FETAL

M. PERTEGAL RUIZ (2), M. HERNÁNDEZ GARCÍA (1), J.L. HERNÁNDEZ PÉREZ (1), A. MARTÍNEZ RUIZ (4), J. MENDIOLA (3), J.L. DELGADO MARÍN (2), V.M. BOSCH GIMÉNEZ (5), J.F. FENOY PALACIOS (1), I. HERNÁNDEZ GARCÍA (1), B. BONACASA FERNÁNDEZ (1).

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA. UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA. (2) SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VÍRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

(3) DEPARTAMENTO SALUD Y CIENCIAS SOCIALES. UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA.

(4) SERVICIO DE DE LABORATORIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VÍRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

(5) CIRUGÍA, PEDIATRÍA, OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: PREECLAMPSIA, 2-METOXIESTRADIOL, COMT

RESUMEN:

Hipótesis: El polimorfismo Val158Met de baja actividad (Met/Met) de la enzima catecol-O-metiltransferasa (COMT) se asocia a reducción de los niveles de 2- metoxiestradiol (2ME), producto final de la enzima; deficiente placentación y disfunción endotelial, lo que contribuye a la patogenia de la preeclampsia (PE). Para ello estudiamos la distribución de frecuencia en sangre fetal de madres preeclámsicas y controles (C) de dicho polimorfismo, así como los niveles del metabolito 2ME y los factores involucrados en la enfermedad: factor de crecimiento placentario (Plgf) y la forma soluble del receptor tirosín quinasa-1 tipo fms (sFlt-1)

Métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo con 54 pacientes con PE (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg en dos medidas repetidas con un intervalo de 4h después de la semana 20 de gestación junto a ≥ 300 mg de proteína en orina durante 24h o $\geq 2+$ en tira reactiva en dos medidas repetidas entre 4h) y 72 mujeres control. El Genotipado del polimorfismo Val158Met del gen COMT en sangre fetal se ha realizado PCR-RFLP Los niveles séricos maternos del Plgf y sFlt-1 (Roche Diagnostics), y los niveles plasmáticos de 2-ME (Cayman) se han medido por ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA).

Resultados: El valor OR para met/met vs val/met y val/val es 2.3 (0.862-6.063) con un p-valor =0.075. Hay diferencias significativas en las concentraciones de 2ME entre casos (1878.2635 ± 183.52 pg/ml) y controles (2697.0294 ± 188.341 pg/ml) en el plasma materno ($t=-3.050$, $p=0.003$). Los niveles de 2ME se correlacionan significativamente con los valores de sFlt-1 (Correlación de Pearson= -0.230; $p<0.05$) y con los valores de Plgf (Correlación de Pearson=0. 278; $p<0.01$).

Conclusión: Hay 2,3 veces más riesgo de presentar PE si el polimorfismo Val158Met fetal es homocigoto para metionina (de baja actividad). Los niveles de 2ME están significativamente disminuidos en el plasma materno de las preeclamsias y se correlaciona negativamente con los niveles séricos de sFlt-1 y positivamente de Plgf de forma significativa.

PÓSTER Nº: 20

LA PREECLAMPSIA ALTERA EL TRANSPORTE DE L-CARNITINA EN VENA UMBILICAL HUMANA

C.M. VÁZQUEZ CUETO (2), E. GUZMÁN GUTIÉRREZ (1), S. ZAMBRANO SEVILLA (2),
M.V. RUÍZ ARMENTA (2), A.J. BLANCA LOBATO (2), C.F. SALOMÓN GALLO (1), P. ARROYO ZÚÑIGA (1),
A. MATE BARRERO (2), A. LEIVA MENDOZA (1), L. SOBREVÍA (1).

(1) LABORATORIO DE FISIOLÓGIA CELULAR Y MOLECULAR (CMPL), DIVISIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, ESCUELA DE MEDICINA, FACULTAD DE MEDICINA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. SANTIAGO DE CHILE. (2) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: HUVEC, L-CARNITINA, PREECLAMPSIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: La preeclampsia (PE) es un síndrome del embarazo que cursa con un aumento en la presión arterial materna y disfunción endotelial placentaria. La L-carnitina posee, entre otras, propiedades antihipertensivas, aunque hasta ahora no se ha estudiado su efecto sobre la función endotelial ante una situación de PE. Se han descrito varios sistemas de transporte para la L-carnitina; sin embargo, su actividad en células endoteliales no ha sido aún demostrada. Por ello, en este trabajo se ha estudiado el efecto de la PE sobre las propiedades de transporte de L-carnitina usando el endotelio de vena umbilical humana (HUVEC).

Métodos utilizados: La captación de L-carnitina (1-40 μM , 5 $\mu\text{Ci/mL}$, 37°C, 20-300 seg) fue determinada en cultivos primarios de HUVEC (pasaje 2) provenientes de embarazos normales y de embarazos que cursaron con PE.

Resultados: La captación de L-carnitina presentó componentes sodio-dependiente (velocidad inicial (v_i) = 0.244 fmol/ μg proteína/min) y sodio-independiente (v_i = 0.064 fmol/ μg proteína/min) en HUVEC de embarazos normales. La PE se asocia con inhibición (~98%) del componente sodio-dependiente de captación de L-carnitina (v_i = 0.0006 fmol/ μg proteína/min), sin alterar significativamente el componente sodio-independiente. El transporte sodio-dependiente de L-carnitina en v_i fue saturable en HUVEC de embarazos normales (velocidad máxima (V_{max}) = 0.316 fmol/ μg proteína/min, K_m aparente = 10 μM). Sin embargo, el transporte sodio-dependiente de este substrato fue bloqueado completamente en HUVEC de embarazos con PE.

Conclusiones: El endotelio de las venas umbilicales de embarazos que cursan con PE pierde la capacidad de transporte sodio-dependiente de L-carnitina, lo que sugiere un posible papel de este compuesto en el control del tono vascular fetal.

Agradecimientos: Instituto de Salud Carlos III-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, PN de I+D+I 2008-2011 (PS09/01395), Junta de Andalucía, Consejería de Salud (PI-0034), Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) (D/031187/10;

A1/036123/11), CONICYT PIA (Anillos ACT-73)-Chile y FONDECYT 1110977/11110059 (Chile). EG-G y CS son alumnos becarios de doctorado CONICYT-Chile; PA es becario de doctorado de la Facultad de Medicina, PUC-Chile; SZ es becaria de la Junta de Andalucía (proyecto PI-0034 de la Consejería de Salud); AB disfruta de un contrato del Instituto de Salud Carlos III-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, PN de I+D+I 2008-2011 (PS09/01395).

PÓSTER Nº: 21

LA LEPTINA INDUCE FIBROSIS Y ESTRÉS OXIDATIVO EN EL CORAZÓN

E. MARTÍNEZ (1), M. MIANA (1), R. JURADO (1), M. VALERO-MUÑOZ (1), M. LUACES (2),
N. GÓMEZ-HURTADO (3), A. BRIONES (4), M.V. BARTOLOMÉ (5), V. LAHERA (1), V. CACHOFEIRO (1).

(1) FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID. (2) SERVICIO DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA, FUENLABRADA. MADRID. (3) FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID. (4) FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID. (5) FACULTAD DE PSICOLOGÍA, DEPARTAMENTO DE OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: LEPTINA, FIBROSIS, OXIDACIÓN

RESUMEN:

La leptina juega un papel central en la regulación de la ingesta y en el balance energético. El principal lugar de producción de la leptina es el tejido adiposo pero también puede producirse en otros tejidos como el corazón y sus niveles aumentan a medida que aumenta el peso corporal. Aunque se ha sugerido que la leptina puede representar un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad isquémica cardiaca, sus efectos cardiacos no están bien establecidos ya que se han descritos también efectos protectores sobre la estructura y sobre la función cardiaca.

Por ello, el objetivo de este estudio fue evaluar los efectos cardiacos de la leptina con especial interés sobre la fibrosis y el estrés oxidativo, así como los posibles mecanismos involucrados.

Métodos: Se midió el efecto de la leptina (10-100 ng/ml) sobre la expresión proteica de colágeno I, CTGF, TGF- β y galectina-3 en cardiocitoblastos (CF) aislados de rata adulta (pase 2-3), en presencia o ausencia de melatonina (10-6M), factor antioxidante y de rapamicina (100 nM), inhibidor de la vía mTOR. Se estudió el efecto proliferativo de la leptina sobre los CF. Asimismo, se valoró el efecto prooxidante de la leptina midiendo la producción de aniones superóxido in situ mediante la técnica de fluorescencia-inducida por dihidroetidio (DHE). Se estudió, además, los niveles proteicos de leptina, CTGF, TGF- β y galectina-3 en corazones de ratas Wistar adultas con sobrepeso inducido por dieta (alimentadas con dieta con 33% grasa). Se valoró también la función cardiaca mediante ecocardiografía y los niveles de colágeno total mediante tinción con rojo Sirio. Finalmente se midió la producción de aniones superóxido mediante la técnica de fluorescencia inducida por DHE.

Resultados: La leptina aumentó los niveles de colágeno I de manera dosis y tiempo dependiente ($p < 0.05$) alcanzándose los valores máximos a la dosis de 100 ng/ml a las 24 horas de estimulación ($p < 0.05$). El efecto fibrótico inducido por la leptina se inhibió en la presencia tanto de melatonina como de rapamicina ($p < 0.05$). El aumento de colágeno se asoció con un aumento de los niveles de CTGF, TGF- β y de galectina-3 ($p < 0.05$). La presencia de leptina en el medio de incubación no fue capaz de modificar la proliferación de los CF. La leptina fue capaz de aumentar la intensidad de fluorescencia en presencia de DHE de manera dosis-dependiente ($p < 0.001$), sugiriendo un aumento en la producción de aniones

superóxido, efecto que se revierte con el tratamiento con melatonina o con rapamicina ($p < 0.001$). En comparación con las ratas controles, los corazones de las ratas con sobrepeso presentaron un aumento en los niveles de leptina, TGF- β y de galectina-3 ($p < 0.05$) así como de la fracción de volumen de colágeno ($p < 0.05$) aunque no se observaron diferencias ni en el CTGF, ni en la FEVI, PP, PPS, SIV, DTDVI o DTSVI. También se observó un aumento en los niveles de aniones superóxido ($p < 0.05$).

Conclusiones: La leptina producida localmente en el corazón puede participar en la fibrosis y el estrés oxidativo observado en animales obesos. Este efecto fibrótico parece estar mediado por un aumento de estrés oxidativo a través de la activación de la vía mTOR y mediante el aumento de factores profibróticos como la galectina-3, el CTGF y el TGF- β .

PÓSTER Nº: 21-B

LA PROTEÍNA REGULADORA DE CALCINEURINA 1 (RCAN1) PARTICIPA EN EL DESARROLLO DE LA PLACA DE ATEROMA

N. MÉNDEZ BARBERO (1), V. ESTEBAN VAZQUEZ (1), V. ANDRES (1), M.R. CAMPANERO (2), J.M. REDONDO (1).

(1) CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES. MADRID.
(2) INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMEDICAS.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: RCAN, ATEROSCLEROSIS, MACRÓFAGOS

RESUMEN:

El remodelado de la pared arterial es una de las características más importantes de enfermedades cardiovasculares. El estudio de moléculas involucradas en estos mecanismos de remodelado vascular supone un avance en la mejora de tratamientos para estas patologías.

En trabajos previos recientemente publicados hemos demostrado la importancia de RCAN1 (Regulador de Calcineurina) como molécula implicada en el desarrollo de aneurismas abdominales aórticos y en procesos de restenosis. El objetivo de nuestro trabajo actual es analizar el papel de la proteína RCAN1 en otra patología cardiovascular que cursa remodelado vascular como es el caso de la aterosclerosis.

Para analizar el papel de RCAN1 en esta patología hemos utilizado el modelo de inducción de aterosclerosis en ratones deficientes en la proteína ApoE por medio de dieta rica en colesterol. En el estudio de la placa de ateroma a nivel aórtico y también en válvulas aórticas, hemos determinado que ratones ApoE^{-/-}-RCAN^{-/-} desarrollan menos placa de ateroma después de ser alimentados con dieta rica en colesterol que ratones ApoE^{-/-}-RCAN^{+/+} usados como control. Además, esta reducción de la placa de ateroma observada en ratones ApoE^{-/-}-RCAN^{-/-} puede ser debido a un retraso en la formación de la placa, como muestran tinciones específicas para células de musculatura lisa vascular (CMLV), macrófagos y colágeno. Ratones ApoE^{-/-}-RCAN^{-/-} presentan placas menores y con mayor porcentaje de macrófagos y CMLV. Por su parte los animales ApoE^{-/-}-RCAN^{+/+} muestran un contenido de colágeno mayor con menor cantidad de macrófagos y CMLVs.

Con el objetivo de esclarecer si la proteína RCAN1 en el componente hematopoyético tiene algún papel en el desarrollo del ateroma, se realizaron experimentos de transplante de médula ósea. Los resultados de estos experimentos muestran que animales reconstruidos con células hematopoyéticas deficientes en RCAN1 presentan placas de ateroma de menor tamaño. Estudios preliminares de macrófagos "in vitro" indican que la ausencia de RCAN provoca una deficiencia en los procesos de absorción de LDL oxidadas a concentraciones fisiológicas de 0.25, 0.125ug/ml.

Nuestros resultados muestran que la proteína RCAN1 expresada en macrófagos está implicada en el desarrollo de placa de ateroma, identificándolo así como una diana potencial para la prevención de la enfermedad aterosclerótica.

PÓSTER Nº: 22

LEPTINA INDUCE HIPERTROFIA Y REGULA EL CANAL DE POTASIO KV4.2 EN CARDIOMIOCITOS ADULTOS DE RATA

N. GÓMEZ HURTADO (1), M. FERNÁNDEZ VELASCO (2), L. BOSCA GOMAR (3), V. LAHERA JULIA (4), V. CACHOFEIRO RAMOS (4), C. DELGADO CANENCIA (5).

(1) DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA UCM. MADRID. (2) HOSPITAL LA PAZ, IDIPAZ. MADRID. (3) INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS ALBERTO SOLS (CENTRO MIXTO CSIC-UAM). MADRID. (4) DEPARTAMENTO DE FISIOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA UCM. MADRID. (5) CENTRO DE INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS (CSIC). MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: LEPTINA, HIPERTROFIA CARDIACA, CANAL DE POTASIO KV4.2

RESUMEN:

INTRODUCCION

Leptina es un péptido de 16 KDa. Sus principales funciones son la regulación del balance energético y del apetito. Distintos estudios clínicos han puesto de manifiesto una asociación entre hiperleptinemia, obesidad e hipertrofia cardiaca (HC). Estos datos son consistentes con estudios in vitro que sugieren que leptina induce hipertrofia en cardiomiocitos neonatales.

La HC aparece como una respuesta adaptativa pero a medio largo plazo predispone a la aparición de isquemia, arritmias e insuficiencia cardiaca. Está bien establecido que los corazones hipertróficos muestran alteraciones en la expresión o función de ciertos canales iónicos lo que les hace más sensibles a desarrollar arritmias graves. Entre ellos destacaríamos la regulación a la baja del canal de K⁺, Kv4.2 y la reexpresión en el ventrículo del canal de Ca²⁺ tipo T, Cav3.1 y 3.2. Dado el interés clínico que tendría conocer los mecanismos implicados en el efecto hipertrófico de leptina y su papel en el remodelado eléctrico de los cardiomiocitos adultos, el objetivo del presente estudio fue analizar las rutas de señalización implicadas en los efectos prohipertróficos de leptina así como el posible efecto de esta citoquina sobre los canales iónicos cardiacos.

MÉTODOS:

Se aislaron cardiomiocitos ventriculares de corazones de ratas adultas mediante disociación enzimática y se incubaron 48h con 6 nM de leptina. Posteriormente se midió el área de los cardiomiocitos en μm^2 y las capacitancias celulares.

La expresión génica se analizó mediante qRT-PCR y la expresión proteica mediante Western blot. Finalmente, la corriente transitoria de K⁺ característica del canal Kv4.2 (I_{to}) se midió usando la técnica de parche de membrana en su configuración de célula entera.

RESULTADOS:

Los cardiomiocitos incubados durante 48h con leptina (6 nM) presentaron un incremento significativo de la superficie celular ($p < 0.001$) y de la capacitancia de membrana ($p < 0.05$) y un aumento de la expresión de genes hipertróficos como la cadena pesada de la β -miosina. Leptina indujo la activación de Akt, mTOR y STAT-3. El bloqueo de Akt con Triciribina y de mTOR con Rapamicina, previno el aumento de la superficie celular inducido por leptina.

Los cardiomiocitos tratados 48h con leptina, no mostraron reexpresión del canal de calcio tipo T (Cav3.1 y 3.2) pero sorprendentemente mostraron un aumento de la expresión del canal de potasio Kv4.2. El análisis mediante patch-clamp de Ito mostró que tanto la amplitud como la densidad de esta corriente se encontraban significativamente elevadas en los cardiomiocitos tratados. Asimismo, la preincubación de los cardiomiocitos con triciribina pero no con rapamicina previno ambos efectos.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados demuestran que leptina a través de la activación de la vía de Akt/mTOR es capaz de inducir hipertrofia en los cardiomiocitos adultos. Además, es capaz de aumentar la expresión y la función del canal de potasio Kv4.2 a través de un mecanismo que requiere la activación de Akt. Este hallazgo sugiere que leptina podría ejercer un efecto protector sobre el corazón al compensar la caída en la reserva de potasio asociada al desarrollo de HC patológica que acompaña a las complicaciones de la obesidad (hipertensión, diabetes), haciendo al corazón menos proclive a la aparición de arritmias.

PÓSTER Nº: 23

IMPLICACIÓN DE LA CARDIOTROFINA-1 EN EL SÍNDROME CARDIO-VÁSCULO-RENAL

N. LOPEZ ANDRES (1), A. ROUSSEAU (1), L. CALVIER (1), C. LABAT (1), J. DIEZ (2), F. ZANNAD (1),
P. LACOLLEY (1), P. ROSSIGNOL (1).

(1) INSERM U961. NANCY (FRANCE). (2) CIMA. PAMPLONA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: CARDIOTROFINA-1, FIBROSIS, DISFUNCION

RESUMEN:

Introducción. La expresión de cardiotrofina-1 (CT-1), una citoquina de la familia de la interleuquina-6, aumenta en la hipertensión y en la insuficiencia cardiaca (IC). Este trabajo investiga el efecto de la CT-1 en ratas normotensas a tres niveles: molecular, celular y geométrico, y sus consecuencias sobre las funciones cardiaca, vascular y renal.

Metodos. Se trataron ratas Wistar con CT-1 (20 µg/Kg/día) o vehículo durante 6 semanas. Las funciones cardiacas y vasculares se analizaron in vivo mediante ecocardiografía, Doppler y ecotracking, y ex vivo por microscopía electrónica acústica. La histomorfología cardiovascular y renal se analizó mediante inmunohistoquímica, RT-PCR y Western Blot. La función renal se evaluó mediante la creatinina sérica, la relación microalbuminuria/creatininuria y la lipocalina asociada a gelatinasa de neutrófilos (NGAL).

Resultados. En ausencia de modificaciones de la presión arterial, el tratamiento con CT-1 aumentó los volúmenes ventriculares, disminuyó la fracción de acortamiento y la fracción de eyección y provocó una dilatación miocárdica acompañada de fibrosis. En la aorta de ratas tratadas con CT-1, la curva módulo elástico/estrés parietal indicó un aumento en la rigidez arterial que fue confirmado por el aumento en la velocidad acústica del sonido. Las ratas tratadas con CT-1 presentaron un aumento en el espesor de la pared vascular y su contenido en colágeno y fibronectina. El tratamiento con CT-1 no modificó la creatinina sérica pero aumentó la relación microalbuminuria/creatininuria y NGAL, así como la fibrosis tubulointersticial y glomerular.

Conclusiones. La CT-1 es un nuevo agente profibrótico en corazón, vaso y riñón que induce una disfunción cardio-vásculo-renal independientemente de la presión arterial. Por ello, la CT-1 puede ser una nueva diana terapéutica que integra simultáneamente las alteraciones cardiacas, vasculares y renales en los estadios precoces de la IC.

PÓSTER Nº: 24

EFEECTO ANTIHIPERTENSIVO Y CARDIOPROTECTOR DE LA L-CARNITINA EN RATAS TRATADAS CON SUNITINIB

M.V. RUIZ ARMENTA (1), S. ZAMBRANO SEVILLA (1), A.J. BLANCA LOBATO (1),
M.T. MONSERRAT GARCÍA (2), J.L. ARIAS JIMÉNEZ (2), A. MATE BARRERO (1),
Ó. ARAMBURU BODAS (2), C.M. VÁZQUEZ CUETO (1).

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA Y ZOOLOGÍA. FACULTAD DE FARMACIA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA. (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: L-CARNITINA, SUNITINIB, CARDIOTOXICIDAD

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO. El sunitinib (inhibidor de la tirosina kinasa), está indicado actualmente para el tratamiento del carcinoma renal avanzado y de los tumores gastrointestinales estromales. Muchos trabajos relacionan el uso de este fármaco con la aparición de hipertensión arterial (HTA). Estudios previos de nuestro grupo de investigación han puesto de manifiesto las propiedades antihipertensiva y antioxidante de la L-carnitina (LC) en la HTA. En este trabajo pretendemos analizar el efecto cardioprotector de la LC sobre la cardiotoxicidad del sunitinib, estudiando las cifras de tensión arterial y los parámetros de estrés oxidativo.

MÉTODOS USADOS. El estudio se ha realizado en ratas Wistar de peso 280-350 g, divididas en cuatro grupos: (1) controles normotensas; (2) ratas tratadas con sunitinib (25 mg/Kg/día); (3) ratas tratadas con LC (400 mg/Kg/día) y (4) ratas tratadas con sunitinib más LC. La duración del tratamiento con sunitinib en los grupos (2) y (4) ha sido de 8 semanas. La LC, en los grupos (3) y (4), se ha administrado durante 10 semanas, comenzando el tratamiento 2 semanas antes de la administración de sunitinib. Se ha realizado un seguimiento semanal de las cifras de presión arterial y frecuencia cardíaca. Al finalizar el tratamiento, los animales se sacrifican previa extracción de sangre por punción cardíaca. Esta sangre se utiliza para la determinación de las actividades de las enzimas antioxidantes: glutatión peroxidasa (GPx), glutatión reductasa (GR) y superóxido dismutasa (SOD). Posteriormente, se extirpa el corazón, se aísla el ventrículo izquierdo y se pesa, congelándolo a -80°C. Tras obtener los homogeneizados de corazón, se procede al estudio de las actividades de las enzimas antioxidantes y de la peroxidación lipídica.

RESULTADOS. El peso del corazón aumenta de forma significativa tras el tratamiento con sunitinib, lo que demuestra la presencia de un corazón hipertrofiado (hipertrofia que desaparece tras el tratamiento simultáneo con LC). La presión sistólica, diastólica y la frecuencia cardíaca aumentan significativamente tras el tratamiento con sunitinib, mientras que la administración simultánea de LC restaura los valores de presión sanguínea y reduce significativamente la frecuencia cardíaca. Además, las actividades de las enzimas antioxidantes medidas en sangre disminuyen significativamente tras el tratamiento con sunitinib, alteración que se revierte, en el caso de GPx y GR, con el tratamiento simultáneo con LC. Por su parte, los estudios realizados sobre los homogeneizados de corazón muestran una disminución

significativa en las actividades de las enzimas GPx y SOD en las ratas tratadas con sunitinib, con respecto a las ratas controles normotensas. De nuevo, estas actividades aumentan tras el tratamiento simultáneo con LC. La actividad de la GR, por otro lado, no se ve modificada en el corazón de los cuatro grupos experimentales de animales. Finalmente, la peroxidación lipídica aumenta en las ratas tratadas con sunitinib, normalizándose los valores en el grupo sometido a tratamiento simultáneo con LC.

CONCLUSIONES. La terapia combinada sunitinib + L-carnitina reduce la hipertrofia cardíaca y la hipertensión inducidas por el sunitinib. Por otro lado, la L-carnitina es capaz de mejorar, a nivel sistémico y cardíaco, el daño oxidativo, atribuible al sunitinib, lo que implica al estrés oxidativo como uno de los mecanismos fisiopatológicos responsables de la cardiotoxicidad asociada al tratamiento con sunitinib.

PÓSTER Nº: 25

PAPEL DEL MICRORNA-133A EN LA REGULACIÓN DE ANGIOTENSINÓGENO EN LA MIOCARDIOPATÍA DIABÉTICA EXPERIMENTAL

E. RAMÍREZ (1), S. ARES (1), R. BRAGADO (1), B. PICATOSTE (1), A. CARO (2), J. TUÑÓN (1), Ó. LORENZO (1)

(1) IIS-FUNDACIÓN NJIMÉNEZ DÍAZ. MADRID. (2) FACULTAD VETERINARIA, UCM. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: MIRNA-133A, MIOCARDIOPATÍA DIABÉTICA, ANGIOTENSINÓGENO

RESUMEN:

Objetivo: Estudiar el potencial papel del microRNA (miR)-133a en la miocardiopatía diabética.

Antecedentes: Los miRs son importantes reguladores de la expresión génica, degradando el RNA mensajero específico o inhibiendo su traducción. Algunos de ellos participan en el desarrollo de hipertrofia y fibrosis cardiaca, las cuales están reguladas por el sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (RAAS). El precursor de este sistema, angiotensinógeno (Agt), es un potencial gen diana de miR-133a.

Métodos: Veinte ratas obesas/diabéticas tipo-II (ZDF) y sus respectivos controles (n=10 por grupo) se examinaron por Ecocardiograma-Doppler a las 28 semanas de edad. Posteriormente se extrajo plasma y se aisló el ventrículo izquierdo (VI) para estudios de histología, Q-PCR y Western-Blot. La línea celular de cardiomiocitos adultos, H9c2, se utilizó para los estudios in vitro.

Resultados: Las ratas ZDF presentaron hiperglicemia e hiperlipidemia, sin cambios en la presión arterial. Por Eco-Doppler, además mostraron un elevado grosor del septo interventricular (2.4 vs. 1.8 mm, $p<0.01$) y un diámetro diastólico reducido (0.51 vs. 0.71 mm, $p<0.01$) del VI. El miocardio presentaba hipertrofia celular y fibrosis intersticial, incremento de la expresión de miR-133a (2.12 veces vs. control, $p<0.05$) y reducción del mRNA (0.29-fold, $p<0.01$) y proteína de Agt (0.82-fold, $p<0.05$). En cultivos de cardiomiocitos, la incubación con alta concentración de ácido palmítico (PA) redujo la expresión del mRNA (0.14-fold vs. control, $p<0.05$) y proteína (0.59-fold) de angiotensinógeno, mientras que estimuló la de miR-133a (7.06-fold vs. control, $p<0.05$). Además, la transfección del anti-miR-133a en cardiomiocitos incubados con PA revirtió este efecto.

Conclusiones: La diabetes tipo-II puede ejercer un efecto directo sobre el miocardio, induciendo fenómenos de hipertrofia y fibrosis. Sin embargo, la sobre-expresión de miR-133a podría controlar estos procesos a través de la atenuación de la expresión de Agt, como mecanismo cardioprotector.

PÓSTER Nº: 26

CARDIOPROTECCIÓN EN EL DAÑO POR ISQUEMIA Y REPERFUSIÓN: ESTIMULACIÓN DE LOS RECEPTORES B3 ADRENÉRGICOS

D. SANZ-ROSA (1), J. GARCÍA-PRIETO CUESTA (1), A. OSUNA GÁLVEZ (1), V. FUSTER CARULLA (1,3), B. IBAÑEZ CABEZA (1,2).

(1) IMAGEN EN CARDIOLOGÍA EXPERIMENTAL, CNIC. MADRID. (2) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID. (3) MOUNT SINAI, SCHOOL OF MEDICINE. NUEVA YORK.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ISQUEMIA/REPERFUSIÓN, RECEPTORES B3 ADRENÉRGICOS, CARDIOPROTECCIÓN

RESUMEN:

Recientemente se han identificado los receptores β_3 adrenérgicos (β_3 AR) en el corazón. Cuando se estimulan con catecolaminas, los β_3 AR ejercen un efecto inotrópico negativo. Asimismo existen evidencias de que dicha estimulación podría aumentar los niveles de óxido nítrico (NO). Se ha demostrado que la estimulación de los β_3 AR ejerce un efecto beneficioso en modelos animales de insuficiencia cardiaca. Sin embargo el papel de los β_3 AR en isquemia y reperfusión no ha sido explorado hasta el momento.

Métodos y Resultados: Cuando se expusieron las células HL1 (línea celular de cardiomiocitos) a periodos de 6h de hipoxia y 18h de reoxigenación, se observó un descenso significativo en la viabilidad celular acompañado por un aumento significativo del proceso apoptótico (analizados por citometría de flujo, western blot e inmunofluorescencia con Caspasa 3 truncada). El tratamiento de los cardiomiocitos con el agonista selectivo del β_3 AR (BRL-37344; 5-100 μ M) aumentó significativamente la supervivencia celular en un 25% y redujo un 20% la población de células apoptótica.

La cardioprotección conseguida por la estimulación β_3 AR podría mediada por JNK ya que el tratamiento de las HL-1 con el inhibidor específico de las JNK (SP600125; 10 μ M) bajo estimulación de los β_3 AR anula el efecto cardioprotector del BRL. Sin embargo no se ha podido demostrar que el NO esté implicado en tal mecanismo ya que aunque se ha visto un aumento en la fosforilación en la S-1177 de la eNOS, el co-tratamiento de los cardiomiocitos con BRL y el inhibidor de la NOS, L-NAME (0.5-1mM), proporcionó la misma cardioprotección que el agonista administrado solo.

Posteriormente, se sometieron ratones C57/bl6 a 45 minutos de oclusión de la arteria coronaria seguidos de 24h de reperfusión. Diez minutos antes de la reperfusión se administró BRL-37344 a una concentración de 5 μ g/kg o vehículo por vía intravenosa. El análisis de los corazones mostró una reducción significativa del tamaño de infarto (normalizado respecto al área en riesgo) en aquellos animales que recibieron el agonista β_3 AR antes de la reperfusión. Para confirmar que dicha cardioprotección era mediada por los β_3 AR, se realizó el mismo procedimiento de isquemia/reperfusión en ratones β_3 AR KO. Al evaluar el área de infarto no se observaron diferencias significativas entre los ratones KO y los controles.

Conclusión: Los β_3 AR juegan un papel cardioprotector durante la isquemia y reperfusión, convirtiéndose en una prometedora diana terapéutica.

PÓSTER Nº: 27

**EL EJERCICIO FÍSICO MEJORA EL REMODELADO Y LA FUNCIÓN VASCULARES EN HIPERTENSIÓN.
PAPEL DEL ESTRÉS OXIDATIVO**

A.M. BRIONES (1), F.R. ROQUE (1), A.B. GARCÍA REDONDO (1), M. GALÁN (1), M.S. AVENDAÑO (1),
S. MARTÍNEZ REVELLES (1), A. AGUADO (1), V. CACHOFEIRO (2), D.V. VASSALLO (3), M. SALAICES (1).

(1) DPTO. FARMACOLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID.
(2) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE
MADRID. MADRID. (3) PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS, UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO . VITÓRIA, ES, BRASIL.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, EJERCICIO, ESTRÉS OXIDATIVO

RESUMEN:

La práctica regular de ejercicio físico se considera una terapia no farmacológica efectiva en la prevención y control de la hipertensión. Propósito: Este estudio investiga los efectos del ejercicio físico aeróbico en el remodelado vascular y en las alteraciones funcionales y mecánicas de arterias coronarias y mesentéricas de resistencia de ratas espontáneamente hipertensas (SHR) así como los mecanismos responsables de dichos efectos. Métodos: se utilizaron ratas normotensas Wistar Kyoto (WKY), SHR and SHR-entrenadas (cinta de correr, 12 semanas) y se estudiaron las propiedades estructurales y mecánicas mediante miografía de presión, la función vascular con un miógrafo de alambres, la producción de anión superóxido mediante tinción con dihidroetidio y microscopía confocal, la expresión proteica mediante western blot, la estructura de elastina mediante microscopía confocal, la deposición de colágeno mediante tinción con rojo sirio y la presión arterial mediante pletismografía en la arteria caudal. Resultados: El entrenamiento físico no afectó al remodelado vascular de arterias coronarias y mesentéricas de ratas SHR pero redujo la incrementada rigidez y la aumentada deposición de colágeno y normalizó la disminuida expresión de la metaloproteinasa de matriz 9 así como la alterada organización de elastina. En arterias coronarias de SHR, el entrenamiento físico no afectó a las respuestas contráctiles a KCl, al análogo del tromboxano A2 U46619 o a 5-HT pero mejoró la empeorada relajación inducida por acetilcolina (ACh). El entrenamiento también normalizó las incrementadas respuestas vasoconstrictoras inducidas por U46619 y por elevadas concentraciones de ACh observadas en arterias mesentéricas de SHR. Además, el entrenamiento: 1) redujo la producción vascular de anión superóxido y aumentó la de óxido nítrico y 2) redujo el efecto del inhibidor de la NADPH oxidasa apocinina sobre en las respuestas vasoconstrictoras y vasodilatadoras mientras que aumentó el efecto del inhibidor de la sintasa de óxido nítrico L-NAME. El entrenamiento físico también redujo en parte la presión arterial. Conclusiones: nuestros resultados demuestran que el ejercicio físico mejora las alteraciones funcionales y mecánicas observadas en arterias coronarias y mesentéricas de ratas hipertensas, disminuye el estrés oxidativo e incrementa la disponibilidad de óxido nítrico. Estos datos aportan evidencias adicionales de los efectos beneficiosos del ejercicio físico en el sistema vascular.

PÓSTER Nº: 28

PAPEL DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA EN LA REGULACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL POR ENDOGLINA SOLUBLE

B. OUJO GONZÁLEZ (1), M. GONZÁLEZ NÚÑEZ (1), F. PÉREZ BARRIOCANAL (1), M. ARÉVALO (2),
C. BERNABEU (5), J.M. LÓPEZ NOVOA (1).

(1) UNIDAD DE FISIOPATOLOGÍA RENAL Y CARDIOVASCULAR. DPTO FISIOLÓGIA Y FARMACOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA. (2) UNIDAD DE FISIOPATOLOGÍA RENAL Y CARDIOVASCULAR. DPTO DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA HUMANA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA. (3) SCENTRO DE INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS. CSIC. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ENDOGLINA SOLUBLE, PRESIÓN ARTERIAL, SRA

RESUMEN:

La preeclampsia es una patología que se presenta en el 5% de los embarazos y que se caracteriza por una elevación de la presión arterial y una marcada proteinuria en el tercer trimestre de embarazo. La endoglina (Eng) es una glicoproteína de membrana que actúa como receptor auxiliar en la vía de señalización de TGF β , en algunas circunstancias es separada de la membrana apareciendo como endoglina soluble en suero (sEng). Estudios previos de nuestro laboratorio han descrito el papel de las isoformas de endoglina de membrana en la regulación de la presión arterial (Jerkic et al, FASEB J., 2004; Circ. Res. 2006; Blanco et al, Circ. Res. 2008). Varios autores han descrito el aumento de sEng y del receptor soluble de VEGF, sFlt-1, en el suero de mujeres con preeclampsia. El objetivo de nuestro estudio se centró en analizar la implicación de la sEng en el incremento de presión arterial descrito en la preeclampsia.

Para ello se ha puesto a punto un modelo de ratones transgénicos que sobreexpresan la forma soluble de endoglina humana bajo el control de un promotor ubicuo, lo que hace que aumente mucho la concentración de sEng en plasma (sEng+). La presión arterial se ha medido por telemetría, técnica que nos permite registrarla en animales despiertos y con total movilidad. Los ratones sEng+ tienen una presión arterial mayor (PAS: 140 \pm 3 mmHg; PAD: 110 \pm 2 mmHg; n=5) que sus Controles (PAS: 106 \pm 2 mmHg; PAD: 84 \pm 7 mmHg; n=5). Presentan también una elevada proteinuria y alteraciones estructurales renales (cilindros intratubulares e infiltración intersticial). Se estudió la posible contribución del sistema renina angiotensina (SRA) a la hipertensión que presentaban estos animales. Para ello se les administró un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina captopril (100 mg/L) y un inhibidor de los receptores AT1: losartán (150 mg/L), durante 5 días en agua de bebida. Dicho tratamiento produjo una mayor respuesta hipotensora en los ratones sEng+ que en los Controles. También se administró Angiotensina II (0,8 mg/Kg, i.p.), observando que los ratones sEng+ presentaban una menor respuesta hipertensora. Estos resultados parecen implicar al SRA en la hipertensión que presentan los ratones que sobreexpresan endoglina soluble.

PÓSTER Nº: 29

EL TRATAMIENTO CON ROSUVASTATINA MEJORA LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA EN UN MODELO DE SOBREPESO INDUCIDO POR DIETA GRASA. PAPEL DE LA LEPTINA, SIRT-1, PPAR-G Y GLUT-4

M. VALERO-MUÑOZ (1), S. BALLESTEROS (1), B. MARTÍN-FERNÁNDEZ (1), V. CACHOFEIRO (1),
V. LAHERA (1), N. DE LAS HERAS (1)

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: RESISTENCIA A LA INSULINA, LEPTINA, SIRT-1

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO: Estudiar los efectos del tratamiento con rosuvastatina sobre la resistencia a la insulina en un modelo de sobrepeso inducido por dieta, así como los mediadores y mecanismos implicados.

MÉTODOS: Se utilizaron ratas macho Wistar de 250-300 g de peso, alimentadas con dieta estándar (CT) o con una dieta con alto contenido en grasa (33.5% del contenido calórico) durante 7 semanas (SBP). La mitad de los animales SBP fueron tratados con rosuvastatina (15 mg/Kg/día) (SBP+ROSU) durante las 7 semanas del estudio. El grupo de ratas alimentadas con dieta estándar se utilizó como referencia de condiciones de normalidad.

RESULTADOS: Las ratas alimentadas con la dieta grasa presentaron un aumento del peso corporal ($p<0.05$), del tejido adiposo blanco epididimal ($p<0.001$) y del lumbar ($p<0.001$), sin observarse cambios en el peso del tejido adiposo marrón. El tratamiento con rosuvastatina disminuyó ligeramente el peso del tejido adiposo lumbar en las ratas SBP. Los niveles plasmáticos de glucosa e insulina aumentaron en las ratas SBP respecto a los animales CT ($p<0.05$), y como consecuencia, el índice HOMA de resistencia a la insulina fue superior en este grupo ($p<0.01$). El tratamiento con rosuvastatina redujo significativamente los niveles plasmáticos de glucosa, insulina y el índice HOMA. La expresión proteica de sirtuina-1 (SIRT-1), del receptor activado por proliferadores de peroxisomas gamma (PPAR- γ) y del transportador de glucosa 4 (GLUT-4) en tejido adiposo blanco fue menor ($p<0.05$) en ratas SBP respecto a los animales CT. El tratamiento con rosuvastatina normalizó ($p<0.05$) la expresión proteica de estos tres mediadores. El cociente de las concentraciones plasmáticas de leptina/adiponectina fue mayor en las ratas SBP vs CT ($p<0.001$); la rosuvastatina redujo dicho cociente ($p<0.01$). Asimismo, la expresión proteica, en tejido adiposo blanco lumbar, de leptina fue mayor en ratas SBP ($p<0.05$), y el tratamiento con rosuvastatina normalizó este parámetro. Los niveles de adiponectina fueron menores en las ratas alimentadas con dieta grasa ($p<0.05$), y no se modificaron con el tratamiento.

RESUMEN Y CONCLUSIONES: El tratamiento con rosuvastatina mejora la sensibilidad a la insulina en ratas con sobrepeso inducido por dieta con alto contenido en grasa. Este efecto está mediado por varios mecanismos como la reducción de los niveles de leptina y el aumento en la expresión de SIRT-1, PPAR- γ y GLUT-4 en tejido adiposo blanco. SIRT-1 podría considerarse un importante mediador de los efectos beneficiosos de la rosuvastatina sobre la sensibilidad a la insulina en ratas con sobrepeso inducido por dieta.

PÓSTER Nº: 30

EL FACTOR DE CRECIMIENTO DE TEJIDO CONECTIVO (CTGF) MODULA LA RUTA SMAD ACTIVANDO SMAD2 DE MANERA INDEPENDIENTE DE TGF-BETA. POSIBLE PAPEL DE ESTA RUTA EN LA INFLAMACIÓN VASCULAR

M. OREJUDO DEL RIO (1), R.R. RODRIGUES DIEZ (1), R. RODRIGUES DIEZ (1), M. ALIQUE (1), C. LAVOZ (1), S. RAYEGO MATEOS (1), J.L. MORGADO PASCUAL (1), A. ORTIZ (1), J. EGIDO (1), M. RUIZ ORTEGA (1).

(1) INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA FUNDACION JIMENEZ DIAZ. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: VASCULAR, INFLAMACIÓN, FIBROSIS

RESUMEN:

La ruta de activación de los factores de transcripción citosólicos Smad2/3/4, está asociada con procesos fibróticos inducidos por el factor de crecimiento transformante beta (TGF- β). La ruta clásica TGF- β /Smad incluye la activación y formación del heterodímero Smad2/Smad3 fosforilado, su unión con Smad4 y la translocación del complejo al núcleo. Datos recientes cuestionan las funciones concretas que desempeñan Smad2 y Smad3. Aunque se ha demostrado que Smad3 participa en procesos de crecimiento celular, diferenciación, apoptosis, fibrosis e inflamación, la función de Smad2 en estos procesos no está bien definida. Así, se ha descrito que la activación de Smad2 tiene un efecto protector frente a la fibrosis mediada por TGF- β ya que neutraliza la señalización TGF- β /Smad3.

Una de las principales proteínas relacionadas con TGF- β es el factor de crecimiento del tejido conectivo (CTGF), el cual está descrito como un mediador de la fibrosis vascular inducida por TGF- β . Estudios en modelos experimentales de daño vascular han demostrado que TGF- β tiene propiedades anti-inflamatorias. Sin embargo, nuestro grupo ha observado que CTGF in vivo activa una respuesta inflamatoria rápida a nivel vascular, lo que sugiere que CTGF puede tener otras funciones, independientes de las descritas como mediador de TGF- β . Nuestro principal objetivo ha sido estudiar si CTGF activa la ruta TGF- β /Smad e induce fibrosis vascular. Para ello realizamos un modelo experimental de administración sistémica de CTGF (inyección intraperitoneal de 2,5ng/g peso) en ratones C57BL/6, y se estudiaron a las 24 horas (modelo agudo) y 10 días (crónico). A 24h CTGF activó la ruta Smad en aorta, determinado por un aumento en los niveles de Smad2 fosforilado, pero no se modificaron los niveles de TGF- β (gen y proteína), ni de factores profibróticos, como PAI-1, comparados con el grupo control. A los 10 días de administración de CTGF, no se observó aumento en el depósito de colágenos, ni en los niveles de TGF- β en aorta. Estos resultados muestran que CTGF no es capaz de inducir fibrosis vascular en ausencia de aumento de TGF- β . Por el contrario, CTGF incrementó la expresión aórtica de genes proinflamatorios (RANTES, IL-6, MCP-1), observada desde 24 h y mantenida a 10 días. El bloqueo de TGF- β activo, mediante un anticuerpo neutralizante, aumentó la respuesta inflamatoria vascular causada por CTGF (MCP-1 y RANTES) a 10 días, lo que apoya las propiedades anti-inflamatorias de TGF- β a nivel vascular.

En estudios realizados in vitro en células de músculo liso vascular (CMLVs), la estimulación con CTGF durante 20 minutos aumentó la fosforilación de Smad2 y causó su traslocación al núcleo. Estos efectos no fueron inhibidos con un anticuerpo neutralizante de TGF- β , lo que demuestra que CTGF activa

Smad2 de manera independiente de TGF- β . En CMLVs observamos que CTGF es capaz de aumentar los niveles génicos de factores proinflamatorios, pero no de TGF-beta. Aunque son necesarios más estudios nuestros datos sugieren que podría existir una relación directa entre la activación de la proteína Smad2 y el aumento de genes proinflamatorios inducidos por CTGF a nivel vascular. Esto hace pensar que CTGF o TGF- β , a nivel local, podrían modular la respuesta proinflamatoria o profibrótica, respectivamente, contribuyendo a la evolución del daño vascular.

PÓSTER Nº: 31

EL FTY-720 INDUCE LA LIBERACIÓN DE PGI2 Y LA EXPRESIÓN VASCULAR DE COX-2 IN VIVO:
POTENCIACIÓN POR ESTATINAS

C. RODRÍGUEZ (1), M. GONZÁLEZ-DÍEZ (1), F. ALEGRE (1), M. ORRIOLS (1), J. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ (1).

(1) CENTRO DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR (CSIC-ICCC), IIB-SANT PAU. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: FTY720, COX-2, PROSTACICLINA

RESUMEN:

Antecedentes y objetivo- El FTY-720 es un análogo de la esfingosina-1-fosfato (S1P) que ha demostrado efectos vasoprotectores in vivo. En estudios previos hemos demostrado que la S1P es el componente de las HDL responsable del incremento en la liberación de prostaciclina (PGI2) en células vasculares y que la simvastatina potencia este efecto a través de la regulación de receptores S1P. Nuestro objetivo fue determinar si el FTY720 es capaz de regular la producción de PGI2 in vivo y si las estatinas podrían modular este efecto.

Materiales y Métodos- Los estudios se realizaron en ratones de la cepa C57/BL6J y en células musculares lisas vasculares de coronarias humanas (CMLV). Los animales recibieron una dosis de simvastatina o atorvastatina 75 mg/kg/día en la dieta durante 8 días. El quinto día se administró una dosis única de FTY-720 por vía intraperitoneal (1 mg/Kg i.p.). El nivel de mRNA de COX-2 y de los receptores de S1P en CMLV y aorta se analizó mediante PCR a tiempo real. Los niveles plasmáticos de PGI2 se determinaron mediante un ensayo inmunoenzimático.

Resultados- El FTY720 incrementó la expresión de COX-2 en CMLV, con un patrón temporal similar al observado previamente en presencia de S1P o HDL, en el que la máxima inducción (4 veces) se detectó al cabo de 90 minutos tras el estímulo. Análogamente, en estudios in vivo, el FTY720 incrementó la expresión de COX-2 en aorta e indujo los niveles plasmáticos de PGI2 de forma dependiente del tiempo con una inducción máxima a las 72 h (2.5 veces). Ambos efectos se vieron potenciados por la administración de simvastatina y atorvastatina, fármacos que incrementaron el nivel de expresión del receptor S1P1 en la pared vascular. El efecto sobre la COX-2 en la aorta de los animales se produjo sin que se alterase la expresión de COX-1 (isoforma "constitutiva") ni de la prostaciclina sintasa (PGIS).

Conclusiones- Nuestros resultados sugieren que el incremento en la producción de PGI2 puede ser uno de los mecanismos responsables del efecto vasoprotector del FTY720 y que las estatinas potencian esta respuesta a través de la modulación de la expresión de receptores S1P.

PÓSTER Nº: 32

LA L-CARNITINA ATENÚA LA FIBROSIS RENAL ASOCIADA A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

S. ZAMBRANO SEVILLA (1), A.J. BLANCA LOBATO (1), M.V. RUIZ ARMENTA (1), L. SOBREVIA (2),
A. LEIVA (2), M. AREVALO (3), A. MATE BARRERO (1), C.M. VAZQUEZ CUETO (1).

(1) UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA. (2) PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE. SANTIAGO DE CHILE. (3) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: L-CARNITINA, HIPERTENSIÓN, FIBROSIS

RESUMEN:

Propósito del estudio: Una de las consecuencias de sufrir hipertensión arterial es el desarrollo de fibrosis renal. En este estudio analizamos si la L-carnitina (LC) atenúa el desarrollo de fibrosis en el riñón de ratas hipertensas, así como los mecanismos de acción implicados.

Métodos utilizados: Se han empleado 4 grupos de ratas: Wistar (control), ratas tratadas con LC (400 mg/Kg/día), ratas hipertensas inducidas con NG-nitro-L-arginina metil éster (L-NAME, 25 mg/Kg/día) y ratas tratadas simultáneamente con LC y L-NAME. La presión fue tomada cada semana a cada uno de los grupos de ratas mediante el método de oclusión en la cola. En cada uno de los grupos analizamos la función renal determinando la proteinuria y los niveles de creatinina en plasma. Se han realizado estudios morfométricos utilizando un sistema de análisis de imagen para cuantificar la fibrosis en los tejidos previamente teñidos con rojo sirio, así como se evaluó la actividad de la enzima NADPH oxidasa, la expresión proteica y génica de la subunidad NOX4, del colágeno y de los factores profibróticos, factor de crecimiento transformante β (TGF- β) y factor de crecimiento de tejido conectivo (CTGF). Por último, para comprobar la implicación del sistema renina-angiotensina (SRA), se determinó la expresión génica de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y del receptor de angiotensina tipo 1 (AT1).

Resultados: Los niveles plasmáticos de creatinina no mostraron diferencias significativas entre los distintos grupos experimentales de ratas. Los valores de proteinuria se ven claramente aumentados en las ratas hipertensas con respecto al control, normalizándose estos valores en el grupo tratado simultáneamente con L-carnitina. El estudio del riñón con rojo sirio muestra como las ratas del grupo L-NAME presentan una mayor cantidad de fibras de colágeno en el mesangio y en el espacio intersticial, observándose una disminución de las mismas en las ratas hipertensas tratadas simultáneamente con LC. Estas modificaciones van acompañadas por un aumento en la actividad y en la expresión proteica y génica de la enzima NADPH oxidasa, así como por un aumento en la expresión génica de colágeno, TGF- β , CTGF, ECA y AT1 en las ratas hipertensas, determinantes todos que disminuyen tras el tratamiento conjunto de LC.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra como la LC atenúa la fibrosis renal asociada a la hipertensión arterial, y pone de manifiesto la mediación de la enzima NADPH oxidasa así como la participación del SRA en este efecto.

Agradecimientos: Instituto de Salud Carlos III-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, PN de I+D+I 2008-2011 (PS09/01395), Junta de Andalucía, Consejería de Salud (PI-0034), Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) (D/031187/10; A1/036123/11), CONICYT PIA (Anillos ACT-73)-Chile y FONDECYT 1110977/11110059 (Chile).

PÓSTER Nº: 33

EL ESTRÉS OXIDATIVO PERIFÉRICO Y CENTRAL Y EL AUMENTO DE LA PRODUCCIÓN DE ÁCIDO 20- HIDROXITETRAENOICO SON RESPONSABLES DE LA HIPERTENSIÓN EN LOS RATONES QUE SOBREENPRESAN EN EL RIÑÓN LA PROTEÍNA RENAL REGULADA POR ANDRÓGENOS

J.M. LOPEZ NOVOA (1), M.T. GRANDE (1), G. PASCUAL (2), A. SANCHEZ RIOLOBOS (1),
M. GONZALEZ NUÑEZ (1), B. BARDAJI (2), L. BARREIRO (2), O. TORNAVACA (2), A. MESEGUER (2).

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA Y FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA. (2) CENTRE D'INVESTIGACIONS EN BIOQUIMICA I BIOLOGIA MOLECULAR (CIBBIM). INSTITUT DE RECERCA VALL D'HEBRON. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL D'HEBRON. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: KIDNEY ANDROGEN-REGULATED PROTEIN, ESTRÉS OXIDATIVO, 20-HETE

RESUMEN:

Propósito del estudio

En la literatura hay evidencias de que tanto el estrés oxidativo como productos del citocromo p450 como el ácido 20- hidroxitetraenoico (20-HETE) juegan un papel importante en la mayor prevalencia de hipertensión asociada al sexo masculino (Singh y Schwartzman, Pharmacol reports 60:20, 2008). La proteína renal regulada por andrógenos (Kidney Androgen-Regulated Protein, KAP) es la proteína más abundantemente expresada en el tubulo proximal, y se regula de forma muy específica por andrógenos, aunque su función es muy poco conocida. Estudios anteriores de nuestro laboratorio demuestran que los ratones macho que sobreexpresan KAP en el riñón (KAP-Tg) son hipertensos (Tornavaca y cols, Circulation 119, 14: 2009). El propósito de este trabajo es analizar el papel del estrés oxidativo periférico y central y 20 HETE en la hipertensión que muestran los ratones KAP-Tg.

Métodos usados.

En ratones KAP-Tg previamente descritos, machos con una edad de 6 meses, se estudió la excreción urinaria de marcadores de estrés oxidativo como 8-iso-prostaglandina F2 alpha (8-iso-PGF2a), 8-hidroxiguanosina (8-OHdG) y peróxidos lipídicos(TBARS), y de 20-HETE. También se estudió el efecto de la administración intraperitoneal e intra-cerebroventricular de tempol (un mimético de la superóxido dismutasa) y mitotempo (una molécula similar con efectos mitocondriales directos), de la administración de apocinina, un inhibidor de la NAPPH-oxidasa, la principal fuente de anión superóxido, de N-acetil cisteína, y de la administración de un inhibidor de la síntesis de 20-HETE (N-hydroxy-N'- (4-n-butyl-2-methylphenyl) formamide: het0016)) en la presión arterial medida tanto por canulación directa como por telemetría en animal despierto y en libre movimiento.

Resultados

Los animales transgénicos para KAP tenían una presión arterial significativamente mayor que sus controles y una mayor excreción urinaria de 20-HETE, 8-iso-PGF2a, 8-OHdG y TBARS, y mayor producción renal de H2O2. La administración i.p. de tempol, o de apocinina redujo mucho más la presión arterial, la excreción urinaria de 8-iso-PGF2a, 8-OHdG y de 20-HETE y los niveles plasmáticos de angiotensina II y de catecolaminas en los KapTg que en los controles. La inhibición de la síntesis de 20-HETE también

redujo la presión arterial. La administración icv de tempol o mitotempo disminuyó la presión arterial en los KAP-Tg y no en los controles.

Conclusiones

Nuestros datos demuestran que un aumento del estrés oxidativo central y periférico y de la síntesis de 20 HETE juegan un papel clave en la hipertensión de los ratones KAP-Tg y confirman su papel importante en la hipertensión asociada al sexo masculino.

PÓSTER Nº: 34

CALCIFICACIÓN VASCULAR: UN PROCESO PASIVO QUE NECESITA INHIBIDORES

R. VILLA BELLOSTA (1), V. SORBIAS (1), W. O'NEILL (2).

(1) LABORATORIO DE TOXICOLOGÍA MOLECULAR. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA. ZARAGOZA, ESPAÑA.

(2) RENAL DIVISION. SCHOOL OF MEDICINE. EMORY UNIVERSITY. ATLANTA (EE.UU.).

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: CALCIFICACIÓN, PIROFOSFATO, HIDROXIAPATITA

RESUMEN:

El propósito del presente estudio ha consistido en profundizar en los mecanismos genéticos y moleculares que rigen la calcificación vascular, el proceso de acumulo de depósitos de calcio en la pared arterial. Para ello, se han utilizado cultivos de células de la musculatura lisa (CML) de la pared de la aorta de rata, extraídas de la capa medial por el método descrito de doble digestión con colagenasa. Utilizando un medio que induce la formación de depósitos de calcio-fosfato se ha comprobado que la calcificación es un proceso termodinámicamente favorable que no necesita de ninguna actividad celular y que ocurre en condiciones fisiológicas, descartando el transporte de fosfato inorgánico como principal inductor de la calcificación vascular. Profundizando en esta idea, se ha observado que el calcio es el principal limitante en el proceso de formación de los depósitos de fosfato-calcio, por lo que el producto de la concentración de calcio y fosfato (CaxPi) descrito en la literatura como un factor de riesgo en el proceso de calcificación, debe ser revisado. Además se ha verificado por PCR cuantitativa que los cambios en la expresión génica descritos en la literatura y observados durante el proceso de calcificación (BMP-2, SM22a, Runx y Cbfa, principalmente) son la respuesta a los depósitos de fosfato y calcio (hidroxiapatita); pero no el causante de dichos depósitos.

Por otro lado, se ha procedido a comprobar el papel que desempeña el pirofosfato extracelular (ePPi) durante la calcificación vascular. El ePPi es el principal inhibidor endógeno de la formación de los depósitos de fosfatos de calcio, con una EC50 en el rango micromolar. Haciendo uso de cultivos de CML, ATP marcado con ³²P como radiotrazador y cromatografía en capa fina, hemos demostrado que en las aortas, la síntesis del ePPi vía hidrólisis del ATP extracelular depende de la enzima eNPP1, mientras que la hidrólisis del ePPi depende de la fosfatasa alcalina (ALP). Estas dos enzimas son las principales reguladoras de la concentración extracelular de ePPi en la pared vascular y la cantidad presente de ePPi a nivel local, determina en gran medida la capacidad inhibitoria de la calcificación de los tejidos blandos.

En conclusión podemos afirmar que el depósito de calcio en las arterias es un proceso pasivo que necesita ser prevenido con la síntesis de inhibidores endógenos. El principal inhibidor endógeno de la calcificación vascular es el ePPi, por lo que el estudio de las enzimas involucradas en su síntesis y degradación, son factores a tener en consideración a la hora diagnosticar y diseñar terapias para prevenir los depósitos de calcio en el sistema cardiovascular.

PÓSTER Nº: 35

DIMORFISMO SEXUAL EN EL SISTEMA HEMO-HEMO-OXIGENASA RENAL EN RATAS DIABÉTICAS

C. PÉREZ PARDO (1), B. BONACASA FERNÁNDEZ (1), F. SÁEZ BELMONTE (2), B. LÓPEZ CANO (1),
M. GARCÍA SALOM (1), F. FENOY PALACIOS (1), F. RODRIGUEZ MULERO (1).

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. MURCIA. (2) SERVICIO DE ANÁLISIS DE
IMÁGEN.SERVICIO DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN. UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, HEMO-OXIGENASA, ESTRÉS OXIDATIVO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El sexo condiciona los niveles de estrés oxidativo en diversos tejidos y la respuesta hemodinámica renal ante una hiperglicemia aguda. Las hemo-oxigenasas-1, (HO-1), y -2 (HO-2), se expresan en estructuras vasculares y tubulares renales, catalizan la degradación del grupo hemo, y dan lugar a la formación de metabolitos activos como monóxido de carbono, biliverdina y bilirrubina. La HO-2 es una enzima constitutiva, mientras que, la isoforma inducible HO-1 ejerce acciones antioxidantes, vasodilatadoras y citoprotectoras en el riñón de animales macho con diabetes tipo-1 (DM-1). A pesar de todo ello, la importancia funcional de la HO renal, como sistema limitante de los niveles de estrés oxidativo que acompañan a una DM-1 en individuos de distinto sexo, no ha sido previamente analizada. El presente estudio trató de comprobar si 1) la expresión y/o actividad del sistema hemo-HO renal difiere en animales diabéticos de ambos sexos y si 2) los niveles de estrés oxidativo están diferencialmente regulados en el riñón de ratas macho y hembras con DM-1 experimental.

MÉTODOS Y RESULTADOS: Ratas Sprague Dawley fueron estudiadas 14 días después de la administración de Streptozocina (65 mg/kg. i.p) a machos (MD=11) o hembras (HD=10), y comparadas con animales machos (MC=10) o hembras (HC=10) control tratados con vehículo. Tanto MD como HD presentaron un aumento de la relación entre peso del riñón/peso corporal junto a niveles significativamente elevados de Hemoglobina glicosilada A1C (9.8±0.2 %, MD; 8.4±0.4 %, HD) comparados con MC (4±0.1%) o HC (4.2±0.1 %). El análisis por Western Blot de extractos de corteza renal demostró un aumento ($p<0.05$) de expresión de proteína HO-1 en HD (0.31 ± 0.09, unidades densitométricas normalizadas por β -actina) comparada con HC (0.08± 0.01), y similares niveles de nitrotirosina, (26±1 vs. 22±2 nmol/ mg proteína; $p>0.05$), un índice de estrés oxidativo determinados por un ELISA. Por su parte, los niveles de nitrotirosina fueron significativamente mayores en MD (36±5 nmol/mg proteína) comparados con MC (24±2 nmol/ mg proteína), mientras que los niveles de proteína HO-1 fueron similares en ambos grupos de machos. En animales anestesiados preparados para el estudio de su función renal, la presión arterial media, (PAM, mmHg) fue significativamente menor en MD (114±4) que en MC (126±5), así como en HD (100±4) comparados con HC (123±3). Del mismo modo, los valores de la tasa de filtración glomerular (TFG; μ L/min/g) fueron significativamente menores en MD (748±29) y HD (843±93), que en sus correspondientes controles, MC (1038±79) y HC (1138±83). La administración a estos animales de mesoporfirina de estaño (SnMP 40 μ mol/kg, i.v.), un inhibidor de la actividad de HO, no tuvo efecto sobre la PAM, la TFG y la resistencia vascular renal (RVR) en MC o HC,

pero redujo significativamente la TFG en ambos grupos de animales diabéticos. En el grupo de HD la infusión de SnMP disminuyó el FSR ($\Delta = -0.8 \pm 0.2$ ml/min/g, $p < 0.05$) e incrementó las RVR ($\Delta = 3 \pm 1$ UR, $p < 0.05$) respecto a sus respectivos periodos basales. Sin embargo, estos parámetros no se modificaron en el grupo de MD ($\Delta = -0.3 \pm 0.2$ ml/min/g; $\Delta = -0.1 \pm 0.8$ UR), $p > 0.05$. **CONCLUSIÓN:** Estos datos demuestran la existencia de diferencias de género en la regulación de la expresión de HO-1, y en la actividad de HO en el riñón diabético, que pueden contribuir a limitar el daño renal asociado a estrés oxidativo en DM-1.

PÓSTER Nº: 36

**DISFUNCIÓN ENDOTELIAL PRODUCIDA POR ADIPOCINAS VASOACTIVAS ORIGINADAS EN EL
TEJIDO ADIPOSO VISCERAL DEL LECHO MESENTÉRICO DE RATAS OBESAS CON SÍNDROME
METABÓLICO**

Y. MENDIZÁBAL CASTILLO (1), S. LLORENS FOLGADO (1), E. NAVA HERNÁNDEZ (1).

(1) FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: DISFUNCIÓN ENDOTELIAL, GRASA PERIVASCULAR, SÍNDROME METABÓLICO

RESUMEN:

El exceso de adiposidad visceral está asociado a la enfermedad cardiovascular. La rata SHROB es un modelo animal de síndrome metabólico con obesidad visceral. En nuestro laboratorio hemos observado que las arterias mesentéricas de resistencia de la SHROB sufren una grave disfunción endotelial.

El objetivo de este trabajo es determinar si la grasa visceral que rodea estos vasos está relacionada con la disfunción endotelial de los mismos. Y si fuera así, si esto se debe a una alteración de la vía del NO endotelial por parte de dicha grasa y (o) a la acción de las siguientes adipocinas vasoactivas: angiotensina II, endotelina-1, prostaglandina E2, prostaciclina, tromboxano A2 o ROS.

Para ello, realizamos la experimentación destinada a medir los cambios de tensión isométrica que desarrollan los segmentos de arterias mesentéricas de resistencia procedentes de ratas SHROB y de ratas control (Wistar-Kyoto): a) manteniendo una esfera de tejido adiposo perivascular (grupo con PAT), o b) disecando todo el tejido adventicial (grupo sin PAT). La función endotelial se valoró por medio de curvas dosis-respuesta a acetilcolina.

Nuestros resultados indican que las arterias de SHROB con PAT (pero no las de WKY) relajan mucho peor que las arterias sin PAT de la misma rata. La inhibición de la actividad de la NO sintasa mermó las respuestas a acetilcolina en todos los grupos (SHROB sin PAT y WKY con y sin PAT) con excepción de la SHROB con PAT. La inhibición o bloqueo de angiotensina II, endotelina-1, ciclooxigenasa II, prostaciclina, tromboxano A2 mejoraron, más o menos eficazmente, la respuesta a la acetilcolina de las arterias de SHROB con PAT. En cambio, la relajación de las arterias de WKY con PAT mejoraron sólo al inhibir la ciclooxigenasa II o bloqueando receptores de prostaglandina E2.

Concluimos que el tejido adiposo visceral perivascular de la SHROB, pero no el de la WKY, libera adipocinas que trastornan la función endotelial de las arterias de resistencia adyacentes a nivel de la vía del NO. Este tejido adiposo es también una fuente de prostaglandinas vasoactivas, tanto en la grasa mesentérica de animales no obesos (WKY), como en la de los obesos (SHROB). Sin embargo, en estos últimos, la naturaleza de dichas prostaglandinas adipocíticas contribuiría a la disfunción endotelial propia de su condición.

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

EPIDEMIOLOGÍA

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 37

VARIABLES COGNITIVAS Y CONDUCTUALES ASOCIADAS AL CONTROL DE HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

F.J. ATIENZA MARTÍN (1), L. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (2), F. REVUELTA PÉREZ (2), C. LOSADA RUIZ (1), M. GARRIDO LOZANO (1), P. JIMÉNEZ ROSALES (1), C. GONZÁLEZ GUTIERREZ (1), C. JIMÉNEZ JEREZ (1), P. VERDE SEVILLA (1), L.I. AMORES CABELLO (2).

(1) UGC ADORATRICES (DS HUELVA-COSTA). HUELVA.

(2) DPTO PSICOLOGÍA (UNIVERSIDAD DE HUELVA). HUELVA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION, ESTRES PSICOLOGICO, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Propósito: analizar variables cognitivas y conductuales asociadas al control de la presión arterial de pacientes hipertensos

Metodología: Estudio descriptivo mediante entrevista estructurada. Variables estudiadas: demográficas; personalidad (cuestionario de Eysenck), salud percibida (cuestionario de Goldberg), afrontamiento del estrés (cuestionario COPE) y función familiar (APGAR-familiar). Estadística descriptiva y test t para la diferencia de medias y Ji-cuadrado para la diferencia de proporciones

Resultados: 185 hipertensos. Edad media: 65,16 años (63,8-66,5. Mujeres: 53,5%. Controlados: 58,4%. Diabéticos: 57,8%

No hubo diferencias significativas entre controlados o no por sexo o en las dimensiones de personalidad y salud percibida

El estilo de afrontamiento de ACEPTACIÓN fue superior en los no controlados ($p=0,038$)

El estilo de afrontamiento CONCENTRAR ESFUERZOS PARA SOLUCIONAR fue superior en los controlados ($p=0,009$)

Las puntuaciones del APGAR familiar fueron superiores en los controlados (8,99 vs 8,30) ($p=0,012$) y hubo diferencias significativas en la presencia de disfunción familiar entre controlados y no controlados (6,48% vs 16,88%) ($p=0,025$)

Conclusiones: Los estilos de afrontamiento del estrés activos y la función familiar normal se asocian a un mejor control de la presión arterial de los hipertensos

PÓSTER Nº: 38

PERFIL CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACION CON DEMENCIA

P.G. BAZ RODRIGUEZ (1), I. GONZALEZ CASADO (1), J.M. DE DIOS HERNANDEZ (1),
R. RODRIGUEZ PEREZ (2), M.A. HERNANDEZ HERNANDEZ (1).

(1) CENTRO DE SALUD MARIA AUXILIADORA. BEJAR. (2) AFA SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, PAS Y PAD, TRATAMIENTO

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO

1. Conocer los factores de riesgo cardiovascular clásicos de una población especial: pacientes con demencia tipo Alzheimer y otros subtipos. Comparando con estudios recientes en poblaciones ancianas.
2. Perfil de tratamiento antihipertensivo, estimando el grado de control PAS y PAD.

La HTA en la población anciana es superior al 50%. La necesidad del tratamiento es un hecho demostrado en numerosos ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo, en los que el tratamiento se asocia a una reducción de eventos cardiovasculares. Sin embargo el tratamiento puede resultar complicado, por el manejo clínico de los pacientes con demencia, farmacocinética alterada, polifarmacia, comorbilidad. El tratamiento individualizado es el que debería realizarse en nuestra práctica clínica habitual.

Respecto a una muestra de más de 60 años con una muestra de 4009 pacientes con cifras de PA > 140/90 se vio una prevalencia del 68,3% (1).

Existe un límite, tanto de edad como por el grado de evolución de la demencia, entendida como un proceso neurodegenerativo, irreversible y progresivo. En un estudio transversal realizado en Nueva Zelanda, en el que se analizaron 3068 individuos con edad superior a 80 años, se observó que el 59% eran hipertensos y el 94% estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo. La comorbilidad era frecuente en pacientes hipertensos y se observó que antecedentes de ictus, enfermedad cardíaca y dislipemia eran factores independientes para un buen control de la PA. (2)

Hay falta de evidencia, si existen beneficios adicionales si se reduce la PAS por debajo de 120-125 y la PAD menos de 70. Ello se podría acompañar de un aumento de episodios coronarios. La recomendación final que marcan las guías es el fenómeno en forma de curva en "J" sería poco probable que ocurriera con una reducción progresiva de la PA a 120/75.

MÉTODOS USADOS

DISEÑO: Descriptivo, observacional, longitudinal.

Emplazamiento: población de un centro residencia y estancias diurnas para enfermos con demencia tipo Alzheimer y otras demencias. AFA Salamanca.

Sujetos del estudio: en una muestra poblacional de enfermos del año 2011 se toma una muestra de pacientes en fase moderada-grave (Fase 3). N=49. Se recogió la información de la Historia digitalizada en Resiplus y en papel, donde había (61,22%) de pacientes hipertensos.

RESULTADOS

Edad. Se trata de una población comprendida entre los 54 años y los 94. Edad media 81 años

Sexo. 30 son mujeres (61,22%),19 varones(38,77%)

Peso. La media del peso fue 54,02 kg.

Según el tipo de demencia.30 son EAlzheimer(61,02%),6 son D Mixta(12,24%),DFT son 2(4%),D Vascular son 2(4%),D asociada a Parkinson(4%),otras (10%).

De los enfermos 16 EAlzheimer son hipertensos(53,3%).D.Vascular y Mixta(100%).

Variables HTA.

PAS .Figura recogido en el 100% al menos una vez al mes.Encontramos una media de 106,5 mmHg.

PAD.-Figura recogido en el 100% con un media de 58,3 mmHg.

Diabetes-De la muestra recogida 8 don DM(16,32%) de los cuales 6 son DMNID(75%),2 son DMID (25%).Se hizo la media de la glucemia basal recogida al menos una vez al mes .-88,83 mmHg.

Dislipemia -10 pacientes son dislipemicos(20,48%) .

Tratamiento antihipertensivo.De la muestra total 30 de ellos (43,3%) no reciben ningun tratamiento.El 57,6% si reciben tratamiento en dcuyo caso son BBloqueantes(15,38%),Diuréticos (23,07),IECAs(23,07%),ARA II o ARA II + diureticos(38,46%)

Tratamiento hipolipemiente.4 reciben algún tratamiento(50%).La otra mitad no.

CONCLUSIONES

1.Existe un control de PAD Y PAS en pacientes con demencia muy estricto de media 106/58,manteniéndose por debajo de los límites recomendados.El porcentaje de hipertensos que no precisan tratamiento antihipertensivo es alto respecto a los estudios existentes.(43,3%).

2.Por subtipos de demencia,en E Alzheimer son hipertensos(53,3%),Demencia Vascular o mixta (100%).

PÓSTER Nº: 39

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN DIABÉTICA Y NO DIABÉTICA EN UNA CONSULTA DE DIABETES E HIPERTENSIÓN EN CAMPOS DE REFUGIADOS SAHARAUIS

J. BERNARDO-COFIÑO (1), F. FERNÁNDEZ-TAMARGO (2).

(1) HUCA. OVIEDO. (2) HOSPITAL VALLE DEL NALÓN. SAMA DE LANGREO.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

RESUMEN:

Objetivo: Valorar la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA), y otros factores de riesgo, así como grado de tratamiento y control en una cohorte de pacientes atendidos en una consulta de diabetes e hipertensión en población refugiada saharai, no estudiada hasta el momento.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional longitudinal entre los años 2005 y 2010, de una cohorte de refugiados saharais atendidos en una consulta de diabetes mellitus e hipertensión, amparada por Cruz Roja Internacional. Las variables cuantitativas con distribución normal se expresan en forma de media y desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se expresan como porcentajes. El análisis estadístico de datos se realizó con el programa SPSS Statistics Data Editor, versión 17. El estudio presenta limitaciones estadísticas evidentes, dada la precariedad de medios y la variabilidad de las condiciones de observación y dificultad para la recogida de los datos.

Resultados: Se obtuvieron datos de 1281 pacientes entre 2005 y 2010, de los cuales 719 (56,1%) corresponden a mujeres, y 562 (43,9%) a varones. La edad media fue de $55,1 \pm 12,7$ años, siendo de $59,16 \pm 10,9$ en varones y $53,3 \pm 12,3$ en mujeres, existiendo una diferencia significativa entre ambos grupos. 883 pacientes (69,0%) eran diabéticos, de los cuales el 59,5% corresponde a mujeres. El 54,2% (479) de los pacientes diabéticos eran además hipertensos. Globalmente, 733 pacientes (57,2%) eran hipertensos (56,3% mujeres). Las cifras medias de presión arterial (PA) de hipertensos no diabéticos son de $159,3 \pm 26,7 / 96,9 \pm 14,0$ mmHg. Las cifras medias de PA de los pacientes diabéticos hipertensos es de $159,5 \pm 24,0 / 94,1 \pm 12,5$ mmHg. Existe una diferencia estadísticamente significativa en las cifras de PA diastólica entre ambos grupos de hipertensos, quizá explicada por la diferencia significativa entre las cifras de PA diastólica entre sexos (más elevada en mujeres). Tanto el peso como el índice de masa corporal (IMC) se asocian significativamente con las cifras de glucemia y PA, tanto sistólica como diastólica. Asimismo, la edad se asocia con el IMC, peso y cifras de PA, pero no con las cifras de glucemia. El 89,9% de los pacientes hipertensos reciben al menos un tratamiento. A pesar de ello, el grado de control de la HTA es de apenas el 10% en población saharai, precario tanto en diabéticos (7,3%) como en no diabéticos (11,0%). Los IECA son la medicación más empleada, en monoterapia (58,3%) o formando parte de alguna combinación (17,2%).

Conclusiones

1.-La HTA es una enfermedad relevante entre los pacientes atendidos, con una prevalencia de aproximadamente el 60%. Globalmente existe un pobre control de las cifras de PA, a pesar de la elevada proporción de pacientes que reciben tratamiento.

2.-La prevalencia de DM en la consulta es del 69%, de los cuales más de la mitad sufren además HTA (54%). Existen diferencias significativas en la PA diastólica entre pacientes hipertensos sin diabetes, y los pacientes diabéticos hipertensos.

3.-Los IECA son la medicación más empleada para el control de cifras de PA, participando en más del 75% de los tratamientos.

4.-Los resultados del tratamiento están influenciados por múltiples variables difíciles de registrar, como la ingesta no mensurable de sal a través del agua, la variedad de la dieta y el sedentarismo.

PÓSTER Nº: 40

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL ANDALUZ

A. CABRERA BONILLA (1), M.C. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (2), R. MARTÍN BLANCO (1), G. BLANCO FERNÁNDEZ (1), F. VILLALBA ALCALÁ (3), M. BARRIOS ARTILLO (2), A. ESPINO MONTORO (2).

(1) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE EL SAUCEJO. EL SAUCEJO (SEVILLA). (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL DE LA MERCED. OSUNA (SEVILLA). (3) CENTRO DE SALUD DE OSUNA. OSUNA (SEVILLA).

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, FACTORES DE RIESGO VASCULAR, GRADO DE CONTROL

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El diagnóstico y control de los factores de riesgo vascular (FRV) es especialmente importante en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) para disminuir los eventos, que es la principal causa de mortalidad en este grupo de población. Sin embargo, diferentes estudios (Evento, CIFARC, MIDIA, PREVENCAT) han demostrado que el grado de control sigue siendo deficiente y los resultados en población rural son más escasos.

El objetivo de nuestro estudio era valorar el grado de control de los diferentes FRV en los pacientes DM2 adscritos a una consulta de medicina de familia de un centro de salud rural.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

MÉTODOS USADOS: Hemos analizado la Historia de Salud Única, registrada en Diraya, de los 133 pacientes que estaban incluidos en el proceso de diabetes. Se incluyeron a 75 sujetos. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS: De los pacientes incluidos, el 48% eran varones con una edad media de 70.9 ± 9.9 años. El 40% de los casos tenía un IMC ≥ 30 y el 20% de ellos tenían un IMC < 25 . El peso medio era de 74.8 ± 13.8 Kg. El 30% eran fumadores. La PA sistólica y diastólica se hallaron controladas en el 68% y 87% de la muestra. Sólo el 68% de los pacientes tenían controladas ambas. La HbA1c era < 7 en el 50% de los casos, con una media de 7.39 ± 1.38 %. Se halló un control óptimo de colesterol total del 51%, LDL-c del 49%, HDL-c del 65% y triglicéridos del 72%. El 32% tenían un control lipídico total. El 71% de los pacientes eran de alto riesgo según la puntuación de Framingham y de ellos el 25% eran de muy alto riesgo. El 10.7% de los pacientes alcanzaban el objetivo.

CONCLUSIONES: A pesar de que hay una tendencia a un mejor grado de control de los FRV en este grupo de población, todavía estamos lejos de conseguir un control óptimo del riesgo vascular en los pacientes con DM2.

PÓSTER Nº: 41

**EFICACIA TERAPÉUTICA SOBRE EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN UN CENTRO DE SALUD RURAL**

A. CABRERA BONILLA (1), M.C. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (2), R. MARTÍN BLANCO (1), G. BLANCO
FERNÁNDEZ (1), F. VILLALBA ALCALÁ (3), M. BARRIOS ARTILLO (2), A. ESPINO MONTORO (2).

(1) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE EL SAUCEJO. EL SAUCEJO (SEVILLA). (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL DE LA MERCED. OSUNA (SEVILLA). (3) CENTRO DE SALUD DE OSUNA. OSUNA (SEVILLA).

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, FACTORES DE RIESGO VASCULAR, EFICACIA TERAPEUTICA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El diagnóstico y control de los factores de riesgo vascular (FRV) es especialmente importante en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) para disminuir los eventos. Sin embargo, diferentes estudios (Evento, CIFARC, MIDIA, PREVENCAT) han demostrado que el grado de control sigue siendo deficiente. Los pacientes diabéticos tipo 2 generan un elevado coste de asistencia sanitaria al año (estudio CODE 2). Probablemente un mejor control de los FRV en DM2 conlleve no sólo una mejora en la supervivencia y calidad de vida de nuestros pacientes, sino que también reduzca el gasto sanitario.

Objetivo: valorar el grado de control de los diferentes FRV y el perfil farmacológico en los pacientes DM2 adscritos a una consulta de medicina de familia de un centro de salud rural.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

MÉTODOS USADOS: Hemos analizado la Historia de Salud Única, registrada en Diraya, de los 133 pacientes que estaban incluidos en el proceso de diabetes. Se incluyeron a 75 sujetos. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS: De los pacientes incluidos, el 48% eran varones con una edad media de 70.9 ± 9.9 años. El 40% de los casos tenía un IMC ≥ 30 y el 20% de ellos tenían un IMC < 25 . El 30% eran fumadores. La PA sistólica y diastólica se halló controlada en el 68% y 87% de la muestra. La HbA1c era < 7 en el 50% de los casos. La prevalencia de dislipemia fue del 52%. De ellos, el 18.7% presentaron enfermedad coronaria, 6.7% ictus y 2.7% arteriopatía periférica. El 70.6% de nuestros pacientes usaban medicación antihipertensiva con una media de 1.6 fármacos al día. El consumo de antihipertensivos era: IECAs 33.3%, ARAII 32%, tiazidas 26.7%, antagonistas del calcio 22.7%, betabloqueantes 17.3% y diuréticos de asa 16%. El 17.3% de los pacientes controlaban su diabetes sólo con dieta y ejercicio y el 82.7% con antidiabéticos orales (ADOs) con una media de 1.2 fármacos/día, siendo la metformina el fármaco más usado (72%). El resto de ADOs se distribuía en: sulfonilureas 30.7%, iDPP4 10.7%, metiglinida y tiazolidiona 5.4%. Se encontraban en tratamiento con insulina el 18.7%. Del 52% de pacientes que usaban hipolipemiantes, el 49.3% eran estatinas y sólo 2 pacientes estaban con asociación de estatinas con ezetimiba o fibrato. Con respecto a los antiagregantes y/o anticoagulantes, el 29.3% de los pacientes

no lo consumían. El grado de control óptimo de los diferentes FRV de los pacientes de nuestro estudio no llegó al 10.7%, a pesar que son pacientes polimedicados, que toman una media de 4.2 fármacos/día.

CONCLUSIONES: Nuestros pacientes diabéticos son de alto riesgo vascular y es necesario una modificación de la terapia farmacológica para conseguir un mejor control de los FRV y en concreto sobre fármacos hipolipemiantes y antidiabéticos.

PÓSTER Nº: 42

POBLACIÓN RURAL HIPERTENSA QUE ACUDE A CONSULTAS DE NEFROLOGÍA

B. CANCHO CASTELLANO (1), M.T. CALDERÓN MORALES (1), B. RUIZ JIMÉNEZ (2), M.V. MARTÍN HIDALGO-BARQUERO (2), M. NARANJO ARELLANO (1).

(1) HOSPITAL DE ZAFRA. ZAFRA. (2) HOSPITAL DE LLERENA. LLERENA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENFERMEDAD RENAL, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Objetivos:

Conocer las consultas realizadas por HTA y estudiar las características de la población hipertensa derivada a Nefrología en un medio rural.

Material y métodos:

Estudio descriptivo y transversal de los pacientes atendidos en consulta de Nefrología por el motivo de consulta HTA. Se revisaron de forma retrospectiva 372 primeras visitas atendidas en 13 meses consecutivos de actividad asistencial. Se estudió edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, lesión de órgano diana (LOD), diabetes mellitus (DM), presencia de enfermedad renal y estadio, proteinuria y microalbuminuria, número de fármacos hipotensores en el tratamiento y etiología de la HTA.

Resultados:

Se atendieron 54 primeras visitas con el motivo de consulta HTA. Supuso el 14.52% de las primeras visitas. En el resto, el motivo de derivación fue fundamentalmente insuficiencia renal. Edad media de 51.78 ± 15.47 , rango (20-85). El 38.89% fueron varones, un 61.11% mujeres. Los pacientes procedían en un 87% de los casos de atención primaria, 11% de Medicina Interna y un 2% de Cardiología. De los pacientes hipertensos atendidos un 79.63% cumplían criterios de derivación. Un 20.37% (11/54) de los pacientes tenían uno o dos factores de riesgo cardiovascular más asociados. Un 33.33% (18/54) presentaban 3 o más FRCV o LOD o DM. Enfermedad clínica asociada 46.30% (25/54), de estos más del 90 % presentaban enfermedad renal crónica en sus distintos estadios, con insuficiencia renal (estadios 3-5) el 41.66% de los enfermos renales. El 58.33% diagnosticados como nefroangioesclerosis. Casi la mitad de los pacientes requerían tres o más fármacos para un control adecuado. La HTA esencial fue la más prevalente, seguida de la secundaria asociada a enfermedad renal parenquimatosa, se atendió una embarazada hipertensa y se diagnosticó una paciente de hiperaldosteronismo primario.

Conclusiones:

El porcentaje de derivación a atención especializada cumpliendo los criterios establecidos es óptimo. El elevado porcentaje de pacientes derivados de atención primaria orienta a una buena comunicación bidireccional.

La gran mayoría de los pacientes hipertensos que acuden por primera vez a consultas de Nefrología tienen un riesgo cardiovascular alto o muy alto.

PÓSTER Nº: 43

**PLAN DE MEJORA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y
DIABETES MELLITUS**

M. CASANOVA LAGE (1), A. MELO ALMIÑANA (1), D. LÓPEZ MARTÍNEZ (1), M. VILLA ESCAMILLA (1),
M. CASTRO GARCIA (1), S. LÓPEZ ORTÚN (1), I. BARAHONA ARROYO (1), M.L. CID SALGADO (1),
P. IGLESIAS SANZ (1), J.A. QUEVEDO SEISES (1).

(1) CS JUSTICIA. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, DIABETES, CALIDAD

RESUMEN:

Propósito del estudio:

Mejora de la atención a pacientes con patologías crónicas, en concreto pacientes diabéticos (DM) e hipertensos (HTA)(Servicios 406 y 407 respectivamente de la Cartera de Servicios de la C.A.M.) que acuden al C. S. Justicia.Comprobación del grado de influencia del Plan de mejora sobre el registro de otros datos relacionados.

Método:

Se determina incluir el Plan dentro de los objetivos específicos a conseguir por el Equipo en el Contrato Programa 2011.

Se realiza un estudio descriptivo, observacional. En estudios anteriores nuestro Centro daba unos datos de cobertura en relación con la atención a pacientes HTA y DM del 66.8% y 64.7% respectivamente.

Se establece un plan de mejora, acorde con los criterios de mejora continua de calidad: 1 Identificación del problema, 2. Análisis de posibles causas, 3 .Propuesta de medidas correctoras, 4. Implantación de las medidas, 5. Monitorización de resultados.

Los Servicios 406 y 407 de Cartera consisten en un indicador de cobertura, con un criterio de inclusión y unos criterios de buena actuación (CBA). Se identificaron cómo posibles causas del problema (baja cobertura): la manera de registrar los datos, el lugar dónde se registran, el funcionamiento del sistema informático, el conocimiento del sistema por parte de los profesionales y el desconocimiento por parte de los usuarios de la sistemática de funcionamiento del Centro de Salud.

Se propusieron las siguientes áreas de mejora y medidas correctoras:-Garantizar que todos los profesionales conozcan el sistema de registro y unificar el mismo a través de sesiones informativas-Intensificar la derivación desde la consulta del médico a la consulta de enfermería.-Elaborar folletos informativos dirigidos a los usuarios explicando y definiendo las funciones de Enfermería.

Resultados:

Analizados los datos tras la implantación del Plan de mejorase observa:El indicador de cobertura de pacientes HTA aumenta del 66.8% al 78.4% en 2 años.El indicador de cobertura de pacientes DM aumenta, pasando del 64.7% al 84.3%. En lo que se refiere a la influencia del plan sobre datos relacionados:La clasificación de la HTA y la exploración física del paciente tenían una cobertura del

14.9% y las pruebas complementarias se registraron en el 32%. El registro de la exploración física en pacientes DM se registraron en el 9.35% y las pruebas complementarias en el 15.1%

Conclusiones:

1 – El Plan de Mejora consigue un aumento de la cobertura en los dos grupos de pacientes, diabéticos e hipertensos. 2 – Los datos obtenidos, indican que el plan debe ser muy específico en lo que se refiere a la meta a lograr dado que la influencia sobre datos relacionados es escasa. 3- Es recomendable una evaluación más continuada de los resultados.

PÓSTER Nº: 44

¿CÓMO SON NUESTROS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR?

R.C. DEL OLMO ZAMORA (1), J.M. DIAZ-CAMPO CORDOBA (2), A. GARCIA LERIN (3),
O. GARCIA VALLEJO (3), A.I. MARTIN HERRUZO (4), S. MARTIN HERRUZO (5).

(1) CS PUERTA BONITA I. MADRID. (2) HOSPITAL DE CIUDAD REAL. CIUDAD REAL. (3) CS ALMENDRALES.
MADRID. (4) CS EL ESPINILLO. MADRID. (5) HOSPITAL DE FUENLABRADA. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PRIMARIA, FIBRILACIÓN, ANTICOAGULACIÓN

RESUMEN:

Objetivos:

Determinar la prevalencia y características de la población con fibrilación auricular (FA) del C.S. Almendrales de Madrid y compararla con las de otros estudios publicados.

Metodología:

Estudio observacional descriptivo transversal utilizando el programa OMI-AP, se revisaron historias clínicas de pacientes del C.S. Almendrales de Madrid en cuyo historial figuraba episodio de arritmia cardiaca o FA (población total 23.303 pacientes con un 19% >de 65 años) de los 149 pacientes encontrados presentaban FA 80, hombres 44 y mujeres 36, con un edad media de 76.75± 8.48 años. En estos pacientes se revisaron: edad, sexo, factores de riesgo (FR): eventos cardiovasculares, HTA, DM, DL, anticoagulación /antiagregación, tratamiento con antiarrítmicos/frenadores del nodo auriculoventricular (NAV), comparando estos datos con los obtenidos en otros estudios publicados.

Resultados: La prevalencia de FA en nuestro estudio fue del 0.34%, similar a la encontrada en los demás estudios (0.4%). Sin embargo, se encontraron diferencias en el grupo de pacientes mayores de 65 años (1.59% en nuestro estudio frente a cifras alrededor del 5% en otros estudios consultados).

En distintos estudios revisados se encontró que los pacientes con FA presentaban HTA en un porcentaje entre el 49 al 86.3%, suponiendo en nuestro estudio un 75 %.

Respecto a otros FR, el 20% de los pacientes del estudio eran diabéticos y el 41.3% dislipémicos, encontrándose eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, infarto cerebral..) en un 23.8 %.

Un 21.3 % de los pacientes con FA de nuestro estudio estaban en tratamiento con antiarrítmicos frente al 38.8% que toman fármacos para controlar la frecuencia del NAV.

En nuestro estudio se observó que de los pacientes con FA el 56.3 % estaba anticoagulado, el 28.8% antiagregado (23.8% AAS, 5% Clopidogrel) y el 10% anticoagulado y antiagregado, no recibiendo tratamiento anticoagulante ni antiagregante 5% de pacientes.

Según datos del estudio Cardiotens, sólo el 41% de hipertensos con FA seguidos en atención especializada estaban anticoagulados y el 26% en atención primaria. En otro estudio revisado el porcentaje de pacientes no antiagregados ni anticoagulados suponía un 36%.

Conclusiones:

En el presente estudio, de cada mil pacientes 3 presentaban FA y 15 de cada mil eran mayores de 65 años, lo que confirma la mayor prevalencia en este grupo de edad, siendo en nuestro estudio similar a la observada en la bibliografía consultada.

Nuestro estudio confirma la elevada prevalencia de HTA en pacientes con FA, siendo ésta mayor en nuestro estudio que en estudios consultados.

Comparando datos de nuestros pacientes con otros estudios se observa un porcentaje superior de pacientes que reciben profilaxis tromboembólica.

El porcentaje de pacientes cuya base de tratamiento es el control de la frecuencia de NAV prácticamente es el doble de los que recibían tratamiento antiarrítmico.

PÓSTER Nº: 45

DIFERENCIAS EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN ZONAS GEOGRÁFICAS ESPAÑOLAS Y POSIBLES FACTORES DETERMINANTES. ESTUDIO PRESCAP 2010

J.A. DIVISÓN GARROTE (1), F.J. ALONSO MORENO (2), M.Á. PRIETO DÍAZ (3), O. GARCÍA VALLEJO (4), P. BEATO FERNÁNDEZ (5), T. RAMA MARTÍNEZ (6), A. GALGO NAFRIA (7), J.L. LLISTERRI CARO (8), J. POLO GARCÍA (9), D. GONZÁLEZ-SEGURA ALSINA (10).

(1) CS CASAS IBÁÑEZ. CASAS IBÁÑEZ (ALBACETE). (2) CS SILLERÍA. TOLEDO. (3) CS VALLOBÍN-LA FLORIDA. OVIEDO. (4) CS ALMENDRALES. MADRID. (5) CAP PREMIÁ. PREMIÁ DEL MAR (BARCELONA). (6) CAP MASNOU ALELLA. EL MASNOU (BARCELONA). (7) CS ESPRONCEDA. MADRID. (8) CS INGENIERO JOAQUÍN BENLLOCH. VALENCIA. (9) CS CASAR DE CÁCERES. CÁCERES. (10) ALMIRALL SA. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CONTROL PRESIÓN ARTERIAL, ATENCIÓN PRIMARIA, ZONAS GEOGRÁFICAS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Analizar el control de la presión arterial (PA) en diferentes regiones españolas (norte, mediterránea, centro y sureste) y estudiar si las diferencias en el control pueden estar influenciadas por los diferentes estilos de vida o por el tratamiento farmacológico.

MÉTODOS USADOS: Estudio transversal y multicéntrico realizado en hipertensos ≥ 18 años, que recibían tratamiento farmacológico antihipertensivo, de las 17 comunidades autónomas españolas. Participaron 2.653 médicos que incluyeron entre 1-5 pacientes consecutivos. La zona geográfica Norte (N) incluyó a Galicia, Principado de Asturias, Aragón, Cantabria, País Vasco, Navarra y La Rioja, la zona Mediterránea (M) a Islas Baleares, Cataluña y Comunidad Valenciana, la zona Centro (C) a Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid y Extremadura, y la zona Sur-este (SE) a Andalucía, Islas Canarias y Región de Murcia. Las variables estudiadas fueron: presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), edad, sexo, talla, peso, práctica de ejercicio físico, tratamiento farmacológico y actitud del médico en hipertensos mal controlados. Se consideró bien controlada la hipertensión si $PA < 140/90$ mmHg, obesidad cuando $IMC \geq 30$ Kg/m² y sedentarios a los hipertensos que habitualmente no hacían ningún tipo de ejercicio físico.

RESULTADOS: Se incluyeron a 12.270 pacientes, (52% mujeres). Edad media: 66,3 (DE 11,4) años. Se consideró bien controlados a un 61,1% (IC95%: 60,2-61,93) de ellos. La zona N incluyó a 2.440 pacientes (19,9%), la M a 3.708 (30,2%), la C a 3.020 (24,6%) y la SE a 3.102 (25,3%). El grado de control de la PA resultante en orden decreciente por zona geográfica fue 65,4% en la zona C, 62,2% (SE), 60,0% (M) y 57,7% (N), $p=0,0001$. La prevalencia de obesidad por zona geográfica fue: 41,7% (SE), 41,0% (N), 40,1% (C), 37,3% (M), $p=0,002$. La prevalencia de sedentarismo según zona geográfica fue: 61,3% (SE), 56,6% (M), 52% (N) y 49,4% (C), $p=0,0001$. El porcentaje de uso de terapia combinada fue: 68,3% (SE), 63,1% (M), 62,3% (C) y 60,4% (N), $p=0,000$. La inercia terapéutica fue: 69,5% (N), 61,4% (M), 61,3% (C) y 60,6% (SE), $p=0,0001$.

CONCLUSIONES: En la zona norte se observa un peor control junto a un menor uso de terapia combinada y mayor inercia del médico. Los estilos de vida diferentes no parecen tener relación con las diferencias en el grado de control. La actitud del médico y el tratamiento farmacológico parecen ser los determinantes más importantes en el control de la PA.

PÓSTER Nº: 46

**INFLUENCIA DE LA OBESIDAD Y EL SEDENTARISMO EN EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL.
ESTUDIO PRESCAP 2010**

J.A. DIVISÓN GARROTE (1), F.J. ALONSO MORENO (2), O. GARCÍA VALLEJO (3), M.Á. PRIETO DÍAZ (4),
G. RODRÍGUEZ ROCA (5), F. VALLS ROCA (6), L.M. ARTIGAO RODENAS (7), A. GARCÍA LERIN (8),
E. CARRASCO CARRASCO (9), R. DURÁ BELINCHÓN (10).

(1) CS CASAS IBÁÑEZ. CASAS IBÁÑEZ (ALBACETE). (2) CS SILLERÍA. TOLEDO. (3) CS ALMENDRALES.
MADRID. (4) CS VALLOBÍN LA FLORIDA. OVIEDO. (5) CS PUEBLA DE MONTALBAN. TOLEDO.
(6) CS BENIGANIN. BENIGANIN (VALENCIA). (7) CS ZONA III. ALBACETE. (8) CS ALMENDRALES. MADRID.
(9) CS ABARÁN. ABARÁN (MURCIA). (10) CS BURJASSOT. BURJASSOT (VALENCIA).

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CONTROL PRESIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, SEDENTARISMO

RESUMEN:

Objetivos. Valorar la influencia de la obesidad y el sedentarismo, en el grado de control de la presión arterial (PA) de los pacientes hipertensos atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español.

Metodología. Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos ≥ 18 años, con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Participaron 2.653 médicos que incluyeron entre 1-5 pacientes. Las variables estudiadas fueron: presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), edad, sexo, talla, peso y práctica de ejercicio físico. Se consideró bien controlada la hipertensión si $PA < 140/90$ mmHg, obesidad cuando $IMC \geq 30$ Kg/m² y sedentarios a los hipertensos que habitualmente no hacían ningún tipo de ejercicio físico.

Resultados. En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres). Edad media: 66,3 (DE: 11,4) años. Se consideró bien controlados a un 61,1% (IC95%: 60,2-61,93) de ellos. En los pacientes con normopeso el grado de control fue del 65,9%, el los que tenían sobrepeso del 63,3% y en los obesos del 57,3% ($p < 0.0001$) y en cuanto a la práctica de ejercicio físico, el grado de control en los que hacían algún tipo de ejercicio habitualmente fue del 64,8% y en los hipertensos sedentarios del 58,5% ($p < 0.0001$). El 63,6% de los hipertensos estaban tratados con terapia combinada y solo el 41,8% de médicos modifica el tratamiento ante el mal control.

Conclusiones. La obesidad y el sedentarismo influyen de forma negativa en el grado de control de los pacientes hipertensos, por tanto, la modificación de estilos de vida debería ser una de las estrategias básicas en la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial.

PÓSTER Nº: 47

RELACIÓN ENTRE SEDENTARISMO, OBESIDAD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA

J.A. DIVISÓN GARROTE (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (1), L.M. ARTIGAO RODENAS (1),
I. PONCE GARCÍA (1), M. SIMARRO RUEDA (1), D. CALDEVILLA BERNARDO (1),
C. SANCHIS DOMENECH (1), J. MONEDERO LA ORDEN (1), B. GONZÁLEZ LOZANO (1),
B. RODRIGUEZ PAÑOS (1).

(1) GRUPO DE ENFERMEDADES VASCULARES DE ALBACETE (GEVA). ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEDENTARISMO, OBESIDAD

RESUMEN:

Objetivos: Conocer la asociación entre las horas de televisión (TV) semanales, como medida indirecta del sedentarismo, y la prevalencia de obesidad e hipertensión arterial (HTA) en un estudio realizado en población general Española.

Métodos: Estudio transversal y descriptivo. Muestreo aleatorio, estratificado y bietápico. Captación mediante cita por correo y a los que no acudieron a la primera cita llamada telefónica. Tres entrevistadores entrenados realizaron una encuesta estructurada, exploración física (medidas de peso, talla y circunferencia de la cintura), medida de la PA con un aparato electrónico validado (OMRON 907), ECG y analítica básica (hemograma, bioquímica y orina).

Para el análisis de datos se han considerado tres terciles en función de horas semanales de TV que dicen ver los sujetos y se ha definido HTA cuando la presión arterial es ≥ 140 y/o 90 mmHg o tratamiento y obesidad si el índice de masa corporal (IMC) era ≥ 30 Kg/m². La asociación entre las variables se ha realizado con la prueba de χ^2 , considerándose significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron en este estudio 912 individuos de los que 520 eran mujeres y 392 varones. La edad media fue de 52 años. La media semanal de horas de TV en los hombres fue de 14,1 y en las mujeres de 15 horas/semana ($p > 0,05$) y la media de horas de TV por terciles fue en el primer tercil 5,3 horas/semana y en el tercer tercil 25,2 horas/semana ($P < 0,05$). La prevalencia de obesidad en el conjunto de la población fue del 31,7% (25,2% en el primer tercil y del 41,1% en el tercer tercil, $p < 0,05$) y la prevalencia de HTA del 38,5% (31% en el primer tercil y 53,7% en el tercer tercil, $p < 0,05$).

Conclusiones: Existe una evidente asociación entre el sedentarismo y obesidad y una mayor prevalencia de HTA. La modificación de estilos de vida debería ser una estrategia prioritaria en la prevención y tratamiento de la HTA.

PÓSTER Nº: 48

VALOR PRONÓSTICO DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN PACIENTES HIPERTENSOS

J.A. DIVISÓN GARROTE (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (1), L.M. ARTIGAO RODENAS (1),
I. PONCE GARCÍA (1), B. GONZÁLEZ LOZANO (1), J. MASSÓ OROZCO (1), L. CARRIÓN VALERO (1),
E. LÓPEZ DE COCA (1), J. MONEDERO LA ORDEN (1), F. MOLINA ESCRIBANO (1).

(1) GRUPO DE ENFERMEDADES VASCULARES DE ALBACETE (GEVA). ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDÍACA, PRONÓSTICO

RESUMEN:

Objetivo: Valorar la influencia de la frecuencia cardiaca (FC), en la aparición de primeros eventos cardiovasculares (combinado enfermedad cardiovascular (ECV) y mortalidad por todas las causas por un lado y mortalidad por todas las causas por otro) en pacientes con hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de una población aleatoria de la provincia de Albacete, mayor de 18 años seguida durante una media de 10,6 años (DE=2,4 años). El primer examen se realizó durante los años 1992-94 y el segundo examen durante los años 2004-06. El estudio se realizó en los centros de salud de la provincia de Albacete. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó encuesta estructurada, exploración física, medición de la presión arterial, analítica básica y ECG. Para el análisis de datos, se consideró una FC (medida en ECG) alta mayor o igual a 80 l/m y baja menor de 80 l/m y HTA cuando $PA \geq 140/90$ mmHg o tratamiento. Se ha calculado la prevalencia de FC alta o baja en hipertensos así como el efecto que ejerce la FC sobre la supervivencia, calculando la probabilidad de la misma por el método de Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante la prueba de rangos logarítmicos. Se ha ajustado la FC por sexo y grupos de edad (18-44; 45-64 y mayor o igual a 65 años) mediante la aplicación de la regresión de Cox, tras comprobar el cumplimiento de la proporcionalidad de los riesgos instantáneos.

Resultados: De los 1322 participantes en el inicio del estudio, 512 (38,7%) eran hipertensos que no habían padecido ningún evento cardiovascular. De éstos, 285 (55,7%) eran mujeres y 227 (44,3%), varones. La FC alta estaba presente en 187 (36,5%) pacientes, de los cuales 109 eran mujeres (58,3%), edad media: 61,3 años (DE=13,5) y 78 varones (41,7%), edad media: 52,6 años (DE= 18,2). La FC baja presentaban los restantes 325 (63,5%) pacientes; 176 mujeres (54,2%), edad media: 60,8 años (DE=12,7) y 149 varones (45,8%), edad media: 53,7 años (DE=15,0). Considerando el combinado ECV y mortalidad por todas las causas, la supervivencia fue del 78,1% en los que tenían una FC menor de 80 l/m y del 72,2% en los que tenían más de 80 l/m, presentando una hazard ratio (HR) de 1,55; (IC 95%: 1,07-2,24). Respecto a la mortalidad por todas las causas la supervivencia fue del 86,1% y 77,7% respectivamente, HR= 1,92; (IC 95%: 1,23-2,99).

Conclusiones: Ajustado por sexo y edad, en nuestro estudio, una FC mayor de 80 l/m en pacientes hipertensos, presenta una incidencia 1,5 veces mayor en el combinado morbilidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas que una FC menor de 80 l/m. En el caso de la mortalidad por todas las causas, unas 2 veces mayor.

PÓSTER Nº: 49

VALOR PRONÓSTICO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES HIPERTENSOS

J. MONEDERO LA ORDEN (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (1), J.A. DIVISÓN GARROTE (1),
L.M. ARTIGAO RODENAS (1), I. PONCE GARCÍA (1), F. MOLINA ESCRIBANO (1),
D. CALDEVILLA BERNARDO (1), J. LÓPEZ ABRIL (1), M. SIMARRO RUEDA (1), P. TORRES MORENO (1).

(1) GRUPO DE ENFERMEDADES VASCULARES DE ALBACETE (GEVA). ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ACTIVIDAD FÍSICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PRONÓSTICO

RESUMEN:

Objetivo: Valorar la influencia de la intensidad de la actividad física (AF) realizada, en la aparición de eventos cardiovasculares (combinado enfermedad cardiovascular y mortalidad por todas las causas por un lado y mortalidad por todas las causas por otro) en pacientes con hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de una población aleatoria de la provincia de Albacete, mayor de 18 años seguida durante una media de 10,6 años (DE=2,4 años). El primer examen se realizó durante los años 1992-94 y el segundo examen durante los años 2004-06. El estudio se realizó en los centros de salud de la provincia de Albacete. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó encuesta estructurada, exploración física, medición de la presión arterial, analítica básica y ECG. Para el análisis de datos, se consideró una AF alta, aquella que el sujeto dedica más de una hora al día al ejercicio físico (incluyendo caminar o subir/bajar escaleras) y baja, el tiempo inferior y HTA cuando $PA \geq 140/90$ mmHg o tratamiento. Se ha calculado la prevalencia de actividad física alta o baja en normotensos e hipertensos así como el efecto que ejerce la actividad física sobre la supervivencia, calculando la probabilidad de la misma por el método Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante la prueba de rangos logarítmicos. Se ha ajustado la AF por sexo y grupos de edad (18-44; 45-64 y \geq de 65 años) mediante la aplicación de la regresión de Cox, tras comprobar el cumplimiento de la proporcionalidad de los riesgos instantáneos.

Resultados: Se han obtenido datos en el primer examen de 1322 sujetos, con una edad media de 48.2 años (DE: 17), 53.6% mujeres. De éstos, se consideraron normotensos activos a 482 sujetos (36,5%), 46,3% mujeres, edad media de 38,9 años (DE: 14,5), normotensos sedentarios a 266 sujetos (20,1%), 70,3% mujeres, edad media 41,3 años (DE: 17,2), hipertensos activos a 283 sujetos (21,4%), 40,3% mujeres, edad media 55,4 años (DE: 15) e hipertensos sedentarios a 291 sujetos (22%), 65,6% mujeres, edad media 62,4 años (DE: 14). La prevalencia de AF baja en el conjunto de la población fue del 42.13% y alta de 57.86%, observándose una menor actividad física en la mujer tanto normotensa como hipertensa ($p < 0.001$). Considerando el combinado enfermedad cardiovascular (CV) y mortalidad por todas las causas la supervivencia fue del 93,6%, 86%, 75,3% y 67,9% respectivamente, presentando los hipertensos sedentarios frente a los normotensos activos una hazard ratio (HR) de 2,06 (IC 95%: 1,30-3,25). Respecto a la mortalidad por todas las causas la supervivencia fue del 96,1%, 89,3%, 84,8% y 74% respectivamente, HR de 2,55 (IC 95%: 1,41-4,62) de los hipertensos sedentarios frente a los normotensos activos. No se observaron diferencias significativas en la supervivencia entre hipertensos activos y normotensos sedentarios.

Conclusiones: La mujer presenta una prevalencia de actividad física baja mayor que la de los hombres. Ajustando por edad y sexo, en nuestro estudio, los hipertensos sedentarios presentan una incidencia 2 veces mayor en el combinado morbimortalidad CV y mortalidad total que los normotensos activos. En el caso de la mortalidad por todas las causas 2,5 veces mayor.

PÓSTER Nº: 50

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON ENFERMEDAD
ARTERIAL PERIFÉRICA**

P. BRAILLARD POCARD (1), F. BATISTA GARCÍA (1), N. ESPARZA MARTÍN (1), S. SURIA GONZÁLEZ (1),
A.Y. SÁNCHEZ SANTANA (1), A. RAMÍREZ PUGA (1), E.J. FERNÁNDEZ TAGARRO (1),
R. GUERRA RODRÍGUEZ (1), A. CALDERÍN ORTEGA (2), M.D. CHECA ANDRÉS (1).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.
(2) ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA.
LAS PALMAS.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

RESUMEN:

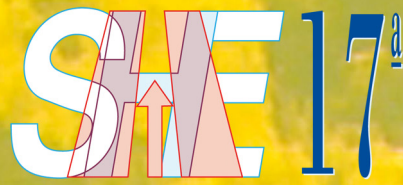
Introducción: Se acepta desde hace tiempo que la enfermedad arterial periférica (EAP) es una lesión de órganos diana de la HTA. Sin embargo, se han estudiado poco las características clínicas de este subgrupo de pacientes.

Objetivo: Caracterización clínica, bioquímica y farmacológica de pacientes con EVP a su ingreso en el Servicio de Cirugía Vasculor según sus antecedentes personales (AP) de HTA.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de 40 ingresos consecutivos en el Servicio de Cirugía Vasculor. Tras la firma del consentimiento informado (Estudio aprobado por el Comité de Ética), se recogían los datos clínicos y farmacológicos y se solicitaba analítica (hemograma, bioquímica sangre y orina 24 hs que incluía pro-BNP, troponinas, beta 2 microglobulina, PCR y PTHi). Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

Resultados: Ingresaron 33 hombres y 7 mujeres. La causa más frecuente fue la isquemia crónica estadio 4 de Fontaine (47,5%), el 50% eran fumadores y el 82,5% ex fumadores, el 46,4% tenían antecedentes familiares de EVP, 27 eran diabéticos y 27 hipertensos, 17 con MDRD4 < 60 ml/min, NT- proBNP: 1564,71 ± 2008,6 mg/L, beta 2 microglobulina: 4,7 ± 4,9 pg/ml. Un 35 % de los pacientes estaban tratados con betabloqueantes y solo un 45% tomaban un IECA. Solo el 50% tomaban estatinas y ninguno estaba tratado con fibratos.

Respecto a los pacientes sin AP de HTA, los 27 pacientes con AP de HTA eran de mayor edad (p = 0,056), tenían mayor PAS (p = 0,001), menor MDRD4 (p = 0,086) mayores niveles de beta2-microglobulina (p = 0,036) y mayor número de dichos pacientes tenían MDRD4 < 60 ml/min (p = 0,016). Además, mayor número de pacientes tenían AP de arritmia (p = 0,018) e insuficiencia cardiaca (p = 0,018) sin objetivarse diferencias en los AP de ACV o cardiopatía isquémica. Por último, respecto al tratamiento que tomaban, un mayor número de pacientes hipertensos estaban tratados con diuréticos (p = 0,014), IECAs (p = 0,001) y ARA-II (p = 0,028) sin observarse diferencias respecto al resto de tratamientos.



Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

Conclusiones: Los pacientes hipertensos que presentan EVP se caracterizan por presentar algún grado de insuficiencia renal crónica, tener AP de arritmia y/o insuficiencia cardiaca y tener mayores niveles de un biomarcador de EVP como es la beta2-microglobulina. Todo ello sugiere que en este tipo de pacientes hipertensos debemos extremar las medidas de prevención primaria o secundaria si ya se encuentran en los niveles más bajos de la clasificación de Fontaine y evitar así su progresión.

PÓSTER Nº: 51

PERFIL CLINICO-TERAPEUTICO DE LA HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: CONCLUSIONES SOBRE UNA COHORTE

A.M. ESPEJO GIL (1), V. GÓMEZ CARRILLO (1), C. SALAZAR DE TROYA (1), I. MÁRQUEZ GOMEZ (1), J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), M. CARRILLO DE ALBORNOZ (2), R. GÓMEZ HUELGAS (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. (2) ESCUELA DEPORTIVA, COMPLEJO HOSPITALARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, RENOVASCULAR, PERFIL CLÍNICO HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad ateromatosa renovascular es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para aterosclerosis generalizada. Habitualmente se relaciona con una HTA resistente, así como con una serie de entidades nosológicas (la insuficiencia renal, la proteinuria, y la enfermedad arterial coronaria y vascular periférica coexistente) que derivan en una disminución de la esperanza de vida.

OBJETIVO:

Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 74 pacientes con hipertensión renovascular y la valoración de diversas variables que puedan influir en la evolución, tratamiento y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hiperaldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular. En los casos de sospecha de enfermedad bilaeral se realizó además una prueba de imagen: arteriografía o angio-RMN de arterias renales.

DESCRIPCIÓN: 31 varones (41,9%) y 43 mujeres, 69±16,49 años, 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95±0,49.

RESULTADOS:

Los pacientes con HTA renovascular, presentan una edad media muy avanzada, 69±16,49 años, (rango: 17-84 años), con predominio del sexo femenino (58,1%) y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de 10.7 años±9,3 años. En el momento de acudir a la consulta el 53.42% recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de 3,5±1,24 fármacos.

Entre las variables analíticas recogidas destaca: glucosa 114; ± 44, natremia 140.8 ± 2,8, kaliemia 4,3 ± 0,5 (sólo un paciente presentaba niveles menores de 3,5 mmol/l), sodio urinario 105 ± 50, potasio urinario 31 ± 18.5. En cuanto al perfil lipídico: colesterol total 203 ± 37, LDL 128 ± 32, HDL 51 ± 21,

triglicéridos 149 ± 101 . La aldosterona plasmática media fue de 364.9 ± 277.8 (vn < 250), con una ARP $17,45 \pm 33$ (vn < 2,5). Se detectó una microalbuminuria media de 52 ± 115 (50% de los pacientes >30 mg/gr).

Así mismo se determinaron las variables antropométricas básicas, encontrando destacando un IMC medio de $30,5 \pm 5.2$ kg/m², perímetro abdominal 104 ± 12 cm, con una TAS 159 ± 26 mmHg y TAD 88 ± 14 mmHg al inicio del seguimiento.

Entre los factores y marcadores de riesgo cabe destacar un 79.4% de pacientes con antecedentes familiares de HTA, sedentarismo en 69,4% (considerando como tal una actividad física inferior a caminar 150 minutos semanales), obesidad en el 51,3% (según criterios de IMC), DM en el 24,32%, dislipemia en el 61,64% y tabaquismo 36.5%. El 73% de las mujeres eran postmenopáusicas.

En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13%, enfermedad cardíaca en el 26,02% y enfermedad cerebro-vascular en el 18,91%.

La HTA renovascular fue bilateral en 13 pacientes (17,56%).

Se consiguió un control de la TA el 56,75%. El 72,9% de los pacientes recibían tratamiento con fármacos inhibidores del eje RAA, (fundamentalmente ARA-II), el 41% tiazidas, el 24% con diuréticos del asa y el 24% con inhibidores de la aldosterona. En el 6 % fue posible la corrección quirúrgica o por angioplastia.

CONCLUSIONES:

El perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbuminuria y niveles de Na y K normales.

En su tratamiento, tienen una media de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA.

En el 56,75% de los pacientes se consiguió un buen control de la TA con un tratamiento médico a base de inhibidores del eje RAA.

Solo se corrigió por angioplastia en algo más del 5 % de los pacientes.

PÓSTER Nº: 52

LA HIPO-POTASEMIA ES UN MAL INDICADOR DE HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR

A.M. ESPEJO GIL (1), C. SALAZAR DE TROYA (1), V. GÓMEZ CARRILLO (1), I. MÁRQUEZ GÓMEZ (1),
J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), M. CARRILLO DE ALBORNOZ (2), R. GÓMEZ HUELGAS (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA. (2) ESCUELA MEDICINA DEPORTIVA. HOSPITAL
UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR, INDICADORES HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR,
HIPERPOBASEMIA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiper-aldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente.

OBJETIVO:

El objetivo del trabajo es describir los valores de potasemia en una muestra de 74 pacientes con Hipertensión renovascular.

Como objetivo secundario se plantea la descripción clínica de la muestra y la valoración de diversas variables que puedan influir en la potasemia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel. Los criterios de inclusión fueron: hiperaldosteronismo hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular. En los casos de sospecha de enfermedad bilaeral se realizó además una prueba de imagen: arteriografía o angio-RMN de arterias renales.

RESULTADOS:

DESCRIPCION: 31 varones (41,9%) y 43 mujeres(58,1%), 69±16,49 años(rango: 17-84 años), 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95±0,49. Duración media de la HTA 10.7 años+9,3 años. El 53.42% recibían tratamiento correcto, con una media de 3,5+1,24 fármacos.

En cuanto a niveles de iones: natremia 140.8 ± 2,8, kaliemia 4,3 ± 0,5 (sólo un paciente presentaba niveles menores de 3,5 mmol/l), índice sodio/creatinina urinario 105 ± 50, índice potasio/creatinina urinario 31 ± 18.5.

En cuanto a daño de órgano diana encontramos afectación renal en el 35,13%, y lesion vascular bilateral en 13 pacientes (17,56%).

El 72,9% de los pacientes recibían tratamiento con fármacos inhibidores del eje RAA, (fundamentalmente ARA-II), y el 24% con inhibidores de la aldosterona, ambos grupos terapeuticos

producirían elevaciones de los niveles de K. Mientras que el 41% tomaba tiazidas y el 24% diuréticos del asa, ambos grupos producirían disminución de la kaliemia.

Discusion:

Aunque los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiper-aldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente, creemos que esto es correcto en los casos de hiperaldosteronismo primario. Sin embargo, en el caso de hiper-aldosteronismo secundario hiper-reninémico, no parece útil. Podemos atribuir los niveles aparentemente normales de kaliemia al alto porcentaje de insuficiencia renal o a la ingesta de fármacos, pero este argumento se queda corto observando los bajos niveles de eliminación urinarios de potasio.

CONCLUSIONES:

Es claramente llamativa la ausencia de hipopotasemia, ya que esta se cita ampliamente en la literatura como marcador de HTA renovascular e hiperaldosteronismo.

Es posible que la hipopotasemia quede enmascarada por el uso de fármacos que producen hiperpotasemia, ya que la casi totalidad de los pacientes usaban inhibidores del eje RAA o diuréticos ahorradores de potasio.

En la muestra estudiada la hipopotasemia no ha resultado un marcador útil para la detección de HTA renovascular.

Desaconsejamos que la hipopotasemia se use como marcador limitante para iniciar el estudio de una posible HTA renovascular.

PÓSTER Nº: 53

CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A UNA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

A. ESTEBAN FERNÁNDEZ (1), M. GARCÍA DE YÉBENES CASTRO (1), N. SALTERÁIN GONZÁLEZ (1), J.P. CANEPA LEITE (1), C. PUJOL SALVADOR (1), M.T. BARRIO LÓPEZ (1), J. BARBA COSIALS (1), E. FERNÁNDEZ JARNE (1), J.J. GAVIRA GÓMEZ (1), I. COMA CANELLA (1).

(1) CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. PAMPLONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CARDIOLOGÍA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONSULTA

RESUMEN:

Objetivo. Caracterizar a la población de hipertensos que acude al cardiólogo por primera vez basándonos en algunas de las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Hipertensión arterial de 2009.

Métodos. Se estudió a todos los pacientes que acudieron por primera vez a nuestra consulta de Cardiología durante un año con el diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA). Se determinaron las características basales, analíticas, ecocardiográficas y el tratamiento que recibían.

Resultados. Acudieron 322 pacientes hipertensos (205 mujeres) de 64±12 años. El tiempo de evolución de su HTA era de 9±7 años, siendo las causas más frecuentes de diagnóstico: crisis hipertensiva (6%), diagnóstico casual (6%), cefalea (3%) y mareo (3%). Las cifras domiciliarias de presión arterial sistólica eran de 140±15 mmHg y las de presión arterial diastólica de 82±10 mmHg. Las cifras en la consulta fueron de 143±21 mmHg y de 82±12 mmHg. El IMC fue de 28±5 kg/m².

Al estudiarse la lesión de órgano diana se objetivó que 164 pacientes (53%) presentaba hipertrofia ventricular izquierda en el ecocardiograma, 148 (46%) tenían disfunción diastólica y 27 (16%) disfunción sistólica (de los cuales 18 habían tenido algún ingreso por insuficiencia cardiaca). Cincuenta y un pacientes habían sido diagnosticados de fibrilación auricular (en 16 de ellos embolígena). Del total de los pacientes, 102 (32%) referían haber tenido angina previa, aunque sólo 45 habían sufrido un síndrome coronario agudo.

En cuanto a la afectación renal, 16 pacientes tenían insuficiencia renal crónica entre sus antecedentes. A 105 se les determinó la microalbuminuria en micción aislada con un resultado de 8±22 mg/dL.

Respecto al tratamiento, 272 pacientes (85%) recibían tratamiento farmacológico, siendo los más utilizados: diuréticos (121 pacientes), ARA II (118 pacientes), betabloqueantes (94 pacientes), IECA (91 pacientes), calcioantagonistas (69 pacientes) y agonistas alfa (27 pacientes). Del total de los pacientes, 65 (20%) tomaban algunos de estos fármacos en forma de combinaciones fijas.

Conclusiones. La población de hipertensos que acude a la consulta de Cardiología presenta un control subóptimo de la presión arterial en su domicilio, objetivándose en las exploraciones complementarias lesión de órgano diana en un alto porcentaje de ellos. En cuanto al tratamiento, los diuréticos y los ARA II son los fármacos más utilizados.

PÓSTER Nº: 54

**PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN PACIENTES QUE PRESENTAN UN
EVENTO VASCULAR AGUDO EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL**

L. MATAS PERICAS (1), D. FILELLA AGULLÓ (1), T. MOLINE (1), M.T. BENET (1), A. ROCA-CUSACHS (1),
J.A. ARROYO (1).

(1) HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, INSUFICIENCIA RENAL, EVENTO VASCULAR AGUDO

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO

El propósito del estudio es valorar la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular clásicos y la incidencia de mortalidad en pacientes que presentan un evento vascular agudo, en función de la presencia o no de insuficiencia renal.

METODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo donde se analizan de manera consecutiva, 2361 pacientes que consultan en el servicio de urgencias de un hospital terciario, entre abril de XXX y mayo de XXXX por un evento vascular agudo: síndrome coronario agudo (SCA), accidente vascular cerebral (AVC) o por enfermedad vascular periférica (EVP). Para el estudio se recogieron mediante la revisión de la historia clínica: variables demográficas, antropométricos, factores de riesgo cardiovascular, analítica general, filtrado glomerular (FG en ml/min/1.73m²), perfil lipídico, glicemia y hemoglobina glicosilada, así como tratamiento al ingreso y al alta. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete de datos SPSS 18.

RESULTADOS

El total de pacientes que consultó por ECV agudo (excluyendo los que consultaron en más de una ocasión) fue de 2361, de los cuales 577 (24.4%) presentaban insuficiencia renal (IR) en el ingreso. La edad media global de los pacientes fue de 71.1 años (DE 12.8) con 65% de pacientes varones. El porcentaje de pacientes que presentaba insuficiencia renal (FG <60) al ingreso fue del 24.4% (n=577) del total, y un 5.3% (n=123) presentaba FG inferior a 30. La edad media de los pacientes en el grupo IR era de 76.4 respecto 69.3 en el grupo con función renal normal (NoIR) siendo estadísticamente significativa. El porcentaje de varones (IR vs NoIR) era de 63.1 vs 65.6, sin diferencias significativas. No hubo diferencias en cuanto a prevalencia de sobrepeso y obesidad. El grupo de IR presentaba mayor prevalencia de diabetes mellitus (51.3 vs 33.7%), hipertensión arterial (88.6 vs 70.9%) y dislipemia (57.9 vs 52.7%) de manera significativa; así como mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular previa (47 vs 33%). Los pacientes con insuficiencia renal presentaron mayor tasa de tratamiento con estatinas (52 vs 37.2%), antiagregación (53.8 vs 37.4%) y bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (BSRAA) (59.1 vs 44.5%) y menor prevalencia de tabaquismo (49.4 vs 54.3%) y consumo de alcohol (7.5 vs 15.1%). La incidencia de SCA (41.9 vs 44.3%) y AVC (36.9 vs 45.3%) fue estadísticamente inferior en el grupo de IR, pero la incidencia de EVP (21.1 vs 10.4%) fue estadísticamente superior. Finalmente la mortalidad fue mayor en el grupo IR (16.5 vs 6.1%) de manera significativa.

CONCLUSIONES

La enfermedad renal crónica se asocia con mayor frecuencia a otros factores de riesgo vascular como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus i la dislipemia.

En nuestro estudio los pacientes con insuficiencia renal presentaban mayor edad y más eventos previos. También recibían más tratamiento con estatinas, antiagregación y BSRAA.

Nuestros resultados muestran menor incidencia de SCA y AVC en el grupo IR, pudiendo estar en relación con la mayor tasa de tratamiento y un eventual logro de la prevención primaria y secundaria, pero más incidencia de EVP.

Encontramos una asociación entre la presencia de insuficiencia renal con una mayor mortalidad.

PÓSTER Nº: 55

PERFIL LIPIDICO DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN EN URGENCIAS EN FUNCIÓN DEL EVENTO VASCULAR

J.A. ARROYO (1), A. MOLINE (1), D. FILELLA (1), L. MATAS (1), M.J. SOLE (1), A. ROCA-CUSACHS (1).

(1) HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PERFIL LIPIDICO, EVENTO VASCULAR AGUDO, FACTORES DE RIESGO

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO

El propósito del estudio es valorar el perfil lipídico: colesterol total (COL-T), triglicéridos (TG), colesterol LDL (LDL-COL) y colesterol HDL (HDL COL) junto con la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular clásicos y la incidencia de mortalidad en pacientes que presentan un evento vascular agudo, en función del tipo de evento que presentan (síndrome coronario agudo, accidente vascular cerebral o enfermedad vascular periférica).

METODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo donde se analizan de manera consecutiva, 1502 pacientes que consultan en el servicio de urgencias de un hospital terciario, entre enero de 2009 y mayo de 2011 por un evento vascular agudo: síndrome coronario agudo (SCA), accidente vascular cerebral (AVC) o por enfermedad vascular periférica (EVP). Para el estudio se recogieron mediante la revisión de la historia clínica: variables demográficas, antropométricas, factores de riesgo cardiovascular, analítica general, filtrado glomerular (FG en ml/min/1.73m²), perfil lipídico, glicemia y hemoglobina glicosilada, así como tratamiento al ingreso y al alta. Se desestimaron los pacientes con ECV previa. Para el estudio del perfil lipídico se analizaron los datos de 1140 pacientes con determinación de TG y COL-TOT, y 561 pacientes con HDL-COL y LDL-COL. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete de datos SPSS 18.

RESULTADOS

El total de pacientes fue de 1502. La prevalencia de SCA fue de 629 pacientes, AVC 740 pacientes y EVP 133. La edad media de los grupos era de 65.3 (SCA), 72.6 (AVC) y 74.8 en EVP, siendo el grupo SCA significativamente más joven que el resto. La distribución del sexo varón fue de 73.8% en SCA, 50% en AVC y 59.4% en EVP, presentando una mayor prevalencia de varones el grupo SCA. La prevalencia de hipertensión arterial en SCA AVC y EVP fue de 60.3 vs 76.2 vs 77.4%; la prevalencia de dislipemia en los mismos grupos fue de 60.6 vs 38.1 vs 38.3%; la prevalencia de diabetes mellitus fue de 33.7 vs 28.1 vs 42.1%; la prevalencia de insuficiencia renal fue de 18.8 vs 18.2 vs 39.8%, siendo las diferencias entre los grupos estadísticamente significativas para los cuatro factores de riesgo. También detectamos diferencias en la presencia de sobrepeso y obesidad (IMC > 26) en los tres grupos: SCA 60.9% vs AVC 53.1% vs EVP 48.9%. La diferencia de mortalidad fue significativa: SCA 5.9% vs AVC 9.6% vs EVP 12%. Finalmente se detectaron diferencias en el perfil lipídico de los diferentes grupos (siempre SCA vs AVC vs EVP); el COL-T fue significativamente menor en el grupo EVP (4.36 vs 4.3 vs 3.35 mmol/L), los TG estaban más elevados en el grupo SCA respecto al AVC (1.55 vs 1.35 vs 1.42 mmol/L), el HDL-COL era

mayor en el grupo AVC respecto a los otros grupos (1.02 vs 1.21 vs 0.88) y el LDL-COL fue menor en el grupo EVP (2.68 vs 2.68 vs 1.88).

CONCLUSIONES

Los resultados en el perfil lipídico muestran un COL-TOT y un COL-LDL menor en el grupo con EVP, probablemente en relación a una mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica, con un mayor tratamiento para prevención primaria.

No se detectó ningún grupo con un perfil HDL-COL bajo y TG-alto (dislipemia aterogénica).

Los resultados del perfil lipídico en nuestro estudio están limitados por la presencia de tratamiento previo (puesto que son pacientes con factores de riesgo vascular) y por la escasa obtención de perfil lipídico (HDL y LDL) en los pacientes que ingresan por un evento vascular agudo.

PÓSTER Nº: 56

ASPECTOS DIFERENCIALES DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN MUJERES DE EDAD AVANZADA

F.J. GARCIPÉREZ DE VARGAS DÍAZ (1), M.V. MOGOLLÓN JIMENEZ (1), R. PORRO FERNÁNDEZ (1), J. MENDOZA VÁZQUEZ (1), C. ORTIZ CORTÉS (1), P. SÁNCHEZ CALDERÓN (1), J.J. GÓMEZ BARRADO (1), J. VEGA FERNÁNDEZ (1), F.J. FERNÁNDEZ PORTALES (1), G. MARCOS GÓMEZ (1).

(1) SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO ALCÁNTARA. CÁCERES.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CORONARIO AGUDO, MUJER, COMORBILIDAD

RESUMEN:

Propósito del estudio: La cardiopatía isquémica en la mujer, en cuanto a datos de presentación clínica y tratamiento, está poco estudiada y menos aún en pacientes de edad avanzada. Pretendemos describir las características clínicas y epidemiológicas de las mujeres ancianas dadas de alta con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos usados: Se estudiaron a todos los pacientes ≥ 80 años dados de alta del Servicio de Cardiología con diagnóstico de SCA durante 9 meses entre el 1 de Julio de 2009 y el 31 de Marzo de 2010. Se dividió a la población en dos grupos en función del sexo.

Resultados: Se analizaron 71 pacientes, con una edad media de $84.66 \pm 3,67$ años; 35 hombres (49.3%) y 36 mujeres (50.7%). Analizando los factores de riesgo cardiovascular, sólo se registraron diferencias significativas en los antecedentes de tabaquismo, que fue menos frecuente en mujeres (5,6% vs 74.3%, $p < 0,0001$). En cuanto a la comorbilidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) era menos frecuente en mujeres (2.8% vs 25.7% $p=0,005$), sin embargo el sexo femenino presentó mayor incidencia de anemia (52.8% vs 22.9%, $p=0,009$). No se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la presencia de insuficiencia renal, arteriopatía periférica, ictus y fibrilación auricular. No hubo diferencias entre sexos en antecedentes de cardiopatía isquémica previa. Se realizó un menor porcentaje de cateterismos en mujeres (33.3% vs 60% $p=0,024$), no encontrándose diferencias entre ambos sexos en la proporción de enfermedad de 2 o más vasos, el tipo de SCA, la tasa de revascularización y la realización de angioplastia primaria. Tampoco encontramos diferencias en la presencia de disfunción ventricular izquierda y la clase Killip al ingreso. La estancia media hospitalaria fue similar en ambos sexos. Las mujeres recibieron significativamente más betabloqueantes (80.6% vs 57.1% $p=0,033$), calcioantagonistas (38.9% vs 14.3% $p=0,019$) y diuréticos (69.4% vs 37.1% $p=0,006$), no habiendo diferencias en el resto de fármacos.

Conclusiones: Las mujeres mayores de 80 años con SCA comparadas con los hombres presentan menor incidencia de tabaquismo y de antecedentes de EPOC y una mayor tasa de anemia. Asimismo se sometieron a menos cateterismos cardiacos, y se trataron más con betabloqueantes, calcioantagonistas y diuréticos.

PÓSTER Nº: 57

**PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN
LOS PACIENTES MENORES DE 55 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

F.J. GARCIPÉREZ DE VARGAS DÍAZ (1), P. SÁNCHEZ CALDERÓN (1), C. ORTIZ CORTÉS (1), J. MENDOZA VÁZQUEZ (1), R. PORRO FERNÁNDEZ (1), M.V. MOGOLLÓN JIMÉNEZ (1), J.J. GÓMEZ BARRADO (1), J. VEGA FERNÁNDEZ (1), Y. PORRAS RAMOS (1), G. MARCOS GÓMEZ (1).

(1) SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO ALCÁNTARA. CÁCERES.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CORONARIO AGUDO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TABAQUISMO

RESUMEN:

Propósito del estudio: Describir los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos y las características clínicas de los pacientes ≤ 55 años dados de alta con el diagnóstico de síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos usados: Se incluyeron todos los pacientes ≤ 55 años dados de alta del Servicio de Cardiología con diagnóstico de SCA durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 2010 y el 30 de Junio de 2010. Se recogieron datos sobre FRCV, tipo de SCA, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), clase Killip al ingreso, cateterismo cardiaco y manejo terapéutico.

Resultados: Se analizaron en total 45 pacientes, con una edad media de $48,33 \pm 6,26$ años; 36 hombres (80%) y 9 mujeres (20%). Tenían diagnóstico de hipertensión arterial el 44,4%, diabetes mellitus el 24,4% y dislipemia el 44,4%. El tabaquismo estaba presente en 40 pacientes (88,9%), de ellos 30 (66,7%) eran fumadores activos y 10 (22,2%) eran exfumadores.

En cuanto al tipo de SCA, el más frecuente fue el síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) con un 55,6%. La presentación clínica más común al ingreso fue Killip I (88,9%).

A los 45 pacientes se les realizó cateterismo cardiaco. La enfermedad coronaria de un solo vaso fue la más frecuente (60%). El vaso más afectado fue la arteria descendente anterior (66,7%). La mayoría de los pacientes presentaban FEVI conservada (51,1% de los casos).

La revascularización miocárdica se practicó en 44 pacientes (97,7%), siendo la revascularización percutánea el procedimiento más efectuado (91,1%). Centrándonos en los 25 pacientes con SCACEST, se realizó angioplastia primaria en 14 pacientes (56%), fibrinólisis en 8 pacientes (32%) y angioplastia de rescate en 2 pacientes (25%).

La estancia media hospitalaria fue $7,76 \pm 3,19$ días. Al alta, recibieron tratamiento con betabloqueantes (82,2%), IECAS/ARAI (66,6%), estatinas (93,3%), AAS (100%), clopidogrel (91,1%), calcioantagonistas (4,4%), nitratos (2,2%) y diuréticos (13,3%).

Conclusiones: El grupo de pacientes ≤ 55 años con SCA son fundamentalmente varones y el tabaquismo constituye el principal FRCV. El SCACEST es el tipo de SCA más frecuente. La clase Killip I al ingreso, la enfermedad coronaria de un solo vaso y los pacientes con FEVI conservada fueron los hallazgos más frecuentemente encontrados. En la mayoría de los pacientes se lleva a cabo una estrategia de tratamiento invasiva.

PÓSTER Nº: 58

INFLUENCIA DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA VALORACIÓN PRONÓSTICA DE PACIENTES QUE REALIZAN UN SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA

S.M. NIEVES MALDONADO (1), M. GARRIDO PUMAR (1), V. PUBUL NÚÑEZ (1),
A. HERMIDA AMEIJERAS (1), S. ARGIBAY VÁZQUEZ (1), C. PEÑA GIL (1), M. VEGA FERNÁNDEZ (1),
J. LOPEZ URDANETA (1), J.R. GONZÁLEZ JUANATEY (1), A. RUIBAL MORELL (1).

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA, RIESGO CARDIOVASCULAR, EVENTOS ADVERSOS

RESUMEN:

PROPÓSITO

La hipertensión y el resto de factores de riesgo cardiovascular juegan un importante papel a la hora de valorar la incidencia y pronóstico de la enfermedad coronaria. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardiovascular en pacientes que realizan un SPECT de perfusión miocárdica, tanto en el resultado del SPECT y como en la aparición de acontecimientos adversos posteriores en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

De 4408 pacientes consecutivos que realizaron SPECT con fines diagnósticos/pronósticos hemos seleccionado un grupo de 3300 a los que se realizó seguimiento durante un periodo de tiempo superior a 12 meses.

Se registraron como factores de riesgo cardiovascular la edad, el sexo, diabetes, HTA, DL, arteriopatía periférica, hábito tabáquico y obesidad; asimismo, definimos como perfil de alto riesgo cardiovascular la alteración simultánea de tres o más de estos factores.

Se estudió la relación de estos factores con la presencia de defectos significativos de perfusión en la SPECT, tanto fijos como reversibles. En el seguimiento se consideraron acontecimientos adversos la revascularización, ingreso por ICC, Angina e IAM.

RESULTADOS

El grupo total de pacientes presentaba una edad media de 63 ± 11 años, con un mayor número de varones (60%). La hipertensión y la dislipemia fueron los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes para este grupo de pacientes, constituyendo el 65.3 % y el 66.1 % respectivamente.

La positividad de la SPECT de perfusión miocárdica fue más frecuente en el sexo masculino con un 79.2% ($p < 0,0001$). Los pacientes con SPECT positivo eran de mayor edad ($65 \pm 10,2$ vs $62 \pm 11,6$; $p < 0,001$), y mayor proporción de hábito tabáquico (10,7% vs 7,8%), diabetes (32,8% vs 19,6%), dislipemia (72,9% vs 60,5%) y arteriopatía (13,1% vs 3,7%). La hipertensión, a pesar de su elevada prevalencia, no se relacionó por si sola con un resultado positivo en el SPECT.

Se observó una mayor proporción de eventos adversos 14.57 % ($p < 0,0001$) en los 1454 pacientes con SPECT positivo. Respecto a los factores de riesgo, sólo la presencia diabetes se relacionó con un mayor número de acontecimientos posteriores (37,7% de diabéticos en pacientes con eventos vs 22,8% diabéticos sin eventos; $p < 0,001$)

Al analizar únicamente el grupo de pacientes con SPECT positivo, se observó que la aparición de eventos posteriores se relacionó con la diabetes y, en este grupo, también con la hipertensión. La presencia simultánea de varios factores, constituyendo un perfil de alto riesgo cardiovascular se relacionó significativamente tanto con la positividad del SPECT como con la aparición de acontecimientos adversos.

CONCLUSIONES

La presencia de factores de riesgo cardiovascular se relacionó con la positividad del SPECT. La diabetes es el único factor de riesgo que influye sobre el desarrollo de eventos adversos en pacientes que han tenido un SPECT positivo.

Aunque la SPECT de perfusión miocárdica negativa conlleva un mejor pronóstico, la presencia de factores de riesgo –especialmente la hipertensión y la diabetes- cobra relevancia en la aparición de eventos adversos posteriores en este grupo.

El acúmulo simultáneo de factores de riesgo es un dato que se relaciona de forma importante con que se relaciona con la probabilidad pre-test de eventos, como en los pacientes con un resultado positivo en la SPECT.

PÓSTER Nº: 59

**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA HIPERTENSION REFRACTARIA EN PACIENTES
HIPERTENSOS DE ATENCION PRIMARIA**

T. GIJÓN CONDE (1), C. RODRÍGUEZ MARTÍN-MILLANES (1), J. PALAU CUEVAS (2),
B. VALERO TELLERIA (1), M. RAMÍREZ ARIZA (1), P. VILANOVA GONZALEZ (1),
I.P. ROBLEDO (1), T. RUA BATANERO (1).

(1) CENTRO DE SALUD CERRO DEL AIRE DIRECCION ASISTENCIAL NOROESTE. MAJADAHONDA.MADRID.
(2) CENTRO DE SALUD SAN LORENZO. EL ESCORIAL. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: RESISTANT HYPERTENSION, PRIMARY CARE, PHARMACOLOGICAL THERAPY

RESUMEN:

OBJETIVO: La hipertensión arterial refractaria es un importante problema de salud por la morbilidad asociada y los costes que representa .El presente trabajo tiene como objetivo conocer la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) refractaria, su perfil clínico y factores asociados a la misma en población hipertensa atendida en atención primaria.

MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal de historias clínicas informáticas de pacientes hipertensos del Área sanitaria 6 de Madrid. Las variables analizadas fueron edad, sexo, índice masa corporal (IMC), cifras de presión arterial y nivel de control (<140/90mmHg), comorbilidad, condiciones clínicas asociadas, analítica y fármacos utilizados. Se calculó filtrado glomerular estimado (FGe) por formula MDRD. Se consideró hipertensión refractaria si la presión arterial era mayor o igual de 140 y/o/90 mmHg tomando 3 fármacos incluyendo un diurético.

RESULTADOS: De un total de 63.061 historias, 48.645 tenían tratamiento farmacológico antihipertensivo (77%). 5.084 pacientes cumplían criterios de HTA refractaria lo cual representa una prevalencia de un 8,1 % en el total de pacientes hipertensos y de 10,5% de los hipertensos tratados. Los pacientes con HTA refractaria frente a los que no la tenían, eran mujeres en mayor proporción (57,6 % vs 42,4 %), con significativamente más edad (70,4 vs 66,3 años), fumaban menos (4,4% vs 5,9%) , tenían más prevalencia de diabetes (31,4% vs17,4%) , hiperlipemia (37,3% vs 33,9%), obesidad (31% vs 29%) y su FGe era significativamente menor teniendo cifras <60 ml/min/m² en 23,4% frente al 13,4 % (p<0,05).La proporción de enfermedad cardiovascular asociada fue igualmente mayor en los pacientes con HTA refractaria:(insuficiencia cardiaca 6,8 % vs 3 %, ictus 7,1% vs 4,8%, insuficiencia renal identificada 7,1% vs 3,2 %, cardiopatía isquémica 13,3 % vs 7,2%, fibrilación auricular 11,7 % vs 6,5 %).En cuanto a la prescripción de tratamientos antihipertensivos al 73,8% se les prescribían 3 fármacos, al 24% cuatro y al 2,2% cinco o más .El 100% tomaban diuréticos (70% en prescripción aislada), el 52,7% betabloqueantes (3,7% asociados a diurético), 61,7% antagonistas del calcio, 97% inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (23% IECA mas diurético y 21,5% ARA con diurético). La prescripción de fármacos en los pacientes con HTA refractaria fue significativamente mayor en hipolipemiantes (44,8% vs 29,2%) y antiagregantes(48,5% vs 27,2%) (p<0,05).

CONCLUSIONES: La hipertensión refractaria es un importante problema en la práctica clínica en atención primaria, con alta presencia de comorbilidad cardiovascular asociada. Es deseable mejorar la identificación y el conocimiento de los pacientes con HTA refractaria para diseñar estrategias específicas para su control.

PÓSTER Nº: 60

**PATRONES GEOGRÁFICOS DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES
HIPERTENSOS EN ESPAÑA: DATOS RESULTANTES DE 5 ESTUDIOS AGRUPADOS DE BASE
POBLACIONAL**

C. ROLDÁN (1), B. FONT (1), G. MUÑOZ (1), J. SALAZAR (1).

(1) DEPARTAMENTO MÉDICO, NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ESPAÑA, PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Propósito del estudio: Describir el perfil de riesgo cardiovascular (CV) en los pacientes hipertensos en España según su distribución por zonas geográficas.

Métodos usados: Se realiza un análisis agrupado de cinco estudios epidemiológicos desarrollados en España entre 2008 y 2011. Estudios de corte transversal, descriptivos, multicéntricos que incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) esencial de al menos un año de evolución. El análisis contó con 25.012 pacientes incluidos, de los cuáles la población final analizable fueron 21.073 pacientes. Se establecieron 5 regiones geográficas: norte (cornisa cantábrica), noreste, centro, oriental y sur. Los patrones se compararon con la Encuesta Nacional de Salud.

Resultados: El 53% de los pacientes hipertensos fueron varones y su edad media de 65,3 años, siendo la zona sur la más joven (25,7% <55 años y 47,2% >65) y la noreste la más envejecida (18,0% <55 años y 53,3% >65). El IMC medio fue de 28,9±4,7 Kg/m², siendo el normopeso más prevalente entre los hipertensos del noreste (20,9%) y menor en el norte (16,0%), al contrario de lo observado con la obesidad (31,4% vs 36,6%). Los valores medios de PAS fueron mayores en los pacientes hipertensos del noreste (143,2±16,6 mmHg) y menores en la zona centro (141,8±16,5). La PAD media fue menor en la zona centro (82,9±10,1) y mayor en el sur (84,6±10,4). El hábito tabáquico en HTA fue menor que el registrado en población general (26,4%): 16,9% en los pacientes hipertensos de la zona este y del 14,9% en el noreste. El consumo habitual de alcohol fue el doble de frecuente entre los hipertensos del norte (30,2%) respecto al centro (16,4%). El sedentarismo entre los hipertensos fue superior al de la población general (20%): máximo en noreste (52,9%) y menor en norte (45,6%). La prevalencia de antecedentes cardiovasculares fue mayor en los pacientes hipertensos en la zona sur y menor en el norte: la enfermedad cerebrovascular (8,3% vs 7,4%), la cardiopatía isquémica (18,8% vs 15,5%), la arteriopatía periférica (8,4% vs 4,9%), la retinopatía (3,2% vs 2,1%). Para las principales enfermedades concomitantes, los rangos de prevalencia fueron: diabetes (34,9% sur – 27,5% norte), dislipemia (58,8% este – 50,4% noreste), hipertrofia ventricular izquierda (36,4% sur – 31,2% norte). Respecto al perfil lipídico de los hipertensos, los valores medios fueron máximos en la zona norte y mínimos en zona oriental: colesterol total (205,8 vs 200,8 mg/dL), LDL (126,3 vs 121,6), HDL (54,1 vs 50,9); excepto para triglicéridos (153,8 sur vs 136,7 norte).

Conclusiones: Se observaron diferencias geográficas en el perfil de riesgo CV y los FRCV de los pacientes hipertensos españoles. La prevalencia de enolismo y obesidad fue mayor en el norte y en el sur fue mayor la de DM. Los pacientes hipertensos de la zona norte presentaron mayores niveles de HDL y menores de triglicéridos, en concordancia con una menor prevalencia de antecedentes CV respecto a hipertensos de la zona sur.

PÓSTER Nº: 61

RECORTES EN EL USO DE COMBINACIONES CONLLEVAN UN FRENO EN LAS TASAS DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. GOROSTIDI (1), A. DE LA SIERRA (2), J. SEGURA (3), J.J. DE LA CRUZ (4), J.R. BANEGAS (4), L.M. RUILOPE, EN REPRESENTACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DE CARDIORISC (3)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO. (2) HOSPITAL MUTUA TERRASA, UNIVERSIDAD DE BARCELONA. BARCELONA. (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID. (4) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, COMBINACIONES TERAPÉUTICAS, GRADO DE CONTROL

RESUMEN:

Objetivo. Evaluar los cambios en el grado de control de la HTA obtenido por médicos que participan en un proyecto basado en Internet sobre el manejo del paciente hipertenso.

Métodos. Se seleccionaron médicos participantes en el registro de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de CARDIORISC que reclutaron >20 pacientes en cada uno de tres periodos de tiempo, 2005 (grupo de pacientes 1 o G1), 2007 (grupo de pacientes 2 o G2) y 2009 (grupo de pacientes 3 o G3). Se eliminaron los pacientes con MAPA repetida. Se compararon datos sobre el grado de control de la HTA tanto clínico como ambulatorio. Se consideró control clínico cuando la PA en la consulta fue <140/90 mmHg y control ambulatorio cuando la PA media de 24 horas fue <130/80 mmHg.

Resultados. G1, G2 y G3 incluyeron 4.158, 3.253 y 2.707 pacientes respectivamente. La edad (G1 62,3, G2 62,7 y G3 63,5 años), la duración de la HTA (8,3, 8,1 y 7,7 años), el índice de masa corporal (29,5, 29,3 y 29,1 kg/m²), y la prevalencia de riesgo cardiovascular elevado (49,8, 49,7 y 50,5%) fueron similares en los grupos. Los grados de control de la PA clínica fueron 22,8% en G1 y 27,9% en G2 (p<0,001) y 28,4% en G3 (p=0,664 frente a G2). Los grados de control ambulatorios fueron 45,1% en G1 y 48,0% en G2 (p=0,022) y 49,6% en G3 (p=0,242 frente a G2). El uso de tratamiento antihipertensivo combinado fue 63,3% en 2005, 68,5% en 2007 (p<0,001) y 65,8% en 2009 (p=0,025 frente a 2007).

Conclusiones. La mejoría de control observada entre 2005 y 2007 sufrió un enlentecimiento en 2009. Este estancamiento fue coincidente con una reducción en el uso de combinaciones terapéuticas en relación a lo acontecido en el periodo 2005-2007. Es necesaria una mayor concienciación en el uso de tratamiento antihipertensivo combinado para seguir progresando en el control de la HTA.

PÓSTER Nº: 62

DIABETES TIPO II Y DISMINUCIÓN DE TALLA CORPORAL

L. ARTAJONA GARCÍA (1), P. MARTÍNEZ GARCÍA (1), A. MARAVÍ OLIVÁN (2), S. MACÍAS DORADO (1),
J.L. GRIERA BORRAS (3), J.L. PIZARRO NUÑEZ (1), A. RODRIGUEZ BOTARO (2), J. OLIVÁN MARTÍNEZ (3),
R. PÉREZ CANO (1), F.J. GUERRERO IGEA (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. (2) ZONA BÁSICA
SANLÚCAR LA MAYOR. DISTRITO SANITARIO ALJARAFE. SEVILLA. (3) UNIDAD DE RIESGO
CARDIOVASCULAR. HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, TALLA, RESISTENCIA A LA INSULINA

RESUMEN:

Propósito del estudio: La insulina es una hormona que participa activamente en el anabolismo de las proteínas durante la fase de crecimiento. La resistencia a la insulina pudiera estar relacionada con una disminución final de la talla. Estudiamos la talla en pacientes diabéticos tipo II.

Métodos usados: Estudio transversal. Casos (DM)(pacientes diabéticos tipo II) y controles (pacientes no diabéticos). Variables estudiadas: edad (años), sexo (hombre / mujer), talla (cm), perímetro de cintura (PCI)(cm) y peso (kg). Tanto casos como controles fueron reclutados de la Consulta de Medicina Interna siguiendo un muestreo consecutivo. Se descartaron sujetos con neoplasias, síndrome constitucional u otras patologías que pudieran interferir sobre las variables en estudio. Estadística: t de Student, regresión logística (la variable dependiente fue la presencia o ausencia de diabetes tipo II). SPSS 15.0.

Resultados: Un total de 29 pacientes diabéticos fueron comparados con 97 controles.

Tabla I. Comparación de variables entre Diabéticos y no diabéticos (N=126)

Variables DM (N=29) No DM (N=97) p</td>

Edad	70.9±7.6	57.4±17.3	<0.01
PCI	109.3±14.9	96.7±15.6	<0.01
Talla	157.2±8.5	161±9.3	<0.04
Peso	83.8±18.6	79±17.8	NS

Tabla II. Regresión logística (N=126), tras corrección con peso, edad y sexo

Variables odds ratio IC 95 % p</td>

Talla	0.90	0.81-0.99	<0.044
PCI	1.12	1.04-1.20	<0.01

Conclusiones: La disminución de talla constituye un rasgo diferencial en muchos de los pacientes diabéticos tipo II, pudiendo guardar relación con la insulinoresistencia.

PÓSTER Nº: 63

CONSUMO DE CIGARRILLOS, OBESIDAD ABDOMINAL Y NIVELES DE FIBRINÓGENO EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

P. MARTÍNEZ GARCÍA (1), S. MACÍAS DORADO (1), A. MARAVÍ OLIVÁN (2), Z. PALACIOS BAENA (1), L. ARTAJONA GARCÍA (1), J. CONTRERAS GILBERT (3), J.L. PIZARRO NUÑEZ (3), J. OLIVÁN MARTÍNEZ (3), R. PEREZ CANO (1), F.J. GUERRERO IGEA (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VÍRGEN MACARENA. SEVILLA.
(2) ZONA BÁSICA SANLÚCAR LA MAYOR. DISTRITO SANITARIO ALJARAFE. SEVILLA.
(3) UNIDAD DE RIESGO CARDIOVASCULAR. HOSPITAL VÍRGEN MACARENA. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FIBRINÓGENO, CONSUMO DE CIGARRILLOS, OBESIDAD ABDOMINAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: estudiar la asociación entre diferentes variables (edad, consumo de cigarrillos, el perímetro de cintura) con los niveles de fibrinógeno en pacientes de una consulta de Medicina Interna. Métodos usados: Estudio transversal. Variables estudiadas: edad (años), consumo de cigarrillos (CC)(si/no), perímetro de cintura (PCI) (cm) y niveles de fibrinógeno derivado (mg/dl). Como variables potencialmente confundentes se incluyeron: tratamiento hipolipemiente con estatinas (THE) y presencia de diabetes (DM). Los pacientes fueron reclutados de la Consulta de Medicina Interna, siguiendo un muestreo consecutivo. Se descartaron sujetos con neoplasias, cuadros agudos, síndrome constitucional u otras patologías que pudieran interferir sobre las variables en estudio. Estadística: estadística descriptiva, correlación simple y regresión lineal múltiple (variable dependiente = fibrinógeno). SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron un total de 126 pacientes:

Tabla I. Análisis descriptivo (N=126)

Variabes	Media	Error estandar
Edad	60.6	1.5
Fibrinógeno	370.9	9.5
PCI	99.8	1.4
Sexo varones (%)	44.5%	4.4
CC (%)	18%	3.4
DM (%)	24.2%	3.8
THE (%)	16.4%	3.3

Tabla II. Correlación simple entre fibrinógeno y otras variables (N=126)

Variabes r p</td>

Edad	0.37	<0.01
PCI	0.33	<0.01
CC	0.08	NS
DM	0.12	NS
THE	0.12	NS

Tabla III. Regresión lineal múltiple (variable dependiente = fibrinogeno)(N=126), tras ajuste con sexo, diabetes y tratamiento con estatinas.

Variables Beta p

Edad	0.006	<0.01
Sexo	-0.03	NS
PCI	0.004	<0.014
CC	0.111	<0.075

Dicho modelo explica un 23 % de la variabilidad del fibrinógeno

Conclusión: La obesidad abdominal y el consumo de cigarrillos, dos factores modificables, se asocian a un incremento de los niveles de fibrinógeno, aumentando el riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº: 64

CONSUMO DE CIGARRILLOS Y NIVELES DE HDL-COL EN VARONES DE UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA

S. MACÍAS DORADO (1), L. ARTAJONA GARCÍA (1), P. MARTÍNEZ GARCÍA (1), A. MARAVÍ OLIVÁN (2), J. CONTRERAS GILBERT (3), J.L. PIZARRO NUÑEZ (3), E. RAMOS GONZALEZ (3), J. OLIVÁN MARTINEZ (3), R. PEREZ CANO (1), F.J. GUERRERO IGEA (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VÍRGEN MACARENA. SEVILLA.
 (2) ZONA BÁSICA DE SANLÚCAR LA MAYOR. DISTRITO SANITARIO ALJARAFE. SEVILLA.
 (3) UNIDAD DE RIESGO CARDIOVASCULAR. HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HDL-COL, CONSUMO DE CIGARRILLOS, OBESIDAD ABDOMINAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: estudiar la asociación entre el consumo de cigarrillos y niveles bajos de HDL-col en pacientes de una consulta de Medicina Interna.

Métodos usados: Estudio transversal. Casos (pacientes con disminución de HDL-col (<40 mg/dl)) y controles (pacientes sin disminución de HDL-col). Variables estudiadas: edad (años), consumo de cigarrillos (CC)(si/no) y perímetro de cintura (PCI) (cm). Tanto casos como controles fueron reclutados de la Consulta de Medicina Interna, siguiendo un muestreo consecutivo. Se descartaron sujetos con neoplasias, síndrome constitucional u otras patologías que pudieran interferir sobre las variables en estudio. Estadística: descriptiva con medias y desviación estandar o porcentaje. Inferencial con t de Student, regresión logística (la variable dependiente fue la presencia o ausencia de niveles bajos HDL-col). SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron 55 pacientes, de los cuales 16 pacientes tenían niveles de HDL-col bajos y 39 pacientes niveles de HDL-col normales.

Tabla I. Comparación de medias y porcentajes (N=55)

Variables	HDL-col (N=16)	bajo HDL-col (N=39)	normal p</td>
Edad	53.5±16.9	63.2±12.2	<0.05
PCI	110.6±16	102.8±13	<0.07
CC	63 %	18 %	<0.01

Tabla II. Regresión logística

Variables	Odds ratio	IC 95 %	p</td>
-----------	------------	---------	--------

Edad	0.94	0.88-1	<0.072
PCI	1.08	1.01-1.16	<0.03
CC	5.9	1.01-34.9	<0.05

Conclusiones: El consumo de cigarrillos y la obesidad abdominal son dos factores asociados a niveles bajos de HDL-col. Se remarca la importancia del control de estos dos factores modificables para reducir el riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº: 65

INCIDENCIA DE EVENTOS ISQUÉMICOS EN PACIENTES OBESOS MAYORES DE 65 AÑOS

M.Á. IGLESIAS SALGADO (1), P. VICENTE PRIETO (1), C. LUCAS ÁLVAREZ (2), C. GONZÁLEZ ÁLVAREZ (2),
M.C. BECERRO MUÑOZ (1), M.B. ANDRÉS GALACHE (1).

(1) CENTRO DE SALUD MIGUEL ARMIJO. SALAMANCA. (2) SERVICIO DE NEFROLOGÍA,
HOSPITAL UNIVERSITARIO. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD, EVENTOS ISQUÉMICOS, MAYORES DE 65 AÑOS

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial definida como la presencia de un exceso de grasa corporal perjudicial para la salud, que puede asociarse a complicaciones potencialmente graves, entre ellas los eventos isquémicos (tanto cardíacos como cerebrales).

Las enfermedades cardiovasculares (infarto agudo del miocardio y accidente cerebro-vascular) son las primeras causas de mortalidad en todo el mundo. Esto unido al aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos años ha generado una mayor necesidad de abordar este problema de salud con una perspectiva multidisciplinaria considerando las estrategias de tratamiento adecuadas a cada paciente.

Por otro lado, es necesario conocer cuáles son los factores de riesgo que presenta la población obesa y que pueden influir en la aparición de estos eventos para intervenir sobre ellos.

OBJETIVO

Estudiar la influencia de la obesidad en la aparición de eventos isquémicos en la población mayor de 65 años en función de determinados factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 1601 pacientes vistos en una consulta de Atención Primaria durante los últimos 10 años se han seleccionado aquellos mayores de 65 años que han sido diagnosticados de obesidad en este período de tiempo.

Se obtiene un grupo de 69 pacientes ,que supone el 4,31%, de los cuales 53 son mujeres (76,81%) y 16 hombres (23,19%).

Además del sexo se han tenido en cuenta:

- Edad.
- Índice de masa corporal.
- Hipertensión Arterial.
- Diabetes Mellitus.
- Dislipemia.
- Insuficiencia renal.

La complicación revisada en nuestros pacientes ha sido la aparición de eventos isquémicos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Realizamos un estudio descriptivo observacional, analizando todos los pacientes mayores de 65 años de nuestro cupo total que han sido diagnosticados de obesidad en los últimos 10 años. Calculamos el índice de masa corporal en todos ellos y analizamos la presencia de otros factores de riesgo vascular.

Para el análisis estadístico de los datos y tratamiento de las variables cuantitativas se han utilizado la media, la mediana y la incidencia. Las variables cualitativas se han expresado en números absolutos y en frecuencias teóricas (porcentajes).

RESULTADOS

De un total de 1601 pacientes pertenecientes a nuestro cupo en la consulta de Atención Primaria, seleccionamos a aquellos mayores de 65 años que han sido diagnosticados de obesidad en los últimos diez años. Se obtiene un grupo de 69 personas, que supone el 4,31% de nuestros pacientes, de los cuales 53 son mujeres (76,81%) y 16 hombres (23,19%).

La edad de los pacientes estudiados oscila entre los 66 y los 94 años, con una mediana de edad de 74 años y una media de 73.99 años.

La media de Índice de masa corporal de los pacientes incluidos en el estudio es de 32.98 Kg/m², con una mediana de 33.

Del total de pacientes incluidos en el estudio 64 son hipertensos (lo que supone un 92.75%), 38 son diabéticos o presentan glucemia basal alterada (55.07%), 43 padecen dislipemia (62.32%) y 5 de ellos tienen Insuficiencia renal (equivalente a un 7.25%).

De los 69 pacientes obesos mayores de 65 años 12 (que representan el 17.39%) han sufrido algún evento isquémico (ya sea a nivel cardíaco o cerebral), con una incidencia de 0.17.

De todos los pacientes obesos mayores de 65 años que han tenido un evento isquémico, 11 son hipertensos (el 91,66%), 8 de ellos tienen dislipemia (66.67%), 4 son diabéticos (33.33%) y 2 padecen Insuficiencia renal (16.67%).

CONCLUSIONES

La Obesidad constituye actualmente un importante factor de riesgo cardiovascular en personas de edad avanzada y afecta con mayor frecuencia al sexo femenino.

Tiene importantes consecuencias adversas sobre la salud, siendo la hipertensión arterial el principal factor de riesgo asociado.

Los principales factores de riesgo de eventos isquémicos en relación con la obesidad son por orden descendente:

- Hipertensión arterial.
- Dislipemia.
- Diabetes Mellitus.
- Insuficiencia renal.

El hecho de presentar uno o más de los mismos aumenta el riesgo de padecer algún tipo de isquemia, hecho que se ve incrementado cuantos más de estos factores de riesgo confluyen en un mismo paciente.

-

-

PÓSTER Nº: 66

PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS

A. LOPEZ DE OCARIZ ALZOLA (1), C. NORIEGA BOSCH (1), A. IÑIGUEZ DE CIRANO LANDA (1),
M. RUIZ MACHO (2), M. PINEL MONGE (3), M.E. ORTEGA HERRILLO (4), A. ALCALDE LOZANO (5),
I. LOPEZ DE VIÑASPRE MUGUERZA (5), G. MEDIAVILLA TRIS (6), J. ITURRALDE IRISO (7).

(1) C.S. LA HABANA. VITORIA-GASTEIZ. (2) C.S LAKUA. VITORIA-GASTEIZ.
(3) C.S. GAZALBIDE. VITORIA-GASTEIZ. (4) C.S OLAGUIBEL. VITORIA-GASTEIZ. (5) C.S SAN MARTIN.
VITORIA-GASTEIZ. (6) C.S. ARANBIZKARRA 1. VITORIA-GASTEIZ. (7) C.S CASCO VIEJO. VITORIA-GASTEIZ.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, ATENCION PRIMARIA, CONTROL

RESUMEN:

Introducción: La hipertensión arterial (HTA), constituye uno el motivo de patología crónica más frecuente por el que consultan nuestros pacientes. El buen control de estos pacientes, influye en el curso de la enfermedad y en la aparición de complicaciones debidas a la HTA. La utilización de una historia clínica informatizada es importante para ayudarnos a controlar nuestra población hipertensa.

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer como es el control de la tensión arterial de nuestros pacientes para instaurar un plan de mejora y comprobar el año que viene si hemos obtenido mejoría de manera significativa. El plan consiste en comunicación mensual de los resultados de cada médico del centro y como se encuentra con respecto al resto del equipo.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los pacientes asignados a un Centro de salud que atiende a una población de 13.741 habitantes mayores de 13 años. El estudio se realiza en octubre del 2010. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

Resultados: Consta en la historia clínica informatizada, que se ha realizado cribado al 41,39% de toda la población asignada al centro de salud. La prevalencia de HTA en nuestro centro de salud es de un 18,48%. Se ha realizado analítica de control anual al 71,46% % de los hipertensos. Electrocardiograma un 74,21% de ellos. Consta que se les ha recomendado dieta y ejercicio y comprobar que se toma la medicación de manera correcta a un 58,90% de todos ellos. Tienen un control bueno de su HTA un 47,09% de toda la población hipertensa.

Conclusiones: Aunque gracias al programa OSABIDE, conocemos en todo momento el control de toda nuestra población hipertensa, debemos tener en cuenta la falta de registro en la historia informatizada. Debemos aumentar el cribado, para que se acerque la prevalencia que nos da la bibliografía. Son resultado que esperamos mejoren para el año que viene, con un plan que hemos instaurado en el centro.

PÓSTER Nº: 67

¿CONTROLAMOS IGUAL A LOS PACIENTES HIPERTENSOS ESPAÑOLES E INMIGRANTES?

N. JDID ROSÁS (1), M.A. VILA COLL (1), Á. BELTRÁN GUERRA (1), A. OLIVERAS PUIG (1),
A. DALFÓ BAQUÉ (1), M. BENÍTEZ CAMPS (1), N. RIFÀ FERRER (1), E.M. MAYOR ISAAC (1),
L. PÉREZ ROMERO (1).

(1) A.B.S. GÒTIC. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, INMIGRANTES, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer si existen diferencias en el control de Presión Arterial (PA) entre pacientes hipertensos inmigrantes y españoles; describir los factores de riesgo y eventos cardiovasculares (ECV) asociados en los diferentes grupos y analizar si hay diferencias en el tratamiento.

DISEÑO Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal realizado en un Centro de Atención Primaria de Barcelona. Análisis comparativo con el test de chi cuadrado realizado mediante el soporte informático "Minitab 15 Statistical Software".

Variables: nacionalidad, edad, PA sistólica y diastólica, Diabetes Mellitus, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular, insuficiencia renal, arteriopatía periférica, ictus y tratamientos (diuréticos, betabloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/bloqueantes de los receptores de angiotensina II, calcioantagonistas y otros antihipertensivos).

RESULTADOS: Se reclutaron todos los pacientes hipertensos asignados y visitados en nuestro centro hasta el 1 de Octubre de 2011 (n=1820, 11% inmigrantes). El promedio de edad es de 72 años para los hipertensos españoles y 54 para los inmigrantes. No hay diferencias estadísticamente significativas en el control de la PA sistólica entre los grupos (españoles 38.3% e inmigrantes 37.11%) pero sí existen diferencias en cuanto al control de la PA diastólica (españoles 79.58%, inmigrantes 55.67% p<0.05). Si se analizan los factores de riesgo sólo encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a obesidad y dislipemia. La obesidad es más frecuente en pacientes inmigrantes africanos (españoles 15%, africanos 32.14% p<0.05) y la dislipemia en pacientes españoles (españoles 48.77%, inmigrantes 28.1% p<0.05). En cuanto a los eventos cardiovasculares, la fibrilación auricular es más frecuente en hipertensos españoles y africanos que en los otros grupos (españoles 10.95%, africanos 10.71%, Americanos 0%, asiáticos 2.86%, europeos 2.27% p<0.05). La arteriopatía periférica sólo se observa en pacientes españoles (5.7%). No hay diferencias sustanciales en el tratamiento, únicamente destacamos que los hipertensos asiáticos usan diuréticos con menor frecuencia.

CONCLUSIONES: La PA está mejor controlada en hipertensos nacidos en España. Entre todos los grupos (españoles e inmigrantes) la mayoría están bien controlados o clasificados en el primer grado de hipertensión. El perfil de factores de riesgo es similar en todos los grupos y la ausencia de arteriopatía periférica en los hipertensos inmigrantes puede estar relacionada con un promedio de edad inferior en este grupo. En general, los pacientes reciben el mismo tratamiento independientemente de su lugar de procedencia.

PÓSTER Nº: 68

INFLUENCIA DE LA FUNCIÓN RENAL EN EL PERFIL LIPÍDICO EN POBLACIÓN ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.T. MORA MORA (1), G. RANGEL HIDALGO (1), C.J. CEBRIÁN ANDRADA (1), P.J. LABRADOR GÓMEZ (1), V. GARCÍA-BERNALT (1), J.P. MARÍN (1), S.M. GALLEGRO (1), I. CASTELLANO (1), R. NOVILLO SANTANA (1), J.R. GÓMEZ-MARTINO ARROYO (1).

(1) S. DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FILTRADO GLOMERULAR, DISLIPEMIA, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

La disminución del filtrado glomerular es un factor de riesgo cardiovascular independiente. Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan una elevada tasa de eventos cardiovasculares por lo que se establece necesario conseguir un adecuado control lipídico.

Objetivo.- Conocer la prevalencia de alteraciones en el perfil lipídico en función del filtrado glomerular estimado en pacientes atendidos en atención primaria. Ver si se modifica con los distintos estadios de ERC.

Material y métodos.- Se recogieron para el análisis todas las analíticas solicitadas en nuestro área de salud desde atención primaria en las que se hubiese analizado la función renal y el perfil lipídico. Se estimó la función renal de acuerdo con la ecuación CKD-EPI y se clasificaron a los pacientes según las guías NICE de ERC. Se analizó la prevalencia de alteraciones en los distintos parámetros del perfil lipídico de acuerdo con las guías de la Sociedad Europea de HTA de 2007.

Resultados.- En 2010 se realizaron 104.705 analíticas, reunían criterios para el análisis 88.818 pacientes. Edad media 57.9±18 años. 41% eran varones. Presentaban filtrado glomerular estimado inferior a 60mL/min/1.73m² 15.3%. La prevalencia de las distintas alteraciones del perfil lipídico en función del estadio de ERC se muestra en la tabla.

CKD- EPI	Colesterol total (%)	HDL- colesterol (%)	LDL- colesterol (%)	Triglicéridos (%)	Dislipemia (%)
>90	58	20.9	51	19.6	74.1
60-90	60.2	21.7	52.8	21.1	77.2
45-59	49.5	29.4	41.6	24.9	74.9
30-44	43.1	39.3	35.1	31.4	76.1
15-29	34.7	45.7	26.5	32.2	74.9
<15	13.1	54.8	12	31.9	67.6

Conclusiones.- A medida que desciende el filtrado glomerular desciende el porcentaje de pacientes con colesterol total y LDL-colesterol elevados, mientras que se incrementa el de HDL-colesterol bajo y triglicéridos elevados, manteniéndose el porcentaje de pacientes con dislipemia estable hasta fases avanzadas de ERC. La presencia de dislipemia en pacientes con ERC es elevada, a pesar de las recomendaciones sobre el control de factores de riesgo cardiovascular en dicha población.

PÓSTER Nº: 69

PREVALENCIA DE DISLIPEMIA EN POBLACIÓN GENERAL

C.J. CEBRIÁN ANDRADA (1), M.T. MORA MORA (1), G. RANGEL HIDALGO (1), P.J. LABRADOR GÓMEZ (1),
S. GALLEGO (1), V. GARCÍA-BERNALT (1), R. NOVILLO SANTANA (1), J.L. DEIRA LORENZO (1),
J.P. MARÍN (1), J.R. GÓMEZ-MARTINO ARROYO (1).

(1) S. DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: COLESTEROL, TRIGLICÉRIDOS, DISLIPEMIA

RESUMEN:

Introducción.- La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular independiente, ampliamente estudiado y modificable gracias a cambios en el estilo de vida y el empleo de fármacos hipolipemiantes.

Objetivo del estudio.- Analizar la prevalencia de dislipemia en el Área de Salud de Cáceres y su distribución por sexo y edad.

Material y métodos.- Para la realización del estudio se recogieron todas las analíticas procesadas en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital San Pedro de Alcántara durante un año. Se analizaron datos demográficos, y los siguientes factores de riesgo cardiovascular de acuerdo con las guías europeas de HTA de 2007: edad, glucemia, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos, y niveles séricos de creatinina.

Resultados.- Durante 2010 se realizaron 103.217 analíticas, en 96.190 de ellas se había solicitado colesterol total y triglicéridos, en 76.941 HDL-colesterol y en 76.898 LDL-colesterol. Los niveles medios de lípidos fueron: colesterol 193.5±41.1 mg/dL; HDL-colesterol 53.6±15.4 mg/dL, LDL-colesterol 117±35.1 mg/dL y triglicéridos 115.5±76.3 mg/dL. El porcentaje de pacientes con alteración del perfil lipídico fue: colesterol total 51.6%, HDL-colesterol 23.7%, LDL-colesterol 49.3%, y triglicéridos 19.6%. Presentaban dislipemia 75.5% de los pacientes.

La prevalencia de alteraciones lipídicas en función del sexo (varones vs. mujeres) fue: colesterol total 46% vs. 55.5% ($p<0.001$), HDL-colesterol 28.5% vs. 20.3% ($p<0.001$), LDL-colesterol 47.2% vs. 50.8% ($p<0.001$), triglicéridos 24.8% vs. 16% ($p<0.001$), y dislipemia 75.3% vs. 75.6% ($p=NS$).

La distribución para distintos grupos de edad (<45, 45-65, 65-80, y >80 años) fue: colesterol total 45.9%, 63.5%, 47.7% y 39.1%; HDL-colesterol 20.7%, 22.4%, 25.1% y 31.4%; LDL-colesterol 45.1%, 61%, 43.8% y 36.7%; triglicéridos 16.1%, 22.9%, 20.1% y 17.1%; y dislipemia 68%, 83.1%, 74.7% y 71.2%.

Conclusiones.- La dislipemia es un factor de riesgo cardiovascular presente en 3 de cada 4 usuarios que se realizan una analítica en el Área de Salud de Cáceres, debido sobre todo a la elevación de los niveles plasmáticos de colesterol total. A pesar que la prevalencia de dislipemia no se modifica en función del sexo, existe un perfil diferente entre hombres y mujeres. Respecto a influencia de la edad, observamos en las personas entre 45 y 65 años una mayor prevalencia de dislipemia, mientras que la prevalencia de HDL-colesterol bajo se incrementa con la edad.

PÓSTER Nº: 70

**ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES
CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (ESTUDIO FAMIAM)**

M. BLANCO BLANCO (1), I. CHUECOS MORALES (1), S. DEL POZO LUENGO (1), J. FERRER CANABATE (1),
M. FRANCO CALDERÓN (1), S. BALANZA GALINDO (2), I. TOVAR ZAPATA (3),
P. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ (3), M. LEAL HERNÁNDEZ (2), J. ABELLÁN ALEMÁN (2).

(1) SERVICIO ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ. LORCA.

(2) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA.

(3) SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: INFARTO, FAMILIARES, RIESGO

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO Analizar la relación entre el RCV de los familiares de primer grado de pacientes infartados respecto a un grupo control sin antecedentes familiares de primer grado de cardiopatía isquémica. Valorar el RCV según los factores clásicos y estudiar la concordancia con los nuevos marcadores bioquímicos de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS Se seleccionó un grupo de 115 familiares de primer grado de pacientes infartados (GFIAM) y otro grupo control (GC) de 115 individuos sin antecedentes familiares de primer grado de cardiopatía isquémica. Se recoge de cada uno de ellos: edad, sexo, peso, altura, IMC, perímetro de cintura, PAS, PAD, antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, tabaquismo, consumo enólico y hábito de ejercicio. A todos ellos se les realiza analítica sanguínea que incluye la determinación de glucosa, perfil lipídico (colesterol, HDLc, LDLc, triglicéridos), PCR ultrasensible, interleukina 6 (IL-6) por inmunoensayo de quimioluminiscencia, homocisteína, mieloperoxidasa (MPO) y LDLoxidada por inmunoensayo enzimático. El RCV se les determina por las tablas de Framingham y de SCORE.

RESULTADOS Los factores de riesgo cardiovascular presentes en el GFIAM vs GC son dislipemia (43,5% vs 47,8%; ns), diabetes mellitus (26,1% vs 26,1%; ns), hipertensión arterial (36,5% vs 40,9%; ns), tabaquismo (41,7% vs 30,4%; p<0,001), práctica de ejercicio físico (51,3% vs 52,2%; ns), Obesidad abdominal (59,1% vs 55,7%; ns). El índice de masa corporal promedio en el GFIAM fue de 27,4±4,2 y en el GC de 27,9±5,3 Kg/m²; ns. Los valores bioquímicos promedio en el GFIAM vs GC de glucosa son (110,7mg/dl±36,9 vs 115,2mg/dl±44,4; ns), de colesterol (199,4mg/dl±44,4 vs 187,6±34,5; p<0,05), de HDLc (46,2mg/dl±15,6 vs 48,1mg/dl±16,6; ns), de LDLc (126,0mg/dl±36,2 vs 111,2mg/dl±29,3; p<0,01), de triglicéridos (130,0mg/dl±84,0 vs 106,8mg/dl±59,9; p<0,05), de PCR ultrasensible (1,83 mg/dl±1,7 vs 1,55 mg/dl ±31,6; ns), de IL-6 de (5,5 pg/dl±7,3 vs 3,6±4,3; p<0,05), de LDLoxidada (31,8 UI/ml±27,3 vs 26,6U/ml±15,3; ns), de MPO (1,27 UI/L±0,9 vs 1,17UI/L±0,9; ns) y de homocisteína (15,7umol/dl±7,8 vs 15,7umol/L±8,4; ns). El RCV medido por la tabla Framingham en el GFIAM fue de 12,6±11,1 y en el GC de 11,6±10,1; ns. El RCV medido por la tabla SCORE en el GFIAM es de 1,9±2,4 y en el GC 2,2±2,3; ns.

CONCLUSIONES Se detecta de forma significativa un peor perfil de marcadores proinflamatorios de daño vascular subclínico entre los familiares de primer grado de pacientes infartados respecto al grupo control.

PÓSTER Nº: 71

EVOLUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN INMIGRANTES PROCEDENTES DE PAISES DEL ESTE RESIDENTES EN ESPAÑA. ESTUDIO INMIRISK

M. LOZANO SANCHEZ (1), M. LEAL HERNÁNDEZ (1), G. RUIZ MERINO (1), P. GÓMEZ JARA (1),
M. TOMÁS ROS (1), F. HERNÁNDEZ MENARGUEZ (1), J. GARCÍA-GALBIS MARÍN (1),
J. ABELLÁN HUERTA (1), M. SÁNCHEZ GALIAN (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1).

(1) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: INMIGRACIÓN, EVOLUCIÓN, RIESGO

RESUMEN:

Propósito del estudio: a) Analizar el riesgo cardiovascular de los inmigrantes procedentes de Países del Este de Europa, al comienzo de su estancia en España. b) Investigar la evolución de su riesgo cardiovascular según su tiempo de estancia en España.

Métodos Usados: Estudio descriptivo y transversal realizado en el Centro de Salud de San Andrés (Murcia), de características urbanas y que atiende a una población de aproximadamente 30.000 habitantes, de los cuales 300 son inmigrantes procedentes de Países del Este. El número de inmigrantes incluidos en el presente estudio fue de 114 inmigrantes de ambos sexos y con edad superior a 18 años. También se incluyó un grupo control de 100 españoles de similares características respecto a edad y sexo. Para ello, se seleccionó aleatoriamente la muestra de entre todos los inmigrantes que acudieron a consulta durante los meses de marzo a diciembre de 2010 por cualquier motivo, tras solicitarle consentimiento informado por escrito. Las determinaciones registradas para este trabajo fueron: PAS (mm Hg), PAD (mm Hg), IMC, Perímetro de cintura, parámetros lipídicos (HDL, LDL y colesterol total), Lipoproteína A, Homocisteína, Proteína C Reactiva Ultrasensible y Riesgo Cardiovascular según tablas ESH.

Resultados: Se detecta un cambio en los factores de riesgo cardiovascular a partir de los 8 años de estancia en España. La PA media en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 120,3/73,52 mm Hg, siendo de 129,1/79,0 mm Hg en los que llevan 8 o más años en España ($P < 0,002$). La PA media del grupo de los españoles fue de 124,2/78,5 mm Hg. El IMC medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 25,77 Kg/m², siendo de 28,41 Kg/m² en los que llevan 8 o más años en España ($P < 0,01$). El IMC medio del grupo de los españoles fue de 24,97 Kg/m². Respecto al perfil lipídico el colesterol total medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 189,67 mg/dl, siendo de 209,52 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España (ns). En los españoles fue de 203,34 mg/dl ($p < 0,0001$). El LDL colesterol medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 115,94 mg/dl, siendo de 127,26 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España (ns). En los españoles fue de 137,18 mg/dl ($p < 0,0001$). Otras determinaciones como la lipoproteína A muestran que su valor medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 5,33 mg/dl, siendo de 11,56 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España (ns). En los españoles fue de 12,55 mg/dl ($p < 0,015$). La PCR ultrasensible y la homocisteína no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos estudiados. El Riesgo cardiovascular añadido fue alto o

muy alto en el 1,6% de los inmigrantes con menos de 8 años en España y el 20% de los que llevaban 8 o más años en España. En los españoles fue alto o muy alto en el 22% ($p < 0.0001$).

Conclusiones: Los inmigrantes procedentes de Países del Este, cuando llegan a España presentan un menor Riesgo Cardiovascular que los españoles. Con la estancia en España aumenta su riesgo cardiovascular, tendiendo a igualar al de los españoles. Se puede afirmar que el factor expositivo ambiental es lo que determina el aumento de riesgo cardiovascular en este grupo.

PÓSTER Nº: 72

**EVOLUCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN INMIGRANTES LATINOAMERICANOS
RESIDENTES EN ESPAÑA. ESTUDIO INMIRISK**

M. LOZANO SANCHEZ (1), M. LEAL HERNÁNDEZ (1), G. RUIZ MERINO (1), J. ABELLÁN HUERTA (1),
M. SÁNCHEZ GALIAN (1), M. BELMONTE GÓMEZ (1), F. LAFUENTE SALANOVA (1), E. ORTÍN ORTÍN (1),
A. MARTÍNEZ PASTOR (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1).

(1) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: INMIGRACIÓN, RIESGO, EVOLUCIÓN

RESUMEN:

Propósito del estudio: a) Analizar el riesgo cardiovascular de los inmigrantes procedentes de Latinoamérica, al comienzo de su estancia en España. b) Investigar la evolución de su riesgo cardiovascular según su tiempo de estancia en España.

Métodos Usados: Estudio descriptivo y transversal realizado en el Centro de Salud de San Andrés (Murcia), de características urbanas y que atiende a una población de aproximadamente 30.000 habitantes, de los cuales 1.500 son inmigrantes latinoamericanos. El número de inmigrantes incluidos en el presente estudio fue de 298 inmigrantes latinoamericanos de ambos sexos y con edad superior a 18 años. También se incluyó un grupo control de 100 españoles de similares características respecto a edad y sexo. Para ello, se seleccionó aleatoriamente la muestra de entre todos los inmigrantes que acudieron a consulta durante los meses de marzo a diciembre de 2010 por cualquier motivo, tras solicitarle consentimiento informado por escrito. Las determinaciones registradas para este trabajo fueron: PAS (mm Hg), PAD (mm Hg), IMC, Perímetro de cintura, parámetros lipídicos (HDL, LDL y colesterol total), Lipoproteína A, Homocisteína, Proteína C Reactiva Ultrasensible y Riesgo Cardiovascular según tablas ESH.

Resultados: Se detecta un cambio en los factores de riesgo cardiovascular a partir de los 8 años de estancia en España. La PA media en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 115,2/71,3 mm Hg, siendo de 133,3/79,8 mm Hg en los que llevan 8 o más años en España ($P < 0,0001$). La PA media del grupo de los españoles fue de 124,2/78,5 mm Hg. El IMC medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 25,90 Kg/m², siendo de 28,13 Kg/m² en los que llevan 8 o más años en España ($P < 0,0001$). El IMC medio del grupo de los españoles fue de 24,97 Kg/m². Respecto al perfil lipídico el colesterol total medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 186,73 mg/dl, siendo de 211,26 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España ($P < 0,0001$). En los españoles fue de 203,34 mg/dl ($p < 0,0001$). El LDL colesterol medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 117,03 mg/dl, siendo de 130,12 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España ($P < 0,001$). En los españoles fue de 137,18 mg/dl ($p < 0,0001$). Otras determinaciones como la lipoproteína A muestran que su valor medio en los inmigrantes con menos de 8 años de estancia en España es de 8,85 mg/dl, siendo de 18,26 (mg/dl) en los que llevan 8 o más años en España ($P < 0,0001$). En los españoles fue de 12,55 mg/dl ($p < 0,015$). La PCR ultrasensible y la homocisteína no mostraron diferencias significativas entre los tres grupos estudiados. El Riesgo cardiovascular añadido

fue alto o muy alto en el 5,6% de los inmigrantes con menos de 8 años en España y el 48,7% de los que llevaban 8 o más años en España. En los españoles fue alto o muy alto en el 22% ($p < 0.0001$).

Conclusiones: Los inmigrantes latinoamericanos incrementan su riesgo cardiovascular, tendiendo a superar al de los españoles, conforme aumenta el tiempo de estancia en España. Este aumento de riesgo cardiovascular es más significativo en la muestra analizada a partir de los 8 años de estancia en España. Se puede afirmar que el factor expositivo ambiental es lo que determina el aumento de riesgo cardiovascular en este grupo.

PÓSTER Nº: 73

SÍNTOMAS VASOMOTORES Y RIESGO CARDIOVASCULAR

M.R. CHECA PÉREZ (1), C. ORTIZ VERA (1), S. BALANZA GALINDO (1), M.A. BELMONTE GÓMEZ (1),
J. ABELLÁN HUERTA (1), M.J. SÁNCHEZ GALIÁN (1), D. IGLESIAS GALLEGO (1), P. SAUCEDO RODRIGO (1),
M. LEAL HERNÁNDEZ (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1).

(1) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SOFOCOS, MENOPAUSIA, RIESGO

RESUMEN:

Propósito del Estudio: 1) Determinar si existe un mayor riesgo cardiovascular en las pacientes que presentan sofocos frente a las que no los tienen. 2) Analizar la calidad de vida de las pacientes en la menopausia, mediante un test validado específico para mujeres posmenopáusicas.

Métodos Usados: Estudio descriptivo transversal. Se incluyen 86 mujeres posmenopáusicas con edad comprendida entre los 50 y 55 años, pertenecientes al Centro de Salud de Murcia San Andrés. Se incluyen mujeres tanto con menopausia natural como quirúrgica. Se dividen las mujeres en dos grupos según la presencia o no de sofocos resultando un grupo de 42 mujeres con sofocos (≥ 3 sofocos/día) y 44 sin sofocos (< 3 sofocos/día). Se les determinan sus parámetros antropométricos, presión arterial, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia), presencia de enfermedad cardiovascular, datos analíticos (hemograma, perfil lipídico, glucemia, hemoglobina glicada, perfil hepático, hormonas sexuales (FSH, LH, estradiol y progesterona), marcadores de riesgo coronario (PCR ultrasensible y lipoproteína a) y Test de calidad de vida donde se valoran las áreas vasomotora, psicosocial, física y sexual, mediante un cuestionario específico de calidad de vida en la menopausia, validado científicamente.

Resultados: El valor medio del índice de masa corporal del conjunto de la muestra fue de 26.62 ± 4.34 kg/m². El IMC medio en las mujeres con sofocos fue de 26.41 ± 4.54 kg/m² y en las que no los presentaban de 26.81 ± 4.20 kg/m² (ns). El valor medio del perímetro abdominal (PA) del conjunto de la muestra, es de $86,26 \pm 9,54$ cm, siendo de $86,00 \pm 10,68$ cm en las que presentaban sofocos y de $86,50 \pm 8,42$ cm en las que no los presentaban (ns). Ni el grado de sedentarismo ni el consumo de soja mostraron relación con la presencia o no de sofocos. El valor medio de la PAS del conjunto de la muestra fue de $127,88 \pm 15,48$ mmHg, siendo de $124,98 \pm 14,11$ mmHg en las mujeres con sofocos frente a $130,66 \pm 16,37$ mmHg en las que no los presentan (ns). La PAD media global fue de $81,45 \pm 9,22$ mmHg, siendo de $80,50 \pm 8,84$ mmHg en el grupo con sofocos frente a $82,36 \pm 9,59$ mmHg en el grupo sin ellos (ns). La glucemia, perfil lipídico, PCR ultrasensible y lipoproteína a tampoco mostraron diferencias según la presencia o no de sofocos. En el análisis de las hormonas sexuales, las pacientes con sofocos presentaron unos niveles más elevados de progesterona $0,44 \pm 0,199$ pg/ml que el grupo sin sofocos $0,33 \pm 0,170$ pg/ml ($p 0,025$). Los niveles de estradiol fueron en las mujeres con sofocos $10,02 \pm 7,89$ pg/ml frente a $10,48 \pm 8,64$ pg/ml en las que no los presentaban (ns). Respecto al análisis de la calidad de vida y la presencia o no de sofocos, en el área vasomotora y psicosocial las mujeres con

sofocos presentaron una peor calidad de vida respecto a las que no presentaron sofocos ($p < 0,0001$). En las áreas física y sexual no se apreciaron diferencias significativas.

Conclusiones: La presencia de sofocos durante la menopausia se asocia a una peor calidad de vida y a un mayor nivel de progesterona en sangre. No se asocian a otros parámetros determinantes del riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº: 74

**APLICACIÓN DE UN PLAN DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON RIESGO
CARDIOVASCULAR MODERADO-ALTO EN UNA FARMACIA RURAL DE LA REGIÓN DE MURCIA.
RESULTADOS PRELIMINARES**

M. SÁNCHEZ MACARRO (1), J.M. LÓPEZ PUCHE (1), G. MORENO SALINAS (1), A. RAMIREZ LAMBIS (1),
M. R CHECA PÉREZ (1), C. ORTIZ VERA (1), J. ABELLÁN HUERTA (1), P. GÓMEZ JARA (1),
M. LEAL HERNÁNDEZ (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1).

(1) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ACTUACIÓN, FARMACÉUTICA, RIESGO

RESUMEN:

Propósito del Estudio: Analizar el riesgo cardiovascular de los pacientes que acuden a su oficina de farmacia a retirar un fármaco relacionado con el tratamiento de la patología cardiovascular.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado de forma aleatoria a 199 pacientes que acuden a su oficina de farmacia a retirar un fármaco relacionado con el tratamiento de la patología cardiovascular. Fue realizado en una oficina de farmacia del pueblo de Ricote (Murcia). Las determinaciones realizadas fueron: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, presión arterial, presión de pulso, hábito tabáquico, actividad física, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemia), presencia de enfermedad cardiovascular, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, analítica en colaboración con su centro de salud (incluye perfil lipídico, glucídico y renal), riesgo cardiovascular (tablas Score) y cumplimiento terapéutico.

Resultados: De los 199 pacientes seleccionados 100 eran varones y 99 mujeres. La edad media en los varones fue de 60 años y en las mujeres de 65 años. El IMC medio fue de 30,06 Kg/m² (29,62 Kg/m² en varones y 30,47 Kg/m² en mujeres). El perímetro de cintura medio fue de 101,9 cm (102,7 cm en varones y 101,4 cm en mujeres). Los valores medios de presión arterial fueron de 141/80 mmHg, de presión de pulso de 60 mmHg y de frecuencia cardíaca 73 ppm. Eran fumadores el 16,1% (32) de los pacientes, realizaban actividad física el 32,16% (64) de ellos. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular presentes eran hipertensos el 61,3% (122), dislipémicos el 59,3% (118) y diabéticos el 17,1% (34). Presentaban enfermedad cardiovascular establecida el 6% (12) de los pacientes. Los valores analíticos medios fueron los siguientes: glucosa 112,43 mg/dl, hemoglobina glicada 6,37%, ácido úrico 5,66 mg/dl, creatinina 0,82 mg/dl, colesterol total 193 mg/dl, LDL colesterol 109,10 mg/dl, HDL colesterol 54,08 mg/dl, triglicéridos 173,40 mg/dl. El riesgo cardiovascular añadido medio según las tablas Score fue moderado. Cumplían correctamente con el tratamiento farmacológico el 50,25% (100) de los pacientes.

Conclusiones: Los pacientes que acuden a su oficina de farmacia a retirar un fármaco relacionado con el tratamiento de la patología cardiovascular presentan un control de sus factores de riesgo cardiovascular mejorable. Los parámetros antropométricos son los que presentan un mayor grado de descontrol. Es necesario incidir en la mejora del cumplimiento terapéutico en estos pacientes, tanto en el referido al tratamiento farmacológico como en las medidas higiénico-dietéticas.

PÓSTER Nº: 75

ESTADOS BORDERLINE DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA Y GRADO MOTIVACIONAL PARA AFRONTAR CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA

M.A. BELMONTE GÓMEZ (1), M.C. MARÍN SÁNCHEZ (1), S. BALANZA GALINDO (1), C. ORTIZ VERA (1),
M.R. CHECA PÉREZ (1), P. GÓMEZ JARA (1), J. ABELLÁN HUERTA (1), M.J. SÁNCHEZ GALIÁN (1),
M. LEAL HERNÁNDEZ (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1).

(1) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: BORDERLINE, RIESGO, MOTIVACIÓN

RESUMEN:

Propósito del estudio: 1-Determinar la frecuencia de individuos en la población de estudio que presentan factores de riesgo cardiovascular clásicos en situación borderline. 2-Analizar el grado de motivación para el control del peso corporal en los pacientes con sobrepeso.

Métodos Usados: Estudio observacional trasversal realizado durante un periodo observacional de 3 meses en empleados públicos de la Administración Regional de Murcia que al realizarles el Reconocimiento Médico presenten uno o más de los siguientes criterios: Prehipertensión (PAS 120-139 mmHg y/o PAD: 80-89 mmHg), prediabetes (Glucemia basal en ayunas entre 100-125 mg/dl), predislipemia (LDL-colesterol entre 130-159mg/dl), sobrepeso (IMC entre 25-29 Kg/m²). Se excluyen aquellos que hayan presentado eventos cardiovasculares previos o seguían tratamiento para algunos de los FRCV analizados. Las determinaciones realizadas en el reconocimiento médico constaron de determinación de variables antropométricas, medida de presión arterial y analítica general con perfil lipídico y glucemia. A los pacientes con sobrepeso se les valora su motivación para el control de su peso corporal mediante el test validado de "Escala de balance decisional".

Resultados: De los 278 reconocimientos efectuados durante el período observacional, 129 (46,4%) presentan un estado borderline de los FRCV contemplados (prehipertensión, predislipemia, sobrepeso, o prediabetes). El análisis de la distribución fue el siguiente: De los 129 individuos incluidos en la muestra el 61,2% (79) presentan sobrepeso, el 58,1% (75) predislipemia, el 57,4% (74) prehipertensión y prediabetes el 24% (31). Si analizamos de forma aislada a los pacientes con sobrepeso (79) se aprecia que en el 61,3% se asocia a prediabetes, en el 58,7% a predislipemia y en el 56,8% a prehipertensión. El valor medio de la PAS en los individuos con Sobrepeso vs normopeso es de $115 \pm 10,8$ / $115,8 \pm 11,8$ mm Hg (ns). La PAD presenta un valor medio de $75,4 \pm 7,6$ / $75,3 \pm 7,4$ mm Hg. Los individuos con prehipertensión (74) se asocian a predislipemia en el 56%, en el 54,8% a prediabetes y en el 53,2% a sobrepeso. Los individuos con prediabetes (31) se asocian con sobrepeso en el 24,1%, en el 23% a prehipertensión y en el 22,7% a predislipemia. El valor medio de PAS en los individuos con Prediabetes vs normoglucémicos es de $117,8 \pm 13,3$ / $114,5 \pm 10,3$ mm Hg (ns). La PAD presenta un valor medio de $77,2 \pm 7,9$ / $74,8 \pm 7,3$ mm Hg (ns). Un 22,5% de los individuos con prediabetes realiza ejercicio físico frente al 77,5% de los individuos sin prediabetes que lo realizan. El análisis psicométrico de la escala de

balance decisional en el control del peso en pacientes con sobrepeso muestra una baja motivación para afrontar un cambio conductual en sus estilos de vida (27,3%).

Conclusiones: El estado borderline más frecuente en la población estudiada es el sobrepeso, presentando éste una mayor asociación con la prediabetes y la prehipertensión. El grado de motivación para afrontar un cambio conductual en los estilos de vida es bajo.

PÓSTER Nº: 76

ASOCIACION DEL TRATAMIENTO CON ANTIDIABETICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD VASCULAR

A. LINARES PARDO (1), D. PACHECO ACUÑA (1), A. MUKHTIAR (1), M.R. ALBA TOMÉ (1),
M. CATALÁ LOPEZ (1), L. BARRANCO RAMOS (1), C. ROMOSAN (1), J.F. ARENAS ALCARAZ (1),
N.I. ARAGON DE LA FUENTE (1), I. MARTINEZ FRUTOS (1).

(1) C.S. LA UNION. LA UNION.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, FARMACOS ANTIDIABETICOS, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

OBJETIVOS

Conocer el uso de tratamiento antidiabético en pacientes que ya han padecido un evento cardiovascular en nuestra Zona Básica de Salud.

METODOLOGÍA

Del registro en la historia clínica informatizada se obtuvo la población correspondiente a los usuarios que pueden recibir atención en las consultas de nuestra Zona Básica de Salud; excluyendo las consultas pediátricas y los consultorios periféricos, estos últimos por su reciente informatización. Extrayendo el día 19 de marzo de 2010, en un muestreo sistemático, estratificado por edad, la muestra de 752 pacientes con una potencia superior al 95% y un intervalo de confianza superior al 95%; habiendo usado una ampliación para sustituir las pérdidas.

RESULTADOS

El análisis estadístico de las medidas de tendencia central y dispersión, así como el análisis bivalente y de dispersión nos ofrece que la media de edad en la muestra es de 45 años y 10 meses, con pacientes entre 12 y 99 años de edad, de los cuales consta registrado como hombres el 49.9% y como mujeres el 49.3%. Encontramos 296 pacientes (39,4%) en los que su historia clínica informatizada recoge estar diagnosticado por haber sufrido un evento cardiovascular, de acuerdo a los CIAP recogidos dentro del epígrafe K. En los cuales encontramos la siguiente distribución de la prescripción de antidiabéticos en los diagnosticados de patología cardiovascular: metformina 81,3%, sulfonilurea 87,5%, glinidas 80,0%, glitazonas 83,3%, acarbosa 100,0%, IDPP4 100,0%, combinaciones fijas 66,7%. Frente a la que encontramos en los pacientes que no presentan estos diagnósticos: metformina 18,8%, sulfonilurea 12,5%, glinidas 20,0%, glitazonas 16,7%, acarbosa 0,0%, IDPP4 0,0%, combinaciones fijas 33,3%. Y con las insulinas: glargina 66,7% frente a 33,3%, detemir 83,3% frente a 16,7%, rapida/ultrarapida 75,0% frente a 25,0%, otras insulinas 100,0% frente a 0,0%

CONCLUSIONES

La prescripción de metformina aislada en pacientes que han sufrido un evento cardiovascular presenta una relación significativamente estadística en nuestra muestra, representado la asociación de la diabetes mellitus como factor de riesgo asociado al diagnóstico de patología cardiovascular, frente los pacientes que no presentan diagnósticos en este epígrafe de la CIAP y que también tiene prescrito el uso de metformina.

PÓSTER Nº: 77

FIBRILACIÓN AURICULAR EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA: GRADO DE CONTROL DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y OTRAS CARACTERÍSTICAS

J.M. LÓPEZ PÉREZ (1), J.M. CAAMAÑO MATA (1), E. NIETO POL (1), M.E. RIVAS LOMBARDEO (1), J. PAZOS LÓPEZ (1), A. ANCA COYA (1).

(1) SAP 1 CONCEPCIÓN ARENAL. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FIBRILACIÓN AURICULAR, FACTORES DE RIESGO VASCULAR, GRADO DE CONTROL

RESUMEN:

Propósito del Estudio: Conocer el grado de control diversos factores de riesgo vascular (FRV) y otras características, en pacientes con fibrilación auricular (FA) atendidos en un Servicio de atención primaria.

Métodos usados: Se trata de un estudio retrospectivo realizado en toda la población con FA (N = 150) atendida por 6 tutores de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de nuestro Servicio. Se recogen los últimos datos registrados en la historia clínica de enero a julio de 2011.

Resultados: Un 50% de los pacientes eran hombres, siendo la edad media global de $74,7 \pm 10,7$ años, y el 59,3% eran mayores de 75 años. Presentaban hipertensión el 81,3%, insuficiencia cardíaca el 24%, diabetes el 26,7%, antecedentes de ictus el 12%, y enfermedad vascular (Infarto de miocardio, arteriopatía en miembros inferiores o enfermedad coronaria estable) el 20%.

En cuanto a la Puntuación CHA2-DS2-VASc (Guía ESC 2010 FA): 4 pacientes sumaban 0 puntos, 9 pacientes 1 punto y 137 pacientes 2 o más puntos.

Tenían un LDL <100 mg/dl el 27,3%, un IMC > 30 un 33,3 % (32 pacientes sin datos) y un Filtrado glomerular estimado (MDRD4) < 60 el 50%.

El 54,9% de los hipertensos presentaban buen control (PA <140/90 mmHg, y en diabéticos <130/80 mmHg). El 71,3% de los hipertensos tomaban 2 o más fármacos antihipertensivos. El 83,8% de los hipertensos recibe tratamiento anticoagulante oral, presentando un buen control de PA el 54,1%.

Los diabéticos tenían una HbA1c ≤ 7 % el 47,5%.

Los pacientes con FA tomaban tratamiento hipolipemiante el 54,3% y anticoagulante el 82,1%.

Conclusiones: Encontramos unas cifras de control de FRV mejorables, en una población muy envejecida y con una comorbilidad elevada. La mayoría de los pacientes están anticoagulados como indica la Guía ESC 2010 FA.

Conclusiones: Encontramos unas cifras de control de FRV mejorables, en una población muy envejecida y con una comorbilidad elevada. La mayoría de los pacientes están anticoagulados como indica la Guía ESC 2010 FA.

PÓSTER Nº: 78

PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN POBLACIÓN LABORAL. UN ESTUDIO DE COHORTE

C.A. NÁZARA OTERO (1), I. LÓPEZ RODRÍGUEZ (2), A. POSE REINO (3).

(1) CASA DEL MAR. MARÍN - PONTEVEDRA. (2) CENTRO DE SALUD. BEGONTE - LUGO.

(3) CHUS-HOSPITAL DE CONXO. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA, POBLACIÓN LABORAL, ESTUDIO DE COHORTE

RESUMEN:

Introducción.- Se presentan los datos relativos a la presión arterial y factores de riesgo relacionados, en el contexto de un proyecto más amplio, de estudio del síndrome metabólico en población laboral, que será defendido como tesis doctoral.

Objetivos: 1) Analizar la importancia de la hipertensión y la presión arterial (PA) elevada, en una cohorte de población laboral; 2) estudiar su evolución a lo largo del tiempo y los factores relacionados con la misma.

Material y Métodos: Se partió de una cohorte de población laboral, constituida por 221 personas (14 mujeres), que fueron seguidas a lo largo de 5 años. Los criterios para definir la cohorte (en el marco del reconocimiento de salud laboral) fueron la aceptación para participar en el estudio de salud laboral y su consentimiento para el uso de los datos de forma anónima, relativos a dicho examen de salud. Rango de edad: 18 años a 59 años.

Variables del estudio: Presión arterial sistólica y diastólica, edad, sexo. Se siguió el criterio de PA elevada propuesto en el NCEP ATP-III. El tratamiento estadístico se hizo con el programa SPSS 17.0 y para la estimación del riesgo relativo se aplicaron tablas de contingencia y estudio de regresión.

Resultados: La cohorte se mantuvo prácticamente constante a lo largo de los 5 años de seguimiento.

Se observó una PA elevada en 4 de cada 10 individuos estudiados, en la práctica totalidad de los puntos de análisis intermedios programados, con las siguientes frecuencias relativas: Año 2004 (39.2%), año 2005 (38.1%), año 2006 (46%), y año 2007 (41.8%). Para el año 2008 la frecuencia observada fue de 22.1%.

La frecuencia relativa a lo largo del periodo de seguimiento, se mantuvo en el tiempo, con la excepción del año 2008, que suponemos debida al énfasis puesto en la modificación de los estilos de vida, a partir del año 2006.

Se demostró una mayor frecuencia de PA alta o HTA en los casos que reunían criterios diagnósticos de síndrome metabólico, respecto a los que no reunían tales criterios ($p < 0.0005$).

Conclusiones: 1) 4 de cada 10 individuos, presentaban PA elevada, lo que es una alta frecuencia observada; 2) la frecuencia relativa de PA elevada se mantuvo en el tiempo; 3) la intervención en la modificación de estilos de vida probablemente condujo, en nuestro caso, a una disminución de la prevalencia de hipertensión (sin poder ser concluyentes en este aspecto, ajeno al diseño inicial del estudio).

PÓSTER Nº: 79

**REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS HISTORIAS CLINICAS
INFORMATIZADAS**

A. LORENZO PIQUERES (1), S. MARTINEZ PARRA (1), V. VAZQUEZ MARTINEZ (1), I. MORALES PEREZ (1),
M. LATORRE POVEDA (1), G. BADENES MARQUEZ (1), L. ROSELL PANIS (1), L. TARANCON GOZALBO (1),
E. SERISA BLASCO (1), A LORENZO GÓRRIZ (1).

(1) CENTRO DE SALUD. BURRIANA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORS DE RIESGO, REGISTRO, HISTORIAS CLINICAS

RESUMEN:

OBJETIVOS: 1. Evaluar el registro protocolizado de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en la historia de salud del C.S. Burriana informatizadas por el sistema ABUCASIS II y así, obtener la prevalencia con la que trabajamos. 2. Comparar el registro actual con el registro antiguo en las historias escritas y los resultados del ESTUDIO BURRIANA de prevalencia de FRCV.

ESTUDIO: observacional, trasversal. **LUGAR:** Atención Primaria.

METODOLOGÍA: POBLACIÓN, MUESTRA Y SELECCIÓN DE HISTORIAS E INCLUSIÓN EN EL SEGUNDO ESTUDIO:

A) Primer corte: 2005. Selección aleatoria simple, mediante tabla de números aleatorios del número de historias recomendado por la fórmula que determine el número de elementos de la muestra ($N = Z\alpha^2 \times p \times (1-p) / i^2$). Revisión del sistema de registro de patologías y volcado de esta información en la hoja de monitorización creada para el estudio. Considerando la p (variabilidad del parámetro) del 40% por ser aproximadamente la más alta estimada en el ESTUDIO BURRIANA para la dislipemia en este caso, y la precisión (i) del 4% para un nivel de confianza del 95%. Ello da una muestra de 576 historias. Para la selección de la muestra se aplicará una tabla de números aleatorios y se extraerán del archivo a partir de la primera seleccionada por sorteo incluida entre las que presenten 30 y 80 años de edad.

B) Segundo corte: (2.010) Selección mediante la búsqueda de indicadores de los diferentes FRCV de la totalidad de pacientes con historia informatizada del centro de salud: Consulta de indicadores: morbilidad: prevalencia: CIE-9 y diagnóstico en pacientes adultos de ambos sexos entre 30-80 años, para el mes de diciembre del 2010. El registro actual se halla mediante encuesta poblacional de la población atendida por el centro de salud, y que está incluida en el sistema de registro informatizado ABUCASIS II de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, próxima al 100% de la población de la villa de Burriana

C) Finalmente, compararemos los resultados obtenidos por medio de la revisión efectuada con los resultados del ESTUDIO BURRIANA.

CARACTERÍSTICAS Y DEFINICIÓN DE CRITERIOS: Calificaremos de forma simple la existencia o no en la historia de salud del parámetro a evaluar :

Hipertensión arterial Diabetes mellitus Glucemia basal alterada o tolerancia alterada a la glucosa Dislipemia Obesidad Tabaco Alcohol

MÉTODOS ESTADÍSTICOS: Los resultados se trasladan a una hoja de monitorización y se transfieren los resultados a un archivo del programa ACCES y después, con EPIINFO 6.0 se realizan las comparaciones mediante evaluación con técnica de X^2 para variables cualitativas.

RESULTADOS:

Los resultados de la comparación entre los registros de nuestras historias de salud primero en formato papel y segundo informatizada son:

	REGISTRO Hª	REGISTRO informatizada	Hª P por x^2
HTA	21,5%	22,27%	P=0.67 NS
DM	8,2%	8,95%	P=0.5 NS
DISLIPEMIA	19,8%	24,24%	P< 0.0001
OBESIDAD	11,1%	6,80%	P< 0.00005
TABACO	14,6%	7,71%	P<0.000001
TAG	1%	1.05%	P= 0.9 NS
ALCOHOL	-	1.47%	-

Y los resultados obtenidos tras la comparación de los registros con el ESTUDIO BIRRIANA son:

	REGISTRO informatizada	Hª EST. BURRIANA	P por x^2
HTA	22,27%	26,7%	P= 0.54 NS
DM	8,95%	12,8%	P<0.02
DISLIPEMIA	24,24%	36,1%	P=0.00006
OBESIDAD	6,80%	30,9%	P < 0.0000001
TABACO	7,71%	25,9%	P < 0.0000001
TAG	1.05%	10,8%	P < 0.0000001
ALCOHOL	1.47%	13,2%	P < 0.0000001

CONCLUSIONES: La HTA es el FRCV de mejores registros ofreciendo diferencias más estrecha que no son significativas estadísticamente. Respecto al resto de FRCV las diferencias halladas son marcadas y ratificadas por la comparación con X^2 con diferentes grados de significación estadística. Lo que nos señala que el registro está lejos de las cifras reales de presencia de FRCV en nuestra población.

PÓSTER Nº: 80

AYUNO PREVIO A LA DETERMINACIÓN DE ANÁLISIS DE LÍPIDOS EN UN CENTRO DE SALUD

A. LORENZO PIQUERES (1), S. MARTINEZ PARRA (1), G. BADENES MARQUES (1), L. ROSELL PANIS (1),
E. SERISA BLASCO (1), L. TARANCON GOZALBO (1), M. LATORRE POVEDA (1), V. VAZQUEZ AMRTINEZ (1),
I. MORALES PEREZ (1), A. LORENZO GORRIZ (1).

(1) CENTRO DE SALUD. BURRIANA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: AYUNO, ANALISIS, LIPIDOS

RESUMEN:

OBJETIVOS: estudiar en los usuarios de nuestro centro la cumplimentación del número de horas de ayuno previas a la extracción de sangre para la analítica del perfil lipídico.

Secundarios: 1. averiguar si los profesionales de nuestro centro de salud, sanitarios o no, informan de la necesidad de ayuno de al menos 12 horas, indicando quien genera dicha información. 2. averiguar si, según el nivel de información, los pacientes han cumplido el ayuno correctamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal con encuesta estructurada de carácter anónimo, realizada de forma aleatoria entre los listados de los pacientes que acudían para extracción de sangre para evaluación de los lípidos en Atención Primaria. Realizado a lo largo de un mes con selección aleatoria del día y de los entrevistados tras revisión de la petición analítica realizada.

Las variables que aparecen en la encuesta son: Edad, sexo, conocimiento de la necesidad de ayuno de 12 horas, quien ha informado al individuo, horas reales de ayuno, hora de la cena o último consumo el día anterior.

La muestra se obtuvo por la fórmula para evaluar poblaciones en función de trabajar proporciones: $N = Z\alpha^2 \times (p \times q) / i^2$. Aplicamos un error α de 0.05 (nivel de confianza del 95%), una precisión i de 5%, para p del 30% y q de 70%. Se han realizado 250 encuestas a personas mayores de 15 años de ambos sexos. En caso de negativa a contestar la encuesta se realizaba ésta a la persona inmediata posterior si iba ser analizado su perfil lipídico.

Los datos se trabajaron en una hoja de cálculo EXCEL y la estadística con los programas EPI INFO y EPI DAT 4.0

RESULTADOS : La edad media de los encuestados es de 55,4 años con 105 hombres (42%) y 145 mujeres (58%). El número de horas media de ayuno de la muestra fue de 10 horas 46 minutos (con IC₉₅ entre 10 h. 40' y 10 h. 52'). El ayuno correcto es del 16,8 % (IC₉₅ entre 12.2% - 21.4%) que afirman haber cumplido las 12 horas de ayuno y un 83,2 % no haberlo hecho (13 hombres y 29 mujeres, con 22 personas de 65 años o más y 20 menores de esa edad sin diferencia estadísticamente significativa por χ^2). Sobre la información recibida, observamos que aseguran ser sabedores de la necesidad del número de horas de ayuno de 242 personas. Conocedores previos 130 personas y el resto informados por personal del centro recientemente, sin diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.1$). Si hay diferencia si desagregamos por diferentes profesionales siendo los médicos los que más informan.

DISCUSIÓN: El número de pacientes que cumple correctamente el ayuno que asegura calidad en la toma de sangre es muy bajo, inferior a otros estudios nacionales que presentan cifras bajas pero más elevadas. Este resultado expresa un problema que merma la calidad de nuestras decisiones delante del paciente. Sin embargo, la cifra media de horas de ayuno es muy próxima a la adecuada y el número de pacientes que ofrece una cifra próxima (11 horas) se eleva considerablemente, por lo que probablemente es un problema de mejora de la información que se da y de como se da (habitualmente oral). La mayoría de los pacientes dicen conocer la necesidad del ayuno o que han recibido la información recientemente y señalan en su caso que profesional le ha instruido llamando la atención que la mayoría de los pacientes reconocen que sabían la necesidad del ayuno y que un número importante reconocía haber sido informado por los profesionales del centro, pero aún así se incumple la norma. De los que cumplieron las pertinentes 12 horas de ayuno, la totalidad conocían de una u otra forma su necesidad, luego esta condición de conocimiento se asocia a cumplimiento, pero no de forma absoluta y, sin embargo, el conocimiento no obliga al cumplimiento, por lo que hay mejorar la calidad de la información para acercar al paciente la necesidad de cumplir la norma establecida. Como conclusión diremos que los usuarios no cumplen la norma del ayuno previo a la extracción, pero no por desconocimiento, sino por probable falta de recordatorios eficaces, por falta de recordatorios inmediatos y por falta de reconocimiento de la importancia del ayuno.

PÓSTER Nº: 81

ESTUDIO DE PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

M. MARCOS RODRÍGUEZ (1), P. MURIEL DÍAZ (1), A. BETETA GORRITI (1), V.H. RAMÍREZ CASTRO (1),
L. MARÍN SÁNCHEZ (1), R. CUBINO LUIS (2), C.D. CABRERA MARUTZ (3), M.Y. DE LA NAVA CALVO (4).

(1) MIGUEL ARMIJO. SALAMANCA. (2) SANCTI SPIRITUS. SALAMANCA. (3) ALAMEDILLA. SALAMANCA.
(4) SAN JUAN. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, CONTROL

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: La diabetes mellitus tipo 2 tiene una prevalencia de aproximada del 6,5% en la población entre 30 y 65 años, con un aumento en el rango de edad entre 65 y 74 años el 16,7% y en los mayores de 75 años el 19,3%. El grado de complicaciones tanto macro como microvasculares se ven incrementadas cuando coexisten con otras patologías prevalentes en nuestro medio como la hipertensión arterial (HTA) que tiene una prevalencia en España en adultos aproximada del 35%, alcanzando el 68% en mayores de 60 años, siendo en diabéticos de un 72.5%. Hemos querido conocer si los datos recogidos en nuestra historias clínicas en un centro de salud urbano coinciden con los datos anteriores, saber el grado de control de estas patologías cuando coexisten y la posible influencia de la edad en ello. Objetivo secundario saber el grado de registro en la historia clínica.

MÉTODOS UTILIZADOS: Estudio observacional retrospectivo. Se obtuvo el listado de pacientes del Centro de Salud con el código de diabetes en la historia clínica (MEDORA), descartamos aquellos pacientes sin registros en su historia en los 5 últimos años, tratándose en la mayoría de pacientes que ya no pertenecían al Centro de Salud (fallecimiento y cambios de domicilio principalmente) pero que siguen figurando en Cartera de Servicios; también descartamos los pacientes diabéticos tipo 1 que aunque comparten código de diabetes son seguidos fundamentalmente en el servicio de endocrinología y pacientes pertenecientes a 2 cupos del Centro de Salud debido a no tener historia informatizada. Del resto de historias se seleccionaron aleatoriamente el 50%. Se obtuvo la información necesaria a partir de los datos recogidos en la historia clínica informatizada (MEDORA) de cada paciente. Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico de diabetes mellitus, diagnóstico de HTA, cifra de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el último año, media de las 3 últimas tomas tanto de tensión arterial sistólica (TAS) como diastólica (TAD) recogidas en la historia. Se considera que están bien controlados los pacientes que tienen $TAS \leq 140$ mmHg, y $TAD \leq 90$ mmHg, y en el caso de la diabetes, cuando la hemoglobina glicosilada es $< 7\%$.

RESULTADOS: El total de pacientes codificados como diabéticos fue de 1228 y después del muestreo se obtuvieron 496 pacientes. Después de descartar las historias referidas anteriormente, se analizaron 401 historias clínicas de diabéticos tipo 2. Subdividimos a los pacientes en 3 grupos de edad: menores de 65 años (20.20%) (grupo 1), entre 65 y 85 años (68.33%) (grupo 2) y mayores de 85 años (11.47%) (grupo 3). Se construyeron tablas de contingencia para cruzar los rangos de edad con los niveles de los factores considerados. Del total de los 401 pacientes analizados, 192 eran hombres (47.88%) y 209 mujeres (52.12%); en el grupo 1: 58% hombres y 42% mujeres; en el grupo 2: 47,8% hombres y 52,2% mujeres y

en el grupo 3: 30,43% hombres y 69,47% mujeres. Los dos sexos no están uniformemente distribuidos en los tres grupos etarios. La proporción hombres/mujeres va disminuyendo a medida que se avanza en edad, así: 1.38, 0.92, 0.44. Este cambio en las proporciones de sexos a través de los diferentes grupos de edad es estadísticamente significativo. El diagnóstico de HTA figura en 290 pacientes diabéticos tipo 2 (72,32%). Tomando la media de las 3 últimas tomas realizadas, observamos un buen control en 208 casos (71,72 %) y mal control en 82 pacientes ya diagnosticados de HTA (28,27%). De los 111 pacientes diabéticos que no estaban diagnosticados de HTA, 13 de ellos presentaban un mal control de su TA (11,71%), mientras que 98 (88,29%), su TA está bien controlada. Con respecto a las cifras de HbA1c, de los 401 pacientes, en 33 de ellos, no estaba recogido este dato (8,23%). De los 368 pacientes en los que estaba recogido este dato, 248 (67,39%), presentaban cifras de HbA1c por debajo de 7%, mientras que 120 (32,61%), presentaban cifras de HbA1c por encima de 7%.

CONCLUSIÓN: La prevalencia de la diabetes mellitus es del 5,8% en la población de nuestro centro de salud. Hay un alto porcentaje de pacientes que tienen bien controladas sus cifras de tensión arterial y de HbA1c, pero podrían mejorarse estas cifras, revisando más a menudo la historia de los pacientes, ya que hay un 8,23% de pacientes que no tienen recogida ninguna cifra de HbA1c, y en un pequeño porcentaje de pacientes (3,24%), que no están diagnosticados de HTA, presentan cifras de TAS por encima de 140 mmHg o TAD por encima de 90 mmHg. Algunos de los médicos del centro no utilizan la historia informatizada, por lo que no hemos podido obtener los datos de sus pacientes. La codificación en el programa MEDORA de la diabetes mellitus tipo 1 es la misma que para diabetes mellitus tipo 2, por lo cual al seleccionar las historias previamente, no sabemos de qué tipo es, y los diabéticos tipo 1 han tenido que ser descartados después de entrar en sus historias. Hay historias en las que faltan datos, en algunas ocasiones porque estos pacientes son seguidos por el servicio de endocrinología.

PÓSTER Nº: 82

**INERCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS DERIVADOS AL ÁMBITO ESPECIALIZADO
DESDE AP: ESTUDIO DERIVA 2**

A. GALGO NAFRIA (1), N. MARTELL CLAROS (2), J.L. ZAMORANO (3), J.J. DE LA CRUZ (4).

(1) CS ESPRONCEDA. MADRID. (2) UNIDAD DE HIPERTENSION. H CLINICO SAN CARLOS. MADRID.
(3) INSTITUTO CARDIOVASCULAR. H. CLINICO SAN CARLOS. MADRID. (4) DTO. MEDICINA PREVENTIVA.
UNIVERSIDAD AUTONOMA. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DERIVACION, COORDINACION ENTRE NIVELES, INERCIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y analizar la actuación clínico-terapéutica del especialista consultado en la devolución de la información.

Métodos: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico en centros de Atención Primaria (AP) de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 1735 pacientes derivados. Se realizó muestreo aleatorio consecutivo. Se recogieron razones de derivación desde AP, datos clínicos previos y posteriores al estudio inicial en la consulta del especialista, diagnóstico especializado y tratamientos propuestos por AP y AE. Se presentan datos del segundo muestreo del estudio DERIVA realizados con la devolución de información clínica especializada al médico consultor de AP.

Resultados: La muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a Unidades específicas de HTA (40.8%). Resto de derivaciones (59,2%): 28% medicina interna, 38% cardiología, 28,7 % nefrología: La edad media de los pacientes es de 60.7±13.3 años, 62,7% varones. IMC_≥30: 34,8 %, obesidad abdominal: 56,5%. Fumadores: 33,7 %, Consumo excesivo de alcohol: 15,6%. PA a la derivación: 166±21.6 /97.7±12.6 mmHg. PAS<140 mmHg y PAD<90 mmHg: 5.8% Media de fármacos a la llegada a AE: 2.3± 1.0. El 4.6% sin tratamiento, monoterapia 21.7%, doble terapia 33.7% y 28.2 Triple terapia, cuatro o más fármacos 12.2 %.

Se hacen modificaciones en el tratamiento tras visita de evaluación en AE en el 67.1 % de los pacientes. La PA en post-derivación tras intervención especializada fue: 143.±14.4/85.5±10.5 mmHg. PAS<140 mmHg y PAD<90 mmHg: 32.2% Media de fármacos post-derivación: 2.5±1.2 monoterapia 16.6%, doble terapia 32.2% y 31.8.triple terapia, cuatro o más fármacos 16.5 %. Las causas de modificación señaladas por especialista fueron: Efectos secundarios: 5.6%, Ineficacia: 42.9%, Dosis inadecuada: 42.9%, incumplimiento: 15.5%, indicaciones específicas: 21.6% y otras: 1.9%

Conclusiones: Se detecta una apreciable inercia terapéutica en la combinación y la titulación de fármacos en el paciente hipertenso derivado desde AP. Sin cambios sustanciales en el número de fármacos usados se obtiene una mejora importante del control de la PA en el paciente hipertenso derivado tras la intervención especializada.

PÓSTER Nº: 83

**PROBLEMAS DETECTADOS DESDE AP EN LA DERIVACIÓN DEL PACIENTE HIPERTENSO AL
ÁMBITO ESPECIALIZADO: ESTUDIO DERIVA 2**

N. MARTELL CLAROS (1), A. GALGO NAFRIA (2), J.L. ZAMORANO (3), J.J. DE LA CRUZ (4).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

(2) CS ESPRONCEDA. MADRID. (3) INSTITUTO CARDIOVASCULAR. H. CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

(4) DPTO. MEDICINA PREVENTIVA. UNIVERSIDAD AUTONOMA. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: COORDINACION ENTRE NIVELES, DERIVACION, CONTROL

RESUMEN:

Propósito del estudio: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y analizar la actuación clínico-terapéutica del especialista consultado en la devolución de la información.

Métodos usados: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico en centros de Atención Primaria (AP) de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 1735 pacientes derivados. Se realizó muestreo aleatorio consecutivo. Se recogieron razones de derivación desde AP, datos clínicos previos y posteriores al estudio inicial en la consulta del especialista, diagnóstico especializado y tratamientos propuestos, así como opiniones mediante encuesta específica sobre la efectividad y satisfacción sobre los resultados de la derivación por parte del MAP. Se presentan datos del segundo muestreo del estudio DERIVA realizados tras la devolución de información clínica especializada al médico consultante de AP.

Resultados: La muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a Unidades específicas de HTA (40.8%). Resto de derivaciones (59,2%): 28% medicina interna, 38% cardiología, 28,7 % nefrología: La edad media de los pacientes es de 60.7 ± 13.3 años, 62,7 varones. En prederivación la PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg: 5.8%. Se hacen modificaciones en el tratamiento tras visita evaluación en AE en el 67.1 % de los pacientes. En post-derivación la PAS < 140 mmHg y PAD < 90 mmHg se consiguió en el 32.2%: La valoración de la actuación del especialista por el MAP fue: Muy efectiva: 16%, efectiva: 70%, nada efectiva: 9%. El acuerdo con las recomendaciones de especializada fue: Totalmente de acuerdo: 63%, parcialmente de acuerdo: 29%, nada de acuerdo: 2%. El 5% de los investigadores no respondieron a este tipo de encuesta. Los principales problemas expresados fueron: No problemas: 46%, Tiempo excesivo en respuesta: 24,5%, Formato inadecuado: 11,4%, No respuesta concreta a lo consultado: 23.5%, No poder solicitar aclaraciones: 16.9, otros: 7,3%.

Conclusiones: El análisis efectuado sugiere que persisten problemas de coordinación en el manejo conjunto de la HTA interniveles asistenciales, Este aspecto de la coordinación entre niveles está poco estudiado, pero si lo comparamos con otros trabajos que estudian aspectos clínicos, las opiniones que encontramos en este son muy favorables, con la excelente efectividad en el manejo especializado. Los problemas detectados orientan a que se debe mejorar la transmisión de la información y la explicación de las medidas tomadas en la actuación especializada al MAP.

PÓSTER Nº: 84

COMORBILIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. MERA CORDERO (1), D. MESTRE QUEROL (1), C. LOPEZ RAMIREZ (2), S. MERA CORDERO (3),
E. LOPEZ PEREZ (1), N. CASTILLO DIAZ (1), A. FERRER FELIU (1), P. BARRETO RAMON (1),
E. FREIXES VILLARO (1), C. PRIETO VILLANUEVA (1).

(1) CAP EL PLA. SANT FELIU DE LLOBREGAT. (2) CAP 17 SETEMBRE. ELPRAT DE LLOBREGAT. (3) HOSPITAL DEL BIDASOA. HONDARRIBIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDIACA, COMORBILIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVOS

Conocer prevalencia y comorbilidad de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca por historia clínica en un centro de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y de prevalencia de insuficiencia cardiaca en centro de salud con una población asignada de 14000 habitantes. Se realizó la revisión de historia clínica informatizada, hallando 159 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca, de los cuales encontramos 40 pacientes exitus en los 2 últimos años y en el momento del estudio 119 vivos. Se revisaron de la muestra la comorbilidad asociada a diferentes ítems: Hipertensión arterial, Cardiopatía isquémica, Diabetes Mellitus, Estenosis aortica, Fibrilación auricular.

Se realizó también estudio de grado funcional basal de los pacientes según escala N.Y.H.A revisando historia clínica y tratamiento asignado.

RESULTADOS

De la muestra de 159 pacientes 104(66%) eran mujeres 55 (34%) eran hombres un 70% de la muestra era mayor de 70 años la prevalencia global de la población asignada fue de 1,17% siendo para mayores de 45 años de 2,2% y en mayores de 70 años de 6,8%. Como factores de comorbilidad aparecían hipertensión arterial 70% cardiopatía isquémica 18% estenosis aortica 3,5% diabetes mellitus 40% y fibrilación auricular 42%.

En cuanto al estudio de grado funcional de los pacientes un 30% en grado I 34 en grado II un 27% grado III y un 4% en grado IV, a un 9% no se le pudo hacer la valoración del grado funcional. Como dato destacado encontramos que 40 pacientes eran exitus en los 2 últimos 2 años 25% de la muestra y ascendía a un 34% en mayores de 70 años

CONCLUSIONES

Alta prevalencia en mayores de 70 años, la gran comorbilidad de estos pacientes HTA, DM tipo 2, ACXFA, alto porcentaje de mortalidad en esta población así como alto porcentaje de limitación funcional según escala N.Y.H.A

PÓSTER Nº: 85

FEOCROMOCITOMA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

I. MUINELO VOCES (1), E. FERNÁNDEZ PÉREZ (1), S. GARCÍA ESCUDERO (1), S. PÉREZ ANDRADA (1),
N. CARRACEDO FALAGÁN (1), M. LÓPEZ VELOSO (1), J.L. MOSTAZA FERNÁNDEZ (1).

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. LEÓN.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FEOCROMOCITOMA, CATECOLAMINAS, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Los feocromocitomas son tumores neuroendocrinos productores de catecolaminas, poco frecuentes y en su mayor parte benignos. Su forma de presentación es muy variable, desde hallazgo casual a eventos cardiovasculares mayores. El diagnóstico se basa en la demostración de un exceso de producción de catecolaminas seguido de pruebas de imagen para su localización. El objetivo de este estudio es analizar todos los casos de Feocromocitoma diagnosticados en Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) durante los últimos 15 años.

MÉTODOS USADOS: Utilizando como fuentes de información el Servicio de Archivos-Codificación y el Registro de Tumores del CAULE se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de Feocromocitoma durante los últimos 15 años (1996-2010). Se analizaron los siguientes parámetros: edad, sexo, manifestaciones clínicas, cifras de presión arterial, parámetros analíticos, tratamiento, complicaciones, pruebas de imagen y evolución. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 32 casos (53% mujeres, 47% varones), edad media 54 años (26-80) Clínica: HTA mantenida 84%, HTA paroxística 16%, palpitaciones 48%, cefalea 28%, sudoración 28%, dolor torácico 9%, disnea 6%, pérdida de peso 12%, nerviosismo 6%, poliuria 3%, fiebre 3%. Hallazgo casual 34%. Miocardiopatía asociada a feocromocitoma 2 casos. Catecolaminas y/o metanefrinas en sangre-orina normales 4 casos; en 3 casos no determinaciones de estos parámetros previo a la cirugía; en el resto elevación de NA, DOPA y A por este orden. 2 Casos elevación de Aldosterona. Pruebas de imagen: Ecografía abdominal realizada en 21 casos, normal en 5 de los cuales tras realización de TC en 3 masa suprarrenal y en 2 aumento de tamaño de suprarrenales. TC abdominal en 27, RM en 14, Gammagrafía MIBG 17 (2 no captaban suprarrenales) y PET 2 casos compatible con feocromocitoma. Estudio genético (8): 2 asociación mutación en el gen VHL, 1 asociación neurofibromatosis tipo 1, 1 familia HSCR/CMT. Asociación a otros tumores (6): colon (2), ampolla vater (1), hipernefroma (1), próstata (1), linfoma (1), mama (1) Localización: adrenales 94% (bilaterales 3; adrenal derecha 14; adrenal izquierda 13 casos); extraadrenales 6% (hepáticos 2). Malignos 9% (3), ninguno diseminación al diagnóstico, un caso recidiva a los 13 años con afectación pulmonar y ganglionar. Tratamiento HTA: no tratamiento previo a cirugía 6, alfa-bloqueante 21 Tratamiento quirúrgico: 1 no cirugía por alto riesgo quirúrgico, suprarrenalectomía por laparotomía 7, resto tumores suprarrenales laparoscopia, extraadrenales laparotomía. Complicaciones durante la cirugía: HTA (6), taquicardia ventricular (1), hipotensión severa (1), inestabilidad hemodinámica severa (1), hemorragia que precisó transfusión (2). Complicaciones

postoperatorio (4): cardiopatía isquémica tipo IAM (1), AIT (1), insuficiencia suprarrenal (2). Anatomía Patológica: diagnóstico de feocromocitoma en todos, maligno en 3.

CONCLUSIONES: 1. La HTA es la forma más frecuente de presentación. 2. Un tercio de los casos se diagnosticaron de forma casual. 3. Sólo en una cuarta parte de los casos se realizó estudio genético 4. Para su diagnóstico es fundamental la demostración de la superproducción de catecolaminas o de sus metabolitos además de su localización por TC y/o RM. 5. Aproximadamente un 10% son malignos y un 10% bilaterales. 6. Los Feocromocitomas presentan una elevada morbilidad cardiovascular tanto al diagnóstico como durante el tratamiento quirúrgico y el postoperatorio

PÓSTER Nº: 86

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREMATURA

S. MUÑOZ TROYANO (1), M.A. BAENA LÓPEZ (2), M.A. ESTEBAN MORENO (3), I. POVEDA GARCIA (4), S. MUÑOZ DE LA CASA (), C R GARCIA GARCIA (5).

(1) CARDIOLOGIA/HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERIA. (2) URGENCIAS/HAR EL TOYO. ALMERIA. (3) MEDICINA INTERNA/ HOSPITAL TORRECÁRDENAS . ALMERIA. (4) NEFROLOGIA/HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERIA. (5) MFYC/HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERIA. (6) MFYC/ HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, CARDIOPATIA ISQUÉMICA, PREMATURA

RESUMEN:

Propósito del estudio: La enfermedad coronaria constituye una de las principales causas de morbimortalidad en los países desarrollados. Dentro de España, Andalucía presenta una de las mayores tasas estandarizadas de mortalidad (superiores a 71 por 100.000 habitantes), siendo la tercera comunidad autónoma con mayor prevalencia de cardiopatía isquémica. La cardiopatía isquémica prematura es aquella que aparece antes de los 50 años, supone el 10% de la morbilidad coronaria, con un mayor coste anual. Por todo ello, la prevención primaria, actuando sobre los factores de riesgo cardiovascular, constituye uno de los objetivos principales para reducir su prevalencia. El objetivo de este estudio analizar la presencia de factores de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura en el año 2010.

Métodos usados: Estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Cardiología del hospital Torrecárdenas de Almería. Se incluyó a 118 pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura diagnosticada por coronariografía en el año 2010.

Resultados: La edad media fue de 40 ± 10 años y con una distribución por sexo (hombres 77% y mujeres 23%). Todos los pacientes analizados eran caucásicos excepto un 5% de raza negra. La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular fue: tabaquismo, 70%; hipercolesterolemia 46,6%, hipertensión arterial 42%, diabetes mellitus, 18,6%. El 80% presentó al menos 1 factor de riesgo (mayoritariamente tabaquismo). El riesgo cardiovascular previo medio calculado por la escala framinghan fue del 5,8%, excepto 18,6% que presentaba un riesgo cardiovascular alto, por antecedentes de cardiopatía isquémica.

Conclusiones: El presente trabajo ha demostrado una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables, destacando un alto índice de tabaquismo, observándose una concordancia en la distribución con los pacientes que presenta cardiopatía isquémica no prematura de otros estudios. Todo ello hace necesario, incrementar el control de los factores de riesgo cardiovascular desde atención primaria, para disminuir la prevalencia de cardiopatía isquémica prematura.

PÓSTER Nº: 87

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE FRCV: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREMATURA
VERSUS NO PREMATURA**

M.A. BAENA LOPEZ (1), S. MUÑOZ TROYANO (2), I. POVEDA GARCÍA (3), M.A. ESTEBAN MORENO (4),
L. COPADO CAMPOS (5), C.R. GARCIA GARCIA (6), S. MUÑOZ DE LA CASA (7).

(1) URGENCIAS/ HAR. EL TOYO. ALMERIA. (2) CARDIOLOGIA/ HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERIA.
(3) NEFROLOGIA/ HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERIA. (4) MEDICINA INTERNA/ HOSPITAL
TORRECÁRDENAS. ALMERIA. (5) MFYC/HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERIA. (6) MFYC/ HOSPITAL
TORRECÁRDENAS. ALMERIA. (7) MFYC/HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ESTILO DE VIDA

RESUMEN:

Propósito del estudio: La enfermedad cardiovascular aterotrombótica es una de las principales causas de mortalidad en el mundo. La cardiopatía isquémica prematura es aquella que aparece antes de los 50 años, supone el 10% de la morbilidad coronaria, con un mayor coste anual. Estos pacientes presentan un perfil de riesgo cardiovascular diferente al resto de la población, suele afectar más a varones y muestra una alta prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular, como el tabaquismo, dislipemia y antecedentes de cardiopatía isquémica. El objetivo de este estudio es un análisis comparativo de la presencia de factores de riesgo cardiovascular entre una cohorte de pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura y una cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica no prematura en el año 2010.

Métodos usados: Estudio descriptivo transversal realizado en el servicio de Cardiología del hospital Torrecárdenas de Almería. Se incluyó a 118 pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica prematura diagnosticada por coronariografía y 118 pacientes con cardiopatía isquémica no prematura diagnosticada por coronariografía, seleccionados de forma aleatoria, en el año 2010.

Resultados: En el caso de la cardiopatía isquémica prematura la media fue de 39.9 ± 10 años y con una distribución por sexo (hombres 77% y mujeres 23%). Todos los pacientes analizados eran caucásicos excepto un 5% de raza negra. La prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular fue: tabaquismo, 70%; consumo de drogas 6.2%, hipercolesterolemia 46,6%, hipertensión arterial 42%, diabetes mellitus, 18,6% y cardiopatía isquemia previa 1.8%. En la cohorte de pacientes con cardiopatía isquémica no prematura la edad media fue de $71,5 \pm 5$ y con una distribución por sexo (68,2% y 32,8%) Todos los pacientes analizados eran caucásicos. La prevalencia de factores de riesgo fue: tabaquismo 24,1%, consumo de drogas 0,5%, hipercolesterolemia 20.2%, hipertensión arterial 60.2%, diabetes 33.2% y cardiopatía isquémica previa 10.2%. Los factores de riesgo coronario fueron más prevalentes en la cohorte de cardiopatía isquémica no prematura, a excepción del tabaquismo, consumo de drogas e hipercolesterolemia.

Conclusiones: Los principales resultados de nuestro estudio son las diferencias en prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la cardiopatía isquémica prematura, jugando un papel importante el estilo de vida de la población joven, en relación al consumo de tóxicos. Todo ello hace necesario,

incrementar el control de los factores de riesgo cardiovascular desde atención primaria, para disminuir la prevalencia de cardiopatía isquémica prematura y reducir el impacto económico, social y médico que presentan dichos pacientes.

PÓSTER Nº: 88

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

M.E. NAVARRO AGUILAR (1), J. NAVARRO CALZADA (1), M.J. IGÚZQUIZA PELLEJERO (1),
M.C. GÓMEZ DEL VALLE (1), M.M. RODERO ROLDÁN (1), M. SÁNCHEZ MARTELES (1),
B. DE ESCALANTE YANGÜELA (1), A. FLAMARIQUE PASCUAL (1).

(1) HCU LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HTA, ANCIANO, FÁRMACO

RESUMEN:

La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, estimándose una prevalencia del 68% en la población anciana. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes hipertensos mayores de 75 años, ingresados en un servicio de Medicina Interna. Para ello se han recogido datos de pacientes hipertensos mayores de 75 años ingresados el Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa de Zaragoza. De cada paciente se registró edad, sexo, factores de RCV (diabetes mellitus (DM), obesidad, dislipemia, tabaquismo), comorbilidades, presencia de lesión de órgano diana (LOD) (hipertrofia de ventrículo derecho (HVI), microalbuminuria (MAU), y existencia de un evento cardiovascular o cerebrovascular, cifra de TAS y TAD al ingreso, y durante el mismo, número de fármacos antihipertensivos prescritos, así como el tipo y la toma de combinaciones fijas de fármacos.

Se analizaron 100 pacientes de los cuales 54 eran mujeres y 46 eran hombres, con una edad media de 82.5 años (DE±5). De estos, 67 pacientes tenían una edad comprendida entre 75 y 85 años, y 33, más de 85 años. Entre los factores de RCV, la DM es la más prevalente (41%), seguido de dislipemia (40%), obesidad (33%) y por último tabaquismo (21% entre fumadores y exfumadores). La comorbilidad hallada con más frecuencia fue la fibrilación auricular (44%) por delante de insuficiencia cardíaca (33%), EPOC (23%) e insuficiencia renal crónica (21%). En 65 de los pacientes existía LOD (17 presentaban HVI, 32 MAU y 45 habían presentado algún evento cardio o cerebrovascular). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: descompensación de insuficiencia cardíaca (30%), infección respiratoria (15%), anemia (7%), síndrome confusional y hemorragia digestiva (4% cada uno). El 71% de los pacientes tenía una HTA controlada (TA < 140/90 mmHg) en las tomas registradas durante el ingreso con unas cifras medias de TAS y TAD de 125.3 mmHg (DE±20.3) y 67.3 mmHg (DE±12,1) respectivamente. En contraste, sólo el 52% de los pacientes tenía una HTA controlada en el momento del ingreso, con unas cifras medias de TAS y TAD 135.2 mmHg (DE±28.2) y 70.5 mmHg (DE±15). La media de fármacos antihipertensivos registrados fue de 2.3 (DE±1.1). Solamente 24 pacientes recibían tratamiento en monoterapia y 26 pacientes tomaban alguna combinación fija de fármacos. Los diuréticos fueron los fármacos más pautados (79%), seguidos de ARA-2 (44%), IECAS (30%), Betabloqueantes (27%), Bloqueantes de los canales de calcio (24%), Inhibidores directos de la renina (5%) y alfa-bloqueantes (3%).

La HTA es una de las patologías más prevalentes en la población adulta. Proporción que se incrementa en la población anciana debido a los cambios asociados al envejecimiento, y a expensas fundamentalmente de TAS. La necesidad de tratamiento de la HTA en la población anciana es un hecho ya ampliamente demostrado, así como su beneficio en la reducción del riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular¹. Pero también se sabe que descensos excesivos de la PA, en el caso del paciente mayor, aún cuando limiten el RCV, pueden plantear problemas de perfusión a determinados órganos. Por eso, aunque el objetivo debiera ser siempre reducir la PA por debajo de 140/90, el paciente anciano, es preciso individualizar el tratamiento². Y de ahí, que el grado de control de las cifras de TA en la mayoría de los estudios realizados sea inferior al 30%. Los grupos farmacológicos usados para el tratamiento de la HTA en el anciano, no difieren del tratamiento en la edad adulta, aunque sí pueden variar la dosificación y la escalada de dosis más lenta³.

Conclusiones: 1. Más del 50% de los pacientes presenta, además de HTA, otros factores de RCV, y un alto porcentaje (65%) tiene además LOD. 2. Existe un alto porcentaje de TA controlada tanto al ingreso como durante el mismo, en comparación con otros estudios realizados. 3. Los fármacos antihipertensivos más usados son los diuréticos, seguidos de ARA-2 e IECAs. Dato que concuerda con las distintas guías y documentos de consenso. 4. Destaca el elevado uso de fármacos Betabloqueantes, siendo superior al uso de fármacos Bloqueantes de los canales de calcio.

Bibliografía: 1. La hipertensión arterial en la población anciana. C. Sierra. Hipertensión. 2006;23:118-27; 2. Tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente muy anciano. M. Gorostidi et al. Med Clin (Barc). 2011;137:111-2.; 3. Protocolo terapeutico de la hipertensión en el anciano. G Fernández Fresnedo et al. Medicine. 2007;09:5306-9.; 3.

PÓSTER Nº: 89

NUEVA APORTACION A LA ESTIMACION DEL RIESGO DE PROGRESION DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC) COMBINANDO GFR Y COCIENTE ALBUMINA/CREATININA. ESTUDIO EPIRCE

P. GAYOSO DIZ (1), A. OTERO GONZALEZ (2), A. MARTIN DE FRANCISCO (3), F. GARCIA LOPEZ (4).

(1) H CLINICO UNIVERSITARIO. SANTIAGO DE COMPOSTELA. (2) CH UNIVERSITARIO DE OURENSE. OURENSE. (3) H MARQUES DE VALDECILLA. SANTANDER. (4) H CLINICA PUERTA DE HIERRO. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRONICA, FORMULA ESTIMACION, PROGRESION

RESUMEN:

A pesar de la prevalencia poblacional de enfermedad renal crónica (ERC), entre el 10 y 14%, diferentes estudios prospectivos constatan que una escasa proporción de pacientes con ERC estadio 3-4 progresan a insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Una correcta clasificación del riesgo de progresión de cada paciente, basada en factores con demostrada capacidad predictiva, es necesaria para el adecuado manejo de la ERC. Recientemente (Hallan SI J A m Soc Nephrol 2009) se ha propuesto una clasificación que combina tasa de filtrado glomerular estimada (eGFR) y cociente albúmina creatinina (ACR).

Objetivo: Estimar en la población adulta española la prevalencia de riesgo de progresión a IRCT.

Material y Metodos : Población del estudio EPIRCE. Se estimó GFR usando las ecuaciones MDRD 4 y CKD-EPI; se consideró microalbuminuria si el ACR estaba entre 20-200 mg/g (hombres) ó 20-300 mg/g (mujeres), siendo macroalbuminuria un ACR por encima del límite respectivo. Estimación ponderada por edad, sexo y hábitat, de la prevalencia de riesgo (bajo, moderado y alto) de progresión de ERC a IRCT.

Resultados: Siguiendo la propuesta de Hallan, un 1.33% de la población presenta un riesgo de progresión a IRCT moderado, un 0.09% tiene un riesgo alto y un 12.26 riesgo bajo . Si la estimación del GFR se hace con CKD-EPI, la proporción con moderado es 1.77 % manteniéndose estable la de alto riesgo (0.09%) .

Conclusiones: La incorporación del ACR al eGFR permite una mejor clasificación de la población en riesgo de deterioro renal y por tanto su atención priorizada, respecto a la clasificación K/DOQI grados 3 y 4. La estimación de GFR con CKD-EPI modifica la distribución de riesgo moderado.

PÓSTER Nº: 90

VITAMINA D Y LA VARIACION EN GEN MYH9 PREDICE LA FUNCION RENAL EN UNA POBLACION ENVEJECIDA

A. OTERO GONZALEZ (1), M. CID (2), E. OSORIO (2), E. COTO (3), B. TAVIRA (3),
P. MACIA (1), M. ALVEZ (1).

(1) CH UNIVERSITARIO DE OURENSE. OURENSE. (2) CAP A TEIXEIRA. OURENSE.
(3) GENETICA MOLECULAR - HUCA Y REDINREN. OVIEDO.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRONICA , VITAMINA D, GENES

RESUMEN:

Los estudios longitudinales demostraron que el envejecimiento no se asocia inexorablemente a la pérdida de función renal, y es posible que además de la senescencia celular, la pérdida de función renal asociada a la edad sea una enfermedad podocitaria. Polimorfismos del gen MYH9 (codifica la cadena pesada de una miosina no muscular) se han relacionado con el riesgo de enfermedad renal por disfunción podocitaria. Por otra parte, la deficiencia de **Vitamina D** y la menor activación de su receptor a nivel del túbulo renal resultarían en menor expresión de Megalina y mayor proteinuria. Tanto la variación en MYH9 como los niveles de VitD podrían por tanto contribuir a definir la función renal y el riesgo de enfermedad renal.

Material y Metodos:

Los habitantes de "A Teixeira" (Ourense; censo de 486 personas, edad media = 60,5 años) fueron citados en su CAP para estudio observacional. Se determinó (métodos habituales): Hb, Ht^o, glucosa, perfil lipídico, eFG (CKD-EPI), 25-OHD3, Ca, P, Alb/creatinina. Se obtuvo ADN y se determinó el genotipo de dos polimorfismos de MYH9. Comparación estadística de las frecuencias y diferencia de medias entre grupos.

Resultados

Los pacientes tenían GFR media de 81,32 ml/min (21,03-136,89) y una edad media de 72,63 (36-96). Independientemente de la edad, el genotipo homocigoto GG para un polimorfismo de MYH9 mostraba mayor efecto protector de la función renal ($p=0,07$), así como una mayor tasa de Vitamina D ($p=0,013$). La tasa de Alb/Cr fue NS ($p:0,562$)

Conclusion : El envejecimiento puede conllevar una mayor disfunción podocitaria condicionada por factores genéticos (polimorfismos de MYH9) u hormales (Vitamina D). Estos factores podrían contribuir de forma significativa al desarrollo de la enfermedad renal.

PÓSTER Nº: 91

**NO CONCORDANCIA ENTRE ENFERMEDAD VASCULAR (EV) Y
ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC)**

A. OTERO GONZALEZ (1), W.L. LOPEZ ALARCON (1), S. MOYA (1), M. CID (2),
E. OSORIO (2), M.T. ALVES PEREZ (1), P. MACIA (1).

(1) CH UNIVERSITARIO DE OURENSE. OURENSE. (2) CAP. OURENSE.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRONICA, ENFERMEDAD VASCULAR, ATHERIOESCLEROSIS

RESUMEN:

Introduccion

La enfermedad vascular asociada a la ERC es la calcificación de la media (Esclerosis de Monckerberg) ligada a la rigidez vascular condicionada por la mineralización de las fibras elásticas-cambio de fenotipo de las células musculares lisas (CMVL) que recuperan su fenotipo de Osteoblastos.

Objetivo : en una población envejecida valorar prevalencia de enfermedad vascular asociada a ERC

Material y Metodos : Poblacion de "A Teixeira" (censo:486 personas , edad media de 60,5.Se determino por métodos habituales Hb, Ht^º, glucosa, perfil lipidico, eFG (MDRD nº 4,CKD-EPI y CistatinaC) , 25 OHD3 , Ca, P , Alb/creatinina . MAPA de 48 h (Specelab 90207) y Ecografia de TSA (LOGIQç) sonda 12 Mhz ,en pared posterior y en area libre de ateromas .Se midio Indice Tobillo /Brazo (ITB) Doppler manual . Se clasifiko Arts en EA 0 = ITB> 0,9 y GIM 0<0,8; EA1= ITB 0,7-1,4 y GIM => 0,8 ; EA2: Placa y estenosis < 125 y EA3 : ITB<0,7 0 >1,4 y/o placas con estenosis >125 c/s

Metodologia estadística : M+-DS y regresión multivariante

Resultado

En 176 ptes ,con edad media es 71,36 (17-96) , no fumadores y el 90,3% de la poblacion tiene eGFR en E1-2 y E3b =4,5% , con Hb > 11 , Alb/Cr < 300 mg/g y tasas de Vit D en rango normal. Para los diferentes grados de ERC, no existe diferencias entre el patrón de MAPA ni el "escore" de arterioesclorosis.

Conclusiones

La lesión vascular asociada a la ERC parece ser debida a una mezcla de lesión intima-media y es posible que sea mas predominante el proceso arterioesclerótico que el cambio fenotipico de las CMVL

PÓSTER Nº: 92

**REPERCUSIÓN PRONÓSTICA DEL GÉNERO EN PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR
SCASEST. ESTUDIO EN FASE HOSPITALARIA Y A LARGO PLAZO**

B. PÉREZ VILLARDÓN (1), M. RAMÍREZ MARRERO (1), M. JIMÉNEZ NAVARRO (2),
E. DE TERESA GALVÁN (2), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.
(2) HOSPITAL CLÍNICO VÍRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CORONARIO AGUDO, SEXO FEMENINO, PRONÓSTICO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. La influencia del género en el pronóstico del SCASEST es un tema controvertido en la actualidad, existiendo escasos datos en la literatura médica referidos al subgrupo de pacientes ancianos. Nuestro objetivo fue analizar la repercusión pronóstica del género en pacientes ancianos (definidos como edad ≥ 70 años) ingresados por SCASEST.

MÉTODOS. Análisis retrospectivo del total de pacientes ancianos ingresados consecutivamente por SCASEST, de Enero de 2005 a Diciembre de 2006, completándose un seguimiento con una mediana de 20 meses. Se estudiaron variables pronósticas específicas durante este período, estableciéndose un análisis ajustado de repercusión del género sobre las mismas.

RESULTADOS. Se incluyeron 297 pacientes, de los cuales el 44,4% eran mujeres; éstas presentaron mayor prevalencia de HTA (74,2% vs. 28,5%, $p=0,02$) y de diabetes mellitus (48,5% vs. 38,2%, $p=0,04$). En los hombres predominó la presencia de antecedentes previos de cardiopatía isquémica (62,4% vs. 45,5%, $p=0,003$) y revascularización coronaria previa (22,4% vs. 9,8%, $p=0,003$). Las mujeres presentaron mayor porcentaje de coronarias angiográficamente normales (21,1% vs. 7,9%, $p=0,008$) y recibieron menor prescripción de antiagregantes (75,8% vs. 88,8%, $p=0,003$), betabloqueantes (50,8% vs. 67,5%, $p=0,003$) y estatinas (44,5% vs. 64,4%, $p=0,001$) y mayor de IECAs-ARA-II (76,6% vs. 56,3%, $p=0,0001$). No se encontraron diferencias de género en los porcentajes de mortalidad intrahospitalaria (8,3% vs. 8,5%, $p=0,5$), encontrándose en la mujer mayores cifras de mortalidad cardiovascular tras el seguimiento (14,5% vs. 5,5%, $p=0,01$) e insuficiencia cardiaca (IC) tanto en fase aguda como tras el seguimiento (33,3% vs. 17,6% y 27,4% vs. 7,5%, $p=0,0001$, respectivamente). Tras el ajuste, el género no influyó sobre la mortalidad. El sexo femenino predijo mayor riesgo de aparición de IC tanto en fase hospitalaria (OR 2,1, IC del 95%, 1,2-3,9) como tras el seguimiento a largo plazo (OR 4,9, IC del 95%, 2,2-11,2).

CONCLUSIONES. En nuestra serie, no encontramos diferencias pronósticas en pacientes ancianos ingresados por SCASEST en relación al género, en términos de mortalidad. Las mujeres presentaron mayor riesgo de aparición de IC tanto en fase aguda como tras el seguimiento.

PÓSTER Nº: 93

CASUÍSTICA DE LOS PACIENTES VALORADOS POR UNA UNIDAD DE SÍNCOPE

M. RAMÍREZ MARRERO (1), B. PÉREZ VILLARDÓN (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), I. VEGAS VEGAS (1),
G. BALLESTEROS DERBENTI (1), B. LUQUE AGUIRRE (1), J.L. DELGADO PRIETO (1), J.M. PÉREZ RUIZ (1),
M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SÍNCOPE, SÍNCOPE CARDIOGÉNICO, FACTORES DE RIESGO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El síncope es un motivo frecuente de asistencia a urgencias hospitalarias, asociado a un pronóstico fatal según su origen. Nuestro objetivo fue analizar la casuística de los pacientes valorados por una Unidad de Síncope (US) desde su inauguración.

MÉTODOS: Análisis prospectivo del total de pacientes consecutivamente derivados a la US, en el periodo comprendido de Junio de 2009 a Octubre de 2011. Se estudiaron variables clínicas y epidemiológicas, el diagnóstico establecido y el tratamiento indicado.

RESULTADOS: Se incluyeron 303 pacientes, 47,5% mujeres, con una edad media de 56,7±20,6 años (14-91 años). Presentaron hipertensión el 46,3%, diabetes mellitus 17,2%, tenían antecedentes de cardiopatía isquémica un 9,7%, y un 4% revascularización coronaria previa; la comorbilidad estimada mediante el índice de Charlson fue reducida: 0,81±1,63. Existieron pródromos en el 69% de los casos, siendo el síncope recurrente en el 33,7%. El ECG basal fue normal en el 70,2%. Entre las alteraciones del ECG, predominó la presencia de bloqueo AV (31,3%), seguido del bloqueo completo de rama (25%) y los signos de crecimiento ventricular izquierdo (20,8%). Se realizó un Holter en el 56,8% de los casos, siendo anodino en el 90,7%. El 97,7% de los pacientes no presentaba cardiopatía estructural mediante ecocardiografía. Se efectuó prueba de esfuerzo en 13 pacientes (ningún resultado anómalo) y test de mesa basculante en 50 pacientes, con resultado positivo en el 59,6% (respuesta tipo I en dos terceras partes). Se indicó test de bipedestación activa en 2 pacientes, con respuesta ortostática en uno de ellos. Se requirió el implante de Holter insertable en 3 pacientes, siendo diagnóstico uno de ellos. Se estableció el diagnóstico de síncope neuromediado en el 67,8% de los casos, 8,2% neurológico-psicógeno, 6,6% ortoestatismo, 7,7% cardiogénico y 9,8% no filiado. Se indicó el implante de marcapasos en 10 pacientes. El síncope de origen cardiogénico, se asoció a una mayor prevalencia de edad ≥40 años (100% vs. 0%, p=0,01), género masculino (71,4% vs. 28,6%, p=0,05) y ECG basal patológico (85,7% vs. 14,3%, p=0,0001). Tras el ajuste, el sexo masculino y la presencia de un ECG patológico predecían un mayor riesgo de origen cardiogénico del síncope (OR 4,22, IC95%, 0,86-10,74 y OR 3,12, IC95%, 2,78-6,69, respectivamente).

CONCLUSIONES: Los pacientes valorados por una Unidad de Síncope presentan un perfil clínico muy heterogéneo. El síncope neuromediado es el diagnóstico más frecuente. El origen cardiogénico del mismo se asocia al género masculino, edad mayor de 40 años y ECG basal patológico.

PÓSTER Nº: 94

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE ENFERMEDAD ARTERIAL
CORONARIA EN PACIENTES EVALUADOS POR UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO**

M. RAMÍREZ MARRERO (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), B. PÉREZ VILLARDÓN (1), I. VEGAS VEGAS (1),
B. LUQUE AGUIRRE (1), J. CANO NIETO (1), J.M. PÉREZ RUIZ (1), J.L. DELGADO PRIETO (1),
R. VIVANCOS DELGADO (1), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA, FACTORES DE RIESGO, UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El dolor torácico es síntoma frecuente de asistencia a los servicios de urgencias de un hospital. Las causas subyacentes son muy heterogéneas, pudiendo alguna de ellas ser letales, motivo por el cual se crearon las Unidades de Dolor Torácico. Nuestro objetivo fue analizar aquellos factores relacionados con la existencia de enfermedad arterial coronaria documentada por cateterismo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de los pacientes evaluados consecutivamente por la Unidad de Dolor Torácico y a los cuales se les indicó un cateterismo cardiaco, de Julio de 2009 a Abril de 2011.

RESULTADOS: Se incluyeron 102 pacientes, con una edad media de $60,9 \pm 10,3$ años, siendo 75 de ellos hombres. El 62,7% eran hipertensos, 34,3% diabéticos, 55,9% dislipémicos y el 33,3% presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica. Un 4% de los pacientes tenían insuficiencia renal avanzada. A 74 pacientes se les realizó algún tipo de test morfológico o funcional para detectar isquemia miocárdica, teniendo el 83% un resultado patológico. En una cuarta parte de los casos no se documentaron lesiones coronarias angiográficamente significativas, siendo pacientes con menor comorbilidad asociada (índice de Charlson $0,7 \pm 0,4$ vs. $1,4 \pm 1,2$, $p=0,02$). Se detectaron 5 lesiones severas de tronco coronario izquierdo y 40 lesiones severas de descendente anterior proximal. En un tercio de los casos se detectó enfermedad coronaria multivaso. Tras el análisis multivariado, la presencia de un resultado patológico del test de isquemia y la hipertensión arterial se asociaron a mayor riesgo de aparición de enfermedad arterial coronaria angiográfica (OR 5,5, IC95%, 1,7-18,5 y OR 4,2; IC95%, 1,1- 8,7 respectivamente).

CONCLUSIONES: La existencia de un test morfológico o funcional de detección de isquemia miocárdica alterado y la hipertensión arterial se asociaron a mayor riesgo de aparición de enfermedad arterial coronaria angiográfica en pacientes evaluados en la Unidad de Dolor Torácico.

PÓSTER Nº: 95

**RELACION ENTRE LA EDAD Y FACTORES DE RIESGO, LESION DE ORGANO SUBCLINICA Y
PATOLOGIA CARDIOVASCULAR EN MUJERES. ESTUDIO EVA**

F. FERNANDEZ VEGA (1), M.A. PRIETO DIAZ (2), N. SULIMAN JABARY (3),
F.J. GARCIA-NORRO HERREROS (4), E. MURIAS SIÑERIZ (5), C. FERNANDEZ CUADRILLEJO (6),
M. SANCHEZ FERNANDEZ (7), C. RUBIERA ALVAREZ (8), I. CALVO AGUIRIANO (9),
L. F HERRAEZ CABAÑAS (10).

(1) UNIDAD HIPERTENSION. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO.
(2) CS VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO. (3) UNIDAD DE HIPERTENSION. HOSPITAL CLINICO DE
VALLADOLID. VALLADOLID. (4) CS LA CONDESA. LEON. (5) CS DE RIOSA. RIOSA. (6) CS CASA DEL BARCO.
VALLADOLID. (7) CS LLANO PONTE. AVILES. (8) CS SEVERO OCHOA. GIJON. (9) CS AGUADO. LEON.
(10) CS EL PARQUE. GIJON.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: MUJER, RIESGO CARDIOVASCULAR, EDAD

RESUMEN:

OBJETIVOS

Conocer la relación entre la edad y factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano subclínica, patología cardiovascular y control de presión arterial, entre las mujeres atendidas en las consultas de atención primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo y transversal realizado entre octubre 2009 y enero 2010 de la población basal de un estudio prospectivo a 5 años. Población: selección aleatoria de mujeres con edad entre 40 y 70 años demandantes de salud en atención primaria. Variables: en cada paciente se analizaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la lesión de órgano subclínica (LOS) la enfermedad clínica asociada y la estratificación de RCV, según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró grado de control de presión arterial a cifras < 140/90 mm Hg. Para el análisis se estratifico en 3 grupos de edad: 40 a 49, 50 a 59 y 60 a 70 años.

RESULTADOS

Se seleccionaron 903 mujeres con edad de $59,6 \pm 8$; índice de masa corporal de $28,2 \pm 5,5$; perímetro abdominal $91,4 \pm 12,8$; presión arterial sistólica 131 ± 16 y diastólica 78 ± 9 mm de Hg. Son hipertensas 412 (45,6%) con un grado de control de la presión arterial (PA) del 59,7%; 13,3% diabéticas; 41,7% dislipémicas; 14,3% fumadoras; 30,7% obesas; 35,5% sedentarias; 7,4% con antecedente familiar precoz de enfermedad CV. Para los tres grupos de edad hubo una significativa tendencia para una mayor prevalencia de FRCV para hipertensión (22,7%-33,2%-60%, $p=0,000$), diabetes (4,5%-8,8%-18,6%, $p=0,000$) y dislipemia (23,6%-37,5%-49,1%, $p=0,000$); para LOD una mayor prevalencia de filtrado glomerular <60 ml/min. (4,5%-4,8%-19,7%, $p=0,000$) e hipertrofia de ventrículo izquierdo (0%-1,5%-4,5%, $p=0,007$); para PCVS una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica (0%-1,5%-5,6%, $p=0,001$), ictus (2,7%-0,3%-3,5%, $p=0,011$) e insuficiencia cardiaca (0%-0,3%-3,2%, $p=0,003$); no encontramos diferencias por edad para el grado de control de presión arterial en hipertensas.

CONCLUSIONES

En las mujeres atendidas en atención primaria existe una clara y significativa asociación entre la edad y la presencia de factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano subclínica y patología cardiovascular.

PÓSTER Nº: 96

**RELACION ENTRE FACTORES DE RIESGO Y LA LESION DE ORGANO SUBCLINICA Y PATOLOGIA
CARDIOVASCULAR EN MUJERES. ESTUDIO EVA**

M.A. PRIETO DIAZ (1), F. FERNANDEZ VEGA (2), F.J. GARCIA-NORRO HERREROS (3),
N. SULIMAN NABARY (4), M.A. SIMAL ORDAS (5), A.R. GONZALEZ GARCIA (6), F.J. GARCIA VELEZ (7),
O. MAHMOUD ATWI (8), A. ARDURA GONZALEZ (9), J. LOPEZ DE LA IGLESIA (10).

(1) CS VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO. (2) UNIDAD DE HIPERTENSION. HOSPITAL UNIVERSITARIO
CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO. (3) CS LA CONDESA. LEON. (4) UNIDAD DE HIPERTENSION. HOSPITAL
CLINICO DE VALLADOLID. VALLADOLID. (5) CS DE CONTRUECES. GIJON. (6) CS DE SABUGO. AVILES.
(7) GABINETE MEDICO LAS MERCEDES. VALLADOLID. (8) CS DE BEMBIBRE. LEON.
(9) CS DE SAMA. LANGREO. (10) CS LA CONDESA. LEON.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: MUJER, RIESGO CARDIOVASCULAR, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

OBJETIVOS

Conocer la relación entre factores de riesgo cardiovascular y la lesión de órgano subclínica y la patología cardiovascular entre las mujeres atendidas en las consultas de atención primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo y transversal realizado entre octubre 2009 y enero 2010 de la población basal de un estudio prospectivo a 5 años. Población: selección aleatoria de mujeres con edad entre 40 y 70 años demandantes de salud en atención primaria. Variables: en cada paciente se analizaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la lesión de órgano subclínica (LOS) la enfermedad clínica asociada y la estratificación de RCV, según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró grado de control de presión arterial a cifras < 140/90 mm Hg. Para el análisis se estratifico en 3 grupos de edad: 40 a 49, 50 a 59 y 60 a 70 años.

RESULTADOS

Se seleccionaron 903 mujeres con edad de $59,6 \pm 8$; índice de masa corporal de $28,2 \pm 5,5$; perímetro abdominal $91,4 \pm 12,8$; presión arterial sistólica 131 ± 16 y diastólica 78 ± 9 mm de Hg. Son hipertensas 412 (45,6%) con un grado de control de la presión arterial (PA) del 59,7%; 13,3% diabéticas; 41,7% dislipémicas; 14,3% fumadoras; 30,7% obesas; 35,5% sedentarias; 7,4% con antecedente familiar precoz de enfermedad CV. La razón de riesgo de tener lesión de órgano subclínica fue para la hipertensión arterial: 3,6 IC 95%(2,42 – 5,36), $p=0,000$; para diabetes: 2,9 IC 95%(1,89 – 4,57), $p=0,000$; para dislipemia 1,85 IC 95%(1,28 – 2,67), $p=0,001$; para obesidad: NS. La razón de riesgo de tener patología cardiovascular fue para la hipertensión arterial: 3,5 IC 95%(2,14 – 5,85), $p=0,000$; para diabetes: 2,8 IC 95%(1,66 – 4,74), $p=0,000$; para dislipemia $p=0,107$, NS; para obesidad: $p=0,849$, NS.

CONCLUSIONES

En las mujeres atendidas en atención primaria existe una clara y significativa asociación entre los factores de riesgo cardiovascular hipertensión, diabetes y dislipemia y la presencia de lesión de órgano subclínica; y de hipertensión y diabetes para la presencia de patología cardiovascular establecida.

PÓSTER Nº: 97

**CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN DIABÉTICA INCLUIDA EN EL ESTUDIO
PRESCAP 2010**

J.L. LLISTERRI CARO (1), G.C. RODRIGUEZ ROCA (2), F.J. ALONSO MORENO (3), M.A. PRIETO DIAZ (4),
A. BARQUILLA GARCIA (5), A. GALGO NAFRIA (6), J.L. CAÑADA MERINO (7), J.L. CARRASCO MARTIN (8),
A. GONZALEZ SANCHEZ (9), D. GONZALEZ-SEGURA ALSINA (10).

(1) CS INGENIERO JOAQUIN BENLLOCH. VALENCIA. (2) CS PUEBLA DE MONTALBAN. TOLEDO.
(3) CS SILLERIA. TOLEDO. (4) CS VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO. (5) CS TRUJILLO. CACERES.
(6) CS ESPRONCEDA. MADRID. (7) CS ALGORTA. GETXO. (8) CS LA LOBILLA. MALAGA.
(9) CS ARRECIFE II. LANZAROTE. (10) DEPARTAMENTO MEDICO ALMIRALL. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, DIABETES, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en una amplia muestra de pacientes hipertensos diabéticos atendidos en Atención Primaria (AP), y determinar los factores asociados al mal control tensional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal y multicéntrico que incluyó a hipertensos diabéticos de 18 ó más años, reclutados mediante muestreo consecutivo por médicos de familia de toda España, los días 8, 9 y 10 de Junio de 2010. La medida de PA se realizó siguiendo normas estandarizadas, calculándose la media aritmética de al menos dos tomas sucesivas separadas entre sí dos minutos. Se consideró buen control de la hipertensión arterial (HTA) al promedio de PA inferior a 140/90 mmHg según recomienda la European Society Hypertension (ESH 2009). Se evaluó igualmente el porcentaje de pacientes con PA por debajo de 130/80 mmHg (ESH 2007 y American Diabetes Association 2010). Se registraron datos socio-demográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular, trastornos clínicos asociados y tratamientos farmacológicos.

RESULTADOS:

Se incluyeron a 3.972 pacientes (50,1% mujeres) con una edad media (DE) de 68,2 (10,2) años. El 71,8% presentaba dislipemia, 59,4% sedentarismo, 49,9% obesidad, 41,7% antecedentes de enfermedad cardiovascular y el 14,4% tabaquismo. El 74,0% recibía terapia combinada (dos fármacos 61,5%, tres 29,0% y cuatro o más 9,5%). Siguiendo las recomendaciones de 2009 el 55,1% (IC 95%: 53,3-56,9) presentó buen control de PA sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD), 57,0% (IC 95%: 55,2-58,8) sólo de PAS y el 84,5% (IC 95%: 83,2-85,8) únicamente de PAD; considerando los criterios de 2007 el 20,0% (IC 95%: 18,6-21,4) mostró buen control de PAS y PAD, 27,4% (IC 95%: 25,8-29,0) de PAS y el 48,5% (IC 95%: 46,7-50,3) de PAD. No haber tomado la medicación el día de la visita, consumir bebidas alcohólicas, el

sedentarismo y la antigüedad en el diagnóstico de hipertensión fueron los factores que más se asociaron al mal control de la HTA (χ^2 de Wald; $p < 0,01$).

CONCLUSIONES:

Los resultados del estudio PRESCAP-Diabetes indican que algo más la mitad de los hipertensos diabéticos asistidos en AP tienen bien controlada la PA. Encontramos importantes diferencias en el grado de control según se consideren los objetivos recomendados en 2007 ó 2009.

PÓSTER Nº: 98

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA \geq 65 AÑOS ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS DE ESTUDIO PRESCAP 2010

G.C. RODRIGUEZ ROCA (1), J.L. LLISTERRI CARO (2), M.A. PRIETO DIAZ (3), F.J. ALONSO MORENO (4), V. PALLARES CARRATALA (5), A. CALDERON MONTERO (6), C. ESCOBAR CERVANTES (7), E. CARRASCO CARRASCO (8), F. VALLS ROCA (9), D. GONZALEZ-SEGURA ALSINA (10).

(1) CS PUEBLA DE MONTALBAN. TOLEDO. (2) CS INGENIERO JOQUIN BENLLOCH. VALENCIA. (3) CS VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO. (4) CS SILLERIA. TOLEDO. (5) UNION DE MUTUAS. CASTELLON. (6) CS ROSA DE LUXEMBURGO. MADRID. (7) S^o CARDIOLOGIA. HOSPITAL INFANTA SOFIA. MADRID. (8) CS ABARAN. MURCIA. (9) CS BENIGANIM. VALENCIA. (10) DEPARTAMENTO MEDICO ALMIRALL. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN ARTERIAL, CONTROL DE PRESIÓN EN MAYORES DE 65 AÑOS, CONDUCTA TERAPEUTICA

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Conocer en hipertensos españoles \geq 65 años asistidos en Atención Primaria (AP) el control de presión arterial (PA) y, en los sujetos mal controlados, la conducta terapéutica médica y los factores asociados al mal control y a la no modificación terapéutica.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal y multicéntrico realizado en hipertensos \geq 65 años asistidos en AP en las 17 Comunidades Autónomas españolas. La PA se midió siguiendo normas estandarizadas y se consideró bien controlada cuando era $<$ 140/90 mmHg. Para la asociación de factores se efectuó un análisis multivariante.

RESULTADOS:

Se incluyeron a 7.430 pacientes (edad media $74,2 \pm 6,2$ años; 55,6% mujeres). El 59,9% (IC 95%, 58,8-61,0) mostró buen control de PA. El médico modificó el tratamiento en el 35,3% de los sujetos mal controlados. No tomar la medicación el día de la entrevista, el consumo elevado de alcohol, la diabetes y el sedentarismo se asociaron al mal control tensional ($p < 0,0001$). La percepción del médico de buen control se asoció a la no modificación terapéutica en pacientes mal controlados [OR 10,2 (IC 95%, 9,2-12,0); $p < 0,0001$].

CONCLUSIONES:

El control de la PA en hipertensos \geq 65 años es insuficiente y la conducta terapéutica médica ante el mal control resulta poco rigurosa. No tomar la medicación el día de la entrevista, el consumo elevado de alcohol, la diabetes y el sedentarismo aumentan la probabilidad de hallar mal control tensional. La percepción del médico de buen control multiplica por 10 la probabilidad de no modificar el tratamiento en sujetos mal controlados.

PÓSTER Nº: 99

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS ATENDIDOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CATALUÑA. ESTUDIO PRESCAP 2010

T. RAMA MARTÍNEZ (1), P. BEATO FERNÁNDEZ (2), F.J. ALONSO MORENO (3), J.L. LLISTERRI CARO (4), G.C. RODRÍGUEZ ROCA (5), R. GENIQUE MARTÍNEZ (6), I. GIL GIL (7), J.A. DIVISÓN GARROTE (8), M.Á. PRIETO DÍAZ (9), R. DURÁ BELINCHÓN (10).

(1) CAP EL MASNOU. BARCELONA. (2) CONSULTORI BARRI COTET. PREMIÀ (BARCELONA). (3) CENTRO DE SALUD DE SILLERÍA. TOLEDO. (4) CENTRO DE SALUD INGENIERO JOAQUÍN BENLLOCH. VALENCIA. (5) CENTRO DE SALUD DE LA PUEBLA DE MONTALBÁN. TOLEDO. (6) CAP SANT CARLES DE LA RÀPITA. TARRAGONA. (7) CAP VIELHA. LLEIDA. (8) CENTRO DE SALUD DE CASAS IBÁÑEZ. ALBACETE. (9) CENTRO DE SALUD VALLOBÍN-LA FLORIDA. OVIEDO. (10) CENTRO DE SALUD DE BURJASSOT. VALENCIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, FACTORES DE RIESGO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo. Determinar los antecedentes de enfermedad cardiovascular y/o nefropatía y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentes en los pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. **Sujetos y ámbito:** pacientes hipertensos de 18 o más años, con tratamiento farmacológico antihipertensivo seleccionados por muestreo consecutivo en consultas de Atención Primaria de Cataluña. Se excluyeron los diagnosticados recientemente y los que habían iniciado el tratamiento en los 3 últimos meses. **Medidas e intervenciones.** Variables: edad, sexo, antecedentes de enfermedad cardiovascular y/o nefropatía; otros FRCV (diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, consumo elevado de alcohol). Se consideró nefropatía si microalbuminuria según criterios ESC-ESH (hombres >21 y mujeres >30), insuficiencia renal por filtrado glomerular < 60, diabetes y/o dislipemia si constaba en la historia clínica, obesidad si el índice de masa corporal (IMC) era superior o igual a 30, no sedentario si caminaba activamente media hora al día o practicaba deporte 3 veces o más a la semana. Fumador si en el último mes había fumado un cigarrillo como mínimo al día. Sospecha de consumo elevado de alcohol si la ingesta diaria era igual o superior a 4 cervezas, 4 vasos de vino, 2 güisquis (o similar) o 3 carajillos.

Resultados. Participaron 338 médicos, que recogieron datos de 1.636 pacientes hipertensos. Del total, 51,0% fueron mujeres. Edad media: 67,3 ± 11,3 años. Se encontraron antecedentes personales de enfermedad cardiovascular en el 25,6%. insuficiencia renal (FG<60) 18,7%. Respecto a otros FRCV: microalbuminuria 20,2%, diabetes 31,1%, dislipemia 58,2%, obesidad 38,4%, sedentarismo 58,0%, tabaquismo 13,6%, consumo elevado de alcohol 9,4%.

Conclusiones. Los FRCV más frecuentes en hipertensos son la dislipemia, el sedentarismo, y la obesidad. La modificación del estilo de vida ha de ser un objetivo prioritario para mejorar las cifras tensionales y disminuir el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

PÓSTER Nº: 100

¿CUAL ES LA PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA? ESTUDIO PRESCAP 2010

T. RAMA MARTÍNEZ (1), P. BEATO FERNÁNDEZ (2), F.J. ALONSO MORENO (3),
J.A. DIVISÓN GARROTE (4), O. GARCÍA VALLEJO (5), R. GENIQUE MARTÍNEZ (6), A. GARCÍA LERÍN (5),
I. GIL GIL (7), S. VELILLA ZANCADA (8).

- (1) CAP EL MASNOU. EL MASNOU (BARCELONA). (2) CONSULTORI BARRI COTET. PREMIÀ (BARCELONA).
(3) CS SILLERÍA. TOLEDO. (4) CS CASAS IBÁÑEZ. ALBACETE. (5) CS ALMENDRALES. MADRID.
(6) SANT CARLES DE LA RÀPITA. TARRAGONA. (7) CAP DE VIELHA. LLEIDA.
(8) CS CENTRO SANTANDER. CANTABRIA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Objetivo. Conocer la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en la población hipertensa atendida en Atención Primaria y analizar el grado de control de la presión arterial (PA) en estos pacientes.

Metodología. Diseño: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. **Sujetos y ámbito:** Pacientes hipertensos de 18 o más años, con tratamiento farmacológico antihipertensivo los últimos 3 meses, seleccionados por muestreo consecutivo en consultas de Atención Primaria de las 17 Comunidades Autónomas de España.

Medidas e intervenciones. Variables analizadas: edad, sexo, PA, glucemia, HDL-colesterol, triglicéridos y obesidad abdominal. La PA se midió siguiendo normas estandarizadas y se consideró bien controlada cuando era <140/90 mmHg. Se consideró la presencia de SM, según la guía NCEP-ATP III actualizada (2005), el conjunto de tres de estos cinco factores de riesgo cardiovascular: glucemia plasmática en ayunas ≥ 100 mg/dl o con tratamiento farmacológico, PA $\geq 130/85$ mmHg o con tratamiento farmacológico, trigliceridemia ≥ 150 mg/dl o con tratamiento farmacológico, colesterol HDL < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres, obesidad abdominal (perímetro abdominal >102 cm en varones o > 88 cm en mujeres). El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 15.

Resultados. Se incluyeron a 8.664 hipertensos con una edad media de $66,1 \pm 11,3$ años (51,7% mujeres). El 56,0% (IC 95%, 54,9-57,1) presentaba criterios de SM. Los pacientes con SM tenían mayor edad (edad media $66,3 \pm 10,7$ años vs $65,8 \pm 12,0$ años). Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de SM (57,1%, $p=0,0001$). En los pacientes con SM se encontró un menor grado de control de la PA (56,4% vs 67,1%), $p=0,0001$.

Conclusiones. Más de la mitad de los pacientes hipertensos españoles atendidos en Atención Primaria presentan SM. Los pacientes hipertensos con SM son mujeres en un mayor porcentaje, tienen más edad y menor control de la PA.

PÓSTER Nº: 101

¿EL CONOCIMIENTO DE LOS VALORES DESEABLES DE PRESIÓN ARTERIAL ES MAYOR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE REALIZAN AUTOMEDIDA?

T. RAMA MARTÍNEZ (1), P. BEATO FERNÁNDEZ (2).

(1) CAP EL MASNOU. EL MASNOU (BARCELONA).

(2) CONSULTORI BARRI COTET. PREMIÀ DE DALT (BARCELONA).

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL, EDUCACIÓN SANITARIA, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVO

Comprobar el conocimiento de las cifras de buen control de presión arterial (PA) en los pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria según hagan o no Automedida de Presión arterial (AMPA). Diferencias según sexo.

METODOLOGIA

Diseño: Estudio descriptivo, transversal. **Población:** Todos los hipertensos mayores de 15 años de una consulta de medicina. **Duración:** 1 año. **Ámbito:** Centro de Salud semiurbano. **Material y métodos:** Cuestionario breve realizado en la consulta por el médico de forma consecutiva. **Variables:** Edad, sexo, existencia de aparato de PA en casa, lugar preferente de medida de PA, conocimiento de cifras deseables de PA sistólica (PAS) y de PA diastólica (PAD). Se consideraron cifras de buen control de PA: <140/90 mmHg. Fuente de datos: Historia clínica informatizada (e-cap).

RESULTADOS: Se encuestaron 307 pacientes hipertensos, 56,6% mujeres, edad media: 67,1 años (DE±11,9). El 57,6% tenía aparato de tensión en casa (63,1% de los hombres-53,4% de las mujeres). En los que tenían aparato de PA, el lugar preferente de medida es en casa: 88,1% (84,9% de las mujeres-91,6% de los hombres). Conocimiento de cifras de buen control de PA: PAS: 58,7% (48,3% de las mujeres-56,7% de los hombres), PAD: 68,3% (54,8% de las mujeres-83,3% de los hombres), PAS y PAD: 55,9% (44% de las mujeres-69% de los hombres). El 42,4% de los hipertensos encuestados no tenía aparato de PA en casa, 62,3% mujeres, edad media: 67,6 años. Lugar preferente de toma de PA: Centro de salud: 49,2% (54,3 % de las mujeres-40,8% de los hombres), farmacia: 40% (35,8% de las mujeres-46,9% de los hombres). Conocían las cifras de buen control de PAS: 28,4% (24,7% de las mujeres-34,7% de los hombres), PAD: 37,7% (34,5% de las mujeres-42,8% de los hombres), PAS y PAD: 22,3% (20,9% de las mujeres-24,4% de los hombres).

CONCLUSIONES:

El conocimiento de las cifras de buen control de la PA es significativamente más elevado en los hipertensos que hacen AMPA que en los que no la hacen.

Las mujeres hipertensas, tanto las que realizaban AMPA como las que no, tienen menor conocimiento de las cifras deseables de PA.

Se ha de intensificar la información sobre los valores tensionales recomendados en estos pacientes.

PÓSTER Nº: 102

AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. ¿LA REALIZAN LOS QUE MÁS LA PRECISAN?

T. RAMA MARTÍNEZ (1), P. BEATO FERNÁNDEZ (2).

(1) CAP EL MASNOU. EL MASNOU (BARCELONA).

(2) CONSULTORI BARRI COTET. PREMIÀ DE DALT (BARCELONA).

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL, ATENCIÓN PRIMARIA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La automedida de presión arterial (AMPA) ha demostrado ser una herramienta eficaz en el control de la hipertensión arterial. Los pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado son candidatos ideales para su recomendación.

OBJETIVO

Conocer las patologías concomitantes y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de los pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria que hacen Automedida de Presión Arterial (AMPA) y de los que no hacen AMPA.

METODOLOGIA

Diseño: Estudio descriptivo, transversal. **Población:** Todos los hipertensos mayores de 15 años de una consulta de medicina de familia. **Duración:** 1 año. **Ámbito:** Centro de Atención Primaria semiurbano.

Material y métodos: Cuestionario breve realizado en la consulta por el médico/enfermera de forma consecutiva al paciente o al cuidador. **Variables:** Edad, sexo, existencia de aparato de PA en casa, patologías y (FRCV) concomitantes según constase en el diagnóstico: cardiopatía, enfermedad cerebrovascular (ECV), nefropatía, diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad, tabaquismo. Fuente de datos: Historia clínica informatizada (e-cap).

Resultados: Se encuestaron 307 hipertensos, 56,6% mujeres, edad media: 67,1 años (DE±11,9). El 55,7% era mayor de 65 años (61,5% de las mujeres-48,1% de los hombres).

El 57,6% tenía aparato de tensión en casa (63,1% de los hombres-53,4% de las mujeres). Patologías y FRCV en los que hacían AMPA: cardiopatía: 20,3%, ECV: 3,9%, nefropatía: 15,8%, DM: 29,3%, dislipemia: 35%, obesidad: 38,4%, tabaquismo 11,3%.

El 42,4% de los hipertensos encuestados no hacían AMPA (46,6% de las mujeres-36,9% de los hombres) edad media: 67,5 años. Patologías concomitantes y FRCV: cardiopatía: 23,8%, ECV: 13,8%, nefropatía: 24,6%, DM: 29,2%, dislipemia: 33,8%, obesidad: 37,7%, tabaquismo 12,3%.

CONCLUSIONES

Los hipertensos que no hacían AMPA tenían un mayor porcentaje de ECV y de nefropatía respecto a los que la realizaban.

La recomendación de uso de AMPA por el personal sanitario sería más necesaria en aquellos pacientes hipertensos con riesgo cardiovascular elevado, en los cuales se precisa un control tensional más estricto.

PÓSTER Nº: 103

ESTUDIO DE CALIDAD SOBRE LA MEJORA EN EL GRADO DE COBERTURA DE LOS DIAGNOSTICOS DE FUMADOR, HTA, HIPERCOLESTEROLEMIA, OBESIDAD Y DIABETES DE UN CENTRO DE SALUD

A.A. RODRÍGUEZ (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), J. ITURRALDE IRISO (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), E. LÓPEZ DE URALDE PÉREZ DE ALBENIZ (1), M.E. ORTEGA HORRILLO (1), G. ARNAIZ GARCÍA (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), I. GÓNZALEZ CASTAÑEDA (1), J. OCHARAN CORCUERA (1).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ. (2) HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA-GASTEIZ.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: COBERTURA, RIESGO CARDIOVASCULAR, PREVALENCIA

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer el grado de mejora en el grado de cobertura de los diagnósticos de fumador, HTA, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes.

METODOLOGÍA: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población del C.S.Olaguibel (39.956 usuarios), en los que se valoró el grado de mejora en la cobertura de los diagnósticos referidos durante el periodo comprendido entre el 3º cuatrimestre de 2010 y el 2º cuatrimestre de 2007.

RESULTADOS:

MEJORA DE LA COBERTURA FUMADORES 10/07: 14.43%

* Cobertura de pacientes > 15 a. fumadores (2010): 61.50%
sobre una prevalencia esperada del 26%

MEJORA DE LA COBERTURA HTA 10/07: **7.15%**

* Cobertura de pacientes > 13 a. con HTA (2010):: 61.91%
sobre una prevalencia esperada del 25%

MEJORA DE LA COBERTURA HIPERCOLESTEROLEMIA 10/07: **18.96%**

* Cobertura pacientes entre 35-65 a. con Hipercolesterolemia (2010): 73.20%
sobre una prevalencia esperada del 18%

MEJORA DE LA COBERTURA OBESIDAD 10/07: **7.30%**

Cobertura de pacientes entre 35-65 a. con Obesidad (2010):: 35.24%
sobre una prevalencia esperada del 13.4%

MEJORA DE LA COBERTURA DIABETES 10/07 (2010): **19.86%**

* Cobertura de pacientes >13 a. con Diabetes: 116.60% sobre 09)
sobre una prevalencia esperada del 6.4%

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos reflejan una mejoría en todas las coberturas analizadas, siendo ésta más marcada en los apartados de diabetes, hipercolesterolemia y tabaquismo. Pese a todo estamos lejos de llegar a unas cifras aceptables de prevalencia detectada (sobre todo en el apartado de obesidad). La

implementación de las guías de práctica clínica, la mejora en los registros y las medidas correctoras consensuadas en el equipo pueden contribuir a la mejora del cribado y diagnóstico de estas patologías y así disminuir el número de pacientes sin el seguimiento y tratamiento adecuados por falta de una detección eficaz.

PÓSTER Nº: 104

¿HEMOS MEJORADO ESTOS 3 ÚLTIMOS AÑOS EN LA VALORACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE RESULTADO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA E HTA Y SU COMPARACIÓN CON LOS INDICADORES DE PROCESO?

A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), J.I.TURRALDE IRISO (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), E. LÓPEZ DE URALDE PÉREZ DE ALBENIZ (1), M.E. ORTEGA HORRILLO (1), M.T. HERNÁNDEZ SOTÉS (2), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), I. GÓNZALEZ CASTAÑEDA (1), J. OCHARAN CORCUERA (2).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ. (2) HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA-GASTEIZ.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: INDICADORES PROCESO, INDICADORES DE RESULTADO, HTA- COLESTEROL

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer el grado de mejora, en el cumplimiento de los indicadores de resultado de pacientes diagnosticados de HTA e Hipercolesterolemia en el periodo comprendido del 3º cuatrimestre de 2010 y al 2º cuatrimestre de 2007 y su comparación con la mejora de los indicadores de proceso de las mismas patologías.

METODOLOGÍA: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población hipertensa del C.S.Olaguibel (39.956 usuarios) dónde se valoró el grado de mejora entre en el cumplimiento en la realización de los siguientes criterios de resultado y proceso:

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Criterios de resultado (control tensión arterial: < 140/90 y < 130/80 para pacientes diabéticos). Criterios de proceso (realización de control periódico, analítica y ECG)

HIPERCOLESTEROLEMIA: Criterios de resultado (control Colesterol Total < 200). Criterios de proceso (realización de control periódico y analítica)

RESULTADOS:
HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Mejora del criterio de resultado del **4,77%** (42,50% control TA 2010) y de los criterios de proceso (control periódico, analítica y ECG) del **4,90%**, **5,04%** y **5,73%** respectivamente (sobre 50,69%, 70,92%, 65,76% del año 2010).

HIPERCOLESTEROLEMIA: Mejora del criterio de resultado del **1,31%** (33,83% control colesterol 2010) y de los criterios de proceso (control periódico y analítica) del **6,47%** y **-6,80%** respectivamente (sobre 44,72%, 48,09% del año 2010).

CONCLUSIONES: Los resultados de mejora obtenidos de los indicadores de resultado de HTA son buenos y poco relevantes en la mejora del control de la hipercolesterolemia. No obstante los resultados globales son claramente mejorables.

En la valoración de los indicadores de proceso destaca el descenso marcado del control analítico recomendado en el seguimiento de la hipercolesterolemia y el aumento relativo del resto, pero desde unos datos globales bajos.

La modificación de nuestras aptitudes terapéuticas (seguimiento de guías y protocolos, cumplimiento de objetivos, inercia terapéutica, etc.), deben ser reforzados para mejorar los indicadores de resultado de estos importantes factores de RCV

PÓSTER Nº: 105

**GRADO DE MEJORA EN LOS INDICADORES DE RESULTADO EN LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE DIABETES II DE UN CENTRO DE SALUD**

A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), J. ITURRALDE IRISO (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), E. LÓPEZ DE URALDE PÉREZ DE ALBENIZ (1), F.R. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), G. ARNAIZ G (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), I. GÓNZALEZ CASTAÑEDA (1), J. OCHARAN CORCUERA (2).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ. (2) HOSPITAL TXAGORRITXU. VITORIA-GASTEIZ.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, INDICADORES DE RESULTADO, CALIDAD

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer el grado de mejora cumplimiento de los indicadores de resultado (Control Hemoglobina Glicosilada, control T.A, control Colesterol) de pacientes diagnosticados de Diabetes II, del 2º cuatrimestre de 2007 respecto del 3º cuatrimestre de 2010.

METODOLOGÍA: Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población diabética del C.S.Olaguibel (39.956 usuarios), en los que se valoró el grado de cumplimiento en la realización de los siguientes criterios de resultado:

CONTROL HEMOGLOBINA GLICOSILADA: < 7

CONTROL TENSIÓN ARTERIAL: < 130/80

CONTROL COLESTEROL: LDL COLESTEROL < 100

RESULTADOS:

Mejora del Control Hemoglobina Glicosilada del **2,64%** (sobre 33,46% en el año 2010). Mejora del Control T.A del **6,87%**(sobre 23,42% en el año 2010).

Mejora del Control Colesterol del **3,55 %**(sobre 35,54% en el año 2010).

CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos reflejan una mejoría moderada de los indicadores referidos. No obstante pese a este avance los datos de control son malos. Pese a la implementación de las nuevas guías de práctica clínica, de cursos formativos y de actividades motivación en el seguimiento de estos pacientes, los resultados no son los esperados. Nos queda una ingente tarea en la mejora del control de nuestros pacientes diabéticos.

PÓSTER Nº: 106

HTA RESISTENTE ASOCIADA A SAOS: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON DOXAZOCINA DE LIBERACION RETARDADA

C. SALAZAR DE TROYA (1), P. GALLARDO JIMENEZ (1), C. GARCÍA FERNÁNDEZ (1),
V. GÓMEZ CARRILLO (1), A.M. ESPEJO GIL (1), M. CARRILLO DE ALBORNOZ (2),
J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), P. ARANDA (1), R. GÓMEZ-HUELGAS (1).

(1) HOSPITAL CARLOS HAYA. MÁLAGA.

(2) ESCUELA MEDICINA DEPORTIVA, H VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HTA, SAOS, DOXAZOSINA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de apnea del sueño (SAOS) es una entidad causante de HTA secundaria, en especial en individuos mayores de 50 años con factores de riesgo para aterosclerosis generalizada, destacando la obesidad.

Habitualmente se relaciona con una HTA resistente al tratamiento farmacológica, así como con una serie de entidades nosológicas que derivan en una disminución de la esperanza de vida, expresamente cardiacos.

En nuestra experiencia, la HTA secundaria a SAOS responde mal al tratamiento con CPAP/BIPAP. Y quizá pueda responder a un fármaco alfa-bloqueante de administración nocturna

OBJETIVO:

Como objetivo se plantea la descripción clínica de una cohorte de 40 pacientes con hipertensión secundaria a SAOS, los cuales presentaban todos un patrón MAPA non-dipper o Raiser. Y su respuesta a la administración nocturna de Doxazocina de liberación retardada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Muestra. Revisamos 40 pacientes (29 varones, 72,5%) constatados de HTA secundaria a SAOS procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel.

Los pacientes presentan una edad media de 49,5 ±7,5 (rango: 31-66) años, y una duración media de la HTA en el momento del diagnóstico de 11,57 ±7,31 años.

Así mismo se determinaron las variables antropométricas básicas, con 80% obesidad y 20% de sobrepeso (IMC 33,6±4,25). El 87,5% eran sedentarios, el 46,2% diabéticos, 59% tenían hipercolesterolemia, el 53,84% fumadores, solo 1 cumplía criterios de enolismo, tenía daño de órgano renal 2 pacientes y 4 pacientes tenían cardiopatía isquémica.

Los criterios de inclusión fueron: HTA con características clínicas de resistencia, que presentando criterios clínicos de SAOS previos al dx de HTA, tenían un Índice Apnea/hipoapnea mayor a 10. En todos se estudió la existencia de otra posible causa de HTA secundaria.

A todos los pacientes con TA por encima de 140/90 o patrón MAPA nocturno patológico, se añadió al tratamiento previo 4-8 mg de doxazocina antes de acostarse.

RESULTADOS:

En el momento de acudir a la consulta el 42% de los pacientes recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de $2.8 \pm 1,3$ fármacos.

Las TAS iniciales fueron $150,55 \pm 22,6$ mmHg y TAD $89,17 \pm 12,69$ mmHg al inicio del seguimiento.

Basalmente, se consideró que tenían unas TA aceptables 12 pacientes (30,79%).

En seguimiento medio de 3 años después de tratamiento las cifras tensionales fueron menores de 140/90 en 25 pacientes 64% ($p < 0,01$).

2 pacientes de nuevo diagnóstico respondieron aceptablemente a la introducción de cpap.

CONCLUSIONES:

La HTA secundaria a S de Apnea el sueño es difícil de controlar con 3 fármacos.

El efecto de doxazocina de liberación retardada es altamente efectivo en el control de este tipo de HTA.

PÓSTER Nº: 107

BLOQUEADORES DE LA RENINA EN LA HTA RENOVASCULAR RESSTENTE A TRATAMIENTO

C. SALAZAR DE TROYA (1), A.M. ESPEJO GIL (1), V. GÓMEZ CARRILLO (1), V.A. BUONAIUTO (1),
M. CARRILLO DE ALBORNOZ (2), J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), P. ARANDA (1), R. GÓMEZ-HUELGAS (1).

(1) HOSPITAL CARLOS HAYA. MÁLAGA.

(2) ESCUELA MEDICINA DEPORTIVA, H VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HTA, RENOVASCULAR, ALISKIREN

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La HTA renovascular es una causa no despreciable de hta en especial en individuos mayores de 50 años con aterosclerosis generalizada. Habitualmente cursa como una HTA resistente. Etiológicamente, viene provocada por el aumento de la actividad de renina plasmática como consecuencia de la isquemia renal.

Con la reciente comercialización de Aliskiren, un bloqueador de la renina, se dispone de un nuevo instrumento para controlar aquellos sujetos especialmente resistentes a tratamiento médico y sin posibilidades intervencionistas.

OBJETIVO:

Se plantea la descripción del efecto del aliskiren sobre los paciente con pobre control de TA en una cohorte de 74 pacientes con hipertensión renovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisamos 74 casos constatados de HTA renovascular procedentes de una consulta monográfica de HTA de un hospital de tercer nivel.

Los criterios de inclusión fueron: HTA renovascular confirmada, pobre control de TA o patron MAPA patológico, tolerancia aceptable a aliskiren.

DESCRIPCION: sobre una cohorte de 31 varones (41,9%) y 43 mujeres, 69±16,49 años, 23 pacientes con CrCl por debajo 60 ml/min, cifras de creatinina de 0,95±0,49.

15 (20,54%) pacientes fueron seleccionados para tratamiento con aliskiren 300 mg/día, añadiendo este al tratamiento previo.

RESULTADOS:

Los 14 de los 15 pacientes en tratamiento redujeron sus cifras de TA ($p < 0.001$).

6 de los 15 pacientes consiguieron el objetivo de una TA por debajo de 140/90.

Ningún paciente presentó niveles de kaliemia por encima de 5,5 mEq/l, a pesar de su asociación a fármacos bloqueadores del eje RAA (ieca y ARA-II).

CONCLUSIONES:

Aliskiren, un bloqueador de la renina, es un nuevo instrumento para controlar la TA de pacientes con HTA renovascular especialmente resistentes a tratamiento médico y sin posibilidades intervencionistas.

El aliskiren produce una mejoría discreta, pero significativa, en las cifras tensionales de estos pacientes. No se observaron efectos secundarios relacionados con los niveles de potasio.

PÓSTER Nº: 108

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y CADA UNO DE SUS COMPONENTES EN LA MENOPAUSIA

P.J. TARRAGA LOPEZ (1), M.P. ORGAZ GALLEGO (2), M.A. TRICIO ARMERO (2),
M.L. MARCOS NAVARRO (3), J. SOLERA ALBERO (4), M.A. PALOMINO MEDINA (2),
M.A. LOPEZ CARA (4), A. CELADA RODRIGUEZ (4), E. ARJONA LABORDA (4), J.L. CASTRO NAVARRO (4).

(1) FACULTAD MEDICINA. ALBACETE. (2) CENTRO SALUD. CUENCA. (3) HOSPITAL. ALBACETE.
(4) CENTRO SALUD. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: MENOPAUSIA, FACTORES RIESGO VASCULAR, RESISTENCIA INSULINICA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El Síndrome metabólico (SM), ha cobrado un gran auge en los últimos años. Se trata de la presencia en un mismo individuo de varios factores de riesgo metabólico, interrelacionados entre sí, (obesidad abdominal, dislipemia aterogénica, hipertensión arterial y resistencia insulínica).

De todas las definiciones existentes, el Third Report National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults establece el diagnóstico, cuando se cumplen al menos 3 ó más de los siguientes criterios:

-Perímetro de cintura ≥ 102 cm en varones ó ≥ 88 cm en mujeres-Triglicéridos ≥ 150 mg/dl,-HDLc < 40 mg/dl en varones ó < 50 mg/dl en mujeres,-Tensión arterial $\geq 130/85$ mmHg, -Glucemia basal > 110 mg/dl. Según ATP-III, 2001: > 100 mg/dl (incluyendo diabetes).

La importancia del SM radica en su alta prevalencia, pues afecta a 1 de cada 5 adultos aumentando con la edad, con predominio en el sexo femenino y en que su presencia, implica un riesgo incrementado de desarrollar enfermedad cardiovascular aterosclerótica y/o diabetes mellitus.

No hay datos sobre SM referidos a la provincia de Cuenca, lo cual, nos motivó a la realización de este estudio. Por otra parte, al tratarse de un síndrome que agrupa varios FRCV y teniendo en cuenta que en la menopausia se ponen de manifiesto muchos de ellos, centramos el estudio en las mujeres con menopausia establecida.

OBJETIVOS

-Estimar la prevalencia del Síndrome metabólico en una muestra de mujeres menopaúsicas de la Zona Básica de Salud de Tarancón

- Conocer la prevalencia de cada uno de los criterios que definen el síndrome, según el NCEP-ATP III.

MATERIAL Y METODOS

-Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, transversal

-Participantes: Mujeres menopaúsicas que cumplieran criterios de SM, según el NCEP-ATP III.

-Selección de la muestra: Mediante muestreo aleatorio probabilístico simple se escogieron 4 de los 8 cupos médicos del centro. De ellos, se extrajo un listado de las mujeres ≥ 45 años comprobando las que cumplieran los criterios de inclusión exigidos. Se les informó del estudio que se iba a realizar y a las que

consintieron voluntariamente en participar, se les dió un volante de analítica, citándolas posteriormente para resultados, medidas antropométricas, medir su tensión arterial y completar datos de su historia.

-Ubicación: APS de la Zona Básica de Salud urbana de Tarancón (Cuenca).

-Variables: Edad (años), Edad de la menopausia, Peso (kg), Talla (cm), IMC, Perímetro cintura (cm), TAS, TAD, Glucemia basal, Colesterol total, HDLc, LDLc, CT/HDLc.

El cálculo del tamaño muestral se realizó con la fórmula $n = Z^2pq/d^2$ que surge del cálculo del intervalo de confianza del 95% para proporciones donde n es el tamaño muestral, Z tiene un valor de 1.96 en las tablas de distribución normal tipificada para un nivel de confianza del 95%, p es la prevalencia estimada (40%), $q=1-p$ y d la precisión del estudio (0.05). El tamaño muestral mínimo debía ser 368. La n total fue de 400.

RESULTADOS. La prevalencia fue del 61.73%. La prevalencia de cada uno de los criterios definitorios, por orden decreciente fue hipertensión arterial (95.8%), obesidad (IMC > 28.8 ó perímetro cintura > 88cm) (91%). Casi un 70% tenían un HDLc < 50 mg/dl, un 56.9% tenían niveles de triglicéridos > 150 mg/dl y 54.3% presentaron cifras de glucemia en ayunas > 110 mg/dl, eran diabéticas o tenían tratamiento hipoglucemiante.

CONCLUSIONES.

-El SM tiene una prevalencia muy elevada entre las mujeres menopaúsicas de nuestra zona básica de salud.

-La HTA es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente, seguida muy de cerca de la obesidad central.

-El resto de los criterios que definen el SM, tienen prevalencias superiores al 50%.

-Como profesionales sanitarios y proveedores de salud que somos, debemos informar a las pacientes del riesgo que comporta este síndrome, intentar prevenir su aparición haciendo hincapié en la adopción de estilos de vida saludables (dieta y ejercicio) y evitar la inercia terapéutica.

PÓSTER Nº: 109

**PREVALENCIA DE LOS DIFERENTES ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SEGÚN
FILTRADO GLOMERULAR POR FÓRMULAS DE MDRD-4 Y CKD-EPI Y RELACIÓN CON LA
MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR**

F.J. TOVILLAS MORÁN (1), E. ZABALETA DEL OLMO (2), J.M. GALCERÁN (3),
M. VILAPLANA COSCULLUELA (4), A. DALFÓ BAQUÉ (4).

(1) EAP MARTÍ I JULIÀ. CORNELLÀ-BARCELONA. (2) IDIAP JORDI GOL. BARCELONA.
(3) FUNDACIÓN ALTHAIA. MANRESA-BARCELONA. (4) EAP GÒTIC. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, FILTRADO GLOMERULAR, MORBIMORTALIDAD
CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Determinar la prevalencia de los diferentes estadios de enfermedad renal crónica (ERC) según el filtrado glomerular (FG) estimado mediante las fórmulas de MDRD-4 y CKD-EPI, y analizar su asociación con la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en una cohorte de hipertensos seguida durante 12 años.

MÉTODOS USADOS:

Estudio prospectivo de una muestra aleatoria de 223 hipertensos libres de ECV atendidos en un centro de Atención Primaria urbano.

Se consideró como ECV la aparición de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, vasculopatía periférica y muerte por ECV.

Se utilizaron modelos de regresión de Cox para determinar el riesgo cardiovascular asociado al FG ajustado por el resto de variables.

RESULTADOS:

La mayoría de los hipertensos presentaban estadios 2 (47, 5% por MDRD-4 y 47,1% para CKD-EPI) y 3 (51,1% para MDRD-4 y 51,1% para CKD-EPI). Dentro del estadio 3, el 3a era más frecuente: 86,8% (MDRD-4) y 83,3% (CKD-EPI).

La concordancia entre ambas estimaciones fue alta (Kappa = 0,869).

La mediana de tiempo de seguimiento fue de 10,7 (rango intercuartílico, 6,5-2, 1) años.

El seguimiento se completó en 191 participantes (85,7%).

El $FG \geq 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ se asociaba con un mayor riesgo de presentar un ECV, tanto en el caso del estimado con la MDRD-4 (Hazard Ratio (HR), 2.30; Intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,33-3,99), como con la CKD-EPI (HR, 2,24; IC del 95%: 1,30-3,84).

CONCLUSIONES:

Los estadios de ERC más frecuentes fueron el 2 y el 3, sobre todo el 3a.

Se observó una relación entre la aparición de ECV y los valores de $FG > = 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, inversa a la esperada.

PÓSTER Nº: 110

SALUD RENAL Y CARDIOVASCULAR DE ASTURIAS. ESTUDIO RENASTURIAS

S. TRANCHE IPARRAGUIRRE (1), I. RODRIGUEZ PASTORE (2), K. MIGUELEZ MORAN (1), J. ARENAS (3),
R. MARIN IRANZO (4), F. ORTEGA SUAREZ (2), B. DIEZ (5), C. GONZALEZ (6), J. TARRAZO (6),
F. FERNANDEZ VEGA (2).

(1) CENTRO SALUD EL CRISTO. OVIEDO. (2) S.NEFROLOGIA.HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE
ASTURIAS. OVIEDO. (3) CAIBER. OVIEDO. (4) CENTRO MEDICO. OVIEDO. (5) HOSPITAL VALLE DEL
NALON. SAMA DE LANGREO. (6) CENTRO SALUD POLA DE SIERO. POLA DE SIERO.
(7) EN REPRESENTACION GRUPO RENASTURIAS.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, PREVALENCIA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública y representa, además, un factor de riesgo cardiovascular independiente y aditivo.

Objetivo Principal: Estimar la prevalencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadios 3 y 4 en población general de entre 50 y 80 años. En una segunda fase se analizará la frecuencia relativa de progresión a insuficiencia renal terminal e identificación de los marcadores que puedan determinar su progresión en una cohorte de seguimiento longitudinal prospectivo.

Material y Métodos: Estudio epidemiológico transversal con selección por muestreo aleatorio simple de población general de edad comprendida entre 50 y 80 años. El tamaño muestral se calculó en base a datos de prevalencia de diferentes estudios y con un nivel de confianza del 99% (error alfa estimado del 0,05%) resultando un total de 1.201 sujetos pertenecientes a 6 Centros de Salud. Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos, clínicos y antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular y renal y presencia de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular. Se realizó hemograma y bioquímica general con estimación del filtrado glomerular por fórmula MDRD y excreción urinaria de albúmina. Se evaluó la asociación de variables cualitativas según la prueba de Chi Cuadrado y mediante el test de la "t" de Student en el caso de las variables cuantitativas. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v 15.0 para Windows. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias.

Resultados. Se incluyeron 1.222 personas de 70,8 años de edad media (7DS), 535 (43,6%) mujeres. La prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica estadios 3-5 fue del 10,7% (9,9% estadio 3; 0,5% estadio 4 y 0,3% estadio 5). La microalbuminuria en rango de 30 a 300 mg/g estaba presente en el 8,7% y en cifras superiores a 300 mg/g en el 1,6%. Los pacientes con Insuficiencia Renal ($FGe < 60$ ml/min) eran de mayor edad (74 vs 70,5 años, $p < 0,001$) con cifras más elevadas de colesterol total (215,2 mg/dl vs 201,7, $p = 0,005$) y perímetro abdominal (100,4 vs 97,6 cms, $p = 0,07$). Asimismo presentaron mayor prevalencia de Hipertensión Arterial (15,7% vs 6,8%, $p < 0,001$), diabetes (18,8% vs 10%, $p < 0,001$), Cardiopatía Isquémica (23,8% vs 10,2%, $p < 0,001$), Insuficiencia Cardíaca (34,5% vs 10,8%, $p < 0,001$), Enfermedad Arterial Periférica (20,5% vs 10,9%), $p = 0,001$.

Conclusiones.

La prevalencia de insuficiencia renal crónica determinada por filtrado glomerular estimado en población general de 50 a 80 años es del 10,7%.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica comparado con los que tienen filtrado glomerular >60 ml/min/1,73 m² son de mayor edad y presentan mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y enfermedad arterial periférica.

La detección precoz de sujetos con enfermedad renal crónica puede facilitar las medidas de prevención primaria y secundaria, el tratamiento de las complicaciones y, probablemente, una importante reducción en el gasto sanitario.

PÓSTER Nº: 111

INFLUENCIA DE LOS GENOTIPOS ECA Y ENOS EN LA HIPERTENSIÓN, DIABETES, Y ENFERMEDAD RENAL: DATOS DEL ESTUDIO RENASTURIAS

S. TRANCHE IPARRAGUIRRE (1), E. COTO (2), B. TAVIRA (2), K. LOPEZ CORTE (2), M. PRIETO (3), A. ALVAREZ COSMEA (4), A. COMAS (5), P. REBOLLO (6), R. VILLA ESTEBANEZ (7), E. SANCHEZ (8).

(1) CENTRO SALUD EL CRISTO. OVIEDO. (2) GENETICA MOLECULAR.HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO. (3) CENTRO SALUD VALLOBIN-CONCINOS. OVIEDO. (4) CENTRO SALUD VENTANIELLES. OVIEDO. (5) CENTRO SALUD OTERO. OVIEDO. (6) BAP HEALTH OUTCOMES. OVIEDO. (7) CENTRO SALUD GRADO. GRADO. (8) S.NEFROLOGIA.HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL ASTURIAS. OVIEDO. (9) EN REPRESENTACIÓN DEL GRUPO RENASTURIAS.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: POLIMORFISMOS, GENES DE LA ENZIMA CONVERSORA DE LA ANGIOTENSIONA, OXIDO NÍTRICO SINTETASA

RESUMEN:

Objetivo. Determinar la relación entre los genotipos de los polimorfismos de los genes de la enzima conversora de la angiotensina (ECA) y óxido nítrico sintetasa endotelial (eNOS) y las cifras de presión arterial/riesgo de HTA y los valores analíticos relacionados con la función renal, en la población del Proyecto Renasturias.

Métodos. Estudio epidemiológico transversal con selección por muestreo aleatorio simple en población general de edad comprendida entre 50 y 80 años para estimar la prevalencia de enfermedad renal crónica en estadios 3 y 4. En una segunda fase se analizara la frecuencia relativa de progresión a insuficiencia renal terminal e identificación de los marcadores que puedan determinar la progresión, en una cohorte de seguimiento longitudinal prospectivo. Se elaboró un protocolo de recogida de datos demográficos clínicos y antecedentes familiares y personales de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular y renal. Se obtuvo ADN de 683 personas de la población de Asturias y se determinó su genotipo para los polimorfismos ECA-I/D y eNOS-VTR (alelos 4a/4b). La edad media era de 71 años (rango 51-81), 58% mujeres. Se obtuvieron los principales valores bioquímicos en sangre con estimación del filtrado glomerular por la formula MDRD y excreción urinaria de albúmina. Se calculó la relación estadística entre los genotipos y las diferentes variables. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Asturias.

Resultados. La edad media fue de 71 años (rango 51-81), 58% mujeres. No se encuentran diferencias significativas en la relación entre los genotipos del polimorfismo de la eNOS y la HTA, DM2, y ER. Se observan valores de creatinina y albuminuria significativamente mayores en los portadores de alelo 4a frente a los homocigotos 4b/4b. Al analizar la relación entre la DM2 y la ER, hallamos una mayor frecuencia del genotipo portador 4a en los diabéticos con ER (n=6, 60%) frente a los diabéticos 4b/4b (n=4, 40%). En los pacientes sujetos con DM2 y ER, las cifras de albuminuria eran significativamente más elevadas en los portadores 4a frente a los 4b/4b (30.70 vs. 15.23 md/dl).

	4a4a+4a4b		4b4b		p</p>
	ER +	ER-	ER+	ER-	
DM2+	6 (13%)	39 (87%)	4 (3%)	142 (97%)	0,012
DM2-	2(2%)	115 (98%)	17 (5%)	336 (95%)	NS

Conclusiones. Ni el genotipo ECA-ID ni el eNOS VTR (4a/4b) se hallaron relacionados con la HTA en nuestra población. Los portadores del alelo eNOS-4a presentaban valores analíticos de la función renal significativamente peores que los homocigotos 4b/4b. El alelo 4a se ha relacionado con niveles circulantes más bajos de óxido nítrico, y mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Su relación con la función renal, medida a través de los valores analíticos en sangre, podría explicar el mayor riesgo de sufrir enfermedad renal entre los diabéticos con genotipos portadores 4a.

PÓSTER Nº: 112

COMPLICACIONES DE LA FIBRILACION AURICULAR EN UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. VICENTE PRIETO (1), M.Á. IGLESIAS SALGADO (1), C. GONZÁLEZ ÁLVAREZ (2), C. LUCAS ÁLVAREZ (2),
C.M. BECERRO MUÑOZ (1), M.B. ANDRÉS GALACHE (1).

(1) CENTRO DE SALUD MIGUEL ARMIJO. SALAMANCA.

(2) SERVICIO DE NEFROLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FIBRILACIÓN AURICULAR, COMPLICACIONES, EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más frecuente; afecta al 1-2% de la población general y su incidencia aumenta con la edad. Constituye un importante factor de riesgo para el accidente cerebrovascular, de tal forma que uno de cada cinco ACV se atribuye a esta arritmia y el riesgo de muerte se duplica en aquellos ictus asociados a fibrilación auricular.

Entre las complicaciones que origina, además de los accidentes cerebrovasculares, se encuentran la insuficiencia cardiaca y la embolia periférica.

La FA se asocia a una elevada tasa de mortalidad, pérdida de calidad de vida, y hospitalizaciones. Consideramos importante hacer una revisión de la presencia de complicaciones asociadas a esta arritmia en nuestros pacientes, así como del tratamiento farmacológico instaurado.

OBJETIVO

Investigar la incidencia de las complicaciones debidas a fibrilación auricular en nuestros pacientes.

Revisar el plan terapéutico de base que siguen todos los pacientes de nuestro cupo con dicha arritmia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Del total de pacientes pertenecientes a una consulta de Atención Primaria, seleccionamos aquellos de los 1601 del cupo total que han sido diagnosticados de fibrilación auricular en los últimos 10 años.

Se excluyen del estudio tres pacientes cuyo diagnóstico de FA se realizó hace más de 10 años y un paciente que falleció en este periodo de tiempo, no por complicaciones de la arritmia.

Obtenemos un grupo de 29 pacientes, que suponen el 1,8% del cupo, de los cuales 13 son mujeres (44,83%) y 16 hombres (55,17%).

Además del sexo, hemos tenido en cuenta la edad y el tiempo de evolución de la arritmia; el empleo o no de anticoagulante oral en asociación en algunos casos a antiagregación, así como el/los fármacos empleados en el control de la frecuencia cardiaca.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Realizamos un estudio descriptivo observacional, analizando todos los pacientes de nuestro cupo total que han sido diagnosticados de fibrilación auricular en los últimos 10 años. Revisamos el tratamiento, en relación con la arritmia, que sigue cada uno de ellos.

Para el análisis estadístico de los datos y tratamiento de las variables cuantitativas se utilizó la media y la mediana. Las variables cualitativas se han expresado en números absolutos y en frecuencias teóricas (porcentajes).

RESULTADOS

Del total de pacientes (1601 personas) pertenecientes a nuestra consulta de Atención Primaria, seleccionamos aquellos que han sido diagnosticados de fibrilación auricular en los últimos 10 años. Obtenemos un grupo de 29 pacientes, que suponen el 1,8% del cupo (lo que podría equipararse a la incidencia poblacional de esta arritmia), de los cuales 13 son mujeres (44,83%) y 16 hombres (55,17%). La edad de nuestros pacientes con fibrilación auricular está comprendida entre los 60 y los 93 años, con una media de 79.97 años. La mediana de edad de nuestro grupo es de 80 años.

El tiempo de evolución de la arritmia en el grupo seleccionado oscila entre el año y los 10 años, con una media de 3.87 y una mediana de 4 años de evolución.

La complicación más frecuente entre nuestros pacientes es el ictus, afectando al 27.59%. De ellos el 75% son hombres y el 25% mujeres. De todos los pacientes que han presentado esta complicación, solo unos de ellos no está anticoagulado. La anticoagulación se suspendió al presentar un ictus hemorrágico extenso, tras lo cual se mantuvo solamente con antiagregante oral.

Del total de pacientes con fibrilación auricular, 3 de ellos (el 10,34%) han presentado en estos 10 años isquemia de miembros inferiores y el tiempo de evolución de la arritmia en éstos oscila entre los 2 y los 6 años. Sólo unos de estos pacientes no estaba anticoagulado.

En general, la insuficiencia cardiaca sintomática está presente en el 30% de los pacientes con FA. En nuestro caso, sólo 5 de los 30 pacientes la presentan (el 13,79%). De ellos, 2 están en tratamiento con digital asociada a beta-bloqueante cardioselectivo; 1 sólo con beta-bloqueante y 2 no tienen fármaco específico para el control de la frecuencia cardiaca.

En cuanto al tratamiento farmacológico, el 93.1% de los pacientes está anticoagulado con acenocumarol. De los únicos 2 pacientes no anticoagulados; uno de ellos se debe a negativa del propio paciente y el otro debido a ictus hemorrágico extenso con importantes secuelas neurológicas, por lo que se decidió mantener sólo antiagregación.

Tan solo uno de nuestros pacientes está anticoagulado y antiagregado, debido a que padece trombocitosis esencial, que aumenta el riesgo de eventos tromboembólicos.

En cuanto al fármaco empleado para el control de esta arritmia, podemos establecer los siguientes grupos:

- El 44.82% de los pacientes está en tratamiento con un beta-bloqueante cardioselectivo
- EL 31.03% con digital
- El 13.87% de nuestros pacientes con FA sigue tratamiento con un calcio-antagonista no dihidropiridínico (Verapamil o Diltiazem)
- Sólo 2 pacientes está en tratamiento antiarrítmico con Flecainida y en los 2 casos asociada a un beta-bloqueante cardioselectivo.

CONCLUSIONES

La fibrilación auricular es la arritmia cardiaca más frecuente y su prevalencia aumenta con la edad.

Los varones están más afectados de esta arritmia que las mujeres.

La fibrilación auricular aumenta el riesgo de ictus y además los accidentes cerebrovasculares asociados a esta arritmia son de peor pronóstico.

La insuficiencia cardiaca sintomática está presente en gran parte de los pacientes que padecen fibrilación auricular

La presencia de fibrilación auricular conlleva mayor riesgo de eventos tromboembólicos.

La fibrilación auricular aumenta la mortalidad y empeora la calidad de vida de los pacientes que la padecen, originando más hospitalizaciones y costes.

En cuanto al tratamiento, no existen diferencias entre el mantenimiento del ritmo sinusal y el control de la frecuencia ventricular. La anticoagulación ha demostrado mayor eficacia que la antiagregación en la prevención de ictus y otros eventos tromboembólicos en pacientes con fibrilación auricular.

**MEDIDA DE PRESIÓN
ARTERIAL: MAPA,
AMPA, PRESIÓN
ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO**

PÓSTER Nº: 113

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE FEED-BACK CON AMPA EN HIPERTENSOS QUE
DESARROLLAN SEÑALES INTERNAS DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

L. LÓPEZ GARCÍA-RAMOS (1), L. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (2), F.J. ATIENZA MARTÍN (1), F. REVUELTA
PÉREZ (2), J.C. PASTORIZA VILAS (1), P. JIMÉNEZ ROSALES (1), M.C. GONZÁLEZ GUTIERREZ (1),
M. GARRIDO LOZANO (1), N. VILLEGAS CARDEÑAS (1), C. LOSADA RUIZ (1).

(1) UGC ADORATRICES (DS HUELVA-COSTA). HUELVA.

(2) DPTO PSICOLOGÍA (UNIVERSIDAD DE HUELVA). HUELVA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, ATENCIÓN PRIMARIA, AMPA

RESUMEN:

Propósito: estudiar si una intervención de feed-back con AMPA modifica la percepción de síntomas de control de la presión arterial (PA) en hipertensos con síntomas. Valorar la influencia de la intervención en el cumplimiento terapéutico

Metodología:

- Entrevista estructurada para valorar la presencia de señales internas
- Feed-Back mediante programa de AMPA
- Estadística descriptiva e inferencial con Ji-cuadrado (y test exacto de Fisher)

Resultados:

- Muestra 184 HTA
- Mujeres 60.3% (111)
- Edad media 59.3 años (DE 7.8)
- Años de HTA: 8 (DE 7.8)
- Presentan señales internas 51.6%
- Intervención en 28 hipertensos con señales
- Intervención positiva (síntomas + PA normal) en 14 pacientes (50%)
- Intervención negativa (síntomas + PA alta) en 10 pacientes (35,7%)
- No hubo registros por falta de síntomas en 4 pacientes (14,3%)
- Se les pregunto tras la intervención si tenían señales: SI 18 (64,3%) y NO 10 (35,7%). Todos los que no tenían señales fue tras una intervención positiva (P= 0.001).
- El 100% del grupo control (sin intervención) y las intervenciones sin registros por falta de síntomas seguía teniendo señales

Conclusiones:

La intervención con AMPA puede modificar la percepción de síntomas de control de la PA en hipertensos. Esto puede tener trascendencia en el cambio de conducta de los hipertensos en relación con su PA.

PÓSTER Nº: 114

**EFFECTO DE LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA SOBRE LA TENSIÓN ARTERIAL Y LOS
PARÁMETROS DE RIGIDEZ ARTERIAL. (RESULTADOS PRELIMINARES)**

L. BETANCOURT (1), J. ALMIRALL (1), X. POMARES (1), P. PEÑA (1), R. SERRANO (1), S. OTERO (1),
M. BOLOS (1), M. VALENZUELA (1), M. GARCIA (1).

(1) CORPORACIÓ PARC TAULÍ. INSTITUT UNIVERSITARI PARC TAULÍ (UAB). SABADELL.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HÁBITO TABÁQUICO, RIGIDEZ ARTERIAL, TENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: El hábito tabáquico es un factor de riesgo cardiovascular reconocido. La rigidez arterial se configura como un parámetro de lesión vascular. Pocos estudios relacionan el abandono del tabaco y los parámetros de rigidez arterial. El objetivo del estudio es analizar los efectos del abandono del tabaco sobre la presión arterial, la frecuencia cardiaca y los parámetros de rigidez arterial.

Material y método: Estudio prospectivo de seguimiento en un grupo de fumadores activos que inician deshabituación tabáquica. Los pacientes que fracasan en la deshabituación constituyen el grupo control. Se determinaron la frecuencia cardiaca, presión arterial, velocidad de la onda del pulso, Índice de aumento y presión arterial aórtica central; basal, a los 3 y 12 meses (Equipo Sphygmocor).

Resultados: Se han incluido hasta el momento 45 pacientes (51% mujeres, edad 42±9) habiendo completado el estudio a los 3 meses 26 pacientes y a los 12 meses 15. A los 3 meses el 51% mantienen la abstinencia del tabaco. En cuanto a los parámetros hemodinámicos se encontraron diferencias significativas en el grupo casos en: la presión arterial sistólica 121 vs 116 ($p<0,04$), la presión arterial sistólica central 112 vs 106 ($p<0,035$) y el Índice de Aumento 23,8 vs 21,3 ($p<0,05$). En cuanto a la frecuencia cardiaca y la Velocidad de la onda del pulso, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas 73,1 vs 68,1 ($P= 0,19$) y 7,0 vs 6,7 ($p= 0,2$) respectivamente. En el grupo control no se encontraron diferencias en ninguno de los parámetros, destacando: la presión arterial sistólica 120,6 vs 120, la presión arterial sistólica central 110 vs 111, el Índice de Aumento 23,3 vs 25,6 , frecuencia cardiaca 76,7 vs 76,8 y la velocidad de la onda del pulso 6,8 vs 6,9 .

Al año de seguimiento se registró un aumento del Índice de masa corporal en el grupo casos 22,1 vs 23 ($P< 0,04$) y un descenso de la frecuencia cardiaca 80 vs 69 ($P<0,03$). El resto de parámetros hemodinámicos mostraron una tendencia a la mejoría, aunque sin alcanzar significación estadística debido al tamaño muestral ($n=7$). No se registraron diferencias significativas en el grupo control; aunque en los parámetros de rigidez arterial presentaron un empeoramiento ($n=8$).

Conclusiones: Los resultados preliminares de este estudio muestran una clara tendencia a mejorar los parámetros hemodinámicos y de rigidez arterial al abandonar el hábito tabáquico, que ya es evidente a los 3 meses.

PÓSTER Nº: 115

LA OBESIDAD INCREMENTA LA RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS CONTROLADOS

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), S. GARCIA RUIZ (1), S.J. MARTINEZ GONZALEZ (1),
A.M. NUÑEZ GALDAMEZ (2), R. FERNANDEZ GONZALEZ (3).

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALBACETE. (2) CENTRO DE SALUD DE VILLACERRADA.
ALBACETE. (3) CENTRO DE SALUD DE VILLARROBLEDO. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: RIGIDEZ ARTERIAL, OBESIDAD., PRESIONES CENTRALES.

RESUMEN:

INTRODUCCION: es conocido que los pacientes obesos (PO), tienen mas dificultades para el control adecuado de la hipertension arterial (HTA), y que cuando reducen su peso, muchas veces es necesario disminuir la medicación que toman pues el control de la HTA se vuelve mas acequible. Sin embargo, no tenemos mucha información sobre el comportamiento de la rigidez arterial y de las presiones centrales de estos PO comparados con los hipertensos no obesos.

OBJETIVOS: comparar los valores del indice de aumento, presión de pulso y presiones centrales en hipertensos obesos respecto a los no obesos con similares cifras de tensión arterial.

MATERIAL Y METODOS: de un grupo de 386 pacientes con HTA controlada (< 140/80 en la consulta), separamos a 86 PO con indice de masa corporal (IMC) igual o superior a 29 y los comparamos con el resto cuyo IMC era inferior a 29. A todos se les realizó un estudio con MAPA de 24 horas, y se les midieron el indice de aumento (AI), la presión de pulso (PP), y las presiones centrales sistolica y diastolica (PSC, PDC). Los resultados entre los dos grupos los hemos comparado y los exponemos en la siguiente tabla:

DATOS	AI	PP	PSC	PDC
HTA OBESOS	24±4*	53±5*	121±5	81±4*
HTA NO OBESOS	15±3	42±4	116±4	73±4

*igual a p menor de 0.05.

CONCLUSIONES: los PO tienen una rigidez arterial medida mediante el indice de aumento y la presión de pulso significativamente aumentadas a pesar de tener controladas las tensiones arteriales braquiales en relación a los hipertensos no obesos. Asimismo, presentan unas tensiones arteriales centrales diastolicas significativamente mayores que los no obesos. Estos datos confieren a estos pacientes un riesgo vascular que puede no ser aparente si no realizamos los estudios adecuados y ademas, requerirán de un tratamiento diferenciado respecto a los otros pacientes.

PÓSTER Nº: 116

RIGIDEZ ARTERIAL E HIPERTROFIA DEL VENTRICULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS COMPARADO CON AQUELLOS SIN CRISIS HIPERTENSIVAS

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), S. GARCIA RUIZ (1), A. GONZALEZ (2), S. GONZALEZ MARTINEZ (1), R. FERNANDEZ GONZALEZ (3).

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALBACETE.

(2) CENTRO DE SALUD DE VILLARROBLEDO. ALBACETE. (3) CENTRO DE SALUD. CUENCA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: CRISIS HIPERTENSIVAS, RIGIDEZ ARTERIAL, HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA

RESUMEN:

INTRODUCCION: las crisis hipertensivas (CH), representan alrededor del 2-5% de las consultas en urgencias, y si bien el tratamiento de las mismas esta bien establecido, no tenemos muchos datos respecto a las características de los pacientes (P) que tienen CH respecto a los que no los tienen.

OBJETIVO: En el presente estudio hemos valorado la presencia de hipertrofia del VI, microalbuminuria y la rigidez arterial de un grupo de P con CH respecto a otro grupo sin CH.

MATERIAL Y METODOS: hemos estudiado a 25 P (15 mujeres y 10 varones , 59±6 años) con CH atendidos en Urgencias dentro del mes del episodio y los hemos comparado con un grupo de 50 P (20 mujeres y 30 hombres)de similar edad que no tuvieron ningún episodio conocido de CH en los últimos 3 años.A todos se les realizó un ecocardiograma para medir la masa del VI (MVI), tamaño de la aurícula izda (AI) ,un estudio con MAPA para valorar la de tension arterial sistólica y diastólica (TAS;TAD), el índice de rigidez arterial ambulatoria (IRAA) y una microalbuminuria de 24 hs (MCALB).

RESULTADOS: los exponemos en la siguiente tabla:

DATOS	TAS	TAD	MVI		AI (mm)	IRAA	MCALB
			M	H			
CH	143±5	84±4	195±9	254±7	43±5	0.8±0.2	29±9
SIN CH	122±5*	78±4*	164±8	219±8*	38±3*	0.4±0.2*	14±5*

*significa valor de $p \leq 0.05$; M=mujeres ;H= hombres.

CONCLUSIONES: Los P con CH tienden a tener un peor control de sus cifras tensionales observándose además una mayor masa VI y tamaño de la aurícula izda, así como una rigidez arterial significativamente mayor que aquellos pacientes sin CH. Asimismo los niveles de microalbuminuria de 24 hs., tienden a ser significativamente mas altos en dichos P, por todo lo cual debemos extremar el seguimiento de los mismos ya que parecen tener un riesgo cardiovascular mayor a pesar del tratamiento.

PÓSTER Nº: 117

**MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL EN UN CENTRO DE SALUD.
HABLAMOS DE NUESTRA EXPERIENCIA**

Y.C. SANTAMARIA CALVO (1), M.T. CAMPILLOS PAEZ (1), M.A. DELGADO VALERA (1),
R.A. TANG VALDEZ (1), A. DIAZ MARTINEZ (1), R. JIMENEZ DIAZ (1), R. MELGUIZO BENAVIDES (1),
B.M. MARTINEZ ALONSO DE ARMIÑO (1), M.P. AVILA SANCHEZ (2), M.J. GARROTE PEÑUELAS (3).

(1) CENTRO DE SALUD POTES. MADRID. (2) CENTRO DE SALUD GENERAL FANJUL. MADRID.
(3) HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: AMBULATORY MONITORING BLOOD PRESSURE, BLOOD PRESSURE, PRIMARY CARE

RESUMEN:

INTRODUCCION: La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), es una técnica que se emplea como diagnóstico, evaluación y seguimiento del hipertenso y cada vez está cobrando más fuerza en las consultas de atención primaria.

OBJETIVOS:

- Estudiar el perfil del paciente hipertenso que accede al MAPA en las consultas del centro de salud.
- Estudiar la clasificación del paciente según cifras de presión arterial clínica y MAPA.

MATERIAL Y METODOS: se incluyen los pacientes del centro de salud al que se les ha realizado el MAPA en el último año.

Se analizan las variables de edad, sexo, peso, talla, perímetro abdominal, presión arterial (TA) clínica, analítica, factores de riesgo cardiovascular, lesión en órganos diana, enfermedad clínica asociada y motivo de petición del MAPA.

Se analiza las cifras de TA por MAPA: en 24 horas, en reposo, en actividad y patrón circadiano.

Se clasifica al paciente en cuatro grupos:

- HTA controlada coincidente
- HTA mal controlada coincidente
- HTA bata blanca
- HTA enmascarada.

RESULTADOS:

n: 70 pacientes.

Edad: $64,5 \pm 14$ años

Sexo: hombres 40%, mujeres 60%

TA sistólica: 139 ± 15 mmHg

TA diastólica: 84 ± 9 mmHg

IMC: 28.3 ± 5 Kg/m²

Lesión órgano diana: 24.6%

Enfermedad cardiovascular asociada: 26.7%

Factores de riesgo cardiovascular: HTA 30%, DM 18%, tabaco 8%, edad 12%, HLP 17%, perímetro abdominal 13%, antecedentes familiares de ECV precoz: 3%

Motivo de realización del MAPA: eficacia del tratamiento: 34.8%, fenómeno de bata blanca: 42.4%, estudio patrón circadiano 0%, HTA alto riesgo 3%, HTA refractaria 0%, HTA límite/lábil 6,1%, HTA no tratada 13,6%.

Patrón circadiano de TA: RISER 11.4%, No DIPPER 42.9%, DIPPER 40%, Extreme DIPPER 5.7%.

Control de cifras de TA: HTA controlada coincidente 5.71%, HTA mal control coincidente 60%, Posible HTA enmascarada 8.57%, Posible bata blanca 25.7%

CONCLUSIONES:

El paciente HTA al que se le realiza MAPA nuestro centro de salud es un paciente:

- Mujer en la sexta década de la vida
- Con mal control de la TA
- Con un control suboptimo de la TA por MAPA
- Con múltiples FRCV asociados
- Sospecha de HTA de bata blanca o en el limite
- El patrón circadiano mas frecuente es el no dipper.
- El grado de control es superior si utilizamos como referencia la TA en el MAPA que la TA clínica.

PÓSTER Nº: 118

MEJORAMOS EN INERCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A MAPA

C.L. DE GREGORIO BERNARDO (1), P. IBORRA GIMENO (2).

(1) DR.SAPENA. ELCHE. (2) LOS ANGELES. ALICANTE.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MONITORIZACION, INERCIA, TERAPEUTICA

RESUMEN:

PROPOSITO ESTUDIO.

Hemos valorado la inercia terapéutica de nuestros pacientes sometidos a un estudio MAPA , en comparación con un primer estudio realizado en 2008 en donde teníamos un 31,3% de inercia . En estos años hemos desarrollado sesiones formativas para mejorar nuestra actitud ante la inercia. Por último hemos querido valorar los motivos de la misma en cada paciente.

METODOS.

Estudio observacional transversal en donde hemos revisado 179 MAPAs de nuestros pacientes incluidos en el proyecto CARDIORISC , Se ha utilizado el programa ABUCASIS de historia clínica para valorar el tratamiento instaurado tras la realización de la MAPA.

RESULTADOS.

De los 179 MAPAs estudiados, pertenecientes a 151 pacientes (60,8 % Varones) con una edad media de 56,81 +-11,45 años (55,41 V, 59,16 M) , 115 (67,8 % V) estaban por encima de los valores de referencia , De estos en 99 (86,9%) se varió el tratamiento . Un 17 % lo fueron en medidas higiénico dietéticas, 7 % se sometieron a cronoterapia, y el 76% restante tuvieron cambios farmacológicos. En 15 (13,1%,) no se había variado el tratamiento. De estos quince en 4 no superaban los valores de referencia en el periodo de 24 horas y 2 igualaban dicho valor ,

CONCLUSIONES.

En los últimos tres años , hemos desarrollado sesiones formativas en nuestro centro que nos ha permitido reducir la inercia terapéutica en un 57,4 %.en los pacientes sometidos a MAPA.(de un 31,3 a un 13,1 %). De los pacientes en que no se modificó el tratamiento , en 6 la elevación con respecto a los valores de referencia fue mínima o nula en el periodo de descanso (4) o en el periodo de actividad (2) que se traducía en no elevación en el periodo de 24 horas y que justificaba erróneamente para su médicos la no actuación. En los 9 restantes no había razones que justificaran la falta de actuación. Uno de estos , no acudió a revisión tras la realización de la MAPA. Concluimos que la formación y el conocimiento de la MAPA reduce la inercia terapéutica y que debemos seguir trabajando en ella.

PÓSTER Nº: 119

INCREMENTOS DE 10 O MAS MMHG EN LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA DURANTE LA GUARDIA PREDICEN EL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN

P. VILLARES FERNÁNDEZ (1), C. DEL ARCO GALÁN (2), L. VEGA PIRIS (3), C. SÚAREZ FERNÁNDEZ (4).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MADRID NORTE SANCHINARRO. MADRID. (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID. (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID. (4) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID. (5) INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN LA PRINCESA. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: RESPUESTA PRESORA, MARCADOR DE RIESGO, ESTRÉS

RESUMEN:

Propósito del estudio: Con la ayuda de los equipos de monitorización ambulatoria de la presión arterial se han estudiado los efectos que diferentes situaciones estresantes producen sobre la curva de presión arterial: la actividad laboral, doméstica o la respuesta a grandes catástrofes. Sin embargo hasta el momento no se había relacionado si estos cambios podían ser utilizados como marcadores de hipertensión futura en sujetos normotensos.

El objetivo del presente trabajo es presentar los resultados del seguimiento de veinte años de una cohorte de médicos normotensos cuya presión arterial fue monitorizada durante un día de guardia.

Metodología: Se realizaron en 1990-91 dos registros de presión arterial con método no invasivo durante un día de guardia y uno de descanso a 100 médicos que trabajaban en un hospital universitario. La edad media fue entonces de 27,8 años, 49% eran varones, 44% tenían antecedentes familiares de hipertensión y 30% eran fumadores. Se definió la respuesta presora como la diferencia en la presión arterial sistólica media de 24 horas entre el día de guardia y el de descanso y se la calificó como positiva cuando era igual o superior a 10 mmHg. El valor medio de dicha respuesta fue de 7,8 mmHg y el 42,1% tenía respuesta presora positiva.

Resultados: En 2010, con los datos de 95 participantes (1 persona había fallecido y 4 no fueron localizados), 34,7% habían desarrollado hipertensión arterial. Tras controlar por edad, sexo, tabaquismo, cambios en el índice de masa corporal y antecedentes familiares de hipertensión, la respuesta presora positiva (≥ 10 mmHg) aparece en el análisis multivariante como el principal factor de riesgo, con significación estadística, para el desarrollo de hipertensión (OR 3,6 IC 95% 1,39 – 9,4).

Conclusion: La respuesta presora positiva al estrés de la guardia es un marcador de desarrollo de hipertensión futura en una población de médicos normotensos.

PÓSTER Nº: 120

ESTUDIO SOBRE LA METODOLOGÍA DE LA AMPA EN LA POBLACIÓN DE UN CENTRO DE SALUD

R.C. DEL OLMO ZAMORA (1), A. GARCÍA LERÍN (2), O. GARCÍA VALLEJO (2), A.I. MARTÍN HERRUZO (3),
S. MARTÍN HERRUZO (4), F. OJEDA GALDÓN (1).

(1) CS PUERTA BONITA I. MADRID. (2) CS ALMENDRALES. MADRID. (3) CS EL ESPINILLO. MADRID.
(4) HOSPITAL DE FUENLABRADA. MADRID. (5) CS ALGEMESÍ. VALENCIA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: AMPA, PRIMARIA, HTA

RESUMEN:

Introducción

La AMPA es útil en el diagnóstico y evaluación del grado de control de la HTA con mayor reproductibilidad que la TA en consulta y similar a la MAPA diurna. La población hipertensa realiza la AMPA de forma indiscriminada y sin seguimiento de una metodología correcta.

Propósito del estudio

Determinar el porcentaje de pacientes hipertensos que realiza AMPA y si la realizan de forma adecuada

Métodos

Estudio descriptivo transversal observacional realizado en dos Centros de Salud de Madrid donde se preguntó a los pacientes hipertensos que acudieron a consulta durante una semana si tenían tensiómetro en su domicilio, en caso afirmativo realizaron un cuestionario recogiéndose además las variables: edad, sexo, número de registros a la semana por toma de tensión (TA), número de veces seguidas que se toma la TA en cada control, anotación o no de las cifras de TA y si aportan dichas cifras al personal sanitario cuando acuden a los controles.

Resultados

Se preguntó a 143 pacientes hipertensos, de los cuales 46 (32.2%) tenían tensiómetro en casa, de ellos 28 mujeres (60.9%) con edad media de 72.84 años, con edades comprendidas entre 45 y 91 años (mediana de edad 74.5 años).

El número de tomas semanales variaba desde 0 a 14 con una media de 2.25 (mediana 1), un 8,7% no lo utilizaba nunca.

Respecto al número de tomas predominaba la toma única con 56.5% frente al 34,8 que hacía 2 ó más. Sólo 28,3% de pacientes anotaba las cifras, y sólo el 23.9% las aportaba en los controles. En este estudio, de cada 3 pacientes hipertensos uno de ellos tiene tensiómetro en domicilio para realizar la AMPA.

Conclusiones

Confirmamos la ausencia de una metodología en la AMPA por parte de los pacientes hipertensos, con escasos registro de los datos y de la aportación de éstos al personal sanitario cuando acuden a los controles.

PÓSTER Nº: 121

RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR CON CIRROSIS HEPÁTICA TERMINAL EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO, SEGÚN ETIOLOGÍA DE LA HEPATOPATÍA Y GRADO DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA

A.M. GONZÁLEZ ALEJOS (1), A. ESCANDELL GARCIA (1), A. TORO PARODI (1), E. LLUCH PEROPADRE (1), E. AMOR BORT (1), C. MORATA ALDEA (1), C. CAMPO LOPEZ (1), M. PRIETO CASTILLO (2), J.R. CALABUIG ALBORCH (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. VALENCIA.

(2) UNIDAD DE HEPATOLOGIA Y TRASPLANTE HEPÁTICO. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. VALENCIA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HEPATOPATIA, MELD, RIGIDEZ ARTERIAL

RESUMEN:

OBJETIVO:

El riesgo cardiovascular (RCV) en los receptores de trasplante hepático (TH) parece ser muy diferente del de los receptores de otro órgano por distintos motivos: vasodilatación periférica, niveles reducidos de colesterol, posible consumo de alcohol, niveles de estrógenos elevados... Para la prevención de la enfermedad CV resulta de gran interés disponer de marcadores incruentos de lesión vascular que permitan su detección en fase preclínica. En las guías europeas de hipertensión y cardiología de 2007 se introdujo la rigidez arterial como factor de lesión orgánica subclínica para estratificar el RCV.

Nuestro objetivo es valorar si existen diferencias en los parámetros de rigidez arterial entre los pacientes en lista de espera de trasplante hepático según la etiología vírica o alcohólica (que son las mas prevalentes en nuestro medio). Del mismo modo se compara la rigidez arterial entre pacientes con distinto grado de deterioro hepático medido por el índice de MELD.

Métodos: Se estudiaron 39 pacientes de alto RCV previo al TH. Se evaluó la etiología de la hepatopatía y el índice de MELD. Se diferenció entre etiología vírica (VHC) y alcohólica por ser las mas prevalentes en la muestra, despreciándose para el análisis otras etiologías por ser mas heterogéneas. Se establecieron dos grupos en función de la puntuación del score MELD, superior e inferior a 15. La rigidez arterial se valoró mediante medición de la velocidad de onda de pulso (VOP) carótida-femoral en m/s por tonometría de aplanamiento (Shpygmocor-System) y por el análisis de la onda de pulso. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19. El estudio comparativo se llevó a cabo mediante el test paramétrico T-Student.

Palabras claves: Hepatopatía, MELD, rigidez arterial.

RESULTADOS:

De los 39 pacientes de la muestra, se analizaron 24 pacientes; 14 de ellos con hepatopatía de etiología alcohólica y 10 de origen viral. Se realizó un análisis descriptivo de subgrupos entre el grupo de hepatopatía de origen alcohólica frente al grupo de etiología viral; no hallándose diferencias significativas en cuanto a los parámetros de rigidez arterial: velocidad de onda de pulso (VOP, p 0'788)

e índice de aumentación (Aix, 0,624). Tampoco existieron diferencias significativas en los valores de presión arterial central sistólica (p 0´404,), y diastólica (p 0´954) entre los dos grupos (VHC= 127,9/76; alcohólica= 115´86/71)

De la muestra analizada, 27 de los pacientes presentaban un valor de MELD inferior a 15 y 11 un valor superior. Respecto al grado de deterioro hepático, tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos .

CONCLUSIONES:

En la muestra analizada hemos observado que ni la etiología de la hepatopatía ni el grado de insuficiencia hepática, influyen en los parámetros de hemodinámica central y rigidez arterial. Nuestra muestra es pequeña por lo que los resultados deberían confirmarse en posteriores estudios más amplios.

PÓSTER Nº: 122

VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN VISITAS CONSECUTIVAS AL CONSULTORIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON OBESIDAD Y SU EFECTO EN LA CLASIFICACIÓN POR NIVEL DE PERCENTIL

S. FONSECA REYES (1), E. TORRES GUDIÑO (1), E. ROMERO VELARDE (2), D. ILLESCAS ZÁRATE (2).

(1) CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR. CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD. NUEVO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. MÉXICO. (2) INSTITUTO DE NUTRICIÓN HUMANA. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. NUEVO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA. MÉXICO.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS, VARIABILIDAD DE PRESIÓN ARTERIAL, MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS OBESOS

RESUMEN:

Introducción. La mayor coexistencia de obesidad y presión arterial (PA) alta en niños y adolescentes aconseja el tamizaje de estos sujetos para identificar hipertensión. Es escasa la información de la variabilidad de la PA intra e intervisita en esta población. Nuestro objetivo fue identificar las variaciones en la PA en tres mediciones realizadas en cada una de tres visitas consecutivas y evaluar su efecto en la clasificación de PA por percentiles.

Material y Métodos. Se incluyó una cohorte pediátrica de 30 niños y adolescentes obesos. Se realizaron mediciones antropométricas y tres mediciones de la PA con esfigmomanómetro de mercurio en cada una de tres visitas al consultorio siguiendo una técnica estricta de medición. Promediamos las tres mediciones para obtener el percentil de PA en cada visita ajustada para edad, talla y sexo. Comparamos la PA intra-visita y los promedios inter-visita. Se utilizaron promedios con una desviación estándar y prueba T para comparar medias. Se fijó un nivel de significación del 95%, ($p < 0,05$).

Resultados. Se incluyeron 13 niñas y 17 niños con edad promedio de 10.6 ± 3.1 años, con puntuación Z para IMC de 3.3 ± 0.9 , cintura de 93.1 ± 12.7 cm, circunferencia braquial de 31.0 ± 5.1 cm. El tiempo transcurrido entre la primera y segunda visita y entre la segunda y tercera visita fue de 3.3 ± 2.3 meses y 2.9 ± 1.5 meses respectivamente. La PA sistólica y diastólica en la primera, segunda y tercera visita fue progresivamente menor, $101.1 \pm 9.9 / 61.0 \pm 10.5$, $98.6 \pm 8.5 / 58.8 \pm 9.1$ y $98.1 \pm 10.8 / 58.6 \pm 10.9$ aunque sólo estadísticamente diferente entre la primera y segunda visita para la sistólica ($p = 0.025$). No hubo diferencia estadística entre los valores individuales de la PA sistólica y diastólica en la primera y segunda visita. En la tercera visita la PA sistólica fue disminuyendo progresivamente, 99.7 ± 11.7 , 98.3 ± 11.4 , 96.3 ± 10.1 (2 vs 3 $p = 0.011$ y 1 vs 3 $p = 0.001$). En la primera visita el percentil < 90 , 90 y ≥ 95 para la sistólica y diastólica fue similar, 93%, 3% y 3%. Después de la tercera visita el percentil < 90 y 90 de sistólica paso a 97% y 3% y en la diastólica el percentil < 90 fue de 100%. Ningún sujeto alcanzó el percentil ≥ 95 en la tercera visita.

Conclusiones. En esta población de niños y adolescentes obesos la PA intra-visita no fue muy variable y sólo fue importante en la tercera visita. Sin embargo, la variabilidad inter-visita fue suficiente para modificar la categorización por percentil después de tres visitas en algunos sujetos.

PÓSTER Nº: 123

RELACIÓN ENTRE DIFERENTES ÍNDICES DE RIGIDEZ ARTERIAL AMBULATORIA Y PRESENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

M.A. GOMEZ MARCOS (1), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), M.C. PATINO ALONSO (2), C. AGUDO CONDE (1), L. GOMEZ SANCHEZ (1), M. GOMEZ SÁNCHEZ (1), C. RODRIGUEZ MARTIN (1), C. CASTAÑO SANCHEZ (1), C. MARTIN SALGADO (2), L. GARCIA ORTIZ (1).

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA.

(2) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, RIGIDEZ ARTERIAL PERIFERICA, LESION DE ÓRGANO DIANA

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Evaluar la relación entre el índice de rigidez arterial ambulatoria (AASI) y el índice de rigidez arterial en el domicilio (HASI), con la lesión vascular, cardiaca y renal en sujetos hipertensos sin tratamiento farmacológico.

METODOS USADOS: Estudio descriptivo trasversal. Se incluyeron a 258 pacientes hipertensos sin tratamiento con fármacos antihipertensivos. El AASI y el HASI se definio como 1 menos la pendiente de la recta de regresión de la presión arterial diastólica y sistólica de los valores obtenidos durante las 24 horas, de igual modo se obtuvo el HASI con las cifras de presión arterial obtenidas en el domicilio del paciente durante 7 días. La lesión renal fue evaluada con la tasa de filtración glomerular y con el índice albumina creatinina; la lesión vascular fue evaluada con el grosor de la intima media en carotida común, la velocidad de la onda de pulso y el índice tobillo brazo y la lesión cardiaca valorando la existencia de HVI con el PDV de Cornell y con el índice de masa ventricular izquierda estimada con la ecuación de Novocode.

RESULTADOS: El valor de la media y DS de AASI global y diurno fue (0.37±0.05), AASI nocturno (0.38±0.15) y HASI (0.59±0.17). La correlación entre AASI y HASI oscila entre 0.194 con AASI diurno y 0.177 con AASI nocturno. La tasa de filtrado glomerular y el índice tobillo brazo muestran correlación negativa con el AASI global ($r=-0.307$; $r=-0.164$) y diurno ($r=-0.304$; $r=-0.168$), mientras que el grosor intima media y la velocidad de la onda de pulso presentan correlación positiva con AASI global ($r=0.411$; $r=0.290$), diurno ($r=0.393$; $r=0.279$) y nocturno ($r=0.194$; $r=0.251$), manteniéndose al ajustarlo por edad, sexo y frecuencia cardiaca el índice tobillo brazo y el grosor intima media con el AASI global y diurno y la velocidad de la onda de pulso con el AASI nocturno. El HASI no se correlaciona con ninguno de los parámetros que valoran la lesión vascular, renal y cardiaca.

CONCLUSIONES: AASI global y diurno se correlaciona de forma positiva con el grosor intima media y negativa con el índice tobillo brazo, el AASI nocturno con la Velocidad de la onda de pulso y HASI con ninguna, por lo que no son medidas intercambiables en la práctica clínica.

PÓSTER Nº: 124

**ESTUDIO DE ARTERIOESCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO
CARDIOVASCULAR Y CIRROSIS HEPÁTICA TERMINAL EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE
HEPÁTICO**

A. ESCANDELL GARCÍA (1), A.A. TORO PARODI (1), A.M. GONZÁLEZ ALEJOS (1), E. LLUCH PEROPADRE (1),
E. AMOR BORT (1), C. MORATA ALDEA (1), C. CAMPO LÓPEZ (1), M. PRIETO CASTILLO (2),
J.R. CALABUIG ALBORCH (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE. VALENCIA.
(2) UNIDAD DE HEPATOLOGÍA Y TRASPLANTE HEPÁTICO HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE.
VALENCIA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: TRASPLANTE HEPÁTICO, ARTERIOESCLEROSIS SUBCLÍNICA, RIGIDEZ ARTERIAL

RESUMEN:

OBJETIVO:

El pronóstico y los resultados después de un trasplante hepático (TH) en los pacientes con cirrosis hepática, dependen de diversos factores. La presencia de diabetes (DM), obesidad, insuficiencia renal o cardiopatía isquémica, determinan menor supervivencia de los pacientes. Por ello, es conveniente una adecuada valoración del riesgo cardiovascular (RCV) previo al TH.

Nuestro objetivo fue evaluar el grado de arterioesclerosis subclínica y la rigidez arterial en un grupo de pacientes con cirrosis hepática terminal y alto RCV, que van a incluirse en lista de espera de TH.

Palabras clave: Trasplante hepático, arteriosclerosis subclínica, rigidez arterial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron 39 pacientes en estudio pre-TH por enfermedad hepática avanzada, que cumplían criterios de alto RCV según las recomendaciones de la ATP III.

Se describieron las características demográficas, presencia de factores de riesgo vascular, lesión de órganos diana, tipo y situación de la enfermedad hepática.

La valoración de arterioesclerosis subclínica incluyó una ecografía carotídea para valorar presencia de placas, despistaje de arteriopatía periférica mediante realización de Índice Tobillo-Brazo (ITB), ECG (midiendo HVI por producto de Cornell).

Se estudió la rigidez arterial mediante el análisis de la onda de pulso por tonometría de aplanamiento (SphygomoCor System), con determinación de la presión arterial central, velocidad de onda de pulso e índice de aumentación.

RESULTADOS:

De los 39 pacientes analizados, 35 eran hombres y 4 mujeres. La edad media fue de 59'9 años. Respecto al tipo de hepatopatía el 38'5% era de causa enólica, el 33'3% vírica, el 15'4% de origen mixto y un 12'9% de otras etiologías. El valor de MELD medio fue de 13'95. Como factores de RCV asociados se observó un 25'6% tabaquismo, un 59% de DM, un 48'7% de HTA, un 20'5% de DL y 7'7% con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. 8 pacientes (20%) habían sufrido un

evento cardiovascular previo. El índice de masa corporal medio fue 29´1. En cuanto al estudio de arteriosclerosis subclínica; en la ecografía carotídea aparecieron placas significativas en el 33´3%. El ITB resultó patológico en el 13´8%. Se constató hipertrofia ventricular izquierda en el 5´1% de los casos. En la valoración de la rigidez arterial no se obtuvo ningún valor patológico en las determinaciones realizadas, siendo la media de presión arterial central de 119´34/73´1 mmHg, la media para la velocidad de onda de pulso de 9´5 m/s y el índice de aumentación de 24´1%.

CONCLUSIONES

En el análisis descriptivo realizado podemos destacar la alta prevalencia de varones y la etiología enólica como causa más frecuente de hepatopatía.

Respecto al estudio de arteriosclerosis subclínica cabe destacar la ausencia de valores patológicos en la determinación de la rigidez arterial a pesar de que un tercio de los pacientes presentaba arteriosclerosis carotídea.

Destaca la presencia de una presión arterial central baja en la mayoría de pacientes, lo que puede guardar relación con la situación hemodinámica propia de la hepatopatía avanzada.

PÓSTER Nº: 125

UTILIDAD DE LA MAPA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS

M.P. GONZÁLEZ GARCÍA (1), G. HERRÁIZ GASTESI (1), G. BUENO LOZANO (1),
P. SAMPER VILLAGRASA (1), J. CEBOLLADA DEL HOYO (1).

(1) HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, NIÑOS Y ADOLESCENTES, OBESIDAD

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: La prevalencia de HTA está aumentando en las últimas décadas, fundamentalmente en relación al incremento de obesidad infantil. En la actualidad la MAPA parece ser el método que mejor valora la PA en niños y adolescentes, permitiendo analizar su variación circadiana. Además no es infrecuente encontrar un inadecuado descenso de cifras tensionales durante el descanso en los niños obesos. El objetivo del estudio es evaluar la utilidad de la MAPA en la detección de HTA en pacientes pediátricos con obesidad.

METODOS: Evaluamos una muestra de 78 niños de 5 a 16 años (desde enero de 2002 a julio de 2001), con las características: edad ≥ 5 años, raza caucásica e IMC \geq percentil (P)97, para edad y sexo según las gráficas de Hernández, 1988. Se evalúa, además de parámetros analíticos y antecedentes familiares, los parámetros antropométricos, definiendo obesidad: IMC \geq P 97 para su edad y sexo según las curvas y tablas de crecimiento del estudio semilongitudinal de Hernandez et al, 1988. PA en consulta (brazo derecho, dispositivo oscilométrico estándar, DINAMAP ProCare100), manguito ajustado a perímetro braquial, considerándose normotensión: PAS y/o PAD \leq P90, pero \leq P95, siendo HTA grado 1: PAS y/o PAD entre P95 y (P99+5 mmHg) incluido; HTA grado 2: PAS y/o PAD $>$ (P99+5 mmHg). Se colocó MAPA 24 horas, considerándose HTA bata blanca: cifras de PA en la media de 24 horas \leq P95; HTA enmascarada: cifras de PA en la media de 24 horas $>$ \leq a P95 y en la consulta cifras de PA

RESULTADOS: Se evaluaron 44 varones (56,4%) y 34 mujeres (43,6%); media de edad $11,7 \pm 2,4$ años. Con respecto a las cifras de PA en consulta, un 15,4% de sujetos resultaron prehipertensos (n=12) y un 37,2% (n=29) hipertensos, 19 con HTA grado 1 y 10 con HTA grado 2. Según las cifras de la MAPA sólo el 5,1% (n=4) tenían prehipertensión, pero resultan hipertensos hasta el 46,2% (n=36) del total de los niños estudiados, 26 con HTA grado 1 y 10 con HTA grado 2.

En relación al descenso nocturno de la PA encontramos que el 56,8% de los sujetos (n=42) presenta un patrón no dipper.

Hasta el 24,4% de los sujetos son hipertensos según MAPA habiendo pasado desapercibidos en consulta (HTA enmascarada). Se observa fenómeno de bata blanca en un 15,4% de los casos.

CONCLUSIONES

La diferencia de prevalencia de HTA en nuestra muestra de niños y adolescentes obesos, en consulta (37%) y en MAPA (46%) traduce la importancia de realizar monitorización ambulatoria de PA, que ha sido necesaria para diagnosticar de HTA a un importante porcentaje de sujetos. La prevalencia de un inadecuado descenso nocturno de PA en estos niños concuerda con los estudios de otros autores, que describen este fenómeno como la alteración de la PA más frecuente en niños obesos.

PÓSTER Nº: 126

FIBRINÓGENO PLASMÁTICO Y VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR: CORRELACION CON LA RIGIDEZ VASCULAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

M. PENA SEIJO (1), J.E. LÓPEZ PAZ (1), A. HERMIDA AMEJEIRAS (1), M.L. ROMERO MÍGUEZ (1), V. MARTÍNEZ DURÁN (1), A. PASCUAL MONTES (1), I. RODRÍGUEZ LÓPEZ (1), C. CALVO GÓMEZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: FIBRINÓGENO, VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR, ANÁLISIS ONDA DE PULSO

RESUMEN:

Objetivos: La tonometría por aplanamiento aplicada a la arteria radial, es un método directo, no invasivo, reproducible y sencillo de obtener la PA y presión de pulso centrales. La Sociedad Europea de Hipertensión recomienda emplear siempre que sea posible la estimación de la rigidez vascular para la valoración del riesgo cardiovascular. Por otra parte algunas hipótesis señalan que, en la enfermedad vascular hipertensiva, subyace un mecanismo inflamatorio, en el que participan distintos factores de riesgo como la velocidad de sedimentación globular (VSG) o el fibrinógeno. Ambos son marcadores de inflamación no específicos que tienen valor como predictores de eventos cardiovasculares.

El objetivo del estudio fue analizar, en una cohorte de pacientes hipertensos no tratados, el grado de correlación entre distintos marcadores de rigidez vascular estimados mediante tonometría y los niveles plasmáticos de fibrinógeno y la VSG.

Métodos: Hemos incluido 95 pacientes diagnosticados de HTA esencial sin tratamiento antihipertensivo previo y excluidos aquellos con HTA secundaria e "HTA de bata blanca". Se realizó en todos los casos una estimación de la velocidad de onda de pulso carotídeo femoral (VOP) y un análisis de la onda de pulso mediante tonometría por aplanamiento, utilizando el sistema de análisis de la onda de pulso modelo SCOR-Vx/-Px (SphygmoCor®). De esta manera se obtuvieron las estimaciones de PAS/d central, presión de pulso (PP), incremento sistólico de presión ("Augmentation pressure") y el índice de potenciación ("Augmentation index") ajustado a la frecuencia cardíaca. El día de realización del AOP, a todos los pacientes incluidos en el estudio, se les realizó la correspondiente evaluación clínica y biológica, según protocolo estandarizado y validado.

Resultados: En la cohorte analizada de paciente hipertensos no tratados (N: 95, 48.42% mujeres, de 47.73± 13.10 años de edad), la media de PAS/d clínica se situó en 150/94 mmHg y la presión de pulso (PP) periférica en 58,91 ± 13.17 mmHg. Los promedios de PAS/d centrales en el AOP se situaron en 140.63/92.58 mmHg, con un valor promedio de PP central de 48.05 mmHg. El promedio de incremento sistólico de presión se estableció en 14.96 mmHg y el del índice de potenciación en 27.46%.

En relación con la estimación de rigidez arterial la velocidad media de onda de pulso (VOP) en nuestra muestra de pacientes hipertensos de edad avanzada fue de 9.10 m/sec ± 1.98 m/sec. Finalmente, el valor promedio de fibrinógeno plasmático se situó en 390.32 ± 70.49, mientras que de la VSG en 10.36 ± 9.27. El resto de variables demográficas y antropométricas así como otras variables biológicas se describen en la Tabla 1.

El análisis de correlación bivariada mostró una correlación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre la VOP carótido-femoral y los niveles plasmáticos de fibrinógeno ($R: 0.449$; $p= 0.07$) y la VSG ($R: 0.271$; $p= 0.046$). No se objetivó correlación entre la VSG y otros parámetros de rigidez vascular como la PAs y la PP centrales. Del mismo modo existe una correlación positiva significativa entre el fibrinógeno plasmático y la PP central o el incremento sistólico de presión ($R: 0,315$; $p= 0.021$ y $R: 0.316$; $p= 0.022$, respectivamente).

Conclusiones: Diversos marcadores inflamatorios como los analizados en este estudio, y en especial el fibrinógeno, a pesar de su baja especificidad, se correlacionan directamente con distintos indicadores de arteriosclerosis como la VOP, la PP central o el incremento sistólico de presión, en pacientes hipertensos no tratados. Por tanto, la fibrinogenemia puede ayudarnos a identificar sujetos hipertensos con mayor índice de rigidez vascular. La cuantificación de la VSG y del fibrinógeno plasmático sería aconsejable en una adecuada valoración del paciente hipertenso, para una correcta estimación de su riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº: 127

CORRELACION ENTRE PRESION ARTERIAL NOCTURNA Y LA VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO EN HIPERTENSOS DE EDAD AVANZADA

J.E. LOPEZ PAZ (1), M. PENA SEIJO (1), A. HERMIDA AMEJEIRAS (1), M.L. ROMERO MIGUEZ (1),
G. CALVO GONZÁLEZ (1), A. PASCUAL MONTES (1), C. CALVO GOMEZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO.
SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA, VELOCIDAD ONDA DE PULSO, RIGIDEZ VASCULAR

RESUMEN:

Objetivos: En una revisión recientemente publicada se incluyen las principales evidencias que apuntan a la tonometría por aplanamiento como una técnica válida para la medición de la velocidad de onda de pulso (VOP) y el análisis de la onda de pulso así como la utilidad de ambas como marcadores de rigidez vascular y predicción de eventos cardiovasculares. En la guía de la ESH se explicita que “..el valor pronóstico de la presión arterial nocturna es superior al de la presión arterial diurna. Además, se ha comunicado que los sujetos en que se atenúa la disminución nocturna de la presión arterial presentan una mayor prevalencia de lesión orgánica y una evolución menos favorable..”.

El objetivo del presente estudio fue analizar, en una cohorte de pacientes hipertensos de edad avanzada, la posible relación entre la magnitud de la rigidez arterial estimada mediante la VOP y la presión arterial nocturna analizada con MAPA.

Métodos: Hemos incluido 75 pacientes diagnosticados de HTA esencial, ≥ 65 años. Se excluyeron los pacientes con HTA secundaria e “HTA de bata blanca”. En todos los casos, se realizó MAPA durante 48 horas (monitorización ambulatoria de la presión arterial) utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente, así como una medición de la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral mediante tonometría por aplanamiento, utilizando el sistema de análisis de la onda de pulso modelo SCOR-Vx (SphygmoCor®). Previa comprobación de la distribución normal de la muestra mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, se estimaron las correlaciones entre variables cuantitativas empleando el coeficiente Tau-b de Kendall y estableciendo la significación estadística en un valor de $p < 0,05$.

Resultados: En la cohorte analizada de paciente hipertensos de edad avanzada (N: 75, 49.3% mujeres, de 72.81 ± 4.38 años de edad), la media de PAs/d clínica se situó en 155/88 mmHg y la presión de pulso (PP) periférica en $77,45 \pm 18.7$ mmHg. Los promedios de PAs/d en la MAPA de 48 horas se situó en 130/80 mmHg, con un valor promedio de descenso nocturno de PAs/d de 7.55/12.45 mmHg. El promedio diurno de PA estimado mediante MAPA de 48 horas fue de 134.34/72.64 mmHg y el promedio nocturno fue de 124.2/63.36 mmHg. La distribución porcentual de pacientes en función del perfil circadiano de PA se establece de la siguiente manera; Riser: 16.7%; No-Dipper: 47.4%; Dipper: 29.5%; Very Dipper: 6.4%.

En relación con la estimación de rigidez arterial la velocidad media de onda de pulso (VOP) en nuestra muestra de pacientes hipertensos de edad avanzada fue de 12.6 m/sec \pm 3.1 m/sec.

El análisis de correlación bivariada mostró una correlación estadísticamente significativa y directamente proporcional entre la presión arterial sistólica nocturna y la VOP carótido-femoral (R: 0.619; p= 0.00). No se objetivó correlación entre el promedio de PA diurna estimada mediante MAPA y la VOP. Del mismo modo existe una correlación positiva significativa entre la VOP y la PAs clínica y la PP clínica, si bien en ambos casos con un coeficiente de correlación que no muestra excesiva fuerza (R: 0,291; p= 0.023 y R: 0.323; p= 0.012, respectivamente).

Conclusiones: La presión arterial sistólica nocturna estimada mediante MAPA puede ayudarnos a identificar a aquellos sujetos con un mayor índice de rigidez vascular y arteriosclerosis, y por ende, con un mayor riesgo cardiovascular. Son necesarios nuevos estudios que certifiquen el descenso de PA nocturna como un objetivo terapéutico. La MAPA se sitúa como una herramienta necesaria para una evaluación completa del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos de edad avanzada.

PÓSTER Nº: 128

LA ALTERACIÓN DEL PERFIL CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL CONDICIONA UN INCREMENTO DE LA RIGIDEZ VASCULAR

A. HERMIDA AMEIJERAS (1), M. PENA SEIJO (1), J.E. LÓPEZ PAZ (1), V. MARTÍNEZ DURÁN (1),
A. PASCUAL MONTES (1), G. CALVO GONZÁLEZ (1), M.L. ROMERO MÍGUEZ (1), A. POSE REINO (1),
F.L. LADO LADO (1), C. CALVO GÓMEZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO.
SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PERFIL CIRCADIANO DE PA, RIGIDEZ VASCULAR, VELOCIDAD ONDA DE PULSO

RESUMEN:

Objetivos: En una revisión recientemente publicada se incluyen las principales evidencias que apuntan a la tonometría por aplanamiento como una técnica válida para la medición de la velocidad de onda de pulso (VOP) y el análisis de la onda de pulso así como la utilidad de ambas como marcadores de rigidez vascular y predicción de eventos cardiovasculares. Por otra parte se ha demostrado la relación entre el incremento de la rigidez vascular y la alteración del patrón circadiano normal en pacientes hipertensos, de tal manera que aquellos pacientes con un descenso nocturno de PA inadecuado presentaban mayor rigidez arterial. El objetivo del estudio fue analizar, en una cohorte de pacientes hipertensos, el grado de correlación entre la VOP y el perfil circadiano de PA estimado mediante MAPA.

Métodos: Hemos incluido 116 pacientes diagnosticados de HTA esencial excluidos aquellos con HTA secundaria e "HTA de bata blanca". En todos los casos, se realizó MAPA durante 48 horas (monitorización ambulatoria de la presión arterial) utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente, obteniendo así los valores promedio de PAs, PAd y PP periférica durante 48 horas así como el grado de descenso nocturno de PA (profundidad). Por otra parte se realizó en todos los casos una estimación de la velocidad de onda de pulso carotídeo femoral (VOP) mediante tonometría por aplanamiento, utilizando el sistema de análisis de la onda de pulso modelo SCOR-Vx (SphygmoCor®). Previa comprobación de la distribución normal de la muestra mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, y se compararon las medias entre variables cuantitativas empleando el test t de Student y entre variables dicotómicas empleando la Chi-cuadrado. La significación estadística se estableció en un valor de $p < 0,05$. Finalmente se ha realizado un test de análisis multivariante para descartar sesgos.

Resultados: El 45,7% de pacientes presentaban perfil circadiano alterado. Estos pacientes eran en general y de forma estadísticamente significativa, más añosos (59,47 años frente a 53,63), con un mayor índice de masa corporal (31,43 kg/m² Vs 29,66) y con un promedio diastólico de PA en MAPA de 48 horas más bajo (77,09 mmHg Vs 82,49). No se establecieron diferencias significativas en cuanto a género, hábito tabáquico, frecuencia cardíaca, PAs/d clínicas, promedio sistólico de PA en MAPA de 48 horas, incidencia de Diabetes mellitus, dislipemia o síndrome metabólico.

Del mismo modo se objetiva una mayor incidencia de rigidez vascular estimada mediante VOP carotídeo-femoral en aquellos pacientes con perfil circadiano de PA alterado (10,61 m/s Vs 9,5 m/s) con un valor de $p=0,028$. Todas las diferencias halladas permanecieron estadísticamente significativas tras el análisis multivariante.

Conclusiones: El perfil circadiano de PA alterado, estimado mediante MAPA puede ayudarnos a identificar a aquellos pacientes con un mayor índice de arteriosclerosis tal y como se demuestra tras la valoración de la VOP carotídeo-femoral. Es recomendable extender la utilización de la MAPA para una adecuada valoración del riesgo cardiovascular en el sujeto con hipertensión arterial. Se requieren nuevos estudios que demuestren que revertir el perfil circadiano alterado puede asociar una disminución de los índices de rigidez vascular.

PÓSTER Nº: 129

ANÁLISIS DE ONDA DE PULSO EN HIPERTENSIÓN CLÍNICA AISLADA ¿EXISTEN DIFERENCIAS CON PACIENTES NORMOTENSOS?

A. HERMIDA AMEIJERAS (1), J.E. ÓPEZ PAZ (1), M. PENA SEIJO (1), M.L. ROMERO MIGUEZ (1),
F.L. LADO LADO (1), I. RODRIGUEZ LÓPEZ (1), C. CALVO GÓMEZ (1).

(1) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CV. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO.
SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN CLÍNICA AISLADA, PRESIÓN ARTERIAL NORMAL, ANÁLISIS ONDA PULSO

RESUMEN:

INTRODUCCION

Diversos estudios previamente publicados, sugieren un incremento en el riesgo de HTA mantenida e incluso en la probabilidad de eventos cardiovasculares en aquellos sujetos con HTA clínica aislada ("hipertensión de bata blanca"). La monitorización ambulatoria de PA (MAPA) es el método indicado para el diagnóstico de HTA clínica aislada.

El análisis de la onda de pulso es un método no invasivo que estima de manera indirecta el grado de rigidez vascular. Diversos estudios indican que diversos parámetros del análisis de la onda de pulso son capaces de predecir la probabilidad de eventos cardiovasculares.

El presente estudio pretende evidenciar las diferencias existente entre diversas variables en el análisis de onda de pulso en pacientes con HTA clínica aislada y pacientes normotensos.

MÉTODOS

Hemos incluido 54 pacientes, de los cuales 35 son pacientes normotensos (19 pacientes con HTA clínica aislada). En todos los casos, se realizó MAPA durante 48 horas utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los períodos diurno y nocturno en cada paciente, obteniendo así los valores promedio de PAs, PAd y PP periférica durante 48 horas. Por otra parte se realizó en todos los casos un análisis de onda de pulso mediante tonometría por aplanamiento aplicada en arteria radial asociada a una función de transferencia radial-aorta, utilizando el sistema de análisis de la onda de pulso modelo SCOR-Px (SphygmoCor®). De esta manera se obtuvieron las estimaciones de PAs/d central, presión de pulso (PP), incremento sistólico de presión ("Augmentation pressure") y el índice de aumento ("Augmentation index") ajustado a la frecuencia cardíaca.

RESULTADOS

En esta cohorte de pacientes con hipertensión clínica aislada (N: 19, 42% mujeres), la media de PAs/d clínica se situó en 151/86 mmHg (125/75 mmHg en normotensos) y la presión de pulso (PP) periférica en 64,9 ± 14.56 mmHg (frente a 49,65 ± 10.22 mmHg). Los promedios de PAs/d en la MAPA de 48 horas se situó en 121/71 mmHg (Vs 118/71 mmHg), con un porcentaje de descenso nocturno de PAs/d de 13.3%/16.8% (12.2%/18.2%). En relación con los parámetros de rigidez arterial estimados mediante tonometría por aplanamiento en estos pacientes, los valores promedio de PAs/d central se

establecieron en 137/87 mmHg (Vs 113/76 mmHg) con una PP central de $49 \pm 13,1$ mmHg (Vs $36 \pm 11,9$ mmHg). El incremento sistólico de presión medio (“Augmentation pressure”) se establece en $14,47 \pm 10,54$ mmHg ($.46 \pm 7,43$ mmHg) y el índice de aumento promedio ajustado a la frecuencia cardíaca (“Aix”) en el $21,83\% \pm 16,59\%$ (Vs $17,23\% \pm 16,22\%$).

Todas las diferencias encontradas alcanzaron significación estadística tras el contraste de hipótesis. No se establecieron diferencias significativas en cuanto a género, peso o frecuencia cardíaca. Sí se objetiva una mayor edad en la población con HTA clínica aislada así como un mayor perímetro de cintura y un mayor IMC. Tras el análisis multivariante, la diferencia ente ambos grupos en la media de IMC y Aix, perdieron significación estadística.

DISCUSIÓN

En esta muestra de pacientes con hipertensión clínica aislada se pone de manifiesto una diferencia estadísticamente significativa en diversos parámetros de rigidez arterial estimados mediante análisis de onda de pulso (las presiones sistólica y diastólica centrales, la presión de pulso central y el incremento sistólico de presión) en comparación con pacientes normotensos. La mayoría de ellos han sido además reconocidos como factores de riesgo independientes para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Estos datos sugieren que, no solo las cifras de PA obtenidas en la clínica y los promedios obtenidos mediante MAPA debieran establecerse como objetivos en el tratamiento del paciente hipertenso sino que también debiera valorarse la necesidad de manejar aquellos índices de rigidez vascular como los previamente citados.

PÓSTER Nº: 130

ALTERACIÓN DEL PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN SUJETOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: PROYECTO HYGIA

A. OTERO (1), L. PIÑEIRO (2), J. PEREZ DE LIS (3), J. BOVEDA (3), C. DURAN (3), A. FERRERAS (3), L. PATRON (3), D.E. AYALA (2), J.R. FERNANDE (2), R.C. HERMIDA (2).

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. OURENSE. (2) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.
(3) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, MAPA, NO-DIPPER

RESUMEN:

Objetivos: Algunos estudios en pequeños grupos de pacientes han sugerido una alta prevalencia del patrón no-dipper en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Estos resultados podrían estar sesgados por la utilización de registros de monitorización ambulatoria (MAPA) de la presión arterial (PA) de 24h y por ello de escasa reproducibilidad. Por otra parte, la media de descanso de la PA es mejor marcador pronóstico de riesgo cardiovascular (CV) que las medias de actividad o de 24h, lo cual también se ha documentado en pacientes con ERC. Hemos evaluado el patrón circadiano de la PA con MAPA de 48h a fin de aumentar la reproducibilidad de los resultados en pacientes hipertensos con y sin ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 10271 pacientes hipertensos (5506 hombres/4765 mujeres), de 58,0±14,2 años de edad. De ellos, 3227 (1925 hombres/1302 mujeres) tenían ERC (filtrado glomerular <60 y/o albuminuria en al menos dos ocasiones con >3 meses de diferencia). En el momento de la MAPA, 568/2234 pacientes con/sin ERC no recibían tratamiento antihipertensivo. La hipertensión se definió como una media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) ≥135/85 mmHg o media de descanso ≥120/70 mmHg, o presencia de tratamiento antihipertensivo. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los dos días de MAPA, los pacientes cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: Los pacientes hipertensos con ERC fueron predominantemente hombres, de mayor edad, con diagnóstico de síndrome metabólico, diabetes, apnea obstructiva del sueño y/o obesidad, y tenían mayor glucosa, ácido úrico y triglicéridos, pero menor colesterol total. La prevalencia del patrón no-dipper fue significativamente mayor en pacientes con ERC (60,6% vs. 43,2%; P<0.001). La mayor diferencia entre grupos fue en la prevalencia del patrón riser (17,6% vs. 7.1%, P<0.001). El factor principal en el diagnóstico de hipertensión y/o inadecuado control de PA en pacientes con ERC fue la elevada PA de descanso; así, el 90,7% de los pacientes hipertensos con ERC no controlados tenían hipertensión nocturna.

Conclusiones: Nuestros resultados documentan la alta prevalencia del patrón no-dipper en pacientes con ERC. Lo que es más importante, la prevalencia del patrón riser, asociado con el mayor riesgo CV entre todos los posibles patrones de PA, fue 2,5 veces mayor en pacientes con ERC. La elevada media de descanso de la PA en ERC es causa de errores en el diagnóstico de hipertensión cuando éste se basa en la medida clínica de la PA. Estos resultados indican que la MAPA debe considerarse como requisito asistencial para estratificación de riesgo CV en pacientes con ERC, así como para establecer del esquema terapéutico más adecuado para controlar la PA de descanso y reducir el riesgo CV en estos pacientes.

PÓSTER Nº: 131

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE VERDADERA Y LA DE BATA-BLANCA: PROYECTO HYGIA

M. DOMINGUEZ SARDIÑA (1), J.J. CRESPO (1), M.T. RIOS (1), P.A. CALLEJAS (1), L. POUSA (1), J.L. SALGADO (1), A. OTERO (2), A. MOJON (3), D.E. AYALA (3), R.C. HERMIDA (3).

(1) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO. (2) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. OURENSE. (3) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN RESISTENTE, MAPA, PRESIÓN NOCTURNA

RESUMEN:

Objetivos: Los pacientes con hipertensión resistente (HTR) tienen mayor riesgo cardiovascular (CV) que los individuos cuya presión arterial (PA) está bien controlada con la terapia antihipertensiva. Estudios prospectivos independientes han documentado que la media de descanso de la PA determinada mediante monitorización ambulatoria (MAPA) es mejor marcador pronóstico de riesgo CV que las medias de actividad o de 24h. La prevalencia de HTR de bata-blanca, sin embargo, se ha estimado frecuentemente comparando la PA clínica con la media de actividad, lo que produce una marcada subestimación de la prevalencia de HTR verdadera. Por ello, hemos evaluado la prevalencia de HTR de bata-blanca y comparado sus características clínicas con las de pacientes con HTR verdadera participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 3042 pacientes con HTR (PA sistólica (PAS)/diastólica (AD) clínica $\geq 140/90$ mmHg en pacientes que tomaban 3 antihipertensivos de diferentes clases a dosis óptima incluyendo un diurético, o cualquier paciente tratado con ≥ 4 fármacos), 1707 hombres/1335 mujeres, de $64,2 \pm 11,6$ años de edad. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. La PA ambulatoria se consideró controlada si las medias de actividad y descanso de la PAS/PAD eran $< 135/85$ mmHg y $< 120/70$ mmHg, respectivamente. Durante los dos días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: Se documentó la presencia de HTR de bata-blanca (PA clínica elevada y medias de actividad y descanso controladas en pacientes que tomaban 3 fármacos) en 522 (17,2%) de los pacientes. En comparación con la HTR verdadera, los pacientes con HTR de bata-blanca tuvieron menor prevalencia de apnea obstructiva del sueño, diabetes, albuminuria, proteinuria y enfermedad renal crónica, así como menor glucosa, creatinina, ácido úrico, triglicéridos y cociente albúmina/creatinina. La prevalencia del patrón no-dipper fue significativamente mayor en los pacientes con HTR verdadera (65,6% vs. 38,9%; $P < 0,001$). La mayor diferencia entre grupos se obtuvo en la prevalencia del patrón riser (23,3% vs. 5,0%, respectivamente; $P < 0,001$).

Conclusiones: Nuestro estudio documenta una prevalencia significativamente elevada del patrón no-dipper en pacientes con HTR verdadera, que representaron el 82,8% de la población estudiada. La prevalencia del patrón riser, asociado con el mayor riesgo CV entre todos los posibles patrones de PA,

fue casi cinco veces mayor en la HTR verdadera que en la de bata-blanca. La HTR verdadera también se asoció con mayor prevalencia de muchos otros marcadores relevantes de riesgo CV. Estudios recientes que reportaron una prevalencia mucho menor de HTR verdadera y un aumento no significativo de su riesgo CV en comparación con el de la HTR de bata-blanca son incorrectos al no haber tenido en cuenta el valor de la PA de descanso para la clasificación, máxime teniendo en cuenta la alta prevalencia de hipertensión nocturna en los pacientes con HTR verdadera.

PÓSTER Nº: 132

EL PATRÓN NO-DIPPER AUMENTA EL RIESGO CARDIOVASCULAR INDEPENDIEMENTE DEL NIVEL DE LA PRESIÓN ARTERIAL: LA PARADOJA DEL “NORMOTENSO NO-DIPPER”

R.C. HERMIDA (1), D.E. AYALA (1), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: NO-DIPPER, RIESGO CARDIOVASCULAR, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: Diversos estudios han mostrado consistentemente una asociación entre la pérdida de descenso nocturno adecuado de la presión arterial (PA), es decir, el patrón no-dipper, y un aumento de riesgo cardiovascular (CV) en pacientes hipertensos. Se ha documentado que los sujetos normotensos con patrón no-dipper tienen aumento de masa ventricular izquierda, reducción de función diastólica, aumento de eliminación urinaria de albúmina, mayor prevalencia de retinopatía diabética, y aumento de intolerancia a la glucosa. Sin embargo, sigue siendo motivo de discusión cuál es el marcador más relevante de riesgo CV, si el patrón no-dipper o la elevación de PA. Por ello, hemos investigado la influencia del patrón no-dipper y el nivel de la PA ambulatoria (MAPA) como factores de influencia sobre la morbilidad y mortalidad CV.

Métodos: Estudiamos prospectivamente 3344 sujetos (1718 hombres/1626 mujeres), de $52,6 \pm 14,5$ años de edad, durante una mediana de seguimiento de 5,6 años. Los pacientes hipertensos se aleatorizaron a tomar toda la medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca. Los sujetos fueron divididos en cuatro categorías en función de: (i) su patrón dipper o no-dipper; y (ii) PA ambulatoria normal si la media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) era $<135/85$ mmHg y la media de descanso era $<120/70$ mmHg, y de lo contrario PA ambulatoria elevada.

Resultados: El análisis de supervivencia de Cox, ajustado por las variables significativas de sexo, edad, diabetes, hora de tratamiento antihipertensivo (levantarse vs. acostarse), duración del periodo de descanso nocturno, y enfermedad renal crónica, documentó que los sujetos no-dipper tenían mayor riesgo CV que los dipper, tanto si la PA ambulatoria era normal ($P=0,017$) como elevada ($P<0,001$). Los sujetos no-dipper con PA ambulatoria normal, un 21% de la muestra total evaluada, tuvieron un hazard ratio de eventos CV (1,61 [IC95% 1,09-2,37]) similar al de los pacientes dipper con PA ambulatoria elevada (1,54 [1,01-2,36]; $P=0,912$ entre grupos). Estos resultados fueron equivalentes para pacientes tratados y no tratados evaluados de forma independiente.

Conclusiones: El riesgo CV está influenciado no sólo por la elevación de la PA ambulatoria sino también y fundamentalmente por la ausencia de descenso nocturno adecuado de la PA, incluso dentro del rango de la “normotensión”, lo cual avala la MAPA como herramienta asistencial para valoración de riesgo CV

en población general. El aumento de riesgo CV en sujetos “normotensos” con patrón no-dipper sugiere la necesidad de redefinir los conceptos de normotensión e hipertensión, hasta el momento establecidos únicamente en base al nivel de PA, principalmente medida en la consulta clínica, independientemente del perfil circadiano de la PA. El riesgo CV de los sujetos “normotensos no-dipper”, comparable al de los “hipertensos dipper”, indica que cuando un sujeto tiene un perfil no-dipper, no puede en ningún caso ser considerado como “normotenso”.

PÓSTER Nº: 133

INFLUENCIA DE LA MEDIA DE DESCANSO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL VALOR PRONÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN CLÍNICA-AISLADA Y DE LA HIPERTENSIÓN ENMASCARADA

R.C. HERMIDA (1), D.E. AYALA (1), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ENMASCARADA, RIESGO CARDIOVASCULAR, PRESIÓN NOCTURNA

RESUMEN:

Objetivos: Las medidas de presión arterial (PA) determinadas en la consulta se han utilizado habitualmente para diagnóstico de hipertensión y valoración de la eficacia terapéutica. Sin embargo, la correlación entre el nivel de PA y el daño orgánico y riesgo cardiovascular (CV) es mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que clínicas de PA. Estudios independientes han concluido además que la media de descanso de la PA es mejor predictor de riesgo CV que las medias de actividad o de 24h. Sin embargo, las discrepancias en el diagnóstico de hipertensión entre las medidas clínicas y ambulatorias (hipertensión clínica-aislada y enmascarada) se han definido habitualmente comparando la PA clínica con la media de actividad de la MAPA. Por ello, hemos evaluado la influencia e la media de descanso de la PA en el valor pronóstico de la hipertensión clínica-aislada y enmascarada.

Métodos: Estudiamos prospectivamente 3344 sujetos (1718 hombres/1626 mujeres), de $52,6 \pm 14,5$ años de edad, durante una mediana de seguimiento de 5,6 años. Los pacientes hipertensos se aleatorizaron a tomar toda la medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca a fin de determinar de forma precisa e individualizada las horas de acostarse y levantarse de cada sujeto.

Resultados: La hipertensión definida en función de la MAPA (enmascarada y sostenida) se asoció con un significativo mayor riesgo CV que la normotensión y la hipertensión clínica-aislada ($P < 0,001$) sólo cuando estas categorías se establecieron en base a la media de descanso de la PA, pero no cuando se obtuvieron en función de la media de actividad o de la de 24h. Utilizando sólo la media de actividad para la clasificación, el 58,2% de los pacientes con hipertensión enmascarada se clasificaron erróneamente como normotensos, y el 26,3% de los pacientes con hipertensión sostenida se identificaron erróneamente como hipertensos de bata-blanca. Cuando la media de descanso de la PA se ajustó por la media de actividad o por la PA clínica, sólo la media descanso fue un predictor independiente y significativo de eventos CV en un modelo de Cox ajustado por las variables de influencia significativas de sexo, edad, diabetes, tratamiento antihipertensivo, duración del sueño, y enfermedad renal crónica.

Conclusiones: Los individuos con media de descanso de la PA elevada tienen alto riesgo CV, con independencia de la PA clínica, la media de actividad, o la media de 24h de la PA. La media de descanso

de la PA, y no sólo la media de actividad como sugieren de forma errónea las guías internacionales actuales, debe ser utilizada para la identificación de hipertensión por MAPA (enmascarada y sostenida), una condición asociada con un riesgo CV significativamente mayor que la normotensión por MAPA (incluyendo aquí la hipertensión clínica-asilada).

PÓSTER Nº: 134

UN MAYOR INCREMENTO MATUTINO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ESTÁ ASOCIADO CON MENOR, NO MAYOR, RIESGO CARDIOVASCULAR

R.C. HERMIDA (1), D.E. AYALA (1), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: INCREMENTO MATUTINO, RIESGO CARDIOVASCULAR, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: Durante las pasadas décadas se han evaluado diversos parámetros derivados de la monitorización ambulatoria (MAPA) de la presión arterial (PA) como posibles mediadores de daño orgánico y factores determinantes de riesgo de eventos cardiovasculares (CV). En concreto, el incremento matutino de la PA se ha asociado con aumento de riesgo CV el algún, pero no todos, los estudios. Numerosos estudios, sin embargo, han documentado consistentemente una asociación entre la pérdida de descenso nocturno adecuado de la PA (patrón no-dipper) y un aumento de riesgo CV. Esto conduce a una aparente inconsistencia, ya que los pacientes con patrón no-dipper o riser tienen menor incremento matutino de la PA. Por ello, hemos evaluado el valor pronóstico del incremento matutino de la PA, así como el de sus cambios a lo largo de años de seguimiento.

Métodos: Estudiamos prospectivamente 3344 sujetos (1718 hombres/1626 mujeres), de $52,6 \pm 14,5$ años de edad, durante una mediana de seguimiento de 5,6 años. Los pacientes hipertensos se aleatorizaron a tomar toda la medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca a fin de determinar de forma precisa e individualizada las horas de acostarse y levantarse de cada sujeto. El incremento matutino se calculó como la diferencia entre la media de los valores de PA monitorizados durante las 2 horas después de levantarse y la media horaria centrada en el menor valor de PA medido durante el descanso nocturno.

Resultados: En función del registro de MAPA basal de cada paciente, un mayor incremento matutino de la PA se asoció con un riesgo CV significativamente menor, no mayor, en un modelo de supervivencia de Cox ajustado por las variables de influencia significativas de sexo, edad, diabetes, anemia, y enfermedad renal crónica (hazard ratio 0,82 [IC95% 0,75-0,90] por cada desviación típica de aumento en el incremento matutino de la PA sistólica; 0,79 [0,71-0,87] para la PA diastólica; $P < 0,001$). Un mayor incremento matutino de la PA se asoció también con menor riesgo cuando los análisis se basaron en la última MAPA de cada pacientes (0,86 [0,78-0,94] y 0,76 [0,68-0,84] para la PA sistólica y diastólica, respectivamente; $P < 0,001$). Los cambios en incremento matutino de la PA durante el seguimiento no estuvieron significativamente asociados con aumento o disminución de riesgo CV.

Conclusiones: Los resultados documentan que un mayor incremento matutino de la PA está asociado con un menor riesgo de eventos CV, en concordancia tanto con el menor riesgo asociado con el aumento progresivo de la profundidad de la PA hacia un patrón cada vez más dipper, como con el demostrado valor pronóstico de la media de descanso de la PA, un marcador pronóstico independiente de riesgo que ha sido también validado como objetivo terapéutico para aumento de supervivencia sin evento CV.

PÓSTER Nº: 135

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL

J.J. CRESPO (1), D.E. AYALA (2), A. MOJON (2), M.J. FONTAO (2), J.R. FERNANDEZ (2), R.C. HERMIDA (2).

(1) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO. (2) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: ENVEJECIMIENTO, PROFUNDIDAD, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: Algunos estudios han documentado una reducción en la profundidad (descenso nocturno de presión arterial (PA) con respecto a la media de actividad) hacia un patrón más no-dipper en pacientes hipertensos ancianos, posiblemente asociada con la disminución en la producción de péptido natriurético atrial, alteración en la función endotelial, y arteriosclerosis, entre otros factores. La mayoría de los estudios, sin embargo, no han comparado la prevalencia del patrón no-dipper o de alteración en la regulación de la PA nocturna en función de la edad. Por ello, hemos evaluado el impacto de la edad sobre el perfil circadiano de la PA en pacientes hipertensos.

Métodos: Estudiamos 6147 pacientes hipertensos (3108 hombres/3039 mujeres), de $54,0 \pm 13,7$ años de edad. Entre ellos, 2137 (978 hombres/1159 mujeres) tenían ≥ 60 años. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca a fin de determinar de forma precisa e individualizada las horas de acostarse y levantarse de cada paciente. La hipertensión se definió como una media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) $\geq 135/85$ mmHg o media de descanso $\geq 120/70$ mmHg, o presencia de tratamiento antihipertensivo.

Resultados: Los pacientes hipertensos ancianos tuvieron mayor prevalencia de síndrome metabólico, diabetes, apnea obstructiva del sueño, anemia, albuminuria, y enfermedad renal crónica que los pacientes más jóvenes. La prevalencia del patrón no-dipper fue significativamente mayor en los pacientes ancianos (53,5 vs. 41,1%; $P < 0,001$). La profundidad de la PAS se mantuvo prácticamente constante hasta los 40 años y luego disminuyó progresivamente y de forma significativa con el aumento de edad a razón de 0,28%/año ($P < 0,001$), hasta alcanzar su valor mínimo de $4,38 \pm 0,47\%$ en los pacientes de ≥ 75 años. La comparación de resultados entre hombres y mujeres indicó que, aunque la profundidad disminuyó significativamente a partir de los 40 años de edad en ambos grupos, el descenso fue significativamente mayor en hombres que en mujeres.

Conclusiones: Este estudio transversal documenta la existencia de un cambio predecible con la edad en la profundidad de la PA. Los pacientes de >40 años se caracterizaron por una disminución progresiva de la profundidad de la PA y el correspondiente aumento en la prevalencia del patrón no-dipper. Teniendo en cuenta que la media de descanso de la PA es un mejor marcador pronóstico de riesgo cardiovascular

que la media de actividad, estos resultados sugieren la necesidad de valoración con MAPA en pacientes con edad relativamente avanzada, tanto para estratificación de riesgo cardiovascular como para establecer un esquema de tratamiento adecuado que permita un buen control de la PA durante el periodo de descanso nocturno.

PÓSTER Nº: 136

**DIFERENCIAS POR SEXO EN LOS UMBRALES DE REFERENCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL
AMBULATORIA PARA DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN BASADOS EN EVENTOS
CARDIOVASCULARES**

D.E. AYALA (1), R.C. HERMIDA (1), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: UMBRALES DE REFERENCIA, RIESGO CARDIOVASCULAR, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: Los umbrales de referencia de la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA) para diagnóstico de hipertensión no diferencian en la actualidad entre hombres y mujeres. Sin embargo, estudios previos han documentado diferencias de género en la patofisiología de la hipertensión y la respuesta al tratamiento antihipertensivo. En general, los hombres tienen la PA más alta que las mujeres, siendo esta diferencias mayores en la PA sistólica (PAS) que en la diastólica (PAD). Estas diferencias aparecen en la adolescencia y perduran al menos hasta los 55-60 años de edad. Nuestro objetivo fue obtener umbrales de diagnóstico de hipertensión en función del sexo para las medias de actividad y descanso de la PA en términos de riesgo cardiovascular (CV).

Métodos: Estudiamos 3344 sujetos (1718 hombres/1626 mujeres), de $52,6 \pm 14,5$ años de edad, durante una mediana de seguimiento de 5,6 años. Los pacientes hipertensos se aleatorizaron a tomar toda la medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca a fin de determinar de forma precisa e individualizada las horas de acostarse y levantarse de cada sujeto. Se utilizó el análisis de regresión de Cox para obtener umbrales de referencia de MAPA en función del sexo basados en riesgo de eventos CV.

Resultados: La relación exponencial entre el riesgo CV y la PA ambulatoria aumentó mucho más rápidamente en las mujeres que en los hombres para valores de media de actividad de la PAS/PAD $\geq 125/75$ mmHg y de media de descanso de la PAS/PAD $\geq 110/70$ mmHg. En base a los registros basales de MAPA obtenidos a la inclusión en los hombres con y sin eventos CV, calculamos la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de hipertensión basadas en riesgo CV para las medias de actividad y descanso de la PAS y PAD. El máximo de sensibilidad y especificidad combinadas se obtuvo para umbrales de 133,4/82,5 mmHg para la media de actividad y de 120,9/69,3 mmHg para la media de descanso de la PAS/PAD, es decir, 135/85 y 120/70 mmHg, respectivamente, después de redondear los resultados al entero más próximo acabado en 0 ó 5. Los umbrales de diagnóstico equivalentes en términos de riesgo CV para mujeres fueron 125/80 mmHg para la media de actividad y 110/65 mmHg para la media de descanso de la PAS/PAD, respectivamente.

Conclusiones: Este estudio es el primero en evaluar de forma prospectiva la influencia del sexo en los umbrales de diagnóstico de hipertensión para las medias de actividad y descanso de la PA basados en riesgo de eventos CV. Los umbrales de referencia de MAPA aquí propuestos son 10/5 mmHg menores para la PAS/PAS en mujeres que en hombres, lo que refleja las diferencias de género en regulación de PA ambulatoria. La marcada diferencia entre hombres y mujeres aquí documentada indica la necesidad de revisión de las guías actuales que proponen umbrales diagnósticos para las medias de actividad y descanso de la PA sin diferenciar por sexo.

PÓSTER Nº: 137

¿INFLUYE LA ENSEÑANZA EN EL VALOR DE LA PRESIÓN ARTERIAL?

M.I. LÓPEZ RAMIRO (1), V.M. ALCARAZ RUBIO (2).

(1) AYNADAMAR. GRANADA. (2) ALBUJAIIRA. HUÉRCAL OVERA (ALMERÍA).

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, EPIDEMIOLOGÍA, MEDIDA PRESIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El control de la Presión Arterial (PA) es de vital importancia como factor de riesgo cardiovascular. La medida de la PA, por profesionales de la salud, permite la obtención de unos valores correctos para su estudio. El objeto de este estudio es obtener la medida y seguimiento de las cifras de la PA, en un centro de enseñanza, para comprobar si la actividad docente se asocia a incrementos en los valores medios de presión arterial que pueden o no atravesar el umbral de hipertensión.

MÉTODOS USADOS

El Presente estudio se ha realizado en un Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) por profesorado Licenciado y diplomado en carreras sanitarias en la poblaciones de Granada y Huércal- Overa (Almería), donde durante 9 meses, al profesorado que ha acudido a al departamento de Sanidad a medirse la PA, servicio que se ha ofertado gratuitamente. Se han registrado los valores obtenidos de presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) y presión de pulso, así como la edad, sexo y toma de medicación antihipertensiva y los cambios en dicha medicación. La medida de la PA se ha realizado con esfigmomanómetro de mercurio calibrado y siguiendo en cuanto a técnica las recomendaciones de la Sociedad Española de Hipertensión. Para cada una de las variables estudiadas, se ha hecho una descripción de los parámetros estadísticos básicos tanto en medidas de tendencia central como de dispersión. Con objeto de evaluar la relación entre variables se han llevado a cabo pruebas de χ^2 y regresión múltiple, utilizando para todo ello el paquete estadístico SPSS 11.5.

RESULTADOS

El número de pacientes registrados durante el periodo de estudio ha sido de 67, de los que (57,72%) son mujeres. La edad media es de 52 años (d.e.=17,1), presentando su distribución una asimetría positiva. Las mujeres son mayoritarias en los grupos etarios. El número total de actos de medida de la PA durante el tiempo de recogida de datos ha sido de 978. Para estimar la influencia de las diferentes variables registradas en el número de visitas por paciente, se ha construido un modelo de regresión lineal múltiple con dichas variables, determinándose que el número de seguimientos está influido por la edad del paciente ($b=0,146$; $IC_{95\%}= 0,078-0,212$) y por el hecho de presentar unas cifras iniciales iguales o superiores a 140/90 ($b=1,692$; $IC_{95\%}= 0,352-3,301$), siendo independiente del sexo y toma o no de medicación. Los valores medios de PAS, PAD y PP son, respectivamente de 145,2 y 83,2 y 51,8. La PAS aumenta con la edad, incremento que es más pendiente en las mujeres que en los hombres. La PAD tiene una elevación con la edad más suave. La PP evoluciona de forma similar a la PAS, tanto en su conjunto como por sexos. Los valores son similares en ambas poblaciones

CONCLUSIONES

La medida de presión arterial en este IES ha revelado un incremento de los valores de la PA desde la medida que va avanzando el curso escolar. Los valores descienden significativamente al volver de las vacaciones de Navidad, aumentando las cifras con el retorno al curso. Este hecho se repite en el último trimestre. Se concluye que la actividad laboral docente produce un incremento en los valores de la Presión Arterial en el personal en los centros de enseñanza, hecho que se repite en otras publicaciones.

PÓSTER Nº: 138

INFLUENCIA DE LA TEMPERATURA EN LA PRESIÓN ARTERIAL

M.I. LÓPEZ RAMIRO (1), V.M. ALCARAZ RUBIO (2).

(1) AYNADAMAR. GRANADA. (2) HUÉRCAL - OVERA. ALMERÍA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: EPIDEMIOLOGÍA, TEMPERATURA, PRESIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO

De los factores medioambientales, uno de los más estudiados es el cambio que se produce en la presión arterial (PA) con los cambios de la temperatura ambiente, estando ampliamente documentada la variación interestacional de sus valores. Parece demostrado el incremento de la PA con el descenso de la temperatura y la presencia de valores más elevados en invierno que en verano. El presente estudio se pretende observar la variación que se produce en los valores de la PA con la temperatura ambiente.

MÉTODOS USADOS

Durante un periodo de un año a toda persona que ha acudido a la farmacia a medirse la PA se han registrado los valores de la misma obtenidos, edad y sexo. La visita para dicha medida ha sido siempre a demanda de la persona. La PA ha sido medida con esfigmomanómetro de mercurio. El lugar donde se ha realizado no dispone de aparato de climatización. Los datos de temperatura han sido facilitados por Centro Meteorológico de referencia. Los valores de PA así medidos, han sido analizados teniendo en cuenta la fecha en que se obtuvieron, y sometidos a diferentes pruebas estadísticas, ANOVA con comparación pos-hoc de Bonferroni para valorar la influencia de la temperatura así como, regresión para intentar modelizar dicha relación.

RESULTADOS

Durante el estudio han sido atendidos un total de 1017 personas (6014 medidas de la PA). Análisis: 1) Respecto a las personas (1017): Media de edad ha sido de 58,6 años (P25=47 P75=71), predominando de mujeres (70,9 %). 2) Respecto a las medidas de la PA (6014): el 81,1 % en horario de mañana (hasta las 14 h) y el 18,9 % restante en horario de tarde. Presión arterial sistólica (PAS) media total 133,1 mm de Hg (DE=18,6). Presión arterial diastólica (PAD) media total 77,9 mm de Hg (DE=10,6). Presión de pulso (PP) medio total 55,2 mm de Hg (DE=15,5). Para evaluar la relación entre la PA y la temperatura, se ha realizado un Análisis de la Variancia y comparaciones post-hoc con la corrección de Bonferroni, de los valores medidos frente al mes de medición, hay diferencias estadísticamente significativas tanto PAS (F=13,9; p<0,0005), PAD (F=7,7; p<0,0005) y PP (F=9,5; p<0,0005). El análisis interestacional, los valores más altos de PA se observan en los meses de invierno y los más bajos en primavera (en todos los casos, p<0,0005).

CONCLUSIONES

La relación existente entre los valores de PA y la temperatura, se ajusta más a modelos cuadrático y cúbico que lineal, siendo esta modelización más plausible en la PAS y en la PP que en la PAD. Ante esta observación, podemos pensar: Que realmente la asociación entre la temperatura la PA no sea lineal,

sino cuadrática (con curvas en J), cúbica o de cuarto orden por alguna de las siguientes razones: 1. Que por miedo a la deshidratación al aumentar la temperatura, se incremente la ingesta de líquidos, no solo agua, sino otros que con más o menos solutos aumenten el volumen de líquido extracelular. 2. Que sea una observación artefactual, por alguna de las siguientes causas: Al ser un servicio a demanda, en verano solo van a medirse la PA los que tengan valores más elevados, no acudiendo los que tengan mejores cifras (vacaciones de control). Que los medicados relajen la adherencia al mismo y se elevan los valores (vacaciones terapéuticas).

PÓSTER Nº: 139

EFICACIA DE UN PROGRAMA ASISTENCIAL DE APOYO AL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ESTUDIO ALCANZA

E. MÁRQUEZ CONTRERAS (1), B. FONT (2), G. MUÑOZ (2), EN REPRESENTACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO ALCANZA (1).

(1) CENTRO DE SALUD LA ORDEN. HUELVA. (2) NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONTROL PRESIÓN ARTERIAL, PROGRAMA ASISTENCIAL DE APOYO

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar la eficacia de un programa asistencial de apoyo al paciente hipertenso en el control de la presión arterial (PA).

MÉTODOS USADOS: Estudio epidemiológico, prospectivo, multicéntrico realizado en pacientes adultos con hipertensión arterial esencial (evolución \geq 3 meses) según criterios ESH-ESC (2007) y con un seguimiento medio de 6 meses. Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos: Grupo Intervención (GI), pacientes que participaron en el programa, y Grupo de control (GC), pacientes que no participaron. El programa consistió en 3 intervenciones de apoyo al paciente (1.- llamadas de soporte; 2.-, 3.- y envío de materiales sobre la patología, dieta y ejercicio) durante los 6 estudio. La PA se midió de forma basal y al cabo de 6 meses. Se consideró controlada la HTA cuando presentaban valores de PAS/PAD (promedio de las dos últimas medidas en el momento de la visita) inferiores a 140/90 mmHg.

RESULTADOS: Se evaluaron 1184 pacientes (585 del grupo A y 599 del grupo B) con una edad media de 62,8 (DE 11) ($p < 0.05$ por sexos). Fueron 584 varones (49,3 %). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos para las diferentes variables analizadas, excepto en la edad. Las presiones arteriales medias iniciales fueron: PAS de 141,7 mmHg (DE 13) y 142,7 mmHg (DE 14) y PAD de 84,6 mmHg (DE 9) y 84,4 mmHg (DE 9) para los grupos A y B respectivamente. Las presiones arteriales finales fueron: PAS de 134,2 mmHg (DE 10) y 137,4 mmHg (DE 11) y PAD de 80,6 mmHg (DE 7) y 82,1 mmHg (DE 8) para los grupos A y B respectivamente. Los descensos de la presión arterial fueron significativos en ambos grupos, siendo estas diferencias significativamente superiores en el GI. Estaban controlados al inicio del estudio el 39,8 % (IC 34,6-45 %) en el GI y el 40,4 % (IC: 35,3-44,5 %) en el GC ($p = NS$). Al final estaban controlados el 69,1 % (IC: 64,2-74 %) en el GI y el 54,4 % (IC: 49,2-59,6) en el GC ($p < 0.0001$).

De forma similar en el grupo de pacientes con y sin diabetes mellitus, 69,7% vs 53,7% las diferencias fueron significativas ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES: El programa de asistencia de apoyo aumenta significativamente el control de la presión arterial en pacientes hipertensos.

PÓSTER Nº: 140

HTA REFRACTARIA: ¿UN PROBLEMA DE DOSIS? UTILIDAD DEL ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO EN PACIENTES CON HTA RESISTENTE

M. ABAD CARDIEL (1), N. MARTELL CLAROS (1), C. MAROUN EID (1), A. BARBERO PEDRAZ (1),
A. FERNANDEZ-CRUZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA.
HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION REFRACTARIA, EVALUACION HEMODINAMICA, ESTUDIO HEMODINAMICO NO INVASIVO

RESUMEN:

La evaluación hemodinámica es útil para la optimización del tratamiento, seguimiento de los resultados clínicos y pronóstico general del paciente, pero históricamente solo se podía obtener a través de costosos procedimientos invasivos que implican riesgos sustanciales. La Monitorización del gasto cardíaco, post-carga, vasoconstricción y volumen circulante mediante una técnica de bioimpedancia eléctrica implementado en un sistema computerizado (HOTMAN), se está convirtiendo en una nueva herramienta de monitorización hemodinámica, y que sirve como prueba no invasiva para el ajuste individualizado del tratamiento de la HTA.

El objetivo de este estudio es valorar si el uso del sistema HOTMAN puede contribuir a un mejor control de la HTA, en pacientes con HTA refractaria al indicarnos el mecanismo hemodinámico que el paciente tiene más alterado.

Material y Métodos: Se incluyen 18 pacientes con HTA refractaria verdadera, con presiones arteriales no controladas y tratados con al menos 3 fármacos, uno de ellos diurético adecuado a la función renal, en seguimiento por nuestra Unidad de Hipertensión. Realizamos un estudio hemodinámico no invasivo, HOTMAN, que se repitió entre 2-4 semanas después de la modificación terapéutica; ésta se realizó en base al estado hemodinámico que presentaba el paciente. Se midieron los siguientes parámetros: Volumen, Inotropismo, Cronotropismo, Hemodinamia, Vasoactividad y Tensión; así mismo, evaluamos Cardiac Index (CI), Stroke Index (SI), Left Stroke Work Index (LSWI) y Afterload (A). Se valoró la variación de presión arterial (PA) entre visita inicial (i) y tras ajuste de tratamiento (f).

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (10 hombres y 8 mujeres), con una media de edad de 55,3 años ($\pm 10,9$ años), IMC 29,42 kg/m² ($\pm 4,47$ kg/m²). Previamente tratados con 3 a 6 fármacos (media 4,1). PASi media 145 mmHg ($\pm 27,8$ mmHg) y PASf media 129 mmHg ($\pm 22,15$ mmHg) ($p=0.03$) PADi media 90,6 mmHg ($\pm 10,8$ mmHg), y PADf media 83 mmHg ($\pm 13,41$ mmHg) ($p<0.03$), Cli 3,04 l/min/m² ($\pm 1,2$ l/min/m²) Clf 2,89 l/min/m² ($\pm 1,15$ l/min/m²) ($p=0.3$), Sli 43,5 ml/m² ($\pm 20,5$ ml/m²) Sif 41,5 ml/m² ($\pm 20,1$ ml/m²) (0.38), LSWIi 63,9 g.m/m² ($\pm 34,3$ g.m/m²) LSWIf 54,6 g.m/m² ($\pm 31,7$ g.m/m²) ($p=0.3$) y Ai 193,2 F. Ω /m² ($\pm 85,3$ F. Ω /m²) Af 182,1 F. Ω /m² ($\pm 90,8$ F. Ω /m²) ($p=0.3$). Tras el ajuste de tratamiento se objetivó una mejora del LSWI (medida de la contractilidad miocárdica que integra inotropismo y

volumen), encontrando a 7 pacientes en niveles altos y al final del estudio solo 3, presentando los demás niveles normales (n=10) o bajos (n=5).

Se controlaron (PA <140/90 mmHg) 12 pacientes (55,5%), 10 de ellos con modificación de dosis de su tratamiento habitual y 2 tras añadir un nuevo fármaco. En los 6 pacientes restantes no se obtuvo control de la PA, 3 por no tolerar la medicación pautada y en los otros 3 aunque no alcanzaron el control, sí mostraron descenso significativo del nivel de PA. La principal alteración que presentaban los pacientes fue hipervolemia.

Conclusión: El estudio hemodinámico no invasivo es una herramienta muy útil para mejorar el control de la PA en pacientes con HTA Resistente, que nos ha permitido alcanzar el objetivo en más del 50% de los pacientes sin añadir un nuevo fármaco. La hipervolemia es la causa más frecuente de no control en estos pacientes.

PÓSTER Nº: 141

PORCENTAJE DE REDUCCIÓN DE LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL MEDIDAS EN CONSULTA TRAS TRIPLE TOMA, EN CONDICIONES HABITUALES Y EN UNA SITUACIÓN DE MAYOR ESTADO DE RELAJACIÓN

A. ACOSTA TORRES (1), A. MARTINEZ CALERO (2), A. CARREÑO (2), F. ACOSTA TORRES (1),
F. DE LA RUBIA GARCIA (4).

(1) CENTRO DE SALUD Nº 1. CIUDAD REAL. (2) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. CIUDAD REAL.
(3) CENTRO DE DIALISIS NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CIUDAD REAL.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESION ARTERIAL, MEDIDAS, RELAJACIÓN

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo principal de este estudio fue comparar las medidas de la presión arterial, tras triple toma, en una consulta de Enfermería de A Primaria, en condiciones normales frente a la introducción de un elemento que favoreciese un mayor estado de relajación (música clásica) durante dichas tomas.

Material y método: Estudiamos 410 pacientes, 50 % varones y 50 % mujeres, a 205 se le realizó la toma de presión arterial, tres medidas, con un intervalo de tres minutos, en condiciones normales y a otros 205 las mismas características pero con música clásica de fondo.

Resultados: En el primer grupo (sin música) la media de cifras de TA fueron: 1ª) 144,7/78,7 mmHg, 2ª) 139,9/77,8 mmHg y 3ª) 136,7/76,8 mmHg. En el 2º grupo (con música) las cifras fueron: 1º) 144,8/78,7 mmHg, 2º) 140,6/77,8 mmHg y 3ª) 137,1/76,9 mmHg.

La reducción en cifras de la TA sistólica entre la primera y la tercera toma fue del 5,52 % en el grupo de pacientes sin música y de 5,37 %, en el grupo en el que se introdujo la música clásica. Con respecto a la TA diastólica la reducción entre la primera y la tercera medida fue del 2,51 % en el grupo sin música y del 2,37 % en el grupo con música. En ambos grupos la reducción tanto de la TA sistólica como diastólica tras triple medida fue estadísticamente significativa, no siendo así la diferencia de dichas TA entre ambos grupos.

Conclusiones: En nuestro estudio la realización de la triple medida de cifras de TA, en una consulta de Enfermería, produjo una reducción significativa tanto de las cifras de TA sistólica como diastólica, no variando dicho descenso al introducir música clásica como método añadido de relajación.

PÓSTER Nº: 142

“VARIACIONES DE LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL MEDIDAS EN CONSULTA TRAS TRIPLE TOMA, SEGÚN LOS GRADOS INICIALES DE HTA”

A. ACOSTA TORRES (1), A. MARTINEZ CALERO (2), F. ACOSTA TORRES (1), A. CARREÑO (2),
F. DE LA RUBIA GARCIA (3).

(1) CENTRO DE SALUD Nº 1. CIUDAD REAL. (2) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO.SERVICIO DE NEFROLOGIA. CIUDAD REAL. (3) CENTRO DE DIALISIS NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. CIUDAD REAL.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: AMPA, PRESION ARTERIAL, HTA

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo principal de este estudio fue comparar las medidas de la presión arterial, tras triple toma, en una consulta de Enfermería de Atención Primaria, comparando las cifras según el grado inicial de HTA del paciente.

Material y método: Estudiamos 410 pacientes, 50 % varones y 50 % mujeres, se le realizó la toma de presión arterial, tres medidas, con un intervalo de tres minutos, en condiciones normales.

Resultados: Tras la primera toma 179 eran normotensos con media de cifras de 1 medida) 126,6/74,4 mmHg y en la 3) 122,2/73 mmHg, la reducción fue del 3,49 % para TAS y del 2,01 % para la TAD, 139 presentaban HTA grado 1 con media de cifras de 1 toma) 148,6/81,5 mmHg y en la 3) 139,8/79,9 mmHg, la reducción fue del 5,8 % para TAS y del 1,96 % para la TAD, 64 presentaban HTA grado 2 con media de cifras de 1 toma) 169,1/80,9 mmHg y en la 3) 157,4/78,7 mmHg, la reducción fue del 6,94 % para TAS y del 2,72 % para la TAD y 28 presentaban HTA grado 3 con media de cifras de 1 toma) 189,9/87,1 mmHg y en la 3) 172,3/82,1 mmHg, la reducción fue del 9,27 % para TAS y del 6,38 % para la TAD.

Conclusiones: En nuestro estudio la realización de la triple medida de cifras de TA en una consulta de Enfermería, produjo una reducción significativa tanto de las cifras de TA sistólica como diastólica, variando dicho descenso en función del grado de HTA que presentaba el paciente.

PÓSTER Nº: 143

INFLUENCIA SEGÚN GRADOS DE SEVERIDAD DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL PERFIL DE PA 24 HORAS

A.M. GONZÁLEZ GONZÁLEZ (1), P. ARANDA LARA (2), M.D. MARTINEZ ESTEBAN (2),
 M. DE MORA MARTIN (1), D. HERNANDEZ MARRERO (2).

(1) SERVICIO CARDIOLOGIA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.
 (2) UNIDAD DE HTA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDIACA, PERFIL DE PA SEGUN MAPA 24H, GRADOS FUNCIONALES DE INSUFICIENCIA CARDIACA SEGUN NYHA

RESUMEN:

Objetivo: Estudiar las posibles diferencias en el perfil de PA de 24 horas en pacientes con diferentes grados de severidad de Insuficiencia Cardiaca (IC) según la clasificación de la NYHA. **Material y Método:** estudiamos 184 pacientes con edad media:63±10, 75% varones. IMC medio:30,1±6 Kg/Hm2. Tiempo medio de seguimiento de IC: 70 ±50 months. Asociación a factores de riesgo cardiovascular(%): Hipertensión (56,5), Diabetes (34,7), Dislipemia (40), Obesidad (29,3), Tabaco (22,9). Etiología de la IC (%): Hipertensión (HT) (19,5), Isquémica (12), Mixta HT más isquémica (27,1), enólica (9,8), Miocarditis (4,3), Valvulopatías (5,2), Idiopática (21). Régimen terapéutico administrado(%):Bloqueantes del SRA (93,4), Betabloqueantes (85,7), Diuréticos (81), Epironolactona (42,3), Estatinas (68,4), Antiplaquetarios/Anticoagulantes (89%) . No hubo en ningún caso diferencias en el uso de estos tratamientos entre pacientes con diferentes grados de severidad de IC. En todos los pacientes realizamos un MAPA de 24 horas, así como ecocardiograma y pruebas de laboratorio.

Resultados de las medidas de MAPA 24 h:

Grados funcionales de NYHA:	I (n-60)	II (n-100)	III (n- 24)
Media 24 h. S/D PA (mmHg)	113 / 65,7 (**)	110 / 64,4 (*)	123,6 / 68
Media Diurna S / D PA	115 / 67,8 (**)	111 / 66 (*)	121,7 / 69
Media Nocturna S / D PA	109 / 61,3 (ns)	108 / 61,5 (*)	124 / 65,6
Presión de Pulso(mmHg)	47,4±12 (ns)	45,6±10 (*)	56±16
Perfil Non dipper (%)	53,3 (*)	48 (**)	50
Perfil Riser (%)	20 (*)	32 (*)	41,8
SBP Morning Surge (mmHg)	119±18 (*)	117±16 (*)	132,2±20
Variabilidad Sistólica nocturna(mmHg)	9,8±4 (ns)	10,7±4 (*)	12,4±4

(*) p<0.001, (**) p<0,05

Conclusiones: el grado de severidad funcional de la IC se asocia con un perfil peor de PA en 24 h . El perfil de PA parece ser un factor importante de progresión de IC.

PÓSTER Nº: 144

LA DIFERENCIA DE PRESION ARTERIAL INTERBRAZOS SI IMPORTA

M.M. MARTINEZ GONZALEZ (1), E. MARCOS GARCIA (1), C. CELIZ VILLACORTA (1),
J.J. LOPEZ HERNANDEZ (1), M. DELGADO BENITO (1), M.I. ARMENTIA GONZALEZ (2).

(1) PISUEÑA-CAYON. SARON. (2) LA VEGA-ZAPATON. TORRELAVEGA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: INTERBRAZOS, MEDIDA SIMULTANEA, INDICE TOBILLO BRAZO

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO

La diferencia de presión arterial entre los dos brazos, se ha reportado desde hace más de 100 años. Sin embargo el conocimiento de su prevalencia y relevancia es todavía desconocido. Las Guías actuales no hacen énfasis en este tema, solamente recomiendan, que al inicio del diagnóstico se tome la presión arterial en los 2 brazos, y si hay diferencias, se tome siempre en el brazo con cifras más altas. Se sabe que la diferencia de presión entre brazos está presente en enfermedades con alteraciones anatómicas, como estenosis de subclavia, coartación de aorta, o arteriopatía periférica, sin embargo, en pacientes "aparentemente sanos", se han observado diferencias significativas

- 1) Determinar prevalencia de diferencia entre los 2 brazos en una muestra de hipertensos en tratamiento atendidos en a. Primaria, utilizando una técnica de medida simultánea en ambos brazos.
- 2) Determinar el índice tobillo –brazo (ITB), en una muestra de diabéticos utilizando un sistema automático
- 3) Determinar si existe relación entre diferencias de presión en ambos brazos y alteración de ITB en una muestra de diabéticos.

METODOLOGIA:

Se incluyeron en el estudio 236 pacientes atendidos en un centro de salud rural, con el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), que recibían tratamiento. El 29,6 % eran diabéticos.

Medición de la presión arterial

Todos los pacientes, se encontraban sentados, sin hablar, después de haber reposado como mínimo 5 minutos. Se tomó la TA simultáneamente en los 2 brazos con un aparato automático "WATCH BP OFFICCE. Microlife ABI, que determina diferencias entre los 2 brazos, haciendo 3 mediciones separadas 1 minuto cada una, y realizando el mismo dispositivo una media de las 3 TA en cada brazo, el dispositivo puede usarse cuando el paciente presenta fibrilación auricular. El mismo aparato determina de modo automático el ITB. Al paciente se le dejó solo en la consulta mientras se realizaba la medición. Siempre se hizo por el mismo enfermero en todos los pacientes.

En los pacientes diabéticos se realizó después de la medición de la TA un ITB

Se analizaron: sexo, edad, IMC, tratamientos antihipertensivo., anticoagulantes o vasodilatadores, y hemoglobina glucosilada en la muestra de diabéticos.

RESULTADOS

- Se estudiaron 236 pacientes, 56% mujeres, el 44% con un IMC > 30, 81% mayores de 65 años. La diferencia entre brazos de TA sistólica > 10 mmHg, fue de 3,8% ($p= 0.083$) y 5% para la diastólica. El brazo con mas diferencias de presión fue el derecho (sistólica 12% vs 8.5% izdo). En cuanto a la diastólica, la diferencia fue mayor en hombres 7,8% vs 3% ($p= 0.092$), lo mismo ocurrió con la edad, a mayor edad, mayor diferencia 6,5% > de 75 años vs 4.5%. En cuanto a los tratamientos, el 10% estaban en tratamiento dietético solamente, 34% con 1 fármaco, 46% con 2 y 11% con 3 ó mas fármacos. El 77% de los diabéticos tenían hemoglobina glucosilada < a 7,4%. En el grupo diabético se encontró diferencia > 10mmHg en sistólica 8,6% vs 1,8% ($p= 0.003$)*, pero no así en la diastólica.

Se realizaron 60 (ITB) en los diabéticos, siendo patológicos el 37,5%, así mismo los diabéticos con ITB patológico tenían mas diferencias entre brazos tanto para sistólica como diastolica

CONCLUSIONES

- En este estudio encontramos que la prevalencia de las diferencias entre los 2 brazos, es mas bajo que en otros estudios lo que podría deberse a la metodología, ya que hasta ahora no se disponía de aparatos simultáneos, de gran fiabilidad como el utilizado en nuestras mediciones.

De nuestro estudio, se deduce que en los pacientes diabéticos, debe de tomarse la TA en los 2 brazos, ya que en esta población fue relevante la diferencia, y además aquellos pacientes con mas afectación vascular tenían mas diferencias mas acusadas

Por lo tanto la toma de TA con dispositivos de medición simultánea debería aconsejarse a todos los pacientes, ya que la diferencias entre brazos puede tener importancia clínica en términos de diagnostico y tratamiento.

PÓSTER Nº: 145

**RECOMENDACIONES REALIZADAS SEGÚN RESULTADO MAPA (MONITORIZACIÓN
AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL) EN UNA AREA BÁSICA DE SALUD**

O. ORTIZ OLIVETE (1), G. SIERRA SIERRA (1), E. CABELLO JURADO (1), L. JODAR FERNANDEZ (1),
N. DOMENE MARTÍ (1), M. D'LACOSTE FARRE (1), M.T. SALCEDO PUJANTELL (1),
S. SINOBAD RUSHLETT (1).

(1) ABS SANT ILDEFONS. CORNELLÀ DE LLOBREGAT.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, ATENCIÓN PRIMARIA, TRATAMIENTO

RESUMEN:

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

- Ver tratamiento (tto) indicado en pacientes con HTA a los que se realiza MAPA
- Recomendaciones realizadas según resultados MAPA

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional descriptivo de resultados obtenidos por MAPA en Area Básica de Salud urbana, durante los años 2005 al 31 de agosto 2010. Criterios inclusión: pacientes con MAPA realizado del año 2005 a 31 Agosto 2010. Criterios exclusión: desplazados, éxitus, atención domiciliaria. Variables: Sociodemográficas. Tratamiento antihipertensivo. Recomendaciones tras MAPA.

RESULTADOS: 380 pacientes, 48% mujeres/52% varones. Edad media 63,6; rango entre 20 y 90. Tratamiento antihipertensivo (256 pacientes): 33% sin tto; 19% monoterapia y resto 48% tto combinado. Recomendaciones: Igual tto: 32%, aumentar tto: 23%, Disminuir tto: 9.6%. De 256 pacientes con tto farmacológico se recomendó cronoterapia al 47%. 124 pacientes sin tratamiento previo (MAPA diagnóstico): MAPA confirma HTA en 21% resto MAPA normal o normal alto.

CONCLUSIONES: Respecto a recomendaciones y resultados de MAPA vemos que en nuestro estudio no se confirmó el diagnóstico de HTA por MAPA en el 79% de pacientes sin tratamiento y en un 9.6% de pacientes tratados recomendamos disminuir el tto antihipertensivo, estos hechos nos sugieren que la Presión Clínica sobrediagnostica y sobrevalora HTA por lo que creemos que la implantación de MAPA en Atención Primaria mejorará el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, para confirmarlo sería importante realizar estudios con esta hipótesis de trabajo.

PÓSTER Nº: 146

VALORAR SI EXISTE CORRELACIÓN DEL GRADO DE HIPERTENSION SEGÚN PRESIÓN CLÍNICA (PC)
Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)

M. D'LACOSTE FARRE (1), E.M. CABELLO JURADO (1), G. SIERRA CHAVEZ (1), N. DOMENE MARTÍ (1),
L. JODAR FERNANDEZ (1), O. ORTIZ OLIVETE (1), M.T. SALCEDO PUJANTELL (1), S. SINOBAD RUSHLETT (1).

(1) ABS SANT ILDEFONS. CORNELLÀ DE LLOBREGAT.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, PRESIÓN CLÍNICA, GRADO HTA

RESUMEN:

OBJETIVOS:

-Conocer Grado de HTA por PC y por MAPA.

-Conocer el número de pacientes con diagnóstico clínico HTA(Hipertensión arterial) que presentan cifras normales de PA(Presión arterial) por MAPA(Monitorización ambulatoria PA).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo de resultados obtenidos por MAPA en un Area Básica de Salud urbana,durante los años 2005 al 31 de agosto del 2010.Criterios inclusión:pacientes con MAPA realizado del año 2005 a 31 Agosto 2010.Criterios exclusión:desplazados,éxitus,atención domiciliaria.Variables:Sociodemográficas,Grado de HTA por presión clínica(PC);grado HTA por MAPA.(Normal-Normal Alta (N-NA). Grado 1 (G1).Grado 2 (G2).Grado 3 (G3)).

RESULTADOS: 380 pacientes,48% mujeres/52% varones.Edad media:63,6;rango entre 20 y 90.Grado HTA por PC:N-NA 31%;G1: 44,7%;G2: 14,7%;G3: 4,7%.Por MAPA:N-NA: 78%. G1:19,4%.G2: 2,3%.G3: 0%.De los pacientes sin tratamiento a los que se les realizó MAPA 79% N-NA por MAPA .34% N-NA por PC.Se confirmó HTA en el 21%(G1:20%, G2:1%).

CONCLUSIONES: Nuestro estudio muestra una elevada frecuencia del efecto bata blanca en nuestros pacientes, que concuerda con otros estudios realizados. El 78% de los pacientes tenían cifras de presión normal o normal alta por MAPA, frente al 31% por PC.Del grupo de pacientes que no tenían prescrito ningún tratamiento hipotensor,el 79% tenían cifras normales de PA por MAPA, y en 21% de los sujetos se confirmó el diagnóstico de HTA.Concluimos que la presión clínica sobrestima las cifras de presión arterial y nos induce a prescribir e intensificar tratamientos que realmente no son necesarios.Creemos por ello que la MAPA supone una herramienta indispensable en la correcta evaluación de los pacientes hipertensos.

PÓSTER Nº: 147

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO

J. PLANA RODRIGUEZ (1), A.M. DE LA RIVA DE LA GANDARA (1), J. ROMA MILLAN (2).

(1) CONSORCI SANITARI DEL GARRAF. SAN PERE DE RIBES. (2) FUNDACIÓ PER EL ESTUDI DE LA HIPERTENSIÓ ARTERIAL ALS HOSPITALS COMARCALS DE CATALUNYA. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, MAPA, PREECLAMPSIA

RESUMEN:

La hipertensión arterial asociada al embarazo es una entidad patológica de alto riesgo tanto para la madre como para el feto. Nuestro grupo de trabajo ha incluido el control de la presión arterial mediante MAPA 24 horas. Se ha estudiado un grupo de mujeres embarazadas hipertensas y un grupo control de mujeres embarazadas normotensas. Se disponen de datos, como control, de un grupo de mujeres no controladas durante el embarazo y que presentaron hipertensión arterial solo conocida en el momento del parto.

Material y métodos

Se han estudiado 235 mujeres, 43 embarazadas normotensas, 116 embarazadas hipertensas con control MAPA y 76 embarazadas hipertensas sin control.

Resultados

El grupo de mujeres hipertensas controladas y tratadas ha presentado significativamente menos problemas de parto que el grupo no controlado, como la reducción de las cesáreas debido a patología hipertensiva.

El MAPA, bajo los criterios clásicos de definición de hipertensión arterial, consiguió diagnosticar más de un 50% de mujeres hipertensas, que la presión clínica ambulatoria había considerado normotensas. Todas las embarazadas, sanas e hipertensas (antes de recibir tratamiento) han mostrado unos perfiles circadianos de presión arterial compatibles con Non-Dipper. El porcentaje de medidas de la presión arterial por encima de los valores de normalidad se presenta como una variable de alto grado diagnóstico y pronóstico. Estos datos pueden observarse a partir de la semana 10 de embarazo.

Conclusiones

Debemos empezar a monitorizar la presión arterial ambulatoria de 24 horas a todas aquellas embarazadas de riesgo hipertensivo previsible, la hipertensión crónica debe incluirse sin ninguna duda en los mismos criterios. El MAPA se presenta como una herramienta fundamental de estudio y control de la hipertensión durante el embarazo, con un coste sanitario muy bajo y una alta rentabilidad asistencial.

PÓSTER Nº: 148

PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y SU COMPARACIÓN CON LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

S.N. REINO GONZALEZ (1), S. PITA FERNANDEZ (2), M. CIBIRIAIN SOLA (1).

(1) CS ADORMIDERAS. A CORUÑA. (2) UNIDAD EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA. CHUAC. A CORUÑA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, PA CLÍNICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo. Determinar la concordancia entre la presión arterial (PA) medida en una consulta de control de hipertensos de Atención Primaria y la determinada con monitorización ambulatoria de la PA (MAPA), y asimismo evaluar la validez de las medidas en la consulta de AP para el diagnóstico de HTA en relación al MAPA.

Pacientes y Métodos. Estudio observacional de Prevalencia en un centro de Atención Primaria urbano. Se incluyeron a 137 hipertensos tratados. Se practicó una MAPA a todos los sujetos de estudio. Se registraron los valores de 24 h, diurno y nocturno, así como el patrón dipper y no dipper. Se calculó el score de comorbilidad de Charlson y el riesgo cardiovascular de los pacientes (scores de Framingham, Dorica, Regicor y Score). Se definió buen control de la presión ambulatoria cuando las cifras medias del período de 24 h eran <130/80 mmHg. La correlación se estimó por medio del coeficiente de correlación de Pearson o Rho de Spearman según procediese. La concordancia se calculó por medio del método de Bland y Altman y el índice de Kappa.

Resultados. Los valores medios medidos con MAPA fueron menores que en la consulta, para el intervalo de 24 h alrededor de 18 mmHg en la presión sistólica y alrededor de 6 mmHg en la diastólica, aumentando a 23 mmHg en la sistólica nocturna y 12 en la diastólica nocturna. El 39.4% de los pacientes presentaban una PA clínica normal (<140/90), mientras que con MAPA de 24 h (PA normal <130/80) se elevó al 59.1%. Falsa resistencia al tratamiento (HTA clínica con MAPA de 24 h normal) la presentó el 27.7 %. La situación inversa, HTA enmascarada, la encontramos en el 8% de los pacientes. El patrón no dipper lo presentó el 64.8%. Encontramos que el índice de masa corporal predice el grado de concordancia entre PA clínica y MAPA, pero no el score de comorbilidad de Charlson. Estudiamos la capacidad predictiva de la medida de PA en consulta en relación a la MAPA de 24 h, con una sensibilidad de 81.58%, especificidad 47.1%, valor predictivo positivo 52.4% y valor predictivo negativo 78.1%, con sólo un 64.23% correctamente diagnosticados.

Conclusión. 1. Existe una concordancia débil entre la medición clínica y la MAPA de 24 horas. 2. La discordancia se incrementa con valores más elevados de TA. 3. La discordancia es mayor para valores de TAS que de TAD. 4. La edad, el sexo, la comorbilidad (excepto obesidad) y el riesgo cardiovascular del paciente no modifican el nivel de discordancia. 5. La sensibilidad del médico en la consulta para el diagnóstico de HTA es de 81.58%, la especificidad es del 47.17% y el valor predictivo positivo 52.54%

PÓSTER Nº: 149

USO DE LA MAPA 2004-2011

G. RIBAS MIQUEL (1), E. BOIX ROQUETA (1), M. FERRE MUNTE (1), M. BELTRAN VILELLA (1),
J. GIFRE HIPOLIT (1).

(1) ABS CASSA DE LA SELVA. CASSA DE LA SELVA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, HTA BATA BLANCA, PATRON CIRCADIANO

RESUMEN:

Analizar el uso que se ha hecho de la MAPA en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 30.742 habitantes, durante los años (2004-2011) período desde el que se dispone de la MAPA en el Centro de Salud.

MÉTODOS USADOS:

Análisis descriptivo retrospectivo de todas las MAPA solicitadas durante el período de estudio. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

RESULTADOS:

En el transcurso de los últimos 8 años (2004-2011) ha habido un aumento progresivo de solicitudes en los años sucesivos exceptuando el año 2008 (año 2004:16, 2005: 68, 2006: 83, 2007: 98, 2008: 63, 2009: 75, 2010: 107, 2011: 78), en total se han realizado 588 MAPA, 345 hombres (58,67 %) y 243 mujeres (41,33%). La edad media entre hombres fue de 54,41 años y entre las mujeres de 56,40 años.

La distribución de MAPA solicitados por trimestres anuales fue más intensiva en el primer semestre 55,61% y el último trimestre 44,39%.

El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (37,41%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (20,41%) y de Patrón circadiano (16,50%). El 47,96 % de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. El Riesgo cardiovascular añadido al diagnóstico según la tabla Framingham fue: 6,46 % normal, 22,27 % ligero, 40,31 % moderado, 14,96 % elevado, 12,75 % muy elevado, 3,23 % no valido.

Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 270 Dipper (45,92%), 215 Non Dipper (36,56%), 33 Extrem Dipper (5,61%), 51 Riser (8,67%), 0 Extrem Riser, 3 no aceptaron realizarse la prueba (0,51%) y 16 fueron no válidos (2,72%).

El 87,76 % de las MAPA obtuvo lecturas válidas para un diagnóstico. El 12,24 % del total de MAPA obtuvo un porcentaje de lecturas válidas inferior al 70%, o sea las pruebas fueron consideradas no válidas

El número de pacientes con diagnóstico de hipertensión en el Área básica de Salud son 3.933, siendo diagnosticados con MAPA un 14,95%.

CONCLUSIONES:

1.

- Se utilizó como herramienta básica para el diagnóstico de HTA de Bata Blanca.
- Elevado porcentaje de pacientes con alteración del patrón circadiano, aunque domina el patrón Dipper.
- El uso del MAPA esta siendo mas utilizado en nuestra ABS, para el diagnostico de HTA

PÓSTER Nº: 150

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA AISLADA EN JÓVENES: ¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN CON LA AMPLIFICACIÓN DE LA PRESIÓN DEL PULSO?

L. SANS ATXER (1), S. VAZQUEZ (1), J. PASCUAL (1), A. OLIVERAS (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL DEL MAR (PARC DE SALUT MAR). BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HTA ESPUREA, PA CENTRAL, AMPLIFICACIÓN PRESIÓN DEL PULSO

RESUMEN:

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) sistólica aislada es una forma de HTA característica de la gente mayor y se relaciona con un incremento de la rigidez arterial. La posibilidad de determinar la presión arterial central (PAC) mediante métodos no invasivos ha permitido identificar jóvenes hipertensos con HTA sistólica aislada periférica pero con cifras de PAS normales a nivel central. Mientras que algunos estudios han sugerido que este fenómeno es consecuencia de una amplificación exagerada de la presión del pulso debida a una gran elasticidad de la pared arterial, otros no han confirmado esta hipótesis.

Métodos

Los pacientes jóvenes (< 40 años) con HTA sistólica aislada periférica diagnosticada por presión arterial (PA) en la consulta o por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) fueron incluidos en este estudio. Mediante tonometría por aplanamiento radial (Sphygmocor[®]) se determinaron los parámetros de PAC (PA sistólica –PASc-, PA diastólica –PADc-, presión del pulso –PPc- y presión de aumento –PA en mmHg- e índice de aumento –IAx-). La PA en la consulta se midió según las recomendaciones de la Guía Europea de HTA. Se estudiaron las correlaciones entre las cifras de PA obtenidas mediante los 3 métodos de lectura. Además, se estudiaron las correlaciones entre la amplificación de la presión del pulso –APP- (PP periférica/ PP central).

Resultados

16 pacientes fueron incluidos en el estudio. Edad media 29,2 ± 6,8 años. PA en la consulta 138,4 / 76,7 mmHg. PA por MAPA de 24 horas 133,5/77 mmHg. PAC 117,5/78 mmHg.

Las correlaciones entre PASc y PAS en la consulta y PAS por MAPA de 24 horas fueron: r = 0.692 (p = 0.003) y r = 0.132 (p = 0.698), respectivamente.

Las correlaciones entre APP y los parámetros de PAC se muestran en la tabla 1.

	PASc	PPc	IAx	PA
Amplificación Presión del Pulso	r – 0.403 p 0.121	r –0.158 p 0.559	r – 0.940 p < 0.001	r –0.915 p < 0,001

Conclusiones

En este grupo de hipertensos jóvenes con HTA sistólica aislada:

- La PAsc se correlaciona con la PAS en la consulta pero no con la PAS por MAPA de 24 horas
- APP se correlaciona de forma negativa y estadísticamente significativa con la PA y el IAx

Este último hallazgo sugiere una gran elasticidad de la pared arterial con poco impacto de la onda retrógrada en los valores de PAsc.

PÓSTER Nº: 151

CONTROL AMBULATORIO EN PACIENTES DIABETICOS CON PRESION ARTERIAL NORMAL-ALTA EN CONSULTA

J. SEGURA (1), J.R. BANEGAS (2), J.J. DE LA CRUZ (2), M. GOROSTIDI (3), A. DE LA SIERRA (4), L.M. RUILOPE (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.
(2) DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID. (3) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO. (4) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL MUTUA TERRASA, UNIVERSIDAD DE BARCELONA. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN NORMAL-ALTA, PRESIÓN AMBULATORIA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

La última actualización de la guía europea de manejo de la hipertensión arterial recomienda un objetivo de control tensional entre 130-139/80-85 mmHg para todos los pacientes hipertensos, incluso los diabéticos y los pacientes de riesgo muy elevado. Sin embargo, son bien conocidas las discrepancias existentes entre la medida clínica y ambulatoria de la presión arterial.

Este trabajo analiza el grado de control ambulatorio en pacientes hipertensos tratados, diabéticos tipo 2, con presión arterial clínica entre 130-139 mmHg para la sistólica y por debajo de 85 mmHg para la diastólica, incluidos en el Registro Nacional de MAPA. Se clasificó a los pacientes según las categorías de presión arterial sistólica ambulatoria de 24 horas, y se analizó en grado de control ambulatorio (<130/80 mmHg para 24-h, <135/85 mmHg para el periodo diurno, y <120/70 mmHg para el nocturno) en dichas categorías.

Se incluyeron 1300 pacientes, edad media 66.1±10.7 años, presión sistólica/diastólica clínica media de 134±3/74±7 mmHg.

	Total	<110	110-119	120-129	130-135	>135	p</p>
N (%)	1300	86 (6.6)	273 (21.0)	438 (33.7)	179 (13.8)	324 (24.9)	
Edad (años)	66.1±10.7	65.8±9.8	64.7±10.3	65.7±11.5	65.8±10.0	67.9±10.3	0.005
PAS clínica	134.4±3.0	133.4±2.5	134.3±3.0	134.2±3.0	134.8±2.9	134.7±3.0	
PAD clínica	74.4±7.3	74.2±7.5	75.6±6.4	74.4±7.2	74.4±7.3	73.5±7.8	
PAS 24-h	127.5±12.7	104.9±5.0	115.7±2.8	125.1±2.9	132.3±1.4	144.0±9.0	

PAD 24-h	70.1±8.6	60.0±6.6	66.8±6.2	69.8±7.6	72.0±7.7	74.7±8.9	
% control 24-h	57.8	100.0	98.9	90.2	0	0	<0.001
PAS día	129.5±12.7	107.1±5.6	118.3±3.9	127.3±4.0	134.5±3.3	145.1±9.6	<0.001
PAD día	72.2±8.9	62.4±7.3	69.4±6.8	72.0±8.1	74.1±8.1	76.4±9.6	<0.001
% control día	68.3	100	100	94.1	56.4	4.9	<0.001
PAS noche	122.0±16.2	99.6±8.2	109.0±8.0	119.1±8.9	126.6±7.5	140.3±14.4	<0.001
PAD noche	64.3±9.4	54.1±6.8	59.9±7.3	64.0±8.3	66.5±8.3	69.9±9.6	<0.001
% control noche	45.2	98.8	88.6	48.9	16.8	5.2	<0.001

Entre los pacientes diabéticos con hipertensión arterial tratada y cifras de presión clínica normal-alta, un 38.7% muestra un promedio de PAS 24-h mayor de 130 mmHg, y otro 27.6% muestra un promedio de PAS 24-h por debajo de 120 mmHg. Estas diferencias entre los niveles de presión arterial ambulatoria pueden contribuir en inadecuado manejo de estos pacientes de alto riesgo cardiovascular. La monitorización de la presión arterial puede identificar tanto pacientes infratratados como los sobretrotados.

PÓSTER Nº: 152

INFLUENCIA DE LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y DEL PATRÓN CIRCADIANO SOBRE EL CONTROL AMBULATORIO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON PRESIÓN NORMAL-ALTA EN CONSULTA

J. SEGURA (1), J.R. BANEGAS (2), J.J. DE LA CRUZ (2), M. GOROSTIDI (3), A. DE LA SIERRA (4), L.M. RUILOPE (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.
 (2) DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID. (3) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO. (4) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL MUTUA TERRASA, UNIVERSIDAD DE BARCELONA. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: VARIABILIDAD, PRESIÓN AMBULATORIA, DIABETES

RESUMEN:

La presencia de una elevada variabilidad de la presión arterial contribuye al inadecuado control de la presión arterial ambulatoria, y este efecto puede ser especialmente relevante en pacientes con presión normal-alta en consulta.

Este trabajo analiza la variabilidad de la presión arterial en pacientes hipertensos tratados, diabéticos tipo 2, con presión arterial clínica entre 130-139 mmHg para la sistólica y por debajo de 85 mmHg para la diastólica, incluidos en el Registro Nacional de MAPA. Se clasificó a los pacientes según las categorías de presión arterial sistólica ambulatoria de 24 horas, y se analizó en grado de control ambulatorio (<130/80 mmHg para 24-h, <135/85 mmHg para el periodo diurno, y <120/70 mmHg para el nocturno) en dichas categorías. Se comparó la desviación estándar (DE) de la presión ambulatoria sistólica y diastólica, así como los ratios N/D para dichas presiones y los porcentajes de patrón dipper y no dipper según dichas categorías.

Se incluyeron 1300 pacientes, edad media 66.1±10.7 años, presión sistólica/diastólica clínica media de 134±3/74±7 mmHg.

	Total	<110	110-119	120-129	130-135	>135	p</p>
N (%)	1300	86 (6.6)	273 (21.0)	438 (33.7)	179 (13.8)	324 (24.9)	
PAS clínica	134.4±3.0	133.4±2.5	134.3±3.0	134.2±3.0	134.8±2.9	134.7±3.0	
PAD clínica	74.4±7.3	74.2±7.5	75.6±6.4	74.4±7.2	74.4±7.3	73.5±7.8	
% control	57.8	100.0	98.9	90.2	0	0	<0.001

24-h							
% control día	68.3	100	100	94.1	56.4	4.9	<0.001
% control noche	45.2	98.8	88.6	48.9	16.8	5.2	<0.001
DE PAS 24-h	50.9±13.1	42.9±8.6	45.5±12.2	50.0±11.8	52.4±12.6	58.1±13.2	<0.001
DE PAD 24-h	28.4±7.0	25.3±5.2	26.9±7.0	28.3±6.7	28.8±7.2	30.6±6.9	<0.001
Ratio N/D PAS	0.94±0.09	0.93±0.08	0.92±0.08	0.94±0.09	0.94±0.07	0.97±0.10	<0.001
Ratio N/D PAD	0.89±0.09	0.87±0.09	0.87±0.10	0.89±0.09	0.90±0.08	0.92±0.10	<0.001
N (%) Dippers	413 (31.8)	33 (38.4)	108 (39.6)	143 (32.6)	52 (29.1)	77 (23.8)	<0.001
N (%) No dippers	887 (68.2)	53 (61.6)	165 (60.4)	295 (67.4)	127 (70.9)	247 (76.2)	<0.001

Entre los pacientes diabéticos con hipertensión arterial tratada y cifras de presión clínica normal-alta, existe un progresivo incremento de la variabilidad de la presión ambulatoria y una mayor alteración del patrón circadiano a medida que aumenta dicha presión ambulatoria. Estos hallazgos pueden contribuir en el incremento del riesgo cardiovascular de estos pacientes.

PÓSTER Nº: 153

EFFECTIVIDAD DE UN SISTEMA DE ALERTA EN LA TOMA DE DECISIONES DEL MÉDICO ANTE EL PACIENTE HIPERTENSO

J. SEGURA DE LA MORENA (1), J.A. DIVISÓN GARROTE (2), C. ROLDÁN SUÁREZ (3),
EN REPRESENTACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO ALERTTA.

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN, HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID. (2) CENTRO DE SALUD FUENTEALBILLA. ALBACETE. (3) DEPARTAMENTO MÉDICO, NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ESFIGMOMANÓMETRO, PRESIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Evaluar la efectividad de un esfigmomanómetro con un sistema de alerta comparado con el esfigmomanómetro convencional en la toma de decisiones del médico ante el paciente hipertenso.

MÉTODOS USADOS: Estudio epidemiológico, prospectivo (seguimiento: 8 semanas) y multicéntrico, en pacientes adultos con hipertensión esencial (evolución ≥ 1 año), realizado en consultas de atención primaria (AP) u hospitalarias (unidades de hipertensión arterial, UHTA), según práctica clínica habitual. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: A, en los que el investigador utilizó un esfigmomanómetro convencional, y B, el investigador utilizó un esfigmomanómetro dotado de un sistema de alerta. Se determinó la efectividad del sistema de alerta mediante la valoración de la toma de decisiones por el médico en relación a los cambios introducidos (cambio de fármaco, aumento de dosis y/o modificación estilo de vida) en los pacientes con presión arterial (PA) no controlada. Se consideró una PA controlada a valores de PAS/PAD $<140/90$ mmHg o $<130/80$ mmHg en pacientes con diabetes, disfunción renal o enfermedad cardiovascular previa. La toma de decisión del médico también se evaluó en función del riesgo cardiovascular (RCV).

RESULTADOS: Se incluyeron un total 3952 pacientes (2046 grupo A y 1906 grupo B). Los grupos A y B fueron homogéneos en relación a los datos demográficos y clínicos, mostrando una mediana de edad de 65 años, siendo hombres el 50% de AP y el 60% de UHTA, con un tiempo desde el diagnóstico de 8,6 y 10 años para AP y UHTA, respectivamente. Aproximadamente el 50% en AP y 40% en UHTA eran pacientes con PA no controlada, con valores similares en los grupos A y B. En el ámbito de AP el médico mostró tener una actitud significativamente más activa al tomar la decisión de introducir cambios en pacientes con PA no controlada en el grupo B comparado con el grupo A (cambio de fármaco 14,1% vs 12,9%, cambio de fármaco + aumento de dosis + cambios en el estilo de vida 4,6% vs 2,8%, $p = 0,0015$). Respecto a los pacientes con RCV moderado/alto/muy alto, los médicos mostraron una conducta significativamente más activa en el grupo B vs grupo A en AP [cambio de fármaco (30,1% vs 25,1%), cambios de fármaco + estilo de vida (24,3% vs 20,8%) y cambio de fármaco + aumento de dosis + cambios en el estilo de vida (13,2% vs 8,5%), $p = 0,0022$]. En UHTA, las diferencias entre el grupo B y A

no fueron significativas [cambio de fármaco (29,2% vs 26,1%), cambios de fármaco + estilo de vida (9,2% vs 7,5%) y cambio de fármaco + aumento de dosis + cambios de estilo de vida (6,6% vs 5,1 %)].

CONCLUSIONES: El esfigmomanómetro con el sistema de alerta ha demostrado ser efectivo en la toma de decisiones del médico ante el paciente hipertenso en el ámbito de AP.

PÓSTER Nº: 154

COMPARACIÓN DE UN ESFIGMOMANÓMETRO CON UN SISTEMA DE ALERTA FRENTE AL CONVENCIONAL EN MANEJO DE PACIENTES HIPERTENSOS

J. SEGURA DE LA MORENA (1), J.A. DIVISÓN GARROTE (2), C. ROLDÁN SUÁREZ (3),
EN REPRESENTACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO ALERTTA.

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN, HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID. (2) CENTRO DE SALUD FUENTEALBILLA. ALBACETE. (3) DEPARTAMENTO MÉDICO, NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ESFIGMOMANÓMETRO, PRESIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Comparar la utilidad de un esfigmomanómetro dotado de un sistema de alerta comparado con el esfigmomanómetro convencional en el manejo de pacientes hipertensos.

MÉTODOS USADOS: Estudio epidemiológico, prospectivo (seguimiento: 8 semanas) y multicéntrico, en pacientes adultos con hipertensión esencial (evolución ≥ 1 año), realizado en consultas de atención primaria (AP) u hospitalarias (unidades de hipertensión arterial, UHTA), según práctica clínica habitual. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: A, en los que el investigador utilizó un esfigmomanómetro convencional, y B, en los que el investigador utilizó un esfigmomanómetro con un sistema de alerta. Se evaluó las características socio-demográficas y clínicas de los pacientes hipertensos que no alcanzan el objetivo de control de la presión arterial (PA). Se consideró una PA no controlada a valores de PAS/PAD $<140/90$ mmHg o $<130/80$ mmHg en pacientes con diabetes, disfunción renal o enfermedad cardiovascular previa. También se evaluó el tratamiento farmacológico y el cumplimiento terapéutico en las visitas basal y final.

RESULTADOS: Se evaluó un total de 2046 y 1906 pacientes de los grupos A y B, respectivamente. Los pacientes con PA no controlada, tanto del grupo A y B, presentaron una mediana de edad media similar, siendo entre 67-69 años en AP y de 66 años en UHTA. El 50% fueron hombres (excepto en el grupo A de UHTA, 70%), y el tiempo medio desde el diagnóstico fue de 8,0 y 10,9 años para AP y UHTA, respectivamente. Después de 8 semanas de seguimiento, el médico consideró que aproximadamente el 75% de los pacientes en AP y el 70% de los pacientes de UHTA habían alcanzado el objetivo de control de la PA, sin observarse diferencias significativas entre los grupos A y B. En el ámbito de AP, el tratamiento combinado en la visita basal fue del 65,4% en el grupo A y del 63,0% en el grupo B, y en la visita final fue del 76,0% en ambos grupos, observándose un mayor incremento entre la visita final y la basal en el grupo B vs el grupo A (20,2% vs 10,5%). En UHTA, el tratamiento combinado en la visita basal fue del 78,1% en el grupo A y 70,1% en el grupo B, y en la visita final fue del 86,4% vs 79,5%, respectivamente, mostrando un incremento ligeramente mayor en el grupo B vs el grupo A (13,4% vs 10,6%). El cumplimiento terapéutico en AP mejoró en la visita final vs la visita basal, siendo el cumplimiento en la visita basal del 52,8% en el grupo B vs 46,7% en el grupo A ($p=0,0004$) y aumentando en la visita final al 72,9% en el grupo B vs 68,8% en el grupo A ($p=0,0050$).

CONCLUSIONES: El uso de un esfigmomanómetro dotado de un sistema de alerta en pacientes hipertensos conllevó a una actitud más activa del médico incrementando los tratamientos combinados. Asimismo, el cumplimiento al tratamiento en AP también mejoró.

PÓSTER Nº: 155

PATRÓN DE RITMO CIRCADIANO Y PERFIL DE RIESGO VASCULAR DE LA HTA REFRACTARIA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

P. SEGURA TORRES (1), M.C. VIÑOLO LÓPEZ (1), M.L. GARNICA ALVAREZ (1), P. PÉREZ DEL BARRIO (1), E. MERINO GARCÍA (1), A. LIÉBANA CAÑADA (1).

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HTA REFRACTARIA, MAPA, PERFIL DE RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

Introducción: La prevalencia real de la HTA refractaria verdadera es difícil de estimar porque depende del tipo de población (primaria o especializada). Las causas de la HTA refractaria son múltiples siendo difícil encontrar factores analíticos que nos ayuden a reconocer al hipertenso refractario puro.

Objetivo: Analizar el patrón de ritmo circadiano y el perfil de riesgo vascular de los pacientes con HTA refractaria.

Material y métodos: Hemos seleccionado los pacientes con HTA esencial que se les ha realizado MAPA durante 7 años consecutivos. Hemos excluido pacientes con diabetes, función renal alterada, embarazadas, riñón único, HTA secundaria. Hemos seleccionado según tuvieran HTA refractaria (HTAr) o no. Recogimos datos demográficos, factores de riesgo vascular, lesión de órgano diana, MAPA, analítica general y tratamiento.

Resultados: Tenemos un total de 96 pacientes. Hemos excluido los que no tomaban tratamiento hipotensor y los que tienen la TA controlada. Hemos seleccionado los que tenían TA $\geq 140/90$ mmHg. Disponemos de 37 pacientes: HTA refractaria si/no 11 (29,7%)/26 (70,3%). Hombres 20 (54,1%)/mujeres 17 (45,9%).

Los pacientes con HTAr tienen más edad (HTAr si $57,7 \pm 8,8$ vs no $45,5 \pm 13,0$ años; $p=0,003$), más IMC (HTAr si $31,0 \pm 4,5$ vs no $27,6 \pm 3,0$ kg/m²; $p=0,035$), más cintura (HTAr si $100,2 \pm 9,7$ vs no $91,4 \pm 9,8$ cm; $p=0,037$), más TA sistólica nocturna (HTAr si 149 ± 17 vs no 132 ± 15 mmHg; $p=0,012$), presión de pulso nocturna y (HTAr si 63 ± 15 vs no 51 ± 12 mmHg; $p=0,032$), PAM nocturna (HTAr si 108 ± 11 vs no 100 ± 10 mmHg; $p=0,032$), mayor proporción de patrón non dipper (HTAr si 90,7% vs no 57,7%; $p=0,049$) siendo el patrón riser más frecuente (HTAr si 54,5% vs no 3,8%; $p=0,001$), mayor frecuencia de retinopatía tipo 1-2 (HTAr si 33,3% vs no 3,8%; $p=0,017$). Los pacientes con HTAr toman mayor proporción de IECAs (HTAr si 63,6% vs no 11,5; $p=0,001$) y de antagonistas del calcio (HTAr si 81,8% vs no 24; $p=0,001$). No encontramos diferencias en cuanto al sexo, factores de riesgo vascular y lesión de órgano diana, toma de ARA II, beta/alfa-bloqueante, fibratos, alopurinol y estatinas.

Conclusiones: En atención especializada la HTA refractaria se asocia a patrón non dipper con mayor frecuencia de riser y mayor presión de pulso nocturna que habría que tener en cuenta para decidir la indicación horaria del tratamiento antihipertensivo.

PÓSTER Nº: 156

SIGNIFICADO CLÍNICO DEL PATRÓN DIPPER EXTREME EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

J. ARTILES VIZCAÍNO (1), S. SUAREZ ORTEGA (1), R. CASTILLO RUEDA (1), A. PUENTES FERNÁNDEZ (1), M. SERRANO FUENTES (1), A. GIL DÍAZ (1), B. ALONSO ORTIZ (1), P. BETANCOR LEÓN (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRIN. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION, MAPA, PATRÓN DIPPER EXTREME

RESUMEN:

Objetivo: El patrón dipper-extreme ha sido considerado la cenicienta de los patrones del Holter de PA. Su significado permanece oscuro, si bien la asociación con tabaquismo y el riesgo del punto J le confieren características específicas. Se analizan 850 MAPAs, con el objetivo de comparar la prevalencia y características del patrón dipper extreme frente a los otros patrones circadianos en el hipertenso.

Material y Métodos: En el curso de 6 años se ha realizado un MAPA a 1000 hipertensos. De ellos 850 reúnen parámetros de validez, cumpliendo criterios de patrón dipper extreme el 6.1%, que son los analizados en este estudio. Se definió patrón dipper extreme cuando el promedio de PA en descanso era inferior al 20% respecto al de actividad. La muestra comprende hipertensos evaluados por primera vez o de difícil control. Se considera HTA controlada aquella que tiene valores normales en consulta, y en holter (tanto en 24 horas como en actividad y en descanso). La cronoterapia en este grupo se orienta a fármacos de vida media corta o intermedia, con intensificación matutina y retirada nocturna. Los datos fueron extraídos de los holter remitidos por Medicina Interna de nuestro hospital al proyecto Cardiorisc, analizados con SPSS-16.

Resultados: La distribución en los 4 patrones clásicos ha sido: dipper (331, 38.9%), no-dipper (358, 42.1%), riser (109, 12.8%) y dipper extreme (52, 6.1%). La edad media fue de 52.30±15.2 años (rango 14-89) en los hipertensos no dipper-extreme (HTA-NDE) frente a 61.94±14.52 (rango 38-86) en los hipertensos dipper-extreme (HTA-DE); 404 (50.6%) de los 798 HTA-NDE eran mujeres frente a 31 (59.6 %) en los HTA-DE. 6 HTA-DE (11.5%) tomaban 3 ó más fármacos, frente a 298 HTA-NDE (37.4%) y un 50% en los hipertensos riser (54). Con elevado riesgo cardiovascular había 26 HTA-DE (52%), frente a 275 HTA-NDE (34.5%). El nivel de control fue de 21 (40.38%) frente al 39.8% en el resto. La presión de pulso media (PP) en HTA-DE v HTA-NDE fue: casual (61.94±13.82 v 55.98±13.76) y por holter (55.58±10.52 v 50.8±22.25). Del grupo dipper extreme eran fumadores 12 (23%), mientras que en el resto eran 160 (20%). En el patrón dipper extreme el número de antihipertensivos usado es menor. El nivel de control de la PA es menor en el patrón dipper extreme (por falta de control de la PA en actividad).

Conclusiones: 1.- La prevalencia del patrón dipper-extreme es la más baja de todos los patrones del Holter de PA (6.2%). 2.- Las variables analizadas reflejan peor control, peor riesgo cardiovascular y menor uso de antihipertensivos en el patrón dipper extreme. 3.- Es destacable la similar presencia de tabaquismo, a pesar de considerarse al patrón dipper extreme un patrón típico de esta situación. 4.- La realización de la MAPA condicionó un cambio cronoterápico en todos los hipertensos con patrón dipper extreme.

PÓSTER Nº: 157

EXPERIENCIA DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. VERCHER GÓMEZ (1), Z. OBREGÓN ARRUE (1), M.C. GONZÁLEZ CORONADO (1),
Y. SALAS GUTIÉRREZ (1), A. BERTOLÍN MUÑOZ (1), M. GIMENO ZARAGOZÁ (1), A. POVEDA POVEDA (1),
R. DURÁ BELINCHÓN (1), M.J. MARTÍN RILLO (1), K. GARZARÁN MONTERO (1).

(1) CENTRO DE SALUD DE GODELLA. VALENCIA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, PRESIÓN ARTERIAL, PATRÓN CIRCADIANO

RESUMEN:

La presión arterial (PA) es una entidad variable por su propia naturaleza. Es de suma importancia para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular (ECV) poder medir la PA de una manera adecuada y fiable. La medida clásica de la PA ha demostrado ser imprecisa por la escasa reproductibilidad de una toma aislada, por el "efecto de bata blanca" y por errores en la técnica de medida. La MAPA se ha convertido en un elemento indispensable para la valoración del paciente hipertenso, pues nos permite acercarnos a una medida más real y además conocer una evolución dinámica y el estudio de los patrones circadianos, los cuales se han relacionado con la lesión de órganos diana (LOD) y la morbimortalidad cardiovascular con más exactitud que la PA obtenida en consulta.

Existen cuatro patrones circadianos en función del descenso nocturno de presión sistólica: no dipper (descenso nocturno <10%), dipper (10-20%), extreme dipper (>20%) y riser (ascenso nocturno).

Se ha relacionado el patrón no dipper con mayor prevalencia y peor evolución de LOD, el riser con un mayor número de eventos cardiovasculares por las mañanas y el extreme dipper con el riesgo de ictus isquémico y el patrón dipper sería el objetivo a alcanzar; Las decisiones terapéuticas deberían estar orientadas a modular el patrón circadiano para alcanzar el estado dipper.

Propósito: Analizar el perfil de los pacientes a los cuales se les ha realizado MAPA en nuestro centro de salud, la indicación de la prueba y los resultados obtenidos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se han revisado los 114 registros de MAPA realizados en nuestro centro de atención primaria (área de salud semiurbana) desde el año 2008 hasta octubre del 2011. Variables: edad, sexo, IMC, perímetro abdominal, factores de riesgo cardiovascular (diabetes, dislipemia, tabaquismo), tratamiento antihipertensivo, indicación de la MAPA, PA media tomada en consulta y patrones circadianos de PA (dipper, no dipper, extreme dipper y riser)

Resultados: Entre el año 2008 y octubre de 2011 fueron registrados en nuestro centro de salud 114 MAPA, de los cuales 4 no fueron válidos por fallos en las lecturas o en la técnica. Entre los pacientes estudiados 63 fueron hombres (55%) y 51 mujeres (45%), siendo su media de edad 58,6 años. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, nuestros pacientes presentaron sobrepeso según la media de IMC obtenida (29,77 Kg/m²), la media del perímetro abdominal fue de 100,1 cm en mujeres 99,57 cm en hombres, el 17,5% eran diabéticos, el 42,1% dislipémicos y el 21% fumadores. El 15% no tomaban tratamiento antihipertensivo, el 36% tomaban un fármaco, el 27% dos fármacos y el 22% tres o más

fármacos. La indicación más frecuente de realización de MAPA fue comprobar la eficacia del tratamiento (59,5%) seguido de la sospecha de HTA clínica aislada o “HTA de bata blanca” (14%). La media de PA tomada en consulta fue 153/81 mmHg mientras que medida por MAPA en 24 horas fue 128/75 mmHg. Según los resultados de la MAPA los patrones circadianos observados fueron: el 39,3% dipper, 38,4% no dipper, el 15,2% riser y el 7,1% extreme dipper. La PA media en actividad fue de 132/79 y en reposo 119/67 mmHg.

Se observa que el patrón no dipper es el más frecuente en el grupo de diabéticos (50%) y en el de dislipémicos (45,8%), y es aún mayor en el grupo de pacientes que presentan diabetes y dislipemia asociadas (60 %). En cambio, en el grupo de pacientes sin diabetes, dislipemia ni tabaquismo el patrón más frecuente es el dipper (43,2%).

Conclusiones: La MAPA es una herramienta útil para evaluar la eficacia del tratamiento y para buscar pacientes de riesgo. El uso de la MAPA en nuestras consultas ha permitido identificar un porcentaje importante de pacientes hipertensos con patrones circadianos no dipper y riser, los cuales se asocian a un mayor riesgo cardiovascular. Además, en nuestros pacientes diabéticos y dislipémicos, el patrón predominante es el no-dipper, mientras que en pacientes sin los factores de riesgo estudiados, el patrón más frecuente es el dipper, Sería interesante en futuros estudios valorar si existe relación significativa entre factores de riesgo cardiovascular y patrones circadianos de peor pronóstico.

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 158

PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL EN GESTANTES DE RIESGO

M. ADRIAN MARTIN (1), J. SOBRINO MARTINEZ (1), M. NUÑEZ DE MURGA (2), L. CASAÑAS ZARAGOZA (1), M. GARCIA REYES (1), M. CABEZAS (1), B. BATALLA (1), J. RUIZ (1), E. NIÑO (1), J. PLANA (3).

(1) HOSPITAL ESPERIT SANT. SANTA COLOMA GRAMANET. (2) ABS SANT ADRIA. SANT ADRIA DEL BESSOS. (3) CONSORCI SANITARI GARRAF. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: PREECLAMPSIA, HTA GESTACIONAL, MAPA

RESUMEN:

El objetivo del presente trabajo es analizar la prevalencia de hipertensión arterial en gestantes de riesgo de presentar preeclampsia y valorar el grado de concordancia en el diagnóstico mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial.

Material y métodos: Desde noviembre de 2010 a noviembre de 2011 se han incluido todas las gestantes de nuestra población, Santa Coloma de Gramenet, que presentaran una PA clínica > 140 o 90 mmHg en su visita obstétrica, con posterioridad se realizó determinación de la PA clínica según las directrices de la Sociedad Española de Hipertensión y una MAPA de 24 horas. Se ha definido HTA por MAPA unos valores medios de PA de 24 horas superiores o iguales a 130 y/o 80 mmHg y HTA nocturna como una media de PA nocturna > 120/70 mmHg.

Resultados: Se analizaron 42 gestantes con una edad media de $32,2 \pm 4,3$ años (límites 23-40). El 29% eran primíparas y en el 48 % era su segundo embarazo. Seis pacientes tenían antecedentes de HTA previa al embarazo. La visita se realizó en un 27% en el primer trimestre, en un 39% en el segundo y en un 34% en el tercer trimestre. No hubieron diferencias significativas entre los valores medios de PAS clínica y los de MAPA del periodo de actividad ($121,78 \pm 13,82$ vs $122,4 \pm 11,42$ mmHg; $p=0,65$) aunque sí en los de PAD ($77,46 \pm 10,12$ vs $75,21 \pm 7,92$ mmHg; $p=0,036$). Se detectó HTA clínica en 7 pacientes (16,7%) vs HTA de MAPA 24 h en 11 (26,2%) ($p = 0,041$) y HTA nocturna en 13 (31%). El grado de concordancia entre ambas técnicas fue del 76,2%, un 7,1% presentaban hipertensión de bata blanca y un 16,6% hipertensión enmascarada.

Conclusiones: La realización de una MAPA en gestantes de riesgo aporta información adicional relevante al detectar en una de cada seis mujeres hipertensión enmascarada e hipertensión nocturna en casi un tercio de las gestantes examinadas.

PÓSTER Nº: 159

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y COMORBILIDADES EN PACIENTES
HIPERTENSOS ESPAÑOLES: ATENCIÓN PRIMARIA VERSUS UNIDADES HOSPITALARIAS. DATOS
DEL ESTUDIO ALHAMBRA**

A. ROCA-CUSACHS (1), J. ABELLÁN (2), B. FONT (3), R. LAHOZ (3), J. SALAZAR (3), EN REPRESENTACIÓN
DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO ALHAMBRA.

(1) HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. BARCELONA.

(2) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA. MURCIA.

(3) NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD,
ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en pacientes hipertensos españoles atendidos en atención primaria (AP) o unidades hospitalarias (UH) y relacionar la CVRS y la presencia de comorbilidades.

MÉTODOS USADOS: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en pacientes adultos con hipertensión (HTA) esencial. La CVRS se valoró mediante el cuestionario MINICHAL, que evalúa las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas en la última semana; donde puntuaciones más altas indican peor CVRS. Se valoró la presencia de enfermedad renal (antecedentes en historia clínica o filtrado glomerular estimado [FGe] <30 ml/min/1,73m²); enfermedad cardiovascular –ECV– (enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y valvulopatías); dismetabolopatías (diabetes mellitus –DM–, dislipemia [colesterol total >190 mg/dL o LDL-colesterol >115 mg/dL o HDL-colesterol <40 mg/dL varones o <46 mg/dL mujeres o triglicéridos >150 mg/dl], obesidad corporal [índice masa corporal ≥ 30 kg/m²] y/o abdominal [perímetro cintura >102 cm varones y >88 cm mujeres] y síndrome metabólico [SM] según presencia de ≥ 3 factores de riesgo [obesidad abdominal, triglicéridos >150 mg/dl, HDL-colesterol <40 mg/dl varones o <50 mg/dl mujeres, glucosa ≥ 100 mg/dl, presión arterial sistólica/diastólica $\geq 130/85$ mmHg]); y daño orgánico subclínico –DOS– (hipertrofia ventricular izquierda, elevaciones ligeras creatinina sérica [varones 1,3-1,5 mg/dl, mujeres 1,2-1,4 mg/dl], microalbuminuria [30-300 mg/24h], FGe disminuido [30-59 ml/min/1,73m²], índice tobillo/brazo $<0,9$, incremento del grosor íntima-media carotídeo y velocidad de onda de pulso carótida-femoral >12 m/s).

RESULTADOS: En el estudio participaron 834 centros (581 AP y 253 UH que incluyeron 6.654 pacientes evaluables (55,2% varones), con una mediana (Q1, Q3) de edad 63,0 (55,0, 72,0) años. La mediana de años transcurridos desde el diagnóstico de HTA fue 6,5 (2,9, 10,7) años. La puntuación global media (IC95%) del MINICHAL fue 9,1 (8,9, 9,3) en pacientes de AP vs. 8,2 (7,8, 8,5) UH ($p<0,0001$). Las puntuaciones del estado de ánimo y manifestaciones somáticas fueron 6,6 (6,4, 6,7) AP y 5,8 (5,6, 6,0) UH, y 2,5 (2,5, 2,6) AP y 2,4 (2,2, 2,5) UH, respectivamente ($p<0,05$, en ambos casos). El 30,3% presentó ECV o renal (28,6% AP vs. 34,1% UH, $p<0,0001$), 33,3% DM (igual AP y UH), 78,4% dislipemia (80,4% AP

vs. 73,6% UH, $p < 0,0001$), 54,1% obesidad corporal y/o abdominal (igual AP y UH), 45,8% SM (igual AP y UH) y 36,7% DOS (32,4% AP vs. 47,0% UH, $p < 0,0001$). Las puntuaciones globales del MINICHAL (AP vs. UH) fueron 15,6 (14,6, 16,5) vs. 11,6 (10,5, 12,6) [$p < 0,0001$] en pacientes con enfermedad renal, 12,1 (11,6, 12,6) vs. 10,5 (9,8, 11,3) [$p < 0,05$] en pacientes con ECV, 11,9 (11,4, 12,3) vs. 10,6 (10,0, 11,1) [$p < 0,05$] en pacientes con DM, 9,3 (9,1, 9,6) vs. 8,6 (8,2, 9,0) [$p < 0,05$] en pacientes con dislipemia, 10,4 (10,1, 10,7) vs. 9,1 (8,7, 9,6) [$p < 0,0001$] en pacientes obesos, 10,9 (10,5, 11,2) vs. 9,9 (9,3, 10,4) [$p < 0,05$] en pacientes con SM, y 12,2 (11,8, 12,6) vs. 10,1 (9,6, 10,6) [$p < 0,0001$] en pacientes con DOS.

CONCLUSIONES: Los pacientes hipertensos con comorbilidades añadidas (enfermedad renal, ECV, dismetabolopatías o DOS) atendidos en AP tienen peor CVRS que los atendidos en UH, a pesar de presentar menos ECV o renal, o DOS.

PÓSTER Nº: 160

HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA COHORTE DE HIPERTENSOS

L.P. ACEVEDO AYALA (1), A. TORRES DO REGO (1), E. BELLO MARTINEZ (1), E. LOPEZ VIDRIERO (1),
L.A. ALVAREZ-SALA WALTER (1), F.J. RODRIGUEZ RODRIGUEZ (1).

(1) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPOTIROIDISMO, HTA, RIESGO CV

RESUMEN:

Propósito del estudio

Se ha comunicado una posible asociación entre el hipotiroidismo subclínico y aumento de los factores de riesgo cardiovascular y del desarrollo de enfermedad cardiovascular. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la asociación entre el hipotiroidismo subclínico a pesar de tratamiento con hormona tiroidea y los factores metabólicos de riesgo para enfermedad cardiovascular y la agrupación de estos factores.

Material y métodos

Se analizaron 42 pacientes con hipotiroidismo subclínico en tratamiento con hormona tiroidea en una consulta de HTA. Edad promedio 60±11 años; 2 hombres y 40 mujeres. Se clasificaron los pacientes como hipotiroideos controlados o hipotiroideos subclínicos. Definimos hipotiroidismo subclínico como TSH 4,5-10,0 mUI/l y T4 libre normal. Se analizaron los antecedentes cardiovasculares, el consumo de fármacos antihipertensivos, las pruebas de función tiroidea y el perfil de lípidos. Se investigaron las asociaciones entre el hipotiroidismo subclínico y factores metabólicos de riesgo para enfermedad cardiovascular definidos como: hipertensión ($\geq 140/\geq 90$ o uso de antihipertensivos), diabetes mellitus (glucosa de ayuno ≥ 126 mg/dl o glucosa 2 hr post TTOG ≥ 200 mg/dl), dislipidemia (CT ≥ 200 mg/dl, C-HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres, TGS ≥ 150 mg/dl o uso de hipolipemiantes) e hiperuricemia (≥ 7 mg/dl o medicamentos para hiperuricemia) y la agrupación de estos factores. Como criterio de enfermedades cardiovasculares se tomó en cuenta antecedentes de infarto de miocardio, accidente cerebro vascular y enfermedad arterial periférica. Se recogió filtrado glomerular (MDRD-4), fondo de ojo, microalbuminuria y PCR alta sensibilidad (PCR us). Se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la t de Student. Se empleó el PASW 18.0 para el análisis estadístico

Resultados

No se obtuvieron diferencias en las cifras de TAS ni TAD en hipotiroideos controlados (n=22) frente hipotiroidismo subclínico (n=13) (136,2±16,2 vs 127,8±13,9; 83,4±11,3 vs 81,7±9,3 respectivamente) ni un mejor control de TA (9(45,4%) vs 6(46,1%)). En cuanto a los parámetros clínicos y analíticos (edad, IMC, circunferencia de cintura, perfil lipídico, PCR us, función renal, historia de enfermedad cardiovascular, DM, tabaquismo, daño de órgano diana) no se encuentran diferencias significativas. No existe un mayor uso de alguna familia de fármaco antihipertensivo entre ambos grupos.

Conclusiones

En esta serie el hipotiroidismo subclínico de pacientes tratados con levotiroxina no se asocia con un peor control, ni con peores cifras de tensión arterial en decúbito. No se encuentran diferencias en las características clínicas ni bioquímicas entre ambos grupos a diferencia de las series publicadas donde los pacientes hipotiroideos subclínicos no se encuentran en tratamiento sustitutivo.

PÓSTER Nº: 161

HTA Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS EN TRATAMIENTO CON ERITROPOYETINA

M. BENÍTEZ SÁNCHEZ (1), O. EL GAOUT (1), R. VALVERDE (1), R. CALURANO (1), I. GONZÁLEZ (1), S. CRUZ (1), E. RODRIGUEZ (1), F. FERNANDEZ (1), M.J. MERINO (1), C. SUÁREZ (1).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGIA. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ERITROPOYETINA, DISFUNCIÓN ENDOTELIAL, HEMODIÁLISIS

RESUMEN:

Introducción: En la HTA del paciente en Hemodiálisis intervienen entre otros la sobrecarga de volumen, el incremento del gasto cardíaco, la estimulación del eje renina-angiotensina, la activación del sistema nervioso simpático, los cambios electrolíticos que se producen durante la hemodiálisis, el incremento en la viscosidad sanguínea tras la ultrafiltración, y la eliminación de medicamentos antihipertensivos a través del dializador. El tratamiento de la anemia con EPO se acompaña de aumento de la resistencia vascular periférica por el aumento del Hematocrito, aumento de los niveles plasmáticos de Endotelina y disminución de la síntesis de Oxido Nítrico por las células endoteliales, acciones que aumentan o empeoran el control de la HTA del paciente en Hemodiálisis.

Pacientes y Métodos: Hemos revisado las historias clínicas de 96 pacientes con IRC en Hemodiálisis con una pauta de 4 horas/sesión / 3 sesiones a la semana. Recogiendo Dosis semanal de Eritropoyetina, Hematocrito, dosis y tipo de heparina administrada en hemodiálisis, el tratamiento y número de fármacos anti-hipertensivos que tomaban edad, sexo, diabetes, HTA, existencia de Cardiopatía Isquémica,. A 20 pacientes después de la sesión de hemodiálisis se les midió en la arteria braquial del brazo de la fístula mediante ecografía-doppler: calibre, velocidad de la sangre, flujo sanguíneo, y shear rate estimado como el cociente entre velocidad y calibre del vaso, se consideró shear rate como variable dependiente, todas las demás fueron consideradas variables independientes que fueron categorizadas y dicotomizadas. Hemos utilizado el paquete estadístico SPSS 15 . Se realizó primero estudio univariante mediante test de Chi2 con análisis de riesgo y posteriormente un análisis multivariante mediante regresión logística binaria.

Resultados: 96 pacientes, 61 eran hombres 35 mujeres, edad media 59±17 años. El 24 % padecía diabetes, 40% tomaba estatinas, 19 pacientes no tomaban ningún fármaco anti-hipertensivo 60 pacientes tomaban IECA+ARA II, 13 pacientes Beta-Bloqueante, 4 Calcio-Antagonistas, 91 de 96 tomaba antiagregantes. Encontramos asociación mediante test Chi2 entre el tratamiento con bajas dosis de Eritropoyetina y no tomar medicación anti hipertensiva, Chi2 4,282 p<0,039 con un factor de riesgo de no tomar fármacos anti-hipertensivos 2,3 para la cohorte de pacientes tratados con una dosis de EPO <9000 U/semana. Encontramos asociación entre baja dosis semanal de EPO y valor bajo de Shear Rate Chi2 6,408 p<0,01, con un factor de riesgo de presentar valor bajo de Shear Rate de 3,15 para la cohorte que recibía tratamiento con EPO<9000 U/semana. En el análisis multivariante encontramos

que los pacientes que no tomaban medicación hipotensora presentaban valores más bajos de Shear Rate $p < 0,01$,

Conclusiones: La dosis de Eritropoyetina inferiores a 9000 U/semana, se asocia a mejor control de la HTA, y a bajos niveles de Shear Stress.

PÓSTER Nº: 162

**PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS SON MAS PROPENSOS A SER TIPO NON DIPPER
NOCTURNOS COMPARADOS CON AQUELLOS SIN CRISIS**

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), S. GARCIA RUIZ (1), S.J. MARTINEZ (1),
M. AGUILERA SALDAÑA (1).

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: CRISIS HIPERTENSIVAS, RESISTENCIA PERIFERICA, DIPPER

RESUMEN:

INTRODUCCION: Aunque el manejo de las crisis hipertensivas están bien estandarizados, son poco conocidas los comportamientos hemodinámicos posteriores de estos pacientes (P), sobre todo tras pasar unas semanas de dichas crisis.

OBJETIVO: estudiar el comportamiento nocturno de las tensiones arteriales, de los pacientes que han padecido una CH y compararlos con aquellos P hipertensos que no la han tenido.

MATERIAL Y METODOS: : hemos estudiado a 25 P (15 mujeres y 10 varones, 59±6 años) con CH atendidos en Urgencias dentro del mes del episodio y los hemos comparado con un grupo de 50 P (20 mujeres y 30 hombres) de similar edad que no tuvieron ningún episodio conocido de CH en los últimos 3 años. A todos se les realizó un estudio con MAPA para valorar los cambios tensionales en periodo diurno y nocturno midiéndose el porcentaje de pacientes dipper y non dipper en cada, así como el porcentaje de disminución de la TA diurna respecto a la nocturna (%REDUCCION) y la resistencia periférica total (RPT) en ambos grupos.

RESULTADOS: Se compararon los resultados de los dos grupos y los exponemos en la siguiente tabla:

DATOS	DIPPER	NON DIPPER	% REDUCCION	RPT
CH	5 (20%)*	20 (80%)	6.5±2*	1.6±0.5*
SIN CH	38 (76%)	12 (24%)	12±3	0.9±0.6

*significa valor de p menor de 0.05.

CONCLUSIONES: Los P con CH tienden a tener un comportamiento tipo non dipper nocturno significativamente mayor que aquellos pacientes hipertensos sin CH, teniendo además una RPT significativamente superior, lo que le confiere un riesgo cardiovascular adicional que debemos tener en cuenta a la hora de ajustar la medicación antihipertensiva en estos P.

PÓSTER Nº: 163

HTA Y HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL: ¿UNA RELACIÓN CAUSA-EFECTO?

J. CASARES MEDRANO (1), F. SELLERS LOPEZ (1), V. MARTINEZ LOPEZ (1), A. SANTANA GARCIA (1),
J. JIMÉNEZ LÓPEZ (1), I. SANTOS RODRIGUEZ VIGIL (2), I. SOLER SANCHIS (1),
M.A. ARIAS PALOMARES (1), R.M. JIMENEZ ESCRIBANO (1), L. RODRIGUEZ PADIAL (1).

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD. TOLEDO. (2) HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HTA, HIPOSFAGMA, HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL

RESUMEN:

Propósito: El hiposfagma o hemorragia subconjuntival (HSC), es una colección de sangre en la porción anterior del ojo, por debajo de la conjuntiva. Se manifiesta como una mancha roja de extensión sectorial sin atravesar el limbo corneal. Es un motivo de consulta frecuente, y su causa es desconocida aunque puede haber factores desencadenantes, entre los que se ha descrito la HTA. Esta relación es controvertida y nos proponemos una adecuada caracterización de estos pacientes (pts).

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se registran consecutivamente pts que acuden a Urgencias por HSC. Se realiza determinación de TA en Urgencias, determinación ambulatoria y monitorización ambulatoria de TA (MAPA).

Análisis estadístico: Se aplica la prueba t de comparación de medias para muestras independientes para analizar las diferencias entre variables cuantitativas, y la prueba de chi-cuadrado para analizar las diferencias de proporciones entre variables nominales. Se emplea el software SPSS 15.0 para Microsoft Office.

Resultados: Se registran 41 pts, 23 mujeres (56.1%), edad media 54.6 años (Desviación Típica -D.T- 11.6). En todos ellos se realiza toma de TA ambulatoria y se implanta MAPA, en 24 de ellos se dispone además de la cifra de TA en Urgencias.

Las cifras de TA medias son: Urgencias 138.6 (D.T 18.5) / 80.6 (D.T 10.7), ambulatoria 135.7 (D.T 20.2) / 85.5 (D.T 10.4), MAPA 116.3 (D.T 11.6) / 72.4 (D.T 6.0). No existen diferencias estadísticamente significativas entre las dos primeras. Las cifras medias registradas con MAPA son significativamente menores ($p < 0.001$) que las tomadas en Urgencias y de forma ambulatoria.

12 pts (50%) presentan HTA ($>140/90$) en Urgencias, 18 pts (44%) lo hacen en la toma ambulatoria (diferencia no significativa). 6 pts (14.6%) son HTA según el MAPA ($>130/80$), siendo este porcentaje significativamente menor que en Urgencias y ambulatoriamente ($p < 0.001$).

16 pts (41%) presentaron cifras aisladas de TA moderadamente elevadas en el registro del MAPA ($>160/90$), 11 de ellos (78.75%) no cumplían criterios de HTA en MAPA ($>130/80$).

De los 12 pts con HTA en Urgencias: 9 presentaban también HTA en la toma ambulatoria (75%), en 4 de ellos (33.3%) se confirmó HTA con MAPA.

De los 6 pts con HTA en MAPA: 100% presentaban HTA en la toma ambulatoria, y 100% presentaban HTA en Urgencias. 2 de ellos (33.3%) no conocían HTA previa, 4 de ellos (66.6%) eran HTA conocidos.

10 pts eran HTA conocidos previamente: 5 de 6 (83.3%) presentaron HTA en Urgencias, 8 de 10 (80%) presentaron HTA en la toma ambulatoria, 4 de 10 (40%) presentaron HTA en MAPA.

Conclusiones:

- La prevalencia HTA según toma aislada de cifras tensionales, tanto en Urgencias como ambulatoriamente, es elevada entre los pts que consultan por HSC.
- La toma aislada de cifras tensionales no es suficiente para identificar HTA entre los pts que consultan por HSC, ya que puede llevar a un diagnóstico erróneo de HTA en un elevado porcentaje de pts.
- La MAPA se presenta como una estrategia diagnóstica útil en pts que consultan por HSC, ya que puede evitar un número considerable de diagnósticos de HTA erróneos.
- Un apreciable porcentaje de pts que consultan por HSC tiene tendencia a presentar cifras elevadas de TA de forma puntual a lo largo del día, sin embargo en en la mayoría de ellos no se confirma el diagnóstico de HTA mediante MAPA.
- De entre los pts que consultan por HSC la posibilidad de que sean “verdaderos HTA” es mayor en aquellos que presentan cifras tensionales elevadas en Urgencias y ambulatoriamente.
- En los pts que acuden por HSC y presentan cifras tensionales normales tanto en Urgencias como en toma ambulatoria no parece justificado proseguir con estudios de investigación de HTA.
- Entre los pts hipertensos que consultan por HSC, la proporción de ellos que tienen mal control habitual de cifras tensionales es considerable.

PÓSTER Nº: 164

IMPACTO DE LA HTA MAL CONTROLADA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE ELEVADO RIESGO CARDIOEMBÓLICO Y HEMORRÁGICO

J.A. ZEGARRA BERNDT (1), L.M. CERESUELA EITO (1), I.L. VEGA (1), P. ARMARIO GARCIA (1).

(1) HOSPITAL GENERAL L'HOSPITALET. L' HOSPITALET.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: FIBRILACIÓN AURICULAR, HTA MAL CONTROLADA, COMPLICACIONES

RESUMEN:

INTRODUCCION: Los paciente con fibrilacion auricular requieren anticoagulacion por presenta un mayor riesgo de fenomenos embólicos. En la practica clínica, muchos de estos paciente no son tratados con anticoagulantes porque se considera que tienen un riesgo hemorragico aumentado por múltiples factores (comorbilidad, estado funcional..). Dentro de estos factores, la presión arterial elevada es un parametro que determina un aumento de eventos tanto isquemicos como hemorragicos, y su influencia queda recogida en escalas que valoran riesgo embólico CHADS 2, así como en escalas que valoran riesgo de sangrado HASBLED.

OBJETIVOS Determinar si la hipertensión arterial mal controlada en pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca, presenta un mayor riesgo al año de morbimortalidad cardiovascular y de aparicion de complicaciones hemorrágicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, prospectivo entre Enero 2007 a Junio 2010 en el que se incluyó a los pacientes ingresado en medicina interna por insuficiencia cardiaca y fibrilacion auricular. Se recogió variables demograficas (edad, sexo); clínicas (puntuación de escala Charlson, Barthel, etiología de la insuficiencia cardiaca, clase funcional NYHA, presion arterial sistolica (PAS)y diastolica (PAD) al ingreso). Así mismo se incluyeron parámetros ecocardiográficos, analiticos y el tratamiento al alta. Se calculó la puntuación de las escalas CHADS2 (riesgo cardioembólico) y HASBLED (riesgo hemorrágico), recogidas de la guía europea de fibrilación auricular 2010. Se definieron dos grupos según valores de presión arterial al ingreso (≥ 140 mmHg y < 140 mmHg). Al año se analizan la presencia de complicaciones definidas por : éxitus, eventos isquemicos (angor, IAM, ictus) y hemorrágicos significativas que requirieron ingreso hospitalario o administración de hemoconcentrados.

RESULTADOS: Se incluyen 148 pacientes con las siguientes características:

	PAS <140 n=71	≥ 140 mmHg n=77	P</p>
PAS mmHg	119 \pm 12.3	164 \pm 21.3	0.0001
PAD mmHg	72.9 \pm 12	85 \pm 14	0.0001
Edad (años)	82.73 \pm 7.33	81.76 \pm 7.21	0.89
Charlson	3.34 \pm 1.29	3.32 \pm 1.45	0.9
Barthel	80.1 \pm 20.9	80.1 \pm 21.7	1
NYHA I – II	52 casos (68%)	54 casos (71%)	0.6
FGE ml/min	52.9 \pm 17.9	54.7 \pm 21.4	0.58

CHADS 2	3.08±1.09	3.05±0.94	0.8
HASBLED	2.27±1	2.36±0.8	0.56
Uso de anticoagulantes	48 (68%)	55 (71%)	0.6
Exitus	9 (12%)	14(18%)	0.25
Eventos Hemorrágicos	3 (4%)	8 (10%)	0.11
Eventos Isquémicos	3 (4%)	8 (10%)	0.11
Exitus + evento isquémico o hemorrágico	15 (10%)	30 (26%)	0.007

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo se observó que el grupo de pacientes con PA elevada en el momento del ingreso presentaron un incremento significativo en el número de complicaciones isquémica y / o hemorrágicas. No se apreciaron diferencias significativas en el uso de anticoagulantes, comorbilidad, estado funcional ni en la puntuación de escalas para riesgo cardioembólico y hemorrágico entre los 2 grupos.

PÓSTER Nº: 165

HTA E ICTUS EN PACIENTES JÓVENES

M.M. CHIMENO VIÑAS (1), S. BORJA ANDRÉS (1), M. POLO MARTIN (1), P. GARCÍA CARBÓ (2),
P. SÁNCHEZ JUNQUERA (1), A. DE LA VEGA LANCIEGO (1), M.L. PEÑAS MARTÍNEZ (1),
E. MARTÍNEZ VELADO (1), T. GARROTE SASTRE (1), J.J. RUIZ EZQUERRO (1).

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA (CAZA). ZAMORA. (2) HOSPITAL RECOLETAS. ZAMORA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ICTUS, JOVENES, HTA

RESUMEN:

PRÓPOSITO DEL ESTUDIO: La enfermedad cerebro-vascular condiciona el 10% de las muertes en países industrializados y representa la tercera causa de mortalidad a nivel mundial. La HTA supone el factor de riesgo más importante tanto para el ictus isquémico como para el hemorrágico. Los límites de edad para definir un paciente joven son controvertidos, siendo para la mayoría de los autores aquellos menores de 45 años. Un 10-13% de los ictus ocurren en esa franja de edad. Nos propusimos analizar la relación entre hipertensión arterial e ictus en pacientes jóvenes en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA).

MÉTODOS USADOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se solicitaron al Servicio de Admisión de nuestro Complejo Asistencial los pacientes con diagnóstico al alta de enfermedad cerebro-vascular (ictus isquémico o hemorrágico) y que tenían una edad menor o igual a 45 años desde el 1 de Enero de 2009 hasta el 30 de Octubre de 2011. Se revisaron las historias clínicas y se analizaron los siguientes datos: edad; sexo; tipo de ictus (isquémico o hemorrágico); localización del mismo; factores de riesgo: HTA, DM, tabaquismo, dislipemia; y etiología del accidente vascular cerebral, si se hubiera encontrado, después de realizar estudios complementarios.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio fueron diagnosticados de ictus 16 pacientes de edad igual o inferior a 45 años: cuatro en el año 2009 (uno hemorrágico); cinco en el 2010 (tres isquémicos) y siete en los diez primeros meses de 2011 (uno hemorrágico). La media de edad fue 37,9 años; el más joven tenía 22 años. Trece pacientes (81%) eran varones. En 12 casos el ictus fue isquémico (75%): 5 de localización cortical, dos cerebelosos, tres talámicos y dos bulbares. Respecto a los factores de riesgo: dos pacientes estaban diagnosticados de hipertensión arterial, cinco tenían DM, cuatro eran dislipémicos, uno era obeso y siete fumadores (43%). Cinco casos presentaban dos o más factores de riesgo (31%). Seis pacientes (37%) no presentaban ninguno de los factores de riesgo analizados. En todos los casos isquémicos se realizaron TAC y RM craneal con Angio-RM, ecodoppler de troncos supraaórticos, ecocardiograma transesofágico y estudio de coagulación completo. Como consecuencia de los estudios complementarios se objetivaron como causas de los ictus hemorrágicos: un cavernoma y un aneurisma de la basilar; uno fue secundario a post-embolización de una malformación arteriovenosa. Uno de los pacientes con hemorragia lobar no tenía ningún factor de riesgo conocido ni se encontró causa que produjera el cuadro. Respecto a los ictus isquémicos, un caso presentaba un prolapso de la válvula mitral, otro tenía una cardiopatía congénita compleja, en otro se objetivó una disección de la arteria vertebral derecha; un paciente había presentado una migraña con aura

prolongada y otra estaba en tratamiento con anticonceptivos orales. No se evidenció coagulopatía en ninguno de los pacientes. No obstante en seis casos el estudio fue negativo. Todos recibieron alta a domicilio. Ninguno de los pacientes fue éxitus.

CONCLUSIONES: Se observa un aumento de la incidencia de los ictus en pacientes jóvenes en los tres últimos años en nuestro medio. Predominan, claramente, los isquémicos sobre los hemorrágicos. Con respecto a los primeros, se demostró una causa cardioembólica en el 17% de los casos, cifra ligeramente inferior a la que presentan la mayoría de las series (20%-30%); en el 25% se constató una causa inhabitual (disección vertebral, aura migrañosa prolongada y uso de anticonceptivos orales) similar a los grandes estudios de casos (25%-35%). Respecto a los ictus hemorrágicos se objetivó una causa en la mayoría de los pacientes (75%) siendo en la mitad de los casos una malformación vascular, en concordancia con la mayoría de los estudios. El tabaquismo fue el factor de riesgo más prevalente. A pesar de que la HTA se considera un importante factor de riesgo en nuestra serie resulta irrelevante (12%). Aunque el estudio del ictus en paciente joven es complejo y precisa de un análisis riguroso, en nuestro centro nos acercamos a las cifras comunicadas por las diferentes series en cuanto al diagnóstico etiológico.

PÓSTER Nº: 166

CUANTIFICACIÓN DE ADN CIRCULANTE EN SUERO: UN POSIBLE BIOMARCADOR EN PREECLAMPSIA SEVERA Y SU UTILIDAD EN LA MONITORIZACIÓN DEL SÍNDROME DE HELLP

A.D. COSTA MARTINS (1), H. MACHER (1), R. MUÑOZ HERNÁNDEZ (1), R. MORENO LUNA (1),
M.L. MIRANDA GUIADO (1), L. CERRILLO (2), L. BELTRÁN (2), P. STIEFEL (1), J. VILLAR (1),
J.M. GUERRERO (1).

(1) INSTITUTO DE BIOMEDICNA DE SEVILLA (IBIS). SEVILLA.

(2) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ADN CIRCULANTE, PREECLAMPSIA, SÍNDROME DE HELLP

RESUMEN:

Introducción

La preeclampsia es un desorden hipertensivo que complica el 3% -5% de los embarazos y es la principal causa de la morbilidad derivada de la maternidad. El síndrome de HELLP ((hemolysis, elevated liver enzyme levels and low platelet count en inglés), es una forma de preeclampsia severa complicada con un impacto multisistémico, caracterizado por la presencia de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia hepática, dando lugar a convulsiones, hemorragia cerebral y la posible muerte materna. Actualmente, el parto y eliminación de la placenta es el único tratamiento eficaz. Estudios previos han asociado el ADN circulante con enfermedades humanas y se ha demostrado su utilidad en diagnóstico pre-natal y procesos inflamatorios. También se ha demostrado que la preeclampsia se asocia con niveles elevados de ADN circulante, y que esta elevación puede ocurrir antes de la aparición de los síntomas clínicos.

Objetivo

El objetivo del estudio es estudiar la sensibilidad y especificidad de un ensayo cuantitativo molecular en el análisis de los niveles de ADN circulante en mujeres embarazadas aparentemente sanas y embarazadas diagnosticadas de preeclampsia para providenciar un marcador útil en la monitorización de la enfermedad y detectar previamente el síndrome de HELLP.

Material y Métodos

Pacientes: Hemos analizado los niveles de ADN circulante libre en suero en un grupo de 17 mujeres embarazadas con preeclampsia y 15 mujeres embarazadas sanas como control, reclutadas en la Unidad de Hipertensión y Lípidos del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla, España) y del Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), España. Todos los participantes del estudio han firmado un consentimiento informado.

Muestras sanguíneas: Se recogieron 10 ml de sangre periférica de todos los participantes del estudio y del estudio y se centrifugaron durante 8 minutos a 3500 rpm. El suero fue recogido y congelado a -20°C en criotubos, hasta la extracción de DNA. (n=32). Blood samples were centrifuged during 8 minutes at 3500 rpm and the sera were removed and stoked at -20°C in Nunc criotubos until DNA extraction.

Extracción de DNA: El ADN circulante fue aislado de 400 µl de suero y resuspendido en un volumen final de 50 µl de buffer de dilución específico, utilizando un aparato MagnaPure Instrument (Roche).

PCR a Tiempo Real: La PCR cuantitativa a Tiempo real (Quantitative real time polymerase chain reaction-qPCR) del gen de la Beta globina humana, fue realizada en un instrumento LightCycler® 480 (Roche).

Resultados

En controles sanos la concentración media de DNA circulante en suero fue de 40,6 ng/ml versus 291 ng/ml y 2.200 ng/ml ($p < 0,05$) en controles sanos, preclampsia y preclampsia con síndrome de Hellp, respectivamente.

Conclusiones

Este estudio preliminar demuestra que los niveles de ADN circulante en suero son más elevados en pacientes con preclampsia comparado con mujeres embarazadas sanas. Pacientes con Síndrome de HELLP presentaban niveles significativamente más elevados que controles sanos y preeclampsia sin síndrome de Hellp, sugiriendo un nuevo y objetivo parámetro analítico para monitorizar síndrome de Hellp. Niveles de ADN circulante en suero también podrían ser utilizados para identificar pacientes de alto riesgo y ensayos de prevención.

PÓSTER Nº: 167

RELACIONES ENTRE COMPONENTES INDIVIDUALES QUE DETERMINAN EL SÍNDROME METABÓLICO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS ESPAÑOLES

Á. DE LA SIERRA (1), J.L. LLISTERRI (2), B. FONT (3), C. ROLDÁN (3), EN NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES DEL GRUPO DE ESTUDIO SMART_TA (3).

(1) HOSPITAL MUTUA DE TERRASSA. TERRASSA. (2) CENTRO DE SALUD MALILLA. VALENCIA.
(3) NOVARTIS FARMACÉUTICA, S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2, SÍNDROME METABÓLICO

RESUMEN:

Propósito del estudio: El síndrome metabólico (SM) está presente en alrededor de un tercio de los pacientes hipertensos, siendo determinado básicamente por un conjunto de trastornos metabólicos y antropométricos que incluyen: obesidad abdominal, dislipemia, hiperuricemia, intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina. El estudio SMart-TA tiene como objetivo evaluar las relaciones entre cada uno de estos componentes individuales incluidos en el diagnóstico del SM y la presión arterial (PA) en pacientes españoles con hipertensión.

Métodos usados: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, realizado en pacientes adultos hipertensos con diagnóstico de SM y estratificados según la presencia o ausencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) concomitante. El SM fue diagnosticado de acuerdo con los criterios ATPIII y evaluados en la visita de estudio. Un total de 657 investigadores han participado en el estudio.

Resultados: A la finalización del período de inclusión, 5.091 pacientes hipertensos han sido incluidos en el estudio, la mitad de los cuales con diagnóstico de DM2 concomitante. El análisis completo de los datos se concluirá en enero de 2012 y los resultados y conclusiones del trabajo se presentarán a partir de marzo del mismo año. Nuestros resultados permitirán esclarecer los efectos probables de la presencia de DM2 en la relación exacta entre cada uno de los componentes individuales que determinan el diagnóstico de SM y el control de la PA. Además, los objetivos del estudio incluyen la determinación del efecto de la presencia de DM2 en la relación de cada componente de SM con la aparición de lesión de órgano diana y la tasa de filtrado glomerular, tal como se observa actualmente en los pacientes hipertensos españoles.

Conclusiones: Los resultados del estudio SMart-TA permitirán discernir la prevalencia de la tasa de filtrado glomerular alterado en los pacientes hipertensos españoles con SM. Del mismo modo, el efecto de cada uno de los componentes del SM en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares será evaluado bajo la influencia del control relativo de la PA.

PÓSTER Nº: 168

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA.
IMPORTANCIA DE SU INCLUSIÓN Y VALORACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA**

P. BRAILLARD POCARD (1), F. BATISTA GARCÍA (1), S. SURIA GONZÁLEZ (1), N. ESPARZA MARTÍN (1),
E.J. FERNÁNDEZ TAGARRO (1), A.Y. SÁNCHEZ SANTANA (1), A. RAMÍREZ PUGA (1),
A. CALDERÍN ORTEGA (2), M.D. CHECA ANDRÉS (1).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.
(2) ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA.
LAS PALMAS.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, ANTECEDENTES FAMILIARES,
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

RESUMEN:

Introducción: La enfermedad arterial periférica (EAP) se ha relacionado con factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, la HTA, la diabetes mellitus y la dislipemia. Sin embargo, su asociación con antecedentes familiares (AF) de EAP ha sido poco estudiada.

Objetivos: 1) Valoración clínica, bioquímica y farmacológica al ingreso en el Servicio de Cirugía Vascular.
2) Estudiar las diferencias entre los pacientes con EAP con o sin AF de EAP.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de 40 ingresos consecutivos en el Servicio de Cirugía Vascular. Tras la firma del consentimiento informado (Estudio aprobado por el Comité de Ética), se recogían los datos clínicos y farmacológicos y se solicitaba analítica (hemograma, bioquímica sangre y orina 24 hs que incluía pro-BNP, troponinas, beta 2 microglobulina, PCR y PTHi). Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

Resultados: Ingresaron 33 hombres y 7 mujeres. La causa más frecuente fue la isquemia crónica estadio 4 de Fontaine (47,5%), 17 tenían $IMC \geq 26$ kg/m², el 50% era fumador y el 82,5% ex fumadores, 27 eran diabéticos y 27 hipertensos, 17 con $MDRD4 < 60$ ml/min, LDL: $95,48 \pm 34,50$ mg/dl, TG: $159,82 \pm 116,79$ mg/dl, proBNP: $1564,71 \pm 2008,6$ mg/L, beta 2 microglobulina: $4,7 \pm 4,9$ pg/ml. Solo el 35% estaban antiagregados, solo el 50% tomaban estatinas y solo el 45% tomaban IECAs.

Trece pacientes tenían AF de EAP (AF+). Al compararlos con los pacientes sin AF de EAP (AF-) se observó que los AF+ eran de menor edad ($64,38 \pm 9,66$ vs $72,47 \pm 10,70$ años, $p = 0,047$), tenían mayor IMC ($28,24 \pm 5,52$ vs $24,28 \pm 3,50$ kg/m², $p = 0,03$), mayores niveles de albúmina ($3,81 \pm 0,43$ vs $3,43 \pm 0,50$ g/dl, $p = 0,03$) y menores niveles de beta2-microglobulina ($4,53 \pm 6,03$ vs $5,51 \pm 4,71$ pg/ml, $p = 0,0471$) y ADE (ancho de distribución eritrocitario) ($14,07 \pm 1,16$ vs $16,06 \pm 2,55$ %, $p = 0,007$) respecto a los AF-.

Conclusiones: Los pacientes con EAP y AF de EAP son más jóvenes, tienen mayor IMC y presentan menores niveles de biomarcadores de EAP y/o aterosclerosis (beta2-microglobulina y ADE) por lo que se podría sugerir que los AF de EAP podrían ser un factor de riesgo de padecer EAP y por lo tanto nos debería alertar para iniciar medidas de prevención primaria a los familiares de dichos pacientes. Dado el escaso número de pacientes estudiados, harían falta estudios posteriores con mayor nº de pacientes para poder analizar mejor esta posible asociación y plantear si procede su estudio genético.

PÓSTER Nº: 169

**EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESTENOSIS DE LA/S
ARTERIAS RENALES SOMETIDOS A TRATAMIENTO MEDICO**

K. FLORES GIMENO (1), J. TOVAR (1), E. ESPINEL (1), A. MARIN (1), I. GIL (1).

(1) HOSPITAL VALLE DE HEBRON. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL, FUNCION RENAL, COMPLICACIONES
CARDIOVASCULARES

RESUMEN:

La elección del tratamiento adecuado para la estenosis aterosclerótica de arterias renales es controvertida. Los ensayos clínicos recientes demuestran que los resultados de la revascularización y el tratamiento farmacológico no son superiores a los del tratamiento con fármacos únicamente. Por otra parte la posibilidad de precisar menos fármacos y/o conseguir una mejoría de la evolución de la función renal están reservados únicamente a aquellos pacientes que son tratados con angioplastia.

Hemos realizado un análisis retrospectivo en 49 pacientes entre enero del 2000 y diciembre del 2010 a los que únicamente se ha tratado con tratamiento farmacológico con el objetivo de observar la evolución de la función renal en un periodo medio de 4,01 años (DE:2,1) (1-8,01 años), valorándose los parámetros analíticos, las pruebas de imagen, las complicaciones cardiovasculares (CV) desarrollados a lo largo del seguimiento, los tratamientos aplicados, la supervivencia media y la relación con la diabetes mellitus.

La distribución por sexos fue de: 33 varones (67%) y 16 mujeres (33%). La edad media fue de 76,94 años con una desviación estándar (DE) de 9,3. La estenosis de arteria renal era mayor del 50%. Fueron pacientes no tributarios de tratamiento intervencionista por alto riesgo cardiovascular, quirúrgico ó negativa del paciente. De los 49 pacientes 28 presentaban estenosis de arteria renal (EAR) unilateral y 17 EAR bilateral. Su tratamiento incluyó: estatinas, antiagregantes, optimización de su presión arterial (PA) e IECAS/ARA II cuando lo toleraron.

El deterioro de la función renal a lo largo del seguimiento fue estadísticamente significativo con una creatinina final ligeramente peor que la inicial, con 3 pacientes en hemodiálisis por empeoramiento brusco de la misma. Lo mismo ocurrió con el filtrado glomerular (FG). La PA y el colesterol LDL disminuyó al final del seguimiento con el tratamiento farmacológico administrado.

En 27 pacientes se pudo practicar un angio-TC o renograma demostrándose que ningún riñón estenosado había sufrido al final del seguimiento trombosis. No hubo diferencias entre los pacientes diabéticos y no diabéticos tanto en la evolución de la función renal, ni en las complicaciones CV que desarrollaron a lo largo del seguimiento.

6 pacientes desarrollaron cardiopatía isquémica a lo largo del seguimiento y 6 manifestaciones de insuficiencia cardiaca; un enfermo presentó un episodio de ictus. 16 pacientes fallecieron a lo largo de este periodo en dos se pudo establecer IAM como causa fundamental.

Conclusiones. El tratamiento farmacológico de la estenosis de una o ambas arterias renales de etiología arteriosclerótica consigue, al final de un seguimiento promedio de 4 años, una estabilización de la función renal. A pesar de esta buena evolución la mortalidad global y las complicaciones CV siguen siendo muy elevadas.

PÓSTER Nº: 170

¿PRESENTAR UN EPISODIO DEPRESIVO PUEDE SER FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

F. FRANCO ALONSO (1), M. BENÍTEZ CAMPS (1), I.G. BRULL (1), D. SÁNCHEZ GUTIÉRREZ (1), G. GARCÍA FLORIÁN (1), M. LUBRAN OLIVELLA (1), M. ALVENTOSA ZAIDIN (1), D. ALONSO TORRELLA (1), M. FABREGAS ESCURRIOLA (2).

(1) CAP GÒTIC. BARCELONA. (2) UNITAT DOCENT MFIC. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, HTA, RIESGO RELATIVO

RESUMEN:

OBJETIVO: 1) Evaluar si la depresión actúa como factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial (HTA). 2) Calcular la incidencia de HTA en los pacientes que presentan algún episodio depresivo y en los que nunca lo han presentado.

MÉTODOS:

Tipo de estudio: estudio de cohortes retrospectivo.

Muestra: 249 pacientes diagnosticados de depresión entre 1998 y 2010, y 243 pacientes sin depresión, seleccionados de forma aleatoria a partir de un listado de todos los pacientes del centro de atención primaria.

Variables: edad, sexo, fecha de diagnóstico de depresión, fecha de diagnóstico de HTA.

Resultados: El 67,5% de los pacientes con depresión y el 43,6% de los pacientes sin depresión fueron mujeres, ($p < 0,0001$). La edad media fue de 54,2 años (DE: 16,7) en los pacientes con depresión, y de 44,3 años (DE: 18,5) en los pacientes sin depresión ($p < 0,0001$ IC 95% de la diferencia: 6,8 a 13,1). El 30,9% de los pacientes con depresión presentaban HTA y este porcentaje fue de 18,3% en los pacientes sin depresión, pero sólo el 14,1% de los pacientes con depresión desarrollaron HTA posteriormente al diagnóstico de depresión. Con esto, la incidencia de HTA en los pacientes con depresión fue de 0,14 en estos 12 años evaluados, mientras que en los pacientes sin depresión fue de 0,18. El riesgo relativo (RR) para el desarrollo de HTA en los pacientes con depresión frente a los pacientes sin depresión fue de 0,78 (IC95% 0,52; 1,17).

En el análisis estratificado por sexo y edad se observó un RR de 0,83 (IC95% 0,48 a 1,46) en las mujeres con depresión frente a las que no presentaban depresión y de 0,70 (IC 95% 0,37 a 1,34) en los hombres con depresión frente a los no deprimidos; En los menores de 50 años el RR de HTA de los pacientes con depresión fue de 1,81 (IC95% 0,57; 5,79) respecto a los pacientes sin depresión; mientras que en los mayores de 50 años estex RR fue de 0,38 (IC95% 0,26; 1,56).

Conclusiones:

- 1) La depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de HTA en los pacientes menores de 50 años, aunque sin llegar a la significación estadística.
- 2) La incidencia de HTA es muy similar en ambos grupos.

PÓSTER Nº: 171

**¿HAY DIFERENCIAS EN LA PREVALENCIA DE LOS DISTINTOS FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR Y SU CONTROL ENTRE LOS PACIENTES DEPRESIVOS Y NO DEPRESIVOS?**

L. DE CANDIA (1), F. FRANCO ALONSO (1), M. BENÍTEZ CAMPS (1), A. OLIVERAS PUIG (1),
N. JDID ROSAS (1), L. PÉREZ ROMERO (1), E. MAYOR ISAAC (1), Á. BELTRÁN GUERRA (1),
I. GIL BRULL (1), A. FRANCO ALONSO (2).

(1) CAP GÒTIC. BARCELONA. (2) CAP MANSO. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: DEPRESIÓN, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, GRADO DE CONTROL

RESUMEN:

OBJECTIVO: Evaluar si existen diferencias en la prevalencia de los distintos factores de riesgo cardiovascular (FRC) y en su grado de control, entre los pacientes con episodio depresivo y los pacientes que nunca lo han presentado.

MÉTODOS:

Tipo de estudio: descriptivo transversal

Muestra: 425 pacientes (248 con depresión y 177 sin depresión) atendidos durante 2010 en un centro de atención primaria.

Variables: Se recogieron edad, sexo, diagnóstico de depresión, HTA, Dislipemia(DL), diabetes(DM), obesidad, hábito tabáquico(HT); últimas cifras de Presión Arterial(PA), glicemia, colesterol total, HDL, LDL y Filtrado glomerular(FG); prescripción de antidepresivos/ansiolíticos.

Resultados: El 71,2% de los pacientes con depresión y el 42,9% de los pacientes sin depresión fueron mujeres ($p < 0,0001$). La edad media fue de 53,7 años (DE:16,7) en los pacientes con depresión y de 43,7 años (DE: 17,6) en los que no presentaban depresión ($p < 0,0001$); En los pacientes deprimidos, 30,4% presentaba HTA, 26,6% DL, 10,4% DM, 31% HT y 11,3% obesidad. En los pacientes sin depresión: 18,1% HTA, 10,2% DL, 2,8% DM, 29,4% HT y 11,9% obesidad, con diferencias estadísticamente significativas, excepto en la obesidad y HT ($p = 0,004$; $p < 0,0001$; $p = 0,004$; $p = 0,712$ y $p = 0,860$, respectivamente); Los pacientes con depresión presentaron LDL más elevados (124,8 (DE:37,7) vs 81,2 (DE:40,2) mg/dl $p < 0,0001$ IC95% diferencia 28,7; 58,6) y glicemias más elevadas (101,3 (DE:35,1) vs 88,3 (DE:14,5) $p = 0,003$ IC95% diferencia 4,5; 21,5). En los pacientes con depresión diabéticos, la glicemia fue de 145,8 mg/dl (DE:57,2) vs 115,7 (DE:28) en los pacientes diabéticos sin depresión ($p = 0,389$, IC95% diferencia 41,4 a 101,7).

No se observaron diferencias en este control según si tomaban antidepresivos o ansiolíticos.

Conclusiones:

- 1) En los pacientes con depresión se observó mayor prevalencia de todos los FRC, excepto de obesidad y HT.
- 2) Los pacientes con depresión presentaron cifras más elevadas de glicemia y de LDL, y peor control HTA.

PÓSTER Nº: 172

SOSPECHA DE HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA

A.C. GIL ADRADOS (1), I. FLORES (1), J. GONZALEZ GONZALEZ (1), J. JURADO PALOMO (2).

(1) CS LA SOLANA. TALAVERA DE LA REINA.

(2) HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO. TALAVERA DE LA REINA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION, HIMENOPTERO, FEOCROMOCITOMA

RESUMEN:

CASO CLINICO

Varón de 52 años. Carnicero y aficionado a la pesca

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre hipertensa. Hija con rinoconjuntivitis y asma con sensibilización a pólenes

ANTECEDENTES PERSONALES:

No Fumador, No drogas, No RAM, no DM, no Dislipemias, no enfermedad Tiroidea, no antecedentes de hepatitis, ni tumorales. No HTA. Hernia Hiato. Ingreso por Hemorragia digestiva alta con la toma de AINES. Intervenciones quirúrgicas por peritonitis, meniscectomía y rotura de ligamentos cruzados. Cefaleas en control por neurología.

En tratamiento con Omeprazol 20mg (1-0-0); Nicardipino (1-0-1)

ENFERMEDAD ACTUAL:

Estando en una piscina natural sufre una picadura de avispa tras la cual presenta mareo sin pérdida de conocimiento, temblores y pérdida de visión, cefalea, sudoración cutánea, flushing y taquicardia. ECG: RS 74 lpm, eje derecho, no crecimiento de cavidades, glucemia 98, SO₂ 99%. Se recupera del proceso sin ningún tipo de tratamiento en 30 minutos. Es pescador y ha sufrido con frecuencia picaduras de insectos tras esta reacción no ha vuelto a tener ninguna picadura.

Después de este episodio sufre dos parecidos con elevación de tensión en ambas ocasiones:

La primera por la mañana 8:30 horas con sensación de calor en la cabeza, y eritema facial y región anterior del tórax presentando TA 190/100. La segunda a las 11:30 horas con quemazón, sensación de calor, acorchamiento en cabeza, TA 150/100 y frecuencia de 135lpm. Observación en CS y remitido a hospital donde dan Valium 5mg. Se pautan ARAII.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

TA 140/90 y FC 85 lpm. Peso 78kg, talla 170 y IMC 24.61. Auscultación cardiopulmonar normal, no soplos. No edemas en mmii. No aumento de glándula tiroidea.

- FO: sin signos de retinopatía hipertensiva (grado 0 de Keith-Wagener).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ECG: RS No alteraciones repolarización, ni crecimiento de cavidades. (ANEXO I)

ECO Abdominal: Hígado de tamaño y morfología normal sin lesiones focales. Vesícula biliar alitiásica. Vías biliares no dilatadas. Páncreas y bazo normal. Riñones de tamaño y morfología normal. Riñón derecho mínima ectasia pielocalicial grado I; Riñón izquierdo sin ectasia pielocalicial con quistes parapiélicos. Vejiga con buena repleción y con paredes normales. No hay líquido libre intraperitoneal.

RX Tórax: RX tórax: ICT normal, no imágenes de condensación, y senos costofrénicos libres. (ANEXO II)

BIOQUIMICA Y ANALISIS DE LABORATORIO:

Hemograma: rango de normalidad.

Bioquímica: normal, excepto: Glucosa 115 mg/dL; Urea 58 mg/dL; Alanina-aminotransferasa 45 UI/L. TSH: 2,23 uU/mL, PCR: 1 mg/L, FR: 7 UI/mL, ANA: negativo. Aclaramiento creatinina 167ml/min (94-140), Creatinina 0.86mg/ml

11/12/2009 Determinaciones en orina: Diuresis 24 h: 1900 ml, Creatinina 109 mg/dl, Uratos 32.6 mg/dl (37-92), Cortisol 126.35 mg/24h (20-90), resto normal

23/12/2009 Determinaciones en orina: Ácido 5-hidroxiindolacético: 9,92 mg/24H, Metanefrinas fraccionadas: Normetanefrina : 573,50 µg/24H, Metanefrina: 415,40 µg/24H. Rangos normales

ESTUDIO DX DIFERENCIAL:

- Reacción alérgica a insectos o alteraciones del complemento ALERGOLOGÍA
- Síndrome vasovagal o síncope CARDIOLOGIA
- HTA POR FEOCROMOCITOMA

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

Servicio de Alergología:

Función respiratoria: EFR (17/12/2009): FEV1 4210CC (107%); FVC5140CC (98%); IT 81,95

Pruebas cutáneas: anisakis, equinococcus, látex, neuroalérgenos y insectos negativas. IgE total 33U/mL. Triptasa sérica 14 mg/L. Alfa-amilasa normal. Inmunidad frente a VHB.

Sistema de complemento: Fracción C3: 115,0 mg/dL; Fracción C4: 22,7 mg/dL. Fracción C1q: 11.3 mg/dL. C1 Inhibidor Antigénico:36.7 mg/dL. C1 Inhibidor Funcional: 125 %. Niveles inmunoglobulinas: IgG 946 mg/dL. IgA: 143 mg/dL. IgM: 76 mg/dL (rango de normalidad).

Descartan: causa alérgico, angioedema hereditario tipos I y II y déficit de inmunoglobulinas.

Servicio de Endocrinología

Bioquímica y análisis de laboratorio: 5/1/2010

Determinaciones en sangre: Cr 0.88 mg/dl, Glu 101 mg/dl, Urato 5.3 mg/dl, Col 148 mg/dl, Trig 59 mg/dl, cortisol 12.3 mg/dL, ANA y ANCA negativos, Ac Antifosfolipidos: rangos normales.

Determinaciones en orina: Catecolaminas Fraccionadas: Adrenalina: 5,88 µg/24H (0,01-20). Noradrenalina: 70,00 µg/24H (14,30-75 µg/24H). 5-Hidroxiindolacético: 4,9 mg/24H (2-9). Ácido Vanilmandélico: 9,94 mg/24H (2-10), Serotonina en Orina: 236,6 µg/24H (<180,0).

Metanefrinas fraccionadas: Normetanefrina: 298,20 µg/24H (118,0-440,0). Metanefrina: 200,20 µg/24H (84,31-340,00). Histamina en Orina: 0,01µg/dL (< 0,1).

ACTH: 14,9 pg/mL. Serotonina 107 ng/mL. La elevación puede ser un falso positivo debido a la toma de Nebivolol. TEST NUGENT (tras 1mg dexametasona): 0.8 mg/dL normal.

ECO TIROIDEA: Tiroides homogéneo, Lóbulo derecho 40x20x19mm y Lóbulo izquierdo 41x16x19mm.

Se descarta Feocromocitoma y Sind de Cushing. No es sugestivo de Sind. Carcinoma porque suelen producir hipotensión, no hipertensión como en este caso.

Servicio cardiología

MAPA: patrón de HTA II, ECG ritmo sinusal. (ANEXO IV) Holter ECG: taquicardia sinusal paroxística. Tras el cual se añadió Nebivolol 5 mg al ARAII.

Diagnostica HTA de reciente comienzo

DIAGNOSTICO:

Crisis HTA + cefalea + sudoración sin erupción cutánea en el curso de picadura de insecto con

- Elevación leve transitoria de metanefrinas fraccionadas en orina
- Falso positivo en datos de elevación de Serotonina por la toma de Nebivolol (SiloStar), con analítica repetida normal
- El estudio descarta Feocromocitoma, síndrome de Cushing y enfermedad tiroidea

HTA ESENCIAL DE RECIENTE COMIENZO SIN CAUSA SECUNDARIA

Diagnostico secundario: Elevación de triptasa basal.

- Screening negativo en el análisis de mutación en el gen KIT correspondientes a formas de Mastocitosis.
- Hay que seguir un posible síndrome de activación mastocitaria

EVOLUCION:

No ha vuelto ha tener ningún cuadro similar y la Tensión Arterial esta controlada 135/80

MAPA: normalizado (ANEXO V)

AMPA : normal (ANEXO III)

TRATAMIENTO ACTUAL:

- ARA II uno por la mañana
- Nevivolol medio por la mañana
- Bromazepam 1,5 mg por la noche

PÓSTER Nº: 173

ESTUDIO DE HTA SECUNDARIA EN DEPORTISTA

V. GÓMEZ CARRILLO (1), A.M. ESPEJO GIL (1), C. SALAZAR DE TROYA (1), I. MÁRQUEZ GÓMEZ (1),
J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), M. CARRILLO DE ALBORNOZ (2), R. GÓMEZ HUELGAS (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

(2) ESCUELA DE MEDICINA DEPORTIVA. HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DEPORTISTAS, HIPERTENSIÓN SECUNDARIA

RESUMEN:

OBJETIVOS

El interés despertado por la muerte súbita en el deportista y la preconización de una cultura de actividad física en la población obliga a valorar detalladamente a los sujetos con una actividad física importante.

Se pretende identificar una patología que cause HTA secundaria en una cohorte de pacientes deportistas de competición hipertensos.

MATERIAL Y METODOS

Se analiza una muestra de 41 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y que vienen siendo seguidos y tratados en nuestro servicio.

Descripción de la muestra: 37 varones (90,24%), edad 33,5 ±5,65;

La TAS inicial fue de 142,5±21,21 mmHg, y la TAD 84,46±10,6 mmHg.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria (analítica básica, Rx-Torax, EKG, perfil tiroideo, cortisol y acth, ARP y aldosterona, PTH, metanefrina en orina 24h, MAPA, ecografía abdominal). A aquellos pacientes que lo requirieron se realizó Gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/arteriografía de arterias renales. A todos los pacientes se les realizó un ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico.

RESULTADOS

Se detectaron 15 pacientes (36,58%), donde se encontró, al menos una causa de secundarismo:

7 casos (17,07%) con HTA secundaria renovascular. 3 casos (8%) de S. de apnea obstructiva del sueño, 2 casos (5%) por ingesta de aines, 2 casos de HTA renal, y una lesión con coartación aortica.

En los pacientes con HTA secundaria no se encontró una reacción hipertensiva exagerada ni diferente en la ergometría deportiva basal ni posterior al tratamiento. No mostraron mayor consumo de oxígeno en la ergometría.

DISCUSIÓN

Aunque la finalidad inicial de la búsqueda de una causa de HTA secundaria puede ser la curación de la enfermedad, esto es posible en pocas ocasiones. Estos pacientes no precisaron una mayor dosis, ni un mayor número de fármacos. Los casos de HTA secundaria tenían una buena posibilidad terapéutica

mayoritariamente farmacológica. Quizá la búsqueda de estos secundarismos tenga un objetivo más claro en evitar eventos vasculares como el fallo renal en los casos renovasculares y abuso de aines, fallo cardíaco en los SAOS y coartación aortica.

CONCLUSIONES

La prevalencia de HTA secundaria en nuestro grupo es, al menos, el doble de la reconocida para la población general.

En el deportista de competición, no resulta buen marcador de HTA secundaria la reacción hipertensiva ante el ejercicio ni la pérdida del patrón dipper.

Debería realizarse una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria en todos los pacientes hipertensos que desarrollen una actividad deportiva de competición.

PÓSTER Nº: 174

HIPERTENSION ARTERIAL EN DEPORTISTAS: ORIENTACION CLINICO-TERAPEUTICA

V. GÓMEZ CARRILLO (1), C. SALAZAR DE TROYA (1), A.M. ESPEJO GIL (1), I. MÁRQUEZ GÓMEZ (1),
J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), M. CARRILLO DE ALBORNOZ (2), R. GÓMEZ HUELGAS (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

(2) ESCUELA DE MEDICINA DEPORTIVA. HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DEPORTISTAS, CLÍNICA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

OBJETIVOS: El interés despertado por la cultura del deporte, los sucesos mediáticos derivados de la muerte súbita en el deportista y la preconización de una actividad física en la población obliga a valorar detalladamente a los sujetos con una actividad física importante. Se pretende extraer conclusiones clínicas básicas, derivadas del seguimiento de una cohorte para identificar pautas, diagnosticas y terapéuticas, en sujetos sometidos a condiciones de ejercicio competitivo

MATERIAL Y MÉTODO: 41 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva y son seguidos y tratados en nuestro servicio. Descripción: 37 varones (90,24%), edad 33,5 +5,65; en 15 individuos (36,58%) se encontró al menos una causa de HTA secundaria, 7 casos con HTA renovascular. Se realizó una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria (analítica básica, Rx-Torax, EKG, perfil tiroideo, cortisol y acth, ARP y aldosterona, PTH, metanefrina en orina 24h, MAPA, ecografía abdominal). Gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/arteriografía de arterias renales (solo en 2º paso). Ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico.

RESULTADOS: A su ingreso en la cohorte, 32 (78,2%) recibían tratamiento farmacológico, con una media de 1,25+1,41 fármacos según grupo farmacológico, y el resto solo medidas higienico-dietéticas, 14 (34,2%) recibían fármacos específicamente contraindicados o prohibidos para su especialidad deportiva. La TAS inicial fue de 142,5+21,21 mmHg, y la TAD 84,46+10,6 mmHg. En su última visita, los pacientes presentaban una TAS de 135,7+7.07 mmHg, y la TAD 84,75+ 21,21mmhg. Recibían tratamiento farmacológico 30 sujetos (73,2%), con una media de 1,07+0,7 fármacos según grupo farmacológico, y el resto solo medidas higienico-dietéticas. En los 4 años de media de seguimiento ha existido un disminución estadísticamente significativa en la disminución de la TAS media de la muestra ($p<0,01$) y en la disminución del número de fármacos por paciente ($p<0,05$) 11 pacientes (26,8%), pudieron ser controlados con medidas higiénico-dietéticas, o añadiendo pequeñas cantidades de enalapril (en 3 pacientes se dio 5-10 mg de enalapril). 17 pacientes (41,46%) pudieron ser controlados con dosis medias o altas de ARA-II (160-320 mg de valsartan). 6 pacientes (14,61%) precisaron tratamiento combinado con calcio antagonistas o anta-a. En 6 casos (14,61%) se precisó el uso de diuréticos, pero solo en periodos no competitivos.

DISCUSIÓN: El ejercicio intenso eleva transitoriamente la TAS y disminuye la TAD. En caso de mal control terapéutico o secundarismos puede producirse una reacción hipertensiva ante ejercicio a expensas de TAS. El uso de fármacos como diuréticos y betabloqueantes se ha relacionado con eventos

negativos relacionados con ejercicio intenso. Es fundamental el control de la HTA sistólica así como un tratamiento simple y a expensas de fármacos no relacionados con eventos negativos.

CONCLUSIONES: Un tratamiento basado en medidas higiénico-dietéticas e inhibidores del eje renina-angiotensina, puede llevar a una disminución de la TAS y al uso de un menor número de fármacos y consigue controlar a la gran mayoría de los deportista de competición. El deportista de competición precisa menos medicación que la población general.

PÓSTER Nº: 175

VITAMINA D E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. BREVE ESTUDIO POBLACIONAL

J. JUEGA (1), J. BONET (1), M. TROYA (1).

(1) HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA, BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, VITAMINA D, PROTEINURIA

RESUMEN:

La vitamina D está implicada en diferentes procesos patológicos: riesgo cardiovascular, hipertensión, enfermedad renal, etc.

OBJETIVO: Determinar niveles de vitamina D (calcidiol) en una población hipertensa controlada Unidad-Hipertensión y estudiar su relación con factores de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y METODOS: 49 hipertensos (26 hombres, 23 mujeres), edad 60,8 (12,6) años, 19 fumadores, 16 diabéticos, 10 vasculopatías, 8 ACxFA, 7 hipotiroideos. Se determinó: IMC, TA Sistólica y diastólica, pulso, presión pulso (PP), función renal, MALBA, Hemograma, glucemia, Lipit, Ks, Caso, Ps, TSH, PTH y Calcidiol. 20 ng/mL i grup B calcidiol < 20 ng/mL.">Mos dividir los pacientes en grupo A calcidiol > 20 ng / mL y grupo B calcidiol < 20 ng / mL. Se consideró un dato significativo si $p < 0.05$

RESULTADOS: IMC 30,7 (6,35) Kg/m², TAS 132,2 (16) TAD 74 (10,9) mmHg, Pulso 78 (12,5), PP58, 5 (15,9), Hb 60 (27), MDRD 30-60 (22), Urats 6,1, mAlb + ">13.2 (1.5) glu 110,2 (41,2), Crs 1.19 (0.47), MDRD > 60 (27), MDRD 30-60 (22), uratos 6,1, mAlb + 300), Ks 4,3(0,4), Ca 9,2(1,3), P 3,6(0,5), Tgl 136,7(75,1) Col.">31 (de los cuales 7 > 300), Ks 4,3 (0,4), Ca 9,2 (1,3), P 3,6 (0,5), TGL 136,7 (75,1) ColT. 191,4 (37,5) mgrs / dl, TSH 2,7 (2,2) Mul / ml, PTH 59,7 (32) pg / mL y Calcidiol 18,8 (8,9) ng / mL (sólo a 30 ng/mL 4 pacientes).">tenían niveles de calcidiol > a 30 ng / mL 4 pacientes). La media de hipotensores 2,5 comprimidos. 90% llevaban bloqueantes SRAA. Se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los dos grupos en los siguientes parámetros: Crs grupo A 1 (0,4) grupo B 1,3 (0,9) $p < 0.026$, uratos grupo A 5,6 (1,2) vs grupo B 6.7 (1.6) $p < 0.017$, mAlb grupo A 57.9 (105.1) vs grupo B 235 (335) $p < 0.046$, PTH grupo A 44,5 (21,5) vs grupo B 75, 5 (33,8) $p < 0.001$ y TSH grupo A 3,3 (2,7) vs grupo B 2,1 (1,1) $p < 0.07$. Se observó una correlación inversa entre calcidiol y PTH $r = -0,509$ $p < 0.0001$.

CONCLUSIONES: Hay una alta prevalencia de niveles bajos de calcidiol (92% de la muestra). Los niveles de calcidiol son más bajos con discretas alteraciones de la función renal y Malba +. El calcidiol bajo se asocia con PTH más alta y TSH más baja.

PÓSTER Nº: 176

¿CUÁL ES LA MEJOR PRUEBA PARA DIAGNOSTICAR LA HTA VASCULORRENAL?

D.O. REJAS VELÁSQUEZ (1), R. CALDERÓN HERNAIZ (1), L. LOZANO MANEIRO (1), R.M. MARTÍN DÍAZ (1),
E. MADROÑAL CEREZO (1), J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), J. HERNÁNDEZ ATANCE (1),
A. PUENTE GARCIA (1), L. ALEGRE ZAHONERO (1), J. RUIZ RUIZ. (1).

(1) HOSPITAL DE FUENLABRADA. FUENLABRADA (MADRID).

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HTA VASCULORRENAL, ARTERIOGRAFÍA, ANGIORMN

RESUMEN:

Introducción: La HTA vascularrenal es una de las principales causas potencialmente corregibles de HTA secundaria. El "Gold standard" para su diagnóstico es la Arteriografía renal, pero como screening se suelen utilizar pruebas radiológicas menos invasivas entre las que destacan Eco-Doppler, Angio Tc y Angio RMN.

Objetivo: Conocer la correlación entre los hallazgos encontrados en las pruebas no invasivas y la Arteriografía Renal.

Material y método: Se seleccionaron todos los enfermos diagnosticados de HTA vascularrenal por pruebas no invasivas entre Marzo 2004 y Marzo 2011. De acuerdo con las indicaciones del American College of Cardiology / American Heart Association se realizó Arteriografía solo en aquellos pacientes en los que se realizaría un tratamiento correctivo si se evidenciase una estenosis significativa de arteria renal.

Resultados: Se estudiaron un total de 343 pacientes (206 varones, 137 mujeres), edad entre los 6 y los 87 años, con HTA severa y moderada, con sospecha HTA secundaria mediante pruebas radiológicas no invasivas. A 177 (52%) se les realizó Angio TC de arterias renales y a 166 (48%) se les realizó Angio RMN. Se desestimó la realización de Eco-Doppler por la alta frecuencia de falsos negativos en los primeros estudios realizados, en probable relación con sobrepeso y/o obesidad.

En 28 enfermos (8.2%) se diagnosticó estenosis de arteria renal, en 15 (4.4%) mediante Angio TC y en 13 (3.8%) mediante Angio RMN, eligiendo entre ambas técnicas según la función renal, alergia a contrastes yodados y presencia de claustrofobia.

De estos 28 enfermos con presunta estenosis de arteria renal se realizó arteriografía en 12 casos (42.8%) 6 en el grupo de angioTAC y 6 en el de angioRM, confirmándose la existencia de estenosis de arteria renal en 9 de ellos (75% del total de arteriografías), en 3 de los cuales fue bilateral. En los 16 pacientes en los que no se realizó arteriografía el motivo fue negación del enfermo (2 paciente), anulación funcional renal (5 p) y contraindicación de Arteriografía y/o Angioplastia (9 p).

Conclusiones:

- ▶ La arteriografía confirmó existencia de estenosis de arteria renal en el 66.7% (4/6) de las arteriografías realizadas en el grupo diagnosticado mediante angioTAC y en el 83.3% (5/6) de las realizadas en el grupo diagnosticado mediante AngioRMN.
- ▶ Tanto los hallazgos evidenciados mediante Angio TC y mediante Angio RMN tuvieron una buena correlación con los hallazgos de la Arteriografía, siendo mejor con la Angio RMN.

PÓSTER Nº: 177

¿MEJORA EL CONTROL DE LA HTA TRAS LA CORRECCIÓN DE LA ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL EN LA HTA VASCULORRENAL?

R. CALDERÓN HERNAIZ (1), D.O. REJAS VELÁSQUEZ (1), L. LOZANO MANEIRO (1), R.M. MARTÍN DÍAZ (1),
E. MADROÑAL CEREZO (1), J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), J. HERNÁNDEZ ATANCE (1),
A. PUENTE GARCIA (1), L. ALEGRE ZAHONERO (1), J. RUIZ RUIZ. (1).

(1) HOSPITAL DE FUENLABRADA. FUENLABRADA (MADRID).

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HTA VASCULORRENAL, ESTENOSIS, ANGIOPLASTIA

RESUMEN:

Introducción: La HTA vascularrenal es una de las principales causas potencialmente corregibles de HTA secundaria. En la literatura, la corrección de la misma supone la "curación" de la HTA en el 2-20% de los casos y la "mejoría" en el 50-60%

Objetivo: Conocer si la corrección de la Estenosis de arteria Renal mediante Angioplastia y Stent, soluciona la HTA de los pacientes que tienen HTA vascularrenal.

Material y método: Se seleccionaron todos los enfermos diagnosticados de Estenosis de arteria Renal por Arteriografía entre Febrero 2004 y marzo 2011 a los cuales se realizó Angioplastia.

Resultados: Se estudiaron un total de 8 casos (7 varones, 1 mujer), con edad entre los 28 y los 74 años, con estenosis de arteria renal confirmada por Arteriografía (que era bilateral en 2 de los casos), de un total de 28 enfermos diagnosticados de dicha patología por técnicas no invasivas (15 por Angio TC y 13 por Angio RMN). A lo largo de su seguimiento, el 100% de los enfermos han permanecido hipertensos: en 5 pacientes (62.5%) 5/8, uno de ellos con estenosis bilateral, se mantienen el mismo número de fármacos y a las mismas dosis. En 3 pacientes (37.5%), uno de ellos también bilateral, se ha podido disminuir el número de fármacos y/o las dosis de los mismos. Uno de estos 3 enfermos que "mejoraron" presentó oclusión completa de la arteria renal angioplastiada, lo que conllevó paradójicamente un mejor control de su TA. En los restantes casos en los que se ha realizado, la Arteriografía de control no ha demostrado reestenosis.

Conclusiones:

- ▶ En nuestra experiencia, la corrección (mediante Angioplastia + Stent) de la Estenosis de arteria Renal en la HTA vascularrenal no soluciona la HTA de los pacientes.
- ▶ En nuestra experiencia, la corrección de la Estenosis de arteria Renal (mediante Angioplastia + Stent) en la HTA vascularrenal solo mejora el control de la HTA de un pequeño porcentaje de los pacientes
- ▶ Estos datos podrían cuestionar la realización de corrección de la Estenosis de arteria Renal mediante Angioplastia + Stent, teniendo en cuenta el riesgo/beneficio de la técnica, y sobre todo la efectividad y escasos efectos secundarios de los actuales fármacos hipotensores.

PÓSTER Nº: 178

**¿CUÁL ES EL IMPACTO EN LA MORBI-MORTALIDAD CARDIOVASCULAR DE LA ASOCIACIÓN
GOTA - SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO?**

M. CANTALEJO MOREIRA (1), J. CASADO PARDO (1), L. LOZANO MANEIRO (1).

(1) HOSPITAL DE FUENLABRADA. FUENLABRADA (MADRID).

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: GOTA, SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO, MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Introducción: Recientemente se ha observado un incremento tanto en la prevalencia de la Gota como en la del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS). El SAOS, durante los episodios de hipoxia, causa disfunción endotelial, resistencia a la insulina e incremento de TNF-alfa e IL-6, lo que provoca un incremento del catabolismo de adenosina-trifosfato a xantina que eleva la uricemia, pudiendo facilitar la artritis gotosa. Por otro lado, la hiperuricemia puede jugar un papel patogénico en la progresión de la ERC y puede facilitar la obstrucción de la vía aérea, provocando desaturación de O₂ durante el sueño.

Objetivo: Conocer la prevalencia conjunta de Gota y SAOS y su impacto en la morbi-mortalidad cardiovascular

Material y método: Desde enero'08 a diciembre'09 se seleccionaron pacientes con Gota y sintomatología sospechosa de SAOS (ronquido, cefalea matinal, somnolencia diurna). Se recogieron AP de riesgo vascular, valores basales de ácido úrico, datos de enfermedad vascular, los valores de Test de Epworth para somnolencia diurna y los hallazgos de la polisomnografía (Índice de apnea-hipopnea (IAH), media de saturación de oxígeno nocturna).

Resultados: Se estudiaron 36 pacientes (34 varones, 2 mujeres), edad media: 52,95 años (35-75), 21 con afectación poliarticular severa y 15 con monoarticular, niveles de ácido úrico 8,4 (7,6-11,4). Presentaban factores de riesgo vascular 28 pacientes (87,5%) y el 71,4% tenían 3 ó más factores. La calidad del sueño fue percibida como pobre en el 52,7% (Test de Epworth: ≥ 16 en 33,3%, 12-16 en 25%, 12 en 11,1%, ≤ 11 en 22,2 %). La polisomnografía confirmó el diagnóstico de SAOS en 32 pacientes (88,88%) y de roncopatía sin SAOS en 4 pacientes. El valor medio del IAH fue 55,96%: IAH >30 /hora (severo) en el 66%, IAH:15-30/hora (moderado) en 28%, IAH <15 /hora (leve) en 6,25%. La saturación de oxígeno media fue 90,18%(86-93). La enfermedad vascular encontrada fue Cardiopatía isquémica (15,62%), ACVA (6,25%), estenosis de arteria renal (3,12), miocardiopatía hipertrófica (6,25%) y ateromatosis aórtica (25%). Todos los pacientes con 5 o 4 factores de riesgo presentaban enf. vascular.

Conclusiones:

- ▶ En nuestra serie de pacientes con gota, el diagnóstico de SAOS fue confirmado en una alta proporción
- ▶ Se encontraron unos índices de apnea-hipopnea elevados, con afectación severa del sueño y valores de saturación de oxígeno muy bajos con numerosos episodios de hipoxia
- ▶ Una ¼ partes de pacientes asoció clínica de piernas inquietas
- ▶ Estos datos indican que puede existir asociación entre Gota y SAOS, pudiéndose potenciar la una a la otra

PÓSTER Nº: 179

HTA MALIGNA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA

C. LUCAS ÁLVAREZ (1), C. GONZALEZ ÁLVAREZ (1), P. VICENTE PRIETO (2), M.A. IGLESIAS SALGADO (2),
P. FRAILE GÓMEZ (1), J.L. LERMA MÁRQUEZ (1), P. GARCIA COSMES (1), J. SEBASTIÁ MORANT (1),
M.H. BLANC (1), L.M. BEAULIEU ORIOL (3).

(1) HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA. SALAMANCA. (2) CENTRO DE SALUD MIGUEL ARMIJO MORENO.
SALAMANCA. (3) HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: MALIGNA, RETINOPATÍA, NEFROPATÍA

RESUMEN:

Objetivo: Estudiar los antecedentes personales, las manifestaciones clínicas, analíticas, métodos diagnósticos y respuesta al tratamiento de pacientes diagnosticados de HTA maligna.

Material y métodos: Se estudian de forma retrospectiva, previo protocolo establecido, los pacientes hospitalizados en los últimos 11 años en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca con el diagnóstico de HTA maligna.

Resultados: Se revisaron 13 historias con dicho diagnóstico, que correspondían a 3 mujeres (23%) y 10 hombres (77%), en edades comprendidas entre 18 y 64 años (mediana de 40 años). La estancia media fue 8 días. El 53,84% eran dislipémicos, el 46,15% tenía diagnóstico previo de hipertensión y el 23% eran diabéticos. En cuanto a los hábitos tóxicos, el 38,46% eran fumadores y 1 de ellos (7,69%) era consumidor habitual de cocaína. La manifestación clínica más frecuente fue la cefalea (84,61%), seguida de las alteraciones visuales (30,76%). 3 pacientes (23,07%) asociaban estos dos síntomas. Analíticamente, calculamos el FGRe mediante el MDRD-4 obteniendo que, 5 de los 13 pacientes (38,46%) presentaban un FGRe > 60 ml/min, 3 de los pacientes (23,07%) presentaban un FGRe al ingreso menor de 20 ml/min (2 de estos requirieron hemodiálisis). Se realizó fondo de ojo a 12 de los 13 pacientes (92,3%), presentando retinopatía grado III el 66,6% y retinopatía grado IV el 33,3% de los pacientes. A todos nuestros pacientes se les realizó un ecocardiograma, el 69,23% de ellos presentaban HVI. A 3 pacientes se les realizó una biopsia renal, 2 de ellos presentaban nefropatía hipertensiva y 1 GN lúpica clase III A/C. Sólo 1 paciente (7,69%) tuvo complicaciones hemorrágicas. Inicialmente se instauró tratamiento antihipertensivo intravenoso al 61,5% de los pacientes, siendo el fármaco más usado el nitroprusiato. Al alta todos los pacientes requirieron la combinación de 3 o más fármacos para conseguir controlar la PA. El fármaco más usado fue el nifedipino (76,92%), seguido de IECAs y/o ARA-II (61,53%).

Conclusiones:

- La HTA maligna es una enfermedad poco frecuente que debe sospecharse ante la asociación de cifras de PA > 180/110 mmHg y afectación vascular severa en forma de retinopatía avanzada (exudados/hemorragias y/o papiledema).
- Puede presentarse sin historia previa de HTA o con antecedentes de HTA esencial previa.

- Analíticamente, además de la alteración de los parámetros urémicos, puede acompañarse de anemia hemolítica microangiopática con LDH elevada, por lo que en un inicio puede confundirse con un cuadro de Síndrome Hemolítico Urémico (SHU).
- El estudio inmunológico es de utilidad para descartar conectivopatías como esclerodermia, lupus y vasculitis entre otras.
- Es frecuente la aparición de lesión en los órganos diana como insuficiencia cardíaca izquierda y encefalopatía hipertensiva.
- La realización de biopsia renal está indicada en el caso de sospecha de patología glomerular asociada.
- El tratamiento inicial, suele ser intravenoso, hasta conseguir unas cifras de PAD < 105 mmHg o un descenso total de las cifras de PA no superior al 25% en las primeras 6 horas. Una vez controlada la PA inicial, se deberá instaurar un tratamiento antihipertensivo oral hasta conseguir una PAD 85-90 mmHg.
- Aproximadamente un 20% de los pacientes con HTA maligna precisan de técnicas dialíticas para recuperar la función renal.

PÓSTER Nº: 180

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS GESTANTES DE ALTO RIESGO SEGUIDAS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA

M. ABAD CARDIEL (1), M.L. GARCIA MACHADO (2), A. FERNANDEZ-CRUZ (1), N. MARTELL CLAROS (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA DEL HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID. (2) C.S. LAS AGUILAS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, HIPERTENSION EN EL EMBARAZO, PREECLAMPSIA

RESUMEN:

La patología hipertensiva durante el embarazo puede poner en riesgo tanto la salud de la madre como la del feto.

OBJETIVO: Describir las características clínicas de las pacientes que acuden a una consulta monográfica de la Unidad de Hipertensión-Servicio de Obstetricia con gestaciones de alto riesgo por patología hipertensiva.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes que acudieron a la consulta monográfica de la "Unidad de Hipertensión de Gestantes de Alto Riesgo" desde su creación en 1990. Se incluyen 259 gestantes de alto riesgo bien por sus antecedentes en gestaciones anteriores o por la aparición de PA elevadas durante la gestación actual. Se recogieron datos demográficos, variables clínicas y la evolución de la gestación a estudio.

RESULTADOS: Edad media 32,9 (DS 5,5) años. El 67,2% eran caucásicas, el 29% mestizas, con una presencia inferior al 2% de otras razas (mulata, negra, asiática). El IMC previo a la gestación era de 29 (DS 5,8) kg/m²., la ganancia de peso durante la gestación fue de 10,3 (DS 5,9) kg.

El 22,0% (n=57) tenían HTA crónica, con un tiempo medio de evolución de la HTA de 5 (DS 2,1) años. Eran diabéticas tipo I el 3.1% y tipo II el 1.2% y un 21,6% tenían antecedente de DM gestacional (en gestaciones previas). Presentaban trombocitopatía un 0,4% de las pacientes. Un 3,1% de las pacientes padecían enfermedad cardiovascular previa a la gestación.

Respecto a la historia ginecológica, el 23,3% habían padecido preeclampsia (PE) en gestaciones previas y un 2,3% eclampsia. Un 34,7% eran nulíparas. El 30,5% habían padecido abortos espontáneos. Un 44,8% de las pacientes habían sido sometidas a cesárea, de las cuales el 63,7% había sido por patología hipertensiva (pérdida de control de HTA gestacional, PE-eclampsia). En la actual gestación, el 6,6% de ellas se habían producido mediante fecundación in vitro y el 5,8% eran gemelares

En el segundo trimestre un 30,2% de las pacientes ya recibían tratamiento antihipertensivo, el más frecuente alfametildopa (15.3%) y en el tercer trimestre un 53,8%, el más usado fue labetalol (21%), seguido de atenolol (17.9%) y de alfametildopa (14.1%).

El final de la gestación se produjo antes de semana 32 en un 1,5% y antes de la semana 36 en un 13,6%, y la semana con más número de partos fue la 39. De los partos el 49% fueron eutócicos. Presentaron PE 46 pacientes (17,8%) y eclampsia 1 (0.4%), 8 (3.1%) Síndrome de Hellp y 2 (0.8%) abruptio placentae. Los niños presentaron APGAR 9-10 en un 72.2%. Un 24% de los recién nacidos requirieron cuidados neonatales. No hubo muerte perinatal.

CONCLUSIONES: La población vista en la consulta monográfica tiene un perfil de alto riesgo de complicación por patología hipertensiva.

Más de la mitad de las pacientes requirieron tratamiento farmacológico antihipertensivo.

La incidencia de complicaciones graves en esta población de alto riesgo ha sido reducida (4.2%), como consecuencia del control estricto del incremento de peso y de la instauración de tratamiento farmacológico adecuado.

PÓSTER Nº: 181

ESTUDIO SOBRE LA MODIFICACION DE LOS PARAMETROS HEMATOLOGICOS Y BIOQUIMICOS EN PACIENTES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

M.L. GARCIA MACHADO (1), M. ABAD CARDIEL (2), A. FERNANDEZ-CRUZ (2), N. MARTELL CLAROS (2).

(1) C.S. LAS AGUILAS. MADRID. (2) UNIDAD DE HIPERTENSION. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA DEL HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, HIPERTENSION EN EL EMBARAZO, PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA

RESUMEN:

Durante el embarazo se producen importantes adaptaciones fisiológicas y entre ellas las de carácter vascular. La hipertensión conlleva un aumento de la morbilidad y mortalidad perinatales complicando con eclampsia entre un 5 y 7% del total de embarazos.

OBJETIVO: Describir las características hematológicas y bioquímicas de las pacientes de alto riesgo de preeclampsia-eclampsia que acuden a una consulta monográfica de la Unidad de Hipertensión-Servicio de Obstetricia con gestaciones de alto riesgo por patología hipertensiva.

MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron 259 pacientes embarazadas de alto riesgo de complicaciones por patología hipertensiva bien por sus antecedentes personales o por la aparición de PA elevadas durante la gestación. Las variables estudiadas fueron: hemograma con factores de coagulación, VSG y PCR. También se analizan el perfil lipídico, hepático, ácido úrico, aclaramiento de ácido úrico, creatinina sérica y su aclaramiento así como el calcio sérico.

RESULTADOS: Las variables estudiadas en el 2º y 3º trimestre se exponen en la Tabla. No se aprecian diferencias para ambos trimestres respecto a la hemoglobina (2º trimestre $11,96 \pm 0,87$; 3º trimestre $12,05 \pm 1,11$); hematocrito (2º trimestre $35,22 \pm 4,70$; 3º trimestre $35 \pm 3,17$); fibrinógeno (2º trimestre $603,52 \pm 97,4$; 3º trimestre $583,38 \pm 87,70$); glucosa (2º trimestre $88,92 \pm 15,34$; 3º trimestre $87,31 \pm 15,48$); ALT (2º trimestre $20,24 \pm 17,58$; 3º trimestre $21 \pm 22,6$); AST (2º trimestre $18,39 \pm 8,24$; 3º trimestre $21 \pm 22,6$) y calcio (2º trimestre $9,03 \pm 0,41$; 3º trimestre $8,99 \pm 0,44$). Encontrando incremento significativo en el resto de los parámetros estudiados. El 49% de los partos fueron eutócicos. Se produjo 1 eclampsia, 8 S de Hellp y 2 abruptio placentae. 46 (17,8%) pacientes presentaron preeclampsia. Recibieron tratamiento antihipertensivo el 53.8% de las gestantes.

VARIABLE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	p</p>
Plaquetas	258,2+62,3	248+67,15	<0.05
VSG	39,2 + 16,1	48 + 16,48	<0.001
PCR	0,66 + 0,58	0,83 + 0,71	<0.01
COLESTEROL TOTAL	236,1 + 47,2	258,35 + 48,81	<0.001
COLESTEROL LDL	119,3 + 35,9	140,7 + 39,8	<0.001

COLESTEROL HDL	77,2 + 18	75 + 15	=0.053
TRIGLICERIDOS	175,6 + 65,6	243 + 95,4	<0.001
LDH	306,10 54,6	+ 339,64 + 88,22	<0.001
CREATININA	0,69 0,09	+ 0,74 + 0,22	<0.001
ACLA CREATININA	131,6 38,18	+ 122 + 30,16	<0.001
ACLA MDRD	105,2 15,8	+ 99,10 + 21,07	<0.001
ACIDO URICO	3,7 + 1,0	4,3 + 1,2	<0.001
ACLA AC URICO	14,4 + 5,4	12,8 5,8	+ <0.001
PROTEINAS EN ORINA 24 HORAS gr/24h	0,2 + 0,07	0,8 + 1,68	<0.001

CONCLUSIONES:

1.- Entre el 2º y 3º trimestre de gestación en pacientes de alto riesgo muestran aumento de la PCR, VSG y colesterol total, ácido úrico, aumento de creatinina sérica y reducción del aclaramiento, así como incremento de la excreción de proteínas en 24h.

2.-A pesar del desfavorable perfil bioquímico de las pacientes, la incidencia de complicaciones graves en esta población de alto riesgo ha sido reducida (4.2%), como consecuencia del control estricto del incremento de peso y de la instauración de tratamiento farmacológico.

PÓSTER Nº: 182

**FACTORES DIFERENCIALES ENTRE EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO CON Y SIN
COMPLICACIONES GRAVES**

N. MARTELL CLAROS (1), M. ABAD CARDIEL (1), M.L. GARCIA MACHADO (2), C. FERNANDEZ (3),
A. FERNANDEZ-CRUZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA DEL H. CLINICO SAN CARLOS. MADRID. (2) C.S. LAS AGUILAS. MADRID. (3) S. MEDICINA PREVENTIVA. INSTITUTO DE INVESTIGACION DEL H. CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, HIPERTENSION EN EMBARAZO, PREECLAMPSIA

RESUMEN:

La patología hipertensiva durante el embarazo puede poner en riesgo tanto la salud de la madre como la del feto.

OBJETIVO: Conocer las características de las pacientes que presentan complicaciones graves del embarazo frente a gestantes no complicadas de alto riesgo para el desarrollo de patología hipertensiva.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes que acuden a la consulta monográfica de la "Unidad de Hipertensión de Gestantes de Alto Riesgo". Se incluyen 259 gestantes de alto riesgo de complicaciones de patología hipertensiva. Se divide la población en dos grupos: GP: las que tienen incidentes graves (Preeclampsia, eclampsia, abruptio placentae, S de Hellp) 58 pacientes y GN: las que finalizaron la gestación sin complicaciones 201pacientes. Se comparan datos clínicos, analíticos entre ambas poblaciones.

RESULTADOS: El 67,2% eran caucásicas. El 22,0% (n=57) tenían HTA crónica. La edad, el IMC pregestacional, y el incremento de peso durante la gestación, los antecedentes personales de enfermedad cardiovascular no muestran diferencias significativas. Eran primíparas el 71.4% de las GP v.s. 32,8% de las GN (p<0.001). Las GP presentaron más gestaciones gemelares (12.3% v.s. 4%, p=0.026). En segundo trimestre solo encontramos diferencias significativas en hematocrito, albuminuria/creatinina y colesterol total (p<0.05). En el tercer trimestre encontramos diferencias significativas en la PAS (137±22.4 v.s. 123.3±13.3 mmHg, p=0.000), en el ácido úrico (4.5±1.6 v.s. 4.2±1.1 mg/dl, p=0.004), proteinuria (1.6±2.4 v.s. 0.2±0.1 gr./24h, p =0.000). . En el tercer trimestre recibían tto antihipertensivo el 63.6% de las del GP v.s. 52.8% del GN (p=n.s.). La frecuencia de partos antes de la semana 36 es de 8.8 en GP v.s. 5.8% en GN (p<0.001). Peso al nacer GP: 2507,6±92 GN: 3093±6.22 (p=0.000), Apgar >9:66% en GP, y 80% en GN (p=0.001). Necesitaron cuidados neonatales el 46.3% en los GP y el 19.1% en los GN (p<0.001). El peso adecuado a la semana de parto no fue significativamente diferente entre ambos grupos.

CONCLUSIONES: Las pacientes de alto riesgo que presentan complicaciones graves en embarazo son con mas frecuencia primíparas, presentan más embarazos gemelares y en el segundo trimestre presentan mayores niveles de albumina/creatinina, colesterol total y reducción de hematocrito, que serían factores que podrían predecir la aparición de complicaciones graves inmediatas.

PÓSTER Nº: 183

**DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE PACIENTES DE ALTO RIESGO
CARDIOVASCULAR Y CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES**

N. MARTELL CLAROS (1), M. ABAD CARDIEL (1), D. GOMEZ GARRE (2), P. MUÑOZ PACHECO (2),
A. ORTEGA HERNANDEZ (2), M. AVILA SANCHEZ-TORIJA (1), B. ALVARZ ALVAREZ (3),
C. MAROUND EID (1), M. FUENTES FERRER (4), A. FERNANDEZ-CRUZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA DEL HOSPITAL CLINICO SAN
CARLOS (IDISSC). MADRID. (2) LABORATORIO DE BIOLOGIA VASCULAR. IDISSC. MADRID.
(3) C.S. ANDRES MELLADO. MADRID. (4) SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. IDISSC. .

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ALTO RIESGO, CELULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES, EPCS

RESUMEN:

Las células progenitoras endoteliales (CPEs) se consideran un mecanismo de protección del endotelio. Las CPEs circulantes, que proviene de la médula ósea reparan el endotelio vascular. La población de CPEs se afecta por la presencia de factores de riesgo cardiovascular (RCV).

OBJETIVO: Estudiar el comportamiento de las células progenitoras endoteliales (CPEs) en pacientes de alto-muy alto RCV sometidos a control de todos sus factores de riesgo.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio traslacional prospectivo. Se incluyen 113 pacientes hipertensos de alto-muy alto RCV seguidos durante 6 meses con tratamiento para todos los factores de riesgo. Se realizaron determinaciones en el momento basal y final de variables bioquímicas (glucemia, creatinina, aclaramiento de creatinina, microalbuminuria, HOMA, PCRu, perfil lipídico) y hemodinámicas (PA braquial, PA central, Augmentation Index) y determinación del número de CPEs CD34/CD134 (tardías), CD34/KDR (tempranas) y CD 105/CD14 (implicadas en reestenosis).

RESULTADOS: La edad media fue $63 \pm 13,7$ años, el 53% varones. Antecedentes personales: enfermedad cerebrovascular 3,5%, enfermedad cardiaca 16,8%, enfermedad renal 3,5%, arteriopatía periférica 4,4, retinopatía avanzada 8%, diabetes 32,7%, y dislipemia 67,3%.

A los seis meses encontramos reducción de la PA sistólica braquial ($129,6 \pm 17,9$ v.s. $124,7 \pm 15,6$; $p=0,006$) sin modificación en PA diastólica braquial, PA central, ni de augmentation index. Se redujo la frecuencia cardiaca $74,4 \pm 12,2$ v.s. $70,3 \pm 3,2$ lpm, $p=0,000$).

Variables bioquímicas: observamos reducción significativa de glucemia, creatinina sérica, colesterol total, LDL colesterol y colesterol no- HDL, todas de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El aclaramiento de creatinina y la microalbuminuria mejoraron de forma significativa, $p=0,02$ y $p=0,03$ respectivamente. El índice HOMA disminuyó alcanzando el límite de la significación estadística, $p=0,05$. La PCRu, como marcador inflamatorio descendió de forma significativa: $0,37$ (IC $0,24-0,65$) v.s. $0,33$ (IC $0,16-0,54$) $p < 0,001$.

Las EPCs tardías disminuyeron tras tratamiento: $0,66$ (IC $0,3-1,4$) v.s. $0,38$ (IC $0,2-0,8$), $p=0,000$, al igual que las EPCs tempranas $0,24$ (IC $0,11-0,52$), v.s. $0,13$ (IC $0,08-0,25$), $p=0,000$. En las EPCs implicadas en reestenosis no se observan diferencias significativas.

CONCLUSIÓN: El descenso de las CPEs podría relacionarse con mayor consumo de las mismas, probablemente por una mayor capacidad reparativa. Este hecho podría estar en relación con la reducción de factores pro-inflamatorios como la PCRu.

PÓSTER Nº: 184

HISTORIA NATURAL DEL HIPERALDOSTERONISMO: DIFERENCIAS EN LA EVOLUCIÓN SEGÚN PRESENTACIÓN

M. ABAD CARDIEL (1), N. MARTELL CLAROS (1), B. ALVAREZ ALVAREZ (2), M. AVILA SANCHEZ-TORIJA (1), A. FERNANDEZ-CRUZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID. (2) C.S. ANDRES MELLADO. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERALDOSTERONISMO NOMOKALIEMICO, HIPERALDOSTERONISMO HIPOKALIEMICO, HIPERTENSION SECUNDARIA

RESUMEN:

El hiperaldosteronismo primario (HP) es la causa de HTA secundaria endocrinológica más frecuente. El exceso de aldosterona plasmática se relaciona con lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular, independientemente de los niveles de presión. El diagnóstico permite un tratamiento dirigido, e incluso curativo.

Objetivo: Mejorar el conocimiento de la historia natural del hiperaldosteronismo, en la que existe una elevada variabilidad clínica.

Pacientes y métodos: Se incluyen 157 pacientes diagnosticados de hiperaldosteronismo primario. Se analizaron las características de la población total. Se dividió la población en dos subgrupos dependiendo de los niveles de potasio sérico (<3.5 y ≥ 3.5 mEq/l) y se compararon las características de ambos grupos.

Resultados: La edad media fue $56,9 \pm 11,7$ años, un 56,1% eran varones, el tiempo de evolución de la HTA fue de $13,2 \pm 10$ años. Las PA previas al diagnóstico etiológico fueron $156 \pm 23/90 \pm 15$ mmHg, y tras tratamiento específico de $129 \pm 15/76 \pm 10$ mmHg, ($p < 0.001$).

Encontramos una prevalencia de HP normokaliémico del 44.1%. No encontramos diferencias entre normo e hipokaliémicos en edad, aunque la prevalencia de varones fue mayor entre los hipokaliémicos. Las PA son más elevadas en el grupo con hipokaliemia (162 ± 22 mmHg vs 151 ± 86 mmHg) ($p < 0.05$), y también los niveles de aldosterona (mediana: 306 ng/dl v.s.199 ng/dl $p < 0.001$).

Los pacientes con presentación típica tienen niveles de aldosterona elevados que se mantienen estables en el tiempo, mientras que los pacientes con presentación atípica, (kaliemias normales) presentan un progresivo ascenso en los niveles de aldosterona sérica.

CONCLUSIONES: En los pacientes con niveles normales de potasio, los niveles de aldosterona séricos tienden a elevarse con el tiempo. En los pacientes hipokaliémicos la aldosterona sérica presenta valores más elevados que tienden a ser estables.

Estos dos últimos hechos podrían significar que para que un paciente presente hipokaliemia necesitaría mayor tiempo de evolución y niveles séricos de aldosterona más elevados.

PÓSTER Nº: 185

**RELACIÓN DE LOS POLIMORFISMOS GENÉTICOS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO VASCULO
ENDOTELIAL (VEGF) Y LA INCIDENCIA DE PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO**

N. MARTELL CLAROS (1), M. ABAD CARDIEL (1), S. RAFAEL (2), S. VEGANZONES (2), S. VIDAURRETA (2),
V. DE LA ORDEN (2), M.A. DUAREZ (3), M.A. HERRAIZ (3), M.L. MAESTRO (2).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA. HOSPITAL CLINICO SAN
CARLOS. MADRID. (2) LABORATORIO DE GENETICA. INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA.
HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID. (3) SERVICIO DE GINECOLOGIA. INSTITUTO DE
INVESTIGACION SANITARIA. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: GENÉTICA DEL EMBARAZO, POLIMORFISMOS DEL VEGF EN EL EMBARAZO,
POLIMORFISMO DEL GEN PROBNP

RESUMEN:

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, cuya causa es aún desconocida. El factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) está implicado en la vasculogénesis y la permeabilidad vascular. Se han descrito varios polimorfismos frecuentes, que se asocian con una disminución en los niveles de la proteína, algunos de ellos se han asociado con el riesgo y la severidad de la preeclampsia. También se ha relacionado el polimorfismo del gen precursor del proBNP (TTTc)

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo fue analizar la asociación entre tres polimorfismos del gen VEGF (-2578C/A, -1154G/A y +936C/T) y del gen precursor del proBNP (TTTc) para determinar su influencia en el desarrollo de preeclampsia.

MATERIAL Y METODOS: Se reclutaron 39 gestantes con diagnóstico de preeclampsia, atendidas en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico y en la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Como grupo control de este estudio se reclutaron 35 mujeres con al menos dos embarazos a término normales. El análisis de los polimorfismos -2578C/A, -1154G/A y +936C/T del gen VEGF fue realizado mediante reacción en cadena polimerasa (PCR) a tiempo real en Smart Cycler® en el laboratorio de Genómica (Servicio de Análisis Clínicos). Para determinar el tamaño de los polimorfismos del proBNP se utilizó electroforesis en gel POP4 en un ABI 3100 Genetic Analyzer. Siendo analizados los resultados por el software de análisis genético PE Applies Biosystems analizador.

RESULTADOS: En el polimorfismo -2578C/A, el porcentaje de pacientes con el alelo menos frecuente (genotipos -2578CA y -2578AA) fue menor en las preeclámpticas (51%), respecto a los controles (62%) (OR: 0,80 IC: 0,52-1,23) ($p=0,316$); por el contrario en el polimorfismo +936 C/T se encontró un mayor porcentaje de pacientes con el alelo T en las preeclámpticas (30,8%) respecto a las gestantes sanas (25%) (OR: 0.78 IC: 0,28-2,15) ($p=0.63$); y en el polimorfismo -1154 G/A se encontraron porcentajes similares en ambos grupos (preeclámpticas: 38,5% y controles: 40%) (OR: 1,06; IC: 0.42-2,71) ($p=0,89$). Los resultados de los polimorfismos de proBNP muestran que la repetición de 7 alelos es la más frecuente en ambos grupos y el siguiente en frecuencia son las 12 repeticiones en ambos grupos y una menor prevalencia de 13 repeticiones en las preeclámpticas. No encontramos 10 repeticiones en el grupo de las PE, tal como se describe en la literatura para otras poblaciones.

CONCLUSIONES: A pesar de que no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los polimorfismos, se ha observado un mayor frecuencia del alelo A del polimorfismo $-2578C/A$ en el grupo control, sin embargo el alelo infrecuente del polimorfismo $+936C/T$ está en mayor proporción en el grupo de pacientes con preeclampsia. La mayor frecuencia del alelo T del polimorfismo $+936C/T$ ha sido previamente descrita. Los resultados no fueron estadísticamente significativos probablemente debido al tamaño muestral.

PÓSTER Nº: 186

SEGUIMIENTO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS EN HIPERTENSOS DIABÉTICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. MARTÍNEZ FUERTE (1), L. SIERRA MARTÍNEZ (2).

(1) CENTRO DE SALUD PILARICA. VALLADOLID. (2) CENTRO DE SALUD GAMAZO. VALLADOLID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION, DIABETES MELLITUS 2, CONTROL CLINICO

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO:

Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de control clínico en HIPERTENSOS con DIABETES MELLITUS TIPO 2 para Impulsar la Calidad de la Práctica Clínica en Atención Primaria.

MÉTODO:

Los autores realizaron estudio observacional transversal descriptivo de los pacientes con diagnóstico de HIPERTENSION ARTERIAL (HTA) y DIABETES MELLITUS tipo 2 (DM2) con registro en la Historia Clínica Informática (HCI) del Centro de Salud.

Del listado de pacientes incluidos en la Cartera de Servicios de presentaban HTA y DM2 del Centro de Salud, de manera aleatoria sistematizada fueron elegidos 84 pacientes, a los que se evaluó el grado de cumplimiento del registro en la HCI de las actividades asistenciales: Hemoglobina Glicosilada (HbA1c), registro de Tensión Arterial Sistólica y Diastólica (TAS y TAD), y se valoró si se alcanzan objetivos de control según la Asociación Americana de Diabetes (ADA 2011): HbA1c (%) <7, y Presión Arterial (mmHg) <140/80.

RESULTADOS:

1-Edad: 30-40:1.2%, 40-50:3.76%,50-60:1.2%,60-70:32.14%.70-80:28.5%,80-90:29.7 %, 90-100:1.2 %.

2-HbA1c: Estaba registrada en el 79% de los pacientes de los cuales un 30%<7% y no presentan registro en el 21 % de las HCI.

3-Presión arterial: tenían registrado el 97 % de las historias, pero sólo el 41 % la Presión Arterial (mmHG)<140/80.

CONCLUSIONES:

El mayor porcentaje de pacientes que presentan HTA Y DM2 tienen entre 60 y 90 años.

Hay que mejorar en el registro de las actividades asistenciales, sobre todo en el registro de HbA1c dado que en el 21 % de las HCI no está registrado. También se observa que no logramos los objetivos de control clínico para la HbA1c en el 30 % de los pacientes y en el caso de la HTA no lo logramos en el 59 % de los pacientes por lo que se establece un PLAN DE MEJORA EN LA PRACTICA CLINICA habitual que incluya en las actividades de Consulta de Atención Primaria Atención Integral al paciente diabético e hipertenso que conlleve alcanzar los objetivos según ADA.

PÓSTER Nº: 187

COMORBILIDAD Y TRATAMIENTO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

E. MARTINEZ VELADO (1), M.M. CHIMENO VIÑAS (1), P. SANCHEZ JUNQUERA (1),
A. DE LA VEDA LANCIEGO (1), J.F. SOTO DELGADO (1), M. MATEOS ANDRES (1),
V.M. LOPEZ MOURIÑO (2), L. ARRIBAS PEREZ (1), P. GARCIA CARBO (3), L.M. PALOMAR RODRIGUEZ (1).

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. ZAMORA. (2) HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS. LUGO. (3) HOSPITAL RECOLETAS. ZAMORA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ANCIANO, POLIMEDICACION, PLURIPATOLOGIA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: La hipertensión arterial (HTA) sigue siendo el factor de riesgo cardiovascular más prevalente, presentando importantes repercusiones económicas en el gasto farmacéutico, en la morbilidad y mortalidad que ello conlleva. Frecuentemente coexisten otros factores de riesgo cardiovascular que hacen necesario el abordaje de las diferentes patologías que la sociedad actual y futura requiere. Todo ello se tiene que centrar en una sociedad en la cual la prevalencia de dichas patologías se incrementa con la edad, asociado al envejecimiento que se estima de la población en las próximas décadas debido al incremento de la esperanza de vida por la mejora en los tratamientos relacionados con la patología cardiovascular (CV) y por el aumento de la supervivencia en los pacientes que las padecen. Protocolos y guías actuales de hipertensión recomiendan en el adulto que la presión arterial (PA) sistólica no sea mayor de 140 mmHg y la diastólica de 90 mmHg, existiendo pocos estudios en paciente ancianos.

MÉTODOS USADOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 100 pacientes mayores de 70 años, elegidos aleatoriamente, que fueron dados de alta por el servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Concha de Zamora en el año 2011. Se analizó la edad, sexo, distribución poblacional en medio rural y urbano, la existencia de diagnóstico de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus (DM), cardiopatía, enfermedad cerebrovascular o renal y dislipemia), alteraciones en electrocardiograma tratamientos empleados para control de HTA, DM y dislipemia, diagnóstico al alta, así como si se precisó cambio de tratamiento respecto al que presentaba el paciente previo al ingreso.

RESULTADOS: De los 100 pacientes analizados, 53 fueron varones, siendo la edad media de 82 años y existiendo un mayor número de pacientes del ámbito rural (57%). Existía en el momento del ingreso el diagnóstico de HTA en el 68% de los mismos, sumándose 3 nuevos pacientes con dicho diagnóstico en el momento del alta. La prevalencia de DM en los pacientes analizados fue del 32% y la existencia de patología cardíaca o cerebral previa al ingreso del 40% y 18% respectivamente. Existía enfermedad renal crónica en 27 pacientes según niveles de creatinina y en 52 por MDRD. Coexistían dos o más factores de riesgo CV en el 74% de los pacientes analizados. La fibrilación auricular (FA) estaba presente en el 32% de los pacientes de nuestro estudio. El tratamiento farmacológico más empleado para la PA, fueron los diuréticos 71%, seguido por los IECAS (35%), siendo la metformina para el control de la DM (13%). El 38 pacientes recibía tres o más fármacos antihipertensivos. El 24 % recibía estatina. El mayor

número de ingresos fue por insuficiencia cardiaca (24%). Se precisó añadir nuevos tratamientos en el momento del alta a 32 pacientes del estudio.

CONCLUSIONES: Existe una elevada prevalencia de factores de riesgo CV en la población española, aumentando con la edad. Gran porcentaje de pacientes con enfermedad renal crónica no diagnosticada únicamente por niveles de creatinina. La (FA) es la principal arritmia en países industrializados, siendo la prevalencia en la población general del 1%, incrementándose hasta el 9% en pacientes mayores de 80 años y progresivamente a mayor rango etario. Los diuréticos son los fármacos más empleados, frecuentemente asociados a otros grupos de antihipertensivos. Necesidad de polifarmacia en pacientes ancianos.

PÓSTER Nº: 188

CRISIS HTA EN EMBARAZADA DE 25 AÑOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. BAENA LÓPEZ (1), S. MUÑOZ TROYANO (2), M.I. POVEDA GARCIA (3), M.A. ESTEBAN MORENO (4).

(1) URGENCIAS HAR EL TOYO. ALMERÍA. (2) CARDIOLOGÍA HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.
(3) NEFROLOGÍA HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. (4) MEDICINA INTERNA HOSPITAL
TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EMBARAZO, SÍNDROME DE HELLP

RESUMEN:

Descripción del Caso: Mujer de 25 años, de raza caucásica, sin enfermedades previas de interés, intervenida de apendicectomía, sin hábitos tóxicos, ni alergias medicamentosas conocidas, gestante de 31 semanas. Es derivada desde atención primaria por cifras tensionales elevadas de forma mantenida, sin control de las mismas, ingresando en servicio de Tocoginecología para control y evolución.

Exploración y pruebas complementarias: TA 165/98 mm Hg, FC: 97 lpm, FR 18 rpm. Tª: 36.7°C. Estado general conservado, consciente, orientada y colaboradora. Eupnéica y con tolerancia al decúbito. Bien hidratada y normoperfundida y coloreada. ACR. Tonos rítmicos, sin auscultarse soplos, ni extratonos. Murmullo vesicular conservado, sin otros ruidos patológicos añadidos. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, no peritonismo. Útero de tamaño acorde a amenorrea. MMII: Edemas hasta 1/3 superior de ambas pieras, con fóvea ++/+++.

No signos de TVP ni de isquemia. Hemograma: Hematíes 3.99 millones/uL, Hb 12g/dl, leucocitos 10190 U/L (fórmula normal). Plaquetas 97000 U/L.

Bioquímica: Glucosa 115 mg/dL, urea 55.9 mg/dL, Creatinina 0.86 mg/dL, Bb Total 0.85 mg/dL, Bb Directa: 0.11 mg/dL, GPT: 55 U/L, GOT 80 U/L, FA 130 U/L.

Coagulación: normal

Orina: pH 6, densidad 1025 g/ml, proteínas > 3 g/L, glucosa, acetona y Bb negativo. Eritrocitos 82 /uL, leucocitos 125 cel/uL. Nitritos negativo.

Juicio clínico: La presencia de cifras tensionales elevadas y edemas en MMII, junto con proteinuria nos llevó a la conclusión de que se trataba a un diagnóstico de PREECLAMPSIA. Del mismo modo se obtuvieron cifras elevadas de transaminasas y trombopenia, que junto a los datos de hemólisis, son criterios que definen el SÍNDROME DE HELLP.

Comentario final: El síndrome de HELLP es un tipo severo de preeclampsia, caracterizado por hipertensión arterial, vómitos y otros síntomas realmente muy molestos. El término HELLP (por sus siglas en Inglés) es un anagrama, compuesto por las primeras letras de los tres signos principales de esta enfermedad: Hemólisis (la ruptura y diseminación de las células de los glóbulos rojos en el organismo), Función Hepática Elevada, y Bajo Conteo de Plaquetas (lo cual contribuye a una deficiente coagulación sanguínea). Usualmente se desarrolla en el tercer trimestre de embarazo, aunque puede ocurrir mucho antes. Se presenta entre el 4% y el 12% de las preeclampsias severas, en el 0.1% al 0.6% de las embarazadas y 1/3 se produce después del parto. La preeclampsia se define como cifras tensionales elevadas durante el tercer mes de gestación, unido a proteinuria y edemas periféricos. El

aumento de la tensión arterial tiene su base en el incremento de las resistencias periféricas y la disminución del gasto cardíaco más una falta de respuesta de los mecanismos compensadores por la instauración rápida del cuadro. Las pacientes con preeclampsia pueden evolucionar a la eclampsia, que se caracteriza por ser un proceso convulsivo sin antecedente de enfermedad neurológica y se presenta en el 0.3% de los partos. Las pacientes hipertensas embarazadas están predispuestas al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales como el desprendimiento de placenta, la coagulación vascular diseminada, hemorragias cerebrales, insuficiencia hepática y renal, desprendimiento de placenta. El objetivo fundamental en ellas, es identificar y tratar de forma precoz las posibles complicaciones.

En nuestra paciente se instauró tratamiento con sulfato de magnesio e hidralazina en la UCI para control de las cifras tensionales y se realizó cesárea urgente que transcurrió sin anomalías. Después se retiraron fármacos hipotensores con una buena repuesta de la mujer y buen control tensional.

PÓSTER Nº: 189

MUJER DE 62 AÑOS CON EMPEORAMIENTO DEL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN, ASTENIA Y EDEMAS

Á. NAVA REBOLLO (1), S. ÁLVAREZ TUNDIDOR (1), B. ANDRÉS MARTÍN (1), A. GONZÁLEZ LÓPEZ (1),
H. SANTANA ZAPATERO (1), J.V. DIEGO MARTÍN (1), C. ESCAJA MUGA (1), H.F. DÍAZ MOLINA (1),
J. GRANDE VILLORIA (1).

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. ZAMORA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HTA SECUNDARIA, CARCINOMA SUPRARRENAL, HIPERCORTISOLISMO

RESUMEN:

Introducción:

En una pequeña proporción de adultos con HTA puede encontrarse una causa específica de elevación de PA. La anamnesis, la EF y la analítica orientan el enfoque etiológico. La elevación intensa de la PA, el inicio súbito o el empeoramiento de la PA, o una respuesta escasa a la farmacoterapia sugieren una forma secundaria de HTA.

Caso Clínico:

Paciente de 62 años, con HTA de larga evolución, controlada, de moderado riesgo CV, en tratamiento con olmesartán 40 mg/día y torasemida 5 mg/día, y dislipemia tratada con Pravastatina 20 mg/día, que comienza con cefaleas con miodesopsias, nicturia de 2 veces, PA descontrolada, edemas y astenia de un mes de evolución.

En EF destaca: PA: 179/99 mmHg, IMC= 22 Kg/ m², alopecia y discretos edemas maleolares en EEII. Resto sin hallazgos significativos.

El cuadro fue catalogado como HTA de larga evolución con mal control en los últimos meses, decidiéndose realizar exploraciones complementarias para descartar una causa secundaria de HTA.

Hemograma, función renal, perfil hepático y tiroideo, metabolismo férrico, ionograma, proteinograma, dentro de los límites normales. Triglicéridos 150 mg/dL, colesterol total 280 mg/dL, HDL 68 mg/dL, LDL 176 mg/dL LDH 726 UUL, CPK 68 UI/L. ACTH <10 ng/L, cortisol 32,9 µg/dL.

Sistemático y sedimento de orina sin alteraciones

Catecolaminas, dopamina y metanefrinas en orina de 24 horas está en los límites normales.

Marcadores tumorales CEA, FP, Ca 125, Ca 19,9, Ca 15,3 en los límites de la normalidad.

ECG: normal, sin datos de HVI.

MAPA: PA media: 152/86 mmHg, PA media diurna: 155/87 mmHg con sobrecarga sistólica del 80,7% y sobrecarga diastólica del 59,6%. PA media nocturna: 141/80 mmHg con sobrecarga sistólica del 100% y sobrecarga diastólica del 75% con patrón non-dipper.

Rx de tórax y Fondo de ojo sin alteraciones.

TAC abdominal: lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. Masa en fosa suprarrenal izquierda heterogénea, de contornos lobulados e irregulares, de 8 x 4,5 x 7 cm, compatible con carcinoma suprarrenal que infiltra bazo y polo superior del riñón izquierdo. Ateromatosis de la aorta abdominal.

La PAAF de la masa suprarrenal: carcinoma de bajo grado histológico.

Se realiza nefrectomía y suprarrenalectomía radical izquierda con el diagnóstico AP de angiomiolipoma renal y **carcinoma cortical suprarrenal** mayor de 5 cm de comportamiento maligno según criterios de Weis.

Conclusión:

Rara vez se ha descrito HTA secundaria a carcinoma suprarrenal. Este tipo de neoplasias, suponen el 0,02% de todos los cánceres con una incidencia de 0,5-2/1.000.000 habitantes. Anatomopatológicamente, suelen ser tumores grandes con tendencia a invadir estructuras vecinas y su potencial de malignidad queda definido por la aparición de metástasis. Clínicamente se caracterizan por el efecto masa, por los síntomas debidos a invasión de vecindad o por síndromes hormonales entre los que destacan el hipercortisolismo y la virilización. El diagnóstico se basa en datos bioquímicos y técnicas de imagen (TAC o RMN); El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, y al respecto están indicadas las intervenciones de citorreducción para mejorar la calidad de vida en los casos sintomáticos. Los fármacos quimioterápicos más efectivos son los adrenolíticos (Mitotano) solos o asociados a doxorubicina, cisplatino o etopósido. El pronóstico es malo y la mortalidad de entre el 65% y el 94% a los 5 años.

Tras la cirugía, la paciente evolucionó de forma favorable con mejor control de la TA y desaparición de los edemas. Posteriormente, a los 2 meses, antes de iniciar quimioterapia, comenzó de nuevo a presentar edemas, astenia, pérdida de peso y mal control de la TA. Se intensificó el tratamiento antihipertensivo y en TAC de control se objetivaron metástasis pulmonares y aumento de tamaño de las metástasis hepáticas. La paciente falleció 2 semanas después del diagnóstico de la recidiva tumoral.

PÓSTER Nº: 190

EVALUACIÓN DE LA LOD Y CUMPLIMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL ÁREA URBANA DEL HCU LOZANO BLESA

J. NAVARRO CALZADA (1), P. SÁNCHEZ GALÁN (2), C. MORANDEIRA RIVAS (3), M. MARCO GRACIA (2), R. MORALES FERRUZ (2), L. GARCÍA FORCÉN (3), A. GARCÍA NOAIN (1), P. CIA GÓMEZ (1), P. GONZÁLEZ GARCÍA (1).

(1) HCU LOZANO BLESA. ZARAGOZA. (2) CS DELICIAS SUR. ZARAGOZA. (3) CS MIRALBUENO. ZARAGOZA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: LOD, CUMPLIMENTACIÓN, AREA URBANA

RESUMEN:

A. Propósito del estudio. Se pretendía fotografiar como se realiza en la atención primaria de nuestra área de salud la evaluación de la LOD y de la cumplimentación del tratamiento antihipertensivo, teniendo en cuenta que ambos son fundamentales para decidir en el manejo de nuestros pacientes, para tomar decisiones ulteriores de mejora.

B. Métodos usados. Se realizó una tabla de recogida de datos para pacientes hipertensos incluyendo parámetros antropométricos, TA de consulta, FRCV (DM, dislipemia, tabaquismo, enolismo), nivel social, realización de estudios de LOD (HVI, MAU, retinopatía, ITB), determinaciones analíticas (perfil lipídico, creatinina plasmática, urato, glucosa, HbA1c en diabéticos), tipo de tto utilizado, tiempo desde el diagnóstico de HTA y dos test de cumplimentación (Morisky-Green y Batalla).

C. Resultados. Se obtuvieron los siguientes expresados en medias las variables cuantitativas y en % o número las cualitativas. Se registró a 63 pacientes con los valores recogidos a continuación: edad 71 años; sexo 50,79 mujeres y 49,31 hombres; talla 159,7 cm; peso 76,8 kg; IMC 30,09 kg/m²; perímetro abdominal 103,4 cm; PAS de consulta 132,4 mmHg; PAD de consulta 77,6 mmHg; nivel social alto 6,3%, medio 14,2% y bajo 79,5%; DM 20,6%; Dislipemia 41,3%; Tabaquismo 13%; Enolismo 3%; HVI 87,3%; MAU 52,4%; Retinopatía 38%; ITB 33,3%; Colesterol total 201,3 mg/dl; LDLc 123,6 mg/dl; HDLc 56,8 mg/dl; TG 106,6 mg/dl; Glucosa 101,5 mg/dl; HbA1c en diabéticos 6,8%; Creatinina 0,91 mg/dl; Urato 5,7 mg/dl; Tiempo evolución 6,9 años; Test de Batalla 12,7% con falta de adherencia; Test Morisky-Green 69,8% buena adherencia. En cuanto a los fármacos utilizados en el tratamiento indicamos los usados por separado y las combinaciones: IECAs 12,7%; ARA II 14,3%; Diuréticos 33,3%; Betabloqueantes 6,3%; Alfabloqueantes 1,6%; BCC 14,3%; IECAs+Diuréticos 19%; ARAII+Diuréticos 14,3%; BCC+IECAs 3,2%; BCC+ARA II 4,8%; ARAII+Diurético+BCC 3,2%.

D. Conclusiones. En nuestra población a pesar de la larga evolución de la HTA no se realiza la evaluación de la LOD en un importante porcentaje de pacientes, principalmente llamar la atención sobre la MAU que no se recoge en el sistema de gestión informática de Atención Primaria en nuestra área de salud dentro de lo solicitable para los sujetos hipertensos. En los test de cumplimentación se obtienen cifras muy buenas que parecen corroborarse por las buenas cifras de PA en consultas. Llamar la atención por las cifras elevadas de IMC y perímetro abdominal mostrando altos niveles de obesidad troncular relacionado con el riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº: 191

INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN PACIENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: RELEVANCIA DE LA IATROGENIA

J.J. BOLAÑOS VERGARAY (1), R. GONZALEZ HERNANDEZ (1), C. ECHEVERRY URREGO (1), M.I. PRIETO PAREDERO (1), P. PIQUER ARTES (1), P. RAMOS QUISPE (1), C. CANTALAPIEDRA SANCHEZ (1), S. DUMO SELGA (1), J.C. OBAYA REBOLLAR (1), M.L. PASCUAL MARTÍN (1).

(1) CENTRO DE SALUD CHOPERA. ALCOBENDAS.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA RENAL OCULTA, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, IATROGENIA

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

- **Primario:** Evaluar la prevalencia de insuficiencia renal oculta (IRO) en sujetos mayores o iguales de 60 años, con algún factor de riesgo cardiovascular y/o enfermedad cardiovascular establecida.
- **Secundario:** Evaluar la prescripción de fármacos potencialmente nefrotóxicos en el grupo de pacientes diagnosticados de IRO y su influencia sobre el filtrado glomerular tras su ajuste y/o retirada (seguimiento a los 3 meses)

METODOS USADOS:

- **Diseño:** Estudio trasversal descriptivo.

Se realiza seguimiento (3 meses) de los pacientes diagnosticados de IRO tras ajuste y/o retirada de los fármacos nefrotóxicos.

- **Sujetos:** Población ≥ 60 años de atención primaria hasta completar el tamaño muestral (n=357).

- **Criterios de inclusión**

Pacientes mayores de 60 años.

Pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o con al menos un factor de riesgo cardiovascular: HTA, DM, dislipemia, obesidad, fumador activo.

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes con diagnóstico previo de insuficiencia renal.

Enfermedad terminal con supervivencia esperada menor de 6 meses.

Deterioro cognitivo o enfermedad mental incapacitante.

No firma del consentimiento informado

- Variable principal: Evaluación de la función renal utilizando la medición de la creatinina y estimación del filtrado glomerular mediante la fórmula MDRD-4. Seguimiento a los 3 meses.
- Variables secundarias:
 - datos antropométricos (edad, sexo, IMC, presión arterial),
 - prevalencia de FRCV,
 - prevalencia de ECV,
 - consumo de fármacos nefrotóxicos.
 - determinaciones analíticas (hemograma, perfil lipídico, iones, microalbuminuria, HbA1 C)

RESULTADOS:

- Se incluyeron 408 pacientes
- Prevalencia de IRO fue de 16,1% (15,4-16,7) . El sexo femenino representaba el 75,8% de los pacientes con IRO
- La edad media de pacientes con IRO 72,9 años (DS 7,8).
- En cuanto a la presencia de FRCV sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mayor prevalencia de obesidad en los pacientes con IRO (47,7% vs 34,1% p=0.048). No se observaron diferencias en cuanto a la presencia de ECV.
- El 67,7% de los pacientes con IRO consumían algún fármaco nefrotóxico.
- La retirada del fármaco produjo una reducción significativa en la IRO (26% de IRO en el grupo que se retiró el nefrotóxico vs 74% en el grupo que no se retiró, p<0,05). Esta reducción se tradujo en una mejoría en la estimación del FG mediante fórmula MDRD-4, tras el ajuste y/o retirada del fármaco.

CONCLUSIONES:

- La IRO es una entidad de elevada prevalencia en los pacientes atendidos en las consultas de atención primaria, sobre todo en aquellos que presentan ECV o algún factor de riesgo cardiovascular.
- El consumo de fármacos nefrotóxicos es elevado en pacientes diagnosticados de IRO. La evaluación adecuada de su indicación, o el ajuste de estos fármacos sino fuera posible su retirada, se traduce en una importante reducción en la prevalencia de IRO en nuestro medio.

PÓSTER Nº: 192

CONTROLAR LA TENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN NEFROPATA MEJORANDO EL COSTE EFICIENCIA

A. ORTEGA CERRATO (1), E. SIMARRO RUEDA (2), G. MARTINEZ FERNENDEZ (1), A. RAMIREZ TERCERO (3), F. LLAMAS FUENTES (1), F. SANCHEZ IZQUIERDO (3), P. FERNANDEZ (1), P. RUIZ (1), J. PEREZ MARTINEZ (1), C. GOMEZ ROLDAN (1).

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ALBACETE. (2) COMPLEJO HOSPITALARIO DE VILLAROBLEDO. ALBACETE. (3) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ALBACETE. (4) ASYTER CENTRO HEMODIALISIS. ALBACETE. (5) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ALBACETE. (6) ASYTER CENTRO DIALISIS. ALBACETE. (7) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ALBACETE. (8) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ALBACETE. (9) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ALBACETE. (10) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ERITROPOYETINA, HIPERTENSION, EFICIENCIA

RESUMEN:

Introducción:

La anemia asociada a la insuficiencia renal crónica (IRC) por déficit de eritropoyetina paso de ser el caballo de batalla de los nefrólogos por las elevadas comorbilidades que producía a ser una complicación más en el tratamiento crónico de los enfermos con IRC, tras la aparición de la eritropoyetina recombinante (EPO). Su administración no esta exenta de complicaciones siendo una de las más frecuentes el incremento de la presión arterial (PA), lo que incrementa el riesgo cardiovascular que de por si es elevado en los enfermos con IRC terminal en hemodiálisis (HD). Según la literatura publicada, la vía de administración más usual por su efecto clínico superior es la vía subcutánea, dicha vía dejo de utilizarse en HD por aparición de casos de aplasia medular asociada a la vía de administración, actualmente resuelta y a las quejas de los pacientes al pinchazo.

Nuestro grupo se planteo la posibilidad de volver a utilizar la vía subcutánea en los pacientes en HD, analizando las posibles variaciones en PA, coste efectividad

Material y métodos:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, prospectivo de casos y controles donde se estudio una muestra de 24 pacientes en dos periodos comprendidos del 1 al 30 junio 2011 y otro del 1 a 30 octubre de 2011, aplicando la dosis de EPO según analítica, a criterio del Nefrólogo, siendo la única diferencia entre los dos periodos la vía de administración. Los datos fueron recogidos en el programa Nefrolink y procesado por SPSS 15.0. Las variables continuas se expresaron por media y desviación típica. Las cualitativas por porcentaje. Los test utilizados en análisis univariantes fueron el Ji cuadrado con las categóricas y el t de student para muestras relacionadas según la distribución en las cuantitativas.

Resultados y discusión:

Los datos analíticos en el periodo de administración IV fueron: la hemoglobina media en el mes de estudio fue de 11.36 (+/- 1.07) mg/dl, la dosis media de Epoetina alfa fue de 9413.3 UI (+/- 7297.6)

siendo el 66.7 % de la muestra, la dosis media de Darboepoetina alfa fueron 70 UI (+/- 26.5) siendo el 12.5 % de la muestra, el 20,2 % no preciso EPO. En el grupo de administración SC: la hemoglobina media en el mes de estudio fue de 12.32 mg/dl, la dosis media de Epoetina alfa fueron 8064.7 UI (+/- 4906.2) siendo el 70.8 % de la muestra, la dosis media de Darboepoetina alfa fueron 36 UI (+/- 31.4) siendo el 12.5 % de la muestra, el 16.7 % no preciso EPO. Las PA post HD media del grupo de administración IV fueron de 147/90 mmHg de las sesiones de todo el mes y la PA media del grupo de administración SC fueron 125/80 mmHg. Tanto el incremento de la hemoglobina como la reducción de la PA obtuvieron significación estadística con una $p < 0.01$

Conclusión:

1. La administración de EPO SC es más eficiente que la IV para pacientes en HD, incrementando cifras de hemoglobina a menor coste efectividad.
2. Se mejora el control de anemia y de la HTA lo que mejora la comorbilidad cardiovascular en este tipo de población.

Seria recomendable por tanto la utilización de la vía subcutánea ya que esta es mejor desde punto vista coste efectividad y por la reducción de comorbilidad (HTA) asociada a la dosis altas de EPO.

PÓSTER Nº: 193

**LESIONES CORONARIAS: RELACIÓN ENTRE EXTENSIÓN Y FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR**

C. ORTIZ CORTÉS (1), F.J. GARCIPÉREZ DE VARGAS DÍAZ (1), J. MENDOZA VÁZQUEZ (1), P. SÁNCHEZ CALDERÓN (1), J.J. GÓMEZ BARRADO (1), G. MARCOS GÓMEZ (1), M.V. MOGOLLÓN JIMENEZ (1), Y. PORRAS RAMOS (1), J.F. SÁNCHEZ MUÑOZ-TORRERO (1), J. VEGA FERNÁNDEZ (1).

(1) HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁTARA. CÁCERES.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO (FR), LESIONES CORONARIAS, HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

La velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad aterosclerótica coronaria están moduladas, no sólo cualitativa sino cuantitativamente, por la presencia de diferentes factores de riesgo. La extensión y severidad de las lesiones determinan el pronóstico.

Analizar la relación existente entre las lesiones coronarias severas multivazo y los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) fue el objetivo de este estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Realizamos un estudio en el que incluimos a 107 pacientes con lesiones coronarias (> 50%) determinadas mediante angiografías entre enero y abril de 2011.

Analizamos la relación existente entre FRCV (edad, sexo, tabaquismo, dislipemia, hipertensión, diabetes) y la presencia de lesiones coronarias clasificadas en 2 grupos: 1) lesiones en un único vaso y 2) lesiones de 2 o más vasos coronarios.

RESULTADOS.

De los 107 pacientes, 83 son hombres (77,6%) y 24 mujeres (22,4%) con edades comprendidas entre 37 y 87 años. Presentaron DM 30 (28%), tabaquismo activo 34 (31,8%), dislipemia 59 (55,1%) e hipertensión 64 (59,8%).

En el análisis multivariante, el único factor asociado con la presencia de lesiones en 2 o más vasos (p: 0,043) fue la hipertensión (OR: 2,934). El resto de factores de riesgo no se asociaron de manera significativa con lesión multivazo: dislipemia (p: 0,58), DM (p: 0,76), sexo (p: 0,17). Sin embargo, la edad avanzada (>70 años) tiende a la significación (p: 0,06). El tabaquismo, por el contrario, produce habitualmente lesiones en un solo vaso (p: 0,045) y (OR: 0,29).

CONCLUSIONES.

Los factores de riesgo cardiovascular determinan la extensión de la lesión coronaria. La hipertensión arterial se relaciona con la presencia de lesiones coronarias extensas que afectan simultáneamente a 2 o más vasos coronarios. El tabaquismo, por el contrario, se asocia más frecuentemente con la enfermedad monovaso.

PÓSTER Nº: 194

ALDOSTERONISMO PRIMARIO. VARIACION DE RESULTADOS DEL MUESTREO VENOSO ADRENAL ANTES Y TRAS ESTIMULO CON ACTH

A.J. PÉREZ PÉREZ (1), M.A. COUREL BARRIO (1), J.A. SOBRADO EIJÁN (1), M. CASAL RIVAS (2), E. ALVAREZ GARCÍA (3).

(1) NEFROLOGÍA-HTA (CHUVI-HOSPITAL XERAL) Y FUNDACIÓN RENAL IÑIGO ALVAREZ DE TOLEDO (FRIAT). VIGO. (2) UNIDAD DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. CHUVI. VIGO.
(3) LABORATORIO DE HORMONAS. CHUVI. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ALDOSTERONISMO PRIMARIO, MUESTREO VENOSO ADRENAL, ESTÍMULO CON ACTH

RESUMEN:

Propósito: El muestreo venoso adrenal (MVA) es el procedimiento más fiable para tomar una decisión final (médica o quirúrgica) en el Aldosteronismo Primario (AP). Existe controversia entre los grupos más experimentados sobre la utilidad de hacerlo también (además de en condiciones basales) tras estímulo con ACTH con objeto de eludir oscilaciones de la emisión basal de Aldosterona.

Métodos usados: En un total de 16 pacientes con AP confirmado (trás cribaje, y test de supresión con sobrecarga salina oral quedando Aldo sérica > 10 ng/dl o Aldo urinaria > 12 µg/día con natriuresis > 200 mEq/día) se realizaron pruebas de imagen (TC o RM) y un MVA bilateral y de vena cava inferior (VCI) antes y trás admon. de 250 µg de Synacthen-R (dosis standard de un análogo de ACTH). Se estableció el siguiente Criterio de validez: Cortisol de v. adrenal/Cortisol de VCI > 2 (basal), y >5 (trás ACTH) en cada lado. Se consideró como Criterio de lateralidad si el cociente de las ratio Aldo/Cortisol ("Aldo normalizada") entre venas adrenales (A/C en v. dominante : A/C en v. contralateral) era > 4, con A/C en v. dominante : A/C en VCI >1 y a la vez A/C en v. contralateral : A/C en VCI <1.

Resultados: Todas las muestras basales de los 16 casos cumplían el criterio mínimo de validez ó selectividad de Cortisol (>2 respecto VCI), y trás estímulo fueron siempre superiores a 6 (intervalo 6.4 - 70.4). En 7 casos con criterio de lateralidad basal (ratios de A/C entre ambos lados >4) el valor de ésta se modificó al alza trás ACTH en 3 ocasiones (+67%, +175% y + 33%), descendió en otros 3 (-30%, -81% y -55%, si bien permanecían en todos ellos en valores >4), y no varió en 1 (+2%). En uno de los restantes 9 casos había lateralidad derecha basal, que se perdió tras el estímulo (5.41 y 1.05, respectivamente). Otros 4 casos sin lateralidad basal suficiente aunque tampoco trás el estímulo (siempre <2.5) cruzaron sus valores dominantes al lado contralateral.

Conclusiones:

1. El estímulo con un análogo de ACTH a dosis standard refuerza la validez ("selectividad") de las muestras de venas adrenales en el AP, pero puede modificar los valores de lateralidad de forma inesperada (rebajandola o incluso invirtiendola) en una elevada frecuencia de casos.
2. Una decisión radical-quirúrgica debería tomarse (hasta nueva evidencia) sólo si hay criterio de lateralidad claro (cociente A/C entre ambas v. adrenales >4) en ambas situaciones fisiológicas.

PÓSTER Nº: 195

ABORDAJE CLÍNICO DE LA HTA EN GESTANTES: ¿PODEMOS ANTICIPARNOS A LAS COMPLICACIONES?

Á. ESTEBAN MORENO (1), M.I. POVEDA GARCÍA (2), M. BAENA LÓPEZ (3), S. MUÑOZ TROYANO (4).

(1) UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA. (2) UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA. (3) URGENCIAS AR TOYO. ALMERÍA. (4) UGC CARDIOLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, COMPLICACIONES, EMBARAZO

RESUMEN:

CASO 1: Mujer de 25 años, gestante de 34 semanas, antecedentes personales sin interés. Ingresa por HTA de 190/100 mm Hg y proteinuria > 1g/dl diagnosticándose de Pre-eclampsia. Comienza tratamiento con Hidralacina, Diazepam y perfusión de Labetalol y profilaxis con Sulfato de Magnesio. Se estabiliza cifras tensionales y se realiza cesárea con niño sano de 1,5 Kg estabilizándose tras la intervención pudiendo retirar tratamiento antihipertensivo.

CASO 2. Mujer de 23 años de edad, gestante de 31 semanas, sin antecedentes de interés. Ingresa en UCI por presentar hipertensión arterial 180-120 mm Hg, edemas con fóvea en mmii y proteinuria > 1 g/l de instauración brusca, se inicia perfusión con Sulfato Magnésico e Hidralazina. A las 48 h del ingreso no se controla HTA y comienza con elevación de enzimas hepáticas y trombopenia se diagnostica de Síndrome de HELLP. A las 72 h del ingreso se realiza cesárea urgente que transcurre sin incidencia normalizándose cifras tensionales, enzimas hepáticas y plaquetas.

CASO 3: Mujer de 27 años, gestante de 32 semanas, sin antecedentes de interés. Ingresa en UCI por cifras tensionales 190/110 mg Hg además comienza con sintomatología respiratoria por gripe A que evoluciona tórpidamente siendo necesario apoyo inotrópico con Dobutamina, sedación y ventilación mecánica. Durante su evolución presenta fracaso renal agudo, trombopenia severa de 30000 plaquetas/mm³ que requirió transfusión y un episodio de crisis tónico- clónicas generalizadas respondiendo al tratamiento con Sulfato de Magnesio por todo ello se diagnosticó como Eclampsia, se realizó cesárea de urgencia con parto normal. Evolucionó satisfactoriamente normalizándose la función renal así como la trombopenia, se retiró ventilación mecánica, respondiendo óptimamente al tratamiento de Oseltamivir 75 mg 1-0-1 para Gripe A. En la actualidad se encuentra sin ninguna patología concomitante.

CONCLUSIÓN: La HTA complica el 10 % de las gestaciones y es la causa más importante morbilidad y mortalidad materna y fetal. Las variadas propuestas clasificadoras de la HTA en el embarazo reflejan las dificultades del clínico para establecer en muchas ocasiones un diagnóstico seguro. Los 3 casos tienen como factor común: son mujeres jóvenes entorno a 23-28 años coincidiendo con primer embarazo y que desarrollan el cuadro entre las 24-28 semanas de gestación. La OMS reconoce 6 grupos de riesgo para hipertensión arterial: obesos, negros, alcohólicos, diabéticos, ancianos y embarazadas por lo que la importancia es extrema al conocimiento y dominio de esta entidad clínica durante el período grávido- puerperal.

PÓSTER Nº: 196

CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

M.I. POVEDA GARCÍA (1), M.A. ESTEBAN MORENO (2), S. MUÑOZ TROYANO (3), M. BAENA LÓPEZ (4),
L. COPADO CAMPOS (5), S. MUÑOZ DE LA CASA (5), R. GARÓFANO LÓPEZ (1), M.C. PRADOS SOLER (1),
M.D. DEL PINO Y PINO (1).

(1) UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA. (2) UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITAL
TORRECARDENAS. ALMERÍA. (3) UGC CARDIOLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA.
(4) URGENCIAS AR TOYO. ALMERÍA. (5) UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
ALMERÍA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HEMODIÁLISIS, HIPERTENSIÓN, COMPLICACIONES

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO.

La Hipertensión Arterial es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y está estrechamente relacionada con la Enfermedad Renal Crónica, de la que es causa o consecuencia.

La hipertensión es un hallazgo frecuente en pacientes en programa de Hemodiálisis, aunque estos valores son inferiores en comparación con los pacientes hipertensos al inicio de la terapia renal sustitutiva, debido principalmente a un mejor control de volumen en la mayoría de los pacientes.

Existe una correlación positiva entre la hipertensión y la mortalidad cardiovascular en pacientes con enfermedad renal avanzada, en su mayor parte por la aparición de complicaciones derivadas de ésta.

El objetivo de este estudio fue analizar en pacientes de una unidad de Hemodiálisis la prevalencia de Hipertensión Arterial así como de las complicaciones derivadas.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio observacional retrospectivo de 92 pacientes con Enfermedad Renal Crónica en programa de Hemodiálisis estudiados en un periodo comprendido entre 1 de Marzo de 2010 y 2011. Se analizaron variables epidemiológicas como edad, sexo, factores de riesgo (Diabetes Mellitus, HTA, Dislipemia) y complicaciones derivadas de Hipertensión Arterial tales como : Cardiopatía hipertensiva, grado de hipertrofia ventrículo izquierdo, cardiopatía isquémica, retinopatía hipertensiva.

RESULTADOS.

Describimos 92 casos (54 varones, 38 mujeres), con media de edad de 64 +- 5 años. El 80 % de los pacientes presentaban HTA, 33% eran diabéticos, 27% presentaban dislipemia, 31% obesidad. El 28% presentaban Enfermedad Renal Crónica secundaria a nefroangioesclerosis.

Del 80% de pacientes con Hipertensión Arterial : 54% presentaron Hipertrofia Ventrículo Izquierdo (HVI) y dentro de éstos: 44% tenían HVI leve, 27% HVI moderada, 27 % HVI severa. La prevalencia de patología cardiaca concomitante fue 59% Cardiopatía Hipertensiva donde 47% presentaban una FE < 50% . El 16% sufrieron episodio de cardiopatía isquémica tipo IAM. El 73 % presentaban retinopatía hipertensiva grado II de la escala Keith-Wagener-Barke

La media de fármacos hipotensores utilizados fue $2,3 \pm 0,8$. De los cuales los más utilizados fueron: 32 % ARA II, 27% IECAS, 36 % Betabloqueantes, 38 % Calcioantagonistas, 18% Alfabloqueantes, 31% Diuréticos.

CONCLUSIONES.

De los resultados del presente estudio realizado en una población prevalente de pacientes con ERC en programa de Hemodiálisis, destaca la elevada prevalencia de Hipertensión Arterial así como de sus complicaciones como Cardiopatía hipertensiva, HVI y retinopatía hipertensiva.

Por todo ello y dado que el riesgo cardiovascular que presentan los pacientes en Hemodiálisis es muy superior al de la población general se precisa de un mayor esfuerzo para el tratamiento precoz y agresivo de los FRCV en estos paciente e intentar reducir su elevada morbimortalidad.

PÓSTER Nº: 197

COMORBILIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL. ESTUDIO EXCELENCE

M.A. PRIETO DIAZ (1), J. GARCIA ALEGRIA (2).

(1) CENTRO DE SALUD VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO.

(2) MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, COMORBILIDAD, ÍNDICE DE CHARLSON

RESUMEN:

OBJETIVO

Conocer la comorbilidad en el paciente hipertenso atendido en nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y multicéntrico llevado a cabo en el ámbito de toda España, entre mayo y septiembre de 2010, con participación de 218 médicos de atención primaria y hospitalaria. Población: selección tras muestreo polietápico y estratificación por hábitat y comunidad autónoma de hipertensos de edad ≥ 55 años. Variables: sociodemográficas, clínicas: factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano subclínica (LOS), patología cardiovascular asociada (PCVS), riesgo cardiovascular (RCVS) y tratamiento recibido. La comorbilidad fue estimada por el índice de Charlson modificado (IC), los puntos de corte fueron: ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta ≥ 3 puntos.

RESULTADOS

Se seleccionaron 1.153 hipertensos (hombres 53,6%), con edad de $66,2 \pm 10$ años; índice de masa corporal $29,14 \pm 5,11$ kg/m²; perímetro abdominal $99,6 \pm 13,6$ cm; presión arterial sistólica $140,2 \pm 16$ y diastólica $81,6 \pm 10$ mmHg. La prevalencia de FRCV fue de diabetes: 34,5%, dislipemia: 80,9%, obesidad abdominal: 52,3%, y tabaquismo: 17%. La prevalencia de LOS fue del 65,9%, de filtrado glomerular <60 ml/min: 46,4%, microalbuminuria: 19%, índice tobillo/brazo $<0,9$: 16,5%, e hipertrofia de ventrículo izquierdo: 31,2%. La prevalencia de PCVS fue del 47,7%, cardiopatía isquémica: 30,8%, ictus: 10,6%, insuficiencia cardíaca: 15,3%, arteriopatía periférica: 16,5% y enfermedad renal: 19,4%. El RCVS de los pacientes fue: bajo 3,2%, moderado 9,2%, alto 49% y muy alto: 38,4%. La puntuación media del IC fue de $1,63 \pm 1,85$ (ausencia: 60%, baja: 15%, alta 25%). En hombres el IC fue de $1,79 \pm 1,98$ (ausente: 55,8%, baja: 15,8%, alta 28,2%), mientras que en mujeres el ICC fue de $1,44 \pm 1,67$ (ausente: 64,9%, baja: 13,8%, alta: 21,1%). El IC por edad fue: < 55 años: $0,76 \pm 1,21$; 55-65 años: $1,25 \pm 1,48$; 66-75 años: $2,01 \pm 1,95$ y >75 años: $2,23 \pm 2,2$. La prevalencia de comorbilidad alta fue para estos mismos grupos de: 8,8%; 16,3%; 33%; 36,7%.

CONCLUSIONES

Uno de cada cuatro pacientes hipertensos tiene una comorbilidad alta según el IC, siendo mayor en los hombres. El IC y la prevalencia de alta comorbilidad se incrementan notablemente con la edad.

PÓSTER Nº: 198

COMORBILIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y SU RELACION CON FACTORES DE RIESGO, LESION SUBCLINICA Y PATOLOGIA CARDIOVASCULAR. ESTUDIO EXCELENCE

J. GARCIA ALEGRIA (1), M.A. PRIETO DIAZ (2).

(1) MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA.

(2) CENTRO DE SALUD VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, COMORBILIDAD, ÍNDICE DE CHARLSON

RESUMEN:

OBJETIVO

Conocer el índice de comorbilidad de Charlson (IC) modificado para los factores de riesgo, la lesión subclínica de órgano, y la patología cardiovascular asociada al paciente hipertenso en nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y multicéntrico llevado a cabo en el ámbito de toda España, entre mayo y septiembre de 2010, con participación de 218 médicos de atención primaria y hospitalaria. Población: selección tras muestreo polietápico y estratificación por hábitat y comunidad autónoma de paciente hipertensos de edad ≥ 55 años. Variables: sociodemográficas, clínicas: factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano subclínica (LOS) patología cardiovascular asociada (PCVS), riesgo cardiovascular (RCVS) según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró grado de control de presión arterial a cifras $<140/90$ mmHg. El instrumento de medición de la comorbilidad fue índice de Charlson modificado (IC), los puntos de corte fueron: ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos, comorbilidad baja: 2 puntos y alta ≥ 3 puntos.

RESULTADOS)

Se seleccionaron 1.153 hipertensos, 619 hombres (53,6%) con edad de $66,2 \pm 10$ años; índice de masa corporal de $29,14 \pm 5,11$ kg/m²; perímetro abdominal $99,6 \pm 13,6$ cm; presión arterial sistólica $140,2 \pm 16$ y diastólica $81,6 \pm 10$ mmHg. La prevalencia de FRCV fue: diabetes 34,5%; dislipemias 80,9%; obesidad abdominal 52,3%; tabaquismo 17%. La prevalencia de LOS fue del 65,9%, disminución de filtrado glomerular <60 ml/min: 46,4%; microalbuminuria: 19%; índice tobillo/brazo $<0,9$: 16,5% e hipertrofia de ventrículo izquierdo: 31,2%. La prevalencia de PCVS fue de: cardiopatía isquémica: 30,8%; ictus: 10,6%; insuficiencia cardiaca: 15,3%; arteriopatía periférica: 16,5% y enfermedad renal: 19,4%. La puntuación media del IC y el porcentaje de comorbilidad alta fue para FRCV: Diabetes (2,85– 48%), obesidad abdominal (1,8 – 27,5%), tabaquismo (1,73 – 26%) y dislipemia (1,61–24,2%); para LOS: Índice tobillo/brazo $<0,9$ (3,45–60,7%), microalbuminuria (2,7–47%), hipertrofia de ventrículo izquierdo (2,63– 43,6%), y disminución del FG <60 ml/min (2,18 – 34,7%); para PCVS: ictus (3,63–61,47%), insuficiencia cardiaca (3,45 – 58,7%), arteriopatía periférica (3,45–60,7%), Enfermedad renal (3,41–61,5%) y

cardiopatía isquémica (2,71–44,6%). Los hipertensos con comorbilidad alta tienen un RCVS alto en el 32,6% y muy alto en el 62,8% de los casos.

CONCLUSIONES

En los hipertensos atendidos en España, los que tienen una comorbilidad alta, medida por IC modificado son los diabéticos, con índice tobillo/brazo $<0,9$, y los que presentan patología cardiovascular o renal establecida; y son pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto.

PÓSTER Nº: 199

CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON ANTICOAGULACION ORAL

A. PUIGDOLLERS ROVELLAT (1), R. PONS CAMPS (2), J. BORDAS GARCIA (3), M.J. BOSCH CALVIS (4).

(1) ALTHAIA. MANRESA. (2) ALTHAIA. MANRESA. (3) ALTHAIA. MANRESA. (4) ALTHAIA. MANRESA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, ANTICOAGULACION ORAL, RIESGO DE SANGRADO

RESUMEN:

Justificación

Los anticoagulantes orales (ACO) son fármacos ampliamente usados en la prevención de accidentes trombo-embólicos(ATE), tanto arteriales como venosos.

La eficacia de la anticoagulación depende de 2 factores:

1.- nivel de anticoagulación óptima estandarizada mundialmente mediante el INR entre 2-3'5.

2.- control de factores de riesgo para evitar complicaciones hemorrágicas

entre las cuales está el sangrado mayor, por la morbi-mortalidad, y el sangrado menor por el efecto que tiene en el cumplimiento terapéutico.

El factor de riesgo modificable mas prevalente asociado a complicaciones hemorrágicas es la HTA.

Objetivo: Estimar la prevalencia y el grado de control de la HTA en pacientes que siguen anticoagulación oral (TAO) en nuestro centro.

Métodos:

Estudio descriptivo de una muestra de 194 pacientes atendidos en el CAP de Manresa-3 para control de TAO.

Se excluyen aquellos pacientes en los que no exista, como mínimo, tres registros de TA en los últimos 6 meses

Se revisan los datos obtenidos de una base que recoge información detallada de los pacientes , que incluye diagnósticos médicos, exploraciones complementarias y procedimientos terapéuticos, codificados según el sistema internacional ICD-9.

Se recoge la distribución por edad, sexo, motivo de anticoagulación, patologías prevalentes asociadas y complicaciones hemorrágicas.

Se revisan los registros de TA en los últimos 6 meses para establecer el grado de control según las cifras obtenidas .

Resultados:

incluidos 194 pacientes usuarios de TAO, 104 mujeres y 87 hombres con un rango de edad entre los 42 y 92 años.

Se recoge antecedente de HTA en el 88% de los pacientes. Se identifica algún grado de HTA en los controles en el 27% de los pacientes, los cuales tienen rango de pre-HTA 7%, estadio 1 de HTA 23%, estadio 2 de HTA 12% y TA normal en el resto de los pacientes incluidos.

Solo en el 2,6 % de los pacientes se ha realizado MAPA para diagnóstico o seguimiento de la HTA.

Conclusiones:

Existe un control sub óptimo de la TA en algunos pacientes antiticoagulados.

El grupo peor controlado es el de mayor edad por lo que en este grupo se deben intensificar los controles, para verificar cumplimiento terapeuticoo i/o necesidad de modificaciones en el mismo.

Se constata una infra utilización del MAPA tanto para diagnóstico como para seguimiento de estos pacientes.

La prevalencia de efectos adversos durante la TAO es baja y no hemos hallado relacion con el grado de HTA

El equipo de atención primária es el que debe identificar a su población anticoagulada, con hipertensión u otros factores de riesgo de sangrado,para optimizar la prevención.

PÓSTER Nº: 200

**ESTUDIO DE LAS TOMAS DE TENSION ARTERIAL REGISTRADAS EN LAS HISTORIAS CLINICAS DE
LOS PACIENTES HIPERTENSOS**

R.M. REQUENA FERRER (1), S. MARTIN SOTO (1), E. ESPARZA PEREZ (1), J. FLORES TORRECILLAS (1),
F. GUILLEN CAVAS (1), A. CANOVAS INGLES (1), E. ESTEBAN REDONDO (2), R.L. ORTEGA GARCIA (3),
M.D. GRAURE (4), C.A. COMAN (4).

(1) CENTRO DE SALUD CARTAGENA CASCO ANTIGUO. CARTAGENA. (2) SERVICIO DE SALUD LABORAL
SMS . MURCIA. (3) CENTRO DE SALUD MENTAL. CARTAGENA. (4) RESIDENTES CARTAGENA CASCO.
CARTAGENA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: REGISTRO, HIPERTENSION, MESES

RESUMEN:

Propósito del estudio:

1º Estudiar el porcentaje de pacientes que no tienen ningún registro de tensión arterial (TA) en su historia clínica.

2º Determinar si existen diferencias significativas en los registro tomados en los distintos meses del periodo de estudio.

3º Estudiar el número de meses en que los pacientes hipertensos tienen registros de TA en su historia clínica.

Métodos usados: Periodo del estudio del 1 de Noviembre al 31 de Octubre del 2011. Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Muestra de 613 pacientes de 3554 hipertenso mayores de 14 años de una población de 17.658 habitantes.

Resultados:

- Existe un 37 % de hipertensos en los que no consta ningún registro de TA en su historia clínica, sin diferencias entre sexos ó edad.
- En los meses de Julio y Agosto apenas se registran datos.
- Los pacientes que tienen mayores registros suelen ser mayores de 60 años presentando registros en más de 4 meses distintos del año.

Conclusiones:

- Existe un importante número de hipertensos que no acuden a sus revisiones con su enfermero.
- Debido a la falta de personal en los meses de Julio y Agosto y al desplazamiento de muchos pacientes a su 2º residencia en la playa, el registro de TA durante estos meses se reduce de manera importante.
- Los pacientes más asiduos a sus controles mensuales son los de la década de los setenta.
- En los meses de Julio y Agosto las medias de TA son más bajas que en Enero y Febrero.

PÓSTER Nº: 201

INFLUENCIA DE LA EDAD MATERNA AVANZADA EN EL DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

C. ROSADO RUBIO (1), P. FRAILE GÓMEZ (1), R. DÍEZ BANDERA (2), C. LUCAS ÁLVAREZ (1),
P. GARCÍA COSMES (1), J.L. LERMA MÁRQUEZ (1), C. LORENZO MATEOS (2),
F. DOMÍNGUEZ MORONTA (2), R. LÓPEZ DE LA FUENTE (3), B. VALLADARES LOBERA (4).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(3) CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. ZAMORA. (4) CENTRO DE SALUD SAN JUAN. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: PREECLAMPSIA, SÍNDROME METABÓLICO, EDAD MATERNA AVANZADA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

La preeclampsia es una causa muy importante de morbi-mortalidad maternofetal sin un mecanismo patogénico establecido, por lo que no están claras las estrategias de prevención.

La edad materna elevada y el síndrome metabólico se han propuesto como factores de riesgo de la misma. Estudiamos la posible relación de la edad avanzada, con la situación previa de dislipemia (rasgo del síndrome metabólico), la gravedad y la evolución de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de cohortes de 2005 a 2010, de las preeclampsias seguidas en nuestro servicio. En dos grupos (mayores y menores de 35 años) se analizaron parámetros clínicos y la relación de la edad con la dislipemia previa a la gestación (colesterol y triglicéridos). Las variables se expresan como media y desviación estándar. Se utilizó la t de Student, con un nivel de significación $p < 0.05$.

RESULTADOS:

En el período de estudio fueron diagnosticadas de preeclampsia 25 pacientes, 12 mayores de 35 años y 13 menores.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Presión arterial sistólica: mayores: 161.2 ± 14.6 mmHg, menores: 165.2 ± 11.8 mmHg, $p = 0.31$. Presión arterial diastólica: mayores: 101.1 ± 9 mmHg, menores: 103.4 ± 6.4 mmHg, $p = 0.32$. Presión arterial media: mayores: 121.5 ± 9.9 mmHg, menores: 123.6 ± 7.2 mmHg, $p = 0.35$. Proteinuria: mayores: 5.76 ± 4.85 g/24h, menores: 2.47 ± 1.25 g/24h, $p = 0.07$. Urato: mayores: 7.008 ± 0.4 mg/dL, menores: 6.354 ± 0.6 mg/dL, $p < 0.05$. Bilirrubina: mayores: 0.36 ± 0.19 mg/dL, menores: 1.07 ± 0.82 mg/dL, $p < 0.05$. AST: mayores: 37.1 ± 15.3 U/L, menores: 81.3 ± 99.2 U/L, $p = 0.18$. ALT: mayores: 26.1 ± 15.7 U/L, menores: 66.5 ± 70 U/L, $p = 0.12$. LDH: mayores: 435.9 ± 63.9 U/L, menores: 595 ± 249.3 U/L, $p = 0.10$. Plaquetas: mayores: 184833 ± 54294 /uL, menores: 196538 ± 34475 /uL, $p = 0.34$. Número de hipotensores: mayores: 1.75 ± 0.55 , menores: 1.53 ± 0.46 , $p = 0.3$. Estancia media: mayores: 15.9 ± 7.2 días, menores:

10.3 ± 1.7 días, p<0.05. Colesterol: mayores: 261.1 ± 46.5 mg/dL, menores: 186.3 ± 28.2 mg/dL, p<0.05. Triglicéridos: mayores: 236.1 ± 91.1 mg/dL, menores: 108.8 ± 28.4 mg/dL, p<0.05.

CONCLUSIONES:

La edad avanzada de las gestantes empeora las cifras de urato y bilirrubina alcanzadas durante un episodio de preeclampsia, y requiere más días de estancia hospitalaria.

La edad avanzada está relacionada con un perfil lipídico desfavorable previo a la gestación, con mayores niveles de colesterol y triglicéridos.

Este estudio apoya el tratamiento del síndrome metabólico previo a la gestación, sobre todo en mujeres añosas, para disminuir el estrés oxidativo y la inflamación crónica, minimizando así el riesgo de preeclampsia.

PÓSTER Nº: 202

INFLUENCIA DEL SEXO MASCULINO EN LA PRESENTACIÓN DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS

C. ROSADO RUBIO (1), P. FRAILE GÓMEZ (1), R. DÍEZ BANDERA (2), C. LUCAS ÁLVAREZ (1),
P. GARCÍA COSMES (1), J.L. LERMA MÁRQUEZ (1), C. LORENZO MATEOS (2),
F. DOMÍNGUEZ MORONTA (2), B. VALLADARES LOBERA (3), R. LÓPEZ DE LA FUENTE (4).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(3) CENTRO DE SALUD SAN JUAN. SALAMANCA. (4) CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. ZAMORA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: CRISIS HIPERTENSIVAS, SEXO MASCULINO, SEXO FEMENINO

RESUMEN:

Propósito del estudio:

Las crisis hipertensivas son una complicación de la HTA, caracterizadas por una rápida, intensa y sintomática elevación de la presión arterial, con o sin riesgo de afectación de órganos diana.

Nuestro objetivo es evaluar si existen diferencias en la presentación de las crisis hipertensivas en hombres y mujeres, para así poder establecer el sexo como un factor de riesgo en la génesis o el desarrollo de dicha entidad.

Material y métodos:

Realizamos un estudio descriptivo de 2005 a 2010, de las crisis hipertensivas seguidas en nuestro servicio. En dos grupos (hombres y mujeres), se analizaron: cifras de presión arterial sistólica y diastólica al ingreso y alta, edad, días de estancia, aclaramiento de creatinina (MDRD), dislipemia, diabetes mellitus, tabaquismo, HTA previa, clínica del ingreso y necesidad de tratamiento intravenoso. Se utilizaron la t de Student, la U de Mann-Whitney y la Chi cuadrado. Las variables se expresan como media con desviación estándar y frecuencia. El grado de significación se estableció para $p < 0.05$.

Resultados:

En el período de estudio ingresaron en nuestro servicio 49 pacientes diagnosticados de crisis hipertensiva (28 varones y 21 mujeres).

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Presión arterial sistólica ingreso (mmHg): hombres: 220.78 ± 17.63 , mujeres: 222.95 ± 24.35 , $p=0.72$.

Presión arterial diastólica ingreso (mmHg): hombres: 125.93 ± 19.34 , mujeres: 114.57 ± 18.09 , $p < 0.05$.

Presión arterial sistólica alta (mmHg): hombres: 139.96 ± 20.89 , mujeres: 128.81 ± 34.43 , $p=0.16$.

Presión arterial diastólica alta (mmHg): hombres: 81.14 ± 11.02 , mujeres: 72.19 ± 19.09 , $p < 0.05$.

Estancia (días): hombres: 9.58 ± 5.69 , mujeres: 8.33 ± 10.45 , $p=0.52$.

ClCr-MDRD (ml/min): hombres: 68.61 ± 53.82 , mujeres: 63.00 ± 43.27 , $p=0.97$.

Edad (años): hombres: 61.00 ± 16.02 , mujeres: 65.67 ± 16.91 , $p=0.32$.

Dislipemia: hombres: 53.6%, mujeres: 33.3%, $p=0.16$.

Diabetes mellitus: hombres: 21.4%, mujeres: 19.0%, $p=1$.

Tabaquismo: hombres: 57.1%, mujeres: 14.3%, $p < 0.05$.

HTA previa: hombres: 82.1%, mujeres: 81.0%, $p = 1$.

Tratamiento iv: hombres: 39.3%, mujeres: 23.8%, $p = 0.76$.

Clínica ($p = 0.39$): Neurológica: hombres 57.1%, mujeres 66.7%, Cardiológica: hombres 21.4%, mujeres 28.6%, Ambas: hombres 7.1%, mujeres 0%, Asintomáticos: hombres 14.3%, mujeres 4.8%.

Conclusiones:

El sexo masculino se asocia con cifras más elevadas de presión arterial diastólica, al ingreso y al alta, y al tabaquismo previo, empeorando el pronóstico cardiovascular global del enfermo.

PÓSTER Nº: 203

**EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL COMO TRATAMIENTO RENAL
SUSTITUTIVO EN PACIENTES CON NEFROANGIOESCLEROSIS**

C. ROSADO RUBIO (1), P. FRAILE GÓMEZ (1), R. DÍEZ BANDERA (2), C. LUCAS ÁLVAREZ (1),
P. GARCÍA COSMES (1), J.L. LERMA MÁRQUEZ (1), C. LORENZO MATEOS (2),
F. DOMÍNGUEZ MORONTA (2), R. LÓPEZ DE LA FUENTE (3), B. VALLADARES LOBERA (4).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(3) CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. ZAMORA. (4) CENTRO DE SALUD SAN JUAN. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: NEFROANGIOESCLEROSIS, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL, TRASPLANTE RENAL

RESUMEN:

Propósito del estudio:

La nefroangioesclerosis es una causa bien conocida de insuficiencia renal crónica terminal, siendo el trasplante renal la mejor técnica de tratamiento renal sustitutivo. Nuestro objetivo es estudiar el verdadero impacto de esta entidad clínica en la cifra de trasplantes renales en un centro trasplantador (Hospital Universitario de Salamanca) y su evolución a corto plazo.

Material y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo de los trasplantados renales de nuestro servicio de 2007 a 2011, clasificados en función de la etiología de la insuficiencia renal terminal. En los pacientes con nefroangioesclerosis se estudiaron diferentes variables clínicas y epidemiológicas, que se expresan en forma de porcentajes, media y desviación estándar. Se compararon las características epidemiológicas del trasplante renal secundario a nefroangioesclerosis con los otros grupos mediante la ANOVA de una vía, estableciendo un grado de significación $p < 0,05$.

Resultados:

Durante el período de estudio se realizaron 160 trasplantes renales. El 67,3% de pacientes eran hombres. Las causas de IRCT fueron: diabetes mellitus 21.9%, nefroangioesclerosis 11.3%, glomerulonefritis 22,5%, poliquistosis 15.6%, causas urológicas 13.8%, nefropatías no filiadas 15%. Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal secundaria a nefroangioesclerosis recibieron un trasplante renal a la edad media de $60,17 \pm 7,86$ años, siendo significativamente mayor que la de los enfermos con insuficiencia renal terminal secundaria a glomerulonefritis ($50,25 \pm 11,79$ años), con $p=0,020$.

Su tiempo medio de espera en diálisis fue de $981,78 \pm 836,68$ días, y su creatinina sérica media al alta fue de $2,73 \pm 1,17$ mg/dL. En estos dos parámetros no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos.

Conclusiones:

Aunque la nefroangioesclerosis es actualmente una de las principales causas de insuficiencia renal crónica terminal, no representa una de las mayores causas de trasplante renal.

Estos enfermos permanecen largo tiempo en lista de espera (más de dos años y medio) y una vez trasplantados mantienen cierto grado de insuficiencia renal.

Estos resultados pueden ser el reflejo de que la enfermedad se presenta en pacientes añosos, por lo que son candidatos a recibir injertos subóptimos, obteniendo de ese modo peores resultados.

PÓSTER Nº: 204

ESTIMACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN ANCIANOS CON DM2 TRATADOS CON ISRAA

C. ROSADO RUBIO (1), R. DÍEZ BANDERA (2), R. LÓPEZ DE LA FUENTE (3), B. VALLADARES LOBERA (4),
C. LUCAS ÁLVAREZ (1), R. RODRÍGUEZ LÓPEZ (5), C. LORENZO MATEOS (2),
F. DOMÍNGUEZ MORONTA (2).

- (1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(3) CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. . ZAMORA. (4) CENTRO DE SALUD SAN JUAN. SALAMANCA.
(5) LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: DIABETES TIPO 2, ANCIANOS, EJE RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA

RESUMEN:

Introducción y objetivos:

La nefropatía diabética es un factor prevalente y de alto riesgo, que empeora con el envejecimiento y mejora con tratamiento precoz e intensivo, favoreciendo la protección de los órganos diana. Los inhibidores del SRAA controlan la HTA y la proteinuria (comorbilidades frecuentes en estos enfermos) mejorando y enlenteciendo la insuficiencia renal. Sin embargo, estos fármacos pueden tener efectos secundarios, como es la hiperpotasemia y el deterioro de la función renal. Nuestro objetivo es valorar la función renal de estos pacientes, a corto plazo, en tratamiento con los inhibidores del SRAA.

Material y métodos:

Se estudiaron 101 pacientes mayores de 70 años, diagnosticados de nefropatía diabética e IRC estadio III, en las consultas de atención primaria y nefrología, aleatorizados a diversos grupos de tratamiento: Grupo1º: Aliskiren 300mgr. Grupo2º: Aliskiren 150mgr y Eplerenona 25mgr. Grupo3º: Eplerenona 25mgrs. Grupo4º: ARAII 40mgr con aliskiren 150mgrs y eplerenona 25 mgrs, Grupo5º: IECA 10mgrs y ARAII 80mgrs. Se valoró la creatinina sérica y el aclaramiento de creatinina antes y después del tratamiento. El período de seguimiento fue de 3 meses.

Resultados:

Descenso de la creatinina (mg/dL):

Grupo 1: 0,04, grupo 2: 0,112, grupo 3: 0,08, grupo 4: 0,02, grupo 5: 0,09.

Aumento del aclaramiento de creatinina (ml/min):

Grupo 1: 1,2, grupo 2: 3,81, grupo 3: 2,7, grupo 4: 2,6, grupo 5: 4,2.

La mejoría de la función renal fue estadísticamente significativa en todos los grupos y en los grupos de eplerenona la kaliemia aumento 0,1mEq/ l, dato sin significación estadística.

Conclusiones:

El envejecimiento renal cursa con albuminuria y la disminución fisiológica del FG, en la mayoría de ancianos sanos, si bien no es sinónimo de insuficiencia renal.

Algunos agentes antihipertensivos pueden dañar el flujo sanguíneo renal y agravar la disminución de la perfusión renal relacionada con el envejecimiento. La disminución de la perfusión renal activa mecanismos contra-reguladores neurohormonales, como el SRAA, aumentando el riesgo de

glomeruloesclerosis mediante cambios hipertrofos vasculares y mesangiales o un aumento de la presión intraglomerular. Incluso aunque los fármacos hayan sido efectivos en la reducción de la presión sanguínea sistémica.

La inhibición del SRAA en pacientes ancianos con nefropatía diabética e IRC en estadio III, tanto con los fármacos clásicos inhibidores de la angiotensina (IECA y ARA II), como con los inhibidores directos de la renina y aldosterona (rasilez y eplerenona) ejercen un efecto protector de la función renal y disminuyen el riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº: 205

EFFECTOS DE LA INHIBICIÓN DEL SRAA EN LA PAS Y ALBUMINURIA EN ANCIANOS CON DIABETES TIPO II E IRC ESTADIO II-III

C. ROSADO RUBIO (1), R. DÍEZ BANDERA (2), R. LÓPEZ DE LA FUENTE (3), B. VALLADARES LOBERA (4),
C. LUCAS ÁLVAREZ (1), R. RODRÍGUEZ LÓPEZ (5), C. LORENZO MATEOS (2),
F. DOMÍNGUEZ MORONTA (2).

- (1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.
(3) CENTRO DE SALUD SANTA ELENA. ZAMORA. (4) CENTRO DE SALUD SAN JUAN. SALAMANCA.
(5) LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA, ALBUMINURIA, ANCIANOS

RESUMEN:

Introducción y objetivos:

La coexistencia de DM tipo 2 e HTA es un hecho frecuente, sobre todo en población anciana. El control de la presión arterial mediante la inhibición del SRAA a diferentes niveles se ha planteado como una opción eficaz para mejorar la renoprotección de estos enfermos, al mejorar también la proteinuria. Los nuevos fármacos como aliskiren y eplerenona nos ofrecen nuevas perspectivas de inhibición del SRAA en estos enfermos.

El objetivo de este estudio es definir el comportamiento de la presión arterial sistólica y de la albuminuria en ancianos con diabetes tipo 2 cuando se inhibe el sistema renina-angiotensina-aldosterona a diferentes niveles.

Métodos usados:

Se realiza un estudio aleatorizado y prospectivo de 101 pacientes ancianos (edad media 71 años, con distribución homogénea entre los grupos de tratamiento: $p=0,35$), procedentes de las consultas de atención primaria y nefrología, con hipertensión arterial y microalbuminuria. Son asignados al azar a 5 grupos de tratamiento: 1º- Aliskiren 300mg (22 pacientes). 2º- Aliskiren 150 mg y Eplerenona 25mgrs (18 pacientes). 3º Eplerenona 25 mgrs (25 pacientes). 4º- IECA 2,5mgr/ARA 40mgr con aliskiren 150 mgr y eplerenona 25mgr (24 pacientes), 5º- IECA 5 mg/ARA 80mgr (12 pacientes). Se valoran la presión arterial sistólica y la albuminuria antes y después del tratamiento. El período de seguimiento fue de 3 meses. El estudio estadístico se lleva a cabo mediante el análisis de la varianza utilizando como estadístico t de Student. Se preestablece el nivel de significación para $p<0,05$.

Resultados:

Reducción de la presión arterial sistólica (mmHg):

Grupo 1: 14,31, grupo 2: 15,55, grupo 3: 3,6, grupo 4: 16,04, grupo 5: 18,33.

Reducción de la microalbuminuria (mg/día):

Grupo 1: 137,27, grupo 2: 281,39, grupo 3: 73,36, grupo 4: 415,88, grupo 5: 281,39.

Todos los resultados fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones:

La inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona se muestra útil tanto en la reducción de la presión arterial sistólica en este tipo de pacientes como en la reducción de la proteinuria.

Este estudio apoya el uso de estos fármacos en estos pacientes, para mejorar tanto la renoprotección como el resto de factores de riesgo vascular.

Los nuevos fármacos inhibidores del SRAA, aliskiren y eplerenona representan un apoyo a la estrategia clásica, pues aliskiren, por inhibir directamente la renina, optimiza el tratamiento antihipertensivo al neutralizar la ARP y eplerenona bloquea el escape de aldosterona, consiguiendo así un mejor control de presión arterial sistólica. La combinación de las tres opciones de tratamiento antihipertensivo son una opción adecuada para estos casos de hipertensión en los ancianos.

PÓSTER Nº: 206

FACTORES RELACIONADOS CON UNA MAYOR AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA Y SÍNDROME METABÓLICO

À. ROCA-CUSACHS COLL (1), A. CARREÑO SERRA (2).

(1) HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU. BARCELONA. (2) IMS CONSULTING GROUP. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HTA NO CONTROLADA, SÍNDROME METABÓLICO, CALIDAD DE VIDA

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Conocer los factores relacionados con una mayor afectación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) no controlada y síndrome metabólico (SM).

MÉTODOS USADOS:

Se ha realizado un estudio observacional, multicéntrico de ámbito nacional con la participación de 139 centros de atención primaria o unidades hospitalarias de HTA de España. La muestra analizada es de 448 pacientes con HTA no controlada (>140/90) y SM a los que se les realizó, según criterio clínico, un cambio en el tratamiento antihipertensivo. En la visita basal del estudio se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la HTA, incluyendo la presencia de enfermedades clínicas (enfermedades cerebrovasculares, cardiopatía, nefropatía, arteriopatía periférica y retinopatía avanzada). Además, los pacientes cumplimentaron el cuestionario específico autoadministrado MINICHAL que evalúa la CVRS en personas con HTA y tiene dos dimensiones: estado de ánimo (de 0 a 30 puntos) y manifestaciones somáticas (de 0 a 18 puntos), donde a mayor puntuación, mayor afectación de la CVRS. Aquellos pacientes con una puntuación en alguna de las dos dimensiones del MINICHAL por encima del tercer cuartil se definieron como pacientes con una mayor afectación en la CVRS. La relación de los distintos factores con la afectación de la CVRS se analizó mediante un modelo de regresión logística.

RESULTADOS:

El 59,2% de los pacientes eran hombres y la edad media (DE) era de 63,8 (11) años. El 59,2% eran obesos (IMC >30 Kg/m²) y el 84,2% presentaban un perímetro abdominal elevado (>102 cm en hombres o >88 cm en mujeres). El 60,3% no practicaban ejercicio físico y el 52,6% eran fumadores o exfumadores. La media de la PA fue de 157/91 mmHg. El 55,1% de los pacientes presentaban HTA de grado I (PAS 140-159 y/o PAD 90-99 mmHg), el 39,1% grado II (PAS 160-179 y/o PAD 100-109 mmHg) y el 5,8% grado III (PAS ≥180 y/o PAD ≥110 mmHg). La puntuación media (DE) del cuestionario MINICHAL fue de 7,4 (5,5) puntos en la dimensión "Estado de ánimo" y de 3,3 (2,9) puntos en la dimensión de "Manifestaciones somáticas", y el 38,2% de los pacientes presentaban una mayor afectación de la CVRS. Según el análisis multivariante, una mayor afectación en la CVRS se relacionó con ser mujer (OR=1,86; IC95%:1,12-2,89), tener un IMC elevado (OR: 1,06; IC95%: 1,02-1,11), un tiempo de evolución de la HTA superior a 5 años (OR: 3,38; IC95%: 1,27-9,00), la presencia de enfermedades clínicas en general (OR: 1,87; IC95%: 1,18-2,95) y una enfermedad cerebrovascular (OR=3,18; IC95%: 1,39-7,29).

CONCLUSIONES:

El género femenino, un IMC elevado, un tiempo con HTA superior a 5 años, la presencia de enfermedades clínicas y sufrir una enfermedad cerebrovascular son factores que se han mostrado relacionados con una mayor afectación en la CVRS asociada a la HTA y/o su tratamiento.

PÓSTER Nº: 207

**MANEJO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS FEOCROMOCITOMAS Y PARAGANGLIOMAS
DIAGNOSTICADOS EN MEDICINA INTERNA**

E. MADROÑAL CEREZO (1), A. SÁNCHEZ PURIFICACIÓN (1), R. MARTÍN DÍAZ (1), J. TARDÍO DOVAO (2),
R. CALDERÓN HERNAIZ (1), D. REJAS VELASQUEZ (1), J. CANORA LEBRATO (1), A. ZAPATERO GAVIRIA (1).

(1) MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.
(2) ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: FEOCROMOCITOMA, PARAGANGLIOMAS, DIAGNÓSTICO

RESUMEN:

OBJETIVOS

Analizar las características epidemiológicas, clínicas y los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados con los feocromocitoma y paragangliomas diagnosticados en un servicio de Medicina Interna.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados mediante anatomía patológica de feocromocitoma ó paraganglioma entre los años 2004 y 2011.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 9 pacientes, 5 mujeres y 4 hombres. Edad media: 56 años (rango 26-81). Tiempo medio hasta el diagnóstico: 17 meses. Clínica más frecuente: HTA (6 pacientes), con crisis hipertensiva en 4; Dolor abdominal (4 pacientes); Palpitaciones ó Mareo (3) y Cefalea ó Sudoración. En 3 pacientes fue un hallazgo incidental: Por Neoplasia de cólon. En estudio de hipertrofia parotídea. En estudio dirigido por ser portador de la mutación VHL.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS: En 6 pacientes se determinaron **catecolaminas** en orina. Todos los secretores tenían elevación de noradrenalina, adrenalina y metanefrinas. Tan sólo dos presentaron elevación de ácido vanilmandélico y ninguno elevación de dopamina. Un feocromocitoma fue no secretor. **Pruebas de imagen** llevadas a cabo: TAC en todos los pacientes. Gammagrafía (MIBG) en 4. RMN en 2 pacientes.

TRATAMIENTO EMPLEADO: Cirugía en todos los pacientes. Tiempo medio desde el diagnóstico: 3.5 meses. Antes de la cirugía precisaron alfa y betabloqueo 6 de los pacientes. Tras la cirugía, 4 de los 6 pacientes hipertensos dejaron de precisar tratamiento antihipertensivo y los 2 pacientes diabéticos normalización sus cifras glucémicas. Sólo un caso fue maligno. Otro paciente presentó recidiva tumoral tras la cirugía. Un paciente presentó un segundo tumor durante su seguimiento. **ESTUDIO GENÉTICO:** Se llevó a cabo en 7 pacientes: Positivo para la mutación **VHL** en un caso (paciente con feocromocitoma suprarrenal y 3 años después paraganglioma interaortocava) y **TMEM127** (paciente más joven con feocromocitoma suprarrenal). En ningún caso se detectó la mutación SDHB, SDHC ó SDHD ni asociación con NEM. Sólo uno de los pacientes tenía antecedentes familiares: el paciente con la mutación VHL.

DISCUSIÓN Los tumores paragangliónicos son adrenales (feocromocitomas) en un 90% y extraadrenales (paragangliomas) en un 10%. En nuestra serie, sin embargo la relación ha sido 40% de feocromocitomas y 60% paragangliomas. Aparecen predominantemente en la 4ª-5ª década de la vida. El 10% son malignos. Representan el 0.2% de las causas de HTA secundaria. Incidencia familiar: 15-25%. Hasta un 15% pueden recurrir. El diagnóstico se realiza mediante la determinación de catecolaminas en orina y pruebas de imagen (TC y MIBG).

CONCLUSIONES Debemos sospechar la presencia de un tumor paragangliónico en aquellos pacientes que presenten difícil control tensional, frecuentes crisis HTA ó cuadros recurrentes y paroxísticos de dolor abdominal, mareo, sudoración, cefalea ó palpitaciones. El método diagnóstico más efectivo continúa siendo la determinación de catecolaminas en orina. El tratamiento en todos los casos debe ser la cirugía.

PÓSTER Nº: 208

INFLUENCIA DE LA OBESIDAD ABDOMINAL Y LA INSUFICIENCIA RENAL SOBRE EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

J. SEGURA (1), J.R. BANEGAS (2), J.J. DE LA CRUZ (2), M. GOROSTIDI (3), A. DE LA SIERRA (4), L.M. RUILOPE (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.
 (2) DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID. (3) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO. (4) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL MUTUA TERRASA, UNIVERSIDAD DE BARCELONA. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD ABDOMINAL, INSUFICIENCIA RENAL, PRESIÓN AMBULATORIA

RESUMEN:

El objetivo de este estudio fue analizar la interacción de la obesidad abdominal y la insuficiencia renal sobre el control de la presión arterial (PA).

Se recogieron datos de 31179 pacientes hipertensos tratados incluidos en el Registro Nacional de MAPA (53.4% varones, edad media 59.0±13.9 años, 20.7% con diabetes). Se definió obesidad abdominal según la presencia de un perímetro abdominal >88cms en mujeres o >102 cms en varones. La insuficiencia renal se definió por la presencia de un filtrado glomerular estimado según la fórmula de MDRD <60 ml/min/1.73m². El control de la PA clínica se definió como una PA <140/90mmHg. El control ambulatorio se definió como un promedio de PA <135/85mmHg (periodo diurno), <120/70mmHg (periodo nocturno) y <130/80mmHg (24 h).

Se detectó la presencia de obesidad abdominal en 15349 (49.2%) pacientes, mientras que los restantes 15830 (50.8%) no la presentaban. La prevalencia de insuficiencia renal fue 15.7% en los obesos y 11.4% en los no obesos (p<0.001). Por tanto, la insuficiencia renal fue un 37.7% más prevalente en presencia de obesidad abdominal. Las tasas de control clínico y ambulatorio en presencia o ausencia de insuficiencia renal u obesidad aparecen descritas en la tabla.

PA	Total	Insuficiencia renal		p</p>	Obesidad abdominal		p</p>
		Si	No		Si	No	
Clínica(%)	22.6	22.7	22.6	0.869	20.6	24.6	<0.001
24h(%)	45.6	47.5	45.4	0.010	46.6	44.7	0.001
Día (%)	52.0	54.6	51.6	<0.001	53.4	50.6	<0.001
Noche (%)	42.4	38.1	43.1	<0.001	41.8	43.0	0.042
Fármacos (n)	2.2±1.4	3.0±1.4	2.1±1.4	<0.001	2.9±1.3	1.6±1.4	<0.001

En conclusión, la insuficiencia renal es más prevalente en los pacientes hipertensos tratados obesos en comparación con los no obesos. El control de la PA clínica fue similar en presencia o ausencia de insuficiencia renal, pero se observó una tasa de control clínico significativamente inferior en pacientes obesos. Tanto el control ambulatorio de 24 horas como el diurno era significativamente superior en pacientes obesos o con insuficiencia renal. Sin embargo, las tasas de control ambulatorio nocturno eran menores en dichos pacientes. El número de fármacos antihipertensivos administrados fue mayor en pacientes obesos o con insuficiencia renal. Estos hallazgos pueden contribuir al incremento del riesgo cardiovascular en pacientes con insuficiencia renal u obesidad abdominal.

PÓSTER Nº: 209

¿LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA INFLUYE SOBRE LA FUNCIÓN RENAL?

P. SEGURA TORRES (1), J.M. GIL CUNQUERO (1), P. PÉREZ DEL BARRIO (1), M.L. GARNICA ALVAREZ (1),
E. MERINO GARCÍA (1), A. LIÉBANA CAÑADA (1).

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HTA REFRACTARIA, DETERIORO DE FUNCIÓN RENAL, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

RESUMEN:

Introducción: El pronóstico de la HTA refractaria (HTAr) está relacionado con las cifras de TA a lo largo de su evolución

Objetivo: Analizar la influencia de la hipertensión arterial refractaria sobre la función renal de pacientes con enfermedad renal crónica avanzada.

Material y métodos: Seleccionamos pacientes con insuficiencia renal avanzada con aclaramiento de Cr ≤ 30 ml/min y TA $\geq 140/90$ mmHg durante 2 años consecutivos. Excluimos los diabéticos. Los dividimos según tuvieran HTA refractaria (HTAr) o no. Recogimos etiología de la insuficiencia renal, parámetros de función renal, hiperparatiroidismo y anemia.

Resultados: Tenemos un total de 58 pacientes de los cuales tienen HTA refractaria 37,9%. Mujeres 58,6%. Tiempo de seguimiento $53,3 \pm 43,4$ semanas.

No hay diferencias en cuanto a la presencia de nefroangiosclerosis como etiología de la insuficiencia renal (HTAr si 36,4% vs no 16,7%; $p=0,089$). No encontramos diferencias en cuanto a edad, sexo, función renal basal estimada por cifras de urea, creatinina basal (HTAr si $4,2 \pm 1,8$ vs no $4,8 \pm 2,0$ mg/dl; $p=NS$) ni final (HTAr si $4,8 \pm 2,1$ vs no $5,0 \pm 2,3$ mg/dl; $p=NS$), cistatina C, función renal residual basal (HTAr si $11,2 \pm 3,3$ vs no $10,0 \pm 3,7$ ml/min/1,73m²; $p=NS$) ni final (HTAr si $10,9 \pm 4,2$ vs no $10,1 \pm 6,9$ ml/min/1,73m²; $p=NS$), aclaramiento de creatinina basal (HTAr si $15,3 \pm 5,0$ vs no $13,6 \pm 5,5$ ml/min/1,73m²; $p=NS$) ni final (HTAr si $15,5 \pm 6,7$ vs no $13,8 \pm 9,3$ ml/min/1,73m²; $p=NS$), filtrado glomerular estimado por MDRD abreviado basal (HTAr si $15,3 \pm 8,0$ vs no $13,4 \pm 6,2$ ml/min/1,73m²; $p=NS$) ni final (HTAr si $13,6 \pm 7,8$ vs no $14,5 \pm 10,2$ ml/min/1,73m²; $p=NS$) y MDRD 7, tampoco hay diferencias en cuanto a cifras de tensión arterial TAS basal (HTAr si 160 ± 16 vs no 159 ± 15 mmHg; $p=NS$) ni final (HTAr si 143 ± 35 vs no 146 ± 23 mmHg; $p=NS$), ni TAD basal (HTAr si 85 ± 16 vs no 83 ± 13 mmHg; $p=NS$) ni final (HTAr si 78 ± 11 vs no 77 ± 12 mmHg; $p=NS$), niveles sodio plasmáticos, parámetros de anemia, resistencia a darbepoetina y parámetros de hiperparatiroidismo secundario. La tasa de descenso de la función renal fue similar en ambos grupos (tasa de aclaramiento semanal de Cr HTAr si $-0,0016 \pm 0,1710$ vs no $0,0115 \pm 0,3901$ ml/min por semana; $p=NS$, tasa semanal de MDRD abreviado HTAr si $-0,0739 \pm 0,1467$ vs no $0,0012 \pm 0,2175$ ml/min por semana; $p=NS$ ni tasa semanal de MDRD 7)

Conclusiones: El detrimento de la función renal de pacientes con enfermedad renal avanzada no parece estar relacionado con la presencia de HTA refractaria.

PÓSTER Nº: 210

PARAGANGLIOMA, UN RARO CASO DE HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA

L. SERRANO RODRIGUEZ (1), J.P. VERDUGO DOMINGUEZ (1), J. ALVAREZ SUERO (1), L. CASTILLA GUERRA (1), E.M. CARMONA NIMO (1), M.C. FERNANDEZ MORENO (2), J. MARIN MARTIN (1).

(1) HUV DE LA MERCED. SEVILLA. (2) HUV DE VALME. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: PARAGANGLIOMA, HIPERTENSION SECUNDARIA, RARO

RESUMEN:

Descripción del caso

Mujer de 57 años que acude al servicio de urgencias por cefaleas de varios días de evolución sin clínica neurológica acompañante y cifras tensionales diarias en torno a 240/100 mmHg sin control en atención primaria pese a tratamiento. La paciente no refería dolor torácico acompañante, únicamente palpitations. No había presentado ningún episodio de flash cutáneo. Tras objetivar tensión de 240/130 tras tratamiento via oral en urgencias se decide ingreso en observación con diuréticos y labetalol intravenoso con buen control por lo que se deriva para estudio a consultas de Medicina Interna. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial con muy mal control de 10 años de evolución.

A la exploración destacar una taquicardia a 110 lpm y soplo sistólico II/VI en foco aórtico.

Pruebas complementarias

Hemograma: N. Bioquímica: gluc 128 mg/dl, Cr: 1.1, Ct 268, LDL 162, HDL 85, GGT 67, FA 169. Microalbuminuria, Albumina/creatinina: 60 (N 0-10). La rx de torax fue anodina. ECG: BIRDHH con T negativas en I, II y V2-V6.

Se solicitaron los niveles de cortisol libre en orina: normal, aldosterona: 356 (10-105). Retinografía compatible con retinopatía hipertensiva grado III-IV. Ecocardio compatible con HVI según SEC. Ecodoppler renal normal. Tc de abdomen: multiples bloques adenopáticos retroperitoneales compatibles con linfoma, sin poder descartar otro primario. TSH y T4L: normal. CEA: 4.84, resto de marcadores negativos. Serología: VIH, VHC, Sifilis, Borrelia, Toxolasma negativos. Ebstein Barr IgG positivo. Colonoscopia y ginecológica:N.

Se procede a toma de biopsia y solicitamos Catecolaminas: Ac. Vanilmandelico 366 (0-45), Metanefrinas 2.4 (0-0.9), Normetanefrinas orina: 123 (0-2), Ac. Homovanilico, 5-OH-Indolacético negativos. Cromogranina A 4350 (<134) compatible con paraganglioma. TAC cuello: masa sólida hipercaptante, polilobulado y bien definido de unos 7 cm. en mediastino. Compatible con paraganglioma vagal.

Juicio clínico

Paraganglioma vagal maligno.
Posible MEN 2 (descartado posteriormente)

Discusión

La incidencia se estima entre el 0,02-0,05 casos/100.000 habitantes/año siendo máxima entre la tercera y quinta décadas de la vida con una ligera preferencia por el sexo masculino. De acuerdo con la

clasificación de la Organización Mundial de la Salud de 2004, se denominan feocromocitomas a los tumores que derivan de las células cromafines de la médula suprarrenal, reservándose el término de paragangliomas para los tumores derivados de las células cromafines extraadrenales (funcionantes o no). Los feocromoblastos que derivan de las simpatogonias de las células de la cresta neural de la región torácica, aparecen en la séptima semana del desarrollo embrionario dando lugar a los feocromocitos adrenales y extraadrenales para los ganglios paraaórticos y paraganglios de los grandes vasos. La localización más frecuente extraadrenal intraabdominal es el tejido paragangliónico aorto-simpático, y dentro de este, el órgano de Zuckerkindl. Generalmente son únicos (80–85%) y presentan con frecuencia un comportamiento maligno, metastatizando preferentemente en los ganglios linfáticos regionales, pulmón, hígado o hueso. La presencia de metástasis obliga a plantear la posibilidad de un paraganglioma múltiple. La HTA, palpitaciones, cefaleas y sudoración son las manifestaciones clínicas más frecuentes. En exposiciones prolongadas el paciente puede encontrarse asintomático por desensibilización de los receptores. El diagnóstico definitivo se establece con el estudio inmunohistológico de la pieza que en nuestro caso fue positivo para cromogranina A, sinaptofisina, CD56 y Vimentina.

La supervivencia a los 5 años tras la resección oncológica de los paragangliomas malignos es del 52%. La posibilidad de metástasis tardías obliga a realizar un seguimiento indefinido cada 6 meses.

PÓSTER Nº: 211

**ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS INESPECÍFICAS DEL SEGMENTO TERMINAL ST-T Y
EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE DE 19 AÑOS DE SEGUIMIENTO**

N. SOLDEVILA BACARDIT (1), J. TORRAS BORRELL (1), A.J. CÁRDENAS CHÁVEZ (1), N. OLONA TABUEÑA (2), V. SALIDO VALENCIA (1), E. VINYOLES BARGALLÓ (1), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (3).

(1) EAP LA MINA. SANT ADRIÀ DEL BESÓS. (2) ÀMBIT D'ATENCIÓ PRIMÀRIA. BARCELONA.
(3) EAP SARDENYA. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, EVENTOS CARDIOVASCULARES, ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS

RESUMEN:

Introducción. No hay suficiente evidencia que las alteraciones inespecíficas del segmento terminal del electrocardiograma (ECG) se asocien a eventos cardiovasculares. El objetivo fue evaluar el valor predictivo de las alteraciones electrocardiográficas del segmento ST-T y los criterios de voltaje de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) sobre la morbimortalidad cardiovascular.

Material y métodos. Cohorte retrospectiva de 352 pacientes hipertensos no diabéticos y sin enfermedad cardiovascular asociada, seleccionados por muestreo aleatorio sistemático sobre el total de 1.780 hipertensos atendidos en un centro de atención primaria urbano, con un ECG realizado en una visita basal en 1992 (leído y clasificado según el código de Minnesota). Evaluación de eventos cardiovasculares y muerte por cualquier causa durante el período de seguimiento de enero 1992 a septiembre 2011 (registro de mortalidad del centro e historia clínica). Análisis multivariante ajustado por género, edad y factores de riesgo cardiovascular.

Resultados. Se analizan los datos de 275 pacientes (pérdidas n =77), 58,2% mujeres, edad basal 47,8 (DE 6,6) años, 27,6% fumadores, presión arterial (PA) basal 142.7 (15,3)/89,3 (9,6) mmHg, 8,7% con criterios basales de HVI, 21,5% con alguna alteración inespecífica basal del segmento ST-T. A lo largo del seguimiento, 78 pacientes (28,4%) presentan un evento cardiovascular y 35 pacientes son éxitos (12,7%), de los cuales 5 por causa cardiovascular. En los pacientes con evento cardiovascular, la PA sistólica era significativamente más elevada (144 vs 140mmHg, p<0,01), y la presencia de HVI y de alteraciones del segmento ST-T eran significativamente más prevalentes. En el análisis multivariante, ajustado por edad y sexo, los hipertensos con algún cambio inespecífico en el ST-T tenían 5,42 veces más riesgo de sufrir morbimortalidad cardiovascular respecto a los que no tenían ninguna (OR: 5,42 [IC95%:1,40 a 21,05]).

Conclusiones. Tener algún cambio inespecífico en el segmento terminal del ECG del paciente hipertenso está relacionado de forma significativa con la morbimortalidad cardiovascular.

PÓSTER Nº: 212

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS EN ZONA SEMI-RURAL DE ALBACETE

P.J. TARRAGA LOPEZ (1), C. MORENO CANO (2), J.P. SERRANO SELVA (1), M.L. MARCOS NAVARRO (3).

(1) FACULTAD DE MEDICINA. ALBACETE. (2) CS MADRIGUERAS. MADRIGUERAS.

(3) HOSPITAL ALBACETE. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA., HIPERTENSION, COMORBILIDAD

RESUMEN:

Objetivo general: Conocer calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes hipertensos del C.S. de Madrigueras núcleo (Albacete) y la obesidad.

Método: Estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: Centro de Salud de Madrigueras (Albacete). Población objeto de estudio: 434 pacientes hipertensos del C.S. de Madrigueras núcleo. Período de estudio: la fase de recogida de datos autoadministrados se inició a finales de setiembre de 2008 y finalizó a finales de marzo de 2010. Fuentes de información: Cuestionarios: MINICHAL; de recogida de datos sociodemográficos; facilitados aprovechando campañas masivas consulta de enfermería de vacunación antigripal, consulta diaria de enfermería control adulto, visita domiciliaria de enfermería. Programa informático TURRIANO del SESCAM.

Resultados: Se evaluaron a 434 hipertensos por el 'Statistical Package for the Social Sciences' (SPSS) con valores de variables: 0-referencia/más significativos, 1-resto; en el software del SPSS, el valor de referencia 0 de la regresión logística, es 1. En el 'estado de ánimo' y las 'manifestaciones somáticas' del MINICHAL, el 0 representa a los valores 0 y 1, y el 1 los valores 2 y 3. Los resultados indican que el sexo femenino y la clase social en relación con el trabajo desempeñado la mayor parte de la vida, en la dimensión 'estado de ánimo' del análisis multivariante, fueron las variables que se mostraron más relacionadas con la CVRS.

Conclusiones: El 85.0% son pacientes de 60 años y más o la gran prevalencia de la obesidad (más las mujeres); De acuerdo con los datos, la CVRS está asociada significativamente, siendo menor, en las pacientes hipertensas femeninas y varía conforme cambian factores como la clase social según la profesión ejercida la mayor parte de la vida. Se han verificado más influyentes en la dimensión 'estado de ánimo' (EA) del estudio MINICHAL; La dimensión 'manifestaciones somáticas' del MINICHAL ha tenido poca significación en la CVRS.; Por último, todos los resultados del estudio confirman la relación de la CVRS de los pacientes hipertensos con la salud y con variables clínicas y sociodemográficas en tanto el alto porcentaje de pacientes de 60 años y más, de ellos: 30 mujeres más que varones y 78% total de casados, con más del 62% sin estudios (analfabetos/leen y escriben) Todo ello, interrelacionado, puede derivar en los resultados de clase social 'media' (60.8%), en la dimensión más significativa (EA) del MINICHAL

PÓSTER Nº: 213

EVALUACION DEL PESO Y DE LA TENSIÓN ARTERIAL COMO MARCADORES DE RESISTENCIA A LA ASPIRINA EN UNA POBLACIÓN DE MODERADO-ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

S. TELLO BLASCO (1), A. FERNÁNDEZ (1), R. FABREGATE (1), M. FABREGATE (1), N. DE LA TORRE (1),
A. GUERRI (1), J. SABÁN RUIZ (1).

(1) UNIDAD DE ENDOTELIO. HOSPITAL RAMON Y CAJAL. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ASPIRIN-RESISTENCIA, 11 DIHIDROTROMBOXANO, ANTIAGREGACIÓN CONSTITUTIVA

RESUMEN:

El papel de la aspirina en prevención primaria ha sido cuestionado últimamente, si bien las directrices de las guías de US Preventive Services Task Force (USPSTF) mantienen su confianza en este fármaco para la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Tal vez, nuestro foco de atención no debe ser la aspirina propiamente dicha, sino las diferentes respuestas de los pacientes y lo que podríamos llamar "resistencia a la aspirina". Este concepto ha sido debatido desde los años 80 hasta la actualidad, tal y como hace referencia el grupo de trabajo sobre la resistencia a los medicamentos antiagregantes con su publicación acerca de la "Variabilidad en la respuesta a fármacos antiagregantes".

OBJETIVOS

- 1- Evaluar la prevalencia de "resistencia a la aspirina" en una población de moderado-alto riesgo cardiovascular.
- 2- Determinar su relación con el estatus hipertensivo de los sujetos, así como las características antropométricas, metabólicas y hemodinámicas en el grupo de pacientes con "aspirin-resistencia".

MÉTODOS

Se estudió una población de N= 140 pacientes, edad 61.15 ± 1.00 años, 55.7 % varones, 69.3% hipertensos, 52.1 diabéticos y 18.49% fumadores.

77.85 % (grupo n 1=109) de la población recibía tratamiento con dosis bajas de aspirina, mientras que 22.15 % (grupo n 2=31) no recibía terapia antiagregante (grupo naive).

Medidas antropométricas: IMC (kg/m²) y circunferencia de cintura (cm).

Glucemia, creatinina, HDL-colesterol, LDL-colesterol, colesterol total, triglicéridos, medidos por autoanalizador Hitachi.

11-Dihidrothromboxano B2 (pg 11dhTxB2 / mg creatinina): medido por enzimoimmunoanálisis.

Aspirin resistencia definida como niveles urinarios de 11-dihidrothromboxano B2—(Salim Yusuf) con rango de antiagregación por debajo de 1000 pg/mg (Gordon E.)

Análisis estadístico: Chi-cuadrado, t-Student, test de Levine y Mann-Whitney.

RESULTADOS

- 1- En el grupo de tratados con aspirina, solo un 58.3% de los pacientes alcanzaron niveles de antiagregación.
- 2- En el grupo naive, 38.7% de los pacientes presentaron niveles bajos de 11dhTxB2, lo que nos permitiría hablar de un estado "constitutivo de antiagregación".

3- Se detectó resistencia a aspirina en 46.8% de los pacientes hipertensos vs 29.0% en el grupo de pacientes normotensos ($p=0.06$).

4- El peso (78.5 ± 1.94 vs 71.5 ± 1.44 ; $p=0.005$), IMC (28.7 ± 0.66 vs 26.9 ± 0.45 , $p=0.027$) y perímetro de cintura ($96,0 \pm 1.6$ vs $91,3 \pm 1.3$; $p=0.026$) se relacionaron con la resistencia a la aspirina.

5- No se detectaron diferencias significativas en parámetros metabólicos como HbA1c, TG, colesterol LDL o HDL entre respondedores y no respondedores con respecto de la terapia antiagregante.

CONCLUSIONES

1- Más de un tercio de los pacientes del grupo naive presentaron niveles bajos de 11dhTxB2 en orina, se presenta así un nuevo concepto de “antiagregación plaquetaria constitutiva”.

2- El peso, IMC y perímetro de cintura se relaciona con la “aspirin resistencia”.

3- El estatus hipertensivo alcanza valores limítrofes, lo que podría deberse a una N insuficiente, pendiente de evaluar en estudios posteriores con una población muestral superior.

3- ¿No deberíamos realizar de forma rutinaria un test sencillo y de bajo coste como es la determinación de 11-dihidrothromboxano B2 en vez de continuar debatiendo acerca de la efectividad preventiva de la aspirina?.

PÓSTER Nº: 214

**DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDAD VASCULAR EN DOS GRUPOS DE HIPERTENSOS:
COMPARACIÓN ENTRE FUMADORES Y NO FUMADORES**

X. GARCIA PUJOL (1), V. TORRES GILART (1), M. GARCIA MARTÍN (1), T. VIDAL BALLESTÉ (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, TABACO, ATEROMATOSIS

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones son uno de los principales problemas de salud de las sociedades industrializadas y desarrolladas, siendo una de las principales causas de invalidez y mortalidad en todo el mundo. Esto hace que los profesionales de la salud estén motivados a estudiarlos para poder mejorar la prevención y tratamiento de estos.

El tabaco es un de los principales factores de riesgo que favorecen la progresión de estas enfermedades, además de ser un hábito tóxico socialmente adquirido y muy extendido.

OBJETIVO

Conocer la incidencia de la enfermedad cardiovascular mediante ecografía carotídea y índice tobillo-brazo(ITB) en dos grupos de pacientes hipertensos, uno de fumadores y exfumadores y el otro de no fumadores, comparando los grupos posteriormente.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado sobre una muestra de 200 pacientes hipertensos atendidos en una consulta especializada de detección precoz de la enfermedad ateromatosa (UDETMA) de nuestro hospital durante el año 2009. De los cuáles 100 eran fumadores o ex fumadores y los otros 100 no fumadores.

El ITB se considera patológico cuando es inferior a 0.9. El grosor íntima media(GIM) se calcula midiendo un segmento de la carótida común, la bifurcación y la carótida interna en ambos lados. En el caso que el GIM sea superior a 1.5mm se considera placa de ateroma.

RESULTADOS

De los 200 pacientes 100 eran fumadores y 100 no fumadores.

Los pacientes fumadores consumían una media de 25.05 cigarros/día, de estos el 63% tenían placas en las carótidas, el 27% tenían un ITB <0,9 por tanto patológico y el GIM estaba por encima del valor normal en un 63% de la muestra.

De los no fumadores el 38% presentaban placas, el 14% tenían un ITB <0,9 y en un 46% el GIM estaba por encima del valor normal.

CONCLUSIONES

Comparativamente los pacientes hipertensos estudiados que fumaban tenían una mayor incidencia de enfermedad ateromatosa que los que nunca habían fumado.

PÓSTER Nº: 215

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

A. MEDVEDEVA (1), E. TRILLO CALVO (1), N. EDO FERNÁNDEZ (2).

(1) CS ACTUR SUR. ZARAGOZA. (2) CS ARRABAL. ZARAGOZA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y su posible relación con el grado de obstrucción bronquial.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 92 pacientes con criterios espirométricos de EPOC (FEV1/FVC <70% en test broncodilatador). Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, hábito tabáquico activo, no fumador o exfumador, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, índice de masa corporal, perímetro abdominal, cardiopatía isquémica y/o antecedente de Ictus isquémico, microalbuminuria. Se ha clasificado a los pacientes según la escala GOLD, dividiendo la muestra en 4 grupos: EPOC leve (FEV1 >80 %), EPOC moderado (FEV1 entre 50 y 79%), EPOC grave (FEV1 entre 30 y 49%) y EPOC muy grave (FEV1 <30%). Se realizó determinación de índice tobillo-brazo (ITB), empleando sonda doppler portátil y esfigmomanómetro. Este índice clasifica a los pacientes en 5 grupos: sin EAP (ITB entre 0'9 y 1'3), EAP leve (ITB entre 0'71 y 0'90), EAP moderada (ITB entre 0'41 y 0'70), EAP grave (ITB <0'40) y EAP por aumento de rigidez arterial (ITB >1'3).

RESULTADOS

Obtuvimos una muestra de 92 pacientes (75 varones y 17 mujeres) con edad media de 70,76 años (desviación típica 9,95 años). Según la escala Gold, clasificamos a los pacientes en: EPOC leve, 42 pacientes (45,7%), moderado, 37 pacientes (40,2%), grave, 10 pacientes (10,9%), muy grave, 3 pacientes (3,3%). Atendiendo al ITB, no presentaban EAP 47 pacientes (51,1%), mientras que otros 45 pacientes (48,9%), si que presentaban EAP: leve, 28 pacientes (30,4%), moderado, 6 pacientes (6,5 %), grave, 3 pacientes (3,3%) y EAP por aumento de rigidez arterial, 8 pacientes (8,7%).

Al agrupar a los pacientes según el grado de EPOC, observamos EAP en el 22,8% de la muestra con EPOC leve, el 18,5% con EPOC moderado, el 5,4% con EPOC grave y el 2,2% con EPOC muy grave.

Comparando el grado de EPOC según el FEV1, en EPOC grave-muy grave (13 pacientes) obtuvimos siguientes resultados: el 3,3% presentaban EAP leve, el 1,1% EAP moderada, el 3,3% EAP grave. Un 2,2% tenían sobrepeso y/o obesidad, un 4,3% presentaban DM tipo 2 y un 6,5% tenían HTA. En EPOC leve-moderada (79 pacientes), un 27,2% presentaban EAP leve, un 5,4% EAP moderada, un 8,7% EAP por

aumento de rigidez arterial, un 65% sobrepeso y/o obesidad, un 43,4% HTA, un 16,3% Diabetes Mellitus tipo 2 y un 62 %, eran fumadores o lo habían sido.

En pacientes con EAP, se observa que el 67,4% de la muestra son fumadores y/o exfumadores, un 20,6% presentan Diabetes tipo 2, un 50 % HTA, y el 67,4% sobrepeso y/o obesidad. El 14,1% de los pacientes con EAP son EPOC grave-muy grave.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, observamos una elevada prevalencia de EAP y parece existir una tendencia creciente a medida que aumenta el grado de severidad de EPOC.

La EAP parece guardar cierta correlación con la HTA, el sobrepeso-obesidad y ser fumador o exfumador. También se observa una importante prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con EPOC leve-moderada.

PÓSTER Nº: 216

HIPERTENSIÓN ORTOSTÁTICA Y DISREGULACIÓN ORTOSTÁTICA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ANCIANOS HIPERTENSOS

S.M. VELILLA ZANCADA (1), M. OSORIO SOLAR (2), L.A. VARA GONZÁLEZ (3), P. MUÑOZ CACHO (4).

(1) CENTRO DE SALUD CENTRO. SANTANDER. (2) CENTRO DE SALUD DÁVILA. SANTANDER.
(3) CENTRO DE SALUD CASTILLA-HERMIDA. SANTANDER. (4) TÉCNICO EN SALUD PÚBLICA. SANTANDER.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ORTOSTÁTICA, DISREGULACIÓN ORTOSTÁTICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Propósito de estudio: Conocer la prevalencia de la hipertensión ortostática (HTO) y del síndrome de disregulación ortostática (DO) de la presión arterial (PA) en ancianos hipertensos.

Métodos usados: En el marco del estudio Hipotensión Ortostática en ancianos con Hipertensión Arterial (HOHTA), en el que se pudo constatar una prevalencia de hipotensión ortostática (HO) del 14,6%, se realizaron mediciones de PA arterial en sedestación y tras 1 y 5 min de bipedestación a un grupo de 295 hipertensos de 65 años o más tratados en atención primaria. Se consideró que un paciente presentaba HTO o HO, si su PA en bipedestación experimentaba un aumento o disminución, respectivamente, ≥ 20 mmHg en la PA sistólica o ≥ 10 mm Hg en la PA diastólica. Asimismo, se consideró que un paciente presentaba DO de la PA si presentaba cualquiera de las dos alteraciones.

Resultados: Setenta pacientes (23,7%; IC: 19,1-29,1) presentaron HTO y un total de 106 pacientes (35,9%; IC: 30,5-41,7) presentaron DO. Entre los pacientes que presentaron HTO la alteración más frecuente fue la elevación excesiva de la PA diastólica que afectó a 44 pacientes (14,9%; IC: 11,1-19,6) tras un minuto de bipedestación y a 53 (18,0%; IC: 13,9-22,9) tras 5 minutos. Solo 5 y 6 pacientes sufrieron una elevación excesiva de la PA sistólica tras 1 y 5 minutos de bipedestación, respectivamente.

Conclusiones: La presencia de HTO y DO es frecuente en ancianos hipertensos tratados en atención primaria. Cuando se realizan mediciones de PA en bipedestación para diagnosticar la HO, se debería tener en cuenta el hallazgo del aumento postural excesivo de la PA.

PÓSTER Nº: 217

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA Y RIESGO DE MUERTE EN ANCIANOS HIPERTENSOS

L.A. VARA GONZÁLEZ (1), P. MUÑOZ CACHO (2), S.M. VELILLA ZANCADA (3), M. OSORIO SOLAR (4).

(1) CENTRO DE SALUD CASTILLA-HERMIDA. SANTANDER. (2) TÉCNICO EN SALUD PÚBLICA. SANTANDER.
(3) CENTRO DE SALUD CENTRO. SANTANDER. (4) CENTRO DE SALUD DÁVILA. SANTANDER.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA, MORTALIDAD, ANCIANOS

RESUMEN:

Propósito de estudio: Determinar el papel pronóstico de la hipotensión ortostática sobre la mortalidad por todas las causas en ancianos hipertensos.

Métodos usados: Se incluyó en el estudio a un grupo de 295 hipertensos de 65 años o más tratados en atención primaria a los que se midió la presión arterial en sedestación y tras 1 y 5 min de bipedestación entre enero de 1999 y marzo de 2000. Todas las mediciones se realizaron a pacientes que podían desplazarse hasta el centro de salud. Se realizó un seguimiento posterior de $7,9 \pm 2,3$ años de media.

Resultados: La media de edad de los pacientes fue de $73,8 \pm 5,9$ años (rango: 65-94), el 36,9% eran varones, presentaban alguna enfermedad cardiovascular el 20,0% y diabetes mellitus el 22,0%. El 86,8% de los pacientes tomaban algún fármaco antihipertensivo. La hipotensión ortostática estaba presente en el 14,6% de la muestra inicial. Se produjeron 115 fallecimientos durante un seguimiento de 2.314 personas/año (38,9% de los pacientes). En el análisis de regresión de Cox la presencia de hipotensión ortostática no estaba asociada a la mortalidad por todas las causas, hazard ratio ajustada 0,64 (IC95%: 0,37-1,12).

Conclusiones: La presencia de hipotensión ortostática es frecuente en ancianos hipertensos pero no es un factor predictor de muerte en este grupo de pacientes, en que, por otra parte, la mortalidad fue muy elevada ya que fallecieron 2 de cada 5 pacientes incluidos.

PÓSTER Nº: 218

FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN EL ICTUS

D. VICENTE NAVARRO (1), M. PIEDECAUSA SELFA (1), J.C. ESCRIBANO STABLÉ (1),
M. MONTESINOS ALDEGUER (1), E. LORENZO SERRANO (1), M. SEMPERE ORTS (1), C. DOMENECH (1),
F. BONILLA ROVIRA (1), A. MARTÍN HIDALGO (1).

(1) HGUE. ELCHE.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ICTUS, FACTORES DE RIESGO, MORTALIDAD

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La mortalidad por Ictus supone en España la segunda causa de muerte, después de la cardiopatía isquémica a pesar de la tendencia decreciente de las cifras de mortalidad en los últimos años. La OMS predice un incremento la incidencia Ictus en los próximos años, por lo que se hace necesario analizar los factores que más influyen en la mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro hospital durante el periodo de enero a junio de 2010 con el diagnóstico de Ictus. Revisión de las historias clínicas con registro de variables demográficas, tipo de Ictus, factores de riesgo y Presión arterial determinada tanto en urgencias durante el ingreso. Evaluación de la mortalidad intrahospitalaria y durante el primer año. Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba de chi-cuadrado y las cuatitativas mediante t de Student. El estudio de las variables independientes en relación con la mortalidad al año se realizó mediante regresión logística. Se empleó el programa SPSS versión 17.0.

RESULTADOS

Analizamos las historias de 103 pacientes ingresados (48 hombres y 55 mujeres) diagnosticados de ictus durante el período estudiado. La edad media fue de 78,5 años (DE 7,4). Los subtipos etiológicos de infarto cerebral incluían: 46,2% ictus isquémicos de origen aterotrombótico, 21,5% cardioembólico, 14% infarto lacunar y el 16 % hemorrágicos. La mortalidad intrahospitalaria del período estudiado fue del 18% (18 pacientes), de los cuales 9 eran ictus hemorrágicos, 4 cardioembólicos y 5 aterotrombóticos). La mortalidad un año después del alta fue del 25,5 %. Las variables que se relacionaron de forma independiente con la mortalidad al año fueron la TAS media durante el ingreso > 140 mmHg (p=0,005) y la dislipemia (p=0.025).

CONCLUSIONES

La mortalidad intrahospitalaria por Ictus en nuestra muestra es superior a la de otras series en las que oscila como media entre el 8%-14%. En pocos estudios se analiza la presión arterial en la fase aguda del Ictus y actualmente existe controversia al respecto del excesivo control. Es importante conocer los factores de riesgo relacionados con la mortalidad, para realizar así un manejo asistencial y terapéutico adecuado e intentar disminuirla.

PÓSTER Nº: 219

CISTATINA C Y RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

L. VIGIL MEDINA (1), M. LOPEZ JIMENEZ (1), E. CONDÉS (1), R. GARCÍA CARRETERO (1),
C. RODRIGUEZ (1), M. VARELA ENTRECANALES (1), C. FERNANDEZ MEJÍAS (1), J. RUIZ GALIANA (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: CISTATINA C, CREATININA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

RESUMEN:

OBJETIVOS: La cistatina C se ha postulado como un parámetro de medición de la función renal más fiable que la creatinina sérica, estando menos influenciado que ésta por la dieta y la masa muscular. Nuestro objetivo fue el analizar la utilidad de la cistatina C, en comparación con la creatinina, como factor pronóstico en el desarrollo de insuficiencia renal crónica (IRC), en un grupo de pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial.

MATERIAL: Estudio de cohortes, incluyendo a 1221 pacientes (51% varones), con una edad de 55±14 años, remitidos a nuestra Consulta de HTA y con un seguimiento medio de 25.5±13 meses (rango de 1 a 52 meses). En todos ellos se realizó en la visita basal una historia clínica, exploración física y analítica rutinaria incluyendo los niveles séricos de cistatina C (nefelometría, Behring). El calculo de la función renal (FR) se realizó por la estimación del filtrado glomerular (FG-e) mediante las formulas de la Chronic Kidney Disease-Epidemiologic Collaboration (CKD-EPI), basadas en la creatinina sérica y en la cistatina-C ($76 \times [\text{cistatina}]^{**} - 1.19$). Definimos la aparición de IRC el alcanzar un FG-e por EPI-creatinina < 60 ml./min./1.73 m.², confirmado en una 2ª ocasión.

RESULTADOS: Los parámetros basales de FR fueron, creatinina: 0,88±18 mg./dl., cistatina C: 0.85±19 mg./dl., FG-e (EPI-creatinina): 88±16 ml./min., FG-e (EPI-cistatina C): 97±24 ml./min. y albuminuria: 20±57 mg./gr. de creatinina. La TAS fue 143±18 y la TAD 81±11 mm. Hg. El IMC fue 30±6 y el perímetro abdominal 100±12 cm. El promedio de fármacos anti-hipertensivos fue de 1,5, de los cuales un 57% incluían un inhibidor del sistema renina-angiotensina (SRA) y un 29% un diurético. Un 15% de los pacientes estaban diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2. 80 pacientes (7,5%) desarrollaron IRC durante el periodo de seguimiento (0.04 casos /año). En el análisis multivariante (regresión logística) los factores predictores independientes de desarrollar IRC fueron: la edad (OR = 1.032, IC 95%: 1.008-1.057, P = 0.008), la cifras de albuminuria (OR = 1.003, IC 95%: 1.000-1.006, P = 0.043), el FG-e por creatinina (OR = 0.924, IC 95%: 0.897-0.950, p < 0.0001) y el FG-e por cistatina C (OR = 0.979, IC 95%: 0.964-0.944, P = 0.006), quedando excluidos en el modelo final el resto de factores analizados (sexo, DM, IMC, uso de inhibidores del SRA y TAS). En la regresión de Cox, incluyendo en el modelo todos los anteriores factores con influencia en la función renal, los predictores independientes de desarrollar IRC fueron la edad (HR = 1.041, IC 95%: 1.017-1.065, P = 0.001), la albuminuria (HR = 1.003, IC 95%: 1.001-1.005, P = 0.010), el FG-e por creatinina (HR = 0.919, IC 95%: 0.895-0.945, P < 0.0001) y el FG-e por cistatina C (HR = 0.983, IC 95%: 0.969-0.968, P = 0.024).

CONCLUSIONES: En nuestro grupo de pacientes con HTA esencial, la cistatina C predijo de forma independiente de la creatinina sérica la evolución a IRC. La determinación de la cistatina C puede resultar por tanto un instrumento útil en la estimación del pronóstico renal de estos pacientes y en prevenir su desarrollo mediante medidas terapéuticas más intensas en caso de estar elevada, aún en presencia de cifras normales de creatinina.

PÓSTER Nº: 220

**ANÁLISIS DE LA REPRODUCIBILIDAD DE LAS MEDIDAS DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN
PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR**

E. VINYOLES BARGALLÓ (1), X. MARTÍN FERNÁNDEZ (1), M. ALONSO BECERRA (1), L. RÍOS ALVAREZ (1),
S. SUÁREZ MUIÑOS (1), N. OLONA TABUENA (2), S. CALVET JUNOY (1), C. PAREJA ROSSELL (1).

(1) CAP LA MINA. SANT ADRIÀ DE BESÒS. (2) ÀMBIT DE BARCELONA. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ÍNDICE TOBILLO BRAZO, VARIBILIDAD, ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

RESUMEN:

Propósito del estudio.

El objetivo de este estudio es analizar la reproducibilidad de la medida del índice tobillo-brazo (ITB) en pacientes con riesgo cardiovascular (RCV).

Métodos usados.

Estudio de intervención diagnóstica con muestreo a conveniencia de pacientes atendidos en un centro de salud urbano.

Población de estudio: pacientes con más de un factor de RCV o que hayan presentado infarto o ictus. Se excluyen pacientes con arritmias (fibrilación auricular), arteriopatía periférica (claudicación intermitente).

Intervención: medida automatizada del ITB (derecho e izquierdo) con un equipo oscilométrico validado (Microlife Watch BP office, modelo Twin 200ABI) en dos visitas (ITB1 y ITB2) separadas < 10 días. Se definió mala concordancia cuando $ITB1 - ITB2 > 0,1$ (en valor absoluto) y / o hubo un cambio de clasificación diagnóstica.

Análisis: índice de correlación intraclase (ICC), índice kappa, gráficos de Bland-Altman. Variables asociadas a mala concordancia.

Resultados.

Se incluyeron a 102 pacientes; 54% mujeres. Media de índice de masa corporal 31,5 (DE 6,2), PA 136 (17)/ 76 (9,4) mmHg. Fumadores activos 22%; Diabetes 50%; hipertensión 86%; enfermedad coronaria 12,7%; ictus 10,8%. Presentaban edemas en extremidades inferiores el 14%. Todos el pacientes tomaban tratamientos relacionados con factores RCV.

ITB patológico: media de ITB derecho 3,9% y ITB izquierdo 6,9%. En el 53,5% y el 51% de los casos hay mala concordancia entre la ITB1 y la ITB2 derecho e izquierdo respectivamente. Los ICCs fueron 0,48 y 0,58 para el ITB derecho e izquierdo, respectivamente. En el análisis bivalente no hubo diferencias significativas entre los pacientes con buena concordancia comparado con los de mala concordancia.

Conclusiones.

En nuestra muestra, la reproducibilidad de la medida del ITB mediante la medida automatizada oscilométrica en pacientes con RCV es baja. Es necesario evaluar sus causas y tener en cuenta esta variabilidad en nuestra práctica clínica.

SÍNDROME METABÓLICO DIABETES Y PREDIABETES

PÓSTER Nº: 221

LOS PACIENTES DIABETICOS OBESOS E HIPERTENSOS TIENEN UNA RIGIDEZ ARTERIAL MAYOR QUE LOS OBESOS NO DIABETICOS A PESAR DE UN CONTROL ADECUADO DE LAS GLUCEMIAS Y DE LAS TENSIONES ARTERIALES

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), R. FERNANDEZ GONZALEZ (2),
S. GARCIA RUIZ (1), S.J. GONZALEZ (1).

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALBACETE.
(2) CENTRO DE SALUD DE VILLAROBLEDO. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, PRESIONES CENTRALES, RIGIDEZ ARTERIAL

RESUMEN:

INTRODUCCION: Ya es ampliamente conocido que los pacientes diabéticos (PD) con hipertensión arterial, tienen un riesgo cardiovascular elevado, lo que se incrementa si además son obesos. Sin embargo, no tenemos mucha información acerca de la rigidez arterial de estos pacientes ni del comportamiento de las presiones centrales.

OBJETIVOS: en el presente estudio hemos evaluado la rigidez arterial y las presiones centrales en pacientes hipertensos diabéticos obesos y no obesos con control adecuado de de las cifras de tensión arterial y glucemias.

MATERIAL Y METODOS: Hemos estudiado 38 PD (edad 52±6 años, 18 mujeres y 20 hombres) con cifras de TA en consulta menores de 130/80 mmHg, HbA1c igual o menor de 7 e índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 29 y los hemos comparado con otro grupo de 60 hipertensos diabéticos de similar edad (54±5 años, 28 mujeres y 32 hombres), con IMC < 29 y similares tensiones arteriales y Hb A1c en consulta. En todos se realizó un estudio de MAPA de 24 hs., para valorar la presión braquial sistólica y diastólica (PBS/PBD) y se midieron el índice de aumento (IA) y las presiones centrales sistólica y diastólica (PCS,PCD). Los **RESULTADOS** de ambos grupos se compararon y se muestran en la siguiente tabla:

DATOS	MAPA PBS/PBD	PCS	PCD	IA
DIABETICOS OBESOS	135±4/87±4*	129±5*	86±3*	24±2*
DIABETICOS NO OBESOS	133±3/82±2	112±3	77±4	17±3

*significa valor de p menor de 0.05.

CONCLUSIONES: los pacientes diabéticos hipertensos obesos, tienen unas tensiones centrales significativamente mayores que los diabéticos no obesos al igual que un índice de aumento incrementado, indicando que a pesar de estar aparentemente bien controlados por presiones braquiales, siguen teniendo unos signos de riesgo vascular elevados, lo que debe prevenirnos para buscar medios de mejorar el control de estos pacientes.

PÓSTER Nº: 222

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN SÍNDROME METABÓLICO

E. CABRERIZO CÓMITRE (1), S. DOMÍNGUEZ CAMACHO (1), S. CABRERIZO DOMÍNGUEZ (2),
J.A. GONZÁLEZ CORREA (3), J.J. REYES DE LA VEGA (3), J.P. DE LA CRUZ CORTÉS (3).

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA (CLÍNICO). MÁLAGA. (2) CENTRO DE SALUD SANTA BÁRBARA.
RONDA (MÁLAGA). (3) DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA Y TERAPÉUTICA - UNIVERSIDAD DE
MÁLAGA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: EDUCACIÓN, SÍNDROME METABÓLICO, CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

RESUMEN:

Propósito del estudio: El incumplimiento terapéutico es un problema importante, bien documentado en patologías crónicas como síndrome metabólico. Se pretende comprobar si una intervención educativa mejora el cumplimiento y de forma secundaria, si mejora el control clínico de los pacientes.

Métodos usados: Estudio cuasi-experimental. Se estudian pacientes de una consulta de Medicina Interna que cumplan criterios: Inclusión: Pacientes con síndrome metabólico (NCEP/ATP III 2001, revisados 2005) seguidos al menos un año antes de la fecha de inclusión con al menos tres visitas en ese periodo. Periodo de inclusión: 6 meses. Exclusión: Fallecidos en el periodo; no cumplan número mínimo de visitas o no concedan consentimiento. Variables: Edad, sexo, diagnósticos, control clínico, fármacos (total y número de tomas), prescripción de dieta y ejercicio, medida del cumplimiento, estimación del prescriptor. Procedimiento: Primera fase: A los que cumplen los criterios de inclusión se les efectúa test de Haynes-Sackett. A los incumplidores se les asigna ("no adherentes") aleatoriamente al estudio de forma secuencial (Uno sí, uno no). Segunda fase: Intervención educativa sobre el grupo asignado: Una enfermera efectúa entre 3 y 6 semanas de la primera visita una llamada telefónica para una entrevista centrada en informar sobre incumplimiento, sus causas y analizar sus posibles soluciones. Tercera fase: Análisis de cumplimiento en consulta, a los 3 meses de intervención. Análisis estadístico: (SPSS). Variables dependientes, cumplimiento terapéutico y control del paciente.

Resultados: Se estudian 110 pacientes; asignando 55 pacientes a cada grupo (intervención-no intervención). Ambos grupos son homogéneos salvo mayor presencia de diabéticos (59.3% vs 40.7%) en el grupo de no intervención. Los parámetros de control clínico (Índice de masa corporal, circunferencia abdominal, tensión arterial sistólica, diastólica, colesterol LDL, HDL, triglicéridos, HbA1c, filtración glomerular y excreción urinaria proteínas) se pasan a una escala numérica de 0 (peor control) a 28 (mejor) para comparar los resultados entre los grupos. El control previo a la intervención es similar en ambos grupos. Respecto a la mejora del cumplimiento tras la intervención, hay una tendencia, (61% intervención vs 39% no intervención), que no llega a ser estadísticamente significativa ($p = 0.064$). Respecto al control clínico, existe una diferencia significativa ($p = 0.043$) entre grupos, aunque no se produce un cambio de categoría en relación al control tras la intervención. Se aprecian diferencias en relación con el control alcanzado entre pacientes cumplidores frente a los que no lo son ($p = 0.004$). Se observa influencia estadísticamente significativa sobre el cumplimiento con el número de

medicamentos; y sobre el control de la enfermedad, con la presencia de las distintas entidades del síndrome metabólico.

Conclusiones: 1- La intervención educativa en incumplidores con síndrome metabólico no mejora el cumplimiento, aunque se observa una diferencia estadísticamente significativa en relación a un mejor control de la enfermedad. 2- El control es menor cuantas más patologías aparecen; y es mejor a mayor cumplimiento. 3- Son necesarias otras estrategias para mejorar el cumplimiento, al no ser suficiente este modelo de intervención educativa.

PÓSTER Nº: 223

ESCALA DE CONTROL CLÍNICO PARA SÍNDROME METABÓLICO

E. CABRERIZO CÓMITRE (1), S. DOMÍNGUEZ CAMACHO (1), S. CABRERIZO DOMÍNGUEZ (2),
J.A. GONZÁLEZ CORREA (3), J. MUÑOZ MARÍN (3), J.A. LÓPEZ VILLODRES (3).

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA (CLÍNICO). MÁLAGA. (2) CENTRO DE SALUD SANTA BÁRBARA.
RONDA (MÁLAGA). (3) DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA - UNIVERSIDAD DE
MÁLAGA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, ESCALA, CONTROL

RESUMEN:

Propósito del estudio: Proporcionar una herramienta de medición del control clínico en el síndrome metabólico.

Métodos usados: En un estudio diseñado para valorar la influencia de una intervención educativa sanitaria sobre el cumplimiento terapéutico y el control clínico en pacientes con síndrome metabólico, se diseñó una escala para codificar dicho grado de control clínico que permitiera la comparación entre el grupo de intervención y el de no intervención.

A una población de 110 pacientes incumplidores (mediante el test de Haynes-Sackett) se les asignó de forma aleatoria a un grupo de intervención educativa o un grupo sin intervención (55 a cada uno). La intervención consiste en que una enfermera efectúa entre 3 y 6 semanas de la primera visita una llamada telefónica para una entrevista centrada en informar sobre incumplimiento, sus causas y analizar sus posibles soluciones. A los tres meses de esa intervención se revisa al paciente en consulta, analizándose su cumplimiento y el grado de control clínico. Se efectúa análisis estadístico (SPSS) siendo variable dependiente el cumplimiento terapéutico.

La escala de control agrupa los distintos ítems del síndrome metabólico, eligiéndose parámetros de fácil registro, objetivos y cuantificables. Los parámetros elegidos son: Índice de masa corporal, circunferencia abdominal, tensión arterial sistólica, diastólica, colesterol LDL, HDL, hemoglobina glicosilada, filtración glomerular estimada (MDRD) y proteinuria (excreción en micción aislada, en mg/g de creatinina). Cada ítem tiene una equivalencia en una escala de 0 al 3 (Ejemplo: Índice de masa corporal, 18.5-25 Kg/m², 3; >25-<30, 2; >30-<35, 1; >35, 0) menos colesterol HDL que es 0 (Mujeres < 50, varones <40) ó 1 (>50, >40 respectivamente). La puntuación mínima es 0 (peor control posible) y la máxima 28 (control óptimo). Se pueden establecer unas categorías según puntuación: Control óptimo 24-28 puntos, bueno 17-24, malo 12-17, muy malo <12.

Resultados: El control previo a la intervención es similar en ambos grupos (Grupo de no intervención, puntuación de 19.6 ± 3.71, grupo de intervención, 19.8 ± 3.10, diferencia no significativa). Respecto a la mejora del cumplimiento tras la intervención, hay una tendencia, (61% intervención vs 39% no intervención), que no llega a ser estadísticamente significativa (p = 0.064). Respecto al control clínico, existe una diferencia significativa (No intervención 19.48 ± 3.56; intervención 20.93 ± 3.48; p= 0.043) entre grupos, aunque no se produce un cambio de categoría en relación al control tras la intervención.

Conclusiones: Se propone una escala de control clínico en el síndrome metabólico de fácil cumplimentación y amplias posibilidades de aplicación (Estudios epidemiológicos, ensayos clínicos, etc...).

PÓSTER Nº: 224

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE RIESGO
CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE NIVEL 4**

J.A. CARMONA ALVAREZ (1), A. GARCÍA OLID (1), R. CUENCA ACEVEDO (1), C. DELGADO GORDILLO (1),
M. CAMACHO FERNANDEZ (1), J.M. GARCÍA QUINTANA (1), C. RUBIO SANCHEZ (1), P. GIL LOPEZ (1),
L. MARTOS MELGUIZO (1).

(1) HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR. ANDÚJAR.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: RIESGO VASCULAR, HOSPITAL NIVEL 4, CARACTERÍSTICAS

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años estamos presenciando un cambio de mentalidad en la forma de aproximarnos a la asistencia/tratamiento de los pacientes con elevado RCV, pasando de una visión compartimental a una global/integral gracias a los resultados de algunos estudios entre los que destaca el steno-2 o el MIRVAS.

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Conocer el origen y características de los pacientes atendidos en un año en una consulta específica de riesgo cardiovascular (RCV) en un hospital de nivel 4.

MÉTODOS USADOS:

Realizamos un estudio descriptivo de las características basales de una muestra aleatoria (1/10) de los pacientes atendidos en nuestra consulta de RCV durante el año 2009. Las variables evaluadas incluían origen, comorbilidad, variables antropométricas y de laboratorio. Elaboramos una base de datos y la analizamos con el programa SPSS 12.0

RESULTADOS:

Durante el año 2009 atendimos un total de 866 pacientes que generaron 1201 consultas. La edad media fue de 67.3 años, el 53% eran varones y un 62% habían sufrido al menos un evento cardiovascular. La procedencia de los pacientes era variada: 32.1% de planta de MI, 13.6% de CCEE de MI, 19.8% de Atención Primaria, 12.3% de Cardiología, 9.9% de Oftalmología, 7.4% de Urgencias y 4.9% de Anestesia.

Como era de esperar los pacientes valorados en nuestra consulta eran pacientes de riesgo alto-muy alto. El 62% ya habían sufrido al menos un evento cardiovascular, fundamentalmente en territorio cerebrovascular (42%). Un 28.4% presentaba insuficiencia renal crónica con FG <60 ml/min/1.73m². 2/3 cumplían criterios de síndrome metabólico, el 67.9% eran diabéticos (un 61% con HbA1C>7%), el 85% hipertensos (TA media 147/77) con un 26% de HVI por criterios electro o ecocardiográficos, menos del 10% realizaba una actividad física adecuada (>4h/sem). El 45% tenía niveles de cLDL > 100mg/ml, aunque curiosamente este porcentaje era mejor en los diabéticos (39%). Prácticamente 1 de cada 4 sufría IC clínicamente significativa, una amplia mayoría diastólica. Casi el 10% presentaba FA.

Los fármacos antihipertensivos más utilizados fueron los IECAs-ARA2 (78.5%) seguidos por diuréticos (56.9%), antagonistas del calcio (39.2%) y betabloqueantes (21.8%). El 46.9% de los pacientes tomaba

AAS y el 23.5% clopidogrel. Entre los hipolipemiantes, menos del 70% de los pacientes estaba tomando estatinas, un 8.6% fibratos y un 6.1% ezetimibe. La metformina (54.5%) y la insulina (45.5%) eran la base del tratamiento hipoglucemiante.

CONCLUSIONES

La patología cardiovascular representa una parte importante de la atención prestada por un servicio de Medicina Interna en un Hospital de nivel 4. La mayoría de nuestros pacientes proceden del propio Hospital, menos de un 20% fueron remitidos desde A.Primaria. Son pacientes con una alta carga de enfermedad cardiovascular y, a pesar de proceder de especialidades concienciadas con el riesgo vascular y recibir abundante tratamiento, la consecución de objetivos era subóptima.

PÓSTER Nº: 225

**CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS EN LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR
ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL 4**

R. CUENCA ACEVEDO (1), A. GARCÍA OLID (1), J.A. CARMONA ALVAREZ (1), J.M. GARCÍA QUINTANA (1),
M. CAMACHO FERNÁNDEZ (1), C. DELGADO GORDILLO (1), C. RUBIO SÁNCHEZ (1),
L. MARTOS MELGUIZO (1), P. GIL LÓPEZ (1).

(1) HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR. ANDÚJAR.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: CONTROL, RIESGO VASCULAR, HOSPITAL NIVEL 4

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Estudios como el STENO-2 y el MIRVAS ponen de manifiesto el gran beneficio que, sobre la morbimortalidad, supone el abordaje integral de los pacientes con alto riesgo cardiovascular (RCV). Con esta filosofía pusimos en marcha la consulta de RCV en un hospital de nivel 4. En la búsqueda de la excelencia es fundamental la medición de resultados para ir ajustando nuestra actividad e introducir mejoras que permitan que se alcancen los objetivos.

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Valorar el resultado de una intervención global sobre la consecución de objetivos en pacientes con riesgo cardiovascular (RCV) alto-muy alto atendidos en una consulta específica de RCV en un hospital de nivel 4 así como detectar áreas de mejora en la atención que prestamos a nuestros pacientes.

METODOS UTILIZADOS:

Realizamos un estudio observacional de seguimiento de los pacientes atendidos en nuestra consulta específica de RCV analizando el resultado de una intervención multifactorial. Procedimos a un muestreo sistemático (1/10) de los pacientes atendidos en la consulta de RCV durante el año 2009. Las variables evaluadas incluían origen, comorbilidad, variables antropométricas y de laboratorio. Realizamos el seguimiento clínico y analítico durante un año. Elaboramos una base de datos y la analizamos con el programa SPSS 12.0

RESULTADOS:

Durante el año 2009 atendimos un total de 866 pacientes que generaron 1201 consultas. La edad media fue de 67.3 años, el 53% eran varones y un 62% habían sufrido al menos un evento cardiovascular.

A su llegada a nuestra consulta la HbA1C media era de 7.75 ± 1.67 ; el 17,02% de los diabéticos tenían una HbA1C < 6.5 , el 21.27% HbA1C 6.5-7, un 21.27% HbA1C 7-8 y el 40.42% HbA1C > 8 . Al año la HbA1C media era de 6.9 ± 1.3 (p 0.01 vs basal); el 37.2% de los diabéticos tenían una HbA1C < 6.5 , el 18.6% HbA1C 6.5-7, un 23.25% HbA1C 7-8 y el 20.9% HbA1C > 8 .

Respecto al control lipídico (mg/dL): a su llegada el CT medio era de 182.51 ± 58.2 , LDL 101.74 ± 36.8 , HDL 48.01 ± 12.7 , TG 149.28 ± 75.4 . El 45.45% tenía un LDL > 100 y el 41.02% unos TG > 150 . Al año los niveles medios de CT eran de 159.6 ± 34.9 (p 0.003), LDL 85.3 ± 29.5 (p 0.001), HDL 49.7 ± 13.4 (NS), TG 126.4 ± 70.9 (p 0.063). El 25.8% tenía un LDL > 100 y el 23.8% unos TG > 150 .

La TA sistólica (mmHg) pasó de 147.61 ± 24.05 a 135.8 ± 20.2 ($p < 0.001$) y la TA diastólica de 77.05 ± 10.9 a 71.6 ± 11.9 ($p < 0.001$)

El peso medio (Kg) pasó de 81.59 ± 16.79 a 76.98 ± 13.08 sin que las diferencias fueran significativas

CONCLUSIONES:

Al año de seguimiento se consiguió una mejoría significativa en el control de la diabetes, tensión arterial y lípidos así como un descenso de 4.5 Kg de peso aunque este último no fue significativo. A pesar de ello aún teníamos un 25% de pacientes con $LDL > 100$ y un 21% con $HbA1C > 8\%$.

En comparación con el estudio MIRVAS (a 3 años) nuestros pacientes eran mayores (67 vs 55), más obesos, con mayor TA sistólica basal y menores niveles de HbA1C y LDL. Conseguimos una mayor descenso de HbA1C, similar control lipídico pero menor control tensional tanto de TA sistólica como de diastólica

PÓSTER Nº: 226

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO 2**

A. EGEA RONDA (1), F.J. MORALES OLIVAS (2), L. ESTAÑ YAGO (2), R. BELMONTE GARCÍA (3).

(1) CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGEMESÍ. ALGEMESÍ, VALENCIA. (2) DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA. VALENCIA. (3) HOSPITAL MARINA ALTA DE DENIA, UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA. DENIA, VALENCIA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES TIPO 2, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La diabetes tipo 2 es una epidemia de alcance mundial. Muchos estudios han demostrado que el control estricto de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como la HTA, la dislipemia, la obesidad y el tabaquismo, además de la hiperglucemia, en estos pacientes reduce la morbi-mortalidad.

Diferentes sociedades científicas han desarrollado guías de actuación integral en el paciente diabético con unos objetivos claros y estrictos de control de los diferentes FRCV.

Nuestros objetivos son describir los FRCV en los pacientes diabéticos tipo 2 del departamento de salud de la Ribera, Comunidad Valenciana, y los medicamentos utilizados para su tratamiento, y analizar la adecuación de este tratamiento a las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

MÉTODOS USADOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal, multicéntrico, basado en los datos recogidos en las historias clínicas y entrevista personal con los pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a las consultas de Atención Primaria en el Departamento de Salud de la Ribera, Valencia. Se seleccionó una muestra de 388 pacientes de los cuales registramos datos antropométricos, analíticos, FRCV, antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV), grado de control de los diferentes FRCV y medicamentos utilizados.

RESULTADOS

La recogida de datos tuvo lugar entre Octubre de 2007 y Enero de 2009. Se estudiaron 388 pacientes de 8 centros de salud diferentes. La media de edad fue de 68,8 ±10,5. El 78,4% eran hipertensos, el 68,6% dislipémicos, el 46,9% obesos y el 14,4% fumadores activos; solo un 3,4% de los diabéticos no tenían otro FRCV asociado a la diabetes. El 28,6% tenían antecedente de ECV, la más frecuente la de origen cardíaco.

El 28,1% de los pacientes tenían la HbA1c por debajo de 7%; casi la mitad de la muestra estaba tratada con un solo fármaco para controlar la hiperglucemia, el más frecuente la metformina (MTF); el 44% con dos fármacos, la asociación más usada metformina con sulfonilurea; En cuanto a la HTA, solo un 23,2% conseguían el objetivo de TA<130/80mmHg. IECA y ARA II fueron los antihipertensivos más utilizados en monoterapia. La combinación más frecuente fue la de ARA II con diurético. De los pacientes no controlados más del 60% estaban tratados con uno o dos fármacos. En cuanto a la

dislipemia, solo un 38,1% mantenían LDL por debajo de 100mg/dl como aconseja la guía de la ADA. De los que no conseguían el objetivo un 34% no reciben tratamiento y casi la mitad estaban tratados con estatinas, sobre todo a dosis bajas. La estatina más utilizada fue la atorvastatina (20,4%) seguida de simvastatina (12,6%) y pravastatina (8,2%). El 54% de la muestra no recibía antiagregantes. Estaban antiagregados prácticamente la totalidad de los pacientes con antecedentes de ECV (prevención secundaria) y solo un 25% de los que no tenían antecedentes (prevención primaria).

CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes con DM tipo 2 tienen otros FRCV asociados, siendo los más frecuentes la HTA y la dislipemia. El grado de control de los FRCV es pobre. Los medicamentos utilizados para ello suelen ser los recomendados por las guías pero a dosis menores de las necesarias o en menor número de lo que sería necesario.

PÓSTER Nº: 227

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y FARMACOLÓGICA DE PACIENTES CON PIÉ DIABÉTICO A SU LLEGADA A UN MEDIO HOSPITALARIO

F. BATISTA GARCÍA (1), S. SURIA GONZÁLEZ (1), N. ESPARZA MARTÍN (1), P. BRAILLARD POCARD (1), M. RIAÑO RUIZ (2), M. HERNÁNDEZ (3), A.Y. SÁNCHEZ SANTANA (1), A. RAMÍREZ PUGA (1), E.J. FERNÁNDEZ TAGARRO (1), M.D. CHECA ANDRÉS (1).

- (1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.
(2) SERVICIO DE BIOQUÍMICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.
(3) UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MEDICINA TROPICAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: PIÉ DIABÉTICO, DIABETES, INSUFICIENCIA RENAL

RESUMEN:

Introducción: Los pacientes con pié diabético presentan frecuentemente otras complicaciones diabéticas y su presencia se asocia a un aumento de su mortalidad. Recientemente se ha demostrado que el tratamiento cardiovascular agresivo disminuye la morbi-mortalidad de estos pacientes.

Objetivos: 1) Caracterización clínica, bioquímica y farmacológica de pacientes con pié diabético a su llegada a un medio hospitalario 2) Valoración del grado de cumplimiento de los consensos en prevención secundaria. 3) Estudiar las diferencias entre los pacientes con pié diabético con/sin insuficiencia renal crónica (IRC).

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo transversal de 129 pacientes con pié diabético a su llegada a un medio hospitalario. De todos los pacientes se recogieron sus datos clínicos, su hemograma y bioquímica y el tratamiento que tomaban. Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron 129 pacientes ($63,02 \pm 13,49$ años), 80 hombres y 49 mujeres, IMC $33,26 \pm 5,64$ kg/m², el 71,3% tenían HTA, el 23,3% eran fumadores activos, HbA1C: $8,74 \pm 2,23$ %, LDL: $90,06 \pm 35,58$ mg/dl, triglicéridos: $151,84 \pm 82,49$ mg/dl. Respecto a su tratamiento, el 64,3% estaban con insulina y el 43,4% con antidiabéticos orales. El 52,7% de los pacientes tomaban estatinas, el 1,6% fibratos, el 13,2% alopurinol, el 21,7% calcioantagonistas, el 38,8% diuréticos, el 14,7% betabloqueantes, el 24,8% IECAs, el 30,2% ARA-II y el 55,8% estaban antiagregados.

Al comparar a los pacientes con MDRD4 < 60 ml/min (n = 31) respecto a los pacientes con MDRD4 ≥ 60 ml/min se encontró que eran de mayor edad ($70,52 \pm 10,87$ vs $60,04 \pm 12,64$ años, p = 0,000), tenían menores niveles de HbA1C ($7,94 \pm 1,75$ vs $9,65 \pm 2,36$ %, p = 0,009), Hb ($10,62 \pm 1,79$ vs $12,33 \pm 1,96$ g/dl, p = 0,000) y Hto ($31,71 \pm 5,77$ vs $36,04 \pm 5,46$ %, p = 0,001) y mayores niveles de K⁺ ($4,77 \pm 0,56$ vs $4,52 \pm 0,39$ mmol/l, p = 0,027), úrico ($6,86 \pm 2,16$ vs $4,67 \pm 1,18$ mg/dl, p = 0,000) y ADE (ancho de distribución eritrocitario) ($16,93 \pm 3,75$ vs $14,16 \pm 2,53$ %, p = 0,000). Respecto al tratamiento, mayor número de pacientes con MDRD4 ≥ 60 ml/min no tomaban alopurinol (p = 0,033) no existiendo diferencias en el resto de tratamientos.

Conclusiones: Los pacientes con pié diabético que llegan a un medio hospitalario son frecuentemente hipertensos y presentan glucemias mal controladas. El porcentaje de pacientes con pié diabético que

recibe tratamiento con estatinas, IECAs, ARA-II o antiagregación está lejos de lo aconsejado en prevención secundaria. Los pacientes con pie diabético e IRC se caracterizan por ser de mayor edad y tener mayor ADE.

PÓSTER Nº: 228

GRADO DE CONSECUCCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACION DE DIABETES AMERICANA-2011 EN LA POBLACIÓN DIABETICA DE UNA MUESTRA POBLACIONAL. ESTUDIO HERMEX

M. CORRALIZA MORCILLO (1), F.J. FELIX REDONDO (2), S. GARCIA GONZALEZ (1), M.V. COLLADO (1), R. ZARALLO REALES (1), E. VILLANUEVA LEDESMA (1), D. FERNANDEZ-BERGES GURREA (3), P. ALVAREZ-PALACIOS ARRIGHI (3), V. TEJERO CALDERON (3), Y. MORCILLO YEDRO (3).

(1) UNIDAD DOCENTE MFYC AREA DON BENITO-VILLANUEVA. DON BENITO.

(2) C. S. VILLANUEVA NORTE. VILLANUEVA DE LA SERENA.

(3) UNIDAD DE INVESTIGACION AREA DON BENTO-VILLANUEVA. VILLANUEVA DE LA SERENA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, CALIDAD, ATENCION SANITARIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Anualmente la Asociación de Diabetes Americana (ADA) publica unos estándares de adecuada atención de los pacientes diabéticos basada en la evidencia. Ha sido nuestro objetivo determinar el grado de cumplimiento de 5 de estas recomendaciones (hemoglobina glucosada, presión arterial, colesterol, consumo de tabaco y uso de antiagregación) en los pacientes diagnosticados de diabetes de un estudio poblacional.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra seleccionada aleatoriamente entre 25 y 74 años, de base poblacional, representativa de un área de salud de Badajoz. Se recogieron antecedentes de enfermedad y factores de riesgo cardiovascular. Se midió la presión arterial (PA) y el índice tobillo-brazo. Se extrajo muestra sanguínea en ayunas y se recogió la primera orina matinal. Se consideró buen control una hemoglobina glucosada < 7%, una presión arterial < 130/80 mm Hg, un colesterol LDL < 100 mg/dl (< 70 si antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV)), no fumar y estar antiagregado si tenía antecedentes de ECV manifiesta, subclínica (microalbuminuria, enfermedad arterial periférica, insuficiencia renal estimada) o riesgo estimado de cardiopatía isquémica superior al 10%.

Resultados: La muestra total comprendió 2833 sujetos, de lo que presentaban antecedentes de diabetes 305 (10,8%). Edad media de los diabéticos fue 63,4 años y eran hombres el 48,2%. Grado de control de HbA1c 67,4%, de la PA 19,3%, colesterol-LDL: 24,9%, no fuman 82,1%. Tenían indicación de antiagregación el 53,1% de los que estaban antiagregados el 39,5% (21% del total). Cumplían los 5 criterios: 2% (1,4 en hombres y 2,5 mujeres, p=0,462). Cumplían al menos 4 criterios: 17,7% (12,9% hombres, 22,5% mujeres, p=0,035).

Conclusiones: El grado de cumplimiento de las recomendaciones ADA se consigue en un bajo número de sujetos diabéticos. El control metabólico es el parámetro con mayor consecución. Las mujeres consiguen cumplir más estándares que los hombres.

PÓSTER Nº: 229

INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA PREVALENCIA, CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES EN LA POBLACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO HERMEX

S. GARCIA GONZALEZ (1), F.J. FELIX REDONDO (2), M. CORRALIZA MORCILLO (1), R. ZARALLO REALES (1), E. VILLANUEVA LEDESMA (1), M.V. COLLADO (1), D. FERNANDEZ-BERGES GURREA (3), P. ALVAREZ-PALACIOS ARRIGHI (3), V. TEJERO CALDERON (3), Y. MORCILLO YEDRO (3).

(1) UNIDAD DOCENTE MFYC AREA DON BENITO-VILLANUEVA. DON BENITO.

(2) C. S. VILLANUEVA NORTE. VILLANUEVA DE LA SERENA.

(3) UNIDAD DE INVESTIGACION AREA DON BENTO-VILLANUEVA. VILLANUEVA DE LA SERENA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, EPIDEMIOLOGIA, ATENCION SANITARIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Determinar la influencia de la edad en la prevalencia, grado de conocimiento, tratamiento y control metabólico de la diabetes en una muestra de población general extremeña.

Métodos: Estudio transversal sobre una muestra de 2833 sujetos seleccionada aleatoriamente entre 25 y 74 años, de base poblacional, representativa de un área de salud de Badajoz. Se recogieron antecedentes de diabetes y tratamiento farmacológico. Se extrajo una muestra sanguínea para determinación de la glucemia basal y la hemoglobina glicosilada. Se consideró diagnóstico de diabetes si existía antecedentes de la enfermedad o una glucemia basal ≥ 126 mg/dl y buen control metabólico si la hemoglobina glicosilada era inferior al 7%. Se calculó la prevalencia y la proporción de estas que eran conocidas. También se calculó la proporción de casos tratados con fármacos y controlados entre los conocidos.

Resultados:

	25-34 años n: 407	35-44 años n: 671	45-54 años n: 616	55-64 años n: 502	65-74 años n: 418	75-79 años n: 219	p trend	Total n (%)
Prevalencia (%)	1,7	3,3	10,6	22,7	31,1	28,3	<0,001	400 (14,1)
Conocimiento (%)	57,1	63,6	61,5	75,4	85,4	80,6	<0,001	305 (10,8)
Tratamiento* (%)	75,0	42,9	45,0	66,3	78,4	84,0	<0,001	213 (69,8)
Control* (%)	75,0	85,7	76,9	69,8	62,2	62,0	0,022	205 (67,4)

*Respecto a los sujetos con diabetes conocida

Conclusiones: La prevalencia de diabetes aumenta con la edad exponencialmente. Los casos diagnosticados y tratados también aumentan, pero disminuyen aquellos con buen control metabólico. Es necesario aumentar los esfuerzos en la atención sanitaria para conseguir mantener un buen control metabólico en los diabéticos de más edad.

PÓSTER Nº: 230

INERCIA CLINICA EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABETICOS EN ATENCION PRIMARIA. ESTUDIO PRESIDIABGRA

P. FERNANDEZ LOPEZ (1), F.J. DIAZ SILES (1), A. HERMOSO SABIO (1),
J. GARCIA-VALDECASAS VALVERDE (2).

(1) ZONA BASICA DE SALUD DE LA ZUBIA. GRANADA.

(2) SERVICIO DE NEFROLOGIA.HOSPITAL CLINICO SAN CECILIO. GRANADA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: INERCIA CLINICA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABETICOS, GRADO DE CONTROL DE PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABETICOS, ESTUDIO PRESIDIABGRA

RESUMEN:

INTRODUCCION

En la actualidad la Hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM) son las dos enfermedades responsables del 77 % de la entrada de los pacientes (pts) en tratamiento de diálisis. Un control exhaustivo de los parámetros de control metabólico, lipídico y de la presión arterial es imprescindible para evitar la progresión de la insuficiencia renal en estos pacientes.

PACIENTES Y METODOS

Se estudian a 639 pts (295 hombres y 344 mujeres) mediante un estudio descriptivo observacional, seleccionados íntegramente de los pts con HTA y DM de una zona básica de salud, que presentan ambas patologías a la vez., analizando los siguientes datos extraídos del DIRAYA (Programa informático Andaluz en Atención Primaria) y de la base de datos del Laboratorio del Hospital de referencia: sexo, edad, peso, talla, tensión arterial, glucemia, creatinina sérica, HbA1c, colesterol-T, HDL-col, LDL-col, triglicéridos, microalbuminuria (MAO), cociente MAO/creatinina en orina y fecha del último análisis de control del perfil diabético.

Se toman como valores de referencia de buen control : Glucosa.- < 100 mgr/dl, HbA1c < 7.0 %, IMC < 28.0 en hombres y < 25.0 en mujeres, TAS<135 y TAD <85 mmHg, Colesterol-T < 200mgr/dl, LDL-col < 100 mg/dl, triglicéridos < 150mgr/dl, Albuminuria < 2 mgr /dl, Albumina /creatinina < 30 mg/g.

Estimamos el filtrado glomerular (eFG) calculado con la formula CKD-EPI, considerando de acuerdo a las guías KDOQI insuficiencia renal a un eFG < 60 ml/min x 1.73 m2

RESULTADOS

Los datos antropométricos de peso y talla no se encuentran reflejados en la historia clínica en el 31.3% de los pts, lo que impide calcular el IMC, y por tanto estimar la obesidad como factor de riesgo. En los que sí se puede calcular, el 71.2 % de los hombres y el 91.3 % de mujeres presentan un IMC elevado.

El 5.2 % de pts no tienen recogida cifra alguna de TA en la hoja de constantes; el 65.9 % de los pts tienen cifras tensiónales por encima de 135/85 mmHg y el 5.5 % de los pts no tienen registrada ninguna analítica. En los que si la tienen registrada, el 41.4% de pts la última analítica se realizó con un periodo de tiempo superior a los 6 meses

Solo en el 10.5 % de pts se le ha realizado una eFG. Los niveles de creatinina sérica no se han determinado en el 18.9 % de pts, lo que impide conocer el grado de insuficiencia renal. Las cifras de

creatinina sérica superiores a 1.4 mg/dl en hombres y 1.2 mg/DL en mujeres se encuentran en el 39.9 % de los pts; sin embargo, si utilizamos la fórmula CKD-EPI para estimar el FG, observamos que el 26.0 % de los pts tienen un FG inferior a 60 ml/min, lo que nos aporta un 26.0 % de pts con enfermedad renal (36% de hombres y 64% de mujeres). En el 53.8 % de pts no se recoge determinación alguna de MAO y/o de la relación MAO/creatininuria. Valores de MAO superiores a 2 mg/dl y/o 30 mg/g de relación MAO/creatininuria están presentes en el 19% de pts hipertensos-diabéticos.

En el 21.8 % de pts no se recogen valores de HbA1c a pesar de tratarse de pts diabéticos. Los que si tienen recogido este parámetro, el 49.9 % de pts tienen valores superiores al 7.0%.

Las cifras de colesterol total, en un 33.4 % de pts están por encima de 200 mg/dl; en el 43.5 % de pts las cifras de LDL-colesterol están por encima de 100 mg/dl. La Dislipemia está presente en el 57.3 % de los pts

CONCLUSIONES:

1 – No se puede determinar el IMC en el 31.3 % de pts, desconociéndose las cifras de TA en el 5.2 % de pts y en el 5.5 % de pts no tienen registrada analítica alguna

2 – Las cifras de HbA1c están en el 49.9 % de pts por encima de 7.0%, en el 33.4 % de pts las cifras de colesterol total están por encima de 200 mg/dl y las de LDL-colesterol están por encima de 100 mg/dl en el 43.5 % de pts.

3 – El sobrepeso y la obesidad está presente en el 71.2% de hombres y en el 91.3% de mujeres.

4 –La enfermedad renal está presente en el 26 % de pts (36 % de hombres y 64% de mujeres), por lo que proponemos estimar el FG de acuerdo a las ecuaciones actualmente notificadas por las Guías Nefrológicas Internacionales K-DOQI y K-DIGO.

5 –La MAO y la de relación MAO/creatininuria elevadas está presente en el 19 % de pts, lo que traduce el elevado porcentaje de pts. con elevada morbi-mortalidad cardio-vascular.

PÓSTER Nº: 231

PROBABILIDAD DE DESARROLLAR UNA RETINOPATÍA EN FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE DETERIORO COGNITIVO FRENTE A LA VARIABLE TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES EN DIABÉTICOS TIPO 2 HIPERTENSOS

L. GARCÍA CARRASCAL (1), M.T. RAMÍREZ CANCA (1), J.S. LUQUE MARTÍN (2), I. GARCÍA DEL CAZ (3),
A. LUQUE FERRERAS (3), M.J. FERRERAS DUARTE (4), M.A. SÁNCHEZ MORENO (5),
F.J. DE LA CRUZ LÓPEZ (1).

(1) C.S LOS BOLICHES. FUENGIROLA (MÁLAGA). (2) C.S. TRINIDAD. MÁLAGA. (3) ADIABETMA. MÁLAGA.
(4) HOSPITAL MATERNO INFANTIL. MÁLAGA. (5) DCCU LAS LAGUNAS. MIJAS COSTA (MÁLAGA).

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: RETINOPATÍA, TRASTORNO COGNITIVO, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

La Retinopatía es una complicación microvascular crónica de la diabetes y su prevalencia dependerá, entre otros factores, del tiempo de evolución de la diabetes, de su control metabólico y del control de la hipertensión arterial. El propósito de nuestro estudio es determinar la probabilidad de desarrollar una Retinopatía diabética en función de la existencia de deterioro cognitivo frente a la variable tiempo de evolución de la diabetes en pacientes diabéticos tipo 2 hipertensos.

MÉTODOS USADOS:

Población de base institucional pertenecientes a una Zona Básica de Salud de la provincia de Málaga. Criterios diagnósticos de diabetes (ADA-1997), hipertensión (JNC-VI). Para el diagnóstico de Retinopatía diabética nos hemos basado en los informes remitidos por Oftalmólogos. Para el diagnóstico de deterioro cognitivo se realizó el Short Portable Mental Status (SPMSG) de Pfeiffer. Para el análisis comparativo se ha utilizado la t-student para variables cuantitativas, el ANOVA para el estudio de las diferencias entre variables cualitativas y cuantitativas y el Ji-cuadrado para el estudio del rechazo o aceptación de la hipótesis nula de independencia entre las variables cualitativas. Se han desarrollado modelos de riesgo para determinar la probabilidad de desarrollar una retinopatía en función de las otras variables, utilizando para ello la regresión logística.

RESULTADOS:

Muestra de 111 diabéticos tipo 2; 57 varones (V) y 54 mujeres (M), lo que corresponde a un 51.35% y 48.65% respectivamente. 89 eran hipertensos (80.18%), 40 V (44.94%) y 49 M (55.06%). $p=0.0066$. Su edad media fue 66.37 ± 10.40 años; 66.22 ± 9.74 años en V y 66.48 ± 11.01 años en M.

La edad al diagnóstico de la hipertensión fue 56.33 ± 11.39 años y su tiempo de evolución de 10.32 ± 7.86 años.

El valor de la HbA1c en diabéticos tipo 2 hipertensos es de 6.76 ± 1.63 %; en V 6.99 ± 1.92 % y en M 6.57 ± 1.34 %.

La edad al diagnóstico de la diabetes en hipertensos (89 casos) fue de 60.43 ± 10.20 años, siendo el tiempo de evolución de la diabetes de 6.77 ± 6.53 años, 7.0 ± 7.33 años en V y 6.59 ± 5.86 años en M. El

tiempo de evolución de la diabetes en hipertensos con retinopatía es de 18.16 ± 12.40 años; 22.00 ± 17.43 años en V y 14.33 ± 6.02 años en M.

La Retinopatía aparece en diabéticos tipo 2 hipertensos (89 casos) en 6 casos (6.74%); 3 casos en V (7.5%) y 3 casos en M (6.12%). La retinopatía fue en 5 casos no proliferativa (83.33%) y en 1 caso retinopatía proliferativa (16.67%).

Algún grado de trastorno cognitivo en diabéticos tipo 2 (111 casos) apareció en 13 casos (11.71%), presentándose en los hipertensos (89 casos) en 10 casos (11.24%); 2 casos en V (5%) y 8 casos en M (16.33%). De los 10 casos que presentaron deterioro cognitivo, 2 presentaron retinopatía (un varón y una mujer).

En diabéticos no hipertensos (22 casos) algún grado de trastorno cognitivo apareció en 3 casos (13.63%), no apareciendo ningún caso de retinopatía.

Tras la aplicación de la regresión logística utilizando como variable dependiente la retinopatía y como factores, la existencia de deterioro cognitivo y el tiempo de evolución de la diabetes en diabéticos tipo 2, se obtiene una odd ratio de 1.20122 con $p=0.0018$.

CONCLUSIONES:

En función de los datos obtenidos, podemos concluir en nuestra muestra que a igual tiempo de evolución de la diabetes, la probabilidad de desarrollo de retinopatía es mayor en aquellos diabéticos tipo 2 hipertensos que presentan deterioro cognitivo.

PÓSTER Nº: 232

INFLUENCIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 HIPERTENSOS DE LA DETECCIÓN DEL MONOFILAMENTO EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DIABETES EN LA PROBABILIDAD DE DESARROLLO DE RETINOPATÍA

L. GARCÍA CARRASCAL (1), J.S. LUQUE MARTÍN (2), M.T. RAMÍREZ CANCA (1),
M.A. SÁNCHEZ MORENO (3), I. GARCÍA DEL CAZ (4), A. LUQUE FERRERAS (4),
M.J. FERRERAS DUARTE (5), F.J. DE LA CRUZ LÓPEZ (1).

(1) C.S. LOS BOLICHES. FUENGIROLA (MÁLAGA). (2) C.S. TRINIDAD. MÁLAGA. (3) DCCU LAS LAGUNAS. MIJAS COSTA (MÁLAGA). (4) ADIABETMA. MÁLAGA. (5) HOSPITAL MATERNO INFANTIL. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: RETINOPATÍA, MONOFILAMENTO, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El pie diabético es la causa más importante de invalidez y pérdida de calidad de vida en los diabéticos. El examen clínico y el monofilamento son los test más sensibles en Atención Primaria para identificar el riesgo de úlceras, en especial, si se utilizan conjuntamente. El propósito de nuestro estudio es determinar la probabilidad de desarrollar una retinopatía en función de la detección o no del monofilamento frente a la variable tiempo de evolución de la diabetes en diabéticos tipo 2 hipertensos.

MÉTODOS USADOS

Población de base institucional perteneciente a una Zona Básica de Salud de la provincia de Málaga. Diagnóstico de diabetes (ADA-1997), hipertensión (JNC-VI). Para la prueba de percepción de la presión se utilizó el monofilamento de Semmes-Weinstein 5.07 de 10 grs, aplicándose en 3 puntos de cada pie. Se han desarrollado modelos de riesgo para determinar la probabilidad de desarrollar retinopatía en función de las otras variables, utilizando para ello la regresión logística. Para el análisis comparativo se ha utilizado la t-Student para variables cuantitativas, el ANOVA para variables cuantitativas y cualitativas y el Ji-cuadrado para el estudio del rechazo o aceptación de la hipótesis nula de independencia entre las variables cualitativas. Se han desarrollado modelos de riesgo para determinar la probabilidad de desarrollar una retinopatía en función de las otras variables, utilizando para ello la regresión logística.

RESULTADOS

Muestra de 111 diabéticos tipo 2; 57 varones (V) y 54 mujeres (M), lo que corresponde a un 51.35% y 48.65% respectivamente. 89 eran hipertensos (80.18%), 40 V (44.94%) y 49 M (55.06%). $p=0.0066$. Su edad media fue 66.37 ± 10.40 años; 66.22 ± 9.74 años en V y 66.48 ± 11.01 años en M.

La edad al diagnóstico de la hipertensión fue 56.33 ± 11.39 años y su tiempo de evolución de 10.32 ± 7.86 años.

El valor de la HbA1c en diabéticos tipo 2 hipertensos es de 6.76 ± 1.63 %; en V 6.99 ± 1.92 % y en M 6.57 ± 1.34 %.

La edad al diagnóstico de la diabetes en hipertensos (89 casos) fue de 60.43 ± 10.20 años, siendo el tiempo de evolución de la diabetes de 6.77 ± 6.53 años, 7.0 ± 7.33 años en V y 6.59 ± 5.86 años en M. El

tiempo de evolución de la diabetes en hipertensos con retinopatía es de 18.16 ± 12.40 años; 22.00 ± 17.43 años en V y 14.33 ± 6.02 años en M.

La Retinopatía aparece en diabéticos tipo 2 hipertensos (89 casos) en 6 casos (6.74%); en V 3 casos (7.5%) y M 3 casos (6.12%). La retinopatía fue en 5 casos no proliferativa (83.33%) y en 1 caso retinopatía proliferativa (16.67%).

El tiempo de evolución de la diabetes en diabéticos tipo 2 hipertensos que detectan el monofilamento (82 casos) fue 6.71 ± 6.68 años; en V (37 casos) 7.05 ± 7.57 años y en M (45 casos) 6.44 ± 5.91 años, siendo en los diabéticos que no detectan el monofilamento (7 casos) de 8.0 ± 4.97 años; 3 casos en V, de 6.33 ± 4.04 años y 4 casos en M de 9.66 ± 6.11 años.

El tiempo de evolución de la diabetes en hipertensos con retinopatía y que detectan el monofilamento (5 casos) es 18.8 ± 13.75 años; en V 3 casos, 22.0 ± 17.43 años y en M 2 casos, 14.0 ± 8.48 años.

Tras la aplicación de la regresión logística utilizando como variable dependiente la retinopatía y como factores, la detección del monofilamento y el tiempo de evolución de la diabetes en diabéticos tipo 2, se obtiene una odd ratio de 1.20711 con $p=0.0015$.

CONCLUSIONES

En función de los datos obtenidos, podemos concluir en nuestra muestra que a igual tiempo de evolución de la diabetes, la probabilidad de desarrollo de retinopatía es mayor en aquellos diabéticos tipo 2 hipertensos que no detectan el monofilamento.

PÓSTER Nº: 233

**LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA Y LA RIGIDEZ ARTERIAL EN DIABÉTICOS TIPO 2 CON Y SIN
RETINOPATÍA DIABÉTICA**

F. LEÓN GARRIGOSA (1), L. GARCIA ORTIZ (2), J.I. RECIO RODRIGUEZ (2), M.C. PATINO ALONSO (3),
C. AGUDO CONDE (2), L. GÓMEZ SÁNCHEZ (2), M. GÓMEZ SÁNCHEZ (2), E. RODRIGUEZ SANCHEZ (2),
S. CASCÓN PEREZ-TEIJON (2), M.A. GÓMEZ MARCOS (2).

(1) HOSPITAL CLINICO DE SALAMANCA. SALAMANCA. (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA
ALAMEDILLA. SALAMANCA. (3) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: RETINOPATIA DIABETICA, DIABETES MELLITUS TIPO 2, RIGIDEZ ARTERIAL

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: El objetivo del presente estudio fue analizar las diferencias existentes en la rigidez arterial y lesión de órgano diana vascular, cardiaca y renal en pacientes diabéticos tipo 2 con y sin retinopatía diabética.

METODOS USADOS: Se realizó un estudio trasversal en 131 pacientes diabéticos (44 con retinopatía diabética y 87 sin retinopatía diabética). La retinografía se realizó con una cámara de retina Topcon TRC NO 200 no midriática, se obtuvieron imágenes centradas en la papila, nasal y temporal. Dos observadores independientes evaluaron la retinografía siguiendo los criterios de la Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study severity scale y de acuerdo a Global Diabetic Retinopathy Project Group. La rigidez arterial se evaluó con la velocidad de la onda de pulso, el AASI y el BPVR- ASSI. El daño renal se evaluó con la tasa de filtrado glomerular y la microalbuminuria, el daño vascular se evaluó midiendo el grosor intima media de la arteria carótida común, la velocidad de la onda del pulso y el tobillo / índice braquial, y la hipertrofia ventricular izquierda con el PDV de Cornel y con el índice de Lewiss.

RESULTADOS: Se observe presencia de retinopatía diabética en el 33.60% de los sujetos. Las cifras de presión arterial and AASI-BPVR fueron mayores en pacientes con retinopatía diabética, mientras que no hubo diferencias en los valores del AASI entre los dos grupos. La presencia de lesión renal, la velocidad de la onda de pulso > 12m/sec y fueron más frecuente en el grupo de diabéticos que tenía retinopatía diabética y el grosor intima media carotídeo fue mayor en el grupo de diabéticos sin retinopatía diabética.

CONCLUSIONES: La RETINOPATIA DIABÉTICA implica mayor presencia de lesión de órgano diana renal, mayor PWV y ASSI-BPVR, sin variaciones entre grupos del AASI

PÓSTER Nº: 234

EVOLUCIÓN ANUAL DE MARCADORES DE LESIÓN ORGÁNICA EN PACIENTES DIABÉTICOS O CON SÍNDROME METABÓLICO. ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL. ESTUDIO LOD-DIABETES

M.A. GOMEZ MARCOS (1), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), L. GÓMEZ SANCHEZ (1), M. GÓMEZ SANCHEZ (1), A. DE CABO LASO (1), B. SANCHEZ SALGADO (1), C. RODRIGUEZ MARTÍN (1), C. CASTAÑO SANCHEZ (1), J. PRIETO MATOS (1), L. GARCIA ORTIZ (1).

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, SINDROME METABÓLICO, LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: El objetivo es valorar la evolución anual de factores de riesgo cardiovascular, de marcadores de lesión orgánica vascular, cardíaca y renal y analizar factores condicionantes en diabéticos o con síndrome metabólico.

METODOS USADOS: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron 68 diabéticos y 48 con síndrome metabólico. Seguimiento 12 meses. El índice tobillo brazo se midió con Doppler system Minidop Es-100Vx. La velocidad de la onda de pulso con el Sphygmo Cor System y con un Sonosite Micromax ultrasound que realiza medidas automáticas se midió el grosor íntima media. La función renal se valoró con la creatinina, la tasa de filtración glomerular estimada con la ecuación de la Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration y el ECG con el General Electric MAC 3.500 ECG System que realiza medidas automáticas del voltaje y de la duración de las ondas, la HVI se estimó con PDV de Cornell.

RESULTADOS: Evaluación inicial: los diabéticos tienen cifras superiores que los sujetos con síndrome metabólico de: PCR (0.34;0.25mg/dl), fibrinógeno (337;327mg/dl), índice HOMA (3.25;2.95), grosor íntima media (0.77;0.75 mm), velocidad onda de pulso (9.59;9.34m/seg), índice albumina creatinina (36;17mg/g), Cornell-VDP (1648;1486mmms), media de antihipertensivos (1.51;0.81) e hipolipemiantes (0.67;0.29). Evaluación anual: grosor íntima media es igual en ambos grupos, descienden la velocidad de onda de pulso y aumentan el Cornell-VDP, consumo de antihipertensivos e hipolipemiantes en pacientes con síndrome metabólico. Diferencias entre evaluaciones: descenso del índice de masa corporal, circunferencia de cintura y presión arterial diastólica y aumenta fibrinógeno e índice tobillo brazo en diabéticos. Los pacientes con síndrome metabólico presentan descenso de circunferencia de cintura, presión arterial sistólica, presión de pulso, índice HOMA y velocidad onda de pulso y aumento fibrinógeno, ankle-brachial index, Cornell PDV y fármacos antihipertensivos e hipolipemiantes.

CONCLUSIONES: Al año de seguimiento el comportamiento de lesiones de órgano diana no es homogéneo en ambos grupos. Con aumento del índice tobillo brazo en diabéticos y en pacientes con síndrome metabólico aumento del índice tobillo brazo y PDV de Cornell y descenso de velocidad de la onda de pulso.

PÓSTER Nº: 235

EFFECTO DE LA DM2 SOBRE EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN HIPERTENSOS ESPAÑOLES: ANÁLISIS AGRUPADO DE 5 ESTUDIOS DE BASE POBLACIONAL

C. ROLDÁN (1), B. FONT (1), J. SALAZAR (1), G. MUÑOZ (1).

(1) DEPARTAMENTO MÉDICO, NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL, DIABETES, PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Propósito del estudio: Describir el perfil de riesgo cardiovascular y el control de la presión arterial (PA) de los pacientes hipertensos (HTA) incluidos en estudios en España. Analizar el efecto de la diabetes mellitus (DM) concomitante sobre dicho control de PA.

Métodos usados: Análisis agrupado con datos individuales de cinco estudios epidemiológicos desarrollados en España entre 2008 y 2011. Estudios de corte transversal, descriptivos, multicéntricos que incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de HTA esencial de al menos un año de evolución. En el análisis se incluyeron 25.012 pacientes, la población final analizable fue de 21.073 pacientes (de los cuáles 6.794 eran diabéticos). Se estableció el control de la PA en función de los criterios de la guía ESH-ESC 2009 (PAS/PAD < 140/90 mmHg).

Resultados: El 53% de los pacientes fueron varones y la edad media fue de 64,1 años (IC95%: 63,9-64,3) en el grupo de hipertensos sin DM y de 67,8 (IC95%: 67,6-68,1) en el grupo de hipertensos con DM (5,0% tipo I y 91,1% tipo II). El IMC medio fue significativamente mayor en el grupo de HTA+DM respecto al grupo sin DM: 30,1 (30,0-30,2) vs 28,3 (28,2-28,4). Los valores medios por grupo para la PAS fueron de 141,6 mmHg (141,4-141,9) en HTA y de 144,5 mmHg (144,1-144,9) en HTA+DM. Los valores de PAD fueron similares en ambos grupos (media de 83,7 vs 83,5 mmHg). La antigüedad media de la HTA (años) fue mayor en los pacientes con DM concomitante: 9,8 (9,6-10,0) vs 8,0 (7,9-8,1). Los pacientes hipertensos con DM presentaron una mayor prevalencia de antecedentes cerebrovasculares (11,9% vs 5,8%), cardiopatías (26,4% vs 12,6%), arteriopatías (12,6% vs 4,3%), enfermedad renal (18,2% vs 5,8%), retinopatías (7% vs 0,6%) y dislipemia (71% vs 49,1%). La presencia de lesión de órgano diana (LOD) fue también mayor en los pacientes hipertensos diabéticos, especialmente la hipertrofia ventricular izquierda (42,3% vs 29,5%) y el aumento de creatinina sérica (18,1% vs 7,5%). Se observó un peor control de la PA en el grupo de pacientes hipertensos con DM: el control inadecuado (PAS/PAD ≥ 140/90 mmHg) fue del 62,7% vs 54,3% en los hipertensos sin DM. Este peor control en los hipertensos diabéticos se asoció también a una mayor prevalencia de obesidad en este grupo (47,9% vs 33,1% en hipertensos mal controlados no diabéticos). En los pacientes hipertensos no controlados, la PAS media fue mayor en los pacientes con DM (n=4.257): 154,2 (153,8-154,6) mmHg vs 152,5 (152,2-152,7); mientras que la PAD media fue mayor en los pacientes sin DM (n=7.758): 88,8 (88,6-89,0) mmHg vs 88,0 (87,7-88,2) (n=5.963).

Conclusiones: Los pacientes hipertensos, con DM concomitante, presentaron una menor tasa de control de PA (especialmente de la PAS) y una mayor prevalencia de lesión de órgano diana y de enfermedad cardio-renal.

PÓSTER Nº: 236

**PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS
CON Y SIN DIABETES: PROYECTO HYGIA**

A. MOYA (1), M. DOMINGUEZ SARDIÑA (2), J.J. CRESPO (2), M.C. CASTIÑEIRA (3), A.A. REGUEIRO (1),
E. SINEIRO (1), D.E. AYALA (4), A. MOJON (4), M.J. FONTAO (4), R.C. HERMIDA (4).

(1) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. PONTEVEDRA. (2) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO.
(3) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. LUGO. (4) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, MAPA, NO-DIPPER

RESUMEN:

Objetivos: El patrón no-dipper, frecuente en pacientes con diabetes (DM) tipo 2, está asociado con aumento de riesgo cardiovascular (CV). La prevalencia reportada del patrón no-dipper en DM tipo 2 es muy variable, entre el 30 y el 73%, debido a las diferencias entre los diferentes estudios en las poblaciones evaluadas, reducido tamaño muestral, utilización de un único registro de monitorización ambulatoria (MAPA) de la presión arterial (PA) de 24h y por ello de escasa reproducibilidad, y definición de los periodos de actividad/descanso mediante intervalos horarios prefijados. Por ello, hemos evaluado el patrón circadiano de la PA con MAPA de 48h en pacientes hipertensos con y sin DM participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 12765 pacientes hipertensos (6797 hombres/5968 mujeres), de 58,1±14,1 años de edad. De ellos, 2954 (1799 hombres/1155 mujeres) tenían DM tipo 2. En el momento de la valoración, 525/3314 pacientes con/sin DM no recibían tratamiento antihipertensivo. La hipertensión se definió como una media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) $\geq 135/85$ mmHg o media de descanso $\geq 120/70$ mmHg, o presencia de tratamiento antihipertensivo. Durante los dos días de MAPA, los pacientes cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: Los pacientes hipertensos con DM fueron predominantemente hombres, de mayor edad, con diagnóstico de albuminuria, enfermedad renal crónica, apnea obstructiva del sueño y/o obesidad, y tenían mayor creatinina, ácido úrico y triglicéridos, pero menor colesterol total y filtrado glomerular estimado. La prevalencia del patrón no-dipper fue significativamente mayor en pacientes con DM (62,1% vs. 45,9%; $P < 0.001$). La mayor diferencia entre grupos fue en la prevalencia del patrón riser (19.9% vs. 8.1%, $P < 0.001$). El factor principal en el diagnóstico de hipertensión y/o inadecuado control de PA en pacientes con DM fue la elevada PA de descanso; así, el 89,2% de los pacientes hipertensos con DM no controlados tenían hipertensión nocturna.

Conclusiones: Nuestros resultados documentan la alta prevalencia de un patrón circadiano de la PA alterado en pacientes con DM. Lo que es más importante, la prevalencia del patrón riser, asociado con el mayor riesgo CV entre todos los posibles patrones de PA, es más del doble en pacientes con DM. La

elevada media de descanso de la PA en DM es causa de una alta prevalencia de hipertensión nocturna y, como consecuencia, de errores en el diagnóstico de hipertensión cuando éste se basa en la medida clínica de la PA. Estos resultados indican que la MAPA debe considerarse como requisito asistencial para estratificación de riesgo CV en pacientes con DM.

PÓSTER Nº: 237

**INFLUENCIA DE LA HORA DEL DÍA DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LAS
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES TIPO 2:
PROYECTO HYGIA**

M.C. CASTIÑEIRA (1), A. MOYA (2), M.T. RIOS (3), L. POUSA (3), P.A. CALLEJAS (3), D.E. AYALA (4),
A. MOJON (4), S. LORENZO (4), J.R. FERNANDEZ (4), R.C. HERMIDA (3).

(1) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. LUGO. (2) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. PONTEVEDRA.
(3) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO. (4) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, CRONOTERAPIA, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: Diversos estudios prospectivos han documentado importantes diferencias de diversas clases de antihipertensivos en función de la hora del día de su administración en su eficacia de reducción de la presión arterial (PA), duración de acción, y efectos secundarios. Además, se ha documentado que la ingesta de ≥ 1 fármacos al acostarse, en comparación con la ingesta de todos al levantarse, reduce significativamente el riesgo cardiovascular (CV) en pacientes con diabetes tipo 2 (DM). Por ello, hemos evaluado la influencia de la hora de tratamiento antihipertensivo sobre las características clínicas y analíticas de pacientes con DM participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 2429 pacientes hipertensos con DM tipo 2 (1465 hombres/964 mujeres), de $65,9 \pm 10,6$ años de edad. De ellos, 1176 tomaban toda su medicación a la hora de levantarse, 336 tomaban toda la medicación al acostarse, y 917 ingerían la dosis completa de algunos fármacos al acostarse y el resto al levantarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los dos días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: Los pacientes con DM que ingería ≥ 1 fármacos antihipertensivos al acostarse, en comparación con los que tomaban toda la medicación al levantarse, tuvieron menor prevalencia de síndrome metabólico y enfermedad renal crónica (49% vs. 54%; $P=0,023$); tuvieron el cociente albúmina/creatinina, glucosa, colesterol total, y colesterol-LDL significativamente menor ($P<0,001$); y tuvieron un filtrado glomerular estimado y colesterol-HDL significativamente mayor ($P<0,001$). Además, los pacientes que tomaban no sólo alguno, sino todos los fármacos al acostarse tuvieron los menores valores de glucosa, creatinina, ácido úrico, y prevalencia de proteinuria (5,5%) y enfermedad renal crónica (40%; $P<0,001$ en comparación con los otros grupos).

Conclusiones: Los resultados documentan una significativamente menor prevalencia de marcadores de riesgo CV y un mejor perfil metabólico en pacientes con DM tratados al acostarse en comparación con los que tomaban toda la medicación al levantarse. Estos resultados sugieren que el tratamiento antihipertensivo al acostarse, junto con la valoración con MAPA a fin de evitar la hipotensión nocturna, debería ser el esquema terapéutico de elección en pacientes con DM.

PÓSTER Nº: 238

**PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA COMO OBJETIVO TERAPÉUTICO PARA REDUCIR EL RIESGO
CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO 2**

R.C. HERMIDA (1), D.E. AYALA (1), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, RIESGO CARDIOVASCULAR, PRESIÓN NOCTURNA

RESUMEN:

Objetivos: Estudios independientes han concluido que la media de descanso de la presión arterial (PA) es mejor predictor de riesgo cardiovascular (CV) que las medias de actividad o de 24h. Una limitación importante de los estudios previos sobre el valor pronóstico de la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) es que sus conclusiones están basadas en un único registro de MAPA basal de cada paciente, sin tener en cuenta las modificaciones en el perfil de PA durante los años de seguimiento. Así, el impacto en el riesgo CV de reducir una elevada media de descanso de la PA, situación altamente prevalente en la diabetes tipo 2 (DM) no ha sido evaluado previamente. Por ello, hemos investigado en el subgrupo de pacientes con DM participantes en el estudio MAPEC si la supervivencia sin evento CV está más relacionada con la reducción progresiva de la media de actividad o de descanso de la PA.

Métodos: Estudiamos 607 pacientes con DM (364 hombres/243 mujeres) de $59,7 \pm 12,3$ años de edad, durante una mediana de 5,6 años. Los hipertensos (74%) se aleatorizaron a tomar toda la medicación antihipertensiva al levantarse o ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca. Los cambios en el esquema terapéutico de cada paciente hipertenso durante los años de seguimiento se basaron únicamente en los resultados de las valoraciones periódicas con MAPA.

Resultados: En función del registro de MAPA basal de cada paciente, cuando se ajustó la media de descanso de la PA por la media de actividad, sólo la primera fue un predictor significativo de riesgo CV en un modelo de Cox ajustado por sexo, edad, anemia, y enfermedad renal crónica. El mejor modelo ajustado para predicción de eventos CV en DM incluyó únicamente la meda de descanso de la PA sistólica (PAS; hazard ratio 1,43 [1,16-1,76]; $P < 0,001$) y la profundidad de la PAS (0,72 [0,58-0,99]; $P < 0,01$). Otras variables de PA, incluyendo la media de 48h, incremento matutino y desviación típica, no fueron significativas cuando se incluía la media descanso de la PAS en los modelos de regresión de Cox. El análisis de los cambios en PA durante los años de seguimiento reveló un 20% de reducción de riesgo CV por cada 5 mmHg de reducción de la media de descanso de la PAS ($P < 0,001$), con independencia de cambios en PA clínica o en cualquier otro parámetro derivado de la MAPA.

Conclusiones: La media de descanso de la PAS es el marcador pronóstico independiente más significativo de eventos CV en pacientes con DM. Lo que es más importante, reducir la media de descanso de la PAS, un objetivo terapéutico validado que requiere la valoración del paciente mediante MAPA, es el predictor independiente más relevante de supervivencia sin evento CV en pacientes con DM.

PÓSTER Nº: 239

**ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN DE PULSO AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON
DIABETES TIPO 2: PROYECTO HYGIA**

D.E. AYALA (1), A. MOYA (2), S. GOMARA (2), J.J. CRESPO (3), C. CASTIÑEIRA (4), J.J. SANCHEZ (2),
M. DOMINGUEZ SARDIÑA (3), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1), R.C. HERMIDA (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO. (2) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. PONTEVEDRA.
(3) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO. (4) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. LUGO.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, PRESIÓN DE PULSO, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: El aumento en presión de pulso (PP) es un marcador independiente de riesgo cardiovascular (CV), principalmente de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca y muerte CV. Estudios previos en grupos de pacientes de reducido tamaño han reportado una elevada PP tanto clínica como ambulatoria (MAPA), independientemente de la edad, en pacientes con diabetes tipo 2 (DM), así como la estrecha relación entre una PP elevada y el aumento de riesgo CV en DM. Los resultados, sin embargo, no se compararon con los de pacientes sin DM, ni se investigó la posible influencia en ellos del tratamiento antihipertensivo. Por ello, hemos evaluado el patrón circadiano de la PP, con MAPA de 48h para aumentar la reproducibilidad de los resultados, en pacientes hipertensos con y sin DM participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 12765 pacientes hipertensos (6797 hombres/5968 mujeres), de 58,1±14,1 años de edad. De ellos, 2954 (1799 hombres/1155 mujeres) tenían DM tipo 2. En el momento de la valoración, 525/3314 pacientes con/sin DM no recibían tratamiento antihipertensivo. La hipertensión se definió como una media de actividad de la presión arterial sistólica/diastólica (PAS/PAD) ≥135/85 mmHg o media de descanso ≥120/70 mmHg o presencia de tratamiento antihipertensivo. Durante los dos días de MAPA, los pacientes cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: En pacientes con DM, la PAS ambulatoria fue significativamente más elevada (P<0,001), principalmente durante las horas de descanso nocturno y primeras horas del ciclo de actividad, independientemente de la presencia/ausencia de tratamiento antihipertensivo. La PAD ambulatoria, sin embargo, fue significativamente menor (P<0,001) en pacientes con DM, principalmente durante las horas de actividad diurna. Como consecuencia de estas diferencias en PAS y PAD, la PP ambulatoria fue significativamente mayor (P<0,001) en pacientes con DM a lo largo de las 24h del día. La proporción de pacientes con una media de 48h de la PP >53 mmHg, y por tanto con mayor riesgo CV, fue significativamente mayor en pacientes con DM (63% vs. 34%; P<0,001).

Conclusiones: Nuestros resultados documentan una significativa elevación de PP ambulatoria en pacientes con DM, lo que refleja mayor rigidez arterial y elevado riesgo CV. Estos resultados explican en

parte el mayor riesgo CV de los pacientes con DM y sugieren la necesidad de utilizar la MAPA en pacientes con DM, tanto para la correcta valoración de su riesgo CV, como para establecer el esquema terapéutico más adecuado para el control de las elevadas PA nocturna y la PP ambulatoria, lo que podría redundar a su vez en una reducción significativa de eventos CV.

PÓSTER Nº: 240

**EFFECTOS DE LA ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO
SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON
DIABETES TIPO 2: PROYECTO HYGIA**

J.J. CRESPO (1), A. MOYA (2), D.E. AYALA (3), M.T. RIOS (1), P.A. CALLEJAS (1), L. POUSA (1),
J.L. SALGADO (1), A. MOJON (3), J.R. FERNANDEZ (3), R.C. HERMIDA (3).

(1) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO. (2) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. PONTEVEDRA.
(3) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, CRONOTERAPIA, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: La media de descanso de la presión arterial (PA) es un mejor marcador pronóstico de riesgo cardiovascular (CV) que las medias de actividad o de 24h en pacientes con o sin diabetes (DM). Además, se ha demostrado recientemente que disminuir la PA de descanso, un nuevo objetivo terapéutico que se alcanza más fácilmente con la tratamiento antihipertensivo administrado al acostarse, es el predictor independiente más significativo de supervivencia sin evento CV. Por ello, hemos evaluado la influencia de la hora de tratamiento antihipertensivo sobre el perfil circadiano de la PA y el grado de control en pacientes con DM tipo 2 participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 2429 pacientes hipertensos con DM tipo 2 (1465 hombres/964 mujeres), de 65,9±10,6 años de edad. De ellos, 1176 recibían toda su medicación a la hora de levantarse, 336 tomaban toda la medicación al acostarse, y 917 ingerían fármacos al acostarse y el levantarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los dos días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: La administración de ≥ 1 fármaco en dosis completa al acostarse se asoció con una media de descanso de la PA significativamente menor que el tratamiento con toda la medicación al levantarse ($P < 0,001$). La profundidad fue significativamente menor y la prevalencia de un patrón no-dipper mayor con toda la medicación al levantarse (68,6%) que con ≥ 1 fármaco al acostarse (55,8%; $P < 0,001$), y se redujo todavía más en los pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (49,7%; $P < 0,001$). La prevalencia del patrón riser fue mucho mayor (23,6%) en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse que en los que tomaban bien alguno (20,0%) o todos los fármacos al acostarse (12,2%; $P < 0,001$). Este último grupo presentó la mayor tasa de pacientes con PA ambulatoria bien controlada ($P < 0,001$), lo cual se consiguió con un número menor de fármacos antihipertensivos ($P < 0,001$) en comparación con los pacientes tratados al levantarse.

Conclusiones: Los resultados documentan una menor media de descanso de la PA y reducida prevalencia del patrón no-dipper/riser en pacientes con DM tratados al acostarse. Estos resultados indican que el tratamiento al acostarse, junto con la valoración con MAPA para establecer el diagnóstico de hipertensión y evitar la posible hipotensión nocturna asociada al tratamiento, deben ser el esquema terapéutico de preferencia en los pacientes con DM tipo 2.

PÓSTER Nº: 241

UMBRALES DE REFERENCIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA PARA DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN EN DIABETES TIPO 2 BASADOS EN EVENTOS CARDIOVASCULARES

R.C. HERMIDA (1), D.E. AYALA (1), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: UMBRALES DE REFERENCIA, DIABETES, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: Los umbrales de referencia de la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA) para diagnóstico de hipertensión no diferencian en la actualidad, como de hecho sí se hace en las guías internacionales con los umbrales de la PA clínica, personas sin complicaciones de aquellas con mayor riesgo, por ejemplo, los pacientes con diabetes (DM). Nuestro objetivo fue obtener umbrales de diagnóstico de hipertensión para las medias de actividad y descanso de la PA en términos de riesgo cardiovascular (CV) para pacientes con y sin DM tipo 2.

Métodos: Estudiamos 3344 sujetos (1718 hombres/1626 mujeres) de $52,6 \pm 14,5$ años de edad, 607 de ellos con DM tipo 2, durante una mediana de seguimiento de 5,6 años. Los pacientes hipertensos se aleatorizaron a tomar toda la medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca a fin de determinar de forma precisa e individualizada las horas de acostarse y levantarse de cada sujeto. Se utilizó el análisis de regresión de Cox para obtener umbrales de referencia de MAPA basados en riesgo CV para sujetos con y sin DM.

Resultados: El riesgo de eventos CV fue consistentemente mayor en los pacientes con DM para valores de media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) $\geq 130/75$ mmHg y de media de descanso de la PAS/PAD $\geq 110/65$ mmHg. En base a los registros basales de MAPA obtenidos a la inclusión en los pacientes sin DM con y sin eventos CV, se calculó la sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de hipertensión basadas en riesgo CV para las medias de actividad y descanso de la PAS y PAD. El máximo de sensibilidad y especificidad combinadas se obtuvo para umbrales de 132,7/83,2 mmHg para la media de actividad y de 119,2/69,3 mmHg para la media de descanso de la PAS/PAD, es decir, 135/85 y 120/70 mmHg, respectivamente, después de redondear los resultados al entero más próximo acabado en 0 ó 5. Los umbrales de diagnóstico equivalentes en términos de riesgo CV para pacientes con DM fueron 120/75 mmHg para la media de actividad y 105/60 mmHg para la media de descanso de la PAS/PAD, respectivamente.

Conclusiones: Este estudio es el primero en evaluar de forma prospectiva la influencia de la DM en los umbrales de diagnóstico de hipertensión para las medias de actividad y descanso de la PA basados en riesgo de eventos CV. Los umbrales de referencia de MAPA aquí propuestos son 15/10 mmHg menores para la PAS/PAS en pacientes con DM. Esta marcada diferencia entre sujetos con y sin DM indica la necesidad de revisión de las guías actuales que proponen umbrales diagnósticos para las medias de actividad y descanso obtenidas mediante MAPA sin diferenciar entre la presencia o ausencia de DM y, por tanto, sin tener en cuenta el documentado mayor riesgo CV para el mismo nivel de PA ambulatoria en pacientes con DM.

PÓSTER Nº: 242

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN ESCOLARES DE 12 A 17 AÑOS DE CARAVACA Y MORATALLA (REGIÓN DE MURCIA)

M.E. BLANCO MORÓN (1), J. ABELLÁN HUERTA (1), M.J. SÁNCHEZ GALIÁN (1), P. GÓMEZ JARA (1), E. ORTÍN ORTÍN (1), M. LEAL HERNÁNDEZ (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1).

(1) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: JÓVENES, SÍNDROME, METABÓLICO

RESUMEN:

Propósito del Estudio: Determinar la prevalencia del Síndrome Metabólico en escolares de 12 a 17 años de Caravaca y Moratalla (Murcia).

Métodos: Estudio Descriptivo transversal realizado en Colegios de Caravaca y Moratalla (Murcia). Se seleccionaron aleatoriamente 287 escolares con edad comprendida entre 12 y 17 años. Se les registró su edad, sexo, peso, talla, perímetro de cintura (PC), índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), consumo de alcohol y tabaco, práctica de ejercicio físico, dieta mediterránea, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, glucemia, triglicéridos, colesterol total, HDL y LDL. Se consideró que presentaban síndrome metabólico si reunían los criterios ATP III adaptados a población juvenil (PC \geq p90, Presión arterial \geq p90, Triglicéridos \geq 100 mg/dl, HDL colesterol \leq 40 mg/dl y glucosa en ayuno \geq 100 mg/dl)

Resultados: De los 287 escolares eran varones 137 (47,74%) y mujeres 150 (52,26%). Su edad media fue de 14,49 años. El valor medio de sus variables antropométricas fue: peso 60,4 Kg, talla 1,63 m, IMC 22,60 Kg/m², Perímetro de cintura 71,54 cm. La presión arterial media fue de 108,02/64,69 mmHg. Los datos analíticos medios fueron: glucosa 87,18 mg/dl, colesterol total 160,18 mg/dl, HDL colesterol 48,89 mg/dl, LDL colesterol 97,04 mg/dl y triglicéridos 90,15 mg/dl. Presentaban hábito tabáquico el 30,31% (87) de los escolares y había consumido alcohol alguna vez el 53,66% (154). Practicaban ejercicio de forma regular el 54,36% (156) y hacían dieta mediterránea el 49,48% (142). Tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular el 41,81% (120). Reunían los criterios de Síndrome Metabólico según ATP III adaptados a la población juvenil el 12,20% (35).

Conclusiones: La prevalencia de Síndrome Metabólico encontrada en los escolares de 12 a 17 años de Caravaca y Moratalla es alta. Se debe incidir en controlar los factores de riesgo cardiovascular en los jóvenes para evitar que presenten enfermedad cardiovascular precoz cuando sean adultos.

PÓSTER Nº: 243

**DISTRIBUCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS EN PACIENTES DIABÉTICOS
HIPERTENSOS. ESTUDIO INDIAPRES**

E. MARQUEZ CONTRERAS (1), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (1), V. GIL GUILÉN (1),
M.A. GARRIDO LOPEZ (1), N. MARTELL CLAROS (1), J.L. MARTIN DE PABLOS (1), J. ESPINOSA GARCIA (1),
A. FERNANDEZ ORTEGA (1), I. BOTELLO PEREZ (1), J.P. MORENO GARCIA (1).

(1) GRUPO DE TRABAJO SOBRE CUMPLIMIENTO E INERCIA. SEH-LELHA. ESPAÑA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, ANTIDIABÉTICOS, PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

RESUMEN:

PROPOSITO: Evaluar la distribución de los antidiabéticos prescritos en pacientes diabéticos hipertensos.

MÉTODOS: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual.

Se incluyeron 1783 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico establecido de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial como mínimo 3 meses previos a la inclusión, que presentaban cifras de Presión Arterial ≥ 140 y/o 90 mmHg en la visita de inclusión y/o cifras de HbA1c $>7\%$ en el último control realizado en el último mes, que estaban recibiendo tratamiento farmacológico antihipertensivo y antidiabético estable, desde hace un mínimo de 3 meses. Se valoraron los fármacos antidiabéticos orales que tenían prescritos los pacientes.

RESULTADOS: Finalizaron el estudio 1783 pacientes. Se excluyeron 104 individuos por falta de datos de la variable principal, quedando como muestra final 1679 individuos. La edad media global fue de 65,9 años (DE 10). Fueron 909 varones (54,1 %) (IC 3,23 %) y 770 mujeres (45,9 %) (IC 3,52 %) (p=NS por edad y sexos). La media de hemoglobina glicosilada fue de 7.42 % (DE 1.06 %).

Estaban en tratamiento con un solo fármaco el 55.2 % de la muestra (n= 927) (IC= 52.9-57.5 %), con 2 fármacos el 36.8 % (n= 618) (IC= 34.6-39 %), con 3 o más fármacos el 6.6 % (n=110) (IC= 5.5-7.7 %) y en combinación fija el 1,4 % (n= 24).

En monoterapia destacan la metformina con el 36.1 % (n=607), 8.3 % (n=140) las sulfonilureas, el 4.4 % (n=74) la insulina y el 3.1 % (n= 52) los inhibidores de la DPP4. Con 2 fármacos destaca la combinación de metformina y sulfonilureas con un 10.7 % (n= 181), metformina e inhibidores de la DPP4 con un 9.6 % (n= 162) y la combinación de metformina e insulina con un 7.6 % (n= 128). Con triple terapia destaca la combinación de metformina, sulfonilureas e inhibidores de la DPP4 con un 1.5% (n= 26) y metformina, inhibidores e insulina con 1.2 % (n= 21).

CONCLUSIONES: En el tratamiento antidiabético de pacientes diabéticos con hipertensión arterial, predomina la monoterapia, con un bajo uso de insulina y de combinaciones fijas.

PÓSTER Nº: 244

LA INERCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS. ESTUDIO INDIAPRES

E. MARQUEZ CONTRERAS (1), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (1), V. GIL GUILLEN (1), M.A. GARRIDO LOPEZ (1), N. MARTELL CLAROS (1), J.L. MARTIN DE PABLOS (1), J. ESPINOSA GARCIA (1), R. CHAVES GONZALEZ (1), R. CHAGUACEDA (1), S. ESPEJO PEINADO (1).

(1) GRUPO DE TRABAJO SOBRE CUMPLIMIENTO E INERCIA. SEH-LELHA. ESPAÑA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, INERCIA TERAPÉUTICA, ANTIDIABÉTICOS

RESUMEN:

PROPOSITO: Evaluar la inercia terapéutica (IT) en el tratamiento con antidiabéticos en pacientes diabéticos hipertensos.

MÉTODOS: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual.

Se incluyeron 1783 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico establecido de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial como mínimo 3 meses previos a la inclusión, que presentaban cifras de Presión Arterial ≥ 140 y/o 90 mmHg en la visita de inclusión y/o cifras de HbA1c $>7\%$ en el último control realizado en el último mes, que estaban recibiendo tratamiento farmacológico antihipertensivo y antidiabético estable, desde hace un mínimo de 3 meses. Se calculó la Inercia Terapéutica antidiabética mediante el cociente: (Número de pacientes a los que no se les ha modificado el tratamiento farmacológico antidiabético / Número de pacientes con cifras medias de HbA1c > 7 en el último control realizado en el último mes. Se han evaluado las causas por las cuales comete IT, habiéndose clasificado posibles causas de IT justificada.

RESULTADOS: Se analizan los 1235 pacientes que presentaron mal control de la diabetes. La edad media global fue de 65,8 años (DE 10). Fueron 671 varones (54,3 %) y 564 mujeres (45,7 %) (p=NS por edad y sexos). En opinión de los médicos el 16.3 % (n= 201) (IC= 11.3-21.3 %) de estos pacientes estaban bien controlados. La media de hemoglobina glicosilada fue de 7.8 % (DE 0,8 %).

Presentaron IT el 39,4 % de los pacientes (IC= 36.7-42.1 %) (n= 487) y sin IT el 60,6 % (n= 748). Al comparar los grupos con y sin IT, en el análisis bivariente no se observaron diferencias en las cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c), número de comprimidos tomados, edad, sexo, número de enfermedades padecidas, años de evolución, factores de riesgo vascular o lesiones de órganos diana. Así, las cifras de HbA1c fueron de 7.7 (DE 0,8) y 7.9 (DE 0,8) para el grupo con y sin IT respectivamente. En los casos que no se cometió IT se modificó la dosis del tratamiento en el 38.8 % (n=289), se añadió fármacos en el 36,6 % (n= 273), en el 11,4 % (n= 85) se añadieron nuevos fármacos y se retiraron fármacos antidiabéticos y en el 7 % se añadieron fármacos y se modificaron la dosis de otros antidiabéticos.

Entre las posibles causas de IT destacan el que no era necesario porque incumplía el tratamiento higienicodietético con un 16.7 % (IC= 14.7-18.7 %) (n= 206), le he citado para nuevos controles antes de cambiarle el tratamiento con un 11.8 % (n= 146), es suficiente con modificar el tratamiento higienicodietético con un 11.7 % (n= 144), no era necesario porque presentaba buen control de hemoglobina glicada con el 10 % (n= 123) y no era necesario porque incumplía el tratamiento farmacológico con un 8 % (n= 100).

Entre las causas por las que cometían IT, el 12.8 % (IC= 11-14.6 %) (n= 158) se valoraron como IT justificada.

CONCLUSIONES: La IT observada en el tratamiento antidiabético de pacientes diabéticos hipertensos fue muy alto. La IT justificada es muy baja.

PÓSTER Nº: 245

**PARÁMETROS METABÓLICOS E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN HIPERALDOSTERONISMO
PRIMARIO VERSUS HIPERTENSIÓN ESENCIAL**

F.S. MARTÍNEZ DEBÉN (1), T. ANTELO CUNS (1), E. RODRÍGUEZ MASEDA (1), R. GARCÍA CASTRO (2),
M. ROMERO MARTÍN (3).

(1) HOSPITAL A. MARCIDE. DEPARTAMENTO CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDADE DA CORUÑA. FERROL. (2) CHUAC. DEPARTAMENTO CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDADE DA CORUÑA. LA CORUÑA.
(3) DEPARTAMENTO CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDADE DA CORUÑA. FERROL.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO, SINDROME METABÓLICO, ÍNDICE DE MASA CORPORAL

RESUMEN:

Propósito.- En pacientes obesos y en el síndrome metabólico se han encontrado valores elevados de aldosterona plasmática. El hiperaldosteronismo primario (HAP) se ha asociado con mayor prevalencia de síndrome metabólico (SM) con respecto a la hipertensión esencial (HE), especialmente el componente de glucemia basal alterada. Sin embargo los datos publicados son contradictorios. Comparamos el IMC y componentes del síndrome metabólico en una muestra de 262 pacientes hipertensos clasificados como HAP y HE tras la realización de una sobrecarga salina con fludrocortisona (FST)

Métodos.- La muestra de estudio estaba formada por 95 (36,26%) pacientes clasificados como HE y 167 (63,74%) pacientes con HAP. El protocolo de FST seguido fue el convencional descrito en la literatura, estableciéndose la positividad cuando la aldosterona plasmática a las 10 a.m. del cuarto día era mayor de 50 pg/mL. Se excluyeron otras causas de HTA secundaria.

La concentración de aldosterona en suero se determinó por radioinmunoensayo en tubo recubierto empleando como reactivo ACTIVE Aldosterone RIA (Diagnostics Systems Laboratories, Inc.). Los coeficientes de variación intra e interensayo fueron 3.6-8.3% y 7.3-10.4% respectivamente. La ARP se determinó por radioinmunoensayo en tubo recubierto tras generación de angiotensina I usando como reactivo GAMMACOAT Plasma Renin activity (Clinical Assays – DIASORIN). Los coeficientes de variación para ARP intra e interensayo fueron 4.6-10.0% y 5.6-7.6% respectivamente. El valor de la aldosterona plasmática se expresó en ng/dl, y la ARP en ng/ml/h.

Se estudió la distribución de las diferentes variables consideradas en el estudio y se establecieron comparaciones entre los dos grupos diagnósticos: HE vs HAP, utilizando para ello las pruebas estadísticas adecuadas según el caso: chi cuadrado para el sexo; T de student para muestras independientes en el caso de las variables edad, IMC, presión arterial, frecuencia cardiaca y las diferentes cifras analíticas estudiadas.

Resultados.- Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos diagnósticos para las variables edad (mayor en el grupo HAP), sexo (mayor porcentaje de varones en el

grupo HAP), presión arterial sistólica y diastólica (ambas mayores en el grupo HAP), y frecuencia cardíaca (mayor en el grupo HE).

La **PAS** media global fue de 150,35 mmHg (SD: 20,88), en HE 143,75 mmHg (SD: 18,90) y en HAP 154,04 mmHg (SD: 21,07) ($p < 0,0001$). La **PAD** media global fue de 96,07 mmHg (SD: 13,10), en HE 90,60 mmHg (SD: 11,56) y en HAP 99,12 mmHg (SD: 12,95) ($p < 0,0001$).

El **IMC** medio global fue de 29,86 (SD: 4,21), en HE 29,59 (SD: 4,25) y en HAP 30,01 (SD: 4,19) ($p: 0,459$).

La **Glucemia** media global fue de 107,93 mg/dL (SD: 24,22), en HE 103,04 mg/dL (SD: 14,73) y en HAP 110,60 mg/dL (SD: 27,76) ($p: 0,18$). El **cHDL** medio global fue de 52,09 mg/dL (SD: 12,09), en HE 53,03 mg/dL (SD: 12,62) y en HAP 51,53 mg/dL (SD: 11,77) ($p: 0,353$). La **Trigliceridemia** media global fue de 125,25 mg/dL (SD: 67,00), en HE 120,27 mg/dL (SD: 50,48) y en HAP 128,02 mg/dL (SD: 74,62) ($p: 0,328$).

Conclusiones.- En la muestra estudiada no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de IMC, glucemia, cHDL y triglicéridos entre pacientes hipertensos con diagnóstico confirmado de HAP y aquellos con diagnóstico de HE.

PÓSTER Nº: 246

**ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON DM2 EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD DE
CASTILLA Y LEÓN**

L. SIERRA MARTÍNEZ (1), R. MARTÍNEZ FUERTE (2).

(1) CENTRO DE SALUD GAMAZO. VALLADOLID. (2) CENTRO DE SALUD PILARICA. VALLADOLID.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, ESTILOS DE VIDA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO: Conocer los ESTILOS DE VIDA : DESCANSO Y EJERCICIO de los diabéticos tipo 2 de nuestro Centro de Salud con el fin de promover hábitos y estilo de vida saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

METODO USADO:

Los autores realizaron estudio observacional transversal descriptivo de los pacientes con diagnóstico de DIABETES MELLITUS tipo 2 (DM2) con registro en la Historia Clínica Informática (HCI) del Centro de Salud.

Del listado de pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente con DIABETES MELLITUS TIPO 2 del Centro de Salud, de manera aleatoria sistematizada fueron elegidos 104 pacientes (52 hombres (H) y 52 mujeres (M)), que contestan un cuestionario sobre estilos de vida, que incluía:1-Horas que duerme a diario, 2-Principal actividad diaria,3-Habitualmente ¿Cuánto camina al día?, 4-Practica algún deporte, 5-¿Qué deportes y cuántas horas a la semana?.

RESULTADOS

1-Edad de los pacientes DM2:90-95 a(1H, 0M), 85-90 a(1H,2M), 80-85 a(7H, 5M), 75-80 a(7H, 7M), 70-75 a(4H, 11M), 65-70 a(10H, 10M), 60-65 a(16H, 9M), 55-60 a(2H- 3M), 50-55 a(4H-5M).

2-HORAS QUE DUERMEN: 4-5h:1 paciente,5-6h:16 pacientes,6-7h:18 pacientes, 7-8h:13 pacientes, 8-9h:20 pacientes,9-10h:5 pacientes,10-11h:5 horas,no contesta:26 pacientes.

3-PRINCIPAL ACTIVIDAD DIARIA: 3.1- Sentado la mayor parte de la jornada: 33 pacientes. 3.2-De pie la mayor parte de la jornada (sin hacer grandes desplazamientos o esfuerzos):34 pacientes. 3.3-Caminando (llevando al peso, efectuando desplazamientos frecuentes que no requieran esfuerzo físico): 34 pacientes. 3.4-Realizando tareas que requieran gran esfuerzo físico: 1 paciente. 3.5-No contestan: 2 pacientes.

4-HABITUALMENTE, ¿Cuánto camina al día?: 4.1-Menos de 20 minutos: 13 pacientes.4.2-Entre 20-45 minutos: 33 pacientes. 4.3-Más de 45 minutos: 35 pacientes.4.4- No contestan: 13 pacientes

5-PRACTICA ALGÚN DEPORTE: 5.1-NO: 80 pacientes. 5.2- SI: 12 pacientes. 5.3-No contestan: 12 pacientes.

6-QUÉ DEPORTES Y CUÁNTAS HORAS POR SEMANA?: 6.1-Bicicleta 2 horas por semana: 1 paciente. 6.2-Gimnasia 2-3 h/semana: 4 pacientes. .6.3-Natación entre 3-7h/semana:3 pacientes. 6.4-Petanca

7h/semana: 1paciente. 6.5-Pin-Pon 7h/semana: 1paciente. 6.6- Equitación15 h/semana: 1 paciente.
6.7-Caminar 28-30 h/semana: 1 paciente.

CONCLUSIONES:

Sólo el 12,5% duermen entre 7 y 8 horas, El 12 % camina menos de 20 minutos al día, El 11,5 % practica algún deporte Y el 31% la jornada la pasa sentado. Ante éstos resultados se propone la realización de Plan de Educación para la Salud que incluya de taller educacional a grupos para corregir los hábitos y estilo de vida en Diabéticos tipo 2, así como aprovechar las consultas a demanda para promover conductas saludables.

PÓSTER Nº: 247

DIABETES Y TABACO, UNA MALA COMBINACIÓN

R. MARTÍNEZ FUERTE (1), L. SIERRA MARTÍNEZ (1), M.D. PÉREZ UBIERA (1), F. MATA CANELA (1),
J.D. MEJIA MAGUIÑO (1).

(1) ATENCIÓN PRIMARIA VALLADOLID ESTE. VALLADOLID.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, TABAQUISMO, EDUCACIÓN PARA LA SALUD

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO: Conocer el hábito tabáquico de los diabéticos tipo 2 de nuestro Centro de Salud con el fin de promover hábitos y estilo de vida saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

METODO USADO:

Los autores realizaron estudio observacional transversal descriptivo de los pacientes con diagnóstico de DIABETES MELLITUS tipo 2 (DM2) con registro en la Historia Clínica Informática (HCI) del Centro de Salud.

Del listado de pacientes incluidos en el Servicio de Atención al Paciente con DIABETES MELLITUS TIPO 2 del Centro de Salud, de manera aleatoria sistematizada fueron elegidos 104 pacientes (52 hombres y 52 mujeres), contestaron un cuestionario sobre si fuman y años que llevan fumando.

RESULTADOS

1-Edad de los pacientes DM2:90-95 a(1H, 0M), 85-90 a(1H,2M), 80-85 a(7H, 5M), 75-80 a(7H, 7M), 70-75 a(4H, 11M), 65-70 a(10H, 10M), 60-65 a(16H, 9M), 55-60 a(2H- 3M), 50-55 a(4H-5M).

2-¿Fuman?- Si: 21% de los pacientes. No: 79% de los pacientes

3-AÑOS FUMANDO:

20-25 AÑOS	13,6%
25-30 AÑOS	4,5%
30-35 AÑOS	13,6%
35-40 AÑOS	4,5%
40-45 AÑOS	4,5%
45-50 AÑOS	9,1%
50-55 AÑOS	9,1%
NO CONTESTA	41,1%

CONCLUSIONES:

El 21% de los pacientes con diabetes tipo 2 son fumadores y llevan fumando entre 20-35 años el 31,7%. Es conocido que el tabaquismo se ha asociado con la aparición prematura de múltiples complicaciones de la diabetes y el consumo de tabaco incrementa la posibilidad de desarrollarlas. Ante éstos resultados se propone la realización de Plan de Educación para la Salud que incluya de taller educacional a grupos para corregir los hábitos y estilo de vida en Diabéticos tipo 2, así como aprovechar las consultas a demanda para promover conductas saludables.

PÓSTER Nº: 248

¿QUÉ PERFIL CARDIOVASCULAR PRESENTAN LOS PACIENTES QUE TOMAN INCRETINAS?

N. MIRÓ VALLVÉ (1), M. ROCA MONSÓ (1), A. BALCELLS TERÉS (1), M. VILANOVA FILLAT (1),
J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), M. PENA ARNAIZ (1), M. CALDERÓ SOLÉ (1), E. MIGUEL LLORDÉS (1),
V. SANCHEZ FERNANDEZ (1), A. RODRÍGUEZ GARROCHO (1).

(1) ABS PLA D'URGELL. MOLLERUSSA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: PERFIL CARDIOVASCULAR, INCRETINAS, DIABETES

RESUMEN:

Propósito del estudio:

Dar a conocer en el grupo de pacientes diabéticos tipo 2 (DM-2) tratado con incretinas los siguientes parámetros cardiovasculares: género, Hb1Ac, tensión arterial y perfil lipídico.

Métodos usados:

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 12.988 pacientes (6.701 hombres y 6.287 mujeres) obtenidos de la base de datos informatizada de nuestra área de salud. Se ha incluido a todos los pacientes mayores de 18 años en los que consta el diagnóstico de DM-2 según la clasificación del código internacional de enfermedades (CIE-10).

Resultados:

De los pacientes que toman incretinas, el 44% son mujeres y el 66% son hombres. Entre los que toman incretinas, el valor medio de la Hb1Ac es de 7,7%, IC95% [5,5-10,8]. La prevalencia de hipertensos en estos diabéticos es de un 87,18%, IC95% [76,69-97,67], sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre géneros ($p=1,000$). En este grupo la media aritmética de colesterol-LDL es 96,7 mg/dl IC95% [47,4-145,8]. El valor medio de triglicéridos es de 206,8 mg/dl, IC95% [63,0-727]. La media aritmética de colesterol-HDL es de 45,6 mg/dl, IC95% [28-65].

Conclusiones:

En este estudio, el perfil cardiovascular de las personas que toman incretinas corresponde a: personas con elevada probabilidad de ser hipertensas, con mal control lipídico a expensas de triglicéridos pero no del resto de parámetros del perfil lipídico (c-LDL <100mg/dl i c-HDL > 40mg/dl en hombres y >50 mg/dl en mujeres).

PÓSTER Nº: 249

USO DE INCRETINAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. ROCA MONSÓ (1), N. MIRÓ VALLVÉ (1), A. BALCELLS TERÉS (1), M. VILANOVA FILLAT (1),
J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), M. PENA ARNAIZ (1), M. CALDERÓ SOLÉ (1), J. SANGRÀ MATEU (1),
V. SANCHEZ FERNANDEZ (1), E. MIGUEL LLORDÉS (1).

(1) ABS PLA D'URGELL. MOLLERUSSA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: PERFIL CARDIOVASCULAR, INCRETINAS, DIABETES

RESUMEN:

Propósito del estudio:

Determinar la prevalencia del uso de incretinas en la población de diabéticos tipo 2 (DM-2) en tratamiento en atención primaria.

Métodos usados:

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 12.988 pacientes (6.701 hombres i 6.287 mujeres) obtenidos de la base de datos informatizada del área básico de salud. Se ha incluido a todos los pacientes mayores de 18 años en los que consta el diagnóstico de DM-2 según la clasificación del código internacional de enfermedades (CIE-10).

Resultados:

Del total de la muestra, 875 personas son diabéticas. La prevalencia de DM-2 es del 6,74%, IC 95% [6,31%-7,17%]. En mujeres la prevalencia es de un 6,43%, IC 95% [5,82%-7,03%]. En hombres es de un 7,03%, IC95% [6,42%-7,64%]. Respecto al género, las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0,172$). La prevalencia de pacientes en tratamiento con incretinas es del 4,46% IC 95% [3,09-5,82] ($n=39$), sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas con relación al género ($p=0,87$).

Conclusiones:

Los estudios poblacionales de prevalencia de diabetes en el ámbito español la sitúan entre un 10 i un 15% (Valdés 2007). No obstante, estudios en población asistida en centros de atención primaria la posicionan alrededor de un 6%. La prevalencia obtenida en nuestro estudio se aproxima a ese valor. Las principales guías clínicas de diabetes sitúan actualmente las incretinas en el segundo esglaoón de tratamiento, junto con otros antidiabéticos. No obstante, la prevalencia del uso de las incretinas en nuestro estudio es baja (4,46%). Teniendo en cuenta su eficiencia, serán necesarios más estudios sobre optimización de estos fármacos en el manejo de la diabetes.

PÓSTER Nº: 250

**CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO 2: ¿PODEMOS ESTAR TRANQUILOS?**

M.Á. ESTEBAN MORENO (1), M.I. POVEDA GARCÍA (2), M. BAENA LÓPEZ (3), S. MUÑOZ TROYANO (4).

(1) UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA.

(2) UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA. (3) URGENCIAS AR TOYO. ALMERÍA.

(4) UGC CARDIOLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, DIABETES, COMPLICACIONES

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El papel de la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus es significativo. La prevención de la diabetes mediante la adhesión a un estilo de vida saludable es la clave para reducir el riesgo CV pero, una vez establecida, los efectos perjudiciales de un mal control de los factores de riesgo cardiovascular están bien establecidos. Las futuras estrategias de manejo terapéutico nos permitirá ser más eficaces individualizando en la reducción del riesgo pero, hasta entonces, un enfoque multidisciplinar y global es necesario. Nos disponemos a analizar el control de los factores de riesgo tradicionales en nuestra población diabética: ¿cumplimos los objetivos terapéuticos establecidos?

MATERIAL Y MÉTODO:

Realizamos un estudio observacional prospectivo seleccionando una muestra aleatoria de 150 pacientes diabéticos de los servicios de Medicina Interna, Cardiología y Nefrología del Hospital Torrecardenas (Almería) del 1 de agosto de 2011 al 30 de septiembre de 2011. Analizamos variables clínico-epidemiológicas: edad, sexo, enfermedad r previa microvascular (retinopatía y nefropatía) y macrovascular (enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, enfermedad arterial periférica), así como el control de factores de riesgo: HTA (Tas, TAd), diabetes mellitus tipo 2 (Hb A1C), dislipemia (Colesterol T, LDLc y TGC), obesidad (IMC), tabaquismo (Si/No).

RESULTADOS:

De la muestra de 150 pacientes 85 eran varones (56.6%) y 65 mujeres (43.4%) con una edad media de 68±9 años. Se estudió la enfermedad vascular previa:

- Complicaciones microvasculares: 52 pacientes con retinopatía (34.6%) y 68 pacientes con nefropatía (45.3%). Analizando el estadio de afectación renal obtuvimos: 4 pacientes en Estadio 1 (5.8%), 14 en estadio 2 (20.5%), 19 en estadio 3 (27.9%), 18 en estadio 4 (26.4%) y 13 en estadio 5 (19.1%).

- Complicaciones macrovasculares: 23 pacientes con enfermedad cerebrovascular previa (15.3%), 48 con enfermedad coronaria (32%) y 8 pacientes con enfermedad arterial periférica (5.3%).

Analizando el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular según las recomendaciones generales de la ADA (American Diabetes Association) encontramos que de los 150 pacientes:

	104 pacientes de alto riesgo CV (69.4%)		46 pacientes no alto riesgo CV (30.6%)	
	Objetivo	Cumplimiento estudio	Objetivo	Cumplimiento estudio
Cifras de TAs	<130	79 pacientes (75.9%)	<130	18 pacientes (39.1%)
Cifras de TAd	<80	98 pacientes (94.2%)	<80	44 pacientes (95.6%)
HbA1C	<6.5%	34 pacientes (32.6%)	<6.5%	29 pacientes (63%)
Cifras de LDLc	<70	28 pacientes (26.2%)	<100	19 pacientes (41.3%)
Cifras de TGC	<150	61 pacientes (58.6%)	<150	38 pacientes (82.6%)
IMC	<30	26 pacientes (25%)	<30	8 pacientes (17.3%)
Tabaquismo	18 fumadores activos (17.3%)		13 fumadores activos (28.2%)	

CONCLUSIONES: En este estudio queda reflejado el déficit de control de factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes diabéticos, especialmente en los clasificados como de alto riesgo cardiovascular destacando % elevados de obesidad y mal control lipídico. Se pone de manifiesto la necesidad de seguir insistiendo en el abordaje global e individualizado en estos pacientes, ya que numerosos estudios abalan que supone un cuantioso beneficio en la reducción de morbilidad y con ello en los costes derivados de hospitalización por complicaciones micro-macrovasculares.

PÓSTER Nº: 251

MANEJO DE LA HTA Y FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE INGRESAN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. REGISTRO DE DIABETES EN MADRID-CASTILLA LA MANCHA (ESTUDIO DIAMACAM)

A. SÁNCHEZ PURIFICACIÓN (1), N. TOBARES CARRASCO (2), E. MARTÍNEZ JIMÉNEZ (3),
M. CARREÑO HERNÁNDEZ (4), G.R. PROYECTO DIAMACAM (5).

(1) HOSPITAL DE FUENLABRADA. FUENLABRADA. (2) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.
(3) DIVISIÓN DE DIABETES. LABORATORIOS SANOFI. (4) HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. MAJADAHONDA.
(5) REGISTRO DE DIABETES DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA. DIAMACAM.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, FACTORES DE RIESGO VASCULAR, INGRESOS EN MEDICINA INTERNA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

La Diabetes constituye uno de los diagnósticos más frecuentes registrados en los informes de pacientes hospitalizados: 30-40% de los pacientes atendidos en los servicios de Urgencias; 25% de los pacientes hospitalizados.

El registro multicéntrico sobre Diabetes tipo 2 en Medicina Interna (DIAMACAM) es un proyecto desarrollado para obtener información epidemiológica, clínica y pronóstica de los pacientes diabéticos hospitalizados en servicios de Medicina Interna.

OBJETIVO: Evaluar el grado de control de la PA y del resto de FRCV que tienen los pacientes diabéticos que ingresan en los servicios de Medicina Interna. Conocer el manejo terapéutico que se hace de estos factores durante el ingreso y al alta.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, transversal y multicéntrico de todos los pacientes diabéticos ingresados durante 3 meses en los servicios de Medicina Interna de 18 hospitales de Madrid y Castilla la Mancha. Se evaluaron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas, motivos de ingreso y tratamientos recibidos. Mediante un registro informatizado on-line y una base de datos compartida. Se recogieron datos de 577 pacientes, obteniéndose un total de 496 registros válidos.

RESULTADOS:

Edad media de los pacientes: 74 a. 37% eran > 80 a. Varones, 51%. 75% caucásicos. Tiempo medio de de la DM, 10 a. El 80% de los diabéticos estaban previamente con tratamiento antihipertensivo. Los más utilizados: diuréticos (72%); IECAs (36%) y ARAII (24%). El 59% tenían la PAS insuficientemente controlada (≥ 130 mmHg) y el 33% la PAD (≥ 80 mmHg). Otros FRCV asociados: Sobrepeso ú Obesidad el 65% de los pacientes. Tabaquismo el 14%, especialmente en pacientes jóvenes: 41%. HDL-c bajo el 80% y TG elevados el 32%. Col total y LDL-c controlados en la mayoría de los pacientes.

Durante el ingreso el 77% de los pacientes recibieron tratamiento antihipertensivo: 59% IECA ó ARAII y 52% diuréticos de asa. Tratamientos recibidos durante el ingreso para los otros FRCV: Antitrombótico el 81% de los pacientes; 43% con anticoagulantes. Hipolipemiantes en un 32%; 73.1% estatinas.

Para la DM 405 pacientes (82%) recibieron tratamiento con insulina durante el ingreso. 124 pacientes (25%) recibieron antidiabéticos orales (ADO); 53% Metformina.

Al alta se prescribieron antihipertensivos en un porcentaje similar al ingreso: 76% de pacientes. Se aumentó sobre todo el empleo de IECAs ó ARAII: +7% (67%), frente a un incremento del 0-4% para los otros grupos terapéuticos. El porcentaje de pacientes con tratamiento para los otros FRCV y el tipo de fármaco empleado fue similar al ingreso y al alta: 42% tenían hipolipemiantes (90% estatinas) y 68% antitrombóticos.

Se fueron con insulina el 35% de los pacientes, un 7% más que antes del ingreso. Con ADO el 31%, 14% menos que al ingreso. La combinación ADO + insulina fue similar antes y después del ingreso: un 15%.

CONCLUSIONES:

Los pacientes diabéticos ingresados en Medicina Interna suelen ser de edad avanzada y con años de evolución de su enfermedad. La mayoría con HTA y varios FRCV más añadidos.

La gran mayoría están con tratamiento hipotensor pero el control de la PA es insuficiente.

Se prescriben más IECAs/ARAII durante el ingreso y al alta. Sin embargo no suele modificarse el tratamiento de los otros FRCV.

La DM se maneja durante la hospitalización fundamentalmente con insulina y aumenta su prescripción en el momento del alta.

PÓSTER Nº: 252

**INGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES
DIABÉTICOS ATENDIDOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. REGISTRO DE DIABETES EN
MADRID-CASTILLA LA MANCHA (ESTUDIO DIAMACAM)**

A. SÁNCHEZ PURIFICACIÓN (1), N. TOBARES CARRASCO (2), E. MARTÍNEZ JIMÉNEZ (3),
M. CARREÑO HERNÁNDEZ (4), G.R. PROYECTO DIAMACAM (5).

(1) HOSPITAL DE FUENLABRADA. FUENLABRADA. (2) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.
(3) DIVISIÓN DE DIABETES. LABORATORIOS SANOFI. (4) HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. MAJADAHONDA.
(5) REGISTRO DE DIABETES DE MADRID-CASTILLA LA MANCHA. DIAMACAM.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, INGRESOS HOSPITALARIOS, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Diabetes constituye uno de los diagnósticos más frecuentes registrados en los informes de pacientes hospitalizados: 30-40% de los pacientes atendidos en los servicios de Urgencias; 25% de los pacientes hospitalizados. El registro multicéntrico sobre Diabetes tipo 2 en Medicina Interna (DIAMACAM) es un proyecto desarrollado para obtener información epidemiológica, clínica y pronóstica de los pacientes diabéticos hospitalizados en servicios de Medicina Interna.

OBJETIVO

Conocer las enfermedades cardiovasculares por las que ingresan los pacientes diabéticos en los servicios de Medicina Interna, analizando su prevalencia, estancia media y tipos de alta hospitalaria.

MATERIAL Y METODOS: Estudio observacional, transversal y multicéntrico de todos los pacientes diabéticos ingresados durante 3 meses en los servicios de Medicina Interna de 18 hospitales de Madrid y Castilla la Mancha. Se evaluaron variables epidemiológicas, clínicas, motivo de ingreso y tipo de alta de estos pacientes. Mediante un registro informatizado on-line y una base de datos compartida. Se recogieron datos de 577 pacientes, obteniéndose un total de 496 registros válidos.

RESULTADOS:

El 51% de los pacientes diabéticos ingresados tenían entre 60 y 80 años; un 37% eran > 80 a. Edad media: 74 a. Varones, 51%. 75% caucásicos. Tiempo medio de de la DM, 10 años. FRCV asociados: 65% de los pacientes con sobrepeso ú obesidad. Tabaquismo el 14%. HDL-c bajo el 80% de pacientes; TG elevados el 32%. HTA insuficientemente controlada (>130/80mmHg) el 29% de los pacientes. Enfermedades previas más prevalentes en estos pacientes: ICC (46 %); Nefropatía (37%); C. Isquémica (29%); FA (29%) y ACVA (25%).

71% de los diabéticos (352 pacientes) ingresaron por enfermedades cardiovasculares (ECV): 36% por ICC; 19% por insuficiencia renal y 11.5% por arritmia, principalmente FA rápida. Entre los < 60 años las ECV suponen el 27% de los ingresos; sin embargo, son el motivo de hospitalización del 80% de los diabéticos mayores de 80 años.

Los otros motivos de ingreso más frecuentes fueron infecciones, en 248 pacientes (50%), e hiperglucemia, en el 27%.

52% de los pacientes (258) ya habían ingresado en el último año: el 65% por complicaciones cardiovasculares - 37% por ICC - ; el 45% por infecciones y el 18% por hiperglucemia.

La estancia media en los ingresos por enfermedades cardiovasculares fue de 11 días, bastante uniforme para las diferentes patologías: 10-12 días. Los pacientes más jóvenes, <60 años, la estancia media fue inferior: 7.8 días.

Al 50% de los pacientes se les dio de alta definitiva, siendo remitidos a Atención Primaria. El 50% restante (246 pacientes) precisaron seguimiento desde las consultas externas hospitalarias.

El porcentaje de éxitos registrados fue un 5% (24 pacientes); 14 casos fueron diabéticos mayores de 80 a (8% de este grupo). La causa más frecuente (42%) fueron las infecciones. El 37.5% de los éxitos se debió a enfermedades cardiovasculares: ICC, ACVA ó Insuf. Renal, todas ellas con un porcentaje similar: 13% .

CONCLUSIONES:

Los diabéticos ingresados en servicios de Medicina Interna son de edad avanzada, con varios FRCV añadidos y frecuentemente con ECV ya establecida.

Los motivos de hospitalización más frecuentes son las ECV y especialmente la ICC. La mitad de estos pacientes ya habían ingresado en los meses anteriores.

Los diabéticos ingresados por ECV tienen estancias medias prolongadas y una mortalidad elevada, especialmente los más ancianos.

La mitad de estos pacientes precisará seguimiento desde las consultas externas del hospital.

PÓSTER Nº: 253

EFFECTO DE LA REDUCCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SOBRE LOS PARÁMETROS DE FUNCIÓN CARDIACA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON SÍNDROME METABÓLICO. NUEVAS EVIDENCIAS DE LA CURVA EN "J"

D. SIRERA HERNÁNDEZ (1), A. RODRÍGUEZ-ARGÜESO PÉREZ (1), J. CASTILLO CASTILLO (1),
B. MIRALLES VICEDO (1), M.D. MACÍA MONDÉJAR (1), H. DE ANDRADE GOMES (1),
J. ROLDÁN MORCILLO (1), J. QUILES GRANADOS (1), P. MORILLAS BLASCO (1),
V. BERTOMEU MARTÍNEZ (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN ALICANTE. SAN JUAN DE ALICANTE.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, INSUFICIENCIA CARDIACA, NT-PROBNP

RESUMEN:

Antecedentes:

Diferentes estudios clínicos han mostrado el incremento de eventos cardiovasculares adversos asociados a una disminución excesiva de la presión arterial (PA) en la población hipertensa, apuntando a la existencia de un fenómeno de Curva en J. Los mecanismos responsables involucrados en el proceso todavía no han sido aclarados. Nuestro objetivo es analizar el efecto de la reducción de la PA en los parámetros de función sistólica y diastólica en pacientes hipertensos con síndrome metabólico.

Métodos:

Analizamos de manera consecutiva 97 pacientes hipertensos mal controlados, con síndrome metabólico y sin enfermedad cardiovascular previa. Se realizó monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), determinación sérica de NT-proBNP y un estudio ecocardiográfico (fracción de eyección, índice de masa ventricular izquierda (IMVI), y Doppler tisular del anillo mitral) durante la primera visita y después de un año de tratamiento. El tratamiento se intensificó para lograr un objetivo de presión arterial <140/90 mmHg.

Resultados:

La media de edad fue de 58 ± 10 años (38% de mujeres). Después de un año de tratamiento, se objetivó un descenso de la presión arterial sistólica ($155,8 \pm 22,1$ vs $136,8 \pm 16$ mmHg, $p < 0,001$) y diastólica ($86,8 \pm 9,5$ vs $81,6 \pm 14,4$ mmHg, $p < 0,001$). Sólo 15 pacientes lograron llegar a una presión arterial <130/80 mmHg (15,5%). La reducción de la PA se asoció con una mejoría significativa de la función sistólica del ventrículo izquierdo (onda "s"), la función diastólica (onda "e'"), y una reducción en el IMVI. Sin embargo cuando analizamos la relación entre los niveles de NT-proBNP y la PA diastólica al año en el MAPA, se observó la existencia de un fenómeno de curva en J (ANOVA F 4,55, $p < 0,05$), y el mismo fenómeno para la velocidad de la onda e' (ANOVA F 7.12, $p < 0,01$), con empeoramiento de dichos parámetros cuando se reducía la PA diastólica por debajo de 65 mmHg.

Conclusiones:

La reducción intensiva de la PA en pacientes con síndrome metabólico muestra un fenómeno de curva en J en los parámetros de función sistólica y diastólica (NT-proBNP y el Doppler tisular). Este mecanismo

podría explicar la elevada tasa de eventos cardiovasculares en pacientes hipertensos con reducciones excesivas de PA y reafirmar los actuales objetivos de tratamiento.

PÓSTER Nº: 254

DEFICIT DE VITAMINA D Y SINDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

L. VIGIL MEDINA (1), M. LOPEZ JIMENEZ (1), E. CONDÉS (1), R. GARCIA CARRETERO (1), C. RODRIGUEZ (1), M. VARELA ENTRECANALES (1), C. FERNANDEZ MEJÍAS (1), J. RUIZ GALIANA (1).

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES.

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: VITAMINA D, SÍNDROME METABÓLICO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

OBJETIVOS: El déficit de vitamina D se ha relacionado con la presencia de resistencia insulínica y con una secreción de insulina disminuida. Analizamos la posible asociación del Síndrome Metabólico (SM), una situación pre-diabética, con los niveles de vitamina D en un grupo de pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial.

MATERIAL: Estudio observacional, transversal, incluyendo a 308 pacientes (56% mujeres) con una edad media de 63±12 años, diagnosticados de HTA esencial y atendidos en nuestra Consulta de HTA durante un periodo de 12 meses consecutivos. En todos ellos realizamos una historia clínica, exploración física, y analítica habitual además de una determinación de niveles de 25-OH-vitamina D (ECLIA, Roche Diagnosis). Definimos el déficit de vitamina D como la presencia de niveles de 25-OH-D < 10 ng/ml. El SM se definió según los criterios del ATP-III revisados.

RESULTADOS: El índice de masa corporal (IMC) fue 30,5±6, la tensión arterial sistólica (TAS) 138±17 mm Hg y la tensión arterial diastólica 75±10 mm Hg. El SM estuvo presente en 160 (52%) de los pacientes, incluidos los pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo II (101 pacientes, 32,8% del total de la muestra). Los niveles medios de 25-OH-D fueron 29±14 ng./ml, sin mostrar diferencias entre ambos sexos (hombres 28±13 y mujeres 29±15 ng./ml, P: n. s.). 21 pacientes (7%) tenían déficit de vitamina D, de nuevo sin diferencias entre sexos. En el análisis univariado no hubo diferencias en los niveles séricos de 25-OH-D según la presencia o ausencia de SM (27±14 vs. 29±13 ng./ml respectivamente, P: n. s.) ó la presencia de DM (29.5±16 vs. 28.6±13 ng./ml, P: n. s.). Sin embargo, el déficit de vitamina D, considerado como variable categórica, se asoció significativamente con la presencia de SM: 18 (12.4%) pacientes con SM tuvieron déficit de vitamina D vs. 3 (2.3%) pacientes sin SM (P=0.001). Los niveles de 25-OH-D se correlacionaron negativamente (Pearson) con el IMC (r = -0.121, P = 0.037) y con los niveles de colesterol-HDL (r = -0.118, P = 0.0045). No encontramos ninguna correlación significativa de los niveles de 25-OH-D con el resto de los parámetros analizados. En el análisis multivariante, ajustado por todas las variables con influencia biológica en el SM, el único parámetro independiente asociado con la presencia de este, además de sus componentes (TA, glucemia basal, triglicéridos, colesterol-HDL y perímetro abdominal) fueron los niveles de 25-OH-D (OR = 1.035, IC al 95%: 1.001-1.071, P = 0.05).

CONCLUSIONES: En nuestros pacientes hipertensos, el SM se asoció de forma independiente al déficit de vitamina D. Son necesarios estudios prospectivos para determinar si la corrección de este déficit con suplementos de vitamina D puede prevenir el desarrollo de SM y de DM. En resumen, la determinación

de los niveles séricos de vitamina D puede resultar un instrumento útil en la prevención y en el tratamiento del SM en los pacientes con HTA esencial.

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 255

DIAGNOSTICO DE SINDROME DE ALPORT EN LA EDAD ADULTA A TRAVES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y LA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

R.A. ALCÁNTARA FIGUEROA (1), A. BENAVENTE FERNANDEZ (1), E. MARTINEZ BENAVIDES (2).

(1) HOSPITAL DE BAZA. BAZA. (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ALPORT, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, INSUFICIENCIA RENAL

RESUMEN:

Resultados:

Varón de 42 años de edad, que ingresa en Medicina Interna, procedente de urgencias por HTA, asociada a insuficiencia cardíaca y renal.

Antecedentes familiares: madre afecta de sordera neurosensorial desde edad joven. 2 primos hermanos afectados de sordera neurosensorial. Hijos sanos.

Antecedentes personales: sordera bilateral neurosensorial desde los 10 años, que el paciente achaca a penicilina.

Enfermedad actual: refiere historia de un año de evolución de disnea episódica de esfuerzo, estimado en relación con posible asma, por lo que ha mantenido tratamiento ocasional con salbutamol, sin mejoría sintomática. Dos semanas antes de su ingreso refiere disnea grado II, ortopnea, disnea paroxística nocturna, nicturia y edematización.

Examen físico: Anasarca, T.A. 170/115, F.C. 86 lpm, AC: frecuentes extratonos, soplo pansistólico sobre foco tricuspídeo y 3r. AP: crepitantes bibasales. Edemas en miembros inferiores hasta rodillas.

Pruebas complementarias:

Revisión de histórico analítico: 15/10/2007 creatinina 1'6mg/dL, urea 40mg/dL, orina: 150 hematíes/campo y proteinuria de 150 mg/dL.

Analítica de urgencias al ingreso; destacar: creatinina 9'4 mg/dL, urea 175 mg/dL, creatin cinasa 169 U/L, gasometría venosa: pH 7'34, exceso de bases -5'5, bicarbonato 19'4; Hb 9'7 mg/dL, hematocrito 28%; hematuria de 150 hem/campo, proteinuria 500 mg/dL, sodio urinario 49 mEq/L, potasio urinario 36'5 mEq/L, creatinina urinaria 93'2 g/dL.

Ecografía abdómno renal: derrame pleural bilateral, derrame pericárdico, riñones hiperecoicos, difícil de distinguir de tejido circundante, pequeños, en relación a nefropatía médica, valorar posibilidad de cardiopatía derecha.

Radiografía de tórax cardiomegalia, redistribución vascular.

ECG: ritmo sinusal, T negativa asimétrica cara lateral y anterior alta, EV ocasionales.

Ecocardiografía: DTDVI 7cm, FEVI 42%, derrame pericárdico ligero.

Ante la situación de insuficiencia renal terminal, se remite al servicio de nefrología de referencia donde se incluye en programa de diálisis peritoneal.

Puesto en común la enfermedad renal terminal en un paciente joven, y la sordera neurosensorial bilateral, se emite el juicio clínico de síndrome de Alport (SA), presentando, en ese momento, 3 de los criterios de diagnóstico clínico del SA propuestos (Tabla 1) (1).

No se ha realizado estudio genético sobre el paciente, ni biopsia renal, al no considerarse rentable a nivel diagnóstico-terapéutico para el paciente caso. Sí se ha realizado consejo genético sobre los familiares afectados de sordera neurosensorial.

Discusión:

El síndrome de Alport es la forma más común de nefritis hereditaria, caracterizada por sordera neurosensorial de tono alto y signos característicos en el ojo, causado por mutaciones en los genes del colágeno tipo IV y defectos en la membrana basal glomerular (2).

Es muy raro haber diagnosticado a nuestro paciente en la edad adulta (42 años) con tanta afectación de órganos diana que ha evolucionado de forma silente.

Conclusiones:

El síndrome de Alport es una enfermedad hereditaria con afección del riñón y cuyo diagnóstico precoz es importante para evitar graves secuelas en la edad adulta.

Esta enfermedad afecta mayormente a los varones x herencia autosómica tanto dominante como recesiva .

La HTA en pacientes con sordera neurosensorial nos debería llevar al estudio de la función renal que nos pudiera poner sobre la pista de esta rara enfermedad.

PÓSTER Nº: 256

ENFERMEDAD RENAL OCULTA, SU ANÁLISIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.A. ANDÍA CHONG (1), A.B. GOMEZ LIARTE (1), A. GONZALVEZ ALBERT (1), A. ZARAGOZA RIPOLL (1),
M. MEDINA ABELLAN (1), D. CRESPO ÁLVAREZ (1), I. BORRAJO BRUMETE (1), P. MARÍN PANALÉS (1),
J. BARRANCOS HERNÁNDEZ (1), M.C. CARLES HERNÁNDEZ (1).

(1) CS ESPINARDO. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: CREATININA, ERO, FG

RESUMEN:

Introducción.- La valoración del filtrado glomerular (FG) (MDRD-4), su relación con la creatinina (Cr) en sangre y su fácil abordaje en atención primaria (AP), hacen que el diagnóstico de Enfermedad Renal Oculta (ERO: creatinina normal y FG menor de 60) se incorpore al protocolo habitual del médico de familia (MF) como instrumento de prevención de la enfermedad renal, y como factor de riesgo cardiovascular (RCV).

Método.- Se evalúan los pacientes diagnosticados de ERO de dos cupos de MF en un Centro de Salud docente, con al menos un factor de riesgo CV, mayores de 60 años y que no hubieran desarrollado evento CV. Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal.

Objetivo.- Conocer las características de los pacientes atendidos en consulta de Atención Primaria que tienen enfermedad renal oculta.

Resultados.- Del total de la muestra compuesta por 454 pacientes, presentan **ERO 20**, lo que supone el 4.4%, siendo la mayoría mujeres (85%), mayores de 70 años (85%), hipertensos (95%) y dislipémicos (75%). Del resto de variables estudiadas en estos 20 pacientes, sólo el 30% eran diabéticos, sólo el 10% presentan micro/macroalbuminuria, y ninguno hematuria.

Conclusiones.- El estudio sistemático de Cr y FG en pacientes con RCV puede ser un excelente método de prevención en el desarrollo de la Enfermedad renal y su abordaje en estadios iniciales; especialmente útil en pacientes mayores de 70 años, en mujeres e hipertensos.

PÓSTER Nº: 257

LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD ATEROMATOSA MEJORA CON EL EMPLEO SIMULTÁNEO DE LA ECOGRAFIA CAROTIDEA Y FEMORAL EN TODOS LOS ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

A. BETRIU BARS (1), A. DUSSO (1), M. ARCIDIACONO (1), M. MARTINEZ ALONSO (1),
T. VIDAL BALLESTE (2), J.M. VALDIVIELSO (1), E. FERNANDEZ GIRALDEZ (2),
INVESTIGADORES GRUPO NEFRONA (3).

(1) IRBLLLEIDA. LLEIDA. (2) HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA.
(3) NEFRONA. ESPAÑA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ATEROMATOSIS, ECOGRAFIA, PLACA ATEROMA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. La enfermedad ateromatosa, que ocurre precozmente y con elevada frecuencia, precede los eventos cardiovasculares que son la principal causa de muerte en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La localización de la lesión ateromatosa en el territorio vascular determina el tipo de eventos cardiovasculares y las tasas de mortalidad. La ecografía de arterias carótidas ha demostrado su utilidad para el diagnóstico precoz de enfermedad arterial.

OBJETIVO. Estudiar si la ecografía de arterias femorales (común y superficial) tiene un valor añadido en el diagnóstico de enfermedad ateromatosa conseguido con la ecografía de las arterias carótidas (común, bulbo e interna).

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal multicéntrico sobre una muestra de 1785 pacientes de distintos estadios de ERC procedentes del estudio NEFRONA (observatorio nacional de aterosclerosis en nefrología): estadio 3 (38%), estadio 4-5 (32%), estadio 5D (30%); edad media 57 años; 62.4% hombres; 25% diabéticos; 54% fumadores; 61% dislipémicos. Se realizó ecografía bilateral de arterias carótidas y femorales para diagnosticar la presencia de placa de ateroma, definida como un grosor íntima media >1.5 mm. Para minimizar la variabilidad de los resultados todas las exploraciones se llevaron a cabo por un mismo equipo itinerante, y la lectura de los resultados fue centralizada.

RESULTADOS. La presencia de placa por territorio explorado, expresada en porcentaje, se muestra en la tabla a continuación, estratificando por estadio de enfermedad renal y sexo.

	estadio 3		estadios 4-5		estadio 5D	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Placa sólo en carótidas	25	40*	23	38*	29	31
Placa sólo en femorales	20	19	18	19	17	15
Placa carótidas y femorales	55	41	59	45*	54	51
Total de placas en carótidas	80	81	82	82	83	82
Total de placas en femorales	75	60 *	77	63*	71	66

* $p < 0.01$ comparado con los hombres en el mismo estadio de ERC

CONCLUSIONES:

- 1) Los resultados obtenidos demuestran que las placas en arterias femorales son más prevalentes en hombres que en mujeres en todos los estadios de enfermedad renal antes de iniciar tratamiento substitutivo con diálisis.
- 2) El uso únicamente de la ecografía carotídea subestima el diagnóstico de enfermedad ateromatosa en los hombres.
- 3) El empleo simultaneo de la ecografía carotidea y femoral aumenta la detección de placa de ateroma entre un 15-20% en ambos sexos y en todos los estadios de enfermedad renal crónica.

La detección precoz de enfermedad ateromatosa tendría que incluir ambas exploraciones: ecografía de arterias carótidas y de femorales.

PÓSTER Nº: 258

TELMISARTAN MAS AMLODIPINO MEJORA LOS INDICES DE DISFUNCION DIASTOLICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO EN PACIENTES HIPERTENSOS LEVE-MODERADOS

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), S. GARCIA RUIZ (1), E. LUEKPE ESTEFAN (2), M. AGUILERA SALDAÑA (1).

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALBACETE. (2) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: DISFUNCION DIASTOLICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO, RIGIDEZ ARTERIAL, TELMISARTAN

RESUMEN:

INTRODUCCION: La disfunción diastólica del ventrículo izquierdo es una anomalía precoz en la hipertensión arterial y muchas veces esta también asociada a la llamada insuficiencia cardiaca con función sistólica normal, que es frecuente en el paciente hipertenso. El tratamiento de esta entidad es complejo.

Objetivos: estudiar el efecto de una combinación fija de telmisartan mas amlodipino sobre la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (DDVI) en pacientes hipertensos leve- moderados.(PHLM)

MATERIAL Y METODOS: hemos estudiado a 46 PHLM (edad 56±6 años) y DDVI que recibieron durante 12 meses una combinación fija de telmisartan 80 mh+amlodipino (5-10 mg)/diarios. A todos se les realizó un estudio con MAPA de 24 hs, y un ecocardiograma al inicio y al final del estudio para medir las presiones sistólica y diastólica (PS;PD), el índice de aumento, la velocidad de onda de pulso (VOP) y presencia de DDVI medida por índice E/A del flujo mitral <1, tiempo de relajación isovolumetrica del ventrículo izquierdo > 110 msg .

Los resultados de los dos periodos se compararon y los exponemos en la siguiente tabla:

DATOS	PS	PD	DDVI	VOP</p>
BASAL	155±6*	86±8*	35 PHLM (76%)*	10±3*
TRAS 12 MESES	132±4	79±3	16 PHLM (34%)	6±2

*significa valor de p <0.05.

CONCLUSIONES: La combinación fija de telmisartan+amlodipino, no solamente reduce adecuadamente las tensiones arteriales tanto sistólicas como diastólica, sino también reduce los signos de alteración de la función diastólica y la rigidez arterial en pacientes hipertensos leve-moderados, lo que debería pensar a la hora de seleccionar el tratamiento mas adecuado para estos pacientes.

PÓSTER Nº: 259

**DIABETES MELLITUS, PERFIL CIRCADIANO DE LA PRESION ARTERIAL Y
LESION DE ORGANOS DIANA**

C. CALVO GÓMEZ (1), S. CINZA SANJURJO (2), A. HEMIDA AMEIJERAS (1), J.E. LOPEZ PAZ (1),
M. PENA SEIJO (1), G. CALVO GONZALEZ (1), M.L. ROMERO MIGUEZ (1), A. POSE REINO (1),
M. VEGA FERNANDEZ (3), J.R. GONZALEZ JUANATEY (3).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION Y RIESGO VASCULAR. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA. (2) CENTRO DE SALUD.
PORTO DO SON. LA CORUÑA. (3) SERVICIO DE CARDIOLOGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, LESION ORGANOS DIANA, PERFIL CIRCADIANO

RESUMEN:

Introducción y Objetivo: Corazón y riñón están relacionados en lo que a su hemodinámica y a sus funciones reguladoras se refiere y la alta incidencia de HTA y diabetes (DM) hace que la nefropatía y la cardiopatía sean las complicaciones más frecuentes en estos pacientes. El objetivo del presente estudio es analizar las características de una cohorte de hipertensos, en relación con la presencia de diabetes y/o lesión en órganos diana (LOD), para estratificar correctamente su riesgo cardiovascular.

Metodología: Se estudiaron 405 pacientes hipertensos, remitidos a una unidad hospitalaria, para evaluación y estratificación de su riesgo cardiovascular. En todos los casos, se realizó una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), un estudio ecocardiográfico para objetivar la existencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y estudios analíticos para determinar la presencia de nefropatía (microalbuminuria-MAL, enfermedad renal oculta-ERO o ambas). Se realizó un análisis comparativo, entre los pacientes diabéticos vs no-diabéticos, con el objeto de validar características diferenciales.

Resultados: No existen diferencias demográficas en cuanto a edad, sexo, índice de masa corporal, y tratamiento previos los pacientes hipertensos con DM (n:107) versus los no-DM (n:298), con un mayor tiempo de evolución de la HTA en los pacientes-DM, $p < 0.0001$. Cuando analizamos la PA ambulatoria los pacientes-DM tienen valores más elevados de PAS y PAD nocturna ($p = 0.02$ y 0.03 respectivamente), con una significativa reducción de la profundidad de la PAS (6.2% en DM versus 12.1% en no-DM, $p < 0.0001$), lo que condiciona que, en los diabéticos, sea más prevalente el perfil circadiano no-dipper (37.3% vs 27.6% en no-DM, $p < 0.0001$) y el perfil riser (26.2% vs 7.7% en no-DM, $p < 0.0001$). Cuando evaluamos la LOD, los pacientes diabéticos tienen elevada prevalencia de HVI (85% vs 34.9% no-DM, $p < 0.0001$) y nefropatía, tanto MAL (25.3% vs 17.1% no-DM, $p < 0.0001$) como ERO (36.4% vs 10.4% en no-DM, $p < 0.0001$).

Conclusiones: La asociación de diabetes mellitus e hipertensión arterial,,condiciona una alteración significativa en el perfil circadiano de la presión arterial y una mayor afectación de los órganos diana,,fundamentalmente el corazón y riñón. La presencia de cardiopatía y nefropatía favorece el desarrollo de complicaciones cardiovasculares e incrementa el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

PÓSTER Nº: 260

HIPERTROFIA VENTRICULAR HIPERTENSIVA EN PACIENTES CON EVENTOS ISQUEMICOS CEREBRALES Y CORONARIOS. ¿ES REALMENTE IMPORTANTE?

L. CASTILLA GUERRA (1), L. SERRANO RODRIGUEZ (1), J.P. VERDUGO DOMINGUEZ (1), M.D. FERNÁNDEZ MORENO (2), J. SUERO ALVAREZ (1), F. POZUELO DEL ROSAL (1), A. ESPINO MONTORO (1), J. MARÍN MARTÍN (1), M.D. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ (3), J.M. LÓPEZ CHOZAS (4).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DE LA MERCED. OSUNA. SEVILLA. (2) SERVICIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL DE VALME. SEVILLA. (3) SERVICIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA. (4) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA HIPERTENSIVA, ICTUS ISQUEMICO, CARDIOPATIA ISQUEMICA

RESUMEN:

OBJETIVO

Determinar la importancia de la hipertrofia ventricular izquierda hipertensiva (HLVH) en pacientes con ictus isquémico o AIT-IIS- y enfermedad coronaria, EC, por ecocardiografía (ECO).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro servicio con el diagnóstico de IIS o EC y con estudio ecocardiografico en los últimos 4 años. Se excluyeron los pacientes con enfermedad valvular u otras causas de HVI.

RESULTADOS

Se estudiaron 533 pacientes, 203 con IIS y 330 con EC. La edad media fue de 69 (SD 11) años, y 328 pacientes eran varones (61,5%). La hipertensión arterial fue el factor de riesgo (FR) más común: 362 pacientes (67,9%) (IIS vs EC: 64,5% vs 70% p = NS). Otros FR fueron la diabetes, en 224 pacientes (42%) (IIS vs EC: 37,4% vs 44,8%, p = NS), la hipercolesterolemia, en 261 pacientes (48,7%) (IIS vs EC: 30,5% vs 60,3%, p = 0,0001) y el tabaquismo, en 151 pacientes (28,5%) (IIS vs EC: 26,1% vs 29,6%, p = NS). La HLVH se observó en 234 pacientes (43,9%) (IIS vs EC: 42,3% vs 44,5%, p = NS). Los pacientes con HLVH eran de mayor edad (70 vs 66 años, p = 0,0001) y en su mayoría hipertensos bajo tratamiento médico (IIS vs EC: 80,2% vs 79%, p = NS). Ningún FR, a excepción de la hipertensión (p = 0,0001), se asoció con la HLVH. Los pacientes con HLVH recibido un mayor número de fármacos antihipertensivos en el alta en ambos grupos: IIS (2,2 vs 1,4, p = 0,0001), EC (2,5 vs 2,2, p = 0,001).

CONCLUSIONES

HLVH es un hallazgo frecuente en pacientes con eventos isquémicos cerebrales y coronarios. Los pacientes con HLVH tienen mayor edad, hipertensión más severa y requieren más tratamiento al alta. Es importante identificar la HLVH en estos pacientes para optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico a largo plazo.

PÓSTER Nº: 261

**INFLUENCIA DEL CONTROL TENSIONAL SOBRE LA PROGRESION DE LA ALBUMINURIA EN
PACIENTES CON SUPRESION CRONICA DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA**

C. CEREZO (1), J.A. GARCIA-DONAIRE (1), L. FERNANDEZ (1), L. GUERRERO (1),
L.M. RUILOPE (1), J SEGURA (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: MICROALBUMINURIA, SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA, PRESION ARTERIAL

RESUMEN:

La albuminuria es un predictor de morbilidad cardiovascular y renal. Tanto el control estricto de la presión arterial (PA) como la supresión del sistema renina-angiotensina (SRA) son herramientas útiles para prevenir o retrasar el desarrollo de micro o macroalbuminuria. Sin embargo, existen evidencias de que el daño renal y cardiovascular pueden continuar desarrollándose a pesar del bloqueo crónico del SRA.

Hemos analizado el efecto del control de la PA sobre la evolución de la excreción urinaria de albuminuria en pacientes hipertensos tratados con dosis adecuadas bien de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o de antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA), en monoterapia o en combinación con otros fármacos antihipertensivos.

Un total de 1141 pacientes fueron incluidos (media de edad 59.7 ± 12.5 años, varones 48.7%), todos presentando normoalbuminuria en el momento basal. La aparición de microalbuminuria de novo fue definida como un cociente albúmina/ creatinina entre 20–200 mg/g en hombres o 30–300 mg/g en mujeres, confirmada al menos en una segunda ocasión.

La PA fue evaluada utilizando un dispositivo validado semiautomático OMRON medida en condiciones uniformes, representando los valores obtenidos la media de 3 determinaciones consecutivas. Los pacientes recibieron durante el seguimiento la dosis más elevada posible de IECA o ARA, acompañado de un diurético o un calcioantagonista cuando fue necesario y de la combinación de los tres si la PA se mantenía en valores superiores a 140/90mmHg.

El porcentaje de pacientes que desarrollaron microalbuminuria se incrementó progresivamente durante el periodo de seguimiento: 13.0%, 16.4% y 17.1% después de 1, 2 y 3 años de seguimiento, respectivamente. Cuando los pacientes fueron clasificados en función de los niveles de PA después de cada visita, el desarrollo de albuminuria ocurrió en cualquier nivel de PA sistólica, empezando en valores por debajo de 130 mmHg y finalizando por encima de 160 mmHg (Tabla).

	EUA	MOMENTO BASAL	Año 1	Año 2	Año 3
PAS<130	Normo	376 (100)	332 (88.6)	321 (88.2)	322 (85.6)
	Micro	0	43 (11.4)	43 (11.8)	54 (14.4)
PAS 130-139	Normo	338 (100)	298 (88.2)	280 (84.8)	287 (84.9)
	Micro	0	40 (11.8)	50 (15.1)	51 (15.1)
PAS 140-159	Normo	343 (100)	294 (85.7)	268 (80.0)	274 (79.9)
	Micro	0	49 (14.3)	67 (20.0)	69 (20.1)
PAS ³ 160	Normo	84 (100)	67 (79.8)	60 (73.2)	63 (75.0)
	Micro	0	17 (20.2)	23 (26.8)	21 (25.0)

En conclusión, el control a largo plazo de la PA en consulta no excluye el desarrollo de microalbuminuria de novo en pacientes crónicamente tratados con supresión del SRA. Estos hallazgos se observan en cualquier estadio de la PA, desde valores normales de PA hasta la hipertensión grado 3.

PÓSTER Nº: 262

FRECUENCIA Y FORMAS DE DETERMINACIÓN DE LA EXCRECIÓN URINARIA DE ALBÚMINA EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA ATENDIDA EN CENTROS DE SALUD

A. DE LA SIERRA (1), J.A. DIVISON (2), P. GARRIDO (3), A. BARBON (4), R. ARISTEGUI (4).

(1) HOSPITAL MUTUA TERRASSA. TERRASSA. (2) CENTRO DE SALUD CASAS IBAÑEZ. ALBACETE.

(3) UNIVERSIDAD DE BARCELONA. BARCELONA. (4) DAIICHI-SANKYO. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: MICROALBUMINURIA, LESIÓN ORGÁNICA, DAÑO RENAL

RESUMEN:

Fundamento: La determinación de la excreción urinaria de albúmina (EUA) está recomendada en el paciente hipertenso. El objetivo del estudio fue evaluar la proporción de hipertensos en Atención Primaria en los que se disponía de una determinación de EUA en el último año, así como la metodología empleada.

Pacientes y método: Se evaluaron de forma consecutiva 4952 hipertensos. Se recogió la determinación (o falta de ella) de una EUA de un año de antigüedad. Se evaluó el tipo de recogida (24 horas, nocturna o matinal), así como el valor y las unidades de medida (mg/24h, µg/min, mg/g o mg/L).

Resultados: Se disponía de una determinación en 2301 pacientes (48,1%). En 329 se había recogido orina de 24 horas, en 122 orina nocturna y 1850 orina matinal, aunque de estos últimos sólo en 696 el valor estaba corregido por la creatinina. De esta forma sólo en el 24% de los pacientes se disponía de una medida válida de EUA (mg/24h, µg/min o mg/g). La prevalencia global de microalbuminuria fue del 36%. La posibilidad de que se dispusiera de una medida de EUA se asoció con la edad, la obesidad, la diabetes y con un mejor control de la presión arterial.

Conclusión: En sólo uno de cada 2 hipertensos se determina la EUA y en sólo uno de cada 4 mediante alguna metodología validada. Es necesario adaptar los mensajes contenidos en las guías clínicas a las realidades particulares para una determinación generalizada y correcta de la EUA en la hipertensión arterial.

PÓSTER Nº: 263

DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON HTA RESISTENTE Y PACIENTES CONTROLADOS CON 3 FÁRMACOS O MENOS

A. DE LA SIERRA (1), J.R. BANEGAS (2), A. OLIVERAS (3), M. GOROSTIDI (4), J. SEGURA (5),
J.J. DE LA CRUZ (2), P. ARMARIO (6), L.M. RUILOPE (5).

(1) HOSPITAL MUTUA TERRASSA. TERRASSA. (2) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA. MADRID. (3) HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA. (4) HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO. (5) HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID. (6) HOSPITAL GENERAL. L'HOSPITALET DE LLOBREGAT.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HTA RESISTENTE, LESION DE ÓRGANOS DIANA, MAPA

RESUMEN:

Fundamento: Las características clínicas de los pacientes con HTA resistente, respecto a aquéllos controlados no se han descrito en series grandes de pacientes. El objetivo del presente estudio fue el de evaluar las diferencias clínicas, lesión de órgano diana y estimadores de MAPA entre los pacientes con HTA resistente y aquellos controlados con 3 o menos fármacos.

Pacientes y método: En diciembre de 2010 se identificaron, procedentes del Registro Español de MAPA, 14461 pacientes con criterios de HTA resistente (no controlados con 3 fármacos o en tratamiento con 4 o más fármacos independientemente del control de la PA) y 13436 hipertensos controlados con 3 o menos fármacos.

Resultados: Comparados con el grupo de pacientes controlados, los pacientes con HTA resistente eran de edad más avanzada (65 vs 60 años), con mayor IMC (31 vs 29 Kg/m²) y con una duración mayor de la HTA (11 vs 6 años). Con mayor frecuencia presentaban diabetes (35% vs 19%), dislipidemia (54% vs 45%), reducción del FGe (25% vs 16%), microalbuminuria (28% vs 15%), hipertrofia ventricular izquierda (17% vs 8%) y una historia previa de enfermedad cardiovascular (21% vs 17%). En el análisis de regresión logística la duración de la HTA, la obesidad, la obesidad abdominal, la hipertrofia ventricular izquierda, la reducción del FGe y la presencia de microalbuminuria se asociaron con la HTA resistente. Este grupo de pacientes presentó cifras de PA por MAPA más elevadas, así como un mayor cociente noche-día. No obstante, las diferencias entre PA clínica y ambulatoria fueron igualmente más acusadas, de forma que un 40% de los pacientes con HTA resistente presentó cifras de 24h normales, mientras que un 31% de los pacientes aparentemente controlados presentó cifras de PA de 24 horas superiores a 130 y/o 80 mmHg.

Conclusion: La HTA resistente se asocia a obesidad, larga duración de la HTA y a daño cardíaco y renal. La MAPA revela que la HTA de bata blanca es común en los pacientes con HTA resistente y que la HTA enmascarada es igualmente frecuente entre los pacientes controlados.

PÓSTER Nº: 264

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y FARMACOLÓGICA DE PACIENTES INGRESADOS CON ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA

P. BRAILLARD POCARD (1), F. BATISTA GARCÍA (1), S. SURIA GONZÁLEZ (1), N. ESPARZA MARTÍN (1), A.Y. SÁNCHEZ SANTANA (1), I. AUYANET SAAVEDRA (1), E. BOSCH BENÍTEZ (1), A. RAMÍREZ PUGA (1), A. CALDERÍN ORTEGA (2), M.D. CHECA ANDRÉS (1).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.
(2) ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA, INSUFICIENCIA RENAL, TRATAMIENTO

RESUMEN:

Introducción: La etiología de la EVP se relaciona con arteriosclerosis en el 95% de los casos. Por ello, el tratamiento médico debe ser agresivo y debemos tratarlos como pacientes subsidiarios de prevención secundaria. Además, se ha demostrado que los IECA reducen los eventos isquémicos en estos pacientes independientemente de su efecto hipotensor.

Objetivos: 1) Valoración clínica, bioquímica y farmacológica al ingreso en el Servicio de Cirugía Vascular. 2) Valoración del grado de cumplimiento de los consensos en prevención secundaria. 3) Estudiar las diferencias entre los pacientes con EVP con/sin IRC.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de 40 ingresos consecutivos en el Servicio de Cirugía Vascular. Tras la firma del consentimiento informado (Estudio aprobado por el Comité de Ética), se recogían los datos clínicos y farmacológicos y se solicitaba analítica (hemograma, bioquímica sangre y orina 24 hs que incluía pro-BNP, troponinas, beta 2 microglobulina, PCR y PTHi). Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

Resultados: Ingresaron 33 hombres y 7 mujeres. La causa más frecuente fue la isquemia crónica estadio 4 (47,5%), 17 tenían IMC \geq 26 kg/m², el 50% era fumador y el 82,5% ex fumadores, 27 eran diabéticos y 27 hipertensos, 17 con MDRD4 < 60 ml/min, LDL: 95,48 \pm 34,50 mg/dl, TG: 159,82 \pm 116,79 mg/dl, proBNP: 1564,71 \pm 2008,6 mg/L, beta 2 microglobulina: 4,7 \pm 4,9 pg/ml. Respecto a su tratamiento, se muestra en la siguiente tabla:

	Anti-agregantes	Estatinas	Fibratos	Pentoxifilina	Beta-bloqueantes	IECA	ARA-II
si	14 (35%)	20(50%)	0%	2 (5%)	14 (35%)	18(45%)	8(20%
no	26 (65%)	20(50%)	100%	38(92,5%)	26(65%)	22(55%)	32(80

Por último, los 17 pacientes con $\text{MDRD4} < 60 \text{ ml/min}$ respecto a los 23 con $\text{MDRD4} \geq 60 \text{ ml/min}$ eran significativamente más hipertensos (0,02), más pacientes tomaban beta-bloqueantes (0,041) y ARA-II (0,038), eran de mayor edad (0,012), tenían mayores niveles de ácido úrico (0,015) y mayor pro-BNP (0,01) y beta 2 microglobulina (0,000). Resaltar que los niveles de PCR y pro-BNP se relacionaban positivamente con el nº de leucocitos y plaquetas

Conclusiones: Los pacientes con EVP ingresan por isquemia crónica de MMII, son o han sido fumadores y muchos de ellos son diabéticos y/o hipertensos. Un 35% están tratados con betabloqueantes, solo el 45% recibían IECAS, solo el 50% tomaba estatinas y el 65% no estaba antiagregado. Los pacientes con EVP e IRC eran más frecuentemente hipertensos, de mayor edad, y estaban más frecuentemente tratados con betabloqueantes y ARA-II.

PÓSTER Nº: 265

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

S. SURIA GONZÁLEZ (1), N. ESPARZA MARTÍN (1), P. BRAILLARD POCARD (1), M. RIAÑO RUIZ (2),
F. BATISTA GARCÍA (1), A. CALDERÍN ORTEGA (3), M.D. CHECA ANDRÉS (1).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.

(2) SERVICIO DE BIOQUÍMICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.

(3) ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA.
LAS PALMAS.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA, INSUFICIENCIA RENAL, CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

RESUMEN:

Introducción: Los factores de riesgo conocidos de enfermedad arterial periférica (EAP) son los que predisponen al desarrollo de la aterosclerosis. Así, la insuficiencia renal crónica (IRC) es un factor de riesgo conocido de EAP.

Objetivo: Caracterización clínica, bioquímica y farmacológica de pacientes con IRC con o sin EAP.

Pacientes y métodos: Estudio transversal de 72 pacientes con IRC, 55 sin EAP y 17 con EAP. Tras la firma del consentimiento informado (Estudio aprobado por el Comité de Ética), se recogían los datos clínicos y farmacológicos y se solicitaba analítica (hemograma, bioquímica sangre y orina 24 hs, NT-proBNP, troponinas, beta2-microglobulina, PCR y PTHi). Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0

Resultados: Se estudiaron 72 pacientes ($63,82 \pm 11,37$ años) con IRC (MDRD4: $42,18 \pm 10,15$ ml/min), 45 hombres y 27 mujeres, 29 (40,3%) tenían DM-2 y 65 (90,3%) eran hipertensos.

Respecto a los pacientes con IRC (MDRD4: $41,56 \pm 11,38$ ml/min) sin EAP, los pacientes con IRC (MDRD4: $42,82 \pm 8,99$ ml/min) con EAP eran de mayor edad ($73,65 \pm 10,84$ vs $60,78 \pm 9,76$ años, $p = 0$) y tenían menor IMC ($26,39 \pm 5,20$ vs $30,13 \pm 5,37$ kg/m², $p = 0,007$). Asimismo, desde el punto de vista analítico tenían un mayor ADE (ancho de distribución eritrocitario) ($15,55 \pm 2,27$ vs $13,87 \pm 1,10$ %, $p = 0,002$), menor colesterol total ($145,76 \pm 31,08$ vs $207,06 \pm 52,64$ mg/dl, $p = 0$), menor HDL ($37,45 \pm 13,03$ vs $52,45 \pm 10,31$ mg/dl, $p = 0,002$), menor LDL ($78,87 \pm 28,41$ vs $120,51 \pm 46,83$ mg/dl, $p = 0,005$), mayor PCR ($9,26 \pm 11,28$ vs $0,35 \pm 0,34$ mg/dl, $p = 0$), mayor NT-proBNP ($2561,19 \pm 2526,96$ vs $247,69 \pm 309,53$ mg/dl, $p = 0$) y mayor beta2-microglobulina ($6,21 \pm 4,91$ vs $3,51 \pm 1,50$ pg/ml, $p = 0,042$). Mayor número de pacientes con EAP eran fumadores activos ($p = 0,034$) o ex fumadores ($p = 0,040$) o tenían DM-2 ($p = 0,019$). En lo que respecta a su tratamiento, mayor número de pacientes con EAP estaban antiagregados ($p = 0,000$) y betabloqueados ($p = 0,005$). Sin embargo, menor número de dichos pacientes tomaban calcioantagonistas. No se encontraron diferencias en el resto de parámetros estudiados.

Conclusiones: Los pacientes con IRC y EAP presentan un mayor ADE y mayores niveles de beta-2 microglobulina y NT-proBNP que los pacientes con el mismo grado de IRC sin EAP. Además, los

pacientes con EAP eran más frecuentemente fumadores, diabéticos y presentaban menores niveles de HDL. A pesar de su indicación de evitarlos, los pacientes con EAP tomaban más frecuentemente betabloqueantes. A tenor de estos resultados, se podría sugerir que los pacientes con IRC y EAP son un subgrupo de pacientes con IRC que se diferencian del resto tanto por sus datos clínicos, como analíticas como farmacológicos.

PÓSTER Nº: 266

**COMPARACIÓN LAS DE DISTINTAS FORMAS DE CLASIFICAR LA CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA EN
LOS PACIENTES HIPERTENSOS**

A. ESTEBAN FERNÁNDEZ (1), J.P. CANEPA LEITE (1), N. SALTERÁIN GONZÁLEZ (1), M.T. BARRIO LÓPEZ (1), M. GARCÍA LÓPEZ (1), C. PUJOL SALVADOR (1), J.J. GAVIRA GÓMEZ (1), I. COMA CANELLA (1), I. GARCÍA BOLAO (1), J. BARBA COSIALS (1).

(1) CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. PAMPLONA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CLASIFICACIÓN

RESUMEN:

Objetivo. Revisar algunas formas de clasificación de la cardiopatía hipertensiva (CH) recogidas en la literatura científica, tomando como referencia a los hipertensos que acuden a la consulta de Cardiología.

Métodos. Se estudiaron las características basales y ecocardiográficas de 311 hipertensos que acudieron por primera vez a nuestra consulta de Cardiología durante un año y a los que se les realizó un ecocardiograma. Se tuvieron en cuenta 4 clasificaciones de la CH: clasificación clínica de la WHO/ISH (1993), clasificación anatómica de Frohlich (1989), clasificación funcional de Iriarte (1993) y clasificación clínica de Alegría y Juanatey (2006).

Resultados. Se realizó un ecocardiograma-Doppler a 311 pacientes hipertensos (159 mujeres) con una media de edad de 64±12 años. El tiempo de evolución de su hipertensión arterial era de 9±7 años.

Según la clasificación de la WHO[1]: 147 pacientes (46%) se incluyen en el grupo 1 (no lesión orgánica), 70 (24%) en el grupo 2 (signos de afección) y 94 (30%) en el grupo 3 (complicaciones clínicas). Se consideraron complicaciones clínicas la insuficiencia cardiaca, el síndrome coronario agudo y la FA.

Teniendo en cuenta la clasificación de Frohlich[2]: 147 pacientes (46%) tienen CH grado 1 (no HVI), 146 CH grados 2 y 3 (HVI inicial o establecida) y 18 (6%) CH grado 4 (insuficiencia cardiaca). No se disponía de datos suficientes para subclasificar a los pacientes en los grados 2 y 3.

Según la clasificación de Iriarte[3]: 148 pacientes (46%) presentan CH grupo 1 (disfunción diastólica), 164 (51%) CH grupo 2 (HVI), 9 (3%) CH grupo 3 (insuficiencia cardiaca con FE normal) y 9 (3%) CH grupo 4 (IC con FE reducida). No se pudo subclasificar a los pacientes del grupo 2 en 2a y 2b por no disponer de suficientes datos.

Por último se clasificó a los pacientes según la clasificación clínica "VIA" de Alegría y Juanatey[4]. Para el parámetro ventrículo (V) 147 pacientes tienen una V0 (no HVI), 164 una V1 (HVI), 148 una V3 (disfunción diastólica) y 27 una V4 (disfunción sistólica). Para el parámetro isquemia (I) 220 pacientes tienen I0 (no angina clínica), 102 una I1 o I2 (angina/isquemia micro o macrovascular) y 45 una I4 (síndrome coronario agudo). Para el parámetro arritmia (A) 271 pacientes tienen una A0 (no arritmia significativa), 25 una A1 (FA paroxística), 26 una A2 (FA permanente) y 16 una A3 (FA embolígena). No se pudo subclasificar en I1 y I2 por no disponerse de datos suficientes.

Conclusiones. Existen múltiples clasificaciones clínicas, anatómicas y funcionales para clasificar la cardiopatía hipertensiva, aunque ninguna de ellas es capaz por si sola de caracterizar la enfermedad. La clasificación clínica de Alegría y Juanatey es probablemente la que con mayor precisión lo hace.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Subcommittee of WHO/ISH Mild Hypertension Liaison Committee. Summary of 1993 World Health Organisation-International Society of Hypertension: Guidelines for the management of mild hypertension. *BMJ*.1993;307:1541-6.
- [2] Frohlich E. Evaluation and management of the patients with essential hypertension. Parmley WW, Chatterjee K, editors. *Cardiology*. Philadelphia: Lippincott; 1989. p.1-15.
- [3] Iriarte M et al. Classification of hypertensive cardiomyopathy. *European Heart Journal*. 1993; 14 Suppl J: 95-101.
- [4] Alegría-Ezquerro E, González-Juanatey JR y González-Maqueda I. Cardiopatía hipertensiva: propuesta de clasificación clínica. *Revista Española de Cardiología*. 2006; 59(4):397-401

PÓSTER Nº: 267

¿INFRAESTIMAMOS EL DIAGNÓSTICO DE URGENCIA Y EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN MEDICINA INTERNA? REVISIÓN DE 5 AÑOS

M.E. FRAILE VILLAREJO (1), J.Á. MARTÍN OTERINO (1), S. MÁRQUEZ BATALLA (1), I. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (1), Á.M. ROMERO ALEGRÍA (1), A. BELLO CONESA (1), A.J. PLATA IZQUIERDO (1), N. CUBINO BÓVEDA (1), J.P. MIRAMONTES GONZÁLEZ (1), E.M. PUERTO PÉREZ (1).

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA I. COMPLEJO ASISTENCIAL DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: EMERGENCIA HIPERTENSIVA, URGENCIA HIPERTENSIVA, DIAGNÓSTICO

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Analizar las causas de ingreso y el diagnóstico de las urgencias y emergencias hipertensivas en los pacientes con hipertensión arterial severa al ingreso, definida como PAS (presión arterial sistólica) ≥ 180 mmHg y/o PAD (presión arterial diastólica) ≥ 120 mmHg, durante el periodo entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2010.

MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo observacional descriptivo. Entre los 8300 informes de alta de los pacientes ingresados en Medicina Interna entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2010, seleccionamos los de aquellos pacientes que presentaban al ingreso unas cifras de PAS mayor o igual a 180 mmHg y/o PAD mayor o igual a 120 mmHg. De ellos extraemos los siguientes datos: sexo, edad, antecedente de hipertensión arterial (HTA), PAS y PAD al ingreso, y el diagnóstico al alta. Creamos una base de datos en Filemaker© para analizar esos datos.

RESULTADOS

580 (7%) de los pacientes presentaban al ingreso cifras de PAS ≥ 180 mmHg y/o PAD ≥ 120 mmHg. 344 (59.4%) eran mujeres y 236 (40.6%) hombres. La edad media al ingreso eran 80 años, con una mediana de 83, una edad mínima de 28 y máxima de 102 años. 353 (60.83%) pacientes presentaban HTA como antecedente personal. La PAS media era 194 mmHg y la PAD media era 94 mmHg. Sólo 4 (0.7%) presentaban PAD ≥ 120 mmHg sin PAS ≥ 180 mmHg. 363 (62.53%) pacientes ingresaron por causas consideradas urgencias o emergencias hipertensivas. En 248 (42.76%) pacientes el diagnóstico era accidente cerebrovascular agudo; sólo 10 (4.03%) de ellos fueron diagnosticados de emergencia hipertensiva. 66 (26.21%) ingresaron por insuficiencia cardíaca agudizada; 6 (9.1%) fueron diagnosticados de emergencia hipertensiva. 24 (3.79%) ingresaron para completar el estudio de HTA refractaria al tratamiento, ninguno asociaba el diagnóstico de urgencia hipertensiva. La encefalopatía hipertensiva fue el motivo de ingreso en 7 (1.2%) pacientes; 5 (71,42%) de ellos como emergencia hipertensiva. 5 (0.86%) debutaron con cardiopatía isquémica; ninguno de ellos se diagnosticó de emergencia hipertensiva. 13 (2.24%) fueron diagnosticados de urgencia hipertensiva sin otro diagnóstico concomitante. En 90 (15.5%) la causa del ingreso fue un proceso infeccioso; sólo 1 (1.11%) se diagnosticó de urgencia hipertensiva. 217 (37.41%) fueron diagnosticados de otros procesos, sin asociar el de urgencia hipertensiva.

CONCLUSIONES

1. Las urgencias hipertensivas son elevaciones marcadas de la presión arterial, generalmente PAS \geq 180 mmHg y/o PAD \geq 120 mmHg, de forma aguda, suponiendo una urgencia vital. Un 7% de los pacientes ingresan con cifras de presión arterial por encima de esos valores.
2. La prevalencia de cifras de hipertensión arterial severa al ingreso es mayor en mujeres que en hombres, con una edad media de 80 años.
3. La mayor parte de los pacientes que ingresan con cifras de presión arterial severa presentan hipertensión arterial conocida como antecedente personal.
4. Hay una infraestimación en los diagnósticos de urgencia y emergencia hipertensiva en los informes de alta de los pacientes ingresados en Medicina Interna. El 62.53% de los pacientes ingresan por causas consideradas urgencias o emergencias hipertensivas y sólo en el 9.5% de ellos se incluyó el diagnóstico de urgencia o emergencia hipertensiva al alta.

PÓSTER Nº: 268

OBESIDAD ABDOMINAL VS. OBESIDAD GENERAL EN LA PREDICCIÓN DE RIGIDEZ ARTERIAL EN SANOS, HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS

J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), M.A. GOMEZ MARCOS (1), C. AGUDO CONDE (1), M.C. PATINO ALONSO (2), C. RODRIGUEZ MARTÍN (1), B. SANCHEZ SALGADO (1), A. DE CABO LASO (1), C. CASTAÑO SANCHEZ (1), E. RODRIGUEZ SANCHEZ (1), L. GARCIA ORTIZ (1).

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA. (2) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, RIGIDEZ ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la relación entre la obesidad abdominal y la obesidad general con las medidas de rigidez arterial en sujetos sanos, hipertensos y diabéticos.

Métodos: Estudios descriptivo transversal que incluyó 305 individuos (32.8% diabéticos, 37.0% hipertensos y 30.2% sanos). Se realizaron medidas del IMC, perímetro de la cintura, porcentaje de grasa corporal e índice cintura-altura. La rigidez arterial se evaluó a través de la velocidad de la onda de pulso, grosor íntima media de carótida, índice tobillo-brazo, índice de aumento central y periférico y presión de pulso.

Resultados: Se encontró correlación positiva entre el perímetro de la cintura y el índice cintura-altura con la velocidad de la onda de pulso y el grosor íntima media de carótida. Tras ajustar por edad, sexo y la presencia de diabetes, hipertensión, tabaquismo y dislipemia, se encontró que por cada 0.1 de incremento en el índice altura-cintura y por cada 1 cm de incremento en el perímetro de la cintura, la velocidad de la onda de pulso se incrementa en 0.069 m/seg y 0.045 m/seg, mientras el grosor íntima media de carótida se incrementa en 0.002 mm y 0.001 mm respectivamente.

Conclusiones: Las medidas de obesidad abdominal (índice cintura-altura y perímetro de la cintura) son mejores que el IMC y el porcentaje de grasa corporal para predecir rigidez arterial evaluada con la velocidad de la onda de pulso, el grosor íntima media de carótida y el índice de aumento central, independientemente de la presencia de diabetes o hipertensión.

PÓSTER Nº: 269

**ALBUMINURIA COMO ESTIMACIÓN DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS**

G. RANGEL HIDALGO (1), C.J. CEBRIÁN ANDRADA (1), M.T. MORA MORA (1), P.J. LABRADOR GÓMEZ (1),
J.P. MARÍN (1), V. GARCÍA-BERNALT (1), S. GALLEGO (1), I. CASTELLANO (1), R. NOVILLO (1),
J.R. GÓMEZ-MARTINO ARROYO (1).

(1) S. DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ALBUMINURIA, DIABETES, LESIÓN DE ORGANO DIANA

RESUMEN:

La diabetes mellitus (DM) es una de las causas más importantes de entrada en diálisis. La presencia de albuminuria permite identificar precozmente la aparición de nefropatía diabética y establecer medidas destinadas a enlentecer su progresión hacia insuficiencia renal. La Sociedad Europea de HTA recomienda su medición de forma anual.

Objetivo.- Analizar el control de albuminuria realizado en la población general seguida en Atención Primaria de nuestro Área de Salud, a través de las analíticas realizadas a lo largo de un año y las diferencias en función de los niveles de glucemia basal.

Material y métodos.- Se recogieron para el análisis todas las analíticas de 2010, se incluyeron en el análisis aquellas con glucemia. Se definió DM cuando la glucemia basal fuese ≥ 126 mg/dL. De todas las analíticas realizadas a un mismo sujeto (identificadas a través del número de identificación personal) durante el periodo analizado se incluyó aquella que incluyera albuminuria y se clasificó en los diferentes grupos de glucemia en función de la más alta. Se valoró la función renal de acuerdo a la ecuación CKD-EPI y la presencia de albuminuria ≥ 30 mg, cuantificada en orina de 24 horas o como cociente albúmina/creatinina.

Resultados.- Fueron incluidos en el análisis 100.799 analíticas, pertenecientes a 60.367 pacientes, edad media 55.8 ± 18.8 años, 59.1% mujeres. Presentaban niveles de glucemia normales 76.1%, glucemia basal alterada 15.3% y DM 8.6%. La prevalencia de filtrado glomerular estimado disminuido en los tres grupos fue 9.3%, 17.5% y 23.3%, respectivamente.

En la tabla se muestra el porcentaje de pacientes con albuminuria negativa, microalbuminuria y proteinuria en los tres grupos de pacientes.

	Albuminuria <30	Albuminuria 30-299	Albuminuria ≥ 300	No solicitada
Glucemia <102	13.1	1.3	0.4	85.1
Glucemia 102-125	24.9	3.3	0.9	70.9
Glucemia >125	34.1	8.7	2.6	54.6

En los pacientes diabéticos, el porcentaje de solicitud de albuminuria en función del estadiaje de insuficiencia renal fue: estadio 1 46.4%, estadio 2 43.4%, estadio 3a 45.5%, estadio 3b 51.4% y estadio 4 57.4%.

Conclusiones.- El porcentaje de pacientes a los que se cuantifica albuminuria se incrementa en los pacientes diabéticos respecto a aquellos con glucemias normales o basales alteradas. Sin embargo, más de la mitad de los pacientes diabéticos no disponen de una albuminuria anual, sobre todo en fases iniciales de insuficiencia renal, donde la prevención y la capacidad de frenar la progresión de la enfermedad renal es mayor.

PÓSTER Nº: 270

AFECTACIÓN RENAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. MEDINA HERNANDEZ (1), J.M. MARTINEZ-ACACIO FRANCO (1), J. PORCEL RUIZ (1),
J.I. GLESIAS PEREZ (1).

(1) CENTRO DE SALUD CASTO PRIETO. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HTA, MICROALBUMINURIA, INSUFICIENCIA RENAL

RESUMEN:

PROPOSITO DE ESTUDIO: Valorar el grado de cumplimiento de los objetivos de control de Hipertensión Arterial (HTA) y la prevalencia de afectación renal en los pacientes diagnosticados de HTA, en el ámbito de la Atención Primaria urbana.

METODOS USADOS:

DISEÑO: Observacional, descriptivo, transversal.

SUJETOS: Por muestreo aleatorio simple se seleccionaron 324 historias del total de 2323 pacientes diagnosticados de HTA en el Centro de Salud.

VARIABLES DE ESTUDIO: Edad, sexo, presión arterial, creatinina en plasma, índice albumina/creatinina y fármacos prescritos.

Cumplimiento de objetivos de control de HTA (general < 140/90 mmHg, pacientes de riesgo alto < 130/80 mmHg).

Criterios de afectación renal: presencia de lesión de órgano diana renal: creatinina plasmática varones 1.3-1.5 mg/dl, mujeres 1.2 a 1.4 mg/dl; microalbuminuria 30-300 mg/24h o cociente albúmina/creatinina ≥ 22 mg/g en varones o ≥ 31 mg/g en mujeres; disminución del filtrado glomerular estimado MDRD < 60 ml/min. Presencia de enfermedad renal establecida: Nefropatía diabética; Insuficiencia renal: creatinina plasmática >1.5 mg/dl en varones o >1.4 mg/dl en mujeres o proteinuria >0.3g/24h).

RESULTADOS:

La edad media fue de 66.8 años (Rango de edad 36 a 94 años), el 56.2% fueron mujeres. Cumplían objetivos de control el 64.19%. Tenían indicado un fármaco el 35.18%, dos el 39.19% y tres o más el 21.30%; el 4.3% tenía tratamiento no farmacológico.

Presentaron lesión de órgano diana renal 29 pacientes (8.95%) y enfermedad renal establecida 33 (10.18%). En el subgrupo de pacientes con afectación renal, la media de edad fue más elevada 74.55 años, el 40.98% tenían indicado dos fármacos y el 32.78% tres o más. El 65.5% cumplía objetivos de control.

CONCLUSIONES:

El grado de control de la HTA se considera adecuado, ya que ha sido superior al observado en grandes muestras poblacionales españolas.

El número de fármacos por pacientes más prescrito ha sido de dos, siendo los ARAII y diuréticos los más utilizados.

La prevalencia de afectación renal en nuestra muestra ha sido del 19%, similar a la de otras series publicadas en este ámbito.

PÓSTER Nº: 271

RELACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO PREVIO EN LOS CAMBIOS EN LA MICROCIRCULACIÓN RETINIANA DEL HIPERTENSO

M. PENA SEIJO (1), A. POSE REINO (1), M. SUÁREZ TEMBRA (2), J.A. DÍAZ PEROMINGO (1),
J.L. DÍAZ DÍAZ (3), R. MONTE SECADES (4), C. CALVO GÓMEZ (1), J.E. LÓPEZ PAZ (1),
Á. HERMIDA AMEJEIRAS (1), J. SUÁREZ DONO ().

(1) COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA.
(2) HOSPITAL SAN RAFAEL. A CORUÑA. (3) HOSPITAL ABENTE Y LAGO. A CORUÑA.
(4) HOSPITAL LUCUS AUGUSTI. LUGO.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: RETINA, INDICE ARTERIOVENOSO, DIURÉTICO

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar qué factores, además del control de la HTA, influyen en la mejoría de la microcirculación retiniana del hipertenso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un análisis multivariante, para conocer otros factores asociados a los cambios observados en la microcirculación retiniana de 200 hipertensos controlados con el mismo tratamiento. Los factores considerados fueron:

- 1 Sexo (Hombre / Mujer)
- 2 Edad (<57 / ≥ 57)
- 3 Factores de riesgo cardiovascular (Ausencia / Presencia)
- 4 Lesiones de órganos diana (Ausencia / Presencia)
- 5 Diagnóstico HTA (Diagnóstico de novo / Diagnóstico con anterioridad)
- 6 Control de la PA en la visita inicial (Sin control / Con control)
- 7 Tratamiento anterior para la hipertensión (Ausencia / Presencia)
- 8 Tratamiento anterior para la hipertensión con diuréticos (No / Sí)
- 9 Tratamiento anterior para la hipertensión con IECAS (No / Sí)
- 10 Tratamiento anterior para la hipertensión con ARA II (No / Sí)
- 11 Tratamiento anterior para la hipertensión con β-bloqueantes (No / Sí)
- 12 Tratamiento anterior para la hipertensión con α-bloqueantes (No / Sí)
- 13 Tratamiento anterior para la hipertensión con otro tratamiento (No / Sí)

RESULTADOS: Se consideró que existía cambio en la microcirculación de la retina cuando el índice arteriolar-venular aumentaba entre la visita final y la visita basal. Según las características analizadas, sólo recibir tratamiento con diuréticos previo a la inclusión, se asoció a un cambio en el índice arteriolar-venular a los 6 meses de seguimiento (p: 0,0115) prueba c2 de Wald

CONCLUSIÓN: La influencia del tratamiento diurético previo a la inclusión en el estudio podría deberse a que los diuréticos, con los BB son los antihipertensivos con el menor efecto sobre la microcirculación general, y así, el tratamiento podría no haber afectado a la pared del vaso, por lo que el tratamiento a posteriori con un bloqueador del sistema renina-angiotensina podría hacer que el efecto sobre la microcirculación retiniana fuese más evidente. La otra explicación sería, la activación del SRAA en la

retina tras el tratamiento con diuréticos, lo que sitúa la microcirculación a este nivel en condiciones óptimas para su bloqueo por un antagonista del sistema.

PÓSTER Nº: 272

DIFERENCIAS PRONÓSTICAS ENTRE PACIENTES ANCIANOS Y NO ANCIANOS INGRESADOS POR SCASEST. ESTUDIO INTRAHOSPITALARIO Y A LARGO PLAZO

M. RAMÍREZ MARRERO (1), B. PÉREZ VILLARDÓN (1), M. JIMÉNEZ NAVARRO (2), E. DE TERESA GALVÁN (2), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

(2) HOSPITAL CLÍNICO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CORONARIO AGUDO, ANCIANOS, PRONÓSTICO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de mortalidad en países industrializados, con incidencia en alza motivada por el aumento de longevidad de la población. Nuestro objetivo fue establecer un análisis comparativo sobre el pronóstico hospitalario y a largo plazo, entre paciente ancianos (definidos como edad ≥ 70 años) y no ancianos.

MÉTODOS. Análisis retrospectivo del total de pacientes ingresados consecutivamente por SCASEST, de Enero de 2005 a Diciembre de 2006, completándose un seguimiento con una mediana de 24 meses. Se estudiaron variables pronósticas específicas durante este período, estableciéndose un análisis ajustado de repercusión de la edad sobre las mismas.

RESULTADOS. Se incluyeron 715 pacientes, de los cuales el 41,5% tenían ≥ 70 años (grupo de pacientes ancianos); este grupo presentó con mayor frecuencia antecedentes de HTA (67,7% vs. 59,8%, $p=0,02$), anemia (40,7% vs. 17%, $p=0,0001$), fibrilación auricular (20,9% vs. 8,1%, $p=0,0001$), comorbilidad (índice de Charlson $3,01 \pm 2,3$ vs. $1,9 \pm 1,8$, $p=0,0001$), sexo femenino (44,4% vs. 23%, $p=0,0001$), disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (31,9% vs. 20,5%, $p=0,001$), peor score TIMI Risk ($3,3 \pm 1,2$ vs. $2,5 \pm 1,4$, $p=0,0001$) y peor anatomía coronaria (66,9% vs. 52,5%, $p=0,001$ respecto a enfermedad coronaria multivaso). Este grupo de pacientes ancianos, recibió menor prescripción de fármacos recomendados por las guías vigentes ($p<0,04$). Los pacientes ancianos presentaron mayores porcentajes de mortalidad, tanto en fase hospitalaria como tras el seguimiento a largo plazo (8,4% vs. 3,6%, $p=0,005$ y 14,1% vs. 4,4%, $p=0,0001$ respectivamente), mayor frecuencia de desarrollo de insuficiencia cardiaca (IC) (24,6% vs. 7,9% y 16,3% vs. 5,1%, $p=0,0001$) e isquemia recurrente (6,1% vs. 3,1%, $p=0,04$ y 23,6% vs. 18,5%, $p=0,07$). Tras el ajuste, la condición de anciano no se mostró como predictor independiente de mal pronóstico ($p>0,1$), salvo en presentar riesgo incrementado de insuficiencia cardiaca en fase hospitalaria (OR 1,7, IC del 95%, 1-2,9).

CONCLUSIONES. En nuestra serie, los pacientes ancianos ingresados por SCASEST presentaron un perfil clínico y epidemiológico más desfavorable. No obstante, la condición de anciano no predijo mayor riesgo de mortalidad hospitalaria ni a largo plazo, aunque sí de aparición de insuficiencia cardiaca en fase aguda.

PÓSTER Nº: 273

INFLUENCIA PRONÓSTICA DE LA INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

B. PÉREZ VILLARDÓN (1), M. RAMÍREZ MARRERO (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), J. CANO NIETO (1),
M. JIMÉNEZ NAVARRO (2), E. DE TERESA GALVÁN (2), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.
(2) HOSPITAL CLÍNICO VÍRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA RENAL, SÍNDROME CORONARIO AGUDO, PRONÓSTICO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La insuficiencia renal es un factor de riesgo cardiovascular independiente establecido, muchas veces infraestimado al considerar exclusivamente las cifras de creatinina en plasma del paciente. Nuestro objetivo fue analizar la influencia sobre el pronóstico a largo plazo de la insuficiencia renal avanzada (IR) (definida como aclaramiento renal <60 ml/min/1,73m² mediante la fórmula abreviada MDRD) en pacientes ingresados por SCASEST.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados consecutivamente por SCASEST, de Enero de 2005 a Diciembre de 2006, completándose un seguimiento con una mediana de 24 meses, en el 96,4% de los casos.

RESULTADOS: Se incluyeron 715 pacientes, 70,6% varones, edad media $66,3 \pm 11,3$ años. 172 pacientes (24,1%) tenían IR según la fórmula de MDRD abreviada, porcentaje mucho más elevado que el obtenido si sólo tuviésemos en cuenta las cifras de creatinina en plasma (36 pacientes, 5%). Los pacientes con IR eran de edad más avanzada ($73,1 \pm 11,5$ vs. $57,8 \pm 15,4$, $p=0,0001$) y mayor comorbilidad asociada (índice de Charlson $3,6 \pm 1,6$ vs. $0,7 \pm 1$, $p=0,0001$). Los pacientes con IR presentaron peor pronóstico a largo plazo, con cifras más elevadas de mortalidad cardiovascular (37,5% vs. 5,9%, $p=0,0001$) y eventos cardiovasculares mayores (67,3% vs. 37,5%, $p=0,0001$). Tras el ajuste, la presencia de IR se asoció a un mayor riesgo de desarrollo de eventos cardiovasculares mayores tras el seguimiento (OR 2,04, IC95%, 1,34-3,09).

CONCLUSIONES: La insuficiencia renal avanzada es un factor pronóstico de enorme importancia en el SCASEST, dado que dos tercios de estos pacientes desarrollaron complicaciones cardiovasculares durante el seguimiento a largo plazo. Es de vital importancia su diagnóstico mediante métodos más fiables que la sola determinación de cifras de creatinina en plasma.

PÓSTER Nº: 274

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE SÍNDROME CARDIO-RENAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL GENERAL

M.I. POVEDA GARCÍA (1), M.Á. ESTEBAN MORENO (2), S. MUÑOZ TROYANO (3), M. BAENA LÓPEZ (4), L. COPADO CAMPOS (5), S. MUÑOZ DE LA CASA (5), R. GARÓFANO LÓPEZ (1), M.C. PRADOS SOLER (1), M.D. DEL PINO Y PINO (1).

(1) UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA. (2) UGC MEDICINA INTERNA. (2) HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA. (3) UGC CARDIOLOGÍA. HOSPITAL TORRECARDENAS. ALMERÍA. (4) URGENCIAS AR TOYO. ALMERÍA. (5) UNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. ALMERÍA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: CARDIACO, RENAL, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO.

El síndrome cardiorrenal es aquella situación clínica en la que hay un compromiso simultáneo de la función cardíaca y renal. Existe una estrecha relación entre ambas funciones ya que potencian sus efectos deletéreos de manera que el daño renal y miocárdico progresa de forma acelerada y retroalimentándose.

El objetivo de este estudio fue analizar en una cohorte de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna por Insuficiencia Cardíaca la presencia de síndrome cardiorrenal.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio observacional retrospectivo de 50 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna por Insuficiencia Cardíaca Descompensada donde se analizó la presencia de Síndrome Cardiorrenal así como otras variables epidemiológicas como edad, sexo, factores de riesgo (Diabetes Mellitus, HTA, dislipemia) y hábitos tóxicos.

RESULTADOS.

Describimos 50 casos (32 varones, 28 mujeres), con media de edad de 64 +- 5 años, 48% presentaban Diabetes Mellitus, 59% eran hipertensos, 45% dislipemia, 37% eran fumadores.

El 42 % de los pacientes presentaban Síndrome Cardiorrenal tipo 1 definido como el deterioro agudo de la función cardíaca que condujo a fracaso renal agudo de los cuales 15 % requirieron tratamiento renal sustitutivo.

El 68 % de los pacientes presentaban Síndrome Cardiorrenal tipo 2, Insuficiencia Cardíaca Crónica que se asoció a enfermedad renal crónica (ERC) o generó reagudización de función renal en el 42% de los pacientes.

En lo referente al tratamiento 80% de los pacientes tomaban IECA, seguido de 73% ARA II, 69% diuréticos de asa. El 9% presentaban Insuficiencia cardíaca refractaria al tratamiento en el seno de ERC (aún en Estadío 3) siendo subsidiaria de técnicas de ultrafiltración semanal con buenos resultados.

CONCLUSIONES.

Existe una elevada prevalencia de pacientes hospitalizados que desarrollan Síndrome Cardiorenal por lo que el manejo se debe basar en la individualización de tratamiento, el seguimiento próximo y la integración entre niveles asistenciales: Atención especializada (Nefrólogos-Cardiólogos) y Primaria.

PÓSTER Nº: 275

**PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN POBLACION HIPERTENSA.
ESTUDIO PRESCAP 2010**

F.J. ALONSO MORENO (1), M.A. PRIETO DIAZ (2), G.C. RODRIGUEZ ROCA (3), J.L. LLISTERRI CARO (4),
J. POLO GARCIA (5), M. FERREIRO MADUEÑO (6), A. GARCIA LERIN (7), I. GIL GIL (8),
T. SANCHEZ RUIZ (9), D. GONZALEZ-SEGURA ALSINA (10).

(1) CS SILLERIA. TOLEDO. (2) CS VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO. (3) CS PUEBLA DE MONTALBAN.
TOLEDO. (4) CS INGENIERO JOAQUIN BENLLOCH. VALENCIA. (5) CS CASAR DE CACERES. CACERES.
(6) CS HUERTA DEL REY. SEVILLA. (7) CS ALMENDRALES. MADRID. (8) CAP VIELLA-ARAN. VIELLA. (9) CS
INGENIERO JOAQUIN BENLLOCH. VALENCIA. (10) DEPARTAMENTO MEDICO ALMIRALL. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ENFERMEDAD RENAL CRONICA, AATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en población hipertensa asistida en atención primaria (AP).

PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal multicéntrico, en hipertensos ≥ 18 años. Se consideró presencia de ERC cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) determinada según MDRD simplificada era < 60 mL/min/1,73 m². Se analizaron características clínicas según presencia de ERC (ESH/ESC 2007). Adicionalmente se consideró presencia de ERC oculta (ERO), cuando la TFG era < 60 mL/min/1,73 m² y valores de creatinina sérica normales ($< 1,2$ mg/dL, mujeres y $< 1,3$ mg/dL, varones). Se excluyeron pacientes con nefropatía establecida.

RESULTADOS:

Un total de 12.961 hipertensos, edad media $66,2 \pm 11,4$ años (52% mujeres), índice de masa corporal $29,4 \pm 4,7$ Kg/m². La PA sistólica/PA diastólica fue $135,9$ ($14,5$) / $79,3$ ($9,4$) mmHg, respectivamente, creatinina $0,95$ ($0,3$) mg/dl (varones $1,03$ ($0,32$), mujeres $0,88$ ($0,26$) mg/dl; $p < 0,000$).

El 19,7% (intervalo de confianza (IC) 95%, 18,9-20,5) presentó ERC (MDRD), (69,8% mujeres) con edad media $72,7$ ($9,6$) años. El 1% de pacientes presentaba TFG < 30 ml/min. En comparación con los pacientes con TFG normal, los pacientes con ERC tenían más edad, cifras mayores de PA sistólica y más años de hipertensión ($p < 0,001$).

La prevalencia de ERC oculta fue 9,8 % (IC 95%, 9,2-10,4). La probabilidad de presentar ERC oculta se relacionó con el sexo femenino (OR: 18,4; IC 95%, 13,8-24,5), y tener mayor edad.

CONCLUSIONES:

Casi dos de cada diez hipertensos presentan ERC. Uno de cada diez tiene valores de creatinina normales. Sexo femenino y tener más edad aumentan la probabilidad de presentar ERC oculta.

PÓSTER Nº: 276

**PREVALENCIA DE MICROALBUMINURIA EN LA POBLACION HIPERTENSA.
ESTUDIO PRESCAP 2010**

M.A. PRIETO DIAZ (1), F.J. ALONSO MORENO (2), J.L. LLISTERRI CARO (3), G.C. RODRIGUEZ ROCA (4),
V. BARRIOS ALONSO (5), J.A. DIVISON GARROTE (6), E.I. GARCIA CRIADO (7), C. SANTOS ALTOZANO (8),
J.M. FERNANDEZ TORO (9), D. GONZALEZ-SEGURA ALSINA (10).

(1) CS VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO. (2) CS SILLERIA. TOLEDO. (3) CS INGENIERO JOAQUIN BENLLOCH.
VALENCIA. (4) CS PUEBLA DE MONTALBAN. TOLEDO. (5) Sº CARDIOLOGIA. HOSPITAL RAMON Y CAJAL.
MADRID. (6) CS CASAS IBAÑEZ. ALBACETE. (7) CS FUENSANTA. CORDOBA.
(8) CS AZUQUECA DE HENARES. GUADALAJARA. (9) CS ZONA CENTRO. CACERES.
(10) DEPARTAMENTO MEDICO ALMIRALL. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: MICROALBUMINURIA, HIPERTENSIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de microalbuminuria (MAU) en población hipertensa asistida en atención primaria (AP) y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular o renal establecida.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio transversal y multicéntrico, que incluyó hipertensos ≥ 18 años asistidos en AP de todo el territorio español. Se consideró MAU como la presencia de un valor de cociente albúmina/creatinina ≥ 22 mg/g en varones y ≥ 31 mg/g en mujeres.

RESULTADOS:

Se incluyeron 3.557 pacientes hipertensos, edad 67 ± 11 años, 52% mujeres, índice de masa corporal $29,9 \pm 4,7$ Kg/m². La PA sistólica/PA diastólica fue 136,0 (14,3) /79,4 (10,2) mmHg. La prevalencia de MAU fue del 19,1% (hombres 25,1%, mujeres 13,8%). MAU correlacionó con diabetes 62,1% vs 39,9%, $p=0,000$; dislipemia 71,5% vs 63,5%, $p=0,022$; tabaquismo 17,2% vs 13,4%, $p=0,012$; hipertrofia de ventrículo izquierdo 16,9% vs 8%, $p=0,000$; con filtrado glomerular estimado por MDRD <60 : 32,1% vs 18,3%, $p=0,000$ e incremento de creatinina como lesión de órgano diana 12,9% vs 6,6%, $p=0,000$. La MAU fue más prevalente en presencia de enfermedad cardiovascular o renal establecida 46,5% vs 28,5%, $p=0,000$. El grado de control de PA fue peor en los pacientes con MAU (51%) respecto a los que no tenían MAU (63,8%), $p=0,000$.

CONCLUSIONES:

Uno de cada cinco hipertensos atendidos en AP presenta MAU. La MAU es más prevalente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana, enfermedad cardiovascular. Los pacientes con MAU tienen un peor grado de control de su PA.

PÓSTER Nº: 277

**UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL NT-PROBNP PARA LA DETECCIÓN DE LESIÓN SUBCLÍNICA DE
ÓRGANO DIANA EN PACIENTES HIPERTENSOS**

A. RODRÍGUEZ-ARGÜESO (1), D. SIRERA (1), J. CASTILLO (1), B. MIRALLES (1), M. MASIA (1),
P. AGUDO (1), I. MATEO (1), J. QUILES (1), P. MORILLAS (1), V. BERTOMEU-MARTÍNEZ (1).

- (1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA.
(2) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE. ALICANTE.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: NT-PRO BNP, LESIÓN, SUBCLÍNICA

RESUMEN:

OBJETIVO: El desarrollo de lesión de órgano diana subclínica (LOD) está asociado a un peor pronóstico en la hipertensión arterial. Sin embargo, los marcadores bioquímicos para detectar su presencia han sido escasamente evaluados. Nuestro objetivo es analizar la precisión diagnóstica del NT-proBNP para la detección de LOD en el paciente hipertenso.

MÉTODOS: Se han incluido, de manera consecutiva, 211 pacientes hipertensos asintomáticos a los que se les ha realizado un estudio completo de LOD a diferentes niveles (cardíaco, renal y arterial), junto con una determinación plasmática de NT-proBNP. Para ello se ha determinado el índice de masa ventricular izquierda ajustada por superficie corporal (IMVI), placas ateroscleróticas y grosor de la íntima-media (GIM) en las arterias carótidas, índice tobillo-brazo (ITB), excreción urinaria de albúmina (EUA) y tasa de filtrado glomerular (TFG).

RESULTADOS: Un total de 148 pacientes (70'1%) tenía LOD. Se detectó daño cardíaco, arterial y renal en el 21'6%, 47'8% y 34'1% de los pacientes respectivamente. Los niveles plasmáticos de NT-proBNP presentaron una correlación lineal significativa con el IMVI ($r=0'46$, $p<0'001$), la TFG ($r=0'33$, $p<0'001$), el GIM de la carótida izquierda y derecha ($r=0'26$ y $r=0'24$ respectivamente, $p<0'001$) y la EUA ($r=0'26$, $p<0'001$) y una relación cuadrática con el ITB ($r^2=0'054$). Asimismo el log NT-proBNP se asoció de forma independiente con la existencia de LOD (OR 2.29, 95% CI: 1.34-3.89, $p<0'01$). El área bajo la curva ROC del NT-proBNP para la detección de LOD fue de 0'75 (95%CI, 0'68-0'82, $p<0'001$).

CONCLUSIONES: EL NT-proBNP se asocia con la presencia de LOD a diferentes niveles y podría ser un marcador útil para su detección en pacientes con hipertensión arterial.

PÓSTER Nº: 278

**CORRELACIÓN ENTRE LA DISFUNCIÓN CARDIACA Y LA MICROALBUMINURIA EN PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO 2 INGRESADOS EN 2 SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA**

J.J. TAMARIT GARCIA (1), B. ROIG ESPERT (2), T. CUADRADO GOMEZ (1), A. GARCIA MORENO (1),
A. ARTERO MORA (1), V. NAVARRO IBAÑEZ (2).

(1) HOSPITAL DR PESET. VALENCIA. (2) HOSPITAL MANISES. MANISES.

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: MICROALBUMINURIA, DISFUNCION CARDIACA, DIABETES

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La Microalbuminuria (MA) es un factor de riesgo independiente para la progresión de la nefropatía diabética (ND) y de enfermedad aterotrombótica de primera magnitud, tan importante o más que la hipertensión arterial y el colesterol, pero no está claro si se relaciona con la presencia de alteraciones cardíacas precoces como la disfunción diastólica (DD) del ventrículo izquierdo, la disfunción sistólica (DS) o la Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI).

Ambas lesiones, renal y cardíaca son factores de riesgo cardiovascular independientes, además de ser complicaciones orgánicas presentes en el paciente diabético, por lo que su determinación resulta de gran importancia en dicho paciente. Además, estudios recientes confirman que dichas lesiones se ven influidas de forma independiente por el resto de factores de riesgo cardiovascular.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar las alteraciones cardíacas estructurales o funcionales que se presentan en DM2 asociada a MA y analizar si existe una relación entre el nivel de MA y la presencia de Disfunción Sistólica (DS), Disfunción Diastólica (DD) o Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI).

MATERIAL Y METODOS

Incluimos pacientes ingresados en 2 servicios de Medicina Interna, diagnosticados de DM2 con MA, y con una capacidad funcional I, a los que se realizó ecocardiograma transtorácico y bioquímica completa incluyendo filtrado renal e índice albúmina/creatinina en orina. La muestra se obtuvo entre el 1 de marzo al 31 de octubre de 2011, incluyendo de forma consecutiva los pacientes que cumplían los citados criterios de inclusión, que fueron un total de 73.

Con los datos obtenidos se realizaron análisis estadísticos: mediante una prueba cualitativa de muestras no pareadas (t de Student) se determinó si existían diferencias entre el nivel de MA de pacientes con y sin alteraciones ecocardiográficas. Además se realizó una regresión lineal múltiple para determinar asociación entre HVI y Presión Arterial Sistólica (PAS), MA, años de evolución de HTA o DM2 y edad de los pacientes.

RESULTADOS

El promedio de MA fue $98,9 \pm 86$ mg/g y de hemoglobina glicosilada (Hb1AC) de $7,9 \pm 1,3$ mg/dL. Se documentó HTA en el 48% de los pacientes, con un promedio de PAS de 138 mmHg, medida el mismo día de la obtención de la muestra de orina. El promedio de edad de los pacientes es de $68,8 \pm 11,3$ años (68,7% de la muestra es de sexo femenino).

El análisis de los datos indica que de los pacientes estudiados un 13,7% (10/73) presentaba DS y el 67,1% (49/73) DD. En el 38,5% (28/73) se objetivó HVI. En el 23,5% se evidenció un corazón sano mediante ECO2D. Los análisis estadísticos demostraron que los pacientes con DD tienen significativamente mayor nivel de MA que aquellos con ECO2D normal ($169,1 \pm 78$ vs $59,3 \pm 11,3$ mg/g, $p < 0,01$. IC95%). A su vez, los pacientes con HVI tienen significativamente mayor nivel de MA que aquellos con DD no asociada a HVI o sin alteraciones estructurales ($253,8 \pm 77,4$ vs $169,1 \pm 91$, $p < 0,05$. IC 95%). Mediante regresión lineal múltiple no se encontró una asociación independiente entre HVI y MA o HVI y PAS, duración de DM2, HTA o edad.

CONCLUSIONES

La detección precoz de afectación renal y/o cardiaca adecuaría la toma de decisiones terapéuticas de forma más ajustada y probablemente más intensiva. Dada la prevalencia de ambas afectaciones, y la importancia en la modificación del tratamiento, esto se debería realizar de forma precoz y rutinaria.

En nuestro estudio, de forma concordante con estudios previos, la alteración cardiaca más frecuente en diabéticos tipo 2 con MA es la DD. El nivel de MA se asocia a DD e HVI, independiente de la presencia de HTA o del nivel de PAS. Por lo tanto, la MA puede ser un buen predictor de enfermedad cardiaca incipiente en diabéticos asintomático.

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 279

¿EL ÍNDICE TOBILLO BRAZO (ITB) VARÍA LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR?

J.P. AGUDO UGENA (1), E. VINYOLES BARGALLÓ (1), D. ALEJANDRO HIBERNON (1), J. CABRE RECIO (1),
A. SAEZ JIMÉNEZ (1), V. ROBLEDO PASTOR (1), J. GARCÍA ALONSO (1), C. ROYO PASTOR (1),
I. BOBE MOLINA (1), A. ALSINA (1).

(1) CAP LA MINA. SANT ADRIA DE BESÒS.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA, RIESGO CARDIOVASCULAR, ITB

RESUMEN:

Propósito del estudio: Evaluar la arteriopatía periférica oculta en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (RCV) y los cambios en la estimación del RCV que conlleva la realización de un índice tobillo-brazo (ITB).

Métodos usados: Estudio de intervención diagnóstica con muestreo a conveniencia. El ámbito es un Centro de salud urbano. Pacientes con más de un factor de RCV o que hayan presentado infarto o ictus. Se excluyen pacientes con arritmias (fibrilación auricular) y arteriopatía periférica (claudicación intermitente). Medidas e intervenciones: Medida automatizada de la ITB (derecho e izquierdo) con un equipo oscilométrico validado (Microlife WatchBP). Cálculo del RCV antes y después de la intervención (tablas de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología)

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes; 54% mujeres. Media de índice de masa corporal 31,5 (DE 6,2) kg/m², presión arterial 136 (17) / 76 (9,4) mmHg. Fumadores activos 22%; diabetes 50%; hipertensión 86%; enfermedad coronaria 12,7%; ictus 10,8%. Todos los pacientes tomaban tratamientos farmacológicos relacionados con los factores RCV. La prevalencia de ITB oculta fue del 12,3% (n = 13), y en un 61,5% (n = 8) de los casos hubo una modificación relevante del RCV y del tratamiento.

Conclusiones: La prevalencia de arteriopatía periférica oculta en una muestra de pacientes con factores de RCV es del 12,3%. En más de la mitad de los casos hay una modificación de su tratamiento farmacológico.

PÓSTER Nº: 280

**APLICACIÓN DE LA FUNCIÓN DE FRAMINGHAM EN UNA POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA:
CURVAS DE SUPERVIVENCIA POR TERCILES DE RIESGO**

L.M. ARTIGAO RODENAS (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (1), J.A. DIVISÓN GARROTE (1), B. GONZÁLEZ LOZANO (2), F. MOLINA ESCRIBANO (3), D. CALDEVILLA BERNARDO (1), E. LÓPEZ DE COCA FERNANDEZ VALENCIA (1), I. PONCE GARCÍA (4), M. SIMARRO RUEDA (5), A. HERRERO HERNÁNDEZ (6).

(1) GRUPO DE ENFERMEDADES VASCULARES DE ALBACETE. ALBACETE. (2) CENTOR DE SALUD ZONA III DE ALBACETE. ALBACETE. (3) CENTRO DE SALUD CASAS DE JUAN NÚÑEZ. ALBACETE. (4) CENTRO DE SALUD CASAS IBÁÑEZ. ALBACETE. (5) CENTRO DE SALUD ZONA IV DE ALBACETE. ALBACETE. (6) CENTRO DE SALUD DE VILLARROBLEDO. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, FRAMINGHAM, CURVAS SUPERVIVENCIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Valorar si la nueva función de clasificación de riesgo cardiovascular propuesta por Framingham (D'Agostino 2008)¹ es útil en una población europea no anglosajona.

Sujetos, Material y Métodos: Se estudia una cohorte seleccionada de forma aleatoria, estratificada y bietápica, extraída de una población general del sudeste de España (Albacete y su provincia). Se realizan dos cortes: 1º 1992-94 (se estudian enfermedades cardiovasculares -ECV-, factores de riesgo mayores, ECG, analítica y se clasifica la muestra en terciles de riesgo) y 2º corte 2004-06 (se recogen eventos y mortalidad cardiovascular).

Resultados: De los 1332 sujetos que constituyen el total de la muestra, 959 se encuentran en el intervalo de edad 30-74 años. Tras excluir a aquellos pacientes que ya habían padecido ECV (54), a 33 individuos por no disponer de cHDL y las pérdidas durante el seguimiento (113 [11,7%]), la n definitiva del estudio fue 759 (55,3% mujeres). Después de un seguimiento medio de 10,6 años (DE=2.4) se calcula la probabilidad de supervivencia individual acumulada (Kaplan-Meier). Comparando los terciles en que se ha distribuido el riesgo, en las mujeres, la supervivencia libre de eventos es del 100% en el tercil de menor riesgo versus 93,3 en el 2º y 83,3 % en el tercil de riesgo más alto. En los hombres, los datos son 99,1%, 80,1% y 65,5%, respectivamente, para terciles de menor a mayor riesgo. Se comprueba significación estadística interterciles, en todos los casos, aplicando el test de rangos logarítmicos (P<0,001).

Conclusiones: La nueva propuesta de Framingham¹ muestra una buena capacidad de predicción, en la población del sur de Europa estudiada. Y es excelente en los individuos situados en el tercil inferior del RCV calculado (la tranquilidad del médico asegurada).

1 D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, Kannel WB: General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. Circulation. 2008; 117:743-53.

PÓSTER Nº: 281

CORRELACIÓN ENTRE LA MEDIDA MANUAL Y POR SOFTWARE DEL GROSOR INTIMA MEDIA CAROTIDEO

M. AVILA SÁNCHEZ-TORIJA (1), A. BARBERO PEDRÁZ (1), N. MARTÉLL CLAROS (1), M. ABÁD CARDIÉL (1), V. LAGUNA CALLE (1), A. FERNANDEZ-CRUZ (1).

(1) UNIDAD DE HTA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: GROSOR INTIMA MEDIA CAROTIDEO, MEDIDA MANUAL, MEDIDA POR SOFTWARE

RESUMEN:

El GIM es considerado como marcador de enfermedad ateromatosa subclínica, teniendo relación directa con incidentes cardiovasculares (CV). Las medidas del mismo se pueden realizar de dos maneras, por un lado de forma manual, con intervención única del observador, y por otro, sirviéndose de la ayuda de un software que realiza dicha medida por si mismo.

MÉTODOS: Se estudian 210 pacientes seleccionados de forma consecutiva en el Área de Imagen de la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos. a los cuales se les mide por un único observador el GIM mediante ecografía carotidea de acuerdo al consenso de Mannheim. Se examinó la carótida común a 1 cm aproximadamente del bulbo en carótida derecha, por ultrasonografía modo B con el paciente en decúbito supino con la cabeza ladeada a 30º hacia la izquierda, usando una sonda lineal de 12Mhz. Con un ecógrafo modelo PHILIPS HD7. S

Se midió el GIM a cada paciente de dos maneras, por un lado se realizaron en la imagen carotidea obtenida tres mediciones separadas entre si un mm, hallandose la media aritmética de las mismas, utilizando este valor como el definitivo; por otro lado la imagen se exportó al PC y se midió el GIM mediante el software QLAB el cual utiliza un sistema de medición por fractales. Se recogió además medidas de presión arterial(PA), así como la existencia de otros factores de riesgo cardiovascular(CV), y antecedentes personales(AP)

RESULTADOS: De los 210 pacientes, 109 (51,9%) fueron varones y 101 (48,1%) mujeres. La edad media fue de 59,4±12,9 años. IMC 29,3±5,0. La presión arterial braquial fue 126,1±17,6 / 74,5±9,8 mmHg. Eran fumadores el 14,3%, diabéticos el 29% y dislipémicos el 61,9%. Tenían antecedentes de cardiopatía isquémica el 12,9%, de enfermedad renal el 1,9%, de enfermedad arterial periférica el 0,5%. La media de la medida de GIM manual fue de 0,66±0,13 mm, y por software 0,66±0,14 mm. Correlaciones: Se encontró una alta correlación entre la medida del GIM manual y la realizada por software con un coeficiente lineal de Pearson de 0,955, y un coeficiente de correlación intraclase de 0,954. No hubo diferencia significativa entre ambos tipos de medición p < 0,001.

CONCLUSIONES: La medida del GIM manual presenta una robusta correlación con la realizada por software, no habiendo diferencias significativas entre ambos métodos de medición.

Bibliografía

-Bots ML, Evans GW, Riley WA, Grobbee DE. Carotid intima-media thickness measurements in interventional studies. Design options, progression rates, and sample size considerations: a point of view. Stroke 2003;34:2985–2994.

-Carotid intima-medial thickness measured on multiple ultrasound frames: evaluation of a DICOM-based software system Kathleen Potter*¹, Daniel J Green^{2,3}, Christopher J Reed⁴, Richard J Woodman¹, Gerald F Watts¹, Brendan M McQuillan^{1,5}, Valerie Burke¹, Graeme J Hankey^{1,6} and Leonard F Arnold^{1,7} Cardiovascular Ultrasound 2007, 5:29

-Touboul PJ, Hennerici MG, Meairs S, Adams H, Amarenco P, Bornstein N, Csiba L, Desvarieux M, Ebrahim S, Fatar M, Hernandez Hernandez R, Jaff M, Kownator S, Prati P, Rundek T, Sitzer M, Schminke U, Tardif JC, Taylor A, Vicaut E, Woo KS, Zannad F, Zureik M: Mannheim carotid intima-media thickness consensus (2004-2006). An update on behalf of the Advisory Board of the 3rd and 4th Watching the Risk Symposium, 13th and 15th European Stroke Conferences, Mannheim, Germany, 2004, and Brussels, Belgium, 2006. Cerebrovasc Dis 2007, 23:75-80.)

PÓSTER Nº: 282

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV) Y DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN UNA AMPLIA COHORTE DE PACIENTES VIH+. ¿PUEDE VARIAR EN EL TIEMPO?

J. JUEGA (1), J. BONET (2), E. NEGREDO (3), A. BONJOCH (4), R. ROMERO (5).

(1) GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA. (2) GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA. (3) GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA. (4) GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA. (5) GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: VIH, RIESGO CARDIOVASCULAR, DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL

RESUMEN:

La introducción de terapia TARGA, en pacientes VIH + ha experimentado un incremento de su esperanza de vida. Pero los tratamientos crónicos y patologías concomitantes condicionan un aumento progresivo de factores de RCV y posiblemente condiciona una mayor mortalidad en esta población .

OBJETIVO: Determinar prevalencia y evolución de factores de RCV y función renal en una amplia cohorte de pacientes VIH+ en dos periodos de tiempo.

MATERIAL Y METODOS: **1596 pacientes VIH +.** Estudio descriptivo prospectivo, transversal en dos periodos de tiempo: 1) Noviembre 2008 - Febrero 2009, 2) Julio - Septiembre 2010. División de la muestra según función renal: Grupo 1 FG \leq 60 ml/min, Grupo 2 FG > 60 ml/min. Características clínicas: Edad, sexo, tiempo VIH, co-infección VHB, VHC, lués. Valores plasmáticos creatinina, urea, filtrado glomerular estimado (FGe MDRD-4), hemoglobina, fibrinógeno, glucosa, albúmina, perfil lipídico (HDL, LDL, Triglicéridos). Carga viral, linfocitos totales, CD4, CD8, tratamiento con Tenofovir e Indinavir. Prevalencia HTA, DLP, DM y GBA.

RESULTADOS: Edad 45 (9) años, 76,4% Hombres. Prevalencias: Glucosa basal alterada (GBA) 17,3%, DM 3,8%, elevación LDL 35%, descenso HDL 31,8%, hiperTG 39,4%. Insuficiencia renal en 2010 muestra relación significativa con mayor prevalencia DM, GBA, hiperTG. Análisis multivariante: marcadores de insuficiencia renal 2008: edad, elevación fibrinógeno y tratamiento con tenofovir. En 2010: edad, descenso de albúmina, elevación fibrinógeno e hiperTG. HTA se relaciona con persistencia de insuficiencia renal entre 2008 y 2010, e inicio de Hemodiálisis en dicho periodo se relacionó con mayor mortalidad.

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico presentan alta prevalencia en la población de pacientes VIH+. La edad, descenso albúmina, elevación fibrinógeno, hiperTG y GBA se relacionaron con mayor deterioro de la función renal entre 2008 y 2010. El inicio de la técnica de hemodiálisis condiciona una mayor mortalidad.

PÓSTER Nº: 283

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA POR ESTADIOS, SEGÚN EL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO PARA MDRD-4 Y CKD-EPI

E. BOSQUET CELADES (1), M. PORTEROS HERNÁNDEZ (1), A. CARRERA MUYO (1), R. CHÁVEZ ESTRADA (1), B. BOTTO PASAPERA (1), F.J. TOVILLAS MORÁN (1), R. CORIO ANDÚJAR (1).

(1) ABS MARTÍ I JULIÀ. CORNELLÀ DE LLOBREGAT.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: MDRD-4, CKD-EPI, FILTRADO

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Determinar la prevalencia de los diferentes estadios de enfermedad renal crónica (ERC) según el filtrado glomerular estimado (FGe) mediante las fórmulas MDRD-4 y CKD-EPI, y valorar la correlación entre estas dos fórmulas.

MÉTODOS USADOS:

- Estudio transversal descriptivo realizado durante el año 2010.
- Muestra aleatoria de 2970 pacientes mayores de 60 años con al menos una determinación de la función renal.
- Estudio realizado en Centro de Atención Primaria urbano.
- Se clasificó la ERC en cinco estadios según el FGe calculado con las fórmulas MDRD-4 y CKD-EPI.
- Se utilizó el índice kappa para comparar los resultados del estadiaje según MDRD-4 y CKD-EPI.

RESULTADOS:

La media aritmética observada del FGe fue de 83,4 (desviación estándar (DE) 22,78) para MDRD-4, y 73,2 (DE 19,97) para CKD-EPI.

La mayoría de pacientes se encontraban en el estadio 2 (48,1% para MDRD-4 y 46,4% para CKD-EPI), seguido del estadio 1 (36,2% para MDRD-4 y 24,4% para CKD-EPI) y el estadio 3a (10,8% para MDRD-4 y 19,2% para CKD-EPI).

No se observaron diferencias en el estadiaje por sexo para MDRD-4. Para CKD-EPI en los hombres el estadio 3a fue el más frecuente, seguido del estadio 2 y del estadio 1.

La concordancia entre las dos fórmulas fue moderada-alta con un índice kappa de 0,751.

CONCLUSIONES:

Los estadios más frecuentes fueron el estadio 2 y el estadio 1 en ambos sexos, excepto en los hombres para CKD-EPI donde era más frecuente el estadio 3a. Hubo entre las dos fórmulas una concordancia moderada-alta.

PÓSTER Nº: 284

¿MODIFICAN SUSTANCIALMENTE LA NECESIDAD DE ANTICOAGULACION LAS NUEVAS GUIAS EUROPEAS DE FIBRILACION AURICULAR? IMPLICACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE UN MEJOR CONTROL DE LA HIPERTENSION

J. CABALLERO GÜETO (1), F.J. CABALLERO GÜETO (2), M.A. ULECIA MARTÍNEZ (3), E. GONZALEZ COCINA (4), E. OTERO CHULIAN (5), A. MARTIN SANTANA (6), M. LAGARES CARVALLO (5).

(1) HU REINA SOFIA. CÓRDOBA. (2) H DE MONTILLA. CÓRDOBA. (3) HU SAN CECILIO. GRANADA.
(4) H COSTA DEL SOL, MARBELLA. MÁLAGA. (5) HU PUERTA DEL MAR. CÁDIZ. (6) H DE JEREZ. CÁDIZ.
(7) HU PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: FIBRILACION AURICULAR, FACTORES RIESGO TROMBÓTICO, HTA

RESUMEN:

Propósito: Las nuevas guías de Fibrilación Auricular (FA) de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y su cambio de score de riesgo trombótico implican un aumento de las indicaciones para la anticoagulación (ACO). Otras sociedades como la americana (ACCF-AHA) y canadiense, no han considerado necesario modificar el sistema previo de estratificación. En nuestro medio, el aumento de pacientes subsidiarios de tratamiento con ACO puede tener importantes implicaciones, tanto por el aumento de sangrados que podría suponer, como por el incremento de costes asociado a uso de los nuevos anticoagulantes orales. Pretendemos establecer la cuantía del aumento en la indicación tratamiento anticoagulante así como el perfil de riesgo hemorrágico determinado por la implantación de las nuevas guías.

Métodos: 344 pacientes con FA no valvular, reclutados de forma consecutiva en las consultas de cardiología de hospitales andaluces. Determinamos la distribución actual de factores de riesgo trombóticos y aplicamos ambos scores de riesgo trombótico (CHADs2 y CHADs2Vasc) y el score de riesgo hemorrágico HASBLED, tanto en el grupo total como en los subgrupos por sexo: se consideró Bajo riesgo HASBLED 0-1, Medio 2 y Alto ≥ 3 . Determinamos el cambio porcentual de pacientes con indicación de anticoagulación con las guías conjuntas previas (ESC-ACCF-AHA) y las actuales de la ESC.

Resultados: La edad media fue de 71.9 años (44-90), solo el 19% menores de 65 años. Mujer 49.1%. FA paroxística 62.5%. La distribución de factores de riesgo trombótico fue la siguiente: HTA 78.2% (♂ 73.1/♀83.4), DM 27,6%(♂ 27.4/♀27.8), >75 años 42.6% (♂ 34.3/♀48.5), 65-74años 35.5% (♂32/♀39), enfermedad vascular 11% (♂18.3/♀3.6), insuficiencia cardiaca 17.2% (♂22.3/♀11.8) y embolismo previo 11%(♂ 10.3/♀11.8). Aplicando el antiguo score, en el grupo global 61.3% tendrían indicación de ACO frente al 84.6% con el nuevo score. En la mujeres, el porcentaje respectivo sería: 65.7 vs 95.9% y en los hombres: 57.1 vs 73.7%. La distribución de riesgo hemorrágico fue: Bajo 32%(♂ 41/♀22.5), Medio 44.8%(♂ 34.9/♀55) y alto 23.3%(♂ 24/♀23.3)

Conclusiones

El cambio en el score de riesgo trombótico implica un aumento importante en la indicación obligada de ACO en la mujer, 30% y algo mas discreto en el hombre, 16.6%.

En el subgrupo de CHADS2Vasc 2, con indicación actual obligada para anticoagulación, la mayoría no hubiese precisado tratamiento con ACO según guías previas.

La mayor parte de nuestra población con fibrilación auricular, sobre todo en el caso de mujeres, tiene riesgo de sangrado medio-alto, hecho que debiera ser tenido en cuenta para tomar una decisión terapéutica.

El principal factor de riesgo trombótico en nuestro medio es la HTA, sobre todo en mujeres. Dado el considerable aumento en la indicación de anticoagulación, es necesario mejorar el control de la HTA para evitar el peligro de aumento en las hemorragias intracraneales asociadas a mal control de las cifras tensionales.

PÓSTER Nº: 285

UTILIDAD DEL COLESTEROL-HDL EN EL MANEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO

J.A. COSTA MUÑOZ (1), E. RODILLA SALA (1), J.M. PASCUAL IZUEL (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION Y RIESGO VASCULAR. HOSPITAL DE SAGUNT. SAGUNTO (VALENCIA).

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: EVENTO CARDIOVASCULAR, PREVENCIÓN PRIMARIA, COLESTEROL-HDL

RESUMEN:

Propósito:

Analizar la importancia del colesterol-HDL (HDL) como indicador predictivo de complicaciones cardiovasculares mayores en una cohorte de hipertensos no diabéticos tratados con las medidas habituales de prevención primaria.

Métodos usados:

Estudio observacional de seguimiento de una cohorte abierta de hipertensos atendidos de forma consecutiva desde el 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 2007, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular ni diabetes, realizado en la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular de nuestro centro. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias. Los pacientes disponían de al menos dos visitas, con una diferencia mínima entre ellas de un año.

Resultados:

Incluimos un total de 2410 pacientes (52,5% mujeres, edad media(DE) 52,6 (13,9) años, PAS(DE) y PAD(DE) de 144(20) y 84,6(11,9) mmHg seguidos una mediana(IIQ) de 4,5(2,2-7,3) años. Del grupo con HDL<40 mg/dl, 47 pacientes presentaron un primer evento cardiovascular (ECV) [10,6% de 441 sujetos con HDL bajo incluidos, con un total de 2651 pacientes-año (p-a)], con una densidad de incidencia (DI) observada en la cohorte de 17,7 [IC 95% (13,0-23,6)] ECV por 1000 pacientes-año (p-a). En el grupo de pacientes con HDL≥40 mg/dl un total de 136 pacientes presentaron un ECV (6,9 % de los 1969 sujetos incluidos con un total de 9972 p-a) con una DI observada en la cohorte de 13,0 [IC 95% 10,5-15,9] ECV por 1000 p-a, sin diferencias estadísticamente significativas entre la probabilidad acumulada de ECV en el grupo de pacientes con HDL<40 mg/dl con respecto al grupo de HDL≥40 mg/dl, con un hazard ratio (HR) de 1,30 (IC 95% 0,93-1,81, p=0,131). En la regresión de Cox, ajustando por edad, género, tabaquismo, colesterol LDL y presión arterial sistólica inicial, el colesterol HDL<40 mg/dl no mostró utilidad en la predicción de eventos cardiovasculares, con un hazard ratio 1,18 (IC 95% 0,82-1,72, p=0,375, siendo la edad, el género masculino, el tabaquismo y colesterol LDL inicial los principales factores predictores de un ECV.

Conclusiones:

En el presente estudio en pacientes hipertensos no diabéticos, sin antecedentes de ECV y tratados con las medidas habituales de prevención primaria, el colesterol HDL no mostró utilidad en la

predicción de eventos cardiovasculares tras controlar por factores de riesgo clásicos tales como la edad, género masculino, tabaquismo y colesterol LDL.

PÓSTER Nº: 286

ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA

P. BRAILLARD POCARD (1), F. BATISTA GARCÍA (1), N. ESPARZA MARTÍN (1), S. SURIA GONZÁLEZ (1),
A.Y. SÁNCHEZ SANTANA (1), A. RAMÍREZ PUGA (1), M.A. PÉREZ VALENTÍN (1), A. TOLEDO GONZÁLEZ (1),
A. CALDERÍN ORTEGA (2), M.D. CHECA ANDRÉS (1).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS.

(2) ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA.
LAS PALMAS.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, RIESGO
CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Introducción: El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama y colon). Sin embargo, se ha estudiado poco la relación entre obesidad con otra enfermedad cardiovascular como es la enfermedad vascular periférica (EVP).

Objetivos: 1) Valoración clínica, bioquímica y farmacológica al ingreso en el Servicio de Cirugía Vascular. 2) Estudiar las diferencias entre los pacientes con EVP con/sin $IMC \geq 26$ kg/m².

Pacientes y métodos: Estudio transversal de 40 ingresos consecutivos en el Servicio de Cirugía Vascular. Tras la firma del consentimiento informado (Estudio aprobado por el Comité de Ética), se recogían los datos clínicos y farmacológicos y se solicitaba analítica (hemograma, bioquímica sangre y orina 24 hs que incluía pro-BNP, troponinas, beta 2 microglobulina, PCR y PTHi). Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

Resultados: Ingresaron 33 hombres y 7 mujeres. La causa más frecuente fue la isquemia crónica estadio 4 (47,5%), el 50% eran fumadores y el 82,5% ex fumadores, el 46,4% tenían antecedentes familiares de EVP, 27 eran diabéticos y 27 hipertensos, 17 con MDRD4 < 60 ml/min, NT- proBNP: $1564,71 \pm 2008,6$ mg/L, beta 2 microglobulina: $4,7 \pm 4,9$ pg/ml. Un 35 % de los pacientes estaban tratados con betabloqueantes y solo un 45% tomaban un IECA. Solo el 50% tomaban estatinas y ninguno estaba tratado con fibratos. De los 40 pacientes ingresados, solo 16 (40%) (11 hombres y 5 mujeres) tenían un $IMC \geq 26$ kg/m². Al comparar a los pacientes con los que tenían $IMC < 26$ kg/m² no existían diferencias ni en la edad, el sexo o el tratamiento antihipertensivo o antiagregante que tomaban. Sin embargo, los pacientes con $IMC \geq 26$ kg/m² eran más frecuentemente diabéticos (0,025), mayor nº de pacientes estaban tratados con insulina (0,003), tenían una presión arterial sistólica (PAS) mayor ($140,69 \pm 15,08$ vs $129,25 \pm 20,56$ mmHg, $p = 0,037$) y desde el punto de vista analítico presentaban mayores niveles de glucemia ($182,69 \pm 79,29$ vs $122,08 \pm 57,46$ mg/dl, $p = 0,002$) y mayores niveles de triglicéridos ($201,87 \pm 166,53$ vs $130,79 \pm 54,73$ mg/dl, $p = 0,008$).

El IMC se relacionaba positivamente con la edad ($r = 0,391$, $p = 0,013$) y la glucemia ($r = 0,401$, $p = 0,010$)

Conclusiones: El 40% de los pacientes que ingresan por EVP tienen un IMC mayor o igual a 26 kg/m². Dichos pacientes suelen ser diabéticos, con PAS peor controlada y niveles de triglicéridos superiores a los recomendados en prevención secundaria. A pesar del escaso nº de pacientes estudiados, se podría sugerir que un IMC elevado no solo se asocia a cardiopatía y accidente cerebrovascular, sino que también podría asociarse a EVP. Harían falta estudios posteriores con mayor nº de pacientes para analizar mejor a estos pacientes.

PÓSTER Nº: 287

LOS SOFOCOS: UN ENLACE CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

I.M. GUERRA HERNÁNDEZ (1), M.E. FANDIÑO COBO (2), M.T. MADAN PÉREZ (3), A.B. RODRÍGUEZ CABRERA (4), M.T. WANGÜEMERT MADAN (5), M. BAEZ EXPÓSITO (6), N. DEL TORO MODELELL (7).

- (1) CENTRO DE SALUD DE TACO. LA LAGUNA. (2) CENTRO DE SALUD LAGUNA-SAN BENITO. LA LAGUNA.
(3) CENTRO DE SALUD DE GÜÍMAR. GÜÍMAR. (4) UNIDAD DOCENTE M.F.Y C. S/C DE TENERIFE.
(5) UNIDAD DOCENTE M.F.Y C. LA LAGUNA (TENERIFE). (6) CENTRO DE SALUD DE TACO. LA LAGUNA.
(7) COSEJERÍA DE EDUCACIÓN. ANDALUCÍA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: MENOPAUSIA, RIESGO CARDIOVASCULAR, SÍNTOMAS VASOMOTORES

RESUMEN:

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: La Enfermedad Cardiovascular(ECV) es la primera causa de muerte en mujeres(40%), su riesgo aumenta con la menopausia y aunque ha sido considerada tradicionalmente una enfermedad de hombres, al afectar de diferente forma al género femenino su reconocimiento es insuficiente retrasando el diagnóstico y control. El deterioro de la función endotelial está presente en los primeros años de la menopausia, pero el efecto de ésta sobre los índices de la función vascular ha sido poco estudiado. Por ello nos proponemos:

Describir la presencia de síntomas menopáusicos en mujeres de atención primaria(AP), así como de factores de riesgo vascular(FRCV), sedentarismo y del Índice tobillo brazo(ITB).

Estudiar si hay asociación entre los síntomas menopáusicos vasomotores(sofocos) y FRCV.

MÉTODOS:Estudio descriptivo transversal, 172 mujeres ≤ 65 años demandantes en AP con menopausia establecida, seleccionadas por muestreo consecutivo de enero a octubre del 2011.

Variables cuantitativas: edad, inicio y número de años con menopausia, ITB, riesgo vascular Framingham(RCV), índice masa corporal(IMC) y perímetro abdominal(PC).

Variables cualitativas: síntomas menopáusicos(sofocos, sudor, rubor e insomnio), sedentarismo (caminar menos de media hora 3 veces por semana) y los FRCV: HTA, diabetes(DM), tabaquismo y dislipemia.

Estadísticos: media, desviación estándar, frecuencias, chi2 y regresión logística.

RESULTADOS:Se estudiaron 172 mujeres, con edad media 57.56 ± 4.7 años, la edad media de inicio de la menopausia es $48,9 \pm 5.02$ y una media de años con menopausia de $8,5 \pm 6,01$.

El ITB medio era 1.12 ± 0.19 y el RCV medio 9.27 ± 7.3 . El IMC medio fue 29.20 ± 5.1 y el PC medio 96.6 ± 10.94 . El valor de lípidos fue: colesterol 212.02 ± 40.2 mg/dl, HDL 53.5 ± 13.02 mg/dl, LDL 128.9 ± 32.5 mg/dl y triglicéridos 140.8 ± 62.5 mg/dl.

Predominó sedentarismo(51,7%) e HTA(53,5%), el 21.5 % tenía DM y fumaban el 22.1%. Mayoritariamente (91.9 %) presentaban algún síntoma menopáusico de los cuales los sofocos representaban el 58,7%.

Los sofocos se asociaron como era de esperar con rubor($p < 0.0001$), sudoración($p < 0.0001$) e insomnio($p < 0.0001$).

Se encontró una asociación significativa entre sofocos y sedentarismo (66.3% sedentarias con sofocos vs 33.7% sedentarias sin sofocos; $p=0.037$) así como entre sofocos y tabaco (73.7% fumadoras con sofocos vs 26.3% fumadoras sin sofocos; $p=0.034$).

Los sofocos también se relacionaron con el HDL bajo: mujeres con HDL <45 el 71.7% tenían sofocos y el 28.3% no; $p=0.037$.

Fue significativa la asociación entre sofocos y el ITB: Cuando el ITB era > 1.3 el 80.8% tenía sofocos y el 19.2% no; $p=0.014$.

Tras regresión logística múltiple los sofocos se relacionaron de forma independiente con el sedentarismo (OR:2.01;IC95%:1.07-3.7; $p=0.03$), el tabaco (OR:2.2;IC95%:1-5; $p=0.048$) y el HDL(OR:2.23;IC95%:1.06-4.6; $p=0.034$).

CONCLUSION: Los sofocos fueron el síntoma menopáusico predominante.

Estudios recientes indican que los sofocos favorecen la arteriosclerosis y la disminución del HDL, lo que concuerda con nuestros resultados donde el HDL disminuido duplica el riesgo de padecerlos, así como también lo hace el sedentarismo y el tabaco.

La asociación de los sofocos con ITB >1.3 sugiere la presencia de calcificación arterial lo que implicaría cambios cardiovasculares adversos en las mujeres menopáusicas con síntomas vasomotores.

La mayoría de las mujeres y profesionales sanitarios no tienen conciencia del alto riesgo de ECV en la población femenina ni de la presencia de ECV subclínica que sugieren los síntomas vasomotores de la menopausia, por lo que desde AP es necesario hacer especial hincapié en medidas preventivas como consejo antitabaco y práctica de ejercicio físico regular, sobre todo en mujeres menopáusicas con sofocos.

PÓSTER Nº: 288

HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA Y RIESGO VASCULAR

F. FERNANDEZ MONTERO (1), R. FERNANDEZ MONTERO (2), M. FERNANDEZ GASSO (3).

(1) CONSULTA NEFROLOGIA. JAEN. (2) CONSULTA NEFROLOGIA. JAEN.

(3) CONSULTA NEFROLOGIA. JAEN.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: MAPA, PAN, PAC

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Conocer las alteraciones de la Presión Arterial Nocturna (PAN) mediante MAPA y la presión arterial en consulta (PAC) en relación con su riesgo cardiovascular, su prevalencia, y analizar sus características clínicas en pacientes tratados en una consulta de Nefrología Ambulatoria en Jaén, durante tres años de seguimiento.

METODOS USADOS:

Se trata de un trabajo descriptivo y retrospectivo realizado en una población de 661 pacientes hipertensos asistidos, a los que se les realizó un registro de MAPA, que reunían criterios de calidad estándar y medida de la PAC siguiendo las recomendaciones de la SEH. Además se valoran medidas antropométricas, parámetros analíticos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), presencia conocida de lesión de órgano diana y/o enfermedad clínica asociada, así como tratamiento antihipertensivo con el que se realizó. Análisis con programa estadístico MSPSS. El valor umbral admitido para definir PAN ha sido de 120/70 mmHG.

RESULTADOS:

Se trata de 661 pacientes hipertensos (54,2% h. y 45,8% m) PAC con un 44.7% HTA grado 1, 10% grado 2 y normal 23%. La distribución de pacientes según la PA media diurna y nocturna es: a) en No Tratados en el periodo de actividad esta controlado un 52 % y en el periodo descansando un 48% y b) en los tratados en el periodo de actividad un 51% y en periodo de descanso 62%. RCV moderado en un 43.55 y alto de un 17.75, predominando la obesidad, dislipemia y diabetes, con antecedentes de ECV renal (34,5%) y LOD también renal con un 53.7%. Las cifras de TA en la clínica tanto sistólica (146.17mmHg) con diastólica (90.37mmHg) son muy superiores a la de 24 horas tanto en periodo de actividad como de reposo. En un subgrupo de diabéticos, encontramos una TA nocturna media de 128/70. Perfil circadiaco: un 44.25 Dipper (29.25 en diabéticos) y un 36.25% non dipper (43.15 en DM). Existe posible HTA enmascarada en un 9.38% y Bata Blanca un 23%. Prevalencia de los distintos patrones circadianos en los pacientes tratados: Riesgos Alto: Dipper: 33.35 % y Non Dipper: 38.7%, siendo en Riesgo muy alto: Dipper 30% y Non Dipper 38%, con un 22 % Riser.

CONCLUSIONES

Las alteraciones de la PAN, tanto absolutas como relativas (patrón circadiano no dipper), son un hallazgo frecuente entre los pacientes con HTA. Estas anomalías se relacionan con un riesgo aumentado de daño vascular subclínico y de complicaciones cardiovasculares. La MAPA es una herramienta básica en la evaluación de la PAN. El paciente no dipper tiene entre dos y tres veces más riesgo de padecer

cualquier tipo de complicaciones cardiovasculares que el resto de la población hipertensa por lo que precisa de un diagnóstico precoz. Un nuevo reto será averiguar qué estrategias terapéuticas serán más adecuadas en este subgrupo, y si ello comporta una verdadera reducción del RCV.

PÓSTER Nº: 289

¿QUÉ PROTOCOLO DE MEDIDA DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA SE CORRELACIONA MEJOR CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL Y CON LA LESIÓN DE ÓRGANO DIANA?

M.A. GOMEZ MARCOS (1), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), C. AGUDO CONDE (1), M.C. PATINO ALONSO (2),
L. GOMEZ SANCHEZ (2), M. GOMEZ SANCHEZ (2), A. DE CABO LASO (2), B. SANCHEZ SALGADO (2),
A. MARTINEZ ROYO (2), L. GARCIA ORTIZ (2).

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA.

(2) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, GROSOR INTIMA MEDIA, ARTERIOESCLEROSIS

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Determinar qué valor, del grosor intima-media de la arteria carótida común (CC-IMT) medio o CC-IMT máximo, en que pared y en que proyección se asocia mejor con mayor riesgo cardiovascular global y lesión de órgano diana vascular, cardiaco y renal en pacientes diabeticos, hipertensos y sanos.

METODOS USADOS: Estudio DESCRIPTIVO TRANSVERSAL realizado en dos centros de salud, se incluyeron 305 pacientes (113 hipertensos, 100 diabeticos y 92 sanos), de edad comprendida entre 30–75 años. Medidas efectuadas: CC-IMT, índice tobillo brazo, velocidad de la onda de pulso, tasa de filtración glomerular, índice albumina creatinina, PDV-Cornell y estimación del riesgo cardiovascular con la ecuación de Framingham y de SCORE.

RESULTADOS: CC-IMT presenta correlación positiva con el riesgo cardiovascular, la velocidad de la onda de pulso y PDV–Cornell; negativa con el índice tobillo brazo y la tasa de filtración glomerular ($p < 0.001$), sin presentar diferencias entre valor medio y máximo, pared proximal y distal ni proyección anterior, lateral y posterior. Asociación de CC-IMT media promedio con Lesión de órgano diana es mayor que la máximo promedio, $OR=1.90$ (IC95%1.38 a 2.61) y $OR=1.45$; (IC95%,1.15 a 1.83); $p < 0.001$). Por cada unidad que aumenta el CC-IMT medio promedio global cabe esperar un aumento del riesgo de 3.61 (IC95%2.17 a 5.06) y CC-IMT máximo promedio 3.12 (IC 95%1.95 a 4.28) ($p < 0.001$) con Framingham y sin asociación significativa con SCORE.

CONCLUSIONES: El protocolo de medida de CC-IMT que mejor predice la presencia de lesión de órgano diana y el riesgo cardiovascular estimado con Framingham es la media de 120 medidas de los valores medios promedios de la pared anterior y posterior en las tres proyecciones de ambas carótidas.

PÓSTER Nº: 290

UNA NUEVA HERRAMIENTA SEMIAUTOMÁTICA PARA EVALUAR EL CALIBRE DE LOS VASOS DE LA RETINA. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS MEDIDAS Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

L. GARCIA ORTIZ (1), M.A. GÓMEZ MARCOS (1), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), M.C. PATINO ALONSO (2), C. AGUDO CONDE (1), J. PARRA SANCHEZ (1), A. GARCIA GARCIA (1), C. MARTÍN HERNANDEZ (1), L. GOMEZ SANCHEZ (1), M. GOMEZ SANCHEZ (1).

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA.

(2) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: INDICE ARTERIO/VENOSO, RETINA, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Analizar la fiabilidad y validez de una herramienta semiautomática para la valoración del calibre de los vasos de la retina y describir la relación de los resultados obtenidos con el riesgo cardiovascular y marcadores de lesión de órganos diana.

METODOS USADOS: Se seleccionaron 210 pacientes con retinografía, edad 34–75 años. Se realizaron fotografías de la retina digitalizadas, se evaluó la arcada temporal superior e inferior y se midieron en un área de 0,5 a 1 cm de diámetro del disco de la papila óptica con software semiautomáticos ((AV Index calculator)) y se estima el índice arteriola / vénula (AVIx). La lesión vascular fue valorada con grosor de la íntima media de carótida y la velocidad de la onda de pulso, la lesión cardíaca fue evaluada con PDV de Cornell y la renal con la tasa de filtrado glomerular y con el índice albumina creatinina.

RESULTADOS: El coeficiente de correlación intraclase inter-observador osciló entre 0.96 (CI95%:0.94 a 0.970) y 0.99 (CI95%:0.98 a 0.99) e intra-observador, entre 0.97 (CI95% 0.94 a 0.98) y 0.99 (CI95% 0.99 a 0.99). En Almant-Bland plot el límite de acuerdo inter-observadores en el AVIx derecho fue -0.009(0.066 a -0.086) e izquierdo -0.001(0,083 a -0.085) e intra-observador general del AVIx fue -0.005(-0.057 a -0.047). El riesgo cardiovascular y el índice albumina creatinina fueron mayores en el primer tercil del AVIx (22.37%) ($p=0.017$) y (16.66 mg/gr)($p=0.004$) respecto a los otros dos. En la regresión múltiple, el AVIx y el grosor de la vena, pero no el de la arteria, se comportan como predictores del riesgo cardiovascular y de microalbuminuria.

CONCLUSIÓN: Esta herramienta muestra una elevada fiabilidad intra e inter-observador y los resultados del análisis de validez son concordantes con los hallazgos de los grandes estudios desarrollados en la estimación del riesgo cardiovascular y evaluación de lesión de órganos diana.

PÓSTER Nº: 291

**CONSUMO DE CACAO Y RIGIDEZ ARTERIAL EN SUJETOS CON FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR**

C. AGUDO CONDE (1), L. GARCIA ORTIZ (1), M.C. PATINO ALONSO (2), M.A. GOMEZ MARCOS (1),
C. CASTAÑO SANCHEZ (1), A. DE CABO LASO (1), B. SANCHEZ SALGADO (1), C. RODRIGUEZ MARTIN (1),
E. RODRIGUEZ SANCHEZ (1), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1).

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA.

(2) UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, RIESGO CARDIOVASCULAR, RIGIDEZ ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la relación entre el consumo de cacao con la presión arterial central y periférica, rigidez arterial y grosor íntima media de carótida en sujetos con factores de cardiovascular.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de 351 sujetos (edad media: 54.76 años, 62.4% hombres). La ingesta de cacao se recogió con un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. Se midió la presión arterial central y ambulatoria, la rigidez arterial se evaluó con el índice de aumento central y periférico, índice de rigidez arterial ambulatoria, velocidad de la onda de pulso, grosor íntima media de carótida e índice tobillo-brazo.

Resultados: Se encontraron valores mayores valores de velocidad de onda de pulso y riesgo cardiovascular entre los consumidores altos de cacao respecto a los no consumidores ($p < 0.05$). Estas diferencias desaparecen tras ajustar por edad, sexo, presencia de diabetes, presión arterial y el consumo de antihipertensivos y antidislipémicos. El resto de medidas de rigidez arterial estudiadas (índice de aumento central y periférico, índice de rigidez arterial ambulatorio, índice tobillo-brazo y grosor íntima media de carótida) no muestra diferencias entre grupos.

Conclusiones: En sujetos con factores de riesgo cardiovascular, el consume de caco no mayor no produce una mejora en los valores de rigidez arterial.

PÓSTER Nº: 292

**EXPLORACIÓN FUNCIONAL VASCULAR COMO DETERMINANTE DE LESIÓN ORGÁNICA
SUBCLÍNICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS**

A. HERMIDA AMEIJERAS (1), C. MORADO GONZÁLEZ (2), J.E. LÓPEZ PAZ (1),
M. PENA SEIJO (1), J.M. LÓPEZ PÉREZ (2), C. CALVO GÓMEZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO.
SANTIAGO DE COMPOSTELA. (2) CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN ARENAL. SANTIAGO DE
COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: EXPLORACION VASCULAR, RIGIDEZ VASCULAR, LESIÓN ORGANO DIANA

RESUMEN:

Objetivos: La mayoría de pacientes con hipertensión arterial esencial no son conscientes de que tienen la presión arterial elevada durante mucho tiempo, por lo que muchos de ellos presentan daño orgánico ya en la primera consulta. La Sociedad Europea de Hipertensión y Cardiología en las últimas guías de práctica clínica publicadas y actualizadas en el año 2009, nos ofrece una serie de pruebas validadas para evaluar lesión orgánica subclínica, algunas de ellas de bajo coste y alta disponibilidad, como la hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) en electrocardiograma, el filtrado glomerular (FG) o la microalbuminuria (MAL) y otras con mayor coste y menor disponibilidad, como el índice tobillo-brazo (ITB), el grosor íntima-media (ITM) o la velocidad de onda de pulso (VOP). El objetivo del estudio fue describir, en una cohorte de pacientes hipertensos no tratados, la incidencia de LOS tras una exploración vascular funcional completa.

Métodos: Hemos incluido 54 pacientes hipertensos no tratados en su primera consulta a nuestra unidad excluidos aquellos con HTA secundaria e HTA de bata blanca. En todos los casos se realizó analítica de sangre y orina, electrocardiograma, determinación del índice tobillo-brazo y del grosor íntima-media, y estimación de la velocidad de onda de pulso mediante tonometría por aplanamiento utilizando el dispositivo Sphygmocor Vx. Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando el programa informático SPSS (versión 11.0).

Resultados: La edad media de la población a estudio fue de 48 años (desviación típica de 12,5 años). El 7,4% de ellos padece diabetes mellitus, el 77,7% presenta cifras de colesterol total por encima de 200 mg/dl y el 21,4% presenta triglicéridos por encima de 150 mg/dl.

De nuestros 54 pacientes, el 44,44% presentaron LOS en su primera consulta. El 9,3% del total de nuestros pacientes presentaron hipertrofia de ventrículo izquierdo, 12,9% de ellos microalbuminuria, 9,3% descenso del filtrado glomerular, 7,4% aumento de la velocidad de onda de pulso, 3,7% un índice tobillo-brazo alterado y un 12,9% aumento del grosor íntima-media. Si tenemos en cuenta los pacientes que presentan hipertrofia de ventrículo izquierdo y/o microalbuminuria y/o disminución del filtrado glomerular, hemos encontrado que en 12 de ellos (22,22%) existen alteraciones. Si además nos fijamos en los pacientes que presentan alteración de ITM y/o ITB y/o VOP, hemos hallado que en 8 de ellos (14,81%) existen alteraciones, siendo los tres primeros parámetros normales (HVI, FG y MAL).

A su vez, observamos que 4 pacientes (7,41%) presentan alteración de alguno de los parámetros de los dos grupos de pruebas anteriores.

Conclusiones: La presencia de lesión orgánica subclínica debe evaluarse al inicio y seguimiento de cualquier paciente hipertenso. Existen técnicas de bajo coste y alta disponibilidad que realizamos en la práctica clínica habitual en el ámbito de la medicina de atención primaria, y que nos permiten evaluar correctamente a nuestros pacientes. Sin embargo, otras técnicas con menor disponibilidad podrían ayudarnos a estratificar mejor el riesgo de nuestros pacientes. Una estrecha interacción entre la medicina de atención primaria y los laboratorios de exploración vascular funcional, optimizaría de forma eficiente el manejo del riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº: 293

EL FÓSFORO SÉRICO COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR FUNDAMENTALMENTE EN EL CONTEXTO DE INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES JÓVENES

M. MARTÍN CONDE (1), V. LORENZO SELLARES (2), A. BETRIU BARS (1), A. DUSSO (3),
J.M. VALDIVIELSO (3), E.D. FERNÁNDEZ GIRALDEZ (1).

(1) HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA. (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. LA LAGUNA, TENERIFE. (3) NEFROLOGÍA EXPERIMENTAL, IRB LLEIDA. LLEIDA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, FÓSFORO, ENFERMEDAD ATEROMATOSA

RESUMEN:

Propósito:

Diferentes estudios han demostrado el papel del fósforo como factor promotor de la calcificación vascular en pacientes con enfermedad renal crónica. Sin embargo la asociación entre fósforo sérico y diferentes parámetros de ateromatosis no está clara en pacientes con enfermedad renal crónica

Métodos:

Estudio multicéntrico observacional que incluyó 1279 pacientes afectos de enfermedad renal crónica del estudio multicéntrico español NEFRONA (54%, 33% y 14% en estadios III, IV y V de enfermedad renal crónica respectivamente), edad: 60±12 años; 63% varones; 28% diabéticos. Se aplicó un protocolo estandarizado que incluía valoración del grosor íntima media carotídeo; índice tobillo-brazo; y presencia o ausencia de placa a nivel carotídeo para determinar un score de enfermedad ateromatosa previamente validado (Coll B et al, NDT 2010). La influencia de las variables estudiadas se evaluó aplicando un modelo uni y multivariante de regresión logística, siendo el score de enfermedad ateromatosa la variable dependiente

Resultados:

Los pacientes fueron clasificados en dos grupos: 1) Sin enfermedad ateromatosa o con enfermedad ateromatosa ligera (44%); 2) Enfermedad ateromatosa moderada o severa (56%). La severidad de la enfermedad ateromatosa se asoció de forma significativa con la edad avanzada (OR 1.087 [CI95% 1.073-1.102], p<0.001), sexo varón (1.361 [1.007-1.841], p=0.045), niveles de fósforo (1.354 [1.135-1.616], p=0.001), presión arterial sistólica (1.010 [1.004-1.016], p=0.002), tabaquismo (2.056 [1.535-2.754], p=0.001), y diabetes (1.554 [1.148-2.102], p=0.004) en el modelo multivariante. El grado de disfunción renal, el calcio sérico, la PTH, y la dislipemia no se asociaron con la presencia de enfermedad ateromatosa más severa. En análisis sucesivos se observó que el riesgo de presentar enfermedad ateromatosa más severa se acentuaba en pacientes jóvenes con edad inferior a 63 años y con niveles de fósforo superiores a 3.6 mg/dl considerados dentro del rango de la normalidad (p<0.001)

Conclusiones:

El estudio actual demuestra en la población estudiada una relación entre los niveles de fósforo y la presencia de enfermedad ateromatosa más severa en pacientes con filtrado glomerular inferior a 60 ml/minuto. Esta asociación es más evidente en los pacientes más jóvenes a pesar de niveles de fósforo sérico dentro del rango de la normalidad

PÓSTER Nº: 294

EFFECTOS NEGATIVOS DEL TABAQUISMO SOBRE LA MAPA EN HIPERTENSOS NO TRATADOS

P. ARANDA (1), J. DE LA CRUZ (1), M. GOROSTIDI (1), M.D. MARTINEZ (11), A. DE LA SIERRA (1),
J. SEGURA (1), L. RUILOPE (1), J. REDÓN (1).

(1) EN REPRESENTACIÓN DEL GRUPO DE INVESTIGADORES CARDIORISC. MADRID. ESPAÑA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: TABACO, HIPERTENSION, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Objetivo: comparar los efectos del tabaco en el perfil de PA de 24 h y en el perfil de riesgo cardiovascular (CV) de los pacientes varones fumadores hipertensos no tratados (Media de PA en MAPA de 24h \geq 135/85 mmHg).

Diseño y método: Estudio transversal de 5889 varones hipertensos no tratados (VHNT) seleccionados del Registro Español de MAPA. Comparamos 1634 (27,7%) fumadores versus 4255 (72,3%) no fumadores con similar edad media (46,4 vs 46,2 años) e IMC(28,9 vs 28,9 Kg/Hm²). El tiempo medio de diagnóstico de HTA: 1,5 \pm 3 años. A todos los pacientes se les realizó MAPA de 24h y determinamos los niveles de glucosa basal en ayunas, creatinina, perfil lipídico y excreción urinaria de albúmina en orina de 24 h. La estratificación del riesgo vascular se hizo de acuerdo a las Guías ESH-ESC de 2009.

Resultados: los fumadores mostraron niveles medios de PA mas altos con significación estadística ($p < 0.001$) (mmHg): 24 h.:(141 / 90,5 vs 139 / 89); Periodo diurno: 144,8 / 93,5 vs 143 / 92) y nocturno: (128 / 79 vs 126 / 78). Perfil Non dipper (%). 39,2 vs 35,2. Los fumadores tambien presentaron mayor prevalencia de (%) de Dislipemia (37,1 vs 29,1), Cociente Albumina/Creatinina en orina 24 h \geq 30 mg/24 h. (15,1 vs 7,2), HVI (2,6 vs 1,6) y asociación a enfermedad vascular (3,5 vs 2,1). Pacientes en Alto/Muy alto riesgo (%): 41,4 vs 22,1)

Conclusiones: En dos cohorts pareadas de varones hipertensos no tratados, los fumadores tenían valores más altos de PA así como peor perfil de riesgo CV. Además de empeorar el perfil de RCV, el tabaco parece influir negativamente en los valores de PA .

PÓSTER Nº: 295

**AUTOPERCEPCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
(ESTUDIO CHABS): SUBESTUDIO EN MUJERES MÉDICO CON MENOS DE 16 AÑOS DE
EXPERIENCIA**

J.R. BANEGAS (1), J.M. LOBOS (2), J.L. LLISTERRI (3), J. GAMARRA (4), J.J. DE LA CRUZ (1),
A. DEL CAMPO (5), L.M. RUILOPE (6), C. ROLDÁN (7), B. FONT (7), EN REPRESENTACIÓN DE LOS
INVESTIGADORES DEL ESTUDIO CHABS (7).

(1) DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID/CIBERESP/IDIPAZ. MADRID. (2) CENTRO DE SALUD
VILLABLANCA. MADRID. (3) CENTRO DE SALUD INGENIERO JOAQUÍN BENLLOCH. VALENCIA. (4) CENTRO
DE SALUD MEDINA DEL CAMPO RURAL. VALLADOLID. (5) SOCIOLOGÍA Y COMUNICACIÓN. MADRID.
(6) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN, HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID.
(7) NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, FACTORES DE RIESGO, MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Describir el riesgo cardiovascular auto-percibido de las mujeres médico de atención primaria con menos de 16 años de experiencia profesional, así como los factores de riesgo cardiovascular asociados a ellas.

MÉTODOS USADOS: Se analizó una submuestra del estudio transversal CHABS, realizado en una muestra representativa de 2.583 médicos de atención primaria (53,4% mujeres) en España. Mediante una encuesta de opinión se obtuvo información sobre datos sociodemográficos, antropométricos y factores de riesgo cardiovascular. La autopercepción del riesgo cardiovascular actual se evaluó mediante tres opciones de respuesta: riesgo bajo, moderado o alto.

RESULTADOS: La submuestra incluyó 710 mujeres médico con ≤ 15 años de experiencia profesional (media $8,0 \pm 4,4$ años) y $35,4 \pm 6,4$ años de edad; siendo $49,5 \pm 5,7$ años la edad media de las mujeres con más de 15 años de experiencia y $48,0 \pm 8,4$ la edad media de los hombres incluidos en el estudio. El 1,8% de las mujeres con ≤ 15 años de experiencia refirió padecer hipertensión versus el 7,9% de las mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 19,7% de los hombres ($p < 0,05$); el 5,6% hipercolesterolemia versus el 19,3% de las mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 26,1% de los hombres ($p < 0,05$); un 0,7% diabetes versus el 1,8% de mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 4,8% de hombres ($p < 0,05$); un 12,3% tabaquismo versus el 14,8% de mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 13,2% de los hombres médico (no significativo); el 35,4% sedentarismo (igual porcentaje en el grupo de mujeres con más de 15 años de experiencia) versus el 33,4% de los hombres (no significativo); y un 4,5% obesidad versus el 6,1% de mujeres con más de 15 años de experiencia versus el 12,1% de hombres ($p < 0,05$). El 90,6% de las mujeres médico con ≤ 15

años de experiencia profesional percibió su riesgo cardiovascular actual como bajo, el 7,7% moderado y el 0,7% alto. La autopercepción del riesgo cardiovascular moderado-alto fue más elevada entre las mujeres con más experiencia (80,0% bajo, 16,6% moderado y 1,9% alto) y entre los hombres (65,0% bajo, 28,9% moderado y 6,0% alto).

CONCLUSIONES: Sólo una de cada doce mujeres médico con menos de 16 años de experiencia profesional considera que tiene un riesgo cardiovascular moderado-alto, siendo los factores de riesgo (especialmente hipertensión e hipercolesterolemia) más frecuentes entre las mujeres de mayor edad y entre los hombres, a excepción del tabaquismo y el sedentarismo.

PÓSTER Nº: 296

EN LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN COMARCA ARABA ¿CUALQUIER TIEMPO PASADO FUE MEJOR?

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), A CHENA ALEJANDRO (2), M PINEL MONGE (1), J OCHARAN CORCUERA (2).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA. (2) H. UNIVERSITARIO ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, CONTROL, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Nuestra Oferta Preferente nos indica que a toda persona diagnosticada de hipertensión arterial (HTA) se le deberá realizar la determinación del riesgo cardiovascular (RCV) mediante la tabla Regicor con una periodicidad anual.

Así mismo se le debe realizar en consulta de enfermería con una periodicidad semestral un control que incluya: Toma de PA o valorar AMPA, Cumplimiento terapéutico y efectos secundarios, Modificación de hábitos de vida (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio) y registro anual el IMC. Cada 5 años le realizaremos un ECG.

Finalmente consideramos buen control (BC) de la HTA a una PA igual o menor de 140/90 mmHg, 135/85 mmHg en caso de AMPA y en diabéticos de 140/80 mmHg

Objetivo.- El objetivo del estudio es ver que cuál ha sido el trabajo que hicimos los médicos de Comarca Araba (301.084 hab.) en este aspecto durante 2010 y compararlo con los datos obtenidos en 2009.

Método.- Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población del Comarca Araba que cuenta con (301.084 usuarios, de los cuales 263.611 son mayores de 13 años) en el periodo referido a los resultados obtenidos de la Oferta Preferente de los años 2009 y 2010 según los datos aportados por Osakidetza.

Resultados.-

	2009	2010
VALORACIÓN RCV	57,61%	53,55%
CRIBADO HTA	47,94%	47,65%
Prevalencia (Mayores de 13 años)	14,47%	15,97%
Estudio Analítico	76,13%	76,60%
Control Periódico	58,90%	57,47%
Estudio ECG	78,26%	73,87%
Buen Control	42,67%	40,16%

Conclusiones.- Los resultados obtenidos creemos que deben ser mejorados, al haber empeorado respecto al año anterior, en aspectos como el de pacientes bien controlados, en valoración del RCV de nuestros hipertensos, por lo que deberemos concienciar a los profesionales de la importancia de la valoración del cálculo del RCV, aún teniendo en cuenta que aún no hay evidencias que demuestren la

efectividad de la utilización de tablas de RCV como estrategia de disminución de la morbi-mortalidad cardiovascular.

PÓSTER Nº: 297

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES VALORADOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

M. RAMÍREZ MARRERO (1), B. PÉREZ VILLARDÓN (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), I. VEGAS VEGAS (1),
A.M. GARCÍA BELLÓN (1), A.M. GONZÁLEZ GONZÁLEZ (1), J.L. DELGADO PRIETO (1), J.M. PÉREZ RUIZ (1),
M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO, FACTORES DE RIESGO, DOLOR TORÁCICO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico es una de las entidades clínicas más frecuentes en los servicios de urgencias hospitalarias, requiriendo una correcta estratificación de riesgo, dado su pronóstico potencialmente fatal. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes valorados en una Unidad de Dolor Torácico (UDT).

MÉTODOS: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados consecutivamente a la UDT por clínica de dolor torácico desde los dispositivos de urgencias hospitalarias, en el periodo comprendido de Junio de 2009 a Octubre de 2011.

RESULTADOS: Se incluyeron 829 pacientes, con edad media de $59,65 \pm 13,36$ años (14-93 años), 483 (58,3%) varones. El 25,7% eran fumadores, 57,3% hipertensos, 21,7% diabéticos y 49,2% dislipémicos. El 23,5% presentó antecedentes de cardiopatía isquémica previa, precisando el 14,1% revascularización coronaria. La comorbilidad media de los pacientes, expresada mediante el índice de Charlson, fue reducida, $0,92 \pm 1,28$. El 13,9% presentó anemia, 15% broncopatía, el 6,6% insuficiencia renal, 3,8% antecedente de ictus y el 2,9% enfermedad arterial periférica. Un 2,2% de los pacientes fueron diagnosticados previamente de fibromialgia reumática y el 17,1% presentaba trastornos afectivos. Prácticamente la totalidad de los pacientes presentaron una fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada (97%) y el 5% fibrilación auricular. En lo referente al tratamiento farmacológico prescrito previo a la primera revisión por la UDT, el 45,8% de los pacientes empleaba antiagregantes plaquetarios, 3,9% anticoagulantes orales, 23,1% betabloqueantes, 24,4% antagonistas del calcio, 22,8% IECAs, 20,9% ARA-II, 21,7% nitratos y el 36,8% estatinas.

CONCLUSIONES: El perfil clínico característico del paciente valorado por una Unidad de Dolor Torácico corresponde a un varón de mediana edad, con presencia de algún factor de riesgo cardiovascular clásico en al menos la mitad de los casos, y con una comorbilidad asociada reducida. En una cuarta parte de los casos presentan antecedentes previos de cardiopatía isquémica, con un empleo de fármacos nada despreciable.

PÓSTER Nº: 298

UNIDADES DE DOLOR TORÁCICO ¿SON ÚTILES EN LA ACTUALIDAD?

B. PÉREZ VILLARDÓN (1), M. RAMÍREZ MARRERO (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), I. VEGAS VEGAS (1),
B. LUQUE AGUIRRE (1), J. MORA ROBLES (1), J.L. DELGADO PRIETO (1), J.M. PÉREZ RUIZ (1),
R. VIVANCOS DELGADO (1), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO, FACTORES DE RIESGO, PRONÓSTICO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico requiere una estratificación de riesgo precoz dado el pronóstico potencialmente fatal al que puede conducir. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la utilidad de la Unidad de Dolor Torácico (UDT) mediante el análisis crítico de los resultados obtenidos desde su inauguración.

MÉTODOS: Análisis prospectivo del total de pacientes consecutivamente derivados a la UDT, en el periodo comprendido de Junio de 2009 a Enero de 2011. Se estudiaron diversas variables pronósticas, completándose un seguimiento con una mediana de 10 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 639 pacientes, 58,1% hombres, con edad media de 59,5±13,4 años. Se efectuaron 431 estudios ecocardiográficos (67,4% de los casos), 361 ergometrías (56,5% de los casos) siendo positivas 52 de ellas: 21 de los cuales tuvieron un resultado de alto riesgo (índice de Duke \leq -11). Se indicaron 106 estudios isotópicos (16,6%), evidenciándose isquemia inducible en 25 de ellos, 5 ecos de estrés farmacológico y 10 angioTAC de coronarias, 3 de ellos patológicos. El 67,1% de los pacientes fue dado de alta en la primera visita, mientras que 31 pacientes (4,9%) fueron ingresados para realización de coronariografía precoz. De forma ambulatoria se indicaron otros 48 estudios angiográficos. De los 79 cateterismos cardíacos realizados, 57 (81,4%) mostraron enfermedad angiográfica significativa (3 lesiones de tronco coronario izquierdo, 31 en descendente anterior, 22 en circunfleja y 26 en coronaria derecha). Mostraron enfermedad coronaria multivaso el 37,1% de los estudios realizados. Fueron subsidiarios de revascularización coronaria 41 pacientes (71,9%) (10 quirúrgicos y 31 percutáneos). Tras completar el seguimiento a medio plazo, 18 pacientes (3,4%) ingresaron en el hospital por SCA; 4 de ellos eran pacientes con revascularización coronaria previa tras coronariografía solicitada desde la UDT, otros 4 eran pacientes por los que se optó manejo conservador ante elevada comorbilidad asociada, otros 4 pacientes ingresaron por dolor torácico con cateterismo "en blanco" y en los 6 restantes se documentó enfermedad coronaria que requirió revascularización coronaria. Un paciente requirió ingreso por insuficiencia cardíaca. No se documentó ningún fallecimiento.

CONCLUSIONES: Las Unidades de Dolor Torácico permiten establecer la estratificación pronóstica de los pacientes que acuden a urgencias por clínica de dolor torácico de forma precoz, evitándose el desarrollo de complicaciones relacionadas con el evento coronario agudo, en ocasiones fatales. De acuerdo a los resultados presentados estas unidades se muestran, de forma incuestionable, eficaces.

PÓSTER Nº: 299

PREDICTORES INDEPENDIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES VALORADOS EN UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

B. PÉREZ VILLARDÓN (1), M. RAMÍREZ MARRERO (1), I. VEGAS VEGAS (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), G. BALLESTEROS DERBENTI (1), A.M. GONZÁLEZ GONZÁLEZ (1), A.M. GARCÍA BELLÓN (1), J.M. PÉREZ RUIZ (1), J.L. DELGADO PRIETO (1), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME CORONARIO AGUDO, FACTORES DE RIESGO, UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico es un motivo frecuente de asistencia a los servicios de urgencias hospitalarias. La causa que subyace al mismo puede ser potencialmente fatal, motivo por el cual se han creado las unidades de dolor torácico (UDT), como herramienta de estratificación pronóstica. El objetivo del presente estudio es determinar los predictores independientes de ingreso hospitalario por síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes evaluados por una UDT y considerados de alta de la misma.

MÉTODOS: Análisis prospectivo del total de pacientes derivados consecutivamente a la UDT, en el período comprendido de Junio de 2009 a Enero de 2011. Se analizaron los porcentajes de pacientes ingresados por SCA tras completar un seguimiento con una mediana de 10 meses.

RESULTADOS: Se incluyeron 639 pacientes, 41,9% mujeres, con una edad media de $59,5 \pm 13,4$ años. Tras el seguimiento a medio plazo, 18 pacientes requirieron ingreso hospitalario por SCA, los cuales presentaron con respecto al resto de pacientes, un perfil de riesgo cardiovascular más elevado, con edad media más avanzada ($65,1 \pm 11,8$ vs. $59,2 \pm 13,5$, $p=0,05$), mayor prevalencia de cardiopatía isquémica previa (55,6% vs. 20,8%, $p=0,002$), mayor frecuencia de HTA (83,3% vs. 53,8%, $p=0,01$) y de diabetes mellitus (44,4% vs. 20,6%, $p=0,02$). Se encontró mayor porcentaje de detección de isquemia en los tests de inducción previamente realizados en pacientes ingresados por SCA (100% vs. 18,7%, $p=0,0001$), scores del índice de Duke en ergometría de mayor riesgo ($-11,8 \pm -3,6$ vs. $5,6 \pm 5,5$, $p=0,001$) y menor porcentaje de coronarias sin lesiones angiográficas (0% vs. 22,4%, $p=0,06$). Tras el ajuste, el antecedente de cardiopatía isquémica se asoció a mayor riesgo de ingreso por SCA (OR 4,5, IC95%, 1,3-16,3), al igual que la HTA, aunque sin alcanzar ésta última la significación estadística (OR 5,8, IC95%, 0,7-47,1).

CONCLUSIONES: Los pacientes dados de alta tras valoración por una UDT que requieren ingreso hospitalario por SCA tras completarse un seguimiento a medio plazo presentan un perfil de riesgo cardiovascular más desfavorable, con resultados de test de inducción de isquemia previo de mayor riesgo. El antecedente de cardiopatía isquémica se mostró como predictor independiente de ingreso por SCA en estos pacientes.

PÓSTER Nº: 300

¿CUÁL ES EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA?

P. SEGURA TORRES (1), J.M. GIL CUNQUERO (1), P. PÉREZ DEL BARRIO (1), M.L. GARNICA ALVAREZ (1), M. POLAÍNA RUSILLO (1), E. MERINO GARCÍA (1), A. LIÉBANA CAÑADA (1).

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: HTA REFRACTARIA, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

Introducción: La HTA refractaria (HTAr) tiene un riesgo cardiovascular más elevado que el resto de la población hipertensa. El pronóstico de la HTAr está relacionado con las cifras de TA

Objetivo: Realizar una valoración global del riesgo cardiovascular de los pacientes con HTA refractaria e insuficiencia renal avanzada según las Guías Europeas de HTA.

Material y métodos: Seleccionamos los pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada con aclaramiento de Cr \leq 30 ml/min y TA \geq 140/90 mmHg durante 2 años consecutivos. Excluimos los diabéticos. Los dividimos según tuvieran HTA refractaria (HTAr) o no. Recogimos factores de riesgo vascular y antecedentes de enfermedad cardiovascular, analítica general y tratamiento.

Resultados: Total de 58 pacientes de los cuales tienen HTA refractaria 37,9%. Mujeres 58,6%.

No encontramos diferencias en cuanto a los factores de riesgo vascular estudiados (edad, presión de pulso $>$ 65 mmHg (HTAr si 72,7% vs no 66,7%: p=NS), Colesterol $>$ 190 mg/dl (HTAr si 55% vs no 48,6%: p=NS), LDL-c $>$ 115 mg/dl (HTAr si 33,3% vs no 34,3%: p=NS), HDL-c $<$ 40 mg/dl en hombres (HTAr si 42,9% vs no 12,5%: p=NS) y $<$ 46 mg/dl en mujeres (HTAr si 21,4% vs no 21,1%: p=NS), Triglicéridos $>$ 150 mg/dl (HTAr si 28,6% vs no 25,7%: p=NS) y glucemia basal $>$ 102 mg/dl (HTAr si 27,3 vs no 11,1%: p=NS)). Siendo más frecuente presentar 4 factores de riesgo asociados a la hipertensión refractaria (HTAr si 22,7% vs no 2,8%: p=0,013). Tampoco hay diferencias en cuanto a los antecedentes de enfermedad cardiovascular como cardiopatía isquémica (HTAr si 4,5% vs no 13,9%: p=NS), arritmias (HTAr si 13,6% vs no 8,3%: p=NS), ACV (HTAr si 18,2% vs no 11,1%: p=NS) y enfermedad vascular periférica (HTAr si 0% vs no 5,6%: p=NS), ni en TAS/TAD, obesidad, sexo, presencia de nefroangiosclerosis como etiología de la insuficiencia renal (HTAr si 36,4% vs no 16,7%: p=0,089). Los pacientes con HTAr toman más proporción de IECA (HTAr si 76,2% vs no 40%: p=0,009) más antagonistas del Calcio (HTAr si 72,7% vs no 37,1%: p=0,009) y más alfabloqueantes (HTAr si 31,8% vs no 8,6%: p=0,025) sin diferencias en la toma de ARA II, betabloqueantes, alopurinol y estatinas.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada e HTA refractaria se asocian a mayor número de factores de riesgo vascular sin que exista ningún marcador de forma aislada que sea característico de esta patología.

RESULTADOS:

1. En el grupo A, 23/63 (36,5%) obtuvieron $ABI \leq 0,9$, y 12/29 (41,8%) en el grupo B; 42,1% (grupo A) y 33,3% (grupo B) de los sujetos afectados presentaron hiperglucemia.
2. Se objetivó $IMT \geq 0,75$ en 23/63 (31,7%) del grupo A y en 1/29 (3,4%) del Grupo B ($p = 0,019$). El 70% (grupo A) y 100% (grupo B) de los sujetos afectados presentaban hiperglucemia.
- 3- Los pacientes del grupo A tuvieron valores más bajos de MCA-Vmean ($58,62 \pm 2,88$ vs $50,17 \pm 2,14$; $p = 0,04$) y MCA-PI ($0,89 \pm 0,08$ vs $1,05 \pm 0,04$; $p = 0,004$).

CONCLUSIONES:

- 1- La prevalencia de IMT y ABI anormal es similar en los sujetos hipertensos. IMT, pero no ABI, parece estar directamente relacionado con la enfermedad hipertensiva.
- 2-La hiperglucemia también parece estar más relacionada con IMT que con ABI, pero el N bajo con hiperglucemia no nos permite confirmar esta tendencia.
- 3- Una velocidad de flujo sanguíneo cerebral disminuida en pacientes hipertensos es sugestiva de microangiopatía.
- 4- La medida no invasiva de macro o microangiopatía subclínica podría mejorar la predicción de riesgo y permitirnos centrarnos en el desarrollo de estrategias de prevención primaria en pacientes hipertensos.

PÓSTER Nº: 302

VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN LAS TABLAS DE ESTRATIFICACIÓN SCORE Y GUÍA EUROPEA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: PRUEBA PILOTO

C. PÉREZ FERNÁNDEZ (1), P. VELIZ TERCEROS (1), G. PRIETO DE LAMO (2).

(1) CENTRO DE SALUD ÁVILA NORTE. ÁVILA. (2) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁVILA. ÁVILA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, SCORE, GUIA EUROPEA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: valorar el riesgo cardiovascular (RCV) según las tablas de estratificación SCORE y Guía Europea para el manejo de la hipertensión arterial en la población a la que se le recomienda hacer una valoración de este riesgo.

MÉTODOS:

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Zona Básica de Salud Ávila Norte.

Población de estudio: 78 pacientes que cumplían las recomendaciones de valoración de RCV de la guía de práctica clínica "Valoración y tratamiento de RCV. Guía clínica basada en la evidencia".

Variables de estudio: sociodemográficas, relacionadas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), con lesión de órgano diana subclínica, con ECV o enfermedad renal establecida, con diabetes mellitus (DM), con hipertensión arterial (HTA), con el perfil lipídico, RCV según SCORE (con la pertinente corrección para la población diabética) y Guía Europea para el manejo de la HTA (GEH).

Análisis estadístico: se efectuó estadística descriptiva de todas las variables con SPSS 15.

RESULTADOS:

El 55,1% de los sujetos estudiados eran mujeres con una mediana de edad de 55,8 años. El 37,2% tenían HTA, el 20,5% DM, el 50% dislipemia y el 9% los tres anteriores diagnósticos. Un 22,1% eran fumadores, el 6,5% tenían hipertrofia del ventrículo izquierdo, el 5,1% nefropatía clínica, el 2,6% retinopatía avanzada y el 3,8% arteriopatía periférica. La media del IMC fue de 28,2 Kg/m² (IC95%:27,2-29,1) y del perímetro abdominal 98,8 cm (IC95%: 96,2-101,3).

Las únicas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) observadas en función del sexo fueron las del HDL (53,74 mg/dl en mujeres y 44,37 mg/dl en hombres), la HTA (31,4% en hombres y 41,9% en mujeres) y el RCV según SCORE (Bajo: 45,7% hombres y 67,4% mujeres / Intermedio: 5,7% hombres y 20,9% mujeres / Alto: 48,6% hombres y 11,6% mujeres).

Según SCORE el 57,7% mostraron un RCV bajo (<2,5%), un 14,1% intermedio (2,5%-4,9%) y un 28,2% alto (≥ 5). Según GEH el 30,8% presentaban un RCV bajo (referencia + bajo), el 19,2% intermedio (moderado) y el 50% alto (alto + muy alto). De los casos clasificados como RCV bajo según SCORE, el 44,4% coincidían con la GEH, sin embargo, un 24,4% la GEH los clasificaba como intermedio y un 31,1% como alto ($p < 0,05$). De los casos clasificados como RCV intermedio por SCORE el 9,1% coincidían con la GEH, pero un 18,2% la GEH los clasificaba como bajo y un 72,7% como alto ($p < 0,05$). De los clasificados

como RCV alto según SCORE el 77,3% coincidían con la GEH, sin embargo, un 9,1% la GEH los clasificaba como bajo y un 13,6% como intermedio ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: en Castilla y León se utiliza de forma sistemática la tabla SCORE para la valoración del RCV, que tiene como objetivo establecer un correcto plan terapéutico. Se ha de tener en cuenta que mediante la utilización de SCORE se está calculando el riesgo de mortalidad cardiovascular en los próximos 10 años, pero no permite conocer la previsión de incidencia de evento cardiovascular, la cual es determinada mediante la GEH. Por ello, consideramos necesario que para los pacientes con SCORE bajo o intermedio, debería de aplicarse también el cálculo del riesgo de evento cardiovascular según las recomendaciones de la GEH, con la finalidad de establecer un plan terapéutico adecuado.

PÓSTER Nº: 301

MARCADORES DE ATEROSCLEROSIS PRECOZ Y DOPPLER TRANSCRANEAL COMO MEDIDAS NO INVASIVAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

S. TELLO BLASCO (1), A. FERNÁNDEZ (1), M. FABREGATE (1), R. FABREGATE (), S. REDONDO (2), J. MASJUÁN (3), C. MARTÍNEZ (1), M. MURCHANTE (1), J. SABÁN RUIZ (1).

(1) UNIDAD DE ENDOTELIO. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID. (2) SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID. (3) SERVICIO DE NEUROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: ABI, IMT, VELOCIDAD DE FLUJO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA

RESUMEN:

La predicción de eventos mayores cardiovasculares y cerebrales se encuentra actualmente limitada si nos restringimos a los modelos que utilizan los factores de riesgo convencionales. Las técnicas no invasivas como la medida de aterosclerosis subclínica a través de ABI (índice tobillo brazo), el aumento del grosor íntima media carotídeo (asociado a enfermedad coronaria) y la disminución de velocidad de flujo de la arteria cerebral media (medida por doppler transcraneal), presente en pacientes con enfermedad cerebrovascular; podrían mejorar la predicción de riesgo y por consiguiente la toma de decisiones en cuanto a estrategias preventivas.

OBJETIVOS

- 1- Investigar la prevalencia de ABI anormal e IMT en pacientes hipertensos.
- 2- Comparar ABI, IMT, velocidad e índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media medida por doppler entre hipertensos y no hipertensos.

MÉTODOS:

Se establecen dos grupos: Grupo A (hipertensos): N= 63, 35/28 varones/mujeres; 56,75 ± 1,40 años, 35 hiperglucemia, 13 fumadores. Grupo B (normotensos): N= 29, 14varones/14mujeres; 54-89 ± 2,12 años, 12 hiperglucemia, 5 fumadores.

ABI: índice tobillo brazo medido por ultrasonidos doppler como el cociente entre presión arterial sistólica maleolar y presión arterial sistólica en el brazo, medida en arteria tibial posterior, pedia dorsal y braquial. Se establece como punto de corte 0,9, definido como ABI disminuido, patológico (Ouriel, K et al. Surgery. 1982; 91:686-693).

IMT: grosor íntima media carotídeo, medido por un sistema de alta resolución Hewlett Packard Image Point HX con una sonda de 10 MHz, en varios puntos (20, 25, 30 mm proximal a la división de flujo) en carótida izquierda al final de la diástole, estableciendo la media (CA-IMT) de manera individual. IMT de 0,75 mm establecido como punto de corte para detección de enfermedad coronaria significativa (sensibilidad 78%, especificidad 79%, valor predictivo positivo 95%, valor predictivo negativo 41%, odds ratio 12,9, 95% CI 3,5 to 47,6). (Holaj R et al Can J Cardiol. 2003 May;19(6):670-6).

Doppler transcraneal: medidas en arteria cerebral media (MCA) de: Velocidad media (MCA-Vmean) medida con sonda de 2 MHz; Índice de Pulsatilidad de MCA según la ecuación [MCA-PI = (Vs-Vd): Vmean].

Análisis estadístico: t-Student, U-Mann-Whitney, Kolmogorov-Smirnov y Chi cuadrado.

PÓSTER Nº: 303

DETECCION PRECOZ DE ATEROSCLEROSIS, NUEVA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

A. VILAR GIMENO (1), A. BETRIU BARS (2), A. PLANA (2), M. BORRÀS SANS (1),
E. FERNANDEZ GIRALDEZ (1).

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA-UDETMA. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA.
(2) UDETMA. HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA.

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: ECOGRAFIA CAROTIDEA, ATEROSCLEROSIS, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

La enfermedad cardiovascular (CV) es primera causa de morbilidad en población general. La estrategia actual de prevención primaria de las enfermedades CV no es eficaz. No existen datos sobre progresión de enfermedad aterosclerótica (EA) en población general y que factores se relacionan con su progresión. Proponemos un nuevo modelo basado en el diagnóstico precoz de EA y seguimiento de su progresión en pacientes asintomáticos mediante ecografía carotídea.

OBJETIVO

Analizar el grado de progresión de EA a 2 años de seguimiento en pacientes asintomáticos con factores de riesgo tratados.

METODO

En 1274 pacientes remitidos de atención primaria de 40-75 años, sin eventos CV con 1 de los siguientes criterios: antecedentes familiares de EA, DM tipo 2, ERC, Score ≥ 3 , Colesterol total ≥ 320 mg/dl y/o Colesterol LDL ≥ 240 mg/dl, HTA y/o 2 o más: tabaco, sedentarismo, perímetro abdominal > 102 hombres, > 88 mujeres, colesterol HDL < 50 mg/dl. Realizamos anualmente: analítica completa, estudio vascular evaluando índice tobillo brazo (ITB) y ecografía carotídea (midiendo grosor íntima media (GIM) y número de placas de ateroma), exploración física (perímetro abdominal, TA e IMC). Consideramos progresión de la EA cuando el incremento del GIM $> 0,02$ mm o existe un incremento del número de placas (0 a 1 - 1 a múltiples). Presentamos los resultados preliminares en 151 pacientes con control a 2 años. Los pacientes están tratados de manera convencional según guías de práctica clínica.

RESULTADOS

Presentan los siguientes parámetros basales: edad media 58,7 años, 82 hombres/69 mujeres, 57,6% hipertensos, 24,5% diabéticos y 21,7% fumadores. TAS media 145,2 ($\pm 19,8$) mmHg, TAD media 86,59 ($\pm 10,04$) mmHg, colesterol total 217,7 (± 36) mg/dl, HDL 56,9 ($\pm 14,1$) mg/dl, LDL 130,8 ($\pm 32,8$) mg/dl, Score medio: 2,6 ($\pm 2,84$), Regicor: 6,28 ($\pm 3,9$), perímetro abdominal: 100,26 ($\pm 11,39$) cm e IMC 29,6 ($\pm 5,08$). Presencia de placa de ateroma (una o múltiples) en 69 pacientes (45,7%), GIM medio: 0,817 ($\pm 0,145$) mm e ITB patológico: 21,9%. No existe progresión significativa del GIM medio (basal 0,817 mm vs 2 años: 0,824 mm p: 0,68). Existe progresión en la presencia de placas de ateroma en 49 pacientes (32,5%). Quedan 15 pacientes fuera del análisis por presencia de múltiples placas basales. Dicha progresión se relaciona significativamente en el análisis univariante con edad, sexo y Score basales. El análisis multivariante tomando como variable dependiente la progresión del nº de placas, se

asocia significativamente al GIM y Score basales. En los datos analizados según Score basal, existe mayor porcentaje de pacientes con progresión en nº placa ateromatosa en los que parten de un Score > 3, en ambos sexos.

CONCLUSIONES

1. Existe EA en pacientes con bajo riesgo CV basal (Score<3), 2. El riesgo CV basal elevado es el mayor condicionante de la progresión, 3. La cuantificación del nº de placas mediante ecografía carotídea es un método eficaz de control de EA.

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

HIPERLIPIDEMIA Y PRESIÓN ARTERIAL

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 304

DISLIPEMIA Y SUS ASOCIACIONES

M.A. ANDÍA CHONG (1), A. GONZÁLVZ ALBERT (1), A. ZARAGOZA RIPOLL (1), D. CRESPO ÁLVAREZ (1),
M.T. MARTÍN JIMÉNEZ (1), C. MUÑOZ ARRANZ (1), A. GÓMEZ LIARTE (1), F. FERRE LA ROSA (1),
M. CARLES HERNÁNDEZ (2), J. PEREÑIGUEZ BARRANCO (3).

(1) MÉDICO DE FAMILIA. EAP ESPINARDO. MURCIA. (2) ENFERMERO. EAP ESPINARDO. MURCIA.
(3) ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERLIPIDEMIA Y PRESIÓN ARTERIAL

PALABRAS CLAVE: HTA, HIPERTRIGLICERIDEMIA, ASOCIACION

RESUMEN:

OBJETIVO.

La dislipemia como factor de riesgo cardiovascular (RCV) necesita de control y evaluación en el marco de su asociación con el resto de factores de RCV. Estudiaremos la hipertrigliceridemia (HTG), hipercolesterolemia (HCT) y hiperlipidemia mixta (HDLP), como factores propios y su asociación a otros factores de riesgo para enmarcar la situación diagnóstico-terapéutica en la que nos encontramos.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO.

Se estudian 4 cupos de Medicina de Familia (MF) que suponen 5888 pacientes mayores de 14 años, el total de dislipemicos asciende a 1765 (29'97%). Utilizando criterios de garantía y calidad aplicamos de forma aleatoria la elección de 1 de cada 6 pacientes encontrando una muestra de 218 que serán motivo de nuestro estudio.

RESULTADOS.

Los pacientes con HDLP son el 32'11%, con HTG el 14'67% y HCT 32'7%. Los grupos de edad son: entre los 30 y 44 años el 16'51%, entre 45 y 59 el 38'99% y entre 60 y 75 el 44'96%. Se encuentra formada por 111 varones y 107 mujeres.

Se observa las siguientes asociaciones: para HDLP el 48'57% son HTA, el 45'71% son obesos, el 25'71% son diabéticos, el 20% presentan síndrome metabólico y el 20% son HTA y diabéticos. En los pacientes diabéticos encontramos que la cifra de LDL >100 corresponde al 100% y HDL 100 corresponde al 7'14% y HDL 100 corresponde al 93'33% y HDL < 40 en varones y < 50 en mujeres son el 86'66%.

CONCLUSIONES.

Las asociaciones más importantes de la hiperlipidemia mixta las encontramos con la HTA y los obesos, la diabetes ocupa un tercer lugar seguida del síndrome metabólico. En el caso de la hipertrigliceridemia pura las encontramos con la HTA y la diabetes, la obesidad ocupa un tercer lugar seguida de síndrome metabólico.

Y en la hipercolesterolemia pura las encontramos con la HTA y el síndrome metabólico, la obesidad ocupa un tercer lugar seguida de la diabetes.

Tanto en el caso del síndrome metabólico en la HDLP y la diabetes en la HCT observamos como las cifras de LDL son claramente insuficientes para conseguir los objetivos ADA.

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 306

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE EL CONTROL SÉRICO DEL POTASIO REALIZADO EN LA CONSULTA ERCA (ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA)

P. ARIAS BARROSO (1), B. QUILEZ CARRASCO (2), A. TORRES QUINTANA (3), S. BELLO ÁLVAREZ (4), A. MATAMALA GASCÓN (5).

(1) FUNDACIÓ PUIGVERT. BARCELONA. (2) FUNDACIÓ PUIGVERT. BARCELONA. (3) FUNDACIÓ PUIGVERT. BARCELONA. (4) FUNDACIÓ PUIGVERT. BARCELONA. (5) FUNDACIÓ PUIGVERT. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN EDUCATIVA DIETÉTICA, CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, POTASIO SÉRICO

RESUMEN:

La consulta ERCA se crea en la Fundació Puigvert en septiembre de 2008, con el objetivo de abordar las necesidades de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica en estadio 3, 4 y 5 desde una perspectiva biopsicosocial y educacional.

La intervención educativa dietética (IED) llevada a cabo en la consulta ERCA consiste en:

Visita inicial (Historia dietética y EpS).

Visita a los 3 meses (niveles K+ post intervención educativa y refuerzo positivo).

Visita a los 6 meses (niveles K+ 6 meses y refuerzo positivo).

El objetivo de este estudio ha sido determinar la eficacia de la IED en el control sérico del K+ a los 3 meses y 6 meses post IED en pacientes visitados en la ERCA con alteración del K+ sérico.

La hipótesis planteada ha sido "en la medida que se realiza IED y cumplimiento dietético por parte del paciente, el valor sérico del K+ disminuye independientemente de otras variables que pueden afectar directamente al aumento del valor sérico del K+".

Se realiza un estudio Cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo. La muestra la forman 100 pacientes visitados en la ERCA con alteración sérica del K+ en el periodo de septiembre de 2008 a septiembre de 2009.

En la visita inicial se detectan los pacientes con necesidad de IED, recogiendo datos descriptivos y datos de variables relevantes extrañas. Se realiza la IED y un control de K+ sérico (Kpre) previa a la IED, a los 3 meses (K3m) y a los 6 meses (K6m). Las variables continuas cuantitativas (Kpre, K3m y K6m) se comparan con la t de Student de muestras relacionadas para el estudio de medias y la significación estadística. Las variables continuas (Kpre, K3m y K6m) se comparan con las variables categóricas (DM, Sexo, ARAII, AINES, IECAS, tomar ResinCalcio®) con la t de Student de muestras independientes para el estudio de medias y significación estadística. Se realiza estadística descriptiva para las variables descriptivas. Las variables categóricas se presentan con datos de frecuencia y las variables continuas con media, rango y desviación estándar.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 18.0.

Los resultados obtenidos demuestran que:

En la visita inicial casi la mitad de los pacientes están en tratamiento con IECAS y ARAII y $\frac{1}{4}$ parte de los pacientes del estudio son diabéticos motivo por el cual pueden presentar cifras de K+ sérico más elevadas, aunque la comparación entre estas variables y el K+ sérico pre IED no es significativa.

Se observa una disminución de las medias de niveles de K+ sérico a los tres meses de la IED con un ligero incremento a los 6 meses de la IED. La t de Student para la comparación de Kpre-K3m-K6m es significativa, por lo que podemos afirmar que la IED ha sido efectiva.

Existe una relación significativa entre los niveles de K+ sérico a los 3 meses con respecto al cumplimiento dietético, presentando disminución de niveles de K+ sérico los pacientes que cumplen los consejos dietéticos independientemente de los tratamientos farmacológicos que estén tomando.

Si realizamos la comparación por sexo, el grupo de mujeres presenta cifras de K+ ligeramente inferior a los hombres, datos que se pueden justificar por el mayor cumplimiento dietético.

Sí que existe diferencia significativa entre el FG y el Kpre, presentado cifras de K+ sérico más elevadas los pacientes con menor FG. Sin embargo, post IED no se observa relación entre las cifras de K+ a los 3 y 6 meses con el FG, hecho que justifica la eficacia del cumplimiento dietético independientemente del FG del paciente.

Los pacientes que en la primera visita están tomando ResinCalcio® presentan niveles de K+ más bajo, datos estadísticamente significativos. Sin embargo post intervención dietética el tomar ResinCalcio® no justifica la disminución del K+ sérico a los 3 y 6 meses, sólo justificable con el cumplimiento dietético.

En modo de conclusión se puede decir que la IED por sí sola justifica la diferencia significativa entre Kpre, K3m y K6m. La disminución del K+ sérico está relacionado directamente con el cumplimiento dietético e incluso cuando los pacientes están con FG bajos, en tratamiento con ARAII, IECAS, AINES o son pacientes diabéticos. Se observa mayor cumplimiento dietético en mujeres que en hombres. A partir de los 6 meses post intervención dietética se confirma el leve aumento de las cifras de K+ sérico aunque es no significativo, pero es necesario que Enfermería además de realizar IED se cerciore de que el paciente cumple las recomendaciones dietéticas y las continúa aplicando con el paso del tiempo.

PÓSTER Nº: 307

**ABORDAJE BIO-PSICO-SOCIAL DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO CARDIOVASCULAR.
¿ES POSIBLE IR MÁS ALLÁ DE LA DIETA?**

M. COMA GASSÓ (1), J. ALTAMIRANO VERA (1), M. CORRALES GOMÀ (1), F. CREGENZAN ORTIZ (1),
D. DE LA RICA ESCUIN (1), P. ESTANY ALMIRALL (1), P. PONT ALDOMÀ (1), F.J. ROMANÍ DEL
CASTILLO (1), P. SERRA SOLANS (1).

(1) ABS ARTESA DE SEGRE. ARTESA DE SEGRE.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ALIMENTACIÓN, AUTOCUIDADO, PROMOCIÓN DE HÁBITOS

RESUMEN:

PROPÓSITO

En las Recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión sobre el inicio del tratamiento (2007 ESH-ESC) se contempla en el primer punto el fomentar a todos los pacientes hábitos de vida saludables.

Cuidar y curar son las principales tareas que tenemos los profesionales sanitarios, pero no podemos olvidar que otra función muy importante en nuestro día a día es la educación para la salud y la prevención. Es en este contexto que entendemos la alimentación, junto con el ejercicio, como un pilar fundamental en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades crónicas más prevalentes y como base de su tratamiento.

Nuestro planteamiento parte de las diferentes dificultades (tiempo, formación,...) que tenemos los sanitarios a la hora de implicar a nuestros pacientes en el proceso del autocuidado. ¿Podemos hacer algo más, en un entorno rural para que el paciente cardiovascular se adhiera al tratamiento no farmacológico?

De ahí surge la necesidad de actuar sobre la alimentación. Queremos aprovechar la cultura alimentaria tradicional de la zona, en lugar de la comida rápida, y enseñar que los platos sanos no tienen por qué ser aburridos.

Las intervenciones integradas que incorporan acciones no sólo individuales sino también colectivas y que se mantienen durante tiempo son más eficaces. Buscamos la implicación de diferentes actores sociales para que nos sirvan de punto de conexión para un abordaje social de educación sanitaria de manera continuada.

MÉTODOS USADOS

Recopilamos recetas de cocina tradicional

Para estimular la participación popular, en el marco de la feria anual se organiza un concurso de platos culinarios, agrupados en primeros, segundos i postres.

Participan en el jurado un cocinero experto en readaptación de recetas tradicionales, un médico epidemiólogo, un pastelero, una dietista, dos miembros de asociaciones locales. Participan en la organización del evento entidades y comerciantes de la zona.

Posteriormente y durante un período de 3 meses se recogen más recetas en el centro de asistencia primaria (ámbito rural de 4.223 usuarios)

RESULTADOS

En el concurso se presentan 23 recetas y en el centro se recogen 105. Se recopilan un total de 128 platos.

Analizamos y realizamos una selección final de 98 recetas.

En colaboración con diversas entidades publicamos el libro de cocina: "Cuina del Montsec. Receptes tradicionals i saludables".

El contenido del libro se distribuye en: sopas, verduras, arroces, legumbres, pastas, pescados, carnes, huevos, frutas, dulces y especiales. Cada plato incluye un comentario dietético

CONCLUSIONES

El resultado final en formato libro ha permitido una implicación personal de los participantes y una proyección social de gran magnitud, que nos da respuesta a la pregunta inicial de ir más allá de la dieta. Contribuimos en la revalorización de la dieta mediterránea, en la implicación del usuario para decidir una la alimentación más saludable y intervenimos en la concienciación de la sociedad en la importancia de las bases de la prevención: la alimentación y el ejercicio.

PÓSTER Nº: 308

PROGRAMA ASISTENCIAL DE APOYO AL PACIENTE HIPERTENSO EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO E HIGIENICO-DIETÉTICO AUTOCOMUNICADO. ESTUDIO ALCANZA

E. MÁRQUEZ CONTRERAS (1), B. FONT RAMOS (2), G. MUÑOZ ORTÍ (2).

(1) CENTRO DE SALUD LA ORDEN. HUELVA. (2) NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, CUMPLIMIENTO HIGIÉNICO-SANITARIO

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar la eficacia de un programa asistencial de apoyo al paciente hipertenso en el cumplimiento autocomunicado farmacológico y cumplimiento de las medidas higienico-dietéticas.

MÉTODOS USADOS: Estudio epidemiológico, prospectivo (seguimiento: 7 meses), multicéntrico realizado en pacientes adultos con hipertensión arterial esencial (evolución ≥ 3 meses) según criterios ESH-ESC (2007). Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos: Grupo Intervención (GI), pacientes que participaron en el programa, y Grupo de control (GC), pacientes que no participaron. El programa consistió en 3 intervenciones de apoyo al paciente (consistente en llamadas de soporte y envío de materiales sobre la patología, dieta y ejercicio) a lo largo de los 6 meses de estudio. El cumplimiento terapéutico autocomunicado se valoró mediante el cuestionario de Haynes-Sackett y se consideró paciente incumplidor al que habiendo afirmado presentar dificultades para la toma de los comprimidos, había dejado de tomar al menos dos comprimidos semanales. Se evaluó el cumplimiento de las medidas higienico-dietéticas mediante un cuestionario en el que se estimó el plan de comidas, ejercicio, reducción del hábito tabáquico y reducción del consumo de alcohol. Asimismo, se valoró el conocimiento y percepción de la HTA mediante un cuestionario en el que se consideró los conocimientos y percepción: de la HTA, factores de riesgo asociados, riesgos de HTA, pautas de corrección, dieta y medicación.

RESULTADOS: Se evaluaron 1184 pacientes (585 del GI y 599 del GC) con una edad media de 62,8 (DE 11) ($p < 0.05$ por sexos). Fueron 584 varones (49,3 %). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos para las diferentes variables analizadas, excepto en la edad.

El tiempo desde el diagnóstico de la HTA fue de 8,7 (DE 7,1) años en el GI y 9,3 (DE 7,1) años en el GC ($p = NS$). El cumplimiento terapéutico basal fue del 40,6% en el GI y del 36,5% en el GC ($p = NS$). A los 7 meses (visita 2), el cumplimiento fue del 54,4% vs 32,1%, $p = 0,0140$, para el GI y GC respectivamente. El cumplimiento higienico-dietético en la visita basal fue del 81,9% en el GI y 76,8% en el GC, y en la visita 2 fue del 90,1% en el grupo GI y 83,1% en el GC ($p = NS$). En visita 2 el GI vs GC presentó un mayor porcentaje de pacientes que se tomaba con regularidad la PA ($p < 0.0001$), tenía un mayor conocimiento de otros factores favorecedores del desarrollo de enfermedades del corazón además de la HTA ($p < 0,0001$), así como de los factores de riesgo de la HTA: tabaquismo ($p = 0,0290$), diabetes y colesterol

($p=0,0016$). Se observó un mayor conocimiento y percepción del daño que puede ocasionar la HTA en el cerebro ($p=0,001$) y en el riñón ($p=0,0124$) y su control a través de la dieta ($p=0,0114$).

CONCLUSIONES: El programa asistencial de apoyo al paciente hipertenso conlleva una mejora en el cumplimiento terapéutico y cumplimiento higiénico-dietético autocomunicado, así como un mayor conocimiento y percepción de la enfermedad

PÓSTER Nº: 309

CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

E.J. ORTÍN ORTÍN (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1), M. LEAL HERNÁNDEZ (1),
M.P. SAINZ DE BARANDA ANDÚJAR (1), E. ORTEGA TORO (1), P. LÓPEZ JARA (1).

(1) CS CEUTÍ. MURCIA. (2) CS SAN ANDRÉS. MURCIA. (3) CS SANANDRÉS. MURCIA.
(4) UNIVERSIDAD CASTILLA LA MANCHA. TOLEDO. (5) UNIVERSIDAD DE MURCIA. SAN JAVIER.
(6) CS MURCIA CENTRO. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: PROFESIONALES ATENCIÓN PRIMARIA, GUIAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, CONOCIMIENTO

RESUMEN:

Propósito del estudio: La prescripción de medidas higiénicas dietéticas y concretamente el ejercicio físico (EF), constituye la primera línea del tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Sin embargo la adherencia de los pacientes a estas recomendaciones resulta con frecuencia insuficiente. Una de las causas posibles puede radicar en una prescripción deficiente debido a la falta de formación de los profesionales. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) pueden ser una importante fuente para mejorar el conocimiento sobre la prescripción de EF y son imprescindibles para homogeneizar la actividad clínica de los profesionales. La información sobre prescripción de EF en las GPC sobre FRCV, suele ser escueta al estar incluida en temas amplios, como son las pautas de tratamiento.

Se diseñó un estudio para valorar el grado de conocimientos y utilización de las GPC sobre prescripción ejercicio físico (EF) por los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Método usado: Estudio observacional descriptivo transversal, mediante cuestionario validado, sobre valoración de conocimientos y uso de recursos formativos sobre EF, de una muestra de 342 profesionales: médicos y enfermeros de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia. Se solicitaba a los encuestados mediante una pregunta abierta que nombraran alguna GPC o documentos sobre prescripción de EF, que conocieran y hubieran consultado para su formación continuada en esta área.

Resultados: La mayoría de los 342 profesionales encuestados desconocen alguna GPC sobre EF y tan solo 9 (2,63%), refirieron algún documento que reunía los requisitos de una GPC. Agrupados en: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Cardiología y American Colledge of Sport Medicine. Otros 5 profesionales habían revisado documentación sobre EF no valorable como GPC y 1 profesional accedió a información vía informática mediante el acceso a la página de fisterra.com. Así, solo el 6,14% de los encuestados expusieron algún documento sobre EF de los cuales solo 2 eran enfermeros.

Conclusiones: El nivel de conocimientos y utilización de las GPC sobre EF, es bajo y su uso resulta muy aislado entre los profesionales, favoreciendo la variabilidad e inexactitud en la prescripción.

La escueta información en muchas GPC de FRCV sobre la prescripción de EF, puede relegar la importancia de la misma y ser una de las causas de formación deficiente y baja calidad en la prescripción realizada por los profesionales.

PÓSTER Nº: 310

SENSIBILIDAD A LA SAL- ¿RESTRICCIÓN O NO?

G. RIBAS MIQUEL (1), E. BOIX ROQUETA (1), M. FERRE MUNTE (1), J. GIFRE HIPOLIT (1),
M. BELTRAN VILELLA (1).

(1) ABS CASSA DE LA SELVA. CASSA DE LA SELVA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: DIETA ASODICA, MAPA, HTA

RESUMEN:

Analizar los pacientes susceptibles de beneficiarse de la reducción de la sal de forma estricta en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 30.742 habitantes, y con 3.933 pacientes diagnosticados de HTA según el estudio de Castiglione P et al. Publicado en la revista Hypertension 2011; 57:180-185

MÉTODOS USADOS:

Análisis descriptivo retrospectivo de todas las MAPA solicitadas durante el año en curso. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

RESULTADOS:

De los 78 MAPA realizados durante el periodo de Enero a Noviembre, 45 fueron hombres (57,69 %) y 33 mujeres (42,31%). La edad media entre hombres fue de 56,36 años y entre las mujeres de 62,57 años.

El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (34,61%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (24,35%) y de Patrón circadiano (20,51%). El 41,02 % de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. El Riesgo cardiovascular añadido al diagnóstico según la tabla Framingham fue: 5,12 % normal, 16,60 % ligero, 43,58 % moderado, 15,38 % elevado, 15,38 % muy elevado, 3,84 % no válido.

Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 39 Dipper de los cuales 16 tenían un Frecuencia Cardiaca 24 horas inferior a 70 pulsaciones por minuto, y 23 inferiores a 70 pulsaciones por minuto, 29 Non Dipper de los que 18 tenían una FC superior a 70 x', y 11 inferior a 70 x'.

CONCLUSIONES:

1.

- De los 78 pacientes analizados solo se beneficiarían de una reducción de la sal en su dieta de forma más estricta 18 pacientes.
- Hay 34 pacientes que solo se beneficiarían de la reducción de forma muy escasa
- 16 pacientes no se beneficiarían de una reducción estricta de la sal

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 311

FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA COMBINADA EN HIPERTENSOS ESPAÑOLES. DATOS DEL ESTUDIO ALHAMBRA

J. ABELLÁN (1), A. ROCA-CUSACHS (2), B. FONT (3), R. LAHOZ (3), EN REPRESENTACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO ALHAMBRA.

(1) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA. MURCIA.

(2) HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. BARCELONA.

(3) NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar factores predictores de prescripción de tratamiento antihipertensivo en combinación y establecer la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la terapia antihipertensiva (monoterapia o combinación) en pacientes hipertensos españoles.

MÉTODOS USADOS: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en pacientes adultos con hipertensión (HTA) esencial, de al menos 1 año de evolución. La CVRS se valoró mediante el cuestionario MINICHAL (puntuación global 0-48), que evalúa las dimensiones de estado de ánimo (puntuación 0-30) y manifestaciones somáticas (0-18) en los 7 últimos días; donde puntuaciones más altas indican peor CVRS. Se realizó un análisis multivariante para determinar factores predictores del empeoramiento de la CVRS además de un análisis de regresión logística para determinar factores predictores de tratamiento antihipertensivo en combinación, incluyendo como variables independientes, entre otras, las patologías concomitantes según historia clínica (diabetes mellitus -DM-, enfermedad cardiovascular -ECV-, enfermedad renal, etc.).

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 6.654 pacientes evaluables (55,2% varones), con una mediana (Q1, Q3) de edad 63,0 (55,0, 72,0) años. La mediana de años transcurridos desde el diagnóstico de la HTA fue de 6,5 (2,9, 10,7) años. El 67,8% de los pacientes recibía terapia antihipertensiva combinada y el 30,4% monoterapia. Los tratamientos antihipertensivos más frecuentes fueron los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (53,7%), diuréticos (52,4%), inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (31,1%), calcioantagonistas (28,6%), betabloqueantes (20,7%), e inhibidores directos de la renina (14,1%). La puntuación global media (IC95%) del MINICHAL fue de 10,1 (9,8, 10,3) en los pacientes tratados con combinación versus 6,3 (6,0, 6,5) en pacientes en monoterapia ($p < 0,0001$). Las puntuaciones en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas fueron 7,1 (6,9, 7,2) en terapia combinada y 4,8 (4,6, 5,0) en monoterapia, y 3,0 (2,9, 3,1) en terapia combinada y 1,5 (1,4, 1,6) en monoterapia, respectivamente ($p < 0,0001$, en ambos casos). La relación significativa entre tratamiento combinado y peor CVRS se mantuvo en el análisis multivariante al introducir variables relacionadas con peor CVRS (enfermedad renal, DM, ECV, obesidad, género femenino, antecedentes familiares de ECV, etc.) [$p < 0,001$, en todos los casos]. Según la regresión logística (OR [IC95%]), los

pacientes en terapia combinada tenían una mayor tasa de factores determinantes del empeoramiento de la CVRS, como enfermedad renal (5,3 [2,1, 13,6]), DM (2,9 [1,9, 4,4]), ECV (2,8 [1,8, 4,3]), obesidad (2,3 [1,5, 3,5]) o una mayor edad (1.8 [1,2, 2,7]), que los pacientes en monoterapia ($p < 0,01$, en todos los casos). La terapia combinada se asoció también con el género masculino (1.5 [1,1, 2,1], $p < 0,05$).

CONCLUSIONES: Los pacientes que recibían terapia combinada tenían un estado de salud de base más deteriorado, determinado por una mayor frecuencia de comorbilidades asociadas a la HTA, y mayor edad. Esta asociación de factores puede explicar tanto el incremento en la probabilidad de recibir tratamiento combinado, así como también el deterioro en la CVRS, sin descartar la existencia de una relación independiente entre el uso de tratamiento combinado y la CVRS.

PÓSTER Nº: 312

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EL RIESGO
CARDIOVASCULAR Y LA TERAPIA FARMACOLÓGICA ANTIHIPERTENSIVA (MONOTERAPIA
VERSUS COMBINACIÓN) EN PACIENTES HIPERTENSOS ESPAÑOLES.
DATOS DEL ESTUDIO ALHAMBRA

A. ROCA-CUSACHS (1), J. ABELLÁN (2), B. FONT (3), R. LAHOZ (3), J. SALAZAR (3), EN REPRESENTACIÓN
DE LOS INVESTIGADORES DEL ESTUDIO ALHAMBRA.

(1) HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. BARCELONA.

(2) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA. MURCIA.

(3) NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD,
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Establecer la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el riesgo cardiovascular (RCV) y la terapia farmacológica en pacientes hipertensos españoles en tratamiento antihipertensivo (monoterapia o combinación).

MÉTODOS USADOS: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico en pacientes adultos con hipertensión (HTA) esencial, de al menos 1 año de evolución. La estratificación del RCV se realizó según la guía ESH/ESC (2007), agrupando a los pacientes en 5 estratos de RCV en los próximos 10 años (RCV promedio, adicional bajo, adicional moderado, adicional alto y adicional muy alto). La CVRS se valoró mediante el cuestionario MINICHAL, que evalúa las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas en la última semana; donde puntuaciones más altas indican peor CVRS. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar factores predictores de tratamiento antihipertensivo en combinación, incluyendo como variables independientes, entre otras, las patologías concomitantes según historia clínica (diabetes mellitus -DM-, enfermedad cardiovascular -ECV-, enfermedad renal, etc.).

RESULTADOS: Se incluyeron 6.654 pacientes evaluables (55,2% varones), con una mediana (Q1, Q3) de edad 63,0 (55,0, 72,0) años. La mediana de años transcurridos desde el diagnóstico de HTA fue 6,5 (2,9, 10,7) años. El 71% presentó un nivel de RCV adicional alto o muy alto. El 67,8% recibía terapia antihipertensiva combinada y el 30,4% monoterapia. Los tratamientos antihipertensivos más frecuentes fueron los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (53,7%) y diuréticos (52,4%). El porcentaje de pacientes que recibía tratamiento combinado osciló entre el 30,7% en pacientes con riesgo promedio y el 88,8% en pacientes con riesgo adicional muy alto ($p < 0,0001$). La puntuación global media (IC95%) del MINICHAL fue 10,1 (9,8, 10,3) en pacientes tratados con combinación vs. 6,3 (6,0, 6,5) en pacientes en monoterapia ($p < 0,0001$). Las puntuaciones en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas fueron 7,1 (6,9, 7,2) en terapia combinada y 4,8 (4,6, 5,0) en monoterapia, y 3,0 (2,9, 3,1) en terapia combinada y 1,5 (1,4, 1,6) en monoterapia, respectivamente ($p < 0,0001$, en ambos casos). La relación significativa entre tratamiento combinado y peor CVRS se mantuvo en el

análisis multivariante al introducir variables relacionadas con peor CVRS (enfermedad renal, DM, ECV, obesidad, género femenino, antecedentes familiares de ECV, etc.) [$p < 0,001$, en todos los casos]. Según un segundo análisis multivariante (OR [IC95%]), los pacientes en terapia combinada tenían una mayor tasa de factores determinantes del empeoramiento de la CVRS, como enfermedad renal (5,3 [2,1, 13,6]), DM (2,9 [1,9, 4,4]), ECV (2,8 [1,8, 4,3]), obesidad (2,3 [1,5, 3,5]) o mayor edad (1,8 [1,2, 2,7]), que los pacientes en monoterapia ($p < 0,01$, en todos los casos).

CONCLUSIONES: La terapia de combinación se asoció con la presencia de comorbilidades y RCV añadido, lo que indica que este tratamiento se prescribió a pacientes con un peor estado de salud de base. Los pacientes hipertensos tratados con terapia combinada muestran peor CVRS que los tratados con monoterapia. Aunque gran parte de las diferencias son debidas a factores asociados sigue existiendo una relación independiente entre el uso de tratamiento combinado y la CVRS.

PÓSTER Nº: 313

**PACIENTES MAYORES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR:
¿CUÁNTAS PASTILLAS TOMA USTED?**

P. BEATO FERNÁNDEZ (1), T. RAMA MARTÍNEZ (2), R. GENIQUE MARTÍNEZ (3), O. ROIG CALVET (3),
R.M. MILÀ GATELL (1).

(1) CONSULTORI BARRI COTET EAP PREMIÀ. PREMIÀ DE DALT. (2) EAP EL MASNOU. EL MASNOU.
(3) CAP SANT CARLES DE LA RÀPITA. SANT CARLES DE LA RÀPITA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, FÁRMACOS, ANCIANOS

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer la media del número de fármacos (principios activos) con prescripción de duración indefinida que se recetan en las consultas de Atención Primaria a los pacientes mayores de 60 años con enfermedad cardiovascular.

Saber si existen diferencias en función de las diferentes enfermedades cardiovasculares.

Conocer las diferencias entre consultas.

METODOLOGIA: Estudio descriptivo transversal.

AMBITO: Cuatro consultas de localización semiurbana y rural.

VARIABLES: Diagnósticos de enfermedad cerebrovascular (ECV), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), fibrilación auricular (FA), y/o insuficiencia renal crónica (IRC) recogidos en la historia clínica informatizada (e-cap).

Se excluyen pomadas y colirios.

CÁLCULOS: Medias estadísticas.

RESULTADOS:

1636 pacientes.

- 106 (6,48%) con ECV,
- 102 (6,23%) con CI,
- 89 (5,44%) con IC
- 91 (5,56%) con FA
- 247 (15,1%) con IRC

Media de medicamentos por paciente con alguna patología estudiada: 7,06

Según consultas: 6,43; 8,24; 8,03; 6,68

Por patologías:

- ECV: 6,61 Según consultas: (a)6,5; b)7,1; c)8,25; d)6,09)
- CI: 7,84 (7,6; 8,83; 8,23; 7,65)
- IC: 7,93 (8,03; 8,91; 8,14; 6,33)
- FA: 7,95 (7,25; 8,26; 8,05; 7,45)

- IRC: 6,29 (6,43; 8,24; 8,03; 6,68)

CONCLUSIONES:

- La media de fármacos prescritos indefinidamente en los pacientes mayores con enfermedad cardiovascular es alta –superior a 7-.
- Se prescriben significativamente más fármacos en la FA, IC y CI que en la ECV y la IRC.
- Se observan tendencias diferentes en el número de fármacos prescritos en las diferentes consultas.

PÓSTER Nº: 314

VARENICLINA Y ACEPTACION EN PROGRAMA ANTI-TABACO DE ATENCION PRIMARIA

F. GINER GARRIGUES (1), I. BELENGUER RICARTE (2), M. GUILLEM TARIN (), E. ORQUÍN BELLVER (),
R. CLIMENT CLIMENT (), A. RICARTE LISARDE (), G. BELENGUER CIVERA (), A. ORQUÍN VERA ().

(1) CENTRO DE SALUD. LLANERA DE RANES (VALENCIA). (2) CENTRO DE SALUD. XÁTIVA (VALENCIA).
(3) CENTRO DE SALUD. XÁTIVA (VALENCIA). (4) CENTRO DE SALUD. XÁTIVA (VALENCIA). (5) HOSPITAL
XÁTIVA (VALENCIA). (6) HOSPITAL DE ONTINYENT. ONTINYENT (VALENCIA). (7) CENTRO DE SALUD.
XÁTIVA (VALENCIA). (8) CENTRO DE SALUD. XÁTIVA (VALENCIA).

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: TABACO, TRATAMIENTO, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Propósito del Estudio : Estudiar y analizar los resultados y posible eficacia del tratamiento con vareniclina a un grupo control de usuarios en Atención Primaria, con captación mediante programa piloto departamental en Atención Primaria, y tratados durante tres meses los cuales acudieron a consulta de tabaquismo instaurada a modo piloto en un Centro de Salud, con dotación de material y personal facultativo y de enfermería adiestrados al efecto. Se pretende demostrar el efecto a corto plazo de la medicación instaurada, sin estudio inicialmente de su seguimiento a los 6-12 meses.

Metodología : Se inició un programa piloto, con un grupo de 25 personas fumadoras, con una media de 15 cigarros día, siendo el número de mujeres, 14, y hombres, 11, con una edad media de 46 años y un test de Fagertröm de media 6.5, con tratamiento farmacológico, vareniclina, y terapia conductual por parte del equipo de la consulta, con un total de cinco visitas programadas, con opción a demanda, y donde los usuarios eligieron el día " D ", previa a la entrega de material de apoyo y auto ayuda, así como instrucciones sobre el manejo y adherencia de la medicación prescrita.

Durante el proceso fueron historiados, en consulta abierta a la familia/acompañantes, durante todas las sesiones hasta finalizar el ciclo propuesto de tres meses, y, donde se fueron recogiendo datos referentes a su filiación, antropometría, tests de dependencia tabaquica, cooximetría, y varios relacionados con actitudes de la vida diaria y social.

Resultados : Del total inicial de usuarios historiados en el programa piloto, 5 de ellos abandonaron el tratamiento antes de la 3ª semana, y otros 3 en la semana 5ª, quedando un número de 17 a estudio, el cual finalizó a los tres meses (12 semanas).

Realizadas cooximetrías y controles de peso y T.A., durante todas las visitas programadas y al final del programa piloto, se observa abstinencia continua, por debajo de 4 ppm en aire espirado, en un total de 14 personas, siendo de ellos, 10 mujeres y 7 hombres, existiendo un síndrome de abstinencia severo en total del 40 %, justificado por ansiedad, insomnio e irritabilidad.

Destacan igualmente, el aumento significativo de peso, en un 80 % de los casos, así, como un descenso de los niveles de tensión arterial, en un 70 %.

Conclusiones :

- Elevado porcentaje,65%,de abstinencia completa a los tres meses de tratamiento.
- Importancia diagnóstica de la Cooximetría y de las cifras tensionales .
- Necesidad de motivación conductual durante todo el periodo del tratamiento .
- Adecuada y necesaria interrelación facultativa y de enfermería .

PÓSTER Nº: 315

ALISKIREN COMBINADO CON CALCIO ANTAGONISTAS MEJORA EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y DE LA RIGIDEZ ARTERIAL COMPARADO CON ALISKIREN Y DIURETICOS

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), S. GARCIA RUIZ (1), S.J. MARTINEZ GONZALEZ (1), J. CAÑAS (2), M. AGUILERA SALDAÑA (1).

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALBACETE. (2) CENTRO DE SALUD Nº 3. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ALISKIREN, CALCIOANTAGONISTAS, HIPERTENSION ARTERIAL

RESUMEN:

INTRODUCCION: son muy conocidas y utilizadas las combinaciones de un ARAII con diuréticos o calcioantagonistas en el control de la HTA. Sin embargo, tenemos escasos datos sobre la eficacia de un inhibidor directo de la renina combinado con calcioantagonistas. En el presente estudio hemos comparado dos combinaciones de aliskiren 300 mg + 5 mg de amlodipino y aliskiren 300 + 25 mg de hidroclorotiazida.

OBJETIVOS: comparar la eficacia antihipertensiva en pacientes con HTA leve-moderada de aliskiren 300 mg combinado con 5 mg de amlodipino o 25 mg de hidroclorotiazida.

MATERIAL Y METODOS: Hemos estudiado a 48 pacientes con HTA leve-moderada (edad media de 54±7 años, 15 mujeres y 33 varones), que fueron divididos en dos grupos : Grupo I: 22 P que recibieron aliskiren 300 mg+5 mg de amlodipino y Grupo II 26 P que recibieron aliskiren 300 mg +25 mg de hidroclorotiazida. Todos los P fueron sometidos a un estudio con MAPA al inicio y al final del estudio que duró 24 semanas. Se midieron los siguientes parámetros: tensión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD), carga hipertensiva sistólica y diastólica (CHS, CHD), presión de pulso (PP), y el índice de rigidez arterial ambulatorio (IRAA). Los resultados obtenidos al final del estudio los presentamos en la siguiente tabla:

TABLA: DATOS COMPARATIVOS DE ALISKIREN CON DOS COMBINACIONES:

DATOS	TAS	TAD	CHS	CHD	IRAA
GRUPO I	124±3*	78±2*	1.2	1.1	0.45±0.1*
GRUPO II	134±3	83±2	2.2	3	0.8±0.1

*= p menor de 0.05

CONCLUSIONES: la combinación de aliskiren con un calcioantagonista es claramente superior a la combinación de aliskiren mas hidroclorotiazida no solo para reducir la TAS y TAD sino también para reducir la rigidez arterial medida mediante el IRAA, lo que deberíamos tener en cuenta a la hora de seleccionar una combinación a utilizar con aliskiren.

PÓSTER Nº: 316

COMBINACION DE TELMISARTÁN Y AMLODIPINO. CRONOTERAPIA EN HIPERTENSION ANCIANOS

J.E. LOPEZ PAZ (1), A. HERMIDA AMEIJERAS (1), M. PENA SEIJO (1), A. POSE REINO (1),
M.L. ROMERO MIGUEZ (1), A. PASCUAL MONTES (1), V. MARTINEZ DURAN (1),
M.I. RODRIGUEZ LOPEZ (1), F. LADO LADO (1), C. CALVO GÓMEZ (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION Y RIESGO VASCULAR. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: TELMISARTÁN Y AMLODIPINO, TRATAMIENTO COMBINADO, CRONOTERAPIA

RESUMEN:

Objetivo: La mayoría de los ancianos hipertensos requieren tratamiento combinado para un adecuado control de la hipertensión. La administración nocturna de fármacos que bloquean el sistema renina-angiotensina (SRA) aumenta la profundidad de la presión arterial sistólica (PAS), la cual disminuye con la edad. El objetivo del estudio fue evaluar los efectos sobre la PA ambulatoria de la combinación telmisartan (TEL) y amlodipino (AML), administrado en diferentes momentos del día, en una cohorte de hipertensos ancianos.

Método: Se estudiaron 51 pacientes hipertensos mayores de 65 años (edad media: 76,1±7,3) no tratados previamente, asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento según la hora de administración de la combinación TEL-160 mg/AML-5 mg diarios, en el momento de despertarse o en el momento de acostarse, durante 3 meses. Los efectos sobre la PA ambulatoria, se evaluaron mediante MAPA-24horas (monitor SpaceLabs 90207), antes y después de la intervención cronoterapéutica. Se realiza un análisis comparativo entre ambos esquemas cronoterapéuticos.

Resultados: Se objetivó una disminución significativa de la PA-24 horas y de la PA-diurna en ambos grupos de tratamiento, en relación con los valores basales ($p < 0,001$) y que fue similar en ambos PAS/PAD/PP-24h: reducción de 19,2/6,1/13,6 mmHg al despertarse vs 19,3/5,3/14,0 mmHg al acostarse. PAS/PAD/PP-diurna: reducción de 19,4/5,6/13,8 mmHg al despertarse vs 18,5/5,0/13,5 mmHg al acostarse. En cambio, se observaron diferencias significativas en la PA nocturna, con mayor eficacia antihipertensiva en los pacientes tratados con TEL/AML al acostarse: reducción PAS/PAD/PP de 18,7/5,8/12,9 mmHg al despertar y de 22,4/6,1/16,4 al acostarse; $p < 0,001$ para PAS y PP. Cuando calculamos la profundidad de la PAS, no se modificó con TEL/AML al despertarse y aumentó significativamente con la administración antes de acostarse (+3,82, $p < 0,001$).

Conclusiones: La combinación de Telmisartan y Amlodipino es eficaz y reduce la presión arterial durante las 24 horas del día en hipertensos ancianos, independientemente de la hora de su administración. Sin embargo, su mayor efecto sobre la PA nocturna y el consiguiente incremento de la profundidad de la PAS, en pacientes ancianos que tienen predominio de un perfil circadiano alterado (no-dipper o riser), sugieren que la administración de esta combinación en régimen cronoterapéutico nocturno sería una excelente alternativa para mejorar la eficacia antihipertensiva y reducir el riesgo cardiovascular elevado de estos pacientes.

PÓSTER Nº: 317

EFFECTOS CRONOTERAPEUTICOS DE LA ADMINISTRACION DE ALISKIREN Y VALSARTAN EN LA NEFROPATIA DIABETICA

C. CALVO GÓMEZ (1), A. HERMIDA AMEIJERAS (1), J.E. LOPEZ PAZ (1), M. PENA SEIJO (1), G. CALVO GONZALEZ (1), M.L. ROMERO MIGUEZ (1), V. MARTINEZ DURAN (1), A. PASCUAL MONTES (1), A. RIVEIRO CRUZ (1), A. POSE REINO (1).

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION Y RIESGO VASCULAR. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: NEFROPATIA DIABÉTICA, VALSARTAN Y ALISKIREN, TRATAMIENTO COMBINADO

RESUMEN:

Introducción y Objetivo: El estudio AVOID ha demostrado que, en pacientes diabéticos con nefropatía establecida, la adición de Aliskiren al tratamiento con ARA-II, reduce la progresión del daño renal, sin cambios significativos en la reducción de presión arterial (PA). Sin embargo, no se contemplaron los posibles efectos cronoterapeúticos de dicha combinación. El objetivo del presente estudio es analizar la evolución de la nefropatía diabética (ND) si la adición de Aliskiren (AL) a Valsartan (VL), se efectúa diferentes horas del día.

Metodología: En una cohorte de este estudio piloto, con la inclusión de 71 pacientes hipertensos-diabéticos con ND (proteinuria) definida por cociente albumina/creatinina >250mg/g-hombres y >355mg/g-mujeres, y un filtrado glomerular estimado (FGE) conservado (FGE>60ml/min), tratados previamente con Valsartan 320 mg/día durante 12 semanas y PA<130/80 mmHg, se añadió Aliskiren 300 mg/día en 3 esquemas de tratamiento: VL+AL-mañana, VL-mañana+AL-noche y VL+AL-noche, durante 24 semanas de tratamiento. Se analizan los cambios cuantitativos en la proteinuria y PA ambulatoria, así como la tolerabilidad y seguridad de los 3 regímenes terapéuticos.

Resultados: VL+AL en administración matutina, no aumenta significativamente la eficacia antihipertensiva de VL en monoterapia, pero tiene un efecto aditivo del 21% (p<0.0001), en la reducción de la proteinuria. La administración de VL mañana y AL-noche, tiene un efecto antiproteinúrico mayor (29.5%) respecto a tratamiento previo con VL. La administración conjunta de VL+AL-noche, reduce significativamente la PA ambulatoria nocturna (p<0.001), aumenta la profundidad presoria (p<0.001) y tiene el mayor efecto aditivo sobre la reducción de la proteinuria (35.1%). En relación con la seguridad del tratamiento de combinación, en los 3 esquemas de tratamiento, la incidencia de efectos secundarios fue baja y similar, sin efectos adversos graves.

Conclusiones: En los pacientes hipertensos-diabéticos con nefropatía proteinúrica, la administración combinada de Aliskiren al tratamiento previo con Valsartan, produce una reducción adicional y significativa de la eliminación urinaria de proteínas, que es mayor cuando dicho tratamiento se administra en régimen cronoterapéutico nocturno. Dicho efecto parece que es independiente del control de la presión arterial cuando la administración es matutina y pudiera estar mediado por un aumento de la profundidad presoria y una mayor reducción de la presión arterial durante el periodo de descanso, cuando ambos fármacos se administran por la noche.

PÓSTER Nº: 318

**VARIABILIDAD DE UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS SEGÚN EL SERVICIO
PRESCRIPTOR**

M.M. CHIMENO VIÑAS (1), M.A. LORENZO PANDO (2), E. MARTÍNEZ VELADO (1), P. SÁNCHEZ JUNQUERA (1), A. DE LA VEGA LANCIAGO (1), P. GARCÍA CARBÓ (3), J.F. DELGADO SOTO (1), M. MATEOS ANDRÉS (1), P. MURIEL DIAZ (4), M. GARCÍA CASTAÑO (1).

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. ZAMORA. (2) INSPECCIÓN FARMACEÚTICA DE LA GERENCIA DE SALUD DE ÁREA. ZAMORA. (3) HOSPITAL RECOLETAS. ZAMORA. (4) CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO. SALAMANCA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HTA, FÁRMACOS, SERVICIOS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: La Hipertensión arterial (HTA) es una patología muy frecuente. En España su prevalencia en adultos (mayores de 18 años) es de aproximadamente un 35% (llega a 40% en edades medias y al 68% en mayores de 60 años). Afecta a unos 10 millones de sujetos adultos. Disponemos, en la actualidad, de un múltiples grupos terapéuticos para el tratamiento de la misma que, no obstante, son empleados en otras patologías también muy prevalentes (insuficiencia cardiaca..) Nos propusimos analizar los distintos grupos terpeúticos antihipertensivos prescritos en nuestro Complejo Asistencial y objetivar si existían diferencias de prescripción en los Servicios que de forma preferente tratan la HTA.

MÉTODOS USADOS: Estudio observacional, retrospectivo. Se solicitaron al Servicio de Inspección de Farmacia del Área de Salud de Zamora los datos de consumo de grupos terapéuticos antihipertensivos en nuestro Complejo Asistencial durante el año 2010. Analizamos los datos globales del Complejo Asistencial y por Servicios. Se revisó la prescripción realizada por los Servicios que, de manera preferente, tratan la HTA: Cardiología, Nefrología, Medicina Interna y Urgencias. Los grupos terapéuticos analizados fueron: diuréticos, beta-bloqueantes, calcio-antagonistas, IECA, ARA-II, inhibidores de la renina (aliskiren) y combinaciones fijas (IECA + diurético, IECA + calcio-antagonista, ARA-II + diurético, ARA-II + calcio-antagonista, inhibidor de la renina + diurético, ARA-II + calcio-antagonista + diurético)

RESULTADOS: De los grupos terapéuticos analizados, en el **CAZA** el más prescrito fueron los diuréticos (26,6%), seguidos por los betabloqueantes (17,6%), ARA-II (16,8%). IECA (13,1%), calcioantagonistas (10,8%) y aliskiren (1,5%). Analizando los distintos Servicios: en **Cardiología** los fármacos más precritos fueron los betabloqueantes(33,6%) seguidos por los diuréticos (22,7%), IECA (13,44%), calcioantagonistas (9%), ARA-II (7,6%) y aliskiren (2,25%); en **Medicina Interna** el grupo terapéutico más recetado fueron los diuréticos (35,4%), y después los IECA (17%), betabloqueantes (15%), ARA-II (12,57%), calcio-antagonistas (7,8%) y aliskiren (0,8%); en **Nefrología**, el primer lugar era para los ARA-II(20,9%) seguidos por los calcioantagonistas (17,8%), los diuréticos (16,5%), los betabloqueantes (15,5%), los IECA (7,9%) y aliskiren (3%). En el Servicio de **Urgencias** los betabloqueantes ocupaban el primer lugar (24,4%) y los siguientes en orden decreciente eran los diuréticos (24%), ARA-II (16,9%), calcioantagonistas (12%), IECA (9,4%) y aliskiren (1%). Respecto a las combinaciones fijas: en

Cardiología representaban un 11,22% (IECA+diurético:0,4%, IECA+ calcioantagonista: 0,12%, ARA-III+diurético: 6,62%, ARA-II + calcioantagonista: 3,6%, aliskiren+diurético: 0,37% y ARA-II + Calcioantagonista+diurético: 0,12%); en Medicina Interna un 11,23% (IECA+diurético:0,55%, IECA+ calcioantagonista: 0,66%, ARA-III+diurético: 6,9%, ARA-II + calcioantagonista: 3%, aliskiren+diurético: 0,07% y ARA-II + calcioantagonista+diurético: 0,04%); en Nefrología 19,35% (IECA+diurético:0,73%, IECA+ calcioantagonista: 2,63%, ARA-III+diurético: 10%, ARA-II + calcioantagonista: 5,7%, aliskiren+diurético: 0,3% y ARA-II + calcioantagonista+diurético: 0%) en Urgencias 11,84%(IECA +diurético: 1,3%, IECA + calcioantagonista: 1,2%; ARA II + diurético: 7%; ARA II + calcioantagonista: 2,1%; aliskiren + diurético: 2,1%) y en el CAZA 6,18% (IECA+ diurético: 0,9%; IECA+ calcioantagonista: 1,1%; ARA II +diurético: 1,1%; ARA II+ calcioantagonista: 2,7%, aliskiren+diurético: 0,2%, ARA II+ calcioantagonista+ diurético: 0,05%).

RESULTADOS: Existen claras diferencias en la prescripción de los diferentes grupos terapéuticos analizados entre los distintos servicios. De los grupos analizados, los diuréticos fueron los más prescritos en el Servicio de Medicina Interna y en el CAZA. Los calcioantagonistas ocupan un lugar relevante sólo en Nefrología (segundos prescritos). Debe reseñarse, asimismo, la importante prescripción de ARA-II en Nefrología (primer grupo prescrito), en Urgencias y en el total del Complejo (tercer lugar en ambos). Medicina Interna y Cardiología son los dos Servicios que recetan más IECA que ARA-II. El Servicio que más recetó combinaciones fijas fue Nefrología. La prescripción de la combinación ARA II + calcioantagonista + diurético fue prácticamente anecdótica (0,05% en el global del CAZA). En resumen, los cardiólogos prescriben más betabloqueantes, diuréticos e IECA, los internistas: diuréticos, IECA y betabloqueantes; los nefrólogos: ARA-II, calcioantagonistas y diuréticos; beta-bloqueantes, diuréticos y ARA-II son los más utilizados en Urgencias, y en el total del CAZA: diuréticos, betabloqueantes y ARA-II. Hemos considerado solamente datos de prescripción por grupos terapéuticos por lo que no podemos desestimar la existencia de sesgos dado que estos fármacos son recomendados para el tratamiento de patologías diferentes de la HTA.

PÓSTER Nº: 319

ANÁLISIS DE LAS PREFERENCIAS DE PRESCRIPCIÓN EN NUESTRO COMPLEJO ASISTENCIAL

M.M. CHIMENO VIÑAS (1), E. MARTINEZ VELADO (1), P. GARCIA CARBÓ (2), P. SÁNCHEZ JUNQUERA (1),
A. DE LA VEGA LANCIEGO (1), M.P. MURIEL DIAZ (3), J.F. SOTO DELGADO (1), M. MATEOS ANDRÉS (1),
M. GARCIA CASTAÑO (1), M. PRIETO MATELLAN (4).

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. ZAMORA. (2) HOSPITAL RECOLETAS. ZAMORA. (3) CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO. SALAMANCA. (4) CENTRO DE SALUD CAMPOS-LAMPREANA. ZAMORA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: PRINCIPIOS ACTIVOS, ANTIHIPERTENSIVOS, SERVICIOS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Dentro de los fármacos antihipertensivos se incluyen distintos grupos terapéuticos con múltiples principios activos. Nos propusimos conocer las preferencias de prescripción del global de nuestro Complejo Asistencial y de los distintos Servicios implicados directamente en el tratamiento de la hipertensión arterial.

MÉTODOS USADOS: Análisis retrospectivo, observacional. Se solicitaron a la Inspección Farmacéutica de la Gerencia del Área de Salud de Zamora los datos referentes a la prescripción de diferentes principios activos utilizados por los Servicios que habitualmente tratan la HTA y la prescripción global de los mismos realizada en nuestro Complejo Asistencial durante el año 2010. Los grupos terapéuticos analizados fueron: diuréticos, betabloqueantes, calcio-antagonistas, IECA, ARA-II y combinaciones fijas. Los Servicios considerados fueron: Cardiología, Medicina Interna, Nefrología, Neurología y Urgencias.

RESULTADOS: Dentro de los diuréticos, la furosemida fue la más prescrita en todos los Servicios analizados. La torasemida ocupaba el segundo lugar en Cardiología, Nefrología y Urgencias.

Respecto a los betabloqueantes, el bisoprolol era el más prescrito en Cardiología y Urgencias; Medicina Interna prefería el carvedilol, Nefrología el nebivolol y Neurología el propanolol. El nebivolol ocupaba el segundo lugar en Cardiología, Medicina Interna y Neurología.

De los calcio-antagonistas, el más utilizado fue el amlodipino en Medicina Interna, Neurología y Urgencias. El diltiazem ocupaba el primer lugar en Cardiología. El enalapril era el IECA más prescrito en todos los Servicios analizados excepto en Nefrología que prefería el ramipril. El ramipril ocupaba el segundo lugar en el resto de Servicios excepto en Medicina Interna (lisinopril).

De los ARA-II, el losartán era el más prescrito en Medicina Interna y Neurología, el valsartan en Urgencias, el candesartán en Nefrología y el olmesartán en Cardiología. El segundo lugar era para el telmisartán en Cardiología, Nefrología y Neurología; el valsartán en Medicina Interna, el candesartán en Urgencias.

Las combinaciones fijas utilizadas más frecuentemente fueron ARA-II más diurético seguida por ARA-II más amlodipino. Respecto a la primera combinación señalada: valsartan más hidroclorotiazida fue la más prescrita en Medicina Interna, Neurología y Urgencias; irbesartán más hidroclorotiazida en Cardiología y eprosartan más hidroclorotiazida en Nefrología. Analizando la combinación de ARA-II más amlodipino: olmesartán más amlodipino fue la más utilizada en Cardiología y Nefrología; valsartán más

amlodipino era la más prescrita en Medicina Interna y en Urgencias. No se prescribió ninguna combinación de este tipo en Neurología.

En el global del Complejo Asistencial, los diuréticos más prescritos fueron: furosemida y torasemida. Respecto a los betabloqueantes, el bisoprolol y el nebivolol. El amlodipino y el diltiazem fueron los calcioantagonistas más utilizados. Los IECA preferidos fueron el enalapril y el ramipril. Valsartan y olmesartán eran los ARA-II más prescritos y la combinación fija de valsartán e hidroclorotiazida fue la más recetada.

CONCLUSIONES: Dos principios activos clásicos como la furosemida y el enalapril figuran en primer lugar de prescripción dentro de sus grupos terapéuticos en todos los Servicios. Se observa variabilidad de preferencias de prescripción en los betabloqueantes, calcioantagonistas y ARA- II. probablemente debidas a que los Servicios analizados tratan otras patologías además de la HTA con los principios activos analizados. Respecto a la utilización de combinaciones fijas, existe una gran proliferación de las mismas en el mercado actualmente y, como hemos podido observar en nuestro estudio, variedad de preferencias respecto a la utilización de las mismas por los diferentes Servicios.

PÓSTER Nº: 320

**CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
REVISIÓN MUNDIAL DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS ENTRE LOS AÑOS 1975 Y 2011**

J. ESPINOSA GARCÍA (1), N. MARTELL CLAROS (2), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (3),
A. LLERENA RUIZ (4), J. MARTIN DE PABLOS (5), D. FERNÁNDEZ-BERGÉS GURREA (6).

(1) CENTRO DE SALUD VILLANUEVA DE LA SERENA NORTE. VILLANUEVA DE LA SERENA. (2) HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID. (3) CENTRO DE SALUD SARDENYA. BARCELONA. (4) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CICAB. UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA. BADAJOZ. (5) UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA. HUELVA. (6) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA. VILLANUEVA DE LA SERENA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, RECUENTO DE COMPRIMIDOS

RESUMEN:

Propósito del estudio. Actualizar el tema de cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial a nivel mundial con especial atención a España, así como realizar una evaluación crítica de la evolución del cumplimiento terapéutico en el periodo 1975-2011.

Métodos. Revisión sistemática, mediante búsqueda bibliográfica PubMed (Medline), de los artículos publicados sobre cumplimiento, desde 1975 al 01 de Junio de 2011, y más específicamente los que miden el cumplimiento farmacológico en HTA utilizando los métodos de medida indirectos (Recuento de comprimidos y/o MEMS-Medication Event Monitoring System). La ruta de búsqueda, con descriptores usados, fue: hypertension AND patient compliance AND medication adherence.

Se incluyeron estudios publicados en el periodo 1975-2011, como artículos originales, realizados a nivel mundial y que utilizaron como método de medida el recuento de comprimidos simple (RCS) o el de aberturas de los monitores electrónicos (MEMS) y que definen a incumplidores, con un porcentaje de cumplimiento < 80% y >110%.

Se calcularon porcentaje de incumplidores e intervalos de confianza (IC) del 95%, y la media ponderada del porcentaje de incumplidores de cada estudio.

Resultados. Se analizaron 37 estudios de investigación publicados a nivel mundial, excluyéndose 2 del análisis. El número total de pacientes hipertensos fue de 8623, con 25.62% de incumplidores (n=2209; IC 95% 23,82-27,42) y 74,38% de cumplidores (n=6414; IC 95% 73,32-75,44). La media ponderada del porcentaje de incumplimiento fue 37,60%.

Conclusiones. El porcentaje de incumplimiento en el tratamiento farmacológico de HTA a nivel mundial es elevado.

PÓSTER Nº: 321

BLOQUEANTE DEL S.R.A.A: FARMACO MAS USADO EN MAYORES DE 80 AÑOS

J.B. GOMEZ CASTAÑO (1), I. EGEA LUCAS (1), D. RUBIRA LOPEZ (1), E. MARTINEZ MONDEJAR (1), Y. DIAZ ECHEVERRIA (1), A. ROLDAN GONZALEZ (1), J. LUCAS MARÍN (1), M.D. ESTEVE FRANCO (1).

(1) C.S. CIEZA OESTE. CIEZA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION, B.S.R.A.A., OCTOGENARIOS

RESUMEN:

Objetivos:

Conocer cuál es el fármaco más usado de forma crónica en los mayores de 80 años.

Material y Métodos:

Se recogen los datos de los carnets de largos tratamientos de un cupo de atención primaria atendido durante 19 años. Está compuesto por 1400 pacientes de los cuales 118 tienen 80 ó más años. Dominan las mujeres y la edad media es de 85 años (80 – 96).

Resultados:

De los 118 pacientes mayores de 80 años, 75 toman fármacos bloqueantes del Sistema Renina Angiotensina (IECA Y/O ARA II Y/O INHIBIDORES DE LA RENINA). Esto supone un 64 % o DOS de cada TRES los reciben. La gran mayoría los toman como tratamiento de la HTA. Una minoría por Insuficiencia Cardíaca y Cardiopatía Isquémica.

Conclusiones:

LA PATOLOGÍA MAS PREVALENTE EN LOS MAYORES DE 80 AÑOS ES LA HTA, SIENDO LOS BLOQUEANTES DEL SISTEMA RENINA

ANGIOTENSINA LOS FARMACOS MAS USADOS: DOS DE CADA TRES. ESTO CONFIRMA SU GRAN NIVEL DE EFICACIA Y TOLERANCIA.

PÓSTER Nº: 322

EFICACIA TERAPÉUTICA DE LA ASOCIACIÓN ENALAPRIL/MANIDIPINO EN DOSIS FIJAS EN DOS REGÍMENES TERAPÉUTICOS

A. MARAVÍ OLIVÁN (1), B. ESCOLANO FERNÁNDEZ (4), L. ARTAJONA GARCÍA (3), J.L. PIZARRO NUÑEZ (2), E. RAMOS GONZALEZ (2), J.L. GRIERA BORRAS (2), A. RODRÍGUEZ BOTARO (2), F.J. GUERRERO IGEA (3), J. OLIVÁN MARTÍNEZ (2).

(1) ZONA BÁSICA DE SALUD SANLÚCAR LA MAYOR. DISTRITO SANITARIO ALJARAFE. SEVILLA.

(2) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CARDIOVASCULAR. HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

(3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

(4) HOSPITAL VIRGEN DE LA TORRE. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENALAPRIL, MANIDIPINO

RESUMEN:

Propósito del estudio: Valorar si existe una mejoría en el control matutino de la presión arterial entre dos regímenes terapéuticos con asociación fija de Enalapril/Manidipino.

Métodos usados: Se incluyeron 80 pacientes de ambos sexos (hipertensos de novo o ya diagnosticados previamente, que podían beneficiarse de un cambio terapéutico), con cifras de PAS entre 150-180 mm Hg y/o PAD entre 95-105 mm Hg. A cada uno de ellos se le asignó de forma aleatoria el régimen A o B durante 3 meses, cambiando al otro régimen en los 3 meses siguientes:

Régimen A (RA): Enalapril 20 mg + Manidipino 10 mg en una sola dosis matutina Regimen B (RB): Enalapril 10 mg + Manidipino 10 mg en dos dosis (matutina y vespertina).

La medida de la presión arterial se realizó por la mañana, antes de la toma de la medicación. A 20 pacientes de cada régimen terapéutico y de forma aleatoria, se valoró la evolución tensional con el AMPA. Los parámetros bioquímicos y efectos secundarios se valoraron al final de cada periodo terapéutico. Análisis estadístico: SPSS 15.0.

Resultados: Edad media: 60±7.2 (52% mujeres). Tabaquismo (20 %), Diabetes Mellitus (15 %), Obesidad (26 %), ITB < 0.90 (9%)

Variables	Inicio	RA	RB	p</td>
PAS	161.3±10.6	137.2±10.9 (\$)	134.2±9 (\$)	<0.05 \$
PAD	93.8±7.7	84.2±7.1 (&)	79.2±7 (&)	<0.01 &
Frecuencia cardiaca	80±6	78±7	80±8	NS

Porcentaje de control (RB vs RA): 64 % vs 56 %

Medias de PAS por AMPA (RB vs RA): 126.2 vs 130.3

Medias de PAD por AMPA (RB vs

RA): 74.1 vs 76.1

Efectos secundarios: Edemas en el 2.5 % de RB y tos en el 0.5 % de RA. Perfil bioquímico de ambos grupos (RB vs RA) sin diferencias significativas.

Conclusiones: la asociación fija de Enalapril + Manidipino en dos dosis diarias es más eficaz en el control tensional matutino, sin mayor incremento de efectos secundarios.

PÓSTER Nº: 323

EFICACIA DE LA PITAVASTATINA EN EL CONTROL DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA ASOCIADA A HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DISMINUCIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO BRAZO

A. MARAVÍ OLIVAN (1), B. ESCOLANO FERNANDEZ (2), L. ARTAJONA GARCÍA (3), A. RODRIGUEZ BOTARO (4), J. CONTRERAS GILBERT (4), J.L. PIZARRO NUÑEZ (4), E. RAMOS GONZÁLEZ (4), F.J. GUERRERO IGEA (3), J. OLIVÁN MARTINEZ (4).

(1) ZONA BÁSICA DE SALUD SANLÚCAR LA MAYOR. DISTRITO SANITARIO ALJARAFE. SEVILLA.
(2) HOSPITAL VÍRGEN DE LA TORRE. MADRID. (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VÍRGEN MACARENA. SEVILLA. (4) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CARDIOVASCULAR. HOSPITAL VÍRGEN MACARENA. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERCOLESTEROLEMIA, PITAVASTATINA, TRATAMIENTO

RESUMEN:

Propósito del estudio: Valorar la eficacia de una nueva estatina, la Pitavastatina, en el control de la hipercolesterolemia asociada a otros factores de riesgo, como la HTA e índice tobillo brazo < 0.9. Valorar el grado de reducción de los parámetros lipídicos.

Métodos usados: se seleccionaron a 26 pacientes hipertensos, todos ellos con un ITB < 0.9, tratados previamente con otras estatinas, sin control eficaz de objetivo de los niveles de colesterol total y LDL-col. Recibieron tratamiento con Pitavastatina 2 mg diarios durante 3 meses. Se les practicó una analítica inicial (antes del tratamiento con Pitavastatina) determinado: colesterol total, LDL-col, HDL-col, Triglicéridos, APOA 1, APO B100, Fibrinógeno y PCR. A los 3 meses se valoraron los siguientes parámetros: colesterol total, LDL-col, HDL-col, triglicéridos y fibrinógeno. Estadística: programa SPSS 15.0, estadística descriptiva, t de student para muestras pareadas, chi cuadrado.

Resultados:

Patología de alto riesgo: Diabetes (34 %), HTA (100 %) índice TB <0.9 (100 %), Cardiopatía isquémica (15 %), Fumadores (15 %), varones (58 %)

Tratamiento hipolipemiente previo al inicio de Pitavastatina: Rosuvastatina (2), Atorvastatina 40 mg (7), Atorvastatina 80 mg (4), Simvastatina 40 mg (7), Simvastatina 80 mg (6)

Tabla 1. Valores de lípidos antes y después del tratamiento con Pitavastatina

Variables	Basal	A los tres meses	p
Colesterol total	200±33.1	192±25.3	0.025
HDL-col	57±13.8	57.8±12.8	NS
LDL-col	123.2±24.8	112.6±14.9	0.002
Triglicéridos	124.8±61	124±54.4	NS
Colesterol total / HDL-col	3.66±0.86	3.45±0.71	0.012
Fibrinógeno	368.9±77.4	337.7±57	0.06

Conclusiones: el tratamiento con Pitavastatina se acompaña de una reducción significativa de colesterol total, LDL-col e índice colesterol total / HDL-col, en pacientes con hipercolesterolemia, HTA e ITB < 0.9. Así mismo, se acompaña de una disminución de los niveles de fibrinógeno, reduciéndose el riesgo cardiovascular. Esta intervención inicial, en pacientes sin mejoría previa con otras estatinas, obtiene unos resultados significativos, quedando pendiente de continuarla para verificar el cumplimiento de los objetivos de control.

PÓSTER Nº: 324

**PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN HIPERTENSIÓN RESISTENTE:
DEPENDENCIA DEL RÉGIMEN DE ADMINISTRACIÓN TEMPORALIZADA DE LA MEDICACIÓN
ANTIHIPERTENSIVA: PROYECTO HYGIA**

M.T. RIOS (1), J.J. CRESPO (1), M. DOMINGUEZ SARDIÑA (1), J. BOVEDA (1), C. DURAN (1),
A. FERRERAS (1), A. OTERO (2), M.J. FONTAO (3), D.E. AYALA (3), R.C. HERMIDA (3).

(1) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO. (2) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. OURENSE.
(3) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN RESISTENTE, CRONOTERAPIA, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: Los pacientes con hipertensión resistente presentan una alta prevalencia de un patrón no-dipper de la presión arterial (PA) y de hipertensión nocturna, ambas asociadas a un mayor riesgo cardiovascular (CV). En la hipertensión resistente, ingerir la dosis completa de ≥ 1 antihipertensivos al acostarse, en comparación a tomar todos al levantarse, mejora el control de la PA ambulatoria (MAPA) y reduce significativamente los eventos CV fatales y no fatales. Por ello, hemos evaluado el impacto de la hora de tratamiento antihipertensivo sobre el perfil circadiano de la PA y el grado de control de la PA ambulatoria en pacientes con hipertensión resistente participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia. **Métodos:** Estudiamos 2520 pacientes con hipertensión resistente verdadera (media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) $\geq 135/85$ mmHg o media de descanso $\geq 120/70$ mmHg en pacientes que tomaban 3 antihipertensivos de diferentes clases a dosis óptima incluyendo un diurético, o cualquier paciente tratado con ≥ 4 fármacos), 1481 hombres/1039 mujeres, de $64,1 \pm 11,7$ años de edad. De ellos, 1084 tomaban toda la medicación a la hora de levantarse, y 1436 tomaban la dosis completa de ≥ 1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los dos días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: La ingesta de la dosis completa de ≥ 1 fármacos al acostarse se asoció con una media de descanso de la PAS/PAD significativamente menor que tomar toda la medicación al levantarse ($125,5/67,5$ vs. $132,3/71,9$ mmHg; $P < 0,001$). La profundidad de la PA fue significativamente menor y, por tanto, la prevalencia del patrón no-dipper significativamente mayor en los pacientes que tomaban todos los fármacos al levantarse (80,5%) que los que tomaban ≥ 1 de ellos al acostarse (54,4%; $P < 0,001$). La prevalencia del patrón riser fue significativamente mayor en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse (31,0% vs. 17,6%; $P < 0,001$). Los pacientes tratados al acostarse tuvieron mayor prevalencia de PA ambulatoria controlada (17,9% vs. 10,2%; $P < 0,001$) principalmente durante el descanso (28,9% vs. 15,8%; $P < 0,001$).

Conclusiones: En hipertensión resistente, el tratamiento farmacológico debe tener en cuenta cuándo tratar con respecto al ciclo de actividad y descanso de cada paciente. El tratamiento antihipertensivo al acostarse se asocia con un aumento del control de la PA ambulatoria, mayor atenuación de la media de

descanso de la PA, y menor prevalencia del patrón no-dipper y riser, objetivos terapéuticos relevantes de probado valor en la reducción de riesgo CV.

PÓSTER Nº: 325

**INFLUENCIA DE LA HORA DEL DÍA DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LAS
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES TIPO 2:
PROYECTO HYGIA**

L. PIÑEIRO (1), A. MOYA (2), J.J. CRESPO (3), A. OTERO (4), E. SINEIRO (2), S. HERNAIZ (3),
E. MARQUEZ (3), D.E. AYALA (1), A. MOJON (1), R.C. HERMIDA (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO. (2) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. PONTEVEDRA. (3) GERENCIA
DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO. (4) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. OURENSE.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: DIABETES, CRNOTERAPIA, NO-DIPPER

RESUMEN:

Objetivos: Diversos estudios prospectivos han documentado que tomar la dosis completa de antihipertensivos al acostarse se asocia con aumento del control de la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA), reducción significativa de la media de descanso de la PA, disminución de la prevalencia del patrón no-dipper y reducción de la eliminación urinaria de albúmina en comparación con la ingesta de la medicación al levantarse. Además, se ha documentado que la ingesta de ≥ 1 fármacos al acostarse, en comparación con la ingesta de todos ellos al levantarse, reduce significativamente el riesgo cardiovascular (CV) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Por ello, hemos evaluado la influencia de la hora de tratamiento antihipertensivo sobre el perfil circadiano de la PA y el grado de control en pacientes con ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 2659 pacientes hipertensos con ERC (filtrado glomerular < 60 y/o albuminuria en al menos dos ocasiones con > 3 meses de diferencia), 1585 hombres/1074 mujeres, de $64,9 \pm 13,2$ años de edad. De ellos, 1446 tomaban toda la medicación al levantarse, 359 tomaban toda ella al acostarse, y 854 ingerían la dosis completa de algunos fármacos al acostarse y el resto al levantarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante la MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: El control de la PA de descanso (media de descanso de la PA sistólica/diastólica $< 120/70$ mmHg) fue máximo en pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (49% vs. 38% en pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse; $P < 0,001$). La profundidad fue significativamente menor y la prevalencia de un patrón no-dipper mayor con toda la medicación al levantarse (68,3%) que con ≥ 1 fármaco al acostarse (54,2%; $P < 0,001$), y todavía menor en los pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (47,9%; $P < 0,001$). La prevalencia del patrón riser fue mucho mayor (21,5%) en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse que en los que tomaban bien alguno (17,8%) o todos los fármacos al acostarse (10,6%; $P < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados documentan una media de descanso de la PA y una prevalencia del patrón no-dipper/riser significativamente menores en pacientes con ERC que toman su medicación antihipertensiva al acostarse. Estos resultados indican que el tratamiento al acostarse, junto con la valoración con MAPA para establecer el correcto diagnóstico de hipertensión y evitar la posible

hipotensión nocturna asociada al tratamiento, deben ser el esquema terapéutico de preferencia en los pacientes con ERC.

PÓSTER Nº: 326

LA INGESTA DOS VECES AL DÍA DE DOSIS DIVIDIDA DE ANTIHIPERTENSIVOS NO MEJORA EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN HIPERTENSIÓN RESISTENTE: PROYECTO HYGIA

R.C. HERMIDA (1), D.E. AYALA (1), M.T. RIOS (2), J.J. CRESPO (2), A. MOYA (3), S. GOMARA (3), A.A. REGUEIRO (3), J.J. SANCHEZ (3), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO. (2) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. VIGO. (3) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. PONTEVEDRA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN RESISTENTE, CRONOTERAPIA, NO-DIPPER

RESUMEN:

Objetivos: La ausencia de control adecuado de la presión arterial (PA) nocturna evaluada mediante monitorización ambulatoria (MAPA) asocia, además de otros factores, con la ausencia de cobertura terapéutica a lo largo de las 24h cuando los pacientes ingieren antihipertensivos en dosis única matutina. A pesar de que todos los estudios prospectivos de cronoterapia han comparado los efectos sobre la regulación de la PA de la ingesta de dosis completas de antihipertensivos ingeridos en la mañana frente a la noche, la prescripción de los mismos fármacos en dosis dividida dos veces al día (BID) es frecuente. Por ello, hemos investigado los efectos de la dosificación BID de antihipertensivos, la mitad al levantarse y la otra mitad al acostarse, sobre el patrón circadiano de la PA y el grado de control de la PA ambulatoria en pacientes con hipertensión resistente participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo cardiovascular mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 1463 pacientes con hipertensión resistente verdadera (media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) $\geq 135/85$ mmHg o media de descanso $\geq 120/70$ mmHg en pacientes que tomaban 3 antihipertensivos de diferentes clases a dosis óptima incluyendo un diurético, o cualquier paciente tratado con ≥ 4 fármacos), 809 hombres/654 mujeres, de $63,9 \pm 12,2$ años de edad. De ellos, 1084 tomaban toda la medicación a la hora de levantarse, y 379 tomaban dosis divididas de ≥ 1 fármaco BID al levantarse y al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los dos días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando el horario de actividad y descanso.

Resultados: Los pacientes de los dos esquemas de tratamiento temporalizado fueron similares en la mayoría de sus características demográficas, incluyendo sexo y prevalencia de apnea obstructiva del sueño, síndrome metabólico, y albuminuria. Las medias de actividad y descanso de la PAS/PAD fueron totalmente comparables (media de actividad de la PAS/PAD $137,4/78,8$ vs. $138,9/77,5$ mmHg en pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse vs. dosis divididas BID, respectivamente, $P > 0,074$; media de descanso de la PAS/PAD $132,3/71,9$ vs. $132,9/70,7$ mmHg, $P > 0,079$). La prevalencia del patrón no-dipper ($80,5$ vs. $77,3\%$; $P = 0,179$) y la proporción de pacientes con PA ambulatoria controlada ($10,2$ vs. $13,2\%$; $P = 0,114$) fueron comparables entre ambos grupos.

Conclusiones: En hipertensión resistente, tomar el mismo fármaco antihipertensivo en dosis dividida BID no mejora el control de la PA ambulatoria ni reduce la prevalencia del patrón no-dipper, y no se puede considerar como en esquema terapéutico de cronoterapia. La ingesta de dosis completas de antihipertensivos al acostarse, sin embargo, es un esquema cronoterapéutico apropiado que mejora el control de la PA y reduce significativamente el riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº: 327

**INFLUENCIA DE LA HORA DEL DÍA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LA CURVA-J
ENTRE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR**

R.C. HERMIDA (1), D.E. AYALA (1), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: CURVA-J, CRNOTERAPIA, MAPA

RESUMEN:

Objetivos: Diversos estudios han encontrado que una reducción de presión arterial (PA) clínica demasiado grande aumenta el riesgo cardiovascular (CV), mientras que una reducción moderada lo disminuye. Así, se ha sugerido que la relación entre la PA alcanzada y el riesgo CV tiene forma J, decreciendo a medida que disminuye la PA, y creciendo de nuevo cuando la PA clínica disminuye más. Sin embargo, la correlación entre la PA y el riesgo CV es mucho mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que clínicas. Además, la hora de tratamiento antihipertensivo, es decir, al levantarse vs. al acostarse, tiene un marcado efecto sobre el control de la PA de actividad y descanso, lo cual también se ha documentado que se refleja en diferencias en prevención de riesgo CV. Por ello, hemos investigado la influencia de la hora del día del tratamiento antihipertensivo sobre la relación entre PA (clínica y ambulatoria) y riesgo CV.

Métodos: Un total de 2156 pacientes hipertensos (1044 hombres/1112 mujeres, de 55,6±13,6 años de edad) fueron aleatorizados a tomar toda su medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca a fin de determinar de forma precisa e individualizada las horas de acostarse y levantarse de cada sujeto.

Resultados: Después de una mediana de seguimiento de 5,6 años, se detectó una relación en curva-J entre el riesgo CV y tanto la PA clínica como la media de actividad, pero sólo en el grupo de pacientes tratados con toda la medicación al levantarse. Dicha relación fue totalmente diferente en los pacientes aleatorizados a ingerir la dosis completa de ≥1 fármacos al acostarse; en este caso, el riesgo CV disminuyó de forma lineal con el descenso debido al tratamiento en la media de actividad de la PA. El hazard ratio ajustado de eventos CV fue significativamente menor con la reducción progresiva de la media de descanso de la PA, con independencia de la hora del día del tratamiento. No se documentó ningún evento mayor, es decir, muerte CV, infarto o ictus, en pacientes que alcanzaron una media de descanso de la PA sistólica <103 mmHg.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que el tratamiento antihipertensivo a la hora de acostarse no está asociado con una curva-J de relación entre la PA alcanzada y el riesgo CV. Dicha curva-J parece ser consecuencia exclusivamente de la alteración del perfil circadiano de la PA hacia un patrón más no-dipper asociada con el aumento de fármacos al levantarse para cumplir el objetivo de alcanzar una

menor PA clínica. El descenso de riesgo CV asociado con la disminución progresiva de la media de descanso de la PA, más evidente con el tratamiento al acostarse, tiene marcadas implicaciones clínicas, en concreto, la necesidad de tener en cuenta la hora de tratamiento junto con la valoración del paciente con MAPA (para una valoración adecuada del control de la PA y para evitar hipotensión nocturna) como estrategia terapéutica más adecuada y simple para reducir riesgo CV en pacientes hipertensos.

PÓSTER Nº: 328

**DISMINUIR LA PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA REDUCE EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

R.C. HERMIDA (1), D.E. AYALA (1), A. MOJON (1), J.R. FERNANDEZ (1).

(1) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, PRESIÓN NOCTURNA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Objetivos: Diversos estudios han concluido consistentemente que la media de descanso de la presión arterial (PA) determinada mediante monitorización ambulatoria (MAPA) es mejor predictor de riesgo cardiovascular (CV) que las medias de actividad o de 24h, resultado relevante también documentado para pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Una limitación importante de estos estudios es que sus conclusiones están basadas en un único registro de MAPA basal de cada paciente, sin tener en cuenta las modificaciones en el perfil de PA durante los años de seguimiento. Así, la posible reducción de riesgo CV asociada a la disminución de la media de descanso de la PA debida al tratamiento es todavía objeto de debate. Por ello, hemos investigado en el subgrupo de pacientes con ERC participantes en el estudio MAPEC si la supervivencia sin evento CV está más relacionada con la reducción progresiva de la media de actividad o de descanso de la PA.

Métodos: Estudiamos 793 pacientes con ERC (filtrado glomerular <60 y/o albuminuria en al menos dos ocasiones con >3 meses de diferencia), 469 hombres/324 mujeres, de 57,9±13,9 años de edad, durante una mediana de 5,4 años. Los participantes con hipertensión (83%) se aleatorizaron a tomar toda la medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥1 fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 horas y cada 30 minutos en la noche durante 48 horas consecutivas a la inclusión y de nuevo anualmente, o con mayor frecuencia (cada 3 meses) si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo. La actividad física se monitorizó simultáneamente cada minuto con un actígrafo de muñeca. Los cambios en el esquema terapéutico de cada paciente durante los años de seguimiento se basaron únicamente en los resultados de las valoraciones periódicas con MAPA.

Resultados: En función del registro de MAPA basal de cada paciente, la media de descanso de la PA sistólica (PAS) fue el mejor predictor de evento CV en un modelo de supervivencia de Cox ajustado por sexo, edad, diabetes y albuminuria (hazard ratio 1,49 [IC95% 1,30-1,71] por cada desviación típica de aumento en la media de descanso de la PAS; P<0,001). Cuando se utilizó la media de descanso de la PAS en el análisis de Cox conjuntamente con la PA clínica o la media de actividad, sólo la primera fue predictor significativo de eventos. Otras variables, incluyendo la media de 48h, incremento matutino y desviación típica, no fueron significativas cuando se incluyó la media de descanso en los modelos de Cox. El análisis de los cambios en PA durante los años de seguimiento reveló un 14% de reducción de riesgo CV por cada 5 mmHg de reducción de la media de descanso de la PAS (P<0,001), con independencia de cambios en PA clínica o en cualquier otro parámetro derivado de la MAPA.

Conclusiones: La media de descanso de la PAS es el marcador pronóstico independiente más significativo de eventos CV en pacientes con ERC. Lo que es más importante, reducir la media de descanso de la PAS, un objetivo terapéutico validado que requiere la valoración del paciente mediante MAPA y que se puede obtener más fácilmente mediante la ingesta de la medicación al acostarse, es el predictor independiente más relevante de supervivencia sin evento CV en pacientes con ERC.

PÓSTER Nº: 329

USO DE ESTATINAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

G. MEDIAVILLA TRIS (1), J. ITURRALDE IRISO (2), C. NORIEGA BOSCH (3), M.T. AMIANO ARREGUI (4), M. LASSO DE LA VEGA MARTINEZ (2), J. CORA BARDECI (5), M.J. MENDAZA DE LA HOZ (6), B. NUÑEZ BARRIOS (4), A. RODRIGUEZ FERNANDEZ (7), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (2).

(1) C.S. ARANBIZKARRA 1. VITORIA-GASTEIZ. (2) C.S. CASCO VIEJO. VITORIA-GASTEIZ.
(3) C.S. LA HABANA. VITORIA-GASTEIZ. (4) C.S SAN MARTIN. VITORIA-GASTEIZ. (5) C.S. ZARAMAGA. VITORIA-GASTEIZ. (6) C.S. GAZALBIDE. VITORIA-GASTEIZ. (7) C.S. OLAGUIBLE. VITORIA-GASTEIZ.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDIACA, DISLIPEMIA, ESTATINAS

RESUMEN:

Objetivo:

Conocer el uso de estatinas por parte de nuestros pacientes con insuficiencia cardiaca

Material y métodos:

Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Población de estudio: Población con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (CIE-10 código I50) de cinco centros de salud de Vitoria-Gasteiz (Casco Viejo, Olaguibel, San Martín, La Habana, Zaramaga). Los 2 primeros centros tienen referencia al Hospital Santiago Apóstol, y los últimos 3 Hospital de Txagorritxu. Estos centros atienden a una población de 130.180 habitantes. Los datos se recogen de la historia clínica informatizada OSABIDE, y del programa clínico de los datos del hospital, durante el período de enero a mayo de 2010. Sólo se consideran los datos son correctos si se incluyen en la historia clínica informatizada.

Resultados:

Recogimos un total de 631 personas con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. La edad media es de 80,04 años. En cuanto a distribución por sexos el 56,10% son mujeres. El 38,20% tienen el diagnóstico de dislipemia El LDL-colesterol medio de los que lo tenían recogido (422). El HDL-colesterol era 47,93 mg/dl y de triglicéridos 129 mg/dl. El 34,65 % utiliza estatinas. Del total de pacientes un 15,12% utilizan atorvastatina a dosis media de 22,81 mg, un 10,87% utiliza simvastatina con dosis media de 19,71 mg, el 4,41% pravastatina con dosis media de 21,78 mg, un 1,73% fluvastatina y con dosis media de 63,63 mg, un 1,42% con rosuvastatina con dosis media de 11,1 mg, y un 1,1 con lovastatina a dosis media de 28,57 mg

Conclusiones:

A pesar de ser gente de riesgo por la patología que presentan, no todos los dislipemicos utilizan estatinas, por lo que sería importante el uso de esta medicación con pocos efectos secundarios y grandes efectos beneficiosos en estos pacientes.

PÓSTER Nº: 330

USO DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II POR PARTE DE NUESTRA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDIACA

G. MEDIAVILLA TRIS (1), J.I.TURRALDE IRISO (2), B. BARRIOS NUÑEZ (3), M.T. AMIANO ARREGUI (3), J. CORA BARDECI (4), M. LASSO DE LA VEGA MARTINEZ (2), M.J. MENDEZA DE LA HOZ (5), C. NORIEGA BOSCH (6), A. RODRIGUEZ FERNANDEZ (7), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (2).

(1) C.S. ARANBIZKARRA 1. VITORIA-GASTEIZ. (2) C.S. CASCO VIEJO. VITORIA-GASTEIZ. (3) C.S. SAN MARTINE. VITORIA-GASTEIZ. (4) C.S. ZARAMAGA. VITORIA-GASTEIZ. (5) C.S. GAZALBIDE. VITORIA-GASTEIZ. (6) C.S. LA HABANA. VITORIA-GASTEIZ. (7) C.S. OLAGUIBEL. VITORIA-GASTEIZ.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDIACA, ATENCION PRIMARIA, TRATAMIENTO

RESUMEN:

Objetivo:

Conocer el uso de antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) en nuestra población con insuficiencia cardiaca

Material y métodos:

Estudio multicéntrico descriptivo transversal

Población de estudio: Población con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (CIE-10 código I50) de cinco centros de salud de Vitoria-Gasteiz (Casco Viejo, Olaguíbel, San Martín, La Habana, Zaramaga). Los 2 primeros centros tienen referencia al Hospital Santiago Apóstol, y los últimos 3 Hospital de Txagorritxu. Estos centros atienden a una población de 130.180 habitantes. Los datos se recogen de la historia clínica informatizada OSABIDE, y del programa clínico de los datos del hospital, durante el período de enero a mayo de 2010. Sólo se consideran los datos son correctos si se incluyen en la historia clínica informatizada.

Resultados:

Recogimos un total de 631 personas con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. La edad media es de 80,04 años. En cuanto a distribución por sexos el 56,10% son mujeres. El 75,4% tiene el diagnóstico de Hipertensión arterial. La media de presión sistólica era de 131,59 +/- 18,37 (rango 70-230). La media de presión diastólica era de 73,25 +/- 10 (rango 122-39). El 33,84% tienen una presión sistólica mayor o igual a 140. El 6,28% tiene una tensión diastólica mayor o igual a 90. El 21,92 % utiliza ARA II. Del total de pacientes un 6,47% utiliza candesartan con dosis media de 15,04 mg, un 5,84 % utilizan valsartan a dosis media de 154 mg, el 3,47% ibersartan con dosis media de 272 mg, un 2,52% losartan, con dosis media de 62,5 mg respectivamente, un 1,89%, olmesartan con media de 26,6 mg y un 1,1% telmisartan con dosis media de 62,8 mg y un 0,63% eprosartan con una dosis media de 600 mg.

Conclusiones:

Bajo uso de ARA II en nuestra población diagnosticada de insuficiencia cardiaca, a pesar de ser fármacos que han demostrado que disminuyen la mortalidad por insuficiencia cardiaca aunque algunos de estos pacientes están en tratamiento con un inhibidor del enzima de conversión del angiotensinogeno con un

perfil igual y más económico. Debemos mejorar en este aspecto el tratamiento de nuestros pacientes con insuficiencia cardiaca.

PÓSTER Nº: 331

**PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS EN PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
EN UN CENTRO DE SALUD**

A. LORENZO PIQUERES (1), S. MARTINEZ PARRA (1), I. MORALES PEREZ (1), V. VAZQUEZ MARTINEZ (1),
L. ROSELL PANIS (1), G. BADENES MARQUES (1), M. LATORRE POVEDA (1), E. SERISA BLASCO (1),
L. TARANCON GOZALBO (1), A. LORENZO GORRIZ (1).

(1) CENTRO DE SALUD. BURRIANA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ISQUEMIA MIOCÁRDICA, PREVENCIÓN, TERAPIA

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la prescripción de fármacos recomendados por las guías clínicas para el tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica en el centro de salud y comparar con estudios nacionales desde el nivel de centro de salud y con comparación interprofesionales del propio centro.

Tipo de estudio: descriptivo, observacional y transversal.

Ámbito: Atención Primaria.

Población y muestreo: Pacientes del centro de salud con cardiopatía isquémica encontrados con el buscador del programa ABUKASIS II, por los epígrafes 410 a 414 de la CIE-9 (infarto agudo de miocardio y derivados). Se localizan 521 historias.

Mediciones e intervenciones: Se individualiza la búsqueda por médico/cupo y se evalúan las diferencias del total con estudios nacionales en la utilización de fármacos de referencia en prevención secundaria de los pacientes con cardiopatía isquémica (antiagregantes o anticoagulantes, beta bloqueantes, estatinas y IECA/ARA II). Se registran los datos en base de datos ACCES y se obtienen las proporciones del registro de los fármacos. Utilizaremos el programa EPI INFO y el test de chi cuadrado para evaluar diferencias entre proporciones. También evaluamos las diferencias entre profesionales.

Resultados: Edad media de la muestra 73.22 años, 328 hombres y 193 mujeres.

	Burriana	Nacional	Significación
N	Total/si/no	Total/si/no	P < ...
Antiag + anticog	521/473/48	895/770/125	P< 0.000...
Estatinas	521/375/146	1305/461/844	P< 0.000...
Betabloq	521/307/214	895/349/546	P< 0.000...
IECA/ARA II	521/335/186	895/253/642	P< 0.000...

La diferencia entre el uso de los fármacos es favorable al centro de salud en los cuatro grupos de fármacos señalados, con diferencias significativas con respecto a los resultados publicados en otros estudios de ámbito nacional. Las diferencias entre profesionales de nuestro centro también presentan significación.

Conclusiones: el uso de los cuatro grupos de fármacos recomendados en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica es superior en el centro de salud, aunque no es óptima. Es importante establecer

medidas de ayuda a la mejora en la calidad de la prescripción y facilitar la información individualizada de los resultados.

PÓSTER Nº: 332

AFECTA EL NÚMERO DE FÁRMACOS PRESCRITOS AL CUMPLIMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO VASCULAR, MEDIDO MEDIANTE MONITORES ELECTRÓNICOS

E. MARQUEZ CONTRERAS (1), M.A. GARRIDO LOPEZ (1), J. FRANCH NADAL (1), N. MARTELL CLAROS (1), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (1), S. ESPEJO PEINADO (1), J. FERRARO GARCIA (1), R. CHAVES GONZALEZ (1), J.C. PASROTIZA VILAS (1), J.J. CASADO MARTINEZ (1).

(1) GRUPO CUMPLIMIENTO E INERCIA SEH-LELHA. ESPAÑA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: CUMPLIMIENTO, HTA, ALTO RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

PROPOSITO: Valorar si el número de fármacos prescritos influye en el cumplimiento terapéutico del tratamiento con antihipertensivos en la HTA no controlada, en pacientes de alto riesgo vascular.

MÉTODOS: Estudio prospectivo, longitudinal, multicéntrico, desarrollado en 102 centros de Atención Primaria españoles. Se incluyeron 808 hipertensos tratados con inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA o ARA II) y no controlados, con alto riesgo vascular. Se realizaron 4 visitas, inicial, 1, 3 y 6 meses. Se midió el cumplimiento mediante monitores electrónicos (MEMS). Se calculó el porcentaje de cumplimiento medio (PC), el porcentaje de cumplidores global, cumplidores de una toma diaria, cumplidores en horario correcto y cobertura antihipertensiva. Se consideró cumplidor aquel cuyo PC estaba entre 80-100 %.

RESULTADOS: Finalizaron 701 pacientes (Edad media 63,7 DE:11,1 años). Las PAS y PAD han obtenido un descenso significativo ($p < 0.0001$) siendo de 18,8 y 9,8 mmHg respectivamente.

El porcentaje de controlados fue del 70% (IC= 65,6-74,4%) ($p = 0.0001$). Se observaron diferencias significativas con mayor control entre cumplidores respecto a incumplidores.

La media del porcentaje de dosis tomadas fue 87,9% (IC = 84,8-91%) y la cobertura terapéutica 82,4% (IC = 78,7-86,1%). Fueron cumplidores globalmente el 73,3% (IC= 69-77,6%), 52,8% (IC= 48-57.6%) fueron los cumplidores de una toma diaria y 46,5% (IC = 41,9-51,1%) los cumplidores en horario correcto. El incumplimiento se asoció ($p < 0.001$) al incremento en el número de fármacos prescritos.

CONCLUSIONES: En hipertensos de alto riesgo vascular el incumplimiento fue muy alto, fundamentalmente cuando toman 5 o más comprimidos diarios.

PÓSTER Nº: 333

¿EXISTE INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRATAMIENTO CON HIPOLIPEMIANTES EN HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO VASCULAR?

E. MARQUEZ CONTRERAS (1), M.A. GARRIDO LOPEZ (1), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (1), J.L. LLISTERRI CARO (1), J. FRANCH NADAL (1), J.L. MARTIN DE PABLOS (1), J.J. CASADO MARTINEZ (1), A. FERNANDEZ ORTEGA (1), M. GARCÍA GARCÍA (1), L. LÓPEZ GARCÍA-RAMOS (1).

(1) GRUPO DE CUMPLIMIENTO E INERCIA SEH-LELHA. ESPAÑA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: CUMPLIMIENTO, DISLIPEMIAS, ALTO RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

PROPOSITO: Evaluar el cumplimiento terapéutico hipolipemiante en hipertensos con alto riesgo vascular, de forma global y en función del número de fármacos prescritos para otras enfermedades concomitantes.

MÉTODOS: Estudio longitudinal, multicéntrico, realizado en atención primaria en España, con un seguimiento de 6 meses.

Se incluyeron 3949 hipertensos en tratamiento antihipertensivo no controlados que presentaban alto riesgo vascular (Padecer un IAM, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica, ictus o pacientes con DM más 1 Factor de riesgo cardiovascular asociado). Se realizaron 4 visitas: inicial, 1, 3 y 6 meses. En este subestudio se midió el cumplimiento de los fármacos hipolipemiantes que tomaban mediante el recuento simple de comprimidos. Se calculó el porcentaje de cumplimiento. Se consideró cumplidor aquel cuyo PC estaba entre 80 y 100%.

RESULTADOS: Se incluyeron 3636 pacientes (Edad media 64,8 (DE: 10,3) años. Fueron varones 1954 (53,7%) y mujeres 1682 (46,6%). Estaban en tratamiento con hipolipemiantes el 64,74% (IC 62-66 %). (n=2354) (Considerada muestra final del subestudio). Fueron incumplidores el 31,6 % (IC: 25-37 %). Fueron cumplidores por visita el 53 %, 60,3 % y 75 % respectivamente.

El porcentaje de cumplidores en función del número de comprimidos fue del 92,4 % (cuando tomaban 3 o menos comprimidos diarios), 88,4 % (con 4 comprimidos), 67,3 % (5 comprimidos), 58,2 % (6 comprimidos) y 54,6 % (7 o más comprimidos) (IC: 49,6-59,6%)(p<0.001).

CONCLUSIONES: El incumplimiento hipolipemiante fue muy alto. Existe una relación significativa entre incumplimiento y número de comprimidos prescritos. Hasta 5 comprimidos el cumplimiento es bueno, sin embargo decae alarmantemente a partir del sexto, siendo del 54,6% cuando toman más de 7 comprimidos.

PÓSTER Nº: 334

INTERVENCIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO VASCULAR

E. MARQUEZ CONTRERAS (1), J.L. LLISTERRI CARO (1), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (1), J.L. MARTIN DE PABLOS (1), V. GIL GUILLEN (1), N. MARTELL CLAROS (1), J.J. CASADO MARTINEZ (1), I. BOTELLO PEREZ (1), R. CHAGUACEDA PEREZ (1), A. FERNANDEZ ORTEGA (1).

(1) GRUPO CUMPLIMIENTO E INERCIA SEH-ELLHA. ESPAÑA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: CUMPLIMIENTO, DISLIPEMIAS, ALTO RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

PROPOSITO: Evaluar la influencia de la intervención habitual realizada en un estudio prospectivo, en el cumplimiento hipolipemiente en hipertensos con alto riesgo vascular.

MÉTODOS: Estudio longitudinal, multicéntrico, realizado en AP (España), con un seguimiento de 6 meses.

Se incluyeron 3949 hipertensos en tratamiento antihipertensivo no controlados con alto riesgo vascular. Se realizaron 4 visitas: inicial, 1, 3 y 6 meses. En este subestudio se midió el cumplimiento hipolipemientes mediante recuento de comprimidos. La intervención realizada fueron consejos según práctica habitual del investigador en pacientes de alto riesgo vascular, el seguimiento programado de cualquier estudio prospectivo, la modificación del tratamiento según práctica clínica, y el envío de boletines informativos sobre el estudio cada 2 meses a investigadores.

Se calculó el porcentaje de cumplimiento (Cumplidor cuando estaba entre 80-100%) y la magnitud de la relevancia clínica con la intervención realizada entre el primer mes y final del estudio sobre el cumplimiento hipolipemiente, mediante el cálculo de reducción del riesgo absoluto (RRA), reducción del riesgo relativo (RRR) y número de pacientes a tratar con la intervención para evitar un caso de incumplimiento hipolipemiente (NNT).

RESULTADOS: Se incluyeron 3636 pacientes (Edad media 64,8 (DE: 10,3) años. Fueron varones 1954 (53,7%) y mujeres 1682 (46,6%). Estaban en tratamiento con hipolipemiantes el 64,74% (IC 62-66 %). (n=2354) (Considerada muestra final del subestudio). Fueron incumplidores el 31,6 % (IC: 25-37 %). La RRA fue del 22 %, la RRR del 46,8 %, el NNT de 4,5, y la RR: 0,47 (p<0,001).

CONCLUSIONES: Una pequeña intervención realizada durante el estudio por los investigadores tiene un relevante impacto clínico en la disminución del incumplimiento hipolipemiente

PÓSTER Nº: 335

LA INERCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS. ESTUDIO INDIAPRES

E. MARQUEZ CONTRERAS (1), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (1), V. GIL GUILLEN (1), M.A. GARRIDO LOPEZ (1), N. MARTELL CLAROS (1), J.L. MARTIN DE PABLOS (1), J. ESPINOSA GARCIA (1), J.J. CASADO MARTINEZ (1), J. FERRARO GARCIA (1), A. FERNANDEZ ORTEGA (1).

(1) GRUPO DE TRABAJO SOBRE CUMPLIMIENTO E INERCIA. SEH-LELHA. ESPAÑA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION, INERCIA TERAPEUTICA, ANTIHIPERTENSIVOS

RESUMEN:

PROPOSITO: Evaluar la inercia terapéutica (IT) en el tratamiento con antihipertensivos en pacientes hipertensos y diabéticos.

MÉTODOS: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual.

Se incluyeron 1783 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico clínico establecido de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial como mínimo 3 meses previos a la inclusión, que presentaban cifras de Presión Arterial ≥ 140 y/o 90 mmHg en la visita de inclusión y/o cifras de HbA1c $>7\%$ en el último control realizado en el último mes, que estaban recibiendo tratamiento farmacológico antihipertensivo y antidiabético estable, desde hace un mínimo de 3 meses. Se calculó la Inercia Terapéutica antihipertensiva mediante el cociente: (Número de pacientes a los que no se les ha modificado el tratamiento farmacológico antihipertensivo / Número de pacientes con cifras medias de presión arterial ≥ 140 y/o 90 mmHg en la visita. Se han evaluado las causas por las cuales comete IT, habiéndose clasificado posibles causas de IT justificada.

RESULTADOS: Se analizan los 1421 pacientes que presentaron mal control de la hipertensión arterial. La edad media global fue de 65,8 años (DE 10). Fueron 765 varones (53.8 %) y 656 mujeres (46.2 %) (p=NS por edad y sexos). En opinión de los médicos el 17 % (n= 242) (IC= 15.1-18.9 %) de estos pacientes estaban bien controlados.

Las medias de presión arterial fueron de 153 (DE 11) y 89.7 (DE 9) mmHg.

Presentaron IT el 32.4 % de los pacientes (IC= 30-34.8 %) (n= 460) y sin IT el 67.6 % (N= 961). Al comparar los grupos con y sin IT, en el análisis bivalente se observaron diferencias en las PA y número de comprimidos tomados con unas PA superiores y mayor número de comprimidos tomados en el grupo sin IT (PAS: 149.2 (DE 10) vs 154.1 mmHg (DE 11.7); PAD (86.5 (DE 9) vs 90.6 mmHg (8.6), Número de Comprimidos: 3.7 (DE 1.7) vs 5.6 (DE 2.9); $p < 0.01$). No se observaron diferencias en el resto de variables como edad, sexo, número enfermedades, años de evolución, factores de riesgo vascular o lesiones de órganos diana.

En los casos que no se cometió IT, destacan el que se añadieron fármacos en combinación en el 29.5 % (n=284), se añadieron fármacos en combinación y retiraron otros en el 22.3 % (n=214), se añadieron

fármacos en monoterapia en el 17.5 % (n=168) y se modificó la dosis del tratamiento en el 12.6 % (n=122).

Entre las posibles causas de IT destacan, 1.- le he citado para nuevos controles antes de cambiarle el tratamiento con un 11.1 % (n= 158); 2.- No era necesario porque incumplía el tratamiento higienico-dietético con un 9.8 % (n= 139); 3.- No era necesario porque presentaba buen control de la HTA en el 9.6 % (n= 137); 4.- No era necesario porque incumplía el tratamiento farmacológico con un 8.3 % (n= 118) y 5.- Es suficiente con modificar el tratamiento higienico-dietético con un 7.1 % (n= 101).

Entre las causas por las que cometían IT, el 42.6 % (IC= 38.1-47.1 %) (n= 196) se valoraron como IT justificada.

CONCLUSIONES: La IT observada en el tratamiento antihipertensivo en pacientes hipertensos diabéticos fue muy alta. La IT es mayor con PA elevadas limítrofes y en pacientes que requieren menos comprimidos probablemente por menor gravedad de sus padecimientos. La IT justificada es muy relevante.

PÓSTER Nº: 336

COMBINACIONES FIJAS: INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y ANTAGONISTAS DEL CALCIO. EVOLUCION EN SU EMPLEO

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), M. PINEL MONGE (1), J. OCHARAN CORCUERA (2).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA. (2) H. UNIVERSITARIO ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: IECA, DIURETICOS, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

RESUMEN:

Con independencia del fármaco empleado la monoterapia sólo permite alcanzar el objetivo de presión arterial en un número limitado de pacientes. Las combinaciones fijas de dos fármacos pueden simplificar el régimen terapéutico y favorecer el cumplimiento. Esta unión de inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y antagonistas del calcio (ACA) se basa en la conocida sinergia antihipertensiva de ambos grupos terapéuticos.

Objetivo.-

El objetivo del estudio es ver la evolución respecto al año anterior en Comarca Araba (301.094 hab.) que ha ocurrido en el uso de combinaciones fijas de fármacos antihipertensivos IECAS + ACA (grupo terapéutico ATC C09BB) para el tratamiento de nuestros hipertensos, de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.-

Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2009 y 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y desviación respecto al año anterior.

Resultados.-

PRINCIPIO ACTIVO	Nº ENVASES	% TOTAL	% DESVIAC
PERINDOPRIL + ACA	2.113	42,92%	- 10,62%
ENALAPRIL + NITRENDIPINO	2.074	42,13%	49,53%
ENALAPRIL + LECARDIPINO	542	11,01%	2.911,11%
RAMIPRIL + FELODIPINO	158	3,21%	- 5,39%
DELAPRIL + MANIDIPINO	36	0,73%	
TOTAL	4.923	100%	5,19%

Conclusión.-

En primer lugar hacer notar el poco uso de esta asociación, posiblemente la unión a diuréticos por parte de los IECAS, una de las combinaciones más empleadas, sea responsable de estos datos y también tener en cuenta que su uso respecto al año anterior tampoco ha sufrido un aumento significativo.

PÓSTER Nº: 337

MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y ANTAGONISTAS DEL CALCIO EN COMBINACIÓN FIJA

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), C. CASTELLANO HURTADO (1), J. OCHARAN CORCUERA (2).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA. (2) H. UNIVERSITARIO ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, COMBINACIONES FIJAS, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

RESUMEN:

La mayoría de los estudios asistenciales llevados a cabo en nuestro medio constatan que tanto en Atención Primaria como en unidades especializadas, no más de una tercera parte de los pacientes tratados tienen sus cifras de presión adecuadas a los objetivos que marcan las distintas guías. Parece ser que una utilización más amplia de combinaciones terapéuticas se traducirá en un mayor grado de control de nuestros pacientes.

Objetivo.-El objetivo del estudio es ver que uso de esta combinación (grupo terapéutico ATC C09BB) hacemos los médicos de Comarca Araba, de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.-Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo e importe en euros.

Resultados.-

Principio Activo	Nº envases	% sobreTotal	Importe PVP €
PERINDOPRIL + ACA	2.113	42,92%	47.014,25€
ENALAPRIL + NITRENDIPINO	2.074	42,13%	48.025,66€
ENALAPRIL + LECARDIPINO	542	11,01%	10.151,66€
RAMIPRIL + FELODIPINO	158	3,21%	3.934,20€
DELAPRIL + MANIDIPINO	36	0,73%	758,22€
TOTAL	4.923	100%	110.784,29€

Conclusiones.-Como podemos apreciar el uso que se hace en Comarca Araba de esta combinación de IECA y ACA es muy bajo, posiblemente a que por parte de los IECAS se asocian a diuréticos con más frecuencia y los ACA se están uniendo más a los antagonistas de los receptores de la Angiotensina II. No es esta una de las combinaciones preferidas pues en nuestro medio.

PÓSTER Nº: 338

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y ANTAGONISTAS DEL CALCIO EN COMBINACIÓN FIJA. USO EN COMBINACIÓN FIJA Y EVOLUCIÓN EN SU PRESCRIPCIÓN

A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), M.T. AMIANO ARREGUI (1), A. CHENA ALEJANDRO (2), J. OCHARAN CORCUERA (2).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA. (2) H. UNIVERSITARIO ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ANTAGONISTAS CALCIO, ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II, TERAPIA COMBINADA

RESUMEN:

El desarrollo de combinaciones a dosis fijas de un antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II) y un antagonista del calcio (ACA) se ha basado en la conocida sinergia antihipertensiva de ambos grupos y en la hipótesis de que, debido a efectos de clase-específicos independientes del efecto hipotensor, la asociación ofrece un beneficio añadido a otras combinaciones.

Además, la combinación ARA II y ACA está respaldada por evidencias acerca de su eficacia antihipertensiva en múltiples situaciones, de su mejor tolerabilidad respecto a la observada con las combinaciones de IECAS y acerca de su capacidad de prevención de lesión subclínica de órganos diana.

Objetivo.-El objetivo del estudio es ver que uso y la evolución de esta combinación (grupo terapéutico ATC C09DB) hacemos los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.-Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2009 y 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo e importe en euros y su desviación respecto al año anterior en cuanto al número de envases prescritos.

Resultados.-

Principio Activo	Nº envases	% sobreTotal	Importe PVP €	% Desv env
OLMESARTAN MEDOXOMIL	+2.718	58,05%	94.054,14€	676,57%
AMLODIPINO				
VALSARTAN + AMLODIPINO	1.964	41,95%	83.357,35€	40,39%
Total	4.682	100,00%	177.411,49€	167,70%

Conclusiones.-Como podemos apreciar el uso que se hace en Comarca Araba de esta combinación de ARA II y ACA aún no es muy importante, pero si se aprecia un fuerte incremento de la misma, posiblemente debido a lo ya mencionado antes, su buena tolerabilidad y su eficacia clínica, junto a una potente presión de la industria farmacéutica a su favor.

PÓSTER Nº: 339

INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA. EMPLEO DE LOS MISMOS TANTO EN MONOTERAPIA COMO EN COMBINACION FIJA EN UNA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), A. LZ DE VIÑASPRE MUGUERZA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), M.E. ORTEGA HERRILLO (1), A. CHENA ALEJANDRO (2), J. OCHARAN CORCUERA (2).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA. (2) H. UNIVERSITARIO ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA, ATENCIÓN PRIMARIA, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

RESUMEN:

Los inhibidores directos de la renina (IDR) suponen un nuevo enfoque en el tratamiento de la hipertensión arterial, siendo el último grupo farmacológico empleado, surgiendo 13 años después de la aparición de los bloqueadores de receptores de angiotensina II.

El Aliskiren, primer IDR disponible, se une al sitio activo de la molécula de renina, logrando la fragmentación del angiotensinógeno y previniendo la formación de angiotensina I, aportando por tanto un mayor control del sistema renina angiotensina que produce un buen control de la presión arterial, con una seguridad y tolerabilidad similar a placebo.

Objetivo.-El objetivo del estudio es ver que uso y la evolución de aliskiren tanto en monoterapia como en tratamiento combinado (grupo terapéutico ATC C09XA) hacemos los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.-Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2009 y 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo e importe en euros y su desviación respecto al año anterior en cuanto al número de envases prescritos.

Resultados.-

Principio Activo	Nº envas	% sobreTotal	Importe PVP €	% Desv env
ALISKIREN	1.054	92,62%	34.436,68€	221,34%
ALISKIREN	+84	7,38%	3.152,72€	
HIDROCLOROTIAZIDA				
Total	1.138	100,00%	37.589,40€	246,95%

Conclusiones.-Como nos demuestran los datos el uso de IDR aún es casi significativo en nuestra Comarca debido posiblemente a lo novedoso del grupo terapéutico. Posiblemente tal como indica su crecimiento en años posteriores su empleo sea mayor tanto en monoterapia como en combinación, donde ha demostrado excelentes sinergias unido tanto a diuréticos como a antagonistas del calcio.

PÓSTER Nº: 340

INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y DIURÉTICOS. EMPLEO DE ESTA COMBINACIÓN FIJA EN C. ARABA

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), L. BASTIDA EIZAGUIRRE (1), C. CASTELLANO HURTADO (1), J. GARCIA Lz. DE ARMENTIA (1).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: IECA, DIURETICO, TRATAMIENTO COMBINADO

RESUMEN:

Las evidencias actuales apoyan el uso inmediato de combinaciones de antihipertensivos en términos de facilidad de uso y adherencia al tratamiento. La combinación de un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y un diurético ha sido avalado por numerosos estudios (PROGRESS, ADVANCE, HYVET, etc.), en donde se puso de manifiesto que la combinación tenía efectos reductores de presión mayores y conseguía una mayor reducción de eventos micro y macrovasculares que cuando empleamos la monoterapia.

Objetivo.-El objetivo del estudio es ver las diversas combinaciones fijas de IECAS y diuréticos (grupo terapéutico ATC C09BA) empleadas en Comarca Araba (301.094 hab.) para el tratamiento de nuestros hipertensos, de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.-Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y su importe en euros.

Resultados.-

PRINCIPIO ACTIVO	Nº ENVASES	% TOTAL	IMPORTE €
ENALAPRIL +DIURETICO	49.619	80,91%	209.857,07€
LISINOPRIL DIURETICO	4.854	7,91%	48.654,79€
PERINDOPRIL + DIURETICO	2.139	3,49%	48.757,37€
CAPTOPRIL DIURETICO	1.789	2,92%	17.705,41
QUINAPRIL + DIURETICO	1.140	1,86%	12.137,83€
FOSINOPRIL + DIURETICO	1.123	1,83%	16.120,53€
RAMIPRIL + DIURETICO	340	0,55%	2.487,75€
CILAZAPRIL + DIURETICO	315	0,51%	5.131,44
BENAZEPRIL + DIURETICO	10	0,02%	220,90€
TOTAL	81.328	100,00%	361.091,09€

Conclusión.-Como en estudios precedentes la combinación más utilizada por abrumadora mayoría es la de enalapril más diurético, representando el resto menos del 20%. También es significativo el uso de captopril más diurético pese al tiempo de aparición de la molécula y sus limitaciones.

PÓSTER Nº: 341

EVOLUCION EN EL EMPLEO DE INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y DIURÉTICOS. EN COMBINACIÓN FIJA

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), F. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), J. LARRAÑAGA GORRITI (1), M. PINEL MONGE (1), J. GARCIA Lz. DE ARMENTIA (1).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: IECAS, DIURETICOS, COMBINACIONES FIJAS

RESUMEN:

Objetivo.-Numerosos estudios (PROGRESS, ADVANCE, HYVET, etc.) avalan el uso de estas combinaciones y de hecho es la más empleada en nuestro medio, por lo que nuestro objetivo es analizar la evolución de las diversas combinaciones fijas de IECAS y diuréticos, (grupo terapéutico ATC C09BA) empleadas en Comarca Araba (301.094 hab.) para el tratamiento de nuestros hipertensos, de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.- Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2009 y 2010 clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y su importe en euros.

Resultados.-

PRINCIPIO ACTIVO	Nº	ENVASES% TOTAL	% DESVIACIÓN
	2010		
ENALAPRIL +DIURETICO	49.619	80,91%	6,67%
LISINOPRIL+ DIURETICO	4.854	7,91%	3,52%
PERINDOPRIL + DIURETICO	2.139	3,49%	-3,43%
CAPTOPRIL DIURETICO	1.789	2,92%	-9,78%
QUINAPRIL + DIURETICO	1.140	1,86%	-10,02%
FOSINOPRIL + DIURETICO	1.123	1,83%	-1,48%
RAMIPRIL + DIURETICO	340	0,55%	105,48%
CILAZAPRIL + DIURETICO	315	0,51%	0,96%
BENAZEPRIL + DIURETICO	10	0,02%	100,00%
TOTAL	81.328	100,00%	5,22%

Conclusión.- Vemos como el enalapril más diurético sigue siendo la combinación más utilizada. Como se incrementa el uso del ramipril con diurético y van disminuyendo o con un crecimiento casi nulo el resto de las demás combinaciones.

PÓSTER Nº: 342

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS EN COMBINACIÓN FIJA. EMPLEO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁLAVA

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), I. GONZALEZ CASTAÑEDA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), C. CASTELLANO HURTADO (1), A. ALCALDE LOZANO (1).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II, DIURETICOS, TRATAMIENTO COMBINADO

RESUMEN:

Diversos ensayos (LIFE, SCOPE) han documentado los efectos protectores de esta combinación. Además hay gran cantidad de evidencias que indican que esta combinación aporta una reducción efectiva de la presión arterial, tiene un perfil de tolerabilidad más favorable aún que el observado cuando asociamos diuréticos con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), puesto que la tos y el angioedema son menos frecuentes y aporta una protección frente a la lesión subclínica de órganos.

Objetivo.-El objetivo del estudio es ver cómo hemos empleado esta combinación (grupo terapéutico ATC C09DA) los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.- Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2010, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo e importe en euros.

Resultados.-

Principio Activo	Nº envases	% sobreTotal	Importe PVP €
Valsartan + Diuréticos	19.333	28,80%	654.826,21€
Candesartan + Diuréticos	12.896	19,21%	352.785,06€
Irbesartan + Diuréticos	11.987	17,86%	358.659,08€
Losartan + Diuréticos	10.726	15,98%	187.019,08€
Eprosartan + Diuréticos	5.019	7,48%	124.571,58€
Telmisartan + Diuréticos	3.732	5,56%	117.645,96
Olmesartan + Diuréticos	3.436	5,12%	85.281,52€
Total	67.129	100,00%	1.880.789,19€

Conclusiones.- Este grupo terapéutico es el que más recursos económicos retrae en el tratamiento de la hipertensión en nuestro medio, siendo la asociación valsartan y diurético el principal. Aunque sabemos que el ARA II, en principio debería utilizarse, salvo indicaciones específicas, cuando exista intolerancia a IECAS, no parece ser que sea la norma de empleo.

PÓSTER Nº: 343

EVOLUCIÓN EN EL EMPLEO DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS EN COMBINACIÓN FIJA, EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ÁLAVA

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), I. GONZALEZ CASTAÑEDA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), B. BARRIOS NUÑEZ (1), C. CASTELLANO HURTADO (1), J. RICARTE EGUIDAZU (1).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II, DIURETICOS, COMBINACIONES FIJAS

RESUMEN:

Esta asociación es la que representa un mayor gasto económico dentro de la terapia antihipertensiva en nuestra Comarca en los últimos años, en contra de los criterios de calidad de nuestra Oferta Preferente, que cifran el empleo de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II), en un 25% como máximo respecto a los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECAS).

Objetivo.-El objetivo del estudio es ver cómo ha evolucionado el empleo de esta combinación (grupo terapéutico ATC C09DA) por parte de los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.- Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2009 y 2010, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y porcentaje de desviación.

Resultados.-

Principio Activo	Nº envases	% sobreTotal	% Desviación año anterior
Valsartan + Diuréticos	19.333	28,80%	7,64%
Candesartan + Diuréticos	12.896	19,21%	21,40%
Irbesartan + Diuréticos	11.987	17,86%	3,37%
Losartan + Diuréticos	10.726	15,98%	9,37%
Eprosartan + Diuréticos	5.019	7,48%	12,62%
Telmisartan + Diuréticos	3.732	5,56%	31,59%
Olmesartan + Diuréticos	3.436	5,12%	39,67%
Total	67.129	100,00%	12,37%

Conclusiones.- Este grupo terapéutico sigue siendo es el que más recursos económicos retrae en el tratamiento de la hipertensión en nuestro medio, presentando unos incrementos considerables en

algunas moléculas (Olmesartan, Candesartan). Quizá el menor incremento de Irbesartan se deba más a políticas de publicidad por parte de las empresas que a criterios basados en evidencias.

PÓSTER Nº: 344

EMPLEO DE LAS DISTINTAS COMBINACIONES FIJAS DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS Y SU EVOLUCIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), M. ALONSO VALLEJO (1), M.L. ALARCIA CEBALLOS (1), E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), I. GONZALEZ CASTAÑEDA (1), J. OCHARAN CORCUERA (2).

(1) COMARCA ARABA. VITORIA. (2) H. UNIVERSITARIO ARABA. VITORIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: COMBINACIONES FIJAS, ATENCION PRIMARIA, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

RESUMEN:

Las evidencias apoyan el uso de combinaciones fijas de antihipertensivos por ser más cómodas, lo que facilita la adherencia al tratamiento y previsiblemente conseguir un mejor control de la presión arterial en nuestros pacientes, logrando, como así ha ocurrido un aumento en aquellos que logran alcanzar las cifras objetivo marcadas, de acuerdo a los datos de nuestra Oferta Preferente.

Objetivo.-El objetivo del estudio es ver cuáles son las combinaciones empleadas y cómo ha evolucionado el empleo de los mismas (grupos terapéuticos ATC: CO9BA, CO9BB, CO9DA, CO9DB, CO9XA) por parte de los médicos de Comarca Araba (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por Osakidetza.

Método.- Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos generales y pediatras de la Comarca Araba en el período de Enero a Diciembre de 2009 y 2010, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en grupo terapéutico, nº envases, porcentaje de cada molécula respecto al total del grupo y porcentaje de desviación.

Resultados.-

G. Terap.	Principio Activo	Nº Envases	Importe €	% IMPORTE	% Desv Año Ant.
CO9BA	IECAS +DIU	61.328	361.091,99€	14,25%	5,22%
CO9BB	IECAS + ACA	4.923	110.784,29€	4,37%	5,19%
CO9DA	ARA II + DIU	67.129	1.880.789,19€	74,24%	12,37%
CO9DB	ARA II +ACA	4.682	177.411,49€	7,00%	167,70%
CO9XA	IDR + DIU	84	3.152,72€	0,14%	

Conclusiones.- Como vemos el grupo que más recursos consume es el de los ARA II + DIU que a su vez es el que más se incrementa, con la salvedad del CO9DB, quizá por su reciente implantación y su baja utilización hasta el momento. Dato que en principio está en contradicción con la Guía de práctica clínica sobre Hipertensión Arterial de Osakidetza que en todo caso recomendaría como norma general en asociación y por tanto como combinación más frecuente el uso de IECA + DIU.

PÓSTER Nº: 345

**CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON EL DE
LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO**

E. MOYA SÁNCHEZ (1), J.M. SOTUCA MOMBLONA (1), B. ADRIYANOV KOSTOV (1), A. SISÓ ALMIRALL (1),
M. TORRES OLIVEROS (1), A. ANGUITA GUIMET (1), M.L. MORO ESTEBAN (1),
S. SITJAR MARTINEZ DE SAS (1), D. CARARACH SALAMI (1), J. ORTIZ MOLINA (1).

(1) CAP LES CORTS. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, PREVENCIÓN SECUNDARIA, FÁRMACOS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Comparar el tratamiento farmacológico utilizado en prevención secundaria en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) con otros países de similar nivel socio-económico y analizar las diferencias entre las diferentes variables estudiadas.

MÉTODOS USADOS:

Estudio transversal y descriptivo en un centro de atención primaria (CAP) urbano.

En agosto de 2011 se publicó en la revista clínica The Lancet el estudio PURE1, en el que se analizó el uso de fármacos en el tratamiento de pacientes con antecedentes de CI y las diferencias entre países en diferentes etapas de desarrollo económico. Comparamos nuestros tratamientos con los de la publicación referenciada.

De los 35.893 sujetos asignados a un CAP urbano, se seleccionaron los 915 pacientes con diagnóstico de CI en las historias clínicas informatizadas (HCAP). Se analizaron las variables edad, sexo, hipertensión, diabetes mellitus, hábito tabáquico, índice de masa corporal y los tratamientos utilizados en prevención secundaria: antiagregantes plaquetarios, beta-bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) y estatinas.

Con los datos obtenidos, se realizó la comparación con los resultados del estudio PURE correspondientes a los países con parecido desarrollo económico y se analizaron las diferencias entre las variables analizadas, utilizando una prueba de Chi cuadrado de Pearson con corrección de Yates.

RESULTADOS:

En nuestro centro, los tratamientos utilizados son similares a los que se utilizan en los países de nuestro entorno, únicamente se utilizan más los antiagregantes (70.93% vs 64.10%, $p = 0.009$).

En el análisis de nuestro pacientes, en el grupo de los hipertensos se ha observado una mayor utilización de IECAs/ARAI respectivo a los no hipertensos (69.15% vs 39.35%, $p < 0.001$).

En los hombres respecto a las mujeres se ha observado una mayor utilización de antiagregantes (73.22% vs 64.96%, $p=0.017$), beta-bloqueantes (51.13% vs 41.34%, $p=0.009$) y estatinas (77.91% vs 62.60%, $p < 0.001$).

En el grupo de los pacientes diabéticos, se utilizan más los IECAs/ARAII respecto a los no diabéticos, (69.58% vs 48.49%, $p < 0.001$).

No se han observado diferencias significativas entre los pacientes fumadores y los no fumadores.

Si se analizan los pacientes según la edad, se observa una mayor utilización de IECAs/ARAII en el grupo de edad igual o superior a 60 años respecto a los pacientes entre 50 y 60 años y los menores de 50 (57.33% vs 42.11% y 14.29%, $p < 0.001$).

Según el IMC, se ha observado una mayor utilización de IECAs/ARAII en los pacientes obesos (IMC igual o superior a 30) respecto a los pacientes con sobrepeso (IMC entre 25 y 30) y los de normopeso (IMC menor de 25), (62.66% vs 56.65% y 48.52%, $p = 0.018$) y una mayor utilización de estatinas en el grupo con IMC entre 25 y 30 respecto a los demás grupos (80.50% vs 69.52% y 69.23%, $p = 0.001$).

CONCLUSIONES:

En nuestro centro, los tratamientos utilizados en CI son similares a los que se utilizan en los países de nuestro entorno. Únicamente utilizamos más los antiagregantes.

Dentro de las variables analizadas en nuestros pacientes, se ha observado una mayor utilización de IECAs/ARAII en pacientes hipertensos, diabéticos, con un IMC superior o igual a 30 y los de edad igual o superior a 60 años. Los hombres utilizan más estatinas, beta-bloqueantes y antiagregantes. En relación al IMC, los pacientes que utilizan más estatinas son los que tienen sobrepeso sin obesidad.

1 Yusuf S et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *The Lancet*. 2011; 378 (9798): 1231-1243.

PÓSTER Nº: 346

ENCUESTA A LOS PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA SOBRE EL MODO DE ACTUACIÓN ANTE LA NECESIDAD DE USO DE NITRATOS

P. PIQUER ARTES (1), R. GONZÁLEZ HERNANDEZ (1), J.J. BOLAÑOS VERGARAY (1), M.I. PRIETO PAREDERO (1), C. ECHEVERRY URREGO (1), C. CANTALAPIEDRA SANCHEZ (1), S. DUMO SELGA (1), P. RAMOS QUISPE (1), M.L. PASCUAL MARTÍN (1), J.C. OBAYA REBOLLAR (1).

(1) CENTRO DE SALUD CHOPERA. ALCOBENDAS.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: NITRATOS, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, EDUCACIÓN SANITARIA

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

- Conocer el grado de información que tienen los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) y su actuación ante situaciones de alarma que precisen del manejo de la nitroglicerina sublingual (NTGSL).

METODOS USADOS:

- Estudio descriptivo transversal basado en entrevista personal y cuestionario heteroadministrado de elaboración propia.
- Emplazamiento. Atención primaria. Dieciséis consultas de dos zonas básicas de salud urbanas.
- Participantes: Muestra aleatoria de 112 pacientes con CI (angina estable, inestable, angina con infarto), que en la hoja de medicación crónica tuvieran recogida la indicación de NTGSL en alguna de sus distintas presentaciones.
- Variables: Se evaluaron los conocimientos del paciente en lo referente a :
 - - Postura para tomar NTGSL
 - Actitud ante la aparición de dolor anginoso mientras conduce
 - Aspectos prácticos de manejo de las distintas presentaciones de NTGSL (comprimidos sublinguales, grageas, spray)
 - Actitud ante dolor que no cede (tiempo de espera)
 - Conocimientos sobre conservación y renovación de NTGSL
 - Interferencias farmacológicas y efectos secundarios.

RESULTADOS:

- Encuestados: 112 (80,4% Varones). Edad media: 68,01 años DS 8,9.
- El 96,4% de los pacientes había recibido instrucciones sobre la utilización de NTGSL en caso de necesidad. El cardiólogo había proporcionado esta información en el 70,4% de los pacientes, el médico de familia en el 28,7% y ambos en el 0,9%.
- De los pacientes que habían recibido información, hay un porcentaje importante de pacientes que desconocen cómo tomar adecuadamente NTGSL.

Las mayores carencias de información se han detectado en cuanto a:

- Tiempo de espera para repetir dosis de NTGSL si no cede el dolor (66,7% de los pacientes responden erróneamente)
- Necesidad de renovar la medicación NTGSL cada 6 meses (81,5% de los pacientes responden erróneamente)
- Existe un porcentaje no despreciable de pacientes con cardiopatía isquémica (25,9%) que salen de casa sin NTGSL a pesar de habersele indicado dicha medicación.
- Un 15,8% de los pacientes no conocía ninguno de los fármacos del grupo de Inhibidores de la fosfodiesterasa-5, que presentan posibles interacciones con la toma de NTGSL.
- Entre los efectos secundarios reportados por los pacientes en relación con la toma de NTGSL destacan la hipotensión y/o mareo (25,7%) y la cefalea (15,7%).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con algunos aspectos prácticos sobre la administración de NTGSL, en relación al profesional que había proporcionado dicha información:

- Necesidad de masticar la presentación de grageas y manejo del comprimido sublingual.

CONCLUSIONES:

Una mínima parte de nuestros pacientes cardiopatas usa bien la NTGSL. Nos llama la atención que desde el marco idóneo para impartir educación sanitaria que representa la AP, menos de tercera parte de los encuestados recibieron información por parte del médico de familia.

Sería interesante la implantación de programas de educación sanitaria a pacientes con CI dentro del ámbito de la AP y reevaluar la situación tras un período de desarrollo de éstos.

PÓSTER Nº: 347

TERAPIA CON PARICALCITOL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

J. OCHARAN CORCUERA (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), A. CHENA (1), A. RODRIGUEZ FERNANDEZ (1),
M.N. ESPINOSA FURLONG (1), J. ITURRALDE IRISO (1), I. MINGUELA (1), I. JIMENO (1),
R. RUIZ-DE-GAUNA (1), B. AURREKOETXEA (1).

(1) HUA-TXAGORRITXU. COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, ENFERMEDAD RENAL CRONICA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. El tratamiento con paricalcitol (análogo selectivo de la vitamina D) ha demostrado eficacia en la reducción de proteinuria en pacientes con bloqueadores del eje renina-angiotensina previo, en los que mantienen la proteinuria.

OBJETIVO. Valoración terapéutica del paricalcitol, en una población de pacientes con enfermedad renal crónica 3-4 e hipertensión, tanto en eficacia como su seguridad en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO. Criterios de inclusión: edad mayor de 18 años, Hemos completado un seguimiento terapéutico con pacientes renales durante 12 semanas con paricalcitol, según niveles de PTH <300 ng/ml → 1 mcg cada 48 horas, PTH>300 ng/ml → 1 mcg/día. Método con un estudio observacional, prospectivo, no aleatorio.

RESULTADOS. Hemos completado un seguimiento terapéutico con 30 pacientes en ERC durante 12 semanas (se) con paricalcitol. Dentro de nuestra población destacamos la media alta de edad y el predominio de la diabetes como causa de ERC. Disminución de la proteinuria y calciuria, No observamos cambios en la calcemia, la fostatemia. Hemos comparado los datos basales de presión arterial sistólica (PAS) media (med) de 168 mmHg y de forma consecutiva hasta acabar el estudio en la 12 semana (12 se). Y, asimismo, hemos comparado los datos basales de presión arterial diastólica (PAD) media (med) comparando hasta acabar el estudio en la 12 se, no hay cambios significativos. La eficacia del paricalcitol en ERC ha sido evidente. La seguridad ha sido excelente.

CONCLUSIONES. El tratamiento precoz del HPTS con paricalcitol redujo la PTH requiriendo para ello dosis decrecientes del fármaco, en algunos pacientes. No se produjo cambios en el calcio y del fósforo, manteniéndose el producto calcio-fósforo < 55. No hay modificación con la PA. Un excelente control terapéutico, eficiencia y una buena tolerancia farmacológica en estos pacientes renales.

PÓSTER Nº: 348

RESPUESTA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON IVABRADINA EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO Y CORONARIAS NORMALES

M. RAMÍREZ MARRERO (1), B. PÉREZ VILLARDÓN (1), I. VEGAS VEGAS (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), G. BALLESTEROS DERBENTI (1), J. CANO NIETO (1), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORÁCICO, IVABRADINA, ARTERIAS CORONARIAS NORMALES

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El dolor torácico con arterias coronarias normales es una entidad frecuente, especialmente en mujeres, cuya etiopatogenia se ha relacionado con alteraciones de la microcirculación coronaria. Se asocia a un pronóstico excelente, si bien es motivo frecuente de asistencia a los Servicios de Urgencias por nuevos episodios de angina de pecho. Nuestro objetivo fue comparar la respuesta clínica de estos pacientes al tratamiento con ivabradina frente al tratamiento antianginoso convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo del total de pacientes revisados consecutivamente en consulta de cardiología con diagnóstico de dolor torácico y arterias coronarias normales, en el periodo comprendido entre Enero de 2009 y Diciembre de 2010. Se analizaron variables clínicas y epidemiológicas, tratamiento prescrito, clase funcional de angina antes y después del tratamiento, y porcentajes de asistencias a Urgencias por episodio de dolor torácico, completándose una mediana de seguimiento de 1 año, en el 100% de los casos.

RESULTADOS: Se incluyeron 48 pacientes, 50% varones y edad media de $63,3 \pm 9,2$ años. 19 pacientes (39,6%) recibieron tratamiento con ivabradina, frente a 29 pacientes que recibieron el tratamiento convencional. No existieron diferencias en las características basales entre ambos grupos. Tras completar el seguimiento, los pacientes que recibieron tratamiento con ivabradina mostraron una mejoría en la clase funcional de angina de pecho, aunque sin alcanzar la significación estadística (78,9% vs. 58,6%, $p=0,08$) y acudieron en menor medida a Urgencias por nuevo episodio anginoso (5,3% vs. 34,5%, $p=0,02$). Tras el análisis multivariado, el tratamiento con ivabradina se asoció a menor frecuencia de asistencia a Urgencias por episodio de dolor torácico (OR 0,02, IC95%, 0,01-0,50).

CONCLUSIONES: Los pacientes diagnosticados de dolor torácico con arterias coronarias normales que reciben tratamiento con ivabradina en comparación con el tratamiento convencional presentan una mejoría clínica respecto a la clase funcional para angina y menor necesidad de asistencia a Urgencias por nuevo episodio de angina de pecho.

PÓSTER Nº: 349

REPERCUSIÓN PRONÓSTICA DEL EMPLEO DE COMBINACIÓN FIJA IECA-ANTAGONISTAS DEL CALCIO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DADOS DE ALTA POR SCASEST

M. RAMÍREZ MARRERO (1), B. PÉREZ VILLARDÓN (1), D. GAITÁN ROMÁN (1),
G. BALLESTEROS DERBENTI (1), I. VEGAS VEGAS (1), J. CANO NIETO (1),
J.L. DELGADO PRIETO (1), J.M. PÉREZ RUIZ (1), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: COMBINACIÓN FIJA FARMACOLÓGICA, EFICACIA, PRONÓSTICO

RESUMEN:

INTRODUCCION: El empleo de combinaciones fijas en el tratamiento de pacientes hipertensos ofrece numerosos beneficios. Uno de los más destacables es la mayor adherencia al mismo. El objetivo del estudio fue analizar la repercusión del empleo de la combinación fija de IECA y antagonista del calcio (dihidropiridínico) sobre el pronóstico de pacientes hipertensos dados de alta hospitalaria por episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

METODOS: Análisis prospectivo del total de pacientes hipertensos dados de alta consecutivamente por episodio de SCASEST, de Julio de 2008 a Diciembre de 2009. Se estudiaron diversas variables clínicas y epidemiológicas, estableciéndose un análisis pronóstico en función del empleo de la combinación fija comparado con el tratamiento convencional, completándose un seguimiento con una mediana de 23 meses en el 100% de los casos.

RESULTADOS: Se incluyeron 417 pacientes, 65.2% hombres. La edad media fue 68±10.4 años. El 45.3% de los pacientes eran diabéticos, 58.5% dislipémicos y en el 79.1% el motivo del ingreso fue angina inestable. Presentaron un índice de comorbilidad de Charlson de 2.4±2.1 y un score TIMI Risk al ingreso de 3±1.4. Se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en el 22% de los casos. 124 pacientes (29.7%) recibieron tratamiento con combinación fija de IECA y ACA, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los pacientes que recibieron tratamiento convencional (88.7% vs. 77.8%, p=0.03), menor porcentaje de muerte cardiovascular tras el seguimiento (1.6% vs. 6.8%, p=0,02), ingreso por insuficiencia cardiaca (IC) (5.6% vs. 11.9%, p=0.03), ingreso por nuevo síndrome coronario agudo (SCA) (13.7% vs. 21.8%, p=0.03) y eventos cardiovasculares mayores (MACES) (17.7% vs. 29.4%, p=0,01). Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de desarrollo de IC (OR 0.39, CI95%, 0.16-0.94), SCA (OR 0.55, CI95%, 0.30-0.98) y MACES (OR 0.5, CI95%, 0.29-0.86).

CONCLUSIONES: El empleo de la combinación fija de IECA + ACA (dihidropiridínico) en pacientes hipertensos y antecedente de SCASEST se asoció a un pronóstico más favorable. Este hecho parece justificarse por la mayor adherencia al tratamiento.

PÓSTER Nº: 350

REPERCUSIÓN PRONÓSTICA DEL EMPLEO DE LA COMBINACIÓN FIJA BETABLOQUEANTE-DIURÉTICO EN PACIENTES ANCIANOS CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

B. PÉREZ VILLARDÓN (1), M. RAMÍREZ MARRERO (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), I. VEGAS VEGAS (1), A.M. GONZÁLEZ GONZÁLEZ (1), A.M. GARCÍA BELLÓN (1), J. CANO NIETO (1), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: COMBINACIÓN FIJA FARMACOLÓGICA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO, PRONÓSTICO

RESUMEN:

INTRODUCCION: El empleo de combinaciones fijas en el tratamiento es un hecho cada vez más frecuente, ofreciendo numerosos beneficios. Uno de los más destacables es la mayor adherencia al mismo, especialmente en pacientes ancianos, en donde el grado de error en la automedicación es mayor. El objetivo del estudio fue analizar la repercusión del empleo de la combinación fija de betabloqueante (BB) y diurético sobre el pronóstico de pacientes ancianos dados de alta hospitalaria por episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

METODOS: Análisis prospectivo del total de pacientes ancianos (definidos por una edad ≥ 75 años) dados de alta consecutivamente por episodio de SCASEST, de Julio de 2008 a Diciembre de 2009. Se estudiaron diversas variables clínicas y epidemiológicas, estableciéndose un análisis pronóstico en función del empleo de la combinación fija comparado con el tratamiento convencional, completándose un seguimiento con una mediana de 19.5 meses en el 100% de los casos.

RESULTADOS: Se incluyeron 158 pacientes, 48.1% mujeres. La edad media fue 79.7 ± 4.1 años. El 67.7% de los pacientes eran hipertensos, 44.3% diabéticos y 45.6% dislipémicos. Presentaron un índice de comorbilidad de Charlson de 2.8 ± 2.1 y un score TIMI Risk al ingreso de 3.4 ± 1.1 . Se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en el 35.1% de los casos. 38 pacientes (24.1%) recibieron tratamiento con combinación fija de BB y diurético, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los pacientes que recibieron tratamiento convencional (92.1% vs. 85%, $p=0.02$), menor porcentaje de muerte cardiovascular tras el seguimiento (0% vs. 17.5%, $p=0.002$), ingreso por insuficiencia cardiaca (IC) (2.6% vs. 23.3%, $p=0.002$) y eventos cardiovasculares mayores (MACEs) (15.8% vs. 42.5%, $p=0.002$). No se encontraron diferencias en los porcentajes de ingreso por síndrome coronario agudo (SCA) ($p=0.09$). Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de desarrollo de IC (OR 0.05, CI95%, 0.006-0.43) y MACEs (OR 0.06, CI95%, 0.007-0.46).

CONCLUSIONES: El empleo de la combinación fija de BB y diurético en pacientes ancianos dados de alta por episodio de SCASEST se asocia a un pronóstico más favorable. Este hecho parece justificarse por la mayor adherencia al tratamiento.

PÓSTER Nº: 351

EFICACIA DEL EMPLEO DE LA COMBINACIÓN FIJA BB-DIURÉTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EPISODIO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

M. RAMÍREZ MARRERO (1), B. PÉREZ VILLARDÓN (1), D. GAITÁN ROMÁN (1), G. BALLESTEROS DERBENTI (1), B. LUQUE AGUIRRE (1), J. CANO NIETO (1), J.M. PÉREZ RUIZ (1), J.L. DELGADO PRIETO (1), R. VIVANCOS DELGADO (1), M. DE MORA MARTÍN (1).

(1) HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA. MÁLAGA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: COMBINACIÓN FIJA FARMACOLÓGICA, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, PRONÓSTICO

RESUMEN:

INTRODUCCION: El empleo de combinaciones fijas en el tratamiento es un hecho cada vez más frecuente, ofreciendo numerosos beneficios, especialmente en pacientes polimedcados. El objetivo del estudio fue analizar la repercusión del empleo de la combinación fija de betabloqueante (BB) y diurético sobre el pronóstico de pacientes con insuficiencia renal crónica dados de alta hospitalaria por episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.

METODOS: Análisis prospectivo del total de pacientes con insuficiencia renal crónica (definidos por un aclaramiento renal <60 ml/minuto/m² según la fórmula MDRD abreviada) dados de alta consecutivamente por episodio de SCASEST, de Julio de 2008 a Diciembre de 2009. Se estudiaron diversas variables clínicas y epidemiológicas, estableciéndose un análisis pronóstico en función del empleo de la combinación fija comparado con el tratamiento convencional, completándose un seguimiento con una mediana de 20 meses en el 100% de los casos.

RESULTADOS: Se incluyeron 134 pacientes, 37.3% mujeres. La edad media fue 73.3±8.7 años. El 76.1% de los pacientes eran hipertensos, 49.3% diabéticos, 50% dislipémicos y 49.3% anemia. Presentaron un índice de comorbilidad de Charlson de 4.5±2 y un score TIMI Risk al ingreso de 3.4±1.3. Se encontró disfunción sistólica del ventrículo izquierdo en el 30% de los casos. 35 pacientes (26.1%) recibieron tratamiento con combinación fija de BB y diurético, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los pacientes que recibieron tratamiento convencional (88.6% vs. 74.7%, p=0.03) y menor porcentaje de muerte cardiovascular tras el seguimiento (2.9% vs. 19.2%, p=0,01). No se encontraron diferencias en el resto de variables pronósticas estudiadas (p>0.2) Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de muerte cardiovascular (OR 0.12, CI95%, 0.04-0.34).

CONCLUSIONES: El empleo de la combinación fija de BB y diurético en pacientes con insuficiencia renal crónica dados de alta por episodio de SCASEST se asocia a un pronóstico más favorable en términos de mortalidad cardiovascular a largo plazo. Este hecho parece justificarse por la mayor adherencia al tratamiento.

PÓSTER Nº: 352

**EFFECTO DE LOS INIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA EN TERAPIA COMIBANDA CON IECA, ARAII
SOBRE ALBUMINURIA Y PROTEINURIA, ENTRE OTROS PARAMETROS ANALIZADOS**

M. POLAINA RUSILLO (1), A. LIEBANA CAÑADA (1), M.D. BIECHY BALDAN (1), P. SEGURA TORRES (1),
S. ORTEGA ANGUIANO (1).

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN. JAEN.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: INHIBIDORES DE LA RENINA, MICROALBUMINURIA, PROTEINURIA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El uso de inhibidores directos de la renina (IDR) como tratamiento hipotensor y antiprotienurico es avalado por numerosos estudios. Recientes ensayos a nivel experimental han demostrado que parece ser de mayor eficacia en enfermos diabéticos y obesos por un mecanismo de mayor sobreestimulación del eje renina- angiotenisa -aldosterona a nivel tisular e intracelular en este tipo de pacientes. Hay pocos estudios publicadas al respecto del tratamiento con IDR en enfermedad renal crónica con diabetes y obesidad en comparación con pacientes no diabéticos y con normopeso.

Estudio descriptivo transversal de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadios I-IV, a los que se inicia tratamiento con aliskiren seguidos en consulta desde 2008-2011

OBJETIVOS:

Pacientes de consulta de nefrología en seguimiento por enfermedad renal crónica estadio I-IV, que se inician tratamiento con un inhibidor directo de la renina, y no se añade pero si se modifica la dosis del IECA o ARA II que tomara previamente.

Primario: Valorar la reducción de microalbuminuria y proteinuria tras periodo de tratamiento.

Secundarios:

Valorar control de TA tras realizar tratamiento.

Valorar estabilidad de función renal tras inicio de doble o triple bloqueo del eje.

Valorar grado de hiperpotasemia ocasionado.

RESULTADOS:

Un total de 116 pacientes con una media de 65 años, un 43% mujeres y un 57% hombres. Un 75% son obesos con un IMC>30 kg/m². El tiempo medio de tratamiento con aliskiren fue de 16 meses.

En cuanto a la etiología de la HTA un 49% fue esencial, un 3% por HTA secundaria a estenosis arteria renal, un 1% por HTA maligna, un 47% secundaria a enfermedad renal crónica. Dentro de la enfermedad renal crónica un 49% eran por nefropatía diabética, un 15% nefroangioesclerosis, un 12% no filiada, un 8% intersticiales, 2% glomerulares, 1% enfermedad renal poliquística.

Un 59% eran diabéticos con una media de evolución de diabetes de 17 +/-8 años(de los cuales 49 pacientes tomaban insulina o insulina + ADO y 19 pacientes con solo ADO, siendo la repaglinida y la metformina los ADO mas usados).

Un 100% tomaban aliskiren de los cuales un 40% se aumento la dosis, pasando de 150 a 300mg. Un 40% tomaban IECA, en un 4% de los casos se aumento la dosis del IECA; un 91% tomaban ARA II y a un 14%

se aumento la dosis del ARA II; un 6% con espirolactona. En cuanto al porcentaje de pacientes con triple terapia 36% (aliskiren+IECa+ARAII :40 pacientes), y con doble terapia 62% : aliskiren+IECa 7 pacientes, aliskiren+ARA II 63 pacientes.

En cuanto a los parámetros analizados: La media de TA paso de 149/76 a 142/72 mmHg $p < 0.05$, la de crp 1.93 a 1.98 mg/dl $p < 0.05$, potasio 4.8 a 4.8 meq/l NS; Glicosilada 7.7 a 7.3% NS. Aclaramiento de crp corregido por superficie corporal 57 a 50 ml/min/173cm $p < 0.05$; FG estimado por MDRD: 44 a 40 ml/min $p < 0.05$; Aclaramiento de crp estimado por Cockcroft-Gault de 47 a 44 ml/min $p < 0.05$. Proteinuria 2.1 a 1.7 g/24h $p < 0.05$, albuminuria 969 a 745 mg/24h $p < 0.05$, cociente alb/cr 718 a 507 mg/g $p < 0.05$.

En cuanto a la reducción de proteinuria es significativo en el periodo de 0 a 14 meses, siendo la reducción a partir de este periodo no significativa.

En cuanto a la albuminuria su reducción es significativa en el periodo de 8-14 meses, siendo a partir de este periodo no significativo.

EN EL ANÁLISIS POR SUBGRUPOS:

No hay diferencias significativas entre el tiempo de evolución de la diabetes y su respuesta con la reducción de microalbuminuria y proteinuria. Hay diferencias entre el grupo de diabeticos/no diabeticos con respecto albuminuria y preteinuria reduciendo de manera mas eficaz en el grupo de los diabeticos. Es obvio que el buen control glucemico debe de tener un efecto positivo sobre la proteinuria, y se comprueba que existe asociación entre la evolución del descenso de glicosiladas con el descenso de proteinuria, sin embargo no ocurre esto entre el descenso de glicosiladas y albuminuria que no se relacionan.

En el grupo obesos/ no obesos con respecto a albuminuria y preteinuria, no hay diferencias significativas con la albuminuria pero si con la proteinuria disminuyendo en mayor intensidad en los obesos.

Se comprueba que en ningún caso existe asociación significativa entre el aumento de las dosis IDR, IECA Y ARA II, con respecto albuminuria o proteinuria.

Existe asociación significativa entre la evolución de TA y la albuminuria y proteinuria. Esto quiere decir que en el grupo que se controla mas la Ta se produce un mayor descenso de albuminuria y proteinuria. La reducción de la albuminuria y proteinuria es independiente de las cifras de crp, osea de la función renal basal del paciente.

CONCLUSIÓN:

El uso de IDR no ocasiona hiperpotasemia a pesar del doble, triple o cuádruple bloqueo en pacientes con enfermedad renal crónica estadio I-III. En cuanto a la reducción de proteinuria y albuminuria se consigue una mayor reducción de esta a partir del 6 mes del tratamiento y que es mas llamativa en el periodo de 8-14 meses. Dicha reducción se relaciona con el control de la diabetes, el ser diabético, obeso y con las cifras de Ta, no se relaciona con el aumento de dosis de IDR, IECA o ARAII.

PÓSTER Nº: 353

EFFECTO DE LOS INIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON PROTEINURIA

M. POLAINA RUSILLO (1), A. LIEBANA CAÑADA (1), M.M. BIECHY BALDAN (1), S. ORTEGA ANGUIANO (1), P. SEGURA TORRES (1).

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN. JAEN.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ALISKIREN, PROTEINURIA, DIABETES

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

El uso de aliskiren como tratamiento antialbuminurico y antiproteinúrico en pacientes con nefropatía diabética no está claramente establecido. Hay nuevos datos de la hiperestimulación del eje renina angiotensina aldosterona a nivel intercelular e intracelular de los pacientes diabéticos que podrían constituir nuevas dianas de dicho fármaco.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo transversal de pacientes diabéticos seguidos en consulta desde 2008-2011, con enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a nefropatía diabética estadios I-IV, en los que se inicia tratamiento con aliskiren; a dichos pacientes no se añade pero sí se modifica la dosis del IDR, IECa o ARA II que tomara previamente.

OBJETIVOS: Valorar la reducción de microalbuminuria y proteinuria tras periodo de tratamiento.

RESULTADOS:

Cuando analizamos a los pacientes albuminúricos con unas cifras de albuminuria >300mg/24h obtenemos los siguientes resultados. Un total de 51 pacientes donde la albuminuria media pasa de 1.500 a 1008mg/24h p<0.05, la proteinuria 3.1 a 2.4 mg/dl p<0.05, aclaramiento de creatinina con orina de 24h de 59+/-31 a 50+/-36 ml/min p<0.05, MDRD 46 +/-24 a 44+/-26 ml/min p<0.05, aclaramiento estimado por Cockcroft Gault : 49+/-24 a 44+/-26 ml/min p<0.05, crp 1.7 +/-0.5 a 2+/-0.9 mg/dl p<0.05,.

Cuando analizamos a los paciente con nefropatía diabética establecida con proteinuria en rango nefrótico obtenemos los siguientes resultados: Un total de 21 pacientes cuya proteinuria media pasa de 6+/-3.4 a 3.5+/-3 g/24h p<0.05, una albuminuria que pasa de 2461 a 1410 mg/24h p<0.05, aclaramiento de creatinina con orina de 24h de 61+/-34 a 45+/-38 ml/min p<0.05, MDRD 43+/-21 a 36+/-25 ml/min p<0.05, aclaramiento estimado por Cockcroft Gault : 47+/-19 a 36+/-25 ml/min p<0.05, crp 1.8 +/-0.5 a 2.3+/-0.9 mg/dl p<0.05,.

Cuando analizamos a los 31 pacientes con microalbuminuria(30-300mg/24h) esta pasa de 97 a 181mg/24h p NS, no obteniendo resultados significativos en este tipo de pacientes.

Cuando analizamos la asociación de fármacos en los pacientes:

Observamos que los paciente con triple terapia(IDR+IECa+ARA-II) la media de proteinuria pasa de 3.1 a 2.8 g/24h, y en los pacientes con doble terapia(IECa+IDR o IDR+ARA II) su media de proteinuria pasa de

1.7à1.1g/24h con carácter significativo $p<0.05$. En cuanto al descenso del FG no observamos diferencias significativas entre el grupo de triple terapia con respecto al grupo de doble terapia.

CONCLUSIÓN:

El uso de IDR en pacientes diabéticos produce una reducción de la proteinuria y albuminuria con carácter significativo. Dicha reducción se relaciona con el control de la diabetes, y con las cifras de Ta. No se relaciona con el aumento de dosis de IDR, IECA o ARAII. El efecto de asociar el aliskiren al ieca o al ara II consigue unos efectos similares a la triple terapia aunque quizás con mayor reducción de la proteinuria en el grupo de doble terapia.

PÓSTER Nº: 354

PRESCRIPCIÓN DE ALISKIREN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

O. REBAGLIATO NADAL (1), A. SALA DE VEDRUNA (1), X. FERNANDEZ BONET (1), R. LOPEZ LINARES (1),
B. CAMALLONGA CLAVERIA (2), M. SERRAVINYALS CASTELLÀ (3), A. MORETÓ REVENTÓS (1).

(1) CAP SANT ANDREU. BARCELONA. (2) CAP RIO DE JANEIRO. BARCELONA.

(3) CAP EL CARMEL. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ALISKIREN, PRESCRIPCIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

PROPÓSITO

Estudiar el grado de penetración de un nuevo fármaco antihipertensivo (aliskiren, inhibidor directo de la renina) en nuestro centro de atención primaria y valorar la adecuación de su indicación.

MÉTODOS

Estudio epidemiológico no intervencionista de corte transversal, en un centro de atención primaria urbano situado en Barcelona.

Hemos realizado una revisión sistemática de la historia clínica de todos los pacientes atendidos en el centro de atención primaria con prescripción activa en el momento de obtención de los datos de Aliskiren y de Aliskiren en combinación fija con diurético.

Se han recogido variables demográficas (sexo, médico prescriptor), de comorbilidad (diabetes mellitus, microalbuminuria) y de tratamientos antihipertensivos concomitantes (número y tipo de fármacos)

RESULTADOS

De los 49.900 pacientes mayores de 14 años atendidos en el área básica, sólo 59 reciben tratamiento con Aliskiren, ya sea solo o en combinación, representando un 0'46% de los 12.800 pacientes hipertensos.

La cohorte estudiada se compone de 29 hombres y 30 mujeres, siendo 25 de ellos diabéticos (42,4%)

10 pacientes presentan microalbuminuria (16'95%)

En 51 de los pacientes el prescriptor de Aliskiren ha sido el médico de familia (86,4%), en 4 pacientes otro especialista (6,8%) y en el resto (4) no constaba este dato en la historia de forma explícita.

10 pacientes toman Aliskiren en monoterapia (16,95%), 18 asociado a un fármaco (30,5%), 17 asociado a otros dos (28,8%), 11 asociado a otros tres (18,64%), 2 asociado a 4 fármacos más y un paciente lo toma junto a otros cinco antihipertensivos distintos.

CONCLUSIONES

El grado de penetración de Aliskiren en referencia al número total de pacientes es discreto, posiblemente en relación a la inercia existente y a la falta de experiencia con el fármaco.

Aliskiren tiene la indicación de fármaco antihipertensivo, pero por su perfil de acción parece lógico indicarlo en pacientes hipertensos y con microalbuminuria no controlada con otros fármacos que actúen sobre el eje SRAA. En el caso de la diabetes la indicación se adecua bastante a las recomendaciones, pero la microalbuminuria no se da o no consta en la mayoría de los pacientes. Probablemente es debido al hecho que la MAU no forma parte del perfil analítico de hipertensión de

nuestro laboratorio de referencia, hecho que valoraremos cambiar como estrategia de mejora, ya que la lesión de órgano diana queda a menudo infradiagnosticada e infratratada.
Cualquier nuevo fármaco antihipertensivo supone una ayuda valiosa en el manejo de pacientes con HTA de difícil control, especialmente cuando se trata de un nuevo grupo farmacológico.

PÓSTER Nº: 355

RETIRADA PRECOZ DE AMIODARONA TRAS LA CARDIOVERSIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRATADOS CON IRBESARTÁN. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

E. SANTAS OLMEDA (1), E. DOMÍNGUEZ MAFÉ (2), A. MARTINEZ BROTONS (1), R. RUIZ GRANELL (1),
V. RUIZ ROS (3), A. FERRERO DE LOMA-OSORIO (1), M.T. IZQUIERDO DE FRANCISCO (1),
J. MUÑOZ GIL (1), R. GARCÍA CIVERA (1).

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA. VALENCIA.

(2) HOSPITAL GENERAL DE CASTELLÓN. CASTELLÓN. (3) UNIVERSIDAD DE VALENCIA. VALENCIA.

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: IRBESARTAN, FIBRILACION AURICULAR, ARRITMIA

RESUMEN:

La inhibición del sistema renina-angiotensina (SRA) se ha relacionado con una reducción del riesgo de incidencia de fibrilación auricular (FA) en prevención primaria en diferentes contextos clínicos. Sin embargo, en prevención secundaria, la potencial eficacia de los inhibidores del SRA en prevenir episodios de FA es controvertida y únicamente ha sido estudiada asociados al tratamiento antiarrítmico convencional.

Métodos. Se incluyeron prospectivamente 150 pacientes consecutivos remitidos para CV eléctrica por una FA persistente. En todos los pacientes se realizó pretratamiento con amiodarona e irbesartán durante al menos un mes previo a la CV. Se recogieron variables clínicas, ecocardiográficas y bioquímicas. A los tres meses tras la CV los pacientes que permanecían en ritmo sinusal (n=94) fueron aleatorizados a mantener el tratamiento combinado de amiodarona e irbesartán (n=45) o únicamente irbesartán (n=49). Se mantuvo seguimiento clínico 18 meses tras la CV (mediana 401 días). El objetivo primario fue la primera recurrencia de FA en el seguimiento.

Resultados. No hubo diferencias significativas en las características basales de los grupos de estudio. El 67% de los pacientes presentaban hipertensión arterial. En los pacientes con tratamiento combinado de amiodarona e irbesartán hubo 12 recurrencias (26.7 %), por 27 en el grupo de irbesartán (55.1%, p=0.005). El análisis de Kaplan-Meier del tiempo transcurrido hasta la primera recurrencia de FA mostró que a los 18 meses tras la CV los pacientes tratados únicamente con irbesartán tenían una menor probabilidad de permanecer en ritmo sinusal (30.3% vs. 65.7% log-rank test p=0.004). En el modelo de riesgos proporcionales de Cox, ajustado por otras variables pronósticas, la retirada de la amiodarona fue predictor independiente de recurrencia de FA durante el seguimiento (HR 2.33, 1.11-4.87, p=0.02), junto a la dilatación auricular izquierda (Volumen aurícula izquierda indexado >34 ml/m² HR 3.03, 1.49-6.17, p=0.002) y la duración prolongada de la FA (duración > 1 año o indeterminada HR 2.20, 1.06-4.58, p=0.03).

Conclusiones. En pacientes con FA persistente tratados con irbesartán en los que se realiza una CV, la retirada de la amiodarona se asocia con un número significativamente mayor de recurrencias. Por tanto, en prevención secundaria de FA tras una CV, pese al tratamiento con un inhibidor del SRA parece necesario mantener el tratamiento antiarrítmico de manera prolongada.

SEH 17^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

HOTEL AUDITORIUM MADRID
Madrid, 7 al 9 de Marzo de 2012

ENFERMERÍA

www.seh-lelha.org

PÓSTER Nº: 356

SENSIBILIDAD A LA SAL- ¿RESTRICCIÓN O NO?

G. RIBAS MIQUEL (1), E. BOIX ROQUETA (1), M. FERRE MUNTE (1), J. GIFRE HIPOLIT (1),
M. BELTRAN VILELLA (1).

(1) ABS CASSA DE LA SELVA. CASSA DE LA SELVA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: DIETA ASODICA, MAPA, HTA

RESUMEN:

Analizar los pacientes susceptibles de beneficiarse de la reducción de la sal de forma estricta en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 30.742 habitantes, y con 3.933 pacientes diagnosticados de HTA según el estudio de Castiglione P et al. Publicado en la revista Hypertension 2011; 57:180-185

MÉTODOS USADOS:

Análisis descriptivo retrospectivo de todas las MAPA solicitadas durante el año en curso. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

RESULTADOS:

De los 78 MAPA realizados durante el periodo de Enero a Noviembre, 45 fueron hombres (57,69 %) y 33 mujeres (42,31%). La edad media entre hombres fue de 56,36 años y entre las mujeres de 62,57 años.

El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (34,61%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (24,35%) y de Patrón circadiano (20,51%). El 41,02 % de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. El Riesgo cardiovascular añadido al diagnóstico según la tabla Framingham fue: 5,12 % normal, 16,60 % ligero, 43,58 % moderado, 15,38 % elevado, 15,38 % muy elevado, 3,84 % no válido.

Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 39 Dipper de los cuales 16 tenían un Frecuencia Cardiaca 24 horas inferior a 70 pulsaciones por minuto, y 23 inferiores a 70 pulsaciones por minuto, 29 Non Dipper de los que 18 tenían una FC superior a 70 x', y 11 inferior a 70 x'.

CONCLUSIONES:

1.

- De los 78 pacientes analizados solo se beneficiarían de una reducción de la sal en su dieta de forma más estricta 18 pacientes.
- Hay 34 pacientes que solo se beneficiarían de la reducción de forma muy escasa
- 16 pacientes no se beneficiarían de una reducción estricta de la sal
-

PÓSTER Nº: 357

CONSUMO DE FÁRMACOS EFERVESCENTES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

S. GONZÁLEZ PEREA (1), M. MONTEOLIVA GARCÍA (1), M.A. RÍOS RODRÍGUEZ (2),
M.R. GARCÍA CERDÁN (1)

(1) CAP CAMPS BLANCS. SANT BOI DE LLOBREGAT.

(2) CAP MONTORNÈS DEL VALLÈS. MONTORNÈS DEL VALLÈS.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EFERVESCENTES, INFORMACIÓN

RESUMEN:

Propósito del estudio

Conocer el consumo de fármacos efervescentes en los pacientes con hipertensión arterial (HTA) y si han recibido información de cómo dicho consumo puede alterar su control de la tensión arterial (TA).

Métodos usados

Se realizó un estudio descriptivo transversal con pacientes hipertensos que acudían a la consulta de enfermería entre el período de febrero y marzo de 2011. Se recogieron de la Historia Clínica del paciente las variables: Edad, sexo, año del diagnóstico, tabaquismo, enfermedades crónicas, control de la TA en el último año, consumo de fármacos efervescentes en ese período, información recibida de dichos fármacos y quién la proporcionó.

Resultados

Se obtuvo una muestra de 125 pacientes hipertensos, de los cuales el 58% eran mujeres y el 42% hombres, con una media de edad de 70,2 (DE: 9,9) años y de 69,7 (DE:8,5) años, respectivamente. El 85,6% fueron diagnosticados hace más de 5 años. Respecto al hábito tabáquico: 8,8% fumadores, 28,8% exfumadores y 62,4% no fumadores. Solo se han encontrado diferencias significativas en hombres fumadores y exfumadores respecto a las mujeres que nunca han fumado. Enfermedades crónicas: 62,4% dislipemia, 41,6% diabetes, 54% obesidad, 8% insuficiencia cardiaca, 13,6% insuficiencia renal, 3,2% hepatopatía, 4,8% arteriopatía, 5,6% accidente cerebrovascular-accidente isquémico transitorio y 10,4% cardiopatía isquémica. Respecto al control de la TA: 47,2% control óptimo, 29,6% control aceptable y 23,2% mal control. Respecto a la pregunta que se formuló "¿Alguna vez le han explicado que los fármacos efervescentes pueden aumentar la TA?", respondieron afirmativamente el 52,4%, y dicha información la recibieron del médico el 9,4% y de enfermería el 90,6%. Del total de la muestra un 25,6% tiene prescrito tratamiento efervescente, el 46,9% son analgésicos, el 19% son expectorantes, el 19% son potasio, el 13% son laxantes y el 9% son calcio.

Conclusiones

Hay que informar al paciente de los posibles efectos de los fármacos efervescentes sobre su control de la TA, y de las acciones que deben tomar si se producen efectos secundarios, y minimizar en la medida de lo posible los riesgos cardiovasculares. Es importante que todos los profesionales se impliquen en proporcionar dicha información tanto verbal como escrita para favorecer el cumplimiento terapéutico.

PÓSTER Nº: 358

ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ZONA SEMI-RURAL DE ALBACETE Y SU RELACION CON LA CALIDAD DE VIDA

P.J. TARRAGA LOPEZ (1), C. MORENO CANO (2), J.P. SERRANO SELVA (1), M.L. MARCOS NAVARRO (3).

(1) FACULTAD MEDICINA. ALBACETE. (2) CS MADRIGUERAS. ALBACETE.
(3) HOSPITAL GENERAL. ALBACETE.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, ADHERENCIA TERAPEUTICA, HIPERTENSION

RESUMEN:

Objetivo general: Conocer la Adherencia relacionada con la Calidad de Vida en pacientes hipertensos del C.S. de Madrigueras núcleo (Albacete). **Específicos:** Analizar adherencia de pacientes hipertensos.- Estudiar influencia de la adherencia en autopercepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos.- Conocer diferencias en adherencia en relación con las variables (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil y profesión ejercida la mayor parte de su vida)

Método: Estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: Centro de Salud de Madrigueras (Albacete). Población objeto de estudio: 434 pacientes hipertensos del C.S. de Madrigueras núcleo. Período de estudio: la fase de recogida de datos autoadministrados se inició a finales de setiembre de 2008 y finalizó a finales de marzo de 2010. Fuentes de información: Cuestionarios: MINICHAL y MORISKY-GREEN; de recogida de datos sociodemográficos; facilitados aprovechando campañas masivas consulta de enfermería de vacunación antigripal, consulta diaria de enfermería control adulto, visita domiciliaria de enfermería. Programa informático TURRIANO del SESCAM.

Resultados: Se evaluaron a 434 hipertensos por el 'Statistical Package for the Social Sciences' (SPSS) con valores de variables: 0-referencia/más significativos, 1-resto; en el software del SPSS, el valor de referencia 0 de la regresión logística, es 1. En el 'estado de ánimo' y las 'manifestaciones somáticas' del MINICHAL, el 0 representa a los valores 0 y 1, y el 1 los valores 2 y 3. Los resultados mejor CVRS en pacientes menos consumidores de otra medicación (además de la antihipertensiva) y en pacientes con mayor adherencia terapéutica, con un 93.5% de correctos en los cuatro ítems del test Morisky-Green.

Conclusiones: El 85.0% son pacientes de 60 años y más; la adherencia es del 80% se asocia significativamente, de acuerdo con los datos, a mayor la CVRS. Por último, todos los resultados del estudio confirman la relación de la CVRS de los pacientes hipertensos con la salud y con variables clínicas y sociodemográficas en tanto el alto porcentaje de pacientes de 60 años y más, de ellos: 30 mujeres más que varones y 78% total de casados, con más del 62% sin estudios (analfabetos/leen y escriben) puede derivar en los resultados en la dimensión más significativa (EA) del MINICHAL

PÓSTER Nº: 359

ROL DEL REFERENTE DE CUIDADOS CARDIOVASCULARES INTEGRALES

E. TORNAY MUÑOZ (1), A. HERRERO FUENTES (1), C. COBO MARTIN (1), P. CORDERO DE CIRIA (1),
J. TORRES MORALES (1), E. SERRANO SERRANO (1), B. REAL DE ASUA GUINEA (1),
M.C. CALVETE MODREGO (1), M.A. MARIA TABLADO (1), P. SANCHEZ MUÑOZ (1).

(1) CENTRO DE SALUD LOS FRESNOS. TORREJON DE ARDOZ.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS), FACTORES DE RIESGOS, RCV (RIESGO CARDIOVASCULAR), PRIMARY HEALTH CARE, HEALTH EDUCATION, RISK FACTORS, FACTORES DE RIESGOS

RESUMEN:

Introducción: Enfermedad cardiovascular (ECV), importante causa: muerte prematura, invalidez. Contribuye: aumento coste sanitario. Existe una estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables. Las modificaciones de los factores de riesgo se han mostrado capaces de reducir la mortalidad y la morbilidad, sobre todo en individuos en alto riesgo. Existen evidencias sobre la relación entre el riesgo cardiovascular y la enfermedad renal crónica y se insiste en la necesidad de la detección precoz.

Prevención: profesionales de atención primaria los más implicados.

Estrategias preventivas: detección precoz, guías, Educación para la salud(EPS),...

Con motivo del Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular, en nuestro centro se decidió formar parte y colaborar con la red de enfermería de cuidados cardiovasculares en su proyecto de acción, dando un enfoque más global en el abordaje de los distintos factores de riesgos.

El referente de cuidados cardiovasculares integrales (CCVI) en un centro de salud de atención primaria forma parte también de la red de enfermería de estos cuidados y su papel es coordinar e informar al equipo de todo lo relacionado con los factores de riesgos cardiovasculares, intervenciones y actividades para prevención de los mismos.

Objetivos: Captar al mayor número posible de personas interesadas en los factores de riesgo cardiovascular.

Coordinar, informar, motivar, y concienciar a la población de la importancia de los estilos de vida en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, organizar actividades para informar, educar en salud y poder incluir en futuros planes de cuidados. Coordinar e informar al equipo. Evaluar el proyecto acción.

Metodología: Proyecto de acción de EpS en el Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular. Valoración del algoritmo de actuación. Registro RCV (SCORE). Pacientes (40-65 años), carteles informativos de la actividad, folletos informativos-recomendaciones de estilos de vida saludable, proyección de una presentación informativa y taller educativo, captación, consejo breve y calculo RCV en consultas medicina y enfermería, hojas de registro, sala proyección. Captación prevista al menos 50 personas.

Resultados:

El día de esta intervención, durante las consultas de enfermería y medicina tanto en la mañana como en la tarde se realizaron las actividades de información, consejo breve, entrega de documentación informativa y el cálculo de RCV según tabla SCORE de riesgo bajo,

En la tarde en horario de 19h-21h, se realizó la sesión/taller educativo y la proyección preparada para ello, a cargo de la enfermera referente de cuidados cardiovasculares integrales (CCVI), que bloqueó su consulta para esta actividad en esa franja horaria.

Captación: 135 pacientes: 75 mujeres y 60 hombres (40-65 años). RCV medio de 1,07% en rango de 0% al 10%. Solo 6 personas por encima del 3%, el resto por debajo del 2%, y la mayoría entre 0% y 1%.

Conclusiones:

Gran afluencia de persona interesadas en conocer los factores de riesgo cardiovascular, vida y hábitos saludables. El esfuerzo del equipo ha superado (casi triplicado) la captación prevista. Esta captación nos ha servido para que en un futuro inmediato realicemos seguimientos de citas concertadas con estas personas y determinar sus factores de RCV (tabaco, sexo, estrés, obesidad,...) y así elaborar planes de cuidados con las actividades e intervenciones adecuadas a cada uno de ellos.

También pensamos que es fundamental en el equipo la pivotación de un referente o responsable de cuidados cardiovasculares integrales (CCVI) para las acciones de este tipo de actividades.

Claves fundamentales: detección precoz, planes de cuidados, educación para la salud (EpS): adecuada, estructurada, oral, escrita, personalizada, grupal.

PÓSTER Nº: 360

HTA Y EL EMBARAZO

E.S. RODRIGUEZ (1), M.F. RUBIO (2), E.B. MARTINEZ (3), H.B. MARTINEZ (4).

(1) HOSPITAL DE MATARÓ. MATARÓ. (2) HOSPITAL DE MATARÓ. MATARÓ. (3) HOSPITAL DE MATARÓ. MATARÓ. (4) HOSPITAL VALL D'HEBRÓ. BARCELONA. (5) HOSPITAL DE MATARÓ. MATARÓ.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HTA, EMBARAZO, ECLAMPSIA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El embarazo puede provocar HTA y a veces consecuencias graves para el gestante y el feto: preeclampsia o eclampsia.

La enfermedad hipertensiva en el embarazo es la causa de un alto porcentaje de mortalitat perinatal (27%) y de mobimortalidad materna (63%).

La hipertensión arterial (HTA) que se diagnostica durante el embarazo en mujeres con tensión arterial (TA) previa normal. Se considera HTA cuando se obtienen valores iguales o mayores a 140 mmHG de TA sistólica (maxima) y 90 de diastólica (mínima) despurs de las 20 semanas de gestación y en dos tomas separadas por un mínimo de cuatro horas.

La hipertensión gestacional más severa aumenta el riesgo de prematuridad y de complicaciones maternas y fetales graves.

La hipertensión gestacional se puede presentar con diferentes grados de gravedad

- **Hipertensión gestacional.** Presenta valores altos de TA asociados o no a la presencia de proteínas en orina. És la HTA más leve y solo hay que hacer un seguimiento específico de la gestación, que puede hacer la mujer en su domicilio, para controlar la TA y la presencia de proteínas en orina. Tambien hay que ajustar la dieta y los habitos de vida.
- **Preeclampsia leve.** Presenta valores altos de TA y una cantidad significativa de proteínas en orina en dos determinaciones con tira reactiva separadas por un mínimo de cuatro horas.
- **Preeclampsia grave.** Presenta valores de TA por encima de 160/110 mmHg, con una cantidad significativa de proteínas en orina, disminución de plaquetas, alteración del hemograma, dolor epigástrico y síntomas neurológicos (cefalea, alteraciones visuales, etc.).
- **Eclampsia.** Presenta todos los signos y síntomas del punto anterior, a más a mas de convulsiones y coma.

OBJECTIVO

Detectar con la colocación y registro de MAPA las hipertensiones gestacionales y evitar posibles complicaciones en el embarazo.

DISEÑO

Es un estudio retrospectivo y observacional.

METODO

Colocación y registro de MAPA

ÀMBITO DEL ESTUDI

Gestantes derivadas del servicio de Ginecología al servicio de consultas externas de Medicina Interna de nuestro hospital.

RESULTADOS

En total hay 25 MAPA realizados.

Actualmente estamos trabajando en los resultado y conclusiones del trabajo

Espero que sea de vuestro interés

Gracias

-

PÓSTER Nº: 361

ENFERMERIA E INTERVENCION EN TABAQUISMO

G. BELENGUER CIVERA (1), M. GUILLEM TARIN (2), I. BELENGUER RICARTE (3), M. CIANCOTTI OLIVER (4),
R. CLIMENT CLIMENT (5), R. LEKERIKA LLOPIS (6).

(1) CENTRO SALUD. XÁTIVA- VALENCIA. (2) CENTRO SALUD. XÁTIVA-VALENCIA. (3) CENTRO SALUD.
XÁTIVA-VALENCIA. (4) DIRECCIÓN ENFERMERIA. XÁTIVA-ONTINYENT. (5) CONSULTA CARDIOLOGIA.
HOSPITAL DE XÁTIVA. (6) CENTRO SALUD. MELIANA-VALENCIA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMERIA, TABACO, CONSULTA

RESUMEN:

Propósito del Estudio : El tabaquismo constituye la principal causa de morbi-mortalidad evitable, según la O.M.S., la cual recuerda en sus planes de lucha contar el habito de fumar, que la reducción del consumo de tabaco es la medida más importante que pueden adoptar los países, debido a sus repercusiones positivas tanto para la salud como para la economía en general.

La implicación enfermera debe de hacerse presente con la puesta en marcha de actividades de abordaje hacia esta adicción con actuaciones mantenidas y estructuradas en los centros sanitarios y consultas de Atención primaria, con campañas estables en colaboración con los facultativos para establecer una actuación grupal y consensuada, que maximice los resultados a obtener ante la población fumadora activa principalmente.

El estudio que se presenta es el auspiciado en campaña institucional, con implicación de la Agencia Valenciana de Salud, Dirección de Atención Primaria, área 14, Xátiva-Ontinyent (Valencia), Excmo. Ayuntamiento de Xátiva (Concejalía de Sanidad) y la firma comercial Pfizer, cada uno de ellos aportan tanto material humano y físico, como dossieres informativos para el desarrollo de la campaña, la cual tiene una duración inicial de 3 meses.

Metodología : Se inicia una campaña anti-tabaco denominada " Ahora Sí ", dirigida hacia la población fumadora sin distinción de edad ó sexo y con residencia en la ciudad de Xátiva, de 28.000 habitantes y a desarrollar en dos de las Consultas del Centro de Atención Primaria, con dos profesionales facultativos y dos de Enfermería, todos voluntarios y con formación específica anti-tabaco.

Se contempla la captación inicial de usuarios, los cuales son evaluados en consulta con test motivacional de deseo de abandono del habito tabaquico y con la apertura de una historia clínica específica, donde se han recogido datos referentes a su filiación, hábitos tóxicos, analíticas generales, mediadas antropológicas, constantes vitales, niveles de presión arterial, cooximetría y saturación de oxígeno, así como encuestas de motivación grado de adicción, mediante test de Frageström modificado, test de Minnesota y test de U.I.S.P.M.

Las consultas son desarrolladas conjuntamente por facultativo/ enfermería en habitáculos separados según las pruebas a realizar, el total de ellas es de 5 sesiones, distribuidas en fases de preparación 2 y en fase de intervención directa 3, hasta finalizar el plazo en tres meses de asistencia a consulta, en ellas el facultativo ha negociado con el usuario el tipo de tratamiento a instaurar durante ese periodo, ya bien, medicación ó no, sustitutiva de la nicotina ó bien apoyo multiprofesional, con entrega de dossier informativo de autocontrol tabaquico.

Resultados : Se inicia la campaña en abril de 2011, con la captación de 55 usuarios motivados, de los cuales 6 abandonan el estudio en distintas fases, siendo un total de 29 mujeres y 20 hombres los que mantienen su compromiso inicial.

Las edades están comprendidas entre los 33 y 65 años, siendo adictos al consumo en una media de 30 años, con consumos variables entre los 10 y los 50 cigarrillos día.

En todos los controles se les realiza una cooximetría como prueba fidedigna de consumo de tabaco, así, como entrevista recordatoria del mantenimiento del compromiso, observándose desde el inicio la disminución del monóxido de carbono, con rangos de disminución importantes, menores de 10 en numerosos casos al mes del inicio de la primera consulta.

Del total de usuarios que finalizan el programa con tratamiento sustitutivo de la nicotina, en su mayoría, tratados con Vareniclina(r), 60%, resto con chicles de nicotina, 25 %, con educación sobre su toma y posibles efectos adversos y el grupo de sin tratamiento, 15 %, se observa a la conclusión el abandono de un total del 65 % del total con tratamiento farmacológico y un 8 % con terapia conductual, siendo el resto incluidos en el grupo de recaída parcial ó total, basándonos en el hecho de que las cooximetrías realizadas en los controles evidenciaban la reducción progresiva de sus cifras alcanzando niveles de 0 a 6 en la última consulta.

Conclusiones :

- Necesidad de la realización de campañas sistemáticas e institucionales ante el tabaquismo.
- Importancia de la coordinación Enfermera como abordaje integral del proceso final en la consultas de atención primaria .
- El consejo anti-tabaco Enfermero, se presenta como una recomendación científica basada en la evidencia y de grado máximo.
- Liderazgo de la Enfermería en las consultas de deshabituación tabaquica.
- La cooximetría y la medición de la Saturación de Oxígeno, se referencian como básicas en los controles y en la consecución de objetivos

PÓSTER Nº: 362

NEUROPATIA PERIFERICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

R. SANZ (1), M. MASIA (1), E. BELTRAN (1), M.R. FOGUET ALBIOL (1), L. MARTORELL (1),
L. MEDINA (1), A. PLA (1).

(1) HOSPITAL COMARCAL DE VINAROS. VINAROS.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: NEUROPATIA PERIFERICA, ITB, DIABETES MELLITUS

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO

OBJETIVO PRINCIPAL

Detección de neuropatía en pacientes con diabetes mellitus (tipol y tipoll), de más de cinco años de duración

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Evaluar la relación de neuropatía periférica entre hombres y mujeres.

Evaluar la relación de neuropatía periférica en pacientes hipertensos.

METODOS USADOS

El estudio se realizó en una única visita.

Se incluyeron a pacientes diabéticos de más de cinco años de evolución, hombres y mujeres, de edades comprendidas entre 40-75 años, tratados con insulina y A.D.O.

Los pacientes son usuarios de la planta de hospitalización y CCEE de Atención Especializada de Medicina Interna, que abarca el Departamento 1 de la Comunidad Valenciana.

Se midieron el peso, la valoración del tratamiento (antigluceémicos, antiagregantes y antihipertensivos) y revisión de la historia clínica (a.p.).

Se realizó la medición de ITB mediante el tensiómetro automático ITB WATCHBP®office.

RESULTADOS

Se evaluaron 22 casos, los cuales eran diabéticos. Un 32% eran mujeres y un 68% eran hombres. Del total de la muestra, el índice tobillo-brazo fue menor de 0.9 en el 13.33% de caso en hombres y en el 14.29% de mujeres.(de los cuales 100% eran hipertensos tratados farmacológicamente). El resto, un total 72.38% no estaban afectados aunque el 100% hipertensos (tratados farmacológicamente).

CONCLUSIONES

Debido al tamaño de la muestra los resultados obtenidos no pueden extrapolarse a la población diabéticos de nuestra área.

Los resultados obtenidos no son concluyentes, aunque el estudio se sigue realizando, incrementando la muestra.

El método de ITB para el diagnóstico de neuropatía periférica es todavía una técnica de medición poco utilizada en nuestra área (tanto por parte de los facultativos como por enfermería).

Un mayor conocimiento de la técnica por parte del profesional sanitario ayudaría a la detección de neuropatía periférica.

PÓSTER Nº: 363

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU GRADO DE CONOCIMIENTO EN UNA MUESTRA POBLACIONAL ESPECIAL

V.E. VILLANUEVA BARRIOS (1).

(1) LAS DELICIAS. JEREZ DE LA FRONTERA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HTA, GLUCEMIA, IRC, OBESIDAD VISCERAL, TABAQUISMO, PREVALENCIA, DESCONOCIMIENTO

RESUMEN:

a) Propósito del estudio

Conocer la prevalencia de factores de riesgo vascular (FRV) y su grado de conocimiento en una población especial: Acompañantes de pacientes en una consulta de enfermería
Los FRV estudiados son: Obesidad visceral, HTA, alteraciones de la glucemia, enfermedad renal crónica (ERC) y tabaquismo

b) Métodos

El estudio se hizo en una muestra de 128 sujetos que acudían a la consulta acompañando al paciente. La edad media era de 49 años; 77 (60%) eran mujeres. Las variables estudiadas dentro de la muestra fueron: perímetro abdominal; presión arterial (triple toma), determinación de glucemia; función renal (filtrado glomerular estimado (FGe) (MDRD) y la excreción urinaria de albúmina en primera orina de la mañana.

c) Resultados

Alto índice de obesidad abdominal, 66 sujetos (52%). De éstos 71% eran mujeres; 58 personas (45%) eran hipertensos. 31 (53%) desconocían su condición. El 3% de la muestra tenía un FGe < 60 ml/min/1,73 m², 66% de éstos eran mujeres; el 9% de la muestra tenía microalbuminuria y 1 sujeto macroalbuminuria. 21% eran fumadores, siendo más frecuente esta condición en mujeres. En 20 personas (16%) se detectó anomalía de la glucemia en ayunas. En 7 personas (6%) se detectó DM. 4 de éstas (57%) desconocían padecer DM. El 74% de los sujetos con HTA tenían, además obesidad abdominal.

d) Conclusiones

En nuestra "especial" población:

- 1.- Hay una elevada prevalencia de obesidad abdominal y de HTA
- 2.- La prevalencia de glucemia anómala en ayunas y de DM es alta
- 3.- Los FRV se asocian con frecuencia
- 4.- Un % importante de sujetos con HTA y de sujetos con DM desconocen su condición

PÓSTER Nº: 364

EDUCACIÓN GRUPAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

C. LÓPEZ RAMÍREZ (1), M. SALAZAR ROJAS (1), F. MERA CORDERO (2), F. JUÁREZ FERNÁNDEZ (1),
O. ANTIGA DEVÉS (1), M.I. SUÁREZ FUSTER (1), S. DURÁN ALCOBET (1), R. BORDALLO GALASO (1),
R.M. LUNA GÁMEZ (3).

(1) CAP 17 SETEMBRE. EL PRAT DE LLOBREGAT. (2) CAP EL PLÀ. SANT FELIU DE LLOBREGAT.
(3) CAP PUJOL I CAPSADA. EL PRAT DE LLOBREGAT.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HÁBITOS DE VIDA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EDUCACIÓN GRUPAL

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Proyecto taller orientado a educar a un grupo de pacientes hipertensos de tres áreas básicas de salud del Prat de Llobregat (Barcelona). Con la finalidad de mejorar **hábitos de vida** en relación a su enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de una población con diagnóstico de **hipertensión arterial** de 4385 pacientes, con edades comprendidas entre los 45 y 65 años. De los cuales deciden participar 86 usuarios.

Se recogen datos basales de la hoja de monitorización de la historia clínica informatizada que consta de datos clínicos y entrevista directa, previa a la realización de la **educación grupal**. Se recogen datos relacionados con la edad, sexo, índice de masa corporal, dieta, actividad física, cumplimiento farmacológico, consumo de tabaco, y comorbilidad con diabetes mellitus.

Estos 86 usuarios, se dividen en 3 grupos para realizar el primer taller teórico sobre la etiopatogénia de la hipertensión, y las medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida aconsejados por las guías clínicas del ICS. Posteriormente se subdividen en 6 subgrupos, con el objetivo de realizar un taller práctico de cocina cardiosaludable e hiposódica, y un taller práctico de actividad física cardiosaludable.

RESULTADOS:

Se obtiene datos basales previos a los talleres, con la finalidad de compararlos 6 meses después de la intervención (pendiente de evaluar).

De los datos basales obtenidos, un 75,6 % de los pacientes tienen un control óptimo de la tensión arterial según guía clínica de hipertensión del ICS. Un 23,3% realiza de manera adecuada el ejercicio, según criterio del manual de actividad física en atención primaria del departamento de salud de la Generalitat de Cataluña, un 22% realizan de manera adecuada la dieta y un 76,7% cumplen de manera correcta el tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES:

Esperamos evaluar a 6 meses, el grado de mejora en el % de los pacientes hipertensos con una actividad física y hábitos de vida adecuados, tras una intervención grupal.

PÓSTER Nº: 365

ACTIVIDAD FISICA EN EL TIEMPO LIBRE DE HIPERTENSOS Y HORAS DE TRABAJO

M.L. GUITARD SEIN-ECHALUCE (1), J. TORRES PUIG-GROS (1), J.M. GUTIÉRREZ VILAPLANA (1),
D. FARRENY JUSTRIBÓ (1).

(1) FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNIVERSITAT DE LLEIDA. LLEIDA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ACTIVIDAD FISICA, TIEMPO LIBRE, HORAS DE TRABAJO

RESUMEN:

Propósito del estudio. Este estudio pretende describir la influencia de las horas de trabajo remunerado y no remunerado en la realización de actividad física en el tiempo libre (AFTL) en hipertensos.

Métodos usados. De Febrero a Septiembre de 2008 se realizó un estudio transversal incluyendo los pacientes de 18 a 80 años con hipertensión arterial atendidos en 5 consultas de enfermería del Área de Salud de Lleida y excluyendo aquellos en que el ejercicio físico estaba contraindicado. Las variables fueron: la AFTL a partir del cuestionario Minnesota y medida en mets/día calculados en relación a la última semana y clasificada en 4 niveles (ligera <143 mets/día, moderada 143-286 mets/día e intensa >286 mets/día), horas de trabajo diario remunerado y no remunerado (horas ocupadas regularmente en otro tipo de obligaciones no remuneradas), edad (adulto joven 18-44 años, adulto 45-64 años y mayor 65-82 años), sexo (hombre/mujer) y ámbito de residencia (urbano/rural). La información se obtuvo por entrevista personal. Las variables cuantitativas se describieron a través de la media acompañada de la desviación estándar ($\bar{x} \pm DE$) y las cualitativas a través de porcentajes, siendo la prevalencia la medida de frecuencia. El análisis univariado se realizó a través de la ANOVA de un factor y el multivariado a través de la regresión logística ordinal. El nivel de significación aceptado fue de $p < 0,05$.

Resultados. Participaron 786 hipertensos con una edad de $66,0 \pm 10,2$ años, el 53,9% (424) eran mujeres y el 68,3% (537) residía en el medio urbano. La intensidad de la AFTL fue de 285,3 mets/día (IC 95% 263,5-307,2); el 37,7% (296) realizaba un nivel de AFTL ligero, el 21,6% (170) moderado y el 40,7% (320) intenso. Realizaban $6,6 \pm 2,4$ horas diarias de trabajo remunerado y $3,6 \pm 1,8$ horas de trabajo no remunerado.

Se observó un mayor nivel de AFTL a en aquellas personas que realizaban menos horas de trabajo remunerado y más horas del tipo no remunerado (tabla 1) especialmente en los adultos. La influencia positiva de las horas de trabajo no remunerado se constató en los adultos jóvenes y adultos, en las mujeres y en los residentes en ámbito rural. La contribución de la menor realización de trabajo remunerado se observó en los adultos, los hombres y en el medio urbano. Una vez realizada la regresión logística mantuvieron la asociación la edad (adultos) y el ámbito de residencia.

Tabla 1. Horas diarias de trabajo remunerado y no remunerado y nivel de actividad física en el tiempo libre.

Horas diarias de trabajo ($\bar{x} \pm DE$)

Grupo	Remunerado				No remunerado			
	Nivel de AFTL			p</p>	Nivel de AFTL			p</p>
	Ligero n=296	Moderado n=170	Intenso n=320		Ligero n=296	Moderado n=170	Intenso n=320	
Total	3,1±4,2	1,8±3,4	1,7±3,3	0,000	1,3±3,1	1,4±2,4	2,1±2,8	0,000
Adulto joven	7,9±3,7	2,5±3,5	5,5±4,2	NS	0,4±1,2	5,5±3,9	3,2±2,6	0,001
Adulto	6,0±4,2	4,5±4,2	3,5±4,2	0,000	1,1±3,0	1,0±2,2	2,4±3,4	0,002
Mayor	0,2±0,9	0,3±1,4	0,6±1,9	0,028	1,6±3,3	1,5±2,5	2,0±2,4	NS
Mujeres	1,5±3,0	1,1±2,5	1,2±2,7	NS	1,7±3,3	2,0±3,0	3,0±3,2	0,001
Hombres	5,0±4,8	2,6±4,0	2,2±3,9	0,000	0,9±2,9	0,7±1,5	1,3±2,0	NS
Urbano	3,4±4,4	1,8±3,4	1,3±3,1	0,000	1,2±2,9	1,1±2,3	1,5±2,5	NS
Rural	1,8±3,5	2,0±3,3	2,2±3,5	NS	1,6±3,6	2,2±2,8	2,9±3,0	0,011

Conclusiones. La realización de trabajo no remunerado mejora el nivel de AFTL en los hipertensos especialmente en la edad adulta y en el medio rural. Contribuye a ello la menor ocupación en el trabajo remunerado.

PÓSTER Nº: 366

EJERCICIO FÍSICO Y SU RELACION CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.; INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

C. C. GARCÍA REZA (UN), B.C. SOSA GARCÍA (U), C. PACHECO SALAS (U), V. GOMEZ MARTINEZ (U), G. SOLANO SOLANO (U), E. MEDINA ROMERO (U).

(1) UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO (UAEM). TOLUCA. (2) UAEM. TOLUCA. (3) UAEM. TOLUCA. (4) UAEM. TOLUCA. (5) UAEP. PACHUCA. (6) UAEM. TOLUCA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENFERMERÍA, EJERCICIO E INDICE DE MASA CORPORAL

RESUMEN:

Objetivo. Identificar la modificación del Índice de Masa Corporal en personas con hipertensión arterial, en el Estado de México. **Metodología:** Se trata de un estudio explorativo de abordaje cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 35 hombres y mujeres. Se aplicó un programa de ejercicio físico aeróbico en un periodo de seis meses, se registraron periódicamente datos antropométricos y niveles de presión arterial antes y después del ejercicio físico. Se informó a cada persona las medidas de confidencialidad en el manejo de la información, se brindó información detallada sobre los objetivos y características de estudio. Se entregó un consentimiento informado solicitando su aprobación y firma para la participación siempre y cuando estuviera de acuerdo, para atender los aspectos éticos que garanticen el bienestar de la persona sujeta a investigación, según la Ley General de Salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 14. Para obtener la información se acudió a las personas con hipertensión arterial en Agosto 2010, los días jueves a las 8:00 horas; con balanza, cinta métrica, baumanómetro y estetoscopio previamente calibrados. **Resultados:** La edad promedio fue de 66 años, con una Desviación Estandar ± 11.06 años, el peso promedio fue de 67 kilogramos ± 12.049 Kg 97.1% fueron mujeres, casadas dedicadas al hogar. Con respecto a la escolaridad 57.1% de las personas concluyó la primaria y 34.3 % son analfabetas. Al término el programa se consiguió una reducción de 2 kilogramos con respecto al peso promedio que y de 5 a 8 mmHg en las personas con hipertensión arterial **Conclusiones:** El Índice de Masa Corporal es una herramienta para determinar el sobrepeso y obesidad y disminuir la hipertensión arterial

PÓSTER Nº: 367

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES AFECTOS DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ASISTENCIA PRIMARIA. EL PAPEL DE ENFERMERÍA

J. RODA DIESTRO (1), P.A. TRIGOS GIMENEZ (1), P.A. ORIOL TORÓN (1), T. BADÍA FARRÉ (1),
H. MEJÍA BARRANDICA (1), M.J. GARCÍA JORDÁN (2).

(1) ABS DOCENTE MARTORELL CIUTAT. MARTORELL. (2) ABS DOCENTE MARTORELL CIUTAT. MARTORELL. (3) ABS DOCENTE MARTORELL CIUTAT. MARTORELL. (4) ABS DOCENTE MARTORELL CIUTAT. MARTORELL. (5) ABS DOCENTE MARTORELL CIUTAT. MARTORELL. (6) ABS ST. ANDREU DE LA BARCA. ST.ANDREU DE LA BARCA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ITB DOPPLER, EAP, MARTORELL

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La aplicación del doppler y la determinación del índice tobillo-brazo(ITB) por parte del personal de enfermería, se confirma como un elemento de primer orden en el proceso de diagnóstico precoz de la enfermedad arterial periférica(EAP), y por tanto en la prevención de eventos cardiovasculares mayores, hoy por hoy, primera causa de muerte e invalidez en nuestro país.

En este contexto, nos planteamos la realización de un estudio multidisciplinar, actualmente en vigor, que nos permita conocer, de primera mano, como manejamos el riesgo cardiovascular en estos pacientes.

OBJETIVOS

Evaluar el manejo terapéutico realizado sobre pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP) en un centro de Atención Primaria, y determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, versus a los pacientes sin EAP.

METODOLOGÍA

Estudio: descriptivo, transversal.

Ámbito: Área Básica de salud urbana.

Sujetos: pacientes con, al menos, un factor de riesgo cardiovascular y diagnosticados de EAP.

Muestra: N: 31 pacientes afectados de EAP, de los 107 individuos con $1 \geq$ FRCV reclutados en tres consultas de medicina-enfermería de Atención Primaria entre abril 2010 y abril 2011

Variables: edad,género;diabetes(DM),tabaquismo,dislipemia(DLP),hipertensión arterial(HTA),obesidad;fármacos:antiagregantes,antihipertensivos, hipolipemiantes; control FRCV:HbA1c,PAS/PAD,LDL-col,tabaquismo.

Análisis estadístico:proporciones en variables cualitativas, medias y dispersión en cuantitativas.Test Chi2 para comparar % pacientes bien controlados para FRCV según presenten o no EAP. Si no cumplen condiciones de aplicación se utiliza, corrección por continuidad o Test exacto de Fisher.Se comparan medias de control FRCV mediante T Student-Fisher o U Mann-Whitney.Intervalos de Confianza 95%.

RESULTADOS

Edad: 71,81 (67,79-75,82); 67,74% (48,6-83,3) varones; DM: 54,8% (36-72,7); tabaquismo: 22,6% (9,59-41,1); DLP: 87,1% (70,2-96,4); HTA: 87,1 (70,2-96,4); obesidad: 74,2% (55,4-8,1); Control FRCV: HbA1c: 7,16%±1,17, buen control HbA1c 53%; colesterol total: 190,8±61,14; LDL col 94,37±45,30, buen control LDL col: 50%; Presión Arterial Sistólica (PAS): 139,91±15,32 en varones con EAP versus 131,45±11 en varones sin AP(p:0,011); Presión Arterial Diastólica(PAD): 76,18±9,30 en varones con EAP versus 71,39±7,37 en varones sin EAP(p:0,009), buen control HTA:32,1% en pacientes con EAP versus 52,9% en pacientes sin EAP(p:0,063); IMC:30,32±4,79;Tabaquismo:77,4% no fumadores; fármacos: antiagregantes 61,3% (76,2%AAS, 14,3%clopidogrel), anti-hipertensivos 87,1% (diuréticos 50%,IECAs 42,9%), hipolipemiantes 80,6% (estatinas 88,5%).

CONCLUSIONES

Dislipemia, HTA y sobrepeso son los FRCV más prevalentes. Un 22,6% de los pacientes diagnosticados de EAP fuman. Un 32% de los pacientes diagnosticados de EAP presentan control óptimo de su HTA con valores promedios para PAS y PAD significativamente más altos que en pacientes sin EAP. La mitad de los pacientes dislipémicos y diabéticos mantienen un control subóptimo.

Trigos Gimenez, P.A., Roda Diestro, J., Oriol Torón, P.A., Badia Farré, T., Mejia Barrandica, H., Garcia Jordan, M^a J.

PÓSTER Nº: 368

ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO GRUPAL DIRIGIDO A LAS PERSONAS HIPERTENSAS Y FAMILIARES

R. SORIANO GIMENEZ (1), D. ESTRADA REVENTOS (1), C. ESTRUCH CASTELLA (1).

(1) HOSPITAL CLINICO. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, EDUCACIÓN, PROGRAMA GRUPAL

RESUMEN:

En un análisis de corte transversal realizado en el Hospital Clínico de Barcelona, dio como resultado una mayor prevalencia de ingresos de pacientes con enfermedades cardiovasculares, y el factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial, en un 40% de los episodios.

En nuestra práctica diaria vemos como habitualmente estos pacientes tienen muy poca información sobre la hipertensión arterial, datos que obtuvimos en un estudio anterior.

Es importante que la población hipertensa sea consciente de la importancia de este factor de riesgo, así como de los beneficios de un cambio en el estilo de vida y en un buen control de las cifras de presión, que en definitiva incidirán en una mayor cantidad y mejor calidad de vida.

Nuestro objetivo fue elaborar y poner en marcha un programa educativo grupal, dirigido a la formación del paciente hipertenso y su familia acerca de la hipertensión.

Las etapas del programa fueron:

1- Diseño del programa educativo: se diseñó dos talleres en formato PowerPoint, el primero encaminado a elevar el nivel de conocimiento de los pacientes hipertensos y familiares sobre la hipertensión, factores que influyen, estilos de vida saludables y tratamiento. El segundo encaminado a la automedida de la presión arterial ambulatoria y su correcta utilización.

2- Difusión del programa: se elaboró una hoja informativa, la cual es entregada a todos los pacientes que son visitados en la unidad de consultas extensa de hipertensión. También es repartida cada semana en distintos mostradores de otras consultas externas y en unidades de hospitalización. También se hace una difusión a través del correo o email.

3- Aplicación del programa: se inició el 21 de junio. La frecuencia y duración es de 1 sesión semanal (miércoles) de 10h a 12h, exceptuando el mes de agosto y diciembre.

4- Evaluación del programa: se pasa un cuestionario antes de iniciar el programa educativo y el mismo una vez finalizado. También se pasa un cuestionario de satisfacción al final.

Resultados: se han realizado durante el año 2011, 21 sesiones grupales con una media de 4 pacientes y un total de 84. Un 62% son hombres. La edad varía entre 36 y 85 con una media de 68 años. Un 91% son pacientes hipertensos tratados con medicación, los 9% restantes son familiares.

La procedencia de los pacientes ha sido 64% de la consulta de hipertensión, 6% digestivo, 6% cardiología, 6% familiares del personal de la casa, 6% conocidos de otros pacientes, 3% neumología, 3% neurología, 3% lípidos y 3% carta por correo/ o Internet.

Al final de los talleres se observa un aumento en el porcentaje de respuestas correctas que va del 30% al 83%.

Al analizar las encuestas de satisfacción, encontramos que los asistentes considera la información que ha recibido muy buena(78%) o buena (22%), cree que le puede servir mucho (88%) o bastante (12%) para mejorar sus conocimientos sobre la hipertensión y cree que las recomendaciones dadas pueden servirle mucho (81%) o bastante (19%) para mejorar la toma de medicación y ayudarle en la modificación de su estilo de vida.

Después de la realización de los talleres, han manifestado que les sigue preocupando que sea una enfermedad para toda la vida, las subidas de las cifras de presión arterial, las consecuencias que le puede ocasionar a la larga y la medicación.

Las sugerencias que nos han recomendado son ampliar la información con otros talleres o programas sobre alimentación y recetas. Reforzar la información con más talleres e ir dando consejos recordatorios. También consideran importante ampliar el horario por la tarde. Además consideran estos talleres de gran utilidad.

Conclusiones: Analizadas las encuestas observamos que el resultado es muy satisfactorio, ya que hemos conseguido que los pacientes aumenten su grado de conocimientos en relación a su hipertensión. Por lo tanto, dada la satisfacción mostrada por los asistentes y el reconocimiento de la importancia de los talleres grupales, creemos importante continuar realizándolos con el fin de que se puedan beneficiar el máximo de pacientes.

PÓSTER Nº: 369

**ANÁLISIS DEL ESTUDIO Y VALORACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS CON
PATOLOGÍA DE SALUD CRÓNICA ADCRITOS A LA ZONA BÁSICA DE SALUD DEL PUERTO**

R. BARRIOS CABRERA (1), I. EUGENIO BARRANCO (1), D.R. GARCÍA GONZÁLEZ (2), R. QUESADA
PERDOMO (3), A.M. QUINTANA AFONSO (1), D. RODRÍGUEZ IBÁÑEZ (1), R. SÁNCHEZ GARCÍA (4).

(1) CS PUERTO. LAS PALMAS GC. (2) CS GUANARTEME. LAS PALMAS GC.
(3) CS JINAMAR. LAS PALMAS GC. (4) CS ALCARAVANERAS. LAS PALMAS GC.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, FACTORES DE RIESGO, ANCIANO

RESUMEN:

Propósito de estudio

La evidencia científica publicada refiere una "triada" de factores de riesgo cardiovascular -hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP) y diabetes mellitus (DM)- en un % elevado de personas mayores de 65 años. Sin embargo, el estudio previo de valoración de la población mayor de 65 años de patología de salud crónica adscritos a la Zona Básica de Salud (ZBS) Puerto muestra que tan solo un 2,02% de éstos padecen las tres enfermedades.

Este hecho, nos lleva a realizar un análisis cualitativo de las bases de datos utilizadas y facilitadas por la Gerencia de Atención Primaria de Salud de Gran Canaria (GAP), afrontando una línea de investigación diferente a la cuantitativa del estudio previo, pues los datos aportados por la GAP difieren en una cantidad considerable respecto de la población real censada en dicho centro.

Método

Estudio cualitativo a través de la anamnesis clínica, realizado en el período comprendido entre agosto del 2010 y abril del 2011.

Se utiliza una base de datos Microsoft Excel donde cuantificamos las siguientes variables dependientes: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Deterioro Cognitivo -Alzheimer, Parkinson, Demencia Senil- (DC), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), Insuficiencia Renal Severa (IRS), Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y Obesidad. Y las variables dependientes: Sexo y Edad.

Se cuantifica una población mayor de 65 años de 4476 repartidas en quince cupos médicos.

Discusión

Las diferencias que se encuentran respecto a ambos estudios son:

Las patologías analizadas en el primer estudio son las siguientes: DM con un total de 1112 pacientes; HTA con 2323; ICC con 106; IRS con 185; EPOC con 218; Obesidad con 421; DC con 249.

Las patologías halladas en el segundo estudio son las siguientes: DM con un total de 1397 pacientes; HTA con 2870; ICC con 400; IRS con 189; EPOC con 310; Obesidad con 1023; DC con 234.

En base a los datos reseñados, las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$) encontradas entre ambos estudios son: Obesidad, el nº ha aumentado en 602 usuarios; la segunda en importancia sería la HTA con una diferencia de 547 usuarios; la DM con una diferencia de 285; la ICC de 294; y por último, al analizar el DC, encontramos que hay una diferencia de 15 usuarios menos en el segundo estudio, que se explicaría con el número de defunciones acaecidas en el período del análisis, un total de 40.

Conclusiones

La extracción de datos que realiza la GAP en base a episodios de salud abiertos en historia clínica de salud, no se ajusta a la realidad, quedando demostrado que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la cartera de servicios y la anamnesis clínica.

Este segundo estudio cualitativo muestra que la recogida de datos de las historias de salud del CS Puerto es poco rigurosa, y no utilizable a la hora de cuantificar el RCV.

PÓSTER Nº: 370

TENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTA VS AMPA: ¿UNA REALIDAD EN USO?

I. EUGENIO BARRANCO (1), D.R. GARCÍA GONZÁLEZ (2), A.M. QUINTANA AFONSO (1),
D. RODRÍGUEZ IBÁÑEZ (1).

(1) CS PUERTO. LAS PALMAS GC. (2) CS GUANARTEME. LAS PALMAS GC.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN SANGUÍNEA, AUTOEVALUACIÓN DIAGNÓSTICA, ENFERMERÍA PRIMARIA

RESUMEN:

Propósito de estudio

La Automonitorización de la Presión Arterial (AMPA) se ha situado en los últimos años como la herramienta de mayor importancia para el diagnóstico y control de la Hipertensión Arterial (HTA). Numerosos son los estudios que avalan esta herramienta como método de trabajo en las consultas de Enfermería de Atención Primaria de Salud en base al control de un factor de Riesgo Cardiovascular (RCV) tan importante y en donde la Enfermería juega un papel fundamental.

Sin embargo, los estudios en curso, donde el estudio MAPAPRES pudiese mostrar los datos más significativos y cercanos a la realidad, nos muestran que no conseguimos los objetivos planteados, y si nos centramos en la población de Gran Canaria, no sólo no los alcanzamos, sino que la prevalencia de macroangiopatías secundarias a la HTA va en aumento.

Con lo que una duda nos ocupa: existiendo una herramienta que nos muestra el control o descontrol de la HTA, ¿se está utilizando ésta en APS? ¿conocen los enfermeros de APS su correcto uso?

Método

Se realizó una revisión bibliográfica a través de las principales fuentes de salud (IBCES, CUIDEN, LILACS, CINAHL, MEDLINE y COCHRANE) utilizando como Descriptores de Salud (DeCS) los siguientes términos: 1. Presión Sanguínea / Blood Pressure, 2. Autoevaluación Diagnóstica / Diagnostic Self Evaluation, 3. Atención de Enfermería / Nursing Care y 4. Enfermería Primaria / Primary Nursing. Se estableció como límite a la búsqueda las publicaciones superiores a 10 años de antigüedad.

Resultados

Los resultados a esta búsqueda bibliográfica por fuente de datos es la siguiente: en IBCES no se hayó ningún artículo; tampoco en CINAHL; en LILACS se hayaron 45 artículos usando los DeCS 1. y 3., resultando útiles 3 de ellos; en CUIDEN se hayaron 8 artículos, siendo útiles 2 de ellos, al realizar la búsqueda con el DeCS 1.; en MEDLINE se encontraron 17 artículos –usando todos los DeCS-, resultando útiles 2 de ellos; y en COCHRANE se hayó una revisión.

Tras la lectura crítica de los artículos encontrados, y centrándonos en la revisión Cochrane de Liam G Glynn et al: “Intervenciones para mejorar el control de la Presión Arterial en pacientes hipertensos”, se confirma que no existen datos estadísticamente significativos que muestren el uso de la AMPA como herramienta de control de la HTA en APS, siendo ésta, y este hecho si nos muestra una abundante evidencia científica en las investigaciones publicadas en el campo de la APS, una de las principales bazas en la lucha por el control de la HTA y la prevención del RCV.

Conclusiones

Tras lo expuesto, resulta patente la falta de evidencia científica en el uso de la AMPA en APS como herramienta de control de la HTA y prevención del RCV, a pesar del aumento de diagnósticos en este sentido.

Con lo que, de esta revisión bibliográfica, se puede plantear una hipótesis de trabajo: conocer el nivel de conocimientos de los enfermeros del CS Puerto en relación con la AMPA.

PÓSTER Nº: 371

RESULTADOS DE LA PRESIÓN BRAQUIAL, CENTRAL Y AUGMENTATION INDEX TRAS LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN EL PACIENTE HIPERTENSO

A. BARBERO PEDRAZ (1), M.V. LAGUNA CALLE (1), M. ÁVILA SÁNCHEZ-TORIJA (1),
N. MARTELL CLAROS (1).

(1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN CENTRAL, PRESIÓN BRAQUIAL, AUGMENTATION INDEX

RESUMEN:

Introducción: Las medidas de la presión braquial y la presión central difieren. Pero la relación de la presión central es más estrecha con la morbimortalidad cardiovascular que la presión braquial.

Objetivo: Comparar las variaciones de presión braquial, presión central y augmentation index tras intervención clínica, farmacológica y de cambios de estilo de vida, en pacientes vistos en la Unidad de HTA del H Clínico san Carlos.

Material y método:

Se incluyen 136 pacientes, en los que se recogen datos antropométricos: edad, sexo, talla, peso, perímetro abdominal, índice de masa corporal (IMC) y datos epidemiológicos relacionados con el riesgo cardiovascular (RCV) en situación inicial (I) y tras 1 año de intervención clínica habitual (F). Se realizan 3 tomas de presión arterial braquial en situación de reposo siguiendo las directrices de la Sociedad Europea de Hipertensión del 2009. Y se considera válida la media de las 3. Se determina la presión central y el augmentation index por tonometría de la arteria radial con un Shygmocor, modelo MM3

Resultados:

De los 136 pacientes 61 son varones (44.8%). La edad media es de 59,9±12,3 años. El tiempo de evolución de la HTA es de 9,9±13,4 años. El IMC (I) es de 29,6±4,8 Kg/m² y el IMC (F) 29,1±5 (p=n.s). La PAS braquial (I) es 128,4±19,2 mmHg y PAS braquial (F) es 123,4±17,3 mmHg (p=<0,01). La PAD braquial (I) es 75,2±1,2 mmHg y la PAD braquial (F) es 73,4±10,1 mmHg (p=<0,05). La PAS central (I) es 117,9±18,9 mmHg y la PAS central (F) es 113,7±16,6 mmHg (p=<0,05). La PAD central (I) es 74,9±14,2 mmHg y la PAD central (F) es 74,3±10,2 (p=n.s). El augmentation index (I) está elevado en 26 pacientes (19,1%) y el augmentation index (F) en 15 pacientes (11,02%), lo que significa que el 34,6% de los pacientes han normalizado el AI.

Conclusiones:

1. En condiciones basales la PAS braquial es mayor que la PAS central. Sin embargo la PAD central y la braquial no se diferencian significativamente.
2. Tras la intervención clínica se reduce de forma significativa la PAS braquial y central, aunque continúan siendo menor las cifras de presión central.

3. La PAD braquial se reduce tras la intervención, pero la PAD central no se modifica.
4. El porcentaje de pacientes que tienen el aumento de índice elevado se reduce tras la intervención clínica en el 34,6% de los pacientes.

PÓSTER Nº: 372

**PREVALENCIA DE HIPERTROFIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES HIPERTENSOS
SEGÚN CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS**

M.D. MARTÍNEZ MALABIA (1), A. ALONSO LORENZO (2), D. GÓMEZ SÁEZ (3), M. AYUSO CUESTA (4),
L. LUNA DEL POZO (5), A.I. RABADÁN VELASCO (6).

(1) C.S. SILLERÍA. TOLEDO. (2) GERENCIA A.P. GUADALAJARA. (3) GERENCIA A.P. GUADALAJARA.
(4) C.S. BUENAVISTA. TOLEDO. (5) C.S. SILLERÍA. TOLEDO. (6) C.S. SILLERÍA. TOLEDO.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, HIPERTROFIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO, ENFERMERÍA

RESUMEN:

Objetivo: conocer la prevalencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) en hipertensos.

Pacientes y métodos: estudio descriptivo y analítico de 207 pacientes crónicos en seguimiento en consulta de Enfermería de un Centro de Salud, entre los años 2009 y 2011. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), criterios electrocardiográficos para hipertrofia de ventrículos izquierdo Cornell y Sokolov, voltaje y duración por voltaje, frente a 16 criterios electrocardiográficos incluidos en el proyecto Electroprés.

Resultados: se incluyeron 123 hipertensos (59,4%) con edad media $70,8 \pm 11,3$ años, 61 % mujeres. Las cifras medias de PAS fueron $137,1 \pm 16,6$ y PAD $76,2 \pm 10,3$ mmHg. IMC promedio $30,4 \pm 4,8$; prevalencia de obesidad 50,8%. El 4,1% estaban diagnosticados previamente de HVI.

Con criterios de Cornell y Sokolov, la prevalencia de HVI fue 12,3%, frente a un 48,4% con todos los criterios Electroprés.

Al analizar simultáneamente la influencia de las cifras de PAS, PAD, años de hipertensión se encontró que las cifras más elevadas de PAS aumentaban la probabilidad de presentar HVI ($p=0,04$).

Conclusiones: Con criterios clásicos, Cornell y Sokolov, se obtuvo una prevalencia de HVI en algo más de uno de cada diez hipertensos. Los nuevos criterios suponen un aumento en la prevalencia de hipertensos con probabilidad de presentar HVI.

PÓSTER Nº: 373

EXPERIENCIA EN TALLERES DE PREVENCIÓN DE RIEGO VASCULAR EN PACIENTE CON SOBREPESO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A.B. ARRABAL TELLEZ (1), J. MARTIN MARITINEZ (2), F.J. SANCHEZ NAVAS (1),
M.C. PALOMA ATENCIA (1), M. PADIAL ORTIZ (1), A. PODADERA VALENZUELA (1), G.L. RIVAS RUIZ (1),
G. DEL CAMPO CORTIJO (2), S. JURADO (1).

(1) CENTRO DE NERJA. MÁLAGA. (2) CARLOS-HAYA. MALAGA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: TALLER, HÁBITOS SALUDABLES, PREVENCIÓN VASCULAR

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades vasculares constituyen actualmente la primera causa de muerte en las llamadas sociedades industrializadas y son fuente importante de discapacidad, contribuyendo, en gran medida, al aumento de los costes de la asistencia sanitaria. La aparición de las enfermedades vasculares está estrechamente asociada con hábitos de vida inadecuados y factores de riesgo modificables. La intervención sobre dichos factores, y el cambio de hábitos, reduce la mortalidad y la morbilidad en individuos con o sin la enfermedad diagnosticada. Por ello, la prevención de la génesis, desarrollo y complicaciones de la enfermedad vascular es un objetivo de primer orden en la sociedad actual, en ello debe implicarse todo el mundo, desde autoridades e instituciones sanitarias, hasta el ciudadano de manera individual. Por todo esto nosotros desde Atención Primaria hemos querido realizar talleres para Educar y Enseñar hábitos de vida saludables a pacientes con sobre peso.

Metodología:

Nos reunimos el equipo multidisciplinar del centro: Enfermeros, fisioterapeutas, matrona e incluso con dos enfermeros de la unidad de nefrología que estaban relacionados con la consulta de hipertensión arterial, para promover este taller. Se realizó un díptico informativo para los usuarios, los que estaban interesados se captaban a través de las consultas de enfermería. El taller se planteó en 3 sesiones de 2 horas durante 3 semanas consecutivas. Los diferentes temas a tratar según las sesiones son:

1 CAMBIO DE ESTILO DE VIDA :Objetivos:-Valorar en que estadio de motivación se encuentra el grupo del taller, -conocer la información e implicación que poseen los usuarios del sobrepeso como un factor de riesgo vascular, -introducir elementos motivacionales para el mantenimiento y pérdida de peso.

2 CONSEJOS DE ALIMENTACIÓN SALUDABLES

OBJETIVOS

- Que individualicen el plan de alimentación según necesidades nutritivas, metabólicas y de hábitos dietéticos.
- Que combinen los diferentes alimentos en función del contenido de H.C., grasas y aporte de calorías totales.
- Que integren el plan de alimentación al menú familiar.

3 CESTA DE LA COMPRA Y EJERCICIO:OBJETIVOS:

- Enseñar de forma real el tamaño de las raciones de los alimentos en crudo.

- Confeccionar un menú entre todos los participantes.
- Enseñar ejercicios físicos de mantenimiento y de relajación para la vida diaria.

CONCLUSIONES

Aumentamos la motivación de nuestros usuarios a cambiar sus actitudes respecto a sus hábitos de vida para prevenir el riesgo vascular.

Aumentamos el conocimiento en cuanto a dieta, elaboración de menús, cesta de la compra .

Motivamos la incorporación de ejercicios saludables en su vida diaria

PÓSTER Nº: 374

¿CRISIS HIPERTENSIVA O INCORRECTA TOMA TENSIONAL?

H. SÁNCHEZ PAREJO (1), M. GENÍS GARCÍA (2), A. FAURE GÓMEZ (3), M. PAREJO MARTÍN (4).

(1) CUAP SANT MARTÍ. BARCELONA. (2) CUAP SANT MARTÍ. BARCELONA.
(3) CUAP SANT MARTÍ. BARCELONA. (4) CAP MAGÒRIA. BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: CRISIS HIPERTENSIVA, DETERMINACIONES TENSIONALES INCORRECTAS, ENFERMERÍA

RESUMEN:

•Justificación

La Hipertensión Arterial (HTA) es un proceso crónico que presenta una prevalencia de más del 25% en la población occidental adulta.

Aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollarán una crisis hipertensiva (urgencia o emergencia) en algún momento de su vida.

Las crisis hipertensivas constituyen un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias, con una clara tendencia al aumento de episodios en los últimos años.

Ante el incremento de la incidencia de crisis hipertensivas en un centro de Urgencias de Atención Primaria y una Área Básica de Barcelona, iniciamos el estudio de todas aquellas visitas espontáneas demandadas por los usuarios expresando y refiriendo elevación de las cifras tensionales.

El equipo de enfermería percibió que un gran número de visitas de urgencia etiquetadas como: Elevación de la tensión arterial, tras las tomas en consulta no se observaba valores tensionales elevados tal y como indicaban sus aparatos tensionales, registrados en farmacias o bien derivados por otros profesionales.

•Objetivo Principal

Conocer los motivos de las incorrectas determinaciones tensionales, etiquetadas como crisis hipertensiva, en un Centro de Urgencias de Atención Primaria(CUAP) y en las visitas espontáneas de un Centro de Atención Primaria de Barcelona, en el período comprendido entre 2010-2011.

•Objetivo Secundario

Averiguar la efectividad de los cuidados e intervenciones de enfermería ante una incorrecta toma tensional.

•Metodología

Nuestro estudio se ha llevado a cabo en el la Area Básica de Salud de Magòria y el CUAP St. Martí de Barcelona.

Valoración de las visitas que el motivo de la misma era elevación de la tensión arterial.

Tras realizar una amplia anamnesis y descartar riesgo vital, todas las enfermeras del estudio aplicábamos la misma praxis consensuada con estudios y metodologías publicadas.

Registramos el número total de visitas valoradas, atendidas y resueltas por enfermería sin ofrecer ningún hipotensor y evaluamos las visitas que fueron derivadas al médico por la no disminución de valores tensionales, requiriendo tratamiento farmacológico.

Por último en una base de datos diferenciábamos la procedencia de la derivación de los usuarios.

•**Resultados / Conclusiones.**

De un total de 85 personas etiquetadas de padecer una crisis hipertensiva o una elevación de la tensión arterial, tan sólo un 2% era realmente una crisis hipertensiva con necesidad de fármaco hipotensor y pruebas complementarias.

Un **54%** su origen era **domiciliario**, acudían tras observar en su aparato tensional valores elevados y las causas de la incorrecta valoración eran:

. Incorrecta toma tensional por diversas causas: Desconocimiento de correcta toma, aparatos no homologados o bien no calibrados (desconocimiento de mantenimiento).

Un **32%** procedían de **farmacias** cercanas a los centros de urgencias y de atención primaria y las posibles causas de la mala interpretación de los resultados fueron:

. Causas ambientales: ruidos, farmacia con mucha gente, no reposo previo antes de la medida tensional,

. Causas externas: no calibrado de aparato tensional.

. Incorrecta toma tensional (posición del usuario, manguito por debajo del pliegue antecubital, no realización de varias tomas tensionales espaciadas entre ellas).

Un **12%** derivadas por **otros especialistas** donde predomina como causa principal de la incorrecta interpretación la incorrecta toma tensional.

Un **2%** fueron **crisis hipertensivas** con necesidad de medicación hipotensora.

- Ante los resultados obtenidos, el colectivo de enfermería ha de actuar en ampliar los conocimientos y habilidades de nuestra población con el fin de evitar malas interpretaciones, aumentar la independencia de su autocuidado, disminuir el nivel de ansiedad provocado por las cifras obtenidas y a su vez reducir el número de visitas espontáneas en los centros de atención primaria.

- Reforzar conocimientos y habilidades al resto de colectivos para evitar incorrectas determinaciones.

PÓSTER Nº: 375

CONSEJO ENFERMERO DURANTE LA SEMANA SIN HUMO. PERFIL DEL FUMADOR

R. RAMOS RAMOS (1), B. DEL PINO CASADO (1), A. CASADO LOLLANO (2), I. FERNANDEZ BERDASCO (1),
C. SANZ MATESANZ (1), M.A. BUSTAMANTE LOPEZ (1).

(1) C S LOS ANGELES. MADRID. (2) C S LOS ANGELES. MADRID. (3) C S PARROCO JULIO MORATE.
MADRID. (4) C S LOS ANGELES. MADRID. (5) C S LOS ANGELES. MADRID. (6) C S LOS ANGELES. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: CONSEJO ENFERMERO, TABACO, PERFIL FUMADOR

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN

El consejo breve antitabaco es la intervención más efectiva, eficiente y rentable que hoy en día se puede realizar para luchar contra la epidemia tabáquica.

Ya desde el clásico estudio de RUSELL, se sabe que si se realizan 100 consejos a fumadores, se puede obtener una abstinencia de entre un 5 y un 10 % al año.

Mientras que el consejo realizado por médicos está ampliamente estudiado, el enfermero no.

Objetivo general: medir el efecto del consejo antitabaco, realizado por enfermeras, en fumadores captados durante la semana sin humo, en dos centros de salud del SERMAS, en las fases de precontemplación, contemplación y preparación, a los 6 meses y al año y específicamente en la comunicación **describir el perfil del fumador captado.**

METODOLOGÍA

Estudio cuasi-experimental o post intervención.

La población de estudio son los fumadores en fase de precontemplación, contemplación y preparación de dos centros de salud. La muestra serán los captados en los centros de salud durante la semana sin humo (23/5/11—31/5/11), por las enfermeras, en turno de mañana y tarde.

El tamaño muestra, se realizará para conseguir una efectividad del 10%, para un estudio pos intervención, con una potencia del 80% y una precisión del 95%. Se necesitar unos 400 pacientes.

Criterios de Inclusión: Fumadores mayores de 14 años, durante la semana sin humo, en fase de precontemplación, contemplación y preparación.

Criterios de exclusión: patología psiquiátrica grave, fumadores en fase de acción

Captación: se colocarán carteles por todo el centro de salud, sesión informativa a enfermería y por correo interno a todos los profesionales,

Se colocó una mesa informativa y de captación, con una enfermería desde donde se derivaban a consulta de enfermería o se le daba el consejo directamente.

Se realizaron en las semanas previas a la semana sin humo, dos sesiones de autoformación para capacitar en la realización del consejo breve.

La intervención consistió en la valoración del fumador (conjunto mínimo de datos, consenso de la Sociedad Española de aparato respiratorio) y en función de ella la realización de un consejo antitabaco.

Variables: edad, nivel cultural, paq/año pre y post intervención, fase del proceso de abandono pre y post intervención, nº de intentos, fagestrom, ritchmon y abstinencia (6-12m)

RESULTADOS

Se han captado 144 fumadores, su perfil es el de una mujer(54%) u hombre(44,4%)de mediana edad(Media:51,17 DE:+-14,66), el porcentaje que trabaja(48%) es similar al que no(42%)(jubilados o parados),la mayor parte están casados(51%) y mayoritariamente han cursado estudios primarios básicos(41,7%).

En cuanto al habito tabaquito, su edad de mantenimiento del consumo de tabaco esta entorno a los 18 años (DE:+-6,5), con una media de 23,69 paquetes /año y un consumo medio de cigarrillos diarios de 15,24.Un 54% tienen una dependencia física moderada-baja y un 37% alta o muy alta.

En cuanto a la motivación para dejar el consumo prácticamente casi todos(91%) presenta una motivación moderada –baja y tan solo 0,7 % alta. Y la mayor parte están en fase de precontemplación y contemplación y tan sólo un 8%, en preparación.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados el fumador captado, es un fumador con alto grado de tabaquismo (por encima de 20 paquetes /año) y poco motivado, hecho que se confirma con la fase de abandono en la que se encuentra (pre y contemplación), con nivel cultural medio-bajo y con alto grado de desocupación, bien por ser jubilado, prejubilado o estar en paro.

Todas estas características están asociadas a un fumador con menos probabilidades de dejar el hábito.

PÓSTER Nº: 376

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA. ¡SI, GRACIAS!

C. HERRERO GIL (1), M. RODA RIBERA (1), M. LÓPEZ IBAÑEZ (2), B. BLASCO PÉREZ (3), E. SEGARRA MARÍ (4), J. MINGUEZ PLATERO (5).

(1) C. S. COREA. GANDIA. (2) C. S. CARLET. CARLET. (3) HOSPITAL ELX-VINALOPO. ELX.
(4) C. S. CULLERA. CULLERA. (5) HOSPITAL DE LA RIBERA. ALZIRA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: EDUCACIÓN PARA LA SALUD, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ADOLESCENCIA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La infancia y la adolescencia son etapas fundamentales en la adquisición y desarrollo de hábitos y pautas alimentarias que condicionan el estado nutricional en etapas posteriores de la vida. Si estos hábitos son adecuados contribuirán a garantizar la salud en la edad adulta.

Es muy importante que el niño aprenda a comer de forma saludable, tanto para conseguir un desarrollo físico y psíquico óptimo, como para evitar posibles factores de riesgo de determinadas patologías propias de los adultos a largo plazo, y de gran importancia desde el punto de vista sanitario, como es el nivel de sobrepeso y la obesidad. También hemos de tener en cuenta, que durante la edad escolar los factores que influyen en la conducta alimentaria no sólo van a depender de la familia, sino que también van a depender del medio escolar, de sus compañeros y amigos, de la publicidad, especialmente la televisiva.

Muchos de los estudios epidemiológicos muestran que aunque en ocasiones la población está informada y conoce los conceptos básicos de una dieta saludable, los beneficios que aportan la realización de actividad física y la inconveniencia del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, ello no se traduce en una puesta en práctica de los conceptos aprendidos. Los datos publicados en la bibliografía indican que los niños y sobre todo los adolescentes no siguen las recomendaciones de una correcta nutrición y actividad física. Esto demuestra la continua necesidad de iniciativas de Educación para la Salud (EpS) para promover estilos de vida saludables. El medio escolar, junto al familiar, son los ámbitos educativos de mayor influencia, por tanto la instauración de programas escolares de EpS sería el método idóneo para iniciar y/o consolidar la adhesión psicoafectiva a unas buenas prácticas alimentarias y a estilos de vida saludable.

El objetivo de este estudio es conocer los hábitos alimentarios, de descanso, de ocio y de consumo de sustancias adictivas de la población preadolescente (14 años) de la Zona Básica de Salud (ZBS) nº 3 del Departamento de Salud de Gandia, así como relacionar dichos hábitos con el sexo, tipo de colegio y la presencia o no de enfermería escolar en el centro educativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico, sobre los hábitos alimentarios, descanso, ejercicio, ocio y hábitos tóxicos de la población de 2º de ESO (13-14 años), en total 460 alumnos, de la ZBS nº 3 del Departamento de Salud de Gandia.

La recogida de datos se realizó a través de una encuesta de confección propia, auto administrada, de carácter anónimo y voluntario, dentro del horario lectivo y a los alumnos presentes en ese momento. Se ha procedido a realizar un análisis descriptivo de las diferentes variables. Las variables cuantitativas fueron descritas con media y desviación estándar, las variables cualitativas fueron descritas con frecuencias y porcentajes, para cada una de sus categorías. La significación estadística de la diferencia entre porcentajes se ha estimado mediante la prueba del X². Se consideran estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se recogieron 443 (96,30% del total de los alumnos) encuestas, que se dividieron de la siguiente manera, 80 (18,05%) procedentes de colegios concertados laicos, 149 (33,63%) recogidas en los colegios concertados religiosos y 214 (48,32%) procedentes de IES. En el colegio Carmelitas, que posee enfermería escolar se recogieron 51 encuestas.

Con respecto al sexo, podemos apreciar que 228 (53,40%) son chicos y 149 (46,60%) son chicas.

El 20,33% de la muestra dice no desayunar antes de salir de casa, el 9,24% no almuerza a mitad mañana. En el colegio con enfermería escolar los que declaran que no desayunan son un 20%, frente a un 27% del colegio sin enfermería y el 25% del IES. En cambio no almuerzan a media mañana en el IES el 14% de los alumnos, frente al 2% del colegio con enfermería escolar. Es importante señalar que el 13% de los alumnos del IES dicen no cenar.

Hay que destacar que solo el 0,44% de los chicos dice estar obeso, mientras que las chicas dicen estar obesas en el 7,65% de los casos. A la siguiente pregunta, **“Si sigues algún régimen alimenticio ¿por qué motivo?”**, 57,89% lo hace por motivos de estética, 35,10% por deporte y tan solo 7,01% lo hace por motivos de salud. En el colegio con enfermería escolar solo el 14% sigue algún tipo de régimen, frente al 23% del colegio sin enfermera escolar y el 34% del IES.

A la pregunta **“¿Realizas ejercicio en el tiempo libre?”**, el 46,68% de la muestra lo hace de manera regular, 38,45% lo hace ocasionalmente y el 14,87% nunca hace ejercicio. Con respecto a las horas dedicadas a ver la TV, DVD ó video, de lunes a viernes hay diferencias significativas ($p=0,000$), siguen siendo los alumnos del IES con un 57% los que declaran que ven la TV, DVD ó video mas de 3 horas, frente al 19% del colegio sin enfermería escolar y el 25% del colegio con enfermería escolar. Al observar la línea de sábado y domingo, no hay diferencia significativa ($p=0,802$), siguen siendo los alumnos del IES los que más horas ven la TV, DVD ó video, el 63% dice estar mas de 3 horas, pero seguidos de cerca por el colegio sin enfermería escolar (56%) y el colegio con enfermería escolar (57%). Con respecto al consumo de alcohol, destacar que el 43,30% de la muestra ha consumido alcohol alguna vez, el 20,50% de la muestra dice haber fumado alguna vez y el 10,80% lo ha consumido alguna vez cannabis.

El 69% del total de la muestra toma leche a diario, se puede constatar que el 41% de la muestra toma cualquier tipo de carne, más de 3 veces a la semana, el 77% de los jóvenes manifiestan consumir pescado 2 ó menos veces a la semana, solo el 36% de la muestra consume fruta a diario, las legumbres son consumidas 3 ó más veces a la semana por el 16% de los adolescentes. Los refrescos son consumidos de manera diaria en un 26% de la muestra, también destacar que el 20% de la muestra come a diario snacks.

CONCLUSIONES

Después de haber analizado los resultados obtenidos en este trabajo, creo que es muy importante que existan más investigaciones sobre hábitos de vida saludable en la población infantil y juvenil, que nos permita conocer la realidad de nuestra propia población para evaluar deficiencias, mejorar, equilibrar e incorporar hábitos de vida saludable.

Los resultados aquí expuestos ponen de manifiesto que es necesario el trabajo coordinado de padres, educadores y profesionales de la salud, con la intención de promover conductas generadoras de salud y prevenir conductas no saludables.

En las experiencias consultadas en la bibliografía, existe un personal sanitario adscrito a estos programas, que actúan como agentes educadores en el ámbito escolar, incrementando la interacción entre profesores, padres y alumnos. Sinceramente creo que la existencia de una Enfermería Comunitaria perfectamente consolidada en Atención Primaria, a pesar de la falta de desarrollo en algunos aspectos como el del abordaje en la escuela, y el momento actual de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria parecen, en principio, justificar la presencia de la figura de la Enfermería Escolar en todos los colegios.

PÓSTER Nº: 377

CUANDO LA DIFERENCIA SÍ IMPORTA

J.J. LÓPEZ HERNÁNDEZ (1), M.M. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), M.I. ARMENTIA GONZÁLEZ (2), M. DELGADO BENITO (1), E. MARCOS GARCÍA (1), C. CÉLIZ VILLACORTA (1), E. IZAGUIRRE PALAZUELOS (1).

(1) C.S. PISUEÑA-CAYÓN. SARÓN. (2) C.S LA VEGA-ZAPATÓN. TORRELAVEGA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: MEDIDA SIMULTÁNEA, INTERBRAZOS, ÍNDICE TOBILLO BRAZO

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO

La diferencia de presión arterial entre los dos brazos, se ha reportado desde hace más de 100 años. Sin embargo el conocimiento de su prevalencia y relevancia es todavía desconocido. Las Guías actuales no hacen énfasis en este tema, solamente recomiendan, que al inicio del diagnóstico se tome la presión arterial en los 2 brazos, y si hay diferencias, se tome siempre en el brazo con cifras mas altas. Se sabe que la diferencia de presión entrebrazos está presente en enfermedades con alteraciones anatómicas, como estenosis de subclavia, coartación de aorta, o arteriopatía periférica, sin embargo, en pacientes "aparentemente sanos", se han observado diferencias significativas

- 1) Determinar prevalencia de diferencia entre los 2 brazos en una muestra de hipertensos en tratamiento atendidos en A. Primaria, utilizando una técnica de medida simultanea en ambos brazos.
- 2) Determinar el índice tobillo –brazo (ITB), en una muestra de diabéticos utilizando un sistema automático
- 3) Determinar si existe relación entre diferencias de presión en ambos brazos y alteración de ITB en una muestra de diabéticos.

METODOLOGIA:

Se incluyeron en el estudio 236 pacientes atendidos en un centro de salud rural, con el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), que recibían tratamiento. El 29,6 % eran diabéticos.

Medición de la presión arterial

Todos los pacientes, se encontraban sentados, sin hablar, después de haber reposado como mínimo 5 minutos. Se tomó la TA simultáneamente en los 2 brazos con un aparato automático "WATCH BP OFFICCE. Microlife ABI ", que determina diferencias entre los 2 brazos, haciendo 3 mediciones separadas 1 minuto cada una, y realizando el mismo dispositivo una media de las 3 TA en cada brazo, el dispositivo puede usarse cuando el paciente presenta fibrilación auricular. El mismo aparato determina de modo automático el ITB. Al paciente se le dejó solo en la consulta mientras se realizaba la medición. Siempre se hizo por el mismo enfermero en todos los pacientes.

En los pacientes diabéticos se realizó después de la medición de la TA un ITB

Se analizaron: sexo, edad, IMC, tratamientos antihipertensivo., anticoagulantes o vasodilatadores, y hemoglobina glucosilada en la muestra de diabéticos.

RESULTADOS

- Se estudiaron 236 pacientes, 56% mujeres, el 44% con un IMC > 30, 81% mayores de 65 años. La diferencia entre brazos de TA sistólica > 10 mmHg, fue de 3,8% (p= 0.083) y 5% para la diastólica. El brazo con mas diferencias de presión fue el derecho (sistólica 12% vs 8.5% izdo). En cuanto a la diastólica, la diferencia fue mayor en hombres 7,8% vs 3%(p= 0.092), lo mismo ocurrió con la edad, a mayor edad, mayor diferencia 6,5% > de 75 años vs 4.5%. En cuanto a los tratamientos, el 10% estaban en tratamiento dietético solamente, 34% con 1 fármaco, 46% con 2 y 11% con 3 ó más fármacos. El 77% de los diabéticos tenían hemoglobina glucosilada < a 7,4%. En el grupo diabético se encontró diferencia > 10mmHg en sistólica 8,6% vs 1,8% (p= 0.003)*, pero no así en la diastólica.

Se realizaron 60 (ITB) en los diabéticos, siendo patológicos el 37,5%, así mismo los diabéticos con ITB patológico tenían mas diferencias entre brazos tanto para sistólica como diastólica

CONCLUSIONES

- En este estudio encontramos que la prevalencia de las diferencias entre los 2 brazos, es más bajo que en otros estudios lo que podría deberse a la metodología, ya que hasta ahora no se disponía de aparatos simultáneos, de gran fiabilidad como el utilizado en nuestras mediciones.

De nuestro estudio, se deduce que en los pacientes diabéticos, debe de tomarse la TA en los 2 brazos, ya que en esta población fue relevante la diferencia, y además aquellos pacientes con más afectación vascular tenían diferencias mas acusadas

Por lo tanto la toma de TA con dispositivos de medición simultánea debería aconsejarse a todos los pacientes, ya que la diferencias entre brazos puede tener importancia clínica en términos de diagnostico y tratamiento.

PÓSTER Nº: 378

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA A LARGO PLAZO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HÁBITOS HIGIENICO DIETÉTICOS EN PACIENTES HIPERTENSOS

M.V. LAGUNA CALLE (1), N. MARTELL CLAROS (1), A. BARBERO PEDRAZ (1).

(1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: RESULTADOS, INTERVENCIÓN, INDIVIDUALIZADA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La Educación Sanitaria de forma continuada e individualizada, podría ser una buena herramienta eficaz para mantener los cambios de conducta en el estilo de vida en los pacientes con riesgo cardiovascular.

OBJETIVOS: Estudiar si la Educación Sanitaria realizada desde la consulta de enfermería de una unidad de hipertensión arterial hospitalaria consigue la independencia del paciente en la adquisición de conductas cardiosaludables a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron 40 pacientes con riesgo cardiovascular elevado que se valora tras doce meses de intervención. Se realizaron tres tomas de PA siguiendo la guía de la Sociedad Europea de HTA 2009 y con aparatos validados.

Se realiza una encuesta nutricional (Nutrired de Cardiorisc) y se procede a una intervención individualizada a través de la metodología de planes de cuidados estandarizados, se valoran los datos para llegar al diagnóstico de enfermería. Se pautan actividades sobre el manejo de la alimentación y abandono del sedentarismo, se entregan folletos escritos con gráficos al paciente. Se describe la experiencia en 12 meses.

RESULTADOS: Han participado 40 pacientes que acuden a consulta de enfermería en la Unidad de HTA. El tiempo de intervención lo dividimos en dos periodos el primero de aprendizaje (5 visitas- 4 meses) y el segundo de seguimiento (4 visitas- 8 meses). El 60 % eran varones con una edad comprendida entre 52,7 años \pm 15 años (Rango 17-76 años). Reconocían ser fumadores 17,5%. Respecto a los AP de los pacientes, el 25% eran diabéticos, el 81,5% dislipémicos, y el 55% presentaban síndrome metabólico. Tenían lesión de órgano diana el 37,5% y enfermedad cardiovascular precoz 5%. El 75% referían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. Respecto al tratamiento farmacológico, un 2,5% no lo recibía, en monoterapia 27,5%, en biterapia el 25%, y con triple terapia 45%. El IMC varía del 33,5 \pm 4,8Kg/m² al 30,7 \pm 4,2Kg/m² ($p<0.05$) con una pérdida media de peso de 8,1Kg/m². El perímetro de cintura se redujo de 106,8cm \pm 12,5cm a 99,4cm \pm 9,2cm ($p<0.05$) que corresponde a una reducción de 7,4cm. La presión arterial sistólica inicial fue de 129,6 \pm 18,6mmHg llegando a 123,7 \pm 4,9mmHg ($p<0,05$) y la presión arterial diastólica de 80 \pm 2,8mmHg disminuyó a 75,6 \pm 12,7mmHg ($p<0.05$). Realizaban E. Físico antes de llegar a la consulta 32,5% y después de 1 año un 60% ($p<0.05$)

CONCLUSIÓN: Las modificaciones de conducta se han mantenido a largo plazo utilizando el método individualizado de intervención en planes de cuidados y el paciente ha adquirido el manejo para aplicar cuidados y conductas cardiosaludables de forma independiente. Esto se refleja en que tras 12 meses los

pacientes continúan con pérdidas de peso, más de la mitad ha introducido E. Físico en su actividad diaria y han obtenido reducciones significativas de presión arterial.

PÓSTER Nº: 379

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

F. CIRERA SEGURA (1), J. MARTÍN ESPEJO (1).

(1) HH UU VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: DIÁLISIS PERITONEAL., SÍNDROME METABÓLICO, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO.

En diálisis peritoneal (DP) el estudio del Síndrome Metabólico (SM) tiene especial relevancia debido a las alteraciones metabólicas producidas por la sobrecarga de glucosa que inducen los líquidos de diálisis.

Los objetivos que nos planteamos fueron:

- Determinar la prevalencia del SM al inicio del programa de DP y ver su evolución al año.
- Valorar la influencia del SM sobre la mortalidad en nuestros pacientes.
- Revisar las intervenciones de Enfermería destinadas a prevenir la instauración del SM.

2. MÉTODOS USADOS.

Estudio descriptivo retrospectivo de 5 años de evolución. La muestra estuvo compuesta por 53 pacientes.

Se recogieron variables demográficas, analíticas y relacionadas con la DP al inicio y al año de permanencia en el programa.

El análisis se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19.0, y el nivel de significación fue $p < 0,05$.

3. RESULTADOS.

La muestra la compusieron 28 hombres y 25 mujeres, con una edad media de $62,02 \pm 15,33$ años. El 66% estaban en DP continua ambulatoria y 34% en DP automática. El tiempo medio en DP fue $28,02 \pm 12,88$ (12-55) meses.

El peso medio fue $71,13 \pm 13,49$ Kg, y el IMC, $27,13$. Presentaron hipertensión 39 pacientes al inicio del estudio. Las determinaciones analíticas no presentaron ninguna anormalidad.

Analizamos cada factor que describen el SM de forma individual al inicio y al año del programa en DP y no difirieron, salvo la glucemia ($p=0,012$). Se estudiaron los pacientes con diagnóstico establecido de SM, que aumentaron aunque sin significación ($p=0,18$). Destacar también que los únicos factores que se mantuvieron o mejoraron fueron los correspondientes al IMC (mantenido en el 24,5%) y la hipertensión arterial que pasó de un 76,3% al 66%.

El 28,3% de los pacientes era diabético antes de iniciar DP y la etiología de la ERC fue una nefropatía diabética en el 53,3% ($n=9$) de los casos. Al año, el porcentaje de pacientes con una glucemia superior a 100mg/dL aumentó de forma significativa al 32,1% ($n=17$), ($p=0,012$).

33 pacientes (62,3%) presentaron un IMC superior a 25 Kg/m². Al año, no se encontraron diferencias significativas en el IMC. Sin embargo, sí hallamos significación cuando analizamos el peso al inicio (71,13 + 13,49) y al año en DP (74,07 + 14,41) con $p < 0,001$. El aumento de peso medio de cada paciente fue de 2,94 + 3,71 Kg.

El 68,5% de los pacientes presentó hipercolesterolemia, 22,6% hipertrigliceridemia e hiperlipemia combinada el 25%. El 32,1% presentó bajos niveles de colesterol HDL. De ellos 64,2% estaban en tratamiento con estatinas y ninguno tomaba omega 3. El resto estaba en tratamiento dietético. La hipertrigliceridemia aumentó al año al 32,1%, mientras que disminuyó al 30,02% los pacientes que presentaron niveles bajos de colesterol HDL. Ninguno fue significación. Sobre la hipertensión arterial, al inicio del programa la presentaron 39 pacientes (73,6%) y al año 35 pacientes (66%) sin significación ($p=0,454$).

Aumentaron los pacientes que presentaron 4 y 5 factores de riesgo a costa del grupo de aquellos que presentaban 3 al inicio aunque no hemos encontrado significación ($p=0,213$) para afirmar que con el tiempo aumentan el número de factores que presentan los pacientes.

La supervivencia de los pacientes con SM fue de 45,2 meses (IC (95%) 42,09-52,67) frente a 47,38 meses (36,56-53,85) en aquellos que no lo padecían. No hubo diferencia significativa ($p=0,990$).

4. CONCLUSIONES.

En nuestra unidad tenemos un elevado porcentaje de pacientes diagnosticados o con riesgo de padecer SM y esta situación parece aumentar al año de DP.

Los pacientes con SM al comienzo del estudio tuvieron una supervivencia menor que el resto de la población estudiada, aunque ser significativa. Puede deberse al tamaño muestral y a que los FRCV aumentan la mortalidad a medio-largo plazo.

Debemos evaluar y corregir los diagnósticos de Enfermería definidos así como las intervenciones que proponemos, ya que es posible disminuir prevalencia del SM en nuestra población.

PÓSTER Nº: 380

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ICODEXTRINA Y DIÁLISIS PERITONEAL

J.L. MARTÍN ESPEJO (1), F.C. SEGURA (1), F.B. MARTÍN (1), L.S. JUNCO (1).

(1) HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA.

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR., ICODEXTRINA, DIALISIS PERITONEAL

RESUMEN:

1. PROPOSITO DEL ESTUDIO.

Una de las funciones de Enfermería es la educación del paciente, especialmente en diálisis peritoneal (DP). La educación no debe limitarse a la técnica sino que debe abarcar todo lo concerniente al paciente dentro del proceso de su enfermedad. En definitiva, sobre todas las medidas que puedan mejorar la CV y prevenir los FRCV.

Una medida a considerar pudiera ser el uso de Icodextrina (ICO) ya que presenta una serie de características que pueden disminuir la aparición de algunos FRCV.

Nos planteamos como objetivos de este trabajo:

- Valorar los FRCV que presentan nuestros pacientes al inicio del programa de DP - Valorar la mortalidad en base al uso o no de icodextrina.

2. MÉTODOS USADOS.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 5 años de evolución, con una muestra de 54 pacientes.

Se recogieron las variables de la historia clínica digital con la que trabajamos, al inicio y salida del programa de D.P. o cierre del estudio: demográficas, comorbilidad, FRCV, datos analíticos y otras variables.

El análisis se realizó con el IBM S.P.S.S. Statistics 19.0.

3. RESULTADOS.

La muestra la compusieron 54 pacientes, 28 H. y 26 M., con una edad media 62,31 años. El 67% estaban en DPCA y 33% en DPA. El tiempo medio en DP fue de 28 meses.

El 1,9% de los pacientes se clasificó como bajo transportador, 25,9% medio-bajo, 59,3% medio-alto y 13% alto transportador.

Para describir la muestra y estudiar la mortalidad de los pacientes en base a la posible influencia de la ICO, se establecieron dos grupos, sin diferencias entre ellos.

Se recogieron los FRCV y la comorbilidad vascular al inicio de DP, y se analizaron sin significación estadística.

Destacar el gran número de eventos cardiovasculares previos al inicio de tratamiento 31,5% y la elevada comorbilidad cardiovascular en ambos grupos.

Dentro de los FRCV, reseñar que la hipercolesterol se presentó en el 64% y la HTA en un 74% de los pacientes.

La anemia se presentó en un 41% de los pacientes, a pesar del 90% tratados con EPO.

Sobre el tabaquismo, que al inicio se presentó en el 40,4% de los pacientes, al final sólo fue del 9,3%. Del 51,9% de pacientes sedentarios, pasamos a un 56,6%.

Al analizar la supervivencia, 2 exitus tuvieron lugar en el grupo que utilizó ICO, cuyo tiempo medio de supervivencia fue de 51 meses (IC (95%)=45,55-56,08 meses) y 6 eventos en el grupo que no la usó. La supervivencia media de este último grupo fue de 44 meses (IC (95%)=37,9-49,92 meses). Sin significación $p=0,285$.

Cuando analizamos mediante modelo de regresión de Cox el uso de ICO, encontramos que una tendencia protectora sobre la mortalidad de origen cardiovascular (HR=0,429; IC (95%)=0,086-2,139; $p=0,302$), sin significación estadística.

4. CONCLUSIONES.

La ERC constituye un problema de salud pública por su elevada incidencia, prevalencia, morbimortalidad y coste.

La Enfermería nefrológica debe conocer esta realidad e incluir la valoración de los FRCV en su rutina habitual de trabajo, para actuar sobre aquellos aspectos que puedan mejorar o retrasar, su aparición en la ERC.

Estos datos corroboran la necesidad de abordar por parte Enfermería a través de diagnósticos enfermeros los cuidados e información necesarios para la corrección de la dieta, la actividad física, abandonar hábitos nocivos, etc. para evitar los FRCV.

Al inicio de DP los pacientes mantenían la diuresis, lo que influyó positivamente en la adecuación de la diálisis. Esta situación no suele mantenerse, por lo que Enfermería debe conocer alternativas, como el uso de ICO o líquidos de composición más fisiológica.

Como conclusión, en nuestro trabajo los pacientes que iniciaron DP ya tienen un elevado número de FRCV. Es función de Enfermería actuar sobre ellos para evitar la principal causa de morbimortalidad de los pacientes con ERC.

Es necesario que se realicen estudios más amplios sobre la repercusión del uso de ICO sobre la mortalidad cardiovascular de los pacientes en DP.