

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SEH) and the Spanish League for the Fight Against Arterial Hypertension (LELHA). It features the letters 'SEH' in a stylized, outlined font with a red and blue gradient, followed by the number '18' in a large, bold, black font.

SEH 18^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

COMUNICACIONES

18^a Reunión Nacional SEH-LELHA

A stylized blue DNA double helix structure is positioned at the bottom of the page, set against a background of vibrant orange and red splatters.

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

The logo for the 10th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 10). The letters 'SHE' are stylized with a red and blue outline, and the number '10' is large and black.

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

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Investigación Preclínica

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 1

REGULACIÓN POR ANGIOTENSINA II DE LA EXPRESIÓN VASCULAR DE COX-2, MPGES-1, NOX-1 Y NOX-4

A. AGUADO (1), O. ZHENYUKH (1), S. MARTÍNEZ-REVELLES (1), L. GARCÍA-REDONDO (1), R. ARAS (1),
R. PALACIOS (2), M.J. ALONSO (2), A.M. BRIONES (1), M. SALAICES (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ANGIOTENSINA II, INTERLEUQUINA 1 β , CÉLULAS MUSCULARES LISAS VASCULARES

RESUMEN:

Angiotensina II (Ang II) e interleuquina 1 β (IL-1 β) está implicadas en patologías cardiovasculares a través de sus acciones proinflamatorias. Entre ellas, se encuentran la inducción de enzimas inflamatorias, como la COX-2, que con el concurso de diferentes sintasas como las prostaglandin E sintasas (PGES), produce la liberación de prostanoideos. Otra enzima inducida por Ang II e IL-1 β es la NADPH Oxidasa, compuesta por distintas subunidades (NOX) que producen especies reactivas de oxígeno (ROS). Se ha propuesto la existencia de relación entre la expresión y/o activación de COX-2 y la producción de ROS.

Propósito del estudio. Evaluar si Ang II induce un efecto sinérgico en las acciones proinflamatorias inducidas por IL-1 β . Para ello, se investigará: 1) Si Ang II altera la expresión de COX-2, mPGES-1, NOX-1 y NOX-4 inducida por IL-1 β . 2) Si existe relación entre la inducción de COX-2 y de las NOX. 3) El papel de los prostanoideos derivados de COX-2 y de ROS en la migración y proliferación celular inducidas por dichos estímulos.

Métodos usados. Se utilizaron células musculares lisas de aorta de rata, que se estimularon con IL-1 β o Ang II+IL-1 β (4 ó 24 h). Los niveles de mRNA y proteína se analizaron por qPCR y western blot, respectivamente. La actividad NADPH oxidasa mediante luminiscencia y la producción de ROS con dihidroetidio. La proliferación celular se midió con un kit comercial y la migración celular por *wound healing*.

Resultados. IL-1 β (10 ng/ml) incrementó la expresión de COX-2, mPGES-1 y NOX-1, la actividad NADPH Oxidasa y la producción de ROS, y disminuyó la expresión de NOX-4. Ang II (0,1 mM) potenció la expresión de COX-2 y NOX-1, la actividad de NADPH oxidasa y la producción de ROS inducida por IL-1 β , y disminuyó la expresión de mPGES-1. El efecto potenciador de Ang II sobre la expresión de COX-2 se acompañó de un aumento en la estabilidad del mensajero. La potenciación de la expresión de COX-2 y NOX-1 inducida por Ang II se redujo por un inhibidor de ERK1/2, pero no por inhibidores de p38MAPK, de JNK o de PI3K. Ni los inhibidores de NADPH Oxidasa (apocinina y ML-171), ni de COX-2 (celecoxib) afectaron a la expresión de COX-2 o de NOX-1, respectivamente, inducida por Ang II+IL-1 β . Ang II indujo también una potenciación de la migración, pero no de la proliferación celular inducida por IL-1 β , que se bloqueó por celecoxib y por inhibidores del receptor TP y de la tromboxano sintasa, pero no por apocinina y ML-171.

Conclusiones. 1) Ang II modula diferentemente la expresión vascular de COX-2, mPGES-1, NOX-1 y NOX-4 inducida por IL-1 β . 2) La potenciación de la expresión de COX-2 y NOX-1 inducida por Ang II está mediada por ERK1/2. Además, la potenciación de COX-2 se debe al aumento en la estabilidad del

mensajero. 3) Ni las ROS derivadas de NADPH oxidasa ni los prostanoïdes derivados de COX-2 participan en la expresión de COX-2 y NOX-1, respectivamente, inducida por Ang II+IL-1 β . 4) TXA₂ derivado de COX-2, pero no ROS, participa en la potenciación de la migración celular inducida por Ang II+IL-1 β . Estos efectos podrían contribuir a las acciones proinflamatorias de Ang II en la pared vascular.

Subvencionado por MCINN (SAF 2009-07201 y Red RECAVA), FMM y Fundación Mapfre

PÓSTER Nº 2

LA LAMINA A/C REGULA LA ACTIVACIÓN DE LA CÉLULA T, FUNCION DE LA QUE ADOLECE EL
MUTANTE DE LAMINA A/C CAUSANTE DEL SINDROME DE PROGERIA DE
HUTCHINSON-GILFORD, PROGERINA

J.M. GONZALEZ GRANADO (1), C. SILVESTRE ROIG (1), V. ROCHA PERUGINI (2), L. TRIGUEROS MOTOS
(1), M. BLANCO BERROCAL (1), G. MORLINO (2), D. CIBRIAN (2), C. LOPEZ-OTIN (3),
F. SANCHEZ MADRID (2), V. ANDRES (1)

(1) CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES (CNIC). MADRID,
(2) HOSPITAL DE LA PRINCESA. MADRID, (3) UNIVERSIDAD DE OVIEDO-IOUPA. OVIEDO

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, LAMINA A/C, SISTEMA INMUNE

RESUMEN:

La lamina A/C es un componente mayoritario de la envoltura nuclear que realiza funciones estructurales y de regulación de la síntesis de ADN, la repuesta al daño del ADN, la organización de la cromatina, la transcripción de genes, la progresión del ciclo celular y la diferenciación y la migración celular. Pese a que las laminas de tipo A se expresan en la mayoría de las células diferenciadas se conoce muy poco sobre la expresión y el papel de la lamina A/C en el sistema inmune. La acumulación del mutante de lamina A, progerina, causa el síndrome de progeria de Hutchinson-Gilford (HGPS), una enfermedad rara caracterizada por producir envejecimiento prematuro, enfermedad cardiovascular y muerte a una edad media de 13 años. El ratón *Lmna*^{G609G/G609G} expresa y acumula progerina y presenta las principales manifestaciones clínicas de los pacientes de HGPS.

OBJETIVOS: Estudiar el papel de la lamina A/C y el efecto de la progerina en la activación de la célula T tras el reconocimiento de un antígeno.

MÉTODOS: Se han realizado estudios funcionales y moleculares empleando células T Jurkat que expresan de forma estable GFP, GFP-Lamina A o GFP-Progerina. También se han analizado esplenocitos procedentes de ratones carentes de lamina A/C u obtenidos del ratón progerico *Lmna*^{G609G/G609G} así como linfoblastos T humanos en los que se ha silenciado la expresión de lamina A/C.

RESULTADOS: La lamina A/C se expresa en una fracción de células T CD4⁺ de ratón y humano. La activación de la célula T mediada por la estimulación del receptor de la célula T (TCR) produce la inducción de la expresión de la lamina A/C. Experimentos de ganancia y pérdida de función demuestran que la lamina A/C es a su vez un importante potenciador de la activación de la célula T. Los mecanismos moleculares implicados en el control de la lamina A/C en la activación de la célula T están relacionados con la modulación de la polimerización de actina, la activación de proteínas de señalización y el control de la posición y transcripción de genes entre otros mecanismos. A diferencia de los efectos de la expresión de lamina A/C en el sistema inmune, la acumulación de progerina no produce cambios en la polimerización de actina, la señalización celular, la transcripción y el posicionamiento de genes que provoquen una mayor activación de la célula T tras el reconocimiento de un antígeno.

CONCLUSIONES: Nuestros experimentos atribuyen por primera vez un papel funcional de la lamina A/C en el sistema inmune como regulador de la activación de la célula T tras el reconocimiento de un

antígeno. Además hemos observado una activación deficiente de las células T que expresan progerina, sugiriendo un nuevo mecanismo que podría contribuir a la etiopatogénesis del síndrome de progeria de Hutchinson-Gilford.

PÓSTER Nº 3

AUMENTO DE LA LIBERACIÓN DE ÓXIDO NÍTRICO NEURONAL Y DISMINUCIÓN DE LA FUNCIÓN ADRENÉRGICA EN ARTERIA MESENTÉRICA DE RATA GESTANTE

E. SASTRE (1), L. CARACUEL (1), N. DE LAS HERAS (2), V. LAHERA (2), G. BALFAGÓN (1),
J. BLANCO-RIVERO (1)

(1) DPTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID,
(2) DPTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: INERVACIÓN PERIVASCULAR MESENTÉRICA, GESTACIÓN, ÓXIDO NÍTRICO

RESUMEN:

Introducción: Durante las fases finales del embarazo se producen una serie de adaptaciones cardiovasculares con el fin de asegurar el aporte sanguíneo al feto, entre las cuales destaca un incremento importante del flujo sanguíneo. El tono vascular de la arteria mesentérica está regulado, entre otros factores, por los distintos tipos de inervación, principalmente, adrenérgica y nitrérgica. El objetivo del presente estudio fue analizar si la gestación 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 utilizó la arteria mesentérica superior de ratas hembra de la cepa Sprague-Dawley divididas en dos grupos experimentales: 1) Hembras vírgenes en fase estro y 2) Ratas gestantes en el día 18 de la gestación. Se analizaron las variaciones de la respuesta vasoconstrictora a EE (200 mA, 0.3 ms, 1-8 Hz, 30 s) en presencia/ausencia de 1 $\mu\text{mol/L}$ del antagonista de los receptores α -adrenérgicos fentolamina y del inhibidor inespecífico de la óxido nítrico sintasa (NOS) L-NAME. Asimismo, se analizaron las respuestas vasomotoras a noradrenalina (NA) y al donante de óxido nítrico (NO) DEA-NO, así como la liberación de NO mediante fluorescencia.

Resultados: La respuesta contráctil inducida por EE fue significativamente menor en las ratas gestantes. La fentolamina redujo la respuesta a EE en ambos grupos, pero en menor medida en los animales gestantes. La respuesta contráctil a NA fue menor en las ratas gestantes. La contracción inducida por EE fue aumentada por L-NAME sólo en segmentos de animales gestantes. La vasodilatación inducida por DEA-NO fue similar en segmentos de ambos grupos experimentales, mientras que la liberación de NO inducida por EE fue mayor en las ratas gestantes.

Conclusión: La disminución en la respuesta vasoconstrictora a EE en arteria mesentérica de rata gestante, producida por el incremento en la liberación de NO de origen neuronal, y la disminución de la función de la inervación adrenérgica, podrían contribuir a la marcada vasodilatación característica de la gestación.

Subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (SAF2009-10374) y el Ministerio de Economía y Competitividad (SAF2012-38530)

PÓSTER Nº 4

LA EPLERENONA ATENÚA LA ESTEATOSIS Y APOPTOSIS CARDIACA EN LA RATA DIABÉTICA TIPO-II OBESA

E. RAMÍREZ BUSTILLO (1), S. ARES CARRASCO (1), B. PICATOSTE BOTIJA (1), A. CARO VADILLO (2),
J. TUÑÓN FERNÁNDEZ (1), Ó. LORENZO GONZÁLEZ (1)

(1) IIS-FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. MADRID, (2) FACULTAD VETERINARIA.
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, ESTEATOSIS, APOPTOSIS

RESUMEN:

Antecedentes: La esteatosis y la apoptosis cardiaca son procesos clave en la miocardiopatía diabética, sin embargo aún no se cuenta con una terapia efectiva. El bloqueante específico del receptor de aldosterona, eplerenona, ha demostrado propiedades anti-fibróticas en el corazón diabético.

Objetivo: Estudiar el papel de la eplerenona en los procesos de esteatosis y apoptosis cardiaca asociados a diabetes tipo-II obesa.

Métodos: Se utilizó un modelo de ratas ZDF (Zucker diabetic fatty) no hipertensas compuesto por veinte ratas ZDF y diez ZL (Zucker lean). Una vez establecida la diabetes, diez ratas ZDF recibieron eplerenona (25 mg/Kg/día). Tras 16 semanas de tratamiento se examinó la estructura y función cardiaca, y se aislaron los corazones y plasmas para posteriores estudios histológicos y bioquímicos. La línea celular de cardiomiocitos H9c2 se utilizó para los ensayos *in vitro*.

Resultados: En comparación con las ratas ZL, las ZDF mostraron hiperglicemia e hiperlipidemia. Los corazones ZDF presentaron esteatosis e incremento de moléculas transportadoras de ácidos grasos (FAT/CD36, FABP3) y enzimas de la β -oxidación (ACADI, ACADm). Además, apoptosis y activación de la vía pro-apoptótica Fas. El tratamiento con eplerenona atenuó la hiperlipidemia, esteatosis y expresión de FAT/CD36 y FABP3. Además, aminoró la apoptosis y la activación del sistema Fas. En cardiomiocitos, elevadas concentraciones de palmitato produjeron un incremento en la entrada y acumulación de ácidos grasos así como de apoptosis pero a través de un mecanismo independiente de Fas. Interesantemente, la coestimulación con eplerenona mitigó estos efectos.

Conclusiones: La diabetes tipo-II experimental asociada a obesidad produce esteatosis y apoptosis cardiacas. Sin embargo, el tratamiento con eplerenona atenúa estas respuestas a través de la inhibición de factores pro-esteatóticos y apoptóticos.

PÓSTER Nº 5

PAPEL DE LA LIPOCALINA ASOCIADA A GELATINASA DE NEUTRÓFILOS (NGAL) EN EL REMODELADO CARDIOVASCULAR INDUCIDO POR LA ALDOSTERONA

A. TARJUS (1), S. EL MOGHRABI (1), C. LATOUCHE (1), P. ROSSIGNOL (2), F. ZANNAD (2), N. FARMAN (1), N. LÓPEZ-ANDRÉS (3), F. JAISSE (1)

(1) CENTRE DE RECHERCHES DES CORDELIERS, INSERM U872 ÉQUIPE 1. PARIS,
(2) INSERM U961. NANCY, (3) CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA, NAVARRA BIOMED. PAMPLONA

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ALDOSTERONA, NGAL, FIBROSIS

RESUMEN:

Introducción. La lipocalina asociada a la gelatinasa de neutrófilos (NGAL) es una proteína circulante que pertenece a la familia de lipocalinas y se une a la metaloproteínasa-9 modulando su estabilidad y actividad. Nuestro grupo ha descrito que NGAL es una diana de la aldosterona y de su receptor mineralocorticoide en células endoteliales, células de músculo liso vascular y cardiomiocitos.

Hipótesis. NGAL puede ser un mediador de los efectos profibroticos y proinflamatorios inducidos por la aldosterona a través de los receptores de mineralocorticoides en el sistema cardiovascular.

Metodos: Ratones Wild type (WT) y Knock Out (KO) para NGAL se nefrectomizaron y fueron tratados con aldosterona+sal (200µg/kg/día de aldosterona, 1% NaCl) durante 4 semanas. La presión arterial se midió por pletismografía en la cola y la reactividad vascular se analizó por miografía. La fibrosis y la inflamación se cuantificaron por RT-PCR, western blot, inmunohistoquímica y ELISA.

Resultados: En ratones nefrectomizados, la administración de aldosterona+sal incrementó la presión arterial sólo en los ratones WT, mientras que el peso relativo del corazón aumentó tanto en los ratones WT como NGAL KO. La contracción inducida por fenilefrina y cloruro potásico fue mayor en la aorta de los ratones WT y NGAL KO tratados con aldosterona+sal en la misma medida. Las respuestas a los vasodilatadores (acetilcolina y nitroprusiato sódico) disminuyeron en los animales tratados con aldosterona+sal en ambos grupos de animales. La administración de aldosterona+sal aumentó el péptido N-terminal del colágeno de tipo I en los ratones WT pero no en los animales KO. Sólo los ratones WT tratados con aldosterona+sal presentaron un aumento de la fibrosis perivascular, de la expresión del colágeno de tipo I y de las lesiones inflamatorias en el corazón. En la aorta, solo los ratones WT tratados con aldosterona+sal presentaron un aumento de la fibrosis, de la expresión del colágeno de tipo I y de la osteopontina.

Conclusión: La inactivación de NGAL previene la fibrosis inducida por la administración de aldosterona+sal en ratones nefrectomizados. Nuestros resultados sugieren que NGAL juega un papel clave en la fibrosis y la inflamación inducidas por la aldosterona a través de los receptores mineralocorticoides. En consecuencia, NGAL podría ser, potencialmente, una nueva diana terapéutica para prevenir la fibrosis y la inflamación cardiovascular.

PÓSTER Nº 6

LA COLESTASIS EXTRAHEPÁTICA A LARGO PLAZO DISMINUYE LA RESPUESTA VASOCONSTRICTORA A FENILEFRINA EN ARTERIA MESENTÉRICA DE RESISTENCIA DE RATA

L. CARACUEL (1), E. SASTRE (1), I. PRIETO (2), V. LAHERA (3), M.Á. ALLER (4), J. ARIAS (4),
G. BALFAGÓN (1), J. BLANCO-RIVERO (1)

(1) DPTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID,
(2) HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID, (3) DPTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID, (4) DPTO DE CIRUGÍA, FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: COLESTASIS, ARTERIA MESENTÉRICA DE RESISTENCIA, FENILEFRINA

RESUMEN:

Introducción: La colestasis obstructiva se caracteriza clínicamente por ictericia, acoloria, acolia, cirrosis hepática e hipertensión portal, causando una alta tasa de morbi-mortalidad en el área clínica humana. La colestasis extrahepática experimental es el modelo más utilizado para estudiar la colestasis obstructiva, ya que cursa con un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), caracterizada por circulación hiperdinámica, hiperactividad simpática periférica y disfunción multiorgánica. El objetivo del presente estudio fue analizar las posibles alteraciones en la función vascular producidas por la colestasis extrahepática a largo plazo.

Métodos: Se utilizaron segmentos de arteria mesentérica de resistencia (AMR) de ratas macho de la cepa Wistar, divididas en dos grupos experimentales: 1) ratas sometidas a colestasis extrahepática microquirúrgica (8 semanas de post-operatorio) y 2) ratas control pseudo-operadas. Se realizaron los estudios de reactividad vascular mediante miografía de alambres. Se analizó la respuesta vasodilatadora a acetilcolina (ACh) y la respuesta contráctil a fenilefrina (Phe) en presencia/ausencia del inhibidor no selectivo de la sintasa de óxido nítrico (NOS) L-NAME (100 μ M) y del inhibidor inespecífico de la ciclooxigenasa, indometacina (10 μ M).

Resultados: La colestasis extrahepática no modificó la relajación dependiente de endotelio mediada por ACh en AMR. La respuesta contráctil inducida por Phe fue menor en segmentos arteriales de ratas colestáticas. La incubación con L-NAME aumentó la contracción inducida por Phe de manera similar en ambos grupos experimentales. La incubación con indometacina únicamente disminuyó la respuesta contráctil a Phe en arterias de animales pseudo-operados.

Conclusión: La disminución en la respuesta vasoconstrictora a Phe en AMR de rata sometida a colestasis extrahepática podría ser debida a una disminución en la liberación y/o respuesta de prostanoïdes de naturaleza contráctil, descartándose la participación del NO en esta respuesta contráctil.

Subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (SAF2009-10374, SAF2012-38530)

PÓSTER Nº 7

RELACIÓN ENTRE ESTRÉS OXIDATIVO Y ALTERACIONES MECÁNICAS VASCULARES EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE PROGRAMACIÓN FETAL DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

P. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ (1), P.Y. GUTIÉRREZ ARZAPALO (1), D. MUÑOZ VALVERDE (2),
Á.L. LÓPEZ DE PABLO LEÓN (1), M.C. GONZÁLEZ GARCÍA (1), M.R. LÓPEZ GIMÉNEZ (3),
S.M. ARRIBAS RODRÍGUEZ (1)

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA (UAM). MADRID, (2) FACULTAD DE MEDICINA - GABINETE VETERINARIO (UAM). MADRID, (3) MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA (UAM). MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: PROGRAMACIÓN FETAL, ELASTICIDAD, ESTRÉS OXIDATIVO

RESUMEN:

Introducción. El crecimiento intrauterino adverso se asocia con bajo peso al nacer y el desarrollo posterior de hipertensión y enfermedades cardiovasculares (ECV), conocido como programación fetal de la ECV. En humanos y en modelos experimentales de programación fetal se ha encontrado disfunción endotelial y alteraciones estructurales y mecánicas vasculares (1-4). El estrés oxidativo está en la base de numerosas patologías, incluida la ECV por lo que es plausible que el estrés oxidativo sea el denominador común de las alteraciones cardiovasculares asociadas a la programación fetal. Nuestro **objetivo** fue determinar en un modelo experimental de programación fetal inducido por restricción nutricional durante la gestación si a edades tempranas se producen alteraciones mecánicas o estructurales vasculares y su asociación con biomarcadores séricos de estrés oxidativo.

Palabras clave: programación fetal, elasticidad y estrés oxidativo.

Métodos. Ratas Sprague Dawley se sometieron a restricción nutricional durante la gestación (reducción del 50% de ingesta diaria entre los días 10-21 de gestación, ratas R) o con dieta ad libitum (ratas control, C). La descendencia se utilizó a los 21 días de edad. En estas ratas se determinó el peso, longitud de la tibia, longitud de la aorta in situ y su retracción elástica tras la disección y se obtuvo una muestra de sangre. En el plasma se determinaron carbonilos, glutatión y tioles mediante técnicas de espectrofotometría y se estudió la mecánica pasiva de la aorta en un sistema de medida de la tensión isométrica en ausencia de calcio.

Resultados. Comparadas con ratas C, la descendencia de ratas R presentó al destete: 1) menor peso corporal y similar longitud de la tibia; 2) menor retracción de la aorta $R = 19.7 \pm 0.8$; $C = 22.6 \pm 0.9$, p

Conclusiones. La desnutrición durante la gestación produce en edades tempranas bajo peso, alteraciones mecánicas vasculares y un aumento del daño oxidativo a pesar de la elevación (probablemente compensatoria) de algunos sistemas de defensa antioxidante. Estas alteraciones pueden estar relacionadas con el desarrollo de hipertensión y ECV en la edad adulta.

Referencias.

1. Martyn CN et al. Growth in utero, adult blood pressure, and arterial compliance. Br Heart J 73: 116–121, 1995.
2. Nuyt AM. Clinical Science. 114, 1–17, 2008.

3. Oren A et al., Gestational age and birth weight in relation to aortic stiffness in healthy young adults: two separate mechanisms? *Am. J. Hypertens.* 16, 76–79, 2003
4. Poston L. Influence of Maternal Nutritional Status on Vascular Function in the Offspring. *Microcirculation* 18(4), 256–26, 2011.

Financiación. Plan Nacional (FEM2009-13434-C02-02 y FEM2012-37634-C03-01)

PÓSTER Nº 8

MODIFICACIONES EN LA EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS RELACIONADAS CON EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA EN PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ASCENDENTE CON VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE RESPECTO A TRICÚSPIDE

J. MODREGO (1), J. COBIELLA (2), A. SEGURA (3), J. SILVA (2), L. MAROTO (2), A. AYAÓN (2),
N. DE LAS HERAS (4), V. LAHERA (4), E. RODRÍGUEZ (2), A. LÓPEZ FARRÉ (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA. INSTITUTO
CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID. MADRID, (2) SERVICIO DE
CIRUGÍA CARDIACA DEL INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE
MADRID. MADRID, (3) INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE TALAVERA DE LA REINA.
TOLEDO, (4) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ANEURISMA AORTA, PROTEÓMICA, VÁLVULA AÓRTICA

RESUMEN:

Los aneurismas aórticos torácicos de pacientes con válvula aórtica bicúspide se desarrollan con anterioridad que en pacientes con válvula aórtica tricúspide. Este hecho podría deberse a diferencias hemodinámicas del flujo sanguíneo al verse modificada la válvula aortica e incluso a diferente carga hipertensiva entre ambos grupos de pacientes. Los mecanismos moleculares por los que sucede este hecho aún no están claramente establecidos. Nuestro objetivo fue analizar si existían diferencias en la expresión de proteínas relacionadas con el citoesqueleto y el metabolismo energético en aneurismas aórticos torácicos entre pacientes con válvula aórtica bicúspide y tricúspide. Los aneurismas aórticos torácicos se obtuvieron de 12 pacientes con válvula aórtica bicúspide y 11 pacientes con válvula aórtica tricúspide durante la sustitución de la válvula aórtica con reconstitución de la aorta ascendente dilatada. Existía una mayor proporción de pacientes hipertensos en el grupo tricúspide (9/11) respecto al bicúspide (3/12). Las proteínas fueron analizadas usando electroforesis bidimensional, espectrometría de masas y Western blotting. La vimentina fue la única proteína relacionada con el citoesqueleto cuya expresión era diferente entre ambos grupos de pacientes. Se observó reducción en la expresión del transportador de glucosa (GLUT-1) y un incremento en la isoforma 1 de la triosafosfato isomerasa, isoforma 1 de la a-enolasa y en la piruvato quinasa en el grupo bicúspide respecto al tricúspide. Sin embargo, las actividades enzimáticas tanto de la triosafosfato isomerasa como de la piruvato deshidrogenasa estaban reducidas en el grupo bicúspide respecto al tricúspide. Además, el contenido de piruvato, contenido de lactato, y actividad de la lactato deshidrogenasa era mayor en el grupo bicúspide comparado con el tricúspide. Aunque en el aneurisma proveniente de pacientes con válvula aórtica bicúspide existía un mayor contenido de TGF- β 1, este hecho no se correlacionó mediante el test de Spearman con el aparente estado anaeróbico del aneurisma aórtico. Estos resultados sugieren que el metabolismo de la glucosa en aneurismas aórticos torácicos puede diferir entre pacientes con válvula aórtica bicúspide y pacientes con válvula aórtica tricúspide. Esto puede contribuir a la temprana formación del aneurisma en pacientes con válvula aórtica bicúspide.

PÓSTER Nº 9

LA TESTOSTERONA REDUCE LA ACTIVIDAD METABOLICA DE LAS CELULAS MONONUCLEARES DE PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS CON ISQUEMIA CORONARIA ESTABLE

P. RODRÍGUEZ (1), J.J. ZAMORANO-LEÓN (1), J. MODREGO (1), L. AZCONA (1), C. MACAYA (1),
N. DE LAS HERAS (2), V. LAHERA (2), A. LÓPEZ-FARRÉ (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL INSTITUTO
CARDIOVASCULAR. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID. MADRID, (2) DEPARTAMENTO DE
FISIOLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: TESTOSTERONA, METABOLISMO ENERGÉTICO, DIABETES E HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

La testosterona es un marcador de protección cardiovascular cuyos niveles decrecen con la edad y también en pacientes con factores de riesgo cardiovascular como es el caso de la hipertensión arterial. No se ha descrito si la testosterona podría modificar la expresión de enzimas implicadas en el metabolismo energético de las células mononucleares, células directamente implicadas en el desarrollo de la placa ateromatosa, en pacientes diabéticos e hipertensos con un elevado riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio fue analizar in vitro el efecto de la testosterona sobre la expresión de proteínas asociadas al metabolismo energético en células mononucleares de pacientes con enfermedad coronaria estable, determinando si este efecto es más evidente en pacientes de mayor riesgo cardiovascular como los pacientes diabéticos e hipertensos (D+H). Para realizar el estudio se obtuvieron células mononucleares de pacientes D+H (n=12) y no D+H (n=12) que fueron incubados en presencia o ausencia de testosterona 10 nmol/L. Se realizó el análisis proteómico de las células mononucleares de cada grupo mediante electroforesis bidimensional (IPG 17 cm, pH 3-10). En ausencia de testosterona se observó una mayor expresión de alfa-enolasa (D+H: 26,29±5,54 vs no D+H: 11,81±4,57. p=0,037) y de succinil CoA sintetasa (D+H: 56,75±19,50 vs no D+H: 19,58±5,40. p=0,048), enzimas fundamentales en la glicólisis y ciclo de Krebs respectivamente, en las células mononucleares de D+H al compararlo con los no D+H. No se observaron cambios significativos en otras enzimas metabólicas analizadas como piruvato deshidrogenasa, piruvato quinasa, lactato deshidrogenasa, ATP sintasa, ubiquinol reductasa, fructosa 2,6 bifosfato aldolasa o gliceraldehido 3 fosfato deshidrogenasa. En presencia de testosterona, en los pacientes D+H se observó una reducción de la expresión de alfa-enolasa y succinil CoA sintetasa hasta niveles semejantes a los no D+H. En células mononucleares de pacientes no D+H, la presencia de 10 nmol/L de testosterona no modificó la expresión de ninguna de las enzimas analizadas. Como conclusión se ha detectado un aumento de la expresión de algunas enzimas implicadas la glicólisis y ciclo de Krebs en células mononucleares de pacientes D+H en condiciones fisiológicas. La testosterona parece capaz de regular este aumento metabólico lo que provocaría una menor activación de las células mononucleares de pacientes diabéticos con hipertensión y enfermedad coronaria establecida.

PÓSTER Nº 10

HIPERURICEMIA RELACIONADA CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

L.A. MATOS DE LA CRUZ (1), L.J. ERAZO GARCIA (2), K.M. RUIZ RIBERO (3), A. GONZALVEZ ALBERT (4),
V. VALERIO URENA (5), A. ZARAGOZA RIPOLL (6), D. CRESPO ÁLVAREZ (7), R. SUERO SIERRA (8),
A. BRUJAN GARCÍA (9), J.E. PEREÑIGUEZ BARRANCO (10)

(1) CENTRO DE SALUD ESPINARDO. MURCIA, (2) CENTRO DE SALUD ESPINARDO. MURCIA, (3) CENTRO
DE SALUD ESPINARDO. MURCIA, (4) CENTRO DE SALUD ESPINARDO. MURCIA, (5) CENTRO DE SALUD
ESPINARDO. MURCIA, (6) CENTRO DE SALUD ESPINARDO. MURCIA, (7) CENTRO DE SALUD ESPINARDO.
MURCIA, (8) CENTRO DE SALUD ESPINARDO. MURCIA, (9) CENTRO DE SALUD ESPINARDO. MURCIA,
(10) CENTRO DE SALUD ESPINARDO. UNIVERSIDAD DE MURCIA. MURCIA

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: HIPERURICEMIA, RIESGO, CARDIVASCULAR

RESUMEN:

OBJETIVO

Numerosos estudios epidemiológicos han comprobado la relación entre la hiperuricemia y los factores de riesgo cardiovasculares, como la HTA, diabetes, el síndrome metabólico, y la enfermedad renal. Evaluamos la asociación de hiperuricemia con dichos factores.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Se estudian 2 cupos de Medicina de Familia (MF) compuestos por 2911 pacientes mayores de 14 años, el total de hiperuricemia asciende a 467 (16.04%). Utilizando criterios de garantía de calidad resultando una muestra de 140, elegidos de forma aleatoria 1de cada 3, los cuales serán motivos de nuestro estudio.

RESULTADOS

Tomamos como referencia valores de ácido úrico >6 mg/dl (20.6%), entre 7 y 9 mg/dl (70.2%), >10 (8.5%), de éstos el 28.4% desarrollaron gota. Los grupos de edad son: 65 años 34%. Formados por 105 hombres (74.5%) y 35 mujeres (24.8%). Se observan las siguientes relaciones: el 25.8% son diabéticos tipo II de los cuales el 39.1% esta diagnosticado desde hace mas de 5 años, el 59.2% < 5 años. De los no diabéticos el 16.3% presenta ya una glucemia basal alterada. Son hipertensos 61.7%, de los cuales 46% diagnosticados hace mas de 5 años. El 58% presentan dislipemia, el 43.3% tienen síndrome metabólico, y 14.9% presenta insuficiencia renal crónica.

CONCLUSIONES

La asociación más importante de la hiperuricemia la encontramos con la HTA, seguido de hiperlipidemia, síndrome metabólico y diabetes. En cuanto al tiempo de diagnóstico la hiperuricemia en aproximadamente la mitad de los casos fue diagnosticada primero que los factores de riesgo antes mencionados. A la luz de los resultados obtenidos la hiperuricemia podría ser un indicador de futuros factores de riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº 11

ANGIOTENSINA II INDUCE LA SÍNTESIS Y EXPRESIÓN DE GREMLIN EN EL RIÑÓN

C. LAVOZ BARRIA (1), R. RODRIGUES DIEZ (1), J. EGIDO (2), S. MEZZANO (3), M. RUIZ ORTEGA (1)

(1) LABORATORIO DE BIOLOGÍA CELULAR Y ENFERMEDADES RENALES. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA, MADRID. MADRID, (2) LABORATORIO DE ENFERMEDADES RENALES. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA, MADRID. MADRID, (3) DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA, ESCUELA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUSTRAL, VALDIVIA, CHILE. VALDIVIA

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: GREMLIN, ANTAGONISTAS AT1, RIÑÓN

RESUMEN:

Introducción

El estudio del rol de Angiotensina II (AngII) en la progresión de la enfermedad renal es un campo muy activo de investigación en biomedicina. Los fármacos que bloquean el sistema renina-angiotensina (SRA) es una de las mejores estrategias terapéuticas empleadas en clínica para el tratamiento de pacientes con enfermedades renales crónicas. Gremlin es un gen de desarrollo que se re-expresa en situaciones patológicas, incluida la enfermedad renal, y se ha sugerido que es un mediador del daño en Nefropatía Diabética. Recientemente, hemos descrito que Gremlin actúa como un mediador de las acciones fibróticas de TGF-beta en células renales.

Propósito del estudio

Investigar la relación entre AngII y Gremlin en riñón. Para ello, evaluamos si AngII es capaz de regular su expresión y síntesis renal, y si este factor es un mediador de alguna de las acciones inducidas por AngII.

Métodos usados

Modelo de infusión sistémica de AngII en ratas Wistar de 3 meses de edad (minibombas osmóticas subcutáneas) a 100 ng/kg/min durante 2 semanas. Algunos animales fueron tratados diariamente con el antagonista AT1 Valsartán (10 mg/kg día en el agua de bebida), empezando un día antes de la infusión de AngII. Como control se utilizaron ratas infundidas con salino de la misma edad (n=8 animales por grupo). Modelo de Obstrucción ureteral unilateral (UO) en ratones C57BL/6 machos, no tratados o tratados con el antagonista AT1 Losartán (10 mg/kg día en el agua de bebida), y estudiados a los 5 días. Los estudios *in vitro* se realizaron en células túbulo epiteliales humanas (línea HK-2) tratadas con AngII (10^{-7} mol/L) durante 24 o 48 horas y realizamos el bloqueo de Gremlin utilizando un RNA de interferencia pequeño (siRNA). Los resultados fueron analizados por diferentes técnicas (Western blot, PCR en tiempo real, Inmunohistoquímica e Inmunofluorescencia).

Resultados

En el riñón de ratas infundidas con AngII se indujo la expresión génica de Gremlin, que no aparece en los animales control. Mediante tinción inmunohistoquímica observamos que en respuesta a AngII existe un aumento en la síntesis renal de Gremlin localizada principalmente en células tubulares. Este aumento se correlacionó con la presencia de fibrosis túbulo intersticial. El bloqueo del receptor AT1 disminuyó los niveles de Gremlin (mRNA y proteína) hasta niveles similares a los controles. En el modelo de daño renal por obstrucción del uréter se observaron niveles elevados génicos y proteicos de

Gremlin, que se revertieron con Losartán. En células HK-2, AngII produce un aumento de Gremlin tanto a nivel génico como de proteína. La estimulación con Gremlin induce la transición epitelio mesenquinal (TEM) de estas células. El bloqueo de Gremlin mediante silenciamiento génico inhibió la TEM causada por AngII. En células transfectadas con un siRNA frente a Gremlin, que inhibe su expresión génica, bloqueó el aumento en la expresión del marcador mesenquimático Vimentina y del factor profibrótico Fibronectina, inducidos por AngII, comparado con células transfectadas con un siRNA control y estimuladas con AngII.

Conclusiones

Estos datos sugieren que Angiotensina II modula la expresión de Gremlin en el riñón y proponen a Gremlin como una diana terapéutica en enfermedades renales.

PÓSTER Nº 12

RUTAS DE SEÑALIZACIÓN IMPLICADAS EN LA DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD NADPH OXIDASA INDUCIDA POR L-CARNITINA

A.J. BLANCA LOBATO (1), M.V. RUÍZ ARMENTA (1), S. ZAMBRANO SEVILLA (1), A. MATE BARRERO (1), E. REVILLA TORRES (2), C.M. VÁZQUEZ CUETO (1)

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA. FACULTAD DE FARMACIA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA,
(2) DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA. FACULTAD DE FARMACIA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: NRK-52E, L-CARNITINA, ANIÓN SUPERÓXIDO

RESUMEN:

Propósito del estudio: Es bien conocida la afectación de órganos diana, como el corazón y riñón, como consecuencia de un incremento continuado en las cifras de presión arterial. La L-carnitina es una molécula con propiedad antihipertensiva y antioxidante entre otras, pero no se han descrito las señales intracelulares implicadas al respecto. Teniendo en cuenta que uno de los principales factores implicados en el origen y desarrollo de la hipertensión arterial es el aumento en la producción de anión superóxido, nuestro objetivo ha sido evaluar las señales intracelulares por las cuales la L-carnitina podría actuar atenuando el aumento en la producción de dicho anión.

Métodos utilizados: Se han usado células epiteliales renales (NRK-52E) estimuladas con angiotensina II (Ang II), estableciéndose de este modo un fenotipo hipertensivo en el cual se produce un aumento en la producción de anión superóxido. La producción de anión superóxido se ha determinado mediante quimioluminiscencia empleando lucigenina, analizándose el efecto de inhibidores específicos de proteínas claves en diferentes rutas de señalización: vía PI3K/Akt (wortmanina), vía p38 MAPK (SB203580), vía ERKs (PD98059), vía de la PKC (BIS I). Además, se han utilizado otros inhibidores para determinar la fuente de producción de anión superóxido (rotenona, oxipurinol y DPI).

Resultados: Los resultados muestran que la mayor parte de anión superóxido generado tras la estimulación con Ang II proviene de la enzima NADPH oxidasa. Esta producción de superóxido se ve disminuida por la adición de L-carnitina. La presencia de los inhibidores específicos de las rutas de señalización intracelular mencionados anteriormente reduce la producción de anión superóxido inducida por angiotensina, sugiriendo a estas rutas como posibles vías de actuación de la L-carnitina.

Conclusiones: En la línea celular NRK-52E, la L-carnitina atenúa la producción de anión superóxido proveniente de la enzima NADPH oxidasa e inducida por Ang II, estando las vías de señalización PI3K/Akt, PKC, p38 MAPK y ERKs implicadas en tal 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).

PÓSTER Nº 13

GENERACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE UN RATÓN TRANSGÉNICO QUE SOBREEXPRESA LA LISIL OXIDASA EN CÉLULA MUSCULAR LISA VASCULAR

M. ORRIOLS (1), A. GUADALL (1), A. DE DIEGO (2), M.Á. NAVARRO (3), P. MUNIESA (3), J. OSADA (3),
J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), C. RODRÍGUEZ (1)

(1) CENTRO DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR (CSIC-ICCC). IIB-SANT PAU. BARCELONA,
(2) UNIDAD DE TRANSGÉNESIS DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD. ZARAGOZA,
(3) FACULTAD DE VETERINARIA, UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA Y CIBEROBN. ZARAGOZA

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: LISIL OXIDASA, CMLV, TRANSGÉNESIS

RESUMEN:

Antecedentes y objetivos: La lisil oxidasa (LOX), enzima clave en la síntesis y maduración de la matriz extracelular, juega un papel relevante en el mantenimiento de la homeostasis vascular. Asimismo, este es un enzima multifuncional que controla la actividad biológica de factores de crecimiento y regula la expresión génica a través de mecanismos poco estudiados y relacionados con su localización nuclear. Actualmente se desconocen en gran medida los mecanismos a través de los cuales la LOX regula la expresión génica, la identidad de sus genes diana y las consecuencias que la actividad nuclear de la LOX puede tener sobre la funcionalidad de las células vasculares. El objetivo de este estudio ha sido generar un modelo de ratón transgénico que sobre-exprese LOX humana en células musculares lisas vasculares (CMLV), para analizar las consecuencias de dicha sobre-expresión sobre la función vascular y la expresión de genes clave en la progresión y estabilidad de la lesión aterosclerótica.

Métodos: La secuencia codificante para la lisil oxidasa humana (hLOX) se situó bajo el control de un promotor mínimo de SM22a, y la construcción resultante se microinyectó en el pronúcleo de un cigoto fertilizado procedente de una hembra de la cepa Balb/c. Se obtuvieron 3 animales fundadores que se retrocruzaron con ratones C57BL/6J para dar lugar a 3 líneas estables de ratones transgénicos con expresión dirigida a CML (Tg-hLOX^{+SMC}). La sobre-expresión del transgén se analizó mediante PCR a tiempo real e inmunohistoquímica. Mediante la técnica de explantes se obtuvieron CMLV de la aorta de animales control y Tg-LOX^{+SMC}. En estas células se analizó el patrón de expresión de la LOX mediante PCR a tiempo real, western blot e inmunocitoquímica. La funcionalidad de la proteína secretada se caracterizó analizando su capacidad de inducir la polimerización de colágeno soluble.

Resultados: Se generaron tres líneas de ratones transgénicos Tg-LOX^{+SMC} fenotípicamente normales que sobrevivieron sin desarrollar malformaciones y sin problemas para procrear. El análisis por PCR a tiempo real demostró que LOX se expresaba fundamentalmente a nivel vascular, tal y como también determinaron los estudios inmunohistoquímicos en aorta y en la arteria carótida. Asimismo, tal y como había esperar, se detectó una fuerte expresión del transgén en otros tejidos ricos en CML como en útero y vejiga. Las CMLV obtenidas a partir de los animales transgénicos presentaban un incremento en la expresión de LOX evaluada por PCR a tiempo real y western blot, así como una mayor secreción de este enzima al medio de cultivo. La proteína LOX secretada por estas células es funcional ya que los

sobrenadantes procedentes de CMLV obtenidas a partir de ratones Tg-LOX^{+SMC} indujeron una polimerización de colágeno superior a la inducida por aquellos procedentes de animales control.

Conclusión: Se ha generado un ratón transgénico para la LOX que constituirá un modelo útil para evaluar el papel de este enzima en el control de la función vascular.

PÓSTER Nº 14

CROCETINA, UN CAROTENOIDE DERIVADO DEL AZAFRÁN (*CROCUS SATIVUS* L.), MEJORA LA RELAJACIÓN VASCULAR INDUCIDA POR ACETILCOLINA EN HIPERTENSIÓN

A. MANCINI (1), M. CARMONA (2), M. CARMONA (3), J. SERRANO-DIAZ (2), G.L. ALONSO (2),
E. NAVA (4), S. LLORENS (4)

(1) UNIVERSIDAD DE L'AQUILA. L'AQUILA, (2) E.T.S. INGENIEROS AGRÓNOMOS. ALBACETE, (3) PARQUE TECNOLÓGICO Y CIENTÍFICO DE ALBACETE. ALBACETE, (4) FACULTAD DE MEDICINA. ALBACETE

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, CROCETINA, ENDOTELIO

RESUMEN:

Propósito del estudio: Está bien establecido que la disfunción endotelial (DE) es un reflejo de la fisiopatología vascular. Esta DE, en experimentación *ex vivo*, está marcada por una deficiente respuesta vasodilatadora. En hipertensión (HT) se observa alteración de la vasorelajación (VR), asociada normalmente a una menor biodisponibilidad de óxido nítrico (NO) por tanto, estudios que provean información sobre agentes que mejoren la VR son necesarios, por su potencial beneficio en el tratamiento de la enfermedad vascular. En este sentido, varios trabajos indican que el azafrán (*Crocus sativus* L. (AZ)) posee propiedades hipotensoras, pero no se conocen los mecanismos vasculares subyacentes. El objetivo de este trabajo es estudiar si el AZ y uno de sus constituyentes, la crocetina (CCT), el compuesto bioactivo del AZ que pasa al torrente circulatorio tras el metabolismo, pueden mejorar la vasodilatación en HT.

Metodología: Se ha estudiado mediante miografía la VR en segmentos de aorta (AO) torácica procedentes de ratas Wistar (W), como control de normotensión (NT) y de ratas SHR (S), como control de HT. Se ha ensayado la respuesta vasodilatadora inducida por dosis crecientes de acetilcolina (ACH, 10^{-9} - 10^{-5} M) en presencia o ausencia de crocetina (CCT) o azafrán (AZ) a la concentración de 1.2×10^{-5} M. Se valoraron las vías de la óxido nítrico sintasa (NOS) y de la ciclooxigenasa (COX), realizando las curvas anteriores en presencia de los inhibidores L-NAME e Indometacina (IND), respectivamente. Se ha analizado el efecto máximo ($E_{m\acute{a}x}$) producido por la ACH y la potencia del fármaco (pD_2) en las diferentes condiciones experimentales.

La CCT y AZ se extrajeron en fase acuosa. El cálculo para la comparación de las dosis suministradas, se determinó mediante espectrometría (Ultravioleta-Visible, UV-Vis) y cromatografía (HPLC-DAD).

Resultados: La VR inducida por la ACH fue significativamente menor en AO de ratas S ($E_{m\acute{a}x}=51\pm 2$) que en la de W ($E_{m\acute{a}x}=81\pm 3$). El AZ no modificó la VR de la AO ni en W ($E_{m\acute{a}x}=87\pm 2$) ni en S ($E_{m\acute{a}x}=58\pm 7$). La CCT mejoró significativamente la VR en la aorta de ratas W ($E_{m\acute{a}x}=94\pm 1$) y de S ($E_{m\acute{a}x}=78\pm 4$), siendo más importante el incremento producido en las últimas. L-NAME abolió la respuesta inducida por la ACH, en presencia y ausencia de AZ y CCT. En presencia de IND, la VR aumentó en AO de ratas W ($E_{m\acute{a}x}=90\pm 2$) y de S ($E_{m\acute{a}x}=91\pm 1$), siendo más notable este aumento en S, esta respuesta no se modificó por la adición de CCT. Sin embargo, la adición de AZ, disminuyó el efecto producido por la IND en S ($E_{m\acute{a}x}=85\pm 3$), no produciendo cambios en W.

Conclusiones: La CCT produce una importante mejora en la VR aórtica inducida por la ACH en HT y en menor grado, también en NT. En este efecto de la CCT, no están implicadas las vías endoteliales de la NOS y COX. El AZ solo tuvo resultó activo en HT cuando se inhibió la COX, es probable que algún otro compuesto, de todos los que conforman su compleja composición, actúe impidiendo la acción vasodilatadora de la CCT y además esta acción, al menos en HT, podría implicar la liberación de un factor vasoconstrictor independiente de la vía de la COX o el bloqueo de algún canal que dirija hiperpolarización dependiente de endotelio. Se requiere más investigación para esclarecer los mecanismos involucrados en estas acciones. Aún así, este estudio provee evidencias del potencial efecto terapéutico de la CCT aislada en HT.

PÓSTER Nº 15

EFFECTOS ANTI-ATEROSCLERÓTICOS DE UN EXTRACTO CON ALTO CONTENIDO EN POLIFENOLES OBTENIDO DE LA FIBRA INSOLUBLE DE ALGARROBA (FIA): IMPLICACIÓN DE SIRT1

M. VALERO MUÑOZ (1), S. BALLESTEROS (1), B. MARTÍN FERNÁNDEZ (1), L. PÉREZ OLLEROS (2),
B. RUIZ ROSO (2), V. LAHERA (1), N. DE LAS HERAS (1)

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. MADRID, (2) DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y BROMATOLOGÍA I, FACULTAD DE FARMACIA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ATEROSCLEROSIS, FIBRA INSOLUBLE, SIRT1

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los efectos potenciales de una fibra dietética insoluble obtenida de pulpa de algarroba (FIA) con alto contenido (>80%) en polifenoles sobre las alteraciones estructurales, funcionales y moleculares asociadas con el desarrollo de la aterosclerosis en conejos con dislipemia mixta. Así mismo, estudiamos la expresión vascular de SIRT1, que podría actuar como posible mediador de estos efectos.

MÉTODOS UTILIZADOS

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron conejos New Zealand alimentados durante 8 semanas con dieta estándar (CT: control) o experimental (DL: 0,5% colesterol y 14% aceite de coco). La mitad de animales DL fue tratado simultáneamente con FIA (1g/Kg/día) (DL+ FIA). Al final del tratamiento se determinó el área de lesión aterosclerótica, la función endotelial y la expresión proteica de marcadores de inflamación (CD36, TNF- α y PAI1) y fibrosis (TGF- β y colágeno-I) y SIRT1 en aorta.

RESULTADOS

El área de lesión aterosclerótica fue $14,01 \pm 2,55\%$ en DL e inexistente en CT y se redujo ($p < 0,05$) en los animales tratados con FIA (DL+FIA: $2,59 \pm 0,89\%$). La relajación dependiente de endotelio inducida por acetilcolina fue menor ($p < 0,05$) en DL que en CT y se normalizó con FIA. Asimismo, la expresión vascular de eNOS, disminuida en DL, se normalizó en los animales tratados con FIA. La expresión vascular de mediadores inflamatorios (CD36, TNF- α y PAI1), y fibróticos (TGF- β y colágeno-I) fue mayor ($p < 0,05$) en DL que en CT. FIA normalizó todos los parámetros anteriores ($p < 0,05$). La expresión de SIRT1 fue menor ($p < 0,05$) en animales DL que en CT. El tratamiento con FIA aumentó significativamente la expresión vascular de SIRT1 en conejos DL.

CONCLUSIONES

El tratamiento con FIA disminuye el desarrollo aterosclerótico en conejos dislipémicos,—como demuestran la reducción del área de lesión aterosclerótica, la mejora de la función endotelial y la disminución de los mediadores inflamatorios y fibróticos en estos animales. Dado el alto contenido de polifenoles de FIA, y el demostrado efecto estimulador que algunos de ellos ejercen sobre SIRT1, se podría proponer que los efectos anti-ateroscleróticos observados de FIA podrían ser mediados, al menos en parte, por la estimulación de los polifenoles sobre la expresión vascular de SIRT1.

PÓSTER Nº 16

DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN UN MODELO GENÉTICO DE MICROALBUMINURIA

H. PULIDO OLMO (1), C. STEIREIF (2), C. FERNÁNDEZ GARCÍA-PRIETO (3), B. SOMOZA (3), L.M. RUILOPE (4), G. RUIZ HURTADO (4), I. ARANGUEZ (1), M. GIL ORTEGA (3), R. KREUTZ (2), M.S. FERNÁNDEZ ALFONSO (1)

(1) INSTITUTO PLURIDISCIPLINAR Y FACULTAD DE FARMACIA, UCM. MADRID, (2) DEPARTMENT OF CLINICAL PHARMACOLOGY AND TOXICOLOGY, CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN. BERLÍN, (3) DEPARTAMENTO DE CIENCIAS FARMACÉUTICAS Y DE LA ALIMENTACIÓN, FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD CEU-SAN PABLO. MADRID, (4) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN IMAS12. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ALBUMINURIA, DISFUNCIÓN ENDOTELIAL, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Las ratas Munich Wistar Frömter (MWF) desarrollan una albuminuria espontánea y progresiva. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre microalbuminuria y disfunción endotelial. Para ello se determinó la función endotelial en aortas aisladas de i) ratas MWF, ii) espontáneamente hipertensas (SHR) y iii) Wistar Kyoto (WKY), las dos últimas con bajo grado de albuminuria.

METODOLOGÍA

Se utilizaron ratas macho de 12 semanas de edad de las cepas MWF y se compararon con ratas SHR y normotensas WKY (n=10 por cepa). Se analizó la función vascular en un baño de órganos, así como la producción vascular de anión superóxido por microscopía confocal. Puesto que la albuminuria en MWF es, en gran parte, atribuible a los *loci* de carácter cuantitativo (QTL) en los cromosomas 6 y 8 (RNO6 y RNO8) se utilizaron, además, ratas MWF en las cuales RNO6 o RNO8 se sustituyeron por el respectivo cromosoma de SHR (MWF-6SHR y MWF-8SHR)

RESULTADOS

La potencia (PD2) de la acetilcolina (Ach) para inducir relajación fue significativamente menor en aorta de MWF (PD2 = 6,2 ± 0,1) en comparación con Wistar-Kyoto (WKY) (PD2 = 7,1 ± 0,1) o SHR (PD2 = 7,3 ± 0,1; p < 0,01). En todas las cepas, L-NAME abolió la relajación a Ach, mientras que la indometacina no mostró ningún efecto en WKY ni en MWF, indicando la participación exclusiva de óxido nítrico (NO) como el factor relajante endotelial en estas cepas. Las contracciones a noradrenalina (NA) se incrementaron significativamente en aortas de MWF en comparación con WKY y SHR, lo que confirma la disfunción endotelial. La producción de anión superóxido fue mayor en aortas de MWF en comparación con SHR y WKY. La albuminuria se suprimió significativamente en las ratas MWF-6SHR (-85%) y MWF-8SHR (-92%) en comparación con MWF. Curiosamente, la relajación a Ach y la contracción a NA se restauraron a niveles normales sólo en la cepa MWF-8SHR, pero no en MWF-6SHR, debido a un aumento en la biodisponibilidad de NO.

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra que la disfunción endotelial en ratas MWF con albuminuria espontánea precede al desarrollo de hipertensión. Además, la disfunción endotelial se debe a una disminución en la biodisponibilidad de NO por un aumento en la producción de anión superóxido. La sustitución de RNO8, pero no de RNO6, restaura la función endotelial en MWF, aunque el intercambio de ambos suprime la albuminuria progresiva de MWF. Este es el primer estudio que demuestra un QTL que afecta al desarrollo de disfunción endotelial y de albuminuria.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se ha realizado gracias a SAF2011-25303, GR921641, DFG KR1152-3-1 y a la Fundación Mutua Madrileña.

PÓSTER Nº 17

EFFECTOS DEL FACTOR XA Y DEL RIVAROXABÁN SOBRE EL METABOLISMO ENERGÉTICO DE LA ARTERIA FEMORAL DE PACIENTES DIABÉTICOS SOMETIDOS A AMPUTACIÓN DEL MIEMBRO INFERIOR

G. MOÑUX (1), S. GONZÁLEZ (1), J. MODREGO (2), M. HERNANDO (1), P. RODRÍGUEZ (2), J. SERRANO (1), J.J. ZAMORANO-LEÓN (2), N. DE LAS HERAS (3), V. LAHERA (3), A. LÓPEZ-FARRÉ (2)

(1) SERVICIO DE CIRUGÍA VASCULAR DEL INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID. MADRID, (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. INSTITUTO CARDIOVASCULAR DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID. MADRID, (3) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA DE FACULTAD DE MEDICINA. UNVIERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, PROTEÓMICA, METABOLISMO ENERGÉTICO

RESUMEN:

La pared vascular utiliza el metabolismo aeróbico de la glucosa para su funcionamiento fisiológico. El objetivo fue analizar, mediante proteómica, si el Factor Xa puede producir cambios en el patrón de expresión de proteínas relacionadas con el metabolismo energético de la arteria femoral de pacientes diabéticos sometidos a amputación y si el Rivaroxabán podría modificarlo. Se incluyeron 12 pacientes diabéticos con amputación del miembro inferior, de los cuales se extrajo un segmento de la arteria femoral, realizándose distintas incubaciones del tejido: a) con medio de cultivo (control), b) con 0,025 μ M de Factor Xa, c) con 5 μ M de Rivaroxabán mas 0,025 μ M de Factor Xa durante 24 horas a 37 $^{\circ}$ C. Las proteínas relacionadas con el metabolismo energético fueron identificadas en los segmentos de la arteria femoral en el control, incubación con Factor Xa y con Factor Xa mas Rivaroxabán, cuya expresión fue diferente ($p < 0,05$) en los grupos de estudio (ver tabla). En conclusión, el Factor Xa estimula la expresión de proteínas relacionadas con la glucolisis y el metabolismo anaerobio (lactato deshidrogenasa). Además, el aumento de la creatina kinasa puede sugerir un requerimiento energético mayor inducido por Factor Xa, probablemente por utilizar la vía anaeróbica, lo que podría sugerir una mayor distensibilidad y peor funcionalidad vascular. El Rivaroxabán previene estos efectos inducidos por el Factor Xa, lo que podría beneficiar la función de la pared aórtica diabética.

	<i>Proteína</i>	<i>Control (U.A.)</i>	<i>Fxa (U.A.)</i>	<i>Fxa + Rivaroxabán</i>
	<i>Creatina kinasa</i>	7,97 \pm 3,80	40,16 \pm 13,46*	13,12 \pm 5,30†
	<i>Lactato deshidrogenasa</i>	10,49 \pm 5,68	40,48 \pm 19,64*	6,08 \pm 1,92†
<i>Metabolismo energético</i>	<i>Gliceraldehído 3-fosfato deshidrogenasa</i>	5,54 \pm 2,88	25,27 \pm 8,16*	21,16 \pm 13,60†
	<i>Triosafofato isomerasa</i>			
	<i>Isoforma 1</i>	8,10 \pm 3,37	33,45 \pm 19,89*	7,62 \pm 2,19†
	<i>Isoforma 2</i>	7,60 \pm 4,01	40,41 \pm 21,47*	12,50 \pm 7,23†

U.A.: Unidades arbitrarias; $p < 0,05$ (*): Fxa frente a control; (†): Fxa + Rivaroxabán frente a Fxa.

PÓSTER Nº 18

EL TRANSPORTE ENDOTELIAL DE L-CARNITINA DISMINUYE EN RATAS HIPERTENSAS

C.M. VÁZQUEZ CUETO (1), E. GUZMÁN GUTIERREZ (2), R. SALSOSO RODRIGUEZ (2),
S. ZAMBRANO SEVILLA (1), M.V. RUIZ ARMENTA (1), A.J. BLANCA LOBATO (1), F. PARDO VASQUEZ (2),
A. LEIVA MENDOZA (2), A. MATE BARRERO (1), L. SOBREVIA LUARTE (2)

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

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: CÉLULAS ENDOTELIALES, L-CARNITINA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: Estudios realizados previamente por nuestro grupo de trabajo han demostrado los efectos beneficiosos de la L-carnitina en la hipertensión arterial así como en el daño orgánico asociado. Uno de sus efectos es el hipotensor y vasodilatador. En este trabajo nos proponemos estudiar el transporte endotelial de L-carnitina en ratas hipertensas, caracterizando sus transportadores e identificando la presencia de los mismos.

Métodos utilizados: hemos usado cultivos primarios de células endoteliales provenientes de aorta de ratas (RAEC) normotensas (*Wistar Kyoto rats, WKY*) e hipertensas (*Spontaneously hypertensive rats, SHR*). La captación en velocidad inicial (v_i) de L-carnitina (1-40 μ M, 5 μ Ci/mL, 37°C, 0-60 segundos), así como la determinación de los parámetros cinéticos velocidad máxima (V_{max}) y K_m se estudiaron en ausencia y en presencia de sodio. La expresión génica de los transportadores se determinó por técnicas de RT-PCR usando primers correspondientes a los transportadores de L-carnitina.

Resultados: La captación de L-carnitina presentó un componente sodio-dependiente ($v_i = 0.003 \pm 0.002$ pmol/ μ g proteína/segundo) y otro sodio-independiente ($v_i = 0.004 \pm 0.0003$ pmol/ μ g proteína/segundo) en RAEC de ratas normotensas. Las ratas hipertensas presentan una disminución del componente sodio-dependiente ($v_i = 0.001 \pm 0.0001$ pmol/ μ g proteína/segundo), sin alterar significativamente el componente sodio-independiente. El transporte sodio-dependiente de L-carnitina fue saturable y disminuyó de forma significativa en las RAEC de ratas hipertensas con respecto a las normotensas ($V_{max} = 0.20 \pm 0.03$ y 0.42 ± 0.06 pmol/ μ g proteína/minuto, respectivamente). Los estudios de expresión génica indican la presencia de los transportadores de L-carnitina OCTN1 y OCTN2, en las RAEC de ratas normotensas e hipertensas, con una marcada disminución en la expresión del transportador OCTN2 en ratas hipertensas con respecto a las normotensas, sin diferencias significativas en la expresión del OCTN1.

Conclusiones: El endotelio de aorta de ratas hipertensas presenta una menor capacidad de transporte sodio-dependiente de L-carnitina, disminuyendo la expresión génica del transportador OCTN2, lo que sugiere un posible papel de este compuesto en el control del tono vascular en la hipertensión arterial.

Agradecimientos: Instituto de Salud Carlos III-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación, PN de I+D+I 2008-2011 (PS09/01395), Agencia Española de Cooperación Internacional

para el Desarrollo (AECID) (D/031187/10, A1/036123/11), CONICYT (ACT-73 PIA, AT-24120944, AT-24120941), FONDECYT (1110977, 11110059, 3130583). EG-G y RS son alumnos becarios de doctorado CONICYT-Chile; RS es becaria de doctorado de la Facultad de Medicina, PUC-Chile; 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 19

PAPEL DE LA FOSFORILACIÓN DE LA S10 DE P27 EN EL DESARROLLO DE ANEURISMA AÓRTICO-ABDOMINAL, HIPERTROFIA CARDÍACA E HIPERTENSIÓN

P. MOLINA SÁNCHEZ (1), V. ESTEBAN VÁZQUEZ (13), J.J. FUSTER ORTUÑO (12),
J.M. REDONDO MOYA (3), V. ANDRÉS GARCÍA (1)

(1) LAB. FISIOPATOLOGÍA CARDIOVASCULAR MOLECULAR Y GENÉTICA. DEPT. EPIDEMIOLOGÍA, ATERTROMBOSIS E IMAGEN. CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES (CNIC). MADRID (ESPAÑA), (2) LAB OF MOLECULAR CARDIOLOGY, WHITAKER CARDIOVASCULAR INSTITUTE, BOSTON UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE. BOSTON, MA 02118, USA, (3) LAB. REGULACIÓN GÉNICA EN REMODELADO VASCULAR E INFLAMACIÓN. DEPT. BIOLOGÍA VASCULAR E INFLAMACIÓN. CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES (CNIC). MADRID (ESPAÑA)

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ANGIOTENSINA II, ANEURISMA AORTICO-ABDOMINAL, P27

RESUMEN:

Objetivo:

El papel del inhibidor del ciclo celular p27 ha sido ampliamente descrito en multitud de procesos patológicos. En el ámbito cardiovascular, su acción antiproliferativa le confiere un papel protector frente a enfermedades como hipertrofia cardíaca, restenosis o aterosclerosis. En los últimos años se ha descrito que ciertas modificaciones postraduccionales de p27 están involucradas en el control de mecanismos celulares independientes del proceso de división celular. Así, nuestro laboratorio ha demostrado que la ausencia de fosforilación de p27 en Serina 10 (S10) favorece el desarrollo de aterosclerosis por un mecanismo independiente del ciclo celular mediado por la vía de señalización de Rho. El objetivo del presente estudio es investigar si dicha fosforilación participa en el desarrollo de otras patologías del sistema cardiovascular, en particular en el contexto de la hipertensión y enfermedades asociadas como el aneurisma aórtico-abdominal (AAA) y la hipertrofia cardíaca.

Métodos

Se analizaron ratones de fenotipo silvestre y ratones que expresan una versión mutante de p27 con sustitución de S10 por Alanina, un aminoácido no fosforilable (ratones p27S10A). En ambos grupos de animales se implantaron bombas osmóticas que liberan Angiotensina II (1µg/kg/min) para producir hipertensión arterial y generar un modelo de formación de AAA y de hipertrofia cardíaca. Se hizo un seguimiento de la evolución de dichas enfermedades mediante ecografía abdominal y torácica y se analizó la expresión de distintos miembros de la vía de señalización AngII-AT1R-Rho-MLC a través de PCR cuantitativa y Western Blot.

Resultados

Los ratones p27S10A presentaron niveles superiores de presión arterial diastólica al compararlos con sus controles silvestres, diferencias que se vieron aumentadas tras la administración de Angiotensina II. Los ratones mutantes presentaron también una mayor susceptibilidad al desarrollo de AAA y un mayor volumen cardíaco tras el estímulo hipertensivo. Datos preliminares sugieren que este fenotipo

asociado a la ausencia de fosforilación de p27 en S10 podría deberse a un incremento de la actividad de la vía de señalización AngII-AT1R- Rho-MLC.

Conclusión

La ausencia de fosforilación de p27 en S10 favorece un estado hipertensivo así como la formación de AAA y de hipertrofia cardíaca en ratones. Esto sugiere un papel protector de dicha fosforilación en la enfermedad cardiovascular.

PÓSTER Nº 20

RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES CIRCULANTES, EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA PRESENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES HIPERTENSOS

D. GÓMEZ GARRE (1), A. ORTEGA HERNÁNDEZ (1), P. MUÑOZ-PACHECO (1), M. ABAD CARDIEL (1), E. VILLAR (1), M. ÁVILA SÁNCHEZ-TORIJA (1), N. MARTELL CLAROS (1), A. FERNÁNDEZ-CRUZ (1)

(1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, CÉLULAS PROGENITORAS, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Introducción: Diversos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes hipertensos presentan, con más frecuencia que los sujetos normotensos, una agrupación de factores de riesgo, principalmente los relacionados con el metabolismo hidrocarbonado o dislipidemia. Además, se ha demostrado que la presencia de síndrome metabólico (SM) potencia el daño vascular de la hipertensión e incrementa el riesgo de presentar alguna complicación cardiovascular. La disfunción endotelial se considera en la actualidad una de las primeras manifestaciones de la enfermedad vascular y la arteriosclerosis y se ha demostrado que se asocia con los principales factores de riesgo cardiovascular. Tradicionalmente se ha pensado que el endotelio dañado o inexistente provenía de la replicación de células endoteliales adyacentes. Sin embargo, cada día cobra mayor relevancia la idea del papel fundamental de las células progenitoras endoteliales circulantes (CPEs), provenientes de la médula ósea, en la regeneración/formación del endotelio vascular. Se ha demostrado que el número de EPCs aumenta significativamente en pacientes con disfunción endotelial, daño vascular e infarto agudo de miocardio, asumiéndose que el número y la funcionalidad de estas células podrían reflejar la capacidad endógena de reparación del vaso. **Objetivos:** Estudiar la relación entre el número de componentes del SM, el número de CPEs circulantes y el riesgo cardiovascular en una población de pacientes hipertensos. **Métodos:** Hemos estudiado 116 pacientes hipertensos. A todos los pacientes no diagnosticados de diabetes, se les realizó una sobrecarga oral de glucosa para poder clasificarlos como pacientes con glucosa anómala en ayunas, intolerancia a hidratos de carbono o diabéticos. Los niveles plasmáticos de CPEs [medidas como células CD34+/KDR+, CD34+/CD144+(VE-cadherina) o CD14+/CD105+(endoglin)] se midieron mediante citometría de flujo. El riesgo cardiovascular se valoró cuantificando el grosor intima media (GIM) carotídeo mediante eco-Doppler. Los pacientes con 5 componentes se han unido al grupo de 4 componentes por su escaso número (n=4). **Resultados:** Nuestra población tenía una edad media de 63±14 años, y una duración de la hipertensión de 12,6±10,7 años. Todos los pacientes estaban tratados y controlados, con una presión arterial sistólica/diastólica de 127±18/75±12 mmHg. Más de la mitad de los pacientes (60,3 %) presentaban SM; de los cuales el 67,2 % tenían 3 componentes, el 27,1 % tenían 4 y el 5,7 % presentaban los 5 componentes del SM. Los pacientes con 1-2 componentes mostraron unos niveles de CPEs CD34+/CD144+ [0,68% (RIQ: 0,17-1,22 %)] similares a los que tenían los pacientes con 3 componentes [0,66% (0,39-1,42 %)]. Sin embargo, los pacientes que tenían 4 componentes presentaron una disminución significativa del número de CPEs [0,37% (0,37-

0,59)] ($p < 0,001$). No encontramos ninguna asociación entre el número de CPEs CD34+/KDR+, o de CD14+/CD105+ y el número de componentes del SM. A medida que aumentó la presencia de factores de riesgo en los pacientes, se observó un incremento en el GIM, que se correlacionó negativamente con el número de células CD34+/CD144+ ($r = -0,158$, $p = 0,125$). **Conclusiones:** La presencia simultánea de 4-5 componentes del SM se asocia con un menor número de CPEs CD34+/CD144+, que puede ser, al menos en parte, responsable del aumento del riesgo cardiovascular que presentan estos pacientes. Es posible que estas células puedan servir como marcadores de riesgo cardiovascular, así como una posible línea de abordaje terapéutico en pacientes hipertensos con SM.

PÓSTER Nº 21

IMPLICACIÓN DEL IGF-2 Y LOS RECEPTORES HÍBRIDOS IRA/IGF-1R EN LA PROLIFERACIÓN DE LAS CÉLULAS DE MÚSCULO LISO VASCULAR

A. GÓMEZ-HERNÁNDEZ (1), L. PERDOMO (1), Ó. ESCRIBANO (1), Y.F. OTERO (1), G. GARCÍA-GÓMEZ (1), S. FERNÁNDEZ (1), N. BENEIT (1), N. DE LAS HERAS (2), M. BENITO (1)

(1) DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA Y DE BIOLOGÍA MOLECULAR, FACULTAD DE FARMACIA, UCM. CIBERDEM. MADRID, (2) DEPARTAMENTO DE FISIOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UCM. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: CÉLULAS DE MÚSCULO LISO VASCULAR, PROLIFERACIÓN, FACTOR DE CRECIMIENTO 2 SIMILAR A LA INSULINA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Estudiar el papel de IGF-2, de las isoformas del receptor de la insulina (IRA e IRB) así como de los receptores híbridos (IRA/IGF-1R e IRB/IGF-1R) en la proliferación de células de músculo liso vascular (VSMCs).

Métodos usados: Para estudiar el papel de ambas isoformas del receptor de la insulina (IR) en la proliferación de VSMCs, implicada en el inicio del proceso aterogénico, generamos nuevas líneas de VSMC que tuvieran ambas isoformas del IR (WT VSMCs; IRLoxP^{+/+} VSMCs), sin el IR (IR^{-/-} VSMCs) o que expresen exclusivamente la IRA (IRA VSMCs) o la IRB (IRB VSMCs).

Para valorar *in vivo* el papel tanto de las isoformas del IR como de los receptores híbridos (IR/IGF-1R), utilizamos dos modelos experimentales de distinto grado de daño vascular. El primero era un modelo clásico de aterosclerosis, como es el ratón ApoE^{-/-} de 24 semanas de edad. El segundo de ellos, un modelo carente del receptor de la insulina en el tejido adiposo marrón (BATIRKO), que desarrolla lipoatrofia marrón, alteraciones en el metabolismo de la glucosa y a las 52 semanas de edad, obesidad, resistencia a la insulina vascular y disfunción vascular.

Resultados: La insulina y los estímulos proaterogénicos aumentaron la expresión de la IRA, sin modificar la expresión de IRB, en IRLoxP^{+/+} VSMCs. Además, la insulina vía ERKs y los estímulos proaterogénicos tanto por la activación de las ERK como de p38, indujeron un mayor nivel de proliferación en las células IRA VSMCs que en las IRB VSMCs. Este último efecto, podría deberse a una mayor expresión de los receptores de Ang II, ET-1 y TXA₂ en IRA VSMCs así como una mayor asociación basal entre la IRA y dichos receptores. Por otro lado, los niveles de los receptores de TNF-α (TNF-R1 y TNF-R2) fueron muy similares tanto en las IRA como en las IRB VSMCs. Sin embargo, el TNF-α indujo una mayor asociación entre la IRA y el TNF-R1 de manera tiempo dependiente.

Otro de los objetivos del presente trabajo era estudiar el papel de IGF-2 en la proliferación de las VSMCs. En este sentido, las acciones aterogénicas de IGF-2 podrían estar favorecidas por el aumento de expresión de la IRA. Así, IGF-2 y TNF-α indujeron un aumento significativo de la expresión de IRA e IGF-1R así como de la formación de receptores híbridos IRA/IGF-1R correlacionándose con que ambos estímulos inducen una mayor proliferación en IRA VSMCs que en IRB VSMCs

In vivo, se observó un aumento significativo de la expresión de IRA, TNF-R1 e IGF-1R así como una mayor asociación entre la IRA y el TNF-R1 o IGF-1R en la aorta de ratones ApoE^{-/-} y BATIRKO con

respecto a sus controles. Finalmente, un grupo de ratones BATIRKO de 52 semanas fue tratado con anticuerpo anti-TNF- α durante 6 semanas, mejorando su control glucémico, las alteraciones vasculares y un descenso de la expresión de los receptores estudiados así como su asociación con la IRA.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la IRA y su asociación con el TNF-R1 e IGF-1R confiere una ventaja proliferativa a las células de músculo liso vascular, principalmente en respuesta a TNF- α e IGF-2, pudiendo tener relevancia en el inicio del proceso aterosclerótico.

PÓSTER Nº 22

LA ADIPOQUINA VISFATINA INDUCE SENESCENCIA EN CÉLULAS ENDOTELIALES A TRAVÉS DE SU ACTIVIDAD NICOTINAMIDA FOSFORIBOSILTRANSFERASA

L.A. VILLALOBOS RODRÍGUEZ (1), A. URYGA (2), A. LEIVAS (1), R. CARRARO (3), J. ERUSALIMSKY (2),
C. SANCHEZ-FERRER (1), C. PEIRÓ (1)

(1) DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID, ESPAÑA, (2) CARDIFF METROPOLITAN UNIVERSITY. CARDIFF, UK, (3) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID, ESPAÑA

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: SENESCENCIA VASCULAR, VISFATINA, HUVEC

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

El tejido adiposo es un órgano endocrino activo que libera una familia de sustancias llamadas adipoquinas. En enfermedades como la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2, la producción desequilibrada de estas adipoquinas se encuentra ligada tanto a la resistencia a la insulina como a la inflamación sistémica y la disfunción endotelial. La senescencia vascular es una respuesta al estrés asociada con la aterosclerosis y el daño vascular. En este trabajo se investiga la capacidad de la visfatina, una adipoquina con actividad nicotinamida fosforibosiltransferasa (Nampt), y cuyos niveles circulantes están elevados en obesidad y diabetes tipo 2, para inducir senescencia en las células endoteliales de vena de cordón umbilical humano (HUVEC).

MATERIAL Y MÉTODOS

La senescencia celular se determinó por tinción de β -galactosidasa a pH 6,0 (SA- β gal), distinguiéndose las células senescentes por una coloración azul. Los niveles de p53 se midieron por la técnica de Western blotting. Los puntos de daño en el ADN y la disfunción telomérica inducida (TIFs) se examinaron por inmunofluorescencia indirecta usando el anticuerpo anti-fosfo-histona γ H2A.X y el anticuerpo anti-TRF-1.

RESULTADOS

La exposición de los cultivos de HUVEC a visfatina (10, 25, 50 and 100 ng/ml) durante 24 h dieron por resultado un incremento de la tinción de SA- β gal dependiente de la concentración. A la concentración de 50 ng/ml, la visfatina incrementó significativamente los niveles celulares de la proteína pro-senescente p53. El peróxido de hidrógeno (50 μ mol/l, 24 h) fue empleado como control positivo de la actividad SA- β gal y la inducción de p53. Además, la visfatina provocó daño telomérico asociado al ADN de una manera dependiente de la concentración. El tratamiento de las células con visfatina 50 ng/ml durante 24, 48, 72 y 96 horas provocó un aumento de la la tinción de SA- β gal dependiente del tiempo. Los efectos senescentes de la visfatina (50 ng/ml) sobre la inducción de los niveles de p53, la actividad y el daño en el AND fueron prevenidos por el inhibidor de la actividad Nampt APO866 (10 μ mol/L) y mimetizados por el producto de la reacción Nampt, el mononucleótido de nicotinamida (100 μ mol/L).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La adipoquina visfatina induce la senescencia en células endoteliales humanas través de la actividad Nampt. Por lo tanto, la visfatina puede actuar como un enlace entre la desregulación del tejido adiposo y las complicaciones vasculares en el contexto de los desórdenes metabólicos.

PÓSTER Nº 23

PAPEL DE LA PROTEINA RCAN1 EN MACROFAGOS, EN EL DESARROLLO DE ATEROSCLEROSIS

N. MENDEZ BARBERO (1), V. ESTEBAN VAZQUEZ (1), S. SANCHEZ DONOSO (1), A. ESCOLANO (1),
K. URSO (1), C. RORIGUEZ (2), V. ANDRES (1), J. MARTINEZ GONZALEZ (2), J.M. REDONDO (1),
M.R. CAMPANERO (3)

(1) CNIC (CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CARDIOVASCULARES). MADRID, (2) CSIC-ICCC (IIB
SANT PAU. BARCELONA, (3) IIB ALBERTO SOLS CSIC-UAM. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ATEROSCLEROSIS, MACROFAGOS, RCAN1

RESUMEN:

La aterosclerosis es una enfermedad vascular compleja caracterizada por la deposición de sustancias lipídicas en la pared de las arterias, que provoca una reacción inflamatoria con un consecuente remodelado vascular. La enfermedad aterosclerótica es la mayor causa de muerte por enfermedad cardiovascular ya que es la responsable de infartos de miocardio, ictus o enfermedades vasculares periféricas. Por este motivo, han sido muchos los estudios preclínicos llevados a cabo en ratones deficientes en apolipoproteína E, (ApoE^{-/-} capaces de desarrollar hipercolesterolemia y placas de ateroma) para estudiar posibles marcadores o moléculas involucradas en este proceso. En estudios previos hemos demostrado la importancia de la proteína RCAN1 (Regulador de Calcineurina), como molécula implicada en otras patologías vasculares como son el desarrollo de aneurisma abdominal aórtico y restenosis arterial.

En el caso de la aterosclerosis, hemos demostrado que en pacientes que muestran lesiones ateroscleróticas en las arterias coronarias, la expresión de Rcan1 se ve inducida si se compara con zonas no dañadas de este mismo paciente. Además la expresión de Rcan1 se ve restringida a zonas ricas en células de músculo liso vascular (CMLVs) y a macrófagos. De igual manera que vemos en humanos, en ratones ApoE^{-/-} también observamos una inducción de la expresión de la proteína Rcan1 en tejido aórtico lesionado. Rcan1 en placas de ateroma de ratones se expresa en macrófagos, células endoteliales y CMLVs. Además, *in vitro* la expresión de Rcan1 es inducida en estos tres tipos celulares después de su tratamiento con lipoproteínas oxidadas de baja densidad (oxLDL).

La deficiencia de Rcan1 en ratones ApoE^{-/-} alimentados con dieta rica en colesterol reduce tanto la extensión de la aterosclerosis a nivel aórtico, como el grado de desarrollo de la lesión, ya que estos ratones muestran lesiones menos avanzadas. Además y teniendo en cuenta la importancia de la estenosis aórtica provocada por lesiones ateroscleróticas, como marcador en humanos de riesgo cardiovascular, hemos desarrollado una técnica de microscopía para obtener información 3D del volumen de estas lesiones siendo capaces de obtener información volumétrica de cada ateroma utilizando las aortas *en face*. Estos datos indican que los ratones deficientes en Rcan1 además de presentar menos área de lesión presentan menos volumen de lesión y por tanto vasos menos estenosados.

Los efectos que encontramos *in vivo* los hemos relacionado con los datos *in vitro* observados en uno de los tipos celulares más importantes en la inducción de la patología, como son los macrófagos. Hemos

observado que macrófagos deficientes en Rcan1^{-/-} tienen menos capacidad de captación de oxLDL del medio, lo que supondría que se vería disminuida su posibilidad de transformación en célula espumosa. También relacionado con este mecanismo, hemos observado que macrófagos deficientes en Rcan1 son resistentes a la inhibición que ejercen las oxLDL sobre la emigración de estos fuera de la placa, lo que implicaría que son menos retenidos en las lesiones favoreciendo la resolución de la patología. Al contrario, los macrófagos Rcan^{+/+} quedarían retenidos en las lesiones enriqueciendo la placa de células espumosas que favorecerán la formación de la capsula necrótica y la posible trombosis del vaso.

Además hemos comprobado que macrófagos Apoe^{-/-}-Rcan1^{-/-} expresan altos niveles de marcadores antiinflamatorios, como son la Interleuquina 10, Receptor de Manosa, o la Arginasa comparado con macrófagos Apoe^{-/-}-Rcan^{+/+} tanto *in vitro* como *in vivo*.

Por todo esto, y con el objetivo de esclarecer el papel de RCAN1 en los macrófagos en el desarrollo de ateroma, se realizaron trasplantes de médula ósea. Los resultados mostraron que trasplante de células hematopoyéticas de Apoe^{-/-}-Rcan^{-/-} en animales receptores Apoe^{-/-} confiere resistencia a la enfermedad aterosclerótica.

Estos resultados apoyan el papel pro-aterogénico de Rcan1 en macrófagos y definen a esta proteína como diana terapéutica para esta enfermedad vascular.

PÓSTER Nº 24

LA SITAGLIPTINA ATENÚA LA FIBROSIS CARDIACA ASOCIADA A DIABETES TIPO-II PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DE SU EFECTO INSULINOTRÓPICO

B. PICATOSTE BOTIJA (1), S. ARES CARRASCO (1), E. RAMÍREZ BUSTILLO (1), A. CARO VADILLO (2),
J. EGIDO DE LOS RÍOS (1), J. TUÑÓN FERNÁNDEZ (1), Ó. LORENZO GONZÁLEZ (1)

(1) IIS-FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. MADRID, (2) FACULTAD DE VETERINARIA,
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: MIOCARDIOPATÍA DIABÉTICA, FIBROSIS, SITAGLIPTINA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Estudiar el potencial efecto de la sitagliptina sobre el corazón diabético.

Introducción: La fibrosis cardiaca es un proceso clave en el desarrollo de la miocardiopatía diabética pero carece de una terapia efectiva. La sitagliptina incrementa los niveles circulantes de la incretina insulínica GLP-1 (glucagon like peptide-1) mediante el bloqueo de su degradación a péptido inactivo GLP-1 (9-36). GLP-1 posee receptores específicos en el corazón.

Métodos: Ratas Goto-Kakizaki (GK), diabéticas tipo-II no hipertensas, fueron tratadas con sitagliptina (10 mg/Kg/día), metformina (200 mg/Kg/día) o vehículo durante 10 semanas. Además se utilizaron ratas wistar como grupo control (n=10 por grupo). Después se realizó un test de tolerancia a glucosa y evaluación de la estructura y función cardiaca. Finalmente se extrajo la sangre y los corazones para el análisis de los diferentes parámetros bioquímicos e histológicos. Las líneas de cardiomiocitos HL-1 y fibroblastos TFBs se utilizaron para los experimentos *in vitro*.

Resultados: Las ratas GK desarrollaron hiperlipidemia, hiperglicemia e intolerancia a glucosa. Además, mostraron hipertrofia y fibrosis cardiaca, y sobreexpresión de factores profibróticos (TGF β , CTGF y fibronectina). Sin embargo, a diferencia del tratamiento con metformina, la sitagliptina incrementó los niveles de GLP-1 circulantes y redujo estos eventos. En HL-1 y TFBs la estimulación con altas concentraciones de glucosa o ácido graso (palmítico) estimuló la expresión y secreción de factores profibróticos. Interesantemente, la coestimulación con GLP-1 o GLP-1 (9-36) previno estos efectos profibróticos. Sin embargo, la coincubación de GLP-1 con sitagliptina no potenció el efecto antifibrótico.

Conclusión: La sitagliptina, a través del aumento de los niveles circulantes de GLP-1, puede controlar la hiperglicemia y la hiperlipidemia en la rata diabética pero además, atenúa la fibrosis cardiaca asociada. Interesantemente, debido a que GLP-1(9-36) induce similares acciones antifibróticas que GLP-1 en cardiomiocitos y fibroblastos, el efecto observado en las ratas tratadas podría deberse principalmente al efecto insulínico.

PÓSTER Nº 25

LA GALECTINA-3: UNA NUEVA DIANA TERAPÉUTICA EN LA FIBROSIS Y DISFUNCIÓN CARDIO-VASCULO-RENAL INDUCIDA POR LA ALDOSTERONA

N. LÓPEZ-ANDRÉS (1), L. CALVIER (2), M. MIANA (3), V. CACHOFEIRO (3), E. MARTINEZ-MARTINEZ (3),
P. LACOLLEY (2), F. ZANNAD (2), P. ROSSIGNOL (2)

(1) CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NAVARRA BIOMED. PAMPLONA, (2) INSERM U961. NANCY,
(3) UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ALDOSTERONA, FIBROSIS, GALECTINA-3

RESUMEN:

Introducción. La aldosterona (Aldo) está implicada en las alteraciones cardiovasculares y renales asociadas con el desarrollo de insuficiencia cardiaca (IC), pero los mecanismos son desconocidos. La Galectina-3 (Gal-3) es una lectina que se une a los beta-galactósidos, cuya expresión aumenta en IC.

Hipótesis. En nuestro trabajo investigamos la implicación de la Gal-3 en la fibrosis y disfunción cardiovascular inducida por la aldosterona.

Métodos y Resultados. Ratas Wistar se trataron durante tres semanas con Aldo-sal combinada con espirolactona o pectina de limón modificada (MCP), un inhibidor de la Gal-3. Las ratas tratadas con Aldo-sal presentaron un aumento en los niveles de Gal-3 en el corazón, la aorta y el riñón. El tratamiento con Aldo-sal indujo hipertensión, disfunción cardiaca, y un aumento del peso del corazón, del diámetro de los cardiomiocitos, de la fibrosis y de la inflamación miocárdicas. A nivel vascular, el tratamiento con Aldo-sal indujo un aumento del espesor de la aorta y de la deposición de colágeno y fibronectina. Los animales tratados con Aldo-sal presentaron un aumento de la fibrosis glomerular y túbulo-intersticial en riñón, fenómeno que se acompañó de una transición epitelio-mesenquimal y de microalbuminuria. El tratamiento con espirolactona o con MCP normalizó todos los parámetros cardiacos, vasculares y renales analizados, incluyendo los niveles de Gal-3. Por otra parte, ratones WT y knockout para la Gal-3 se trataron con Aldo durante 6 horas. La infusión con Aldo incrementó los niveles de Gal-3 y de colágeno en el corazón, la aorta y el riñón de los ratones WT. Sin embargo, los ratones knockout para la Gal-3 tratados con Aldo no presentaron aumento de colágeno en ninguno de los órganos analizados.

Conclusión. En el hiperaldosteronismo experimental, el aumento de Gal-3 se asocia a la fibrosis cardiaca, vascular y renal, así como a la disfunción de los tres órganos. La fibrosis y la disfunción cardiovascular-renal se previenen con la MCP, un inhibidor de la Gal-3, así como en los ratones que no expresan la Gal-3. Nuestros resultados sugieren un papel clave para la Gal-3 en el remodelado cardiovascular-renal inducido por la Aldo. La Gal-3 podría ser una nueva diana terapéutica en pacientes con IC.

PÓSTER Nº 26

EFECTO DE UN INHIBIDOR DE LA LISIL OXIDASA SOBRE LAS ALTERACIONES CARDIACAS ASOCIADAS A LA OBESIDAD EN RATA

E. MARTÍNEZ MARTÍNEZ (1), M. MIANA (1), R. JURADO LÓPEZ (1), A. BRIONES (2), M. LUACES (3), M. VALERO MUÑOZ (1), J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (4), C. RODRÍGUEZ (4), N. LÓPEZ ANDRÉS (5), V. CACHOFEIRO (1)

- (1) FACULTAD DE MEDICINA. DEPARTAMENTO FISIOLÓGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. MADRID,
(2) FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA. MADRID, (3) SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID,
(4) CENTRO DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR (CSIC-ICCC), IIB-SANT PAU. BARCELONA,
(5) INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE. NANCY

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD, CORAZÓN, LISIL OXIDASA

RESUMEN:

La obesidad se asocia con remodelado cardíaco que se caracteriza por cambios en el fenotipo de los miocitos y en la matriz extracelular (MEC), que favorecen el desarrollo de fibrosis miocárdica. El remodelado de la MEC es por tanto, un proceso crítico que compromete la función cardíaca y contribuye de forma activa al fallo cardíaco. El colágeno (fundamentalmente el tipo I) y en menor medida la fibronectina y la laminina son los principales componentes de la MEC en el corazón. Los niveles de MEC requiere un control preciso del equilibrio entre su síntesis y su degradación. Una de las etapas clave en la síntesis y maduración de la MEC es la catalizada por la enzima lisil oxidasa (LOX), que permite el entrecruzamiento de las fibras de colágeno y elastina y la formación de una MEC estable e insoluble.

Objetivo: Estudiar los efectos de un inhibidor de la LOX, el beta-aminopropionitrilo (BAPN), sobre las alteraciones cardíacas en un modelo de obesidad inducido por dieta en rata, así como los posibles mecanismos involucrados.

Material y métodos: Se utilizaron ratas macho Wistar (150±5 g p.c.) que se dividieron en 4 grupos: (I) alimentadas con una dieta estándar (11% de grasa; grupo CT, n=8); (II) alimentadas con una dieta rica en grasa (33.5% de grasa; grupo OB, n=8); (III) alimentadas con una dieta rica en grasa y tratados con BAPN (100 mg/kg/día) en el agua de bebida (grupo OB+LOXi; n=10); (IV) alimentadas con una dieta estándar y BAPN en el agua de bebida (grupo LOXi; n=8), durante 6 semanas. Al final del período de evolución se valoró la función cardíaca mediante ecocardiografía, los niveles de colágeno total mediante tinción con rojo Sirio en el corazón. Asimismo, se midió la expresión proteica de colágeno I, MMP-2, TIMP-1 TGF-β, CTGF y galectina-3 en el corazón. Finalmente se evaluó la producción de aniones superóxido mediante la técnica de fluorescencia inducida por DHE.

Resultados: Los animales alimentados con una dieta rica en grasa presentaron un incremento del peso corporal de un 26% con respecto al grupo CT. En comparación con las ratas control no se observaron diferencias ni en la PAS, FEVI, PP, SIV, DTDVI, DTSVI o en el acortamiento fraccional. Las ratas obesas presentaron un aumento del peso relativo del corazón, de los niveles cardíacos de colágeno I, TGF-β,

galectina-3, junto con un incremento en la fracción de volumen de colágeno ($p<0.05$) en comparación con las ratas control, sin modificación de la expresión de CTGF en el corazón. Por el contrario, se observó un descenso en los niveles de MMP-2 ($p<0.05$) en las ratas obesas, sin modificación en los niveles de TIMP-1. También se observó un aumento de los niveles de aniones superóxido en el grupo OB ($p<0.05$). El tratamiento con BAPN redujo de manera significativa el incremento de peso corporal en los animales alimentados con una dieta rica en grasa ($p<0.01$) aunque no modificó el peso corporal en el grupo LOXi. La inhibición de la LOX redujo también el aumento del peso relativo del corazón, de la fibrosis y sus mediadores así como la producción de anión superóxido observado en los animales alimentados con una dieta rica en grasa ($p<0.05$), aunque no se vió ningún efecto sobre el incremento de galectina-3 observado en los animales OB.

Conclusiones: Los datos sugieren que la obesidad se asocia con un proceso fibrótico, que parece ser un evento temprano y que podría predisponer a alteraciones cardíacas. Este aumento de la MEC parece ser consecuencia tanto de un aumento de la síntesis de colágeno como una reducción de su degradación. La LOX podría participar en la fibrosis y en el estrés oxidativo observado en animales obesos mediante la estabilización de la MEC, además de aumentar la síntesis de colágeno y de factores profibróticos como el TGF- β ; y disminuyendo la degradación de la misma.

PÓSTER Nº 27

IMPLICACIÓN NOR-1 EN LA BIOLOGÍA VASCULAR: RESULTADOS DE UN MODELO ANIMAL QUE SOBRE-EXPRESA DICHO RECEPTOR NUCLEAR EN CÉLULAS MUSCULARES LISAS VASCULARES (CMLV)

B. FERRÁN (1), R. RODRIGUEZ CALVO (1), A. DE DIEGO (2), O. CALVAYRAC (1), M.Á. NAVARRO (3), J. ALONSO (1), P. MUNIESA (3), J. OSADA (2), C. RODRÍGUEZ (1), J. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1)

(1) CENTRO DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR (CSIC-ICCC). IIB-SANT PAU. BARCELONA,
(2) UNIDAD DE TRANSGÉNESIS DEL INSTITUTO ARAGONÉS DE CIENCIAS DE LA SALUD. ZARAGOZA,
(3) FACULTAD DE VETERINARIA, UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA Y CIBEROBN. ZARAGOZA

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: NOR-1, REMODELADO VASCULAR, PROLIFERACIÓN

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Estudios previos de nuestro grupo han demostrado que el receptor nuclear NOR-1 (NR4A3) está implicado en la proliferación y supervivencia de las células vasculares y está sobre-expresado en placas ateroscleróticas de pacientes con cardiopatía isquémica. Sin embargo, los datos procedentes de animales modificados genéticamente son contradictorios en lo que se refiere a participación de este receptor en la formación de neoíntima en respuesta al daño.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio ha sido generar un modelo de ratón transgénico que sobre-exprese NOR-1 humano en células musculares lisas vasculares (CMLV), y analizar las consecuencias de dicha sobre-expresión en la hiperplasia de la íntima inducida por daño vascular y en la expresión de genes clave en el proceso inflamatorio-aterogénico.

METODOLOGÍA

La secuencia codificante para el receptor NOR-1 humano (hNOR-1) se situó bajo el control de un promotor mínimo de SM22a, y la construcción resultante fue utilizada para generar dos líneas estables de ratones transgénicos con expresión dirigida a CMLV (Tg-hNOR-1^{+VSMC}). La sobre-expresión del transgén se analizó mediante PCR a tiempo real, *Western blot* e inmunohistoquímica. La carótida izquierda de estos animales fue sometida a ligación para inducir daño mecánico. Transcurridas tres semanas los animales se sacrificaron y se prepararon secciones de la región intervenida que se tiñeron con hematoxilina-eosina, y se cuantificó la formación de neoíntima. Mediante la técnica de explantes se obtuvieron CMLV de la aorta de animales control y Tg-NOR-1^{+VSMC}. En estas células, se analizó la actividad transcripcional de NOR-1 mediante ensayos de transfección con vectores reporteros (luciferasa) y la capacidad de unión de este factor a sus secuencias reguladoras mediante EMSA. Como índice de proliferación celular se utilizó la incorporación de [³H]-timidina.

RESULTADOS

Se generaron dos líneas de ratones transgénicos que expresaban hNOR-1 en tejidos ricos en SMC, sobre todo en aorta, donde su nivel de expresión fue similar en ambas líneas transgénicas. La sobre-expresión se corroboró mediante *Western blot* e inmunohistoquímica. En los ratones Tg-hNOR-1^{+VSMC} la formación

de neointima inducida por ligación de la arteria carótida fue superior a la observada en ratones control (2,36 veces, p

CONCLUSIONES

Nuestros resultados *in vivo* apoyan el papel de NOR-1 en proliferación de CMLV y remodelado vascular. Este modelo de ratón transgénico NOR-1 podría ser una herramienta útil para el estudio de enfermedades vasculares fibroproliferativas.

PÓSTER Nº 28

PAPEL DE LA INTEGRINA LIGADA A QUINASAS (ILK) EN EL PROCESO INFLAMATORIO GENERADO POR LA ANGIOTENSINA II EN EL RIÑÓN

M. ALIQUE (1), E. CIVANTOS (1), S. RAYEGO-MATEOS (1), E. SÁNCHEZ-LÓPEZ (1), C. LAVOZ (1),
R. RODRIGUES-DÍEZ (1), J. EGIDO (1), D. RODRÍGUEZ-PUYOL (2), M.P. RUIZ-TORRES (2),
M. RUIZ-ORTEGA (1)

(1) LABORATORIO DE BIOLOGÍA CELULAR Y ENFERMEDADES RENALES. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA.
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. MADRID, (2) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA.
UNIVERSIDAD DE ALCALÁ. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: INVESTIGACIÓN PRECLÍNICA

PALABRAS CLAVE: ILK, INFLAMACIÓN, RIÑÓN

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Actualmente el bloqueo del sistema renina angiotensina es una de las mejores estrategias terapéuticas para el tratamiento de la enfermedad renal, sin embargo estos fármacos solo retrasan la evolución de la enfermedad por lo que la investigación de nuevas dianas es clave en estas patologías. La angiotensina II (AngII) juega un papel clave en la progresión de las enfermedades renales, regulando entre otros procesos la respuesta inflamatoria. La integrina ligada a quinasas (ILK) está implicada en la interacción célula-matriz extracelular y regula numerosos procesos como proliferación, migración, adhesión y angiogénesis, pero se desconoce su papel en los procesos inflamatorios en el riñón.

Actualmente el bloqueo del sistema renina angiotensina es una de las mejores estrategias terapéuticas para el tratamiento de la enfermedad renal, sin embargo estos fármacos solo retrasan la evolución de la enfermedad por lo que la investigación de nuevas dianas es clave en estas patologías. La angiotensina II (AngII) juega un papel clave en la progresión de las enfermedades renales, regulando entre otros procesos la respuesta inflamatoria. La integrina ligada a quinasas (ILK) está implicada en la interacción célula-matriz extracelular y regula numerosos procesos como proliferación, migración, adhesión y angiogénesis, pero se desconoce su papel en los procesos inflamatorios en el riñón.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El estudio de la vía de señalización de ILK como posible mediador en el proceso inflamatorio renal inducido por AngII .

MÉTODOS USADOS

Se ha generado un modelo de ratón knockout condicional para ILK (sistema Cre-Lox inducible con tamoxifeno) al que se le ha administrado AngII durante 7 días, mediante bombas osmóticas subcutáneas (100ng/kg/min), determinándose por diferentes técnicas (inmunohistoquímica, PCR cuantitativa, western blot, y ELISA) la expresión de mediadores inflamatorios, factores de transcripción y proteínas quinasas. Los estudios in vitro se han realizado en la línea de células tubulares proximales humanas HK-2.

RESULTADOS

Los ratones infundidos con AngII presentaron una respuesta inflamatoria renal, caracterizada por aumento del infiltrado intersticial de monocitos/macrófagos y linfocitos T, y un incremento de genes pro-inflamatorios y de moléculas de adhesión (IL-6, MCP-1, RANTES e ICAM-1). En los animales deficientes en ILK infundidos con AngII no se produjo esta respuesta inflamatoria renal, presentando un número de células inflamatorias y unos niveles de factores pro-inflamatorios renales similares a los controles (ratones deficientes en ILK y en ratones de fenotipo salvaje, ambos infundidos con salino).

El NF- κ B es un factor de transcripción clave en la regulación de la inflamación renal. En animales deficientes en ILK, AngII no activó NF- κ B en riñón. Los estudios in vitro, confirmaron la participación de ILK en la regulación de NF- κ B. En células HK-2 el bloqueo de ILK mediante silenciamiento génico, utilizando un RNA pequeño de interferencia (siRNA), bloqueó la activación del NF- κ B (fosforilación de p-65 y translocación nuclear), y disminuyó la sobreexpresión de mediadores pro-inflamatorios inducidos por AngII, comparándolo con las células transfectadas con siRNA control. Evaluamos diversas proteínas quinasas relacionadas con ILK. In vitro, AngII activó Akt pero no GSK3 α/β . En los ratones deficientes en ILK se disminuyeron los niveles de Akt fosforilado pero no se modificaron los de GSK3 α/β .

CONCLUSIONES

Nuestros datos muestran que ILK, via regulación de la activación de NF- κ B, participa en la inflamación renal inducida por AngII. Estos resultados aportan nueva información sobre los mecanismos intracelulares activados por AngII y proponen a ILK como una diana terapéutica en las enfermedades renales asociadas a aumento de AngII.



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

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Epidemiología

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 29

MANEJO DE LA TENSIÓN ARTERIAL DE NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. CORA BARDECI (2),
C. NORIEGA BOSCH (3), M. LASSO DE LA VEGA MARTINEZ (1), M.T. AMIANO ARREGUI (4),
B. BARRIOS NUÑEZ (4), M.J. MENDAZA DE LA HOZ (5), G. MEDIAVILLA TRIS (6),
A.A. RODRIGUEZ FERNANDEZ (7)

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDIACA, HIPERTENSION ARTERIAL, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Objetivo: conocer el manejo de la tensión arterial en pacientes hipertensos con insuficiencia cardiaca.

Material y métodos: Estudio transversal y multicéntrico. Población de estudio: Población hipertensa con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (CIE-10 código I50) en cinco centros de salud. Atienden a una población de 130.180 habitantes. Los datos se recogen del programa OSABIDE, durante el período de enero a mayo de 2010.

Resultados: Son un total de 465 personas. La edad media es 80.03 +/- 9.6 años. De estos hipertensos 273 son mujeres. El peso medio es de 76.23 +/- 17.8 Kg. El 40.8% son diabéticos, el 39.1% son dislipémicos, el 53.5% tiene fibrilación auricular, el 12% tiene antecedentes de accidente cerebrovascular. En cuanto a la tensión arterial, la presión sistólica media es de 133.7 +/- 18.3 mmHg y de presión diastólica 73.8 +/- 10.9 mmHg. El 70.9% están tomando Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensinogeno (IECA) y/o antagonistas de los receptores de angiotensinogeno II (ARAI). El IECA más utilizado es enalapril y el ARAII es candesartan y Valsartan en igual proporción. El 24.7% toman betabloqueantes (bisoprolol el más utilizado). Un 19.7% toman calcioantagonistas (amlodipino el más utilizado). Un 19.7% utiliza antagonista de la aldosterona (espironolactona). Un 50.3% están anticoagulados.

Conclusiones: Nuestros pacientes con insuficiencia cardiaca e hipertensión tienen también en gran proporción otra serie de factores de riesgo asociado y aunque la tensión arterial está bastante controlada una vez instaurada la enfermedad, debemos usar más betabloqueantes, IECA/ARAI, y antagonistas de la aldosterona por ser fármacos que han demostrado que han disminuido la mortalidad en estos pacientes.

PÓSTER Nº 30

¿CUANTO ACUDEN A CONSULTA LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA?

E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. CORA BARDECI (2), C. NORIEGA BOSCH (3), M. LASSO DE LA VEGA MARTINEZ (1), M.T. AMIANO ARREGUI (4), B. BARRIOS NUÑEZ (4), M.J. MENDEZA DE LA HOZ (5), G. MEDIAVILLA TRIS (6), D. GUTIERREZ SOTO (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, INSUFICIENCIA CARDIACA, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Objetivo: conocer la frecuentación a consulta de nuestros pacientes hipertensos con insuficiencia cardiaca.

Material y métodos: Estudio transversal y multicéntrico. Población de estudio: Población hipertensa con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (CIE-10 código I50) en cinco centros de salud. Atienden a una población de 130.180 habitantes. Los datos se recogen del programa OSABIDE, durante el período de enero a mayo de 2010.

Resultados: Son un total de 465 personas. La edad media es 80.03 +/- 9.6 años. De estos hipertensos 273 son mujeres. El número de veces que han asistido a consulta médica del centro de salud en un año es de 21,29 +/-22.93 veces. A consulta de enfermería 15.84 +/-22.42 veces. La veces que han asistido en el último año a urgencias hospitalarias es de media 1.42 +/-1.77 veces. Los ingresos en hospitales de la red pública en el último año han sido de 1,03 +/- 1.62 ingresos. De estos, los que han sido debidos a descompensación de su insuficiencia cardiaca es de 0.33 +/- 0,75 veces.

Conclusiones: La frecuentación de estos pacientes, como cabe esperar, es alta, con una gran dispersión de los datos, por lo que hay pacientes, dentro de este grupo que consumen gran cantidad de recursos, que es sobre los que conviene actuar eficazmente para tenerlos mejor controlados e intentar que disminuyan ese exceso de recursos que utilizan.

PÓSTER Nº 31

¿QUÉ PACIENTES HIPERTENSOS LLEGAN A CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEFROLOGÍA?

L. GÓMEZ PAREDES (1), E. RUBIO GONZÁLEZ (2), J.M. PORTOLÉS PÉREZ (2)

(1) SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CENTRO DE SALUD MONTERROZAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. MADRID, (2) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DERIVACIÓN, HIPERTENSIÓN SECUNDARIA, HIPERTENSIÓN Y NEFROLOGÍA

RESUMEN:

PROPÓSITO: Analizar si pacientes remitidos por hipertensión por primera vez a consulta de Nefrología cumplen con criterios de derivación establecidos en el documento consenso sobre evaluación y tratamiento de HTA en España elaborado en 2008 por SEH-LELHA

MÉTODOS: Estudio retrospectivo

Criterios de inclusión: ≥ 15 años remitidos por HTA por primera vez a Nefrología en Hospital Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid) de enero 2009 a diciembre 2011

Recogida de datos: se elaboró una base de datos con información clínica y analítica incluyendo valores de:

- **Variable principal:** dicotómica derivada del motivo de consulta, asignando **si** (coincide con uno o más de los descritos en el consenso) y **no** en el resto. Estos son: embarazo, refractaria a ≥ 3 fármacos (uno diurético), albuminuria/proteinuria 500 mg/g, \uparrow creatinina > 2 gr/dl o \downarrow filtrado glomerular (MDRD ≤ 45 ml/min/1,73m² si > 70 años), hipopotasemia $< 3,5$ mmol/L, brusca/empeoramiento rápido, ≤ 30 años, otros
- **Otras:** Especialidad que deriva, etiología final, FRCV, cociente albúmina/creatinina, microalbuminuria, MDRD, SCORE, tratamiento inicial/final, fármaco, TAS/TAD inicial/final, grado control, seguimiento

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Analizamos los datos mediante SPSS 15.0. Las variables cuantitativas se muestran con media y desviación estándar y las cualitativas como porcentaje. Para test de comparación se utilizó *t-student* o *chi cuadrado*. P

RESULTADOS

Se incluyeron 92 pacientes: 50 hombres (54,3%) y 42 mujeres (45,7%) con edad media $51,53 \pm 16,31$ años (IC 95%). Hallamos $p < 0,016$ para rango de edad (por ≤ 30 años) y $p < 0,046$ para origen (por Obstetricia). Sorprende la diferencia de TAS entre grupos: los que cumplían criterios presentaban una media de 10 mmHg más que los no cumplidores ($p < 0,013$)

Objetivo principal: 56 pacientes (60,9%) cumplían con los criterios establecidos frente a 36 (39,1%)

Motivo derivación: el más repetido en conjunto: sospecha de HTA secundaria (67,6%). Aisladamente fue microalbuminuria/proteinuria (27,2%) seguido de HTA brusca/empeoramiento repentino (15,2%).

Destaca en tercer lugar pacientes sin recomendación (13%). Criterios como embarazo, empeoramiento / aparición brusca o edad se aplican mejor que otros como microalbuminuria/proteinuria

Origen: Principal interconsultor: Atención Primaria (66,3%) con 33 interconsultas (54,1%) ajustándose a criterios y 28 no (45,9%)

Etiología: HTA esencial (78,3%) asociada a embarazo (9,8%) y secundaria (12%)

Grado de control: ≤70 años 50 pacientes se controlaron (63,3%) frente a 29(36,7%) siendo buen control TA

Variación tratamiento farmacológico: ↓ IECAS y β-bloqueantes a favor de ↑ARAI. Diuréticos y calcioantagonistas se mantuvieron

Número de fármacos y patología concomitante: los diabéticos necesitaron politerapia (75%) más que los no diabéticos (60,6%) (p 0,038). En hipercolesterolemia y MDRD no hubo diferencias.

Un 44,57% de pacientes fue dado de alta

CONCLUSIÓN

Falta coordinación entre niveles asistenciales en nuestra área de salud. Un 13% de consultas no se adecuaron a ningún criterio inicialmente. De las que a priori cumplían criterios, no estaban indicadas en un 26,1% de casos. Supone 36 pacientes derivados erróneamente (39,1%)

Perseguiremos homogeneidad en tratamiento y seguimiento de la HTA derivando cuando proceda. Esto logrará un sistema eficiente y sostenible

PÓSTER Nº 32

COMPARACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN INMIGRANTES PROCEDENTES DE DIFERENTES PAISES RESIDENTES EN ESPAÑA. ESTUDIO INMIRISK

M.L. LOZANO SÁNCHEZ (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.J. SÁNCHEZ GALIÁN (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: INMIGRANTES, RIESGO CARDIOVASCULAR, COMPARACIÓN

RESUMEN:

Propósito del estudio: Valorar si existen diferencias en la población inmigrante en función de los años transcurridos desde su llegada a nuestro país y del área geográfica de procedencia.

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. Se seleccionan cuatro grupos: inmigrantes latinoamericanos (298), inmigrantes norteafricanos (130) y procedente del este de Europa (114). También grupo control de 100 españoles de edad y sexo similar. 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: a) *Comparación del RCV de los inmigrantes con estancia menor de 8 años en España:* Si comparamos a los inmigrantes latinoamericanos, norteafricanos y de países del Este cuando llevan menos de 8 años de estancia en España no se aprecian diferencias significativas en ninguno de los parámetros analizados. El riesgo cardiovascular de los tres grupos de inmigrantes es similar entre ellos (riesgo cardiovascular añadido alto o muy alto en el 5,5% de latinoamericanos, en el 4,3% de norteafricanos y en el 1,6% de inmigrantes del este), pero significativamente inferior al grupo control de españoles (28%).

b) *Comparación del RCV de los inmigrantes con estancia de 8 o más años en España:* Si comparamos a los tres grupos de inmigrantes cuando llevan 8 o más años en España se observa que el índice de masa corporal de los inmigrantes latinoamericanos ($28,1 \pm 0,4 \text{ Kg/m}^2$) y de países del Este ($28,4 \pm 0,9 \text{ Kg/m}^2$) es significativamente mayor que el de los norteafricanos ($25,8 \pm 0,5 \text{ Kg/m}^2$) y que el grupo control de españoles ($25,9 \pm 0,3 \text{ Kg/m}^2$). Lo mismo sucede con el perímetro de cintura ($93,9 \pm 1,1 \text{ cm}$ en latinoamericanos, $92,9 \pm 2,1 \text{ cm}$ en los del Este, $90,2 \pm 1,5 \text{ cm}$ en norteafricanos y $88,8 \pm 1,2 \text{ cm}$ en españoles), la presión arterial sistólica ($133,0 \pm 1,0 \text{ mm Hg}$ en latinoamericanos, $129,1 \pm 2,4 \text{ mm Hg}$ en los del Este, $122,5 \pm 3,0 \text{ mm Hg}$ en norteafricanos y $124,2 \pm 0,8 \text{ mm Hg}$ en españoles), y diastólica ($79,8 \pm 0,8 \text{ mm Hg}$ en latinoamericanos, $79,0 \pm 1,3 \text{ mm Hg}$ en los del Este, $75,0 \pm 1,3 \text{ mm Hg}$ en norteafricanos y $76,5 \pm 0,6 \text{ mm Hg}$ en españoles). Tras 8 años de estancia en España el riesgo

cardiovascular aumenta en los tres grupos de inmigrantes, equiparándose al de los españoles en norteafricanos y de países del Este (riesgo cardiovascular añadido alto o muy alto en el 18,5% de norteafricanos, 20% en grupo de países del este). En inmigrantes latinoamericanos dicho riesgo cardiovascular supera al resto de grupos e incluso al grupo de españoles (riesgo cardiovascular alto o muy alto en 48,7% de latinoamericanos vs 28% de españoles).

Conclusiones: Con la estancia en España el riesgo cardiovascular de los inmigrantes aumenta sobre todo si proceden de Latinoamérica. Dicho aumento se hace clínicamente significativo 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 33

PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA ATENDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL

S. VALLS LÓPEZ (1), M. SIMÓ FALCÓ (2), M. BAÑÓ ARACIL (1), V. MARCO HERNÁNDEZ (2)

(1) HOSPITAL DE LA PLANA. VILLARREAL, (2) CS CASALDUCH. CASTELLÓN

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: AORTA, DISECCIÓN, ANEURISMA

RESUMEN:

La patología aórtica aguda: disección y rotura de aneurisma. Son una urgencia vital por su gran morbi-mortalidad, su diagnóstico no es fácil, pues se puede confundir con otras patologías.

Objetivo: analizar la clínica, forma de presentación, manejo, antecedentes personales, técnicas diagnósticas, y tratamiento en un hospital comarcal.

Métodos: se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado a partir de las historias electrónicas realizadas en el servicio de urgencias del Hospital de la Plana (Villarreal) desde enero de 2007 a noviembre de 2012.

Resultados: se diagnosticaron un total de 20 casos: 9 disecciones de aorta torácica y 11 casos de rotura de aorta abdominal.

En los 9 casos de disección de aorta la media de edad fue de 65,66 años, se trató de dos mujeres y 7 varones, en 8 casos fue una disección de aorta tipo A, y uno de disección aórtica tipo B, el antecedente personal más frecuente es la HTA en 5 casos, en dos casos HTA y cardiopatía isquémica y en dos casos sin antecedentes. El síntoma de consulta fue en tres de los casos dolor torácico, en dos casos como dorsalgia , en uno disnea y como forma atípica de presentación un caso de dolor en miembro inferior, el diagnóstico se realizó fundamentalmente por TAC toraco- abdominal en 4 casos y angiotac en 3, eco transtorácica mas angiotac en 1 caso, sólo en dos casos se realizó Rx torax, mientras que los hallazgos ECG: fueron no significativos, salvo bloqueo de rama en paciente portador de marcapasos, y otro con signos de sobrecarga .El tratamiento hospitalario fue control del dolor y sólo en caso de disección tipo B, se realizó tratamiento con labetalol , el tratamiento definitivo fue quirúrgico, se derivó a cirugía torácica de un hospital de referencia. La mortalidad fue de 7 de los 9 casos.

En cuanto a los aneurismas de aorta rotos, fueron 11 casos de edad media de 72,73 años, dos mujeres y 9 varones, el antecedente personal más frecuente fue HTA, asociada a diabetes en dos casos y a dislipemia en dos casos más, sólo dos pacientes no eran hipertensos. El diagnóstico se realizó mediante TAC abdominal , las alteraciones ECG: no fueron significativas, salvo bloqueo de rama y signos de sobrecarga en otro caso. La forma de presentación fue en 5 casos como dolor abdominal, tres casos como dolor lumbar, un caso dolor torácico, un caso como disnea, y por último un caso como síncope. El tratamiento en el área de urgencia fue control del dolor y sólo en un caso se dio bisoprolol, El tratamiento definitivo fue quirúrgico, los pacientes se derivaron a hospital de referencia en cirugía vascular, en este caso más cercano. La mortalidad fue de ocho casos de los once aneurismas.

Conclusión: son pocos casos los que se reciben en el hospital comarcal, con gran morbi- mortalidad, en el caso de las disecciones la edad media es más baja que en la rotura de aneurismas. El antecedente de

HTA es el más significativo, en los dos grupos. Y la importancia de los síntomas dada la gran variabilidad en la que estos se presentan.

PÓSTER Nº 34

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

S. RIERA CARMONA (1), E. PALLARÉS SANZ (1), C. MÉNDEZ GALEANO (1), S. ESCORZA MATÍAS (1),
M.I. MATILLA MONT (1), Ó. MAZERES FERRER (1), S. SAINZ GALVÁN (1), M. PAREDES GARCÍA (1),
M. MIÑANO CÁRCELES (1), E. LÓPEZ GONZALO (2)

(1) ABS DR. PUJOL I CAPSADA. EL PRAT DE LLOBREGAT, (2) ABS RAMONA VIA. EL PRAT DE LLOBREGAT

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

PRÓPOSITO DEL ESTUDIO: Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

MÉTODOS USADOS: Estudio descriptivo observacional transversal en un centro de salud urbano, con una población adulta asignada de 8600 usuarios. Se incluyeron todos los pacientes ≥ 15 años con diagnóstico en la historia clínica informatizada de enfermedad renal crónica (ERC) anterior al 30 junio de 2012. Fueron excluidos aquellos pacientes que no disponían de analítica ni valor de tensión arterial (TA) en los últimos 12 meses. Se evaluaron los objetivos según el Documento de Consenso SEN-SEMFYC sobre la ERC y Consenso Catalán sobre Atención a la Enfermedad Renal Crónica. Respecto a la discordancia existente entre estos dos consensos en lo que se refiere al control óptimo de la tensión arterial se marcó como objetivo las cifras recomendadas por la guía NICE para la enfermedad renal crónica.

RESULTADOS: Se incluyeron 162 (76,77%) de 214 pacientes con una edad media de 75,2 años $\pm 13,07$ (62,96% mujeres). La etiología de la ERC sólo en un 22,7% estaba relacionada con otras patologías nefrourológicas que no fueran Diabetes Mellitus (DM) ni hipertensión arterial (HTA). La distribución estimada para cada uno de los estadios de ERC, según la Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, fue: 16.05% para estadio 1-2, 42.59% para estadio 3A, 32.10% para estadio 3B, 7.41% para estadio 4 y 1.85% para estadio 5. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en estos pacientes fue: 9.88% fumadores activos, 45.06% diabéticos, 91.97% hipertensos, 59.87% dislipémicos. Un 42.59% presentaban concomitantemente diabetes e hipertensión.

Los resultados de grado de control de estos pacientes reflejaron que: un 34.57% tenían valores de LDL < 100 mg/dl, un 45.83% de los diabéticos cumplían un objetivo de HbA1c $< 7\%$, un 68.53% de los pacientes hipertensos no diabéticos presentaban TA $< 140/90$ y, en los que presentaban ambas patologías, un 49,32% alcanzaban objetivos de TA $< 135/85$. Se solicitó cociente albúmina/creatinina en un 66.45% (no disponiendo de él en un 33.95% de los casos), de los cuales sólo un 4.94% presentaba albuminuria > 500 mg/gr. De estos, el 100% estaban siendo tratados con IECA'S y/o ARA-2, y el 37.5% cumplían objetivos de TA.

CONCLUSIONES: Con los resultados obtenidos observamos un control metabólico subóptimo (LDL y HbA1c) en nuestros pacientes. En el caso del control de LDL y cociente albúmina/creatinina existe un alto porcentaje sin ninguna determinación en el último año. En cambio, la consecución de los objetivos

de control de la tensión arterial, tanto en población diabética como no diabética, fue aceptable, aunque mejorable en los diabéticos. El uso de fármacos antihipertensivos con efecto nefroprotector estaba presente en todos los pacientes. Se plantea la realización de una segunda fase de este estudio en un año tras implementar una estrategia de mejora en enfermedad renal crónica en nuestro equipo.

PÓSTER Nº 35

PREVALENCIA Y COMORBILIDAD DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. PALLARÉS SANZ (1), S. RIERA CARMONA (1), C. MENDEZ GALEANO (1), S. ESCORZA MATÍAS (1), M.I. MATILLA MONT (1), Ó. MAZERES FERRER (1), M. PAREDES GARCÍA (1), S. SAINZ GALVÁN (1), M. MIÑANO CÁRCELES (1), E. LÓPEZ GONZALO (2)

(1) ABS DR. PUJOL I CAPSADA. EL PRAT DE LLOBREGAT, (2) ABS RAMONA VIA. EL PRAT DE LLOBREGAT

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, COMORBILIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

PRÓPOSITO DEL ESTUDIO: Conocer la prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) y su comorbilidad asociada, en un centro de atención primaria.

MÉTODOS USADOS: Estudio descriptivo observacional transversal en un centro de salud con una población adulta asignada de 8600 pacientes. Mediante la revisión de la historia clínica informatizada, se encontraron 214 pacientes con el diagnóstico de enfermedad renal crónica hasta 30 de junio de 2012. La muestra resultante fue de 170, una vez excluidos los pacientes exitus y los que no disponían de analítica en el último año. Se evaluó la presencia de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, y la comorbilidad de enfermedad cardiovascular asociada: insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y accidente cerebrovascular. Así como, el estadiaje de ERC a partir del filtrado glomerular (FG), según la clasificación Kidney Disease Outcome Quality Initiative.

RESULTADOS: Se incluyeron 170 (79.44%) de los 214 pacientes con una edad media de 75.32±12.89, 107 (62.94%) eran mujeres. La prevalencia de enfermedad renal crónica en nuestra población fue 2.41%. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos fue hipertensión arterial 92.35%, diabetes mellitus 43.53%, concomitancia de ambas en 41.18%, dislipemia 60% y 10.56% tabaquismo. Respecto a la patología cardiovascular asociada: insuficiencia cardíaca 22.35%, cardiopatía isquémica 14.12%, enfermedad arterial periférica 8.23% y accidente cerebrovascular 12.94%. La distribución estimada para cada uno de los estadios de ERC, según Kidney Disease Outcome Quality Initiative, fue: 15.88% para estadio 1-2, 42.35% para estadio 3A, 32.35% para estadio 3B, 7.65% para estadio 4 y 1.76% para estadio 5.

CONCLUSIONES: Se objetiva una prevalencia de enfermedad renal crónica inferior a la esperada en comparación a los datos obtenidos en el estudio EPIRCE, pero un mayor porcentaje de pacientes en estadios más avanzados de la enfermedad. Esto puede deberse tanto al infradiagnóstico en sí como a las características de nuestra población, dada la alta prevalencia de factores de riesgo y comorbilidad cardiovascular. La falta de detección de estos pacientes supone en un control subóptimo de los objetivos terapéuticos a cumplir.

PÓSTER Nº 36

PREVALENCIA DE COMORBILIDAD SEGÚN EL SISTEMA "CLINICAL RISK GROUP", NÚMERO DE INGRESOS, INSTITUCIONALIZACIÓN Y ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Ó. MAZERES FERRER (1), C. MÉNDEZ GALEANO (1), E. PALLARÉS SANZ (1), S. RIERA CARMONA (1),
Y. SANZ GONZÁLEZ (2), S. BARRAGÁN MARTÍN (1), N. MAROTO VILLANUEVA (1),
J. MARTÍNEZ MONTES (1), D.J. RIBAS CASAS (1), N. RODRÍGUEZ BAILÓN (1)

(1) ABS DR. PUJOL I CAPSADA. EL PRAT DE LLOBREGAT, (2) ABS GAVÁ-1. GAVÁ

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, CLINICAL RISK GROUP, ATENCIÓN DOMICILIARIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Los CRG clasifican a los individuos según niveles de gravedad de su estado de salud, estableciendo niveles de comorbilidad por iso-consumo de recursos. **Objetivo principal:** Conocer la estratificación en grupos de riesgo según el sistema de clasificación "clinical risk groups" (CRG) en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) de un centro de atención primaria, como sistema de medida de comorbilidad, así como el número de ingresos que han presentado en el último año.

Objetivo secundario: conocer la prevalencia de institucionalización en residencia e inclusión en programa de atención domiciliaria (ATDOM) de estos pacientes.

Métodos usados: estudio descriptivo transversal en un centro de atención primaria del área urbana de Barcelona con 8.600 habitantes asignados ≥ 15 años. Se revisaron las historias clínicas informatizadas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica en el momento del estudio. Se registraron los datos correspondientes a las variables del estudio en una base de datos creada para tal fin, realizando un análisis descriptivo y bivariado.

Resultados: De los 216 pacientes con ERC se han analizado 210 (5 excluidos por éxitus en el momento del estudio y 1 por falta de analítica para calcular el estadio de ERC). La media de edad es de 75.5 años con un 61.9%(130) de mujeres. El estadio de la ERC según clasificación Kidney Disease Outcome Quality Initiative es: 14.28%(30) estadio 1-2, 43.8%(92) estadio 3A, 30%(64) estadio 3B, 8.09%(17) estadio 4 y 3.8%(8) estadio 5. Respecto a la comorbilidad asociada, el 90.5%(196) de los casos presenta hipertensión arterial, el 39.04%(86) diabetes mellitus, el 23.3%(49) insuficiencia cardíaca y en el 12.38%(26) de los casos coexisten las 3 patologías. El 7.61%(16) de los pacientes están institucionalizados, mientras que el 14.28%(30) forman parte del programa ATDOM. La estratificación en grupos de riesgo según sistema de clasificación CRG, es: CRG 2 (0.47%), CRG 5 (1 órgano afectado) (10%), CRG 6 (2 órganos afectados) (60.47%), CRG 7 (3 órganos afectados) (22.85%), CRG 8 (neoplasias) (2.3%), CRG 9 (diálisis) (3.8%). La media de ingresos hospitalarios en función de los CRG es: CRG 6 de 0,070, y CRG 7 de 0,125. No hay datos en relación a ingresos en pacientes con CRG 8 y 9. En relación al estadio de enfermedad según nivel de CRG, en todos existe un predominio del grupo CRG 6, excepto el estadio 5 de ERC con mayor porcentaje de pacientes incluidos en CRG 9.

Conclusiones: En la población estudiada el mayor volumen de pacientes se encuentran en el CRG 6, seguido de CRG 7, lo que presupone una elevada morbilidad, utilización y consumo de recursos en estos

pacientes. Estos resultados son los comparables con los datos ofrecidos por el Departament de Salut de Catalunya. Asimismo, la media de ingresos, por porcentaje de pacientes por grupo, es mayor en pacientes del grupo CRG 7 seguido de pacientes con CRG 6, en consonancia, con los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario (CMBD) de Cataluña. Respecto al programa ATDOM, existe una prevalencia superior a la mínima esperada de pacientes por edad > 75 en Cataluña.

PÓSTER Nº 37

PREVALENCIAS POBLACIONALES DE SÍNDROME METABÓLICO Y SUS CRITERIOS DETERMINANTES. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO SIMETAP

E. ARRANZ MARTÍNEZ (1), A. RUIZ GARCÍA (2), P. CHAO ESCUER (3), C. ZAFRA URANGO (4),
N. ESCAMILLA GUIJARRO (5), J. MORENO FERNÁNDEZ (6), J. MIGUEL MANSILLA (7),
M.R. MORALES CHICO (8), E. REVILLA PASCUAL (9), H. MUÑOZ RIESCO (10)

(1) C.S. SAN BLÁS. PARLA. MADRID, (2) C.S PINTO. PINTO. MADRID, (3) C.S. GRIÑÓN. GRIÑÓN. MADRID,
(4) C.S. ISABEL II. PARLA. MADRID, (5) C.S LAS AMÉRICAS. PARLA. MADRID, (6) C.S LAS AMÉRICAS.
PARLA. MADRID, (7) C.S. PINTO. PINTO. MADRID, (8) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO. MADRID, (9) C.S.
EL GRECO. GETAFE. MADRID, (10) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, PREVALENCIA, PREDIABETES

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

- Estimar las prevalencias poblacionales de síndrome metabólico (SM) según ATP e IDF.

Objetivo secundario:

- Estimar las prevalencias poblacionales de los criterios determinantes que definen SM según ATP e IDF.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional [aplicativo “=ALEATORIO()” Microsoft® Excel] sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 910 [19,37% ilocalizables; 7,93% rechazaron consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)].

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

RESULTADOS:

Variables descriptivas: La población femenina (M) era el 51,98 % (48,68 – 55,27).

	Población		Hombres		Mujeres		Diferencia (H/M)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Dif. medias	de p-valor
Edad (años)	49,63	16,46	49,95	15,62	49,33	17,20	0,62	0,5670
IMC (Kg/m ²)	27,34	5,18	28,07	4,75	26,67	5,46	1,41	0,0001
Per. Abd. (cm)	92,40	15,03	98,25	13,27	87,09	14,57	11,15	0,0001
PAS (mmHg)	121,01	15,28	123,29	13,77	118,92	16,29	4,37	0,0001
PAD (mmHg)	73,80	10,15	75,57	9,32	72,15	10,60	3,42	0,0001
Glucemia (mg/dL)	93,22	22,37	95,44	23,95	91,23	20,68	4,21	0,0050
HbA1c (%)	5,55	1,03	5,61	0,99	5,50	1,07	0,10	0,2370
Triglicéridos (mg/dL)	118,93	77,90	131,51	70,83	107,63	82,20	23,88	0,0001
Col. HDL (mg/dL)	52,99	13,66	48,32	11,40	57,19	14,15	8,87	0,0001
Col. Total (mg/dL)	194,99	37,90	193,04	38,34	196,74	37,46	3,70	0,1480
Col. LDL (mg/dL)	118,37	32,32	118,36	32,68	118,38	32,03	0,02	0,9920

Variables de estudio y resultado:

1	2	3	4	5	N	n	%	LIIC (%)	LSIC (%)
Criterios diagnósticos SM									
					473	298	63,00%	58,47	67,37
					437	253	57,89%	53,11	62,57
					473	201	42,49%	37,99	47,09
					437	141	32,27%	27,9	36,87
					910	251	27,61%	24,73	30,64
					910	573	63,04%	59,81	66,18
					910	205	23,14%	20,4	26,06
					473	147	31,08%	26,93	35,46
					437	117	26,77%	22,68	31,19
					910	264	29,01%	26,08	32,08
					910	448	49,23%	45,93	52,53
					910	177	19,45%	16,93	22,17
					910	121	13,30%	11,16	15,68

La prevalencia poblacional de SM (ATP) fue del **30,77%** (27,78–33,88), y del **33,44%** (30,38–36,62) según IDF.

El 86,07 % (81,45 – 89,90) de los pacientes con SM (ATP) (280) también cumplían los criterios de IDF; y el 79,28 % (74,28 – 83,90) de los pacientes diagnosticados de SM (IDF) (304), cumplían los criterios de ATP, siendo la diferencia (6,79%) significativa (p= 0,023).

CONCLUSIONES:

La prevalencia poblacional de SM es del 30,8% según los criterios de ATP, y del 33,4% según IDF.

Hay una mayor prevalencia poblacional de perímetro abdominal aumentado y de hiperglucemia basal en las variables menos restrictivas de IDF.

El 86 % de los pacientes diagnosticados de SM según ATP, también cumplen criterios diagnósticos según IDF.

PÓSTER Nº 38

EVALUACIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE HIPERGLUCEMIA Y DIABETES EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

E. ARRANZ MARTÍNEZ (1), A. RUIZ GARCÍA (2), E. MARTÍNEZ CID DE RIVERA (3), C. RIBOT CATALÁ (4), R. RODRÍGUEZ CABANILLAS (5), A. ALCARAZ BETHENCOURT (6), P. SIMONAGGIO STANCAMPIANO (7), I. DÍAZ GONZÁLEZ (8), R.M. HERNÁNDEZ LÓPEZ (9), G. TEJEDOR PÉREZ (10)

(1) C.S SAN BLAS. PARLA. MADRID, (2) C.S PINTO. PINTO. MADRID, (3) C.S LOS PINTORES. PARLA. MADRID, (4) C.S JAIME VERA. LEGANÉS. MADRID, (5) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO. MADRID, (6) C.S. ISABEL II. PARLA. MADRID, (7) C.S. SAN MARTÍN DE LA VEGA. SAN MARTÍN DE LA VEGA. MADRID, (8) C.S PINTO. PINTO. MADRID, (9) C.S. EL GRECO. GETAFE. MADRID, (10) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, SINDROME METABOLICO, DIABETES

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

- Determinar las prevalencias de hiperglucemia y Diabetes Mellitus (DM) en la población del estudio.

Objetivos secundarios:

- Comparar la prevalencia de hiperglucemia en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.
- Comparar la prevalencia de DM en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación nacionales e internacionales.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 910 [(19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)].

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

La media de edad en la población de estudio fue 49,63 (± 16,46) años.

El 51,98 % (48,68 – 55,27) de la población era femenina.

El 30,77 % (27,78 – 33,88) de la población padecía SM según ATP, y el 29,12 % (26,19 – 32,19) según IDF.

Variables de estudio y resultado:

En la población de estudio se determinaron las siguientes prevalencias:

	N	n	%	LI IC (%)	LS IC (%)
Gluc ≥ 100 mg/dL	910	177	19,45%	16,93	22,17
Gluc ≥ 110 mg/dL	910	121	13,30%	11,16	15,68
DM2	910	90	9,89%	8,03	12,02
DM1	910	10	1,10%	0,53	2,01

No existían diferencias significativas en las prevalencias de DM entre hombres y mujeres. Sin embargo, las prevalencias de glucemias ≥ 100 y ≥ 110 mg/dL, y de SM (ATP/IDF) eran significativamente mayores en hombres que en mujeres:

	HOMBRES			MUJERES			Dif. %	p-valor
	N	n	%	N	n	%		
DM2	437	47	10,76%	473	43	9,09%	1,67	0,3992
DM1	437	6	1,37%	473	4	0,85%	0,52	0,4524
Gluc ≥ 100 mg/dL	437	104	23,80%	473	73	15,43%	8,37	0,0014
Gluc ≥ 110 mg/dL	437	71	16,25%	473	50	10,57%	5,68	0,0117
SM (ATP)	437	157	35,93%	473	123	26,00%	9,93	0,0012
SM (IDF)	437	164	37,53%	473	140	29,60%	7,93	0,0113

Las prevalencias de las glucemias ≥ 100 mg/dL y ≥ 110 mg/dL, y de DM2 y DM1 fueron significativamente mayores en las poblaciones con SM (ATP/IDF) que en las poblaciones sin SM:

	CON SM (ATP)			SIN SM (ATP)			Dif. %	p-valor
	N	n	%	N	n	%		
Gluc ≥ 100 mg/dL	280	127	45,36%	630	50	7,94%	37,42	0,0000
Gluc ≥ 110 mg/dL	280	104	37,14%	630	17	2,70%	34,44	0,0000
DM2	280	80	28,57%	630	10	1,59%	26,98	0,0000
DM1	280	7	2,50%	630	3	0,48%	2,02	0,0070

	CON SM (IDF)			SIN NO SM (IDF)			Dif. %	p-valor
	N	n	%	N	n	%		
Gluc ≥ 100 mg/dL	304	141	46,38%	606	36	5,94%	40,44	0,0000
Gluc ≥ 110 mg/dL	304	101	33,22%	606	94	20,00%	13,22	0,0000
DM2	304	75	24,67%	606	15	2,48%	22,19	0,0000
DM1	304	7	2,30%	606	3	0,50%	1,80	0,0141

Las diferencias de prevalencias de glucemia ≥ 100 mg/dL (-1,02 %) y de glucemia ≥ 110 mg/dL (3,95 %) entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF) no eran significativas ($p=0,805$ y $p=0,321$ respectivamente).

Las diferencias de prevalencias de DM2 (3,90 %) y de DM1 (0,20 %) entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF) no eran significativas ($p=0,286$ y $p=0,875$ respectivamente).

CONCLUSIONES:

Las prevalencias poblacionales de DM2 y DM1 fueron 9,9% y 1,1% respectivamente, sin diferencias por sexos.

Las prevalencias poblacionales de las glucemias ≥ 100 mg/dL y ≥ 110 mg/dL fueron 19,5% y 13,3% respectivamente, siendo significativamente mayores en hombres que en mujeres.

Las prevalencias de las glucemias ≥ 100 mg/dL y ≥ 110 mg/dL, y de DM2 y DM1 fueron significativamente mayores en las poblaciones con SM (ATP/IDF) que en la población sin SM.

PÓSTER Nº 39

RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL FIBRINOGENO EN PLASMA EN ADULTOS SIN ENFERMEDADES CRÓNICAS

M.A. GÓMEZ MARCOS (1), M.C. PATINO ALONSO (2), C. AGUDO CONDE (1), A. DE CABO LASO (1), B. SANCHEZ SALGADO (1), V. MARTINEZ VIZCAINO (3), C. MARTIN BORRAS (4), I. SAURAS LLERAS (5), A. SANCHEZ PEREZ (6), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACION DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA, (2) DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA, (3) UNIVERSIDAD DE CASTILLA LA MANCHA. CUENCA, (4) UNIVERSIDAD RAMON LLULL. BARCELONA, (5) CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA. ZARAGOZA, (6) UNIDAD DE INVESTIGACION DE ATENCIÓN PRIMARIA. BILBAO

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ACTIVIDAD FISICA, FIBRINOGENO, ACELEROMETRO

RESUMEN:

Proposito del estudio: Analizar la relación de la actividad física habitual evaluada con acelerómetro y con el 7-day PAR con el fibrinogeno plasmático.

Métodos utilizados: Realizamos un estudio transversal en una cohorte previamente establecido de sujetos sanos. En este trabajo se analizaron 1384 sujetos incluidos en el estudio EVIDENT (edad media 55±14 años; mujeres el 61%). Se midió el fibrinógeno en plasma sanguíneo. La actividad física se evaluó con el 7-day PAR (METs/hora/semana) y con un Actigraph GT3X acelerometro (Counts/minuto) durante 7 días.

Resultados: El ejercicio físico, evaluado tanto con acelerómetro (counts/minute), como con el 7-day PAR (METs/hour/week), es mayor en el grupo con valores menores de fibrinógeno (primer tercil) ($p < 0.01$). La actividad física presenta correlación negativa con el fibrinógeno en plasma, valorado con Counts/min ($r = -0.100$; $p < 0.001$) y con METS/hour/week ($r = -0.162$; $p < 0.001$). En la regresión lineal múltiple, los Count/minuto y METS/hour/week del 3º tercil respecto del primero mantienen la significación estadística tras ajustarla por diferentes factores de confusión ($\beta = -0.03$, $p = 0.04$ y $\beta = -0.06$, $p < 0.01$ respectivamente).

Conclusiones: La actividad física valorada con acelerómetro y con 7-day PAR presenta una asociación negativa con los niveles plasmáticos de fibrinógeno. Esta relación se mantiene en los sujetos que realizan más ejercicio tras ajustarla por los principales factores de confusión.

PÓSTER Nº 40

EVALUACIÓN DE LAS PREVALENCIAS POBLACIONALES DE LAS VARIABLES LIPÍDICAS RELACIONADAS CON EL SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. RUIZ GARCÍA (1), E. ARRANZ MARTÍNEZ (2), M. RIVERA TEJIDO (3), M.J. FRÍAS VARGAS (4),
E. MARTÍNEZ-CID DE RIVERA (5), R. ALONSO ROCA (6), A.O. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ (3),
D. FERNÁNDEZ-PACHECO VILA (7), I. ÍSCAR VALENZUELA (8), B. REMÓN PÉREZ (7)

(1) C.S. PINTO. PINTO (MADRID), (2) C.S. SAN BLAS. PARLA (MADRID), (3) C.S. ISABEL II. PARLA (MADRID), (4) C.S. CAMPOHERMOSO. HUMANES (MADRID), (5) C.S. PINTORES. PARLA (MADRID), (6) C.S. TORREJÓN DE LA CALZADA. TORREJÓN DE LA CALZADA (MADRID), (7) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO (MADRID), (8) C.S. EL GRECO. GETAFE (MADRID)

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, LÍPIDOS, SÍNDROME METABÓLICO

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

- Determinar las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas relacionadas con el Síndrome Metabólico (SM).

Objetivo secundario:

- Comparar las prevalencias de las variables lipídicas entre sexos y entre las poblaciones con o sin SM.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de: Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, LOPD 15/1999, y Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional [aplicativo “=ALEATORIO()” Microsoft® Office Excel] sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 910 [19,37% ilocalizables; 7,93% rechazaron consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)].

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

Población femenina (M): 51,98 % (48,68 – 55,27)

Población con SM (ATP): 30,77 % (27,78 – 33,88)

Población con SM (IDF): 29,12 % (26,19 – 32,19)

	Población		Hombres		Mujeres		Diferencia (H/M)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	49,63	16,46	49,95	15,62	49,33	17,20	0,62	0,5670
Triglicéridos (mg/dL)	118,93	77,90	131,51	70,83	107,63	82,20	23,88	0,0001
Col. HDL (mg/dL)	52,99	13,66	48,32	11,40	57,19	14,15	8,87	0,0001
Col. Total (mg/dL)	194,99	37,90	193,04	38,34	196,74	37,46	3,70	0,1480
Col. LDL (mg/dL)	118,37	32,32	118,36	32,68	118,38	32,03	0,02	0,9920

La media de edad en la población con SM (ATP) fue 60,62 (\pm 14,49) años, y 59,29 (\pm 15,15) en la población con SM (IDF) [diferencia (1,33) no significativa ($p=0,280$)].

Variables de estudio y resultado:

Las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas relacionadas con el SM fueron:

- Triglicéridos (TG) \geq 150 mg/dL: 20,66% (18,07 – 23,44)
- Colesterol total (CT) \geq 200 mg/dL: 37,03% (33,89 - 40,26)
- HDL $<$ 40/50 (H/M) mg/dL: 16,70% (14,34 - 19,29)

Las prevalencias de estas variables según sexo y sus diferencias fueron:

	Hombres	Mujeres	Dif. %	p-valor
TG \geq 150 mg/dL	27,92%	13,95%	13,97	0,0001
HDL $<$ 40/50 (H/M)	20,14%	13,53%	6,61	0,0076
CT \geq 200 mg/dL	39,36%	34,88%	4,48	0,1620

Las prevalencias de estas variables según SM (ATP/IDF) y sus diferencias fueron:

	CON SM (ATP)	SIN SM (ATP)	Dif. %	p-valor
TG \geq 150 mg/dL	48,93%	8,10%	40,83	0,0000
HDL $<$ 40/50 (H/M)	31,43%	10,16%	21,27	0,0000
CT \geq 200 mg/dL	67,86%	23,33%	44,53	0,0000
%	CON SM (IDF)	SIN SM (IDF)		
TG \geq 150 mg/dL	45,39%	8,25%	37,14	0,0000
HDL $<$ 40/50 (H/M)	29,93%	10,07%	19,76	0,0000
CT \geq 200 mg/dL	61,84%	24,59%	37,25	0,0000

No existieron diferencias significativas en las prevalencias de estas variables lipídicas entre la población con SM (ATP) y con SM (IDF).

CONCLUSIONES:

Las prevalencias poblacionales de las variables lipídicas relacionadas con el SM fueron: hipertrigliceridemia 21%; hipercolesterolemia: 37%; HDL bajo: 17%, siendo significativamente mayores en los hombres.

No hubo diferencias significativas entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF), siendo respectivamente: hipertrigliceridemia 49% vs 45%; hipercolesterolemia: 68% vs 62%; HDL bajo: 31% vs 30%.

PÓSTER Nº 41

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

S. ETAABOUDI (1), L.M. LOU ARNAL (1), L. ARNAUDAS CASANOVA (1), L.P. SAHDALA SANTANA (1),
A. BLASCO FORCEN (1), J. PÉREZ PÉREZ (1), A. GUTIERREZ DALMAU (1), R. PERNAUTE LAVILLA (1),
A. SANJUÁN HERNANDEZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: EPIDEMIOLOGÍA, ENFERMEDAD RENAL, HOSPITAL TERCIARIO

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Dada la escasa información sobre enfermedad renal (ER) hospitalaria proponemos dentro de un proyecto de Mejora de Calidad analizar su epidemiología en un hospital de tercer nivel.

Material y método: Estudio transversal observacional. Muestreo aleatorio simple sobre 1.907 ingresos en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, seleccionados de entre los 11.102 ingresos del primer semestre de 2011. Fuentes de datos: base de datos del laboratorio y base de datos del Servicio de Documentación Clínica. Indicadores de ER durante el ingreso: filtrado glomerular estimado por MDRD < 60 ml/min/1,73m² en menores de 70 años y < de 45 ml/min/m² en mayores de 70 años. Datos recogidos: edad, sexo y características del ingreso (servicio, duración, motivo y diagnósticos asociados). Resultados: La incidencia de ER fue del 10,8 % (206 casos). Estos pacientes presentan mayor edad (72,5 ± 11 vs. 63,6 ± 17 años, p < 0,0001), mayor porcentaje de varones (72,8 % vs. 48,5 % p < 0,0001) mayor incidencia en servicios médicos (14,6 %) que en quirúrgicos (14,6 % vs 6,8 %, p < 0,0001) y en ingresos cuyo motivo principal era insuficiencia cardiaca (34,2 %), cardiopatía isquémica (19,1 %), enfermedad vascular periférica (20 %), complicaciones de la diabetes (16,7 %) o patología urológica (14,9 %, p < 0,0001). El diagnóstico de ER tan sólo figura en el informe de alta en el 40,2 % de los pacientes en que se detectó.

Conclusiones: A pesar de limitar la definición de ER, su incidencia en pacientes hospitalizados es elevada. Este diagnóstico se incrementa en ingresos que sugieren patología cardiovascular asociada y con frecuencia no queda registrado en el alta, reflejo de una escasa atención. Un plan de mejora en el manejo de la enfermedad renal parece necesario, aunque dada la limitación de nuestros recursos debe valorarse cuidadosamente

PÓSTER Nº 42

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS: PROVINCIA DE SORIA

M.L. ÁLVAREZ ALEJANDRE (1), J.I. GUTIÉRREZ (2), A. BOLAÑO NAVARRO (3), S. MORENO LOS HUERTOS (1), A. FRIEDMANN ISAAC (1), M. GOÑI LARA (1), A.B. MARTÍNEZ DÍAZ (1)

(1) SECCIÓN DE NEFROLOGÍA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA. SORIA, (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA. SORIA, (3) SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA. SORIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, HEMODIÁLISIS, SORIA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Los eventos cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad de los pacientes en programa de hemodiálisis^{1, 2, 3}; La HTA es un importante predictor de cardiopatía isquémica, por delante de otros factores como la hipertrofia ventricular, el tabaquismo o la dislipemia⁴. El uso de antiagregantes y estatinas no ha demostrado mejorar la supervivencia^{5,6}. Analizamos la prevalencia de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular.

MÉTODOS USADOS

Análisis descriptivo transversal de prevalencia de HTA y otros factores de riesgo cardiovascular, tratamiento antihipertensivo y otros fármacos concomitantes, en pacientes de hemodiálisis de la provincia de Soria.

RESULTADOS

De los 52 pacientes en hemodiálisis, 46 (un 88.4%) están diagnosticados de HTA.

Los no hipertensos (11.53%), presentan una media de presión arterial prediálisis de 116.6/64.1 (DS 13.85/6.46), con una edad promedio de 66,33 años y un 50% de incidencia de hipertrofia ventricular concéntrica. Dos en tratamiento con antiagregantes y uno anticoagulado. Un único paciente se encuentra en tratamiento con IECA.

Los hipertensos presentan una media de presión arterial prediálisis de 141.58/ 76.15 (DS 18.7/13.55) y post-diálisis: 125.17/ 69.95 (DS 19.45/12). El 73% de los pacientes hipertensos, presentan hipertrofia ventricular izquierda (promedio de edad: 72.73 años, frente a 63.18 años de los que no presentan HVI). 19 pacientes (36.5%) se encuentran en tratamiento con estatinas, 34 pacientes (65.38%) con antiagregantes y 11 pacientes (21.15%) sin antiagregación, 7 pacientes (13.46%) están anticoagulados. El promedio de fármacos antihipertensivos es de 1.36 por paciente, a pesar de lo cual, un 26.09% no precisan fármacos. El 36,96 % están controlados con un solo fármaco (siendo los mas frecuentemente utilizados, calcio antagonistas, seguidos de IECA/ARA II). Un 17.39 % está tratado con 2 fármacos (combinación más utilizada IECA + Calcio antagonista). El 13.04 % se encuentran con 3 fármacos (todas las combinaciones incluyen IECA y/o ARA II). 6.52% con 4 fármacos.

Del total de pacientes hipertensos, 6 presentan HTA resistente.

CONCLUSIONES

La prevalencia de HTA es discretamente superior a otros centros ⁷.

El elevado porcentaje de pacientes catalogados como hipertensos y que no precisan tratamiento farmacológico, corresponde a HTA volumen- dependiente ⁸.

Los eventos de hipertensión resistente son superponibles a otras series ⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1- United States Renal Data System, 2011 Annual Data Report. US. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. Bethesda, MD.

2- Jager D, et al. Cardiovascular and noncardiovascular mortality among patients starting dialysis JAMA. Octubre 2009; 302: 1782-89.

3- Guía 2007 ESH-ESC. J. Hypertens 2007;25:1105-87.

4- Curtis JR, et al. Maintenance hemodialysis. Q J Med 1969; 38:49-89.

5- M. C. Sánchez Perales et al. Antiagregación plaquetaria y riesgo hemorrágico en hemodiálisis. Nefrología. Vol. XXII. Número 5. 2002

6- José Luis Conde Olasagasti. ¿Cuáles son los beneficios y cuáles los riesgos del uso de estatinas en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP)? Nefrología Sup Ext 2010;1(3):66-9

7- Rocco MV, Yan G, Heyka RJ, Benz R, Cheung AK. Risk factors for hypertension in chronic hemodialysis patients: Baseline data from the HEMO study. Am J Nephrol 2001; 21:280-288

8- Rahmann M, Dixit A, Donley V: Factors associated with inadequate blood pressure control in hypertensive hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 33: 498-506, 1999.

9- A. L. M. de Francisco y C. Piñera. NEFROLOGÍA. Vol. XXII. Suplemento 2. 2002. Tratamiento de la hipertensión arterial refractaria en hemodiálisis: Fármacos control de volumen o técnica de diálisis

PÓSTER Nº 43

MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS: PROVINCIA DE SORIA

M.L. ÁLVAREZ ALEJANDRE (1), J.I. GUTIÉRREZ (2), A. BOLAÑO NAVARRO (3),
S. MORENO LOS HUERTOS (1), A. FRIEDMANN ISAAC (1), M. GOÑI LARA (1), A.B. MARTÍNEZ DÍAZ (1)

(1) SECCIÓN DE NEFROLOGÍA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA.
SORIA, (2) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA. SORIA,
(3) SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA. SORIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: MORTALIDAD, HEMODIÁLISIS, SORIA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La patología cardiovascular comporta alrededor de un 50% de la mortalidad en los pacientes que se someten a hemodiálisis periódica ¹; Si comparamos el riesgo de la población en diálisis con el de la población general, resulta de 10 a 20 veces más probable la mortalidad por dichos eventos; Sirva como ejemplo, que la incidencia de infarto de miocardio, es de 3,5 a 50 veces superior ³.

La disfunción endotelial marca el inicio de un proceso, que finaliza con la aparición de arteriosclerosis ⁴; La comorbilidad asociada a los factores de riesgo cardiovasculares clásicos (muy prevalentes en esta población), y los propios de la uremia, les hacen especialmente susceptibles a dichos cambios en el endotelio vascular⁵ y a sus consecuencias.

Estudiamos la mortalidad cardiovascular en los pacientes de diálisis.

MÉTODOS USADOS

Análisis descriptivo y retrospectivo de mortalidad y sus causas durante los últimos diez años en la población en diálisis de la provincia de Soria.

RESULTADOS

El volumen de población en programa de hemodiálisis de Soria se estima en unos 60 pacientes/año. La mortalidad global en los últimos 10 años es de 96 pacientes (9,6 pacientes/año).

Las causas de muerte por orden decreciente fueron las siguientes: Cardiovasculares: 34 fallecimientos (35,41%), Infecciones: 28 (29.16%), Tumorales: 7 (7.29%), Complicaciones post-quirúrgicas: 5 (5.2%), Otros: 10 (10.41%, destacan las hemorragias), Desconocido: 12 (12.5 % la mayor parte de ellas, son fallecimientos en el domicilio).

El infarto agudo de miocardio constituye la causa más frecuente de mortalidad cardiovascular (17 fallecimientos, 14 varones y 3 mujeres, que abarcan hasta un 50% de las muertes de origen cardiovascular). El ACV le sigue en frecuencia, presentándose en 9 casos (26% del total, 5 mujeres y 4 hombres). Después la insuficiencia cardiaca (6 pacientes; 17.64%, 4 varones y 2 mujeres) y por último el infarto mesentérico (2 casos).

CONCLUSIONES

La mortalidad por eventos cardiovasculares en nuestra población, es discretamente inferior a otras series; si bien es cierto, que existe una alta probabilidad de que los fallecimientos de causa no filiada, correspondan a eventos de este tipo.

Como en la población general, y otras series de diálisis, la causa más frecuente de fallecimiento por causas cardiovasculares es el infarto agudo de miocardio (más frecuente en hombres), seguido de cerca por los accidentes cerebrovasculares (más frecuentes en mujeres).

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Foley RN, Parfrey PS, Sarnak MJ: Epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. J Am Soc Nephrol 9: S16-S23, 1998
- 2- Parfrey PS, Harnett JD: Long-term cardiac morbidity and mortality during dialysis therapy. Adv Nephrol 23:311-331, 1994
- 3- US Renal Data System, 1999 Annual Data Report. Am J Kidney Dis 34: S1, 1999
- 4- Mombouli JV, Vanhoutte PM: Endothelial dysfunction: From physiology to therapy. J Mol Cell Cardiol 31: 61-74, 1999
- 5- Bonomini M, Reale M, Santarelli P, Stuard S, Settefratti N, Albertazzi A: Serum levels of soluble adhesion molecules in chronic renal failure and dialysis patients. Nephron 79:399-407, 1998

PÓSTER Nº 44

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L.A. AMEZQUITA DE LOS SANTOS (1), M.C. RODRIGUEZ RODRIGUEZ (1), M. CUEVAS PANCORBO (1), I. RUIZ REQUENA (1), C. LOPEZ SANCHEZ (1), C. ZURITA APARICIO (1), J. AMPUERO AMPUERO (2), A.V. BLANCO DUCODRAY (1), G. LOPEZ DEL REY (1), N. GOMEZ PANZUELA (1)

(1) UNIDAD DE GESTION DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. CORDOBA,
(2) FEA MEDICINA INTERNA HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. CORDOBA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA, FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULAR, PREVALENCIA

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) en pacientes hospitalizados en una Unidad de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel y estudiar los factores asociados.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo transversal. Se estudiaron un total de 75 pacientes, ingresados de forma consecutiva durante una semana en un Servicio de Medicina Interna, excluyéndose 20 pacientes por situación clínica de gravedad o diagnóstico previo de EAP.

El diagnóstico se realizó mediante el índice tobillo-brazo (ITB), definiéndose EAP si el ITB < 0.9. Se excluyó el ITB > 1.40

Las variables registradas fueron: Edad, género, antecedentes y factores de riesgo vascular, comorbilidad y cuestionario de Edimburgo.

RESULTADOS:

Se incluyeron 55 pacientes con una edad media $83 \pm 6,4$ años, 31 (56,4%) eran hombres.

El 10,9% (6) de los pacientes prestaban ITB patológico. De los cuales el 83,3% (5) eran diabéticos. De 26 pacientes diabéticos, 21 (80,8%) tienen ITB normal frente a los 5 (19,2%) que tienen ITB patológico.

El 12,8% (6/47) de pacientes con hipertensión arterial (HTA) presentan ITB patológico, no observándose EAP en pacientes sin HTA

Del 100% (6) de pacientes con HTA e ITB patológico, el 66,7% (4) toman ≥ 3 fármacos.

El 83,3% (5) de pacientes con ITB patológico son obesos y el 16,7% (1) no tienen obesidad

El Filtrado Glomerular de los pacientes con ITB patológico (6) es de $34,70 \pm 13,20$ ml/min frente a los pacientes con ITB normal (49) es de $55,41 \pm 26,51$ ml/min

La PAS de los pacientes con ITB patológico (6) es de $142,5 \pm 27,58$ mmHg frente a los pacientes (49) con ITB normal es de $125,02 \pm 20,33$ mmHg

CONCLUSIONES.

La prevalencia de Enfermedad Arterial Periférica asintomática es elevada. Se relaciona con HTA, diabetes, obesidad y filtrado glomerular.

PÓSTER Nº 45

FACTORES ASOCIADOS CON EL CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN POBLACIÓN ADULTA

M.C. PATINO ALONSO (1), J.I. RECIO RODRIGUEZ (2), C. AGUDO CONDE (2), L. GÓMEZ SÁNCHEZ (2),
C. MARTÍN HERNANDEZ (2), E. RODRIGUEZ SANCHEZ (2), M. GÓMEZ SÁNCHEZ (2),
A. MARTINEZ ROYO (2), J. PRIETO MATOS (2), L. GARCIA ORTIZ (2)

(1) DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA,
(2) UNIDAD DE INVESTIGACION DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DIETA MEDITERRANEA, RIESGO CARDIOVASCULAR, ADHERENCIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Analizar variables asociadas al cumplimiento de la dieta mediterránea en población adulta.

Métodos utilizados: Estudio multicéntrico descriptivo transversal.

Población de estudio: 1553 pacientes sujetos entre 20-80 años seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático en 6 centros de Atención Primaria de España (Salamanca, Barcelona, Cuenca, Vizcaya, Valladolid y Zaragoza).

Variables estudiadas: edad, sexo, ejercicio físico (METs), obesidad, tabaco, consume de alcohol, antecedentes familiares de factores de riesgo (hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes), riesgo cardiovascular (D'Agostino), glucosa, creatinina, colesterol HDL, colesterol LDL y hemoglobina glicosilada.

La variable principal de resultados referente a la alimentación se medio través de la diferencia en la puntuación total (basal y final) en el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea ya validado en España y utilizado en el estudio PREDIMED. Este cuestionario lo administro personal previamente entrenado y establecio 14 ítems referentes al cumplimiento de diferentes aspectos de la dieta mediterránea.

Resultados: Edad media: 55 años. Mujeres: 60,3%. Por tertiles de edad se encuentran diferencias entre los cumplidores y no cumplidores en el consumo de aceite, consumo de frutas, carnes rojas, bebidas carbonatadas, vino, pescado-mariscos, repostería, pastas y arroces. Encontramos que los factores asociados a mejor cumplimiento de dieta mediterránea son: realizar ejercicio físico (OR=1.588), la edad a mayor edad mayor probabilidad de cumplimiento (OR=2.162), consumo moderado de alcohol (OR=1.342), mujeres (OR=0.777) y personas delgadas (OR=0.577) y a un peor cumplimiento ser varon y ser obeso.

Conclusiones: Las variables asociadas a una mayor probabilidad de cumplir la dieta mediterránea son ser mujer, consumo de alcohol moderado, edad de más de 62 años de edad y hacer ejercicio, y con menor probabilidad ser hombres y obesos.

PÓSTER Nº 46

FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN MAYORES DE 65 AÑOS DE UN ÁREA URBANA: DERIVA STUDY

E. RODRIGUEZ SANCHEZ (1), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), S. MORA SIMON (2), D. PEREZ ARECHAEDERRA (1), M.C. PATINO ALONSO (3), C. AGUDO CONDE (1), L. MARIN SANCHEZ (1), C. GIADACH (1), P. MURIEL DIAZ (1), M.A. GOMEZ MARCOS (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL CENTRO DE SALUD LA ALAMEDILLA. IBSAL. SACYL. SALAMANCA,
(2) DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, PSICOBIOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS DEL
COMPORTAMIENTO. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA,
(3) DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA. FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, EPIDEMIOLOGÍA

RESUMEN:

Fundamentos: Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en España en 2010. El objetivo fue analizar la prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades cardiovasculares en mayores de 65 años de una población urbana y las características psicosociales asociadas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, poblacional (ciudad de Salamanca. España). Mediante un muestreo aleatorio estratificado por zona de salud, seleccionamos 480 sujetos mayores de 65 años. Se efectuó una encuesta de salud en el domicilio de los sujetos mediante un cuestionario. Se midió peso, talla, circunferencia de cintura, tensión arterial, glucemia y colesterol. Se estimó la prevalencia estandarizada a la población europea.

Resultados: Se entrevistaron 327 sujetos (68.10% de los seleccionados), la edad media fue de 76 años (DS:7,33). El 64.5% eran mujeres. La hipertensión era el factor de riesgo más frecuente tanto en varones (69,7%) como en mujeres (62,8%), seguido de diabetes en varones (36,2%) y sedentarismo en mujeres (36,0%). El 20,2% presentaban enfermedad cardiovascular. La cardiopatía isquémica (12,1%) fue la más prevalente en varones y la insuficiencia cardiaca (10,4%) en mujeres. Los que presentaban enfermedades cardiovasculares eran más dependientes y mostraron peor pronóstico (Índice de Comorbilidad de Charlson).

Conclusiones: *Casi el 80% de los mayores de 65 años no presentaban ninguna de las tres enfermedades cardiovasculares que suponen las principales causas de muerte en este grupo de edad. La cardiopatía isquémica fue la enfermedad más prevalente en los varones y la insuficiencia cardiaca en las mujeres.*

PÓSTER Nº 47

EVOLUCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE ORIGEN POBLACIONAL DE ALBACETE Y PROVINCIA

I. PONCE GARCÍA (1), J. CARBAYO HERENCIA (3), L.M. ARTIGAO RODENAS (2),
J. MONEDERO LA ORDEN (2), P. TORRES MORENO (4), F. MOLINA ESCRIBANO (1), M. MARTÍNEZ
RAMÍREZ (5), L. NAVARRO SÁNCHEZ (2), B. GONZÁLEZ LOZANO (6), M. SIMARRO RUEDA (7)

(1) CS CASAS-IBÁÑEZ. ALBACETE, (2) CS ZONA III. ALBACETE, (3) CLÍNICA CAPIO. ALBACETE,
(4) CS MINGLANILLA. CUENCA, (5) CS ZONA V. ALBACETE, (6) CS ZONA V-A. ALBACETE,
(7) CS ZONA IV. ALBACETE

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ESTUDIO DE COHORTES, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PREVALENCIAS

RESUMEN:

OBJETIVOS

Conocer los cambios sucedidos en las prevalencias de distintos FRCV tras el seguimiento de una cohorte en la provincia de Albacete.

MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo y descriptivo de una población aleatoria de la provincia de Albacete, de 18 o más años. El primer examen se realizó durante los años 1992-4 y el segundo 2004-6. El estudio se realizó en los centros de salud. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico, siendo el tamaño muestral del primer estudio de 1322 sujetos y se ha ampliado en el segundo estudio con 255 sujetos de 18 a 28 años. Se ha realizado una encuesta estructurada, exploración física, medida de presión arterial, analítica básica y ECG.

Para el análisis de los datos se ha considerado HTA si PA $\geq 140/90$ mmHg o tratamiento farmacológico, DM si glucemia basal ≥ 126 mg/dl o tratamiento antidiabético, fumador si fumaba > 1 cig/día, hipercolesterolemia si colesterol ≥ 200 mg/dl o tratamiento hipolipemiente, hipertrigliceridemia si triglicéridos ≥ 200 mg/dl o tratamiento reductor de TG, cHDL bajo si ². Se ha estimado la prevalencia de cada variable teniendo en cuenta el número de participantes que tienen la medición de cada variable en los dos cortes, utilizando la prueba χ^2 , considerándose significativo un valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la evolución de los diferentes FRCV tanto en hombres como en mujeres, así como su número, reflejando éste aquel tenía registrada la variable medida en ambos cortes.

El seguimiento medio fue de 10,6 años (DE=2,4).

Tabla 1. Evolución de los FRCV a lo largo de casi 11 años.

	Hombres			Mujeres			Total
	1992-4	2004-6	p	1992-4	2004-6	p	
HTA (%) (n=351H y 488M)	143 (40,7)	159 (45,3)	<0,001	188 (38,5)	226 (46,3)	<0,001	839
DM (%) (n=368H y 523M)	22 (6,0)	50 (13,6)	<0,001	49 (9,4)	84 (16,1)	<0,001	891
Fumador (%) (n=370H y 503M)	173 (46,8)	102 (27,6)	<0,001	116 (23,1)	88 (17,5)	<0,001	873
Hipercolesterolemia (%) (n=378H y 534M)	203 (53,7)	246 (65,1)	<0,001	249 (46,6)	326 (61,0)	<0,001	912
Hipertrigliceridemia (%) (n=362H y 515M)	86 (23,8)	109 (30,1)	<0,001	50 (9,7)	80 (15,5)	<0,001	877
cHDL bajo (%) (n=366H y 515M)	165 (45,1)	85 (23,2)	<0,001	189 (36,7)	41 (8,0)	<0,001	881
Obesidad (%) (n=361H y 495M)	82 (22,7)	122 (33,8)	<0,001	146 (29,5)	172 (34,7)	<0,001	856

Las variables se expresan como cantidad exacta y (porcentaje).

CONCLUSIONES

A lo largo de casi 11 años ha habido un aumento importante de las prevalencias de todos los FRCV exceptuando el tabaco y cHDL bajo, que ha disminuido, siendo este cambio mayor en mujeres. Probablemente el aumento de obesidad lleve aparejado el incremento de otros FRCV.

PÓSTER Nº 48

INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN SUJETOS PREHIPERTENSOS EN UNA COHORTE ESPAÑOLA. FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE LOS NUEVOS CASOS

I. PONCE GARCÍA (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (1), J.A. DIVISON GARROTE (1), L.M. ARTIGAO RODENAS (1), M. SIMARRO RUEDA (1), B. GONZÁLEZ LOZANO (1), F. MOLINA ESCRIBANO (1), J. MONEDERO LA ORDEN (1), P. TORRES MORENO (1), L. NAVARRO SÁNCHEZ (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PREHIPERTENSOS, HIPERTENSOS, FACTORES RELACIONADOS EN SU APARICIÓN

RESUMEN:

Objetivos: Valorar por un lado la incidencia de hipertensión arterial (HTA) en sujetos prehipertensos (PHTA) y por otro los factores que influyen en la aparición de estos nuevos casos de HTA en individuos procedentes de una cohorte prospectiva seguida durante 10,6 años.

Métodos: La muestra origen de la citada cohorte procede 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. Se consideró normotensión cuando la PA era <120/80 mmHg, PHTA cuando la PA era de 120-139/80-89 mmHg y HTA cuando la PA \geq 140/90 mmHg o tratamiento antihipertensivo. La valoración de los factores pronósticos se han elaborado con un modelo de regresión logística, considerando como referencia aquellos prehipertensos que se mantienen como tales en el segundo corte, comparado con los nuevos hipertensos. El modelo se ha ajustado por las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), ejercicio físico, hipercolesterolemia (corte en 200 mg/dl), diabetes mellitus y hábito de consumo de tabaco. El valor de P se ha considerado menor o igual a 0,05.

Resultados: De los 1322 participantes en el inicio del estudio, 814 sujetos cumplen el criterio de inclusión en el presente estudio, tras un seguimiento de 10,6 años (DE=2,4 años). De éstos, eran normotensos 200 sujetos (24,6%), prehipertensos 288 (35,4%) e hipertensos 326 (40%).

De los prehipertensos en el primer examen, al cabo de 10,6 años, 117 (40,6%) lo siguen siendo y 90 (31,3%) se hicieron hipertensos. La incidencia acumulada de nuevos casos de HTA ha sido 313 por cada 1000 sujetos prehipertensos. Las variables predictoras en la aparición HTA en prehipertensos han sido la edad (por cada 10 años transcurridos: OR=1,63; IC95%: 1,32-2,14; P<0,001) y el IMC (por cada 5 unidades de aumento: OR=1,50 IC95%: 1,005-2,23; p=0,048). El género masculino (OR=0,55; P=0,0786) y el ser fumador (OR=1,97; P=0,0786) mostraron una tendencia predictora, sin alcanzar en este caso significación estadística.

Conclusiones: Uno de cada 3 prehipertensos se hace hipertenso al cabo de 10 años. Las variables asociadas a la aparición de nuevos casos de HTA han sido la edad y el IMC.

PÓSTER Nº 49

FACTORES RELACIONADOS CON LA APARICIÓN DE NUEVOS CASOS DE PREHIPERTENSIÓN ARTERIAL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN INDIVIDUOS NORMOTENSOS. INCIDENCIA DE ESTOS NUEVOS CASOS

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

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: NORMOTENSOS, PREHIPERTENSOS E HIPERTENSOS, FACTORES RELACIONADOS EN SU APARICION

RESUMEN:

Objetivos: Valorar por un lado la incidencia de hipertensión arterial (HTA) y prehipertensión arterial (PHTA) en sujetos normotensos y por otro, los factores que influyen en la aparición de los nuevos casos en una muestra procedente de una cohorte prospectiva seguida durante 10,6 años.

Métodos: La muestra origen de la citada cohorte procede 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. Se consideró normotensión cuando la PA era <120/80 mmHg, PHTA cuando la PA era de 120-139/80-89 mmHg y HTA cuando la PA \geq 140/90 mmHg o tratamiento antihipertensivo. En la valoración de los factores pronósticos se han elaborado dos modelos de regresión logística, uno para aquellos normotensos que se mantienen como tales en el segundo corte y tomado como referencia, comparado con los nuevos sujetos prehipertensos y otro cuando los pacientes considerados son los nuevos hipertensos. Ambos modelos se han ajustado por las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), ejercicio físico, hipercolesterolemia (corte en 200 mg/dl), diabetes mellitus y hábito de consumo de tabaco. El valor de P se ha considerado menor o igual a 0,05.

Resultados: De los 1322 participantes en el inicio del estudio, 814 sujetos cumplen el criterio de inclusión en el presente estudio, tras un seguimiento de 10,6 años (DE=2,4 años). De éstos, eran normotensos 200 sujetos (24,6%), prehipertensos 288 (35,4%) e hipertensos 326 (40%).

De los normotensos en el primer examen, al cabo de 10,6 años, 113 sujetos (56,5%) se mantuvieron normotensos, 58 (29%) se convirtieron en prehipertensos y 29 (14,5%) se hicieron hipertensos. La incidencia acumulada de nuevos casos de HTA ha sido 145 nuevos hipertensos por cada 1000 sujetos normotensos y en el caso de la PHTA, 290 nuevos prehipertensos cada 1000 sujetos normotensos. Las variables predictoras en la aparición de prehipertensión en pacientes normotensos han sido el género masculino (OR=5,96; IC95%: 2,82-12,60; P<0,001) y el IMC (por cada aumento de 5 unidades: OR=2,06; IC95%: 1,10-3,81). En la aparición de nuevos hipertensos en individuos normotensos, el género masculino (OR=3,52; IC95%: 1,18-10,52; P=0,024) y la edad (por cada 10 años transcurridos: OR=2,43;

IC95%: 1,63-3,64; $P < 0,001$). La actividad física presenta una tendencia a ser protectora, sin alcanzar en este caso significación estadística (OR=0,39; IC95%: 0,14-1,12; $P=0,08$).

Conclusiones: Uno de cada 7 participantes normotensos se hacen hipertensos y uno de cada 3 se convierte en prehipertensos al cabo de 10 años. Las variables asociadas a la aparición de nuevos casos de PHTA han sido el ser varón y el IMC. En la aparición de pacientes hipertensos el género masculino y la edad.

PÓSTER Nº 50

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA DEMENCIA EN LA PROVINCIA DE LLEIDA DESDE UNA PERSPECTIVA CARDIO-VASCULAR

M. CALDERÓ SOLÉ (1), G. PASCUAL SOL (1), M.M. ÁLVAREZ CEBALLOS (1), V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1),
M. PENA ARNÁIZ (1), R. LLOVET FONT (1), D. RÍOS GARCÍA (1), M. ROCA MONSÓ (1),
A. BALCELLS TERES (1), N. MIRÓ VALLVÉ (1)

(1) ABS PLA D'URGELL, CAP DE MOLLERUSSA. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DEMENCIA, DISLIPEMIA, DIABETES

RESUMEN:

Introducción

Desde el punto de vista sociológico, el incremento progresivo de la expectativa de vida en las últimas décadas, así como los cambios en los estilos de vida, y el rigor en los instrumentos diagnósticos, ha favorecido la emergencia de algunas patologías como la demencia, la depresión, la obesidad, la diabetes o la hipertensión arterial.

Propósito del estudio

Calcular la prevalencia de diabetes, y dislipemia en pacientes diagnosticados de demencia.

Metodología

Estudio transversal descriptivo.

La muestra se ha obtenido de la base de datos informatizada de una región sanitaria semi-rural, en la provincia de Lleida, que incluye a 25.026 personas, a partir de la cual se han seleccionado aquellos pacientes ≥ 18 años en cuyo historial conste el diagnóstico de demencia, según el código de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Entre las personas con demencia se ha calculado la prevalencia de diabetes y dislipemia, tanto en la muestra global como por género.

Resultados

Del total de la muestra, hay 326 personas diagnosticadas de demencia, esto representa una prevalencia global del 1,3% IC95 [1,16-1,44].

La prevalencia de diabetes entre las personas con demencia ha sido del 25,8%, IC95% [20,31-31,29]. Según el género, entre las mujeres, la prevalencia ha sido del 24,8%, IC95% [18,22-31,31], y entre los hombres del 27,8%, IC95% [17,91-37,69].

La prevalencia de dislipemia entre las personas con demencia ha resultado del 35%, IC95% 28,61-41,39]. Por género, en mujeres ha sido del 37,2%, IC95% [29,14-45,26], y en los hombres ha sido del 30,6%, IC95% [20,22-40,98].

Conclusiones

La prevalencia de factores cardio-vasculares como la diabetes y la dislipemia entre las personas con demencia es elevada, lo cual nos hace reflexionar que la demencia, tanto desde una perspectiva fisiopatológica como de manejo terapéutico habría que considerarla como una patología multisistémica, y no meramente desde el punto de vista del daño cerebral. En cuanto al peso que representan los dos factores de riesgo valorados para este estudio, la dislipemia ha resultado ser más

prevalente que la diabetes, lo cual puede estar en relación al hecho de que la dislipemia también sea más prevalente en la población general que la diabetes.

PÓSTER Nº 51

RELACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) Y LOS FACTORES DE RIESGO CARDIO-VASCULAR

M. CALDERÓ SOLÉ (1), D. RÍOS GARCÍA (1), I. PERELLÓ GARCIA (1), M. ABELLANA SANGRÀ (1),
J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), M.B. VILANOVA FILLAT (1), M.L. PLANA GARCIA (1),
M. PENA ARNÁIZ (1), V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1), R. LLOVET FONT (1)

(1) ABS PLA D'URGELL, CAP DE MOLLERUSSA. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: EPOC, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES

RESUMEN:

Introducción

La enfermedad cardio-vascular es una causa frecuente de mortalidad entre los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Estudios previos han determinado que el cálculo del "*Volumen Espiratorio Forzado en el primer segundo*" (FEV1) es un predictor de riesgo cardio-vascular, incluso después de ajustarlo por otros factores de riesgo cardio-vascular como la edad, el género, el tabaco, el colesterol, el nivel de estudios y la clase social.

Además algunos estudios han concluido que por cada descenso del 10% en el FEV1, el riesgo de mortalidad por causa cardio-vascular se incrementa en un 28%.

Propósito del estudio

Calcular la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus-2, obesidad y dislipemia, en pacientes diagnosticados de EPOC.

Metodología

Estudio transversal descriptivo.

La muestra se ha obtenido de la base de datos informatizada de una región sanitaria semi-rural de la provincia de Lleida, a partir de la cual se han seleccionado aquellos pacientes ≥ 18 años en cuyo historial conste el diagnóstico de EPOC, según el código de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). La muestra incluye a 25.026 personas, de las cuales 792 están diagnosticadas de EPOC. Entre las personas con EPOC, se ha calculado la prevalencia de pacientes con HTA, diabetes mellitus-2, obesidad y dislipemia, tanto en la muestra global como por género.

Resultados

La prevalencia de HTA entre los pacientes con EPOC ha sido del 56,4% (N=447), IC95% [51,20-61,60]. Por género, en mujeres ha resultado del 66,2%, IC95% [55,62-76,78], y en hombres del 52,6%, IC95% [46,66-58,54].

La prevalencia de diabetes mellitus en pacientes con EPOC ha sido del 28,8% (N=228), IC95% [25,08-32,52]. Según el género, la prevalencia en mujeres ha sido del 29,3%, IC95% [22,26-36,34], y en hombres del 28,6%, IC95% [24,22-32,98].

La prevalencia de obesidad en los pacientes con EPOC, ha resultado del 21,6% (N=171), IC95% [18,38-24,82]. Por género, en mujeres ha sido del 30,2%, IC95 [23,06-37,34], entre los hombres ha sido del 18,2% IC95% [14,71-21,69].

La prevalencia de dislipemia en pacientes con EPOC, ha sido del 35,7% (N=283), IC95% [31,56-39,84]. Según el género, en mujeres ha resultado del 40%, IC95% [31,78-48,22], y entre los hombres del 34%, IC95% [29,22-38,78].

Conclusiones

La tendencia actual es a considerar la EPOC como una enfermedad multisistémica. La prevalencia de los diferentes factores de riesgo cardio-vascular analizados ha resultado ser elevada entre los pacientes con EPOC, siendo en todos los casos superior al 20%. Por orden decreciente de importancia en primer lugar está la hipertensión arterial, que supera el 50%, seguido de la dislipemia, la diabetes y la obesidad. Son necesarios más estudios en este campo que ayuden a esclarecer la relación entre factores de riesgo cardio-vascular en la EPOC.

PÓSTER Nº 52

ANTICOAGULACION ORAL: QUIEN-PORQUÉ-CUANTO

J.B. GÓMEZ CASTAÑO (1), D.J. RUBIRA LÓPEZ (1), M.D. ESTEVE FRANCO (1), M.C. VILLALBA GARCÍA (1),
I. EGEA LUCAS (1), E. MARTÍNEZ MONDÉJAR (1), J.M. ALONSO MADRID (1), M. COSTA LLORCA (1),
M. IZQUIERDO ABELLÁN (1), J. LUCAS MARÍN (1)

(1) C.S. CIEZA OESTE. CIEZA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ANTICOAGULACIÓN, FIBRILACIÓN, AURICULAR

RESUMEN:

Objetivos:

Conocer los datos más importantes en la anticoagulación oral: a quién anticoagulamos, porqué y la dosis precisa para obtener un INR adecuado.

Material y Métodos:

Recogida de datos desde 2003, de un cupo de 1500 pts. Se actualiza el censo de pacientes anticoagulados con acenocumarol (SINTROM) a final de 2011. Se registra la dosis necesaria para conseguir un INR de 2 a 3 (fibrilación auricular: FA y trombosis venosas) y 2.5-3.5 para patología valvular cardiaca: VALV.)

Resultados:

Se obtiene un censo de 40 pacientes anticoagulados (AO) : 24 mujeres (60%), con un rango de edad entre 49 y 91 años. Dominan los pacientes añosos: mayores de 80 años: 16 (40%) ó de 75 años: 24 (60%) y la FA en sus distintas presentaciones: 28 (70%) junto a Valvulopatías Cardíacas 8 (20%) y patología trombotica venosa: 4 (10%). Dosis media de Sintrom: 14 mg./semana (6 - 32) y se modifica bastante por la edad del paciente y la patología que indica la AO.

Conclusiones:

Estamos anticoagulando, sobre todo, a pacientes añosos (mayoría: 60% mayores de 75 años) que presentan Fibrilación Auricular en sus distintas presentaciones y que precisan de una dosis de 12 mg./semana, aunque la media total es de 14/semana. La edad determina claramente la dosis semanal de sintrom: mayores de 80 años: 10.5. Entre 70-79 años: 14.7 y menores de 70 años: 19.3 mg/semana.

PÓSTER Nº 53

PREVALENCIA DE DISLIPEMIA ATEROGÉNICA EN POBLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA. GRUPO DE ESTUDIO "ICARIA"

M.Á. SÁNCHEZ CHAPARRO (1), P. GONZÁLEZ SANTOS (1), P. VALDIVIELSO FELICES (1),
M. CABRERA SIERRA (2), P. MARTÍNEZ MUÑOZ (2), R.M. POZAS GARCÍA (1), R. REVENGA CUBERO (1),
J.C. SAINZ GUTIÉRREZ (1), A. FERNÁNDEZ MESEGUER (1), E. CALVO BONACHO (1)

(1) DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO. MÁLAGA,
(2) IBERMUTUAMUR. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DISLIPEMIA ATEROGÉNICA, TRIGLICÉRIDOS, HDL

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista epidemiológico, la presencia de triglicéridos elevados y HDL bajo, dislipemia aterogénica (DA), se han asociado de modo independiente con mayor riesgo cardiovascular en amplios estudios de cohorte. La prevalencia de DA en población general no es bien conocida. Estudios previos del Grupo de Estudio ICARIA, han investigado la prevalencia de diversos componentes de dislipemia, y su asociación con otros factores de riesgo, en una amplia muestra de la población laboral española.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue valorar la prevalencia de DA en una amplia muestra de población laboral española, estratificada por género y edad.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio observacional y transversal de 70,609 trabajadores (71.5% hombres (H), 28.5% mujeres (M); edad media 39.2±10), reclutados desde Marzo de 2010 a Diciembre de 2011, que acudieron a los reconocimientos médicos en todas las Comunidades Autónomas y fueron incluidos en el estudio. Las muestras de plasma fueron analizadas en un laboratorio central. La definición de DA utilizada fue: TG≥150 mg/dl y HDL

RESULTADOS

La prevalencia de DA estratificada por género y edad se muestra en la tabla 1.

		Género		Mujeres		Total		p-valor ¹
		Hombres		n	%(IC 95%)	n	%(IC 95%)	
Grupo de edad (años)	<30	8,639	4.2 (3.8-4.7)	4,137	1.0 (0.8-1.4)	12,776	3.2 (2.9-3.5)	<0.001
	30-39	17,979	7.5 (7.1-7.9)	7,588	1.5 (1.3-1.8)	25,567	5.7 (5.4-6.0)	<0.001
	40-49	14,085	9.0 (8.5-9.5)	5,560	2.3 (2.0-2.7)	19,645	7.1 (6.8-7.5)	<0.001
	50-59	8,345	7.0 (6.5-7.6)	2,531	3.2 (2.6-4.0)	10,876	6.1 (5.7-6.6)	<0.001
	≥60	1,427	5.8 (4.7-7.2)	318	5.3 (3.4-8.4)	1,745	5.7 (4.7-6.9)	0.847
	Total	50,475	7.2 (7.0-7.5)	20,134	1.9 (1.7-2.1)	70,609	5.7 (5.5-5.9)	<0.001
	p-value¹	<0.001		<0.001		<0.001		

1 Chi-cuadrado

CONCLUSIONES:

Cerca del 6% de la población presenta criterios de DA y tienen por tanto incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular (46% de ellos menores de 40 años de edad). Estos datos ayudan a mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular (triglicéridos y HDL no están incluidos en las tablas SCORE) y pueden servir para la intensificación de medidas preventivas en estos trabajadores.

PÓSTER Nº 54

PREVALENCIA DE FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO

M.Á. SÁNCHEZ CHAPARRO (1), F. GUTIÉRREZ GONZÁLEZ (2), R.B. RABANAL ALONSO (2),
C. SANZ MARTÍN (2), L.Á. DÍEZ ALONSO (2), M. CABRERA SIERRA (2), R. REVENGA CUBERO (2),
P. GONZÁLEZ SANTOS (1), P. VALDIVIESO FELICES (1), E. CALVO BONACHO (2)

(1) DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL. MÁLAGA, (2) IBERMUTUAMUR. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: MDRD-IDMS, CKD-EPI, FUNCIÓN RENAL

RESUMEN:

OBJETIVO

Investigar la prevalencia de filtrado glomerular estimado (eGFR) ² mediante distintas ecuaciones y su asociación con factores de riesgo cardiovascular y tipo de ocupación en población laboral española.

MÉTODOS:

Estudio transversal de 70.690 trabajadores (71,5% hombres, edad media de 39,2 años, rango 16-81 años) que acudieron a reconocimiento médico rutinario (RM). Para la estimación eGFR se utilizaron la fórmula abreviada del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD-IDMS) y The Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). Se estimó la prevalencia de eGFR ² con cada una de ellas.

RESULTADOS:

El 1,1% IC95%(1,0-1,2) de los trabajadores presentan eGFR ² según MDRD-IDMS y 0,3% IC95%(0,3-0,4) según CKD-EPI. La prevalencia de eGFR ² fue mayor en mujeres que en hombres por ambos métodos aunque solo es estadísticamente significativa para MDRD-IDMS. Para ambos métodos aumenta con la edad (p² obtenido mediante ambas ecuaciones).

Tabla 1. Regresión logística de factores asociados con eGFR < 60 ml/min/1.73m² por dos ecuaciones.

	eGFR < 60 ml/min 1.73m ² (CKD-EPI)		eGFR < 60 ml/min 1.73m ² (MDRD-IDMS)	
	*Odds ratio (95% IC)	p-valor	*Odds ratio (95% IC)	p-valor
Edad (años)		<0.0001		<0.0001
<35	1 (referencia)		1 (referencia)	
35-44	3,5 (1,8-6,6)	0.0002	3,1 (2,3-4,2)	<0.0001
45-54	12,8 (7-23,3)	<0.0001	9,4 (7,1-12,2)	<0.0001

≥55	35,6 (19,5-64,9)	<0.0001	13,6 (10,2-18,1)	<0.0001
Índice de Masa Corporal (IMC)		<0.0001		0.0010
²	1 (referencia)		1 (referencia)	
25-29.9 kg/m ² .	1,5 (1,1-2)	0.0152	1,2 (1,1-1,5)	0.0076
≥30 kg/m ²	2,2 (1,5-3)	<0.0001	1,4 (1,2-1,7)	0.0005
Hipertensión (HTA)^a	3,5 (2,7-4,5)	<0.0001	1,9 (1,7-2,3)	<0.0001
Tabaquismo^b	0,6 (0,4-0,8)	0.0003	1,6 (1,3-1,8)	<0.0001
Bajo HDL^c	1,1 (0,7-1,5)	0.7322	0,8 (0,7-1)	0.0922
Alto LDL^d	1,2 (0,9-1,8)	0.2620	1,5 (1,2-1,8)	<0.0001
Alto Triglicéridos^e	1,7 (1,2-2,5)	0.0032	1,6 (1,3-2)	<0.0001
Diabetes^f	4,4 (2,9-6,8)	<0.0001	2,3 (1,7-3,1)	<0.0001
Sector de actividad		0.7817		0.1120
Construcción	1 (referencia)		1 (referencia)	
Agricultura	0,8 (0,3-1,9)	0.5545	0,8 (0,5-1,5)	0.4992
Industria	0,7 (0,2-1,7)	0.3992	0,7 (0,4-1,3)	0.2310
Servicios	0,7 (0,3-1,7)	0.3891	0,9 (0,5-1,7)	0.8524
Trabajadores "White Collar" (WC)	1 (0,8-1,3)	0.9674	1,2 (1-1,4)	0.0188

a. Diagnóstico previo o tratamiento para HTA o TA actual ≥ 140 or ≥ 90 mmHg.

b. Consumo actual o por lo menos un cigarrillo o pipa /día. Sujetos que dejaron de fumar en el año en curso han sido considerados fumadores.

c. HDL

d. LDL ≥ 160 mg/dL.

e. Triglicéridos ≥ 200 mg/dL.

f. Diagnóstico previo de diabetes, o glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL.

*Odds Ratios crudas (IC: Intervalo de Confianza al 95%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de eGFR < 60 ml/min/1.73m² CKD-EPI es significativamente menor a la calculada según MDRD-IDMS para ambos sexos, especialmente en mujeres. Existe asociación significativa entre el filtrado glomerular < 60 ml/min/1.73m² según CKD-EPI y MDRD-IDMS con la edad, IMC, HTA, tabaquismo, hipertrigliceridemia y diabetes, siendo además con la última de las ecuaciones con LDL y WC.

PÓSTER Nº 55

HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE CAUSA SUPRARRENAL: TRES MECANISMOS HORMONALES DISTINTOS

D. ESTEVA FERNÁNDEZ (1), R. ROA CHAMORRO (1), J. RAMÍREZ TABOADA (1),
J.D. MEDIAVILLA GARCÍA (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HTA, SECUNDARIA, SUPRARRENAL

RESUMEN:

Propósito del estudio

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio (prevalencia en adultos de hasta el 35%), afectando a 10 millones de personas en España.

Aunque la hipertensión arterial secundaria tiene una prevalencia baja (5-15% del total), su importancia radica en la posibilidad de corrección. Existen una serie de características clínicas que deben alertar ante una posible HTA secundaria: a) hipertensión severa o resistente, b) edad menor a 30 años; c) hipertensión maligna o acelerada.

En cuanto la etiología de la misma, las causas más frecuentes suelen ser la renal, vasculorrenal, neurogénica y endocrina (entre ellas suprarrenal), además de la administración exógena de corticoides.

Métodos usados

Se presentan tres pacientes de 35, 38 y 29 años (varones) que acudieron a consulta por hipertensión de varios meses de evolución, resistente a tratamiento con varios fármacos.

Debido a la edad de aparición de la HTA y difícil control terapéutico, se inició un despistaje de causa secundaria de HTA, solicitando: análisis básico con iones, estudios hormonales suprarrenales, electrocardiograma (ECG), ecocardiograma y ecografía abdominal.

Resultados

En el primero de los paciente se detectó hipopotasemia (K 3.1 mEq/L); en la ecografía abdominal se describió una masa (8 x 11 cm) en el polo superior del riñón izquierdo, con desestructuración del mismo. En el estudio hormonal, se detectaron valores elevados de cortisol plasmático basal (796 ng/mL) con ACTH plasmática basal disminuida (2 pg/mL) y cortisol libre urinario 320 mcg/24 h. En el estudio de TC se confirmó la masa suprarrenal izquierda, heterogénea, y con invasión en retroperitoneo y área vascular, junto con lesiones de aspecto metastásico en hígado, pulmones y vertebrae lumbares. El diagnóstico final fue de Síndrome de Cushing secundario a carcinoma suprarrenal estadio IV.

En el segundo de los casos, destacó en los análisis una hipopotasemia de 3.2 mEq/L. En la ecografía se observó una masa bien delimitada de 11 cm a nivel suprarrenal; en el estudio ampliado se detectó una aldosterona basal 205 (N<100), aldosterona estimulada 250, actividad plasmática renina estimulada 0.7, con metanefrinas normales. Se realizó PET, siendo compatible con carcinoma suprarrenal derecho.

El tercer paciente presentaba una analítica básica con iones dentro de los valores normales. La ecografía abdominal informó de una lesión adrenal derecha, sólida y bien delimitada, de 31 x 27 mm.

En las determinaciones analíticas las catecolaminas urinarias fueron normales pero las metanefrinas urinarias totales y sus fracciones estuvieron muy elevadas. El paciente se intervino, siendo el diagnóstico definitivo de feocromocitoma.

Conclusiones

El estudio de estos casos nos ilustra sobre la complejidad de la hipertensión arterial, siendo importante identificar ciertas claves que nos deben poner sobre aviso ante la posible existencia de una causa secundaria de HTA.

Desde el punto de vista fisiopatológico suprarrenal, se han establecido tres mecanismos endocrinos distintos causantes de HTA, que se corresponden con los tres casos clínicos descritos: Feocromocitoma (producción de catecolaminas y derivados), hiperaldosteronismo (aldosterona) y Síndrome de Cushing (cortisol), con una prevalencia en población hipertensa de 0.2%, 0.5-12% y 0.2%, respectivamente.

PÓSTER Nº 56

EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ALAVA

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1),
J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), M.A. BASABE PEREZ (1), E. GÓMEZ VADILLO (1),
A.I. RODRÍGUEZ POLO (1), J.M. VERA-FAJARDO BELINCHON (1), S. LÓPEZ LEZA (1),
E. LZ DE URALDE PZ DE ALBENIZ (1)

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONTROL, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Propósito.-

La hipertensión arterial (Hta) es un problema sanitario de primer orden dada su altísima prevalencia y su condición de factor de riesgo cardiovascular que debe ser abordado por múltiples estamentos implicados en la salud de la población.

Con nuestro estudio hemos querido analizar el resultado del trabajo de todos los estamentos sanitarios implicados en la lucha contra la Hta en nuestra Área Sanitaria.

Método.-

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Septiembre de 2012 en Comarca Araba (301.333 habitantes). Se empleo el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención al paciente hipertenso del Contrato Programa de este año 2012.

Resultados.-

Población Diana	251.908
Cribado de Hta	48,36%
Nº Hipertensos diagnosticados	42.774
Prevalencia Hta	16,98%
Estudio analítico Básico	73,99%
Estudio analítico Periódico	66,01%
Control periódico: (IMC, Ed. Sanitaria)	43,97%
Estudio ECG	56,34%
Determinación del RCV	56,96%
Buen control Tabaquismo (no fumadores)	82,75%
Buen control TA (TA)	46,92%

Conclusiones.-

Debemos esforzarnos en mejorar nuestro cribado con el fin de detectar más pacientes hipertensos, así como en el control periódico de los ya diagnosticados con el fin de ir aumentando el porcentaje de hipertensos con un buen control de su enfermedad, gracias a conseguir una mejor adherencia al tratamiento, un cambio real en los estilos de vida, etc.

PÓSTER Nº 57

ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1),
J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), J. GARCÍA LZ. DE ARMENTIA (1), J.L. HURTADO MENDOZA (1),
M.E. ORTEGA HERRILLO (1), M. PINEL MONGE (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1),
A. SABANDO CARRANZA (1)

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO, ATENCIÓN PRIMARIA, CONTROL

RESUMEN:

Propósito.-

Los pacientes pluripatológicos (PP) son aquellos que presentan dos o más enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional y que generan una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales.

El propósito del estudio es valorar el grado de control conseguido en nuestros pacientes pluripatológicos hipertensos y además diabéticos.

Método.-

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Septiembre de 2012 en Comarca Araba. Se empleo el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención a los PP diabéticos e hipertensos del Contrato Programa de este año 2012

Resultados.-

Población DM + Hta	547 pacientes
Buen Control TA	25,05%
Buen Control Hemoglobina Glicosilada	39,12%
Control del RCV	52,32%
Buen Control Tabaquismo	82,82%
Revisión oftalmológica	75,87%

Conclusiones.-

Como se puede apreciar, aunque el número de PP que tenemos es pequeño podemos ver el deficiente control que de sus patologías, en el caso del control de la TA inferior en un 40% al obtenido en el resto de nuestros hipertensos no PP. Aunque las características de estos pacientes pueden justificar estos datos también se justifica la importancia que intentamos dar al PP en nuestra labor diaria.

PÓSTER Nº 58

ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS HIPERTENSOS E HIPERTENSOS - DISLIPÉMICOS

G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1),
J. MARTÍNEZ GOROSTIAGA (1), M.T. AMIANO ARREGUI (1), M.J. MENDEZA DE LA HOZ (1),
M.C. NORIEGA BOSCH (1), J. RICARTE EGUIDAZU (1), A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1),
E. LZ DE URALDE PZ DE ALBENIZ (1)

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO, ATENCIÓN PRIMARIA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Propósito.-

Pacientes pluripatológicos (PP) son pacientes, generalmente de edad avanzada, que padecen dos o más enfermedades crónicas. Son pacientes a los que deberemos proveer de una atención coordinada al presentar problemas complejos que precisaran de múltiples servicios, una atención integral y personalizada mediante la coordinación de los diferentes niveles asistenciales.

El propósito del estudio es valorar el grado de control conseguido en nuestros pacientes pluripatológicos hipertensos y además en los hipertensos y dislipémicos.

Método.-

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Septiembre de 2012 en Comarca Araba. Se empleo el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención a los PP diabéticos e hipertensos del Contrato Programa de este año 2012

Resultados.-

Población PP Hipertensa	8.223 pacientes
Buen Control TA	41,25%
Control del RCV	53,08%
Población PP Hipertensa + Dislipemica	3.031 pacientes
Buen Control TA	43,88%
Control del RCV	54,21%

Conclusiones.-

El grado de control en estos pacientes es semejante al obtenido en nuestros pacientes hipertensos no PP, incluso en el caso de los hipertensos y dislipémicos es mayor en los PP. Además de tratar de elevar el grado de control deberemos analizar la causa de este mejor control para implementarlo en la atención del resto de nuestros pacientes.

PÓSTER Nº 59

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ICTUS

M.Á. IGLESIAS SALGADO (1), C. LUCAS ÁLVAREZ (2), P. VICENTE PRIETO (1), C. ROSADO RUBIO (3),
C.M. BECERRO MUÑOZ (1)

(1) CENTRO DE SALUD MIGUEL ARMIJO. SALAMANCA, (2) SERVICIO DE EFROLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SALAMANCA. SALAMANCA, (3) SERVICIO DE NEFROLOGÍA.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: RIESGO VASCULAR, HIPERTENSION, ICTUS

RESUMEN:

OBJETIVO:

Revisión de los Factores de Riesgo Cardiovascular modificables (HTA) o potencialmente modificables (Diabetes Mellitus, dislipemia) presentes en los pacientes de un cupo de Atención Primaria que han sufrido algún evento Cerebrovascular.

MÉTODO:

Del total del cupo de nuestro centro de salud, el 1,75% de los pacientes han padecido en algún momento de su vida un accidente cerebro-vascular (ACV).

La proporción hombres: mujeres sigue un patrón 1:1.

El rango de edad de nuestra población va de los 49 a los 98 años, con una media de edad de 75,82 ± 11,97 años (mediana de 79,5 años).

RESULTADOS:

El 89,3% de los pacientes presentaban uno o más factores de riesgo cardiovascular modificable de los estudiados:

- Hipertensión el 82,1%
- Dislipemia el 60,7%
- Diabetes el 46,4%

CONCLUSIONES:

- Las enfermedades cerebrovasculares son responsables de una alta mortalidad y morbilidad, ocasionando en muchos de los pacientes que las padecen secuelas de por vida. Por ello, uno de los aspectos fundamentales en el abordaje de esta patología es la prevención, lo cual exige la identificación y un estricto control de los factores de riesgo.
- El riesgo de sufrir un ictus aumenta con la edad.
- La asociación de factores de riesgo incrementa el riesgo de ictus.
- La HTA es el factor de riesgo más importante, tanto como para la hemorragia como para la isquemia cerebral.

PÓSTER Nº 60

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN UNA CONSULTA AMBULATORIA DE NEFROLOGÍA DURANTE 4 AÑOS

F. FERNANDEZ MONTERO (1), R. FERNANDO MONTERO (2), M. FERNANDEZ GASSO (3)

(1) CONSULTA AMBULATORIA NEFROLOGIA. JAEN, (2) CONSULTA AMBULATORIA NEFROLOGIA. JAEN,
(3) CONSULTA AMBULATORIA NEFROLOGIA. JAEN

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION, MAPA, RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Analizar y conocer las características clínicas y perfil circadiano de la presión arterial en hipertensos atendidos en una consulta ambulatoria de Nefrología.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudiamos 750 pacientes hipertensos asistidos durante 4 años (Mayo 2008-2012). La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00 h. y cada 30 minutos en la noche durante 24 horas. La MAPA se consideró controlada si las medias de actividad y descanso de la PAS/PAD eran

RESULTADOS: La edad media de los hipertensos es de 55,63(\pm 13.37) ,54% hombres y un IMC de 28.34 (\pm 4.75%) de predominio femenino. Su RCV es muy variable y así un 42.4% presentan un Riesgo Moderado y un 17.45 Riesgo Alto. Un 11.15% son diabéticos, .14.7% fumadores .Un 7 % con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular y de ellos un 5.1% afectación renal. Un nº importante 176 (23.5%) se acompañan de dislipemia. Las cifras de PA en la Clínica se caracteriza por predominio Grado I(45.5%) y Grado II (25.1%).La media total de la PAS y PAD clínica es de 145.72 \pm 17.69 y 90.10 \pm 8.37, y la de la MAPA 128.74 \pm 14.44 y 78.80 \pm 9.99 respectivamente. Durante el periodo de descanso 118.79 \pm 16.27 (PAS) y 70.23 \pm 10.09 (PAD).Un 22.59% los consideramos Posible BB y un 10.70% H. Enmascarada. Perfil Circadiano: 44.8% Dipper un 36.5% No Dipper y Riser un 9.9%.

CONCLUSIONES: Es una herramienta útil la MAPA para evaluar la eficacia del tratamiento y en nuestro caso nos ha permitido identificar un porcentaje importante de hipertensos no Dipper y Riser los cuales se asocian a un mayor RCV. 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.

PÓSTER Nº 61

PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS. ESTUDIO PRESCAP 2010

J.A. DIVISÓN GARROTE (1), F.J. ALONSO MORENO (1), M.Á. PRIETO DÍAZ (1), J.L. LLISTERRI CARO (1),
L.M. ARTIGAO RODENAS (1), V. BARRIOS ALONSO (1), C. ESCOBAR CERVANTES (1), T. SÁNCHEZ RUIZ (1),
O. GARCÍA VALLEJO (1), A. GARCÍA LERÍN (1)

(1) GRUPO HTA. SEMERGEN

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPOTENSION, HIPERTENSOS, TRATAMIENTO

RESUMEN:

Objetivos. Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos tratados con fármacos, atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español, que tienen cifras de presión arterial (PA) menores de 110 mmHg de PA sistólica ó menores de 70 mmHg de PA diastólica.

Metodología. Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos ≥ 18 años, con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y tratamiento farmacológico. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA era menor de 140/90 mmHg y se consideró hipotensión si PAS era menor de 110 mmHg o PAD era menor de 70 mmHg. Terapia combinada cuando estaban tratados con 2 o más fármacos.

Resultados. En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres). Edad media: 66,3 (DE: 11,4) años. Los valores medios de PA fueron 135,9 (DE: 14,5) y 79,3 (DE: 9,4) mmHg. Se consideró bien controlados a un 61,2% (IC95%: 60,2-61,93) de ellos (61% de los hombres y 62,4 de las mujeres, $p > 0.05$). Un 21% de los pacientes tenían PA

Un 13% de los pacientes (13,1% de los hombres y 13% de las mujeres, $p > 0.05$) se puede considerar que tenían hipotensión (sistólica o diastólica) con el tratamiento. De ellos 1,6% tenían PAS menor de 110 mmHg y 12,4% PAD menor de 70 mmHg. Sus valores medios de PA fueron 126,2 (DE: 15) y 64,2 (DE: 4,5) mmHg.

En un análisis bivalente se observó una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años frente a los menores de 65 años (17,3% *versus* 7,1%, p *versus* 11%, $p < 0.001$).

Conclusiones. La prevalencia de hipotensión en pacientes hipertensos tratados con fármacos es baja. Se observa una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años y los que estaban con terapia combinada.

Por otra parte, el grado de control está lejos de ser el deseado. Los médicos de Atención Primaria deberían priorizar el objetivo de control frente al riesgo de hipotensión con el tratamiento, sobre todo en pacientes jóvenes.

PÓSTER Nº 62

PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS. ESTUDIO PRESCAP 2010

F.J. ALONSO MORENO (1), J.A. DIVISÓN GARROTE (1), M.A. PRIETO DÍAZ (1), P. BEATO FERNANDEZ (1),
E. CARRASCO CARRASCO (1), S. LOU ARNAL (1), A. GARCÍA LERÍN (1), J. FERNÁNDEZ TORO (1), L. GARCÍA
MATARÍN (1), J.C. MARTÍ CANALES (1)

(1) GRUPO HTA. SEMERGEN

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPOTENSION, DIABETES, TRATADOS

RESUMEN:

Objetivos. Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos diabéticos tratados con fármacos antihipertensivos, atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español, que tienen cifras de presión arterial (PA) menores de 110 mmHg de PA sistólica ó menores de 70 mmHg de PA diastólica.

Metodología. Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos ≥ 18 años con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), diagnóstico o no de diabetes y tratamiento farmacológico. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA era menor de 140/90 mmHg y se consideró hipotensión si PAS era menor de 110 mmHg o PAD era menor de 70 mmHg. Diabetes cuando el diagnóstico estaba registrado en la historia clínica. Terapia combinada cuando el paciente estaba tratado con 2 o más fármacos.

Resultados. En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres), de ellos 3.993 (30,9%) eran diabéticos con una edad media de 68,2 (DE: 10,2) años y el 50,1% mujeres. Los valores medios de PA fueron 137,7 (DE: 15,3) y 78,9 (DE: 10,0) mmHg. Se consideró bien controlados a un 56,4% (IC95%: 54,9-57,9) de ellos (57,5% de los hombres y 55,2% de las mujeres, $p > 0.05$). Un 19,8% de los pacientes tenían PA $< 130/80$ mmHg (IC 95%: 18,6-21,0) y un 0,9% $< 110/70$ mmHg (IC 95%: 0,6-1,2).

Se puede considerar que tenían hipotensión (sistólica o diastólica) con el tratamiento un 15,3% de los pacientes (15,2,1% de los hombres y 15,3% de las mujeres, $p > 0.05$). De ellos 1,4% tenían PAS menor de 110 mmHg y 14,7% PAD menor de 70 mmHg. Sus valores medios de PA fueron 128,4 (DE: 15,6) y 63,8 (DE: 4,6) mmHg.

En un análisis bivalente se observó una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años frente a los menores de 65 años (18,8% *versus* 7,1%, $p < 0.001$). No se observaron diferencias en los pacientes que estaban con terapia combinada frente a los que estaban con monoterapia (15,4% *versus* 14,9%, $p > 0.05$).

Conclusiones. La prevalencia de hipotensión en pacientes hipertensos diabéticos es baja. Se observa una mayor prevalencia en los mayores de 65 años.

Por otra parte, el grado de control de la hipertensión en los diabéticos está lejos de ser el deseado. Los médicos de Atención Primaria deberían priorizar el objetivo de control frente al riesgo de hipotensión con el tratamiento, sobre todo en pacientes jóvenes.

PÓSTER Nº 63

PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ASOCIADA. ESTUDIO PRESCAP 2010

J.A. DIVISÓN GARROTE (1), F.J. ALONSO MORENO (1), M.A. PRIETO DÍAZ (1), G. RODRÍGUEZ ROCA (1),
C. ESCOBAR CERVANTES (1), V. PALLARÉS CARRATALÁ (1), A. GALGO NAFRIA (1), J. POLO GARCÍA (1),
F. VALLS ROCA (1), A. CALDERÓN MONTERO (1)

(1) GRUPO HTA. SEMERGEN

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPOTENSION, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, TRATAMIENTO

RESUMEN:

Objetivos. Conocer el porcentaje de pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular (CV) diagnosticada y tratados con fármacos antihipertensivos, atendidos en los Centros de Atención Primaria (CAP) de todo el territorio español, que tienen cifras de presión arterial (PA) menores de 110 mmHg de PA sistólica ó menores de 70 mmHg de PA diastólica.

Metodología. Estudio transversal, multicéntrico, realizado en hipertensos ≥ 18 años con tratamiento farmacológico antihipertensivo, de todo el territorio nacional, seleccionados consecutivamente. Las variables estudiadas fueron: Edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), enfermedad CV y tratamiento farmacológico. Se consideró bien controlada la hipertensión si PA era menor de 140/90 mmHg y se consideró hipotensión si PAS era menor de 110 mmHg o PAD era menor de 70 mmHg. Enfermedad CV asociada si estaba registrado el antecedente en la historia clínica del paciente (cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardiaca o arteriopatía periférica). Terapia combinada si el paciente tomaba 2 o más fármacos antihipertensivos.

Resultados. En total, en España se incluyeron 12.961 hipertensos (52% mujeres), de ellos 3.463 (28,2 %) tenían enfermedad CV asociada con una edad media de 70,9 (DE: 10,0) años y el 43,9% mujeres. Los valores medios de PA fueron 135,8 (DE: 15,6) y 77,8 (DE: 10,2) mmHg. Se consideró bien controlados a un 61,3% (IC95%: 59,7-62,9) de ellos (62,5% de los hombres y 59,8% de las mujeres, $p > 0.05$). Un 25% de los pacientes tenían PA $< 130/80$ mmHg (IC 95%: 23,6-26,4) y un 1,9% $< 110/70$ mmHg (IC 95%: 1,5-2,4). Se puede considerar que tenían hipotensión (sistólica o diastólica) con el tratamiento un 18,6% de los pacientes (19,5% de los hombres y 17,4% de las mujeres, $p > 0.05$). De ellos 2,6 % tenían PAS menor de 110 mmHg y 17,8 % PAD menor de 70 mmHg. Sus valores medios de PA fueron 125,9 (DE: 15,4) y 63,5 (DE: 4,5) mmHg.

En un análisis bivalente se observó una mayor prevalencia de hipotensión en los mayores de 65 años frente a los menores de 65 años (21,4% *versus* 9,6%, $p < 0.001$). No se observaron diferencias en los pacientes que estaban con terapia combinada frente a los que estaban con monoterapia (18,8% *versus* 17,4%, $p > 0.05$).

Conclusiones. La prevalencia de hipotensión en pacientes hipertensos con enfermedad CV asociada, es baja. Se observa una mayor prevalencia en los mayores de 65 años.

Por otra parte, el grado de control de la hipertensión está lejos de ser el deseado. Los médicos de Atención Primaria deberían priorizar el objetivo de control frente al riesgo de hipotensión con el tratamiento, especialmente en pacientes jóvenes.

PÓSTER Nº 64

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ENFERMEDAD RENAL OCULTA DETERMINADA MEDIANTE LA NUEVA ECUACIÓN CKD-EPI EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

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

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL OCULTA, SÍNDROME CORONARIO AGUDO, FILTRADO GLOMERULAR

RESUMEN:

Propósito del estudio: La insuficiencia renal es un factor de mal pronóstico en la cardiopatía isquémica. Se considera enfermedad renal oculta (ERO) la existencia de un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1.73 m² con creatinina plasmática normal. Nuestros objetivos son determinar la prevalencia de ERO en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) utilizando la nueva ecuación CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration), comparándola con las fórmulas de Cockcroft-Gault (CG) y MDRD4, y ver en qué perfil de pacientes es más frecuente.

Métodos usados: Durante 6 meses se incluyeron un total de 146 pacientes, excluyendo posteriormente a aquellos con cifras de creatinina sérica elevada, definida como mayor de 1.3 mg/dl en varones o de 1.2 mg/dl en mujeres. Se incluyeron finalmente un total de 118 pacientes con cifras de creatinina normal, estudiando en todos ellos datos epidemiológicos y la presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, así como diversos parámetros analíticos.

Resultados: La prevalencia de ERO fue del 9.6% estimado por el método CKD-EPI, del 17.8% por el método de CG y del 4.8% por MDRD4. Se estudió la concordancia entre las diferentes fórmulas, comparándolos con el CKD-EPI, encontrando un índice kappa de 0.527 para el FG por CG y de 0.638 para el método MDRD4. En cuanto a las características de los pacientes, aquellos con ERO (estimada por CKD-EPI) presentaron una mayor edad media (79.07 vs 66.39 años, p < 0.0005), una mayor prevalencia de hipertensión arterial (85.7% vs 50.9%, p=0.014) y mayor porcentaje de clase Killip ≥ 2 al ingreso (42.8% vs 14.4%, p=0.009). No encontramos diferencias en la prevalencia de ERO en los distintos tipos de SCA, el número de vasos afectados y la presencia de disfunción VI. Asimismo, los pacientes con ERO presentaron mayores cifras de creatinina (1.18 vs 0.86 mg/dl), p<0.0005 y menores de hemoglobina (12.88 vs 14.04 g/dl, p=0.024). En el análisis multivariable los factores que se asociaron independientemente con la presencia de ERO fueron la edad y el índice de masa corporal (IMC).

Conclusiones: La prevalencia de ERO varía en función del método diagnóstico empleado. La nueva ecuación CKD-EPI detecta mayor número de pacientes con respecto a la fórmula MDRD4, pero menos que empleando la fórmula de CG. Es importante sospechar la ERO en pacientes ancianos y con menor IMC.

PÓSTER Nº 65

IMPORTANCIA DE LA CISTATINA C EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO Y SU CORRELACIÓN CON OTROS PARÁMETROS DE FUNCIÓN RENAL

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

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CISTATINA C, SÍNDROME CORONARIO AGUDO, FILTRADO GLOMERULAR

RESUMEN:

Propósito del estudio: La creatinina y el filtrado glomerular (FG) son los métodos habitualmente empleados para la estimación de la función renal. Se ha demostrado el valor pronóstico de la cistatina C en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Nuestros objetivos son determinar la prevalencia de cistatina C elevada en pacientes con SCA, su correlación con otros parámetros de función renal y ver en que perfil de pacientes es más frecuente su elevación.

Métodos usados: Se dividió a los 146 pacientes incluidos en 2 grupos, según los valores de cistatina C (valor de referencia 0,95 mg/l). Se estudió en todos ellos la presencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, diversos datos clínicos y parámetros analíticos. Se determinó la correlación entre niveles de cistatina C y creatinina, así como con el FG determinado mediante las fórmulas de Cockcroft-Gault (CG) y MDRD4.

Resultados: La prevalencia de cistatina C elevada (>0.95 mg/l) fue del 41.1%. La correlación de la cistatina C fue positiva con la creatinina ($r=0.701$), y negativa con el FG mediante MDRD4 ($r=-0.634$) y CG ($r=-0.552$). Los pacientes con cistatina C elevada presentaron mayor edad media (76.27 vs 65.02 años, $p < 0.0005$) y mayor prevalencia de HTA (75% vs 52.3%, $p=0.006$). Tenían con mayor frecuencia antecedentes de cardiopatía isquémica previa (38.3% vs 20.9%, $p=0.021$), clase Killip ≥ 2 al ingreso (45% vs 11.7%, $p < 0.0005$) y enfermedad multivaso o afectación de TCI (66% vs 41%, $p=0.006$). Se les realizó con menor frecuencia cateterismo cardiaco (76.6% vs 97.7%, $p < 0.0005$), siendo la estancia media hospitalaria mayor (9.67 vs 7.36 días, $p=0.004$). Además presentaron mayores cifras de creatinina (1.24 vs 0.98 mg/dl, $p=0.05$) y menores de hemoglobina (13.1 vs 14 g/dl, $p=0.007$). En el análisis multivariable los factores que se asociaron independientemente con la presencia de cistatina C elevada fueron la edad, hipertensión arterial y antecedentes de cardiopatía isquémica.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de cistatina C elevada en pacientes con SCA. La cistatina C presenta una correlación alta con la creatinina y el FG por MDRD4 y moderada con el FG por CG. Los pacientes con cistatina C elevada que presentan un SCA tienen mayor edad, presentan mayor clase Killip al ingreso y mayor porcentaje de afectación multivaso, por lo cual es un parámetro a considerar en estos pacientes.

PÓSTER Nº 66

VITAMINA D Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

L. VIGIL MEDINA (1), M. LOPEZ JIMENEZ (1), E. CONDÉS (2), R. GARCÍA CARRETERO (1),
C. RODRIGUEZ (1), M. VARELA ENTRECANALES (1), J. RUIZ GALIANA (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES, (2) UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.
VILLAVICIOSA DE ODÓN

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DÉFICIT DE VITAMINA D, HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL, RIESGO
CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO: El déficit de vitamina D es frecuente y se ha relacionado con un riesgo cardiovascular aumentado. Analizamos la presencia de esta asociación en un grupo de pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial.

MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, que incluyó a 866 pacientes diagnosticados de HTA esencial atendidos en nuestra consulta durante un período de 18 meses consecutivos. En todos ellos se realizó historia clínica, exploración física y analítica rutinaria, junto con la determinación de los niveles de 25(OH) vitamina D sérica (ECLIA, Roche Diagnóstico). Definimos el déficit de vitamina D como unos niveles séricos de <20 ng/ml.

RESULTADOS: La edad media fue de 62±13 años, con predominio de mujeres (53%). El IMC fue 31±10 y las cifras de TA 136±16/75±10 mm Hg. 256 pacientes (29.6%) padecían diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y 170 pacientes (19.6%) habían presentado un evento cardiovascular (ECV) previo. Los niveles medios de 25(OH)D fueron 29±12 ng/ml, sin mostrar diferencias entre ambos sexos (varones 29±11 ng/ml y mujeres 30±12 ng/ml, P=0.173). 184 pacientes (21.2%) presentaban déficit de vitamina D, sin existir tampoco diferencias entre ambos sexos (varones 21.5% y mujeres 21%, P=0.9). Tampoco hubo diferencias por sexo en los niveles de 25(OH)D en el subgrupo de pacientes con déficit de vitamina D (varones 14.7±3 y mujeres 15±3 ng/ml, P=0.456). Los pacientes con DM2 no presentaron tampoco diferencias significativas en los niveles de 25(OH)D (29.6±12 ng/ml con DM2 vs. 29.3±12 ng/ml sin DM2, P=0.7) ó el la presencia de déficit de vitamina D (58 casos <31.5%> con déficit vs. 198 <29%> sin déficit, P=0.5). El déficit de vitamina D se asoció significativamente al antecedente de ECV: 45 casos (26.5%) de ECV previos en pacientes con déficit vs. 125 (18.3%) sin déficit (P=0.042). Los niveles de 25(OH)D, ajustados para sexo, edad e IMC, se correlacionaron negativamente con las cifras de albuminuria (r= -0.226, P= 0.036), no siendo significativas las correlaciones para el resto de factores analizados (perímetro abdominal, TAS y TAD, glucemia, uricemia, colesterol total y colesterol-HDL, triglicéridos, índice de HOMA, HbA1c, PCR, fibrinógeno y filtrado glomerular estimado-MDRD4). En el análisis multivariante (regresión lineal), ajustado por edad y sexo, los únicos determinantes independientes de los niveles de 25(OH)D fueron las cifras de albuminuria (B= -0.022, IC al 95%: -0.038 a -0.007, P=0.004) y los niveles de colesterol-HDL (B= 0.100, IC al 95%: 0.002-0.198, P=0.045), resultando excluidos en el modelo final el resto de factores analizados, enumerados previamente (R² del modelo = 0.57).

CONCLUSIONES: En nuestros pacientes con HTA esencial el déficit de vitamina D fue frecuente y se asoció significativamente al antecedente de ECV. Las cifras de albuminuria junto con los niveles de colesterol-HDL fueron los únicos determinantes independientes de los niveles de 25(OH)D. Son necesarios estudios prospectivos para determinar la relación de causalidad entre déficit de vitamina D y el riesgo de ECV y el posible efecto protector de su corrección con suplementos de esta vitamina.

PÓSTER Nº 67

FACTORES ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO DE COLESTEROL NO HDL EN LA PROVINCIA DE LLEIDA

M.B. VILANOVA FILLAT (1), J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), N. MIRÓ VALLVÉ (1), M. ROCA MONSÓ (1),
A. BALCELLS TERES (1), D.J. RÍOS GARCÍA (1), M. CALDERÓ SOLÉ (1), L. OLIVART MOR (1),
V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1), M. PENA ARNAIZ (1)

(1) ABS PLA D'URGELL. MOLLERUSSA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE, PREVALENCIA, COLESTEROL

RESUMEN:

Propósito del estudio: Desde el año 2001 el nivel de colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad (colesterol no HDL) ocupa el segundo lugar como objetivo terapéutico en el manejo de la dislipemia, según la *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (NCEP ATP III). No obstante, este objetivo no se cumple en la mayoría de los pacientes. La finalidad de nuestro estudio es evaluar la asociación entre diferentes factores de riesgo cardiovascular y el cumplimiento del objetivo de colesterol no HDL en la provincia de Lleida, España.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra censal aleatoria simple de sujetos mayores de 18 años. Las variables recogidas son género, edad, hábito tabáquico, hábito alcohólico, ejercicio físico, índice de masa corporal (IMC), perímetro cintura, antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes tipo 2 (DM2), dislipemia, tratamiento con fármacos antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos orales o insulina y antecedentes personales y familiares de cardiopatía isquémica. Se ha realizado a cada participante del estudio una analítica en ayunas incluyendo glucemia, colesterol total, colesterol HDL y triglicéridos. El riesgo cardiovascular se ha calculado según la escala de Framingham. El colesterol no HDL, según la fórmula: Colesterol total - Colesterol HDL y su objetivo terapéutico se ha establecido según las recomendaciones de la NCEP-ATP III.

Resultados: Se han incluido un total de 283 individuos (118 hombres y 165 mujeres) con una media de edad de 51,1 años (Intervalo de Confianza [IC] 95% 47,5-54,7) para los hombres y 50,6 años (IC 95% 47,1-54,1) para las mujeres. Un total de 102 sujetos (36,04%) no cumplían el objetivo de colesterol no HDL. Las variables que se han relacionado con un peor control del colesterol no HDL han sido: edad (Odds Ratio [OR] 0,97; IC 95% 0,96-0,99; p=0,000), ser ex fumador (OR 0,46; IC 95% 0,25-0,84; p=0,012), HTA (OR 0,40; IC 95% 0,24-0,66; p=0,000), glucemia basal alterada (OR 0,23; IC 95% 0,08-0,64; p=0,005), y tener antecedentes personales y familiares de cardiopatía isquémica (OR 0,45; IC 95% 0,22-0,95; p=0,036; OR 0,49; IC 95% 0,27-0,89; p=0,019, respectivamente). No se ha observado asociación entre las demás variables estudiadas y el grado de control del colesterol no HDL.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que no hay relación entre el género, la obesidad, medida tanto por IMC como por perímetro abdominal, los antecedentes de dislipemia y de DM2, la realización de ejercicio físico y el consumo de alcohol con el grado de control del colesterol no HDL. En cambio, variables como la edad avanzada, ser ex fumador, la HTA, la glucemia basal alterada y los antecedentes

personales y familiares de cardiopatía isquémica podrían ser útiles para detectar aquellos pacientes con una pobre consecución del objetivo de colesterol no HDL.

PÓSTER Nº 68

CONTROL DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ATICOAGULANTES ORALES

B. ESPINOSA FERNÁNDEZ (1), J. GALIANA PUERTO (1), M. HURTADO LARA (1),
R.M. HERNÁNDEZ SÁNCHEZ (1), G.E. CÉSPEDES PEÑA (1), A.J. NOGUERA ZUMBÜHL (1),
E. SELVA MARROQUÍ (1), M.D. ACÁ MARIN (1), A. QUIRCE VÁZQUEZ (1), F. QUIRCE ANDRÉS (1)

(1) CS FLORIDA. ALICANTE

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ANTICOAGULANTES, CONTROL, INR

RESUMEN:

OBJETIVO

Analizar las características y el grado de control del paciente TAO (tratamiento con anticoagulantes orales)

INTRODUCCIÓN

Acenocumarol es un anticoagulante, similar a la warfarina, cuyo mecanismo de acción es ser una antagonista de la vitamina K.

Debido a la variabilidad y la complejidad de la sangre debe haber un control muy exhaustivo porque hay un margen terapéutico muy estrecho. Es imprescindible y necesario un control diario del paciente.

MÉTODOS USADOS

Se trata de un estudio descriptivo de pacientes de ambos sexos mayores de 18 años. Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% y bilateral, asumiendo que la proporción esperada es desconocida ($p=q=0.5$) y que el tamaño total de la población es de 717, será necesario incluir 251 pacientes en el estudio. Asumimos un 10% de pérdidas por lo que el tamaño final obtenido es de 275 pacientes.

El estudio se realizará en condiciones de actuación médica habituales y de acuerdo a la práctica clínica.

RESULTADOS

El CS la florida atiende a una población de 37.000 habitantes de los que 716 (1,93%) pacientes están en TAO. Los mayores de 65 años son 5.801 con 580 pacientes en TAO. Lo que supone un 10% de la población mayor de 65 años.

Se realizaron 12.047 controles de INR en el CS y 83.186 en todo el Departamento.

Se pretende conocer la eficacia del TAO midiéndola mediante el INR

De una muestra de 274 pacientes cuya media de edad es 72.71 años, 134 son hombre mientras que 140 son mujeres no representando un factor de riesgo el sexo para TAO.

Al distribuir nuestra muestra de pacientes por décadas de edad observamos que hay mayor porcentaje, casi igual, en la década de los 70 y los 80 con 32,48 y 32,85 % respectivamente.

En relación a la duración del tratamiento el 73% de los pacientes permanecen 6 años o menos en TAO y un 22,3% de los pacientes entre 7 y 12 años. El 50% de los pacientes se han introducido en los últimos 3 años debido al aumento de edad y a la introducción de los centros de salud en el control e indicación de la TAO.

Basándonos en los diagnósticos indicativos de TAO un 63.9% de los pacientes presentan FA, un 11.3% prótesis valvular y un 10.9% un diagnóstico no especificado, siendo estos tres los más frecuentes. El resto de los diagnósticos suponen en su conjunto (ACVA, Insuficiencia cardiaca, TEP, TVP, valvulopatía) un 25%.

De todos los paciente el 96% sigue tratamiento con acenocumarol a una media de dosis de 15,68 +/-8,65 mg/semana. El 4% restante está en tratamiento con warfarina.

Los pacientes en TAO del departamento realizaron 83186 controles de INR. Los pacientes del CS Florida realizaron 12047 controles. La muestra analizada de 274 pacientes realiza 4568 controles de INR lo que supone una media de 16.67+/- 8.36 visitas/año por paciente. Asumiendo un grado de control de INR "perfecto", el paciente realizaría una visita de control cada 6 semanas (9 visitas al año) lo que nos resultaría un total de 2466 visitas / año; por lo que se produciría un exceso de 2102 visitas, esto es un 85% de incremento que traducen "a priori" un insuficiente grado de control de nuestros pacientes.

Para medir la eficacia del TAO utilizamos un índice objetivo el INR. La media de INR tabulada sobre la totalidad de las visitas es de 2.54 +/- 0,65 que indicaría un elevado grado de control de INR y dado que la gran mayoría de nuestros pacientes requieren niveles de 2-3 quizás indicaría una sobrefrecuentación de pacientes controlados (exceso de ... ¿control clínico?).

CONCLUSIONES

Si analizamos la intensidad de la coagulación observamos que el 30% de los controles se encuentran con INR ≤ 2 , el 64% entre $>2 \leq 4$ y el 6% con INR ≥ 4 . Si acotamos el rango de control entre 2-3.5 de valores de INR obtenemos que el 54% de los controles serían correctos, el 30% estarían hipocontrolados (INR <2) con riesgo de hipercoagulabilidad y el 16% en exceso de rango y en riesgo de sangrado.

PÓSTER Nº 69

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR COMO PREDICTORES DEL PRONÓSTICO FUNCIONAL POST-ICTUS

N. MIRÓ VALLVÉ (1), F. PURROY GARCÍA (2), B. VILANOVA FILLAT (1), V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1),
M. CALDERÓ SOLÉ (1), A. BALCELLS TERÉS (1), J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), J. MARSAL MORA (3),
D. RÍOS GARCÍA (1), M. ROCA MONSÓ (1)

(1) ABS PLA D'URGELL. MOLLERUSSA, (2) HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA.
LLEIDA, (3) INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CARDIOVASCULAR, ICTUS, PRONÓSTICO FUNCIONAL

RESUMEN:

1.- Introducción:

Las enfermedades cerebrovasculares son una de las primeras causas de morbilidad en el conjunto de la población. Sus dos principales componentes son la enfermedad isquémica cardíaca y la enfermedad cerebrovascular. Constituyen un problema de salud prioritario, ya que representan una pérdida potencial de años de muy importante, son la primera causa de hospitalización en nuestro medio y el segundo motivo de consulta en atención primaria.

Existen escalas internacionalmente validadas para graduar el pronóstico funcional al alta en pacientes que han sufrido un ictus.

La **ESCALA DE RANKIN MODIFICADA** valora, de forma global, el grado de discapacidad física tras un ictus. Se divide en 7 niveles, des de 0 (sin síntomas) hasta 6 (muerte) (Keun-Sik 2009).

0.	Sin síntomas	
1.	Sin incapacidad importante	Capaz de realizar las actividad y obligaciones habituales.
2.	Incapacidad leve	Incapaz de realizar alguna de las actividades previas, pero capaz de atender a sus intereses y asuntos sin ayuda.
3.	Incapacidad moderada	Síntomas que restringuen significativamente su estilo de vida e impiden su subsistencia totalmente autónoma.
4.	Incapacidad moderadamente grave	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente, aunque sin necesidad de atención continuada.
5.	Incapacidad grave	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante, día y noche.
6.	Muerte	

Atribuimos mal pronóstico al alta a un resultado ≥ 4 en la escala de Rankin.

2.- Propósito de estudio:

Establecer predictores clínicos de mal pronóstico funcional al alta de los pacientes ingresados a la unidad de Neurología de nuestro hospital por ictus.

- Conocer la incidencia de mal pronóstico en pacientes ingresados por ictus según la escala de Rankin modificada (pronóstico funcional al alta).
- Conocer la influencia de algunos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos (edad, consumo de alcohol, tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipemia) presentes antes del ictus en relación al pronóstico funcional al alta.

3.- Material y métodos:

Diseño: estudio descriptivo prospectivo de casos.

Sujetos: Pacientes atendidos por ictus en nuestro servicio de Neurología. Muestra recogida des de abril 2011 a abril 2012. Se incluyeron pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico, hemorrágico o ataque isquémico transitorio ingresados con evolución de la sintomatología inferior a 48 horas. Se excluyeron los menores de edad y los pacientes sin confirmación clínica de ictus.

Intervenciones: Datos clínicos i de diagnóstico recogidos mediante el aplicativo informático RENISEN (Registro Nacional de Ictus de La Sociedad Española de Neurología).

4.-Resultados:

Se estudiaron 348 casos, de los cuales 102 (29.31%) presentaron una puntuación a la escala de Rankin \geq a 4 al alta (mal pronóstico) y 246 (70.68%) $<$ a 4 (buen pronóstico). 33 (9,5%) murieron.

Los pacientes de mayor edad tuvieron peor pronóstico de forma estadísticamente significativa. La media de edad en los pacientes con buen pronóstico fue de 69.21 años (mediana 61-79 y DT 14.2) y en los pacientes con mal pronóstico de 75.85 (mediana 71-82 y DT 10.49), con un valor de la $p < 0.05$.

En cuanto al consumo de alcohol, el grupo que presentó peor pronóstico al alta fue el que tenía un consumo moderado (< 40 gr/día), representando el 21.65% en comparación al 8.33% entre los de mejor pronóstico al alta. Los pacientes con un consumo excesivo (> 40 gr/día), no presentaron peor pronóstico al alta ($p < 0.05$).

Los hipertensos presentaron peor pronóstico (82.02% vs 70.25%)($p = 0.032$).

No se vieron diferencias estadísticamente significativas en relación al tabaquismo, la diabetes y la dislipemia; pero sí que se marcó una tendencia como factor de riesgo ($p < 0.10$).

5.- Conclusiones:

La prevalencia de FRCV como la edad, el consumo moderado de alcohol y la hipertensión tienen influencia sobre la discapacidad funcional residual tras el ictus.

El hecho que los pacientes con un consumo más elevado de alcohol (< 40 gr/día) no presenaran peor pronóstico lo podríamos justificar con el efecto que el alcohol presenta sobre el perfil lipídico. Así, con un consumo elevado de alcohol, aumentaría la fracción HDL del colesterol, con el efecto cardioprotector que representa y podría determinar una mejor evolución, con disminución de las complicaciones y con un mejor pronóstico funcional al alta.

PÓSTER Nº 70

HIPERTENSOS CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR ASOCIADA Y GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. ESTUDIO PRESCAP 2010

F. VALLS ROCA (1), F.J. ALONSO MORENO (2), J.A. DIVISON GARROTE (3), J.L. LLISTERRI CARO (4), M.A. PRIETO DIAZ (5), A. VICENTE MOLINERO (6), T. RAMA MARTINEZ (7), J.L. GORRIZ TERUEL (8), A. GONZALEZ SANCHEZ (9), P. PANERO HIDALGO (10)

(1) CENTRO DE SALUD BENIGÀNIM. VALENCIA, (2) CENTRO DE SALUD SILLERÍA. TOLEDO, (3) CONSULTORIO FUENTEALBILLA. CENTRO DE SALUD CASAS IBAÑEZ. ALBACETE, (4) CENTRO DE SALUD INGENIERO JOAQUIN BENLLOCH. VALENCIA, (5) CENTRO DE SALUD VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO, (6) HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ZARAGOZA, (7) CENTRO DE SALUD MASNOU-ALELLA. ZARAGOZA, (8) HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESE. VALENCIA, (9) CENTRO DE SALUD ARRECIFE II. LANZAROTE, (10) CENTRO DE SALUD ÓRGIVA. GRANADA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR, GRADO DE CONTROL

RESUMEN:

OBJETIVO:

Conocer el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de los hipertensos atendidos en atención primaria que ya tienen enfermedad cardiovascular asociada.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio transversal multicéntrico, en hipertensos ≥ 18 años. Se considero enfermedad cardiovascular establecida a la presencia de cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica y nefropatía establecida según el criterio de la Guía ESH 2007). Se consideró control optimo para cada uno de los FRCV: Obesidad: índice de masa corporal (IMC) < 25 Kg/m².

RESULTADOS:

12.961 hipertensos, 3.463 pacientes con enfermedad cardiovascular, un 26,7 % (IC 95% 25,2-28,1), edad 70,9 \pm 10 años (43,9% mujeres), IMC 29,6 \pm 4,7 Kg/m². La PA sistólica/PA diastólica fue 135,7 \pm 15/77,7 \pm 10 mmHg. El control para cada FRCV fue: hábito tabáquico: 86,3% (IC 95% 85,1-87,4), HTA: 61,3% (IC 95% 59,7-62,9), obesidad: 56,6% (IC 95% 54,9-58,3), diabetes: 50% (IC 95% 47,3-52,6), dislipemia: 35% (IC 95% 33,2-36,7). El control global de todos los FRCV fue de 8,60% (IC 95% 7,6-9,5). El mejor control global correspondió a cardiopatía isquémica: 13,1%.

CONCLUSIONES:

El grado de control global de todos los FRCV fue muy pobre, solo 8 de cada 100 pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular tienen un control optimo de todos los FRCV. Es necesario realizar un abordaje integral dirigido a lograr un control óptimo de todos los FRCV en el paciente con enfermedad cardiovascular.

PÓSTER Nº 71

ENFERMEDAD RENAL OCULTA EN MUJERES ATENDIDAS EN ATENCION PRIMARIA. DATOS BASALES DEL ESTUDIO EVA

F.J. FERNÁNDEZ VEGA (1), M.A. PRIETO DIAZ (2), A. POBES MARTINEZ DE SALINAS (1),
F.J. GARCIA-NORRO HERREROS (3), P. REDONDO OLIVER (4), A. DIAZ VILLANUEVA (5),
C. VIDAL GONZALEZ (6), A. GALLARDO GONZALEZ (7), L.M. VIÑA ALONSO (8), A.R. GONZÁLEZ GARCÍA (9)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO, (2) CENTRO DE SALUD VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO, (3) CENTRO DE SALUD LA CONDESA. LEÓN, (4) CENTRO DE SALUD CARRION DE LOS CONDES. PALENCIA, (5) CENTRO DE SALUD LA FELGUERA. LANGREO, (6) CENTRO DE SALUD RAÍCES. AVILES, (7) CENTRO DE SALUD RONDILLA 1. VALLADOLID, (8) CENTRO DE SALUD EL PARQUE. GIJON, (9) CENTRO DE SALUD SABUGO. AVILES

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL OCULTA, MUJER, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

OBJETIVOS

Analizar la enfermedad renal oculta (ERO) y su relación con factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano subclínica (LOS) y enfermedad clínica asociada (ECA) en las mujeres atendidas en las consultas de atención primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid .

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo y transversal 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 FRCV, LOS, ECA y la estratificación de riesgo cardiovascular (RCV), según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró enfermedad renal oculta: Filtrado glomerular (FG) <60 mL/min/1,73 m² y creatinina <1,2 mg/dl.

RESULTADOS

Se seleccionaron 903 mujeres con edad de 59,6 ± 8; índice de masa corporal de 28,2 ± 5,5; perímetro abdominal 91,4 ± 12,8; presión arterial sistólica 131 ± 16 y diastólica 78 ± 9 mm de Hg. 82 (9,1%) mujeres tenían ERO. Las mujeres con ERO respecto a las que no cumplían criterios de ERO presentaban mayor prevalencia de hipertensión: 61% vs 44,1%; P=0,003; OR 95% IC 1,98 (1,24-3,15); de diabetes 23,2% vs 12,3%; p=0,006; OR 95% IC 2,15(1,23-3,74); de enfermedad clínica asociada 20,7% vs 8,2%; p=0,000; OR 95% IC 2,94(1,63-5,30) y mayor RCV alto o muy alto 82,9% vs 40,6%; p=0,000; 95% IC 7,11 (3,93-12,8).

CONCLUSIONES

Una de cada diez mujeres entre los 40 y los 70 años tienen enfermedad renal oculta. Son mujeres con mayor prevalencia de hipertensión y diabetes, con mayor enfermedad clínica asociada y mayor riesgo cardiovascular alto o muy alto.

PÓSTER Nº 72

EVOLUCIÓN DE LAS CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN HIPERTENSOS ESPAÑOLES. ESTUDIO PRESCAP

F.J. ALONSO MORENO (1), J.A. DIVISÓN GARROTE (2), M.Á. PRIETO DÍAZ (3), A. BARQUILLA GARCÍA (4), J.L. CAÑADA MERINO (5), J.L. CARRASCO MARTÍN (6), S. CINZA SANJURJO (7), R. DURÁ BELINCHÓN (8), M. FERREIRO MADUEÑO (9), E. GARCÍA CRIADO (10)

- (1) CS SILLERÍA. TOLEDO, (2) CS CASAS IBAÑEZ. FUENTEALBILLA (ALBACETE), (3) CS VALLOBÍN-LA FLORIDA. OVIEDO, (4) CONSULTORIO DE HERGUIJUELA. HERGUIJUELA (CÁCERES), (5) CS ALGORTA. GETXO (VIZCAYA), (6) CS LA LOBILLA. ESTEPONA (MÁLAGA), (7) CS PORTO DO SON. PORTO DO SON (A CORUÑA), (8) CS BURJASSOT. VALENCIA, (9) CS HUERTA DEL REY. SEVILLA, (10) CS DE LA FUENSANTA. CÓRDOBA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, OBESIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Objetivos: Conocer la evolución de las cifras de presión arterial (PA) y obesidad en pacientes hipertensos españoles seguidos en el ámbito de la atención primaria (AP) en la última década.

Metodología: La metodología de los tres estudios, PRESCAP 2002, 2006 y 2010, fue similar. Diseño epidemiológico transversal multicéntrico para determinar grado de control de presión arterial (PA) en hipertensos españoles seguidos en Atención Primaria (AP). Se analizaron las cifras de presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), promedio de dos o tres determinaciones, si la diferencia entre las dos primeras tomas fue mayor o igual 5 mmHg, presión de pulso (PP), definida como la diferencia entre las cifras de PAS y PAD medias, índice de masa corporal (IMC) y prevalencia de obesidad (IMC mayor o igual a 30). Se realizó un análisis para inferencia de parámetros en poblaciones independientes mediante el programa Epidat 3.1.

Resultados: 12.754 pacientes (edad media 63,3±10,8 años; 57,2% mujeres), 10.520 pacientes (64,6±11,3 años; 53,7% mujeres), y 12.961 pacientes (66,3±11,4; 52,0% mujeres) fueron incluidos en PRESCAP 2002, 2006 y 2010 respectivamente.

Las cifras de PAS, PAD medias resultaron (141,5/82,6; 138,0/80,8 y 135,9/79,3) respectivamente, $p < 0,0001$. La PP media fue 58,9±13; 57,2±13 y 56,6±12,8 respectivamente, $p < 0,0001$. Los valores obtenidos para el IMC presentaron cifras de 28,7±4,2; 29,1±4,5 y 29,4±4,7, $p < 0,0001$. La prevalencia de obesidad fue 31,9, 37,1 y 39,8 respectivamente, $p < 0,0001$.

El grado de control fue del 35,8% (38,8% en normopeso versus 30,1% en obesos); 41,4% (44,9% en normopeso versus 35,6% en obesos); 46,3% (51,1% en normopeso versus 39,7% en obesos) en PRESCAP 2002, 2006 y 2010 respectivamente, $p < 0,0001$.

El uso de la terapia combinada fue del 43,4% (39,5% en normopeso versus 50,7% en obesos); 55,6% (52,2% en normopeso versus 60,9% en obesos); 63,6% (60,1% en normopeso versus 69,2% en obesos) en PRESCAP 2002, 2006 y 2010 respectivamente, $p < 0,0001$.

Conclusiones: Durante la última década el IMC y obesidad aumentaron progresivamente en los pacientes hipertensos, existiendo una clara relación inversa entre el grado de control de la presión arterial y el exceso de peso. Por otra parte, el grado de control ha aumentado a expensas de un mayor uso de terapia combinada, sobre todo en obesos. Disminuir el peso debería ser una estrategia fundamental en los hipertensos.

PÓSTER Nº 73

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE HIPOTENSIÓN EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS ENTRE LOS AÑOS 2002-2010. ESTUDIO PRESCAP

J.A. DIVISÓN GARROTE (1), M.Á. PRIETO DÍAZ (2), F.J. ALONSO MORENO (3), J.L. LLISTERRI CARO (4), G.C. RODRÍGUEZ ROCA (5), V. BARRIOS ALONSO (6), C. ESCOBAR CERVANTES (7), V. PALLARÉS CARRATALÁ (8), R. GENIQUE MARTÍNEZ (9), I. GIL GIL (10)

(1) CS CASAS IBÁÑEZ. FUENTEALBILLA (ALBACETE), (2) CS VALLOBÍN-LA FLORIDA. OVIEDO, (3) CS SILLERÍA. TOLEDO, (4) CS INGENIERO JOAQUÍN BENLLOCH. VALENCIA, (5) CS LA PUEBLA DE MONTALBÁN. LA PUEBLA DE MONTALBÁN (TOLEDO), (6) HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID, (7) HOSPITAL LA PAZ. MADRID, (8) UNIÓN DE MUTUAS. CASTELLÓN, (9) CAP SANT CARLES DE LA RAPITA. SANT CARLES DE LA RAPITA (TARRAGONA), (10) CAP ABS ARÁN. VIELLA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPOTENSIÓN, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

RESUMEN:

Objetivos: Conocer la evolución de hipotensión en pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico en la última década.

Metodología: La metodología de los tres estudios, PRESCAP 2002, 2006 y 2010, fue similar. Diseño epidemiológico trasversal multicéntrico para determinar grado de control de presión arterial (PA) en hipertensos españoles seguidos en Atención Primaria (AP). Se consideró hipotensión si PA sistólica (PAS) era menor de 110 mmHg o PA diastólica (PAD) menor de 70 mmHg y buen control de la PA cuando las cifras de PA fueron menores de 140/90 y 130/80 (paciente con diabetes, enfermedad cardiovascular o Insuficiencia Renal). Fueron analizadas las distintas variables para inferencia de parámetros en poblaciones independientes mediante el programa Epidat 3.1.

Resultados: 12.754 pacientes (edad media 63,3±10,8 años; 57,2% mujeres), 10.520 pacientes (64,6±11,3 años; 53,7% mujeres), y 12.961 pacientes (66,3±11,4; 52,0% mujeres) fueron incluidos en PRESCAP 2002, PRESCAP 2006 y PRESCAP 2010 respectivamente. El grado de control de la PA fue de 34,9, 41,4 y 46,3 respectivamente, p<0,0001.

Un 5,5%, 9,4% y 13% de los pacientes tenían hipotensión (sistólica o diastólica), p<0,0001. De ellos un 0,3%, 0,6% y 1% tenían PAS < 110 mmHg y PAD < 70 mmHg respectivamente, p<0,001.

El porcentaje de tratamiento combinado fue de 44%, 55,6% y 63,6% respectivamente, p<0,0001.

Conclusiones: Conforme ha mejorado el grado de control de los hipertensos tratados también ha aumentado la prevalencia de hipotensión. Ambos aspectos, probablemente estén relacionados con el mayor uso de de la terapia combinada.

PÓSTER Nº 74

EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA POBLACIÓN ANDALUZA DE ALTO RIESGO Y SUS POSIBLES DETERMINANTES. REGISTRO PREVENT-A

J. CABALLERO GÜETO (1), E. GONZALEZ COCINA (2), M.A. ULECIA MARTÍNEZ (3), O.C. ENRIQUE (4),
A. MARTIN SANTANA (5), M. LAGARES CARVALLO (6)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. CÓRDOBA, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL.
MARBELLA-MÁLAGA, (3) HOSPITALCLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA, (4) HOSPITAL UNIVERSITARIO
PUERTA DEL MAR. CÁDIZ, (5) HOSPITAL DEL SAS DE JEREZ. JEREZ-CÁDIZ,
(6) HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: EVENTOS CARDIOVASCULARES, FACTORES DE RIESGO, ANDALUCÍA

RESUMEN:

Propósito

El objetivo fue determinar la tasa de eventos cardiovasculares en una población de pacientes estables con enfermedad cardiovascular establecida o con múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y su relación con variables clínicas y sociodemográficas

Métodos

El registro PREVENT-A es un estudio epidemiológico prospectivo para determinar los eventos cardiovasculares (ECV) en una población de 1032 pacientes con enfermedad cardiovascular establecida (94.5%) o múltiples FRCV (5.5%) atendidos en las consultas de Cardiología en Andalucía. El endpoint principal fue la mortalidad cardiovascular (MCV), infarto de miocardio no fatal (IMNF), ictus o el combinado de eventos (MACE) al año de seguimiento.

Resultados

Pacientes (72,4% varones) con una edad media de 67,2 años. La tasa anual de MCV, IMNF e ictus fue 1,7%, 31,6% y 30,7%, respectivamente, y el 35% (MACE). Los eventos aumentaron con el número de localizaciones sintomáticas enfermedad arterial: 22,0% para pacientes con múltiples FRCV, 32,3%, 32,9% de un 43,8% para los pacientes con 1, 2 y 3 o más ubicación de la enfermedad arterial (p: 0,03). Recibían tratamiento antihipertensivos 97%, antiplaquetario 95% y estatinas 88,9%. No obstante la hipertensión (HTA), diabetes (DM) y la hipercolesterolemia (HC) fue controlada en 25,1%, 56,1% y 50,9%, respectivamente, de acuerdo a la recomendación vigente para la prevención. Edad > 68 años se asoció con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, OR: 0,108 (95% CI 0,025 a 0,474, p = 0,003) y MACE, OR: 0,887 (IC del 95%: 0,832 a 0,946, p = 0,0003). Se observaron diferencias en el control de la DM y la presencia de MACE (55,9 vs 66,7% vs, P <0,05) pero no en el control de la HTA y HC. MACE fue significativamente más frecuente en fumadores (36,5% vs 27,1%, p = 0,002). IMC y la circunferencia de cintura fueron significativamente mayores en los pacientes con ECV (29,8 vs 29,3, p = 0,04) y (105,4 vs 101,2, p: 0,02). Consumo moderado de alcohol y el ejercicio físico regular fueron más frecuentes en los

pacientes sin episodios (14,6% vs 8,8%, $p = 0,008$) y (51,0% vs 38,2%, $p = 0,0002$). No hubo diferencias en el nivel educativo y lugar de residencia.

Conclusiones:

En este estudio en el sur de España, en la mayoría de los pacientes con enfermedad coronaria aterosclerótica, hubo una alta tasa anual de eventos isquémicos en relación con la edad, el tabaquismo y el control inadecuado de la diabetes. Se observó un efecto protector del consumo moderado de alcohol y el ejercicio físico. A pesar del uso de intervenciones de reducción de riesgo, no se consiguen objetivos ideales en prevención. Se deben de realizar esfuerzos adicionales para modificar los hábitos de vida de esta población y optimización de las intervenciones farmacológicas para conseguir objetivos indicados por las guías clínicas.

PÓSTER Nº 75

CONTROL DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ARAGÓN: ESTUDIO COCINA

A. DEL GALLEGO MOLIAS (1), P. MARTINEZ IBAÑEZ (2), J.M. CUCALON ARENAL (3), A. MARIN IBAÑEZ (4)

(1) CS SAN JOSE NORTE. ZARAGOZA, (2) CS SAN JOSE NORTE. ZARAGOZA, (3) CS HIJAR. TERUEL,
(4) CS SAN JOSE NORTE. ZARAGOZA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CARDIOPATIA ISQUEMICA, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PREVENCIÓN SECUNDARIA

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Determinar el grado de control de los principales FRCV (factores de riesgo cardiovascular) en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en Aragón.

Observar diferencias en el control de lo FRCV en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en las diferentes Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón

METODOLOGIA:

Tipo de Estudio: Observacional Transversal

Muestra: 750 pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica

Muestreo: Revisión sistemática de los primeros 15-20 pacientes que cumplieran el criterio de inclusión definido en la muestra y que dieron su consentimiento informado por investigador.

Población a estudio: 5 Áreas sanitarias de Aragón

Investigadores 70 Médicos de Atención Primaria.

Variables antropométricas, de factores de riesgo y de tratamiento recogidas de la historia clínica de los pacientes previo consentimiento informado.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS.

RESULTADOS:

1-Se reclutaron un total de 734 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. De ellos 554 fueron varones y 180 mujeres. La edad media de la muestra fue 71.7 años.

2- Principales resultados de las variables antropométricas y de control de los principales FRCV:

Según su índice de masa corporal (IMC), el 19.1 % de las mujeres y el 17% de los varones estaban en normopeso

En relación al perímetro de cintura se encontraban cifras de normalidad en el 20% de las mujeres y el 78,6 de los varones

El grado de control de Tensión Arterial fue del 61% en las mujeres y del 65.4% en los varones

El 49,7% de las mujeres y el 56,2% de los varones se encontraban en control óptimo de sus cifras de LDL (siendo el control óptimo por debajo de 100 mg/dl.

En cuanto a la subpoblación de diabéticos el 72,2% de las mujeres y el 68,1 de los varones tuvieron una Hemoglobina Glicosilada por debajo del 7%.

El 96,6% de las mujeres y el 88,9 % de los varones no fumaban.

3- En cuanto a los resultados de las variables relacionadas con el tratamiento farmacológico:

El 73,6% de las mujeres y el 78,9% de los varones tomaban Ácido acetilsalicílico.
El 33,1% de las mujeres y el 37,4% de varones llevaban tratamiento con Clopidogrel.
El 11,2% de mujeres y el 11,7% de varones estaban en tratamiento anticoagulante oral
El 91,6 % de mujeres y el 94,4% de varones están en tto antiagregante y/o anticoagulante.
El 33,6 % de los pacientes estaban tratados con Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS)
El 31,8% de los pacientes llevaban tratamiento con Antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II)
El 30,9% estaban tratados con Antagonistas del calcio
El 43,9 % llevaban tratamiento diurético
El 63% llevaban tratamiento B-Bloqueante
El 7,2% era tratado con alfa bloqueantes Solo el 1,5% era tratado con Inhibidores selectivos de la renina (Aliskiren)
El 89,1% de los pacientes era tratado con hipolipemiantes, siendo las estatinas las más usadas en un 87,6%, y siendo la Atorvastatina la más usada en un 47,1%.
4- En cuanto al grado de control de los pacientes en función de sus tratamientos:
El 39,3 % de los pacientes con IECAS no tenía la Tensión arterial controlada
El 42% de los pacientes en tratamiento con ARA II no estaba controlado.
El 36,4% de los tratados con Antagonistas del calcio no está controlado.
El 32,3% de los que tomaban B-bloqueantes no estaba controlado.
El 42,9% de los pacientes no tenían controlada su dislipemia.
El 42,9% de los tratados con estatinas no tenía el LDL en cifras de control
CONCLUSIONES:

El grado de control e los FRCV en prevención secundaria es muy deficitario.
La Hipertensión Arterial está escasamente controlada en los pacientes con cardiopatía isquémica
Los hipolipemiantes y más concretamente las estatinas se utilizan en dosis infraóptima.
Sólo la mitad de los pacientes con cardiopatía isquémica diabéticos tienen una glicada controlada
Sólo el 15% de los pacientes con cardiopatía isquémica están perfectamente controlados.

PÓSTER Nº 76

RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN FORMATIVA CARDIOVASCULAR SOBRE 735 PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: EL PROYECTO ESCARVAL

E. HERMIDA (1), V. PALLARES (2), A. PALAZON (1), D. OROZCO (1), V. GIL (1), F. VALLS (3),
C. SANCHIS (4), J. NAVARRO (5), J. REDON (6), A. FERNANDEZ (1)

(1) UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ. ALICANTE, (2) UNION DE MUTUAS. CASTELLON,
(3) CS BENIGANIM. BENIGANIM, (4) CS ALGEMESI. ALGEMESI, (5) CS SAVADOR PAU. VALENCIA,
(6) UNIVERSIDAD DE VALENCIA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, FORMACION, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar si una intervención formativa sobre profesionales de atención primaria mejora el registro de variables cardiovasculares (CV), en la historia clínica electrónica, cuando se comparan con los profesionales que no lo realizan.

Material y métodos: Estudio de intervención con grupo control no aleatorizado. Se diseña un curso mixto presencial-online de un año de duración. Se preinscriben 1411 profesionales y finalizan 735. Se inicia en 2007. De forma longitudinal y prospectiva se evalúa cada 6 meses hasta los 48 meses. Se valoran todos los cribados CV, sus prevalencias, el registro del perímetro abdominal, la microalbuminuria y el Score. Se calculan riesgo relativo (RR), reducción de riesgo absoluto, reducción de riesgo relativo (RRR) y número necesario a tratar para mejorar el registro (NNT). Se realizan ecuaciones de regresión lineal y presencia o no de interacción entre los grupos.

Resultados: Los RR oscilan entre 1,27 en el diagnóstico de diabetes a 2,67 en el registro de score. Los NNT varían de 7 en los cribados CV a 54 en el diagnóstico de diabetes. Los RRR oscilan de 26,7% en el diagnóstico de diabetes a 177,1% en el registro de Score. Las pendientes de las ecuaciones de regresión son mayores en el grupo intervención y en el estudio de las interacciones todas son significativas a excepción de las prevalencias de diabetes, hipertensión, dislipemia y cribado tensional.

Conclusiones: En todas las variables la intervención educativa muestra un claro efecto beneficioso al final del seguimiento, que es estadísticamente significativo y clínicamente relevante.

PÓSTER Nº 77

ANÁLISIS DE LA FALTA DE CRIBADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEMANDANTES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ESTUDIO ESCARVAL

V. PALLARES (1), A. PALAZON (2), D. OROZCO (2), V. GIL (2), C. SANCHIS (3), F. VALLS (4),
A. LORENZO (5), A. FERNANDEZ (2), J. REDON (6), J. NAVARRO (7)

(1) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (2) UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ. ALICANTE,
(3) CS ALGEMESI. ALGEMESI, (4) CS BENIGANIM. BENIGANIM, (5) CS BURRIANA. BURRIANA,
(6) UNIVERSIDAD DE VALENCIA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. VALENCIA,
(7) CS SALVADOR PAU. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, ATENCION PRIMARIA, CRIBADO

RESUMEN:

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia de la no realización de la prueba de cribado de la hipertensión arterial y obtener sus factores asociados. 2) Analizar la influencia del curso on-line.
Métodos: Se analizaron los registros electrónicos de salud de toda la población no diagnosticada de hipertensión arterial, de cuarenta años o más y que acudió a los centros de salud en el segundo semestre de 2010 (664349 historias). Se consideró que un individuo estaba cribado si tenía al menos una toma de tensión arterial (sistólica y diastólica). Se calculó la prevalencia de esta falta de cribado y los factores asociados a la ausencia de la misma mediante un modelo de regresión logística binaria.
Resultados: El 36.7% de estos individuos no tuvieron realizada la prueba de cribado. Los factores asociados fueron: varón (OR=1.36, p<0.001), no DM (OR=0.86, p<0.001), dislipemia (OR=1.40, p<0.001), no enfermedad cardiovascular (OR=0.76), no fibrilación auricular (OR=0.80, p<0.001), menos visitas (OR=0.52, p<0.001) y no realizar el curso on-line (OR=0.65, p<0.001).
Conclusiones: La falta de cribado no es muy alta. Se determinan que variables se asocian. Los médicos que han realizado el curso on-line realizan más la prueba de cribado.

PÓSTER Nº 78

CRIBADO DE LA DIABETES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. PROGRAMA ESCARVAL, ESTUDIO DE POBLACIÓN TOTAL

V. PALLARES (1), A. PALAZON (2), D. OROZCO (2), A. SEPEHRI (2), F. VALLS (3), C. SANCHIS (4),
J. NAVARRO (5), A. FERNANDEZ (2), J. REDON (6), V. GIL (2)

(1) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (2) UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ. ALICANTE,
(3) CS BENIGANIM. BENIGANIM, (4) CS ALGEMESI. ALGEMESI, (5) CS SALVADOR PAU. VALENCIA,
(6) UNIVERSIDAD DE VALENCIA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CRIBADO, DIABETES, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Antecedentes. El cribado de la diabetes tipo 2 (DM2) y evaluar su riesgo futuro en personas asintomáticas se debe considerar, y la ADA en su directriz 2012 manifiesta que el cribado para DM2 debe iniciarse a los 45 años. La Comunidad Valenciana (5.120.343 habitantes), con un sistema de salud universal y acceso libre a la atención sanitaria mediante un número de identificación único por paciente, cuenta con un sistema de historia clínica electrónica que llega al 100% de la población. Un estudio sobre el total de la población permitirá conocer la práctica clínica real en lugar de la práctica clínica ideal de los ensayos clínicos. Escarval (Estudio CARDiometabolico VALEnciano) es un programa de investigación con participación de 800 profesionales de atención primaria (PAP), los cuales han realizado un curso de formación previo.

Objetivos. Analizar el cribado de DM2 en la Comunidad Valenciana, y determinar cómo influye la realización de un curso de formación sobre prevención cardiovascular y DM2.

Métodos. De un total de 5.120.343 se seleccionan aquellas sin un diagnóstico previo de DM2 y más de 45 años (n=2.730.450). Los factores asociados que influyen en la detección de DM2 se analizan en función de si el PAP realizó el curso o no. El cribado se efectuó con una determinación de glucemia en ayunas de al menos 8 h. Se realizó una regresión logística.

Resultados. El cribado se realiza en al 31,9% de la población mayor de 45 años (n = 870.405). Los factores asociados son: realización del curso de formación por el PAP (OR 2,13), ser hombre (OR 0,75), edad (OR 0,75), fibrilación auricular (OR 1,25), hipertensión (1,91), dislipidemia, haber presentado un evento cardiovascular (1,08), y el número de visitas (2.13).

Conclusiones. Al 31,9% de la población se le realiza cribado. Los factores asociados para ello fueron que el PAP hubiera realizado el curso de formación, ser mujer, pacientes con factores de riesgo cardiovascular (fibrilación auricular, hipertensión, dislipidemia, evento cardiovascular) y personas hiperfrecuentadoras.

PÓSTER Nº 79

CONOCIMIENTO Y DESCONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LA POBLACION ≥ 65 AÑOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. SITUACION ESCARVAL TRANSVERSAL

V. PALLARES (1), A. PALAZON (2), A. SEPEHRI (2), V. GIL (2), D. OROZCO (2), C. SANCHIS (3), F. VALLS (4),
J. NAVARRO (5), A. FERNANDEZ (2), J. REDON (6)

(1) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (2) DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD MIGUEL
HERNANDEZ. ALICANTE, (3) CS ALGEMESI. VALENCIA, (4) CS BENIGANIM. VALENCIA,
(5) CS SALVADOR PAU. VALENCIA, (6) DEPARTAMENTO DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD DE VALENCIA. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, CRIBADO, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Objetivos. Analizar entre los años 2007 y 2010 los cambios poblacionales en las prevalencias de HTA, control, cribado e inercia.

Métodos. Se trata de un estudio poblacional a través de un diseño de dos cortes transversales donde se comparan todos los registros informatizados entre los años 2007 (n= 924.265) y 2010 (n=1.565.218). Se valora el registro en la historia clínica electrónica de la Comunidad Valenciana (ABUCASIS) de HTA según CIE-9 y corroborado por GAIA, junto a la existencia de los parámetros de PA y grado de control en población \geq de 65 años. En población no HTA se valora su cribado e inercia, concepto que se define como aquellos pacientes no HTA con cifras elevadas de PA y no registrados como hipertensos.

Resultados. Todos los cambios tanto de conocimiento como de desconocimiento de la PA, son importantes. Se observa como en la población HTA conocida ≥ 65 años aumenta de un 40,2% en 2007 a un 46,0% en 2010. En estos hipertensos el registro de PA aumenta de un 57,2% a un 76,4% y el buen control (según Guías Europeas 2007) de un 44,3% a un 51,1%. En población no HTA, el cribado se eleva de un 15,3% a un 21,2% y la inercia diagnostica disminuye de un 50,0% a un 37,3%.

Conclusiones. En la población ≥ 65 años de la Comunidad Valenciana ha habido un aumento sustancial de la prevalencia conocida de HTA y mejora de la calidad asistencial de este factor de riesgo, ya que ha aumentado su registro de PA y el buen control. Estas mejorías también se han producido en la disminución de su desconocimiento, con un mejor cribado y una reducción de la inercia.

PÓSTER Nº 80

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR CRISIS HIPERTENSIVAS A UN SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE UN AÑO

P. SEGURA TORRES (1), F.J. DEL CASTILLO TIRADO (2), A.M. POZO CASCAJOSA (3), A. LÓPEZ DE LA COBA (2), R. AGUILERA TEJERO (2), A. LIÉBANA CAÑADA (1)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN, (2) CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LA CAPILLA. JAÉN, (3) CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LA CABEZA. ANDÚJAR (JAÉN)

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CRISIS HIPERTENSIVA, PERFIL CLÍNICO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS

RESUMEN:

Introducción: Actualmente las urgencias, emergencias y fundamentalmente las pseudourgencias hipertensivas son motivo de frecuentes demandas asistenciales, tanto en Atención Primaria (2% del total de las urgencias) como en hospitales (7% de las urgencias médicas atendidas). Esto conlleva a una sobreutilización, sin motivo real, de los servicios de urgencias, ya que el 90% de ellas se pueden controlar con reposo y medicación oral ambulatoria.

Objetivo: Describir el perfil clínico de los pacientes que se diagnostican de crisis hipertensivas en un año en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Recogimos todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital de segundo nivel de Ándujar entre noviembre/2010 y noviembre/2011 con diagnóstico al alta de crisis hipertensiva (CH).

Resultados: Total de 87 crisis HTA que han ocurrido en 60 pacientes. El número de veces que acudió a urgencias es una 76,7%, dos 11,7%, tres 5%, cuatro 3,3% y cinco 3,3%. Edad media 65,7 ± 13,6 años. Mujeres 60%. Diabéticos 20%. 86,7% eran HTA previos con un tiempo de evolución de 13±11,3 años. Fuman 3,3%. Antecedentes de: dislipemia 21,7%, arritmias 20%, ACV 6,7%, cardiopatía isquémica 6,7%, HVI, 3,3%, enf. arterial periférica 3,3% e insuficiencia cardíaca 3,3%. De los HTA previos el 46,7% tomaba un fármaco, dos 10,7%, tres 10,7%, y cuatro 2,7% y 29,3% no tomaba ninguno. De los que toman uno son: diurético 14,3%, IECA 40%, ARAII 22,9%, antagonista del calcio 5,7%, betabloqueante 11,4% y alfabloqueante 8,6%. De los que tomaban dos: diurético 87,5%, IECA 62,5%, ARA II 25% y calcio antagonistas 25%. De los que tomaban 3: diurético 87,5%, IECA 0%, ARA II 100%, calcioantagonistas 75% y betabloqueante 37,5%. De los que toman cuatro: diurético 100%, IECA 50%, ARAII 100%, calcioantagonistas 50% y betabloqueante 100%. Otros tratamientos: estatinas 16,7%, fibratos 1,7% y alopurinol 1,7%

La TA con la que fueron derivados al hospital TAS 190±21 mmHg y TAD 100±9 mmHg. La TA en el servicio de urgencias del hospital TAS 187±22 mmHg y TAD 97±19 mmHg, con presión de pulso 90±28 mmHg y PAM 67±26 mmHg. La TA al alta TAS 151±19 mmHg y TAD 81±14 mmHg. Al alta se modificó el tratamiento hipotensor en 36,8% de los cuales el 47,6% era de los que tomaban tratamiento y el 52,4% de los que no tomaban.

CONCLUSIONES:

- 1.- De los pacientes diagnosticados de crisis hipertensivas, la mayoría es su primer episodio en el servicio de urgencias.
- 2.- Entre los pacientes atendidos predominan las mujeres.
- 3.- El 20% de los pacientes son diabéticos.
- 4.- La falta de adherencia al tratamiento afecta al 30 % de los pacientes
- 5.- En un tercio de los pacientes se les modificó el tratamiento hipotensor al alta.

PÓSTER Nº 81

PERFIL CARDIOVASCULAR, POLIMEDICACION Y PERFIL NUTRICIONAL EN UNA POBLACION CON DEMENCIA AVANZADA

P.G. BAZ RODRIGUEZ (1), J.M. DE DIOS (2), I. GONZALEZ CASADO (3), E. BLANCO TARRIO (4),
M.A. HERNANDEZ HERNANDEZ (5)

(1) C.S CIUDAD RODRIGO. SALAMANCA, (2) C.S ALAMEDILLA. SALAMANCA,
(3) C.S MARIA AUXILIADORA. SALAMANCA, (4) C.S VILLARES DE LA REINA. SALAMANCA,
(5) C.S MATILLA DE LOS CAÑOS. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PERFIL CARDIOVASCULAR, POLIMEDICACION, DEMENCIA

RESUMEN:

Propósito del Estudio.

1- Conocer los factores de Riesgo Cardiovasculares convencionales y control de los mismos en una población especial, pacientes con diferentes tipos de Demencia.

Esta demostrado, que cuando se dan a la vez la enfermedad cardiovascular y neurodegenerativas, una situación frecuente en ancianos, se produce un "efecto sinérgico por el que la enf. cardiovascular hace que el cerebro sea más vulnerable y pueda expresar antes los síntomas de la enfermedad neurodegenerativa!.

Es conocido que el control de los factores de riesgo cardiovascular a partir de la mediana edad, consumiendo productos de la dieta mediterránea y practicando ejercicio físico, podría retrasar la aparición de los síntomas de demencia como el Alzheimer.

Revisaremos los factores de riesgo cardiovascular convencionales, desde el punto de vista epidemiológico y según los subtipos de demencia.

Se trata de una población institucionalizada muy particular, con fase 3 de estadio de demencia (moderada-grave), con limitación de las actividades de la vida diaria (vida sillón -cama, paseos cortos), con control muy estricto dietético, baja en grasas y algunos con nutrición enteral especial.

Síndrome metabólico se define por la presencia de 3 o más de las siguientes características: - Perímetro abdominal > 102 cm en H, 88 cm en M.; -TG > 150 mg/dl; c-HDL <40 H, 50 en M; -PA >130/85; Glucemia basal ayunas >110mg/dl.

El objetivo del control de FRCV será: PA <130/80; HbA1c <6,1; c-LDL <100.

2- Perfil farmacológico, estimando el grado de deterioro cognitivo.

Se considera Polifarmacia al consumo de 5 o más fármacos en pacientes ancianos que viven en la comunidad.

Es la principal causa de interacciones medicamentosas y efectos adversos a fármacos en dicho colectivo. En personas de edad avanzada nos encontramos ante un nuevo paradigma: "Prescribir menos no implica necesariamente prescribir mejor y prescribir mejor implica necesariamente prescribir menos".

Son conocidos los riesgos de la polifarmacia, entre otros aumento de mortalidad tras ingresos hospitalarios, aumento del riesgo de ingresos por efectos adversos a la medicación, aumento riesgo de incumplimiento terapéutico y aumento del riesgo del " efecto cascada medicamentosa".

3- Grado de desnutrición en nuestra población.

Se trata de una población especial, por tener mayor prevalencia de enf crónicas que afectan a la absorción de nutrientes, pluripatología y un índice de Barthel < 60.

Los indicadores de desnutrición analizados en nuestros pacientes es: - IMC <22; Albumina sérica <3.5 mg/dl; Nivel de Colesterol sérico < 100; Ingesta alimentaria inadecuada o aparición de disfagia motora; circunferencia musc brazo <10 percentil o pliegue cutáneo tricipital <percentil 10.

Metodos Usados.

1- Diseño: Observacional. Longitudinal.

2- Muestra: Población de un centro de Residencia y estancias diurnas para enfermos con demencia tipo Alzheimer y otras demencias. AFA Salamanca.

Muestra de población de residentes en el año 2012, a partir de la base de datos (RESi-Plus) se seleccionaron 52 pacientes. Se recoge información contenida en la Hª clínica informatizada y en papel.

Resultados.

1- Variables biodemográficas.

a) Edad: Población comprendida entre 54-94 años. Media de 81 años.

b) Sexo: 71% son Mujeres. 28% Hombres.

c) Peso: Media del peso recogida en las mismas condiciones, es de 54,02 kg.

2- Variables según tipo de Demencia.

Demencia tipo Alzheimer 51,92% (27); Demencia Mixta 34,6% (18); Demencia vascular 1,92% (1); Demencia tipo Enf. Huntington 1,92%; Demencia tipo Cuerpos de Lewy 3,84%.

3- Pruebas neuro-psicológicas.

El 91,84% tienen MMSE <9/30: 37 de ellos (75%) es de 0/30.

El 8,16% restante tiene MMSE 9-12/30.

El índice de Barthel indica que: El 6,14% (3), Dependencia Moderada, 60/100; El 20,40% (10), Dependencia Moderada-Grave, 45-59/100; El 73,46% (36), Dependencia Grave.

4- Variable de Presión Arterial.

En el 100% de los pacientes se recogía al menos una toma de TA al mes. Siendo la media de PAS 106 y PAD 58.

De nuestra muestra un 46,15% (24), padecen HTA. De los cuales se recoge una media de PAS 120,3 y PAD 69,6.

5- Variable Dislipemia.

Un 30,7% de nuestros pacientes presentan Dislipemia. Los cuales presentan cifras de c-LDL media de 103,46. El resto de pacientes, no Dislipémicos, presentan unas cifras medias de c-LDL 104,05.

6. Variable Diabetes Mellitus

El 17,30% (9) de la muestra son DM-NID. De los cuales presentan unas cifras media de HbA1c de 6,06.

7- Otras Variables.

- Polimedificados: El 98,07% de los pacientes son polimedificados, donde la media del número de fármacos utilizados es de 5,8.

- Cardiopatas: Un 26,92% (14) de los pacientes, presentan patología cardíaca.

Conclusiones

Se puede observar como en Pacientes con Demencia tipo Alzheimer y otros subtipos de demencia, Institucionalizados, con unas condiciones nutricionales especiales y polimedificados; se mantiene unos controles de los factores de Riesgo Cardiovascular con cifras estrictas y dentro de los objetivos establecidos.

PÓSTER Nº 82

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATIA DILATADA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

N.G. URIBE HEREDIA (1), L.G. PICCONE SAPONARA (2), G. HERNÁNDEZ HERRERA (1), J.J. GONZÁLEZ FERRER (3), J. JIMENEZ DÍAZ (3), M.A. PÉREZ MARTINEZ (1), M.A. MONTERO GASPAS (1), J. BENITEZ PEYRAT (1), A. MORENO ARCINIEGAS (1), J. BENEZET PEÑARANDA (3)

(1) CARDIOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CIUDAD REAL,
(2) NEFROLOGÍA, HOSPITAL GNERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CIUDAD REAL,
(3) UNIDAD DE ARRÍTMIAS, HOSPITAL GNERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CIUDAD REAL

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES, MIOCARDIOPATÍA DILATADA, PREVALENCIA

RESUMEN:

INTRODUCCION Y OBJETIVO GENERAL: Hasta la fecha existen escasos estudios que valoren la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con miocardiopatía dilatada no isquémica (MCD). El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de FRCV en este grupo de pacientes, determinando si existían diferencias significativas respecto a los de la población general.

METODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal de los FRCV en todos los pacientes diagnosticados de MCD, portadores de desfibrilador automático implantable (DAI), analizado en el momento del implante del DAI, seguidos en el Hospital General Universitario de Ciudad Real – España, siendo un total de 28 pacientes. Los resultados se compararon con las prevalencias de la población general de Castilla La Mancha (CLM), según datos del Sistema Nacional de Salud – CLM, 2011 y el estudio GEVA Albacete, 2006.

RESULTADOS: La edad media fue de $60,9 \pm 15,5$ (28 - 80) años con una mayoría de varones (78,6%). Las diferentes prevalencias de FRCV en MCD-NI respecto a la población general fueron: Hipertensión arterial (HTA) 39,3% vs. 41,1%, $p > 0,05$; diabetes mellitus 10,7% vs. 11,45%, $p > 0,05$; tabaquismo 10,3% vs. 24,45%, $p > 0,05$; obesidad 17,9% vs 18,37%, $p > 0,05$; y dislipemia 46,4% vs. 34%, $p > 0,05$; de los cuales, con HDL bajo 39,3% vs. 13,5%, $p < 0,05$; hipercolesterolemia 10,7% vs. 10,8%, $p > 0,05$; hipertrigliceridemia 14,3% vs. 20,05%, $p > 0,05$. No se hallaron diferencias significativas respecto al sexo. Solo el HDL bajo demostró ser más prevalente en estos pacientes que en la población general (Tabla1).

CONCLUSIONES: Los FRCV más prevalentes en los pacientes con MCD-NI son la dislipemia (46,4%), el HDL bajo (39,3%) y la HTA (39,3%). La presencia de HDL bajo fue tres veces más frecuente en los pacientes con MCD-NI que en la población general, dato que debe ser considerado para nuevas líneas de investigación en esta patología.

TABLA 1: PREVALENCIA DE FRCV

RISK FACTOR	MCD (%)	CLM (%)	P
HTA	39,3	41,1	>0,05
DIABETES	10,7	11,45	>0,05

OBESIDAD	17,9	18,37	>0,05
DISLIPEMIA	46,4	34	>0,05
TABACO	10,3	24,45	>0,05
HDL BAJO	39,3	13,5	<0,05
HIPERCOLESTEROLEMIA	10,7	10,8	>0,05
HIPERTRIGLICERIDEMIA	14,3	20,05	>0,05

PÓSTER Nº 83

ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

J.Y. CASTRO CUESTA (1), J. ABELLÁN HUERTA (1), M.J. SÁNCHEZ GALIÁN (1), M. LEAL HERNÁNDEZ (1), P. GÓMEZ JARA (1), E.J. ORTÍN ORTÍN (1), A. MARTÍNEZ PASTOR (1), D. IGLESIAS GALLEGO (1), F. MARTÍNEZ MONJE (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ESTILOS DE VIDA, ESTUDIANTES, UNIVERSITARIOS

RESUMEN:

Propósito del estudio: analizar los estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular en una población universitaria a su ingreso en la universidad.

Métodos Usados: Se realiza un estudio descriptivo, observacional y transversal, en los alumnos de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Se selecciona una muestra de 672 estudiantes de primer año de la carrera, durante el año académico 2011-2012. Las carreras han sido agrupadas en: Carreras sanitarias, Carreras técnicas, Carreras humanísticas, Carreras de ciencias de la actividad física y el deporte (CAFD). El instrumento utilizado para recoger los datos, es un cuestionario auto cumplimentado, anónimo, con un total de 59 preguntas, agrupadas en las siguientes áreas:

- Antecedentes familiares de FRCV y/o evento cardiovascular: 4 preguntas.
- Tabaco: 10 preguntas.
- Alcohol: 10 preguntas.
- Ejercicio físico: 6 preguntas.
- Alimentación: 29 preguntas.

Resultados: De los 672 estudiantes encuestados, 242 son fumadores (36%) y 117 lo han sido (17,4%). Si lo analizamos por grupo de carrera la mayor frecuencia de fumadores se observa en los estudiantes de carreras humanísticas (40%), seguida de las técnicas (39,1%), sanitarias (37%) y CAFD (24,3%). Referido al consumo de alcohol, el 87,4% (587) de los estudiantes encuestados, reconoce consumir bebidas alcohólicas, frente al 12,6% (85) no, sin detectarse diferencias de género. Según el grupo de carrera no se detecta asociación entre el grupo de carrera y el hecho de consumir o no bebidas alcohólicas. Si analizamos la opinión del daño causado por el consumo de alcohol el 47,2% de los estudiantes encuestados consideran que el alcohol siempre daña la salud, frente al 51,8% que piensa que causa daño si se toma en exceso. El 0,9% piensan que el alcohol no daña. En cuanto a la práctica de ejercicio físico, el 65,6% de los estudiantes encuestados refiere realizar ejercicio físico habitualmente, frente al 34,4% que son sedentarios. Al comparar la realización de ejercicio físico con el género, se observa, una mayor frecuencia de ejercicio en las hombres que en las mujeres (81,7% frente al 49,4%). El análisis de la práctica de ejercicio físico según el grupo de carrera muestra que los estudiantes de carreras sanitarias lo realizan en un 42,5%, seguida de los de las carreras humanísticas (39,6%). El 99% de los estudiantes de CAFD realizan ejercicio físico ($p < 0,001$). Respecto al tipo de dieta, el 54,3% de los estudiantes encuestados siguen un patrón alimentario típico de la dieta mediterránea, sin detectarse diferencias de género. Al comparar el seguimiento de un patrón alimentario de dieta mediterránea por los diferentes grupos de carreras, se observa, que el grupo con un mayor seguimiento de esta dieta es

el de CAFD (60%), seguido de las carreras sanitarias con un 57,2% y en menor frecuencia los estudiantes de las carreras técnicas (37%) ($p < 0,03$).

Conclusiones: Los estudiantes universitarios presentan unos estilos de vida relacionados con el riesgo cardiovascular bastante mejorables, siendo el consumo de alcohol el hábito no saludable más prevalente.

PÓSTER Nº 84

VARIABILIDAD EN LA PREVALENCIA DEL TABAQUISMO POR SEXO

M. MARTÍNEZ RAMÍREZ (1), C. SANCHIS DOMENECH (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (1),
L.M. ARTIAGO RODENAS (1), J.A. DIVISÓN GARROTE (1), I. PONCE GARCÍA (1),
F. MOLINA ESCRIBANO (1), J. MONEDERO LA ORDEN (1), M.L. NAVARRO SÁNCHEZ (1),
B. GÓNZALEZ LOZANO (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: TABAQUISMO, EPIDEMIOLOGÍA, PREVALENCIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Estimar la prevalencia del hábito tabáquico en dos cortes prospectivos de origen poblacional, así como la variabilidad del consumo por sexos.

Métodos: Se realizan dos análisis trasversales el primero en los años 1992-94 y el segundo en 2005-2006. La muestra incluida fueron los de 18 o más años tras una técnica de muestreo por conglomerados. Se expone la variabilidad de prevalencia de fumadores, ex fumadores y nunca fumadores entre los distintos sexos de la población a estudio. Las variables cualitativas se exponen como descripción exacta y porcentaje, calculando los límites de confianza al 95%. Se utilizó la prueba ji al cuadrado para la comparación de variables cualitativas, considerándose significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se han incluido en el estudio 1322 sujetos en el primer corte, de los cuales 431 (32,6%) declararon ser fumadores, 159 (12,1%) ex fumadores y 732 (55,3%) no haber fumado nunca. En el segundo corte se incluyen 1004 sujetos, de los cuales refirieron ser fumadores el 233 (23,2%), 167 (16,6%) ex fumadores y 604 (60,2%) no haber fumado nunca. En el patrón de consumo por sexo, en el primer corte, entre los varones afirmaban ser fumadores 273 sujetos (45%), no haber fumado 198 sujetos (32,4%) y ex fumadores 136 sujetos (22,6%), mientras entre las mujeres enunciaron ser fumadoras 158 (22,1%), no haber fumado 534 (74,7%) y ex fumadoras 23 (3,2%). Por sexo, en el segundo corte, entre los varones manifestaron ser fumadores 127 (29,4%), no haber fumado 178 (41,2%) y 127 (29,4%) de ex fumadores, mientras entre las mujeres expusieron ser fumadoras 106 (18,5%), no haber fumado 426 (74,5%) y 40 (7%) de ex fumadoras.

Conclusiones: El tabaquismo en nuestra población está descendiendo, siendo más prevalente en hombres que en mujeres. No obstante, la disminución de la prevalencia es mayor en varones que en mujeres

PÓSTER Nº 85

¿SE RELACIONA EL GRADO DE CONTROL CON LOS CONOCIMIENTOS SOBRE HTA?

J. BAJO GARCÍA (1), I. EGOICHEAGA CABELLO (2), M. BENÍTEZ CAMPS (3), L.A. VARA GONZÁLEZ (4),
A. DALFÓ BAQUÉ (3), M. DOMÍNGUEZ SARDIÑA (5), C. JIMÉNEZ MENA (6), E. MARTÍN RIOBOO (7),
T. UREÑA FERNÁNDEZ (8), R. MOLINA DÍAZ (9)

(1) CS KUETO. SESTAO (VIZCAYA), (2) CS ISLA DE OZA. MADRID, (3) EAP GÒTIC. BARCELONA,
(4) CS CASTILLA-HERMIDA. SANTANDER, (5) CS SARDOMA. VIGO, (6) CS SAN GREGORIO. TELDE (LAS
PALMAS DE GRAN CANARIA), (7) CS FUENSANTA. CÓRDOBA, (8) DISTRITO SANITARIO DE JAÉN. JAÉN,
(9) CS ZAIDÍN SUR. GRANADA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONOCIMIENTO, GRADO DE CONTROL

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Evaluar si existe relación entre el grado de control de la HTA y los conocimientos que poseen los pacientes sobre el factor de riesgo.

MÉTODOS USADOS:

- *Diseño:* Estudio descriptivo transversal multicéntrico.
- *Ámbito de realización:* Centros de Atención primaria de España.
- *Población:* Pacientes mayores de 18 años, capaces de autocumplimentar una encuesta y que aceptaran participar. Se seleccionó 1 de cada 3 pacientes que acudieron a las consultas de 50 profesionales, en 15 días consecutivos, hasta conseguir 400 pacientes hipertensos. Fueron válidas 323 de las encuestas recogidas.
- *Intervenciones y variables:* La encuesta constaba de 16 preguntas sobre objetivos de control, cifras diagnósticas, tratamiento y complicaciones relacionadas con la HTA. Otras variables: edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, últimas cifras de presión arterial (PA) y tratamiento antihipertensivo.
- *Análisis estadístico:* Las variables cualitativas se describen mediante frecuencia absoluta y porcentaje y las cuantitativas con la media y desviación típica, o mediana y rango intercuartílico. Las diferencias entre grupos se analizaron con los test ji-cuadrado, Kruskal –Wallis, Wilcoxon, Anova y test de Bonferroni según las variables siguieran distribución normal o no.
- *Limitaciones:* . La muestra fue determinada según otros estudios parecidos, y se utilizó una encuesta no validada, con preguntas consensuadas entre varias personas, y realizando una prueba piloto para ver su comprensibilidad.
- Aspectos ético-legales. Laboratorios Chiesi participó con apoyo económico para la explotación de los datos, sin intervenir en el diseño ni en los resultados finales.

RESULTADOS:

Un 54,8% fueron mujeres, con una edad media de 65,4años (DE: 11,2). En el 55% de los casos contaban con estudios primarios. Un 56% presentaba un buen control de la HTA.

Los objetivos de control de PA sistólica eran conocidos por el 39% de los pacientes bien controlados y por el 38,1% de los no controlados, y los objetivos de PA diastólica los conocían el 19,2% de los bien controlados y el 21% de los no controlados, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguno de los dos casos ($p=0,887$ y $0,721$ respectivamente). Más del 70 % de los controlados y no controlados conocía las modificaciones del estilo de vida útiles para el control de la HTA (ejercicio físico: 82,6% vs 79% $p=0,468$; dieta hiposódica 92,4% vs 94,3% $p=0,556$; pérdida de peso 85,5 %vs 84,8% $p=0,876$).

El 82% de los bien controlados y el 79% de los no controlados reconocieron que el tratamiento tiene que ser de por vida ($p=0,548$); sin embargo solo un 72,7% de lo controlados y el 68% de los no controlados afirmó que tomar la medicación ayuda al control de la HTA ($p=0,465$).

Respecto al conocimiento de su propio control, el 60,2% cree estar controlado y realmente lo está, y el 5,8% sabe que no está bien controlado; pero un 31,1% de los pacientes cree estar bien controlado y no es así.

CONCLUSIONES:

- Los conocimientos sobre la HTA no se relacionan con el grado de control de la misma.
- Casi una tercera parte de los pacientes no está bien controlado y sin embargo cree estarlo.

PÓSTER Nº 86

FEOCROMOCITOMAS INTERVENIDOS EN LA FUNDACIÓN PUIGVERT EN LOS ÚLTIMOS 14 AÑOS

L. RIVERA ZAMBRANO (1), D. HERNANDO (2), F. CALERO (1), Y. ARCE (3), J. BALLARIN (1),
P. FERNÁNDEZ-LLAMA (1)

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA FUNDACIÓN PUIGVERT. BARCELONA,
(2) SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA FUNDACIÓN PUIGVERT. BARCELONA,
(3) SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA FUNDACIÓN PUIGVERT. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FEOCROMOCITOMA, HIPERTENSIÓN, PREVALENCIA

RESUMEN:

Objetivo: Descripción de los casos de feocromocitoma diagnosticados en la Fundación Puigvert entre enero de 1998 y noviembre del 2012.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional valorando los aspectos clínicos, analíticos y patológicos más importantes de los pacientes diagnosticados de feocromocitoma que se han seleccionado a partir de los pacientes intervenidos por un nódulo suprarrenal.

Resultados: De los 130 pacientes intervenidos de un nódulo suprarrenal, 17 pacientes (13.1 %) se han diagnosticado de feocromocitoma. Ocho pacientes (47.1%) fueron varones y 9 (52.9 %) mujeres, siendo la media de edad de 55.7 ± 17.7 (DE) años. Todos presentaban hipertensión arterial antes de la intervención. Diez pacientes (58.8%) presentaron además otra sintomatología, en 8 casos (47.1%) palpitaciones y en 4 (23.5%) cefalea y sudoración. En uno de los casos el feocromocitoma estuvo asociado a neurofibromatosis y en otro a un paraganglioma hereditario. Todos los pacientes fueron sometidos a control de la presión arterial (PA) y frecuencia cardíaca antes de la cirugía siendo el tratamiento con alfabloqueantes (82%) y betabloqueantes (64%) el más utilizado. La PA sistólica media previa a la intervención quirúrgica fue de 123 ± 12.3 mmHg y la diastólica de 75.9 ± 10.5 mmHg y una frecuencia cardíaca media de 72 ± 13.5 lpm. Quince pacientes (88.2%) presentaron un aumento hormonal siendo detectado en 13 casos (76.5%) a partir del estudio de metanefrinas en orina de 24h. Todos tenían un estudio de localización mediante TAC abdominal y en aquellos casos que se tenía sospecha de feocromocitoma previa a la intervención (14 pacientes, 82.4%) se realizó un estudio funcional con gammagrafía con ^{123}I -MIBG (metayodobenzilguanidina) que demostró captación del radiotrazador en 12 pacientes (85.7%). La localización del tumor fue en la glándula suprarrenal derecha en 9 pacientes (52.9%) y en la suprarrenal izquierda en 5 casos (29.4%). Ningún paciente presentó complicaciones durante la cirugía. En todos los pacientes se realizó confirmación diagnóstica anatomopatológica. El peso medio de la glándula suprarrenal extirpada fue de 76.0 ± 67.9 gr. Las determinaciones hormonales se normalizaron tras la intervención en el 94.1% de los casos así como, los niveles de PA. El control postoperatorio se realizó mediante determinaciones hormonales y clínica. Al año de la intervención quirúrgica todos los pacientes se mantuvieron asintomáticos. En dos casos (11.8%) se objetivó una recidiva de la enfermedad detectada mediante aumento de las metanefrinas. El diagnóstico de localización de las recidivas se realizó mediante tomografía por emisión de positrones (PET-TC) con ^{18}F -FDG (fluorodesoxiglucosa) ya que el TAC y la gammagrafía resultaron negativas.

Conclusiones: El feocromocitoma representó el diagnóstico en 13.1% del total de los pacientes intervenidos por una masa suprarrenal correspondiendo en su mayoría a casos esporádicos. Para su diagnóstico se deben realizar pruebas hormonales complementadas con técnicas de imagen y funcionales. Es fundamental un adecuado control de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca previo a la intervención quirúrgica para evitar complicaciones. Así como, una monitorización periódica de los niveles hormonales para la detección precoz de las recidivas. En estos casos, la realización de un PET-TC ayuda al diagnóstico.

PÓSTER Nº 87

ATENCIÓN A NUESTROS PACIENTES PLURIPATOLOGICOS DIABÉTICOS Y DISLIPÉMICOS

A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), J.M. ITURRALDE IRISO (1),
A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), E. LÓPEZ DE URALDE PÉREZ DE ALBENIZ (1), A.R. SOLAR PECHE (1),
J.L. HURTADO MENDOZA (1), M. OGUETA LANA (3), J. ORIBE PLÁGARO (2), J. OCHARAN CORCUERA (2)

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ, (2) HUA TXAGORRITXU. VITORIA-GASTEIZ,
(3) HUA SANTIAGO APOSTOL. VITORIA-GASTEIZ

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PLURIPATOLOGICOS, DIABETES, DISLIPEMIA

RESUMEN:

Propósito.-

Los pacientes pluripatológicos (PP) son aquellos que presentan dos o más enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes que repercuten en su situación funcional y que generan una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales.

El propósito del estudio es valorar el grado de control conseguido en nuestros pacientes pluripatológicos diabéticos y además dislipémicos.

Método.-

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Septiembre de 2012 en Comarca Araba. Se empleo el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención a los PP diabéticos e hipertensos del Contrato Programa de este año 2012

Resultados.-

Población DM + Dislipemica	502 pacientes
Buen Control TA	28,48%
Buen Control Hemoglobina Glicosilada	41,43%
Control del RCV	57,77%
Buen Control Tabaquismo	71,71%
Revisión oftalmológica	73,31%

Conclusiones.-

Seguimos teniendo un deficiente control que de sus patologías, también en el caso del control de la TA inferior en un 37% al obtenido en el resto de nuestros hipertensos no PP. Nuevamente nos cargamos de razones para tratar de llevar adelante el programa de atención al PP propiciando intervenciones eficientes a este grupo de pacientes basadas en la evidencia científica.

PÓSTER Nº 88

GRADO DE MEJORA DE LA PREVALENCIA DE HTA DETECTADA EN UN CENTRO DE SALUD, SU COMPARACIÓN CON LA PREVALENCIA ESTIMADA EN LA POBLACIÓN GENERAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL CONTROL DE ESTE TIPO DE PACIENTES

A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), J.M. ITURRALDE IRISO (1),
A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), E. LÓPEZ DE URALDE PÉREZ DE ALBENIZ (1),
M.E. ORTEGA HERRILLO (1), S. BURGALETA SARASETA (1), X. CALDERÓN SANTAMARÍA (1),
A.R. SOLAR PECHE (2), A. DELGADO FONTANEDA (1)

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ, (2) HUA TXAGORRITXU. VITORIA-GASTEIZ

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HTA, CONTROL, PREVALENCIA

RESUMEN:

OBJETIVO:

Conocer el grado de mejora entre los años 2010/2012 de la prevalencia de HTA, su comparación con las prevalencias estimadas en la población general y la repercusión que el déficit de detección produce en el control de los pacientes HTA esperados.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el C.S. Olaguibel (40132 usuarios), en el que se comparan la actividad de cribado y las prevalencias de HTA (entre los años 2010/2012) y el grado de mejora de los déficits de atención respecto al total de pacientes con HTA esperados.

RESULTADOS:

CRIBADO HTA (población >14 años):	40.37/48.36 %	+7.99%
PREVALENCIA OBTENIDA (respecto a la estimada):	59.58/67.92%	+8.39%
DEFICITS DE ATENCIÓN EN LAS POBLACIONES DETECTADAS Y ESTIMADAS:		
Estudio analítico realizado sobre los detectados:	70.16/73.99%	+3.83%
Estudio analítico realizado sobre los esperados:	41.80/50.25%	+8.45%
Estudio ECG realizado sobre los detectados:	67.25/56.41%	10.84% (-)
Estudio ECG realizado sobre los esperados:	40.07/38.31%	1.76% (-)
Buen control HTA sobre los detectados:	39.77/45.84%	+6.87%
Buen control HTA sobre los esperados:	23.69/31.13%	+7.44%

CONCLUSIONES:

Los datos reflejan una mejora en los resultados de cribado, prevalencia, realización de las actividades de proceso (excepto realización del ECG) y de control de la HTA.

No obstante, los resultados son todavía claramente mejorables en todas las facetas concernientes a nuestros pacientes con HTA.

Las cifras obtenidas nos demuestran la importancia de una actividad tan básica como el cribado de HTA en la mejora del control de nuestra población hipertensa.

Las medidas correctoras siguen pasando por el aumento de la detección de HTA, para posteriormente intensificar las actividades de proceso para el control de nuestros pacientes.

PÓSTER Nº 89

INFLUENCIA DE UNA ACTITUD SALUDABLE EN LA MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS Y EL COMBINADO MORBILIDAD DE CAUSA CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN UNA COHORTE DE POBLACIÓN ESPAÑOLA

L. NAVARRO SÁNCHEZ (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (2), L.M. ARTIGAO RÓDENAS (1),
F. MOLINA ESCRIBANO (3), B. GONZALEZ LOZANO (4), J. MONEDERO LA ORDEN (1), P. TORRES MORENO
(5), I. PONCE GARCIA (3), J.A. DIVISON GARROTE (3), J. LOPEZ ABRIL (1)

(1) CENTRO DE SALUD VILLACERRADA. ALBACETE, (2) BASE AEREA DE LOS LLANOS. ALBACETE,
(3) CENTRO DE SALUD CASAS IBÁÑEZ. ALBACETE, (4) CENTRO DE SALUD ZONA V. ALBACETE,
(5) CENTRO DE SALUD VILLALPARDO. CUENCA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: SUPERVIVENCIA, EJERCICIO FÍSICO, TABAQUISMO

RESUMEN:

Objetivo: Conocer si una Actitud Saludable (SANITUD), valorada a través de conductas cuantificables como son la práctica de Ejercicio Físico (EF) y el Hábito Tabáquico (no fumar), presenta capacidad predictiva en el combinado morbilidad de causa cardiovascular y mortalidad por todas las causas (MCVM) y en la mortalidad por todas las causas (MT) en una muestra de población general libre de primeros eventos.

Métodos: Estudio de cohortes, de una muestra poblacional 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 entre los años 2004-06. El estudio se realizó en los centros de salud de la provincia. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó encuesta estructurada donde se registró la actividad física y la conducta de fumar como variable dicotómica. La muestra se dividió en tres grupos, asignando al primer grupo a SANITUD, al segundo grupo a aquellos que fumaban y no hacían ejercicio físico, y al tercer grupo al resto de sujetos. Se ha observado durante más de diez años tanto la MCVM como la MT para los tres grupos considerados y se han calculado las probabilidades de supervivencia (aplicando el test de rangos logarítmicos en la comparación entre los tres grupos) y las Hazards Ratios (HR) ajustando por sexo y edad. El valor de p considerado ha sido menor o igual a 0,05.

Resultados: De los 1322 participantes iniciales, se han eliminado los que previamente habían sufrido algún evento cardiovascular, quedando para el análisis 1242 sujetos (55,5% mujeres). En la valoración de la MCVM se produjeron 49 eventos (10,79%) en el grupo SANITUD, 23 eventos (16,42%) en el grupo que no hace EF y sí fuma y 94 eventos (14,50%) en el resto de posibilidades, siendo la supervivencia libre de eventos 87,7%, 77,5% y 85,0%, respectivamente ($p=0,105$); Se observaron los siguientes resultados al valorar la MT: 29 eventos (6,38%) en el grupo SANITUD, 18 eventos (12,85%) en el grupo que no hace EF y sí fuma y 61 eventos (9,41%) en el resto de posibilidades, siendo la supervivencia libre de eventos del 92,4%, 80,8% y 89,8%, respectivamente ($p=0,039$). La HR de de una actitud no saludable (fumar y no realizar EF) frente a SANITUD, tomada como referencia, en el combinado MCVM ha sido 2,52 (IC 95%: 1,52-4,20; $P<0,001$).

Conclusión: La SANITUD, ajustada por edad y sexo, presenta, en nuestra población, menos MCVM y MT que una actitud poco saludable.

PÓSTER Nº 90

CAPACIDAD PREDICTIVA DEL DOBLE PRODUCTO EN MORBI-MORTALIDAD CARDIOVASCULAR, MORTALIDAD POR TODAS CAUSAS Y EN EL COMBINADO MORBILIDAD CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD TOTAL EN POBLACIÓN GENERAL LIBRE DE EVENTOS

L.M. ARTIGAO RODENAS (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (1), B. GONZÁLEZ LOZANO (2), J.A. DIVISÓN GARROTE (1), J. MASSÓ OROZCO (1), M. SIMARRO RUEDA (3), L. NAVARRO SÁNCHEZ (4), F. MOLINA ESCRIBANO (5), P. TORRES MORENO (6), I. PONCE GARCÍA (5)

(1) GEVA. ALBACETE, (2) CENTRO DE SALUD Z V. ALBACETE, (3) CENTRO DE SALUD Z IV. ALBACETE, (4) CENTRO DE SALUD Z III. ALBACETE, (5) CENTRO DE SALUD CASAS IBAÑEZ. ALBACETE, (6) CENTRO DE SALUD MINGLANILLA. CUENCA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FRECUENCIA CARDÍACA, PRESIÓN SISTÓLICA, DOBLE PRODUCTO

RESUMEN:

Objetivo: Conocer si el doble producto (presión arterial sistólica -PAS- multiplicado por frecuencia cardíaca -FC-) presenta capacidad predictiva de morbi-mortalidad cardiovascular (MMCV), mortalidad por todas las causas (MT) y el combinado morbilidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas (MCMVT) en una muestra de población general libre de primeros eventos.

Métodos: Estudio de cohortes, 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 entre los años 2004-06. El estudio se realizó en los centros de salud de la provincia. 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 como PAS la media de las dos medidas realizadas en el primer corte, y se utilizó la FC aportada por el ECG. Se ha observado la MMCV, la MT y el combinado MCMVT durante más de 10 años. En el análisis de supervivencia se ha utilizado la mediana del DP y en la comparación entre los dos grupos el test de rangos logarítmicos. En la valoración del DP como factor predictor se ha calculado las *Hazards Ratios* (HR) correspondientes para cada uno de los tres casos considerados, ajustando por sexo, edad, diabetes mellitus (DM), tabaquismo, hipertensión arterial (HTA) e hipercolesterolemia (>200 mg). El valor de P considerado ha sido menor o igual a 0,05.

Resultados: De los 1322 participantes iniciales, se han eliminado los que previamente habían sufrido algún evento cv, quedando para el análisis 1186 sujetos (56,2% mujeres). La media del doble producto (DP) fue de 10028,8 para las mujeres (DE= 2689,7) y de 9401,9 para los hombres (DE= 2316,6). En la valoración del combinado MCMVT se produjeron 45 eventos en la mitad del menor DP de la mediana y 114 en la segunda mitad, siendo la supervivencia libre de eventos del 91,6% en la 1ª mitad y del 79,5% en la 2ª mitad (p<0,001); en la MT se produjeron 27 muertes en la primera mitad y 76 en la segunda, siendo la supervivencia del 92,6% y del 85,7% respectivamente para primera y segunda mitad (p<0,001); por último, en MMCV se produjeron 26 y 72 eventos cv o muerte para primera y segunda mitad respectivamente, apreciando unas supervivencias del 93,3% y del 86,0% para cada una de las mitades (p<0,001). Las HR por cada 1000 unidades de aumento del doble producto ajustadas por sexo,

edad, HTA, tabaquismo, DM e hipercolesterolemia, han sido; MCVMT: HR=1,10; IC del 95%: 1,02-1,14. P=0,014. MT: HR=1,10; IC del 95%: 1,03-1,18. P=0,009. MMCV: HR=1,09; IC del 95%: 1,01-1,17. P=0,019.

Conclusión: En la muestra origen de nuestro estudio, el DP presenta poder predictivo tanto en el combinado MCVMT, como en la MT y la MMCV.

PÓSTER Nº 91

LA HIPERTENSION ARTERIAL CONDICIONA DIFERENCIAS EN LA ELIMINACIÓN RENAL DE ÁCIDO ÚRICO

C. FELIPE FERNANDEZ (1), C. ROSADO RUBIO (1), R. MANZANEDO BUENO (1),
B. ALAGUERO DEL POZO (1), A. FIDALGO GONZALEZ (1), J.C. CHACÓN UNZUÉ (1), J. MARTÍN GARCÍA (1)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ÁCIDO ÚRICO, ELIMINACION RENAL

RESUMEN:

Propósito de estudio: En la actualidad disponemos de evidencia creciente del papel patogénico del ácido úrico en la enfermedad cardiovascular. Su importancia se debate entre su consideración como factor de riesgo vascular independiente o epifenómeno de la enfermedad vascular o metabólica subyacente. Se desconoce sin embargo la cuantificación del manejo renal del ácido úrico en la hipertensión en ausencia de hiperuricemia.

Métodos Utilizados: Se analizan los datos de 95 pacientes de la consulta de nefrología-HTA con estudios de eliminación de ac. Úrico. Se evalúan datos demográficos y epidemiológicos, bioquímica, analítica convencional en sangre y orina, aclaramiento de creatinina (Ccr) y de ac. úrico (Cau) y excreción fraccional de ac urico (EFau) y de sodio (EFNa). Se realiza estadística descriptiva, mediana y rango intercuartilico en las variables cuantitativas y porcentajes en las variables cualitativas y pruebas no paramétrica, U de Mann-Whitney en la estadística inferencial. El grado de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: El grupo (n=95) presenta una mediana de edad de 55 años (44 años-73 años) y se compone de 52 varones (54,7%) y 42 mujeres (51% en menopausia). La mediana de tiempo de evolución conocido de HTA es de 10 años (4 años-20 años). El 69,9% no son o han sido fumadores (20,4% de fumadores y 9,7% de exfumadores) y 12,8% presentaban hábito enólico. El porcentaje de obesos es del 47,7%, mediana IMC: 30,32 (26,69- 34,23), un 22,1% tienen DM (90,5% con DM tipo II), hipercolesterolemia el 49,5%, hipertrigliceridemia el 18,9% y un 7,4% habían presentado crisis de gota. El porcentaje de lesión de órganos diana oscila entre el 3,2% del ACVA y el 29,5% con HVI; Un 23,2% presentaban insuficiencia renal (Ccr

Valor	Mediana	Rango intercuartilico
Glucosa (mg/dl)	108	97 - 129
Urea (mg/dl)	41	32 - 62
Ac Úrico (mg/dl)	5,6	4 - 6,8
Creatinina (mg/dl)	0,9	0,77 - 1,36

Calcio (mg/dl)	9,6	9,2 - 9,9
Fósforo (mg/dl)	3,4	3 - 3,8
Magnesio (mg/dl)	2,1	1,8 - 2,3
Colesterol (mg/dl)	190	169 - 216
Colesterol -HDL/ Colesterol-LDL	48 114	42,7 - 58,25 93 - 140
Triglicéridos (mg/dl)	118,5	82 - 181
Na+ (mEq/L)	139	138 - 141
K+ (mEq/L)	4,4	4 - 4,6
Pcr (mg/dl)	0,32	0,15 - 0,59
Homocisteína (mg/dl)	13,3	9,7 - 17,4
HbA1c (%)	5,7	5,4 - 6,2
Índice HOMA (n=42)	3,76	2,73 - 7,59
C cr (ml/min)	83,34	59 - 127
Eliminación diaria de AU (g/día)	0,48	0,36 - 0,64
C au (ml/min)	5,56	3,74 - 7,67
EF AU (%)	6,65	5,04 - 8,17
EF Na (%)	0,99	0,62 - 1,42
EF AU/EF Na	6,73	4,26 - 11,08

Conclusión: La eliminación renal de ácido úrico en la población analizada es inferior a los valores considerados normales en población sana. No parece que el tratamiento hipotensor, incluidos los diuréticos, estén influyendo en la reducción en el aclaramiento renal de ácido úrico. Podría ser que la relación patogénica de la enfermedad vascular y el ácido úrico no venga determinada por sus niveles séricos sino por un descenso en su aclaramiento renal. La importancia de este resultado debe ser corroborado por otros estudios especialmente diseñados al efecto dada la importancia que este hallazgo representa.

PÓSTER Nº 92

DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON ANTIHIPERTENSIVOS. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, OBSERVACIONAL Y MULTICÉNTRICO

B. BUCH VICENTE (1), Á.L. MONTEJO GONZÁLEZ (2), M.A. GÓMEZ MARCOS (1),
E. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ (1), J.Á. MARTÍN OTERINO (2), J.I. RECIO RODRÍGUEZ (1), M.A. PUENTE REY (1),
S. GONZÁLEZ SÁNCHEZ (1), A. JUANES DE LA PEÑA (3), GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO PARA EL ESTUDIO
DE DISFUNCIÓN SEXUAL SECUNDARIA A ANTIHIPERTENSIVOS SALAMAN (2)

(1) C.S. ALAMEDILLA. SALAMANCA, (2) HOSPITAL UNIVERSITARIO. SALAMANCA,
(3) C.S SANTA MARTA DE TORMES. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DISFUNCIÓN SEXUAL, HIPERTENSIÓN, ANTIHIPERTENSIVOS

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Datos disponibles indican que los pacientes con HTA presentan algún tipo de disfunción sexual. Esta disfunción sexual es mas frecuente en pacientes tratados que en pacientes no tratados, por lo que se ha generado la hipótesis que la terapia antihipertensiva podría estar asociada con la disfunción sexual y que influiría en la adherencia a los tratamientos.

OBJETIVOS: Evaluar la frecuencia e intensidad de la Disfunción Sexual (medida por la escala PRSexDQ-SALSEX) en pacientes con diagnostico de hipertensión arterial en tratamiento actual con antihipertensivos y que presentaban función sexual normal previa a la instauración del tratamiento. Evaluar si existen diferencias entre los principales grupos de tratamientos antihipertensivos (en monoterapia y en asociación). Evaluar la frecuencia en la muestra y la intensidad de cada uno de los aspectos específicos de la disfunción sexual (descenso de la libido, retraso del orgasmo/eyaculación, ausencia de orgasmo/eyaculación, disfunción eréctil o ausencia de lubricación) y la influencia o no en adhesión al tratamiento.

MÉTODO: Estudio epidemiológico transversal y multicéntrico de carácter exploratorio. En el estudio se entrevistó a 195 sujetos tratados de hipertensión (27,7% eran mujeres y un 72,3% eran hombres). De la muestra se seleccionaron 105 sujetos que únicamente estaban tratados con fármacos antihipertensivos y a través del El PRSexDQ-SALSEX (Psychotropic Related Sexual Dysfunction Questionnaire SALSEX) (Montejo et al, 2000) se evaluó la existencia o no de Disfunción Sexual provocada por estos fármacos.

RESULTADOS:

- Un 78% de los pacientes con Disfunción Sexual no se lo comunicó a su médico.
- Las combinaciones de antihipertensivos (1.Diuréticos + Calciantonistas y 2. Betabloqueantes + ARA II) Se relacionan con el riesgo de padecer Disfunción Sexual.
- Se reportó DS en un 59.62% de los pacientes.
- De las personas que sufrían DS, un 29,03% era de tipo severo/intenso, un 29,03% Ddisfunción Moderado y un 41, 94% Disfunción Leve.
- Se reportaron diferencias entre los fármacos antihipertensivos y sus combinaciones con respecto a la afectación en las diferentes fases de la Respuesta Sexual

CONCLUSIONES:

- La muestra fue insuficiente para obtener resultados representativos fiables. Se necesita un número mayor de sujetos para cada tipo de tratamiento.
- Los pacientes reportan muy raramente de manera voluntaria preguntas sobre sus alteraciones de la respuesta sexual.
- Aunque se detectó un gran porcentaje de personas que padecían disfunción sexual tras comenzar el tratamiento (59,62%), la mayoría era de tipo Leve.
- Se reportaron relaciones significativas entre padecer Disfunción Sexual y los siguientes tratamientos combinados: (Diurético + Calcioantagonista) y (Betabloqueantes + ARA II)

PÓSTER Nº 93

DIABETES TIPO II E INDICE CINTURA/TALLA

J. ABRIL JARAMILLO (1), L. ARTAJONA GARCÍA (1), Z. PALACIOS BAENA (1), P. MARTINEZ GARCIA (1),
J. OLIVÁN MARTINEZ (2), F.J. GUERRERO IGEA (3)

(1) RESIDENTE MIR HOSPITAL VÍRGEN MACARENA. SEVILLA, (2) UNIDAD DE RIESGO VASCULAR
HOSPITAL VÍRGEN MACARENA. SEVILLA, (3) FEA MEDICINA INTERNA
HOSPITAL VÍRGEN MACARENA. SEVILLA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS, TALLA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Estudiar el índice cintura / talla y otros índices antropométricos con la presencia de Diabetes Mellitus. Analizar la variable antropométrica que se asocie independientemente a la presencia de Diabetes Mellitus.

Métodos usados: Estudio transversal. Casos (DM)(pacientes diabéticos tipo II) y controles (pacientes no diabéticos). Variables estudiadas: edad (años), sexo (hombre / mujer), talla (T) (cm), perímetro de cintura (PCI)(cm) y peso (Kg), índice de masa corporal (IMC en Kg /m2 talla) e índice cintura/talla (PCI/T x 100). 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 de diabetes tipo II). SPSS 15.0.

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

TABLA 1. Comparación de variables entre diabéticos y no diabéticos

	DM (N=29)	No DM (N=97)	
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
IMC	33.8+- 6.5	30.6 +- 6.5	<0.03
PCI/T	69.5 +- 8.8	59.5 11.4	<0.01

TABLA 2. Regresión logística (N=126), tras corrección con edad y sexo

Variables	odds ratio	IC 95 %	P
PCI	0.90	0.98 - 1.02	NS
IMC	0.87	0.75 - 1.02	< 0.08

PCI/T 1.41 1.12 - 1.78 < 0.01

Conclusiones: De las variables estudiadas, el índice cintura/talla es el único que se asocia de manera independiente a la presencia de diabetes, superando al perímetro de cintura o al índice de masa corporal. De ello se deriva el posible uso clínico de este índice, precisando otros estudios que analicen la asociación del mismo con el riesgo cardiovascular

PÓSTER Nº 94

ICTUS: ¿CONOCIDO O DESCONOCIDO EN PACIENTES HIPERTENSOS?

T. RAMA MARTÍNEZ (1), P. BEATO FERNÁNDEZ (2)

(1) CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EL MASNOU. EL MASNOU (BARCELONA),
(2) CONSULTORI BARRI COTET. PREMIÀ (BARCELONA)

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CONOCIMIENTO FACTORES DE RIESGO CARDOVASCULAR, SÍNTOMAS DE SOSPECHA

RESUMEN:

INTRODUCCION:

El ictus es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda de demencia. El desconocimiento de los síntomas de ictus es una de las causas de demora en la atención sanitaria. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo más asociado a todos los tipos de ictus.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Saber el grado de conocimiento del ictus: terminología, factores de riesgo, síntomas de sospecha y actitud en caso de episodio en pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado de preguntas cerradas realizado de forma aleatoria a los hipertensos que acudían a visitarse con cita previa durante los meses de mayo a octubre en una consulta de medicina de un centro de salud semiurbano.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 213 encuestas. Edad media: 66,4 años (DE±13,5) (de 40 a 86 años), el 51,6% eran hombres. El 61,5% ≥ 65 años. Sólo el 11,7% no tenía otra patología o factor de riesgo cardiovascular asociado. El término "ictus" lo conocía el 57,7%, "embolia" el 75,5%, "infarto cerebral" el 64,3%. Los factores de riesgo más asociados a ictus fueron HTA: 86,3% e hipercolesterolemia: 80,2%; los menos; arritmia cardíaca: 45% y diabetes: 41,7%. El 35,6% creía que la HTA era el factor de riesgo más importante. La alteración en el habla era el síntoma de alarma en el 81,2%, y el 68,5% la pérdida de fuerza en una extremidad. En caso de sospecha, el 38,9% acudiría al hospital y el 49,3% llamaría a los servicios de urgencia. Si los síntomas desapareciesen en pocos minutos, el 62,4% acudiría de urgencias del hospital o del centro de salud, el 21,1% consultaría con su médico de cabecera solicitando cita previa y un 3,2% no haría nada.

CONCLUSIONES

La palabra ictus era todavía desconocida en los encuestados. La HTA era el factor de riesgo más asociado, pero otros factores como diabetes o arritmia cardíaca se asociaban menos al ictus. En caso de posible episodio, la mayoría buscaría atención inmediata, pero si se tratara de un accidente isquémico transitorio no. Se ha puesto en marcha un proyecto en nuestro centro para mejorar la información sobre el ictus, y concienciar de la importancia de una rápida respuesta en caso de sospecha.

PÓSTER Nº 95

ESTUDIO MEPAFAC I: MEDIDA DE PRESION ARTERIAL EN ADOLESCENTES POR FARMACÉUTICAS COMUNITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

A. MOLINERO CRESPO (1), M. CERVERO JIMÉNEZ (2), A. MARTÍN OLIVEROS (3), M. CORDERO PÉREZ (2),
M. MAGRO HORCAJADA (4), P. MÉNDEZ MORA-FIGUEROA (5), C. DE DIEGO MARTINEZ (6),
R. CÁMARA RICA (7), A. GONZÁLEZ RODRIGUEZ (8), P. BARRAL MARTÍN (9)

(1) FARMACIA MOLINERO. FUENLABRADA, (2) FARMACIA CERVERO-CORDERO. MADRID,
(3) FARMACIA MOLINA-MARTIN CB. BOADILLA DEL MONTE, (4) FARMACIA PARQUE ORBASA.
TORREJÓN DE ARDOZ, (5) FARMACIA MARTÍNEZ-MÉNDEZ CB. MADRID, (6) FARMACIA CRISTINA DE
DIEGO. MADRID, (7) FARMACIA RAQUEL CÁMARA. MADRID, (8) FARMACIA HIJAS MIRÓN. MADRID,
(9) FARMACIA CASTILLO MARTÍN. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN ARTERIAL, ADOLESCENTES, FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

- Aportar valores de Presión Arterial (PA) en jóvenes (12-17 años).
- Conocer talla, peso, hábitos alimentarios y actividad física relacionándolos con presión arterial en jóvenes.
- Contribuir a la Educación para la Salud aportando consejos higiénico-dietéticos.

MÉTODO

Estudio epidemiológico, transversal, observacional y multicéntrico realizado durante el curso escolar 2011-2012 en centros educativos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Diseño muestral: A partir de los 8 conglomerados definidos por la Comunidad de Madrid teniendo en cuenta variables demográficas, socioculturales y sociolaborales.

Tamaño muestral: Según datos de la Consejería de Educación del curso académico 2010-2011, considerando una prevalencia del 3% de HTA (variable principal) para un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 0,8%.

Población diana: adolescentes de 12 a 17 años, con exclusión de diagnosticados de enfermedad cardiaca o renal.

Variables del estudio: Sexo, Peso, Talla y Presión Arterial.

Diseño de materiales:

1. Cuestionario de recogida de datos de salud, hábitos dietéticos y estilos de vida que supongan FRCV.
2. Díptico "Recomendaciones para prevenir ECV".
3. Power point "Educación sobre FRCV".
4. Cuenta-twitter <https://twitter.com/#!/educaadolescent>

La medida de la PA se lleva a cabo siguiendo recomendaciones de la Guía Europea de Hipertensión Arterial en niños y adolescentes (2009), con un aparato oscilométrico semiautomático validado.

La medida de peso y altura se realizan con báscula y tallímetro homologados.

El análisis estadístico se realiza con el programa SPSS.

RESULTADOS

En el estudio han intervenido 14 farmacéuticas comunitarias y participado 2989 alumnos (49,8% hombres y 50,2% mujeres), incluyéndose en el estudio 2860, pertenecientes a 25 centros educativos (12 públicos y 13 privados-concertados) vinculados a los 8 conglomerados.

Respecto a los valores de PA el 77% (50,7% hombres y 49,3% mujeres) de los adolescentes se encuentran en el percentil <90, el 11% (45,9% hombres y 54,1% mujeres) en el 90-95 y el 12% (52,6% hombres y 47,4% mujeres) en el >95.

En cuanto al IMC (según Hdez et al) un 80% se encuentra en normopeso, un 8% en sobrepeso y un 12% en obesidad, siendo este último porcentaje mayor en colegios públicos que en privados-concertados.

El 24,6% refiere antecedentes familiares de HTA, de los cuales el 3,5% se encuentra en p>95 de presión arterial.

El 18% de los adolescentes refiere tener enfermedades diagnosticadas: 3,5% asma, 3% ECV, 1,9% alergia, 0,9% diabetes, 0,9% hipercolesterolemia, 1% enf. renal, 0,5% enf. hepática, 0,3% HTA y 6,1% otras.

Un 54% (25,8% hombres y 74,2% mujeres) no realiza de manera habitual ninguna actividad física.

Un 55% (53,7% hombres y 46,3% mujeres) consume semanalmente alimentos con alto contenido en grasas y sal y un 13,62% (46,2% hombres y 53,8% mujeres) lo hace diariamente.

Un 86,5% no consume tabaco de manera habitual y un 77,5% no bebe alcohol, no habiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres.

La dedicación media diaria por adolescente a actividades sedentarias es de 135 minutos.

Se han impartido 143 charlas educativas y se han indicado 72 consejos de estilos de vida saludable a través de la cuenta de twitter.

CONCLUSIONES

El alto número de registros de PA (2860) obtenidos por método oscilométrico podrá contribuir a consensuar valores de referencia de PA en adolescentes.

Un 12% de la muestra presenta valores de pPA≥95, observándose que a mayor pIMC mayor pPA.

Un alto porcentaje de adolescentes no realiza ninguna actividad física (54%), consume alimentos no saludables diariamente (13,62%), consume tabaco de manera habitual (12,5%) y bebe alcohol (22,5%).

Puesto que las circunstancias para que se presenten algunos de los FRCV modificables ya se dan en la población objeto del estudio, la educación en hábitos de vida saludable es imprescindible para evitar ECV en un futuro.

PÓSTER Nº 96

ESTUDIO DE CALIDAD SOBRE EL GRADO DE MEJORA (2012-2005) DE LAS ACTIVIDADES DE VALORACIÓN DE RCV Y DEL CRIBADO DE FUMADOR, HTA Y DIABETES DE UN CENTRO DE SALUD

A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), J.M. ITURRALDE IRISO (1), E. LÓPEZ DE URALDE PÉREZ DE ALBENIZ (1), A.R. SOLAR PECHE (1), S. BURGALETA SARASETA (1), X. CALDERÓN SANTAMARÍA (1), M.E. ORTEGA HERRILLO (1), A. DELGADO FONTANEDA ()

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: CRIBADO, RCV, HTA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Conocer el grado de mejora, entre los años 2005/2012 en las actividades de valoración del RCV y del cribado de fumador, HTA, y diabetes, tras la implementación de las medidas correctoras acordadas en nuestro centro de salud.

METODOLOGÍA:

Estudio de calidad, antes y después, observacional, descriptivo y transversal realizado sobre la población diabética del C.S.Olaguibel (40132 usuarios), en los que se valoró el grado de mejora en las actividades y periodos referidos.

RESULTADOS:	2005	2012	%MEJORA
CRIBADO FUMADORES:	41.74%	61.66%	19.92%
CRIBADO HTA:	36.31%	42.19%	5.88%
CRIBADO DIABETES:	37.87%	61.29%	23.42%
VALORACIÓN RCV:	33.07%	51.54%	18.47%

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos reflejan una mejoría en todas las actividades analizadas, siendo ésta marcada en los apartados de diabetes, RCV y tabaquismo.

No obstante, el crecimiento en el cribado de HTA es escaso y todavía estamos lejos de llegar a unas cifras adecuadas (sobre todo en HTA y RCV).

La implementación, en un Centro Salud, de los acuerdos de objetivos y actividades reseñadas, puede contribuir a la mejora del 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 97

SEGUIMIENTO DE LAS PREVALENCIAS, ENTORNO SOCIO-FAMILIAR Y ACTITUD SOBRE EL HÁBITO TABÁQUICO DE LOS ALUMNOS DE 1º A 4º DE ESO (PERIODO ESCOLAR 2007-11), EN LA COMARCA DEL VALLÉS ORIENTAL ADE BARCELONA

N. JOU TURALLES (1), A. MARTINEZ PICÓ (1), A.C. MOLINÉ (1), G. CASANOVAS VILADRICH (2), S. BENITEZ CABRERA (1), L. MOLINÉS JUBANY (3), G. SIMON GARCIA (4), P. PARDO TAMARIT (5), D. FERNÁNDEZ CAMPÍ (5), I. GIBERT FERRER (6)

(1) ABS PLANA LLEDÓ. MOLLET DEL VALLÉS. BARCELONA, (2) ABS SANT MIQUEL. GRANOLLERS. BARCELONA, (3) ABS VALLÈS ORIENTAL. GRANOLLERS. BARCELONA, (4) ABS. LES FRANQUESES. BARCELONA, (5) ABS MONTORNÉS MONTMELÓ. BARCELONA, (6) ABS ALT MOGENT. CARDEDEU. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: TABACO, ADOLESCENTES, PREVENCIÓN

RESUMEN:

Propósito de estudio

La adolescencia es la etapa de inicio del consumo de tabaco: retardarla es básico para la salud. La escuela es el entorno apropiado para hacer prevención antes de que se inicie y se desarrolle la adicción. Es esencial la coordinación entre los ámbitos de salud y escuela.

Desde La Unidad de Tabaquismo, la comisión de tabaco y las enfermeras de salud y escuela del Servicio de Atención Primaria del Valles Oriental (provincia de Barcelona, conjuntamente con 27 escuelas, hemos realizado un estudio de seguimiento durante 4 años, a más de 1500 escolares de 1º a 4º de ESO (cursos escolares 2007-2011). El Objetivo era conocer la prevalencia del tabaquismo, el entorno socio-familiar y la actitud delante de esta substancia, identificando cambios y analizando la influencia en el consumo de las variables sexo y entorno.

Métodos

Más de 50 profesionales del Servicio de Atención Primaria del Valles Oriental, coincidiendo con el día Mundial sin Tabaco, hicimos un seguimiento a más de 1500 alumnos durante 4 años consecutivos de 1º a 4º de ESO, en 27 escuelas de la comarca. Se realizó una encuesta (12 ítems, respuesta cerrada SI/NO). La encuesta era anónima, administrada por el profesor o el profesional sanitario, en horario escolar durante los 4 cursos. Analizamos sexo, prevalencia, entorno socio-familiar y actitud.

Resultados

N= 7050 encuestas. 4 años de seguimiento. Análisis de variables con programa SPSS12T. Estudio de frecuencias en todas las variables, medianas y intervalos de confianza (95%). El 51% eran varones. Prevalencias: Ha fumado alguna vez, el 24,5% en 1º, el 34,9% en 2º, 50% en 3º y el 59% en 4º. Fuman a diario el 4% en 1º, el 5,7 en 2º, el 13% en 3º y el 17,4% en 4º. Fuman esporádicamente el 7% en 1º, el 12,9% en 2º, el 20,8% en 3º y el 22,9% en 4º.

Entorno socio-familiar: entre el 34,5% i el 38% dels alumnos manifiestan que la madre fuma. Los amigos fuman en 1º un 58,4% en 2º el 71,1%, en 3º un 85,7% y en 4º1 fuman el 91,2%. Los hermanos fuman en 1º un 16,1%, en 2º un 19,2%, en 3º un 22,1% y en 4º el 22,9%.

Actitud: El 90% de los alumnos, consideran durante los 4 años de ESO que el tabaco perjudica la salud. El 94% recomendarían a los amigos dejar de fumar. El 84,7%, cree que el tabaco es una droga. Entre el 10,5% a 1º y el 13,7% en 4º consideran que queda bien fumar.

Hemos analizado entorno socio-familiar respecto al sexo, actitud y prevalencias con un análisis bivariente Chi cuadrado/Test de Fisher según el caso, $p < 0,05$.

Conclusiones

El consumo de tabaco en la adolescencia es muy elevado. Padres, hermanos y amigos fumadores facilitan el consumo en los jóvenes. Las chicas fuman más, considerando más frecuentemente que el tabaco es una droga y que el tabaco hace daño. Esto puede influirles negativamente en su autoestima, ya que fuman aunque saben que les perjudica. Retrasar la edad de inicio es básico. Es nuestro reto de futuro.

PÓSTER Nº 98

CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL.
DIFERENCIAS ENTRE LA CONSULTA Y LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA.
ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE 5.693 HIPERTENSOS CON ENFERMEDAD RENAL

M. GOROSTIDI (1), P.A. SARAFIDIS (2), J. SEGURA (3), A. DE LA SIERRA (4), J.J. DE LA CRUZ (5),
J.R. BANEGAS (5), L.M. RUILOPE (3)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO, (2) AHEPA UNIVERSITY HOSPITAL.
ATENAS, (3) HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID, (4) HOSPITAL MUTUA TERRASSA. BARCELONA,
(5) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENFERMEDAD RENAL, CONTROL

RESUMEN:

Objetivo. Evaluar el grado de control de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) mediante la técnica convencional de medida de la presión arterial (PA) en la consulta y mediante monitorización ambulatoria de la PA (MAPA). Analizar la concordancia entre ambas técnicas y la discordancia o prevalencia de HTA de bata blanca y de HTA enmascarada.

Metodología. Estudio transversal con una muestra de 5.693 pacientes hipertensos con enfermedad renal crónica estadios 1 a 5 incluidos en el registro Cardiorisc. Las técnicas de medida de la PA y la recogida de variables clínicas y analíticas fueron estandarizadas. La definición de ERC se basó en las guías correspondientes vigentes utilizando la fórmula CKD-EPI para el cálculo del filtrado glomerular estimado. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para determinar las variables relacionadas de forma independiente con los resultados.

Resultados. La edad media fue $61,0 \pm 13,9$ años y el porcentaje de varones 52,6%. Un 21,7% y un 8,1% de los pacientes presentaron una PA clínica $<140/90$ y $<130/80$ mmHg, respectivamente. Sin embargo, los porcentajes de control de la PA ambulatoria 24 h $<130/80$ y $<120/75$ mmHg fueron 43,5% y 19,5% respectivamente. Sexo masculino, edad avanzada, albuminuria y diabetes se relacionaron con el mal control de la PA ambulatoria. La prevalencia de HTA de bata blanca (PA clínica $\geq 140/90$ y PA ambulatoria 24 h $<130/80$ mmHg) fue 28,8% (36,8% de los pacientes no controlados) y la prevalencia de HTA enmascarada (PA clínica $<140/90$ y PA ambulatoria 24 h $\geq 130/80$ mmHg) fue 7,0% (32,1% de los pacientes controlados en la consulta). Sexo masculino, edad avanzada, obesidad y lesión de órgano diana se asociaron con la HTA de bata blanca, y edad avanzada y obesidad con la HTA enmascarada.

Conclusiones: En pacientes hipertensos con ERC el control de la HTA basado en la MAPA fue muy superior al observado en la consulta. Sin embargo, más del 50% de los pacientes presentaron mal control de la PA ambulatoria. La probabilidad de discordancia entre las técnicas fue muy elevada de tal forma que uno de cada 3 pacientes no controlados en la consulta sí lo estaba en la MAPA (HTA de bata blanca) y uno de cada 3 pacientes controlados en la consulta presentó HTA enmascarada. Estos hallazgos indican la necesidad de utilizar la MAPA de forma sistemática en pacientes hipertensos con ERC.

PÓSTER Nº 99

CAMBIO DE TENDENCIAS EN LA LLEGADA A PROGRAMAS DE DIÁLISIS Y TRASPLANTE RENAL. ANÁLISIS DE UN PERIODO DE 16 AÑOS

M. GOROSTIDI (1), E. SÁNCHEZ (1), M. ALONSO (2), P. ESCALADA (3), E. GAGO (1), E.M. GONZÁLEZ (4),
J. GUEREDIAGA (5), J. MEJIDO (6), L. QUIÑONES (7), P. RUIZ DE ALEGRÍA (8)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO, (2) HOSPITAL VALLE DEL NALÓN.
LANGREO, (3) HOSPITAL CARMEN Y SEVERO OCHO. CANGAS DE NARCEA, (4) HOSPITAL DE JARRIO.
COAÑA, (5) HOSPITAL SAN AGUSTÍN. AVILÉS, (6) HOSPITAL CRUZ ROJA. GIJÓN, (7) HOSPITAL DE
CABUEÑES. GIJÓN, (8) HOSPITAL CRUZ ROJA. OVIEDO

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES, ENFERMEDAD RENAL

RESUMEN:

Objetivo. Analizar las tendencias epidemiológicas básicas de la enfermedad renal crónica (ERC) en tratamiento renal sustitutivo (TRS) mediante diálisis y trasplante renal en el Principado de Asturias entre los años 1995 y 2010.

Métodos. La metodología del Registro de Enfermedades Renales Crónicas de Asturias (RERCA) está basada en un sistema estandarizado de recogida de datos de pacientes en TRS para participar en el Registro Español de Enfermos Renales de la Sociedad Española de Nefrología. La totalidad de pacientes en TRS en Asturias están incluidos en el RERCA. Se analizaron tendencias de incidencia y prevalencia por millón de población (pmp) y los porcentajes de pacientes incidentes mayores de 65 años y de las principales causas, diabetes e hipertensión arterial (HTA). Se realizaron análisis de regresión del periodo global 1995-2010 y de 2 tramos, 1995-2002 y 2003-2010.

Resultados. La incidencia de ERC en TRS aumentó en el periodo global desde unos 90 casos pmp hasta unos 140 pmp (R^2 0,487; $p=0,003$). Este aumento se observó en el periodo 1995-2002 (0,842; $p<0,001$). En el periodo 2003-2010 se observó una tendencia negativa no significativa (0,061; $p=0,556$). La prevalencia aumentó de forma sostenida en todos los periodos desde unos 650 casos pmp a unos 1070 casos pmp (1995-2002 0,985; $p<0,001$ y 2003-2010 0,913; $p<0,001$). El porcentaje de casos incidentes >65 años aumentó en el periodo global desde el 40% al 58% (0,287; $p=0,032$). Este aumento fue significativo en el periodo 1995-2002 (0,520; $p=0,044$) pero no en 2003-2010 (0,007; $p=0,840$). El porcentaje de casos incidentes por diabetes o HTA fue estable durante el primer periodo (50% 0,223; $p=0,238$) y disminuyó en 2003-2010 hasta el 40% (0,683; $p=0,011$).

Conclusiones. El aumento de la incidencia de ERC en TRS entre 1995 y 2002 se frenó entre 2003 y 2010. Sin embargo la prevalencia continuó aumentando lo que indica un progreso en la supervivencia. Los cambios de tendencia en la incidencia se relacionaron con los pacientes >65 años y con los casos con ERC por diabetes o HTA. Son necesarios estudios para evaluar si las medidas de nefroprotección en la población diabética o hipertensa podrían estar siendo eficaces con expresión particular en sujetos >65 años.

PÓSTER Nº 100

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A PACIENTES DE BAJO RCV EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

M.N. SANZ GONZALEZ (1), A. RODRIGUEZ FRAMINHAM (2), M. AGUDO RETUERTA (3),
J.M. CRUZ DOMENECH (4), I. GIL GIL (5), M.D. SIMO (6), S. VALLS (7), M.I. FERNANDEZ CUADRADO (8)

(1) SMS. MADRID, (2) SMS. MADRID, (3) SMS. MADRID, (4) BSA. BARCELONA, (5) VIELHA. LLEIDA, (6)
SVS. CASTELLON, (7) SVS. CASTELLON, (8) SMS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, RIESGO CARDIOVASCULAR, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A PACIENTES DE BAJO RCV EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

OBJETIVO

Evaluar los factores de riesgo cardiovascular asociados a pacientes de bajo riesgo cardiovascular en una consulta de Atención Primaria.

METODO

Estudio transversal realizado en 5 Centros de Salud Urbanos.

Se revisan durante un mes 3215 Historias Clínicas con Dx de HTA en OMI AP.

Se rechazan pacientes con RCV elevado evaluado con tabla Score corregida, pacientes de edades menores de 45 años y mayores de 65 años y pacientes que no tienen registro tensional en el ultimo año.

Incluimos un total de 362 pacientes diagnosticados de HTA según criterios de ESC-ESH 2007.

Se registran los factores de riesgo cardiovascular asociados: Obesidad, dislipemia, tabaquismo, Glucemia basal alterada y la asociación de los mismos.

RESULTADO

Incluimos 362 pacientes con edades comprendidas entre 40 y 65 años con edad media de 58 +-10,2 años, fueron varones el 61,04% y mujeres el 38,9%.

El 46,68 % tenían dislipemia asociada a la hipertensión., el 3,03% tenían dislipemia, hipertensión y tabaquismo, 3,59% dislipemia, hipertensión y GBA y sólo el 0,8% dislipemia, hipertensión y obesidad.

El 7,73% eran fumadores e hipertensos 3,03% fumadores dislipémicos e hipertensos y sólo el 0,27 hipertensos fumadores y obesos.

El 0,27% eran hipertensos y obesos y el 0,8% hipertensos, obesos y dislipémicos.

El 2,76% eran hipertensos con GBA, el 3,59 tenían hipertensión, GBA y dislipemia y el 0,82% hipertensión, GBA y obesidad.

CONCLUSION

El riesgo cardiovascular asociado con más frecuencia en pacientes de riesgo cardiovascular bajo fue la dislipemia, el tabaquismo, la GBA y la obesidad.

PÓSTER Nº 101

FACTORES DE RIESGO CLÁSICOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR UN ACCIDENTE VASCULAR AGUDO

J.A. ARROYO DÍAZ (1), L. MATAS PERICAS (1), M.T. BENET GUSTA (1), M.J. SOLÉ (1),
P. PONTE (1), A. ROCA-CUSACHS (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: FACTORES DE RIESGO, ACCIDENTE VASCULAR AGUDO, HIPERTENSIÓN, DIABETES, DISLIPEMIA, OBESIDAD, TABAQUISMO

RESUMEN:

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte prematura en Europa y causa un gran número de pérdida de años de vida por discapacidad.

El objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia los factores de riesgos clásicos en los pacientes que acudieron a urgencias de nuestro hospital por un accidente vascular agudo: -síndrome coronario agudo (SCA), accidente vascular cerebral (AVC) y enfermedad vascular periférica entre enero del 2009 y Diciembre del 2011.

RESULTADOS:

Hemos analizados 3634 pacientes (que ingresaron por un accidentes vascular agudo: 1634 por SCA (%) 1409 AVC (%) , 526 de EVP (%). Los factores de riesgo que presentaron los diferentes eventos vasculares fueron:

	SCA	AVC	EVP
HTA	1137(69,6%)	983(69,8%)	409(77,8%)
Diabetes	636(38,9%)	396(28,1%)	266(50,6%)
Dislipèmia	973(59,6%)	566(40,2%)	236(45,0%)
Obesidad	235(17,7%)	78(6,8%)	14(3,1%)
Tabaquismo	452(28,2%)	258(19,3%)	110(22,5%)

Conclusiones.

El SCA fue el evento vascular más prevalente en nuestro hospital

Los pacientes que ingresaron por un evento vascular periférico presentaron una prevalencia de hipertensión más elevada que los grupos de SCA y AVC en los que se presentó en una proporción parecida.

La hipertensión fue el factor de riesgo clásico más prevalente en los tres grupos de eventos vasculares.

La Diabetes mellitus fue el factor de riesgo más prevalente en la enfermedad vascular periférica.

La dislipemia fue el factor de riesgo más frecuente en los SCA con respecto a los otros eventos vasculares.

El tabaquismo fue el más prevalente en los SCA, en segundo lugar en los EVP y por último en los AVC

Obesidad fue el más prevalente en los SCA y mucho menos prevalente en la EVP.

PÓSTER Nº 102

¿SE CONTROLA ADECUADAMENTE LA DISLIPEMIA EN LOS PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS?

E. RUBIO GIL (1), M. MARTINEZ NAVARRO (2), A. MARTINEZ PASTOR (3), M. LEAL HERNANDEZ (4), A. MARTINEZ NAVARRO (5), J. ABELLAN ALEMAN (4), J. SOLDADO RODRIGUEZ (6), J.J. LOPEZ PICAZO (7)

(1) HOSPITAL LORENZO GUIRAO DE CIEZA (MURCIA), (2) GERENCIA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE MURCIA. MURCIA, (3) CIEZAUNIDAD DOCENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE MURCIA ESTE - MURCIA OESTE. MURCIA, (4) CATEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE MURCIA. MURCIA, (5) CENTRO DE SALUD DE SAN ANDRES. MURCIA, (6) CENTRO DE SALUD DE TORRELODONES. MADRID, (7) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CONTROL, DISLIPEMIA

RESUMEN:

Propósito del estudio:

Conocer el grado de control del perfil lipídico en los pacientes que han sufrido un ictus, y son atendidos en Atención Primaria, de acuerdo a las recomendaciones establecidas en las guías de nuestro entorno sobre prevención secundaria del ictus.

Métodos usados:

Desde enero del 2003 a diciembre del 2007, se identificaron, a través del registro de la historia clínica informatizada de atención primaria (OMI-AP) todos los pacientes que habían sobrevivido a un ictus y eran seguidos en Atención Primaria de la Región de Murcia. Se selecciona aleatoriamente una muestra de 404 pacientes con ictus, y se analizan las siguientes variables: episodio abierto de dislipemia, niveles de colesterol total, LDL-colesterol y HDL-colesterol, así como el tratamiento hipolipemiante que estaban siguiendo. Los hallazgos encontrados se compararon con las recomendaciones de control adecuado de la dislipemia.

Resultados:

En la historia clínica informatizada del programa OMI-AP el registro del episodio de dislipemia aparece en 144 pacientes (35.64%). Si añadimos los que no tienen episodio abierto pero presentan una LDL >130, observamos que la dislipemia está presente en un 18% más de pacientes con ictus, lo que representa un total de 53.64% de pacientes con dislipemia. Con relación al registro de las distintas lipoproteínas que intervienen en el diagnóstico del fenotipo de la dislipemia, observamos que el colesterol total está registrado en el 85%, las HDL-colesterol en el 63%, y los niveles de LDL-colesterol en el 59%. En el análisis del grado de control de la dislipemia, y siguiendo las cifras objetivas recomendadas en las guías europeas para pacientes de muy alto riesgo vascular, observamos que alcanzan el objetivo de LDL-colesterol <80 mg/dl el 21% de los pacientes. Esta frecuencia asciende al 41.84% cuando establecemos el objetivo de LDL-colesterol por debajo de 100 mg/dl. La media de colesterol total en los pacientes con ictus es de 185±44 mg/dl, la de HDL-colesterol 51 ± 17 mg/dl, y la de la LDL-colesterol de 112 ±47.29 mg/dl. No se han encontrado diferencias en las medias de colesterol, LDL entre sexos, excepto para las HDL-colesterol (cifras más elevadas en la mujer). La frecuencia de

pacientes en tratamiento hipolipemiante es del 32.67%, siendo las estatinas el grupo más usado, y entre ellas la más utilizada es la atorvastatina.

Conclusiones:

A pesar de que las guías manifiestan la necesidad de indicación de estatinas a los pacientes que han sufrido un ictus, se observa que, en nuestro medio, solo un tercio llevan estatinas. El grado de control de las LDL-colesterol en los pacientes que sufrieron un ictus es manifiestamente mejorable. Probablemente el fenómeno de inercia clínica influya en el seguimiento inadecuado de las recomendaciones establecidas en las guías de prevención secundaria del ictus, y se controlen insuficientemente los niveles lipídicos en estos pacientes. Debemos insistir en la difusión de las recomendaciones de prevención secundaria del ictus en los profesionales de Atención Primaria.

PÓSTER Nº 103

PAPEL DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN EL CONTROL DE LA HTA EN OPINIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO FARMAPRES CV

V. GINER (1), V. PALLARES (2), I. BONIG (3), J. TAMARIT (4), B. ROIG (5), F. VALLS (6), M. REIG (1), M. ADELL (7), J. CANTERO (8), L. CALDUCH (9)

(1) HOSPITAL VERGE DELS LLIRIS. ALCOY, (2) UNION DE MUTUAS. CASTELLON,
(3) HOSPITAL DE VINAROS. VINAROS, (4) HOSPITAL DR PESET. VALENCIA, (5) HOSPITAL DE MANISES.
VALENCIA, (6) CS BENIGANIM. VALENCIA, (7) GRUPO AP COFCS. CASTELLON,
(8) DEPARTAMENTO SALUD DR PESET. VALENCIA, (9) CS GRO DE CASTELLON. CASTELLON

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ATENCION PRIMARIA, FARMACIA , HIPERTENSION ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo: Conocer la percepción que del papel de las Oficinas de Farmacia (OF) en el manejo de la HTA tienen los profesionales de los Centros de Salud (CS).

Metodología: Dentro del proyecto FARMAPRES-CV, durante 2012 se ha remitido a médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr Peset (Valencia), una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados: Han participado 210 profesionales (Valencia: 130, Alicante: 50, Castellón: 30), 144 Med y 66 Enf, con un media de 19 ± 11 años de experiencia profesional (20 ± 9 y 18 ± 13 para Med y Enf respectivamente; $p=0,349$). Las principales de las 21 respuestas dadas a la pregunta ¿Cuál cree que es el papel de las OF en el control de la PA? fueron: 26,2% "Ayuda coordinada con los CS", 17,1% "Ninguno", 13,3% "Detección de HTA mal controlada", y 9,5% "Detección de nuevos casos de HTA". El 82,8% refiere como ventajas de la toma de la PA en las OF diversas combinaciones de "Accesibilidad, flexibilidad horaria y menor Bata Blanca" (22,4% "Flexibilidad horaria", 18,1% "Accesibilidad", 16,7% "Menor BB"). Un 3 y un 2,9% opina que "No aportan nada" o que "Se da por supuesto que participan en el control de la HTA", mientras un 2% refiere "Menor coste" frente al 0,5% que opina lo contrario. Más de un tercio de encuestados opina que las OF no cumplen su papel a causa de: "Medición incorrecta de la PA" (21,1%), "Desconocimiento de la HTA" (18,3%), "Alarman a los pacientes" (9,9%) y "Ausencia de coordinación con el CS" (7,0%). No hubo diferencias en las respuestas a la primera pregunta entre Med y Enf (Med: "Ayuda coordinada con los CS" (25%), "Ninguna" (17,5%) y "Detección de HTA no controlada" (11,8%). Enf: "Consejos no farmacológicos y detección de picos hipertensivos" (28,8%), siendo las segunda y tercera respuestas iguales (16,7% ambas) a las de los Med). Menor diferencia hubo sobre qué aportan las OF: "Mayor flexibilidad horaria" (20,1%), "Mayor accesibilidad" (17,4%) y "Menor efecto BB" (16,0%) para los Med, pasando a ser las mismas tres las más esgrimidas por Enf, aunque en distinto orden (27,3, 18,2 y 19,7%), nuevamente sin diferencias significativas ($p=0,078$). Los Med que opinan que las OF no cumplen su función creen que es por "Método incorrecto de medición" (25,0%), "Desconocimiento de la HTA" (16,1%) y "Alarman al paciente" (12,5%), mientras para Enf destaca "Alarman al paciente" (26,7%) ($p=0,072$).

Conclusión: Si bien se reconoce que las OF podrían ofrecer mayor accesibilidad, flexibilidad y menor efecto de BB, la impresión general, tanto de Med como de Enf, es negativa, mayoritariamente al no atribuírsele función alguna en el control de la HTA y, sobre todo, al plantear déficits formativos.

PÓSTER Nº 104

FIABILIDAD DE LAS DETERMINACIONES DE PRESIÓN ARTERIAL REALIZADAS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA COMUNITARIAS PERCIBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA. PROYECTO FARMAPRES CV

I. BONIG (1), V. GINER (2), J. TAMARIT (3), B. ROIG (4), V. PALLARES (5), M. REIG (1), J. CASANOVA (6), L. CALDUCH (7), J. BALLESTER (8), J. CANTERO (9)

(1) HOSPITAL DE VINAROS. CASTELLON, (2) HOSPITAL DE ALCOY. ALICANTE, (3) HOSPITAL DR PESET. VALENCIA, (4) HOSPITAL MANISES. VALENCIA, (5) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (6) DIRECCION AP DEPARTAMENTO MANISES. VALENCIA, (7) CS GRAO DE CASTELLON. CASTELLON, (8) CS BENICARLO. CASTELLON, (9) DIRECCION AP DEPARTAMENTO DR PESET. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ATENCION PRIMARIA, FARMACIA COMUNITARIA, HIPERTENSION ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo: Conocer la opinión que sobre la fiabilidad de las mediciones de PA realizadas en las Oficinas de Farmacia Comunitarias (OFc) de su entorno tienen los médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de Salud (CS).

Metodología: Dentro del proyecto FARMAPRES-CV, durante 2012 se ha remitido a médicos y enfermeros/as de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr Peset (Valencia), una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados: Han respondido 210 profesionales (62% Valencia, 24% Alicante, 14% Castellón): 144 Med y 66 Enf con una media de 19±11 años de experiencia profesional. Un 52,9% de encuestados cree que las determinaciones de PA en las OF son fiables. Un 1,0 %, piensa que son "Tan poco fiables como en los CS", y un 1,9% "No lo sabe". La valoración positiva fue más frecuente entre Enf (60,6 vs. 49,3 %; p=0,569). Los encuestados a quienes la PA medida en las OF no les parecía fiable (n=91) afirmaron como motivos los siguientes: "Inadecuada metodología" (23,1 %), "Sobrevaloración de cifras" y "Condiciones ambientales y posturales inadecuadas" (ambas 13,2%), y "Toma única" (11,0%). Los Med adujeron como razones "Inadecuada metodología de la medición" (13,9 %), "Sobrevaloración de cifras" (7,6 %), y "Toma única" (6,9%), mientras los Enf indicaron "Condiciones ambientales y posturales inadecuadas" (7,6%), "Toma única" y "Sobrevaloración de cifras", ambas presentes en un 3,0%. Las respuestas fueron más diversificadas entre Enf, y al comparar entre colectivos no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas (p=0,074). El 48,1% de profesionales afirmaba conocer cómo se toma la PA en las OF de su entorno, conocimiento algo mayor entre Enf (54,5 vs. 45,1%, p=0,376).

Conclusión: A pesar del elevado grado de desconocimiento entre los profesionales de los CS sobre la forma en que la PA es medida en las OF, es unánime la pobre valoración de la fiabilidad que se les otorga a las mismas, siendo las principales críticas la referida a los fallos metodológicos. Programas de formación conjunta pueden inferir de forma positiva para mejorar esta situación.

PÓSTER Nº 105

UTILIZACIÓN DE LAS OFICINAS DE FARMACIA COMUNITARIA POR LOS CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL CONTROL DE LA HTA. PROYECTO FARMAPRES CV

J. TAMARIT (1), V. GINER (2), B. ROIG (3), V. PALLARES (4), I. BONIG (5), M. REIG (2), J. CANTERO (6), J. CASANOVA (7), M. ADELL (8), J. BALLESTER (9)

(1) HOSPITAL DR PESET. VALENCIA, (2) HOSPITAL DE ALCOY. ALICANTE, (3) HOSPITAL DE MANISES. VALENCIA, (4) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (5) HOSPITAL DE VINAROS. CASTELLON, (6) DIRECCION AP DEPARTAMENTO DR PESET. VALENCIA, (7) DIRECCION AP DEPARTAMENTO MANISES. VALENCIA, (8) COORDINADOR GRUPO AP COFCS. CASTELLON, (9) CS BENICARLO. CASTELLON

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ATENCION PRIMARIA, FARMACIA COMUNITARIA, HIPERTENSION ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo: Conocer el uso que los médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de Salud (CS) hacen de las Oficinas de Farmacia (OF) para el control de la HTA.

Metodología: Dentro del proyecto FARMAPRES-CV, durante 2012 se ha remitido a médicos y enfermeros/as de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr Peset en Valencia, una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados: Se ha obtenido la respuesta de 210 profesionales (Valencia: 130, Alicante: 50, Castellón: 30), 144 Med y 66 Enf, con una media de 19±11 años de experiencia profesional. A la pregunta ¿Remite Ud. a sus pacientes a las OF para medición de la PA? las respuestas del total de la muestra fueron: 26,7 % "Nunca", 24,3 % "Casi nunca", 38,1% "A veces", 7,6% "Frecuentemente", 1,4% "Casi siempre" y 0,0% "Siempre". Sin llegar a la significación estadística ($p=0,593$), fueron más los Med que respondieron "Nunca" (31,8% vs. 24,3%), y más los Enf que respondieron "Frecuentemente" (9,7% vs. 3,0%). Si consideramos como que "remiten a las OF" a aquellos encuestados que respondieron "A veces", "Frecuentemente" y "Casi siempre", no observamos diferencias al considerar provincia, colectivo profesional, género o años de experiencia profesional al compara con aquellos que "no remiten" ("Nunca" más "Casi nunca"). No existe un perfil definitorio de los pacientes que desde el CS se remiten a la OFc para medición de la PA. Un 53,8% de encuestados remitiría sus pacientes a las OFc para realización de registros MAPA, siendo de forma significativa ($p=0,007$) más los Med que lo harían (61,1% vs. 37,9%). Los motivos por los cuales no remitirían a las OF para la obtención de una MAPA son: 27,8% "La toma de PA debe ser en un CS u hospital", 15,6% "Las OF no tienen formación", y 3,3% "Las OF carecen de medios informáticos". No hubo diferencias al considerar el colectivo de Enf respecto de Med.

Conclusión: Son pocos los profesionales sanitarios de Atención Primaria que utilizan o consideran a las OFc para el manejo de sus pacientes hipertensos. Esta actitud negativa se centra fundamentalmente en los aspectos metodológicos de la medición, es mayor entre médicos y extensible a la MAPA. La formación se convierte en un elemento importante para la mejora y optimización de los recursos en salud de los que disponemos.

PÓSTER Nº 106

IMPACTO POTENCIAL DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS OFICINAS DE FARMACIA COMUNITARIAS. PROYECTO FARMAPRES CV

B. ROIG (1), V. GINER (2), I. BONIG (3), V. PALLARES (4), J. TAMARIT (5), F. VALLS (6), M. REIG (2),
M. ADELL (7), L. CALDUCH (8), J. CASANOVA (9)

(1) HOSPITAL DE MANISES. VALENCIA, (2) HOSPITAL DE ALCOY. ALICANTE, (3) HOSPITAL DE VINAROS.
CASTELLON, (4) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (5) HOSPITAL DR PESET. VALENCIA,
(6) CS BENIGANIM. VALENCIA, (7) COORDINADOR GRUPO ATENCION FARMACEUTICA COFCS.
CASTELLON, (8) CS GRAO DE CASTELLON. CASTELLON, (9) DIRECCION ATENCION PRIMARIA
DEPARTAMENTO MANISES. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: ATENCION PRIMARIA, FARMACIA COMUNITARIA, HIPERTENSION ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo: Conocer la opinión que sobre la fiabilidad de las remisiones hechas desde las Oficinas de Farmacia Comunitarias (OFc) de su entorno tienen los médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de Salud (CS), y el potencial de un programa formativo.

Metodología: Durante 2012 se ha remitido a médicos y enfermeros/as de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr Peset en Valencia, una encuesta con 12 cuestiones. Se trata de una primera oleada de encuestas del Proyecto FARMAPRES CV paralelo con otra semejante entre las OFc.

Resultados: Se obtuvo la respuesta de 210 profesionales (Valencia: 130, Alicante: 50, Castellón: 30), 144 Med y 66 Enf, con un media de 19 ± 11 años de experiencia profesional (20 ± 9 y 18 ± 13 para Med y Enf respectivamente; $p=0,349$). Para el período 2007-2011 hubo $139,0 \pm 7,9$ pacientes/año que consultaron al Servicio de Urgencias (SUH) del Hospital de Alcoy, de ellos ingresaron $6,0 \pm 4,2$ pacientes al año, procediendo $58,4 \pm 6,2$ de los CS, lo que permite estimar en un 35-40% los pacientes remitidos desde las OFc. Los profesionales de AP encuestados estimaron en (mediana e intervalo) 4 (40) el número de remisiones que reciben mensualmente de HTA mal controlados remitidos desde las OF, sin apreciarse diferencias ($p=0,437$) en las estimaciones de Med ($3,8 \pm 4,9$ remisiones/mes) y Enf ($3,2 \pm 4,5$ remisiones/mes), ni tampoco al considerar género, provincia o años de experiencia laboral. En opinión de la totalidad de encuestados son un 53,3 % los hipertensos correctamente remitidos, porcentaje algo mayor entre Enf respecto a Med (57,6% VS. 51,4%; $p=0,357$). La diferencia según provincia alcanzó la significación estadística (40% Castellón, 52,3% Valencia, 64% Alicante; $p=0,010$), pero no así al considerar género o experiencia profesional. Los motivos principales por los que se consideran inadecuadas las remisiones son: "Se remiten elevaciones tensionales puntuales" (25%), "Alarmismo" (21,7%), y "Metodología inadecuada" (14,1%).

Conclusión: La calidad de las remisiones por HTA a los CS son valoradas negativamente por los profesionales de dichos centros. Los datos del SUH de Alcoy apuntan a similares porcentajes en el resto de departamentos. El que el 40% de derivaciones al SUH no sean desde los CS y que la mayor razón

para la inadecuada derivación sea una incorrecta metodología apuntan a la utilidad de medidas formativas.

PÓSTER Nº 107

CONCORDANCIA Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA. ESTUDIO DERIVA

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

(1) C.S. ESPRONCEDA. MADRID, (2) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID,
(3) HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID, (4) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, DERIVACIÓN, INTERCONSULTA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y el grado de concordancia entre la causa de la derivación desde el MAP y la confirmación de la sospecha diagnóstica por parte del médico de AE.

Métodos usados: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico Hospitales y Centros de Especialidades de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 178 investigadores y 1769 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 excluyeron pacientes provenientes de urgencia Hospitalaria o de distinto origen a AP. Las causas de derivación del paciente hipertenso se agruparon para su análisis siguiendo las directrices para derivación del Consenso SEHLELHA 2008.

Resultados: la muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a hospitales (80.4%), y centros de atención especializada ambulatoria (19,6%). El 10,4% de unidades específicas de HTA (10.4%). La edad media de los pacientes es de 62.4±13.6 años, rango de 18 a 99 años, 55% varones. Las diferencias entre las causas de derivación y sospecha diagnóstica del MAP y la opinión del SE ME recogen en la siguiente tabla

<i>Causas de derivación/ sospecha diagnóstica.</i>	<i>Causa derivación al</i>		<i>Diagnóstico del</i>		<i>p</i>
	<i>Causa de derivación</i>		<i>especialista.</i>		
	N(%)	IC95%	N(%)	IC95%	
Sospecha de HTA Secundaria	668(37,8)	35.5-40.1	260(14.7)	13.1-16.4	<0.001
Necesidad de tratamiento urgente (HTA acelerada/severa)	210(11,9)	10.4-13.4	67(3.8)	2.9-4.7	<0.001
HTA con alteración de función renal. (Elevación de Cr. o descenso de FG).	136(7,7)	6.5-8.9	231(13.1)	11.5-14.7	<0.001
Albuminuria o proteinuria	71(4.0)	3.1-4.9	59(3.3)	2.5-4.1	0.207
HTA en embarazo	20(1.1)	0.6-1.6	15(0.8)	0.4-1.2	0.125

Sospecha de HTA refractaria	276(15.6)	13.9-17.3	210(11.9)	10.4-13.4	<0.001
------------------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	--------

Cr; Creatinina, FG: Filtrado glomerular. p

Conclusión: Se observan variaciones significativas a expensas fundamentalmente de una sobreestimación del MAP en la sospecha de HTA secundaria y situaciones de refractariedad, esta última es de notable interés para estudios posteriores que analicen las causas de dicha sobrestimación y el desarrollo de acciones para mejorar el manejo de esta situación en AP.

PÓSTER Nº 108

DIFERENCIAS EN DESPISTAJE DE FRCV Y LOD ENTRE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALISTAS EN HIPERTENSIÓN EN EL PROCESO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS: ESTUDIO DERIVA

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

(1) HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID, (2) C.S. ESPRONCEDA. MADRID,
(3) HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID, (4) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, DERIVACIÓN, INTERCONSULTA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Describir el perfil del paciente hipertenso remitido por médicos de Atención (MAP) en España al ámbito especializado (AE) y las diferencias en el despistaje de FRCV y presencia de lesión de órgano diana (LOD) entre el MAP y médicos especialistas en HTA en los pacientes derivados desde Atención Primaria.

Métodos usados: Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo y multicéntrico Hospitales y Centros de Especialidades de todo el territorio nacional. La muestra se distribuyó uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Se incluyeron 178 investigadores y 1769 pacientes derivados. Se realizó muestreo aleatorio consecutivo. Se recogieron razones de derivación desde AP, y datos clínicos previos y posteriores al estudio inicial en la consulta del especialista.

Resultados: la muestra estudiada recoge datos de pacientes derivados a hospitales (80.4%), y centros de atención especializada ambulatoria (19,6%). El 10,4% de unidades específicas de HTA (10.4%). La edad media de los pacientes es de 62.4±13.6 años, rango de 18 a 99 años, 55% varones. Las diferencias en la valoración de FRCV asociados y la presencia de LOD en ambos niveles asistenciales se recogen en la siguiente tabla

	MAP. N(%)	ME=N(%)
FRCV		
Dislipemia	895(50,6)	968(54,7)
DM	517(29,2)	547(30,9)
ECV	492(27,8)	554(31,3)
Enfermedad renal	315(17,8)	409(23,1)
LOD		
HVI-ECG	471(26,6)	762(43,1)**
HVI-ecocardiograma	234(13,2)	738(41,7)**
Microalbuminuria	361(20,4)	534(30,2)**
Incremento de creatinina	357(20,2)	453(25,6)**

Descenso FG	262(14,8)	370(20,9)**
ITB < 0,9	60(3,4)	147(8,3)*
Placa de ateroma	32(1,8)	103(5,8)*
Onda de puso > 12	16(0,9)	42(2,4)
Retinopatía diabética*	58(3,3)	145(8,2)*
LOD al menos 1	856(48,4)	1123(63,5)**

MAP, médico de AP. ME, médico especialista. cardiovascular. DM, diabetes mellitus. ECV, enfermedad cardiovascular. HVI, hipertrofia ventricular izquierda. FG, filtrado glomerular. ITB, índice tobillo-brazo.
*p

Conclusión: Se aprecia una notable infraestimación tanto de FRCV como LOD entre ambos niveles asistenciales, reseñando la infraestimación producida en aspectos cruciales del manejo del paciente hipertenso como la evaluación de la función renal o la retinopatía del paciente hipertenso diabético desde AP.

PÓSTER Nº 109

PROGRAMA INTEGRAL DE EVALUACIÓN CARDIOVASCULAR EN EL DEPORTISTA JOVEN ASINTOMÁTICO

J.A. GARCÍA DONAIRE (1), M. ABAD CARDIEL (2), N. MARTELL CLAROS (2)

(1) FUNDACIÓN DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID,

(2) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: EPIDEMIOLOGÍA

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, DEPORTISTAS, PREVENCIÓN

RESUMEN:

Introducción. La educación sanitaria y la detección precoz de patología cardiovascular (CV) oculta son herramientas eficaces para la prevención del desarrollo de enfermedades de origen CV en la población general, siendo más relevante en aquellos que someten al organismo a esfuerzos frecuentes, como los deportistas.

Objetivos. Educar a una población asintomática en prevención de factores de riesgo CV y detectar precozmente posibles factores CV en desarrollo en dicha población.

Métodos. El programa integral de educación y detección precoz de patología CV en el deportista asintomático se desarrolló en 2 fases: 1) educacional para deportistas, padres y monitores asistiendo a charlas de formación en factores de riesgo CV y consejos para detectar síntomas de gravedad CV durante la realización de ejercicio físico y 2) asistencial, con la realización de una analítica completa de sangre y orina (hemograma, iones, perfil renal, lipídico y hepático, glucosa, Hb1AC, ácido úrico, sedimento urinario, microalbuminuria), MAPA de 24h, índice tobillo-brazo, Bioimpedanciometría, ECG y fondo de ojo. Se incluyeron 25 deportistas asintomáticos del club deportivo Rayo Majadahonda.

Resultados. La media de edad fue de 21,2 años (3,4), todos varones, con IMC 22,3 (2,3). Se detecta un caso de Hipertensión arterial y un caso de HTA en período de actividad de MAPA. El 47% presentan reacción de alerta/Fenómeno de bata blanca y 15% de los pacientes es non-dipper. Asimismo, se observó 1 caso de hipertrigliceridemia, 4 casos de hiperuricemia, 1 caso de enfermedad renal crónica estadio 1, 1 caso de dislipemia tipo LDL-c elevado y 1 caso de hipertransaminasemia. En el estudio vascular no se detectan alteraciones de asimetría de pulsos, diferencia significativa entre presión arterial de MMSS y MMII mientras que se describió un caso de HVI y 2 casos de extrasistolia auricular en el ECG. No se detectaron alteraciones en el estudio del fondo de ojo. En la Bioimpedanciometría se observaron alteraciones relevantes en el estado de hidratación del 40% de los individuos estudiados y asimetría en los porcentajes de compartimentos graso, muscular y de hidratación en el 60% de los pacientes.

Conclusiones. Se observan factores de riesgo CV ocultos en el 44% de una población de deportistas sanos que someten a su organismo a un esfuerzo periódico. El nivel de hidratación global es subóptimo. Se deben implementar programas integrales de educación y detección precoz junto a un seguimiento de las alteraciones detectadas.

SEH 18^a Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

**Medida de presión arterial:
MAPA, AMPA, presión arterial
central y presión de pulso**

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 110

UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) EN LA IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO (SAHS)

G. TORRES CORTADA (1), M. MARTINEZ ALONSO (2), M. SANCHEZ DE LA TORRE (2), C. JORGE TUFET (1), O. SACRISTÁN GARCÍA (1), J. CABAU RUBIES (1), F. BARBÉ ILLA (2)

(1) HOSPITAL DE SANTA MARÍA. LLEIDA, (2) IRB. . LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, SAHS, IAH

RESUMEN:

Introducción: Son necesarias herramientas simples que ayuden a identificar a los pacientes con SAHS en la consulta de riesgo cardiovascular. La MAPA podría ser útil.

Objetivo: Definir los parámetros de la MAPA, Análisis de sangre (AS) y variables antropométricas que podrían utilizarse para la detección de SAHS severo en roncadores hipertensos no tratados.

Diseño: Estudio prospectivo que incluye 105 pacientes consecutivos hipertensos de nuevo diagnóstico reclutados en primaria y unidad de riesgo cardiovascular, no tratados y roncadores.

Se les realiza:

1-**Historia clínica:** incluyendo edad, sexo, presión arterial (PA), IMC, circunferencia de cuello y abdominal, valor de Escala Somnolencia de Epworth.

2-**AS:** Hemograma, glucemia, colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos.

3-**MAPA:** registrando variables relacionadas con patrón circadiano, presiones diurna y nocturna, frecuencia cardíaca y sus variaciones.

4-**Poliografía:** realizada en los 7 días posteriores a la MAPA.

Se utiliza un modelo de regresión logística multivariante para la identificación de las variables cualitativas y cuantitativas relacionadas con un índice de apnea-hipopnea (IAH) ≥ 15 . La razón de verosimilitud (Likelihood Ratio) se utiliza para decidir su inclusión en caso de una contribución significativa.

Resultados: De todas las variables clínico-analíticas, las que contribuyen significativamente a identificar a estos pacientes, son sexo y obesidad, definida como presencia simultánea de IMC ≥ 30 y obesidad abdominal (cintura > 88 cm en mujeres y > 102 cm en hombres). Con estas se consigue un modelo con un área bajo la curva (AUC) de 0.617.

Al incorporar la MAPA, la PA media diurna, la frecuencia cardíaca media nocturna y la PA diastólica valle nocturna son las variables que contribuyen de forma significativa al modelo anterior, permitiendo un incremento de la AUC hasta 0,804.

Conclusiones: Las variables de la MAPA permiten una mejor identificación de pacientes con un IAH ≥ 15 que la obtenida utilizando únicamente variables clínico-analíticas, pudiendo ser útil para detectar SAHS severo en hipertensos roncadores no tratados.

PÓSTER Nº 112

MEDICION DE LA PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ENMASCARADA Y CLÍNICA AISLADA

J. SOBRINO MARTINEZ (1), M. DOMENECH FERIA-CAROT (1), E. VINYOLÉS BARGALLO (1), M. CAMAFORT BABKOWSKI (1), F. GAMAZO CHILLON (1), F.J. GUERRERO CAMACHO (1), J. RUEDA SORIANO (1), J.M. MARAVER DELGADO (1), A. VICENTE CASANOVA (1), A. COCA PAYERAS (1)

(1) EN REPRESENTACION DE LOS INVESTIGADORES DEL GRUPO. ESTHEN

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HTA ENMASCARADA, MEDIDA PA CLINICA, HTA CLINICA AISLADA

RESUMEN:

Objetivo. Analizar que número de determinaciones de la presión arterial (PA) clínica se correlaciona mejor con la PA ambulatoria.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal, multicéntrico, con muestreo de conveniencia de hipertensos en tratamiento farmacológico visitados en unidades de hipertensión. Determinación, tras reposo previo de 5 minutos, de 6 lecturas de PA clínica, separadas cada una de ellas por 1 minuto, realización de una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas y de una analítica. Se compararon las medias de las primeras 2 determinaciones (P2), de las primeras 3 determinaciones (P3), de las 6 determinaciones de la PA clínica (T6) y de las 3 últimas determinaciones (U3), con la media de la PA diurna obtenida por MAPA. Se definió como HTA enmascarada (HTAE) si la media de la PA clínica <140 y 90 mmHg y la media de la PA diurna por MAPA \geq 135 o 85 mmHg y como HTA clínica aislada (HCA) si la PA clínica \geq 140 o 90 mmHg y la media de PA diurna por MAPA < 135 y 85 mmHg.

Resultados. Inclusión de 498 hipertensos, con una edad media (DE) de 60 (13) años, el 41,4% eran mujeres, con índice de masa corporal de 29,1 (4,4) kg/m², el 12,2% fumadores, diabetes mellitas en el 26% (n=130), enfermedad cardiovascular previa el 29.3%. Las medias de la PA clínica fueron: P2 142/82,7 mmHg, P3 141/82,2 mmHg, T6 138,9/81,1 mmHg y U3 136,8/80 mmHg siendo la media de la PA diurna de la MAPA de 131/77,9 mmHg y su coeficiente de correlación tanto para la PAS como para la PAD fue en orden ascendente P2 0,47/0,49; P3 0,48/0,51; T6 0,50/0,54 y U3 0,51/0,56 (p < 0,001). La prevalencia de control de la HTA por PA clínica fue para la P2 43,17%, P3 43,98%, T6 51,61% y para U3 55,22%. La mayor prevalencia de HTAE "falso negativo" y menor de HCA "falso positivo" se dio también en la media de las 3 últimas PA clínicas, del 15,06% y 17,47% respectivamente, mostrando la mayor concordancia diagnóstica de las 4 posibilidades con un 67,49% (kappa 0,34).

Conclusiones: Un mayor número de determinaciones de la PA clínica condiciona mayor prevalencia de HTAE y menor de HCA en los sujetos hipertensos tratados, mostrando por tanto un control real de la HTA más fiable. Despreciar las primeras determinaciones de la PA clínica y realizar la media de las últimas parece la metodología más fidedigna para la toma de decisiones si solo se utiliza la PA clínica.

PÓSTER Nº 113

AFECTACIÓN RENAL, PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y AMBULATORIA. ESTUDIO ESTHEN 4

E. VINYOLES (1), J. SOBRINO (2), M. DOMENECH (3), M. CAMAFORT (3), J.B. MONTAGUD (4),
L.M. CUADRADO (5), M. BAQUERO (6), J. SABAN (7), A. HERMIDA (8), A. COCA (3)

(1) CAP LA MINA. SANT ADRIÀ DE BESÒS. , (2) HOSPITAL ESPERIT SANT. SANTA COLOMA DE
GRAMANET. , (3) HOSPITAL CLÍNIC. BARCELONA., (4) HOSPITAL FRANCESC BORJA. GANDIA,
(5) HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS. MADRID, (6) HOSPITAL PROVINCIAL. TOLEDO,
(7) HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID, (8) HOSPITAL DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN AMBULATORIA, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, HIPERTENSIÓN
ENMASCARADA

RESUMEN:

Propósito del estudio. Evaluar la afectación renal (AR) en hipertensos según sus valores de presión arterial (PA) clínica y ambulatoria.

Métodos usados. Estudio observacional, transversal, multicéntrico, en Unidades de Hipertensión. Muestreo a conveniencia de hipertensos en tratamiento farmacológico.

Se determinaron 6 lecturas de PA clínica, en condiciones basales, y se realizó una MAPA de 24 horas y una analítica. Clasificación en hipertensos sostenidos (HS: PA clínica \geq 140/90 mmHg; PA diurna \geq 135/85 mmHg), hipertensos de bata blanca (HBB: PA clínica \geq 140/90 mmHg; PA diurna $<$ 135/85 mmHg), hipertensos bien controlados (HC: PA clínica $<$ 140/90 mmHg; PA diurna $<$ 135/85 mmHg), hipertensos enmascarados (HE: PA clínica $<$ 140/90 mmHg; PA diurna \geq 135/85 mmHg). Se definió AR: creatinina (hombres, $>$ 1,3 mg / dl; mujeres, $>$ 1,2 mg / dl) o filtrado glomerular (FG) estimado $<$ 60 ml/min/1,73 m² o cociente albúmina-creatinina \geq 22 (hombres) o \geq 31 (mujeres) mg/g de creatinina. Estadística descriptiva, Ji-cuadrado y análisis de la varianza.

Resultados. Inclusión de 498 hipertensos, media (DE) 60 (13) años, 41,4% mujeres, índice de masa corporal 29,1 (4,4) kg/m², 12,2% fumadores, diabetes 26% (n = 130), enfermedad cardiovascular 29.3%, PA clínica 136 (16) / 80 (10) mmHg. Un total de 75 pacientes (18,3%) presentaban AR. Las prevalencias de HS, HBB, HC y HE eran 27,3%, 17,5%, 40,2% y 15,1%, respectivamente. La prevalencia de AR era de 20,9%, 18,9%, 18,2% y 13,6%, respectivamente (p = 0,70), el FG era de 87,2 (29,6) ml/min, 87.5 (23,4) ml/min, 86,7 (24,8) ml/min y 89,2 (25,8) ml/min, respectivamente (p = 0,9) y la excreción urinaria de albúmina era de 156,9 (610,2) mg/g, 26.1 (68,6) mg/g, 34,3 (148,4) mg/g y 184,1 (692,8) mg/g , respectivamente (p = 0,02). Entre los 4 grupos no había diferencias significativas en cuanto al resto de variables, excepto por los triglicéridos, más elevados en los de HS (p = 0,02).

Conclusiones. Los HE presentan valores de excreción urinaria de albúmina significativamente más elevados, incluso superiores a los HS. Una infradetección precoz de HE, con un mal control de PA ambulatoria de larga evolución, podría ser la explicación.

PÓSTER Nº 114

AFECTACIÓN CARDIACA EN EL HIPERTENSO SEGÚN LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y AMBULATORIA. ESTUDIO ESTHEN 4

M. CAMAFORT BABKOWSKI (01), J. SOBRINO MARTINEZ (02), M. DOMÉNECH FERIA-CAROT (01),
E. VINYOLÉS BARGALLÓ (03), G. FERNÁNDEZ FRESNEDO (04), S. SÚAREZ ORTEGA (05),
E.M. RODRÍGUEZ GÓMEZ (06), J. CALLS GINESTA (07), J.C. RODRÍGUEZ GARCÍA (08),
A. COCA PAYERAS (01)

- (1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HOSPITAL CLINIC-IDIBAPS. UNIVERSIDAD DE BARCELONA. BARCELONA,
(2) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HOSPITAL DE L'ESPERIT SANT. SANTA COLOMA DE GRAMENET,
(3) CAP LA MINA. BARCELONA, (4) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HOSPITAL MARQUES DE VALDECILLA.
SANTANDER, (5) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HOSPITAL. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA,
(6) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA,
(7) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HOSPITAL DE MANACOR. MANACOR,
(8) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. PONTEVEDRA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN AMBULATORIA, HIPERTROFIA VENTRICULAR, HIPERTENSIÓN ENMASCARADA

RESUMEN:

Objetivo. Evaluar la afectación cardíaca (AC) en forma de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) determinada por ECG en hipertensos según sus valores de presión arterial (PA) clínica y ambulatoria.

Metodología: Estudio observacional, transversal, multicéntrico en unidades de Hipertensión con muestreo a conveniencia de hipertensos tratados. Se determinaron 6 lecturas de PA clínica, MAPA 24 horas, analítica y electrocardiograma. Clasificación en hipertensos bien controlados (HC: PA clínica

Resultados. Inclusión de 498 hipertensos, media (DE) 60 (13) años, 41,4% mujeres, índice de masa corporal 29,1 (4,4) kg/m², 12,2% fumadores, diabetes 26% (n = 130), enfermedad cardiovascular 29.3%, PA clínica 136 (16) / 80 (10) mmHg. Se dispuso de ECG en 468 (94%) de los 498 pacientes válidos. En un 4,5%(21/ 468) se apreció presencia de HVI moderada, asimismo en un 50.8 % (238/468) se apreció presencia de HVI leve. Las prevalencias de HC, HBB, HE e HS fue del 40,2%, 17,5%, 15,1% y 27,3%, respectivamente. La AC moderada (r en aVL \geq 11 mm) fue de 1.28%, 4.27%, 8.16% y 6.85%, respectivamente (p = 0,065). La AC leve (r en aVL \geq 6 mm) era de 41.03%, 55.56%, 51.02% y 57.33% respectivamente (p=0,021). En cuanto a la media (\pm DE) de voltaje de r en aVL fue de 0.523 mV (\pm 0.03 mV), 0.588mV (\pm 2.79 mV), 0.591 mV (\pm 0.034 mV) y 0.618 mV (\pm 0.033 mV) sin llegar a alcanzar la significación estadística (p=0.055) aunque se apreció una tendencia al incremento de voltaje entre grupos. Entre los 4 grupos no había diferencias significativas en cuanto al resto de variables, excepto por triglicéridos, más elevados en los HS (p=0,02).

Conclusiones: Los hipertensos con buen control clínico y ambulatorio presentan una menor prevalencia de HVI leve que los que presentan mal control ambulatorio y/o clínico, esto se aprecia también en aquellos hipertensos con mal control clínico y buen control ambulatorio. No apreciamos diferencias

entre grupos en relación a HVI moderada. La discordancia entre el control clínico y el control ambulatorio se acompaña de AC leve en el paciente hipertenso tratado.

PÓSTER Nº 115

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y DEL PERFIL CIRCADIANO EN LOS REGISTROS DE MAPA DE UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

J. ARGAYA ORBEGOZO (1), E. CONTRERAS FUENTES (2), J.F. RUBIO FERNANDEZ (3), M. AMENABAR AZURMENDI (4), P. ITURRIOZ PAGOLA (5), A. ALBORS IRURETAGOINA (6), A. ETXEGIA IRIARTE (7), M.J. LOPEZ ARANJUELO (8), M. GARMENDIA BALERDI (9), I. MARTINEZ PUEYO (10)

(1) C S LASARTE. LASARTE, (2) C S LASARTE. LASARTE, (3) C S LASARTE. LASARTE,
(4) C S LASARTE. LASARTE, (5) C S LASARTE. LASARTE, (6) C S LASARTE. LASARTE,
(7) C S AMARA CENTRO. SAN SEBASTIAN, (8) C S LASARTE. LASARTE, (9) C S LASARTE. LASARTE,
(10) C S LASARTE. LASARTE

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, PERFIL CIRCADIANO, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer el motivo de solicitud de MAPA(monitorización ambulatoria de la presión arterial), el riesgo cardiovascular de los pacientes a los que solicitamos registro MAPA y la correlación con perfil circadiano resultante del registro MAPA.

METODO: Estudio descriptivo. Mapas solicitados en consultas de atención primaria de un Centro de Salud de unos 20.000 habitantes en el periodo 2005-2012.

Analizar el motivo del MAPA: eficacia del tratamiento, fenómeno de bata blanca, estudio patrón del circadiano, hipertensión arterial de alto riesgo, hipertensión arterial refractaria, hipertensión arterial límite y hipertensión arterial no tratada.

Valoración riesgo cardiovascular según criterios ESH/ESC 2007. Antecedentes riesgo cardiovascular familiar y personal. Perfil circadiano.

Se utilizó la base de datos del registro de MAPAs del Centro de Salud de Lasarte.Se utilizó un dispositivo validado SPACA LABS 90207.

RESULTADOS: Se incluyeron 850 pacientes (463 hombres y 387 mujeres). La edad media fue 64.28±10.31.La media de años de evolución de la hipertensión arterial es de 5.38 años. El motivo de los MAPAs fue: 30.8% eficacia del tratamiento; bata blanca 20%; estudio del patrón circadiano 33,5%; hipertensión arterial de alto riesgo 0.9%; hipertensión arterial refractaria 4.3%; hipertensión arterial límite 7%; hipertensión arterial no tratada 3.5%. El riesgo cardiovascular fue moderado-alto: 65,3%, riesgo muy alto 19,6% y bajo-muy bajo 15,1%.Con respecto a los antecedentes cardiovasculares: 45,3% cardiopatía isquémica, 34,9% ictus, 14,3% insuficiencia renal, 5,5% insuficiencia cardíaca. El perfil circadiano que presentaban nuestros pacientes era Dipper 44,4%, Non Dipper 38,2%, Riser 9,5% y Extreme Dipper 7,9.

CONCLUSIONES:

El motivo de solicitud de MAPA es el estudio del patrón circadiano en porcentaje mayor, seguido de eficacia de tratamiento o bata blanca.

El riesgo cardiovascular de los pacientes a los que pedimos MAPA es alto con una incidencia alta de eventos cardiovasculares.

El perfil circadiano es Non Dipper es un porcentaje alto.

PÓSTER Nº 116

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

J.D. MEDIAVILLA GARCÍA. (1), F. JAÉN ÁGUILA. (1), N. NAVARRETE NAVARRETE. (1),
C. FERNÁNDEZ TORRES (1), J. JIMÉNEZ ALONSO (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. MEDICINA INTERNA. GRANADA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: ANSIEDAD, HIPERTENSIÓN, RESISTENTE

RESUMEN:

Introducción:

La relación entre el estrés crónico, ataques de pánico, trastorno ansioso depresivo y la Hipertensión Arterial (HTA) no es bien conocido. Se ignora a su vez la adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo de este tipo de pacientes. En nuestro medio, el grado de implicación de estos factores de estrés emocional y la influencia que tanto ansiedad como depresión pueden ejercer en pacientes hipertensos con HTA resistente, no está bien determinada. Presentamos 40 pacientes con HTA resistente a los que hemos determinado el grado de estrés y ansiedad que padecen.

Material y método:

Se estudiaron 40 pacientes que cumplían criterios de HTA resistente tras un amplio estudio que descartaba HTA secundaria. A todos ellos se les realizó un estudio de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial de 24 horas (MAPA). Se estimó su ansiedad mediante el test STAI-R, consistente en 20 ítems, y se valoró su grado de depresión mediante el test de Beck, con 21 ítems. Ambos test bien validados y de uso clínico (se entregaban a los pacientes que los rellenaban en el domicilio y los aportaban en la visita siguiente).

Resultados:

La edad media fue 58,2 años (37-77 años), 18 mujeres (45%). La presión arterial clínica (PAS) fue para sistólica $166,5 \pm 18,31$ mmHg y diastólica $93,12 \pm 13,30$ mmHg. Las PA de la MAPA fue 24 h ($139,18 \pm 18,44 / 79,24 \pm 14,40$ mmHg) diurna ($142,93 \pm 19,91 / 82,93 \pm 16,32$ mmHg) y nocturna ($132,81 \pm 19,30$ mmHg). La puntuación media del test de ansiedad fue de 26,12 puntos y de depresión 14,06 puntos. Un 37,5% no presentaba depresión. Un 31,3% depresión leve y el resto depresión moderada. No hubo correlación entre la puntuación en la ansiedad y depresión en las PAC ni de MAPA. Cuando se analizaron los resultados por sexos, las mujeres presentaban una correlación significativa negativa en la puntuación del test de ansiedad y las PAC y de MAPA, no con la depresión. Por el contrario en los hombres muestran una correlación significativa entre la PAC y la MAPA tanto en ansiedad como depresión. Los hombres con depresión moderada presentaban una PAC y de MAPA más elevada que los pacientes con depresión leve o sin depresión.

Conclusiones:

De forma global, no se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión, y las cifras de PA. Sin embargo se detectó que un tercio de los pacientes con HTA resistente presentaban una depresión moderada. Los hombres mostraban una correlación positiva con la ansiedad, al contrario que las mujeres. También nos llamó la atención que los hombres con depresión moderada arrojaban cifras de PA más elevada (tanto en la clínica como mediante MAPA) que aquellos pacientes sin depresión o con depresión leve.

PÓSTER Nº 117

RELACIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA DE LA PRESION ARTERIAL DURANTE 24 HORAS CON LA ESTRUCTURA Y FUNCION VASCULAR

A. GARCIA GARCIA (1), L. GARCIA (1), J.O. PARRA SANCHEZ (1), I. SANCHEZ HERRERO (1),
J.M. MANZANO JIMENEZ (1), R. ABOU ASSALI (1), C. HERNANDEZ GARCÍA (1),
L.M. MARTINEZ MARTINEZ (1), P. MORENO GONZALEZ (1), M.A. GOMEZ MARCOS (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, VARIABILIDAD DE LA PRESION ARTERIAL, ESTRUCTURA Y FUNCION VASCULAR

RESUMEN:

Proposito del Estudio: El objetivo de este trabajo es analizar la relación de la variabilidad de la presión arterial durante 24 horas, medida con la desviación estándar (SD) y el coeficiente de variación (CV), con parámetros que valoran la estructura y función vascular.

Métodos utilizados: Se realizó Un estudio transversal en 344 pacientes hipertensos (edad media $54,1 \pm 11,7$ años, 59,6% varones). La variabilidad de la presión arterial (BPV) se estimó con la SD y con el CV, durante 24 horas, durante el periodo de actividad y durante el periodo de descanso, mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial. La estructura y función vascular se evaluaron con el índice de rigidez arterial ambulatoria (AASI), la velocidad de onda del pulso (VOP) a través de SphygmoCor y el grosor íntima media (GIM) por ultrasonido.

Resultados: La variabilidad de la presión arterial sistólica (PAS) fue mayor que la variabilidad de la presión arterial diastólica (PAD) con la SD, y más pequeña en el uso del CV ($p < 0,001$). SBP variabilidad mostró una correlación positiva con la IMT, VOP y AASI. El CV de la PAD mostró una correlación positiva con la VOP y AASI, mientras que la desviación estándar de la PAD mostró una correlación negativa con la AASI.

En el análisis de regresión múltiple, después de ajustar por posibles factores de confusión las medidas de la variabilidad de la Presión arterial que mantuvieron su asociación con el GIM fue el CV de PAD durante el periodo de actividad, con la VOP y CVdn SDdn de la PAS y de la PAD de 24 horas y del periodo de descanso y AASI, CV de PAS y PAD periodo de actividad y PAD 24 horas, y con SDdn de PAS y PAD de 24 horas, periodo de actividad PAS y PAD sueño. La OR de SD y CV para el daño vascular varía entre 1,182 y 1,276.

Conclusiones: La variabilidad de la presión arterial en pacientes hipertensos, evaluado tanto con el SD y CV, se asocia con rigidez arterial, evaluada con la VOP.

PÓSTER Nº 118

PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA

L. GARCIA ORTIZ (1), C. AGUDO CONDE (1), M.C. PATINO ALONSO (2), C. SANCHEZ CASTAÑO (1),
C. RODRIGUEZ MARTIN (1), A. PUIG RIBERA (3), J. LEMA BARTOLOMÉ (4), J.F. MAGDALENA BELIO (5),
N. GUENAGA SAENZ (6), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACION DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA, (2) DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA
DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA, (3) CENTRO DE SALUD CUENCA III. CUENCA,
(4) UNIVERSIDAD DE VICH. BARCELONA, (5) CENTRO DE SALUD TORRE RAMONA. ZARAGOZA,
(6) UNIDAD DE INVESTIGACION DE ATENCIÓN PRIMARIA. BILBAO

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: ACTIVIDAD FISICA, PATRON CIRCADIANO, PRESION ARTERIAL

RESUMEN:

Proposito del estudio: Analizar La relación de la actividad física habitual, medida de forma objetiva y autorreportada, con el patrón circadiano de la presión arterial ambulatoria de 24 en población adulta.

Métodos utilizados: Realizamos un estudio transversal en una cohorte previamente establecido de sujetos adultos. Se incluyeron 1345 sujetos del estudio EVIDENT (edad media 55±14 años; mujeres el 59.3%). Se evaluó la actividad física con el 7-day PAR (METs/hora/semana) y con un Actigraph GT3X accelerometers (Counts/minuto) durante 7 días y la presión arterial ambulatoria con el dispositivo B-pro.

Resultados: Los sujetos con patrón dipper muestran un mayor nivel de actividad respecto al non dipper, evaluada con acelerómetro (dipper, mediana:243 count/minuto, ICR:318-182; non dipper, 221, ICR:282-157)(p<0.01) y con el 7-day PAR (dipper, mediana:9.3 METs/hora/semana,ICR:26-0; non dipper: 5.3,ICR:24-0)(p<0.01). Las medidas de actividad física presentan correlación positiva con el porcentaje de descenso de la presión arterial sistólica (r=0.195 y 0.109; p<0.01) y negativa con el ratio noche/día sistólico y diastólico (r entre -0.100 y -0.179; p<0.01) y la frecuencia cardiaca (r=-0.135; p<0.01). En la regresión logística, considerando el patrón circadiano (1=dipper/0=non dipper) como variable dependiente, el OR del tercer tercite de los Counts/minute es 1.786 (CI95%:1.345-2.372; p<0.001) y de los METs/hora/semana 1.332(CI95%:1.013-1.753; p=0.040), después de ajustarlas por variables de confusión.

Conclusion: La actividad física, evaluada tanto con el acelerómetro como con el 7-day PAR, incrementa la caída nocturna de la presión arterial, disminuyendo el ratio noche/día y aumenta la probabilidad de tener un patrón dipper en más del 50% en los sujetos con mayor actividad física.

PÓSTER Nº 119

EFFECTO DE LA CPAP SOBRE LA RIGIDEZ ARTERIAL Y LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN HIPERTENSOS REFRACTARIOS CON SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO

J.C. MARTÍNEZ OCAÑA (1), J. ALMIRALL DALY (1), G. LLAURADÓ CABOT (2), L. VIGIL GIMÉNEZ (3),
M.J. MASDEU MARGALEF (3), A. FERRER MONREAL (4)

- (1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. DEPARTAMENTO DE MEDICINA, UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. SABADELL (BARCELONA), (2) SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA. CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. SABADELL (BARCELONA), (3) SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. SABADELL (BARCELONA), (4) SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL DE MAR. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HTA REFRACTARIA, SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO, RIGIDEZ ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo: Analizar en sujetos con hipertensión arterial esencial refractaria (HTAE-R) y síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) los efectos de la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) sobre la rigidez arterial, la presión arterial (PA) central y la función endotelial como marcadores de riesgo cardiovascular.

Métodos:

- Diseño: Estudio unicéntrico, prospectivo, aleatorizado y controlado.
- Ámbito del estudio: Hospital universitario.
- Sujetos: 20 pacientes con HTAE-R (MAPA diurno >140/90 o nocturno >125/80 con ≥ 3 hipotensores a dosis adecuadas incluyendo diurético) y SAHS diagnosticado *de novo* con índice de apneas-hipopneas [IAH] por polisomnografía ≥ 15 /hora.
- Medidas e intervenciones: Aleatorización para recibir tratamiento durante 12 semanas con CPAP a presión óptima (grupo CPAP, n=8) o no recibir CPAP (grupo CONTROL, n=12). El tratamiento hipotensor no se modificó desde 2 meses antes de la inclusión hasta el final del estudio. Al inicio y al final del estudio se realizó: 1) MAPA; 2) análisis de la morfología de la onda del pulso mediante tonometría de aplanamiento (SphygmoCor®, AtCor Medical) para obtener la PAc, la velocidad de la onda del pulso (VOP) y el *augmentation index* corregido (AIC) como marcadores de rigidez arterial; y 3) pletismografía digital (EndoPAT 2000®, Itamar Medical) para calcular el índice de hiperemia reactiva (IHR) como medida de función endotelial.

Resultados: Características basales: 80% varones, edad (media \pm DE) 58 \pm 8 años, IMC 36,7 \pm 5,8 Kg/m², fumadores 30%, exfumadores 50%, número de antihipertensivos 4,2 \pm 0,7, Epworth 11 \pm 6, IAH 62 \pm 27, SpO₂ media 90,8 \pm 3,3%, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 85 \pm 19 ml/min/1,73 m², microalbuminuria 37 \pm 47 mg/gCr, PAc 137 \pm 15/82 \pm 10, MAPA basal 24h: 133 \pm 12/76 \pm 11 mmHg, 75% non-dippers. Al comparar los cambios postintervención ($\Delta_{\text{post-pretratamiento}}$) no se encontraron diferencias significativas (P>0,05) entre los grupos CPAP y CONTROL respecto a: Δ PA sistólica central (CPAP

+2,7±7,1 vs CONTROL -5,5±18,7 mmHg), Δ PA diastólica central (-1,7±7,4 vs -5,4±11,7), Δ IHR (+0,11±0,45 vs -0,04±0,35), Δ A1c (+1,4±7,3 vs -0,3±4,6) o Δ VOP (0±1,4 vs -0,1±1,6 m/s).

Conclusiones: No se han hallado efectos significativos del tratamiento con CPAP durante 12 semanas sobre la rigidez arterial, la PA central o la función endotelial de los hipertensos refractarios con SAHS estudiados.

Trabajo financiado gracias a FISS PI07/0219, beca CIR-Institut Universitari Parc Taulí y ayuda de la Societat Catalana d'Hipertensió Arterial.

PÓSTER Nº 120

VARIACION DE LOS VALORES DE TENSIÓN ARTERIAL EN TOMAS CONSECUTIVAS EN CONSULTA

M.S. CANO GARCÍA (1), J. MARTÍNEZ DE LA IGLESIA (1), S. RUIZ REJANO (1), J. REDONDO SÁNCHEZ (1),
M. VIDA PÉREZ (1), M.A. AGUDO DE LA PAZ (1), B. MUÑOZ DÍAZ (1)

(1) CENTRO DE SALUD LUCANO. CÓRDOBA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL, VARIACIONES, CONTROL DE TANSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: Evaluar las variaciones en los valores de tensión arterial cuando se realizan tres tomas consecutivas de la misma en la consulta médica.

Métodos: Estudio observacional descriptivo realizado en una consulta de atención primaria donde mediante un muestreo oportunista se seleccionaron 241 pacientes (hipertensos conocidos o no) a los que se les realizaba tres tomas consecutivas de tensión arterial (TA) y frecuencia cardiaca (FC) en las condiciones habituales de consulta. Las tomas se realizaron con el mismo aparato semiautomático (Omrón-M6). Se realizó el análisis estadístico valorando distribución de frecuencias para variables cualitativas y medias con desviación típica (DT) y rango (R) para las cuantitativas. Se compararon las diferencias de la medias de las distintas tomas mediante la aplicación de la ANOVA considerando un grado de significación para $p < 0,05$ y valorando posteriormente las diferencias por pares y su posible relación con variables cuantitativas.

Resultados: El 56,8% de la muestra fueron mujeres y la media de edad de 65,3 años (DT= 14,5, R= 17-92 a). La tensiones medias obtenidas en la 1ª, 2ª y 3ª toma respectivamente fueron: TA sistólicas 158,9 (DT= 18,8, R=223-102), 154,9 (DT=18,6, R=211-109) 150,7 (DT=19,1, R=224-90); TA diastólicas: 85,1 (DT=12,5, R=122/43) 82,5 (DT=12,0, R=123-51), 80,8 (DT=11,8, R=110-45) y frecuencias cardíacas 78,8 (DT=13,2, R=117-39), 78,4 (DT=14,6, R=169-48) y 77,9 (DT=13,1, R=119-41). Cuando se compararon las distintas medias se encontraron diferencias significativas en las tomas de TA sistólica y diastólica ($P < 0,001$) y de FC ($P < 0,05$) no encontrándose diferencias entre la 2ª y 3ª toma de FC. Estas diferencias se mantuvieron para la TA sistólica y diastólica independientemente del grupo de edad, sexo o diagnóstico previo de hipertensión arterial de los pacientes.

Conclusiones: La toma consecutiva de TA en consulta proporciona cifras gradualmente descendentes de forma significativa, que puede estar en relación con la adaptación del paciente a la propia toma. Estos datos pueden determinar que la primera medida de TA proporcione una mayor proporción de diagnóstico de HTA que una tercera determinación. Es necesario verificar en estudios futuros la correlación entre las distintas tomas y los valores de un "patrón oro".

PÓSTER Nº 121

DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN Y TOMAS CONSECUTIVAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTA

M. VIDA PÉREZ (1), M.S. CANO GARCIA (1), S. RUIZ REJANO (1), J. MARTINEZ DE LA IGLESIA (1),
B. MUÑOZ DÍAZ (1), M.A. AGUDO DE LA PAZ (1), J. REDONDO SÁNCHEZ (1)

(1) CENTRO DE SALUD LUCANO. CÓRDOBA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, DIAGNÓSTICO, MEDIDA DE TENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Propósito

Considerar las variaciones que se producen en el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) al valorar distintas medidas consecutivas de la toma de tensión arterial (TA) en la consulta médica.

Métodos:

En una consulta de atención primaria se realizó un estudio observacional descriptivo en el que mediante un muestreo oportunista, se seleccionaron 101 pacientes no hipertensos que podían presentar algún problema en relación con la TA, a los que se les realizaron tres tomas consecutivas de TA y frecuencia cardíaca (FC) en las condiciones habituales de consulta y siguiendo las normas básicas establecidas para la misma por la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH). Las tomas se realizaron con un mismo aparato semiautomático (Omron M-6). Con cada una de las tomas se clasificaron los pacientes en los distintos grados de HTA de la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH). En el análisis estadístico se consideraron la distribución de frecuencias para variables cualitativas y medias con desviación típica (DT) y rango (R) para las cuantitativas. Se aplicó un análisis de varianza para la comparación de variables cuantitativas y de chi cuadrado para las cualitativas considerando un grado de significación para $p < 0,05$.

Resultados:

La media de edad fue de 58,5 años (DT=16, R=17-85 a) y el 44,6 % hombres. La tensiones medias obtenidas en la 1ª, 2ª y 3ª toma respectivamente fueron: TA sistólicas 155,6 (DT= 20,2, R=220-102) , 151,3 (DT=20,1, R=211-109) 148,1 (DT=19,7, R=224-101); TA diastólicas: 87,2 (DT=12,5, R=122-52) 84,4 (DT=12,8, R=123-51), 82,6 (DT=12,6, R=110-45) y frecuencias cardíacas 79,4 (DT=13,5, R=117-54), 78,0 (DT=14,1, R=117-50) y 78,6 (DT=13,8, R=119-51). Existieron diferencias significativas entre todas las tomas para la TA sistólica y diastólica ($p < 0,001$) y entre la 1ª y 2ª toma de frecuencia cardíaca ($p < 0,05$). Al considerar las cifras de TA sistólica de la primera toma en un 15,8% se encontraron cifras normales, 43,6 % HTA grado1, 31,7 % grado 2 y 8,9 % grado3. En la 2ª toma: 22,8 % normal, 47,5% grado 1, 22,8% grado 2 y 6,9% grado 3. Y en la 3ª toma: 30,7 % normal. 46,5% grado 1, 18,8 % grado 2 y 4 % grado 3. Cuando se valoraron las cifras de TA diastólica los resultados fueron para la 1ª toma normales en el 52,5%, 32,7% HTA grado 1, 13,9% grado 2 y 1% grado 3. En la 2ª toma: 62,4% normal, 32,7 % grado 1, 2% grado 2 y 3% grado 3. En la 3ª toma: 66,3 % normal , 26,7 % grado 1, 5,9 % grado 2 y 1% grado 3.

Conclusiones:

La toma consecutiva de TA en consulta obtiene cifras gradualmente descendentes de forma significativa. Esto puede proporcionar diferencias en el diagnóstico de HTA según se considere una u otra toma, de tal forma que entre la 1ª y 3ª toma el posible diagnóstico de HTA sistólica pasa de un 84,2% a un 69,3% y en el caso de la diastólica de un 47,5% a un 33,7%. En sucesivos estudios habrá que establecer la fiabilidad de cada una de las medidas.

PÓSTER Nº 122

¿CÓMO VARÍA EL CRITERIO DE BUEN CONTROL DE HIPERTENSIÓN SEGÚN DIFERENTES TOMAS DE TENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTA?

M.S. CANO GARCÍA (1), J. MARTÍNEZ DE LA IGLESIA (2), M.A. AGUDO DE LA PAZ (1), M. VIDA PÉREZ (1),
B. MUÑOZ DÍAZ (1), S. RUIZ REJANO (1), J. REDONDO SÁNCHEZ (2)

(1) UD MED FAM Y COM. CÓRDOBA, (2) CENTRO DE SALUD LUCANO. CÓRDOBA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: CONTROL HIPERTENSION, MEDIDA DE TENSIÓN ARTERIAL, MAPA

RESUMEN:

Propósito del estudio:

Valorar cómo se modifica el nivel de control arterial en pacientes hipertensos cuando se considera la 1º, 2º ó 3º toma de tensión arterial (TA) en mediciones consecutivas en la consulta médica.

Métodos:

Estudio observacional descriptivo realizado en una consulta de atención primaria donde mediante un muestreo oportunista se seleccionaron 140 pacientes hipertensos a los que se les realizaba tres tomas consecutivas de TA y frecuencia cardiaca (FC) en las condiciones habituales de consulta. Las tomas se realizaron con un mismo aparato semiautomático (Omron M-6). Con cada una de las tomas se clasificaron los pacientes en los distintos grados de hipertensión arterial (HTA) establecidas por la Sociedad Europea de Hipertensión (SEH). En un subgrupo de 33 pacientes se compararon los datos con los obtenidos de su automedida de tensión arterial. Se realizó el análisis estadístico valorando distribución de frecuencias para variables cualitativas y medias con desviación típica (DT) y rango (R) para las cuantitativas. Se realizó un análisis de varianza para la comparación de variables cuantitativas y de chi cuadrado para las cualitativas considerando un grado de significación para $p < 0,05$.

Resultados:

El 57,9% de la muestra fueron mujeres con una media de edad de 70,25 años (DT= 11,0, R= 41-92 a). La tensiones medias obtenidas en la 1ª, 2ª y 3ª toma respectivamente fueron: TA sistólicas 161,2 (DT= 17,4, R=223-117), 157,5 (DT=17, R=209-119) 152,5 (DT=18,5, R=219-90); TA diastólicas: 83,5 (DT=12,3, R=111-43) 81,5 (DT=11,4, R=109-54), 79,6 (DT=11, R=106-54) y frecuencias cardíacas 78,4 (DT=13, R=112-39), 78,7 (DT=15, R=169-48) y 77,4 (DT=12,7, R=110-41). Al considerar las cifras de TA sistólica de la primera toma en un 7,9% se encontraron cifras normales, 42,1 % HTA grado1, 37,1 % grado 2 y 12,9 % grado3. En la 2ª toma: 12,9 % normal, 45% grado 1, 30,7% grado 2 y 11,4% grado 3. Y en la 3ª toma: 21,4 % normal. 45% grado 1, 27,1 % grado 2 y 6,4 % grado 3. Cuando se valoraron las cifras de TA diastólica los resultados fueron para la 1º toma normales en el 68,6%, 21,4% HTA grado 1, 9,3% grado 2 y 0,7% grado 3. En la 2ª toma: 76,4% normal, 15,7 % grado 1 y 7,9% grado 2. Y en la 3ª toma: 82,1 % normal, 13,6 % grado 1 y 4,3 % grado 2. Al considerar las cifras de automedida de TA sistólica fueron normales el 30,3 %, grado 1 60,6% y grado 2 9,1%, y respecto a las diastólicas: normales el 78,8% y grado 1 21,2%. Se encontraron diferencias significativas al comparar todos los grupos, tanto cuando se consideraron las medidas medias de TA de cada uno como al considerar por grupo diagnóstico.

Conclusiones:

En pacientes hipertensos la toma de consecutiva de TA en consulta proporciona cifras gradualmente descendentes de forma significativa, de tal forma que la 3^a toma muestra un nivel de control normal tres veces superior a la 1^a en la TA sistólica y 4 veces en la diastólica. Las cifras de control de TA de la 3^a toma se asemejan más a las obtenidas mediante automedida de tensión arterial, aunque manteniendo las diferencias significativas

PÓSTER Nº 123

RELACIÓN SINÉRGICA CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE LA DIABETES Y LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA

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: DIABETES, MAPA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Objetivos: El aumento progresivo de la presión arterial (PA) y la presencia de diabetes son dos factores documentados de mayor riesgo de eventos cardiovasculares (CV). La correlación entre el nivel de PA y el riesgo CV es mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que para las determinaciones clínicas de PA. Sin embargo, la relación entre MAPA y diabetes como posibles factores sinérgicos, y no sólo aditivos, para el aumento de riesgo CV ha sido escasamente investigada.

Métodos: Estudiamos prospectivamente durante una mediana de 5,6 años de seguimiento un total de 3344 sujetos (1718 hombres/1626 mujeres) de $52,6 \pm 14,5$ años de edad, 607 de ellos con diabetes tipo 2, con PA basal entre la normotensión y la hipertensión de acuerdo a criterios de MAPA. A la inclusión y luego anualmente (o con mayor frecuencia si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo), la PA y actividad física (actigrafía de muñeca) se monitorizaron simultáneamente durante 48h a fin de determinar de forma precisa e individualizada las medias de actividad y descanso de la PA. Se utilizó el análisis de regresión de Cox para estimar el hazard ratio (HR) de eventos CV asociado a las medias de actividad y descanso de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) en sujetos con y sin diabetes.

Resultados: Los análisis documentaron: (i) el esperado aumento de HR ajustado de eventos CV asociado a la elevación progresiva de las medias de actividad y descanso de la PAS/PAD; (ii) una pendiente de aumento de HR con la elevación progresiva de PAS/PAD significativamente mayor en pacientes con diabetes; y (iii) diferencias en el HR ajustado de eventos CV entre pacientes con y sin diabetes progresiva y significativamente mayores para valores de media de actividad de la PAS/PAD $>130/75$ mmHg y de media de descanso $>110/65$ mmHg. Además, se documentó una interacción estadísticamente significativa entre la diabetes y las medias de actividad y descanso de la PAS/PAD en los pacientes con valores por encima de esos umbrales (P siempre < 0.023).

Conclusiones: Los resultados corroboran el esperado mayor riesgo de eventos CV en pacientes con diabetes. Para cualquier valor de PA ambulatoria por encima de los umbrales indicados anteriormente, el HR de eventos CV es significativa y progresivamente mayor en pacientes con diabetes, tal y como indica la interacción significativa entre diabetes y PA ambulatoria. Por tanto, nuestro estudio indica la existencia de una relación sinérgica, y no sólo aditiva, con el riesgo CV entre la diabetes y el aumento de PA ambulatoria por encima de esos umbrales y, por ello, proporciona evidencia para la necesidad de utilizar umbrales diagnóstico para la PA ambulatoria diferenciados en función de la presencia/ausencia de diabetes.

PÓSTER Nº 124

EL PATRÓN NO-DIPPER CUADRIPLICA EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN SUJETOS NORMOTENSOS

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: NORMOTENSIÓN, MAPA, RIESGO CARDIOVASCULAR

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, aunque la posible asociación entre el patrón no-dipper y el riesgo CV en sujetos normotensos no ha sido evaluada. 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. Por ello, hemos investigado la influencia del patrón no-dipper como factor de influencia sobre la morbilidad y mortalidad CV en sujetos normotensos.

Métodos: Estudiamos prospectivamente durante una mediana de 5,5 años de seguimiento un total de 734 sujetos normotensos (378 hombres/356 mujeres; 45,1±14,8 años de edad) de acuerdo a criterios de MAPA (media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) <135/85 mmHg y media de descanso <120/70 mmHg). A la inclusión y luego anualmente, la PA y actividad física (actigrafía de muñeca) se monitorizaron simultáneamente durante 48h a fin de determinar de forma precisa e individualizada las medias de actividad y descanso de la PA. Los sujetos se clasificaron como dipper si la profundidad de la PAS era ≥10% y no-dipper en caso contrario. Se utilizó el análisis de regresión de Cox ajustado por variables de influencia significativas para estimar el hazard ratio (HR) de eventos CV asociado al perfil dipper/no-dipper de los participantes.

Resultados: La diabetes, apnea obstructiva del sueño, anemia y enfermedad renal crónica fueron significativamente más frecuentes entre los sujetos no-dipper. Los no-dipper tenían también mayor edad y eran más obesos que los dipper. Además, los no-dipper tenían mayor creatinina y velocidad de sedimentación globular, así como menor colesterol-HDL y filtrado glomerular. El análisis de supervivencia de Cox, ajustado por variables de influencia significativas incluyendo sexo, edad, apnea, y obesidad, documentó que los sujetos no-dipper tenían mayor riesgo CV que los dipper, tanto si los análisis se basaron en la MAPA basal (HR=4,11, 95%CI [1,89-8,95], P<0,001) o en la última disponible para cada individuo (HR=4,80 [2,06-11,19], P<0,001).

Conclusiones: El perfil no-dipper de la PA ambulatoria aumenta significativamente el riesgo de eventos CV incluso en el rango de la normotensión, lo cual avala la MAPA como herramienta asistencial indispensable 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 elevado riesgo CV de los sujetos “normotensos no-dipper” indica que cuando un individuo tiene un perfil no-dipper, no puede en ningún caso ser considerado como “normotenso”.

PÓSTER Nº 125

DESENMASCARANDO EL MITO DE LA CURVA-J ENTRE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR

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: CRONOTERAPIA, MAPA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Objetivos: Diversos estudios han encontrado que una reducción de presión arterial (PA) clínica demasiado grande aumentó el riesgo cardiovascular (CV), mientras que una reducción moderada lo disminuyó, concluyendo que la relación entre la PA alcanzada y el riesgo CV tiene forma J. La hora de tratamiento antihipertensivo, es decir, al levantarse frente al acostarse, tiene un marcado efecto diferencial sobre el control de la PA de actividad y descanso, lo cual también se ha documentado que se refleja en diferencias en reducción de riesgo CV. Por ello, hemos investigado la relación entre PA alcanzada y riesgo CV en sujetos normotensos y pacientes hipertensos tratados a diferentes horas del día.

Métodos: Estudiamos prospectivamente durante una mediana de 5,6 años de seguimiento un total de 3344 sujetos (1718 hombres/1626 mujeres) de 52,6±14,5 años de edad, con PA basal entre la normotensión y la hipertensión de acuerdo a criterios de PA ambulatoria (MAPA). Los pacientes hipertensos fueron aleatorizados a tomar toda su medicación antihipertensiva al levantarse o la dosis completa de ≥1 fármaco al acostarse A la inclusión y luego anualmente (o con mayor frecuencia si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo), la PA y actividad física (actigrafía de muñeca) se monitorizaron simultáneamente durante 48h a fin de determinar de forma precisa e individualizada las medias de actividad y descanso de la PA. Se utilizó el análisis de regresión de Cox para estimar el hazard ratio (HR) de eventos CV asociado a la PA clínica y medias de actividad y descanso de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) alcanzada.

Resultados: Se detectó una relación en curva-J entre el riesgo CV y tanto la PA clínica como la media de actividad alcanzada en los pacientes tratados con toda la medicación al levantarse. En sujetos normotensos e hipertensos tratados al acostarse el riesgo de eventos CV disminuyó progresivamente con el descenso en PA clínica y media de actividad. El HR ajustado de eventos CV fue significativamente menor con la reducción progresiva de la media de descanso de la PA en los tres grupos de sujetos estudiados. No se documentó ningún evento mayor, incluyendo muerte, infarto e ictus isquémico o hemorrágico, en sujetos que alcanzaron una media de descanso de la PA sistólica <103 mmHg.

Conclusiones: Los valores de PA clínica y ambulatoria de sujetos normotensos y los alcanzados tras el tratamiento en hipertensos que ingerían su medicación al acostarse no presentan curva-J en su relación con el riesgo de eventos CV. Nuestros resultados indican que la supuesta curva-J documentada en diversos estudios parece ser exclusivamente la manifestación del sobre-tratamiento matutino de la PA

con el erróneo objetivo terapéutico de reducir progresivamente el nivel de PA clínica y omitiendo completamente el control de la PA de descanso, un mejor e independiente marcador de riesgo CV.

PÓSTER Nº 126

GRADO DE CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL EN HEMODIALIZADOS. PREVALENCIA DE PATRONES ANÓMALOS EN MAPA DE 24 HORAS

F. VILLALBA ALCALÁ (1), A. ESPINO MONTORO (2), M. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (2), L. CASTILLA GUERRA (2), A. CABRERA BONILLA (2), A. ROMERO CAÑADILLAS (2)

(1) CENTRO DE SALUD DE OSUNA. OSUNA (SEVILLA), (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN HOSPITAL DE LA MERCED. OSUNA (SEVILLA)

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, PATRONES DE MAPA, HEMODIALISIS

RESUMEN:

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis (HD) presentan una gran variabilidad en las cifras de presión arterial (PA) favoreciendo diferentes patrones patológicos tras la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). La MAPA no sólo nos informa sobre el patrón de respuesta de PA a lo largo del día si no que además nos sirve de valor pronóstico y del grado de afectación de órganos diana. Nuestro objetivo era conocer mejor el perfil de PA de los pacientes en HD.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de MAPA de 24 horas realizado a 8 pacientes en HD pertenecientes al Centro de Osuna (Sevilla). De ellos, 5 eran varones y 3 mujeres y un 37.5% diabéticos. Se recogieron datos demográficos y clínicos relevantes. Para la MAPA se utilizó el monitor oscilométrico Spacelabs 90207 para control de PA y frecuencia cardiaca (FC) en el periodo entre diálisis a mitad de la semana. Se definió como periodo diurno de las 8 a las 23 horas, con toma cada 20 minutos y nocturno de las 23 a las 8, con toma cada 30 minutos. Se obtuvo la PA media general, diurna y nocturna así como la carga sistólica y diastólica. Se invalidaron registros con lecturas inferiores al 70%. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 y se estableció como significativo una $p < 0.05$.

Resultados: La edad media fue de $48,25 \pm 7$. Horas de HD semanal, 12 horas el 87,5%. El IMC fue de $19,98 \pm 2,5$. El tratamiento hipotensor fue en el 100% de los pacientes con una media de $4,06 \pm 2,7$ comprimidos por paciente: 75% calcioantagonistas, 62,5% IECAs, 75% ARA II, 37,5% doble inhibición, 37,5% betabloqueantes y 12,5% alfabloqueantes. Se constató que el 12,5% de ellos fumaban y que el 37,5% de ellos había tenido un ictus previo o insuficiencia cardiaca. En el 75% de los pacientes realizaba toma nocturna de hipotensores. El patrón de PA tras MAPA de 24 horas fue de riser en el 62,5% y no dipper en el 37,5%. La PAS media fue de $150,75 \pm 14,3$ mmHg y la PAD media fue de $92,1 \pm 8,7$ mmHg y la FC de $80,75 \pm 14,6$ spm. La carga sistólica fue del $74 \pm 22,1\%$ y la diastólica de $55,45 \pm 25 \%$. Observamos que los pacientes con patrón riser tenían prescrito más hipotensores de forma significativa.

Conclusión: La MAPA de 24 horas de los pacientes en HD constata una alta prevalencia de inadecuado control tensional ya que el 87,5% de ellos estaban hipertensos. Además el 100% de los pacientes tuvieron un patrón anómalo de PA, bien riser o no dipper a pesar de que la mayoría de los pacientes recibían una dosis nocturna de hipotensores. La solicitud de MAPA en estos pacientes es pobre ya que

solo se hizo la monitorización a 8 pacientes de los 90 que cuenta el Centro. Creemos que se debe potenciar la realización de MAPA a los pacientes en HD para mejorar el grado de control de PA, el pronóstico de estos pacientes y una mejor cronoterapia.

PÓSTER Nº 127

¿CUÁNDO MEDIMOS LA PRESIÓN ARTERIAL, PENSAMOS EN EL PERÍMETRO BRAQUIAL?

A. OLIVERAS PUIG (1), A. DALFÓ PIBERNAT (2), N. JDID ROSÀS (1), E. MAYOR ISAAC (1),
L. PÉREZ ROMERO (1), M. GUIADO CLAVERO (1), M.A. VILA COLL (1), M. BENÍTEZ CAMPS (1),
E. GIBERT LLORACH (1), A. DALFÓ BAQUÉ (1)

(1) EAP GÒTIC. BARCELONA, (2) EAP HORTA. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MEDIDA PA, PERÍMETRO BRAQUIAL, MANGUITO

RESUMEN:

OBJETIVO: determinar si se tiene en cuenta el perímetro braquial para utilizar el manguito adecuado en la medida de la PA.

DISEÑO: Estudio descriptivo basal pre-intervención

ÁMBITO: Atención Primaria. Área Básica de Salud (ABS) urbana de Barcelona.

SUJETOS: Médicos (M), Enfermeras (E) y personal de Oficinas de Farmacia (OF).

MEDIDAS Y INTERVENCIONES: encuesta autoadministrada anónima. Variables recogidas:

- a) demográficas, tipo de profesional (M,E, OF) y años desde la finalización de sus estudios;
- b) disponibilidad de manguitos de diferentes medidas, determinación o no del perímetro braquial, conocimiento o no de los valores límite que requiere el uso de cada manguito. Características de los aparatos de medida.

RESULTADOS: 75/101 encuestas cumplimentadas (74,3%). Participan 27 de los 31 profesionales sanitarios del ABS (87,1%). Colaboran las 18 OF (100%), con 48 (68,6%) encuestas cumplimentadas de las 70 posibles (rango: 12,5% a 100%).

El 76% son mujeres. Media de edad: 41,4 años (DE 11,6). Tiempo medio desde la finalización de la formación: 19,2 años (DE 17,7).

El 98,7% de los encuestados no determina el perímetro braquial.

Declaraban disponer de manguitos de diferentes medidas 28 (37,3%) de los encuestados. 24 de 27 trabajadores del CAP (88,9%) y 3 OF (16,6%).

De los encuestados 23 (30,7%) disponían de 2 manguitos y 5 (6,7%) tenían 3.

Sólo 2 personas conocían el intervalo correcto del manguito estándar.

Cuando se disponía de más de un manguito se decidían por uno u otro por motivos como: "a ojo" en el 52%, cuando "saltaba el velcro" en el 18,2% y otros motivos el 29,8%

La totalidad de aparatos del CAP eran electrónicos automáticos, así como los de 9 farmacias. Los otros eran: 2 de mercurio, 3 aneroides y 4 otros.

CONCLUSIONES: Aun conociendo la necesidad de utilizar un manguito adecuado en la medida de la PA, no se conocen los puntos de corte para la elección del mismo. No se mide sistemáticamente el perímetro braquial. Es necesario implementar su recogida y disponer de diferentes manguitos. Se propone una intervención.

PÓSTER Nº 128

RESULTADOS POST-INTERVENCIÓN. ESTUDIO PERÍMETRO BRAQUIAL EAP GÒTIC

A. OLIVERAS PUIG (1), A. DALFÓ PIBERNAT (2), N. JDID ROSÀS (1), E. MAYOR ISAAC (1),
L. PÉREZ ROMERO (1), M. GUIADO CLAVERO (1), M.A. VILA COLL (1), M. BENÍTEZ CAMPS (1),
E. GIBERT LLORACH (1), A. DALFÓ BAQUÉ (1)

(1) EAP GÒTIC. BARCELONA, (2) EAP HORTA. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PERÍMETRO BRAQUIAL, MEDIDA PRESIÓN ARTERIAL, VELCRO

RESUMEN:

OBJETIVO: determinar la eficacia de una intervención para tener en cuenta el perímetro braquial (PB) en la selección del manguito adecuado en la medida de la PA.

DISEÑO: Estudio intervención Antes-después

ÁMBITO: Atención Primaria. Área Básica de Salud (ABS) urbana de Barcelona.

SUJETOS: Médicos (M), Enfermeras (E) y personal de Oficinas de Farmacia (OF).

MEDIDAS Y INTERVENCIONES: **Estudio basal:** encuesta autoadministrada anónima. Variables recogidas: a) demográficas, tipo de profesional (M,E, OF) y años desde la finalización de sus estudios; b) disponibilidad de manguitos de diferentes medidas, determinación o no del PB, conocimiento o no de los valores límite que requiere el uso de cada manguito; c) tipo de aparatos de medida.

Intervención: entrega de los resultados a los participantes y presentación de los mismos en dos sesiones: una para el personal de las OF y la otra para M y E. Administración de la encuesta pasados 3 meses

RESULTADOS: Post intervención: 68/101 encuestas cumplimentadas (67,3%). Participan 22 de los 31 profesionales sanitarios del ABS (70,9%). Colaboran 17 de las 18 OF (94,4%), con 46 (65,7%) encuestas cumplimentadas de las 70 posibles (participación: 0 a 100%).

El 73,5% son mujeres. La media de edad: 42,3a (DE 12,2). Tiempo medio desde la finalización de la formación: 17,8 (DE 11,9).

El 19,1% de los encuestados determina el perímetro braquial. M y E: 22 (50 %) y OF: 2 (4,3%; p <0,0001).

Declaraban disponer de manguitos de diferentes medidas 30 (44,1%) de los encuestados. 19 de 22 trabajadores del CAP (86,4%) y 11 OF (23,9%; p<0,0001)

De los encuestados 20 (29,4%) disponían de 2 manguitos y 10 (14,7%) tenían 3.

Conocían el intervalo correcto del manguito estándar 23 (33,8%) y del manguito de obesos 16 personas: 23,5%.

Cuando se disponía de más de un manguito se decidían por uno u otro por motivos como: “a ojo” en el 51,5%, cuando “saltaba el velcro” en el 19,1% y otros motivos el 29,4%

La totalidad de aparatos del CAP eran electrónicos automáticos, así como los de 9 farmacias. Los otros eran: 2 de mercurio, 3 aneroides y 4 otros.

La tabla muestra la evolución de los resultados

	Antes (N=101)	Despues (N=101)	Significación
Participación	75 (74,3%)	68 (67,3%)	ns
Determinación del PB	1 (1,3%)	13 (19,1%)	P=0,009
Disponibilidad \geq 2 manguitos	28 (37,3%)	30 (44,1%)	ns
Conocimiento intervalo Estàndard manguito	2 (2,7%)	23 (33,8%)	P=0,0198
	0 (0%)	16(23,5%)	P<0,05
Utilización del manguito “a ojo” o cuando salta el velcro	53 (70,6%)	53 (70,6%)	ns

CONCLUSIONES: Hay un aumento en la determinación del perímetro braquial y el conocimiento del intervalo de los manguitos estándar y de obesos. Hay una mayor disponibilidad de manguitos de distinto tamaño.

A pesar de ello la utilización de uno u otro manguito no se realiza en función de los datos anteriores

PÓSTER Nº 129

PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA Y AMBULATORIA COMO PREDICTORES DE 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: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL, MAPA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Objetivos: La correlación entre el nivel de presión arterial (PA) y el daño en órganos diana, riesgo cardiovascular (CV) y pronóstico a largo plazo es mayor para las medidas ambulatorias (MAPA) que para las clínicas. Estudios independientes de MAPA han concluido que la media de descanso de la PA es mejor predictor de riesgo CV que las medias de actividad o de 24h. La hipertensión nocturna es frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC), condición asociada con mayor riesgo CV. Hemos evaluado en pacientes con ERC el valor pronóstico comparativo de la PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) clínica y diferentes parámetros derivados de la MAPA, incluyendo las medias de actividad y descanso, incremento matutino, índice ambulatorio de rigidez arterial (AASI), e índices de variabilidad de la PA.

Métodos: Estudiamos prospectivamente durante una mediana de 5,4 años de seguimiento un total de 793 pacientes con ERC (filtrado glomerular <60 y/o albuminuria al menos dos veces en 3 meses), 469 hombres/324 mujeres, de 57,9±13,9 años de edad, con PA basal entre la normotensión y la hipertensión de acuerdo a criterios de MAPA. A la inclusión y luego anualmente (o con mayor frecuencia si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo en función de los resultados de la MAPA), la PA y actividad física (actigrafía de muñeca) se monitorizaron simultáneamente durante 48h a fin de determinar de forma precisa e individualizada las medias de actividad y descanso de la PA.

Resultados: La media de descanso de la PAS fue el predictor más significativo de eventos CV en un modelo de supervivencia de Cox ajustado por las variables significativas de sexo, edad, diabetes y albuminuria (hazard ratio 1,23, IC95% [1,15-1,32] por cada 10 mmHg de aumento en la media de descanso de la PAS; P<0,001). Un mayor incremento matutino de la PA se asoció significativamente con menor, no mayor, riesgo CV, en concordancia con la significativa asociación entre mayor profundidad (patrón dipper) y menor riesgo CV. Además, cuando se utilizó la media de descanso de la PAS conjuntamente con la media de actividad, sólo la primera fue predictor significativo de eventos. La PAS/PAD clínica y otras variables de la MAPA, incluyendo la media de 24h, AASI y desviación típica, no fueron significativas cuando se incluyó la media de descanso en los modelos de supervivencia.

Conclusiones: La media de descanso de la PAS es el marcador pronóstico independiente más significativo de eventos CV en pacientes con ERC. Estos resultados indican que la ERC debe estar incluida entre las condiciones en las que la MAPA debe ser recomendada para el diagnóstico preciso de hipertensión y valoración de riesgo CV, así como para establecer el esquema terapéutico óptimo que aumente la supervivencia sin evento CV.

PÓSTER Nº 130

VALOR PRONÓSTICO DE LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL PARA VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN SUJETOS NORMOTENSOS

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: NORMOTENSIÓN, MAPA, RIESGO CARDIOVASCULAR

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). Estudios independientes de MAPA realizados principalmente en pacientes hipertensos han concluido que la media de descanso de la PA es mejor predictor de riesgo CV que las medias de actividad o de 24h. Hemos evaluado en sujetos normotensos el valor pronóstico comparativo de la PA clínica y diferentes parámetros derivados de la MAPA, incluyendo las medias de actividad y descanso, incremento matutino, índice ambulatorio de rigidez arterial (AASI), e índices de variabilidad de la PA.

Métodos: Estudiamos prospectivamente durante una mediana de 5,5 años de seguimiento un total de 734 sujetos normotensos (378 hombres/356 mujeres; 45,1±14,8 años de edad) de acuerdo a criterios de MAPA (media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) <135/85 mmHg y media de descanso <120/70 mmHg). A la inclusión y luego anualmente, la PA y actividad física (actigrafía de muñeca) se monitorizaron simultáneamente durante 48h a fin de determinar de forma precisa e individualizada las medias de actividad y descanso de la PA. Se utilizó el análisis de regresión de Cox ajustado por variables de influencia para estimar el hazard ratio (HR) de eventos CV asociado a la PA clínica y ambulatoria.

Resultados: Las medias de descanso de la PAS y PAD fueron los predictores más significativos de eventos CV en modelos de supervivencia de Cox ajustados por variables de influencia significativas incluyendo sexo, edad, apnea obstructiva y obesidad (hazard ratio 1,94, IC95% [1,32-3,04] y 1,91 [1,20-3,03] por cada 10/5 mmHg de aumento en la media de descanso de la PAS/PAD, respectivamente; P<0,001). Un mayor incremento matutino de la PA se asoció significativamente con menor riesgo CV, en concordancia con la significativa asociación entre mayor profundidad (patrón dipper) y menor riesgo CV. Además, cuando se utilizó la media de descanso de la PA conjuntamente con la media de actividad, sólo la primera fue predictor significativo de eventos. La PAS/PAD clínica y otras variables de la MAPA, incluyendo el AASI y la desviación típica, no fueron significativas cuando se incluyó la media de descanso de la PA en los modelos de supervivencia.

Conclusiones: En sujetos normotensos, la media de descanso de la PA es el marcador pronóstico independiente más significativo de eventos CV. La media de descanso de la PA, pero no las medidas clínicas ni la media diaria, permite identificar sujetos con aumento progresivo de riesgo de eventos CV, incluso cuando dicha media de descanso es claramente menor que 120/70 mmHg; estos resultados

indican que la MAPA es una herramienta valiosa y necesaria para estratificación de riesgo CV en población general.

PÓSTER Nº 131

DESENMASCARANDO EL MITO DEL SUPUESTO ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PATRÓN DIPPER_EXTREMO

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: DIPPER-EXTREMO, MAPA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Objetivos: Un mayor incremento matutino de la presión arterial (PA) se ha asociado con aumento de riesgo cardiovascular (CV) el algún, pero no todos, los trabajos reportados, lo que ha conducido a la creencia de que sujetos con perfil dipper-extremo tienen elevado riesgo CV. Numerosos estudios, sin embargo, han documentado consistentemente una asociación entre la elevada PA de descanso y/o el patrón no-dipper, generalmente asociados con menor incremento matutino de la PA, con aumento de eventos CV fatales y no fatales. Por ello, hemos evaluado el valor pronóstico tanto de la profundidad de la PA como variable continua como de la clasificación dipper como variable discreta.

Métodos: Estudiamos prospectivamente durante una mediana de 5,6 años de seguimiento un total de 3344 sujetos (1718 hombres/1626 mujeres) de 52,6±14,5 años de edad, con PA basal entre la normotensión y la hipertensión de acuerdo a criterios de PA ambulatoria (MAPA). A la inclusión y luego anualmente (o con mayor frecuencia si era necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo), la PA y actividad física (actigrafía de muñeca) se monitorizaron simultáneamente durante 48h a fin de determinar de forma precisa e individualizada las medias de actividad y descanso de la PA. Se utilizó el análisis de regresión de Cox para estimar el hazard ratio (HR) de eventos CV asociado a la profundidad de la PA y a la clasificación dipper.

Resultados: El riesgo de eventos CV disminuyó ligera, pero progresivamente, cuando la profundidad de la PA sistólica (PAS) era >6%, pero aumentó significativa y exponencialmente para valores por debajo de este umbral. En función de la MAPA basal de cada participante, el HR ajustado fue equivalente en sujetos dipper-extremo y dipper (P=0,463), pero significativamente mayor en sujetos no-dipper y, en mucho mayor grado, en sujetos con perfil riser (P<0,001). En función de la última MAPA por participante, el HR de eventos CV ajustado por las variables de influencia significativas de sexo, edad, diabetes, anemia, y enfermedad renal crónica, aumentó exponencialmente desde el patrón dipper-extremo, el de menor riesgo entre todas las categorías, hasta el patrón riser (P<0,001). No se documentó ninguna muerte CV, infarto, o ictus entre los participantes con patrón dipper-extremo en su última valoración de MAPA.

Conclusiones: El riesgo de eventos CV disminuyó en pacientes con perfil basal dipper-extremo a lo largo de los 5,6 años de seguimiento, durante los cuales se evitó la hipotensión nocturna mediante la farmacoterapia basada exclusivamente en criterios de control de PA ambulatoria. En contra de la errónea creencia actual, el riesgo CV fue equivalente, o incluso menor, en sujetos dipper-extremo comparados con los dipper, pero significativamente más alto en no-dippers y risers. Los resultados

indican además que la profundidad de la PA, como variable continua, y no la clasificación dipper basada en un umbral arbitrario del 10% de profundidad, debería ser utilizada para la correcta valoración de riesgo CV.

PÓSTER Nº 132

ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN VERDADERA CON MEDIDAS CLÍNICAS DE PRESIÓN ARTERIAL: PROYECTO HYGIA

J.J. CRESPO (1), L. POUSA (1), P.A. CALLEJAS (1), J.L. SALGADO (1), J. BOVEDA (1), J. PEREZ DE LIS (1), L. PATRON (1), A. MOJON (2), D.E. AYALA (2), R.C. HERMIDA (2)

(1) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. VIGO, (2) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN CLÍNICA, MAPA, PROYECTO HYGIA

RESUMEN:

Objetivos: La correlación entre el nivel de presión arterial (PA) sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y el daño en órganos diana, riesgo cardiovascular (CV) y pronóstico a largo plazo es mayor para las medidas de PA ambulatorias (MAPA) que para las clínicas. A pesar de ello, estas últimas siguen siendo el patrón oro para diagnosticar hipertensión, cuantificar riesgo CV y evaluar eficacia antihipertensiva. Hemos comparado la clasificación de riesgo CV normal/elevado mediante valores de PA clínica y ambulatoria en sujetos no tratados participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 9106 sujetos no tratados (4714 hombres/4392 mujeres), de 53,4±14,4 años de edad, con PA entre la normotensión e hipertensión de acuerdo a criterios de MAPA. 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 días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso. La normotensión ambulatoria se definió como media de actividad <135/85 mmHg para la PAS/PAD y media de descanso <120/70 mmHg.

Resultados: Entre los sujetos con PAS/PAD clínica normal (<140/90 mmHg), el 43,8% tenían hipertensión enmascarada (PA ambulatoria alta), mientras que el 25,3% de los individuos con PA clínica elevada tenían normotensión enmascarada (PA ambulatoria normal). Entre los pacientes con riesgo CV elevado (alta PA ambulatoria y/o patrón no-dipper), el 32,5% se clasificaron erróneamente como "normotensos" en función de su PA clínica. Además, entre los participantes con riesgo CV bajo (PA ambulatoria normal y perfil dipper), el 54% presentaron valores elevados de PA clínica y, por ello, hubiesen sido erróneamente clasificados como "hipertensos".

Conclusiones: La prevalencia combinada de normotensión enmascarada e hipertensión enmascarada representa >33% de los adultos no tratados. La consideración adicional del perfil no-dipper como un factor pronóstico documentado de alto riesgo CV indica que basarse en la PA clínica para estratificación de riesgo conlleva el error en la clasificación del 48% de los sujetos, lo que evidencia que ésta es una prueba diagnóstica comparable a tirar una moneda al aire. Por todo ello, la MAPA debe sustituir a la PA clínica como regla de oro para diagnóstico de hipertensión verdadera y la valoración de riesgo CV en población general.

PÓSTER Nº 133

INFLUENCIA DE LA MEDIA DE DESCANSO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA PREVALENCIA REAL DE LA NORMOTENSIÓN E HIPERTENSIÓN ENMASCARADAS: PROYECTO HYGIA

A. MOYA (1), C. DURAN (2), A. FERRERAS (2), F.J. IGLESIAS (2), S. HERNAIZ (2), M.J. BAQUEIRO (2),
A. AGUILAR (2), J.R. FERNANDEZ (3), D.E. AYALA (3), R.C. HERMIDA (3)

(1) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. PONTEVEDRA, (2) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. VIGO,
(3) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: NORMOTENSIÓN ENMASCARADA, HIPERTENSIÓN ENMASCARADA, PROYECTO HYGIA

RESUMEN:

Objetivos: Las discrepancias entre las medidas clínicas y ambulatorias (MAPA) de presión arterial (PA) se definen como normotensión enmascarada (PA clínica elevada y ambulatoria normal) e hipertensión enmascarada (PA clínica normal y ambulatoria elevada). Estudios previos han clasificado a los individuos comparando la PA clínica con sólo la media de actividad o de 24h de la PA, sin tener en cuenta la media de descanso, un mejor predictor de riesgo cardiovascular (CV). Por ello, hemos evaluado la influencia de la media de descanso de la PA en la prevalencia real de normotensión e hipertensión enmascaradas en sujetos no tratados participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Estudiamos 9106 sujetos no tratados (4714 hombres/4392 mujeres), de 53,4±14,4 años de edad, con PA entre la normotensión e hipertensión de acuerdo a criterios de MAPA. 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 días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: Utilizando tanto la media de descanso como la de actividad para la clasificación, la prevalencia de normotensión, normotensión enmascarada, hipertensión enmascarada e hipertensión sostenida fue de 21.1, 15.8, 16.2 y 46.9%, respectivamente, en lugar de 26.7, 22.3, 10.8 y 40.4% utilizando sólo la media de actividad en comparación con la PA clínica. Entre los sujetos con PA clínica y de actividad normales, el 21.0% debería haberse clasificado como hipertensión enmascarada en función de su elevada media de descanso, pero han sido hasta ahora erróneamente incluidos en el grupo de referencia de "normotensión" utilizado para calcular el riesgo CV de las otras categorías. Entre los sujetos con PA clínica elevada y media de actividad normal, hasta ahora clasificados como "normotensión enmascarada", el 29.6% tendrían que haber sido clasificados como hipertensión sostenida por su elevada media de descanso.

Conclusiones: 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 y normotensión por MAPA y no se puede omitir en la definición de normotensión e hipertensión enmascaradas. Por ello, estas dos condiciones no se pueden definir comparando la PA clínica con

medidas domiciliarias tomadas durante el ciclo de actividad, como se ha reportado frecuentemente en la literatura y equívocamente se recomienda como alternativa a la MAPA.

PÓSTER Nº 134

FACTORES DEMOGRÁFICOS, DE LABORATORIO Y CLÍNICOS CONTRIBUYENTES DEL PATRÓN NO-DIPPER EN HIPERTENSIÓN: PROYECTO HYGIA

M.C. CASTIÑEIRA (1), D.E. AYALA (2), S.M. GOMARA (3), A.A. REGUEIRO (3), J. MENDUIÑA (3), J.J. SANCHEZ (4), L. MEIJIDE (4), M.J. FONTAO (2), A. MOJON (2), R.C. HERMIDA (2)

(1) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. LUGO, (2) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO,
(3) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. PONTEVEDRA, (4) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. SANTIAGO

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: NO-DIPPER, MAPA, PROYECTO HYGIA

RESUMEN:

Objetivos: Múltiples estudios prospectivos han mostrado consistentemente una asociación entre el patrón no-dipper de la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA) y aumento de riesgo cardiovascular (CV) en pacientes hipertensos. Los mecanismos responsables de la ausencia del descenso nocturno adecuado en la PA no están claros, aunque se ha demostrado una alta prevalencia de patrón no-dipper, entre otras condiciones, en ancianos y en pacientes con diabetes, enfermedad renal crónica (ERC) y apnea obstructiva del sueño. Por ello, hemos investigado factores contribuyentes potenciales del patrón no-dipper en pacientes hipertensos participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Evaluamos 17655 pacientes con hipertensión (9489 hombres/8166 mujeres; 4964 no tratados; edad $59,7 \pm 13,7$ años), definida como media de actividad de la PA sistólica/diastólica (PAS/PAD) $\geq 135/85$ mmHg, o media de descanso $\geq 120/70$ mmHg, o 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 días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: El análisis de regresión logística escalonado indicó que el perfil no-dipper (como variable categórica) se asoció simultánea y significativamente, en orden de importancia, con reducido filtrado glomerular estimado (CKD-EPI), edad avanzada, reducido colesterol-HDL, presencia de diabetes, no fumar (debido al esperado aumento de PA diurna asociado al efecto presor del tabaco), elevado cociente albúmina/creatinina, presencia de apnea y elevado perímetro de cintura. Además, el patrón no-dipper se asoció significativamente con el aumento de fármacos antihipertensivos en dosis única matutina. La ingesta de ARA-II o IECA al acostarse se asoció significativamente con mayor profundidad de la PA hacia un patrón más dipper, mientras que la ingesta de alfa y beta-bloqueantes estuvo significativamente asociado con menor profundidad.

Conclusiones: Nuestros resultados indican la fuerte asociación entre la pérdida de descenso nocturno de PA (patrón no-dipper) y la edad, obesidad central y diagnóstico de diabetes, ERC y apnea obstructiva del sueño. El tratamiento antihipertensivo al levantarse altera significativamente el perfil de 24h de la PA hacia un patrón más no-dipper. Por el contrario, el bloqueo del sistema renina-angiotensina al

acostarse se asocia significativamente con mayor profundidad, lo que reduce significativamente el riesgo CV como ya ha sido demostrado.

PÓSTER Nº 135

PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN FUNCIÓN DEL ESTADÍO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: PROYECTO HYGIA

A. OTERO (1), L. PIÑEIRO (2), M. DOMINGUEZ SARDIÑA (3), J. MOSQUERA (3), M. CID (3), B. POLO (3), J.M. REGUEIRA (3), D.E. AYALA (2), J.R. FERNANDEZ (2), R.C. HERMIDA (2)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. ORENSE, (2) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO,
(3) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. VIGO

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL, MAPA, PROYECTO HYGIA

RESUMEN:

Objetivos: Existe una fuerte asociación entre la enfermedad renal crónica (ERC) y el aumento en la prevalencia de hipertensión, daño en órganos diana y eventos cardiovasculares (CV). El patrón no-dipper determinado mediante monitorización ambulatoria (MAPA) de la presión arterial (PA) es frecuente en ERC y también se ha asociado consistentemente con mayor riesgo CV. Por ello, hemos evaluado el patrón circadiano de la PA en pacientes con ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio transversal evaluamos 5818 pacientes con ERC (filtrado glomerular estimado [eGFR] <60 ml/min/1.73 m² y/o albuminuria al menos dos veces en 3 meses), 3350 hombres/2468 mujeres, de 64,5±13.8 años de edad y con PA entre la normotensión e hipertensión de acuerdo a criterios de MAPA. 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 días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: Se documentó un aumento progresivo y significativo (P<0,001) en la media de descanso de la PA sistólica (PAS) con el aumento en la severidad de la ERC, es decir, disminución de eGFR. La media de actividad de la PAS, sin embargo, no cambió consistentemente con los estadios de la ERC. La PA diastólica (PAD) disminuyó progresivamente con el descenso de eGFR, siendo el descenso mayor en media de actividad que de descanso. Además, la profundidad de la PAS/PAD disminuyó progresiva y significativamente (P<0,001) aumentando la prevalencia del patrón no-dipper con el descenso de eGFR. La proporción de pacientes con perfil riser aumentó significativamente desde el 6,4% en pacientes con estadio 1 hasta un 33.5% de los pacientes con estadio 5.

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 5 veces mayor en pacientes con enfermedad renal terminal. 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, aumentar la profundidad de la PA y reducir así el riesgo CV en estos pacientes.

PÓSTER Nº 136

RELACIÓN ENTRE EL INCREMENTO MATUTINO Y LA PROFUNDIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA: PROYECTO HYGIA

M.T. RIOS (1), R.C. HERMIDA (2), A. MOYA (3), A.A. REGUEIRO (3), J.J. CRESPO (1), S.M. GOMARA (3),
M.C. CASTIÑEIRA (4), J.R. FERNANDEZ (2), A. MOJON (2), D.E. AYALA (2)

(1) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. VIGO, (2) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO,
(3) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. PONTEVEDRA, (4) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. LUGO

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: INCREMENTO MATUTINO, PROFUNDIDAD, PROYECTO HYGIA

RESUMEN:

Objetivos: Los resultados de estudios prospectivos sobre el valor pronóstico del incremento matutino (IMPA) de la presión arterial (PA) son inconsistentes. Por el contrario, numerosos estudios han documentado consistentemente: (i) la asociación entre la disminución de profundidad de la PA (patrón no-dipper) y el aumento de riesgo cardiovascular (CV) y (ii) que la media de descanso de la PA es mejor predictor de riesgo CV que las medias de actividad o de 24h. Hemos investigado la relación entre el IMPA y la profundidad en los sujetos participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV con monitorización ambulatoria (MAPA) de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: Hemos evaluado 19853 sujetos (10456 hombres/9397 mujeres; 7125 no tratados; edad $58,7 \pm 14,1$ años), con PA entre la normotensión e hipertensión de acuerdo a criterios de MAPA. 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 días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso. El IMPA se calculó como la diferencia entre la media de PA de las dos horas después de levantarse y la media horaria alrededor del menor valor de PA durante el sueño.

Resultados: Se documentó una correlación altamente significativa y positiva entre el IMPA y la profundidad ($r > 0,608$, $P < 0,001$) y negativa entre el IMPA y la media de descanso de la PA ($r > -0,280$, $P < 0,001$). Dichas correlaciones entre el IMPA y la profundidad y media de descanso de la PA siguieron siendo estadísticamente significativas cuando se analizaron por separado los sujetos tratados/no-tratados, jóvenes/ancianos y normotensos/hipertensos, así como cuando se corrigieron los resultados por las posibles variables de influencia de edad, sexo, índice de masa corporal, perímetro de cintura, consumo de tabaco, glucosa, ácido úrico, colesterol-HDL, colesterol-LDL, filtrado glomerular, cociente albúmina/creatinina, diagnóstico de diabetes y/o apnea obstructiva del sueño, y tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que un mayor IMPA se asocia significativamente con mayor profundidad de la PA hacia un perfil más dipper y con menor media de descanso de la PA, siendo estos dos parámetros derivados de la MAPA marcadores independientes de menor daño en órgano diana y riesgo de eventos CV que han sido, además, recientemente validados como dianas terapéuticas para reducción de riesgo CV mediante la temporalización (cronoterapia) del tratamiento antihipertensivo.

PÓSTER Nº 137

¿LOS PATRONES DE LA MAPA DE NORMOTENSOS SE ACOMPAÑAN DE DIFERENCIAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

I.E. BANCU (1), L.C. VAZQUEZ JIMENEZ (1), M.I. TROYA SABORIDO (1), J. BONET SOL (1)

(1) HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: NORMOTENSOS, NO DIPPER, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Introducción: Se ha descrito que los pacientes hipertensos no controlados que presentan un patrón no dipper y/o riser tienen mayor de riesgo de lesión de órganos diana y aumento de riesgo cardiovascular. Sin embargo hay pocos datos sobre el patrón no dipper con medias de presión arterial en rango de normalidad y su repercusión en los factores de riesgo cardiovascular.

Objetivo: Estudiar las diferencias en cuanto los factores de riesgo cardiovascular entre el patrón dipper/no dipper en pacientes normotensos por MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial).

Tipo de estudio: estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transverso.

Material y Métodos: 189 pacientes que disponían de MAPA durante 24 horas y que presentaban presión arterial de 24h normal por MAPA en el período noviembre 2011-octubre 2012. Se han analizado parámetros clínicos, antropométricos y bioquímicos. Se utilizaron las tablas REGICOR para valorar el riesgo cardiovascular.

Resultados: 189 pacientes (55,6% hombres), con edad media de 53,29-/+17,62 años, índice de masa corporal 28,52-/-6,54 kg/m², perímetro de la cintura 96,33-/-14,24 cms. 20,6% eran diabéticos. Todos tenían presión arterial de 24 horas dentro del rango de la normalidad, pero 34,44% presentaban un patrón no dipper y 18,5% eran risers.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes normotensos que presentaban patrón dipper y los no dipper/riser en cuanto la edad (45,51 vs 57,36, p<0,05), el perímetro de la cintura (91,76 vs 98,73, p=0,02), la creatinina sérica (0,92 vs 1,61, p=0,05), el índice albúmina/creatinina en orina (28,29 vs 130,68, p=0,05), el score REGICOR (3,07 vs 4,61, p=0,01). No encontramos diferencias respecto al género, índice de masa corporal, hábito tabáquico, roncador, diabetes, filtrado glomerular, urato y proteína C reactiva.

Conclusión: Los sujetos normotensos con presión arterial no dipper (64% de nuestros pacientes) independientemente de su género, tienen mayor edad, alteración renal, obesidad central, precisan más tratamiento hipotensor y presentan mayor riesgo cardiovascular según las tablas REGICOR con respecto a los dipper.

PÓSTER Nº 138

ESTUDIO DEL PATRÓN CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL EN RELACION CON LAS DISTINTAS VARIABLES BIOLÓGICAS Y TERAPEÚTICAS DE LOS PACIENTES

J. GARCÍA ROBLES (1), M. CASTUERA ESTEBAN (1), G. URENDES JIMENEZ (1), E. ROBLES AGÜERO (1),
L. PRIETO ALBINO (1)

(1) CENTRO DE SALUD NUEVO CÁCERES. CÁCERES

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN ARTERIAL, MONITORIZACIÓN AMBULATORIA, PATRÓN CIRCADIANO

RESUMEN:

OBJETIVO: El principal objetivo ha sido estudiar el patrón circadiano de presión arterial en relación con las distintas variables biológicas y terapéuticas de los pacientes.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo Transversal sobre una muestra de 140 pacientes con o sin hipertensión arterial (HTA) diagnosticada, utilizando Monitor ambulatorio de Presión arterial (MAPA) en un periodo de tiempo de 2005 a 2012, en el Centro de Salud Nuevo Cáceres (Cáceres). Se utilizó monitor modelo Space Labs 90207, y se obtuvieron registros de PA durante 24 horas, cada 20 minutos entre las 7:00 y las 23:00 h y cada 30 minutos en periodo nocturno. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: De la muestra de 140 pacientes, 3 (2.1%) pacientes fueron no válidos; Siendo el patrón circadiano: Extreme Dipper 8.6%, Dipper 43.6%, Non Dipper 33.6% y Riser 12.1%. Mediante análisis estadístico Chi-cuadrado, se encontró una relación estadísticamente significativa entre lesión de órgano diana (LOD) y perfil circadiano ($p = 0.029$). Al analizar cada patrón por separado se observó una relación entre LOD y patrón dipper ($p = 0.047$) y patrón Riser ($p = 0.02$). También resultó ser estadísticamente significativa la relación entre tabaquismo y perfil circadiano ($p = 0.036$), debida principalmente a la asociación con el patrón Extreme dipper ($p = 0.008$). Así mismo, no encontramos relación estadísticamente significativa entre los distintos perfiles circadianos y las siguientes variables: Diabetes Mellitus ($p = 0.69$), Dislipemia ($p = 0.58$), Enfermedad cardiovascular ($p = 0.94$), tratamiento con calcioantagonistas ($p = 0.84$), con inhibidores de renina ($p = 0.38$), con Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ($p = 0.78$), con diuréticos ($p = 0.68$), con β -bloqueantes ($p = 0.38$), con antagonistas de los receptores de angiotensina II ($p = 0.88$) y tratamiento de α -bloqueantes ($p = 0.38$).

CONCLUSION: La mayoría de nuestros pacientes presentan un patrón Dipper. A diferencia de la bibliografía existente, hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa del patrón Dipper con una mayor incidencia de LOD, que podría estar justificado por el pequeño tamaño muestral, o bien, por la diferente prevalencia de HTA entre los diferentes patrones circadianos.

PÓSTER Nº 139

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL MAPA EN NUESTRO CENTRO DE SALUD

J. GARCÍA ROBLES (1), M. CASTUERA ESTEBAN (1), G. URENDES JIMENEZ (1), E. ROBLES AGÜERO (1),
L. PRIETO ALBINO (1)

(1) CENTRO DE SALUD NUEVO CÁCERES. CÁCERES

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, MONITORIZACIÓN AMBULATORIA, PATRÓN CIRCADIANO

RESUMEN:

OBJETIVO: Evaluar la rentabilidad de la Monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) en el diagnóstico de Hipertensión arterial (HTA) en pacientes con tensión arterial clínica elevada, considerando dicha rentabilidad la exclusión del diagnóstico de hipertensión mediante MAPA en aquellos pacientes que presentaban cifras de tensión arterial (TA) $\geq 140/90$ de promedio en consulta; puesto que sin la realización del mismo se podría iniciar procedimientos diagnóstico-terapéuticos innecesarios, con los costes y efectos secundarios que ello conlleva.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 140 pacientes, de los cuales seleccionamos 60 pacientes sin tratamiento que presentaban niveles de TA clínicas igual o superior a 140/90 con triple toma en consulta de enfermería. Marco temporal desde 2005 a 2012 en el Centro de Salud Nuevo Cáceres. Se utilizó monitor ambulatorio de presión arterial modelo Space Labs 90207, y se obtuvieron registros de PA durante 24 horas. Se consideró buen control de PA cuando la presión arterial media de 24 horas $<130/80$, diurna $<135/85$ y nocturna $<120/70$.

RESULTADOS: La mayoría de los MAPAs se realizaron para comprobar el efecto del tratamiento (52.1%). De los restantes el 39.3% se realizaron con fines diagnósticos, un 3.6% para descartar hipertensión de "bata blanca", un 0.7% para estudio del patrón circadiano y un 2.1% por sospecha de HTA refractaria.

La distribución de la muestra $n=60$ de los pacientes con fines diagnósticos respecto al sexo fue 27 varones y 33 mujeres; correspondiendo la edad media a 55 años (mediana 55 y moda 50). De entre estos pacientes, se llegó al diagnóstico de HTA en 16 casos: Extreme Dipper 3 pacientes (18.8%), Dipper 8 pacientes (50%), Non Dipper 3 pacientes (18.8) y Riser 2 pacientes (12.5%). En total 44 pacientes a los que se realizó MAPA con fines diagnósticos se desestimó el diagnóstico de HTA.

CONCLUSIÓN: Creemos conveniente la realización de MAPA para descartar o confirmar el diagnóstico real de HTA, puesto que la rentabilidad de nuestro estudio es de un 73.3%, evitando en estos casos pruebas y tratamientos innecesarios.

PÓSTER Nº 140

RENTABILIDAD DEL MAPA EN EL SEGUIMIENTO TERAPEÚTICO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

J. GARCÍA ROBLES (1), M. CASTUERA ESTEBAN (1), G. URENDES JIMENEZ (1), E. ROBLES AGÜERO (1),
L. PRIETO ALBINO (1)

(1) CENTRO DE SALUD NUEVO CÁCERES. CÁCERES

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: RENTABILIDAD, MONITORIZACIÓN AMBULATORIA, PATRONES CIRCADIANOS

RESUMEN:

OBJETIVO: Estudiar la rentabilidad de la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) en el seguimiento de la eficacia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial ya tratados farmacológicamente, considerando como buen control de presión arterial media de 24 horas <130/80, diurna <135/85 y nocturna <120/70.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo Transversal sobre una muestra de 140 pacientes con y sin diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), de los cuales seleccionamos 77 pacientes que estaban diagnosticados de HTA y con tratamiento farmacológico. Se utilizó Monitor ambulatorio de Presión arterial (MAPA) modelo Space Labs 90207, en un periodo de tiempo de 2005 a 2012, en el Centro de Salud Nuevo Cáceres (Cáceres). Se recogieron registros de PA durante 24 horas cada 20 minutos entre las 7:00 y las 23:00 h y cada 30 minutos en periodo nocturno. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: Cumplían los criterios de selección 77 MAPAs. Entre ellos, 47 pacientes (61%) tenían un buen control de Tensión arterial y tan solo 30 pacientes (39%) tenían mal control terapéutico de su HTA. La distribución muestral fue de 31 varones (40.3%) y 46 mujeres (59.7%), siendo la edad media de 65 años (mediana=66 y moda=55). Los patrones circadianos de ambos grupos fueron:

- Mal control de Presion arterial: Extreme dipper 1 (3.2%), Dipper 14 (45.2%), Non Dipper 9 (28%) y Riser 7 (22.6%)

- Buen control de presión arterial: Extreme dipper 4 (8.5%), Dipper 21 (44.7%), Non dipper 17 (36.2%) y Riser 5 (10.6%)

CONCLUSIONES: En nuestro estudio, la rentabilidad del seguimiento terapéutico mediante MAPA en pacientes con HTA es del 61%, observamos así mismo, que los pacientes con buen control de presión arterial se corresponden con un aumento de patrón Extreme dipper y una disminución de patrón Riser, probablemente consecuencia de una mayor intensificación del tratamiento farmacológico.

PÓSTER Nº 141

ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD TENSIONAL EN EL HIPERTENSO. CORRELACIÓN AMPA-MAPA-MEDICIÓN EN CONSULTA

J. ABELLÁN HUERTA (1), F. SORIA ARCOS (1), R. LUQUÍN MARTÍNEZ (1), A. SALGUERO MERINO (1), R. MORALES LÓPEZ (1), J. MIRAS MARTÍNEZ (1), M.J. SÁNCHEZ GALIÁN (2), M. LOZANO ESPINOSA (2), M. LEAL HERNÁNDEZ (2), J. ABELLÁN ALEMÁN (2)

(1) SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL SANTA LUCÍA. CARTAGENA, (2) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: VARIABILIDAD, PRESIÓN ARTERIAL, ANÁLISIS

RESUMEN:

Propósito del estudio: -Determinar la variabilidad de la presión arterial mediante determinaciones por MAPA, AMPA y medición clínica en la consulta en una muestra de pacientes hipertensos que se mantienen estables. -Valorar el grado de concordancia entre estos métodos.

Métodos Usados: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado a pacientes hipertensos en tratamiento y estables (PA <160/100 mm Hg) que acuden a consulta de su médico de atención primaria por cualquier motivo. -Se incluyen pacientes de ambos sexos con edad entre 50 y 70 años diagnosticados de hipertensión arterial esencial estabilizada. La variabilidad tensional se define como la desviación estándar tanto de PAS como de PAD. Se recogen mediante anamnesis y/o exploración física, las siguientes variables: edad, sexo, IMC, perímetro de cintura, medición de PA en consulta (6 determinaciones válidas en un período de 8 semanas), medición de PA mediante MAPA de 24 horas y AMPA (54 determinaciones). Para la detección de lesión de órgano diana se realiza analítica general que incluye cociente albúmina/creatinina, electrocardiograma, ecocardiograma, índice tobillo brazo, medida de la presión arterial central, velocidad de onda de pulso, y grosor íntima media carotídeo.

Resultados: Se incluyen en el estudio 39 pacientes cuya edad media es de $62,44 \pm 5,89$ años. 29 (74,4%) son varones, mientras que 10 (25,6%) son mujeres. En consulta la PAS media y su variabilidad (desviación estándar) han sido $134,97 \pm 14,8$ mm Hg, la PAD $84,66 \pm 7,88$ mm Hg, mediante AMPA la PAS ha sido $124,07 \pm 12,78$ mm Hg y la PAD $77,58 \pm 5,59$ mm Hg y mediante MAPA la PAS $123,79 \pm 11,44$ mm Hg y la PAD $71,79 \pm 6,63$ mm Hg. Al correlacionar la variabilidad entre los diferentes métodos de medida de la presión arterial, la PAS presenta una correlación en la prueba de rho de Spearman de $r=0.475$ ($p<0.01$) al correlacionar desviación estándar mediante AMPA y estimada por consulta. Se obtiene $r=0.315$ ($p=0.051$) si enfrentamos variabilidad por MAPA de 24 horas con variabilidad por AMPA. Al comparar las desviaciones estándar de PAS mediante la T de student, se obtiene un nivel de significación de $p=0,107$ cuando enfrentamos la variabilidad por consulta y mediante AMPA. El resto de comparaciones (Desviación estándar de PAS de consulta con MAPA diurno y de 24 horas, y AMPA con MAPA diurno y de 24 horas) obtienen un nivel de significación de $p<0,01$. Respecto a la PAD se obtiene un nivel de correlación significativo al correlacionar MAPA de 24 horas con MAPA diurno ($r=0,936$,

$p < 0,01$) y nocturno ($r = 0,892$, $p < 0,01$), y los dos últimos entre sí ($r = 0,724$, $p < 0,01$). No se obtienen correlaciones significativas con desviaciones estándar de mediciones en consulta y AMPA. Según la comparación de medias de T de student para datos apareados, al enfrentar las desviaciones estándar obtenidas por consulta y AMPA obtenemos un nivel de significación de $p = 0,062$, el resto de comparaciones son estadísticamente significativas.

Conclusiones: Se detecta correlación entre variabilidad tensional de la PAS estimada mediante mediciones sucesivas de presión arterial en consulta y las medidas por AMPA.

PÓSTER Nº 142

ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD TENSIONAL EN EL HIPERTENSO. RELACIÓN VARIABILIDAD- LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

J. ABELLÁN HUERTA (1), F. SORIA ARCOS (1), F. ALCÁZAR MANZANERA (1), C. ARIZA COPADO (1),
M. SOTO MARTÍNEZ (1), M.J. DELGADO RODRIGUEZ (1), P. GÓMEZ JARA (2),
F. HERNÁNDEZ MENARGUEZ (2), M. LEAL HERNÁNDEZ (2), J. ABELLÁN ALEMÁN (2)

(1) SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL SANTA LUCÍA. CARTAGENA, (2) CÁTEDRA DE RIESGO
CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: VARIABILIDAD, RELACIÓN, LESIÓN ÓRGANO DIANA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Determinar la variabilidad de la presión arterial mediante determinaciones por MAPA, AMPA y medición clínica en la consulta en una muestra de pacientes hipertensos que se mantienen estables. -Estudiar si los pacientes con mayor variabilidad de la PA muestran mayor grado de afectación de órgano diana (carotideo, renal, cardiaco y/o vascular).

Métodos Usados: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado a pacientes hipertensos en tratamiento y estables (PA <160/100 mm Hg) que acuden a consulta de su médico de atención primaria por cualquier motivo. Se incluyen pacientes de ambos sexos con edad entre 50 y 70 años diagnosticados de hipertensión arterial esencial estabilizada. La variabilidad tensional se define como la desviación estándar tanto de PAS como de PAD. Se recogen mediante anamnesis y/o exploración física, las siguientes variables: edad, sexo, IMC, perímetro de cintura, medición de PA en consulta (8 determinaciones semanales consecutivas), medición de PA mediante MAPA de 24 horas y AMPA (54 determinaciones). Para la detección de lesión de órgano diana se realiza analítica general que incluye cociente albúmina/creatinina, electrocardiograma, ecocardiograma, índice tobillo brazo, medida de la presión arterial central, velocidad de onda de pulso, y grosor íntima media carotídeo.

Resultados: Se incluyen en el estudio 39 pacientes cuya edad media es de $62,44 \pm 5,89$ años. 29 (74,4%) son varones, mientras que 10 (25,6%) son mujeres. En consulta la PAS media y su variabilidad (desviación estándar) han sido $134,97 \pm 14,8$ mm Hg, la PAD $84,66 \pm 7,88$ mm Hg, mediante AMPA la PAS ha sido $124,07 \pm 12,78$ mm Hg y la PAD $77,58 \pm 5,59$ mm Hg y mediante MAPA $123,79 \pm 11,44$ mm Hg y la PAD $71,79 \pm 6,63$ mm Hg. La prevalencia de lesión de órgano diana en la muestra analizada es del 5,1% para la retinopatía, 2,6% para hipertrofia ventricular izquierda, 15,4% para cardiopatía isquémica, 7,7% para accidente cerebrovascular y 5,1% para enfermedad renal crónica. Se aprecia una tendencia a presentar mayor cociente albúmina/creatinina en pacientes con una variabilidad de la PAS en consulta mayor ($p=0,06$). Se confirma una correlación inversa entre valores de ITB menores a mayor nivel de variabilidad de PAD estimada en consulta ($p=0,035$). No se obtienen asociaciones estadísticamente significativas entre variabilidad de PAS y PAD en AMPA y la valoración de daño de órgano diana. Es valorable una asociación entre cociente albúmina/creatinina con variabilidad de la PAS estimado por MAPA de 24 horas sin llegar a ser significativa ($p=0,08$). Una mayor variabilidad de la PAD

estimada por MAPA de 24 horas se asocia a mayor índice de masa ventricular medida por ecocardiograma ($p=0,02$).

Conclusiones: Parece constatarse una asociación entre el daño renal, estimado mediante el aumento del cociente albúmina/creatinina, y variabilidad de la PAS medida por consulta y MAPA. Se observa una asociación entre hipertrofia ventricular estimada por ecocardiografía y variabilidad de la PAD medida por MAPA. Se comprueba una correlación inversa entre la variabilidad de la PAD en consulta y el ITB.

PÓSTER Nº 143

REGISTRO Y CONTROL DE LA PRESIÓN DE PULSO EN PACIENTES CON ICTUS EN LA REGIÓN DE MURCIA

E. RUBIO GIL (1), A. MARTINEZ PASTOR (2), J. LOPEZ PICAZO (3), J. ABELLAN ALEMAN (2),
D. INIESTA MARTÍNEZ (1), M.A. MARTINEZ NAVARRO (4), A. MARTÍNEZ NAVARRO (5)

(1) HOSPITAL DE LA VEGA LORENZ

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESION DE PULSO, ICTUS, CONTROL

RESUMEN:

Proposito del estudio:

Es conocido, a través de trabajos de Alderman y col. [ii](#), tras 20 años de seguimiento de 8.690 pacientes hipertensos en tratamiento, que la presión de pulso junto con otras 4 variables independientes (edad, historia previa de infarto de miocardio, ictus o diabetes) eran los predictores más potentes de incidencia de nuevos episodios cardiovasculares. Así mismo diversos estudios establecen una relación significativa e independiente entre la Presión del Pulso (PP) y la mortalidad, tanto global, como la debida a causas cerebrovasculares y coronarias, sobre todo cuando los valores superan los 65mmHG, aunque se acepta elevada por encima de 50-60 mmhg en las últimas revisiones, siendo un predictor de mortalidad vascular particularmente en población anciana. El objetivo de esta investigación es valorar el registro y control de la presión arterial y la presión de pulso, de los médicos de familia de Murcia, en pacientes que han sufrido un ictus, mediante la evaluación de los datos registrados en la historia clínica informatizada (OMI-AP).

Métodos usados:

Se ha recogido un muestra de 404 pacientes con ictus desde el año 2003 al 2007, seleccionados de forma aleatoria, y a través de la historia clínica informatizada de atención primaria (OMI-AP). Se analizan los últimos controles de presión arterial sistólica y diastólica registrada y se calculó la presión de pulso, considerándola como adecuada si era inferior a 60mmHg, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Europea de HTA.

Resultados:

La edad media de los pacientes que sufrieron un ictus La presión de pulso ha podido ser calculada en 324 pacientes, es decir en el 80% de los pacientes. No ha podido ser calculada en el 20 % de los pacientes por no tener registrado en OMI los valores de presión arterial sistólica y diastólica. La presión de pulso es ≤ 60 Mm Hg en el 66% de los pacientes con registro de la presión arterial, entre 60-90 mm Hg en el 31% de los pacientes y más de 90 Mm Hg en el 2% de los pacientes. La media de presión de pulso ha sido de 59.41 ± 4 mmHg, siendo la media en las mujeres de 59.49 ± 3.88 mmHg y la de los hombres 59.33 ± 4.12 , no viéndose diferencias estadísticamente significativas (T-Student $p < 0.05$). De aquellos que tienen registro, de la presión pulso la tienen bien controlada el 33% de los hombres frente al 31% de las mujeres, no observándose diferencias significativas.

Conclusiones:

Se debe incidir en lo importante de registrar adecuadamente la presión arterial en la historia clínica informatizada de atención primaria de tal forma que se pueda establecer cual es la PP y se puedan cumplir los objetivos de control en estos pacientes con ictus. Se requiere que el médico comprenda la importancia del control de las cifras de presión arterial, con una intervención precoz y mantenida y que integre el análisis de la PP, sobre todo en los pacientes mayores de 55 años, donde la PP es un indicador de rigidez arterial y predictor de nuevos eventos vasculares.

[1] Alderman M, Cohen H, Madhavan S. Distribution and determinants of cardiovascular events during 20 years of successful antihypertensive treatment. *J Hypertens.* 1998;16:761-9

PÓSTER Nº 144

CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS DE LOS HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE HTA Y RIESGO VASCULAR DE SALAMANCA DURANTE 3 MESES

L. MATEOS POLO (1), A. CRISOLINO POZAS (1), S. ARGENTA FERNANDEZ (1),
R. FERNANDEZ SANTALLA (1)

(1) HOSPITAL VIRGEN VEGA. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, OPTIMA, FARMACOS

RESUMEN:

OBJETIVOS

Determinar la edad, sexo, comorbilidades, grado de control de la Presión Arterial, diferentes patrones de la MAPA, número y tipo de fármacos usados en los pacientes vistos en la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular de Salamanca desde enero del 2010 a Marzo del 2010.

MATERIAL Y METODOS

En la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular de Salamanca se atienden pacientes de la capital y de la provincia. Se recogieron las historias clínicas de los sujetos hipertensos vistos en este período donde constaban los siguientes parámetros: grado de HTA, índice de masa corporal (IMC), glucemia y hemoglobina glicada, perfil lipídico, monitorización ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) e hipotensores usados. Se definieron los grados de HTA según las directrices de la HTA de la ESH y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Los grados de IMC como grado I (20-24.9) grado II (24.9-29.9) grado III (30-34.9) grado IV (35-39.9). Los patrones circadianos de la MAPA, se definieron como: descenso superior al 20% = dipper extremo, descenso entre el 10% y el 20% = dipper, descenso inferior al 10% = no dipper, PA nocturna más elevada = riser. La estadística se realizó con el sistema SPSS.18 analizando las frecuencias descriptivas, T de student para muestras independientes y Chi cuadrado para dependientes.

RESULTADOS

Se encontraron 213 sujetos, con edad media de 66 años, siendo el 46% varones con edad media de 63 y el 53% mujeres con edad de 70 años. El grado de control de PA fue óptima en el 38% (mujeres en el 50% y en hombres en el 49%) y el 37% estaban en el grado 1 (56% mujeres, y 34% varones) en el 22,1% existía HTA sistólica aislada (mujeres 52%, hombres 48% estadísticamente significativo $p < 0.04$). El 33.8% eran diabéticos tipo 2 (mujeres en el 35% y varones en el 32%), existía dislipemia en el 62% (64% mujeres y 62% varones) sin diferencias significativas en relación al sexo. El 44% tenían sobrepeso, el 35 eran obesas grado 3, con diferencias significativas de la mujeres respecto a los varones ($p < 0.01$). El patrón del MAPA fue no dipper en el 35% (42% mujeres, 28% varones) dipper extremo en el 9.8% (10.5% mujeres, 9% varones) riser en el 14% (15% mujeres, 14% varones) y dipper en el 39% (45% varones y 33% mujeres). La media de hipotensores fue de 2.1 en mujeres y de 1.9 en varones. Los ARA-2 se usaron en el 78% (48% mujeres 51% varones) los diuréticos en el 66% (53% mujeres, 46% varones) los CA en el 45% (46% mujeres, 53% hombres) los BB en el 34% (55% mujer, 44% hombre) los IECAS en el 23% (38% mujeres, 61% varones) los alfabloqueantes en el 8% (varones 81%, mujeres 33%).

CONCLUSIONES

En nuestra serie analizada, los hipertensos de nuestra Unidad son mujeres con edad media de 70 años, diabéticas tipo 2, dislipémicas, con sobrepeso, patrones patológicos en la MAPA (no dipper, riser y riser extremo). El control de la TA solamente se consiguió con más de 2 fármacos en el 38% de todos los casos, con triple asociación de ARA-2, diuréticos y calcioantagonistas. Los ARA-2 son los fármacos más usados en ambos sexos, seguidos de diuréticos, BB en mujeres y alfabloqueantes en varones. Creemos que esta diferencia en el comportamiento podrá ser debida a la presencia en la mujeres de predisposición a la retención hídrica y de prostatismo en varones como condicionantes en la elección de los fármacos.

PÓSTER Nº 145

ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL MEDIAS OBTENIDAS POR MONITORIZACION AMBULATORIA DE 24 HORAS, EN FUNCION DE LA TOMA DE LA MEDICACIÓN EN HORARIO DIURNO Y NOCTURNO

P.H. PONTE MÁRQUEZ (1), M.J. SOLÉ VILLA (1), J.A. ARROYO DIAZ (1), L. MATAS PERICAS (1), M.T. BENET GUSTA (1), A. ROCA- CUSACHS COLL (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, DIPPER, PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA

RESUMEN:

Objetivo: Determinar si existen diferencias en las medias de presión arterial (PA) y ritmo circadiano en función del horario de la medicación

Es un estudio observacional y retrospectivo. De los 483 registros de MAPA realizados en un hospital universitario de tercer nivel durante el año 2011, se incluyeron a aquellos paciente que recibía 2 o más fármacos diferente ($n: 187$) estableciendo dos grupos: 1º medicación por la mañana (6-13hrs) y/o tarde (13-19hr) ($n: 82$) y 2º al menos uno por la noche (>20hrs) ($n: 105$).

Los test estadísticos utilizados fueron Chi-Cuadrado para las variables basales y análisis Multivalente para comparar las medias de presión.

Ambos grupos son comparables en edad, sexo, IMC, porcentaje de lectura y calidad del sueño. En la presión casual se encontró diferencias significativas entre ambos grupos: 1er grupo: PAS 131.82 (± 13.43) PAD 77.77 (± 11.1) 2do grupo: PAS 130.30 (± 14.78) PAD 72.15 (± 11.59) ($p: 0.05$).

Se observó diferencias significativas en las medias de presión en el periodo de 24 horas: PAD: 74.21 (± 9.66) PAM: 93.11 (± 8.72) 1er grupo y PAD: 70.37 (± 9.91) PAM: 91.21 (± 9.14) 2do grupo ($p: 0.02$).

En periodo de actividad son inferiores las medias de presión 2do grupo ($p: 0.01$). [Grupo 1: PAS 129.45 (± 11.72) PAD 74.21 (± 9.66) PAM 93.11 (± 8.72)] [Grupo 2: PAS 129.37 (± 13.48), PAD 72.66 (± 10.68) PAM 93.57 (± 9.83)]

Durante el descanso no se alcanzó diferencias significativas en cuanto medias de presión pero se observó valores inferiores en el grupo 2 ($p: 0.06$)

No se alcanzó diferencias en la variación PAS y PAM en el cociente noche/día ($p: 0.95$) pero si para la PAD: 1er grupo 0.87 (± 0.09) vs 0.89 (± 0.09) en el grupo 2 ($p: 0.01$)

En el patrón dipper se encontró diferencias entre ambos grupos para PAD con 65.41% en el grupo 1 y 50.93% en el grupo 2 ($p: 0.05$) En PAS y PAM no se alcanzó diferencias ($p: 0.49$ y $p: 0.15$ respectivamente)

Entre las variables observadas durante el análisis del estudio se obtuvo un mayor número de tomas de medicación en el grupo noche (3) con respecto al grupo de día (2) alcanzando diferencias significativa ($p: < 0.00$). Se realizó un análisis de varianza ajustando al número de tabletas y se alcanzó diferencias significativas en las medias de presión arterial en los tres periodos (24 horas, actividad y descanso) a favor del grupo 2.

Con respecto a la categoría de fármaco utilizado como tratamiento hipotensor se encontró diferencias significativas entre ambos grupos con medias superiores en el grupo 2 para IECA, β bloqueantes, CaAg y α bloqueantes.

Se concluye que hay una menor media de PAD y PAM en el periodo de de 24 horas y de nocturno en el grupo de tratamiento de noche y una menor PAS durante el periodo de actividad. En cuanto al ritmo circadiano se llegaron a diferencias significativas con respecto al patrón dipper/no dipper a favor del grupo 1 para PAD pero se partiendo de presiones superiores a las del grupo 2. Se objetivo disminución del 13% en PAD noche con respecto al día en el grupo 1 contra un 11% en el grupo 2. Estas variaciones también son de relevancia clínica, observando un mejor control de la presión arterial durante los 3 periodos en el grupo 2.

Se han relacionado muchos factores que influyen en PA nocturna como son la edad, sexo femenino, obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular. El perfil no dipper se ve favorecido por estos factores además del número de agentes antihipertensivos utilizados, de tal forma que la probabilidad de presentar un patrón no dipper es más elevada conforme el número de hipotensores recibido es más alto. Este hallazgo se correlaciona a los datos obtenidos.

Al realizar un análisis de varianza ajustando al número de tabletas recibidas en cada grupo, se confirmaba las mejores medias de PA en el grupo 2 en actividad, 24 horas y período nocturno con diferencias estadísticamente significativas

Es recomendable la distribución de la medicación en función de las variaciones del ritmo circadiano para lograr un control más óptimo de la presión arterial.

PÓSTER Nº 146

¿PUEDE LA MAPA EN HIPERTENSOS TRATADOS Y NORMOTENSOS MODIFICAR LA CLASIFICACIÓN DE LA TABLA REGICOR?

L.C. VÁZQUEZ JIMÉNEZ (1), I. BANCU (1), M.I. TROYA SABORIDO (1), J. BONET SOL (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL. BADALONA/BARCELONA.

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, REGICOR, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Introducción: Las guías de riesgo cardiovascular (RCV) son modelos de variables múltiples, en nuestro medio la más utilizada es la de Regicor. Se divide en grupos de riesgo bajo (<5%), moderado (5-9%), alto (10-14%) y muy alto (>15%).

Objetivo: Estudiar si varía el RCV según la tabla de Regicor utilizando la PA (presión arterial) en consulta o las cifras obtenidas a través de la MAPA.

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo de corte transverso.

Materiales y métodos: 189 pacientes hipertensos a los que se les ha realizado MAPA compatible con normotensión durante el período de Noviembre 2011-Octubre 2012.

Resultados: 189 pacientes, 55,6% hombres, con una edad media de (53,29+/-17,62) años, índice de masa corporal de (28,52+/-6,72 Kg. /m².), perímetro de cintura (96,33+/-14,24 cm); 20,6% eran diabéticos. Todos con PA media dentro del rango de la normalidad; 47,1% presentaban patrón no dipper y 18,5% eran risers.

Hemos dividido a los pacientes en 4 grupos según Regicor teniendo en cuenta la PA en consulta: 141 (75,4%) pacientes presentaban riesgo bajo, 33 (17,6%) riesgo moderado, 12 (6,4%) riesgo alto y 1 (0,5%) paciente riesgo muy alto.

Al clasificar según la PA 24 hs de la MAPA observamos que varía la clasificación obteniéndose los siguientes resultados: 161 (86,6%) presentaban riesgo bajo, 21(11,3%) riesgo moderado 4(2,2%) riesgo alto y ningún paciente con riesgo muy alto. Siendo esto estadísticamente significativo ($p < 0,0001$).

Al comparar las clasificaciones obtenidas según las PA obtenidas de la MAPA (24h, diurna y nocturna) y compararlas entre si no se observan diferencias en cuanto a la reclasificación Regicor.

Conclusiones: Al clasificar a los pacientes hipertensos controlados (normotensos) según la PA obtenidas de la MAPA observamos disminución del RCV según tablas Regicor, respecto al obtenido con la PA en consulta. Pero no existen diferencias al comparar las clasificaciones Regicor según las PA obtenidas de la MAPA entre si.

PÓSTER Nº 147

ALTERACIÓN DEL PERFIL CIRCADIANO DE PRESION ARTERIAL EN PACIENTES CON SOBREPESO

J.E. LÓPEZ PAZ (1), A. HERMIDA AMEIJERAS (1), M. PENA SEIJO (1), M.L. ROMERO MIGUEZ (1),
G. CALVO GONZALEZ (1), A.M. PASCUAL MONTES (1), V. MARINEZ DURAN (1), A. POSE REINO (1),
C. CALVO GOMEZ (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO VASCULAR. SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: SOBREPESO, PERFIL CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL, MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE PRESIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo

El objetivo del presente estudio fue valorar la influencia del sobrepeso en el grado de descenso nocturno de presión arterial (PA) de una cohorte de pacientes hipertensos atendidos en nuestra Unidad.

Métodos

Estudio transversal, realizado en hipertensos ≥ 18 años, no tratados o con tratamiento farmacológico antihipertensivo, las variables estudiadas fueron: presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), promedio de PAS y PAD en MAPA de 48 horas, descenso nocturno de PAS y PAD en MAPA de 48 horas, edad, sexo, talla y peso. Se consideró sobrepeso cuando el índice de masa corporal (IMC) se situaba entre 25 y 30 Kg/m² y normopeso si era inferior a 25 kg/m².

Resultados

Se incluyeron 229 pacientes (52,4% mujeres), todos ellos diagnosticados de hipertensión arterial (confirmada mediante MAPA de 48 horas) y una media de edad de 52 años (DE: 15,75 años). El 74,2% de los pacientes presentaban sobrepeso con un promedio de IMC de 27,96 kg/m² (frente a los 23,35 kg/m² en la población con normopeso).

Los pacientes con sobrepeso presentaban cifras superiores de PAS en la clínica, pero estas diferencias no se confirmaron cuando se analizaban los valores de MAPA, sin diferencias estadísticamente significativas en el promedio de PAS y PAD entre ambos grupos. La media de descenso nocturno de PAS y PAD en los pacientes con normopeso fue de 12,29 mmHg (PAS) y 17,88 mmHg (PAD) respectivamente (frente a 10,09 (PAS) y 14,74 mmHg (PAD) respectivamente, en el grupo de pacientes con sobrepeso); $p < 0.001$.

El predominio de sexo masculino entre los pacientes con sobrepeso (57,1% frente al 39% en los hombres con normopeso) no condicionó las diferencias en la media de descenso nocturno de PAS y PAD en ambos grupos, ya que el análisis multifactorial no encontró diferencias de género en el descenso nocturno de PAS y PAD.

Conclusiones

El incremento en el IMC, aun sin llegar a extremos de obesidad, influye de forma negativa en el adecuado descenso nocturno de PA, incluso entre individuos con un mismo nivel de control tensional

evaluado mediante MAPA. Por tanto, la modificación de estilos de vida y la reducción ponderal debería ser una de las estrategias básicas en la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial. Una vez más, se pone de manifiesto la utilidad de la MAPA para la correcta evaluación en el manejo y tratamiento de los pacientes con HTA.

PÓSTER Nº 148

VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL RESISTENTE

A. HERMIDA AMEIJERAS (1), J.E. LOPEZ PAZ (1), M.L. ROMERO MIGUEZ (1), G. CALVO GONZALEZ (1),
F.L. LADO LADO (1), I. RODRIGUEZ LOPEZ (1), C. CALVO GOMEZ (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION Y RIESGO VASCULAR. SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL RESISTENTE, VELOCIDAD ONDA PULSO, MONITORIZACION AMBULATORIA DE PRESION ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivos

Los pacientes con Hipertensión Arterial Resistente (HAR) presentan un mayor riesgo de padecer ictus, insuficiencia renal u otros eventos cardiovasculares en comparación con aquellos pacientes con un buen control de presión arterial.

Por otra parte, los trastornos de la distensibilidad arterial medidos mediante velocidad de onda de pulso (VOP) se relacionan con los cambios de presión arterial, presencia de aterosclerosis y mortalidad de origen cardiovascular.

El objetivo del presente estudio es comparar las diferencias en la VOP entre una cohorte de pacientes con HAR y otra de pacientes hipertensos no refractarios, ajustados por edad y sexo.

Material y Metodos

Se incluyeron 238 pacientes con hipertensión arterial esencial (68 con HAR y 170 con HTA), emparejados por edad y sexo. Se monitorizó la PA (MAPA) durante 48 horas utilizando un dispositivo validado (Spacelabs 90207) para descartar pseudorefractariedad así como la hipertensión clínica aislada. Se empleó el dispositivo At Cor Medical (SphygmoCor Px[®], Vx[®], Sidney, Australia) que utiliza una función de transferencia validada para la estimación de la VOP carótido-femoral mediante tonometría por aplanamiento.

Resultados

Tras el emparejamiento (matching) por edad y sexo, y tras el análisis en la diferencia de medias, los pacientes con HAR mostraron en comparación con hipertensos no resistentes, una mayor prevalencia de síndrome metabólico (75% Vs 57,1%, respectivamente; p: 0,01) y sedentarismo (80,9% Vs 65,9% , p: 0,02) así como un mayor perímetro de cintura abdominal (106,79 cms Vs 102,74 cms; p: 0,016). El análisis de la MAPA mostró un menor descenso nocturno de PA sistólica/diastólica en pacientes con HAR (7,21/12,12 % Vs 9,83/14,32% respectivamente; p < 0,05).

Finalmente, el promedio de VOP en la población con HAR fue significativamente mayor que en la población no HAR (12,07 m/sec Vs 10,02 m/sec, respectivamente; p < 0,001).

Conclusiones

En nuestra cohorte de pacientes con HAR, el descenso nocturno de PA es significativamente menor en comparación con pacientes hipertensos no resistentes ajustados en relación a edad y sexo. De la misma manera, se objetiva un incremento en la rigidez vascular estimada mediante VOP carótido femoral en

esta misma población. Ambos fenómenos podrían estar implicados en el incremento del riesgo cardiovascular en la población con HAR.

PÓSTER Nº 149

ESTUDIO DEL PATRÓN CIRCADIANO EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

J. GARCÍA ROBLES (1), M. CASTUERA ESTEBAN (1), G. URENDES JIMÉNEZ (1), E. ROBLES AGÜERO (1),
L.C. PRIETO ALBINO (1)

(1) CENTRO SALUD NUEVO CÁCERES. CÁCERES

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, HTA, PATRÓN CIRCADIANO

RESUMEN:

OBJETIVO: Estudio del patrón circadiano en relación con el tratamiento farmacológico de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial (HTA)

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 140 pacientes con y sin diagnóstico de HTA, de los cuales seleccionamos 77 pacientes con tratamiento antihipertensivo. Marco temporal desde 2005 a 2012 en el Centro de Salud Nuevo Cáceres (Cáceres). Se utilizó monitor ambulatorio de presión arterial modelo Space Labs 90207, y se obtuvieron registros de PA durante 24 horas. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS: De la muestra de 77 pacientes con tratamiento antihipertensivo, 24 de ellos (17.5%) tomaban un fármaco, 26 pacientes (19%) tomaban dos fármacos, 22 (16%) tomaban tres, 4 (2.9%) tomaban cuatro y 1 (0.7%) cinco fármacos.

Los patrones circadianos de los pacientes que tomaban un fármaco fueron los siguientes: Extreme dipper 2 (8.3%), Dipper 9 (37.5%), Non Dipper 10 (41.7%) y Riser 3 (12.5%).

Los patrones circadianos de aquellos que tomaban dos fármacos fueron: Extreme dipper 1 (3.8%), Dipper 12 (46.2%), Non Dipper 7 (29.6%) y Riser 6 (23.1%).

Los de los pacientes que tomaban tres fármacos fueron: Extreme dipper 1 (4.5%), Dipper 11 (50%), Non Dipper 7 (31.8%) y Riser 3 (13.6%).

Finalmente, los patrones circadianos de los pacientes que tomaban cuatro fármacos fueron: Extreme dipper 1 (25%), Dipper 2 (50%), Non Dipper 1 (25%) y ninguno presentaba patrón Riser.

El paciente que tomaba cinco fármacos presentaba patrón Non Dipper.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio, hemos podido comprobar, cómo al intensificar el tratamiento farmacológico mejora el perfil circadiano de la presión arterial de los pacientes, en concreto, al comparar la toma de un único fármaco con dos o más fármacos, probablemente justificado por la adecuación del tratamiento farmacológico al administrarse dosis vespertina de fármacos antihipertensivos cuando se asocian dos o más fármacos.

PÓSTER Nº 150

INFLUENCIA DE LA CRNOTERAPIA EN EL PATRÓN CIRCADIANO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

J. GARCÍA ROBLES (1), M. CASTUERA ESTEBAN (1), G. URENDES JIMÉNEZ (1), E. ROBLES AGÜERO (1),
L.C. PRIETO ALBINO (1)

(1) CENTRO SALUD NUEVO CÁCERES. CÁCERES

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y
PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: CRNOTERAPIA, MAPA, PERFILES CIRCADIANOS

RESUMEN:

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es estudiar la influencia de la cronoterapia en el patrón circadiano de los pacientes hipertensos.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo Transversal sobre una muestra de 140 pacientes con o sin hipertensión arterial (HTA) diagnósticada , utilizando Monitor ambulatorio de Presión arterial (MAPA) en un periodo de tiempo de 2005 a 2012, en el Centro de Salud Nuevo Cáceres (Cáceres). Se utilizó monitor modelo Space Labs 90207, y se obtuvieron registros de PA durante 24 horas, cada 20 minutos entre las 7:00 y las 23:00 h y cada 30 minutos en periodo nocturno. Se seleccionaron 53 pacientes que estaban realizando tratamiento con más de un fármaco antihipertensivo; y de entre ellos diferenciamos dos grupos, aquellos cuya posología incluía una toma nocturna n=27, y aquellos que tomaban más de dos fármacos pero sin toma nocturna n =26. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 15.0 analizando sus perfiles circadianos.

RESULTADOS: De entre los 53 pacientes que estaban tomando tratamiento con más de un fármaco antihipertensivo, 27 pacientes tomaban uno de sus fármacos en horario nocturno frente a 26 pacientes que no lo hacían. De los que realizaban una toma nocturna 7.4% eran Extrema Dipper, 55.6% Dipper, 33.3% Non Dipper y 3.7% Risser. De los que no realizaban ingesta nocturna un 3.8 % eran Extreme Dipper, 38.5% Dipper, 26.9% Non Dipper y 30.8 % Risser. La relación entre la posología y el perfil circadiano mediante el test de Chi cuadrado nos da una significación de p=0.072.

CONCLUSION: Aunque podemos observar claramente que los pacientes cuya posología incluye una toma nocturna corresponden en su mayoría a perfiles Extreme Dipper y Dipper, mientras que los que no relaizan toma nocturna son predominantemente Non Dipper y Risser; lo que supone un patrón de mayor riesgo cardiovascular; la falta de significación puede ser debida al poco tamaño muestral, por lo que se aconsejaría repetir este estudio con un mayor número de pacientes, dada la importancia de los resultados del mismo.

PÓSTER Nº 151

PARADOJA ENTRE MAYOR RIESGO VASCULAR Y MENOR PRESENCIA DE ELEVACIÓN MATUTINA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL PATRÓN RISER

S. SUÁREZ ORTEGA (1), J. ARTILES VIZCAÍNO (1), P. JIMÉNEZ SANTANA (1), B. ALONSO ORTIZ (1),
R. CASTILLO RUEDA (1), A. GIL DÍAZ (2), J. ARENCIBIA BORREGO (1), S. SANTANA BAEZ (1),
J.C. RODRÍGUEZ PÉREZ (1)

(1) HOSPITAL UNVIERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRÍN. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA,
(2) HOSPITAL SAN ROQUE. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: MAPA, PATRÓN RISER, ELEVACIÓN MATUTINA

RESUMEN:

Objetivo: La elevación matutina de la presión arterial (PA) se ha correlacionado con eventos vasculares y el patrón riser del MAPA con mayor riesgo vascular. Se analizan 962 MAPAs, con el objetivo de valorar el riesgo vascular y la presencia de elevación matutina en el patrón riser frente a los otros patrones circadianos en el hipertenso, con vistas a analizar la paradoja de que el patrón riser tiene mayor riesgo vascular y menor presencia de elevación matutina que otros patrones circadianos.

Material y Métodos: En el curso de 8 años se ha realizado un MAPA a 1150 hipertensos. De ellos 962 reúnen criterios de validez, cumpliendo criterios de patrón riser 124 hipertensos. Se definió patrón riser cuando el promedio de PA de descanso era superior al de actividad y elevación matutina cuando se observa en la gráfica un ascenso de presión arterial en el momento del despertar superior al 10% de la presión media de descanso. Se definió riesgo vascular bajo a los niveles 1-3 (normal, ligero, moderado) y elevado a los niveles 4-5 (elevado, muy elevado) elevado. Los datos fueron extraídos de los holter remitidos por Medicina Interna de nuestro hospital al proyecto Cardiorisc, analizados con SPSS-15.

Resultados: La distribución en los 4 patrones clásicos ha sido: dipper (380; 39.5 %), no-dipper (401; 41.7 %), riser (125; 13%) y dipper extremo (56; 5.8 %). La edad media fue de 51.75±14.96 años (rango 14-89) en los hipertensos no riser (HTA-NR) frente a 62.35±14 (rango 18-87) en los hipertensos-riser (HTA-R); 431 (51.4%) de los 838 HTA-NR eran mujeres frente a 60 (48.4 %) en los HTA-R. 65 HTA-R (52%) tomaban 3 ó más fármacos, frente a 283 HTA-NR (34%); Con elevado riesgo vascular había 73 HTA-R (59%), frente a 264 HTA-NR (32%). En los HTA-R la asociación con diabetes (DM) fue de 62 (50%) casos frente a HTA-NR 162 (19%) y 92 (74%) con hiperlipemia frente a HTA-NR 228 (27%). La presión de pulso media (PP) en HTA-R v HTA-NR fue: casual (60.11±15.8 v 55.47±13) y por holter (61.59±17.2 v 49.9±14.9). Se apreciaron 2 gráficas en los HTA-R, uno en línea ascendente, (48 casos, todos diabéticos), y otro horizontal (76 casos). Se objetivó elevación matutina en 58 (47%) hipertensos HTA-R frente a 589 (71%) HTA-NR. La ausencia de elevación matutina se observó en 66 casos con HTA-R (53%), de los cuales el 73% eran diabéticos. El análisis bivalente de las variables analizadas es estadísticamente significativa para el patrón riser para el nivel de control de PA,

prevalencia de diabetes, número de fármacos, riesgo vascular, presión de pulso y ausencia de elevación matutina.

Conclusiones: 1.- La prevalencia del patrón riser representa el 13%. 2.- Todas las variables analizadas reflejan mayor riesgo cardiovascular, peor control y mayor prevalencia de HTA resistente en el patrón riser. 3.- La gráfica de PA en el subgrupo HTA-R diabético adopta una morfología ascendente. 4.- El patrón riser es común la ausencia de elevación matutina, y se relaciona con el riser ascendente del diabético hipertenso. 5.- La realización de la MAPA condicionó un cambio cronoterápico en todos los hipertensos-riser.

PÓSTER Nº 152

MÉTODOS DE DETERMINACIÓN DE LA RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS SIN TRATAMIENTO PREVIO

E. RODILLA SALA (13), J.A. COSTA MUÑOZ (1), S. TEJERO (1), J.M. PASCUAL IZUEL (12)

(1) HOSPITAL DE SAGUNTO, MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE HTA Y RIESGO VASCULAR. SAGUNTO,
(2) FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALENCIA. VALENCIA, (3) FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA. CASTELLÓN

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: RIGIDEZ ARTERIAL, VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO, METODOLOGÍA

RESUMEN:

Propósito del estudio: La rigidez arterial como lesión de órgano diana (LOD) está adquiriendo en los últimos años cada vez más importancia en el manejo del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. Sin embargo, la aparición de diferentes dispositivos para medir la velocidad de onda de pulso (VOP) limita la aplicabilidad de la determinación de la rigidez arterial.

Métodos: Estudio transversal en 46 pacientes hipertensos consecutivos sin tratamiento previo en los que se determinó simultáneamente 1) la VOP regional carótido-femoral clínica (VOP_{CAR_FEM}) por tonometría de aplanamiento (SPHYGMOCOR®), 2) la VOP local braquial clínica (VOP_{MOB_BRA}) y la VOP braquial ambulatoria de 24 horas (VOP_{MOB_24}) por análisis de la onda de pulso oscilométrica (MOBIL-OGRAPH®) y 3) la VOP local carotídea clínica (VOP_{CAROT}) por ecografía de radiofrecuencia (ESAOTE®). Se realizó igualmente una monitorización ambulatoria de presión arterial braquial, además de la exploración clínica y la analítica habitual.

Resultados: 21 varones (45,7 %) y 25 mujeres con una media de edad de 49,5 años (DE ±12,5). La presión arterial sistólica clínica fue de 142 mmHg (DE ±17) y la diastólica 84 (DE ±11), la ambulatoria sistólica 130 (DE ±12), la diastólica 84 (DE ±8), respectivamente. La VOP media fue según el dispositivo utilizado 8,3 m/seg (DE ±1,7) para la VOP_{CAR_FEM}, 8,0 (DE ±2,0) para la VOP_{MOB_BRA}, 7,5 (DE ±1,5) para la VOP_{MOB_24} de 24 horas, 7,6 (DE ±1,5) para la VOP_{MOB_24} diurna, 7,2 (DE ±1,5) para la VOP_{MOB_24} nocturna y 7,2 (DE ±1,6) para la VOP_{CAROT}. La prevalencia de una rigidez arterial patológica varió con el método utilizado, variando desde un 15,9 % para la VOP_{CAR_FEM}, 13,3 % para la VOP_{MOB_BRA}, 9,1 % para la VOP_{MOB_24} de 24 horas, 9,1 % para la VOP_{MOB_24} diurna, 4,5 % para la VOP_{MOB_24} nocturna y 8,7 % para la VOP_{CAROT}. No hubo diferencias significativas entre la VOP_{CAR_FEM} medida mediante el método de sustracción o la medición directa de la distancia carótido-femoral (8,19 versus 8,27 m/seg).

Conclusiones: La determinación de la VOP mediante la tonometría de aplanamiento carótido-femoral o por oscilometría braquial, no mostró diferencias significativas. Sin embargo, tanto la VOP carotídea local como la VOP ambulatoria de 24 horas fueron significativamente inferiores a la VOP braquial y carótido-femoral. Futuros estudios longitudinales deberán mostrar cuál de estas medidas se asocia a un mayor riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº 153

USO DE LA MAPA 2004-2012

G. RIBAS MIQUEL (1), E. BOIX ROQUETA (1), M. FERRÉ MUNTÉ (1), J. GIFRE HIPOLIT (1),
M. BELTRAN VILELLA (1)

(1) ABS CASSA DE LA SELVA. CASSÀ 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:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Analizar el uso que se ha hecho de la MAPA en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 31.430 habitantes, durante los años (2004-2012) 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 9 años (2004-2012) ha habido un aumento progresivo de solicitudes en los años sucesivos exceptuando el año 2008 (año 2004:16, 2005: 68, 2006: 83, 2007: 97 , 2008: 68, 2009: 78, 2010: 107, 2011: 85, 2012: 62), en total se han realizado 665 MAPA, 388 hombres (58,34 %) y 277 mujeres (41,65%). La edad media entre hombres fue de 53,41 años y entre las mujeres de 58,85 años.

La distribución de MAPA solicitados por trimestres anuales fue más intensiva en el primer semestre 55,03% y el último trimestre 44,97%.

El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (36,69%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (19,69%) y de Patrón circadiano (17,74%). El 48,27 % 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: 6,61 % normal, 24,21 % ligero, 40,30 % moderado, 15,63 % elevado, 6,61 % muy elevado.

Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 305 Dipper (45,86%), 244 Non Dipper (36,69%), 38 Extrem Dipper (5,71%), 57 Riser (8,57%), 0 Extrem Riser, 3 no aceptaron realizarse la prueba (0,45%) y 18 fueron no válidos (2,70%).

El 87,21 % de las MAPA obtuvo lecturas válidas para un diagnóstico. El 12,78 % 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 2.803, siendo diagnosticados con MAPA un 23,72%.

CONCLUSIONES:

- 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, mejorando el tratamiento personalizado a cada paciente

PÓSTER Nº 154

INFLUENCIA DETERMINANTE DE LA AUTOMEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO EN EL MANEJO DE CIFRAS HIPERTENSIVAS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

E. MARTÍN RIOBOÓ (1), J.D. REDONDO SÁNCHEZ (2), E.M. CAMACHO NAVARRO (1), J. PANTOJA DÍAZ (1), M.E. GONZÁLEZ PIMENTEL (1), E. BOSQUET BATISTA (1), L.Á. PÉRULA DE TORRES (3), M.Á. ORTEGA OSUNA (1), M.D. CONDE ROS (4), E.I. GARCÍA CRIADO (1)

(1) UGC FUENSANTA. CÓRDOBA, (2) UGC LUCANO. CÓRDOBA,
(3) UNIDAD DOCENTE DE MFYC. CÓRDOBA, (4) CENTRO DE SALUD MONTEMAYOR. CÓRDOBA

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: AMPA, INFLUENCIA, PRESIÓN ARTERIAL EN CONSULTA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Según las últimas Guías de Práctica Clínica es necesario realizar automedidas de presión arterial a domicilio (AMPA), o monitorización continua de presión arterial (MAPA) a todos los pacientes hipertensos. La utilización sistemática del AMPA a todos los pacientes que presentan cifras elevadas de PA en consulta, frente al manejo habitual de estas situaciones con tomas exclusivamente en consulta, no ha suficientemente sido evaluada.

Nos propusimos determinar la actitud y utilidad de realizar medidas sistemáticas con AMPA a todos los pacientes que consulten por cualquier motivo y que presenten cifras elevadas de PA en consulta (PAC), comparándola frente a la tomada con la PAC.

El propósito fue evaluar el porcentaje de pacientes en los que la AMPA modifica la actitud diagnóstico-terapéutica frente a la actitud tomada únicamente con PAC.

Objetivos secundarios: Porcentaje de HTA de bata blanca, cambios realizados porcentualmente en el diagnóstico y el tratamiento tanto en normotensos como en hipertensos y, pacientes en los que, a criterio de los investigadores, el AMPA tuvo una aportación determinante.

MÉTODOS USADOS

Tipo de estudio: Observacional, longitudinal, descriptivo antes-después de una intervención.

Selección de pacientes: Pacientes que acudieron al centro de salud de AP, y a los que se les detectó, por cualquier motivo (screening, síntomas, elevaciones de PA fuera de consulta, o control) elevación de su PA, durante un periodo de 6 meses.

Selección al azar de 3 días de la semana (lunes jueves y viernes). Selección de pacientes mediante muestreo consecutivo, que cumplieron los criterios de inclusión

Criterios de inclusión: Disponibilidad de AMPA validados en la inclusión (facilitado por investigadores o disponible por los propios pacientes). Pacientes con visión, audición y capacidad intelectual suficiente, y que firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión: Pacientes con personalidad obsesivo-compulsiva, arritmias, o aquellos que no cumplieran criterios de inclusión. Cifras de PA > 180/110 mmHg o sospecha de HTA secundaria. Incorrecta recogida de tomas tensionales.

Intervenciones: Hojas para anotación e información (instrucciones para pacientes) de cifras tensionales protocolizadas. AMPA validados. Tabla SCORE y de SEH-SEC de riesgo vascular.

Variables: Motivo de la toma de PA. Variables demográficas (edad, sexo), somatométricas (peso, IMC). Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol). Riesgo Vascular. HTA previa o no. Lesión de órgano diana y enfermedad vascular presente. Actitud diagnóstica o terapéutica antes, y después del AMPA (con la PAC y tras el AMPA). HTA de Bata blanca. Porcentaje de pacientes a los que se les cambia el diagnóstico o el tratamiento tras el AMPA. Opinión del investigador/a (¿AMPA es o no determinante?).

Análisis Estadístico: Descriptivo (medidas de centralización, dispersión y posición, IC al 95%) e inferencial (test de comparación de medias para muestras relacionadas, previa comprobación de normalidad –T test de Student o de Wilcoxon- y de proporciones para datos apareados -McNemar-; $p \leq 0,05$).

RESULTADOS: De variables descriptivas: Se incluyeron un total de 90 pacientes. Válidos para estudio 83. Edad media 61.8 +/-11.6. Hombres/mujeres: 52/48%. IMC medio 30.8 D.E. 5.6. Fumadores 24%. Consumen alcohol 16%. Diabetes mellitus 6%. Dislipemia 30%. Enfermedad CV 22%. SCORE medio 1.76 (solo se pudo calcular en un 42%).

PAC: PAS: 158 +/-12.2. PAD: 87 +/-11.4

AMPA: PAS: 135.9 +/-14.1 PAD: 77.6 +/-9.8

HTA previa 54%. Motivo de toma de PAC: Control 54%. Síntomas 17%. Cribado 17%. Cifras elevadas fuera 10%

Actitud con PAC: 45% añadir 1 fco. 7% Añadir 2 fcos. 38% Cambios de estilo de vida (CEV).

Actitud después de AMPA: HTA BB: 18%. Asociar fcos: 11%. CEV 24% . Nada: 27%. MAPA 20%

La AMPA es determinante: 86%

CONCLUSIONES:

La AMPA es determinante en el cambio de actitud de los médicos hacia los pacientes con cifras de PA elevada en consulta

Se detecta un amplio porcentaje de HTA de BB

El uso de fármacos disminuye drásticamente tras el AMPA.

La abstención terapéutica fue la actitud en la cuarta parte de los pacientes tras AMPA.

La utilización sistemática de AMPA debe ser recomendada a todos los pacientes con cifras elevadas de PA en consulta

PÓSTER Nº 155

METODOLOGÍA HABITUAL EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS OFICINAS DE FARMACIA Y SU POTENCIAL IMPACTO. ESTUDIO PILOTO DEL PROYECTO FARMAPRES CV

M.D. REIG BOTELLA (1), V. GINER GALVAÑ (1), M.E. CÓRCOLES FERRÁNDIZ (2), J.J. AMORÓS MAS (2),
E. AURA TEROL (2), J. BORONAT CORTÉS (2), M.V. CERDÁ FERRÉ (2), J. CLIMENT OLTRA (2),
M. DOMÉNECH LLORET (2), M.C. HERRERO JORDÁ (2)

(1) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VERGE DELS LLIRIS. ALCOY (ALICANTE). (2) FARMACÉUTICO COMUNITARIO. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. ALCOY (ALICANTE).

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: PRESIÓN ARTERIAL CLÍNICA, OFICINA DE FARMACIA, COMUNIDAD VALENCIANA

RESUMEN:

Propósito: Analizar de qué forma se mide habitualmente la PA en las Oficinas de Farmacia (OF) de nuestro ámbito.

Metodología: Entre Noviembre 2011 y Enero 2012 se remitió una encuesta con 12 ítems específicamente diseñada para este estudio a todas las OF (n 79) del Departamento de Salud Alcoy (139.443 habitantes censados) como estudio piloto antes de la extensión del proyecto FARMAPRES a toda la Comunidad Valenciana.

Resultados: Se ha obtenido la respuesta del 49,4% de OF del Departamento con un cobertura del 94,1% de la población censada. Las encuestas fueron contestadas por el Titular de la OF (56% de mujeres con (media±desv típica) 26,2±10,2 años de ejercicio). Se identifican unos 27 modelos diferentes de tensiómetro. De ellos el 44, 33 y 23% de OF utilizan sistemas semiautomáticos, de mercurio y aneroides, con un 31,1 y un 2,6% de ellas que utiliza dos o tres sistemas sistemas (18,1% aneroide más semiautomático, 10,4% mercurio más semiautomático, y 2,6% aneroide más mercurio). De entre los sistemas semiautomáticos, se registran más de quince modelos distintos, destacando que tan sólo el 52% (27,6% del total de sistemas de medida) está validado (<http://www.dableducational.org>). La medida suele realizarse en sedestación (97%) y generalmente (87%) a nivel braquial. Un 16% de encuestados especifica otras condiciones posturales. A pesar de que el 31% de OF cuenta con manguito para obesos, sólo un 2% mide el perímetro braquial, y un 8% afirma no tener clientes obesos. El 62% de OF realiza una sola medición, mientras que los porcentajes que lo hacen dos y tres veces son del 25 y 13% respectivamente, con un 20% que hace una segunda toma en caso de elevación inicial y un 15% que hace una tercera en caso de "no estar seguro". En el período comprendido entre los años 2007 y 2011 se atendieron 139±8 pacientes/año por elevación tensional en el Servicio de Urgencias Hospitalarias del Departamento. El 58,4±6,2 % procedían de los distintos Centros de Salud, requiriendo ingreso hospitalario 6±4 pacientes/año.

Conclusiones: Es llamativo el amplio margen de mejora en la práctica habitual de medición de la PA en las OF en lo que se refiere a apartaje y condiciones de medida. La mejora debe pasar por la implementación del uso de sistemas de medición validados, adecuación del manguito al perímetro

braquial y uso sistemático de medidas repetidas. Los hallazgos se corresponden con los tres únicos estudios previos en la ciudad de Valencia y provincias de Guipúzcoa y Albacete. Del potencial beneficio de estrategias encaminadas en este sentido da idea el poencial número de visitas evitables a los Servicios de Urgencias.

PÓSTER Nº 156

INTERPRETACIÓN DE LOS VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL OBTENIDOS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA POR EL FARMACÉUTICO. ESTUDIO PILOTO PROYECTO FARMAPRES CV

M.D. REIG BOTELLA (1), V. GINER GALVAÑ (1), M.E. CÓRCOLES FERRÁNDIZ (2), F. MIRALLES LÓPEZ (2),
I. JIMÉNEZ MORENO (2), F.J. GOZÁLBEZ ESTEVE (2), E. TURRIÓN GOZÁLBEZ (2),
C. MÁRQUEZ ROMERO (2), E. REUS CANALS (2), J. CARRIÓN CARRIÓN (2)

(1) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VERGE DELS LLIRIS. ALCOY (ALICANTE), (2) FARMACÉUTICO COMUNITARIO. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. ALCOY (ALICANTE).

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: OFICINA DE FARMACIA, SOBREALORACIÓN, FARMACÉUTICO

RESUMEN:

Propósito: Aunque escasa, la bibliografía existente plantea dudas sobre la fiabilidad de las decisiones de las Oficinas de Farmacia (OF) según valores de PA. Es por ello necesario conocer de qué forma se maneja la PA en las OF de nuestro medio antes de implementar su papel en el manejo cotidiano del hipertenso.

Metodología: De Noviembre de 2011 a Enero de 2012 se remitió una encuesta con 12 ítems específicamente diseñada para este estudio a todas las OF (n 79) del Departamento de Salud de Alcoy. Se trata de un estudio piloto antes de la extensión del Proyecto FARMAPRES (Oficinas de Farmacia en el Control de la Presión Arterial) a la totalidad de la Comunidad Valenciana.

Resultados: A la pregunta ¿Qué valores considera de normotensión? el 56, 32 y 12% sitúan el valor de PA sistólica (PAS) en las categorías de HTA grado 1, PA Normal-Alta y PA Óptima, y los de diastólica (PAD) en un 20, 20, 40 y 20% en HTA grado 1, Normal-Alta, Normal y Óptima. Un 36% responden criterios no cuantitativos como edad, género, FRCV o el "estar compensada". A la pregunta ¿A partir de qué valores considera mal control?, el 12, 72, y 4% situaron en HTA grado 1, HTA grado 2 y PA Normal-Alta la PAS, y la PAD en HTA grado 1, HTA grado 2, PA Normal-Alta y PA Normal en un 4, 60, 8 y 8%. Un 32% adujo criterios no cuantitativos semejantes a los expresados en la pregunta previa. A la pregunta ¿A partir de qué valores remite al paciente?, situaron en las categorías de HTA grado 3, HTA grado 2 y HTA grado 1 el 56, 8 y 8% de respuestas, con un 28% que refirió criterios cualitativos. Los valores de PAD fueron situados en las categorías de HTA grado 3, HTA grado 2, HTA grado 1 y Normal-Alta en un 12, 40, 4 y 4%, dando criterios cualitativos en un 40% y con una heterogeneidad superior a la observada para las preguntas previas. Las respuestas fueron siempre altamente heterogéneas, tanto las cuantitativas como las cualitativas. El 52% de entrevistados reconoció no haber recibido formación específica post-grado, siendo un 88% el porcentaje de los que afirmaron que les gustaría tener tal formación.

Conclusiones: Existe fuerte heterogeneidad y subjetividad a la hora de interpretar los valores de PA entre OF. En general, se parecía tendencia a sobrevalorar la importancia de los valores de PA diastólica,

si bien el sentido de la interpretación es altamente heterogéneo. Destaca igualmente el bajo grado de información específica sobre PA e HTA recibida a pesar del gran interés.

PÓSTER Nº 157

ACTITUDES Y ACCIONES DE LAS OFICINAS DE FARMACIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY EN LA REMISIÓN DE HIPERTENSOS A SERVICIOS MÉDICOS. PROYECTO FARMAPRES

M.D. REIG BOTELLA (1), V. GINER GALVAÑ (1), M.E. CÓRCOLES FERRÁNDIZ (2), I. LLOPIS BOLUDA (2), I.M. RAMÍREZ RODRÍGUEZ (2), M. ROBLES SÁEZ (2), E. SÁINZ NADALES (2), C. SÁNCHEZ GARCÍA (2), M.C. SEMPERE DOMÉNECH (2), M.J. CATALÁ SEMPERE (2)

(1) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VERGE DELS LLIRIS. ALCOY (ALICANTE). (2) DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. ALCOY (ALICANTE).

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: OFICINA DE FARMACIA, REMISIÓN, COORDINACIÓN ASISTENCIAL

RESUMEN:

Propósito: A pesar de los numerosos documentos para la remisión del hipertenso desde las Oficinas de Farmacia (OF), nadie sabe qué acciones se emprenden en la realidad diaria. El presente estudio observacional pretende dar respuesta a esta cuestión.

Metodología: Entre Noviembre de 2011 y Enero de 2012 se remitió una encuesta con 12 ítems específicamente diseñada para este estudio a todas las OF (n 79) del Departamento de Salud de Alcoy. Se trata del estudio piloto previo a la extensión a toda la Comunidad Valenciana del Proyecto FARMAPRES.

Resultados: Ha respondido el 49,4% de los titulares de las OF, con una cobertura del 94,1% de la población del Departamento. El 59% de encuestas fueron contestadas por mujeres, siendo 26±10 los años de experiencia profesional. Ante una PA elevada en el 87% de OF se repite la medición (62% hace medición única), en un 37% de ellas con un sistema diferente al inicial. El 95% de OF remite al paciente a un servicio médico: 49% a Urgencias Hospitalarias (UH) o Atención Primaria (AP) según grado de elevación, 40% a AP, y un 11% a UH siempre. La remisión se realiza tras dar consejos no farmacológicos en el 41% de OF: 88 % sobre dieta, 37% ejercicio físico, y 12% sobre cumplimiento terapéutico. Un 5% añade consejos farmacológicos. Todos los farmacéuticos consideran de valor la OF en el control de la PA (85% importante, 9% muy importante, 6% fundamental), señalando como ventajas la cercanía (69%), flexibilidad horaria (35%), menor efecto de Bata Blanca (23%), posibilidad de dar consejos no farmacológicos (19%), mayor facilidad para detectar HTA asintomática/desconocida (11%), mejor calidad de vida para el paciente (4%) y menor coste (4%). Un porcentaje apreciable considera que el médico de AP no valora adecuadamente su papel en el manejo de la PA.

Conclusiones: La mayoría de farmacéuticos remite al hipertenso mal controlado a un servicio médico, mayoritariamente de AP. Antes de la remisión suele comprobar la elevación y da consejos no farmacológicos. Parece que el farmacéutico se identifica como parte activa en el proceso de control del hipertenso y no como mero "remisor". Ello favorecería la implementación de modelos integradores de gestión, si bien sería necesaria una intensa tarea de formación.

PÓSTER Nº 158

¿QUÉ APORTA LA MEDICIÓN DE LA BIOIMPEDANCIA Y LOS MODULADORES HEMODINÁMICOS EN PACIENTES HIPERTENSOS RECIÉN DIAGNOSTICADOS SIN TRATAMIENTO PREVIO?

E. RODILLA SALA (13), J.A. COSTA MUÑOZ (1), J.M. PASCUAL IZUEL (12)

(1) HOSPITAL DE SAGUNTO, MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE HTA Y RIESGO VASCULAR. SAGUNTO,
(2) FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALENCIA. VALENCIA, (3) FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA. CASTELLÓN

ÁREA TEMÁTICA: MEDIDA DE PRESIÓN ARTERIAL: MAPA, AMPA, PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL Y PRESIÓN DE PULSO

PALABRAS CLAVE: BIOIMPEDANCIA, HEMODINÁMICA, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

Propósito del estudio: Recientemente se ha descrito una técnica novedosa, la bioimpedancia torácica eléctrica (BIT), que permite medir parámetros hemodinámicos para controlar la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial resistente. Sin embargo, apenas hay datos sobre el uso de esta técnica en pacientes recién diagnosticados que podrían beneficiarse de un tratamiento inicial de su HTA de acuerdo con parámetros hemodinámicos.

Métodos: Estudio transversal en 51 pacientes hipertensos consecutivos sin tratamiento previo en los que se determinó la bioimpedancia torácica eléctrica mediante el dispositivo de HOTMAN[®]. Se realizó igualmente una monitorización ambulatoria de presión arterial braquial, además de la exploración clínica y la analítica habitual.

Resultados: 23 varones (45,1 %) y 28 mujeres con una media de edad de 51,6 años (DE $\pm 12,2$). La presión arterial sistólica clínica fue de 144 mmHg (DE ± 17) y la diastólica 85 (DE ± 11), la ambulatoria sistólica 132 (DE ± 10), la diastólica 87 (DE ± 8), respectivamente. Fue más prevalente una alteración del estado hemodinámico (hipo/hiperdinamia) con un 37 % que la alteración hipertensiva con un 19,6 %. Entre los moduladores hemodinámicos, destaca la alta prevalencia de hipervolemia aislada en un 56,9 % de los pacientes, frente a un 7,8 % de los casos en que el trastorno hemodinámico se debió exclusivamente a una vasoconstricción / vasodilatación periféricas. En casi el 33 % de los pacientes hallamos trastornos mixtos de la resistencia periférica y del volumen intravascular simultáneos, siendo en estos casos la hipervolemia con un 25,5 % casi tres veces más frecuente que alteraciones del tono vascular periférico con un 7,8 %. La práctica clínica habitual de hacer uso de vasodilatadores como los inhibidores del sistema renina/angiotensina no parecen ser los fármacos más indicados al inicio de la historia natural de la hipertensión arterial.

Conclusiones: Alteraciones del volumen intravascular, en su mayor parte hipervolemia, pueden ser registradas mediante bioimpedancia torácica eléctrica al inicio de la historia natural de la hipertensión arterial en casi tres cuartas partes de los pacientes previamente no tratados que debutan con hipertensión, sugiriendo que la determinación de parámetros hemodinámicos puede ser útil también en el tratamiento inicial de la HTA.

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with a red and blue outline, and the number '18' is large and black. To the right of the logo, the text 'Reunión Nacional' is in a smaller font, followed by 'Sociedad Española de Hipertensión' and 'Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial' in a larger, bold font.

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

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Hipertensión clínica y comorbilidad

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 159

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON ALOPURINOL

S. SURIA GONZÁLEZ (1), N. ESPARZA MARTÍN (1), M. RIAÑO RUIZ (2), P. BRAILLARD POCARD (1), R. GUERRA RODRÍGUEZ (1), A. RAMÍREZ PUGA (1), M.A. PÉREZ VALENTÍN (1), P. ROSSIQUÉ DELMAS (1), F. BATISTA GARCÍA (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

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ALOPURINOL, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El alopurinol disminuye la presión arterial de los pacientes hipertensos. Además, en pacientes diabéticos o en pacientes con insuficiencia cardíaca disminuye tanto sus complicaciones cardiovasculares como su mortalidad. Su mecanismo de acción aparte de su conocida inhibición de la xantina oxidasa parece estar relacionado con una disminución del estrés oxidativo y a una disminución de la fibrosis miocárdica. El objetivo de este trabajo fue la caracterización clínica, bioquímica y farmacológica de pacientes con IRC estadio 3 en tto con alopurinol.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se estudiaron 112 pacientes con IRC estadio 3 (30 con DM-2, 93 con HTA) procedentes de Consultas Externas de Nefrología (Estudio aprobado por el Comité de Ética). Tras la firma del consentimiento informado se recogieron sus datos clínicos, el tratamiento que tomaban y se les solicitaba analítica. El estudio estadístico se hizo con el SPSS 15.0.

RESULTADOS: De los 112 pacientes con IRC estadio 3 (62 hombres, 50 mujeres; edad media: 61,43 ± 9,65 años) 30 pacientes (26,8%) tomaban alopurinol. Respecto a los que no tomaban alopurinol, los pacientes que si lo tomaban eran más frecuentemente hombres ($p = 0,018$) y tenían más frecuentemente un IMC > 27 kg/m² ($p = 0,042$). Desde el pv. bioquímico presentaban menores niveles de LDL (103,54 ± 19,96 vs 119,43 ± 40,10 mg/dl, $p = 0,007$) y de uricosuria ($p = 0,024$) y valores mayores de natriuresis (183,55 ± 74,66 vs 146,90 ± 53,29 mmol/ 24 hs, $p = 0,024$). Desde el p.v farmacológico, los pacientes que tomaban alopurinol tomaban más frecuentemente diuréticos ($p = 0,012$), IECAs (43,3 % vs 21,95%, $p = 0,007$) y alfabloqueantes (16,66% vs 4,87%, $p = 0,04$) no existiendo diferencias en el resto de los fármacos que tomaban.

Destacar además, que de los 112 pacientes estudiados, 59 pacientes eran fumadores previos y 17 fumadores activos y que ninguno de los pacientes que tomaban alopurinol fumaban (0% vs 20,73%, $p = 0,029$).

CONCLUSIONES: Aparte de los mecanismos mencionados en la introducción, los efectos beneficiosos del alopurinol podrían estar relacionados con su asociación con menores niveles de LDL y de manera más llamativa con la ausencia de hábito tabáquico en estos pacientes. Dado el escaso número de pacientes estudiados, serían precisos estudios más amplios que confirmaran estos resultados.

PÓSTER Nº 160

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA: IMPLICACIONES CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

M.M. CHIMENO VIÑAS (1), M.J. RUIZ OLGADO (1), P. SÁNCHEZ JUNQUERA (1),
A. DE LA VEGA LANCIEGO (1), J. SOTO DELGADO (1), M. MATEOS ANDRÉS (1), L. MUSTAPHA ABADIE (1),
E. MARTÍNEZ VELADO (1), P. GARCÍA CARBÓ (1), M. GARCÍA CASTAÑO (1)

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA (CAZA). ZAMORA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, PACIENTES INGRESADOS, INSUFICIENCIA CARDIACA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

La insuficiencia cardiaca (IC) es el síndrome final de múltiples cardiopatías y supone la causa de ingreso hospitalario más importante en mayores de 65 años. Esto conlleva un elevado coste sanitario. Nos propusimos analizar la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica en pacientes ingresados por IC así como evaluar sus implicaciones clínicas y terapéuticas.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, retrospectivo. Se solicitaron al Servicio de Admisión de nuestro Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Hospital Virgen de la Concha con el diagnóstico de IC desde noviembre de 2010 a marzo de 2011. Se analizaron variables clínicas, analíticas y terapéuticas relativas al ingreso, así como los antecedentes clínicos, epidemiológicos y patológicos de cada individuo.

RESULTADOS:

La media de edad de los pacientes fue 74.9 ± 9 años. La estancia media fue: $8,7 \pm 4$ días. Respecto al sexo: 44,2 % eran mujeres. 85 pacientes estaban diagnosticados de HTA (75,2%). Al analizar las diferencias entre la población hipertensa y no hipertensa se observó una mayor prevalencia de HTA en mujeres que en varones (50,6% vs 49%; $p= 0,018$) y la presencia de dislipemia fue significativamente superior en la población no hipertensa (61,2 % vs 38,8%; $p= 0,006$). No se encontraron diferencias en la prevalencia de diabetes mellitus, EPOC, insuficiencia renal, fracción de eyección o cardiopatía conocida. Los pacientes hipertensos presentaban de forma significativa un ECG alterado (41,5% vs 19,2%; $p= 0,04$). No hubo diferencias en el tratamiento al alta, salvo el uso de IECA o ARA II que fue superior en la población hipertensa (77,8% vs 55,6%; $p= 0,026$).

CONCLUSIONES:

La prevalencia de la HTA en pacientes con IC es muy elevada (>75%) y se asocia de forma significativa al sexo femenino, a alteraciones del ECG y al uso de IEC/ARA II en el tratamiento.

PÓSTER Nº 161

DIFERENCIAS POR GÉNERO EN EL TRATAMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS EN PACIENTES HIPERTENSOS CON CARDIOPATIA ISQUEMICA

T. GIJÓN CONDE (1), C. RODRÍGUEZ MARTÍN -MILLANES (1), J. PALAU CUEVAS (2),
M. RAMÍREZ ARIZA (1), B. VALERO TELLERÍA (1), P. VILANOVA GONZALEZ (1),
B. ARTOLA IRAZABAL (1), A. GRACIANI (3), J. BANEGAS (3)

(1) CS CERRO DEL AIRE. MAJADAHONDA. DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE. MADRID,
(2) CS SAN LORENZO. EL ESCORIAL. DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE. MADRID, (3) DEPARTAMENTO
DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID/ IDIPAZ. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVO: Conocer el perfil clínico y las diferencias por género en el tratamiento y cumplimiento de objetivos en pacientes hipertensos con cardiopatía isquémica.

MÉTODOS: Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva de pacientes hipertensos con diagnóstico de cardiopatía isquémica que acudieron en 2008 a los centros de salud del área 6 de Madrid. Se analizaron factores de riesgo, comorbilidad cardiovascular asociada, tratamientos utilizados y consecución de objetivos en presión arterial (cifras <140/90 mmHg) y lípidos (c-LDL <100 mg/l y <70mg/dl; c-HDL <40mg/dl en varones y <50 mg/dl en mujeres y triglicéridos altos si cifras >150 mg/dl).

RESULTADOS: Se analizaron 3.098 pacientes que presentaron datos de calidad adecuada de registro. El 62 % eran varones. La media de edad fue significativamente menor en varones (69,9 vs 72,1 años). Se observó mayor proporción de cardiopatía isquémica en varones <65 años (32,5 % vs 15,2 %) y mayor en mujeres >65 años (84,8 % vs 67,5%) (p<0,05).

La proporción de factores de riesgo y la ratio varones mujeres/ fue: obesidad 42,6 % (40,2%/ 46,5 %), hiperlipemia 53,8%(57,2 % / 55,8%) y tabaquismo 6,6 %(8,4%/ 3,5 %).

La proporción de pacientes con comorbilidad cardiovascular asociada y su ratio varón /mujer fue: insuficiencia cardiaca 8,6% (6,7 %/ 11,8 %); ictus 9,5 % (9,5%/ 9,4%); insuficiencia renal 8,9 % (9,9% / 7,4%); fibrilación auricular 12,8 % (11,2% /15,4%) y arteriopatía 3,3% (4,2% /1,7%). El 22,6% tenían FGe < 60ml/min/m² (18,3% en varones y 29,7% en mujeres) (p<0,001).

El cumplimiento de objetivos y la ratio varón /mujer fue: en presión arterial el 61,6 % cumplían objetivo (62,7% / 59,6 %); el 46,7% tenían c-LDL <100 mg/dl (51,7% vs 38,5%)(p<0,000); el 12,7% tenían c-LDL < 70 mg/dl (14,2% vs 10,1%)(p<0,000); el 29,8% de pacientes tuvieron el c-HDL bajo (26,6 % vs 34,9%) y el 26,3% los triglicéridos altos (27 % vs 25,3 %). Se consiguió mejor control de objetivos de c-LDL en varones (p<0,05)

En cuanto al tratamiento farmacológico la proporción y la ratio varón /mujer fue: 53,6% tomaban IECAS (57% /48,2%); 22,6% ARA 2(21% /26%); 58,5% diuréticos (51% /71%); 53,4% betabloqueantes (58 % /49%); 37,3% antagonistas del calcio (36,5%/38,7%). El 76,8% tomaban hipolipemiantes (81% /69,2%). El 84,6 % tomaban antiagregantes /anticoagulantes (88,3% / 78,6%). El consumo de hipolipemiantes y

antiagregantes fue significativamente menor en mujeres ($p<0,000$).Hubo mayor prescripción de IECAS y betabloqueantes en varones y diuréticos y ARA II en mujeres ($p<0,000$).

CONCLUSIONES: Existe una alta prevalencia de factores de riesgo y comorbilidad cardiovascular asociada en los pacientes con cardiopatía isquémica con diferente perfil por género, siendo mas frecuente la insuficiencia cardiaca y la fibrilación auricular en mujeres y más frecuente la arteriopatía periférica y la insuficiencia renal en varones con similar proporción de ictus. Existen diferencias por género en el cumplimiento de objetivos de c-LDL con significativamente mejores controles en varones. Hay igualmente significativamente mayor proporción de varones con prescripciones de fármacos hipolipemiantes, betabloqueantes y antiagregantes plaquetarios .Los objetivos para los pacientes deberían ser iguales en ambos sexos.

PÓSTER Nº 162

SEGURIDAD CON EL USO DE FÁRMACOS HIPOTENSORES EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS

A. MELO ALMIÑANA (1), A. ROCA GARCIA (2), J. CREMADES (3), V. RIVAS ROSADO (4), E. MARTINEZ MORALES (5), M.L. CID SALGADO (6), M. CASTRO GARCIA (7), D. LOPEZ MARTINEZ (8), S. LOPEZ ORTUN (9), M.L. GARCIA HERNANDEZ (10)

(1) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (2) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (3) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (4) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (5) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (6) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (7) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (8) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (9) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID, (10) CENTRO DE SALUD JUSTICIA. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, HIPOTENSION, SEGURIDAD

RESUMEN:

Propósito del estudio

El propósito del estudio consiste en conocer la seguridad en el uso de fármacos hipotensores en los pacientes mayores de 75 años que acuden al Centro de Salud de Justicia.

Métodos

Estudio piloto realizado en las consultas de atención primaria. Durante una semana, se escogieron de forma aleatoria, pacientes hipertensos mayores de 75 años, que acudieron por diferentes motivos al centro de salud.

Se le interrogó sobre las siguientes variables: edad, sexo, fármaco hipotensor utilizado, años de tratamiento con el hipotensor, paciente polimedicado (>74 años que toma 6 ó mas fármacos), quién hizo la prescripción (especialista o médico de familia), si hubo que cambiar el fármaco, y cuál fue el efecto secundario. Los fármacos hipotensores utilizados fueron Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), antagonistas del calcio, Betabloqueantes y diuréticos.

Resultados

El número total de pacientes en el centro de salud es de 14003, de los cuales, el 10% es mayor de 75 años.

La edad media de los pacientes fue de 82,2 años (75 a 95). De los cuales 19 % eran hombres y el 81 % mujeres. Un 47.6% de los pacientes recibían algún tratamiento con fármacos hipotensores en un tiempo superior o igual a 10 años.

De los antihipertensivos prescritos los más utilizados fueron los diuréticos, en 32 pacientes, seguido de IECAS en 22, ARA-II en 19, antagonistas del calcio en 12 y betabloqueantes en 9. La mayoría los pacientes (66.6%) estaban tratados con más de un hipotensor a la vez. En el 65,9% de los casos hubo que cambiar el fármaco por mal control y efectos secundarios. Polimedicados eran 64 % de los pacientes. Respecto

al prescriptor, lo fue el médico de familia en un 50% de los casos, el especialista 31 % y ambos en un 19%.

En 19 casos hubo que añadir o cambiar el fármaco por mal control. Los efectos secundarios observados con mayor frecuencia fueron: tos en un 7.1% en relación con IECAs, edema perimaleolar en relacionado con antagonistas del calcio 7.1%, así como calambres, hiperglucemia e hipotensión en relación con diuréticos en el mismo porcentaje cada uno de 4.8%. Otros efectos secundarios que se presentaron en menor proporción fueron intolerancia gástrica, rubor facial, diarrea, cefalea, mareos e insuficiencia renal

CONCLUSIONES

- 1- En este estudio se observa que la seguridad de los antihipertensivos usados en nuestro centro de salud se puede considerar alta teniendo en cuenta que los porcentajes de efectos adversos son inferiores a la bibliografía publicada.
- 2- No se objetivaron efectos adversos graves en relación con el uso hipotensores en la población mayor de 75 años de nuestro centro de salud.

PÓSTER Nº 163

EFFECTO DE LA CPAP SOBRE ADIPOQUINAS Y MARCADORES BIOQUÍMICOS DE INFLAMACIÓN, ESTRÉS OXIDATIVO Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN HIPERTENSOS REFRACTARIOS CON SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO

J.C. MARTÍNEZ OCAÑA (1), J. ALMIRALL DALY (1), L. VIGIL GIMÉNEZ (2), G. LLAURADÓ CABOT (3),
M.J. MASDEU MARGALEF (2), A. FERRER MONREAL (4)

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. DEPARTAMENT DE MEDICINA, UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA. SABADELL, BARCELONA, (2) SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. SABADELL, BARCELONA, (3) SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA. CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULÍ. SABADELL, BARCELONA, (4) SERVICIO DE NEUMOLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HTA REFRACTARIA, SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO, CITOQUINAS

RESUMEN:

El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) es muy prevalente entre los individuos con hipertensión arterial refractaria.

Objetivo: Analizar en sujetos con hipertensión esencial refractaria (HTAE-R) y SAHS los efectos de la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) sobre la expresión de adipocitoquinas (adiponectina, leptina), citoquinas inflamatorias (PCR ultrasensible, IL-6 y TNF α séricos) y marcadores bioquímicos de estrés oxidativo (8-isoprostano urinario), actividad simpática (neuropéptido Y plasmático [NPY]) y disfunción endotelial (endotelina-1, ICAM-1 soluble y VEGF-A plasmáticos).

Métodos:

- Diseño: Estudio unicéntrico, prospectivo, aleatorizado y controlado.
- Ámbito del estudio: Hospital universitario.
- Sujetos: 38 pacientes incidentes con HTAE-R (MAPA diurno >140/90 o nocturno >125/80 con ≥ 3 hipotensores a dosis adecuadas incluyendo un diurético) y SAHS diagnosticado *de novo* con índice de apneas-hipopneas [IAH] por polisomnografía ≥ 15 /hora.
- Medidas e intervenciones: Aleatorización para recibir tratamiento durante 12 semanas con CPAP a presión óptima (GRUPO CPAP, n=18) o no recibir CPAP (GRUPO CONTROL, n=20). El tratamiento hipotensor no se modificó desde 2 meses antes de la inclusión hasta el final del estudio. Al inicio y al final del estudio se realizó una MAPA y se recogieron muestras de sangre y orina.

Resultados: Características basales: 68% varones, 37% diabéticos, edad (media \pm DE) 60 \pm 8 años, IMC 36,3 \pm 6,2 Kg/m², 16% fumadores activos, 32% exfumadores, número de antihipertensivos 4,1 \pm 0,7, Epworth 11 \pm 5, IAH 53 \pm 24, SpO₂ media 91,7 \pm 2,8%, filtrado glomerular estimado [CKD-EPI] 84 \pm 19 ml/min/1,73 m², microalbuminuria 90 \pm 230 mg/gCr, PA central 145 \pm 21/86 \pm 12, MAPA24h basal: 140 \pm 13/78 \pm 11 mmHg, 61% non-dippers. Tras el tratamiento: 1) La adiponectina y la leptina séricas disminuyeron significativamente en el grupo CPAP al compararlas con el control ($\Delta_{post-pre}$: -0,7 \pm 1,4 vs +0,7 \pm 2,5 μ g/mL, P=0,05 y -3,7 \pm 12,2 vs 5,4 \pm 13,3 ng/mL, P=0,04, respectivamente) a pesar de que el peso

se mantuvo estable. 2) No se observaron diferencias significativas en la MAPA ni en los niveles de PCR ultrasensible, IL-6, TNF α , endotelina-1, VEGF-A, ICAM-1, 8-isoprostano y NPY (P>0,05).

Conclusiones: En los hipertensos refractarios con SAHS la CPAP ha disminuido los niveles de adipoquinas pero no ha modificado los marcadores bioquímicos estudiados de inflamación, estrés oxidativo, disfunción endotelial o actividad simpática.

Trabajo financiado gracias a FISS PI07/0219 y beca CIR-Institut Universitari Parc Taulí.

PÓSTER Nº 164

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON DEMENCIA

M. CALDERÓ SOLÉ (1), M. ÁLVAREZ CEBALLOS (1), M. VILANOVA FILLAT (1),
J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), M. PENA ARNÁIZ (1), V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1), D. RÍOS GARCÍA (1),
N. MIRÓ VALLVÉ (1), M. ROCA MONSÓ (1), A. BALCELLS TERES (1)

(1) ABS PLA D'URGELL, CAP DE MOLLERUSSA. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: PREVALENCIA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DEMENCIA

RESUMEN:

Introducción

Estudios previos relacionan la exposición prolongada a cifras elevadas de tensión arterial no sólo con un incremento en la incidencia, sino también como un factor de riesgo de desarrollar demencia en personas mayores.

No obstante son escasos los estudios realizados en este campo, en nuestro ámbito local.

Propósito del estudio

Objetivo principal: Calcular la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en pacientes diagnosticados de demencia.

Objetivo secundario: determinar la prevalencia de demencia y de hipertensión en la muestra seleccionada.

Metodología

Estudio transversal descriptivo.

La muestra se ha obtenido de la base de datos informatizada de una región sanitaria semi-rural, en la provincia de Lleida, a partir de la cual se han seleccionado aquellos pacientes ≥ 18 años en cuyo historial conste el diagnóstico de demencia, según el código de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Entre las personas con demencia se ha calculado la prevalencia de pacientes hipertensos, tanto en la muestra global como por género.

Resultados

Se trata de una muestra de 25.026 personas registradas.

Entre las personas diagnosticadas de demencia (N= 326), un 62,9% (N=205) son hipertensas, IC95% [54,33-71,47].

Según el género, la prevalencia de hipertensión en mujeres con demencia ha sido de 67,9% (N= 148), IC95% [52,02-78,78], y en hombres ha sido del 52,8% (N=57), IC95% [39,16-66,44]. La diferencia de prevalencia entre géneros ha sido estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

La prevalencia de demencia en la muestra global ha resultado del 1,3% (N=326 personas), IC95% [1,16-1,44].

Del total de personas con demencia, 218 son mujeres (esto representa el 66,9 %), y 108 son hombres (33,1%).

La prevalencia de hipertensión arterial en la muestra global ha sido de 25,5% (N=6.378), IC95% [24,88-26,12].

Conclusiones

Este estudio nos permite observar que la prevalencia de hipertensión en pacientes con demencia es muy elevada, alcanzando unos niveles que superan el 50% tanto en hombres como en mujeres.

Además cabe destacar, que hemos encontrado diferencias entre ambos géneros, siendo la prevalencia entre mujeres significativamente superior a la de los hombres. Tal vez, este hallazgo se encontrara en la misma dirección explicativa con otras patologías relacionadas con la hipertensión arterial, como el ictus, cuya prevalencia también es más elevada en mujeres mayores, representando la 1^a causa de muerte entre mujeres, no así entre los hombres.

PÓSTER Nº 165

CARACTERÍSTICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES CON POLIQUISTOSIS RENAL

J. VEGA CERVANTES (1), T. SANCHEZ MONTON (1), F. SORIA ARCOS (2), J. TRUJILLO SANTOS (1),
N. CAMPILLO GUERRERO (1), E. HERNANDEZ ALONSO (4), J. ABELLAN HUERTA (2),
D. PUJOL DOMINGUEZ (1), L. FORTUNA ALACARAZ (3), C. RODENAS (5)

(1) MEDICINA INTERNA-COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. CARTAGENA, (2) CARDIOLOGÍA-COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. CARTAGENA, (3) NEUROLOGÍA-COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. CARTAGENA, (4) ENDOCRINOLOGÍA- COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. CARTAGENA, (5) DOCUMENTACIÓN-COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. CARTAGENA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: POLIQUISTOSIS RENAL, POLIQUISTOSIS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, POLIQUISTOSIS E HIPERTROFIA VENTRICULAR

RESUMEN:

a) Propósito del estudio: 1. Identificar la prevalencia de la enfermedad poliquística renal (PQR) en los pacientes hipertensos atendidos en las plantas de hospitalización y en las diferentes consultas de especialidad. 2. Conocer las características clínicas de estos pacientes, su diagnóstico de certeza basado en la aplicación de los criterios ultrasonográficos de Ravine modificados para > 18 años(2009), los criterios de Torres (2007, 2009) u otros criterios radiológicos; los factores de riesgo vascular (FRV) y el daño orgánico asociado.

b) Métodos: estudio epidemiológico descriptivo, de carácter retrospectivo en el que se analizaron 128.628 informes de alta hospitalaria y la totalidad de los informes de las consultas del periodo 01/01/2007 a 30/09/2012. Se identificaron los GRDs 753.12, 753.13 y 753.14 de la PQR, tanto si aparecían como diagnóstico principal o secundario. Se analizaron variables cualitativas y cuantitativas: edad, diagnóstico, control y duración de la HTA, tiempo de evolución de la PQR, coexistencia de FRV, hipertrofia ventricular izqda (HVI), existencia de insuficiencia cardiaca (IC), grado de enfermedad renal crónica (ERC), enfermedad cerebrovascular asociada (ECV), niveles de renina, existencia de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o realización de un índice tobillo-brazo (ITB) para la identificación precoz de enfermedad arterial periférica (EAP), o grosor de la íntima-media (GIM) para el diagnóstico de estenosis carotídea. Se realizaron las tablas de frecuencias y un análisis de estadísticos descriptivos utilizando el programa SPSS.

c) Resultados: Se encontraron 112 casos de PQR, lo que supondría una prevalencia de 8.7/100.000 pacientes atendidos, de estos eran hipertensos 79 (70.53 %), y de estos sólo tenían criterios radiológicos aceptables en 54 pacientes (68.3 %) y si se aplicaban los criterios de Ravine modificados en 34 (43 %). Estos criterios ultrasonográficos tienen una sensibilidad cercana al 100 % en mayores de 30 años, pero si se aplican con TAC o RNM, el diámetro de los quistes debería ser \geq a 1 cm. Los restantes casos diagnosticados hubieran precisado una prueba genética para confirmar su diagnóstico, que sólo constaba en el 26.6 % de los casos, todos ellos con resultado de PQRAD. Los pacientes con PQR presentaban una mediana de edad de 63 años, 55 % hombres. El 53.84 % tenían más

de 15 años de evolución de su HTA y sólo en el 55 % se hacía constar el momento del diagnóstico de PQR. El grado de control de la PA no era óptimo (<140/90) en el 37 % de los casos, < 50 % si se aplicaban cifras de PA < 130/80 en pacientes con ERC, ya que el 57.4 % tenían un grado 4 o 5 de ERC, 23.8 % un grado 3 y el 18.8 % grados 1y 2). Los antihipertensivos más utilizados eran los IECAs/ARA II, antagonistas del calcio y diuréticos de ASA, por este orden. No fue posible calcular el grado de refractariedad con los informes revisados, pero de forma anecdótica en un caso de HTA refractaria, el trasplante renal permitió un control óptimo de la misma. En ningún informe constaban los niveles de renina y los resultados de un ITB, GIM o un MAPA. Tan sólo constaban los resultados de una ecocardiografía en el 15 % con HVI y un 17.5% y 12,5 % de diagnósticos secundarios de IC y ECV, respectivamente. El FRV más prevalente después de la HTA, fue la dislipemia con un 17.5 %, seguido del tabaquismo (10 %). Un 5 % de los informes eran de exitus, siendo las neoplasias y la propia ERC las causas principales. En un único caso se encontró una asociación con poliquistosis hepática, la manifestación extrarrenal más frecuente de la PQR.

d) Conclusiones: 1. Baja prevalencia de PQR pero grandes lagunas en los criterios diagnósticos utilizados, que podrían infravalorar esta patología. 2. Una prevalencia alta de HTA asociada a PQR con un mal control en más de 1/3 de los casos. 3. La PQR con HAD es la única encontrada. 4. Aparece una ERC avanzada en la mayoría de los casos, pero no constan suficientes pruebas para diagnosticar una disfunción vascular precoz sistémica, que sería imprescindible buscar en este tipo de pacientes.

PÓSTER Nº 166

UTILIDAD DEL TEST DE CAPTOPRIL EN LA CONFIRMACIÓN DEL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO SEGÚN LA RESPUESTA POSTURAL DE AL DOSTERONA

F. MARTÍNEZ DEBÉN (1), T. ANELO CUNS (1), F. GUDE SAMPEDRO (2), E. RODRÍGUEZ MASEDA (1),
M. ROMERO MARTIN (1)

(1) UNIDAD DE HTA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. DPTO CIENCIAS DA
SAÚDE, UNIVERSIDADE A CORUÑA. FERROL, (2) UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: TEST POSTURAL, HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO, TEST DE CAPTOPRIL

RESUMEN:

Propósito del estudio: A pesar del consenso establecido en algunos aspectos del HAP, no hay acuerdo claro acerca del test que debe ser usado para el paso de la confirmación del proceso. El TCP se utiliza por su comodidad y seguridad, pero han surgido algunos trabajos que documentan su imprecisión. Entre los distintos subtipos de HAP algunas formas mantienen una cierta respuesta parcial a la ANGII, y el bloqueo agudo con captopril en estos casos, podría generar en parte una disminución de la aldosterona, que daría lugar a falsos negativos del test. No se han realizado estudios que valoren la distinta eficacia del test dividiendo a los pacientes en aquellos que tienen un test postural positivo o lo presentan negativo.

Métodos usados: Tras la obtención del consentimiento informado se incluyeron en el estudio 217 individuos, de los cuales en 124 se estableció el diagnóstico de hiperaldosteronismo primario (HAP) tomando como criterio diagnóstico de positividad un valor de aldosterona plasmática (ALD) >50 ng/dL en el último día del test de fludrocortisona (FST). Los 93 individuos restantes fueron catalogados como hipertensos esenciales (HE). Los protocolos del TCP y FST fueron los convencionales descritos en la literatura. La dosis de captopril oral administrada tras la obtención de muestras basales fue de 25 mg, incrementándose a 50 mg en caso de peso >85 Kg. La dosis de fludrocortisona oral administrada fue de 0,4 mg/día. La obtención de las muestras de aldosterona plasmática para el test postural se realizó a las 8:00 am tras una noche de descanso en decúbito supino (1ª muestra: ALD1) y a las 10:00 am tras 2 horas de deambulación (2ª muestra: ALD2). Para la obtención del porcentaje de variación de la aldosterona se utilizó la fórmula $[(ALD2-ALD1)/ALD1]*100$, con criterio de positividad en una variación de la misma < 30%. Se utilizó la metodología de las Curvas ROC para hallar la capacidad diagnóstica del TCP para diferenciar entre pacientes con HAP de aquellos sin la presencia del proceso, mediante el análisis de valores de ALD-postTCP, cociente ARR-postTCP y una combinación de ambos, entre los individuos con test postural positivo, negativo, y el global de ellos.

Resultados: En la muestra global, el área bajo la curva (AUC) para la ALD-postTCP fue de 0,576 (IC 95% 0,500-0,653), para el ARR-postTCP fue de 0,629 (IC 95% 0,555-0,703), y para la combinación de ALD-postTCP y ARR-postTCP fue de 0,623 (IC 95% 0,549-0,697).

Del total de la muestra 72 individuos (33,17%) tuvieron test postural positivo, (39 con HAP y 33 con HE). El AUC para la ALD-postTCP de los pacientes con test postural positivo fue de 0,556 (IC 95% 0,423-

0,690), para el ARR-postTCP fue de 0,616 (IC 95% 0,486-0,746), y para la combinación de ALD-postTCP y ARR-postTCP fue de 0,607 (IC 95% 0,476-0,738).

De la muestra total 145 individuos (66,83%) tuvieron test postural negativo (85 con HAP y 60 con HE). El AUC para la ALD-postTCP de los pacientes con test postural negativo fue de 0,582 (IC 95% 0,488-0,675), para el ARR-postTCP fue de 0,636 (IC 95% 0,546-0,725), y para la combinación de ALD-postTCP y ARR-postTCP fue de 0,631 (IC 95% 0,541-0,721).

Conclusiones: La utilidad del TCP para diferenciar pacientes hipertensos con HAP frente a aquellos que no tienen el proceso es pobre, y no es diferente según la respuesta postural de aldosterona plasmática previamente establecida. La utilidad del test es escasa tanto en los subtipos que conservan una cierta respuesta a la angiotensina II, como en aquellos que la han perdido totalmente.

PÓSTER Nº 167

GRADO DE CONTROL DE PRESION ARTERIAL Y PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN DOS MUESTRAS DE HIPERTENSOS CONTROLADOS EN UN CENTRO DE SALUD

F. VILLALBA ALCALÁ (1), M.C. GALVEZ BEATERIO (1), F.J. JIMENEZ SÁNCHEZ (1), M.I. REINA LEÓN (1),
A. SÁNCHEZ SÁNCHEZ (1), J. PLÁ MADRID (1), F. PASAN GARCÍA (1), A. ESPINO MONTORO (2)

(1) CENTRO DE SALUD DE OSUNA. OSUNA (SEVILLA), (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE LA MERCED. OSUNA (SEVILLA)

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: GRADO DE CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL, RIESGO CARDIOVASCULAR,
HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La determinación de la presión arterial (PA) es el único método diagnóstico para una enfermedad que afecta casi al 40% de la población, asimismo, es la base que se utiliza en el seguimiento del paciente hipertenso y consecuentemente, su control terapéutico. Dado que la PA es una cifra que está sujeta a múltiples variables que limitan y/o modifican en ocasiones su valor. Nuestro objetivo es determinar si existen diferencias en el control de cifras tensionales entre dos grupos de pacientes (controlados con AMPA vs controlados por enfermería) así como estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular de estas muestras.

MÉTODOS USADOS

Se incluyeron aquellos pacientes que, previo consentimiento informado verbal registrado en su historia de salud digital, pertenecían al programa de hipertensión de dos centros de Salud diferentes (Marchena y Osuna) y comprendían las edades entre los 30 y los 90 años. Posteriormente, se dividieron en dos grupos: uno controlado en la consulta de enfermería de su centro de salud y otro mediante dispositivo de automedida (AMPA) en su domicilio. Se realiza un estudio descriptivo longitudinal mediante la realización de tres visitas entre el período de Mayo de 2011 hasta Enero de 2012. El aparato utilizado para la medición en el centro de salud fue con esfigmomanómetro manual y el utilizado en el domicilio fue electrónico, ambos previamente calibrados y homologados.

RESULTADOS

De los 160 pacientes incluidos, la media de edad se situaba en los 66 años, de ellos 104 eran mujeres (65%) y 56 hombres (35%). La toma de TA se realizó según las recomendaciones adecuadas con esfigmomanómetro manual en consulta de enfermería y en domicilio se facilitó un documento que explicaba cómo realizarse. Las cifras de TAS/TAD promedio recogidas en las tres visitas fueron de 130.91/73.46, 124.79/73.31 y 123.43/73.31 respectivamente mediante AMPA y en consulta de enfermería fueron de 142.38/80.75, 141.45/82.41 y 136.25/80.21. Del total muestral, del grupo controlado mediante AMPA frente al controlado en su centro de salud, presentaban: AVC previos el 7.5% frente al 6.3%, Dislipemia el 48.8% frente al 38.8%, DM 41.3% frente al 33.8%, tabaquismo el

16.3% frente al 22.5%, Hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) el 10.3% frente al 12.5% y obesidad el 37.5% frente al 38.8%, respectivamente.

CONCLUSIONES

El valor promedio de PA tanto sistólico como diastólico presenta una disminución progresiva de las cifras en cada una de las visitas.

Los pacientes controlados por AMPA tienen mejor control tensional siendo estas diferencias estadísticamente significativas en los tres cortes realizados.

El seguimiento y control periódico de las cifras tensionales es un método eficaz tanto si se realiza en domicilio como en Centro de Salud para conseguir un mejor control de la PA

No existen diferencias en la proporción de FRCV en los dos grupos de hipertensos estudiados (seguimiento en centro de salud o en domicilio).

La dislipemia es el principal FRCV de estos pacientes hipertensos.

PÓSTER Nº 168

ESTUDIO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN REFRACTARIA EN LA UNIDAD DE RIESGO VASCULAR DE SALAMANCA

L. MATEOS POLO (01), S. ARGENTA FERNANDEZ (01), A. CRISOLINO POZAS (01),
R. SANTALLA FERNANDEZ (01), M. GARCIA GARCIA (01)

(1) HOSPITAL VIRGEN VEGA. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: REFRACTARIA, MAPA, ITB

RESUMEN:

OBJETIVOS Determinar las características clínicas y biológicas, la distribución etaria, la repercusión de órgano diana, y las alteraciones en el patrón de la Monitorización ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) de los pacientes vistos en la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular de Salamanca con el diagnóstico de Hipertensión Refractaria durante 7 años, en el periodo comprendido entre Enero del 2005 y Diciembre del 2011.

MATERIAL Y MÉTODO Se recogieron de la base de datos de la Unidad de HTA todos aquellos sujetos cuyo diagnóstico cumplía la definición de HTA refractaria. Se revisaron las historias clínicas que cumplían los siguientes requisitos: anamnesis, exploración física completa con índices antropométricos, lesión de órgano diana (LOD, función renal, diabética, microalbuminuria, ECG, ecocardiograma, índice tobillo-brazo (ITB), fondo de ojo, y MAPA de 24 y/o 48 horas. Se definieron los grados de IMC como grado I, (20-24.9) grado II, (24.9-29.9) grado III, (30-34.9) grado IV (35- 39.9). El grado de I. renal se definió según la Sociedad Internacional de Nefrología : grado I > de 90 ml/minuto, g II: 60-89 ml/min, g III: 59-30 ml/min, g IV: < de 30 ml/min. Los patrones circadianos de la MAPA, descenso superior al 20%: dipper extremo, descenso entre el 10% y el 20%: dipper, descenso inferior al 10%: no dipper, PA nocturna más elevada: riser. La LOD se clasificó según las directrices del grupo de tratamiento de la HTA de la ESH y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 1. Diabetes mellitus. 2. Síndrome Metabólico 2. Hipertrofia del ventrículo izquierdo por ecocardiograma 3. Microalbuminuria mayor de 20 ml/24 horas. 4. Reducción del filtrado glomerular. La estadística se realizó con el sistema SPSS.18 analizando las frecuencias descriptivas, T de student para muestras independientes y Chi cuadrado para dependientes.

RESULTADOS. De los 194 sujetos recogidos se desecharon 102 casos por no cumplir los requisitos exigidos. De los 92 casos restantes se analizaron sus variables. La edad media fue de 64.5 años, la mediana de 63 y la moda 56 siendo las de los varones de 62 y las mujeres de 65 años sin diferencias en ambos grupos. Había un 51.6% de mujeres y un 48.4% de varones. El peso fue de 80 Kg y existía diferencia significativa entre el peso según el sexo. El 28% eran diabéticos tipo 2. En el 27.6% el ITB fue patológico, siendo normal en 48.3%, en el 24.1% no se realizó. El grado de repercusión orgánica fue en el 18% cardiopatía, en el 12%, nefropatía y en el 45% dos o más afecciones. En el 86.6% el patrón de la MAPA fue patológico, siendo no reductor, en el 45.9%, 11.8% riser y reductor extremo. En el 70.3% el grado de I. renal fue I, en el 24.2% era de grado II y había un 5.5% en grado III.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES En nuestra serie la HTA refractaria representa el 5% de la HTA en nuestra Unidad, siendo la mujeres de edad media y obesas (IMC > 29) las efractarias. La mayoría de los pacientes tenían un ITB normal, a excepción del subgrupo de diabéticos. Tanto en diabéticos como no diabéticos el patrón del MAPA fue claramente patológico, siendo en ambos grupos el patrón no reductor el más frecuente. La lesión de órgano diana más prevalante fue la doble asociación de cardiopatía y nefropatía seguida de la cardiopatía y oftalmopatía.

PÓSTER Nº 169

MOTIVOS DE ESTUDIO PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

M. ABAD-CARDIEL (1), B. ÁLVAREZ-ÁLVAREZ (2), A. FERNÁNDEZ-CRUZ (1), N. MARTELL-CLAROS (1)

(1) U.HTA. HCSC INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC).
MADRID, (2) CENTRO DE SALUD ANDRÉS MELLADO. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN SECUNDARIA, TRATAMIENTO ESPECÍFICO, HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

RESUMEN:

Propósito del estudio:

El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa endocrinológica de HTA secundaria más frecuente. Cuando se describió típico, se definió en el contexto clínico de alcalosis metabólica asociada a hipopotasemia, pero en la actualidad se recomienda descartar esta entidad en otras situaciones clínicas, siendo las más reconocidas la HTA resistente, la HTA asociada a hipopotasemia y entre los familiares en primer grado de enfermos con enfermedad cerebrovascular en edad temprana. Se decidió conocer el motivo del estudio de los casos que, con posterioridad, habían sido diagnosticados de HAP en la unidad de HTA.

Material y Métodos

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que habían sido diagnosticados de HAP en la Unidad de HTA del Hospital Clínico San Carlos, desde 1983 hasta marzo de 2010. Se revisaron las características epidemiológicas, clínicas y las pruebas complementarias relevantes, así como el motivo por el que se inició el estudio.

Resultados

Se estudió una cohorte de 157 pacientes, de ellos el 56,1% eran varones, con una media de 56,9 (11,7) años. El IMC medio fue de 29 (4,9) kg/m². La Presión Arterial previa al diagnóstico de HAP era de 156 (23,2)/90,1 (15) mmHg, que se redujo tras el tratamiento específico (médico o quirúrgico) a 128,9 (15)/76 (10,4) mmHg.

La lesión de órgano diana más frecuente en la población fue la hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, que aparece en un 69% de los casos.

La morfología que acompañó al diagnóstico fue: la hiperplasia nodular bilateral (34,2%), la hiperplasia simple bilateral (31,6%), el adenoma (14,4%), la hiperplasia nodular unilateral (10,9%) y la hiperplasia simple unilateral (5,8%).

El motivo del estudio que acabó en el diagnóstico de HAP fue la HTA resistente (33,1%), la HTA asociada con hipopotasemia (38,2%), inducida por dosis bajas de diuréticos (24,2%) o espontánea (14%). Se describen dos nuevas causas como motivo del estudio etiológico: la evolución de una HTA con crisis hipertensivas (12,7%) y la HTA en paciente joven (menor de 40 años) (8,9%). El resto de los diagnósticos, un 4,5%, se realizaron en pacientes con hallazgo casual de un tumor adrenal.

Cabe descartar que sólo el 4,6% de los casos se derivaron desde Atención Primaria a la Unidad de HTA por sospecha de HAP.

Conclusión

Se debe descartar el HAP tanto en el contexto clínico ya reconocido, HTA resistente, HTA e hipokaliemia, como en la HTA asociada a crisis hipertensivas de repetición, y ante HTA en el paciente joven.

Se debe aumentar la sospecha de HAP en el ámbito de la Atención Primaria en los contextos clínicos descritos.

El diagnóstico del HAP permite mejorar de forma significativa el control de PA, de lo que es esperable que se traduzca en una reducción del riesgo y/o de los eventos cardiovasculares.

PÓSTER Nº 170

¿CONOCEN NUESTROS PACIENTES QUE ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

J. BAJO GARCÍA (1), M. BENÍTEZ CAMPS (2), I. EGOCHEAGA CABELLO (3), C. SANCHÍS DOMÉNECH (4),
A. NEVADO LORO (5), J.M. PEPIÓ VILAUÍ (6), R. VILLA ESTÉBANEZ (7), Á. BONET PLA (8)

(1) CS DE KUETO. SESTAO (VIZKAYA), (2) EAP GÒTIC. BARCELONA, (3) CS ISLA DE OZA. MADRID,
(4) CS ALGEMESÍ. ALGEMESÍ (VALENCIA), (5) CS ESPRONCEDA. MADRID, (6) CAP BAIX EBRE. TORTOSA
(TARRAGONA), (7) CS GRADO. GRADO (ASTURIAS), (8) CS SALVADOR PAU. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONOCIMIENTO, CONTROL

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Evaluar el conocimiento que tienen Nuestros pacientes sobre diagnóstico, tratamiento, control de la HTA.

MÉTODOS USADOS:

- *Diseño:* Estudio descriptivo transversal multicéntrico.
- *Ámbito de realización:* Centros de Atención primaria de España.
- *Población:* Pacientes mayores de 18 años, capaces de autocumplimentar una encuesta y que aceptaran participar. Se seleccionó 1 de cada 3 pacientes que acudieron a las consultas de 50 profesionales, en 15 días consecutivos, hasta conseguir 400 pacientes hipertensos y 400 no hipertensos. 323 encuestas de hipertensos(H) y 329 de no hipertensos(NH) fueron válidas.
- *Intervenciones y variables:* La encuesta constaba de 16 preguntas sobre objetivos de control, cifras diagnósticas, tratamiento y complicaciones relacionadas con la HTA. Otras variables: edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, últimas cifras de presión arterial (PA) y tratamiento antihipertensivo.
- *Análisis estadístico:* Las variables cualitativas se describen mediante frecuencia absoluta y porcentaje y las cuantitativas con la media y desviación típica, o mediana y rango intercuartílico. Las diferencias entre grupos se analizaron con los test ji-cuadrado, Kruskal –Wallis, Wilcoxon, Anova y test de Bonferroni según las variables siguieran distribución normal o no.
- *Limitaciones:* La muestra fue determinada según otros estudios parecidos, y se utilizó una encuesta no validada, con preguntas consensuadas entre varias personas, y realizando una prueba piloto para valorar su comprensibilidad.
- Aspectos ético-legales. Laboratorios Chiesi participó con apoyo económico para la explotación de los datos, sin intervenir en el diseño ni en los resultados finales.

RESULTADOS:

54,8% de los H y 62,3% de los NH fueron mujeres, con una edad media de 65,4 años (DE: 11,2) y 51 años (DE:16,5) respectivamente (p=0,053). Los H contaban en la mayoría de los casos con estudios primarios (55,7% vs 30,3% p<0,001)

El 37,3% de los H conocía las cifras de normalidad de la PA, mientras que en los NH las conocían en el 30,7% (p< 0,005), sin embargo más de la mitad de los H y de los NH consideró que sólo sufría HTA cuando la PA sistólica era mayor de 160 mmHg (56,2 vs 55,1% p=0,208). El 46,2% de los H y el

41,5% de los NH conocían los objetivos de control de la PA sistólica ($p=0,03$), y el 22,3% de los H y el 23,4 % de los NH conocían el de PA diastólica ($p < 0,001$).

Casi la mitad de los pacientes de ambos grupos consideró que los objetivos de control dependían de la edad (48% H vs 48,6% NH; $p=0,856$). El 71,8% de los H y el 58,1% de los NH, consideraron la HTA como un problema crónico ($p < 0,01$), cuyo tratamiento tiene que ser de por vida.

CONCLUSIONES:

- Los conocimientos sobre HTA son mayores en los pacientes hipertensos que en los no hipertensos.
- Los pacientes no suelen relacionar las cifras de normalidad de la PA con el diagnóstico de HTA.
- Los pacientes tienden a considerar la HTA como un problema crónico, y que las cifras de control varían con la edad.

PÓSTER Nº 171

INTERVALO ENTRE LECTURAS TENSIONALES Y SU RELACIÓN CON LA ARTERIOESCLEROSIS

M. CECILIA SALGUEIRO (1), M. GARCIA ALFARO (2), M. VERA VALLÉS (3), E. VINYOLES BARGALLÓ (4),
M. FERNÁNDEZ SAN MARTÍN (5)

(1) CAP LA MINA. SANT ADRIÀ DE BESÒS, (2) CAP LA MINA. SANT ADRIÀ DE BESÒS, (3) CAP LA MINA.
SANT ADRIÀ DE BESÒS, (4) CAP LA MINA. SANT ADRIÀ DE BESÒS, (5) SAP LITORAL. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ARTERIOESCLEROSIS, MEDICIÓN

RESUMEN:

Propósito del estudio. A pesar de la poca evidencia, se recomienda un tiempo de espera igual o superior a 1 minuto entre lecturas de presión arterial (PA). El objetivo del estudio fue evaluar la concordancia entre lecturas tensionales consecutivas en función del tiempo de espera entre lectura y lectura y su relación con el grado de arterioesclerosis.

Métodos usados. Se trata de un estudio observacional transversal en Centro de Atención Primaria urbano; con muestreo a conveniencia de hipertensos. Se realizaron 6 medidas tensionales basales, con tensiómetro validado (Tensoval Duo-Control, Hartmann): 3 lecturas sin intervalo de tiempo (SIT) entre ellas y 3 lecturas con 1 minuto de espera, por tanto, con intervalo de tiempo (CIT) entre determinaciones, en orden aleatorio. Se eliminó la primera medida para los cálculos. Se definió hipertenso con arterioesclerosis si presentaba edad >75 años o diabetes mellitus >10 años de evolución o tabaquismo >30 años o evento cardiovascular. Se calcularon medianas, coeficiente de correlación intraclase (CCI) entre medidas SIT y CIT; y se realizó un análisis comparativa entre sujetos con y sin ateromatosis.

Resultados: Se incluyeron 150 hipertensos, 49,3% mujeres, 65,6+/-12,8 años, PA 137+/-1,4 / 80+/-0,9 mmHg, 37,3% diabetes mellitus y 21,3% enfermedad cardiovascular asociada.

En el subgrupo con arterioesclerosis (n=78), la PA SIT y CIT era 136,30 +/-18,29 / 75,50 +/-12,37 i 138,26+/-19,65 / 76,37+/-13,68 mmHg (p=0,09 / p=0,48), respectivamente y el CCI 0,88 (IC 95% 0,85-0,93) / CCI 0,65 (IC 95% 0,51-0,76) para la PA sistólica y diastólica respectivamente.

En el subgrupo sin ateromatosis (n=72), la PA SIT y CIT era 135,29+/-17,81 / 83,40+/-11,68 i 136,55+/-18,80 / 83,40+/-11,68 mmHg (p=0,26 / p=0,65) respectivamente y el CCI 0,91 (IC 95% 0,86-0,94) / CCI 0,91 (IC 95% 0,87-0,95) para la PA sistólica y diastólica respectivamente.

Conclusiones: No encontramos diferencias significativas entre esperar, o no, 1 minuto entre lecturas de PA, pero en el grupo de hipertensos con arterioesclerosis parece recomendable mantener el tiempo de espera entre lecturas dada la peor concordancia, especialmente de la PA diastólica.

PÓSTER Nº 172

ASOCIACIÓN DE HTA Y LITIASIS ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LOS PARÁMETROS DE ELIMINACIÓN RENAL?

R. MANZANEDO BUENO (1), C. FELIPE FERNÁNDEZ (2), C. ROSADO RUBIO (3),
B. ALAGUERO DEL POZO (4), A. FIDALGO GONZÁLEZ (5), J.C. CHACÓN UNZUÉ (6), J. MARTÍN GARCÍA (7)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (2) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(3) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (4) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(5) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (6) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(7) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, LITIASIS RENAL, ACLARAMIENTO RENAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: Desde hace tiempo se ha descrito en la literatura una mayor prevalencia de litiasis en los pacientes con HTA esencial. La existencia de mecanismos patogénicos comunes que justifiquen esta mayor asociación no ha sido aclarada por completo: se ha estudiado la relación con el metabolismo del calcio, particularmente la presencia de hipercalciuria y alteraciones del metabolismo óseo-mineral. Se desconoce si subyacen a nivel renal diferencias en la eliminación de otros parámetros en los pacientes con esta asociación.

Material y Métodos: Se estudia un grupo de 19 pacientes con litiasis y función renal normal ($C_{cr} > 60$ ml/min) seguidos en la consulta de nefrología-HTA del hospital, y se compararon con un grupo control de 54 pacientes con HTA esencial, sin litiasis. Se analizan datos demográficos y epidemiológicos de ambos grupos así como analítica convencional en sangre hormona paratiroidea (PTH) y aclaramiento (C) de creatinina (C_{cr}), de ácido úrico (C_{au}), de fosfatos ($C_{fosfatos}$), excreción fraccional de ácido úrico (EF_{au}) y de sodio (EF_{Na}) y eliminación diaria de ácido úrico, fosfatos y magnesio. Se realiza estadística descriptiva para caracterizar los grupos: mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas y estadística inferencial con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney de muestras independientes). El nivel de significación se determina como $p < 0,05$.

Resultados: Ambos grupos presentan características similares de edad, sexo, tiempo de evolución de la HTA, dislipemia, hábitos tóxicos, diabetes mellitus y enfermedad vascular. No hubo diferencias en los tratamientos hipotensores utilizados ni en el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento con alopurinol (20% vs 16,7%). El grupo de pacientes con litiasis presenta un discreto incremento en el porcentaje de obesos (63,2% vs 46,3%), en crisis de gota (15,8% vs 1,9%) y en el tratamiento con diuréticos (73,7% vs 44,7%). Ambos grupos muestran valores superponibles en las determinaciones analíticas plasmáticas realizadas incluidos similares niveles de ácido úrico, calcio, fósforo y magnesio. La tabla adjunta muestra: C_{cr} , C_{au} , $C_{fosfatos}$, EF_{au} , EF_{Na} , la eliminación diaria de ácido úrico, fosfato y magnesio y los niveles de PTH en suero. El grupo de pacientes con litiasis presentó un mínimo descenso en C_{au} y EF_{au} y un significativo incremento en la eliminación de fosfatos. No se apreciaron diferencias en la PTH.

Valor	No Litiasis Renal (n=54) Mediana (p25-p75)	Litiasis Renal (n=19) mediana (p25-p75)
C cr (ml/min)	100 (78 - 135)	107,6 (76,7 - 134,4)
Microalbuminuria /mg/g)	9,59 (6,27 – 25,76)	36,7 (6,4 - 131,8)
C úrico (ml/min)	6,19 (4,55 – 8,12)	5,9 (4,8 – 11,63)
EF úrico(%)	6,65 (5,03 – 8,09)	6,27 (4,42 – 8,31)
Eliminación de ac. úrico (g/día)	0,52 (0,37 - 0,68)	0,53 (0,37 – 0,85)
EF Na (%)	0,8 (0,52 - 1,25)	0,91 (0,76 - 1,28)
EF úrico / EF Na	8,45 (5,64 - 12,41)	6,05 (4,5 – 11,07)
Eliminación de fosfatos (mg/día)	664 (548 - 946)	888 (647 - 1180)
C fosfatos (ml/min)*	13,54 (10,34 – 17,1)	19,86 (14,87 – 25,38)
Eliminación de Mg (mg/día)	65 (42,3 – 82,8)	83,2 (60,68 – 116,4)
PTH	79,4 (48 – 108)	60,5 (56,6 – 118,8)

*p:0,02

Conclusiones: Se constata en ambos grupos de hipertensos valores bajos de aclaramiento de ácido úrico sin que existan diferencias estadísticamente significativas. La mayor eliminación de fosfatos en el grupo de pacientes con litiasis debería ser considerada a efectos patogénicos, si bien al encontrarse en el contexto de un mayor porcentaje de pacientes obesos pudiera tratarse de un epifenómeno.

PÓSTER Nº 173

CARACTERÍSTICAS DE LOS HIPERTENSOS OCTOGENARIOS EN UN CENTRO DE SALUD

R. MONTERERÍN NADAL (1), M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (1), G. VÁZQUEZ (1),
G. ROVIRA MARCELINO (1), B. JIMENEZ MUÑOZ (1), D. FERNÁNDEZ VALVERDE (1),
D. BOTTARO PARRA (1), I. MORAL PELÁEZ (1)

(1) EAP SARDENYA. UNIDAD DOCENTE ACEBA. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ANCIANO, MORBILIDAD

RESUMEN:

Objetivos

Analizar las características de los hipertensos (HT) mayores de 80 años en comparación con los no-hipertensos (NT).

Material y Métodos

Tipo de estudio: descriptivo y transversal.

Ámbito del estudio: Centro de Salud urbano.

Sujetos: Muestra representativa de pacientes con edad ≥ 80 años incluidos en un estudio de valoración geriátrica integral.

Mediciones: características clínicas, sociales, comorbilidades, grado de dependencia.

Resultados

Se incluyeron 305 pacientes, 177 hipertensos (58%) con presión arterial media (DE) 147(17) / 79(18) mmHg; media de edad (DE): 83,4(3,1) años; 59,2% mujeres; fumadores 3,4%. Viudos/as 56,5%; viven solos 35%; sin riesgo social 61,6%; sin estudios/primaria incompleta 57%; 70% percepción de salud buena/muy buena. No alteraciones visuales/auditivas 67% y 63%; caídas en los últimos 6 meses 26%; incontinencia urinaria 42%; independencia total (Barthel) 76,8%; depresión (Yesavage) 22%; deterioro cognitivo (Pfeiffer) 5,1%. Todas las variables sin diferencias significativas con los no-hipertensos.

Comorbilidad asociada 58,2% en HT vs 45,5% en NT ($p=0,038$) con afectación moderada (Charlson) 18,1% en HT y 7,8% en NT. Diabetes 16,4% vs 7,8% en HT y NT, respectivamente ($p=0,036$). Dislipemia 27% vs 16,4% en HT y NT ($p=0,037$). Infarto de miocardio previo 13,5% vs 5,5% en HT y NT ($p=0,022$) Insuficiencia cardiaca e Ictus 12,4% y 10,2% (diferencias no significativas en relación con NT). Número de fármacos consumidos de forma crónica 4,8 vs 3,4 en HT y NT ($p<0,001$).

Conclusiones

Los HT octogenarios tienen mayor comorbilidad, diabetes, dislipemia e infarto de miocardio previo que los NT y consumen más fármacos.

PÓSTER Nº 174

¿SON APLICABLES LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO HYVET A LOS HIPERTENSOS DE NUESTRO
ÁMBITO?

M. DE LA FIGUERA VON WICHMANN (1), R. MONTERERÍN NADAL (1), D. BOTTARO PARRA (1),
D. FERNÁNDEZ VALVERDE (1), B. JIMENEZ MUÑOZ (1), G. ROVIRA MARCELINO (1), I. MORAL PELÁEZ (1)

(1) EAP SARDENYA. UNIDAD DOCENTE ACEBA. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ANCIANO, TERAPÉUTICA

RESUMEN:

Objetivos

Analizar las características de los hipertensos mayores de 80 años en comparación con los incluidos en el ensayo HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial).

Material y Métodos

Tipo de estudio: descriptivo y transversal.

Ámbito del estudio: Centro de Salud urbano.

Sujetos: Muestra representativa de pacientes con edad \geq 80 años incluidos en un estudio de valoración geriátrica integral.

Mediciones: características clínicas, comorbilidades.

Resultados

Se incluyeron 305 pacientes, 177 hipertensos (58%) con presión arterial media (DE) 147(17) / 79(18) mmHg; PASistólica < 140 mmHg y PADiastólica < 90 mmHg: 72,1%; PASistólica < 150 mmHg y PADiastólica < 90 mmHg: 52%. PA basal en el estudio HYVET, tras 2 meses de placebo: 173/91 mmHg. Media de edad (DE) 83,4(3,1) años y 59,2% mujeres, sin diferencias significativas con los pacientes del HYVET; fumadores 3,4% vs 6,5% en el HYVET; Dislipemia 27%, sin datos en el HYVET; Diabetes 16,4% vs 6,8% en el HYVET. Infarto de miocardio previo 13,5% vs 3,1% en el HYVET. Insuficiencia cardiaca 12,4% vs 2,9% en el HYVET; Ictus 10,2% vs 6,7% en el HYVET.

Conclusiones

Los HT octogenarios del estudio HYVET tienen unas cifras de PA más elevadas y una menor prevalencia de diabetes, infarto de miocardio, ictus e insuficiencia cardiaca que los HT de nuestro estudio. Los resultados del ensayo HYVET pueden no ser totalmente extrapolables a nuestra población de hipertensos octogenarios.

PÓSTER Nº 175

NIVELES DE VITAMINA D Y RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y SUS DETERMINANTES

E. RODILLA SALA (14), J.M. SEGUÍ RIPOLL (2), M. TAVERNER APARICIO (1), J.A. COSTA MUÑOZ (1),
L. PÉREZ LLUNA (1), J.M. PASCUAL IZUEL (13)

(1) HOSPITAL DE SAGUNTO, MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE HTA Y RIESGO VASCULAR. SAGUNTO,
(2) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN, MEDICINA INTERNA. ALICANTE,
(3) FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALENCIA. VALENCIA, (4) FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA. CASTELLÓN

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: VITAMINA D, RIGIDEZ ARTERIAL, VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO

RESUMEN:

Propósito del estudio: La vitamina D (VitD) desempeña un papel importante en la regulación de la homeostasis del calcio. La insuficiencia renal crónica (IRC) se asocia a un alto riesgo de arterioesclerosis. Evidencias recientes sugieren que las alteraciones de la vitamina D que se producen en la insuficiencia renal pueden contribuir a la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en enfermos renales. El propósito del estudio es determinar los niveles de vitamina D en pacientes con IRC y sus factores determinantes.

Métodos: Estudio transversal en 83 pacientes hipertensos con una media de edad de 72,0 años (DE $\pm 10,5$) e insuficiencia renal crónica compensada. La rigidez arterial se midió a partir de la velocidad de onda de pulso (VOP) mediante el dispositivo MOBIL-O-GRAPH® por análisis de la onda de pulso oscilométrica braquial.

Resultados: 43 varones (51,8 %) y 40 mujeres con una media de edad de 72,0 años (DE $\pm 10,5$), la presión arterial sistólica fue de 136 (DE ± 15) y la diastólica 76 (DE ± 11). El filtrado glomerular medio fue de 47,1 ml/min (DE ± 10). La concentración media de Vit D fue de 21,6 ng/ml (DE ± 11), la VOP media fue de 10,9 m/seg (DE $\pm 1,8$). Los pacientes estaban tratados con una mediana de 3 fármacos. La prevalencia de déficit de VitD con niveles inferiores a 30 ng/ml fue de un 80,7 %, la prevalencia de niveles elevados de PTH > 65 pg/ml fue del 60,2 % y la de una VOP superior a 10 m/seg de un 68,3 %. En una regresión lineal multivariante, la VitD se relacionó de forma significativa e independiente con la edad (β -0,29, CI: -0,53; -0,02; $p=0,035$), el género (β 3,7, CI: 3,5; 12,6; $p=0,001$), los niveles de PTH (β -0,25, CI: -0,09; -0,01; $p=0,040$), el MDRD (β -0,26, CI: -0,55; -0,01; $p=0,030$), la excreción urinaria de albúmina (β -0,27, CI: -0,02; -0,01; $p=0,045$) y el número de fármacos (β -0,21, CI: -3,1; -0,11; $p=0,035$), pero no con los niveles de presión arterial, ni la concentración de calcio y fósforo. La VOP se asociaba de forma significativa a los niveles de VitD en análisis bivariado, pero ajustando por los demás factores, perdió la significación estadística.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra una muy alta prevalencia del déficit de VitD y rigidez arterial elevada en pacientes hipertensos con insuficiencia renal crónica compensada. A menor filtrado glomerular y mayor excreción urinaria de albúmina, menores son los niveles de VitD, sugiriendo que

preservar la función renal en pacientes hipertensos puede contribuir a mantener niveles adecuados de VitD.

PÓSTER Nº 176

PSORIASIS: UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M.Á. RAMIS (1), C. MESTANZA (1), B. MEZA (1), M. AMATLLER COROMINAS (1), I. GIL CANALDA (1),
F. RAMS RAMS (1), M. VILA CAPDEVILA (1), B. DEIXENS MARTÍNEZ (1), C. IGLESIAS SERRANO (1),
M. DE LA POZA ABAD (1)

(1) C.S. DR. CARLES RIBAS. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: PSORIASIS, HIPERTENSIÓN, DIABETES

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO

La psoriasis es una enfermedad autoinmune que se asocia a otras enfermedades de riesgo cardiovascular como la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA). Con este estudio nos proponemos estudiar los siguientes objetivos:

INTRODUCCIÓN:

La psoriasis es una enfermedad autoinmune que se asocia a otras enfermedades de riesgo cardiovascular como la diabetes mellitus

(DM) y la hipertensión arterial La psoriasis es una enfermedad autoinmune que se asocia a otras enfermedades de riesgo cardiovascular como la diabetes mellitus

1. Determinar la prevalencia de diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA) en pacientes psoriásicos.
2. Comparar las prevalencias de HTA y de DM en pacientes psoriásicos con las de la población total asignada a nuestro centro.

MÉTODOS USADOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo, seleccionándose a los pacientes con diagnóstico de Psoriasis según el CIE-10 (L40.0) de la base informática de atención primaria, el E-CAP, se excluyeron los trasladados y los éxitos. Obtuvimos un total de 174 pacientes, de los cuales excluimos 43 por falta de datos completos, los incluidos fueron 131 pacientes.

Se estudiaron las variables sexo, edad, fumador, diagnóstico de psoriasis o no, diagnóstico de HTA o no y diagnóstico de DM o no.

RESULTADOS

De los 131 pacientes con diagnóstico de Psoriasis la edad media fue de 59,63 años, 68 hombres (51,91%) y 63 mujeres (48,09%).

El diagnóstico de HTA constaba en 64 pacientes (39,65%) y el diagnóstico de DM constaba en 30 pacientes (22,90%).

Las prevalencias de HTA y DM revisadas en el grupo control fueron de 25,19% y 9,26% respectivamente.

CONCLUSIONES

La prevalencia de HTA y DM son considerablemente más elevadas en los pacientes con psoriasis

EL diagnóstico de psoriasis debería despertar una alerta en el personal sanitario para realizar un buen diagnóstico y control de la HTA y la DM.

PÓSTER Nº 177

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LOS PACIENTES PSORIÁTICOS

B. MEZA (1), C. MESTANZA (1), M.Á. RAMIS (1), M. VILA CAPDEVILA (1), I. GIL CANALDA (1),
C. IGLESIAS SERRANO (1), F. RAMS RAMS (1), M. LIROZ NAVARRO (1), N. SELLARÉS (1),
M. DE LA POZA ABAD (1)

(1) C.S. DR. CARLES RIBAS. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, SÍNDROME METABÓLICO, PSORIASIS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La psoriasis es una enfermedad autoinmune que se asocia a otras enfermedades de riesgo cardiovascular. El síndrome metabólico representa un predictor de eventos cardiovasculares.

La psoriasis es una enfermedad autoinmune que se asocia a otras enfermedades de riesgo cardiovascular. El síndrome metabólico representa un predictor de eventos cardiovasculares. Nuestros objetivos fueron:

1. Determinar la prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con psoriasis.
2. Determinar la prevalencia de diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP) y obesidad (OB) en pacientes con psoriasis.

MÉTODOS USADOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo, seleccionándose a los pacientes con diagnóstico de psoriasis según el CIE-10 de la base informática de atención primaria, el E-CAP, se excluyeron los trasladados y los éxitos. Obtuvimos un total de 174 pacientes, de los cuales excluimos 43 por falta de datos completos, los incluidos fueron 131 pacientes. Se estudiaron variables como sexo, edad, diagnóstico de psoriasis o no, HTA o no, DM o no, OB o no y DLP o no. Se diagnosticó de síndrome metabólico a aquellos que cumplieron los criterios de la OMS (modificado EGIR), teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio.

RESULTADOS

De los 30 pacientes que presentaban psoriasis y DM, 21 pacientes cumplían los criterios para el diagnóstico de síndrome metabólico (70%).

Las prevalencias encontradas para cada criterio por separado fueron: DM 22.90% (30 pacientes), HTA 39.65% (64 pacientes), DLP 33.58% (44 pacientes) y OB 42.74% (56 pacientes).

CONCLUSIONES

Los pacientes psoriásicos tienen una alta prevalencia de síndrome metabólico pudiendo favorecer eventos cardiovasculares. En estos pacientes, se debería alentar a corregir y controlar más estrictamente los factores de riesgo cardiovascular modificables como son los componentes del síndrome metabólico.

PÓSTER Nº 178

¿LA OBESIDAD CONDICIONA DIFERENCIAS EN LA ELIMINACIÓN RENAL DE ÁCIDO ÚRICO EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

M.B. ALAGUERO DEL POZO (1), C. FELIPE FERNÁNDEZ (2), C. ROSADO RUBIO (3),
R. MANZANEDO BUENO (4), A. FIDALGO GONZÁLEZ (5), J.C. CHACÓN UNZUÉ (6), J. MARTÍN GARCÍA (7)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (2) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(3) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (4) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(5) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (6) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(7) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD, HIPERTENSIÓN, ELIMINACIÓN DE ÁCIDO ÚRICO

RESUMEN:

Propósito del estudio: Se ha descrito que tanto la obesidad como la hipertensión arterial se asocian con una reducción en la eliminación renal de ácido úrico. Sin embargo, desconocemos si ambas patologías podrían potenciar esta reducción y contribuir a la hiperuricemia que con frecuencia se observa en estos pacientes.

Material y Métodos: Se estudian 73 pacientes con HTA y función renal normal ($Ccr > 60 \text{ ml/min}$) seguidos en la consulta de nefrología-HTA del hospital. Se consideran 2 grupos de pacientes en relación a la coexistencia de obesidad, (obesidad si $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$), 37 pacientes en el grupo de obesidad y 36 en el grupo sin obesidad. Se analizan datos demográficos y epidemiológicos de ambos grupos así como analítica convencional en sangre y aclaramiento de creatinina (Ccr), de ácido úrico (Cau) y excreción fraccional de ácido úrico (EFau) y de sodio (EFNa). Se realiza estadística descriptiva para caracterizar los grupos: mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas. La comparación de grupos se realiza según estadística inferencial con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney de muestras independientes). El nivel de significación se determina como $p < 0,05$.

Resultados: Ambos grupos presentan características similares de edad, sexo y grado de control de la tensión arterial. El grupo de obesidad presenta una HTA de mayor tiempo de evolución (11 años vs 6 años), un mayor porcentaje de pacientes con consumo de alcohol (25% vs 2,8%), DM (18,9% vs 8,3%), gota (8,1% vs 2,8%), litiasis renal (32,4% vs 19,4%) y mayor enfermedad vascular. La tabla adjunta muestra las determinaciones y los cálculos de Ccr, Cau, EFau, EFNa, EFurico/EFNa y señala los valores con diferencias estadísticamente significativas. El grupo de pacientes obesos presenta valores de ácido úrico en plasma significativamente superiores a pesar de un mayor porcentaje de pacientes que recibe tratamiento con alopurinol (32,3% vs 6,3%) y de una eliminación renal diaria de ácido úrico significativamente superior. Esta mayor eliminación absoluta no se confirma cuando el aclaramiento se corrige con el aclaramiento renal (EFau) y la excreción de sodio (EFau/EFNa).

Valor	No obesidad (n=36) Mediana(p25-p75)	Obesidad (n=37) Mediana(p25-p75)
Ác. Úrico (mg/dl)*	4,9 (3,9-5,9)	5,9 (5,1-6,9)
C cr (ml/min)	88,1 (68,6-122,4)	118,3 (83-137,7)
Microalbuminuria (mg/g)	8 (5,6-26,8)	9,96 (7,4-31,8)
C úrico (ml/min)	6,09 (4,42-7,21)	6,84 (5,25-10,9)
EF úrico (%)	6,67 (4,95-8,17)	6,1 (4,5-7,9)
Eliminación de ác. úrico (g/día)**	0,46 (0,34-0,6)	0,62 (0,48-0,76)
EF Na (%)	0,87 (0,52-1,3)	0,82 (0,56-1,26)
EF úrico/EF Na	7,86 (5,8-10,67)	7,4 (4,5-12,8)
*p:0.005 **p:0.006		

Conclusión: Aunque los pacientes obesos presentan unos valores séricos de ácido úrico significativamente superiores (a pesar de un mayor porcentaje de pacientes que recibe tratamiento con alopurinol) no presentan un aclaramiento inferior de ácido úrico en relación a los pacientes hipertensos no obesos. Por el contrario, estos pacientes tienen una eliminación de ácido úrico mayor cuya significación desaparece cuando se ajusta al grado de función renal. El escaso número de pacientes y las diferencias entre los grupos hace que estos resultados deban ser interpretados con precaución. Se necesitan estudios prospectivos a largo plazo bien aleatorizado para profundizar en este aspecto.

PÓSTER Nº 179

ALTERACIONES HEMODINAMICAS EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVAS AL CABO DE UN MES DEL EPISODIO

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), S. GARCIA RUIZ (1), O. CASTRO OLIVARES (3)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE. ALBACETE, (2) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. MADRID, (3) FACULTAD DE MEDICINIA .UNIVERSIDAD DEL MAR. SANTIAGO DE CHILE.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: CRISIS HIPERTENSIVAS, HEMODINAMICA, RESISTENCIA PERIFERICA ANTECEDENTES: LAS CRISIS HIPERTENSIVAS (CH) , SON EVENTOS RELATIVAMENTE FRECU

RESUMEN:

ANTECEDENTES: Las crisis hipertensivas (CH) , son eventos relativamente frecuentes en las urgencias medicas. Ademas, podemos decir que no son eventos benignos ya que entre 15-25% de los mismos tienen alguna complicación cardiovascular o renal. La mayoría de los pacientes con CH, son enfermos polimedcados.Sin embargo no hay muchos datos sobre las alteraciones hemodinámicas que ocurren una vez pasado el episodio agudo de la CH.

OBJETIVOS: valorar las diferencias hemodinámicas existente entre los pacientes con episodios de CH y aquellos pacientes hipertensos sin CH.

MATERIAL Y METODOS: estudiamos a 56 P con CH que habían acudido a un servicio de urgencias donde recibieron tratamiento para dichos episodios. A todos se les realizó una historia clínica completa y se les administro la terapéutica correspondiente, según protocolo. Tambien se les citó para acudir dentro del mes siguiente a consulta de cardiología donde se les realizó un MAPA y una analítica con microalbuminuria de 24 hora, para evaluar el control de la TA que tenían en ese tiempo , la resitencia periférica total (RPT) y el índice de rigidez arterial ambulatoria(IRAA).Los resultados se compararon con pacientes hipertensos controlados sin CH previas a quienes se realizaron las mismas pruebas y se exponen a continuación:

DATOS	N	RPT	IRAA	MICROALBUMINURIA 24 hs	TENSION ARTERIAL SISTOLICA/DIASTOLICA POR MAPA
Pacientes con CH	56	1,4±0,5	0,84±0.2	48±11	142±11/86±5
Pacientes sin CH	253	0.8±0,2*	0,46±0.2	14±4*	133±7/81±3*

*significa valor de p<0.05.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con CH tienen una resistencia arterial periférica total significativamente aumentada respecto a aquellos pacientes hipertensos sin CH. Asimismo, el IRA y las cifras tensionales dentro del mes siguiente a la CH sigue siendo significativamente peor que lo que corresponde a pacientes sin CH.

PÓSTER Nº 180

OBESIDAD E HIPERTENSION ARTERIAL: DIFERENCIAS HEMODINAMICAS ENTRE PACIENTES OBESOS CON O SIN ACTIVIDAD FISICA

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), S. GARCIA RUIZ (1), S.J. MARTINEZ GONZALEZ (1), E. LUEKPE ESTEFAN (2)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE. ALBACETE, (2) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. MADRID, (3) FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DEL MAR. SANTIAGO DE CHILE.

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD., HIPERTENSION ARTERIAL, RIGIDEZ ARTERIAL

RESUMEN:

ANTECEDENTES: tanto la obesidad (OB) como la hipertensión arterial (HTA), son dos patologías con alta prevalencia en la población actual y con perspectivas de ir aumentando en los años siguientes. Los pacientes (P) con OB, constituyen por si mismos, individuos con riesgo alto de padecer un problema cardiovascular. Sin embargo, la actividad física de dichos pacientes, puede modificar dicha expectativa de riesgo.

OBJETIVOS: Evaluar las diferencias hemodinámicas y de control de la HTA en pacientes obesos con actividad física respecto a aquellos con vida sedentaria.

MATERIAL Y METODOS: hemos estudiado a 106 P con OB+HTA (edad media de 64±9 años) en quienes hemos evaluado la actividad física dividiéndola según el nº de horas semanales que practica ejercicio físico a la semana en leve (menos de 2 horas), moderada entre 4-6 horas e intenso (mas de 6 horas) , se les realizó un estudio con MAPA para ver el control de la tensión arterial sistólica y diastólica (TAS/TAD), se midió la rigidez arterial mediante el índice de aumento (AI) ,la resistencia periférica total (RPT) y se realizó un ecocardiograma para ver el índice de masa del ventrículo izdo(IMVI).Los resultados se compararon con un grupo de pacientes hipertensos de similar edad a quienes se les realizaron los mismos estudios. Los resultados se comparon y se exponen a continuación.

DATOS	TAS (MAPA)	TAD (MAPA)	IA	RPT	IMVI
OBESOS CON AF LEVE	145±6*	96±5*	41±6*	1,6±0.3	M:135gr/m2* V:145 gr/m2*
OBESOS CON AF MODERADA	143±7*	92±4*	38±3*	1,4±0.4	M:127 gr/m2* V: 130 gr/m2*
OBESOS CON AF INTENSA	141±5*	90±3*	33±5*	1,1±0.2	V: 122 gr/m2*
NO OBESOS	135±4	82±3	21±4	0,9±0.2	M:112 gr/m2 V: 121gr/m2

*significa valor de p< 0.05 respecto a no obesos.

CONCLUSIONES: Los pacientes con OB+HTA tienen significativamente aumentados la tensión arterial tanto sistólica como diastólica, la rigidez arterial y el IMVI respecto a los hipertensos no obesos. La actividad física puede modificar algunos aspectos hemodinámicos de estos enfermos, sugiriendo nuestros datos, que con mayor actividad física semanal, más cerca están de los valores de pacientes con HTA sin obesidad.

PÓSTER Nº 181

LA MICROALBUMINURIA A LARGO PLAZO DETERMINA EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE CON HTA RESISTENTE

S. VÁZQUEZ (1), A. DE LA SIERRA (2), R. HERNÁNDEZ DEL REY (3), M. LARROUSSE (4), C. SIERRA (5),
J. ARROYO (6), L. SANS (1), A. ROCA-CUSACHS (6), P. ARMARIO (3), A. OLIVERAS (1)

(1) HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA, (2) MÚTUA DE TERRASSA. BARCELONA, (3) HOSPITAL DE SANT
JOAN DESPÍ MOISÈS BROGGI. BARCELONA, (4) HOSPITAL DE MATARÓ. BARCELONA,
(5) HOSPITAL CLÍNIC. BARCELONA, (6) HOSPITAL DE SANT PAU. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: MICROALBUMINURIA, HTA RESISTENTE, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

La función renal y la excreción urinaria de albúmina (EUA) son predictores conocidos de enfermedad cardiovascular (CV) en población general, pero se desconoce su valor pronóstico en pacientes con hipertensión arterial resistente (HTAR).

Objetivo:

Determinar la capacidad de la función renal y de la EUA para predecir la morbimortalidad CV en pacientes con HTAR (PA \geq 140/90 mm Hg pese a tratamiento con \geq 3 fármacos antihipertensivos)

Métodos:

Se evaluaron 133 pacientes (seguimiento: 73 meses). La variable principal fue la aparición de episodios CV no fatales (infarto de miocardio, ictus, hospitalización por insuficiencia cardíaca, revascularización coronaria o por vasculopatía periférica) o muerte cardiovascular.

La función renal se determinó mediante creatinina sérica (Cr) y aclaramiento de creatinina (Acl Cr). Se consideró microalbuminuria si el cociente albumina/creatinina en orina (Alb_{or}/Cr_{or}) era \geq 30mg/g.

Resultados:

Veintidós pacientes (16.5%) alcanzaron la variable principal. La EUA elevada durante el seguimiento se asoció a la aparición de episodios CV tras ajustar por edad, enfermedad CV previa, AclCr y PAS clínica basal y durante el seguimiento (66mg/g vs. 17mg/g; $p=0.046$).

Aunque Cr y AclCr se asociaron también a enfermedad CV, esta relación se perdió tras ajustar por riesgo basal.

La prevalencia de microalbuminuria basal en pacientes con y sin enfermedad CV fue del 45% y 41%, respectivamente ($p=0.813$), mientras que el porcentaje de pacientes con microalbuminuria durante el seguimiento fue del 67% y 28%, respectivamente ($p=0.002$).

Comparado con los pacientes sin enfermedad CV, hubo más pacientes con enfermedad CV que desarrollaron microalbuminuria durante el seguimiento (28% vs 6%) o persistieron microalbuminúricos (39% vs. 21%), mientras que el porcentaje de pacientes con regresión de la microalbuminuria (11% vs. 19%) o que se mantuvieron normoalbuminúricos (22% vs. 53%) fue menor en este grupo ($p=0.005$).

Conclusión: En pacientes con HTAR, los valores de microalbuminuria al seguimiento, pero no basales, son un predictor independiente de enfermedad CV.

PÓSTER Nº 182

IMPORTANCIA DE CUANTIFICAR LA ELIMINACION RENAL DE ÁCIDO ÚRICO

C. FELIPE FERNÁNDEZ (1), R. MANZANEDO BUENO (2), B. ALAGUERO DEL POZO (3),
C. ROSADO RUBIO (4), J.C. CHACÓN UNZUÉ (5), A. FIDALGO GONZALEZ (6), J. MARTÍN GARCÍA (7)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (2) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(3) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (4) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(5) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA, (6) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA,
(7) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA RENAL, ACLARAMIENTO DE ÁCIDO ÚRICO, EXCRECIÓN FRACCIONAL DE ÁCIDO ÚRICO

RESUMEN:

Propósito del estudio: Actualmente se reconoce el papel patogénico del ácido úrico como causante de lesión y progresión renal y se sabe de la importancia de la hiperuricemia en el desarrollo de hipertensión arterial. Cuando coexisten HTA e IR se asume el predominio del deterioro renal en la aparición de la hiperuricemia aunque habitualmente no cuantificamos su contribución. El objetivo de este trabajo fue cuantificar la reducción de la eliminación renal de ácido úrico en pacientes con insuficiencia renal crónica moderada ($C_{cr} < 60$ ml/min y > 30 ml/min).

Material y Métodos: Se estudian 22 pacientes con Hipertensión arterial esencial e insuficiencia renal grado III (HTA-IR) y 73 pacientes con HTA esencial y función renal normal (HTA-FRn) seguidos en la consulta de nefrología-HTA del hospital. Se analizan datos demográficos y epidemiológicos de ambos grupos así como analítica convencional en sangre y aclaramiento (C) de creatinina (C_{cr}), de ácido úrico (C_{au}), excreción fraccional de ácido úrico (EF_{au}) y de sodio (EF_{Na}). Se realiza estadística descriptiva para caracterizar los grupos: mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas y estadística inferencial con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney de muestras independientes). El nivel de significación se determina como $p < 0,05$.

Resultados: Como era de esperar el grupo con HTA-IR presenta una edad superior (74 años vs 51 años), un mayor tiempo de evolución de la HTA (19 años vs 8 años), mayor porcentaje de diabéticos (54,5% vs 14%) y mayor repercusión vascular de la enfermedad vascular a otros niveles. También, en el grupo de HTA-IR un mayor porcentaje de pacientes recibe tratamiento con alopurinol (47,6% vs 19%) y con diuréticos (91% vs 52%) particularmente diuréticos del asa (77,3% vs 17,3%). Los niveles plasmáticos de glucosa (142 mg/dl vs 103 mg/dl) y ácido úrico (6,5 mg/dl vs 5,4 mg/dl) son significativamente superiores en el grupo de HTA-IR. El aclaramiento de ácido úrico es prácticamente la mitad en el grupo de HTA-IR frente al grupo de HTA-FRn (3,38 ml/min vs 6,16 ml/min). La EF_{au} se mantiene en valores similares al corregir la eliminación renal de ácido úrico con el grado de función renal.

Parámetro	Función renal normal Insuficiencia Renal	
	(Ccr > 60 ml/min) (n=73)	(Cc < 60 ml/min) (n=22)
[glucosa] (mg/dl)*	103 (97 – 114)	142 (104 – 160)
[ac úrico] (mg/dl)**	5,4 (4,4 – 6,5)	6,5 (4,3 – 8,5)
C cr (ml/min)	102 (78 - 134,4)	46,4 (41 – 54,7)
Microalbuminuria /mg/g	9,7 (6,5 – 27)	47,25 (17,36 – 264,5)
Proteína /creatinina (orina 24h)	0,08 (0,06 – 0,15)	0,29 (0,14 – 0,73)
C úrico (ml/min)	6,16 (4,8 -8,3)	3,38 (2,4 – 4,8)
EF úrico(%)	6,4 (4,9 – 8,1)	7 (5,9 – 8,7)
Eliminación de ac. úrico (g/día)	0,52 (0,37 – 0,68)	0,37 (0,2 – 0,45)
EF Na (%)	0,82 (0,55 – 1,26)	1,57 (1,1 – 2,2)
EF úrico / EF Na	7,7 (4,8 – 11,8)	3,69 (3 – 7,4)

*:p 0,02; **:p:0,039

Conclusión: La Insuficiencia renal moderada reduce a la mitad la eliminación renal de ácido úrico lo que justifica la hiperuricemia asociada a la IR. La excreción fraccional de ácido úrico es un parámetro válido para evaluar cambios en el manejo tubular del ácido úrico tanto en estudios epidemiológicos como de intervención terapéutica en la hipertensión arterial con afectación vascular en los que con frecuencia existe lesión renal como afectación de órgano diana.

PÓSTER Nº 183

FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. ATENCION Y SEGUIMIENTO EN PRIMARIA

G. ALLUT VIDAL (1), M. FUENTES LEMA (1), M. LADO LOPEZ (2), J.M. FERNANDEZ VILLAVERDE (3),
R. BLANCO RODRIGUEZ (4), F. OTERO RAVIÑA (5)

(1) C.S.PORTO DO SON. PORTO DO SON, (2) C.S. VITE. SANTIAGO, (3) C.S.RIBEIRA. RIBEIRA,
(4) C.S.LOUSAME. LOUSAME, (5) CONSELLERIA SANIDADE. SANTIAGO

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: RIESGO, CEREBRO, PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVOS:

El objetivo de nuestro estudio es evaluar los factores de riesgo cardiovascular (CV) y los eventos cardiovasculares de una cohorte de pacientes con ictus seguidos por médicos de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio transversal hecho en colaboración con 33 médicos de Atención Primaria, los cuales incluyeron a todos los pacientes de su cupo que cumplieran los criterios de inclusión: Evento cerebrovascular previo con diagnóstico claramente establecido (Ictus, Ataque Isquémico Transitorio, o ambos) en un informe de alta de un servicio hospitalario, y consentimiento informado. El seguimiento se realizó por revisiones clínicas o contacto telefónico, y fueron recogidos los eventos cardiovasculares o la muerte, así como su causa.

RESULTADOS:

473 pacientes fueron incluidos, de los que en 305 el evento previo fue ictus, 128 A.I.T., y ambos en 40 pacientes. La etiología principal del ictus fue la isquémica (57%). Situación de dependencia después del evento en 29%. La edad media 75±10 años, 52% sexo masculino, 79% HTA, 29% Diabetes, 65% dislipémicos, 12% fumadores activos, 11,2% enfermedad renal crónica, 18,9% anemia, 20% depresión. Dentro de las cardiopatías: Cardiopatía isquémica 18% (10% infarto), 22% fibrilación auricular, 10% insuficiencia cardiaca (IC) previa, 12% enfermedad valvular, 5,9% miocardiopatía. La media de seguimiento fue de 8.2±2.3 meses, 5,3% sufrieron una hospitalización CV (principalmente IC-1,9%), 5% murieron y 3,2% presentaron una muerte cardiovascular (nuevo ictus-1,9%, 0,2% muerte súbita, 0,2% IC). Tras un análisis multivariado, se evidencian los siguientes factores de riesgo independientes para eventos cardiovasculares: anemia, enfermedad renal crónica, situación de dependencia, etc., reflejados en la tabla 1.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con un evento cerebrovascular previo deben ser seguidos con precaución en el ámbito de atención primaria porque tienen una importante mortalidad cardiovascular anual, enfermedades cardíacas asociadas y un alto porcentaje de depresiones.

Análisis multivariado para eventos cardiovasculares

PÓSTER Nº 184

DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONAL DEL PACIENTE CON ICTUS. Y GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO. DATOS PRELIMINARES

I. GOMEZ GARCIA (1), M. ABAD CARDIEL (2), N. MARTELL CLAROS (2)

(1) HOSPITAL GENERAL DE CATALUNYA. SANT CUGAT DEL VALLES,
(2) HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: ICTUS, HIPERTENSION, DEMENCIA

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El ictus es la principal causa de discapacidad física en nuestro entorno y la segunda causa de demencia, además la depresión es un síntoma muy frecuente en los pacientes con historia de ictus. Se prevé un aumento de su prevalencia en las próximas décadas que sumado a la disminución de la mortalidad puede hacer crecer la prevalencia de demencia, discapacidad física y depresión y por ende de la dependencia con una necesidad de destinar más recursos económicos a esta situación y la no menos importante pérdida de calidad de vida de los pacientes.

PACIENTES Y MÉTODO: Se estudian 92 pacientes de 18 a 85 años con un evento cerebrovascular en su historia clínica. Se recogen datos demográficos, antecedentes patológicos cardiovasculares, niveles de presión arterial y frecuencia cardíaca, peso, talla y perímetro abdominal y analíticos. El paciente realiza un minimental test de Lobo, un test de Reloj a la orden, un test de Barthel y un Yesavage de depresión.

OBJETIVOS: describir, prevalencia y grado de control de los principales factores de riesgo cardiovascular, así como el nivel de deterioro cognitivo, dependencia y prevalencia de depresión y el nivel de diagnóstico y tratamiento farmacológico.

RESULTADOS: El 52,2% son hombres; de 71,39 (10,7) años con por lo menos un evento cerebrovascular en su historia clínica. El tiempo transcurrido desde el último evento fue de 4,87 (5,98) años. El 40,2 % tiene registrado más de un evento y hasta un 7,6 más de 2. En cuanto al origen del último evento cerebrovascular, en el 41% es de origen isquémico, el 31,5% es accidente isquémico transitorio, el 15,2% hemorrágico y un 12% embólico. El 84,7% asocia 2 o más factores de riesgo cardiovascular y hasta el 58,6% 3 o más. La hipertensión arterial es el factor más asociado con un 91,3% de la muestra, seguida de la dislipemia que está presente en el 72,8% y la DM en un 37%. En cuanto al control de estos factores, solo el 44,6% tienen una presión arterial por debajo de 130/80mmHg, la media de presión arterial es de 131,78/75,93mmHg; el 31,5% tienen cifras de colesterol total por encima de 200 mg/dL en la última analítica y hasta un 60,9% superan los 100 mg/dL de colesterol LDL; el 44,6% presentan una glucemia basal por encima de 100 mg/dL y el 31% de los diabéticos muestran una hemoglobina glicada mayor de 6,5mg/dL. El 60,9% presentan hallazgos de lesión de órgano diana (hipertrofia de ventrículo izquierdo en el 40,2%). La enfermedad clínica asociada más frecuente es la insuficiencia renal crónica. El 18,5% tiene fibrilación auricular. Los fármacos más utilizada son los IECA

(46,7%), los ARA-II (30,9%); le siguen los diuréticos tiazídicos (42,9%) y los de asa (14,4%); antagonista del calcio (39,6%); bloqueadores beta (14,3%) y el alfa-beta bloqueadores (5,5%) . El 69,2% recibe una estatina y en el 6,6% asocia otro hipolipemiente a su tratamiento. El porcentaje de antiagregación es del 69,2% de los pacientes y el de anticoagulación el 12,1%. Solo un 18% recibe tratamiento antidepresivo de algún tipo. El 7,7% presenta un grado significativo de dependencia en la escala de Barthel; y deterioro cognitivo un 47,3% que no realiza el test del reloj a la orden satisfactoriamente y hasta un 63,8% que no supera el minimal test de Lobo; Los resultados muestran que un 56,1% podrían presentar algún grado de depresión y hasta un 22% podrían tener una depresión establecida.

CONCLUSIONES: los datos ponen de manifiesto la gran relación entre los factores de riesgo cardiovascular y el ictus en especial con la hipertensión arterial. Muy pocos pacientes cumplen con todos los objetivos de control recomendados. Tanto la depresión como el deterioro cognitivo están infradiagnosticados en este grupo de pacientes a pesar de la amplia evidencia de asociación de ictus, demencia y depresión.

PÓSTER Nº 185

APOPTOSIS E INFLAMACIÓN EN LA EXTENSIÓN DEL DAÑO ORGÁNICO HIPERTENSIVO

R. MARTÍNEZ ABELLÁN (1), A. RODRÍGUEZ-ARGÜESO (1), A. ELANRANI (1), D. SIRERA (1),
H. DE ANDRADE (1), E. TARAZÓN (1), M. PORTOLÉS (1), M. RIVERA (1), P. MORILLAS (1),
V. BERTOMEU MARTÍNEZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN. SAN JUAN (ALICANTE)

ÁREA TEMÁTICA: HIPERTENSIÓN CLÍNICA Y COMORBILIDAD

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, CLÍNICA, COMORBILIDAD

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Analizar la relación entre parámetros inflamatorios y marcadores de apoptosis con la severidad y extensión de la lesión de órgano-diana en pacientes con hipertensión arterial esencial.

Métodos: Se han reclutado, de manera consecutiva, 159 pacientes hipertensos tratados, a los que se les realizó un estudio exhaustivo de daño orgánico a nivel cardíaco, renal y vascular, y se determinaron los niveles plasmáticos de diferentes moléculas ligadas con la inflamación (IL-6 y sTNF-R2) y apoptosis (sTNF-R1 y sFas). Los pacientes fueron divididos en 4 grupos: 1) Sin lesión de órgano-diana (33 pacientes); 2) lesión a un nivel (52 pacientes); 3) lesión a dos niveles (44 pacientes) y 4) lesión a 3 niveles (30 pacientes).

Resultados: Los pacientes con lesión de órgano-diana presentaban niveles plasmáticos significativamente más elevados de IL-6, sTNF-R1 y sTNF-R2 que los pacientes hipertensos sin lesión orgánica. Además se objetivó un incremento progresivo de estos marcadores a medida que aumentaba el número de lesiones, con los niveles plasmáticos más elevados en los pacientes con lesión de órgano-diana a 3 niveles (cardíaco, renal y vascular). No hubo diferencias en el sFAS entre las diferentes poblaciones. El análisis de regresión logística mostró que los niveles plasmáticos de IL-6 y sTNF-R1 se asociaban de manera independiente con el número de lesiones de órgano-diana.

Conclusiones: Una enfermedad hipertensiva más generalizada, con un mayor número de órganos-diana afecto, se asocia a una mayor activación inflamatoria y apoptótica en pacientes hipertensos.

	Sin (n=33)	1 LOD (n=52)	2 LOD (n=44)	3 LOD (n=30)	p
IL-6 (pg/ml)	1,6 (1,6-1,72)	2,06 (1,6-2,91)	2,33 (1,6-5,16)	3,29 (1,82-5,3)	0.001
sTNF-R1 (pg/ml)	1258,4 (1081,8- 1576)	1468 (1173,3- 1667,4)	1533,8 (1192,3- 1865,4)	1823,7 (1653,4- 2036,5)	<0.001
sTNF-R2 (pg/ml)	330,3 (240,6- 466,14)	440 (316,5-559,1)	410,2 (324,7-587,5)	562,2 (436,1-808)	<0.001
sFAS (pg/ml)	105,3 (78,1-153,1)	116,5 (84,4-137,4)	110 (83-137,4)	105,8 (78,1-142,5)	ns

The logo for the 18th meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with a red and blue gradient, and the number '18' is in a large, bold, black font.

SHE 18ª Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

HTA y mujer

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 186

PRESENTACION DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA MAPA EN EL DIAGNOSTICA DE LA E.H.E.
VS DE LA PRESION ARTERIAL CLINICA DURANTE EL CURSO EVOLUTIVO DE LA GESTACION

J. PLANA RODRIGUEZ (1), A. MARTINEZ DE LA RIVA DE LA GANDARA (1), J. ROMA MILLAN (1),
A. MINGUEZ (3), M. ADRIAN (4), E. ALONSO (2), J. JARAMAGO (2), M. BUSQUETS (2),
M. NUÑEZ DE MURGA (1)

(1) FUNDACIO PER EL ESTUDI DE LA HTA EN ELS HOSPITALS COMARCALS DE CATALUNYA. BARCELONA,
(2) CONSORCI SANITARI DEL GARRAF. SANT PERE DE RIBES, (3) HOSPITAL DE IGUALADA. IGUALADA,
(4) HOSPITAL DEL ESPERIT SANT. SANTA COLOMA DE GRAMANET

ÁREA TEMÁTICA: HTA Y MUJER

PALABRAS CLAVE: MAPA, EHE, HTA

RESUMEN:

**PRESENTACION DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE LA MAPA EN EL DIAGNOSTICA DE LA E.H.E. VS DE
LA PRESION ARTERIAL CLINICA DURANTE EL CURSO EVOLUTIVO DE LA GESTACION**

OBJETIVOS

**Este trabajo tiene como objetivo presentar la capacidad predictiva de la MAPA al compararla con la
Presión Arterial Clínica (PAC) y demostrar la incapacidad de predicción de la PAC.**

**Plana J^{1,2}, Martínez de la Riva A¹, Roma J¹, Minguez A³, Adrian M.J⁴, Alonso E², Torres A²,
Jaramago J², Busquets M², Nuñez M¹.**

1- Fundacio per el estudi de la HTA als Hospitals Comarcals de Catalunya)(FEHTACC), 2- Consorci
Sanitari del Garraf,

3- Hospital de Igualada, 4- Hospital del Esperit Sant.

MATERIAL Y METODOS

Se han estudiado 198 embarazadas utilizando las dos técnicas de control (PAC y MAPA). Al finalizar el embarazo se clasificaron de Estado Hipertensivo del Embarazo (EHE) o Sanas en función de su evolución durante el mismo.

Al final del embarazo 42 mujeres se catalogaron como sanas y 156 fueron catalogadas de Hipertensión Arterial durante el embarazo, todas ellas precisaron de medicación durante el mismo.

Se presentan los resultados de Sensibilidad y Especificidad del MAPA frente a la toma de la Presión Arterial Ambulatoria de 70 mujeres (23 sanas y 47 EHE) y seguidas desde las primeras semanas (4-14) de gestación hasta finalizar su embarazo.

Se han considerado para el diagnostico de HTA en el embarazo: valores de Presión Arterial Clínica cifras por encima de 140/90 mm. Hg. Mediante la MAPA el cumplimiento de cualquiera de los siguientes criterios Presión Arterial Media (PAM): PAM 24 horas por encima de 130/80 mm. Hg. PAM en el Periodo de Actividad por encima de 135/85 mm. Hg, PAM en el periodo de reposo por encima de

120/70 mm. Hg y una Carga (porcentaje de medias de presión por encima de la normalidad) igual o superior al 30% en el periodo de Actividad o en el periodo de Reposo.

En los criterios ampliados (I) la carga se calculó en el 25% y los criterios ampliados (II) la carga se calculó en el 20%. (Gráfico 1)

RESULTADOS

	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
Presión Arterial Clínica	0.34	0.91
PAM 24 Horas	0.25	0.95
MAPA Criterios Habituales	0.70	0.95
MAPA Criterios Ampliados (I)	0.70	0,95
MAPA Criterios Ampliados (II)	0,82	0,82

Debemos destacar que la presión arterial estaba dentro de los límites considerados como normales en un 59% de las tomas de presión arterial clínica. También debemos resaltar que hay diferencias estadísticamente significativas ($p < ,001$) en todas las medidas de la PA clínica, cuando se analizan el grupo de mujeres normotensas y las diagnosticadas de HTA durante el embarazo.

Según Akolekar et al (1), en un estudio en más de 30.000 embarazadas, sin utilizar la MAPA, los marcadores biofísicos y bioquímicos en las primeras semanas del embarazo (11-13), tienen un poder predictivo muy bajo, nunca superior al 0,33.

En nuestro caso, la simple aplicación de la MAPA incrementa en más de un 36 % la capacidad predictiva y si aplicamos nuestros resultados, el poder predictivo puede llegar al 82 % con una especificidad del 82 %.

Por todo ello, creemos que sumar el MAPA al resto de marcadores bioquímicos y ecográficos durante las primeras semanas del embarazo, ayuda notablemente al diagnóstico precoz de la preeclampsia.

Conclusión: 1.- Deben ser revisados los criterios de normalidad en los valores de presión arterial durante las primeras semanas del embarazo. 2.- El MAPA es un herramienta definitiva en el diagnóstico de la constelación de los Estados Hipertensivos del Embarazo. 3.- Solamente con un incremento del 10% en los criterios de carga en el MAPA se puede incrementar la sensibilidad de la prueba a un 82 %.

Bibliografía: Akolekar et al. Prediction of early, intermediate and late pre-eclampsia from maternal factors, biophysical and biochemical markers at 11-13 weeks. Prenatal Diagnosis 2011;31:66-74.

PÓSTER Nº 187

GENERO E HIPERTENSION ARTERIAL. ¿HAY DIFERENCIAS EN CUANTO A CONTROL DE PRESION ARTERIAL, FACTORES ASOCIADOS, LOD Y ECV?. ESTUDIO PRESCAP 2010

V. PALLARES (1), O. GARCIA (2), A. GARCIA (3), R. DURA (4), T. RAMA (5), P. BEATO (6),
A. BARQUILLA (7), S. CINZA (8), J. POLO (9), E. CARRASCO (10)

(1) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (2) CS ALMENDRALES. MADRID, (3) CS ALMENDRALES. MADRID,
(4) CS GODELLA. VALENCIA, (5) CAP EL MASNOU. EL MASNOU, (6) CAP PREMIA. PREMIA DEL MAR,
(7) CS TRUJILLO. CACERES, (8) CS PORTO DO SON. A CORIÑA, (9) CS CASAR DE CACERES. CACERES,
(10) CS ABARAN. MURCIA

ÁREA TEMÁTICA: HTA Y MUJER

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, GENERO, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVO.- Analizar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al grado de control de la presión arterial (PA) así como, de los factores asociados, lesión de Órgano Diana (LOD) y ECV en las consultas de Atención Primaria (AP) españolas.

METODOLOGIA.- Estudio epidemiológico transversal y multicéntrico en pacientes hipertensos tratados ≥ 18 años seleccionados consecutivamente en consultas de AP de 18 comunidades autónomas los días 8,9 y 10 de junio de 2010. Se consideró buen control cifras $<140/90$ mmHg y $<130/80$ mmHg si DM2, enfermedad renal crónica ó enfermedad cardiovascular asociadas. Como variables se tuvo en cuenta además del sexo, la edad, cifras de PA, factores asociados, LOD y ECV. Se realiza análisis descriptivo y bivalente (chi cuadrado, t student y ANOVA). Los datos se analizan con el paquete estadístico SPSS v.15.0.

RESULTADOS.- Se incluyen 12.898 hipertensos, 6.191 hombres y 6.707 mujeres, con edad media de $64,9 \pm 11,4$ y $67 \pm 11,2$ años respectivamente ($p < 0,000$). La mujeres presentan mayores prevalencia de obesidad, síndrome metabólico (ATP III), y enfermedad renal (42,6%, 61,8%, 26,3% respectivamente, $p < 0,000$). Por contra, en hombre es más frecuente: tabaquismo, consumo de alcohol, ECV, cardiopatía isquémica, ACV, arteriopatía periférica, nefropatía, HVI (25,3%; 24,7%, 33%, 13,4%, 5,4%, 5,6%, 7,9%, 8,7%, $p < 0,000$), y DM2 32,3% ($p < 0,004$). La dislipemia no fue significativa.

El control de la PA es del 61% en hombres y del 61,4% en mujeres (ns). La media de PAS en hombre $135,9 \pm 14,4$ y $135,9 \pm 14,6$ en mujeres (ns); y la PAD de $79,5 \pm 9,6$ en hombres y $79 \pm 9,2$ en mujeres ($p < 0,002$).

CONCLUSIONES.- Existen diferencias en los FRCV y en la coexistencia de ECV: las mujeres tienen mayor edad, son más obesas y los hombres presentan más prevalencia de DM2 y ECV. No hay diferencia en el control de la PA entre mujeres y hombres hipertensos en el estudio PRESCAP 2010.

PÓSTER Nº 188

PREVALENCIA Y MANEJO FARMACOLOGICO DE LA HIPERTENSIÓN EN LA MUJER PROPÓSITO DEL ESTUDIO (ESTUDIO SIMETAP)

A. RUIZ GARCIA (1), E. ARRANZ MARTINEZ (2), R. RICO PÉREZ (3), J.L. VELASCO ZUMARRÁN (4), M.R. MORALES CHICO (5), L.E. MORALES COBOS (6), R. GARCIA PLIEGO (7), B. HERRERA SANCHEZ (8), A. GARCÍA MATEO (9), M.E. GARCÍA FERNANDEZ (10)

(1) C.S. PINTO. PINTO. MADRID, (2) C.S. SAN BLAS. PARLA. MADRID, (3) C.S. PINTO. PINTO. MADRID, (4) C.S. EL RESTÓN. VALDEMORO. MADRID, (5) C.S. EL RESTÓN. VALDEMORO. MADRID, (6) C.S. LAS AMERICAS. PARLA. MADRID, (7) C.S. PINTO. PINTO. MADRID, (8) C.S. PINTO. PINTO. MADRID, (9) C.S. ORCASITAS. MADRID, (10) C.S. GRIÑÓN. GRIÑÓN. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: HTA Y MUJER

PALABRAS CLAVE: MUJER, HIPERTENSIÓN, AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

- Evaluar la prevalencia de HTA en población femenina.

Objetivo secundario:

- Comparar el manejo farmacológico de la HTA entre ambos sexos.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Office Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%.

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

Población estudiada: 910 pacientes de los cuales 51,98% (48,68 – 55,27) son mujeres y 48,02% varones (44,73 – 51,32).

La edad media de la población de estudio fue 49,63 (\pm 16,46) años, siendo 49,95 (\pm 15,62) años en la población masculina, y 49,33 (\pm 17,20) años en la femenina.

Variables de estudio y resultado:

Prevalencia	Mujeres	Varones	Dif. %	p-valor
PA \geq 130/85 mmHg	30,72%	42,56%	-11,84	0,0002
HTA	25,58%	32,95%	-7,37	0,0145
HTA ó PA \geq 130/85 mmHg	41,01%	58,12%	-17,11	0,0001
Tratamiento HTA	42,92%	59,73%	7,89	0,0001

La PAS media de la población femenina fue 118,92 (\pm 16,29) mmHg, un 4,35 mmHg más baja que la masculina, siendo la diferencia significativa ($p=$ 0,0001).

La PAD media de la población femenina fue 72,15 (\pm 10,60) mmHg, un 5,15 mmHg más baja que la masculina, siendo la diferencia significativa ($p=$ 0,0001).

Las diferencias del manejo antihipertensivo entre la población femenina y masculina se muestran a continuación:

FÁRMACOS	MUJERES	HOMBRES	Dif. %	p-valor
1º Diuréticos	16,70%	15,33%	1,37	0,5737
2º IECAs	10,15%	23,39%	-13,19	0,0001
3º ARAII	7,61%	6,41%	1,20	0,4794
4º Beta Bloqueantes	4,86%	7,32%	-2,46	0,1197
5º Calcio antagonistas	4,02%	7,32%	-3,30	0,0306
6º Vasodilatadores	1,27%	1,38%	1,71	0,8847
7º Acción Central	0,21%	1,37%	-1,16	0,0001

El porcentaje de fármacos antihipertensivos utilizados difiere en ambos sexos siendo la diferencia estadísticamente significativa para el tratamiento con IECAs, Antagonistas del calcio y Fármacos de acción central.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de HTA en la población femenina fue del 41% frente a 58% de los varones. La prevalencia de mujeres con tratamiento antihipertensivo fue 43% frente a 60% de los varones. Ambas diferencias son estadísticamente significativas.

Los fármacos más empleados en la población femenina fueron diuréticos, IECAS y ARA-II.

Los IECAs, Antagonistas del calcio y los fármacos de acción central, se utilizan significativamente menos en la población femenina que en la masculina.

PÓSTER Nº 189

GRADO DE CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL EN UNA MUESTRA DE MUJERES MENOPÁUSICAS CON SÍNDROME METABÓLICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

M.P. ORGAZ GALLEGO (1), P.J. TÁRRAGA LÓPEZ (2), M.A. TRICIO ARMERO (1), S. VICENTE ORGAZ (1),
P. BERMEJO LÓPEZ (3), A. VIVO OCAÑA (4)

(1) CENTRO DE SALUD. TARANCÓN (CUENCA), (2) GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. ALBACETE,
(3) ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERÍA INFORMÁTICA. ALBACETE, (4) CENTRO DE SALUD.
LA RODA (ALBACETE)

ÁREA TEMÁTICA: HTA Y MUJER

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, MENOPAUSIA, SINDROME METABÓLICO

RESUMEN:

Propósito del estudio. Estimar la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en las mujeres menopáusicas con síndrome metabólico (SM) y conocer el grado de control de su HTA.

Métodos usados. Estudio observacional descriptivo transversal sobre una muestra de 400 mujeres menopáusicas con SM, obtenida mediante muestreo aleatorio probabilístico simple, desde enero 2010 a marzo 2011 en la atención primaria de salud. Se estudió la edad, edad de menopausia, nivel de estudios, antecedentes familiares de HTA, hábito tabáquico, tensiones sistólica (TAS) y diastólica (TAD), peso, talla, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes y tratamiento farmacológico específico para la HTA. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS.19.

Resultados. La media de edad de la muestra: 66,93 +/- 10,49 años (IC95%:65,90-67,95, p<0.05). Un 56,25% tenían estudios primarios. El 13% eran fumadoras. La prevalencia de HTA fue: 95,8% (IC95%:95,7804-95,8196, p<0.05) siendo del 80% en el grupo de 45-54 años, del 98% en el de 55-64 años, del 97% en el de 65-74 años y del 100% a partir de los 75 años. La media de TAS: 141,51 +/- 15,75 mmHg. La media de TAD: 80,34 +/- 9,04 mmHg. Con los criterios del ATP-III: 82,3% tenían TAS mayor ó igual a 130 mmHg, 36,8% TAD mayor ó igual a 85 mmHg y 36% TAS/TAD < 130/85 mmHg. La prevalencia de obesidad por edad: 89,09% entre las de 45-54 años, 86,77% en el de 55-64 años, 92,37% en el de 65-74 años y 94,33% a partir de 75 años. Las patologías asociadas más frecuentes fueron: obesidad (67%), artrosis (63%) e hipercolesterolemia (61%) y las menos frecuentes, con un 10% ambas: la patología bronquial y tiroidea. El 78,5% tomaban fármacos antihipertensivos (35,9% uno, 48,08% dos, 14,1% tres y 1,92% cuatro). La monoterapia fue más frecuente entre las más jóvenes mientras que la doble terapia predominó en los restantes grupos: 38,46% en el de 55-64 años, 44,44% en el de 65-74 años y 40% a partir de los 75 años. Hallamos sin tratamiento: 75% de las de 45-54 años, 30,76% de las de 55-64 años, 22,22% de las de 65-74 y un 6,66% a partir de 75 años. El grupo farmacológico más utilizado en monoterapia (N:112): IECAs(30,35%) y en doble terapia(N:150):ARA II+diurético(45,33%). Considerando cifras objetivo las <130/85 mmHg; 63,64% del grupo de 45-54 años, 78,51% de las de 55-64 años, 84,55 de las de 65-74 años y 85,85% de las de 75 años ó más, tenían cifras iguales o superiores.

Conclusiones. La HTA es un factor de riesgo muy prevalente en la mujer menopáusica con SM, que aumenta con la edad. La HTA sistólica es más prevalente que la diastólica. Existe un pobre control de la HTA en la mujer menopáusica con SM, que empeora con la edad. La obesidad es la patología asociada más prevalente en todos los grupos de edad, aumentando con la edad e influyendo negativamente en el control tensional. La doble terapia hipotensora es la más utilizada para el control de la HTA a partir de los 55 años, destacando la combinación ARA II + diurético. La triple terapia tiene mayor representatividad a partir de los 65 años. La mayoría de obesas hipertensas se tratan con terapia combinada, aumentando con la edad. Existe un sobrediagnóstico de HTA en todos los grupos de edad, sobre todo en el más joven que por fortuna, disminuye con la edad. Se necesitan estudios sobre el control de los factores de riesgo cardiovascular en la población femenina, poco representada hasta hace pocos años, que permitan adoptar diferentes estrategias para reducir la morbimortalidad y evaluar la efectividad de las mismas a medio largo plazo.

PÓSTER Nº 190

RELACIÓN ENTRE LA GANANCIA PONDERAL, PRESIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES CON CON DIABETES GESTACIONAL

O. GONZALEZ ALBARRAN (1), A.M. MATEI (1), B. CALDERON (1), J. CHACIN (1), A. GALDON (1),
C. LAFUENTE (1), C. ALVARADO (1)

(1) HOSPITAL RAMON Y CAJAL. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: HTA Y MUJER

PALABRAS CLAVE: DIABETES GESTACIONAL, OBESIDAD, HIPERTENNSION

RESUMEN:

Diabetes Gestacional (DG) aparece a proximadamente en un 10% de los embarazos, el sobrepeso/obesidad alcanza al 30 % de las mujeres en edad fértil. La DG se asocia con el desarrollo de DM tipo 2, y con riesgo cardiovascular incrementado.

Los objetivos del estudio fue relacionar la presencia de obesidad/sobrepeso previo y la ganancia ponderal durante el embarazo con las cifras de presión arterial durante la gestación.

Estudiamos prospectivamente a 422 mujeres con DG. Se estudió: la severidad de la DG (necesidad de insulina), el control metabólico (HbA1c/mensual), el IMC previo al embarazo, la ganancia ponderal durante la gestación (según IOM, 2009). Se midió la PA en cada visita, se define HTA (PAS/PAD \geq 140/90 mmHg o por la necesidad de tratamineto antihipertensivo).

La edad media fue $32,45 \pm 4,5$ años. El 26,25% eran fumadoras, 15,6% tenían antecedentes de dislipemia y 30% abortos previos. El 62,34% tenían familiares de primer grado con DM tipo 2, el 59,25% de HTA y 18.4% de eventos cardiovasculares. HbA1c media 5.1%. De ellas 43 (10,2%) mujeres presentaron hipertensión gestacional. Edad de diagnóstico de HTA: $27 \pm 4,2$ semanas Presentaban mayor IMC previo ($28,86 \pm 4,5$ Kg/m²) que el grupo sin HTA ($22,70 \pm 3,1$ Kg/m² con $p < 0.05$).

El sobrepeso y la obesidad previa al embarazo así como la ganancia ponderal durante el mismo se relacionan con el desarrollo de hipertensión durante el embarazo en mujeres con diabetes gestacional.

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with red and blue outlines, and the number '18' is large and black. To the right of the logo, the text 'Reunión Nacional Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial' is written in a blue serif font.

SHE 18 Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

**Síndrome metabólico,
prediabetes y diabetes**

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 191

EL COLESTEROL NO HDL EN PACIENTES CON DIFERENTES FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA PROVINCIA DE LLEIDA

J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), M.B. VILANOVA FILLAT (1), M. CALDERÓ SOLÉ (1), R. LLOBET FONT (1),
M.A. FLORENSA FLIX (1), M. ABELLANA SANGRÀ (1), M. OLIVA XIFRÉ (1), L. OLIVART MOR (1),
V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1), M. PENA ARNÁIZ (1)

(1) ABS PLA D'URGELL. MOLLERUSSA (LLEIDA)

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DYSLIPIDEMIA, CARDIOVASCULAR DISEASES, HYPERTENSION

RESUMEN:

Propósito del estudio:

Determinar si existen diferencias por lo que se refiere a los niveles de colesterol no HDL en nuestra población en función del género, la presencia de hipertensión arterial (HTA) y de diabetes (DM)

Métodos usados:

Estudio transversal. Los pacientes obtenidos a partir de una muestra censal aleatoria simple formada por individuos mayores de edad de la provincia de Lleida. Las variables recogidas fueron el género, la edad, los antecedentes de DM e HTA, el tratamiento con hipolipemiantes, antidiabéticos orales y/o insulina, la presión arterial, unos análisis de sangre con glicemia basal, colesterol total y c-HDL. La HTA definida según la Joint National Commite on Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure-Seventh Report y las guías europeas (2003). La DM según las recomendaciones de la American Diabetes Association. Para calcular el colesterol no HDL se utilizó la fórmula: colesterol total menos colesterol HDL.

Resultados:

La muestra estuvo formada por 283 individuos, 118 varones (41.7%) y 165 mujeres (58.3%) con una media de edad de 51.1 años (IC95% [47.5-54.7]) para los varones y 50.6 años (IC95% [47.1-54.1]) para las mujeres. Un total de 105 individuos eran hipertensos (37.1%) y 32 eran diabéticos (11.3%). El colesterol no HDL en las mujeres fue de 134.4 (IC95% [128.6-140.2]), significativamente inferior que en los varones, 144.8 (IC95% [138.0-151.5]) (p=0.032). Respecto a la HTA, las mujeres hipertensas presentaban una media de colesterol no HDL significativamente superior (148.0, IC95% [136.2-159.9]) respecto las no hipertensas (129.1 IC95% [122.7-135.6]). Estas diferencias no se observaron en el género masculino. No se hallaron diferencias en cuanto al colesterol no HDL en función de la DM.

Conclusiones:

Las mujeres presentaban unos niveles de colesterol no HDL significativamente inferiores respecto los varones. En las mujeres, el aumento del colesterol no HDL se relaciona con la HTA. Pero no parece existir relación alguna entre el colesterol no HDL y la DM. Son necesarios más estudios que confirmen estos hallazgos.

PÓSTER Nº 192

VARIACIÓN DE LOS PATRONES DE CONTROL GLUCÉMICO TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LOS INHIBIDORES DE LA DPP4 EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN UN CENTRO DE SALUD

P. VILA ARTEAGA (1), M. LEAL HERNÁNDEZ (1), M. LOZANO ESPINOSA (1), M. GONZÁLEZ LORENZO (1), P. GÓMEZ JARA (1), J. GARCÍA-GALBIS MARÍN (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: GLUCEMIA, CONTROL, INHIBIDORES DPP4

RESUMEN:

Propósito del Estudio: Analizar si los pacientes diabéticos mejoran su patrón de control glucémico tras la introducción de los inhibidores de la DPP4 en su esquema terapéutico.

Métodos Usados: Se trata de un estudio retrospectivo que incluye a 102 individuos diabéticos tipo 2 atendidos en las consultas de Atención Primaria de un Centro de Salud de la provincia de Castellón. Se incluyeron diabéticos tipo 2 que tuviesen registrada en su historia clínica informatizada los tratamientos utilizados en los últimos 5 años y que uno de ellos fuese de los inhibidores de la DPP4. Se excluyeron a los pacientes que no tenían historia clínica informatizada o que no habían sido seguidos de forma continuada en los centros de salud. Las variables analizadas han sido: antropométricas, hemoglobina glicosilada, tratamiento farmacológico, factores de riesgo cardiovascular y eventos cardiovasculares presentes. Se analizaron los promedios de las hemoglobinas glicosiladas y resto de parámetros en cada paciente antes y después de prescribirse el tratamiento con inhibidores de la DPP4. No se realizó ninguna otra intervención específica con los pacientes.

Resultados: La edad media fue de $67,85 \pm 10,25$ años. 54 varones y 47 mujeres. Los factores de riesgo cardiovascular presentes en los pacientes diabéticos de la muestra son obesidad/sobrepeso en el 69,6% (71), hipertensión arterial en el 66,7% (68), dislipemia en el 62,7% (64) y tabaquismo en el 6,9% (7). Respecto a los eventos cardiovasculares han presentado cardiopatía isquémica el 13,7% (14), accidente cerebrovascular el 5,9% (6), nefropatía el 4,9% (5), neuropatía el 3,9% (4) y retinopatía el 11,7% (12). La evolución de las variables antropométricas y otros parámetros bioquímicos tras el tratamiento con inhibidores de la DPP4 no ha mostrado variaciones significativas ni en el peso ($78,4 \pm 13,4$ kg antes del tratamiento y $77,8 \pm 13,1$ kg después) ni el perímetro de cintura ($101,7 \pm 10,1$ cm antes del tratamiento y $100,9 \pm 11,0$ cm después). La PAS y PAD y perfil lipídico tampoco sufren modificaciones en relación con el tratamiento mediante inhibidores de la DPP4. La hemoglobina glicosilada media antes del tratamiento es de $7,70 \pm 1,31$ % y después $7,47 \pm 1,49$ % (ns).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos no mejoran su patrón de control glucémico tras la introducción de los inhibidores de la DPP4 en su esquema terapéutico.

PÓSTER Nº 193

PERFIL CLINICO Y CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS EN PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES

T. GIJÓN CONDE (1), C. RODRIGUEZ MARTÍN-MILLANES (1), J. PALAU CUEVAS (2),
M. RAMÍREZ ARIZA (1), B. VALERO TELLERÍA (1), P. VILANOVA GONZÁLEZ (1), B. ARTOLA IRAZABAL (1),
A. GRACIANI (3), J. BANEGAS (3)

(1) CS CERRO DEL AIRE. MAJADAHONDA.DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE.MADR,
(2) CS SAN LORENZO. CS SAN LORENZO DEL ESCORIAL.DIRECCIÓN ASISTENCIAL NOROESTE.MADRID,
(3) DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA.
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID/ IDIPAZ. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

PROPOSITO: Conocer el perfil clínico de pacientes hipertensos con diabetes y analizar el cumplimiento de objetivos terapéuticos.

METODOS: Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva de pacientes hipertensos con diagnóstico de diabetes que acudieron en 2008 a los centros de salud del área 6 de Madrid. Se analizaron factores de riesgo, enfermedad cardiovascular asociada, tratamientos farmacológicos utilizados y consecución de objetivos en presión arterial (cifras <140/90 mmHg), lípidos (c-LDL <100mg/l y < 70 mg/dl; c-HDL bajo si < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres y triglicéridos altos si cifras >150 mg/dl) y hemoglobina glicosilada (HbA1c <7).

RESULTADOS: Se analizaron 1.238 pacientes que presentaron datos de calidad adecuada de registro. El 48,5% eran varones. La media de edad fue significativamente mayor en mujeres (71 vs 66,4 años). La proporción de >65 años fue 62,8% (70,5% de las mujeres vs 54,7% de los varones). Se observó mayor proporción de diabetes en varones <65 años (45,3% vs 29,5%) y mayor en mujeres >65 años (39,5 vs 24,2).

La proporción de factores de riesgo y la ratio varones mujeres/ fue: obesidad 50,4 % (45%/ 55,4%), el 44,5% hiperlipemia (43,7% / 45,3%) y tabaquismo el 6 % (9,5%/ 2,7%).

La proporción de diabéticos con enfermedad cardiovascular asociada fue significativamente mayor para varones en cardiopatía isquémica (15,2% vs 8,8%) y mayor en mujeres para insuficiencia cardiaca (6,4% vs 3,5 %). La proporción de ictus fue 6,7%, insuficiencia renal 3,7%, fibrilación auricular 7,7% y arteriopatía 1,1% sin diferencias por sexo. El 15,3% tenían FGe <60 ml/min/m² (10,3% en varones y 19,8% en mujeres)

El cumplimiento de objetivos y la ratio varón /mujer fue: en presión arterial el 55% cumplían objetivo (57,7 % vs 52,7%); el 32,8% tenían c-LDL <100 mg/dl (35,3% vs 30,4); el 9,4% < 70 mg/dl (10,3% vs 8,5%); el 29,8% de pacientes tuvieron el c-HDL bajo (26,5% vs 32,9%) y el 31,7% los triglicéridos altos (35,7% vs 28,1%). El 52% tenían HbA1c < 7 (53,5% vs 50,2%).

En cuanto al tratamiento farmacológico el 50% tomaban IECAS, 25,4% ARA 2, 37% diuréticos, 21% betabloqueantes y 24,2% antagonistas del calcio. El 50% tomaban hipolipemiantes y el 57% hipoglucemiantes. Al 13% del total de diabéticos se les prescribía insulina. En los pacientes en

prevención primaria se les prescribía antiagregantes/anticoagulantes en el 24,5% y en los diabéticos con enfermedad cardiovascular asociada al 81,3%.

CONCLUSIONES: Existe una alta prevalencia de factores de riesgo asociado a la diabetes especialmente obesidad y dislipemia y un bajo cumplimiento de objetivos terapéuticos especialmente en lípidos. Hay un infratratamiento importante especialmente en fármacos hipoglucemiantes ya que solo algo mas de la mitad toman fármacos a pesar de tener un diagnóstico clínico de diabetes e hipolipemiantes ya que solo la mitad de los pacientes toman estatinas a pesar de los bajos objetivos conseguidos en control de lípidos. Existe un a proporción aceptable de antiagregación en prevención secundaria.

PÓSTER Nº 194

EVALUACIÓN DEL MANEJO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO, Y SEGÚN APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS ATP O IDF (ESTUDIO SIMETAP)

E. ARRANZ MARTÍNEZ (1), A. RUIZ GARCÍA (2), J.C. MORENO FERNÁNDEZ (3),
A. ALCARAZ BETHENCOURT (4), R. GARCÍA PLIEGO (5), M. RIVERA TEIJIDO (6),
R. RODRÍGUEZ CABANILLAS (7), E. GALLEGO GÓMEZ-CARREÑO (8), C. SANZ VELASCO (9),
M.L. FERNÁNDEZ MONSALVE (10)

(1) C.S. SAN BLÁS. PARLA. MADRID, (2) C.S. PINTO. PINTO. MADRID, (3) C.S. LAS AMÉRICAS. PARLA. MADRID, (4) C.S. ISABEL II. PARLA. MADRID, (5) C.S. PINTO. PINTO. MADRID, (6) C.S. ISABEL II. PARLA. MADRID, (7) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO. MADRID, (8) C.S. PINTO. PINTO. MADRID, (9) C.S. SECTOR III. GETAFE. MADRID, (10) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, TRATAMIENTO, PREDIABETES

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

Evaluar el tratamiento hipoglucemiante de los pacientes con o sin síndrome metabólico (SM).

Objetivos secundarios:

Evaluar las diferencias en el perfil de prescripción hipoglucemiante según se apliquen los criterios diagnósticos de síndrome metabólico (SM) ATP III o IDF

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Office Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%.

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de

proporciones. *Estadísticos escalares*: medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

La media de edad en la población de estudio fue 49,63 (\pm 16,46) años.

El 51,98 % (48,68 – 55,27) de la población era femenina.

El 30,77 % (27,78 – 33,88) de la población padecía SM según ATP, y el 29,12 % (26,19 – 32,19) según IDF.

El 9,89 % (8,03 – 12,02) de la población tenía DM tipo 2, y el 1,10% (0,53 – 2,01) tenía DM tipo 1.

Variables de estudio y resultado:

El manejo hipoglucemiante pautado en las poblaciones con o sin SM se reflejan en las siguientes tablas:

	CON SM (ATP)	SIN SM (ATP)	Dif. %	p-valor
Metformina	24,29%	1,11%	23,18	0,0000
Insulinas	7,14%	0,16%	6,98	0,0000
Sulfonilureas	4,64%	0,48%	4,16	0,0000
Glinidas	4,29%	0,00%	4,29%	0,000
Inh. DDP-4	3,21%	0,00%	3,21%	0,000
Exenatide, Liraglutide	0,36%	0,00%	0,36%	0,133
Pioglitazona	0,00%	0,00%		
Inh. alfa glucosidasa	0,00%	0,00%		

	CON SM (IDF)	SIN SM (IDF)	Dif. %	p-valor
Metformina	20,07%	2,31%	17,76	0,0000
Insulinas	6,25%	0,83%	5,42	0,0000
Sulfonilureas	4,28%	0,50%	3,78	0,0000
Glinidas	2,96%	0,50%	2,46	0,0022
Inh. DDP-4	2,96%	0,00%	2,96	0,0000
Exenatide, Liraglutide	0,33%	0,00%	0,33	0,1827
Pioglitazona	0,00%	0,00%		
Inh. alfa glucosidasa	0,00%	0,00%		

Al comparar las poblaciones con SM según criterios de ATP o de IDF, el tratamiento pautado fue:

	CON SM (ATP)	CON SM (IDF)	Dif (%)	p-valor
Metformina	24,29%	20,07%	4,22%	0,2194
Insulinas	7,14%	6,25%	0,89%	0,6669
Sulfonilureas	4,64%	4,28%	0,37%	0,8331
Glinidas	4,29%	2,96%	1,33%	0,3886
Inh. DDP-4	3,21%	2,96%	0,25%	0,8613
Exenatide, Liraglutide	0,36%	0,33%	0,03%	0,9507

CONCLUSIONES:

EL tratamiento farmacológico hipoglucemiante es mayor entre los pacientes que cumplen criterios de SM (ATP/IDF), siendo la metformina la molécula más usada en ambos grupos: 24% y 1% según estén o no diagnosticados de SM (ATP); y, 20% y 2% según estén o no diagnosticados de SM (IDF).

No se encontraron pacientes que estuvieran en tratamiento con glitazonas o inhibidores de la alfa glucosidasa.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la prescripción farmacológica de los pacientes con SM indistintamente de que se usen criterios de ATP o IDF.

PÓSTER Nº 195

VALORACIÓN DEL MANEJO HIPOLIPEMIANTE EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. RUIZ GARCÍA (1), E. ARRANZ MARTÍNEZ (2), N. ESCAMILLA GUIJARRO (3), B. SANZ POZO (3), P. CHAO ESCUER (4), Á. RODRÍGUEZ DE COSSÍO (5), I. ROZAS GÓMEZ (3), G.M. DÁVILA BLÁZQUEZ (6), J.E. MARIÑO SUÁREZ (7), M.J. FRÍAS VARGAS (8)

(1) C.S. PINTO. PINTO (MADRID), (2) C.S. SAN BLAS. PARLA (MADRID), (3) C.S. LAS AMÉRICAS. PARLA (MADRID), (4) C.S. GRIÑÓN. GRIÑÓN (MADRID), (5) C.S. SAN MARTÍN DE LA VEGA. SAN MARTÍN DE LA VEGA (MADRID), (6) C.S. GETAFE NORTE. GETAFE (MADRID), (7) C.S. EL GRECO. GETAFE (MADRID), (8) C.S. CAMPOHERMOSO. HUMANES (MADRID)

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: AGENTES HIPOLIPEMIANTES, SÍNDROME METABÓLICO, LÍPIDOS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

- Valorar las diferencias de manejo farmacológico hipolipemiante entre pacientes con o sin Síndrome Metabólico (SM).

Objetivo secundario:

- Valorar las diferencias de manejo farmacológico hipolipemiante según sexo.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de: Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, LOPD 15/1999, y Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” Microsoft Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 881 [19,37% ilocalizables; 7,93% rechazaron consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)].

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

El 51,98 % (48,68 – 5,27) de la población de estudio eran mujeres.

El 30,77 % (27,78 – 33,88) de la población padecía SM según ATP y el 29,12 % (26,19 – 32,19) según IDF.

Variables de estudio y resultado:

El 69,29% (63,52 – 74,64) de la población con SM (ATP) estaba en tratamiento hipolipemiante *versus* el 2,70% (1,58 – 4,29) de la población sin SM [diferencia (66,59%) significativa ($p < 0,0001$)].

Las estatinas se utilizaban en el 92,27% (87,57 – 95,61) de la población con SM (ATP) en tratamiento hipolipemiante *versus* el 88,24% (63,56 - 98,54) en la población sin SM [diferencia (4,03%) no significativa ($p = 0,558$)].

El 55,26% (49,48 – 60,94) de la población con SM (IDF) estaba en tratamiento hipolipemiante *versus* el 6,83% (4,98 – 9,08) de la población sin SM [diferencia (48,43%) significativa ($p < 0,00001$)].

Las estatinas se utilizaban en el 92,26% (87,13 – 95,82) de la población con SM (IDF) en tratamiento hipolipemiante *versus* el 90,70% (77,86 – 97,41) en la población sin SM [diferencia (1,56%) no significativa ($p = 0,737$)].

Las diferencias del manejo hipolipemiante entre las poblaciones masculina y femenina, y entre las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF) fueron:

	%	HOMBRES	MUJERES	Dif. %	p-valor
1º Estatinas		23,80%	19,03%	4,77	0,0792
2º Fibratos		2,97%	1,06%	1,91	0,0387
3º Ezetimibe		1,37%	1,06%	0,61	0,6690
4º Omega 3		0,92%	0,21%	0,71	0,1483

	%	CON SM (ATP)	SIN SM (ATP)	Dif. %	p-valor
1º Estatinas		63,93%	2,38%	61,55	0,0000
2º Fibratos		6,07%	0,16%	5,91	0,0000
3º Ezetimibe		3,57%	0,16%	3,41	0,0000
4º Omega 3		1,43%	0,16%	1,27	0,0169

		CON SM (IDF)	SIN SM (IDF)	Dif. %	p-valor
1º Estatinas		50,99%	6,44%	44,55	0,0000
2º Fibratos		4,28%	0,83%	3,45	0,0004
3º Ezetimibe		2,96%	0,33%	2,63	0,0006
4º Omega 3		1,32%	0,17%	1,15	0,0275

Las diferencias de porcentajes de los hipolipemiantes utilizados entre las poblaciones con SM (ATP) y con SM (IDF) no eran significativas, excepto el tratamiento con estatinas, que era significativamente ($p = 0,0016$) mayor (12,94%) en la población con SM (ATP).

CONCLUSIONES:

El tratamiento hipolipemiante más utilizado en las poblaciones de estudio fueron las estatinas.

El tratamiento hipolipemiante se realizaba en el 69% de la población con SM (ATP) y en el 55% de la población con SM (IDF) *versus* el 3% y el 7% respectivamente que se realizaba en las poblaciones sin SM.

En la población con SM (ATP), las estatinas se utilizaban significativamente un 13% más que en la población con SM (IDF).

PÓSTER Nº 196

EVALUACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. RUIZ GARCÍA (1), E. ARRANZ MARTÍNEZ (2), P. CHAO ESCUER (3), C. ZAFRA URANGO (4),
R. ALONSO ROCA (5), J.C. MORENO FERNÁNDEZ (6), Á. RODRÍGUEZ DE COSSÍO (7),
A. MONTERO COSTA (5), M.J. RODRÍGUEZ BÁRCENAS (8), P. SIMONAGGIO STANCAMPIANO (7)

(1) C.S. PINTO. PINTO (MADRID), (2) C.S. SAN BLAS. PARLA (MADRID), (3) C.S. GRIÑÓN. GRIÑÓN
(MADRID), (4) C.S. ISABEL II. PARLA (MADRID), (5) C.S. TORREJÓN DE LA CALZADA. TORREJÓN DE LA
CALZADA (MADRID), (6) C.S. LAS AMÉRICAS. PARLA (MADRID), (7) C.S. SAN MARTÍN DE LA VEGA. SAN
MARTÍN DE LA VEGA (MADRID), (8) C.S. MARGARITAS. GETAFE (MADRID)

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: FILTRADO GLOMERULAR, SÍNDROME METABÓLICO, CREATININA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo Primario:

- Determinar las prevalencias de la estimación del filtrado glomerular (EFG) disminuido en las poblaciones con o sin Síndrome Metabólico (SM).

Objetivo secundario:

- Comparar las EFG entre las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación nacionales e internacionales.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 884 [(19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)].

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

Variables de estudio: Creatinina (mg/dL) y EFG (según método MDRD-4)= $186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra}) \text{ (mL/min/1,73m}^2\text{)}$.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

La población de estudio tenía una edad media de 49,63 (\pm 16,46) años, siendo femenina el 51,98 % (48,68 – 55,27).

La prevalencia de SM (ATP) fue 30,77% (27,78 - 33,88), y según IDF fue 33,44% (30,38 - 36,62).

Variables de resultado:

La media de creatinina fue 0,83 (\pm 0,27) mg/dL, y la media de la EFG (MDRD-4) fue 87,48 (\pm 29,34) mL/min/1,73m².

La prevalencia de insuficiencia renal declarada previamente por los investigadores fue del 2,09% (1,26 - 3,24).

Las prevalencias de los distintos estadios de EFG fue:

- <30: 0,45% (0,12 - 1,15)
- <45: 0,68% (0,25 - 1,47)
- <60: 4,41% (3,16 - 5,98)
- <90: 39,31% (33,14 - 39,58)
- \geq 90: 58,24% (54,81 - 61,42)

Variables de estudio:

Las diferencias de las medias de creatinina y EFG en las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF) fueron significativas:

	CON SM (ATP)			SIN SM (ATP)			Dif. de medias	p-valor
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Creatinina (mg/dL)	277	0,89	0,28	607	0,81	0,26	0,08	0,0001
EFG (MDRD-4) (mL/min/1,73m ²)	277	88,55	22,55	607	101,56	31,14	-13,01	0,0001

	CON SM (IDF)			SIN SM (IDF)			Dif. de medias	p-valor
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Creatinina (mg/dL)	303	0,89	0,31	581	0,81	0,24	0,08	0,0001
EFG (MDRD-4) (mL/min/1,73m ²)	303	89,94	30,68	581	101,42	27,85	-11,47	0,0001

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los estadios de EFG < 60 y <90 entre las poblaciones con o sin SM (ATP e IDF):

EFG	CON SM (ATP)		SIN SM (ATP)		Dif. %	p-valor
	N	%	N	%		
<30	277	0,72%	607	0,33%	0,39	0,4228
<45	277	1,44%	607	0,33%	1,11	0,0621
<60	277	8,30%	607	2,64%	5,66	0,0001
<90	277	43,68%	607	32,95%	10,73	0,0021
\geq 90	277	45,85%	607	63,76%	-17,91	0,0000

EFG	CON SM (IDF)		SIN SM (IDF)		Dif. %	p-valor
	N	%	N	%		
<30	303	0,99%	581	0,17%	0,82	0,0842
<45	303	1,32%	581	0,34%	0,98	0,0914
<60	303	8,58%	581	2,24%	6,34	0,0000
<90	303	43,23%	581	32,70%	10,53	0,0020
\geq 90	303	45,87%	581	64,54%	-18,67	0,0000

La prevalencia de afectación del filtrado glomerular (EFG <60) fue 10,47% en la población con SM (ATP) y 10,89% en la población con SM (IDF) [diferencia (-0,42) no significativa (p= 0,870)].

CONCLUSIONES:

La EFG aparecía alterada en el 10,5% de la población con SM según ATP.

La EFG aparecía alterada en el 10,9% de la población con SM según IDF.

La proporción de sujetos con EFG <60 y <90 era significativamente mayor en las poblaciones con SM (ATP/IDF) en comparación a las poblaciones sin SM.

PÓSTER Nº 197

OBESIDAD Y SEDENTARISMO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO2 CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

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, OBESIDAD, SEDENTARISMO

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO: Conocer La prevalencia de obesidad y el estilo de vida sedentario 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)) a los que se evaluó los parámetros clínicos peso, talla y IMC, también contestaron un cuestionario sobre estilos de vida que incluía: Principal actividad física diaria, habitualmente ¿cuánto camina al día?, practica algún deporte y ¿qué deportes y cuántas horas a la semana?.

RESULTADOS

1-Edad de los pacientes DM2:90-95a(1H,0M), 85-90a(1H,2M), 80-85a(7H,5M), 75-80 a(7H,7M), 70-75a(4H,11M), 65-70a(10H,10M), 60-65a(16H,9M), 55-60a(2H,3M), 50-55a(4H,5M).

2-IMC en hombres: 18.5-24.9:10.64%, 25-29.9:46,80%, 30-34,9:36.18%,35-39.9: 4.25%, >40:2.13%.

3- IMC en mujeres: 15.5-24.9:2.33%, 25-29.9:39.53%, 30-34.9:32.56%, 35-39.9: 18.60%, >40:6.98 %.

4-DM2+ Obesidad: En 89,36% de hombres y 97.6% de mujeres.

5-PRINCIPAL ACTIVIDAD DIARIA: 5.1-Sentado la mayor parte de la jornada:33 pacientes. 5.2-De pie la mayor parte de la jornada (sin hacer grandes desplazamientos o esfuerzos):34 pacientes.5.3-Caminando (llevando al peso, efectuando desplazamientos frecuentes que no requieran esfuerzo físico):34 pacientes.4.4-Realizando tareas que requieran gran esfuerzo físico:1 paciente .4.5-No contestan: 2 pacientes

5-HABITUALMENTE, ¿Cuánto camina al día?: 5.1-Menos de 20 minutos: 13 pacientes.5.2-Entre 20-45 minutos: 33 pacientes. 3.3-Más de 45 minutos: 35 pacientes.5.4- No contestan: 13 pacientes

6-PRACTICA ALGÚN DEPORTE: 6.1-NO: 80 pacientes. 6.2- SI: 12 pacientes. 6.3-No contestan: 12 pacientes.

7-QUÉ DEPORTES Y CUÁNTAS HORAS POR SEMANA?: 7.1-Bicicleta 2 horas por semana: 1 paciente. 7.2-Gimnasia 2-3 h/semana: 4 pacientes. .7.3-Natación entre 3-7h/semana: 3 pacientes. 7.4-Petanca 7h/semana: 1paciente. 7.5-Pin-Pon 7h/semana: 1paciente. 7.6- Equitación15 h/semana: 1 paciente. 7.7-Caminar 28-30 h/semana: 1 paciente.

CONCLUSIONES:

Hay una alta asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y obesidad, en el 89,36% de varones y en el 97,67% de mujeres. 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 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 198

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON DISLIPEMIA Y DIABETES TIPO 2 CONTROLADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

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, DISLIPEMIA, ADHERENCIA TERAPEÚTICA

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO: Conocer La adherencia terapéutica de los pacientes con dislipemia y diabetes tipo 2(DM2) controlados en nuestra zona básica de salud, con el fin de promover intervenciones desde la Consulta de Atención Primaria para mejorarla.

METODO USADO: Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal aplicado a una selección de pacientes (n=104, 52 hombres (H) y 52 mujeres (M)) escogidos por muestreo no probabilístico consecutivo, entre los pacientes DM2 que acudían a nuestra consulta incluidos en el Servicio Atención a pacientes diabéticos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Sacyl (Sanidad Castilla y León). Se estudió su perfil lipídico (Colesterol total (CT), HDL-Colesterol, LDL-Colesterol; Triglicéridos (TG)). Contestan una encuesta sobre tratamiento para control de diabetes y otras enfermedades, entre ellas la Dislipemia. También incluía el test de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia terapéutica, 1-¿Se olvida alguna vez de tomar medicamentos?, Si/No.2-¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?, Si/No.3-Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?,No/Si.4-Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomar la medicación? No/Si. Los datos se recogen en una hoja de cálculo Excel y son analizados mediante el programa SPSS 9.0 para Windows.

RESULTADOS:

Prevalencia Disipemia:

1. CT<185 mg/dl: 46 DM2 (44%, 25H, 21M), >230 mg/dl: 17 DM2 (16%, 4H.13M).

2-HDL-Colesterol: >40 mg/dl: 75 DM2 (72%, 30H, 45H). <35 mg/dl: 15DM2(14%, 13H, 2M).

3-LDL-Colesterol: 70 mg/dl: 8 DM2 (8%, 4H, 4M); 70-100 mg / dl: 26 DM2 (25%, 16H, 10M);>130 mg/dl: 36 DM2 (34%, 14H, 22M).

4-TG<150 mg/dl: 69DM2 (66%, 34H, 35M), >200 mg/dl: 9DM2 (6,6%,7H,2M)

Adherencia Terapeutica:

Cumplidor si responde de forma correcta en el orden No, Si, No, No. Incumplidor Si una respuesta no es correcta: De los pacientes varones el 63,46% son cumplidores y el 36,54% incumplen y de las pacientes el 71,15% son cumplidoras y el 28,85% incumplen.

CONCLUSIONES: Se concluye que el 44% de pacientes con DM2 presentan Col T<185mg/dl, con HDL<35mg/dl en 14% y LDL>130mg/dl en 34% de os casos, apenas 8% tienen LDL< 70mg/dl, que es el objetivo recomendado de tratamiento en pacientes DM2 (muy alto riesgo cardiovascular) de acuerdo con la guia para la gestión de farmacoterapia de 2011 ESC/EAS(Sociedad de Cardiología Europea /Atheroembolic Sociedad Europea). También se comprueba que es mayor la adherencia terapéutica en las mujeres un 71,15% frente un 63% en los varones.Ante éstos resultados se propone Intervenciones

para mejorar la adherencia terapéutica y para alcanzar los objetivos de control de perfil lipídico:1- Intervenciones simplificadoras del tratamiento.2-Intervenciones informativas y educativas en las consultas de Atención Primaria y a través de dinámicas de grupos 3- Intervenciones de apoyo familiar y social. 4-Intervenciones de refuerzo conductual.5-Combinación de Intervenciones.

PÓSTER Nº 199

DIABETES Y ALCOHOL, MALA ASOCIACIÓN

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, ALCOHOL, EDUCACIÓN PARA LA SALUD

RESUMEN:

PROPÓSITO DE ESTUDIO: Conocer los hábitos de consumo de alcohol de los pacientes diabéticos tipo 2 de nuestra Zona Básica de Salud, con el fin de promover pautas saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

METODO USADO: Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal aplicado a una selección de pacientes (n=104, 52 hombres y 52 mujeres) escogidos por muestreo no probabilístico consecutivo, entre los pacientes diabéticos tipo2 que acudían a nuestra consulta incluidos en el Servicio Atención a pacientes diabéticos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Sacyl (Sanidad Castilla y León). Contestaron a una encuesta cerrada sobre la frecuencia de consumo de alcohol, ¿Bebe vino? Si/No. Los datos se recogen en una hoja de cálculo Excel y son analizados mediante el programa SPSS 9.0 para Windows.

RESULTADOS:

-¿Bebe VINO?: Hombres SI (50%) y NO(50%) y Mujeres SI(11,53%) y NO(88,47%).

.80-95 años: 9 varones (5 SI, 4 NO). 7 mujeres (7 NO, 0 SI).

.70-79 años: 11 varones (6 NO, 5 SI),18 mujeres (17 NO, 1 SI).

.60-69 años: 26 varones (13 NO, 13 SI). 19 mujeres (16 NO, 3 SI).

.50-59 años: 6 varones (2 NO, 4 SI),8 mujeres (6 NO, 2 SI).

CONCLUSIONES: Se detectan hábitos de consumo de alcohol incorrectos en los pacientes diabéticos encuestados, como alto consumo de vino en varones, el 50% de los encuestados frente un 11,53% en las mujeres. Se detecta más alta prevalencia de consumo en los pacientes entre 60 y 69 años tanto en varones como mujeres. Proponemos actuar sobre éstos hábitos mediante un Programa de Educación para la Salud que se llevará a cabo en nuestro Centro de Salud y promoción de pautas saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

PÓSTER Nº 200

ASOCIACIÓN ENTRE DIFERENCIA DE PRESION INTERBRAZOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETICOS

B.A. LAVÍN GÓMEZ (1), M.M. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), J.J. GAITÁN VALDIZÁN (1),
J.J. LÓPEZ HERNÁNDEZ (1), M.I. ARMENTIA GONZÁLEZ (2), P. MUÑOZ CACHO (3)

(1) C.S. PISUEÑA-CAYÓN. SARÓN, (2) C.S. LA VEGA-ZAPATÓN. TORRELAVEGA,
(3) GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA SCS. SANTANDER

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, INDICE TOBILLO BRAZO, DIFERENCIA PRESIÓN INTERBRAZOS

RESUMEN:

Propósito: La diferencia de presión entre brazos (DPIB) se ha asociado con aumento de riesgo cardiovascular (RCV) y sobre todo con enfermedad arterial periférica (EAP) aunque también se ha asociado a pobre control de la tensión arterial (TA). Las Guías recomiendan la toma de TA en los 2 brazos, pero sin embargo la mayoría de los clínicos no cumplimos esta recomendación. Los diabéticos, población de alto RCV, son especialmente sensibles a esta medición, y puede ser una potencial causa de error no tomar la TA en el brazo adecuado, (el más alto). El propósito del estudio es: 1) Determinar las características de los pacientes diabéticos e hipertensos con diferencias de TA sistólica y diastólica entre los 2 brazos superiores a 5mmHg. 2) Determinar prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población hipertensa y diabética 3) Determinar relación entre diferencias de presión interbrazos significativas y riesgo cardiovascular medido por diferentes parámetros. **METODOLOGIA:** Se incluyeron en el estudio 101 pacientes diabéticos e hipertensos, atendidos en un centro de salud rural. **Medición de la presión arterial:** Se tomó la TA simultáneamente en los 2 brazos con un aparato automático "WATCH BP OFFICCE. Microlife ABI". El dispositivo puede usarse cuando el paciente presenta fibrilación auricular. **Medición del índice tobillo-brazo:** Se utilizó el mismo aparato que 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. **Cálculo de riesgo cardiovascular:** Se utilizó diferentes para parámetros : 1) escala de Framingan, usando lípidos, 2) escala de Framingham usando IMC, esta escala determina riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular a los 10 años) 3) escala SCORE, para países de bajo riesgo, usando colesterol total, y 4) escala SCORE para países de bajo riesgo calibrada con HDL, que determina riesgo de muerte cardiovascular a los 10 años. **RESULTADOS:** Se estudiaron 101 diabéticos e hipertensos, 50% hombres, media de edad 65años hombres y 67 mujeres, el 55% tenían mas de 10 años de evolución de la diabetes y 12 años la HTA, Solo el 38% tenían la TA controlada (inferior a 130/85 mmHg) 12% fibrilación auricular (FA), el 40% tenían antiagregación y 95% de los que tenían FA están anticoagulados, el 7% usaban insulina, media de HbA1c 6,8% (el 68% tenían HBA1c < 7 y solo el 8% HBA1c > 8%), el 56% tenían IMC > 30, ictus 5% , cardiopatía isquémica (CI) 8% , ITB patológico el 32%, en cuanto a la DPIBsistólica, el 40% de los hombres tenían diferencias > 5mm vs mujeres 23% (p< 0.001), y al compararlo con la edad , los mayores de 75 años 40% tenia DPIBs> 5mm. En cuanto a la DPIBdiastólica el comportamiento fue diferente: el 26% de las mujeres tenían valores > 5% y solo el 14% de los hombres, sin embargo al separar los valores por edad, no

encontramos diferencias entre los grupos (<64 a. 65-74 y >75 a). No encontramos relación entre DPIB y Score o SCORE corregido por HDL, pero si encontramos, que la DPIB >5mm se correlaciona con Framingan lípidos o corregido con IMC, asi mismo los diabéticos con ITB patológico tienen DPIB tanto diástolica y sistólica > 5 mm mayores (80% vs 15%). **CONCLUSIONES:** La medición de la TA simultáneamente en los 2 brazos con dispositivo electrónico, se hace necesario, sobre todo en la población diabética para diagnosticar el brazo con mayor TA, ya que podemos estar minimizando los valores. La DPIBS podría estar poniendo de manifiesto la rigidez de la pared arterial, ya que en nuestro estudio hemos comprobado, la alta prevalencia de DPIB en diabéticos (40%) y la asociación entre DPIBS con la escala de RCV de Framingham, y con ITB patológico. Es una medida de bajo coste, asequible en la consulta que servirá para priorizar pacientes de alto riesgo.

PÓSTER Nº 201

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA INSULINIZACIÓN CON INSULINA GLARGINA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO. MODIFICACIONES METABÓLICAS Y DEL PESO A LOS 12 MESES

A. SANCHEZ MARTIN (1), I. NARRILLOS MARTIN (1), C. VELASCO GARCIA (1), C. DIAZ-PAVON RIAÑO (2), L.M. BELTRAN ROMERO (1), R. TORRES JIMENEZ (1), J. GARCIA PUIG (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID, (2) C.S. TORITO. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: GLARGINA, PESO, LIPIDOS

RESUMEN:

Antecedentes y Objetivos: Iniciar tratamiento con insulina es una decisión importante que puede ser difícil de implementar por el aumento del peso. Hemos examinado la eficacia y seguridad de un programa de insulinización, liderado por enfermería, con insulina glargina y modificaciones de estilos de vida.

Pacientes y Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo promovido por los investigadores. Del archivo general de la Unidad (enero 2011, 2287 pacientes) se seleccionaron pacientes con síndrome metabólico (criterios del ATP III) y HbA1c > 7.5% en al menos dos ocasiones con un intervalo de > 3 meses, y que tomaban al menos un fármaco antidiabético (ADO) durante más de 6 meses. Los objetivos terapéuticos fueron los establecidos por la Asociación Americana de Diabetes en 2011. La dosis media inicial de insulina glargina fue de 0,2 unidades / kg de peso (dosis única matutina), y el tratamientos con ADO's que estaban recibiendo se mantuvo estable. Se programaron visitas periódicas para revisar las modificaciones de estilo de vida pactados con cada paciente, la terapia farmacológica, y analítica.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes (edad media, 65 años [rango, de 41 a 83 años]; hombres, 28) con un IMC medio de 30,8 kg/m². El tiempo medio desde el diagnóstico de diabetes fue de 139 meses. El número medio de criterios de síndrome metabólico fue de 3,2 y la media de ADO 1.8/día. La dosis media de insulina glargina inicial aumentó de un valor medio inicial de 20 unidades / día a 31 unidades / día a los 12 meses. El peso promedio disminuyó a los 12 meses a partir de un valor basal de 84,5 kg a 81,1 kg (reducción media de -3,4 Kg). La glucosa media y la concentración de HbA1c disminuyeron de 200 a 144 mg / dL (p < 0,002) y de 9,1% al 7,4% (p = 0,007), respectivamente. La presión sistólica media ascendió 2 mmHg (basal 133 mmHg) y la diastólica media descendió 0,8 mmHg (basal 77 mmHg). La excreción de microalbuminuria media se redujo en -180 mg/g Cr. La concentración media de c-HDL aumentó (+7mg/dL) y descendieron la de triglicéridos (-57 mg/dL) y de c-LDL (-5 mg/dL). No asistimos a episodios de hipoglucemia que requirieran la ayuda de alguna persona.

Conclusiones: En los pacientes con síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2, la insulina glargina, en el contexto de un programa de modificación del estilo de vida desarrollado por enfermeras, se acompañó de una reducción sustancial de peso a los 12 meses, y de una mejoría del perfil lipídico y metabolismo hidrocarbonado, sin efectos secundarios relevantes.

PÓSTER Nº 202

PAPEL DEL CUIDADOR EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO Y CONTROL CLÍNICO EN EL SÍNDROME METABÓLICO

E. CABRERIZO CÓMITRE (1), S. CABRERIZO DOMÍNGUEZ (2), S. DOMÍNGUEZ CAMACHO (1),
J.A. GONZÁLEZ CORREA (3), J.P. DE LA CRUZ CORTÉS (3), J.J. REYES DE LA VEGA (3)

(1) HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA (CLÍNICO). MÁLAGA, (2) CENTRO DE SALUD. RONDA (MÁLAGA),
(3) DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. MÁLAGA

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: CUIDADOR, SÍNDROME METABÓLICO, CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

RESUMEN:

Propósito del estudio: El incumplimiento terapéutico es un problema importante, bien documentado en patologías crónicas como síndrome metabólico. En el contexto de un estudio para comprobar si una intervención educativa mejora el cumplimiento y el control clínico de los pacientes, se valora si la presencia de un cuidador modifica los resultados.

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, presencia de un cuidador. 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 al paciente o bien a su cuidador, 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). 24 pacientes tenían cuidador (21,81 %), 10 en el grupo de intervención (18.18 %) y 14 en el de no intervención (24.45 %). 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. La presencia de cuidador no tuvo influencia significativa sobre el cumplimiento ni el grado de control de la enfermedad. Una posible limitación de este estudio es el número reducido de cuidadores evidenciado.

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- La presencia de un cuidador no modifica ni el cumplimiento terapéutico ni el control de la enfermedad. 3- Es necesario efectuar intervenciones educativas sobre los cuidadores para que ejerzan como agentes potenciadores del cumplimiento terapéutico.

PÓSTER Nº 203

CONTROL DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR EN PACIENTES CON DM2 CON O SIN EVENTO PREVIO

C. BOCANEGRA MUÑOZ (1), L.M. BELTRAN ROMERO (2), A. SÁNCHEZ (2), C. MEJÍAS CHEW (2),
L. GÓMEZ-MORALES (3), J. GARCÍA PUIG (2)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL GENERAL JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA
FRONTERA, (2) UNIDAD METABÓLICO VASCULAR, SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL
UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID, (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA,
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DM2, EVENTO CARDIOVASCULAR, OBJETIVOS CONTROL

RESUMEN:

OBJETIVOS

El diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se considera equivalente a haber sufrido un evento vascular, pero en un estudio reciente (Rev Clin Esp 2012; 212:475-81) tan solo el 43% de los enfermos con DM2 o enfermedad coronaria presentaban c-LDL <100 mg/dL. Hemos comparado el control de los factores de riesgo vascular en enfermos con DM2 que además habían sufrido o no un evento vascular previo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los pacientes diabéticos de una consulta de riesgo vascular de un hospital universitario que han sido estudiados o que han acudido a revisión en el último año (octubre 2011 – octubre 2012). Los objetivos terapéuticos y grado de control fueron los preconizados por la American Diabetes Association (Diabetes Care, 2012). Los datos fueron obtenidos a partir de las historias clínicas.

RESULTADOS

De 164 pacientes con DM2 (40% de todos los enfermos atendidos en los últimos 12 meses; edad media, 65 años; hombres, 73%) un total de 49 enfermos (30%) habían sufrido al menos un evento vascular (enfermedad vascular cerebral, 16; enfermedad coronaria, 30; enfermedad renal [MDRD <60 mL/mn], 14; arteriopatía periférica, 10 y retinopatía, 2).

El grado de control de los 9 objetivos propuestos fue por orden decreciente: no tabaco (83%), PAD <80 mmHg (81%), LDLc <100 mg/dL (72%), HDLc >40 mg/dL (71%), PAS <130 mmHg (71%), HbA1c <7% (66%), TG <150 mg/dL (61%), ausencia de microalbuminuria (61%), IMC <25 kg/m² (14%). Tan solo un paciente con DM2 sin evento vascular previo tenía todos los objetivos controlados y ninguno entre los que habían sufrido un evento vascular.

Los enfermos con DM2 y evento vascular mostraron un grado de control de objetivos PEOR para el control glucémico y PA (HbA1c <7%: 10.4% vs. 7.5%, p<0.7; PAS < 130 mmHg: 62.5% vs. 74.1%; PAD < 80 mmHg: 75% vs. 83%), MEJOR para estilos de vida y c-LDL (fumadores: 10.4% vs. 19.6%, p< 0.15; IMC <25 kg/m²: 10.4% vs. 15.2%, p<0.61; c-LDL <100 mg/dL: 81.3% vs. 67.9%, p< 0.04); y SIMILAR para c-HDL, TG y prevalencia de microalbuminuria (c-HDL >40 mg/dL: 68.8% vs.71.4%, p< 0.30%; TG < 150

mg/dL: 58.3% vs. 62.5%, $p < 0.291$; presencia de microalbuminuria: 39.6% vs. 38.4%, $p < 0.3$) que los enfermos con DM2 sin evento previo.

CONCLUSIONES

En pacientes con DM2 atendidos en una consulta de riesgo vascular de un Hospital Universitario el objetivo de c-LDL < 100 mg/dL se consigue en uno de cada 4 enfermos. Cada objetivo aislado es alcanzado por más de la mitad de los enfermos, si bien muy pocos consiguen todos los objetivos.

PÓSTER Nº 204

HEMOGLOBINA GLICOSILADA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

L. VIGIL MEDINA (1), M. LOPEZ JIMENEZ (1), R. GARCÍA CARRETERO (1), C. RODRIGUEZ (1),
M. VARELA ENTRECANALES (1), E. CONDÉS (2), J. RUIZ GALIANA (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MÓSTOLES. MÓSTOLES, (2) UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.
VILLAVICIOSA DE ODÓN

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: HEMOGLOBINA GLICOSILADA, RIESGO CARDIOVASCULAR, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

PRÓPOSITO: La hemoglobina glicosilada (HbA1c) es un mejor predictor del desarrollo de enfermedades cardiovasculares (ECV) que la glucemia basal. Analizamos la asociación de este parámetro con el riesgo cardiovascular (RCV), en comparación con la glucemia, en un grupo de pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial sin diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, que incluyó a 698 pacientes diagnosticados de HTA esencial, sin DM2, atendidos en nuestra consulta durante un período de 18 meses consecutivos. En todos ellos se realizó historia clínica, exploración física y analítica rutinaria, junto con la determinación de los niveles de HbA1c (HPLC, calibración IFCC, MENARINI).

RESULTADOS: La edad media fue de 60±14 años (50.6% mujeres). 118 pacientes (16,9%) tenían antecedentes de ECV. El IMC fue 30.5±10 y las cifras de TA 137±17/76±11 mm Hg. La HbA1c fue 5.9±2% con 367 (52,6%) de los pacientes con cifras ≥ 5.7% (equivalente a intolerancia hidrocabonada). La glucemia basal fue 99±21 mg/dL, en 277 casos (39,5%) con valores ≥ 100mg/dl. (glucosa anormal en ayunas). El índice de HOMA fue 3.2±3 (≥ 4 en el 23% del total) y 308 pacientes (47%) presentaban criterios de Síndrome Metabólico (ATP-III). De los 421 (60.5%) pacientes con glucemia basal normal (<100mg/dl), 180(43%) presentaban intolerancia hidrocabonada. La HbA1c, ajustada por edad y sexo, se correlacionó positivamente con el fibrinógeno (r= 0.192, P=0.009) y con la glucemia basal (r= 0.534, P<0.0001) y negativamente con los niveles de 25(OH)D (r= -0.142, P= 0.05), no siendo significativas las correlaciones con el resto de factores analizados (IMC, perímetro abdominal, índice de HOMA, uricemia, FG-estimado por creatinina y por cistatina C, triglicéridos, colesterol total y colesterol-HDL, TAS y TAD, albuminuria y PCR). Los valores de HbA1c se asociaron significativamente al antecedente de ECV (6.2±2 % con ECV vs. 5.8±1% sin ECV, P=0.015), a diferencia de la glucemia basal (100±32 mg/dL con ECV vs. 98±19 mg/dL sin ECV, P=0.38). En el análisis multivariado los principales determinantes independientes de los valores de HbA1c fueron la edad (B=0.005, IC al 95%: 0.003-0.008, P <0.0001) y la glucemia basal (B=0.17; IC 95%: 0.15-0.20, P< 0.0001) quedando excluidos en el modelo final el resto de factores analizados enumerados previamente.

CONCLUSIONES: En nuestros pacientes con HTA esencial y sin DM2, los trastornos del metabolismo hidrocabonado fueron muy frecuentes. Los niveles de HbA1c se asociaron significativamente al antecedente de ECV, a diferencia de la glucemia basal. El 43% de pacientes con glucemia basal normal presentaban intolerancia hidrocabonada por valores de HbA1c. La edad y la glucemia basal fueron los

únicos determinantes independientes de las cifras de HbA1c. Este parámetro puede resultar de mayor utilidad que la glucemia basal en la valoración del RCV y en el diagnóstico de intolerancia hidrocarbonada, aún en ausencia de glucosa anormal en ayunas, en estos pacientes.

PÓSTER Nº 205

VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

E. ARRANZ MARTÍNEZ (1), A. RUIZ GARCÍA (2), D. PALACIOS MARTÍNEZ (1),
A. ALCARAZ BETHENCOURT (3), L. DE PRADO PRIETO (4), A. MONTERO COSTA (5),
L.E. MORALES COBOS (6), P. CABELLO IGUAL (7), E. SANDÍN DE VEGA (8), J. REGUILLO DÍAZ (9)

(1) C.S. SAN BLAS. PARLA (MADRID), (2) C.S. PINTO. PINTO (MADRID), (3) C.S. ISABEL II. PARLA
(MADRID), (4) C.S. SAN MARTÍN DE LA VEGA. SAN MARTÍN DE LA VEGA (MADRID), (5) C.S. TORREJÓN DE
LA CALZADA. TORREJÓN DE LA CALZADA (MADRID), (6) C.S. LAS AMÉRICAS. PARLA (MADRID),
(7) C.S. PARQUE EUROPA. PINTO (MADRID), (8) C.S. LAS CIUDADES. GETAFE (MADRID),
(9) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO (MADRID)

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, HIPERTENSIÓN, AGENTES ANTIHIPERTENSIVOS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

- Evaluar los porcentajes de utilización de los distintos tipos de fármacos antihipertensivos en los pacientes con o sin Síndrome Metabólico (SM).

Objetivos secundarios:

- Valorar las diferencias de manejo farmacológico antihipertensivo entre los pacientes con o sin SM.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las siguientes normas: Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, LOPD 15/1999, y Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Office Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%.

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE).

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

La población estudiada tenía una edad (media \pm DE) de 49,63 (\pm 16,46) años, siendo femenina el 51,98 % (48,68 – 55,27).

El 30,77 % (27,78 – 33,88) de la población padecía SM según ATP y el 29,12 % (26,19 – 32,19) según IDF. El 36,37% (33,24 – 39,59) tenía una PA \geq 130/85 mmHg.

La prevalencia poblacional de HTA fue 29,12% (26,19 - 32,19), siendo del 62,50% (56,64 – 68,19) en la población con SM (ATP) y 58,22% (52,46 – 63,83) en SM (IDF).

Las prevalencias de las poblaciones con SM según ATP y según IDF eran significativamente ($<0,0001$) mayores (48,21% y 43,70) que las respectivas poblaciones sin SM.

Variables de estudio y resultado:

La diferencias del manejo antihipertensivo en las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF) se muestran a continuación:

	CON SM (ATP)	SIN SM (ATP)	Dif. %	p-valor
1º IECAs	35,71%	7,94%	27,77	0,0000
2º Diuréticos	34,29%	7,94%	26,35	0,0000
3º ARA-II	16,79%	2,70%	14,09	0,0000
4º Beta Bloqueantes	15,36%	1,90%	13,46	0,0000
5º Calcio antagonistas	13,57%	2,06%	11,51	0,0000
6º Vasodilatadores	2,50%	0,79%	1,71	0,0367
7º Acción Central	2,14%	0,16%	1,98	0,0016

	CON SM (IDF)	SIN SM (IDF)	Dif. %	p-valor
1º Diuréticos	32,24%	7,92%	24,32	0,0000
2º IECAs	30,26%	9,57%	20,69	0,0000
3º ARA-II	14,47%	3,30%	11,17	0,0000
4º Beta Bloqueantes	14,14%	1,98%	12,16	0,0000
5º Calcio antagonistas	10,86%	2,97%	7,89	0,0000
6º Vasodilatadores	2,96%	0,50%	2,46	0,0022
7º Acción Central	1,97%	0,17%	1,8	0,0034

En la población con SM (ATP) se utilizaron con mayor frecuencia IECAS que diuréticos.

En la población con SM (IDF) se utilizaron con mayor frecuencia diuréticos que IECAS.

Las diferencias de los porcentajes de utilización del resto de fármacos antihipertensivos entre las poblaciones con SM (ATP) y con SM (IDF) no eran significativas.

CONCLUSIONES:

En la población con SM (ATP) se utilizaron con mayor frecuencia IECAS (35,7%) que diuréticos (34,3%).

En la población con SM (IDF) se utilizaron con mayor frecuencia diuréticos (32,2%) que IECAS (30,3%).

En la población sin SM, los IECAs apenas llegaban al 10%, y los diuréticos al 8%.

Tanto en la población con SM según ATP, como en la población con SM según IDF, la proporción de utilización de IECAS y diuréticos era el doble que ARA-II, Beta-bloqueantes y Calcio-antagonistas.

PÓSTER Nº 206

EVALUACIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO EN EL ESTUDIO SIMETAP

E. ARRANZ MARTÍNEZ (1), A. RUIZ GARCÍA (2), D. PALACIOS MARTÍNEZ (1), A. MONTERO COSTA (3),
R. ALONSO ROCA (3), B. SANZ POZO (4), M.P. GARCÍA GARCÍA ALCAÑIZ (4),
M.J. DEL VILLAR REDONDO (5), J.L. QUINTANA GÓMEZ (6), G.M. DÁVILA BLÁZQUEZ (7)

(1) C.S. SAN BLAS. PARLA (MADRID), (2) C.S. PINTO. PINTO (MADRID), (3) C.S TORREJÓN DE LA CALZADA.
TORREJÓN DE LA CALZADA (MADRID), (4) C.S. LAS AMÉRICAS. PARLA (MADRID), (5) C.S. VALDEMORO.
VALDEMORO (MADRID), (6) C.S. EL GRECO. GETAFE (MADRID),
(7) C.S. GETAFE NORTE. GETAFE (MADRID)

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, PREVALENCIA, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo primario:

- Determinar las prevalencias de HTA en las poblaciones con o sin Síndrome Metabólico (SM) según ATP e IDF.

Objetivos secundarios:

- Comparar las prevalencias de HTA en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.
- Comparar las prevalencias de PA $\geq 130/85$ mmHg en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Office Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%.

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE).

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

La población estudiada tenía una edad (media \pm DE) de 49,63 (\pm 16,46) años, siendo femenina el 51,98 % (48,68 – 55,27).

La prevalencia poblacional de SM según ATP fue 30,77% (27,78–33,88), y según IDF fue 33,44% (30,38–36,62)

Variables de estudio y resultado:

En la población de estudio, la prevalencia de PA \geq 130/85 mmHg fue 36,37% (33,24 - 39,59), y la prevalencia de HTA fue 29,12% (26,19 - 32,19)

La prevalencia conjunta de PA \geq 130/85 mmHg o con HTA fue 49,23% (45,93 - 52,53).

Existían diferencias significativas en las proporciones de pacientes con PA \geq 130/85 mmHg o con HTA, entre las poblaciones con o sin SM (ATP):

	CON SM (ATP)	SIN SM (ATP)	Dif. %	p-valor
PA \geq 130/85 mmHg	60,00%	25,87%	34,13	0,0000
HTA	62,50%	14,29%	48,21	0,0000

Existían diferencias significativas en las proporciones de pacientes con PA \geq 130/85 mmHg o con HTA, entre las poblaciones con o sin SM (IDF):

	CON SM (IDF)	SIN SM (IDF)	Dif. %	p-valor
PA \geq 130/85 mmHg	57,57%	25,74%	31,83	0,0000
HTA	58,22%	14,52%	43,7	0,0000

En la población con SM (ATP), la prevalencia de PA \geq 130/85 mmHg era un 2,43% mayor que en la población con SM (IDF). Esta diferencia no era significativa (p=0,551).

En la población con SM (ATP), la prevalencia de HTA era un 4,28% mayor que en la población con SM (IDF). Esta diferencia no era significativa (p=0,291).

CONCLUSIONES:

La prevalencia de HTA en la población de estudio fue el 29%. La prevalencia de PA \geq 130/85 mmHg fue el 36%.

En la población con SM (ATP), la prevalencia de HTA fue el 62,5%, y la de PA \geq 130/85 mmHg fue el 60%.

En la población con SM (IDF), la prevalencia de HTA fue el 58,2%, y la de PA \geq 130/85 mmHg fue el 57,6%.

No hubo diferencias significativas en las prevalencias de HTA o PA \geq 130/85 mmHg, entre las poblaciones con SM según ATP o con SM según IDF.

PÓSTER Nº 207

EVALUACIÓN DE LA GLUCEMIA Y HBA1C EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. RUIZ GARCÍA (1), E. ARRANZ MARTÍNEZ (2), C. RIBOT ALCALÁ (3), R. RICO PÉREZ (1),
D. PALACIOS MARTÍNEZ (2), I. DÍAZ GONZÁLEZ (1), E. GALLEGO GÓMEZ-CARREÑO (1),
B. HERRERA SÁNCHEZ (1), B. LÓPEZ URIARTE (4), O. GÓMEZ FERNÁNDEZ (5)

(1) C.S. PINTO. PINTO (MADRID), (2) C.S. SAN BLAS. PARLA (MADRID), (3) C.S. JAIME VERA. LEGANÉS (MADRID), (4) C.S. HUMANES. HUMANES DE MADRID (MADRID), (5) C.S. CAMPOHERMOSO (HUMANES). HUMANES DE MADRID (MADRID)

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, DIABETES MELLITUS, AGENTES ANTIDIABÉTICOS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

- Determinar la glucemia basal y la HbA1c en la población del estudio SIMETAP.

Objetivos secundarios:

- Comparar la glucemia basal y la HbA1c entre las poblaciones masculina y femenina.
- Comparar la glucemia basal y la HbA1c entre las poblaciones con o sin Síndrome Metabólico (SM) según ATP e IDF.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación nacionales e internacionales.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 910 [(19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)].

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

La media de edad en la población de estudio fue 49,63 (\pm 16,46) años.

La población femenina fue el 51,98 % (48,68 – 55,27).

La media de la duración de la evolución de DM fue 9,00 (\pm 7,48) años.

La media de la glucemia basal en la población de estudio fue 93,22 (\pm 22,37) mg/dL, y el valor medio de HbA1c fue 5,55 (\pm 1,03) %.

Variables de estudio y resultado:

La media de glucemia basal era significativamente mayor en hombres que en mujeres:

	HOMBRES		MUJERES		Prueba T homogeneidad de medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	49,95	15,62	49,33	17,20	0,62	0,567
Años evolución DM	9,17	6,71	8,80	8,35	0,37	0,821
Glucemia (mg/dL)	95,44	23,95	91,23	20,68	4,21	0,005
HbA1c (%)	5,61	0,99	5,50	1,07	0,10	0,237

La prevalencia poblacional de SM según ATP fue del 30,77% (27,78–33,88), y según IDF del 33,44% (30,38–36,62). Existían las siguientes diferencias entre las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF):

	CON SM (ATP)		SIN SM (ATP)		Prueba T homogeneidad de medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	60,62	14,49	44,74	14,86	15,88	0,0001
Años evolución DM	9,43	7,84	6,00	2,79	3,43	0,0080
Glucemia (mg/dL)	106,94	32,65	86,94	10,82	20,00	0,0001
HbA1c (%)	6,15	1,25	5,21	0,69	0,93	0,0001

	CON SM (IDF)		SIN SM (IDF)		Prueba T homogeneidad de medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	59,29	15,15	44,78	14,89	14,51	0,0001
Años evolución DM	9,47	7,87	6,73	4,73	2,73	0,1990
Glucemia (mg/dL)	105,90	30,28	86,59	12,47	19,32	0,0001
HbA1c (%)	6,03	1,22	5,24	0,75	0,79	0,0001

La diferencia de glucemias (1,04 mg/dL) entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF) no era significativa ($p=0,691$).

La diferencia de HbA1c (0,12 %) entre las poblaciones con SM (ATP vs IDF) no era significativa ($p=0,309$).

CONCLUSIONES:

La glucemia basal en la población de estudio fue 93 mg/dL, siendo significativa la diferencia entre hombres (95 mg/dL) y mujeres (91 mg/dL).

Las glucemias basales en las poblaciones con SM eran similares: 107 mg/dL en SM (ATP) y 106 mg/dL en SM (IDF).

La HbA1c en la población de estudio fue 5,6 %, siendo similares en hombres (5,6 %) y mujeres (5,5 %), y en las poblaciones con SM: 6,2 % en SM (ATP) y 6,0 % en SM (IDF).

Existían diferencias significativas tanto en las glucemias basales como en las HbA1c entre las poblaciones con o sin SM (ATP/IDF).

PÓSTER Nº 208

POSIBLES IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA REDUCCIÓN DE RESISTENCIA VASCULAR RENAL POR ALISKIREN, PERO NO POR LISINOPRIL, EN HIPERTENSOS CON SÍNDROME METABÓLICO Y MICROALBUMINURIA

L. CERMEÑO MARAVÍ (1), P. ARANDA LARA (1), E.M. BRICEÑO (2), A. JIMENEZ HERRADOR (1),
L. PEREA ORTEGA (1), M.D. MARTINEZ ESTEBAN (1), D. HERNANDEZ MARRERO ()

(1) UNIDAD HTA HRU CARLOS HAYA. MÁLAGA, (2) RADIOLOGIA HRU CARLOS HAYA. MÁLAGA

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: ALISKIREN, SINDROME METABÓLICO, RESISTENCIA RENAL

RESUMEN:

Racional: los hipertensos con SM tienen alta tendencia a presentar nefroangiosclerosis. Antihipertensivos que reduzcan resistencia vascular renal y aumenten flujo renal podrían tener, a largo plazo, efectos renoprotectores en estos pacientes. Objetivo: Comparar los efectos sobre Índice Resistencia Renal (IRR) de un régimen terapéutico basado en Aliskiren (A) versus Lisinopril (L) en hipertensos con SM (Al menos 3 componentes según criterios NCEP III) y microalbuminuria (MAU) (30-300 mg/día). Pacientes y método: Tras ajuste por edad, sexo e IMC, 78 pacientes fueron asignados a A 300 mg/d (n=40) ó L 20 mg/d (n=38) más promedio 3 antihipertensivos, sobretodo diuréticos (92% y CA(83%) para conseguir control PA, y seguidos por 12 meses. A la inclusión y finall seguimiento; IMC, cintura, PA en consulta y perfil analítico fueron determinados. En mismos periodos se realizó ecodoppler renal (Por mismo examinador) y se calculó IRR, según técnica usual. Resultados: Mientras IMC, cintura, glucosa y úrico no se modificaron; ambos grupos redujeron de forma similar PA, PP y lípidos. Demás parámetros cambiaron como sigue: IRR: A: 0,62 a 0,57 (<.001); L: 0,61 a 0,61 (ns); MAU (mg24h): A: 141 a 27 (<.001); L: 104 a 39 (<.02); Creatinina (mgdl): A: 1,09 a 1,07 (ns); L: 1,05 a 1,18 (<.01); FGe (ml/min/1,73m2): A: 71 a 72 (ns), L: 75 a 73 (ns), y K+ (mmolL): A: 4,16 a 4,23 (ns), L: 4,24 a 4,58 (<.001). Tras análisis multivariante el riesgo de tener IRR $\geq 0,70$ fue mayor con L que con A ($p < .006$). Conclusión: En hipertensos con SM y MAU el tratamiento con Aliskiren fue capaz de reducir en mayor medida que Lisinopril IRR y MAU. A largo plazo, este efecto podría proporcionar nefroprotección frente desarrollo de nefroangiosclerosis

PÓSTER Nº 209

INFLUENCIA NEGATIVA DEL SEXO MASCULINO EN EL PATRÓN DE MAPA 24 HORAS Y PERFIL DE RIESGO VASCULAR DE HIPERTENSOS TRATADOS CON SÍNDROME METABÓLICO

F.J. ARANDA LARA (2), D. MARTÍNEZ ESTEBAN (1), P. ARANDA LARA (1), J.J. DE LA CRUZ TROCA (3),
C. JIRONDA GALLEGO (1), E.R. GRUPO CARDIORISC ()

(1) UNIDAD HTA Y RIESGO VASCULAR H.R.U. CARLOS HAYA. MÁLAGA,
(2) C.S. VIRGEN DE CONSOLACIÓN. U.G.C. UTRERA SUR. UTRERA (SEVILLA),
(3) DEPARTAMENTO MEDICINA PREVENTIVA U.A.M. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SINDROME METABÓLICO, HOMBRES, RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar posibles diferencias por sexos en patrón de MAPA 24 h y perfil de RCV de hipertensos tratados con Síndrome Metabólico (SM) (Al menos 3 componentes según criterios definitorios NCEP III).
Pacientes y método: Seleccionamos 13736 (52,7% hombres (H) y 47,3% mujeres (M) Edad media 62,7±12 años) hipertensos tratados (Tiempo diagnóstico:8,4±7 años) con SM, a los que se realizaron MAPA 24 h. y tests analíticos cardiometabólicos y de función renal. El RCV se estratificó según Guías 2009 de SEH-SEC.

Resultados. A pesar que edad media (H/M) (60,6 vs 65,1 años) y prevalencia de Obesidad Global (48,1 vs 51,7 %) y Central (56,6 vs 82,6%) fueron mayores ($p<.001$) en M; los H. presentaron valores medios más elevados de PA (mmHg). 24 horas: (131/77 vs 128/72), diurnos (134/80 vs 131/75) y nocturnos (123/70 vs 121/65); así como mayor % de no dipper (60 vs 57), y peor control de PA 24 h (%) (40,7 vs 52.4) ($p<.001$). Además los H. tenían más ($p<.001$): LOD (31,3 vs 29,5%), Enfermedad Vasculares Asociadas (23 vs 16,3%), y mayor % individuos con RCV Alto / Muy alto (68 vs 64,4%).

Conclusión: En población hipertensa tratada con SM, el sexo masculino influye negativamente tanto en el control de la PA, como el mayor deterioro del perfil de riesgo vascular.

PÓSTER Nº 210

VALORACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. RUIZ GARCÍA (1), E. ARRANZ MARTÍNEZ (2), J.C. GARCÍA ÁLVAREZ (3), Á. RODRÍGUEZ DE COSSIO (4),
E. RODRIGUEZ DE MINGO (5), L. DE PRADO PRIETO (4), L.C. LÓPEZ VIEJO (6), B. REMÓN PÉREZ (7),
J.A. GONZÁLEZ-POSADA DELGADO (8), D. FERNÁNDEZ-PACHECO VILA (7)

(1) C.S. PINTO. PINTO (MADRID), (2) C.S. SAN BLÁS. PARLA (MADRID), (3) C.S. DR.MENDIGUCHÍA
CARRICHE. LEGANÉS (MADRID), (4) C.S. SAN MARTÍN DE LA VEGA. SAN MARTÍN DE LA VEGA (MADRID),
(5) C.S. LAS AMÉRICAS. PARLA (MADRID), (6) C.S. ISABEL II. PARLA (MADRID),
(7) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO (MADRID), (8) C.S. EL GRECO. GETAFE (MADRID).

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, LÍPIDOS, PREVALENCIA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo principal:

- Determinar los perfiles lipídicos en las poblaciones con o sin Síndrome Metabólico (SM).

Objetivo secundario:

- Comparar los perfiles lipídicos en las poblaciones con o sin SM.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de: Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, LOPD 15/1999, y Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo "ALEATORIO()"Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 881 [19,37% ilocalizables; 7,93% rechazaron consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)].

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

El 51,98 % (48,68 – 5,27) de la población de estudio eran mujeres.

La edad media de la población de estudio fue 49,63 (\pm 16,49) años, siendo 60,62 (\pm 14,49) años en la población con SM (ATP), y de 59,29 (\pm 15,15) años en la población con SM (IDF).

El perfil lipídico de la población de estudio fue [media (\pm DE) mg/dL]: Triglicéridos: 118,93 (\pm 77,90); Colesterol total: 194,99 (\pm 37,90); HDL: 52,99 (\pm 16,66); LDL: 118,37 (\pm 32,32); VLDL: 22,35 (\pm 11,27); Colesterol No HDL: 142,00 (\pm 37,16).

El 30,77 % (27,78 – 33,88) de la población padecía SM (ATP) y el 29,12 % (26,19 – 32,19) según IDF.

Variables de estudio y resultado:

En las poblaciones con SM (ATP/IDF), todos los parámetros analizados del perfil lipídico eran superiores con respecto a la población sin SM, excepto el HDL que era inferior:

(mg/dL)	CON SM (ATP)		SIN SM (ATP)		Prueba T medias Dif. medias	homogeneidad de p-valor
	Media	DE	Media	DE		
TG	164,85	103,00	97,99	51,08	66,87	0,0001
CT	199,91	42,71	192,74	35,30	7,16	0,0150
HDL	48,34	13,02	55,11	13,42	-6,77	0,0001
LDL	119,07	35,70	118,06	30,75	1,01	0,6900
VLDL	29,94	12,74	19,04	8,69	10,90	0,0001
Col. No HDL	151,57	41,49	137,63	34,17	13,94	0,0001

Al comparar el perfil lipídico de las poblaciones con o sin SM, existían diferencias significativas en todos los parámetros analizados excepto en el colesterol LDL:

(mg/dL)	CON SM (IDF)		SIN SM (IDF)		Prueba T medias Dif. medias	homogeneidad de p-valor
	Media	DE	Media	DE		
TG	160,90	100,80	97,04	50,49	63,85	0,0001
CT	200,72	40,60	192,00	36,09	8,72	0,0020
HDL	48,63	12,79	55,26	13,55	-6,63	0,0001
LDL	120,41	33,70	117,35	31,59	3,05	0,1930
VLDL	29,14	12,52	18,98	8,83	10,16	0,0001
Col. No HDL	152,08	39,02	136,74	35,05	15,35	0,0001

No hubo diferencias significativas de los parámetros del perfil lipídico entre las poblaciones con SM según ATP vs IDF.

CONCLUSIONES:

El perfil lipídico de la población con SM (ATP) (mg/dL) fue: TG: 165; CT: 200; HDL: 48; LDL: 119; Col-No HDL: 152.

El perfil lipídico de la población con SM (IDF) (mg/dL) fue: TG: 161; CT: 201; HDL: 49; LDL: 120; Col-No HDL: 152.

Todos los parámetros del perfil lipídico eran significativamente mayores (menor en HDL) en las poblaciones con SM (ATP/IDF), al compararlas con la población sin SM, excepto el colesterol LDL, cuyas diferencias no fueron significativas.

PÓSTER Nº 211

VALORACIÓN DE LA CREATININA Y DE LA ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN LAS POBLACIONES MASCULINA Y FEMENINA CON SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. RUIZ GARCÍA (1), E. ARRANZ MARTÍNEZ (2), J.C. GARCÍA ÁLVAREZ (3), C. RIBOT CATALÁ (4),
E. RODRIGUEZ DE MINGO (5), N. ESCAMILLA GUIJARRO (5), E. MARTÍNEZ CID DE RIVERA (7),
B. SANZ POZO (5), M. RIVERA TEIJIDO (6), L.E. MORALES COBOS (5)

(1) C.S. PINTO. PINTO (MADRID), (2) C.S. SAN BLÁS. PARLA (MADRID), (3) C.S. DR.MENDIGUCHÍA CARRICHE. LEGANÉS (MADRID), (4) C.S. JAIME VERA. LEGANÉS (MADRID), (5) C.S. LAS AMÉRICAS. PARLA (MADRID), (6) C.S. ISABEL II. PARLA (MADRID), (7) C.S. PINTORES. PARLA (MADRID).

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, CREATININA, FILTRADO GLOMERULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo Primario:

- Determinar la creatinina y el filtrado glomerular estimado (EFG) en las poblaciones masculina y femenina del estudio SIMETAP.

Objetivo secundario:

- Comparar la creatinina y el EFG entre las poblaciones masculina y femenina con Síndrome Metabólico (SM) según ATP e IDF.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo las normas éticas de investigación nacionales e internacionales.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos. Sujetos analizados: 884 [(19,37% ilocalizables; 7,93% rechazan consentimiento; 6,46% no acudieron; 2,39% criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)].

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista (solicitada tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. *Estadísticos escalares:* medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

Variables de estudio: Creatinina (mg/dL) y EFG (según método MDRD-4)= $186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra}) \text{ (mL/min/1,73m}^2\text{)}$.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

Población estudiada 884 pacientes de los cuales 51,98% (48,68 – 55,27) son mujeres y 48,02% varones (44,73 – 51,32).

La edad media de la población de estudio fue 49,63 (\pm 16,46) años, siendo 49,95 (\pm 15,62) años en la población masculina, y 49,33 (\pm 17,20) años en la femenina.

La prevalencia de SM (ATP) fue 30,77% (27,78 - 33,88), y 33,44% (30,38 - 36,62) según IDF.

Variables de resultado:

La creatinina media fue 0,83 (\pm 0,27) mg/dL

La media de la EFG (MDRD-4) fue 87,48 (\pm 29,34 mL/min/m²).

Las prevalencias de los estadios de EFG fueron:

EFG	HOMBRES (N= 419)		MUJERES (N= 465)		Dif. %	p-valor
	n	%	n	%		
<30	2	0,48%	2	0,43%	0,05	0,9120
<45	3	0,72%	3	0,65%	0,07	0,8996
<60	14	3,34%	25	5,38%	-2,04	0,1403
<90	160	38,19%	161	34,62%	3,57	0,2704
≥90	240	57,28%	274	58,92%	-1,64	0,6216

Variables de estudio:

En la población de estudio, las diferencias de las medias de creatinina y de EFG entre hombres y mujeres fueron las siguientes:

Población de estudio	HOMBRES			MUJERES			Dif. de medias	p-valor
	N	Media	DE	N	Media	DE		
Creatinina (mg/dL)	419	0,94	0,24	465	0,74	0,25	0,20	0,0001
EFG (MDRD-4) (mL/min/1,73m ²)	419	97,04	27,32	465	97,88	31,08	-0,84	0,6700

En la población con SM (ATP/IDF), las diferencias de las medias de creatinina y de EFG entre hombres y mujeres fueron las siguientes:

Poblaciones con SM	HOMBRES			MUJERES			Dif. de medias	p-valor
	N	Media	DE	N	Media	DE		
CON Creatinina (mg/dL)	153	0,98	0,25	119	0,77	0,28	0,21	<0,0001
SM EFG (MDRD-4) (ATP) (mL/min/1,73m ²)	153	88,74	20,98	119	88,31	24,47	0,43	0,8763
CON Creatinina (mg/dL)	159	1,00	0,30	136	0,77	0,27	0,23	<0,0001
SM EFG (MDRD-4) (IDF) (mL/min/1,73m ²)	159	88,74	20,98	136	88,79	21,78	-0,05	0,9840

CONCLUSIONES:

En la población de estudio, no había diferencias de la EFG (MDRD-4) entre hombres (97,0) y mujeres (97,9).

La EFG (MDRD-4) era similar en las poblaciones masculinas y femeninas con SM (ATP/IDF).

La creatinina era significativamente mayor (0,20 mg/dL) en hombres (0,94) que en mujeres (0,74).

En la población con SM (ATP), la creatinina era significativamente mayor (0,21 mg/dL) en hombres (0,98) que en mujeres (0,77).

En la población con SM (IDF), la creatinina era significativamente mayor (0,23 mg/dL) en hombres (1,00) que en mujeres (0,77).

PÓSTER Nº 212

HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS COMO FACTOR PREDISPONENTE DE DIABETES MELLITUS

M. GOZÁLEZ LORENZO (1), R.P. GARRIDO CHAMORRO (2), M.R. SÁNCHEZ GUILLAMÓN (3),
J. ABELLÁN HUERTA (3), P. VILA ARTEAGA (3), M. LEAL HERNÁNDEZ (3), J. ABELLÁN ALEMÁN (3)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALICANTE,
(2) SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALICANTE,
(3) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: HIPERGLUCEMIA, ESTRÉS, DIABETES

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Durante su ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva, algunos de nuestros pacientes presentan hiperglucemia de estrés, pero no disponemos de datos sobre la posterior evolución de esta descompensación glucémica, por lo tanto este estudio pretende investigar la evolución de los pacientes que presentan hiperglucemia de estrés tras su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Interesa saber la evolución glucémica de los pacientes que desarrollan hiperglucemia de estrés después de su ingreso en una unidad de medicina intensiva polivalente, valorando la posibilidad de desarrollar diabetes en los 12 meses siguientes al ingreso.

MÉTODOS USADOS: Estudio de casos y controles, prospectivo, abierto y observacional. Realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General Universitario de Alicante, durante doce meses desde la fecha de ingreso. La población a estudio son las pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Alicante, que no tengan el diagnóstico previo de diabetes mellitus, ni presenten una hemoglobina glicosilada elevada al ingreso. Los pacientes son mayores de 18 años, ingresados en la UCI de adultos con una esperanza de supervivencia mayor de 48 horas. Se estudiaron 120 pacientes, 60 casos o pacientes no diabéticos que desarrollan hiperglucemia de estrés durante el ingreso y 60 pacientes no diabéticos que no desarrollan hiperglucemia de estrés durante el ingreso (siendo este último el grupo control). Se incluyeron los 60 primeros pacientes de cada grupo que ingresaron en la Unidad desde el 1 de Agosto del 2011 y completaron su evolución al año.

RESULTADOS: Recogimos 120 pacientes de ellos durante su estancia en UCI, 60 no desarrollaron hiperglucemia de estrés y otros 60 sí presentaron hiperglucemia de estrés. Siendo diagnosticados de diabetes mellitus 35 pacientes de los 120 sometidos a estudio, 9 pertenecientes al grupo control (no desarrolló hiperglucemia de estrés) y 26 del grupo que sí presentó hiperglucemia de estrés (casos). El valor de la Ji-cuadrado es de 11,66. Por tanto podemos afirmar que hay una probabilidad mayor del 99% de que haya asociación entre las dos variables siendo esta relación fuertemente significativa, por lo que podemos afirmar que el 43% de los pacientes que presentan hiperglucemia de estrés están diagnosticados de diabetes mellitus al año del ingreso frente a sólo un 15% de los pacientes que no sufren hiperglucemia de estrés.

CONCLUSIONES: La aparición de diabetes mellitus presenta una relación fuertemente significativa con el padecimiento previo de hiperglucemia de estrés durante su ingreso en UCI, apareciendo al año en el 43 % de los pacientes que la presentan durante su ingreso.

PÓSTER Nº 213

HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. GONZÁLEZ LORENZO (1), R.P. GARRIDO CHAMORRO (2), J. ABELLÁN HUERTA (3),
M.R. SÁNCHEZ GUILLAMÓN (3), P. VILA ARTEAGA (3), M. LEAL HERNÁNDEZ (3), J. ABELLÁN ALEMÁN (3)

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALICANTE,
(2) SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. ALICANTE,
(3) CÁTEDRA DE RIESGO CARDIOVASCULAR. UNIVERSIDAD CATÓLICA. MURCIA

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: HIPERGLUCEMIA, ESTRÉS, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Durante su ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva, algunos de nuestros pacientes presentan hiperglucemia de estrés, este estudio pretende investigar la relación de los pacientes entre el desarrollo de hiperglucemia de estrés y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, DL, Obesidad y hábito tabáquico)

MÉTODOS USADOS: Estudio de casos y controles, prospectivo, abierto y observacional. Realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital General Universitario de Alicante. La población a estudio son las pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario de Alicante, que no tengan el diagnóstico previo de diabetes mellitus, ni presenten una hemoglobina glicosilada elevada al ingreso. Los pacientes son mayores de 18 años, ingresados en la UCI de adultos con una esperanza de supervivencia mayor de 48 horas. Se estudiaron 120 pacientes, 60 pacientes no diabéticos que desarrollan hiperglucemia de estrés durante el ingreso y 60 pacientes no diabéticos que no desarrollan hiperglucemia de estrés durante el ingreso (siendo este último el grupo control). Se incluyeron los 60 primeros pacientes de cada grupo que ingresaron en la Unidad desde el 1 de Agosto del 2011 y completaron su estudio evolutivo al año.

RESULTADOS: La hipertensión arterial estaba presente en 56 enfermos, el 47% de los pacientes estudiados. La proporción de diabetes mellitus en los casos y los controles es similar (aproximadamente 60/30) por lo cual el antecedente de hipertensión arterial no presenta diferencias significativas ni entre los casos y controles ni entre los pacientes que desarrolla Diabetes Mellitus (DM) en ambos grupos. Al analizar los pacientes que evolucionan a DM en el primer año tras ingreso en función de si son o no dislipémicos, observamos como si bien las diferencias no son significativas, en el grupo de los pacientes con hiperglucemia de estrés hay un claro aumento de pacientes dislipémicos que desarrollan DM en el año siguiente a su ingreso. La asociación del hábito tabáquico en general fue del 55%. La distribución del hábito tabáquico en el grupo control sin desarrollo de hiperglucemia fue del 58%; mientras que en el grupo con desarrollo de hiperglucemia de estrés es del 52%. Observamos que el 66% de los pacientes presenta un aumento del peso corporal. Llama la atención que el 27% de los controles son obesos frente a sólo un 5% de los hiperglucémicos.

CONCLUSIONES: Los pacientes que presentan hiperglucemia de estrés que evoluciona a DM tienen una relación fuertemente significativa con la dislipemia, en nuestro estudio el 71% de los pacientes con dislipemia e hiperglucemia de estrés desarrollan DM. Existe relación pero levemente significativa para el desarrollo de DM entre la hiperglucemia de estrés y el hábito tabaquico (48% de casos de DM en el primer año) y el Sobrepeso (59% de casos de DM en el primer año). No existe relación significativa entre la hiperglucemia de estrés y el desarrollo de DM con la hipertensión arterial.

PÓSTER Nº 214

VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LAS POBLACIONES CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. RUIZ GARCIA (1), E. ARRANZ MARTINEZ (2), R. RICO PÉREZ (3), J.C. GARCIA ÁLVAREZ (4), P. SIMONAGGIO STANCAMPIANO (5), J. REGUILLO DÍAZ (6), J.L. VELASCO ZUMARRÁN (7), S. REDONDO DE PEDRO (8), R. RODRIGUEZ SANCHEZ (9), M.J. VILLAR REDONDO (10)

(1) C.S. PINTO. PINTO.MADRID, (2) C.S. SAN BLAS. PARLA.MADRID, (3) C.S. PINTO. PINTO.MADRID, (4) C.S.MENDIGUCHÍA CARRICHE. LEGANÉS.MADRID, (5) C.S. SAN MARTÍN DE LA VEGA. SAN MARTÍN DE LA VEGA.MADRID, (6) C.S. VALDEMORO. VALDEMORO.MADRID, (7) C.S. EL RESTÓN. VALDEMORO.MADRID, (8) C.S. MENDIGUCHÍA CARRICHE. LEGANÉS. MADRID, (9) C.S.PINTORES. PARLA.MADRID, (10) C.S: VALDEMORO. VALDEMORO.MADRID

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME METABÓLICO, HIPERTENSIÓN, PREVALENCIA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Objetivo primario:

- Determinar las medias de las presiones arteriales sistólica y diastólica en las poblaciones con o sin Síndrome Metabólico (SM) según ATP e IDF.

Objetivo secundario:

- Comparar las medias de las presiones arteriales sistólica y diastólica en las poblaciones con o sin SM según ATP e IDF.

MÉTODOS USADOS:

Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 22 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud durante el 2012, en condiciones de práctica clínica habitual siguiendo las normas de Internacional Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies, cumpliendo lo establecido en la LOPD 15/1999 y en la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo “=ALEATORIO()” de Microsoft® Office Excel) sobre los listados de 35.777 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 1.425 sujetos, siendo 910 los sujetos analizados al ser ilocalizables el 19,37%; rechazan consentimiento el 7,93%; no acudieron el 6,46%; y tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados) el 2,39%.

Método de recogida de datos: Se realizó una entrevista concertada (al solicitarla tras realizar un máximo de 5 llamadas telefónicas) con los sujetos de estudio para determinación de variables clínicas y bioquímicas.

Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. *Estadísticos nominales:* porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de

proporciones. *Estadísticos escalares*: medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas.

RESULTADOS:

Variables descriptivas:

La población estudiada tenía una edad (media \pm DE) de 49,63 \pm 16,46 años, siendo femenina el 51,98 % (48,68 – 55,27).

La prevalencia poblacional de SM según ATP fue del 30,77% (27,78–33,88), y según IDF del 33,44% (30,38–36,62).

La prevalencia de PA \geq 130/85 mmHg fue 36,37% (33,24 - 39,59), la de HTA fue 29,12% (26,19 - 32,19), y la prevalencia conjunta de PA \geq 130/85 mmHg o en tratamiento farmacológico antihipertensivo fue 49,23% (45,93 - 52,53).

Variables de estudio y resultado:

La población de estudio presentó una media de PA sistólica (PAS): 121,01 (\pm 15,28) mmHg; media de PA diastólica (PAD): 73,80 (\pm 10,15) mmHg.

Existían diferencias significativas en las medias de PA entre las poblaciones con o sin SM (ATP):

	CON SM (ATP)		SIN SM (ATP)		Prueba T homogeneidad medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
PAS (mmHg)	128,32	14,25	117,77	14,60	10,55	0,0001
PAD (mmHg)	77,24	9,72	72,27	9,97	4,97	0,0001

Existían diferencias significativas en las medias de PA entre las poblaciones con o sin SM (IDF):

	CON SM (IDF)		SIN SM (IDF)		Prueba T homogeneidad medias	
	Media	DE	Media	DE	Dif. de medias	p-valor
PAS (mmHg)	128,10	14,00	117,46	14,65	10,64	0,0001
PAD (mmHg)	77,50	9,43	71,94	9,99	5,56	0,0001

La diferencia de medias de PAS (0,22 mmHg) entre las poblaciones con SM según ATP y con SM según IDF no era significativa (p=0,851).

La diferencia de medias de PAD (-0,26 mmHg) entre las poblaciones con SM según ATP y con SM según IDF no era significativa (p=0,743).

CONCLUSIONES:

En la población con SM (ATP), la PAS media fue 128 mmHg y la PAD media fue 77 mmHg, siendo 11 y 5 mmHg superiores respectivamente que en la población sin SM.

En la población con SM (IDF), la PAS media fue 128 mmHg y la PAD media fue 78 mmHg, siendo 11 y 6 mmHg superiores respectivamente que en la población sin SM.

Existen diferencias significativas de PAS y de PAD entre las poblaciones con SM y sin SM, tanto si se siguen criterios de ATP como criterios IDF.

No existen diferencias significativas de PAS o de PAD entre las poblaciones con SM según ATP y con SM según IDF.

PÓSTER Nº 215

EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN ALAVA

A.A. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (1), G. MEDIAVILLA TRIS (1), J.M. ITURRALDE IRISO (1),
A. RUIZ DE LOIZAGA ARELLANO (1), E. LÓPEZ DE URALDE PÉREZ DE ALBENIZ (1), M. PINEL MONGE (1),
A.R. SOLAR PECHE (1), J.L. HURTADO MENDOZA (1), J.A. SANCHO ESTERAS (2),
J. OCHARAN CORCUERA (2)

(1) COMARCA ARABA. VITORIA-GASTEIZ, (2) HUA TXAGORRITXU. VITORIA-GASTEIZ

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES TIPO II, MANEJO, ALAVA

RESUMEN:

Introducción.-

Una de las propuestas de la estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud es: “garantizar que el tratamiento y seguimiento del enfermo diabético cumple con los mejores criterios y estándares de calidad asistencial”.

La diabetes mellitus (DM) tipo II es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos y educación a los pacientes para prevenir las complicaciones a largo plazo. Además es diagnosticada y atendida mayoritariamente por los médicos de Atención Primaria. Nuestro objetivo es ver el grado de control que hemos logrado en nuestros pacientes en el último año

Material y método.-

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Septiembre de 2012 en Comarca Araba. Se empleo el Programa Osabide para evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de Buena Atención al paciente diabético del Contrato Programa de este año 2012

Resultados.-

Población	301.333
Cribado de DM tipo II	66,35%
Nº Diabéticos tipo II diagnosticados	16.380
Prevalencia DM tipo II	7,64%
Estudio analítico DM	42,86%
Control periódico: (IMC, Ed. Sanitaria)	42,03%
Cuidados del pie	50,83%
Fondo de ojo anual	67,98%
Buen control HbA1c (>7%)	40,16%
Buen control TA (TA<140/80 mmHg.)	36,12%
Cálculo Riesgo Coronario	55,58%
Buen control Tabaquismo (no fumadores)	82,75%

Conclusiones.-

Deberemos incrementar el número de pacientes que acuden a la consulta del control periódico con el fin de conseguir que aumente el cumplimiento de las indicaciones dietéticas, la práctica de una

actividad física constante y la aplicación de la prescripción farmacológica como base para conseguir el éxito de la terapia implementada a nuestros diabéticos. Además teniendo en cuenta que el 75% de nuestros diabéticos mueren por enfermedad cardiovascular debemos mejorar su control tensional.

PÓSTER Nº 216

DM GESTACIONAL Y TEST DIAGNÓSTICO: ¿QUÉ PUNTO ES MÁS SIGNIFICATIVO?

S. CIVANTOS MODINO (1), N. MARTELL CLAROS (2), M. ABAD CARDIEL (2), C. NAVEA AGUILERA (1),
M. MERINO VIVEROS (1), G. GUIJARRO DE ARMAS (1), M. DURÁN MARTÍNEZ (1),
B. FLÁNDEZ GONZÁLEZ (1)

(1) HOSPITAL U. GETAFE. GETAFE. MADRID., (2) HOSPITAL CÍNICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, GESTACIONAL, SOBRECARGA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

La diabetes gestacional se define como la diagnosticada por 1^º vez durante el embarazo independientemente de la necesidad de tratamiento insulínico, grado de trastorno metabólico o persistencias una vez finalizado el mismo. En la actualidad existen diferentes criterios para el diagnóstico. El aprobado por el Grupo Español de Diabetes y Embarazo consiste en una sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 100 g de glucosa y determinación basal y a los 60, 120 y 180 min de glucosa en plasma. Sin embargo en las guías ADA 2012 se indica una SOG con 75 g y determinación de glucosa basal y a los 60 y 120 min.

El objetivo de nuestro estudio es averiguar qué punto de la sobrecarga con 100g es más significativo para el diagnóstico de diabetes gestacional.

MÉTODOS USADOS:

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo realizado en 1630 mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional en la consulta monográfica del H. U. de Getafe desde 1992 hasta 2011 tras someterse a una prueba diagnóstica con 100g de glucosa. Se consideró patológica si presentaban glucosa mayor o igual a los siguientes valores en 2 o más puntos: basal: 105mg/dl, 60 min: 190 mg/dl, 120 min: 165 mg/dl y 180 min: 145 mg/dl de glucosa (según los criterios del grupo Nacional de Diabetes (NGDM)). A los 3 meses postparto se realizaba una reclasificación con SOG 75g.

Las características analizadas fueron: edad, glucemia plasmática en SOG con 100gr (basal, 60 min, 120min, 180min) y glucemia en test de reclasificación con 75 g, HbA1C previo al diagnóstico y 3 meses tras el parto, uso de insulina durante el embarazo.

RESULTADOS:

Edad media materna: 32.4± 4.2 años. HbA1c inicial media: 5.3 % ± 4 mg/dl. HbA1c tras 3 meses del parto: 5.2 %± 0.6. El 19.6% precisó tratamiento con insulina durante el embarazo.

En test diagnóstico de SOG con 100 g: Glucemia basal media: 91.6 ±16.0 mg/dl, tras 60 min: 210.2 ± 27.7 mg/dl, tras 120 min: 187.4 ± 27.7 mg/dl y tras 180 min: 138.4 ± 37.0 mg/dl.

En reclasificación 3 meses tras el parto, el 77.8% tuvieron SOG con 75 g normal, el 9.5 compatible con glucemia basal alterada (GBA), el 10.8 con intolerancia hidratos de carbono (IHC) y el 2.1% se diagnosticó de DM tras la gestación.

De las pacientes que tuvieron 2 puntos patológicos en la SOG con 100g, el 78.4% y el 88.9% tenían como puntos patológicos el 60 y 120 min mientras que solo un 20.3% y un 4.5% tenían como puntos patológicos el 180 min y el basal respectivamente.

De las paciente que precisaron insulina durante la gestación, el 88.2% 90.8% tuvieron patológicos los puntos 60 y 120 min mientras que solo el 46.4% y 40.3% tuvieron patológicos el 180 min y el basal.

En relación a la reclasificación postparto, de las pacientes con diagnostico final de GBA, IHC Y DM, el 90%, 88.4% y el 88.2% respectivamente tuvieron patológico el punto 60 min. El 80.8, 96% y 100% de estas pacientes tuvieron patológico el punto 120 min. Sin embargo el 38%, 49% y 71% tuvieron el punto 180 min patológico y el 38.5%, 20.5%, y 14.5% tuvieron patológico el basal.

CONCLUSIÓN:

En el test diagnostico de diabetes gestacional con 100g de glucosa, la glucemia más relevantes tanto para el diagnostico como para la disglucosis postparto es la determinada a los 60 y a los 120 min.

Este hallazgo se encuentra en concordancia con lo expuesto en las recomendaciones de la ADA 2012.

PÓSTER Nº 217

HIPOGLUCEMIAS SEVERAS Y FUNCIÓN RENAL EN DIABETES TIPO 2

O. GONZALEZ ALBARRAN (1), A. MATEI (1), A. GALDON (1), J. CHACIN (1), B. CALDERON (1),
C. LAFUENTE (1), C. ALVARADO (1)

(1) HOSPITAL RAMON Y CAJAL. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: HIPOGLUCEMIA, FUNCION RENAL, DIABETES TIPO 2

RESUMEN:

Se define hipoglucemia severa como aquella situación clínica derivada del descenso de los niveles de glucemia plasmática (generalmente <50 mg/dl) que precisa la asistencia de otra persona para resolverla. En numerosas ocasiones son atendidos por los servicios de emergencias o llevados a las urgencias de los hospitales.

El objetivo del estudio es describir las características clínicas de los pacientes con DM2 que acuden a urgencias del Hospital Ramón y Cajal por hipoglucemia severa y su relación con la función renal.

Estudio retrospectivo de los episodios de hipoglucemias severas pacientes DM2. Se registraron datos sobre edad, sexo, HbA1c, fármacos hipoglucemiantes, función renal (creatinina sérica y TFG). Se registraron 101 episodios de hipoglucemias severas. Edad media fue 78 ±9 años, mujeres (47.8%), 96% de origen español, 54% de los pacientes estaban seguidos por MAP, tiempo de evolución de la diabetes 17,2 ± 11 años, gluc. media durante hipoglucemia: 36,64 ±14mg/dl, HbA1c media: 7.2±1.5% (HbA1c<7%:68%); creatinina: 1,36 ±0.8 mg/dl, TFGmedio: 56 ±27 ml/min. Según TFG > 60 mL7min=44.55%, TFG entre 30-60 mL7min: 37.72% y TFG<30 mL/min =17.7%.

Respecto al tratamiento: 41% en tratamiento exclusivamente con insulina, 30.8% en tratamiento combinado insulina más ADO, 28 % sólo con ADO. Respecto a los ADO: 80.8% con metformina, 58% con SFU/glinida (56% era glibenclamida). Según las tasas de TFG, los porcentajes de utilización de insulina/Ado no difieren ni tampoco el tipo de ADO. De manera, que con TFG< 60 ml/min presentaba el 80% con metformina, el 58% con SFU (glibenclamida 52%); en los pacientes con TFG>30 mL7min, 78% con metformina, 48% con SFU. El 53% de los pacientes había tenido otro episodio previo de hipoglucemia severa. El 59,6% requirieron ingreso hospitalario (60% con insulina y 30% con SFU).

Los diabéticos tipo 2 con hipoglucemias severas que requieren atención hospitalaria presentan una edad avanzada, un control metabólico estrecho y un gran porcentaje de pacientes con deterioro de la función renal y un inadecuado uso de los ADO.

PÓSTER Nº 218

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN DISTINTOS CRITERIOS VIGENTES

A. GENOVÉS (1), V. GINER (2), J.V. VAQUER (1), C. PÉREZ (3), F. PELLÍN (1), R. VALERO (3), R. TOMÁS (1),
B. LLOPIS (3), C. SÁNCHEZ (3), E. VIÑES (1)

(1) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA. ELDA (ALICANTE), (2) UNIDAD DE HTA Y
RIESGO CARDIOMETABÓLICO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VERGE DELS LLIRIS. ALCOY
(ALICANTE), (3) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. ALCOY (ALICANTE)

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS TIPO 2, PREVENCIÓN, SÍNDROME METABÓLICO

RESUMEN:

Propósito del estudio

Caracterizar el síndrome metabólico (SM) en pacientes DM2 seguidos en AP de los Departamentos de Salud de Alcoy y Elda (Alicante) y determinar la concordancia entre las diferentes definiciones vigentes: ATPIII 2002, IDF 2005 y Consenso (Con) 2009.

Métodos usados

Estudio observacional, transversal, multicéntrico, con reclutamiento consecutivo de pacientes mayores de 18 años con DM2 seguidos en AP al menos durante el año previo. Se incluye valoración antropométrica, anamnesis y revisión de historia clínica.

Resultados

Se analizan 97 de los 200 pacientes incluidos (edad: 70±10,1 años; 44,3% varones) con HbA1c media de 7,1±1,1% (56,7% HbA1c<7%) y DM2 de 10,3±7,4 años de evolución. Un 76,3% cumplía criterios de SM: 72,2% Con 2009, 71,1% IDF 2005, 61,9% ATPIII 2002. Independientemente de la definición aplicada, hubo diferencias significativas en pacientes con y sin SM en peso (79,4±15,2 vs. 71,1±14,3 Kg; p=0,033), IMC (30,9±4,8 vs. 28,2±4,1 Kg/m²; p=0,030), perímetro de cintura (104,1±11,6 vs. 93,2±11,3 cm; p=0,000), perímetro braquial derecho (30,3±5,3 vs. 27,4±4,1 cm; p=0,034), PA sistólica (144,3±19,0 vs. 131,2±16,1 mmHg; p=0,007) y diastólica (79±9,1 vs. 72,4±6,6 mmHg; p=0,008), PA <135/85 mmHg (23,3% vs. 17,8%; p=0,000) y <140/90 mmHg (40,9% vs. 19,3%; p=0,003). No hubo diferencias significativas en tratamientos recibidos o en otras variables de control del RCV. La prevalencia de criterios diagnósticos ATPIII fue: 89,7% glucemia basal ≥100mg/dl; 70,1% obesidad central; 66% PA ≥130/85 mmHg; 23,7% TG ≥150 mg/dl y 25,8% HDL bajo. Las prevalencias en IDF 2005: 100% obesidad central; 85,6% glucemia basal ≥100mg/dl y/o con antidiabéticos; 71,1% PAS ≥130/85 mmHg y/o con antihipertensivos; 33% con HDL bajo o en tratamiento específico; y 23,7% con TG ≥ 150 mg/dl y/o con fármacos específicos. Las prevalencias en Con 2009: 78,4% obesidad central; 87,6% glucemia basal ≥100mg/dl y/o tomando antidiabéticos; 74,2% PAS ≥130/85 mmHg y/o con antihipertensivos; 33% mostraba HDL bajo o con fármacos específicos; y un 21,6% TG ≥ 150 mg/dl y/o con fármacos específicos. Hubo importante concordancia diagnóstica entre los distintos criterios, siendo la mayor la objetivada

entre IDF 2005 y Con 2009 (Kappa=0,93; $p < 0,0001$) frente ATP III e IDF 2005 (Kappa=0,63; $p < 0,0001$) y ATP III y Con 2009 (Kappa=0,62; $p < 0,0001$).

Conclusiones

Con independencia del criterio empleado, el SM tiene una elevada prevalencia en población con DM2 (61,9-72,2%). Los DM2 con SM tuvieron mayor obesidad global y central y PA además de mayor control de la PA. Descartado el componente glucémico, los componentes más prevalentes fueron la PA y obesidad central. El grado de máxima concordancia entre criterios de SM se encontró entre IDF 2005 y Con 2009.

PÓSTER Nº 219

CONTRO METABOLICO EN PACIENTE DIABETICOS ANCIANOS

E. MARTINEZ VELADO (1), M.M. CHIMENO VIÑAS (1), P. SANCHEZ JUNQUERA (1),
A. DE LA VEGA LANCIEGO (1), J.F. SOTO DELGADO (1), M.M. MATEOS ANDRES (1),
L. MUSTAPHA ABADIE (1), V.M. LOPEZ MOURIÑO (2), P. GARCIA CARBO (1), L.M. SEISDEDOS CORTES (1)

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. ZAMORA,
(2) HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE DE LEMOS. LUGO

ÁREA TEMÁTICA: SÍNDROME METABÓLICO, PREDIABETES Y DIABETES

PALABRAS CLAVE: DIABETES, CARDIOVASCULAR, COMORBILIDAD

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: La diabetes mellitus (DM) es uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más importantes, con importantes repercusiones económicas del gasto farmacéutico, morbilidad y mortalidad. Frecuentemente coexisten otros FRCV que hacen necesario el abordaje conjunto de las diferentes patologías. En nuestra sociedad la prevalencia de dichas patologías se incrementa con la edad, por ello, cobra vital importancia su abordaje, se estima un incremento de las mismas en nuestra población en las próximas décadas por el aumento de la esperanza de vida, mejora en los tratamientos relacionados con la patología CV y por el aumento de la supervivencia en los pacientes que las padecen.

METODOS USADOS: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 100 pacientes mayores de 75 años, elegidos aleatoriamente, que ingresaron en el servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Concha de Zamora en el año 2012 con el diagnóstico previo de DM. Se analizó la edad, sexo, existencia asociada de HTA y/o dislipemia, tratamiento realizado previo al ingreso, niveles de hemoglobina glicosilada, motivo por el que ingresan y tratamiento al alta.

RESULTADOS: De los 100 pacientes analizados, 48 fueron mujeres, siendo la edad media de 81 años. La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en los pacientes analizados fue del 81% y de dislipemia del 44%. Coexistían DM, HTA y dislipemia en un 40% de los mismos. El 28% de los pacientes realizaban tratamiento con insulina y casi la mitad de los pacientes analizados (48%) con metformina, sola o en combinación. Un 39% de los pacientes de nuestra serie, mostraban hemoglobinas glicosiladas comprendidas entre 7-7.9. El mayor número de ingresos fue por causas infecciosas: 34%, falleciendo durante el ingreso 7 pacientes. En un 4% la causa de institucionalización fueron alteraciones glucémicas. En el momento del alta, el nuevo fármaco más prescrito, fue la insulina (11%), precisando ajuste de dosis de otros fármacos ya empleados el 19% de los pacientes analizados.

CONCLUSIONES: Existe una elevada prevalencia de factores de riesgo CV en la población analizada asociado posiblemente a una edad avanzada. La metformina es el fármaco más empleado incluso en población anciana. Importante número de paciente que pese a la edad realiza tratamiento con insulina. Infecciones como motivo más frecuente de ingreso.

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with a red and blue outline, and the number '18' is large and black. To the right of the logo, the text 'Reunión Nacional Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial' is written in a blue serif font.

SHE 18 Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Lesión de órgano diana

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 220

EL SÍNDROME DE INSULINORRESISTENCIA Y LA ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), M. VILANOVA FILLAT (1), D. RÍOS GARCÍA (1), N. MIRÓ VALLVÉ (1),
M. ROCA MONSÓ (1), A. BALCELLS TERÉS (1), M. MO GASOL (2), V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1),
M. PENA ARNÁIZ (1), F. PURROY GARCIA (3)

(1) ABS PLA D'URGELL. MOLLERUSSA, (2) SERVICIO URGENCIAS. HOSPITAL U. ARNAU DE VILANOVA.
LLEIDA, (3) UNIDAD DE ICTUS. HOSPITAL U. ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: •BRACHIAL INDEX, ANKLE, •SYNDROME X, INSULIN RESISTANCE, •TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS

RESUMEN:

Propósito del estudio

Determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y de enfermedad arterial periférica (EAP) silente determinada a través de un índice tobillo brazo patológico en una cohorte de pacientes con AIT y compararla con la de un grupo control de pacientes con asociación de factores de riesgo cerebrovascular (FRCV) sin antecedente de ictus. Establecer cuáles son las variables asociadas a ambos parámetros biomédicos en los pacientes con AIT.

Métodos usados

Estudio descriptivo observacional de casos y controles formado por una cohorte de 434 casos prospectivos de AIT procedentes del estudio PROMAPA (Proyecto Español del Manejo y Evolución de los pacientes con un Ataque Isquémico Transitorio) y 231 controles obtenidos de una Área Básica de Salud. En ambas cohortes se registraron variables clínicas, datos de laboratorio (colesterol total, col-LDL, triglicéridos, leucocitos, creatinemia) y en la cohorte AIT datos sobre la etiología. El SM se definió según la *Adult Treatment Panel III (ATP-III)* y la *International Diabetes Federation (IDF)*. Se definió la EAP como un ITB $\leq 0,9$. Se realizó un análisis multivariante a través de modelos de regresión logística para determinar los predictores independientes de ambos parámetros.

Resultados

La prevalencia de EAP fue mayor en la cohorte AIT 22,8% versus 5,6% (p

Conclusiones

La prevalencia de EAP silente es significativamente mayor en la cohorte de pacientes con AIT, no así el SM. Los dos parámetros están asociados a FRCV diferentes. La EAP podría ser un nuevo parámetro biomédico de recurrencia de ictus o de aparición de episodios vasculares extracraneales. Su presencia podría ser indicativo de extensión de la enfermedad ateromatosa. De esta forma, los pacientes con EAP se podrían beneficiar de estudios de extensión y de una terapia terapéutica dirigida.

PÓSTER Nº 221

RELACIÓN DEL ÁCIDO ÚRICO CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN VASCULAR, DIFERENCIAS POR GÉNERO

M.A. GÓMEZ MARCOS (1), C. MARTIN SALGADO (1), L. GOMEZ SANCHEZ (1), M. GÓMEZ SANCHEZ (1),
A. DE CABO LASO (1), B. SANCHEZ SALGADO (1), J. MUÑOZ DE ALBA (1), F. LEON GARRIGOSA (3),
S. CASCON PEREZ-TEIJON (1), M.C. PATINO ALONSO (4)

(1) U. SALAMANCA, (2) DEPARTAMENTO DE FISILOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.
SALAMANCA, (3) HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE SALAMANCA. SALAMANCA,
(4) DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: RIGIDEZ ARTERIAL, ACIDO URICO, HIPERTENSION ARTERIAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: El objetivo del estudio es analizar las relaciones existentes entre el ácido úrico con parámetros de estructura y función vascular evaluada con la intima media promedio de carótida común, la velocidad de la onda de pulso (VOP), el índice de rigidez ambulatorio (AASI) e índice de aumento central y periférico y diferencias por género en pacientes con hipertensión.

Métodos Utilizados:

Se realizó un estudio descriptivo transversal en 366 sujetos hipertensos de 34-75 años (54,9% varones). Se midieron el ácido úrico, índice ambulatorio de rigidez arterial (AASI), grosor íntima-media en carótida común, la velocidad de la onda de pulso, el índice de aumento central y el índice de aumento periférico.

Resultados: En el análisis univariante la VOP ($r = 0.28$, $P < 0.01$) y el AASI ($r = 0.25$, $P < 0.01$) presentaron correlación positiva con el ácido úrico en mujeres, el índice de aumento central ($r = -0.16$, $P < 0.05$) y el índice de aumento periférico ($r = -0.18$, $P < 0.05$), presentaron correlación negativa con el ácido úrico y el grosor íntima media de carótida común ($r = 0.11$; $P < 0.05$) mostraron correlación positiva con el ácido úrico únicamente en el análisis global. En el análisis de regresión lineal múltiple, encontramos asociación positiva de la VOP con el ácido úrico que permaneció tras ajustarla por factores de riesgo cardiovascular clásicos ($\beta = 0.265$, $P < 0.014$) únicamente en mujeres, y asociación negativa del AASI con los valores plasmáticos del ácido úrico después de ajustarlos por diferentes factores de confusión en varones ($\beta = -0.064$, $P = 0.038$) y positiva en mujeres ($\beta = 0.104$, $P = 0.030$).

Conclusion: El ácido úrico presenta asociación positiva con la velocidad de la onda de pulso tras ajustarla por edad y factores de riesgo clásico en mujeres. El AASI presenta asociación negativa en varones y positiva en mujeres tras ajustarlos por otros factores de confusión.

PÓSTER Nº 222

RELACIÓN ENTRE CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA CON PARÁMETROS DE ESTRUCTURA Y FUNCIÓN VASCULAR EN HIPERTENSOS

M.A. GÓMEZ MARCOS (1), J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), L. GÓMEZ SANCHEZ (1), M. GÓMEZ SÁNCHEZ (1), C. AGUDO CONDE (1), M.C. PATINO ALONSO (2), E. RAMOS DELGADO (1), J.M. IGLESIAS CLEMENTE (1), J.A. IGLESIAS VALIENTE (1), L. GARCIA ORTIZ (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA, (2) DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDO, ELECTROCARDIOGRAMA, ESTRUCTURA Y FUNCIÓN VASCULAR

RESUMEN:

Propósito del estudio: Analizar qué criterio electrocardiográfico que evalúa la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) se relaciona mejor con la estructura y función vascular en hipertensos.

Métodos utilizados: Estudio descriptivo transversal. Incluimos 347 hipertensos, edad media 54.9 ± 11.8 años, 61% varones. Para detectar HVI utilizamos un ECG estándar y valoramos 10 criterios. Medimos la presión arterial clínica y ambulatoria. Evaluamos la estructura y función vascular midiendo el grosor de la intima media en la arteria carótida (GIM)(IMT), la velocidad de la onda de pulso (VOP), El índice de rigidez arterial ambulatorio (AASI), el índice de rigidez arterial en casa (HASI), el índice de aumento periférico (PAIx) y el índice de aumento central (CAIx).

Resultados: El 29,10 % presentó HVI con algún criterio electrocardiográfico (varones el 25.90 % y mujeres el 34.10 %). Los hipertensos con HVI tienen más edad, cifras superiores de presión arterial sistólica y presión de pulso, mayor proporción de obesidad, de diabetes y toman más fármacos antihipertensivos. Los parámetros de estructura y función vascular presentan valores más altos en los hipertensos con HVI. El criterio electrocardiográfico que presenta mayor correlación con el GIM es el PDV-Lewis ($r=0.257$); con la VOP y con el AASI el Framingham-adjusted Cornell voltaje ($r=0.228$ y $r=0.195$) y con el CAIx y el PAIx, el Novacode LVMI ($r=0.226$ y $r=0.277$). En el análisis de regresión múltiple y de regresión logística, la asociación entre los criterios electrocardiográficos y las medidas de estructura y función vascular, esta mediada por la edad y los fármacos antihipertensivos.

Conclusiones: Este estudio demuestra que la relación entre criterios electrocardiográficos utilizados para detectar LVH en pacientes hipertensos con los parámetros de estructura y función vascular esta mediada principalmente por la edad y los fármacos antihipertensivos.

PÓSTER Nº 223

LA INSUFICIENCIA RENAL COMO AFECTACION DE ORGANO DIANA EN PACIENTES DIABETICOS MAYORES DE 65 AÑOS

P. FERNANDEZ LOPEZ (1), A. HERMOSO SABIO (1), F.J. DIAZ SILES (1),
J. GARCIA-VALDECASAS VALVERDE (2)

(1) ZBS. LA ZUBIA. GRANADA, (2) HOSPITAL CLINICO SAN CECILIO. GRANADA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA RENAL, AFECTACION ORGANO DIANA, MAYORES DE 65 AÑOS

RESUMEN:

INTRODUCCION

La Hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM) son las responsables en la actualidad del 77% del ingreso de pacientes en tratamiento dializador.

La comorbilidad con otras enfermedades responsables de los eventos cardiovasculares aumentan también el riesgo de enfermedad renal.

El objetivo de este estudio es ver la prevalencia de la Insuficiencia Renal (IR), y en consecuencia la afectacion precoz de un organo diana, en pts. diabéticos con o sin HTA y dislipemia dentro de una zona básica de salud separados en dos grupos : Menores y mayores de 65 años.

PACIENTES Y METODOS

Se estudian a 1493 pts. DM de 21 médicos de atención primaria de una zona básica de salud realizando un estudio descriptivo observacional.

De ellos seleccionamos a:

	Menores 65	Mayores 65
Pacientes Diabéticos totales	567	926
Pacientes con DM aislada	144	105
Pacientes con DM + HTA	119	334
Pacientes con DM + Dislipemia	89	52
Pacientes con DM + HTA + Dislipemia	200	427

y 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

Se realiza estudio estadístico con Test de CHI-Cuadrado.

RESULTADOS

	Menores 65	Mayores 65
La prevalencia de la IR en los pacientes DM	2.7%	18%
La prevalencia en la DM con Dislipemia	4.5	7.7%
La prevalencia en la DM con HTA	2.5%	33.5%
La prevalencia en la DM con HTA y con Dislipemia	10%	35.8%

CONCLUSIONES

Observamos que la prevalencia de la IR en los pacientes que tienen solo DM se multiplica por 6 en los pacientes mayores de 65 años

La prevalencia en pacientes DM con Dislipemia se multiplica por 1.5 al ser mayores de 65 años

La prevalencia en pts. DM con HTA se multiplica por 13 al ser mayores de 65 años

La prevalencia de la IR en pacientes Dm con HTA y con Dislipemia se multiplica por 3 en pacientes mayores de 65 años

PÓSTER Nº 224

EFFECTOS DEL ESTATUS TABÁQUICO EN LA ESTRUCTURA Y FUNCIÓN VASCULAR

J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), M.A. GÓMEZ MARCOS (1), C. AGUDO CONDE (1), C. RODRIGUEZ MARTIN (1),
C. CASTAÑO SANCHEZ (1), E. IBAÑEZ JALON (1), I. REPISO GENTO (1), A. DE LA CAL DE LA FUENTE (1),
A. GOMEZ ARRANZ (), L. GARCIA ORTIZ (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA ALAMEDILLA. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: TABACO, FACTORES DE RIESGO, ESTRUCTURA Y FUNCION VASCULAR

RESUMEN:

Propósito del estudio: En la evaluación de la estructura y función vascular, no todos los parámetros se relacionan de la misma manera con los diferentes factores de riesgo cardiovascular. El presente estudio cual de esos parámetros se relaciona mejor con el estatus tabáquico en una población adulta.

Métodos Empleados: Muestreo aleatorio de 1553 participantes del estudio EVIDENT. Los participantes fueron clasificados en función de su estatus tabáquico en no fumadores, exfumadores (más de un año sin fumar) o fumadores actuales. La estructura y función vascular se evaluó a través del grosor íntima media de carótida (ecografía carotídea), la velocidad de la onda de pulso System (AtCor Medical Pty Ltd., Head Office, West Ryde, Australia), el índice de aumento periférico (Pulse Wave Application Software (A Pulse)) y el índice tobillo-brazo (WatchBP Office ABI (Microlife AG Swiss Corporation)).

Resultados: Eran fumadores el 21,7%, exfumadores 30,2% y no fumadores el 48,1%. Los fumadores eran más jóvenes y tenían una menor prevalencia de hipertensión, dislipemia y un índice de masa corporal mas bajo. Los valores medios del grosor íntima media de carótida (0,65 mm.), la velocidad de la onda de onda de pulso (6,65 m/seg) y el índice tobillo-brazo (1,16) eran menores en los fumadores actuales. Sin embargo, después de controlar el efecto de la edad, el sexo, la presión arterial sistólica, frecuencia cardiaca, índice de masa corporal, y la presencia de antihipertensivos, antidiabéticos y medicación para la dislipemia, los resultados muestran que los fumadores actuales tienen valores más altos de grosor intima media de carótida ($p=0.009$). De igual manera sucede con la velocidad de la onda de pulso, aunque en este caso no se alcanza la significación estadística. El índice tobillo brazo es más bajo en los fumadores actuales mientras el índice de aumento periférico presenta mayores valores en los fumadores actuales que en los exfumadores ($p>0.05$).

Conclusiones: El grosor de la íntima media de carótida es el parámetro de estructura y función vascular que mejor se relaciona con la presencia de tabaquismo en población adulta.

PÓSTER Nº 225

UTILIZACIÓN DEL INDICE TOBILLO-BRAZO Y ECOGRAFIA CAROTÍDEA EN LA VALORACIÓN DE HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.C. VILLALOBOS MARTÍN (1), J.M. RAMÍREZ TORRES (1), A. LÓPEZ TÉLLEZ (1), J.R. BOXÓ CIFUENTES (1),
B. CORDERO JIMÉNEZ (1), E.E. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ (1), M.Á. BARBANCHO FERNÁNDEZ (2)

(1) CENTRO DE SALUD PUERTA BLANCA. MÁLAGA, (2) FACULTAD DE MEDICINA. MÁLAGA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ÍNDICE TOBILLO-BRAZO, GROSOR ÍNTIMA-MEDIA, ATEROSCLEROSIS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO. La introducción en Atención Primaria de métodos no invasivos de detección de aterosclerosis subclínica permiten una valoración más adecuada del riesgo vascular de los pacientes hipertensos. El propósito del estudio fue evaluar el daño vascular subclínico y la carga de enfermedad aterosclerosa, mediante la determinación del Índice Tobillo-Brazo (ITB) y el Grosor Íntima-Media (GIM) carotídeo, en hipertensos sin enfermedad cardiovascular (ECV) coronaria, cerebral o periférica conocida. Simultáneamente pretendíamos valorar los cambios en la estrategia terapéutica derivados del resultado de estas pruebas diagnósticas.

MÉTODOS USADOS.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: centro de salud urbano.

Sujetos: se evaluaron hipertensos sin ECV conocida atendidos en consulta de riesgo vascular durante 6 meses (n=57).

Mediciones: variables sociodemográficas, clínicas, así como ITB, GIM y carga de enfermedad aterosclerosa.

El ITB se determinó mediante doppler vascular portátil Huntleigh con sonda de 8 MHz. Definimos el ITB como patológico (enfermedad arterial periférica) cuando es $\leq 0,90$.

La medición del GIM se realizó mediante el ecógrafo Sonosite NanoMaxx en modo B con una sonda lineal de banda ancha de 10-5 MHz. Para la medición se utilizó un software con detección automática de bordes. Consideramos como patológico un GIM medio igual o superior al del percentil 75 de la población de referencia. Consideramos como placa aterosclerosa a un GIM con altura $\geq 1,5$ mm o superior al 50% del GIM medio adyacente.

La carga de enfermedad aterosclerosa (EA) se clasificó como:

- EA 0 (no aterosclerosis): ITB $>0,90$ y GIM $<75\%$ del índice de referencia (IR)
- EA 1 (aterosclerosis ligera): ITB 0,70- 0,90 y GIM $\geq 75\%$ del IR
- EA 2-3 (aterosclerosis moderada-severa): ITB $<0,70$ y/o placa aterosclerosa

RESULTADOS.

Se estudiaron 57 pacientes. Edad media: 68 años (DS:7,6); varones: 47,3%; fumadores: 5,2%; exfumadores: 24,5%; diabéticos: 33,3%; dislipémicos: 64,9%; síndrome metabólico: 54,3%; enfermedad renal crónica: 14%.

El 59,6% presentaban RCV leve-moderado y el 40,4% RCV alto.

Se detectó daño orgánico subclínico (ITB patológico, GIM patológico o placa aterosclerosa) en un 50,9% de los casos.

Los pacientes presentaron la siguiente carga de enfermedad aterosclerosa: EA 0 (49,2%), EA 1 (33,3%) y EA 2-3 (17,1%).

A partir del resultado de estas pruebas se modificó la estrategia terapéutica en un 49,1% de los pacientes. De ellos en el 92,8% se intensificó el tratamiento hipolipemiante y en 67,8% se introdujo tratamiento antiagregante.

CONCLUSIONES

La mitad de los hipertensos sin ECV conocida presentan un daño vascular subclínico.

La utilización de pruebas como el ITB y la ecografía carotídea en Atención Primaria permiten adecuar la estrategia terapéutica a la carga aterosclerosa de los pacientes.

PÓSTER Nº 226

FUNCIÓN RENAL EN MAYORES DE 80: CONTINÚA LA POLÉMICA

J.B. GÓMEZ CASTAÑO (1), J.M. ALONSO MADRID (1), M. COSTA LLORCA (1),
E. MARTÍNEZ MONDÉJAR (1), I. EGEA LUCAS (1), A. GÓMEZ HORTELANO (1), D.J. RUBIRA LÓPEZ (1),
M.D. ESTEVE FRANCO (1), M.C. VILLALBA GARCÍA (1), J. LUCAS MARÍN (1)

(1) C.S CIEZA-OESTE. CIEZA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, TASA FILTRADO GLOMERULAR, ANCIANO

RESUMEN:

Objetivos:

Determinar el mejor parámetro para conocer la función renal de un paciente octogenario en la practica clínica diaria entre Creatinina (Cr), Cockcroft-Gault (CG) y MDRD-4, así como encontrar un punto de corte de Cr que nos sirva como alerta de Enfermedad Renal Crónica (ERC) en nuestra población.

Material y Métodos:

Se recogen datos analíticos actualizados de pacientes mayores de 80 años a fecha de inicio del estudio, pertenecientes a un cupo de atención primaria de 1450 pacientes, obteniéndose un total de 110 con cifras de Cr actualizada. Se calculan CG y MDRD-4, comparando los resultados de los tres parámetros entre sí y con la información clínica disponible de cada paciente. Se toma como valor límite 45 para datos obtenidos con las formulas CG y MDRD-4.

Resultados:

- El porcentaje de ERC es de un 17,12% (10% en varones y 20% en mujeres) tanto si observamos Cr como MDRD-4, mientras que se eleva a un 40,3% en el caso de CG (35% en varones y 42% en mujeres).
- En nuestra población observamos un 27% de hombres y un 73% de mujeres.
- El punto de corte MDRD-4 ≤ 45 mg/dl se corresponde con una Cr de 1,19 en mujeres y de 1,5 en varones.

Conclusiones:

- Cr sigue siendo un parámetro muy útil para orientar acerca de la existencia de ERC en estos pacientes, mostrando porcentajes similares a los obtenidos con MDRD.
- El cálculo de FG mediante el uso de las fórmulas derivadas del estudio MDRD-4 es el mejor parámetro para estimar la función renal de estos pacientes, encontrando que para un FG ≤ 45 los límites de Cr se sitúan en 1,2 en mujeres y 1,5 en varones.
- El cálculo del aclaramiento de Cr mediante CG tiende a sobreestimar el porcentaje real de ERC en estos pacientes. Como curiosidad observamos que si en pacientes mayores de 80 aplicamos 80kg en la fórmula de CG su valor tiende a aproximarse al obtenido mediante el método MDRD.

PÓSTER Nº 227

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

P. VICENTE PRIETO (1), M.Á. IGLESIAS SALGADO (1), C. LUCAS ÁLVAREZ (2), G. LUCÍA RAMOS (1),
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: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, SALUD

RESUMEN:

OBJETIVOS:

- Revisar cómo afecta el hecho de padecer una enfermedad cardiovascular a la calidad de vida de nuestros pacientes.
- Investigar cuáles son las esferas de la vida que se ven más afectadas

MÉTODO:

- Se aplica el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) a 15 pacientes que habían sufrido algún evento cardiovascular en los últimos 12 años (2001-2012). El 80% de ellos son hombres.
- La edad de la población estudiada varía de los 53 a los 83 años de edad (media 67,2 ± 10,67 años).
- El 40% de los pacientes han sufrido un IAM, el 40% presentan cardiopatía isquémica y el 20% presentan clínica de angor.

RESULTADOS:

En la PRIMERA PARTE del PSN, los resultados obtenidos son los siguientes:

- El 73,3% del los entrevistados refieren alteraciones en el sueño
- El 66,6% perciben alteraciones en la **movilidad**
- El 53,3% tiene dolor y el 46,7% disminución de la **energía**
- El 40% han visto afectadas sus **reacciones emocionales**
- El 13,33% de los pacientes refirieron **aislamiento social**

En la SEGUNDA PARTE del PSN, que engloba preguntas referentes al impacto de la salud sobre las actividades de la vida diaria

- Ningún paciente refirió problemas en la **esfera familiar**.
- El 33,3% presentan problemas en la **vida sexual**.
- Un 20% de los entrevistados tiene dificultades en su **trabajo**.
- El 13,3% refiere problemas para realizar las **tareas domésticas**.
- El 6,7% de los pacientes presenta dificultades en el desarrollo de sus **aficiones y pasatiempos**, en los días de fiesta y en su vida social.

CONCLUSIONES:

- Las enfermedades cardiovasculares constituyen un importante problema de salud en los países desarrollados
 - La prevención, tratamiento y rehabilitación tras eventos isquémicos han mejorado la supervivencia, pero a su vez esto ha conllevado un aumento de la morbilidad.
 - La calidad de vida relacionada con la salud es un importante factor que tener en cuenta, ya que aporta una información subjetiva sobre cómo el paciente percibe su enfermedad y las limitaciones que esta conlleva.
 - Los problemas de los que más se quejan nuestros pacientes están relacionados con su vida sexual seguido de su vida laboral.
 - Las esferas en las que más quejas se han planteado han sido en el sueño (siendo su problema más frecuente el despertarse de madrugada), y en segundo lugar la movilidad física.
- Lo que menos perciben nuestros pacientes en relación a su enfermedad cardiovascular, es aislamiento social.

PÓSTER Nº 228

EFFECTO DEL CONTROL DE LA DISLIPEMIA EN LA REGRESIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA MICROCIRCULACIÓN RETINIANA EN EL PACIENTE HIPERTENSO DISLIPÉMICO

A. POSE REINO (1), M. PENA SEIJO (1), M. SUÁREZ TEMBRA (2), J.A. DÍAZ PEROMINGO (1), J.L. DÍAZ DÍAZ (3), J.M. LÓPEZ PÉREZ (4), C. CALVO GÓMEZ (1), Á. HERMIDA AMEIJERAS (1), J.E. LÓPEZ PAZ (1), I. MÉNDEZ NAYA (5)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. SANTIAGO DE COMPOSTELA, (2) HOSPITAL SAN RAFAEL. A CORUÑA, (3) HOSPITAL ABENTE Y LAGO. A CORUÑA, (4) AMBULATORIO CONCEPCIÓN ARENAL. SANTIAGO DE COMPOSTELA, (5) FACULTAD DE ECONÓMICAS. SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ÍNDICE ARTERIOVENOSO, ESTATINAS, RETINA

RESUMEN:

OBJETIVO:

Observar si el tratamiento de la dislipemia del hipertenso con estatinas mejora la microcirculación retiniana del hipertenso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se han incluido 217 pacientes con el diagnóstico de HTA moderada, a los que se les ha seguido a lo largo de 6 meses, durante este tiempo además de implementar un tratamiento antihipertensivo con un ARA-II de larga duración, los pacientes son valorados de forma global y se intensifica (o inicia) tratamiento hipolipemiante en los pacientes que no alcanzan objetivos de control lipídico (71,1% del total). Además se implementan medidas de educación higiénico dietéticas durante los 6 meses de seguimiento. Al inicio y al final del estudio se realizó una fotografía digital de la retina para calcular de forma semiautomática el índice arteriovenoso retiniano (IAV) (diámetro arteriolar medio/diámetro venular medio) como medida objetiva de afectación vascular en el fondo de ojo del hipertenso. El análisis estadístico fue realizado usando el paquete estadístico SAS versión 9.2.

RESULTADOS:

La edad media fue de 56.3± 11.1 años y el 53% eran varones. EL 71.1% de los pacientes fueron tratados con estatinas, durante este período.

En la tabla 1 se muestra el perfil lipídico basal y su modificación tras el tratamiento.

	VISITA BASAL		VISITA 6 MESES		p
	MEDIA (DT)	MEDIANA	MEDIA (DT)	MEDIANA	
Colesterol total (mg/dl)	203,2 (43,2)	201,5	192,9 (42,1)	190,5	0,0052
Colesterol LDL(mg/dl)	130,3 (37,1)	129	119,2 (34,7)	115	<0,0001
Colesterol HDL (mg/dl)	46,7 (13,5)	44	46,7 (13,1)	44	0,9999

Triglicéridos (mg/dl)	127,9 (73,3)	111,5	137,8 (85,1)	118	0,5117
----------------------------------	-----------------	-------	--------------	-----	--------

El IAV aumentó en el ojo derecho desde 0.769 a 0.799 y en el ojo izquierdo desde 0.770 a 0.796 con una $p < 0.0001$ para ambos.

No se encontró relación entre la disminución del LDL y el incremento del IAV, (Mann-Whitney U test; $p > 0.05$).

De los pacientes tratados con estatinas desde el inicio, al sexto mes, mostraron mayores valores en el IAV, (Mann-Whitney U test; $p > 0.05$).

CONCLUSIONES:

La regresión de las alteraciones de la microcirculación retiniana del hipertenso con dislipemia no se relaciona con los cambios en el perfil lipídico, pero si puede haber un cierto efecto beneficioso de las estatinas, quizás por los efectos de éstas sobre el Óxido Nítrico endotelial, potente vasodilatador vascular.

PÓSTER Nº 229

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. BARTOLOMÉ RESANO (1), F.J. BARTOLOMÉ RESANO (2), T. BARTOLOMÉ RESANO (3)

(1) C.S.ROCHAPEA. PAMPLONA, (2) C.S.VILLAVA. VILLAVA, (3) C.S.FALCES. FALCES

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, FILTRADO GLOMERULAR, ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Evaluar si establecer el diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC), en pacientes con filtrado glomerular (FG) bajo, supone diferencias en cuanto a pruebas de seguimiento y control de factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

MÉTODOS USADOS

Estudio observacional descriptivo realizado en un Centro de salud urbano de 26.000 pacientes. Se realizó una selección aleatoria de entre los 471 pacientes con ERC eligiendo 50 pacientes que tenían FG <60 y 50 que además estaban diagnosticados (Dx) de ERC. En cada grupo el 40% tenían diabetes mellitus (DM). De ellos 30 tenían FG<45, distribuidos 15 en cada grupo. Se revisó el historial del último año.

RESULTADOS

Se muestran en orden de Dx de ERC (no, sí). Se indica la p si se encontró significación estadística usando χ^2 .

Seguimiento: iones (82%, 92%), hemograma (16%, 80%, $p<0,001$), ecografía abdominal (0%, 56%, $p<0,001$). Derivación a nefrología si FG<45: (0%, 29%, $p=0,07$)

Consumo de fármacos: metformina si FG<30 (0%, 0%), AINES (14%, 6%), diuréticos ahorradores de potasio (0%, 2%).

Control de FRCV: TA<130/80 mmHg (60%, 64%), LDL<100mg/dL (62%, 66%).

Eliminando DM y prevención secundaria (60 casos), que ya precisaban esos objetivos de control, fueran o no ERC: TA<130/80mmHg (58%, 62%), LDL<100mg/dL (41%, 45%).

CONCLUSIONES

Hacer el Dx de la ERC nos recuerda más fácilmente el realizar hemograma y ecografía abdominal. No parece ser tan importante para derivar a nefrología, quizás porque la decisión se toma al ver el resultado del FG, en el mismo momento de comentar el resultado con el paciente. Los iones se realizan probablemente por estar incluidos en el protocolo de HTA.

Los FRCV se controlan por igual, incluso aunque baje el objetivo de TA, aunque se puede mejorar. Se da menos importancia al LDL si no son DM o prevención secundaria, a pesar de estar ante una lesión de órgano diana que modifica el RCV.

Aunque no se apreció significación, el uso de AINES es algo mayor en los no diagnosticados, por lo que sería adecuado establecer el Dx, ya que no siempre es fácil consultar el FG antes de prescribirlos. Se remitió posteriormente a cada médico del centro un listado de sus pacientes con FG<60, con el fin de mejorar la atención a este proceso, empezando por realizar el Dx de ERC en el historial.

PÓSTER Nº 230

DETECCIÓN DE ISQUEMIA ARTERIAL SILENTE EN HEMODIÁLISIS

S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN (1), G. RANGEL HIDALGO (1), C.J. CEBRIÁN ANDRADA (1),
P.J. LABRADOR GÓMEZ (1), R.A. NOVILLO SANTANA (1), J.P. MARÍN ÁLVAREZ (1),
M.S. GALLEGO DOMÍNGUEZ (1), V. GARCÍA-BERNALT FUNES (1), M.I. CASTELLANO CERVIÑO (1),
J.R. GÓMEZ-MARTINO ARROYO (1)

(1) HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA, ÍNDICE TOBILLO-BRAZO, HEMODIÁLISIS

RESUMEN:

Propósito del estudio. La arterioesclerosis es una enfermedad sistémica, crónica y progresiva. Los pacientes en hemodiálisis tienen un riesgo incrementado de enfermedad arteriosclerótica, siendo la enfermedad arterial periférica un importante predictor de eventos vasculares cerebrales, coronarios y de riesgo de mortalidad. El índice tobillo brazo (ITB) es un método sencillo, barato, no invasivo, reproducible y válido en la detección precoz de arteriopatía periférica.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la prevalencia de enfermedad arterial periférica silente en pacientes en programa de hemodiálisis periódica y la relación con los principales factores de riesgo cardiovascular asociados a complicaciones vasculares en nuestra población.

Métodos usados. Se incluyeron todos los pacientes en nuestro programa de hemodiálisis periódica, excluyendo aquellos con enfermedad arterial periférica diagnosticada y/o con amputaciones de miembros inferiores. El ITB se determinó mediante esfigmomanómetro WatchBP Office de Microlife. Se recogieron para el análisis las características demográficas, clínicas y analíticas.

Resultados. De 45 pacientes en programa de hemodiálisis periódica, se incluyeron en el estudio 38 pacientes (84.4%). Se detectó un ITB <1 en el 55.3 % (el 33% correspondían a arteriopatía bilateral, frente al 66% que fue unilateral). Presentaron enfermedad arterial periférica el 80% de los pacientes mayores de 75 años, siendo el 71.4% varones; con valores de $p=0.13$ para la edad y de $p=0.09$ para hombres. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en nuestra población en el estudio de los factores de riesgo cardiovascular clásicos: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y tabaquismo. En cuanto al metabolismo óseo-mineral, observamos una mayor prevalencia de arteriopatía periférica en aquellos pacientes que presentaban un buen control de niveles de PTHi, fosfatemia y producto calcio-fósforo, 89.9% vs. 50% en aquellos con algún factor no controlado ($p=0.04$). Encontramos una relación cercana a la significación estadística entre la presencia de arteriopatía periférica y el tiempo en hemodiálisis ($p=0.21$), no encontrándose la misma cuando se analiza el tiempo total en tratamiento renal sustitutivo ni el acceso vascular para tratamiento dialítico.

Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de enfermedad arterial periférica asintomática en pacientes en hemodiálisis en nuestra población. La presencia de arteriopatía se asoció a la edad, el sexo masculino, el tiempo en tratamiento renal sustitutivo en modalidad de hemodiálisis, y de manera más estrecha con el control del metabolismo óseo-mineral.

PÓSTER Nº 231

HTA MALIGNA: UNA PATOLOGÍA MUY PREVALENTE

J.D. MACIAS TORO (1), A. SAURINA SOLÈ (1), V. ESTEVE SIMÒ (1), F.N. MORENO GUZMÁN (1),
V. DUARTE GALLEGRO (1), M. FULQUET NICOLAS (1), M. RAMIREZ DE ARELLANO SERNA (1)

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. TERRASSA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION, MALIGNA, ÓRGANOS DIANA

RESUMEN:

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) maligna se define como presión arterial (PA) elevada con presencia de exudados y hemorragias (grado III) y/o edema de papila bilateral (grado IV) en la fundoscopia.

Objetivo: Conocer las características demográficas, etiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes (p) con HTA maligna.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de HTA maligna en nuestro servicio durante 17 años (1995-2012)

Resultados: 50 pacientes, 38 hombres y 12 mujeres. Edad: 20-88 años. Etiología: 58% HTA primaria (29p) y 42% HTA secundaria (21p). El 26% sin historia previa de HTA. Clínica: Hasta un 22% tuvo una presentación asintomática. La PA al diagnóstico: 180-260/73-180mmHg.

Afectación de órganos diana en el momento del diagnóstico:

a) Renal: 41/50p (82%) con insuficiencia renal. Requerimientos de hemodiálisis en 6/50 (12%). En 9p se realizó biopsia renal: 3p nefropatía membranosa. 3p nefropatía Ig A. 2p glomerulopatía crónica y 1p nefroangioesclerosis.

b) Cardíaca: 43p (86%) tenían hipertrofia ventricular izquierda, con disfunción diastólica en 24p.

c) Retina: Retinopatía G III en 26p y grado IV en 24p.

Tratamiento inicial: 1 fármaco (2/50 = 4%), 2 fármacos (9/50=18%), 3 fármacos (16/50=32%), 4 fármacos (19/50=38%), 5 fármacos (4/50=8%) y 6 fármacos en 1p. En 33p se realizó estudio angiográfico, detectándose patología vascular renal y practicándose angioplastia en 9p.

Evolución: Post-control de la PA se redujo el número de fármacos en 17p y 2 pacientes fallecieron en el primer año. Tras un seguimiento medio de 50 meses, 35/50p (70%) presentan insuficiencia renal, 20 de los cuales precisaron tratamiento substitutivo renal (34%).

Conclusiones: 1) La HTA maligna sigue siendo una entidad prevalente. 2) La protocolización en el estudio de la PA y la práctica de fundoscopia explica la mayor detección de nuevos casos. 3) La introducción de diferentes tratamientos hipotensores explica la mayor supervivencia aunque sigue comportando un mal pronóstico renal.

PÓSTER Nº 232

RELACIÓN ENTRE NIVELES DE CADMIO EN SANGRE Y FILTRADO GLOMERULAR EN UNA POBLACIÓN DE TRABAJADORES HOSPITALARIOS

N. MARTELL CLAROS (1), J.A. GARCÍA-DONAIRE (1), M. ABAD-CARDIEL (1), M.A. DÍAZ-DÍAZ (2), M. FUENTES-FERRER (3), E. TRASOBARES (2), M. GONZÁLEZ-ESTECHA (3)

(1) UNIDAD DE HTA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDSSC). MADRID, (2) LABORATORIO ANÁLISIS CLÍNICOS, UNIDAD DE ELEMENTOS TRAZA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDSSC). MADRID, (3) SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDSSC). MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ELEMENTOS TRAZA TÓXICOS, ELEMENTOS TRAZA ESENCIALES, FILTRADO GLOMERULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Niveles cada vez más bajos de cadmio en sangre (0,43 µg/l) se siguen asociando con nefrotoxicidad y enfermedad cardiovascular en la población general. La fuente principal de exposición al cadmio es el humo del tabaco. El propósito del estudio es evaluar la asociación entre la concentración en sangre de cadmio con la estimación del filtrado glomerular (FG) e HTA en una población de trabajadores del hospital Clínico San Carlos de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se reclutaron 395 trabajadores. El cadmio en sangre se midió por espectrometría de absorción atómica con atomización electrotérmica con sistema de corrección de fondo por efecto Zeeman en un espectrómetro AAnalyst 800 de Perkin Elmer. El filtrado glomerular se estimó mediante fórmula CKD-EPI.

RESULTADOS

La edad media de la muestra fue de 47,3 (10,9) años, 64 (16%) varones y 331 (84%) mujeres. Eran hipertensos el 6,7%, fumadores el 20,6%, diabéticos 3,2%, y presentaban glucemia basal < 100 mg/dl el 89,6%. El FG medio fue 78,9 (11,8) ml/min/1,73 m². La mediana de cadmio en sangre fue: 0,29 (RIC: 0,1-0,5) µg/l. Los pacientes con FG > o igual a 75 ml/min presentaban niveles superiores de cadmio en sangre (0,33; RIC 0,2-0,52 µg/l) a los que presentaban FG > 75 ml/min (0,24, RIC: 0,15-0,45 µg/l) con diferencia estadísticamente significativa (p=0,02).

Cuando se ajustó por factores confundentes como edad, tabaco, sexo, ferritina, LDL colesterol, HTA y ácido úrico los que presentaron niveles de cadmio ≥ 0,30 µg/l tienen una probabilidad 1,7 veces mayor de presentar menor FG que los que tienen niveles de cadmio en sangre < 0,30 µg/l (OR 1,7, IC 1,02-2,82) con significación estadística, p=0,038. Cuando introducimos en el modelo matemático los demás elementos traza tóxicos (mercurio y plomo), se pierde la significación estadística (OR 1,55, IC: 0,93-2,61, p=0,09) por el gran peso que tiene el mercurio sobre el FG (p=0,03).

CONCLUSIÓN

No observamos influencia de los niveles de cadmio en sangre sobre el filtrado glomerular en la población estudiada.

Se necesitan más estudios en poblaciones con mayor exposición al cadmio para poder verificar el papel del mismo sobre la función renal.

PÓSTER Nº 233

MARCADORES PLASMÁTICOS DE FIBROSIS EN EL REMODELADO HIPERTENSIVO. IMPORTANCIA DE LA LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

A. RODRÍGUEZ-ARGÜESO (1), D. SIRERA (1), H. DE ANDRADE (1), E. TARAZÓN (2), M. PORTOLÉS (2),
M. RIVERA (2), P. MORILLAS (1), V. BERTOMEU-GONZÁLEZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN. ALICANTE, (2) HOSPITAL LA FE. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, FIBROSIS, LESIÓN ÓRGANO DIANA

RESUMEN:

Abstract.-

La creciente evidencia experimental indica que las alteraciones en la matriz extracelular (colágeno) están implicadas en la hipertensión y en sus complicaciones crónicas. El objetivo de este trabajo es analizar si el metabolismo del colágeno podría ser usado como marcador de remodelado hipertensivo y correlacionarse con la severidad y extensión de la lesión de órgano-diana en pacientes con hipertensión arterial.

Métodos.-

Hemos estudiado 159 pacientes consecutivos con hipertensión arterial esencial tratados. Se realizó una búsqueda exhaustiva de lesión a nivel cardíaco, renal y vascular (carótida y miembros inferiores) y se determinaron los niveles plasmáticos de procolágeno tipo I (PICP), metaloproteinasa de la matriz -1 (MMP-1) y su inhibidor (TIMP-1). Los pacientes se clasificaron en cuatro grupos: 1) Sin lesión en órgano diana (33 pacientes), 2) Con lesión en un órgano diana (52 pacientes), 3) Con dos órganos diana dañados (44 pacientes), 4) Con tres órganos diana afectados (30 pacientes).

Resultados.-

Los niveles plasmáticos de MMP-1 y TIMP-1 fueron más elevados en los pacientes con lesión de órgano diana en comparación con aquellos pacientes que no presentaban lesiones, con un incremento en sus niveles a medida que aumentaba el número de órganos diana afectados, de tal manera que las mayores concentraciones se encontraron en los pacientes con afectación de 3 órganos (cardíaco, renal y vascular). No hubo diferencias en los niveles de PICP. Los niveles de TIMP-1 se correlacionaron con todas las lesiones de órgano-diana. El análisis de regresión logística mostró que la edad, tabaquismo, diabetes mellitus, perímetro abdominal, MMP-1 y TIMP-1 se relacionaban de forma independiente con el número de órganos diana afectados.

Conclusiones.-

Las concentraciones circulantes de MMP-1 y TIMP-1 se asociaron con una enfermedad hipertensiva más generalizada, con mayor número de órganos diana afectados. Los niveles plasmáticos de TIMP-1 podrían ser un biomarcador de remodelado hipertensivo global en pacientes hipertensos.

PÓSTER Nº 234

ASOCIACIÓN ENTRE EL DAÑO DE ÓRGANO DIANA Y EL DIÁMETRO DE LA AORTA ABDOMINAL EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL

A. TORRES (1), E. BELLO (1), B. MORA (1), M. BARRIENTOS (1), N. MASTKIV (1), N. ALDEZÁBAL (1), L. ACEVEDO (1), E. DONIS (1), L.A. ÁLVAREZ-SALA (1), F.J. RODRÍGUEZ (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HGU GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: DAÑO DE ORGANO DIANA, DIAMETRO AORTA ABDOMINAL, HIPERTENSIÓN ESENCIAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: El aneurisma de aorta abdominal (AAA) se asocia con un mayor riesgo cardiovascular. Los pacientes con diámetros de aorta abdominal (DA) entre 25 y 29mm presentan una mayor mortalidad de origen cardiovascular aunque tras ajuste por tabaquismo e hipertensión esta asociación desaparece. Los pacientes hipertensos con daño de órgano diana (DOD) presentan mayor riesgo cardiovascular. El objetivo del estudio es conocer la asociación entre el daño de órgano diana en una cohorte de hipertensos esenciales y el diámetro de aorta abdominal.

Métodos: Se incluyeron 58 pacientes, 24 hombres y 34 mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años con hipertensión esencial que acudían a su primera visita en una Unidad de HTA. Se excluyeron aquellos pacientes con HTA refractaria. Se determinaron características demográficas, variables antropométricas, medición de PA en reposo en consulta, glucemia basal, Hb glicosilada, perfil lipídico, EUA, FGe. Se realizó medición de la masa del ventrículo izquierdo (MVI) por método ASE, grosor intima media (GIM), estimación de PA central y velocidad de onda de pulso (VOP) mediante ecografía. Los pacientes se dividieron en 3 categorías según el diámetro de aorta abdominal: inferior a 2.5cm, ente 2.5 y 3.0 cm, superior o igual a 3cm. Se empleó el paquete estadístico SPSS 19.0. Para las comparaciones se empleó el test de Kruskal –Wallis o la exacta de Fisher para variables no paramétricas. Se analizaron correlaciones mediante rho de Spearman.

Resultados: Durante el screening un 6.8% de los pacientes presentaban AAA y un 6.8% diámetros aórticos entre 2.5 y 3.0 cm. El 100% de los pacientes con DA entre 2.5 y 3.0cm y el 75% con AAA eran varones. El consumo de tabaco se asoció con un mayor diámetro de aorta ($p=0,023$). Los pacientes con DA entre 2.5 y 3.0cm presentan cifras de PAS y PASc más elevadas que aquellos con AAA y con diámetros inferiores a 2.5cm. ($p = 0,026$) No se ha encontrado una asociación entre el perímetro abdominal, EUA, FGe, GIM y el diámetro de aorta. Aquellos pacientes con DA entre 2.5 y 3.0cm presentan mayor VOP en comparación con aquellos con AAA (10.06 ± 0.53 vs $7,13 \pm 1.58$ m/s; $p=0,041$). Los pacientes con AAA presentan una tendencia a una menor VOP que pacientes con diámetros inferiores a 2.5cm ($7,13 \pm 1.58$ vs $9,10 \pm 1.89$ m/s; $p=0,08$) . Pacientes con DA entre 2.5 y 3.0cm presentan mayor MVI frente a pacientes con AAA o con DA inferiores a 2.5cm ($245,64 \pm 116$ gr vs $146 \pm 0,0$ gr y $140,39 \pm 35,5$ gr respectivamente $p=0,013$). Existe una correlación positiva entre la VOP y la PAS tanto braquial como central ($p<0,01$).

Conclusiones: El consumo de tabaco y el genero masculino se relaciona con un diámetro de aorta superior a 2.5cm y con la aparición de AAA como se conocía previamente. Los pacientes con DA entre 2.5 y 3cm se asocian con cifras más elevadas de PAS así como mayor VOP y mayor MVI que aquellos con AAA o con diámetros de aorta inferiores a 2.5. El aumento de VOP se puede justificar por cifras más elevadas de PAS. Se plantea por tanto que aquellos pacientes hipertensos varones mayores de 50 años con peor control de PA y con daño de órgano diana (HTVI) presenten diámetros de aorta abdominal superiores a 2.5cm siendo estos pacientes candidatos a screening de aorta abdominal y a un control más estricto de los factores de riesgo CV, aunque seria necesario el desarrollo de estudios prospectivos con un mayor tamaño muestral para un correcto estudio de su asociación.

PÓSTER Nº 235

EL HIPERALDOSTERONISMO 1º PRESENTA UNA MAYOR RIGIDEZ ARTERIAL FRENTE A LA HTA ESENCIAL PESE AL TRATAMIENTO DE LARGA EVOLUCIÓN CON ANTIALDOSTERONICOS

A. TORRES (1), E. BELLO (1), N. ALDEZÁBAL (1), L. ACEVEDO (1), B. MORA (1), M. BARRIENTOS (1),
A. DEL CASTILLO (1), L.A. ÁLVAREZ-SALA (1), E. LÓPEZ-VIDRIERO (1), F.J. RODRÍGUEZ (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. HGU GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO, VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO, GROSOR
INTIMA MEDIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: El hiperaldosteronismo origina un daño arterial tanto a nivel morfológico (aumento del grosor íntima media (GIM)) como funcional (aumento de la velocidad de onda de pulso (VOP)) en comparación con pacientes con hipertensión esencial. Algunos estudios han demostrado que en pacientes con adenomas suprarrenales su exéresis mejora tanto el control de PA como los parámetros de medición del daño arterial. El objetivo de nuestro estudio es determinar si pacientes con hiperaldosteronismo 1º (HA) debido a hiperplasia suprarrenal o con adenomas bilaterales tras tratamiento con antialdosterónicos presentan diferencias en daño arterial en comparación con hipertensos esenciales.

Métodos usados: Se desarrolló un estudio observacional en una unidad de HTA donde se reclutaron 11 pacientes con HA en tratamiento con antialdosterónicos desde el diagnóstico y se cruzaron con 11 pacientes con hipertensión esencial (controles) con similar tiempo de evolución de HTA y riesgo cardiovascular (ESH). Se excluyeron pacientes con HA 2º a adenomas unilaterales resecaados, con mal control de la PA y con HTA resistente. Se determinaron variables epidemiológicas, tratamientos, perfil lipídico, AclCr estimado, EUA, PCRus, Hbg. Se realizó la medición del GIM, determinación de la presencia de placas carotídeas y estimación de la VOP mediante ecografía en modo B. Las comparaciones se realizaron mediante test no parametricos (U Mann-Whitney).

Resultados: El tiempo de evolución medio de la HTA era de $13,7 \pm 7,1$ años. Los pacientes con HA presentaban mayor VOP que los controles ($10,07 \pm 8,25$ vs $8,25 \pm 1,45$ m/s $p = 0,028$). No se encontraron diferencias significativas en consumo de tabaco, IMC, tratamiento con estatinas ni otros hipolipemiantes. No presentaban diferencias en perfil lipídico ni en EUA, Hbg o PCRus. No se encontraron diferencias significativas en el GIM ni en la aparición de placas carotídeas.

Conclusiones: Los pacientes con HA presentan cifras de GIM y presencia de placas carotídeas similares a los hipertensos esenciales tras tratamiento con antialdosteronicos, no obstante persiste una mayor VOP, lo cual puede indicar que la inhibición del receptor de la aldosterona mejora la morfología arterial pero no es capaz de revertir completamente el daño sobre la funcionalidad de la misma, presentando mayor rigidez arterial.

PÓSTER Nº 236

DISTRIBUCION DEL GROSOR INTIMA MEDIA CAROTÍDEO EN FUNCIÓN DE LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO VASCULAR

A. HERMIDA AMEIJERAS (1), J.E. LOPEZ PAZ (1), M.L. ROMERO MIGUEZ (1), A.M. PASCUAL MONTES (1),
V. MARTINEZ DURAN (1), G. CALVO GONZALEZ (1), I. RODRIGUEZ LOPEZ (1), F.L. LADO LADO (1),
C. CALVO GOMEZ (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION Y RIESGO VASCULAR. SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: GROSOR INTIMA MEDIA, REGICOR, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Objetivos:

El grosor íntima-media carotídeo (GIMc) posee valor pronóstico independiente de riesgo cardiovascular y ha sido propuesto como complemento a las escalas de cálculo del riesgo. El objetivo del presente estudio es describir la asociación entre el GIMc y el grado de riesgo cardiovascular estimado según la función Framingham-REGICOR.

Método:

Estudio observacional, transversal de una cohorte de 251 pacientes hipertensos a los que se les realizó de forma sistemática una evaluación clínico-epidemiológica, analítica y ultrasonográfica para la obtención de variables de riesgo cardiovascular y estimación del grosor íntima-media carotídeo. Para todos ellos se realizó una estimación del riesgo cardiovascular según las tablas Framingham-REGICOR.

Resultados:

Existen diferencias significativas en la media de GIMc entre los pacientes con riesgo cardiovascular estimado bajo y los de riesgo moderado o elevado, pero no existen diferencias significativas entre los de riesgo moderado y elevado (GIMc: 0,73; 0,85; 0,87 mms, respectivamente; $p < 0,05$).

El GIMc se correlaciona positivamente con el valor de riesgo cardiovascular estimado mediante la función de cálculo utilizada ($r: 0,362$; $p < 0,005$).

Conclusiones:

El GIMc se correlaciona positivamente con el grado de riesgo cardiovascular estimado mediante la funciones de cálculo Framingham-REGICOR. En la población objeto de estudio, aquellos pacientes con riesgo estimado moderado presentan un GIMc similar a aquellos con riesgo elevado. Se destaca la utilidad del estudio ultrasonográfico carotídeo para la detección precoz de lesión silente en pacientes con riesgo cardiovascular moderado, como complemento a las escalas de cálculo de riesgo.

PÓSTER Nº 237

HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES HIPERTENSOS

L. ACEVEDO AYALA (1), M. BARRIENTOS GUERRERO (1), N. ALDEZÁBAL POLO (1),
B. MORA HERNÁNDEZ (1), E. BELLO MARTÍNEZ (1), A. TORRES DO REGO (1), E. DONIS SEVILLANO (1),
L. ÁLVAREZ-SALA WALTHER (1), F.J. RODRÍGUEZ (1)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HVI, HIPERTENSIÓN, RCV

RESUMEN:

PROPOSITOS

Estudios previos han mostrado una relación entre la hipertrofia ventricular izquierda (HVI), la geometría del ventrículo izquierdo y el riesgo cardiovascular (RCV). Se sabe que la presencia de HVI es un FRCV independiente. Los pacientes con hipertrofia concéntrica y remodelado tienen un índice mayor de eventos cardiovasculares en comparación con los pacientes con hipertrofia excéntrica.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la prevalencia y el tipo de HVI en una muestra de pacientes hipertensos y su relación con otros factores de RCV.

MÉTODOS

Se analizaron datos ecocardiográficos de 85 pacientes vistos en una Unidad de Hipertensión arterial. Los pacientes hipertensos fueron clasificados en 3 grupos según los hallazgos ecocardiográficos: geometría normal, hipertrofia excéntrica ó hipertrofia concéntrica, teniendo en cuenta el índice de masa del ventrículo izquierdo y el grosor relativo de la pared. La HVI fue medida mediante el método ASE y corregida por Devereux.

Estudiamos la correlación entre PCR ultrasensible, disfunción diastólica, patrón no dipper, excreción urinaria de albúmina (EUA), retinopatía hipertensiva e historia previa de eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica) y los diferentes patrones de HVI.

Todos los análisis estadísticos fueron realizados utilizando la versión 18.0 de SPSS.

RESULTADOS

Entre los pacientes hipertensos, el índice de masa ventricular y el grosor relativo de la pared fue normal en el 34'2%, mientras que el 14'3% tenía aumentado el grosor relativo de la pared con masa ventricular normal (remodelado concéntrico), el 17'1% tenía aumentada la masa ventricular con grosor relativo de la pared normal (hipertrofia excéntrica) y el 34'3% tenía una hipertrofia concéntrica.

No encontramos asociación estadística entre los diferentes patrones de HVI y otros factores de riesgo cardiovascular ni eventos cardiovasculares.

CONCLUSIONES

1. El tipo de hipertrofia más prevalente es la concéntrica.
2. No se obtuvo correlación entre los diferentes patrones de HVI y otros FRCV

PÓSTER Nº 238

PREVALENCIA DE LESIONES DE ÓRGANO DIANA EN PACIENTES HIPERTENSOS SIN TRATAMIENTO PREVIO

E. RODILLA SALA (13), M. GARCÍA ZURITA (1), J.A. COSTA MUÑOZ (1), L. PÉREZ LLUNA (1),
J.M. PASCUAL IZUEL (12)

(1) HOSPITAL DE SAGUNTO, MEDICINA INTERNA, UNIDAD DE HTA Y RIESGO VASCULAR. SAGUNTO, (2)
FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALENCIA. VALENCIA, (3) FACULTAD DE MEDICINA,
UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA. CASTELLÓN

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA, MICROALBUMINURIA, ARTERIOESCLEROSIS

RESUMEN:

Propósito del estudio: Las Guías de la Sociedad Europea de Hipertensión recomiendan el manejo del riesgo cardiovascular global de acuerdo con la suma de los factores de riesgo y la presencia de lesiones de órgano diana (LOD) subclínicas. Sin embargo, existen pocos datos acerca de la aportación individual de cada LOD al riesgo global de los pacientes, de ahí que nos hayamos propuesto determinar la prevalencia y el solapamiento de las diferentes LOD en pacientes hipertensos no tratados previamente.

Métodos: Estudio transversal en 113 pacientes hipertensos consecutivos sin tratamiento previo en los que se determinó la masa ventricular y prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda por ecocardiografía, ajustando por superficie corporal (HVI_{SUP}) y por talla^{2,7}, (HVI_{TAL}), la excreción urinaria de albúmina, el filtrado glomerular calculando la MDRD, la rigidez arterial mediante la determinación de la onda de pulso por tonometría de aplanamiento (SPHYGMOCOR[®]), oscilometría (MOBIL-O-GRAPH[®]) y ecografía de radiofrecuencia (ESAOTE[®]) y el grosor íntima-media (GIM) y la presencia de placas ateroscleróticas mediante ecografía (ESAOTE[®]). Se realizó una monitorización ambulatoria de presión arterial, además de la exploración clínica y la analítica habitual.

Resultados: 53 varones (46,9 %) y 60 mujeres con una media de edad de 47,5 años (DE $\pm 12,5$). La presión arterial sistólica clínica fue de 141 mmHg (DE ± 13) y la diastólica 84 (DE ± 11), la ambulatoria sistólica 129 (DE ± 13), la diastólica 84 (DE ± 6), respectivamente. La prevalencia del daño cardíaco fue del 28,3 % para la HVI_{SUP} y de 49,6 % para la HVI_{TAL} , el daño renal fue mucho menos frecuente con sólo un 5,6 % de prevalencia de microalbuminuria y un 2,7 % para un MDRD patológico. La prevalencia de placas carotídeas fue de un 35 %, mientras que una rigidez arterial > 10 m/seg se encontró en un 11,0 % de los pacientes. Sólo un 27,2 % de los pacientes no presentaba LOD, en el 43,5 % se pudo determinar al menos una LOD, el 23,9 % tenía 2 LOD y un 5,4 % presentaba al menos 3 LOD.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que en pacientes hipertensos recién diagnosticados sin tratamiento previo, el daño cardíaco en forma de HVI fue la LOD más prevalente, seguida a corta distancia del daño vascular como placas ateroscleróticas carotídeas y una rigidez arterial patológica. En último lugar hallamos el daño renal. Sólo un 27,2 % estaba libre de LOD.

PÓSTER Nº 239

MICROALBUMINOXY-SCORE COMO ESTIMACIÓN DEL GRADO DE ESTRÉS OXIDATIVO GLOBAL EN PACIENTES HIPERTENSOS QUE DESARROLLAN MICROALBUMINURIA

G. RUIZ HURTADO (1), L. CONDEZO HOYOS (2), I. ARANGUEZ (3), M. GONZÁLEZ (2), S. ARRIBAS (2),
C. CEREZO OLMOS (1), J. SEGURA DE LA MORENA (1), M. FERNÁNDEZ ALFONSO (4),
L.M. RUILOPE URIOSTE (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN I+12. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID, (2) DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA, FACULTAD DE MEDICINA, UAM. MADRID, (3) DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA, FACULTAD DE FARMACIA, UCM. MADRID, (4) INSTITUTO PLURIDISCIPLINAR Y FACULTAD DE FARMACIA, UCM. MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: MICROALBUMINURIA, ESTRÉS OXIDATIVO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo: La microalbuminuria se considera un marcador temprano de daño en el eje cardiovascular con un fuerte valor predictivo en la aparición de futuras complicaciones cardiovasculares y renales en los pacientes hipertensos, diabéticos y en la población general. Recientemente se ha propuesto que el mecanismo común asociado a este daño podría ser una disfunción endotelial generalizada. La hipótesis de este trabajo es que la alteración en el estatus oxidativo podría explicar esta disfunción endotelial generalizada en condiciones de microalbuminuria. Los objetivos fueron: i) analizar de forma global el grado de estrés oxidativo sistémico de pacientes hipertensos tratados adecuadamente de forma crónica con terapia anti-hipertensiva, y que sin embargo presentan microalbuminuria y ii) elaborar un índice de estimación del grado de estrés oxidativo global en estos pacientes,

Metodología: En muestras plasmáticas de pacientes hipertensos microalbuminúricos y normoalbuminúricos se analizaron diferentes marcadores de estrés oxidativo, como el contenido total de carbonilos y de malonin-dialdehído (MDA). También se determinaron diferentes marcadores de la defensa antioxidante enzimática (actividad de superóxido dismutasa y de catalasa), así como de la defensa antioxidante no enzimática (contenido de glutatión y de grupos tioles). Además, se analizó la capacidad antioxidante total denominada TAC (*total antioxidant capacity*) y se correlacionó con un parámetro funcional como es la tasa de filtración glomerular medido a través del índice Cockcroft.

Resultados: Los pacientes microalbuminúricos presentaron un mayor daño oxidativo reflejado por el incremento significativo del contenido en carbonilos y en MDA. Por otra parte, la capacidad antioxidante, tanto enzimática como no enzimática, se vio incrementada de forma significativa en condiciones de microalbuminuria. De los resultados obtenidos con el análisis de los diferentes parámetros, tanto oxidativos como antioxidantes, se elaboró un índice global de estrés oxidativo que se denominó *MicroalbuminOxy-SCORE*. Este índice fue de -0.30 en los pacientes normoalbuminúricos frente al 4.09 obtenido en los pacientes microalbuminúricos ($p < 0.05$). Además, en los pacientes con microalbuminuria, el filtrado glomerular estimado correlacionó significativamente con TAC, de forma tal que los pacientes microalbuminúricos con una función renal empeorada mostraban a su vez una disminución significativa en TAC ($p < 0.05$).

Conclusiones: Estos resultados establecen una relación directa entre el deterioro de la función renal y la disminución de la defensa antioxidante endógena en los pacientes hipertensos tratados crónicamente con terapia anti-hipertensiva que desarrollan microalbuminuria.

PÓSTER Nº 240

PERFIL CIRCADIANO DE PRESIÓN ARTERIAL Y LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

J.E. LOPEZ PAZ (1), A. HERMIDA AMEIJERAS (1), M. PENA SEIJO (1), M.L. ROMERO MIGUEZ (1),
V. MARTINEZ DURAN (1), A.M. PASCUAL MONTES (1), G. CALVO GONZALEZ (1), A. POSE REINO (1),
C. CALVO GOMEZ (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION Y RIESGO VASCULAR. SANTIAGO DE COMPOSTELA

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: LESION ORGANO DIANA, PERFIL CIRCADIANO DE PRESION ARTERIAL,
MONITORIZACION AMBULATORIA DE PRESION ARTERIAL

RESUMEN:

Objetivo

El objetivo de este estudio fue determinar si el perfil circadiano de PA evaluado mediante MAPA de 48 horas se correlaciona con diversos parámetros de lesión de órgano diana (LOD) en pacientes con hipertensión arterial esencial.

Métodos

Para este estudio se incluyeron 409 pacientes con hipertensión arterial esencial (45,0% mujeres). A todos se les realizó un exámen analítico de sangre y orina para determinar la tasa de filtrado glomerular (estimada mediante la fórmula MDRD), la tasa de excreción urinaria de albumina y la microalbuminuria (MAL). También se realizó un estudio ecográfico (eco doppler) para la medición del espesor íntima-media carotídeo (EIM), una evaluación del índice tobillo-brazo (ITB) mediante método automático oscilométrico y una valoración de la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP) mediante tonometría por aplanamiento. La PA se monitorizó durante 48 horas con un dispositivo Spacelabs 90207, ajustando los períodos de actividad diurna y descanso nocturno para cada paciente.

Resultados

Un 44,30% de los pacientes presentaban un descenso nocturno de PA inferior al 10% (*perfil no dipper*), con diferencia en edad con respecto al resto de la muestra (58,13 años vs 49,75), un mayor perímetro de cintura (101,73 cm vs 98,05 cm). No hubo diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, índice de masa corporal o hábito tabáquico.

Se objetivaron diferencias en varios marcadores de LOS como por ejemplo, en el EIM (0,82 mm en pacientes no dipper vs 0,76 mm; $p=0,008$) o en el ITB (1,07 vs 1,13 respectivamente; $p=0,002$). La VOP carotídeo-femoral fué mayor en pacientes con descenso inadecuado de PA de forma estadísticamente significativa (10,19 m/s vs 9,03 m/s; $p=0,001$). Del mismo modo también encontramos diferencias en la tasa de filtrado glomerular (74,25 ml/min en pacientes no dipper vs 84,29 ml/min; $p=0,000$). Sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la tasa de excreción urinaria de albumina o MAL.

Conclusiones

El perfil circadiano de PA puede ayudarnos a identificar pacientes hipertensos con un daño vascular más avanzado. Esta asociación podría subyacer bajo un peor pronóstico cardiovascular (mayor

morbimortalidad) en pacientes con perfil *no dipper*. Son necesarios más estudios capaces de demostrar que revertir el perfil circadiano alterado conlleva un descenso del daño vascular en estos pacientes.

PÓSTER Nº 241

CELULAS PROGENITORAS ENDOTELIALESPE COMO INDICADOR DE EFICACIA TERAPEUTICA Y SU RELACIÓN CON LA FUNCION RENAL

C. MAROUN EID (1), M. ABAD CARDIEL (1), D. GOMEZ GARRE (2), A. ORTEGA HERNANDEZ (2),
J.A. GARCIA DONAIRE (1), A. BARBERO (1), A. FERNANDEZ CRUZ (1), N. MARTELL CLAROS (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID,
(2) LABORATORIO DE BIOLOGIA VASCULAR. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: CELULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES, FUNCION RENAL, RIÑÓN

RESUMEN:

INTRODUCCION

El número de Células Progenitoras Endoteliales (CPE) se correlaciona en algunos estudios de forma inversa con la función endotelial. El riñón es un excelente indicador de la integridad del sistema vascular, por esta razón se plantea diseñar esta investigación para observar en pacientes con alto riesgo cardiovascular el comportamiento de las CPE y su relación con la función renal.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar el comportamiento de las CPE y su relación en pacientes con alto riesgo cardiovascular al optimizar el control de sus factores de riesgo tras un año de seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio traslacional prospectivo con una cohorte de 108 pacientes de alto-muy alto riesgo cardiovascular, seguidos durante un año con intensificación de tratamiento de sus factores de riesgo. Se realizaron determinaciones de parámetros analíticos habituales en práctica clínica, incluyendo los de función renal. Las CPE se determinaron por Citometría de flujo y se estudiaron las siguientes subpoblaciones: CD34+/KDR+CD3⁻ (tempranas), CD34+/CD144+CD3⁻ (tardías) y CD34+/CD105+CD3⁻.

RESULTADOS

La edad media de la población es 61años ± 12, 47,2% eran varones. Los antecedentes personales de la población más destacables son: dislipemia: 67,6%, diabetes mellitus: 31,5%, enfermedad cardíaca: 17,6%, hábito tabáquico: 14,8%, retinopatía avanzada: 8,3%,

Al finalizar el seguimiento se evidencia mejoría desde punto de vista de función renal, CR: 0,98mg/dL ± 0,19 vs 0,92mg/dL ± 0,17 (p= <0,001), CCR 106,3ml/min ± 33,4 vs 119,7ml/min ± 46,1 (p= 0,001) y cistatina C 0,78mg/l ± 0,15 vs 0,80mg/l ± 0,15 (p= 0,035)

En relación a las CPE, no se aprecia modificación en el contaje final de CPE tempranas, CD34+/KDR+CD3⁻ 0,010 (IC 0,010-0,030) vs 0,020 (IC 0,010-0,030) pero las tardías CD34+/CD144+CD3⁻ experimentan un claro ascenso, 0,040 (IC 0,020-0,080) vs 0,090 (IC 0,050-0,140) (p= <0,01). Encontramos una tendencia entre el aumento del aclaramiento de creatinina y el aumento de las CD105+ (p= 0,007), y una correlación significativa (p<0.001) entre la reducción de la creatinina sérica y el aumento de las CD105+.

CONCLUSIÓN

Al optimizar el tratamiento de los factores de riesgo, observamos aumento en el número de CPE tardías, las cuales trabajan en el mantenimiento de la función endotelial, sin alteración de las tempranas (estas actúan en situaciones de agudas). Además, se produce aumento del filtrado glomerular y reducción de la creatinina sérica en relación al aumento de las CD105+.

PÓSTER Nº 242

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE FACTORES DE RIESGO Y COMPORTAMIENTO DE LAS CELULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES

N. MARTELL CLAROS (1), C. MAROUN EID (1), M. ABAD CARDIEL (1), D. GOMEZ GARRE (2),
A. ORTEGA HERNANDEZ (2), J.A. GARCIA DONAIRE (1), A. BARBERO (1), A. FERNANDEZ CRUZ (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSION. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID,
(2) LABORATORIO DE BIOLOGIA VASCULAR. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: CELULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES, OPTIMIZACION, TRATAMIENTO

RESUMEN:

INTRODUCCION

Los factores de riesgo cardiovasculares se han relacionado con la depleción y alteración funcional de las células progenitoras endoteliales (CPE). Las CPE se originan en la médula ósea y migran en respuesta a estímulos isquémicos, En su proceso de diferenciación, dichas células poseen marcadores tempranos CD34 y KDR, y adquieren posteriormente marcadores de compromiso endotelial (como CD144, también conocido como VE-cadherin). Las modificaciones que estas células pueden sufrir en períodos prolongados de tiempo en pacientes con tratamiento para sus factores de riesgo, no ha sido estudiado en profundidad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Se diseñó este estudio para observar la variación en el número de CPE en pacientes con alto–muy alto riesgo cardiovascular al optimizar el control de sus factores de riesgo tras un seguimiento durante 12 meses.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio traslacional prospectivo con una cohorte de 108 pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a la Unidad de Hipertensión del HCSC, seguidos durante un año con intensificación de tratamiento de todos sus factores de riesgo. Se realizaron determinaciones en la visita inicial, y se repitieron al cabo de 12 meses en una visita final. Las determinaciones fueron: Presión Arterial (PA) braquial, índice de masa corporal (IMC); glucemia, proteína C reactiva ultrasensible (PCRu) y perfil lipídico; y determinación del número basal y final de CPE mediante citometría de flujo, y estudio de subpoblaciones: CD34+/KDR+ (tempranas), CD34+/CD144+ (tardías).

RESULTADOS

La edad media de la población es 61 años \pm 12, el 52,8% eran mujeres. Dentro de los antecedentes personales de la población, los mas resaltantes son la dislipemia con 67,6%, diabetes mellitus 31,5%, enfermedad cardíaca 17,6%, hábito tabáquico: 14,8%.

Desde el punto de vista clínico observamos descenso significativo al cabo de un año en IMC ($30,03 \text{ kg/m}^2 \pm 4,7$ vs $29,6 \text{ kg/m}^2 \pm 4,9$, $p=0,018$), PAS braquial ($129,43 \text{ mmHg} \pm 18,18$ vs $124,13 \text{ mmHg} \pm 16,33$, $p=0,008$), PAD braquial ($75,40 \text{ mmHg} \pm 12$ vs $72,67 \text{ mmHg} \pm 10,19$, $p=0,047$). Dentro de las variables bioquímicas, se evidencia una bajada de glucemia basal ($111,34 \text{ mg/dL} \pm 23,7$ vs $104,93 \text{ mg/dL} \pm 26$, $p=0,002$), Colesterol total ($183,79 \text{ mg/dL} \pm 34,7$ vs $175,92 \text{ mg/dL} \pm 36,8$, $p=0,029$), colesterol HDL ($55,81 \text{ mg/dL} \pm 15,07$ vs $53,86 \text{ mg/dL} \pm 14,89$, $p=0,009$), colesterol LDL ($102,53 \text{ mg/dL} \pm 29,87$ vs $95,76 \text{ mg/dL} \pm 30,71$, $p=0,031$), colesterol no HDL ($129,03 \text{ mg/dL} \pm 30,92$ vs $121,47 \text{ mg/dL} \pm 33,79$, $p=0,028$). La PCRu descendió de forma significativa ($0,37$ (IC $0,24-0,65$) vs $0,32$ ($0,15-0,53$) $p=$

En relación a las CPE, se aprecia un claro ascenso de las tardías, CD34+/CD144+CD3- $0,040$ (IC $0,020-0,080$) vs $0,090$ (IC $0,050-0,140$) $p=0,001$; y no se aprecia modificación en el contaje final de CPE tempranas, CD34+/KDR+CD3- $0,010$ (IC $0,010-0,030$) vs $0,020$ (IC $0,010-0,030$).

CONCLUSIÓN

El control óptimo de los factores de riesgo cardiovasculares, produce un aumento en el número de las CPE tardías. No se produce aumento de otras progenitoras, como las tempranas, quizás porque la movilización de estas últimas se realice en situaciones agudas.

Mejorar los factores de riesgo cardiovascular farmacológicamente conlleva una modificación en el número de CPE al año de la intervención, que quizás se deba a una reducción en la situación de inflamación endotelial como demuestra el descenso de PCRu.

Se necesitan más estudios que amplíen los conocimientos en la evolución a largo plazo de las CPE para conocer el valor de su modificación.

PÓSTER Nº 243

PAUTAS DE EVALUACIÓN DE LA AFECTACIÓN DE ÓRGANO DIANA EN EL PACIENTE CON DM2 EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: RESULTADOS INTERMEDIOS

T. SELLER (1), V. GINER (2), R. TOMÁS (3), E. PAPALARDO (1), J. JOVER (1), E. GIL (3), F. DÍAZ (3),
C. ESTRADA (1), J.J. RODRÍGUEZ (1), V. BLANES (1)

(1) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA. ELDA (ALICANTE), (2) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VERGE DELS LLIRIS. ALCOY (ALICANTE), (3) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. ALCOY (ALICANTE)

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ÓRGANO DIANA, DIABETES MELLITUS TIPO 2, COMPLICACIÓN

RESUMEN:

Propósito del estudio

Conocer las pautas de evaluación de lesión de órgano diana (LOD) aplicadas en la práctica clínica diaria a la población con DM2 seguida en AP.

Métodos

Estudio observacional, transversal, multicéntrico, con reclutamiento consecutivo de pacientes mayores de 18 años con DM2 seguidos por su DM en AP de los Departamentos de Salud de Alcoy y Elda (Alicante). Se realizó valoración antropométrica y anamnesis presenciales con posterior revisión de Historia Clínica (HC).

Resultados

Se analizan 97 pacientes (edad: 70±10,1 años; varones: 44,3%) del total de 200 incluidos con DM2 de 10,3±7,4 años de evolución. El 11,3%, 6,2% y 6,2% presentó antecedentes de retinopatía, nefropatía y neuropatía diabéticas. El 77,3% realizó revisión oftalmológica en el año previo, siendo 4 la media desde el diagnóstico de la diabetes (rango 0-60; promedio 4,6±3,4 por año de DM2). El 22,7% realizó una revisión neurológica clínica c/s EMG en el último año, siendo 2,07 (rango 0-15) la media desde el diagnóstico de DM. En el 59,8% existe al menos una determinación de microalbuminuria (mAlb) en el año previo, con media de 3,01±3,96 (rango 1-19) pruebas. El método más usado fue la determinación en orina de 24h (11,3% de las determinaciones) seguida del cociente mAlb/Cr en muestra única (6,2%). El valor medio de mAlb en muestra única obtenida a la inclusión fue 26,9±55,8 mg/g Cr, con el 10,3% en rango de mAlb (86,32±66,68 mg/g Cr y el 1% en rango proteinúrico (322,6 mg/g Cr). En la HC, la prevalencia de síndrome metabólico (SM) era del 29,9%, siendo 76,3% tras valoración actualizada. El 17,5% presentó algún tipo de LOD microangiopática; un 12,4%, 4,1% y 1% con afectación de 1, 2 ó 3 territorios. En pacientes con LOD se observó menor uso de insulina (6,2% vs. 10,3%; p=0,021) y diferencias en uso de metformina (6,2% vs 52,6%; p=0,030) pero no en el resto de variables analizadas (edad, género, años de evolución DM, IMC, nº hipoglucemiantes, nº fármacos total, tratamiento con ADOs, SM, o valores de PA, LDL y HbA1c). La prevalencia de nefropatía diabética/mAlb aparecía como antecedente en el 6,2% de casos, pasando a ser del 10,3% al considerar la EUA a la inclusión. Sólo en el

4,1% de casos existía referencia a valores de ITB en la HC. En el mismo porcentaje se cifraba el antecedente registrado de vasculopatía periférica y disfunción eréctil, pasando al 6,2% y 19,6% al preguntar al paciente.

Conclusiones

Alrededor del 10% de los pacientes del estudio presentó antecedentes patológicos relacionados con las complicaciones microvasculares de la diabetes. Sin embargo existe un marcado infradiagnóstico especialmente referido a la patología macrovascular.

PÓSTER Nº 244

GRADO DE CONTROL DE LOS NIVELES DE COLESTEROL EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR CONOCIDA QUE ACUDIERON A URGENCIA POR UN NUEVO EVENTO VASCULAR AGUDO

L. MATAS PERICAS (1), J.A. ARROYO DÍAZ (1), P. PONTE (1), M.T. BENET GUSTA (1), M.J. SOLÉ (1),
A. ROCA-CUSACHS COLL (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: DISLIPEMIA, COLESTEROL LDL, EVENTO VASCULAR PREVIO,

RESUMEN:

La hipercolesterolemia es un factor de riesgo clásico implicado de una manera importante en la génesis de un accidente vascular agudo.

El objetivo del presente trabajo fue valorar el grado de control de los niveles de colesterol y colesterol LDL en paciente con enfermedad vascular conocida previa que acudieron urgencias por un episodio de evento vascular agudo entre enero del 2009 y diciembre del 2011.

Hemos analizados 3634 pacientes de los cuales 730 paciente presentaban enfermedad vascular previa y estaban en tratamiento con estatinas: 525 pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) (%) 153 con accidente vascular cerebral(AVC) y 52 pacientes con enfermedad vascular periférica (EVP) (%) Los niveles de colesterol- LDL, fueron los siguientes:

	SCA				AVC				EVP			
COL LDL	<100	>100	<70'	> 70	<100	> 100	< 70	> 70	<100	>100	< 70	>70
	250	272	85	440	75	78	28	125	41	11	27	25
	(48%)	(52%)	(16%)	(83%)	(49%)	(51%)	(18%)	(82%)	(79%)	(21%)	(52%)	(48%)

CONCLUSIONES:

Un 47,9% de los pacientes con SCA, un 49% con AVC y un 78% de los pacientes con EVP presentaron una LDL < 100mg/dL

Si tomábamos como punto de corte una LDL

PÓSTER Nº 245

CARACTERÍSTICAS DE LA DISLIPEMIA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIOS 3 Y 4. DATOS DEL ESTUDIO MERENA (MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS)

J.L. GORRIZ (1), A. GARCÍA-HERVAS (1), D.A. MOLINA-COMBONI (1), J.M. PORTOLES (2),
A. MARTINEZ-CASTELAO (3), J. NAVARRO-GONZALEZ (4), A. CASES (5), F. DE ALVARO (6), J. LUÑO (7)

(1) SERVICIO DE NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR PESET. VALENCIA, (2) SERVICIO DE
NEFROLOGIA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. MADRID, (3) SERVICIO DE NEFROLOGIA. HOSIPTAL
BELLVITGE. BARCELONA, (4) SERVICIO DE NEFROLOGIA. HOSPITAL NTR SRA DE LA CANDELARIA.
TENERIFE, (5) SERVICIO DE NEFROLOGIA. HOSPITAL CLINIC. BARCELONA, (6) SERVICIO DE NEFROLOGIA.
HOSPITAL INFANTA SOFIA. SAN SEBASTIAN DE LOS REYES (MADRID), (7) SERVICIO DE NEFROLOGIA.
HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: DISLIPEMIA, ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ESTATINAS

RESUMEN:

MERENA es un estudio prospectivo observacional, con 1129 pacientes con ERC estadios 3 y 4 con un seguimiento de 5 años. Se establecieron dos grupos de estudio: Grupo I: pacientes que en todas sus visitas han llevado Estatinas. Grupo II: pacientes que nunca recibieron estatinas durante el seguimiento. Se excluyeron 107 pacientes, que durante el seguimiento llevaron estatinas de forma intermitente. No se excluyeron pacientes que durante el seguimiento, en algún momento recibieron tratamiento con Fibratos (4%).

RESULTADOS: 451 pacientes (44,1%) nunca llevaron estatinas, y 571 (55,9%) llevaron siempre estatinas durante 5 años de seguimiento. El 34.8 % de la serie presentaban niveles de LDLc < 100 mg/dl y el 8.3% < 70 mg/dl. Los pacientes que llevaron estatinas, presentaron un mayor seguimiento previo en nefrología, mayor IMC, mayor porcentaje de DM, mayor proteinuria y mayor Filtrado Glomerular medido por MDRD, así como una mayor prevalencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y enfermedad vascular periférica (todas p < 0,05). No hubo diferencias significativas en edad, sexo, presión arterial, enfermedad cerebrovascular y hábito tabáquico. En relación a los datos del metabolismo lipídico, no hubo diferencias significativas en LDLc: 118 ± 34 vs 114 ± 39, HDLc: 50 ± 14 vs 50 ± 14, Colesterol total: 191 ± 38 vs 196 ± 44. Los pacientes que llevaron estatinas presentaron mayor nivel de triglicéridos (p=0,001) y mayor porcentaje de pacientes con LDLc < 100 (39,1 vs 30,8% ; p= 0,01).

Durante los 5 años de seguimiento se presentaron 109 acontecimientos cardiovasculares isquémicos (angor/IMA, revascularización coronaria, AIT/ictus, enfermedad vascular periférica).

En el análisis multivariante (regresión logística) ninguna de las variables del metabolismo lipídico se correlacionó con una mayor mortalidad. El análisis de Kaplan Meier tampoco mostro diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, la aparición de acontecimientos cardiovasculares isquémicos (ajustados a edad y sexo) se correlacionó con la edad (OR: 1.05, IC 95%:1.035-1.066), sexo (v/m) (OR: 0.437, IC

95%:0.309-0.620), LDLc (OR: 0.995, IC 95%: 0.990-0.999), HDL-c (OR: 0.978, IC95%: 0,967-0,999) y tratamiento con estatinas al inicio (OR: 1,971, IC 95%:1.432-2.713) (todas $p < 0.05$).

CONCLUSIONES: En el estudio MERENA, los pacientes que reciben estatinas son aquellos que presentan una mayor comorbilidad. Los niveles más bajos de LDLc y el tratamiento con estatinas han mostrado relación con la aparición de eventos isquémicos, probablemente no por sí mismos, sino por darse en pacientes con mayor comorbilidad. No hubo diferencia en la mortalidad en ambos grupos a pesar de la importante diferencia en la comorbilidad y quizá por no presentar diferencia en la cifra de LDLc

PÓSTER Nº 246

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PLOMO EN SANGRE Y LA ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN UNA POBLACIÓN DE TRABAJADORES HOSPITALARIOS

M. GONZÁLEZ ESTECHA (1), M. ABAD CARDIEL (2), J.A. GARCÍA DONAIRE (2), M. FUENTES FERRER (3), C. CASTILLO (1), E. TRASOBARES (1), A. FERNANDEZ-CRUZ (2), N. MARTELL CLAROS (2)

(1) LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. UNIDAD DE ELEMENTOS TRAZA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS (IDISSC). MADRID, (2) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS (IDISSC). MADRID, (3) SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS (IDISSC). MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: PLOMO, FILTRADO GLOMERULAR, ELEMENTOS TRAZA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: La concentración de plomo en sangre que se considera tóxica se ha ido reduciendo de forma progresiva con el tiempo. Los niveles de plomo en sangre se han asociado con nefrotoxicidad y enfermedad cardiovascular. El propósito del estudio es evaluar la asociación entre la concentración en sangre de plomo y la estimación del filtrado glomerular en una población de trabajadores del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se reclutaron 395 trabajadores (84 hombres y 331 mujeres). El plomo en sangre se midió por espectrometría de absorción atómica con atomización electrotérmica con sistema de corrección de fondo por efecto Zeeman en un espectrómetro Analyst 800 de Perkin Elmer. El filtrado glomerular se estimó mediante fórmula CKD-EPI.

RESULTADOS: La edad media de la muestra fue de 47.3 (10.9) años, 64 (16%) varones y 331 (84%) mujeres. Eran hipertensos el 6.7%, fumadores el 20.6%, diabéticos el 3.2% y presentaban glucemia basal ². La mediana de plomo en sangre fue: 1.7 µg/dL (RIC: 1-2.8). Los pacientes con FG ≤ 75 ml/min presentaban una mediana de plomo de 2.3 µg/dL (RIC 1.4-3.5) vs 1.3 (RIC 0.8-2.5), p < 0.001 de los que presentaban filtrados > 75 ml/min.

Analizando por cuartiles de plomo, observamos que a medida que aumenta la concentración de plomo en sangre, el porcentaje de sujetos con FG ≤ 75 ml/min/1,73m² se incrementa. En el primer cuartil existe un 18,8% de pacientes con FG ≤ 75 ml/min, en el segundo un 40.8%, en el tercero un 46.3% y en el cuarto, un 54.3%, p < 0.001. Ajustando el modelo con HTA, LDL-c, ácido úrico y edad, encontramos que los sujetos en el segundo, tercer y cuarto cuartil de plomo presentan una probabilidad de tener un FG ≤ 75 ml/min entre 2 y 2.3 veces superior (p=0.03) con respecto al primer cuartil.

Al introducir en el modelo el mercurio y el cadmio en sangre, se observa interacción significativa entre mercurio y FG, p= 0.043, manteniéndose la asociación con significación estadística sólo para el tercer cuartil de plomo (OR 2.1, IC 1.01-4.35, p=0.046).

CONCLUSIÓN: Aunque las concentraciones de plomo en sangre van descendiendo en los últimos años, aún podemos encontrar en los niveles actuales una asociación entre nivel de plomo en sangre y FG. Sigue siendo imprescindible el control ambiental de este contaminante.

PÓSTER Nº 247

ESTUDIO DE ELEMENTOS TRAZA TOXICOS (MERCURIO, PLOMO Y CADMIO) Y ESENCIALES (SELENIO, COBRE, ZINC Y HIERRO) Y SU RELACIÓN CON EL FILTRADO GLOMERULAR EN UNA POBLACIÓN INFANTIL

M. ABAD CARDIEL (1), N. MARTELL CLAROS (1), J.A. GARCÍA DONAIRE (1), A. BODAS (2), B. GAVIÑA (3), M. FUENTES FERRER (4), J.M. ORDÓÑEZ (5), M. GONZÁLEZ ESTECHA (3)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC). MADRID, (2) SERVICIO DE PEDIATRÍA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC). MADRID, (3) LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. UNIDAD DE ELEMENTOS TRAZA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC). MADRID, (4) SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC). MADRID, (5) CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DE LA COMUNIDAD DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: ELEMENTOS TRAZA TOXICOS, ELEMENTOS TRAZA ESENCIALES, FILTRADO GLOMERULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Los elementos traza tóxicos y algunas alteraciones de los esenciales se han asociado con nefrotoxicidad y enfermedad cardiovascular en población general. El propósito del estudio es evaluar la concentración de dichos elementos en una población infantil que asiste a visitas de revisiones de salud rutinarias y su asociación con el filtrado glomerular.

MATERIAL Y MÉTODOS

El plomo y el cadmio en sangre, así como el selenio en suero, se midieron por espectrometría de absorción atómica con atomización electrotérmica con sistema de corrección de fondo por efecto Zeeman en un espectrómetro AAnalyst 800 de Perkin Elmer. El mercurio en sangre se analizó por espectroscopía de absorción atómica por descomposición térmica y amalgamación en un espectrofotómetro SMS-100 de Perkin-Elmer. El cobre y el zinc se midieron por espectrometría de llama en un espectrómetro AAnalyst 200 de Perkin Elmer y el hierro se analizó por colorimetría. El filtrado glomerular se estimó mediante fórmula CKD-EPI.

RESULTADOS

Se reclutaron 85 niños (42 niños y 43 niñas) con una edad media de 10.5 (DE: 2.3) años, rango 7-15. El FG medio fue de 142.81 (DE: 12.5) ml/min. El FG fue mayor en niños que en niñas (150.6 (DE: 8.5) vs 136.2 (11.6), $p < 0.001$). La mediana de mercurio en sangre fue 2.2 (RIC 1.09-4.49 $\mu\text{g/l}$), la de plomo 1,1 (RIC 0.7-1.6 $\mu\text{g/dl}$); la media de cadmio fue de 0.07 (DE: 0.05) $\mu\text{g/l}$, el 94% de la muestra presentaba cadmio por debajo del límite de detección. La concentración media de selenio fue de 69.5 (DE: 13.9) $\mu\text{g/l}$, la de cobre 124.7 (DE: 29.6) $\mu\text{g/dl}$, la de zinc 90.1 (DE: 12.7) $\mu\text{g/dl}$ y la de hierro 73.4 (DE: 31.9) $\mu\text{g/dl}$. No se encontró ninguna asociación entre niveles de elementos traza y FG. Sin embargo,

encontramos que por cada año de incremento en la edad, se produce un decremento de FG de 2.7 ml/min ($p < 0.001$).

CONCLUSIÓN

No se ha observado ninguna asociación entre elementos traza tóxicos y/o esenciales y la estimación del FG en la población infantil estudiada.

PÓSTER Nº 248

CONCENTRACIÓN DE MERCURIO Y SELENIO EN SANGRE Y SU RELACIÓN CON EL FILTRADO GLOMERULAR Y OTROS FACTORES ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN DE TRABAJADORES HOSPITALARIOS

J.A. GARCÍA DONAIRE (1), N. MARTELL CLAROS (1), M. ABAD CARDIEL (1), E. TRASOBARES (2), M. FUENTES FERRER (3), M.J. MARTÍNEZ (4), B. ALVAREZ ALVAREZ (5), M. GONZALEZ ESTECHA (2)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC). . MADRID, (2) LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO. UNIDAD DE ELEMENTOS TRAZA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC). . MADRID, (3) SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (IDISSC). . MADRID, (4) UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE CARTAGENA. CARTAGENA, (5) CS ANDRÉS MELLADO. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: LESIÓN DE ÓRGANO DIANA

PALABRAS CLAVE: MERCURIO, SELENIO, FILTRADO GLOMERULAR

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El nivel de mercurio en sangre se ha asociado con nefrotoxicidad y enfermedad cardiovascular entre la población general. El propósito del estudio es evaluar la asociación entre la concentración en sangre de mercurio con la estimación del filtrado glomerular ajustado por concentraciones de selenio y otros factores asociados incluida la HTA en una población de trabajadores del hospital Clínico San Carlos de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS Se reclutaron 395 trabajadores (84 hombres y 331 mujeres). La concentración de mercurio en sangre se analizó por espectroscopía de absorción atómica por descomposición térmica y amalgamación en un espectrofotómetro SMS-100 de Perkin-Elmer. El selenio en suero se midió por espectrometría de absorción atómica con atomización electrotérmica y corrección de fondo por efecto Zeeman en un espectrómetro AAnalyst 800 de Perkin Elmer. El filtrado glomerular se estimó mediante fórmula CKD-EPI.

RESULTADOS

La edad media de la muestra fue de 47.3 (DE=10.9) años, 64 (16%) varones y 331 (84%) mujeres. Eran hipertensos el 6.7%, fumadores el 20.6%, diabéticos el 3.2% y presentaban glucemia basal <100 mg/dl el 89.6%. El FG medio fue 78.9 (DE= 11.8) ml/min/1.73 m². La mediana de mercurio en sangre fue: 8 (RIC: 5.2-11.6) µg/L. Se halló una media de selenio en suero de 79.5 (DE= 11.9) µg/L. Los pacientes con FG ≤ 75 ml/min presentaban una mediana de mercurio superior (9; RIC: 6-13.6) µg/L a los que presentaban filtrados > a 75 ml/min (7.3; RIC 4.9-10.5 µg/L) con diferencia estadísticamente significativa (p<0.04).

Ajustando el modelo de regresión logística para estimar el efecto de concentraciones de mercurio en sangre ≥ 8 µg/L sobre el filtrado glomerular y ajustando por edad, glucosa, HTA, ac. Úrico, LDL col, plomo, cadmio y selenio se detectó una interacción significativa (p<0.001) entre mercurio y edad. En los sujetos con edad inferior a 50 años, el mercurio se asoció de forma independiente con un descenso de

filtrado glomerular (OR 2.6; IC 1.3-5.2; $p=0.005$), mientras que en los sujetos mayores a 50 años, dicha asociación se pierde. (OR 1.03; IC 0.54-1.9; $p=0.93$).

CONCLUSIÓN

Encontramos una asociación de las concentraciones de mercurio en sangre con el filtrado glomerular en sujetos menores de 50 años.

La mediana de mercurio en sangre encontrada en la población estudiada es más elevada que la recomendada por la EPA (5.8 $\mu\text{g/L}$). Las concentraciones elevadas de mercurio en sangre halladas en este estudio, así como su asociación con un peor filtrado glomerular en los sujetos menores de 50 años, apoyan la recomendación de limitar el consumo de ciertos pescados con elevado contenido en mercurio.

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with red and blue outlines, and the number '18' is large and black. To the right of the logo, the text 'Reunión Nacional Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial' is written in a blue serif font.

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

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Estratificación de riesgo

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 249

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA AGUDIZADA

J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), P. GODOY GARCIA (2), M.B. VILANOVA FILLAT (1), M. RODRÍGUEZ CALAVERAS (1), M.G. MO GASOL (3), M. CALDERÓ SOLÉ (1), M.A. FLORENSA FLIX (1), M. ABELLANA SANGRÀ (1), V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1), M. PENA ARNÁIZ (1)

(1) ABS PLA D'URGELL. MOLLERUSSA, (2) FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSITAT DE LLEIDA. LLEIDA,
(3) SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL U. ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: PULMONARY DISEASE, CHRONIC OBSTRUCTIVE, PRIMARY PREVENTION, HOSPITALIZATION

RESUMEN:

Propósito del estudio:

El objetivo del presente estudio fue determinar los predictores independientes que se asociaban con el ingreso hospitalario por enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada en los pacientes diagnosticados del área geográfica del Pla d'Urgell (Lleida) con el diseño de un modelo *score* de predicción del riesgo de hospitalización. Al mismo tiempo, determinar cuáles eran las variables asociadas al tiempo de ingreso hospitalario.

Métodos usados:

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivas que incluyó a los 1.323 pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica del Área Básica de Salud del Pla d'Urgell (Lleida) y se clasificaron en 2 cohortes; cohorte 1: pacientes vacunados contra la gripe estacional durante la campaña 2011/12, y cohorte 2: no vacunados. Se cuantificaron los pacientes de ambas cohortes que requirieron ingreso hospitalario por exacerbación de la enfermedad entre el 01/12/2011 y el 15/03/2012. Para cada paciente se registró información sobre las variables de interés. Para establecer cuáles eran las variables que se asociaban a la hospitalización y poder diseñar el modelo *score* de predicción del riesgo se utilizaron modelos de regresión logística a partir de las variables que resultaron significativas en el análisis univariado.

Resultados:

La cohorte 1 estaba formada por 731 pacientes de los cuales 254 (34,8%) eran mujeres y la edad media de 75,6 (11,7). La cohorte 2, formada por 592 pacientes de los cuales 234 (39,5%) eran mujeres y la edad media era de 57,1 (18,2). El patrón de EPOC más frecuente en las dos cohortes eran el obstructivo. Entre la cohorte de vacunados y no vacunados habían diferencias en cuanto a ciertos factores de riesgo cardiovascular como eran la hipertensión arterial (69,6% vs 41,9%, *p score* diseñado estaba formado por las variables siguientes: edad, vacunación antigripal, presión arterial diastólica y dislipemia. La curva ROC para este modelo era del 83% [IC 95%: 0,78-0,88, *p*₁/FVC (OR 0,96; IC 95% 0,96-1; *p*=0,029).

Conclusiones:

El diseño en este estudio de un modelo *score* de predicción del riesgo de ingreso por exacerbación de la EPOC permitiría identificar aquellos pacientes de mayor riesgo y que podrían beneficiarse de estrategias preventivas y terapéuticas dirigidas para prevenir el ingreso hospitalario.

PÓSTER Nº 250

ANTECEDENTES Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS CON DIABETES CONCOMITANTE: ANÁLISIS AGRUPADO DE 5 ESTUDIOS ESPAÑOLES DE BASE POBLACIONAL

A. DE LA SIERRA (1), J. SALAZAR (2), C. ROLDÁN (2), B. FONT (2), G. MUÑOZ (2)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO MUTUA TERRASSA. TERRASSA, (2) DEPARTAMENTO MÉDICO,
NOVARTIS FARMACÉUTICA S.A. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, DIABETES, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Propósito del estudio: Analizar el efecto de la presencia de DM sobre el perfil de RCV, la lesión de órgano diana (LOD) y el control tensional en hipertensos y determinar la relación entre valores de PA y antecedentes de eventos CV/renales

Métodos usados: Análisis agrupado de 5 estudios transversales, descriptivos y multicéntricos, desarrollados entre 2008 y 2011 que incluyeron adultos con HTA de ≥ 1 año y que presentaban una metodología similar en la recogida de la información y la definición de las variables. Se incluyeron 21.073 pacientes (6.794 con DM). Se estableció control PA según la guía ESH 2009 (PAS/PAD < 140/90 mmHg). Se consideraron eventos CV/renales los antecedentes de enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica o enfermedad renal crónica.

Resultados: 53% varones, edad media 64,1 años (IC95%: 63,9-64,3) en HTA sin DM y 67,8 (67,6-68,1) en HTA+DM (5,0% tipo 1, 91,1% tipo 2) ($p < 0,0001$). Los pacientes con DM presentaron mayor prevalencia de antecedentes cerebrovasculares (11,9% vs 5,8%), cardiopatía isquémica (26,4% vs 12,6%), arteriopatía periférica (12,6% vs 4,3%), enfermedad renal crónica (18,2% vs 5,8%) ($p < 0,0001$ en todos). La presencia de LOD fue mayor en HTA+DM: HVI (42,3% vs 29,5%; $p < 0,0001$), aumento ligero de creatinina (18,1% vs 7,5%; $p < 0,0001$). La media de PAS fue 141,6 mmHg (141,4-141,9) en HTA y 144,5 mmHg (144,1-144,9) en HTA+DM ($p < 0,0001$). La PAD fue similar en ambos. En pacientes con antecedentes de ECV o renal la PAS fue mayor: 144,0 (143,5-144,5) mmHg vs 142,0 (141,8-142,3) ($p < 0,0001$), mientras la PAD fue menor: 82,6 (82,3-82,9) vs 84,0 (83,9-84,2) ($p < 0,0001$). La frecuencia de eventos CV/renal en hipertensos se reduce progresivamente al disminuir la PA hasta mínimos para los rangos correspondientes a PAS 130-139 mmHg (al menos un evento CV/renal: 23,9%) y a PAD 80-89 mmHg (23,2%). Esta frecuencia vuelve a aumentar por debajo de este nadir hasta máximos para PAS < 110 mmHg (39,1%) y para PAD < 60 mmHg (52,7%), mostrando un comportamiento tipo "curva en J". La frecuencia mínima de eventos CV en hipertensos se alcanza para los mismos rangos de PAS/PAD (130-139/80-89 mmHg) independientemente de la presencia o no de DM concomitante y del sexo de los pacientes.

Conclusiones: Los hipertensos españoles con DM presentan una mayor prevalencia de enfermedad CV/renal y LOD. El llamado fenómeno de "curva en J" está presente en esta población, independientemente del sexo y de la presencia de DM.

PÓSTER Nº 251

TAQUICARDIA CLÍNICA, TAQUICARDIA NOCTURNA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL HIPERTENSO

E. VINYOLES (1), A. DE LA SIERRA (2), A. ROSO (3), J.J. DE LA CRUZ (4), M. GOROSTIDI (5), J. SEGURA (6), J.R. BANEGAS (4), L.M. RUILOPE (6)

(1) CAP LA MINA. SANT ADRIÀ DE BESÒS. BARCELONA., (2) HOSPITAL MÚTUA DE TERRASSA. TERRASSA. BARCELONA., (3) IDIAP JORDI GOL. . BARCELONA., (4) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID, (5) HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO, (6) HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: FRECUENCIA CARDÍACA, TAQUICARDIA NOCTURNA, MAPA

RESUMEN:

Propósito del estudio. La taquicardia se ha asociado a un mayor riesgo cardiovascular. El objetivo es evaluar la asociación de la frecuencia cardíaca (FC) clínica y la FC nocturna con el riesgo cardiovascular en el hipertenso sin tratamiento farmacológico.

Métodos usados. Estudio observacional, transversal, multicéntrico, en el ámbito de atención primaria y unidades de hipertensión. Inclusión de hipertensos de 35-74 años, sin tratamiento farmacológico ni enfermedad cardiovascular asociada.

Medida de la FC clínica, analítica y MAPA de 24 horas, ajustando el periodo nocturno al referido por el paciente. Clasificación en taquicárdicos (T: FC clínica > 84 lpm y FC nocturna > 65 lpm), no taquicárdicos (NoT: FC clínica < 85 lpm y FC nocturna < 66 lpm), taquicardia clínica aislada (TCA: FC clínica > 84 lpm y FC nocturna < 66 lpm) y taquicardia enmascarada (TE: FC clínica < 85 lpm y FC nocturna > 65 lpm). Estimación del riesgo (REGICOR y tablas de riesgo cardiovascular de la Sociedad Europea de Hipertensión, ESH). Estadística descriptiva, comparativa y regresión logística.

Resultados. Inclusión de 7108 hipertensos, 46,2% mujeres, edad -media (desviación estándar)- 53,7 (9,9) años, PA clínica 147 (15) / 89 (9) mmHg, diabetes 10,6%, tabaquismo 19,6%. Las prevalencias de T, NoT, TCA y TE eran 12,8%, 46,5%, 5,8% y 34,8%, respectivamente. El riesgo REGICOR/10 años era 4,8 (3,2) %, 4,9 (3,0) %, 4,9 (3,2) % y 4,8 (3,1) %, respectivamente. Los pacientes con T presentaban más frecuentemente riesgo alto o muy alto (33,9%) en comparación con el resto (NoT: 25,3%; TCA: 31,2% y TE: 30,1%, p < 0,001). En la regresión logística, la edad < 40 años, el sexo femenino, el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión nocturna y la presencia de lesión de órganos diana se asociaban significativamente a taquicardia nocturna (TE + T) (p < 0,05).

Conclusiones. Los hipertensos con taquicardia clínica y nocturna presentan un mayor riesgo cardiovascular según las tablas de la ESH. La tabla REGICOR no detecta diferencias relevantes en cuanto al riesgo. Las mujeres, < 40 años, diabéticas, fumadoras y con uno o más factores de riesgo cardiovascular tienen mayor probabilidad de presentar taquicardia nocturna.

PÓSTER Nº 252

EL PUNTO DE CORTE QUE MEJOR DEFINE LA TAQUICARDIA NOCTURNA DE RIESGO POR MAPA

E. VINYOLES (1), A. DE LA SIERRA (2), A. ROSO (3), J.J. DE LA CRUZ (4), M. GOROSTIDI (5), J. SEGURA (6),
J.R. BANEGAS (4), L.M. RUILOPE (6)

(1) CAP LA MINA. SANT ADRIÀ DE BESÒS. BARCELONA., (2) HOSPITAL MÚTUA DE TERRASSA. TERRASSA.
BARCELONA., (3) IDIAP JORDI GOL. . BARCELONA., (4) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID,
(5) HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS. OVIEDO, (6) HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: FRECUENCIA CARDÍACA, TAQUICARDIA NOCTURNA, MAPA

RESUMEN:

Propósito del estudio. Estimar el punto de corte de frecuencia cardíaca (FC) nocturna que mejor predice la taquicardia clínica de riesgo en el hipertenso.

Métodos usados. Estudio observacional, transversal, multicéntrico. Inclusión a conveniencia de hipertensos atendidos en unidades de hipertensión y atención primaria sin tratamiento farmacológico ni enfermedad cardiovascular asociada, a los que se determinó la FC en la consulta y se practicó una MAPA de 24 h. Se ajustaron los períodos día-noche a los referidos por el paciente. Se definió taquicardia clínica de riesgo: FC basal >84 lpm en la consulta. Se realizó la estadística descriptiva para resumir la información global de la muestra. Mediante el análisis de la curva ROC se estimaron diferentes puntos de corte de FC nocturna que predicen taquicardia clínica de riesgo. Se consideró el mejor punto de corte el que maximizaba la sensibilidad y la especificidad. Posteriormente se llevó a cabo la comparación de los grupos definidos por el punto de corte seleccionado.

Resultados. Inclusión de 32.569 hipertensos, 46,5% mujeres, edad -media (desviación estándar)- 52,3 (14,3) años, PA clínica 146 (16,3) /88,6 (10,6) mmHg, diabetes 10.3%, tabaquismo 19.2%, IMC 29 (6,8), FC consulta 77 (11,2) lpm, FC nocturna 64,9 (9,3) lpm. Un total de 7.070 (21.7%) pacientes presentaban taquicardia clínica de riesgo. El valor de FC nocturna que mejor predice la taquicardia clínica de riesgo es > 66 lpm. Los pacientes con taquicardia nocturna, en comparación con el resto, son predominantemente mujeres, más jóvenes, con valores de PAS menores y de PAD mayores, mayor índice de masa corporal y mayor prevalencia de diabetes y tabaquismo. Todas las comparaciones fueron estadísticamente significativas (p<0,001).

Conclusiones. En el hipertenso sin tratamiento farmacológico, una FC nocturna media determinada por MAPA > 66 lpm es buena predictora de la taquicardia de riesgo en la consulta y puede considerarse una variable asociada a un mayor riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº 253

INFLUENCIA DEL NUMERO DE FACTORES DE RIESGO EN LA MEDIDA DEL GROSOR INTIMA MEDIA CAROTIDEO EN PACIENTES HIPERTENSOS

M. AVILA SÁNCHEZ-TORIJA (1), A. BARBERO PEDRAZ (1), A. FERNANDEZ CRUZ (1)

(1) HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: GROSOR INTIMA MEDIA, NUMERO DE FACTORES DE RIESGO, PACIENTES HIPERTENSOS

RESUMEN:

AUTORES: Mario Ávila Sánchez-Torija, Aránzazu Barbero Pedraz, Arturo Fernández-Cruz. Área de Prevención Cardiovascular. Unidad de Imagen. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

TÍTULO: INFLUENCIA DEL NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO EN LA MEDIDA DEL GROSOR INTIMA MEDIA CAROTIDEO EN PACIENTES HIPERTENSOS.

El Grosor Intima Media Carotideo (GIM) es considerado como marcador de enfermedad ateromatosa subclínica, y como factor que empeora el pronóstico en pacientes hipertensos, teniendo relación directa con incidentes cardiovasculares (CV). Por otro lado está ampliamente demostrada la relación directa entre factores de riesgo (FR) y morbimortalidad cardiovascular.

Métodos: Se estudian 463 pacientes seleccionados de forma consecutiva en el Área de Imagen del Área de Prevención Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Se recogen antecedentes familiares (AF) de enfermedad cardiovascular precoz, antecedentes personales (AP) y se miden los factores de riesgo cardiovascular siguientes: tabaquismo, dislipemia, obesidad, grosor intima media carotideo, microalbuminuria, función renal, diabetes, y presencia de enfermedad cardiovascular estableciendo cuatro grupos según el número de FR, Se valoraron los FR según las Guías Europeas de Hipertensión 2007, estableciendo cuatro grupos; Grupo 1: hipertensos sin otros factores de riesgo. Grupo 2: hipertensos con 1-2 FR. Grupo 3: hipertensos con 3 o más FR, lesión de órgano diana o diabetes. Y Grupo 4: hipertensos con enfermedad CV establecida. Se determinó la presión arterial en consulta mediante un esfigmomanómetro semiautomático. Se determinó el GIM de acuerdo al consenso de Mannheim. Se examinó la carótida común a 1 cm. del bulbo en carótida derecha por ultrasonografía modo-B con el paciente en posición supina con la cabeza ladeada a 30º a la izda. usando una sonda lineal de 12 MHz con un aparato de ultrasonografía modelo PHILIPS HD7, la imagen se exportó posteriormente al PC y se midió el GIM mediante el software QLAB el cual utiliza un sistema de medición por fractales.

Resultados: De los 463 pacientes 283 (61,1%) fueron varones y 180 (38,9%) mujeres. La media de edad fue de 56,84±14,68 años. La media de presión arterial braquial fue de 125,0±19,4 para la sistólica y 73,8±11,6 para la diastólica. El porcentaje de pacientes hipertensos sin otro FR fue de 7,6% (Grupo 1), con 1-2 FR 37,1% (Grupo 2), con 3 o más FR o diabetes (DM) o lesión subclínica de órgano diana (LOD) 37,8% (Grupo 3) y con enfermedad CV o renal establecida 17,5% (Grupo 4). Las medidas del GIM en los para los distintos grupos fue de Grupo 1: 0,542±0,936 mm.; Grupo 2: 0,585±0,107mm.; Grupo 3: 0,664±0,146 mm. ; y Grupo 4: 0,710±0,137 mm. Se encontraron diferencias significativas en la medida

del GIM $p > 0,001$ entre los 4 grupos, así como un aumento lineal en la media del GIM según se incrementan los FR $p > 0,001$.

CONCLUSIONES: EN PACIENTES HIPERTENSOS EL VALOR DEL GIM AUMENTA DE MANERA DIRECTAMENTE PROPORCIONAL Y LINEAL AL NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES.

PÓSTER Nº 254

¿INFRAUTILIZAMOS EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO COMO PRUEBA DIAGNOSTICA?

F. VILLALBA ALCALÁ (1), A. ESPINO MONTORO (2), A.B. ROMERO CAÑADILLAS (2),
A. CABRERA BONILLA (2), M.C. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (2), J. MARIN MARTÍN (3)

(1) CENTRO DE SALUD DE OSUNA. OSUNA (SEVILLA), (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE LA MERCED. OSUNA (SEVILLA), (3) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL DE LA MERCED. OSUNA (SEVILLA)

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: INDICE TOBILLO BRAZO, ARTERIOPATIA PERIFÉRICA, RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El índice tobillo-brazo (ITB) es una prueba diagnóstica simple, no invasiva y validada para detectar estenosis de más del 50% en las arterias de las extremidades inferiores. Valores de ITB < 0.9 permiten diagnosticar arteriopatía periférica en pacientes asintomáticos con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 99% respecto a un patrón de referencia como la angiografía. Nuestro objetivo fundamental fue demostrar si el ITB podía mejorar la clasificación del riesgo cardiovascular de nuestros pacientes y estimar si se está infrautilizando esta prueba diagnóstica en nuestra práctica diaria.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado a 40 pacientes a los que se les había indicado la realización de un ITB desde consultas externas hospitalarias. Para la realización del ITB utilizamos un aparato automático de la casa Microlife. De ellos, 33 eran varones y 7 mujeres. Se recogieron datos demográficos y clínico-analíticos relevantes así como de medicación (uso de antiagregación /anticoagulación, antihipertensivos e hipolipemiantes). Se obtuvo la Presión arterial sistólica (PAS), Diastólica (PAD) y presión de pulso (PP) y se hizo un cálculo del riesgo cardiovascular. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 y se estableció como significativo una $p < 0.05$.

Resultados: La edad media fue de 68.82 ± 10.6 años. La PA sistólica media fue de 143.65 ± 15.8 mmHg y la diastólica de 82 ± 10.4 mmHg, la FC fue de 74.7 ± 13.8 spm y la presión de pulso de 61.2 ± 15.6 mmHg. Entre los factores de riesgo vascular (FRV) el 95% de ellos eran HTA, 90% hiperlipémicos, 37.5% diabéticos y fumadores o exfumadores el 62.5%. Un 32.5% estaban diagnosticados de cardiopatía isquémica y el 15% había tenido un ictus. El 52.5% de los pacientes tenían un ITB patológico. Con estos datos la mayoría de los pacientes (92.5%) eran de alto riesgo y sólo 3 tenían un riesgo intermedio. El consumo de antiagregantes, hipolipemiantes y antihipertensivos eran del 87.5 %, 85 % y 92.5 % respectivamente. La media de colesterol total, triglicéridos y HDL fue de 187 ± 41.1 , 140.2 ± 100.4 y 50 ± 12 mg/dL. El factor de riesgo que más se correlacionó con un ITB patológico fue el tabaco y la hiperlipemia. El grado de control de los factores de riesgo en estos pacientes fue pésimo ya que el 58% de ellos no tenían un control adecuado de presión arterial y de LDL-colesterol. Al ser casi todos los pacientes de muy alto riesgo cardiovascular el ITB patológico no se correlacionó con ninguna de las variables estudiadas.

Conclusión: Los pacientes que son derivados a nuestra unidad para la realización del ITB son de muy alto riesgo y este procedimiento se debería de indicar en estadios más precoces tal como recomiendan las guías de práctica clínica. Pacientes de entre 50 y 69 años con 2 o más FRV (especialmente fumadores y diabéticos) así como diabéticos de < 50 años de edad con otros FRV o con tiempo de evolución de la diabetes de > 10 años se podrían ver especialmente beneficiados del uso diagnóstico de esta prueba.

PÓSTER Nº 255

CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN FUNCIÓN DEL MODO DE MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

M.C. CAVA PASTOR (1), S. NIKÍTINA (1), Z. OBREGÓN ARRUE (1), A. VERCHER GÓMEZ (1),
M.C. GONZÁLEZ CORONADO (1), A. BERTOLÍN MUÑOZ (1), A. POVEDA POVEDA (1),
M.J. MARTÍN RILLO (1), A. KÜSTER SANTA CRUZ (1), M.M. SABATER CASTILLO (1)

(1) C.S. GODELLA. GODELLA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: TENSIÓN ARTERIAL, SCORE, MAPA

RESUMEN:

PROPÓSITOS DEL ESTUDIO: Uno de los objetivos fundamentales de las tablas de riesgo cardiovascular (RCV) consiste en seleccionar a los pacientes con un alto riesgo cardiovascular para realizar sobre ellos una intervención sanitaria intensiva. El Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PPAPS) recomienda como método para calcular el riesgo el sistema del SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) contenida en el Third Joint Task Force para países de bajo riesgo y utilizando el colesterol total. Esta tabla proporciona el riesgo de mortalidad cardiovascular, es decir, la probabilidad de morir por una enfermedad cardiovascular, coronaria y no coronaria, en los próximos 10 años.

MÉTODOS USADOS: Estudio descriptivo transversal. Se ha calculado el riesgo cardiovascular de un grupo de pacientes obtenidos de nuestro centro de atención primaria, a los cuales se les había realizado una MAPA (total 117 pacientes) desde el año 2008 al 2012. El sistema SCORE utilizado es el realizado para países de bajo riesgo y se calcula en función del sexo, edad, tabaquismo y nivel de colesterol total. Mediante su tabla hemos calculado en cada paciente su RCV usando la media de dos tomas de la tensión arterial (TA) tomada en la consulta separadas 5 minutos entre ellas, y después se ha calculado el RCV de esos mismos pacientes usando la media de todas las tensiones arteriales de un registro de MAPA 24 horas.

RESULTADOS: De un número de 117 pacientes a los cuales se les había realizado una MAPA, se desecharon 6 pacientes por falta de datos y errores en las lecturas. Los 111 pacientes restantes se distribuyeron de la siguiente manera: con la TA medida en consulta: riesgo bajo (<3%):68, riesgo moderado (3 y 4%), 17; riesgo alto (5 al 7%): 14, riesgo muy alto (> 7%): 12; y con la TA extraída de la MAPA fueron: riesgo bajo (<3%): 80, riesgo moderado (3 y 4%): 18, riesgo alto (5 al 7%): 8, riesgo muy alto (> 7%): 5.

Atendiendo a la distribución de los pacientes en los distintos grupos de riesgo se observa que en 76 de los pacientes se obtiene, tanto con la TA medida en consulta como en la obtenida con la MAPA, el mismo nivel de riesgo; en 33 pacientes se obtiene un grupo de menor riesgo, y dos de los pacientes pasan a uno de mayor riesgo.

En un mismo grupo de pacientes calculando el RCV con la TA media de la consulta hay 26 pacientes (23.4%) en riesgo alto y muy alto; sin embargo con la TA de la MAPA se obtiene en los mismos grupos un total de 13 pacientes (11.7%). EL calculo del riesgo cardiovascular con método SCORE mediante la toma de TA media en la consulta resulta tener variación en los resultados frente al realizado con la

media del MAPA en un 29.7% de los casos. En cada paciente se reduce su riesgo una media de 1.04% del MAPA respecto de la consulta.

CONCLUSIONES: Se han obtenido valores de riesgo mayores cuando se tiene en cuenta la TA medida en consulta en comparación con la TA obtenida con la MAPA. De este modo, podemos deducir que si tenemos en cuenta la TA tomada en la consulta tendemos a sobreestimar el riesgo cardiovascular de los pacientes. La MAPA es una herramienta útil para obtener una TA con mayor validez en la práctica clínica para ajustarnos más al perfil real de riesgo del paciente.

PÓSTER Nº 256

CÁLCULO RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE MÉTODO DE FRAMINGHAM USANDO TENSIÓN ARTERIAL MEDIDA EN CONSULTA Y TENSIÓN ARTERIAL DE MAPA EN UN MISMO PACIENTE

S. NIKÍTINA (1), M.C. CAVA PASTOR (1), A. VERCHER GÓMEZ (1), Z. OBREGÓN ARRUE (1),
Y. SALAS GUTIÉRREZ (1), M. GIMENO ZARAGOZÁ (1), A. BERTOLÍN MUÑUZ (1), M.J. MARTÍN RILLO (1),
A. KÜSTER SANTA CRUZ (1), M.M. SABATER CASTILLO (1)

(1) CS GODELLA. GODELLA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: MAPA, TENSIÓN ARTERIAL, FRAMINGHAM

RESUMEN:

PROPÓSITOS DEL ESTUDIO: Calcular el riesgo coronario global (RCG) a 10 años en un grupo de pacientes mediante el método Framingham clásico calibrado para España usando la TA tomada de la consulta y realizar el mismo cálculo usando la TA media extraída de una MAPA. Para evaluar el RCG hay que tener en cuenta las cifras de PAS, hipertrofia VI, colesterolemia total y HDL, edad, sexo, tabaquismo y diabetes. Analizamos los datos de TA tomada en la consulta en un grupo de pacientes y después de dicho grupo se obtiene los datos de la MAPA, para poder ver si deberíamos realizar diferentes intervenciones en función del modo de obtención de RCG.

MÉTODOS USADOS: Estudio descriptivo transversal. Se calcula el RCG de un grupo de pacientes de nuestro centro de atención primaria, a los cuales se les había realizado una MAPA (117 pacientes) años 2008-2012. Primero se ha calculado el Framingham para cada paciente usando la media de dos tomas de tensión tomada en la consulta arterial separadas 5 minutos entre ellas. Después se ha calculado el Framingham de los mismos pacientes usando la media de todas las tensiones del registro de MAPA 24 horas. Se ha utilizado el baremo de clasificación de RCG de la ABUCASIS: Muy alto ≥ 30 , Alto 20-29, Medio 15-19, Bajo < 15 .

RESULTADOS: Se realizó la MAPA a un número total de 117 pacientes, de los cuales se desecharon a 6 por error en las lecturas o por falta de datos. Los 111 pacientes restantes fueron distribuidos de la siguiente manera en función de RCG según el método de Framingham: Los resultados de la TA media obtenida de la consulta: riesgo bajo ($<15\%$): 70, riesgo medio (15-19%): 18, riesgo alto (20-29%): 19, riesgo muy alto ($>30\%$): 4. Los resultados de TA media obtenida de la MAPA: riesgo bajo ($<15\%$): 83, riesgo medio (15-19%): 17, riesgo alto (20-29%): 7, riesgo muy alto ($>30\%$): 4

Según los datos obtenidos vemos que el RCG medido con los datos de la TA tomada en la consulta y el RCG en el mismo paciente obtenido con la MAPA, observamos que 22 pacientes obtienen un grupo de menor riesgo con la TA de la MAPA respecto a la de la consulta, en 89 de los pacientes se obtiene con ambos registros el mismo nivel de riesgo, y uno de los pacientes pasa a uno de mayor riesgo.

EL calculo del RCG con método Framingham mediante la toma de TA media en la consulta resulta tener variación en los resultados frente al realizado con la media del MAPA en un 19'8% de los casos. En un mismo grupo de pacientes calculando el RCG con la TA medida en la consulta hay 23 pacientes (20.7 %) en riesgo alto y muy alto, y sin embargo, con la TA obtenida en la MAPA se obtiene un total de 11

pacientes (9.9%). La reducción media del RCG en cada paciente según el método Framingham con el MAPA y con la TA de la consulta es del 2'1%.

CONCLUSIONES: Se han obtenido valores de RCG mayor cuando se tiene en cuenta la TA medida en consulta que con la TA obtenida con la MAPA. Por lo que, podemos deducir que si sólo tenemos en cuenta la TA tomada en la consulta, tendemos a sobreestimar el riesgo cardiovascular de los pacientes. El método Framingham ayuda a seleccionar pacientes de riesgo alto. La MAPA es una herramienta útil para obtener una TA con mayor validez en la práctica clínica para ajustarnos más al perfil real de riesgo del paciente.

PÓSTER Nº 257

RELACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PATRON CIRCADIANO DELA HTA RESISTENTE EN UNA CONSULTA AMBULATORIA DE NEFROLOGIA

F. FERNANDEZ MONTERO (1), R. FERNANDEZ MONTERO (2), M. FERNANDEZ GASSO (3)

(1) CONSULTA AMBULATORIA NEFROLOGIA. JAEN, (2) CONSULTA AMBULATORIA NEFROLOGIA. JAEN,
(3) CONSULTA AMBULATORIA NEFROLOGIA. JAEN

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION RESISTENTE, MAPA, RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de hipertensión arterial resistente (HTAr), su perfil clínico, factores asociados y patrón circadiano a la misma en población atendida en una consulta ambulatoria de Nefrología.

MATERIAL Y METODO: Trabajo descriptivo y retrospectivo en una población de 750 pacientes hipertensos asistidos durante 4 años (Mayo 2008 -2012) a los que se les realizó un registro de MAPA, que reunían criterios de calidad standard, y medida de la PA clínica (PAC) siguiendo las recomendaciones de la SEH. Se valoran medidas antropométricas, analítica, FRCV, presencia conocida de lesión de órgano diana y/o enfermedad clínica asociada así como su tratamiento antihipertensivo.

RESULTADOS: Se estudiaron 843 pacientes hipertensos con MAPA de los que fueron excluidos 95 por la escasa calidad de los registros. 84 pacientes cumplían los requisitos exigidos para incluirlos como HTAr, con una prevalencia de 11.2% de predominio masculino (59.5%); tienen más edad (HTAr si: 61.05±11.7, vs no: 55.63±13.37), más IMC (HTAr: si: 30.07±4.36, vs no: 28.34±4.75), más DM (HTAr: 28.6% vs no: 14.7%) más fumadores (16.7% vs no: 4.7%) más dislipemia (HTAr: 34.5, vs no: 23.5%). Un 23.8% presentan lesión de órgano diana y de ellos 14.35% afectación renal. (8.6%, y un 5.1% respectivamente en los no HTAr). El tipo de HTA varía con un 41.7% Grado II, y un 38.1% Grado I vs 25.1% y 45.5% en no HTAr. Se ha detectado un 26.19% posible bata blanca y un 2.38% de posible HTA enmascarada. La media total de la PAS de la MAPA (135,20±17.98) y PAD (79,21±12.63,) y Presión Nocturna (126,45±19.96 sistólica y de 71.21±13.33 diastólica,) son superiores a las de no HTAr (PAS de 128.74±14.44 y PAD de 78.80±9.99 y nocturna (PAS de 118.79±16.27 y PAD de 70.23±10.09. También RCV más elevado a expensas de R. Alto (32.15% y muy Alto (22.5%), vs no HTAr (17.4% y 4.8% respectivamente). La mayoría de estos hipertensos tienen 3FRC o LOS o Diabetes. El Perfil Circadiano Dipper y No Dipper con un 38.15%, con aumento de los Riser (16.7%). Un 38.1% emplean 4 o más principios activos.

CONCLUSIONES: La hipertensión refractaria es un importante problema en la práctica clínica, con alta presencia de comorbilidad cardiovascular asociada. Su prevalencia 11.2% es similar a la de otros estudios. El riesgo cardiovascular está influenciado no solo por la elevación de la PA ambulatoria sino también por la ausencia de descenso nocturno adecuado de la PA, lo que avala la MAPA como herramienta asistencial para valoración de RCV en población general. HTAr se asocia a patrón no Dipper, riser y mayor presión nocturna por lo que precisa de un diagnóstico precoz. Es

deseable mejorar la identificación y el conocimiento de los pacientes con HTA resistente para diseñar estrategias específicas para su control.

PÓSTER Nº 258

RIESGO ATRIBUIBLE POBLACIONAL DEL COLESTEROL NO HDL EN LA PROVINCIA DE LLEIDA

M.B. VILANOVA FILLAT (1), J. MONTSERRAT CAPDEVILA (1), N. MIRÓ VALLVÉ (1),
M. RODRÍGUEZ CALAVERAS (1), M. FALGUERA VILAMAJÓ (2), M. CALDERÓ SOLÉ (1),
R. LLOVET FONT (1), J.R. MARSAL MORA (3), V. SÁNCHEZ FERNÁNDEZ (1), M. PENA ARNAIZ (1)

(1) ABS PLA D'URGELL. MOLLERUSSA, (2) ABS IGUALADA NORD. IGUALADA, (3) IDIAP JORDI GOL. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE, RIESGO ATRIBUIBLE, COLESTEROL

RESUMEN:

Propósito del estudio: Durante los últimos años se han publicado diversos estudios que sugieren que el colesterol no unido a lipoproteínas de alta densidad (colesterol no HDL) podría ser un predictor de episodios cardiovasculares tan fiable como el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL) y podría establecerse como primer objetivo terapéutico en el manejo de la dislipemia. El objeto de nuestro estudio es calcular el riesgo atribuible poblacional (RAP) de los diferentes componentes del colesterol no HDL en nuestra provincia.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra censal aleatoria simple de sujetos mayores de 18 años. Se ha realizado a cada participante del estudio una analítica en ayunas incluyendo colesterol total y colesterol HDL. El riesgo cardiovascular se ha calculado según la escala de Framingham y el colesterol no HDL según la fórmula: Colesterol total - Colesterol HDL. Su objetivo terapéutico se ha establecido según las recomendaciones de la *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III).

Resultados: Se han incluido un total de 283 individuos (118 hombres y 165 mujeres) con una media de edad de 51,1 años (Intervalo de Confianza [IC] 95% 47,5-54,7) para los hombres y 50,6 años (IC 95% 47,1-54,1) para las mujeres. Un total de 102 sujetos (36,04%) no cumplían el objetivo de colesterol no HDL. El grado de control de colesterol total se ha obtenido en 131 sujetos (46,29%) y el del colesterol HDL en 273 (96,47%). Los individuos que tienen el colesterol total alterado tienen más riesgo de tener el colesterol no HDL fuera del objetivo terapéutico con un RAP del 23,5% y un riesgo atribuible (RA) de 50,9% (Intervalo de Confianza [IC] 95%). Respecto a la alteración del colesterol HDL, el resultado fue de un 1,2% de RAP con un RA de 35,2% (IC 95% 29,64-40,77).

Conclusiones: En general, más de la mitad de la población cumple con el objetivo de colesterol no HDL. La normalización de los valores de colesterol total contribuiría a mejorar este grado de consecución en un 23,5%. En cambio, parece que el papel del colesterol HDL no es tan relevante.

PÓSTER Nº 259

EVALUACION DE FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES HIPERTENSOS

K. RUIZ VALERO (1), L.J. ERASO GARCIA (1), L.A. MATOS DE LA CRUZ (1), A. GONZALVEZ ALBERT (1),
A. ZARAGOZA RIPOLL (1), D. CRESPO ALVAREZ (1), V. VALERIO UREÑA (1), R. SUERO SIERRA (1),
A. BRUJÁN GARCIA (1), J.E. PEREÑIGUEZ BARRANCO (1)

(1) CS ESPINARDO. MURCIA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: FACTORES, PRONÓSTICOS, HIPERTENSOS

RESUMEN:

EVALUACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES HIPERTENSOS

Autores: Ruiz Rivero K, Matos de la Cruz L*, Eraso Garcia L*, Gonzálvez Albert A*, Valerio Ureña V*, Zaragoza Ripoll A*, Álvarez Crespo D*, Suero Sierra R*, Bruján García A*, Pereñiguez Barranco J***

** Médicos de Familia EAP Espinardo, Murcia*

*** Profesor Área de Medicina Preventiva y Salud Pública FM Murcia*

OBJETIVO.

Estudiar los factores que influyen en el pronóstico de hipertensión arterial, de un grupo de pacientes recientemente diagnosticados.

MÉTODO.

Se estudia un grupo de pacientes que han sido diagnosticados de hipertensión arterial durante el último año en cuatro cupos de un Centro de Atención Primaria docente. Se evalúa el riesgo total cardiovascular entendido por edad, cifras de tensión arterial, tabaquismo, valores lipídicos, glucemia, perímetro abdominal y antecedentes familiares.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, con un tamaño muestral de 84 pacientes hipertensos recientemente diagnosticados, de un total de 1681.

Como criterios de control de calidad mantenemos los de la Guía Europea de prevención Cardiovascular en la práctica clínica del año 2012. Tomamos como referencia valores de TA>140/90 mmHg, edad en varones>55 años y mujeres >65 años, tabaquismo activo, colesterol total>190 mg/dl, LDL>115 mg/dl, HDL<40 mg/dl en varones y <46 mg/dl en mujeres, triglicéridos>150mg/dl, glucosa plasmática mayor a 126mg/dl (diabéticos diagnosticados), perímetro abdominal >102 cms en varones y >88 cms en mujeres y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura. También hemos tenido en cuenta, aunque no aparece en dicha Guía como factor pronóstico el sedentarismo.

RESULTADOS.

La muestra está compuesta por 84 nuevos casos de hipertensos diagnosticados en el último año, pertenecientes a un grupo de 1681 hipertensos en el momento del estudio, de un total de 5924 pacientes. La prevalencia de hipertensos por tanto es del 28.38%. De los 84 pacientes diagnosticados, el 45.2% son varones y el 54.8% son mujeres, de los cuales varones >55 años comprenden el 37.2%, y mujeres >65 años el 36.58%. Tras ser diagnosticados, menos de la mitad presentan cifras tensionales normales (44'4%), el 14'3% mantienen cifras elevadas, y el resto no han acudido a sus controles en los

últimos 4 meses. En cuanto a diabetes el 7.1% son DM tipo 1 y el 25% DM tipo II en el momento del diagnóstico. Con respecto a los valores lipídicos presentan cifras elevadas de colesterol total un 58.3%, LDL elevado un 61,9%, triglicéridos altos un 31% y cifras bajas de HDL un 61.9%. Presentan perímetro abdominal elevado un 39.3% de los pacientes, son fumadores activos un 15.5% de los mismos y sedentarios un 19%. Por último tener en cuenta que los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular aparecen en un 16.7%.

CONCLUSIONES.

El estudio de los factores de riesgo asociados a los pacientes hipertensos nos permite poder actuar sobre ellos y modificar así, en la medida de lo posible, el pronóstico de la enfermedad.

Comparando datos de prevalencia de los cupos estudiados en nuestro centro de salud con los datos obtenidos a nivel nacional, observamos que nos encontramos por debajo de la media, lo que sugiere que debemos optimizar los métodos de cribado de hipertensión arterial en la población.

También observamos que la mayor parte de los pacientes presentan valores lipídicos elevados en el momento del diagnóstico, lo que nos invita estar más atentos en el control de éste y del resto de factores de riesgo cardiovascular.

PÓSTER Nº 260

LA PRESENCIA DE DIABETES TIPO 2 EMPEORA LA PRESIÓN ARTERIAL 24 HORAS, EL PERFIL DE RIESGO VASCULAR Y FUNCIÓN MIOCÁRDICA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

A. GONZÁLEZ GONZÁLEZ (2), P. ARANDA LARA (1), D. MARTINEZ ESTEBAN (1),
D. HERNÁNDEZ MARRERO (1)

(1) UNIDAD DE HTA Y RIESGO VASCULAR H.R.U. CARLOS HAYA. MÁLAGA,
(2) SERVICIO CARDIOLOGÍA H.R.U. CARLOS HAYA. MÁLAGA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA CARDIACA, DIABETES, RIESGO VASCULAR

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar posible influencia negativa de Diabetes tipo 2 (DM2) en patrón de PA 24 h., perfil de RCV y función miocárdica de pacientes con Insuficiencia Cardíaca (IC).

Pacientes y método: En grupo de 184 pacientes con IC comparamos características clínicas de 64 (65,9 años. 87,5 % hombres) con DM2 vs 120 (63 años. 68,3% H) no DM. Además de parámetros analíticos, a todos pacientes se realizó ecocordio y MAPA 24 h. Los pacientes con DM2 recibieron más Bloqueantes SRA (93,8 vs 90%), pero menos Betabloqueantes. (78 vs 91,7%) y diuréticos (78 vs 85%).

Resultados: Los pacientes DM2 presentaron mayor ($p < .001$) prevalencia (%) de HTA (75 vs 46,7), Dislipemia (65,6 vs 28,3), Obesidad (47 / 43), y peor función renal (FGe: 64,7 vs 72,3 ml/min/1,75 m²). Etiología IC: HTA y / o Cardiopatía Isquémica: 75 vs 60%. No diferencias significativas en PAD entre grupos, pero pacientes con DM2 presentaron valores promedios superiores ($p < 0.05$) de PAS (mmHg). 24 h. (116/111), día (117/112 y noche (114/108); mayor PP 24 h. (50/46 mmHg), y frecuencia de patrón no dipper (84,7 vs 79,3%), así como hubo más pacientes con disfunción VI Moderada/ Severa (87,6 vs 81,7%) ($p < 0.05$)

Conclusión: En pacientes con IC, la DM2 y factores de riesgo asociados contribuyen a presentar más etiología hipertensiva-isquémica, mayor deterioro del patrón PA Sistólica/24 h, y peor función miocárdica. La DM2 puede considerarse como factor de riesgo para desarrollo y empeoramiento de la IC.

PÓSTER Nº 261

PREVALENCIA DE HIPERURICEMIA EN POBLACIÓN GENERAL EXTREMEÑA Y ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

C.J. CEBRIÁN ANDRADA (1), S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN (1), G. RANGEL HIDALGO (1),
M. JIMÉNEZ HERRERO (1), P.J. LABRADOR GÓMEZ (1), J.P. MARÍN ÁLVAREZ (1),
V. GARCIA- BERNALT FUNES (1), S. GALLEGO DOMÍNGUEZ (1), I. CASTELLANO CERVIÑO (1),
J.R. GÓMEZ- MARTINO ARROYO (1)

(1) HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: HIPERURICEMIA, PREVALENCIA, RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN

La evidencia sobre la relación entre concentraciones séricas elevadas de ácido úrico y la hipertensión y otros factores de riesgo cardiovascular es muy amplia. Además, los datos actuales sugieren que la hiperuricemia también podría aumentar el riesgo de desarrollar enfermedad renal y cardiovascular.

OBJETIVO

Analizar la prevalencia de hiperuricemia en la población general extremeña y su asociación con diferentes factores de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos todas las analíticas solicitadas desde atención primaria en 2010, excluyendo aquellas repetidas y seleccionando aquellas con mejor función renal de cada paciente. Medimos la prevalencia de la hiperuricemia y su relación con edad, glucemia, dislipemia, factores de riesgo CV, alteraciones bioquímicas de síndrome metabólico (SM), y grado de enfermedad renal crónica mediante un análisis multivariante.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 40454 analíticas, con edad media de 57,6 años +/- 18,5. De ellas el 59,1% son mujeres con los siguientes resultados: Edad (>65 mujeres, >55 hombres), RR 2,93(2,81- 3,06); GBA, RR 2,08(1,98- 2,18); DM2, RR 2,23(2,11- 2,35); Dislipemia, RR 1,43(1,36- 1,51); Un Factor de riesgo CV, RR 2,86(2,53-3,22); Dos factores de riesgo CV, RR 5,69(5,05- 6,41); Tres factores de riesgo CV, RR 7,7(6,89- 8,76); Sexo varón, RR 4,12(3,95- 4,3); ERC estadio 2 , RR 2,2(2,09- 2,32); ERC estadio 3^a, RR 6,56(6,14-7); ERC estadio 3B, RR 14,42(13,37- 15,57); ERC estadio 4, RR 18,22(16,45- 20,18); ERC estadio 5, RR 5,26(4,69- 5,9); SM 1 factor, RR 2,42(2,29- 2,56); SM 2 factores, RR 4,08(3,83- 4,33); SM 3 factores, RR 5,23 (4,82- 5,68); RCV alto o muy alto, RR 4,1(3,92- 4,28).

En análisis multivariante ajustado para edad, sexo y filtrado según CKD-EPI, alcanzaron significación estadística: RCV alto o muy alto, RR 1,25(1,17- 1,33); Dislipemia, RR 1,15(1,08- 1,22); SM con uno, dos o tres factores, RR 1,65(1,55- 1,75), RR 2,28(2,11- 2,46), RR 2,6(2,34- 2,89) respectivamente.

CONCLUSIÓN

La prevalencia en la población general extremeña de hipeuricemia es del 8.3% . Mediante un análisis multivariante se observa que independientemente de la edad, sexo o grado de función renal, la presencia de hipeuricemia aumenta de forma significativa en pacientes con Riesgo CV alto, dislipémicos o con alteraciones bioquímicas de síndrome metabólico.

PÓSTER Nº 262

ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y DE PROGRESIÓN RENAL EN POBLACIÓN DIABÉTICA

S. GONZÁLEZ SANCHIDRIÁN (1), C.J. CEBRIÁN ANDRADA (1), G. RANGEL HIDALGO (1),
M.C. JIMENEZ HERRERO (1), P.J. LABRADOR GÓMEZ (1), J.P. MARÍN ÁLVAREZ (1),
V. GARCÍA-BERNALT FUNES (1), M.S. GALLEGRO DOMÍNGUEZ (1), J.L. DEIRA LORENZO (1),
J.R. GÓMEZ-MARTINO ARROYO (1)

(1) HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: DIABETES, ALBUMINURIA, DAÑO RENAL

RESUMEN:

Propósito del estudio. La diabetes es, en la actualidad, la causa más frecuente de insuficiencia renal crónica terminal y la primera causa de tratamiento renal sustitutivo. Más de un tercio de los pacientes diabéticos desarrollan Nefropatía diabética, siendo la complicación microvascular más típica de la diabetes y la que conlleva una mayor morbimortalidad por enfermedad renal y cardiovascular. La albuminuria constituye el marcador clínico más precoz de Nefropatía diabética. En pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es habitual la presencia de albuminuria y nefropatía manifiesta en el momento, o poco después, del diagnóstico de diabetes, en estrecha relación con el tiempo de evolución de la enfermedad.

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la progresión de enfermedad renal en población diabética en el Área de Salud de Cáceres.

Métodos usados. Se ha llevado a cabo el análisis de las determinaciones analíticas solicitadas desde Atención Primaria correspondientes al Área de Salud de Cáceres en el año 2010, en mayores de 18 años, con niveles de glucemia superior o igual a 126 mg/dL. Se ha determinado el riesgo de progresión a enfermedad renal mediante filtrado glomerular (FG) por CKD-EPI y presencia de proteinuria, en orina de 24 horas o mediante Cociente Albúmina/Creatinina.

Resultados. Del total de analíticas, 5461 cumplían criterios de diabetes, correspondientes a pacientes con edad media de 68.7 ± 12.9 años, siendo el 51.2% mujeres. Únicamente el 41.5% de la muestra disponía de determinación de proteinuria.

La distribución de la población estudiada acorde con la función renal y el grado de proteinuria (diferenciando pacientes con albuminuria <30, entre 30-299 y >300) fue para FG >60 mL/min: 63.9%, 13.8%, y 2.2%; para FG 45-59.9 mL/min: 8.6%, 3%, y 0.9%; para FG 30-44.9 mL/min: 3.7%, 1.7%, y 0.8%; y para FG 15-29.9 mL/min: 0.5%, 0.5%, y 0.3%, para los niveles de albuminuria anteriormente indicados. De acuerdo con la estratificación del riesgo de enfermedad renal de Tonelli, el riesgo de progresión renal (medido por la tasa de eventos renales y de mortalidad global) sería muy alto en el 2.5% de los pacientes diabéticos (*Riesgo 4: 58.3 y 86.1/1000 pacientes-año*), alto en el 4.4% (*Riesgo 3: 12.7 y 53.1/1000 pacientes-año*), moderado en el 6.7% (*Riesgo 2: 4.6 y 46.2/1000 pacientes-año*), leve en el 22.4% (*Riesgo 1: 2.3 y 19.7/1000 pacientes-año*) y bajo en el 63.9% (*Riesgo 0: 0.7 y 8.9/1000 pacientes-año*).

Conclusiones. La determinación de albuminuria en población diabética constituye un marcador precoz de daño renal. Sin embargo, más del 50% de las analíticas evaluadas carecían de dicha determinación. El 13.6% de las analíticas con albuminuria corresponden a sujetos con riesgo de progresión renal de moderado a muy alto.

PÓSTER Nº 263

ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EL MOTIVO DE DERIVACIÓN A UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR

M.P. GONZÁLEZ GARCÍA (1), J. CEBOLLADA DEL HOYO (1), J. NAVARRO CALZADA (1)

(1) HOSPITAL CLÍNICO LOZANO BLESA. ZARAGOZA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, SCORE, HIPERTENSIÓN MAL CONTROLADA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: La estimación del riesgo cardiovascular (RCV) es una herramienta fundamental para establecer estrategias de control en el paciente hipertenso. Estudiamos si el motivo de derivación de pacientes a nuestra Unidad de hipertensión arterial (HTA) y RCV puede predecir de algún modo el RCV de los mismos.

MÉTODOS USADOS: Se realiza un registro de todos los pacientes vistos en nuestra Unidad como "primera visita" durante el periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2012. Se registra el motivo de derivación de cada uno de ellos a la Unidad, así como el Servicio o Unidad de procedencia. Se les realiza historia clínica y exploración, incluyendo parámetros antropométricos, presión arterial (PA) en consulta (media de 4 determinaciones de PA realizadas en condiciones adecuadas) y perfil lipídico, calculándose el RCV mediante el sistema SCORE para poblaciones de bajo riesgo (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, versión 2012).

RESULTADOS: Durante el citado periodo de tiempo 342 sujetos han sido vistos en nuestra Unidad como "primera visita", pudiéndose calcular el RCV mediante SCORE en 330. En los 12 restantes faltaba alguno de los factores necesarios para su cálculo; en la mayor parte el nivel de colesterol plasmático. Clasificamos a los sujetos en 10 grupos según el motivo de derivación a nuestra consulta. Grupo 1: "HTA mal controlada/ refractaria" (n=129, media edad 62,51 años); grupo 2: "Estudio de RCV en pacientes con trombosis retiniana" (n=46, media edad 58,24 años); grupo 3: "HTA de inicio" (n=48, media edad 47,5 años); grupo 4: "Crisis hipertensivas" (n=20, media edad 61,3 años); grupo 5 "HTA en pacientes con síndrome apnea hipopnea del sueño (SAHS)" (n=9, media edad 60 años); grupo 6: "Pacientes enviados para colocación de MAPA (discordancia de PA clínica y domiciliaria, bata blanca, enmascarada)" (n=11, media edad 59,27 años); grupo 7: "HTA gestacional-puerperal" (n=13, media edad 35,15 años); grupo 8 "Ictus-encefalopatía hipertensiva" (n=4, media edad 51 años); grupo 9 "Hipotensión arterial" (n=2, media edad 33,5 años); grupo 10: "Control de HTA, estudio HTA, intolerancia al tratamiento..." (n=48, media edad 52,93). Se obtiene la siguiente estratificación del RCV mediante SCORE en cada grupo: grupo 1: bajo 10,07%, moderado 38,75%, alto 21,70%, muy alto 29,45%; grupo 2: bajo 6,52%, moderado 56,52%, alto 21,73%, muy alto 15,21%; grupo 3: bajo 60,41%, moderado 29,16%, alto 8,33%, muy alto 2,08%; grupo 4: bajo 25%, moderado 30%, alto 15%, muy alto 30%; grupo 5: bajo 11,11%, moderado 44,44%, alto 11,11%, muy alto 33,33%; grupo 6: bajo 27,27%, moderado 45,45%, alto 9,09%, muy alto 18,18%; grupo 7: bajo 92, 30%, moderado 0%, alto 7,69%, muy alto 0%; grupo 8: 100% muy alto; grupo 9: 50% bajo y 50% moderado; grupo 10: bajo 37,5%, moderado 37,5%, alto 18,75%, muy alto: 6,25%.

CONCLUSIONES: En esta muestra encontramos que el motivo de derivación a nuestra Unidad de HTA y RCV se relaciona con un mayor o menor RCV. Tras el grupo remitido por ictus, que evidentemente tiene *per se* un RCV muy alto, el grupo de sujetos remitidos por HTA mal controlada-refractaria, seguido de los remitidos por crisis HTA y SAHS presentan mayores porcentajes de RCV alto y muy alto que el resto de pacientes estudiados.

PÓSTER Nº 264

VALOR PRONÓSTICO DEL TABAQUISMO EN EL COMBINADO MORBILIDAD CARDIOVASCULAR Y MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS

M. MARTÍNEZ RAMÍREZ (1), J.A. CARBAYO HERENCIA (1), L.M. ARTIGAO RÓDENAS (1),
J.A. DIVISÓN GARROTE (1), I. PONCE GARCÍA (1), F. MOLINA ESCRIBANO (1),
J. MONEDERO LA ORDEN (1), M.L. NAVARRO SÁNCHEZ (1), P. TORRES MORENO (1),
M. SIMARRO RUEDA (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: TABAQUISMO, MORTALIDAD, FACTORES DE RIESGO

RESUMEN:

Propósito del estudio: Evaluar la predicción del hábito tabáquico en la aparición de primeros eventos de origen cardiovascular no fatales y la mortalidad por todas las causas.

Métodos: Cohorte prospectiva de origen poblacional seguida durante una media de 10,8 años (DE=2,2 años). La muestra incluída fueron los participantes de 18 o más años tras una técnica de muestreo por conglomerados. Se expone el efecto que el tabaquismo ejerce sobre la supervivencia, calculando la probabilidad de la misma mediante el estimador de *Kaplan-Meier* y la diferencia entre los grupos mediante el test de rangos logarítmicos. Se ha ajustado el tabaquismo por sexo y edad mediante la aplicación de la regresión de *Cox*, tras comprobar el cumplimiento de la proporcionalidad de los riesgos instantáneos.

Resultados: Se han incluido en el estudio 1322 sujetos con una edad media de 48,1 años (DE=18,0), siendo 54,1% mujeres. Se declararon fumadores 431 sujetos (32,6%), ex fumadores 159 sujetos (12%) y nunca fumadores 732 (55,4%). Tras ajustar por las variables citadas, el tabaquismo permaneció como factor predictor en el combinado morbilidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas (*Hazard Ratio* [HR]=1,75 [IC 95%: 1,13-2,70]), P=0,01.

Conclusiones: El tabaquismo, ajustado por sexo y edad, presenta en nuestra población capacidad predictiva en la tasa de morbilidad cardiovascular y mortalidad por todas las causas (75% superior en los fumadores).

PÓSTER Nº 265

DIFERENCIAS DE PRESION INTERBRAZOS: CARACTERISTICAS DE UNA POBLACIÓN HIPERTENSA

J.J. GAITÁN VALDIZÁN (1), M.M. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), B.A. LAVÍN GÓMEZ (1), J.J. LÓPEZ GÓMEZ (1),
M.I. ARMENTIA GONZÁLEZ (2), P. MUÑOZ CACHO (3)

(1) C.S. PISUEÑA-CAYÓN. SARÓN, (2) C.S. LA VEGA-ZAPATÓN. TORRELAVEGA,
(3) GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA SCS. SANTANDER

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: DIFERENCIA DE PRESIÓN INTERBRAZOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO

La diferencia de presión entre brazos (DPIB), tanto sistólica (DPIBS) como diastólica (DPIBD) se ha asociado sobre todo con enfermedad arterial periférica (EAP) y es un factor de riesgo que puede predecir desarrollo de eventos cardiovasculares. La medición de la tensión arterial (TA) en ambos brazos puede ser un buen camino para seleccionar pacientes de alto riesgo asintomáticos en atención primaria.

El propósito del estudio es:

- 1) Determinar las características de una población hipertensa, no diabética con diferencias de TA sistólica y diastólica entre los 2 brazos superiores a 5 mmHg
- 2) Determinar prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (RCV)
- 3) Determinar relación entre diferencias de presión interbrazos significativas y riesgo cardiovascular medido por diferentes parámetros.

METODOLOGIA:

Se incluyeron en el estudio 264 hipertensos, no diabéticos, atendidos en un centro de salud rural.

Medición de la TA

Se tomó la TA simultáneamente en los 2 brazos con un aparato automático "WATCH BP OFFICCE. Microlife ABI", el cual puede usarse cuando el paciente presenta fibrilación auricular (FA). 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.

Cálculo de RCV

Se utilizó diferentes para parámetros: 1) escala de Framingham, usando lípidos (FGL); 2) escala de Framingham usando IMC (FGIMC) (las cuales determinan riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular a los 10 años); 3) escala SCORE, para países de bajo riesgo, usando colesterol total; y 4) escala SCORE para países de bajo riesgo calibrada con HDL, que determina riesgo de muerte por evento cardiovascular a los 10 años.

RESULTADOS

Se estudiaron 264 pacientes, 43% hombres, 43% <64 años, 25% <74 años y 32% > 75 años, media de edad: 67años hombres vs 68 mujeres; el 63% hombres tenían la TA controlada (inferior a 140/90 mmHg) vs 46% mujeres. La media de años de evolución de la HTA era de 11 años; 27% estaban con 1

fármaco el 62% con 2 fármacos, 7% con 3 y el 4% con 4 fármacos, el 80% de hombres y 66% mujeres estaban con IECAS, el 15% de hombre y 8% de mujeres tenían FA; el 70% de hombres y 87% de mujeres eran obesos con un perímetro abdominal >102, y 88cm. respectivamente. Por IMC el 43% de hombres y 62% mujeres eran obesos. Cuando medimos el RCV, por Score y ScoreHDL, ninguna mujer y el 15% de los hombres, tenía de alto riesgo, sin embargo cuando utilizamos la ecuación de FGL, el 55% de los hombres y el 7% de mujeres eran de alto riesgo y el 74% de hombres vs 20%, en FGIMC. Cuando hicimos una corrección para edad comparando ambas escalas, ya que FGL y FGIMC, se puede usar hasta 74 años, mientras que SCORE solo utiliza hasta 65 años, encontramos que el 41% de los hombres eran de alto riesgo (FGL >20) vs 4% de mujeres, y usando FGIMC el 46% de hombres y 5% de mujeres. En cuanto a la DPIBS el 25% tenían >5mm y el 6% >10mm., sobre todo en mayores de 75 años. No encontramos diferencias en DPIBD > 5mm por edades. No hubo diferencias por sexo y DPIB tanto sistólica como diastólica. No encontramos relación entre la DPIBS y DPIBD y RCV medido por ecuación de Framingham, calibrada tanto con lípidos o con IMC, y tampoco con SCORE o SCORE calibrado con HDL.

CONCLUSIONES

La medición de la TA simultáneamente en los 2 brazos es necesaria para diagnosticar el brazo con mayor TA, ya que podemos estar minimizando los valores. La DPIBS podría estar poniendo de manifiesto la rigidez de la pared arterial, ya que en nuestro estudio hemos comprobado que los pacientes de mas de 65 años tenían prevalencias mas altas de DPIBS y DPIBD, pero no detectamos la asociación entre DPIB y posibilidad de desarrollar eventos cardiovasculares en los próximos 10 años, sin embargo hemos detectado prevalencias mas bajas de DPIB, que en estudios publicados, quizás debido a la técnica usada en el estudio, de medición simultánea con un mismo dispositivo, que minimiza errores, y que hasta ahora no se ha utilizado en ningún estudio. Es una medida de bajo coste, asequible y que en la consulta debe servir para identificar mejor pacientes de alto riesgo.

PÓSTER Nº 266

APLICACION DE LA HEART SCORE DURANTE EL TRIAJE EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

G. PRADO PAZ (1), L. GARCIA (1), T. REQUENA (1), M. GARCIA (1)

(1) HOSPITAL DE MANISES. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: DOLOR TORACICO, HEART SCORE, TRIAJE DE ENFERMERIA

RESUMEN:

APLICACIÓN DE LA HEART SCORE DURANTE EL TRIAJE EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Palabras claves: Dolor torácico, HEART score, Triage de Enfermería

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarias, oscilando entre un 5-20%. Detectar la causa del dolor en poco tiempo y de forma precoz durante el triaje causa alarma, principalmente en los Síndromes Coronarios Agudos (SCA) sin elevación del segmento ST. La Heart Score calcula el riesgo de eventos cardiovasculares, basada en la Historia Clínica, Electrocardiograma (ECG), Edad, Factores de Riesgo y Troponina. Dando el valor de 0-2 puntos a cada uno de estos 5 criterios.

El objetivo de este estudio es valorar la aplicación de la Heart Score por Enfermería durante el triaje de pacientes con SCA sin elevación del segmento ST para facilitar a enfermería la toma de decisiones en el momento de asignar un nivel de prioridad que ayuden al paciente a tener un diagnóstico y tratamiento médico en el tiempo adecuado.

METODO

Se analizarán prospectivamente todos los pacientes que acudan a Urgencias Hospitalarias por dolor torácico durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2013. Se excluirán todos los pacientes que tras ingresar en el hospital presenten dolor torácico con elevación del segmento ST.

El seguimiento del paciente se realizará mediante la historia clínica informatizada: si permanece en Observación, desarrolla Infarto Agudo de Miocardio (IMA), se realiza Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP)/Stent, éxitus o es dado de alta. A los pacientes con Heart score ≤ 3 puntos se les realizará seguimiento mediante la historia clínica a la 1ra semana de su Alta desde Urgencias.

Se realizará un análisis estadístico descriptivo, los resultados se expresarán como medias, porcentajes, método de Kaplan Meier para calcular los pacientes libres de eventos cardiovasculares. Para determinar las diferencias entre los grupos se calculará la T-Student y el Test de Fisher. Se calculará el porcentaje de pacientes que haya desarrollado un IMA en cada grupo de la Heart score. La significancia estadística se definirá con $p < 0,05$.

Criterios de Heart score

Historia clínica

Valor 0: Ausencia de dolor torácico típico, localización, irradiación, otros síntomas acompañantes, momento de aparición y duración, relación con el esfuerzo, frío, estrés, relación con los nitratos sublinguales.

Valor 1: Si alguno de los criterios anteriores está presenta y genera sospecha aunque otros estén ausentes.

Valor 2: Presencia de dolor torácico típico

ECG

Valor 0: Normal

Valor 1: Anormalidades en la repolarización y anomalías de la repolarización (talvez por la toma de Digoxina), bloqueo de rama, signos de hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

Valor 2: Elevación o descenso del segmento ST en ausencia de bloqueo de rama, HVI o la toma de Digoxina.

Edad

Valor 0: Menor de 45años

Valor 1: 45-65 años

Valor 2: Mayor de 65años

Factores de Riesgo

Diabetes Mellitus (DM), Fumar (actualmente o hasta hace menos de 1mes), Hipertensión Arterial (HTA), Dislipemia (DL), historia familiar de enfermedad coronaria y obesidad.

Valor 0: Ningún factor de riesgo.

Valor 1: Presencia de 1-2 factores de riesgo.

Valor 2: Presencia de 3 o más factores de riesgo. Antecedente Personal de IMA, ACV, Cateterismo cardíaco o enfermedad arterial periférica.

Troponina

Valor 0: Menor de valor de laboratorio considerado positivo.

Valor 1: Nivel de 1-2 veces superior del valor de laboratorio considerado positivo.

Valor 2: Nivel de más de 2 veces del valor de laboratorio considerado positivo.

RESULTADOS

Actualmente no se dispone.

PÓSTER Nº 267

RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA PRIMERA VISITA A UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

N. ALDEZÁBAL POLO (1), B. MORA HERNÁNDEZ (1), M. BARRIENTOS GUERRERO (1),
L. ACEVEDO AYALA (1), E. BELLO MARTÍNEZ (1), A. TORRES DO REGO (1), E. DONIS SEVILLANO (1),
L. ÁLVAREZ-SALA WALTHER (1), F.J. RODRÍGUEZ (1)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: HTA, RCV, 1^a VISITA

RESUMEN:

PROPÓSITOS

La HTA es una enfermedad asintomática. Varios estudios muestran que es importante estratificar el RCV en pacientes hipertensos, pero a menudo no se hace. Nuestro objetivo fue describir el riesgo cardiovascular (RCV) en una población hipertensa en su primera visita a nuestra unidad y su relación con el patrón no dipper, la proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) y la excreción urinaria de albúmina (EUA).

MÉTODOS

Diseñamos un estudio retrospectivo donde incluimos pacientes vistos por primera vez en una Unidad de HTA en el hospital durante el año 2011. Recogimos las siguientes variables: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), hábito tabáquico, diabetes (DM), dislipemia, enfermedad renal crónica, historia de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o enfermedad arterial periférica, PCRus, excreción urinaria de albúmina (EUA), monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), ecocardiograma, fondo de ojo y RCV calculado por SCORE (versión específicamente calibrada para España, 2007).

Todos los análisis estadísticos fueron realizados utilizando la versión 18.0 de SPSS.

RESULTADOS

Incluimos 83 pacientes, con una edad media de 55 ± 16 años, 43% hombres. El RCV total fue estratificado en bajo (20%), moderado (47%), alto (20%) y muy alto (14%). El 11% eran diabéticos y el 5% habían tenido un evento cardiovascular previo. El 51.4% tenía hipertrofia ventricular izquierda (medida por el método ASE y corregido por Devereux) y el 36% tenía disfunción diastólica. El 40% de los pacientes tenía EUA patológica y el 32% retinopatía. El 32% tenían patrón no dipper. El 16% tenía una PCRus > 0.5 mg/dl, lo cual estaba asociado con la presencia de DM ($p = 0.016$). Obtuvimos una relación lineal directa de la PCRus con la edad ($r = 0.3$) y la EUA ($r = 0.7$). Encontramos una asociación estadísticamente significativa de la retinopatía hipertensiva grado 3-4 con el ictus y la arteriopatía periférica ($p < 0.01$). La EUA se asoció con un perímetro abdominal mayor (105.7 ± 13 cm vs 85.7 ± 11.2 cm, $p = 0.002$). También hallamos una relación estadísticamente significativa entre EUA y sexo masculino ($p = 0.034$), hábito tabáquico ($p = 0.003$), LDL ($p = 0.002$) y patrón no dipper ($p = 0.047$).

CONCLUSIONES

1. Observamos que el RCV moderado-alto y el daño de órgano diana eran muy comunes en la 1^a visita.
2. Muchos pacientes tienen factores de RCV asintomáticos como HVI, patrón no dipper y una EUA elevada, requiriendo actitudes más agresivas.

3. En nuestro estudio, la PCRus elevada es más común en pacientes con DM pero no se asocia con otros factores de RCV.

PÓSTER Nº 268

RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN SCORE Y GUÍA EUROPEA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

P.E. VELIZ TERCEROS (1), M.C. PEREZ FERNANDEZ (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 HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Conocer el perfil clínico y terapéutico, así como valorar el riesgo cardiovascular (RCV) según las tablas de estratificación SCORE y Guía Europea para el manejo de la Hipertensión Arterial (GEH), en la población a la que se le recomienda hacer una valoración del RCV.

MÉTODOS USADOS:

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Zona Básica de Salud Ávila Norte.

Población de estudio: 376 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", y que acudieron a la consulta de Atención Primaria por cualquier motivo. Muestreo no probabilístico consecutivo.

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 y GEH.

Análisis estadístico: estadística descriptiva univariante y bivariante. Todas las pruebas se han realizado con un nivel de confianza del 95% a nivel bilateral. Programas estadísticos: SPSS v.15.0 y Epidat versión 3.1.

Aspectos éticos: en todo momento se ha respetado la Ley de Protección de Datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre), así como las normas de Buena Práctica Clínica vigentes y los requisitos de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS:

El 56,4% de los sujetos estudiados eran mujeres con una mediana de edad de 61,5 años. El 43,6% tenían HTA, el 24,2% DM, el 49,2% dislipemia y el 18,6% eran fumadores. En cuanto a las complicaciones microangiopáticas el 3,5% presentaban retinopatía diabética avanzada, el 5,1% nefropatía subclínica y el 4,5% clínica. Respecto a las complicaciones macroangiopáticas el 5,3% habían sufrido un evento cerebrovascular, el 10,6% cardiovascular y el 2,9% tenían arteriopatía periférica. La mediana del IMC fue de 27,1 Kg/m² y del perímetro abdominal 95,4 cm (IC95%: 94,1-96,7).

Las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) observadas en función del sexo fueron respecto a HTA, DM, tratamiento con insulina, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, hipertrofia de ventrículo izquierdo, microalbuminuria, nefropatía subclínica, IAM, angor, revascularización coronaria,

retinopatía avanzada, claudicación intermitente, arteriopatía periférica, RCV según SCORE y GEH, perímetro abdominal, peso, talla, PAD, glucemia basal, HbA1c, colesterol total, HDL, LDL, TAG, paquetes/año y creatinina plasmática.

Según SCORE el 55,3% mostraron un RCV bajo (<2,5%), un 18,9% intermedio (2,5%-4,9%) y un 25,8% alto ($\geq 5\%$). Según GEH el 28,7% presentaban un RCV bajo (referencia + bajo), el 17,8% intermedio (moderado) y el 53,5% alto (alto + muy alto). De los casos clasificados como RCV bajo según SCORE, el 49% coincidían con la GEH, sin embargo, un 19,2% la GEH los clasificaba como intermedio y un 31,7% como alto ($p < 0,05$). De los casos clasificados como RCV intermedio por SCORE el 25,4% coincidían con la GEH, pero un 5,6% la GEH los clasificaba como bajo y un 69% como alto ($p < 0,05$). De los clasificados como RCV alto según SCORE el 88,7% coincidían con la GEH, sin embargo, un 2,1% la GEH los clasificaba como bajo y un 9,3% como intermedio ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN: en Castilla y León se utiliza de forma sistemática la tabla SCORE para la valoración del RCV, que predice el riesgo de mortalidad cardiovascular en los próximos diez años. Casi un tercio de los pacientes con riesgo bajo y más de dos tercios de los pacientes con riesgo intermedio de mortalidad cardiovascular presentan un riesgo elevado de eventos cardiovasculares como indica la GEH. Por ello, es necesario en los pacientes con SCORE bajo o intermedio aplicar también la valoración de evento cardiovascular según las recomendaciones de la GEH, con el fin de instaurar un correcto plan terapéutico.

PÓSTER Nº 269

MANEJO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: RESULTADOS INTERMEDIOS

V. GINER (1), A. CUCÓ (2), A. GENOVÉS (3), L. CAMPOY (3), V. ALEMANY (2), A. MILÁN (3),
J. MARTÍNEZ (2), R. SANTISTEBAN (2), C. OLIVARES (3), T. QUILIS (2)

(1) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VERGE DELS LLIRIS. ALCOY (ALICANTE), (2) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. ALCOY (ALICANTE), (3) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA. ELDA (ALICANTE)

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS TIPO 2, RIESGO CARDIOVASCULAR, FACTORES DE RIESGO

RESUMEN:

Propósito del estudio

Conocer el grado y estrategias de control de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de la población con DM2 atendida en Atención Primaria (AP) de los Departamentos de Salud de Alcoy y Elda (Alicante).

Métodos usados

Estudio observacional, transversal, multicéntrico, con reclutamiento consecutivo de pacientes con DM2 que consultan a su cabecera por cualquier motivo y seguidos en consultas de AP durante al menos el año previo a la inclusión. Se definieron variables de control valores de PA (promedio de tres)

Resultados

Se analizan los primeros 97 de los 200 pacientes incluidos, con $70 \pm 10,1$ años de edad (44,3% varones) y una DM2 de $10,3 \pm 7,4$ años de evolución tratados con $4,1 \pm 2,8$ fármacos diarios. La prevalencia de los principales FRCV fue: 76,3% dislipemia; 76,3% SM; 70,1% y 78,4% Ob central por criterios ATP III y Consenso 2009 respectivamente; 71,1% HTA; 46,4% Ob (IMC > 29 Kg/m²); 18,6% tabaquismo. Un 23,7% de pacientes estaba en prevención secundaria (14,4% cardiopatía isquémica, 6,2% vasculopatía periférica, 4,1% AVC y 3,1% insuficiencia cardíaca crónica). El RCV superior al 10% a 10 años fue del 75% en hombres y en el 35,5% de mujeres según Framingham, riesgo moderado en 6,2% de pacientes según REGICOR y riesgo añadido muy alto en el 5,2% según SEH; según UKPDS un 12,4, 5,2, 17,5% presentaban riesgo muy alto de EC no fatal, EC fatal y AVC no fatal. La tasa de control (valores medios) de LDL, HbA1c y PA para el total de la muestra fue 55,7% ($98,5 \pm 30,8$ mg/dL), 56,7% ($7 \pm 1,1$ %), y 38,1% ($141/77 \pm 19/10$ mmHg). Un 37,1 y 12,4% de pacientes presentaba 2 y 3 FRCV controlados. Respecto del resto de diabéticos, aquellos con 3 FRCV controlados se caracterizaron por presentar diferencias significativas en los valores analíticos de LDL ($101,07 \pm 12,2$ vs. $78,7 \pm 31,7$ mg/dl; $p=0,018$) y HbA1c ($7,2 \pm 1,2$ vs. $6,4 \pm 0,3$; $p=0,036$), PA sistólica (178 ± 19 vs. 173 ± 5 mmHg; $p=0,002$). La prevalencia de global de SM era más elevada entre aquellos que no tenían los FRCV controlados (72,8 vs. 6,5%; $p=0,007$) según criterios ATP III (59,8 vs. 4,3%; $p=0,017$), IDF 2005 (70,8 vs. 6,7%; $p=0,014$) y Consenso (72 vs. 6.8 %; $p=0,006$). En relación al RCV añadido alto y muy alto según SEH 2007 también se

observaron diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes (Con vs. Sin SM: 55,6 vs. 4,8%; 7,9 vs. 0%; $p=0,047$).

Conclusiones

La población DM2 presenta un elevado RCV expresado por las diferentes escalas de riesgo existentes así como por una elevada tasa de pacientes en prevención secundaria o portadores de SM. En contra de lo reportado en estudios previos, la tasa de control de los FRCV de forma aislada es elevada, siendo la tasa de control conjunta muy baja y no relacionada con el RCV absoluto individual.

PÓSTER Nº 270

CUESTIONES TECNICAS EN RELACIÓN A LA DETERMINACION ECOGRAFICA DEL GROSOR INTIMA-MEDIA DE LA CAROTIDA (CIMT)

J. ALMIRALL (1), L. BETANCOURT (1), J.R. FORTUÑO (2), S. DE LAMO (2),
J.C. MARTÍNEZ-OCAÑA (1), A. BETRIU (3)

(1) SERVEI DE NEFROLOGIA, CORPORACIÓ PARC TAULÍ. DEPARTAMENT DE MEDICINA-UNIVERSITAT
AUTÓNOMA DE BARCELONA (UAB). SABADELL, (2) SERVEI DE RADIOLOGIA, UDIAT. SABADELL,
(3) NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. UDETMA. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

PALABRAS CLAVE: INTIMA-MEDIA CAROTIDEA, ATROSCLEOSIS, ECOGRAFIA

RESUMEN:

Introducción: La determinación del CIMT es una técnica no invasiva aceptada para la valoración del estado aterosclerótico. Sin embargo, la evidencia de que su determinación mejore la capacidad predictiva en la valoración del riesgo cardiovascular es poco consistente. Por otra parte, existen una serie de dificultades de tipo técnico, metodológico y de habilidades del examinador que le confieren una notable variabilidad, hecho que complica la interpretación y comparación de los resultados. Estas dificultades, junto con el tiempo necesario para su determinación y el coste de los equipos, han hecho que por el momento haya sido poco introducida en la práctica clínica habitual. El desarrollo de programas semiautomáticos de análisis puede reducir la variabilidad, disminuir la subjetividad y hacer más fácil la determinación del CIMT.

Propósito del estudio: comparar la reproducibilidad de los datos obtenidos del CIMT en un escenario poco favorable como es partir de análisis efectuado dos ecografistas distintos, utilizando dos equipos ecográficos distintos y analizando las imágenes mediante dos sistemas semiautomáticos de lectura distintos.

Métodos usados:

Diseño: estudio observacional comparativo. **Sujetos:** se han estudiado 15 pacientes consecutivos del proyecto PREVEO: 11 hombres y 4 mujeres. **Edades:** 51±11 años. **Medidas e intervenciones:** equipos utilizados: 1-Siemens-Antares, software SyngoUSWokplace 3.0 y 2-Esaote-MyLab25Gold, software IIMT (Paris). Se ha medido el CIMT a nivel de la pared distal de la carótida común, bulbo y carótida interna

Resultados: media±DS: Carótida-común: (siemens vs esaote): 0,45±0,09 vs 0,68±0,15 (diferencia: -0,216±0,13), Coef de correlación: 0,54. Bulbo: 0,64±0,24 vs 0,75±0,16 (diferencia: -0,11±0,21), Coef de correlación: 0,50. Carótida-interna: 0,58±0,17 vs 0,67±0,11 (diferencia: -0,09±0,16), Coef de correlación: 0,47.

Conclusiones: Los datos muestran una considerable variabilidad de los resultados al hacer coincidir tres condiciones diferenciales (ecografista, ecógrafo y software de lectura). Los valores obtenidos con el sistema de Siemens son inferiores a los que se obtienen con el de Esaote. Lo más preocupante es la obtención de coeficientes de correlación bajos. Consideramos que debe mejorarse la tecnología y los

protocolos con la finalidad de poder homogeneizar los resultados poder establecer comparaciones entre distintos grupos.

The logo for the 10th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 10). The letters 'SHE' are stylized with a red and blue outline, and the number '10' is large and black.

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

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Ensayos clínicos

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 271

REPRODUCIBILIDAD DEL EFECTO DE BATA BLANCA EN EL ÁMBITO DE UN ENSAYO CLÍNICO

N.M. GONZÁLEZ SENAC (1), J.R. BANEGAS (2), J. GARCÍA PUIG (1)

(1) UNIDAD METABÓLICO-VASCULAR, HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID, (2) DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ENSAYOS CLÍNICOS

PALABRAS CLAVE: EPIDEMIOLOGÍA, ENSAYO CLÍNICO, EFECTO DE BATA BLANCA

RESUMEN:

Propósito del estudio

El efecto de bata blanca (EBB) se puede definir como la diferencia entre los valores medios de presión arterial (PA) clínica y ambulatoria diurna.

El EBB suele atenuarse o desvanecerse con el paso del tiempo, pero algunos pacientes continúan teniendo una respuesta de alerta en las visitas repetidas al mismo médico. Sin embargo, su persistencia a largo plazo es poco conocida. Si el EBB fuera reproducible, se podría utilizar en la práctica clínica para anticipar la PA real de un paciente ante medidas elevadas en la consulta.

Examinamos preliminarmente si el EBB se mantiene a lo largo del tiempo en pacientes hipertensos tratados. Aunque este estudio se realiza en el marco de ensayo clínico, estudios previos indican que no hay razones para pensar que el EBB sea un artefacto debido al ámbito de estudio o de la práctica clínica.

Métodos usados

Estudiamos 83 pacientes con HTA esencial atendidos en una consulta hospitalaria especializada de riesgo vascular en el seno de dos ensayos clínicos para evaluar la eficacia de nuevas combinaciones de antihipertensivos basados en ARA-2.

En ambos ensayos se registraba la PA clínica (medida con aparato OMRON E907) y ambulatoria de 24h (tensiómetro Spacelabs 90207) al inicio de cada estudio (pre-randomización) y a los seis meses, siguiendo métodos estandarizados. Para el presente análisis, utilizamos la media de 2-3 medidas de PA casual y la media ambulatoria diurna.

Resultados

La edad media (\pm DE) de los 83 pacientes estudiados (12 mujeres) fue 61,1 años (\pm 9,4 años). El 73,5% de los pacientes tenía obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), el 71,1% dislipemia, el 15,7% eran fumadores, y el 40% tenían antecedentes de evento cardiovascular.

La diferencia de las medias de PA casual y ambulatoria diurna (EBB) fue mayor en la visita basal (12,7 mmHg para la PAS y 4,5 mmHg para la PAD) que a los seis meses (9,5 y 1,4, respectivamente).

La correlación del EBB entre ambas visitas fue baja ($<0,3$), tanto utilizando el coeficiente de correlación de Pearson como el intraclass (que tiene en cuenta la variabilidad de las medidas de la PA para cada sujeto).

Cuando consideramos sólo a los 34 pacientes con una diferencia en PAS >15 mmHg entre visitas, la correlación siguió siendo muy baja (0,12). Las correlaciones tampoco variaron al ajustar por edad o sexo, o al analizar cada uno de los ensayos considerados por separado (datos no mostrados). Un 25% de los pacientes mantuvo en el tiempo un EBB apreciable (> 15-20 mmHg en la PAS).

Conclusiones

Este estudio preliminar sugiere que el EBB no es reproducible a largo plazo en hipertensos tratados y estudiados en el ámbito de un ensayo clínico.

Estos hallazgos pueden deberse a la intervención terapéutica propia del ensayo clínico y al consecuente descenso de la PA. Un diseño más uniforme para examinar la reproducibilidad del EBB debería examinar pacientes que no requieran tratamiento antihipertensivo, o en los que éste se mantuviese estable.

PÓSTER Nº 272

ESTUDIO DE INTERVENCIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA EN UNA POBLACIÓN LABORAL DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: 12 MESES DE SEGUIMIENTO. RESULTADOS PRELIMINARES

E. CALVO BONACHO (1), M.V. CORTÉS ARCAS (2), M.T. GARCÍA MARGALLO (2),
M.Á. ZAMORA RAMIREZ (1), S. SANTAMARÍA CARMONA (1), S. MUÑOZ GARCÍA (1),
P. MARTÍNEZ MUÑOZ (1), J.C. SAINZ GUTIÉRREZ (1), M. CABRERA SIERRA (1),
A. FERNÁNDEZ MESEGUER (1)

(1) IBERMUTUAMUR. MADRID, (2) SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE IBERMUTUAMUR. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ENSAYOS CLÍNICOS

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, ESTILOS DE VIDA, SCORE

RESUMEN:

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es el de mejorar el nivel de prevención en Medicina del Trabajo, demostrando que las recomendaciones de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular (estilo de vida y objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular) son alcanzables y sostenibles, mediante la evaluación de esta estrategia, con recomendaciones y consejos de intensidad variable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: ensayo controlado aleatorizado multicéntrico prospectivo. Un total de 193 trabajadores de alto riesgo cardiovascular que asistieron a los reconocimientos médicos rutinarios (RM) y aceptaron participar en el estudio, fueron reclutados durante dos años. Se aplicó un cuestionario estructurado, se realizó examen físico y se obtuvieron parámetros bioquímicos en todos los casos. El riesgo cardiovascular se estratificó mediante SCORE europeo para países de bajo riesgo, como bajo, moderado o alto. Los sujetos fueron asignados al azar en tres grupos: a dos grupos de intervención se evaluó el grado de conocimiento de los pacientes con respecto a las recomendaciones y el grado de modificación del estilo de vida y la adherencia a las recomendaciones médicas [presencial (P) y telefónico (T) en el 1º, 4º y 8º mes] y un grupo control (C) (cuidado habitual). El SCORE fue evaluado en el segundo RM (un año después del primero) en los tres grupos. Este análisis forma parte de la muestra total calculada de 990 casos que se han estimado para contrastar la hipótesis. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica. Se utilizó estadística descriptiva para informar sobre los cambios en el SCORE y se utilizaron métodos bivariados clásicos para evaluar estadísticamente las diferencias de prevalencia.

RESULTADOS:

No se observaron diferencias en cuanto edad, sexo u ocupación entre los grupos P, T, y C ($p = 0,181$, $p = 0,076$ y $p = 0,233$, respectivamente). Se observaron diferencias significativas en cuanto a la mejoría del SCORE (n /%) entre los dos reconocimientos en los tres grupos P, T y C: 11 (29,7%), 9 (22%) y 5 (9,3%), respectivamente ($p = 0,032$).

CONCLUSIONES:

Estos resultados preliminares muestran efectos beneficiosos sobre el riesgo cardiovascular global. La intervención presencial resulta ser la estrategia más eficaz. El consejo médico entregado con el informe de los reconocimientos médicos, constituye una gran oportunidad para lograr estos objetivos.

PÓSTER Nº 273

MODIFICACION MECANISMOS INDUCTORES DE LA HTA EN EL SAHS CON TERAPIA CPAP

J. NAVARRO CALZADA (1), J. COSTAN GALICIA (1), P. CIA GOMEZ (1),
A. MARTINEZ-BERGANZA ASENSIO (1), P. GONZALEZ GARCIA (1), J. CEBOLLADA DEL HOYO (1),
M.E. NAVARRO AGUILAR (1), A. GARCIA NOAIN (1), C. GOMEZ DEL VALLE (1),
M.J. IGUZQUIZA PELLEJERO (1)

(1) HCU LOZANO BLESA. ZARAGOZA

ÁREA TEMÁTICA: ENSAYOS CLÍNICOS

PALABRAS CLAVE: SAOS, HTA, CPAP

RESUMEN:

Propósito: Se intenta objetivar si en algunos de los mecanismos inductores de la HTA en el SAOS se producen variaciones significativas tras el uso de la terapia CPAP. Y si ello se correlacionaba con una reducción de las cifras de PA mediante una MAPA de 24 horas. Para ello se han seleccionado dos mecanismos, la hiperactividad simpática y la alteración del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA).

Métodos: Se realizó a 47 pacientes hipertensos con SAOS (IAH medio 47,6) un estudio previo a la colocación de la CPAP que incluyó una MAPA de 24 horas, una determinación de catecolaminas en orina de 24 horas y una determinación de aldosterona plásmica y en orina de 24 horas. Más de la mitad de los pacientes estaban bajo tratamiento farmacológico de la HTA. Tras al menos 3 meses de tratamiento con CPAP se les realizó una nueva valoración de estos parámetros.

Resultados:

		Media	Desv. típica	I.C. media (95%)
TAS 24h	antes CPAP	136,22 mmHg	20,56	128,82 - 139,69
	después CPAP	129,11 mmHg	15,98	123,96 - 134,26
TAD 24h	antes CPAP	80,11 mmHg	13,40	75,83 - 82,98
	después CPAP	75,43 mmHg	9,60	72,34 - 78,53
TAS Día	antes CPAP	138,81 mmHg	21,14	131,58 - 142,80
	después CPAP	133,41 mmHg	16,83	127,98 - 138,83
TAD Día	antes CPAP	81,73 mmHg	14,56	77,24 - 85,14
	después CPAP	78,95 mmHg	10,04	75,71 - 82,18
TAS Noche	antes CPAP	134,59 mmHg	21,53	126,42 - 137,83
	después CPAP	122,49 mmHg	15,53	117,48 - 127,49
TAD Noche	antes CPAP	78,24 mmHg	13,95	73,54 - 80,92
	después CPAP	70,54 mmHg	9,90	67,35 - 73,73

		Media	Desv. típica	I.C. media (95%)
ALDOSTERONA plasma	antes CPAP	135,84 pg/ml	67,02	108,09 - 142,16
	después CPAP	79,68 pg/ml	41,52	66,45 - 112,64
ALDOSTERONA orina	antes CPAP	14,31 pg/ml	5,45	11,38 - 14,80
	después CPAP	8,77 pg/ml	6,39	6,05 - 11,38
METANEFRIAS	antes CPAP	140,88 µg/24h	55,46	119,57 - 162,20
	después CPAP	123,60 µg/24h	41,08	103,47 - 143,73
NORMETANEFRIAS	antes CPAP	335,58 µg/24h	175,44	268,14 - 403,02
	después CPAP	275,68 µg/24h	110,47	221,55 - 329,81
AC.VANILMANDELICO	antes CPAP	3,30 mg/24h	1,84	2,60 - 4,01
	después CPAP	2,87 mg/24h	0,80	2,46 - 3,27

Se realizó un análisis estadístico de los resultados. Si la variable se comportaba como continua se aplicó el test de la t de Student para muestras pareadas, si se cumplían las hipótesis necesarias, sino se utilizó la técnica no paramétrica de la prueba de Rangos y Signos de Wilcoxon.

Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en las variaciones de las TA de 24 horas y las nocturnas tras al menos tres meses de tratamiento con CPAP. Así como sucedió en los cambios de la aldosterona tanto plasmática como urinaria y el ácido vanilmandélico, de antes de la terapia con presión positiva continua a después del periodo de seguimiento.

Conclusiones:

Nuestro estudio muestra que existe una modificación de parámetros de los mecanismos productores de la HTA en el SAHS que se relacionan con la mejora en el control de las cifras de TA de 24 horas y nocturnas en pacientes con estas dos patologías. Esto nos orienta a que con el CPAP estamos tratando los procesos fisiopatológicos de la HTA en estos sujetos mejorando su control y por tanto su evolución posterior.

PÓSTER Nº 274

EFFECTO NEFROPROTECTOR DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA D NUTRICIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA NO EN DIÁLISIS. ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO

P. MOLINA VILA (1), D. MOLINA COMBONI (1), A. SERRATO VILLALBA (1), S. BELTRAN CATALAN (1), V. ESCUDERO QUESADA (1), J.L. GORRIZ TERUEL (1), L.M. PALLARDÓ MATEU (1)

(1) SERVICIO DE NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR PESET. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: ENSAYOS CLÍNICOS

PALABRAS CLAVE: PROTEINURIA, VITAMINA D, COLECALCIFEROL

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN. Más allá de sus efectos calciotrópicos, el estímulo del receptor de la vitamina D se ha relacionado con la disminución de proteinuria. Aunque este efecto renoprotector está bien establecido en ensayos clínicos utilizando análogos selectivos de la vitamina D (paricalcitol), el efecto de la vitamina D nutricional no ha sido bien establecido.

OBJETIVOS. Determinar el efecto de la suplementación de vitamina D nutricional mediante colecalciferol oral, en la proteinuria y progresión renal, junto con otros marcadores del metabolismo óseo-mineral.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio de intervención controlado de 230 pacientes (edad 75±11 años; 49% mujeres; 43% diabéticos) con ERC estadios 3-4 no en diálisis (77% estadio 3) divididos en dos grupos según los niveles basales de PTH. Los pacientes (n=117; 51%) con niveles de PTH aumentados recibieron tratamiento con colecalciferol oral (666 UI/día) mientras que los pacientes sin hiperparatiroidismo constituyeron el grupo control (n=113; 49%). Se analizaron variables clínicas y analíticas tras el tratamiento (seguimiento medio: 7.5±3.5 meses). Se excluyeron pacientes en tratamiento con quelantes del fósforo o vitamina D activa. El seguimiento medio fue de 7.2±3.7 meses.

RESULTADOS. Se observó en el grupo de pacientes tratados un aumento significativo en los niveles de 25(OH)vitamina D junto con una reducción en la proteinuria y una tendencia a la estabilización de la función renal, en ausencia de cambios en el peso, la presión arterial y el tratamiento antihipertensivo (ver tabla). En dicho grupo se observó además una mejoría del hiperparatiroidismo y un pequeño aumento pero significativo de los niveles de P.

CONCLUSIONES. Además de mejorar el hiperparatiroidismo, la administración de colecalciferol disminuyó la proteinuria y retrasó la progresión de la función renal.

	Cholecalciferol (n=117)			Control (n=113)		
	Basal	Post	<i>p</i>	Basal	Post	<i>p</i>
25(OH)D (ng/mL)	16.5 ± 5.9	25.1±7.3	0.000	21.9 ± 6.2	20.4±8.0	0.000
PTHi (pg/mL)	117.9 ± 53.4	98.4±56.3	0.000	59.4 ± 17.2	70.3±30.2	0.000
Ca _{alb} (mg/dL)	9.3 ± 0.4	9.4± 0.4	0.127	9.3 ± 0.4	9.3±0.4	0.213
P (mg/dL)	3.6 ± 0.5	3.7±0.6	0.000	3.6 ± 0.6	3.7±0.6	0.050
CaxP (mg ² /dL ²)	33.3 ± 4.6	34.9±5.9	0.000	33.3 ± 5.2	34.5±5.0	0.039
Cr (mg/dL)	1.8 ± 0.5	1.8 ± 0.6	0.119	1.6 ± 0.5	1.7 ± 0.5	0.014
FGe (mL/min/1.73m ²)	38.0 ± 11.0	36.8 ± 12.8	0.127	41.5 ± 10.8	39.7 ± 11.4	0.013
Albuminuria (mg/g)	305.3±551.3	221.1±353.2	0.008	206.9±379.7	262.2±464.6	0.036

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with red and blue outlines, and the number '18' is large and black. To the right of the logo, the text 'Reunión Nacional Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial' is written in a blue serif font.

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

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Tratamiento no farmacológico

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 275

INFLUENCIA DE LA BALNEOTERAPIA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL. "ESTUDIO BALNEOTENS"

M.R. MARTÍNEZ GUILLAMÓN (1), J. ABELLÁN HUERTA (1), M. LEAL HERNÁNDEZ (1), P. GÓMEZ JARA (1),
J. GARCÍA-GALBIS MARÍN (1), F. HERNÁNDEZ MENARGUEZ (1), E.J. ORTÍN ORTÍN (1),
F. LAFUENTE SALANOVA (1), F. MARTÍNEZ MONJE (1), J. ABELLÁN ALEMÁN (1)

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

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: INFLUENCIA, BALNEOTERAPIA, PRESIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

Propósito del estudio: analizar si la estancia en un centro termal y el tratamiento con aguas mineromedicinales sulfuradas y peloides aplicados por vía tópica se correlaciona con cambios en la presión arterial.

Métodos usados: se trata de un estudio clínico observacional de una cohorte de individuos del programa de Termalismo Social del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de Murcia (IMSERSO) en la que se monitorizan las cifras de presión arterial antes de comenzar el tratamiento termal y después de terminar dicho tratamiento. Se seleccionan aleatoriamente 53 individuos de un total de 574 que acuden al Balneario de Archena (Murcia) a realizar tratamiento termal durante 10 días entre noviembre de 2011 y marzo de 2012. No existe un rango de edad y se valora tanto individuos hipertensos como no hipertensos. El procedimiento experimental es el siguiente: a su llegada al balneario se les realiza historia clínica y exploración física en la que se recogen variables antropométricas, presión arterial y antecedentes personales (Factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares). Previo al tratamiento balneoterápico los pacientes se practican un total de 18 automedidas de la presión arterial (AMPA) del siguiente modo: 6 antes del desayuno, 6 antes de la comida y 6 antes de la cena. El día previo antes de abandonar el Balneario, mediante AMPA se volvería a realizar el mismo proceso (6 automediciones antes del desayuno, otras 6 antes de la comida y 6 antes de la cena). También se les realizó una medición clínica aislada (sentado y en bipedestación) de la presión arterial antes y después del tratamiento.

Resultados: De los 53 pacientes seleccionados, abandonando el estudio 3. Un paciente, no quiso realizar la automedida después del registro del desayuno. Dos pacientes, no realizaron adecuadamente el registro de la automedida. Por tanto, con los criterios de inclusión establecidos se obtuvo una muestra de 50 pacientes con una edad media de $70,98 \pm 7,24$ años. De los 50 pacientes, 18 son hombres (36%) y 32 son mujeres (64%). *a) Medición Clínica de la presión arterial:* La presión arterial sistólica al inicio del estudio al inicio del estudio de fue $133,0 \pm 13,9$ mm Hg y al final del estudio de $126,5 \pm 12,3$ mm Hg. Existe una diferencia de PAS media de 6,5 mmHg entre el inicio y final del estudio ($p < 0,05$). La presión arterial diastólica media al inicio del estudio de fue $78,5 \pm 7,8$ mm Hg y al final del estudio fue de $75,9 \pm 6,5$ mm Hg (ns). Existe una diferencia de PAD media de 2,54 mmHg entre el inicio y final del estudio (ns). *b) Media de las determinaciones de presión arterial (AMPA) antes y después del tratamiento:* Al comparar PAS media de las determinaciones mediante AMPA antes del tratamiento ($128,0 \pm 17,6$ mm Hg) y después ($125,7 \pm 17,4$ mm Hg) se aprecia que la PAS media después del

tratamiento es 2,3 mm Hg más baja que antes de dicho tratamiento siendo esta diferencia significativa ($p < 0,05$). Al comparar PAD media antes ($77,2 \pm 10,8$ mm Hg) del tratamiento y después ($76,1 \pm 9,5$ mm Hg) se determina que la PAD media después del tratamiento es 1,1 mm Hg más baja que antes de dicho tratamiento (ns).

Conclusiones: La estancia en un balneario de aguas sulfuradas siguiendo un tratamiento de 10 días se correlaciona con disminución de la presión arterial a expensas de la presión arterial sistólica. El entorno de relajación que se produce en el balneario puede ser un factor que influya en el cambio tensional.

PÓSTER Nº 276

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION VASCULORRENAL POR DISPLASIA FIBROMUSCULAR DE ARTERIA RENAL CON AUTOTRASPLANTE RENAL

L.L. CRUZADO VEGA (1), J. HERNANDEZ JARAS (1), L. MARTIN ABAD (1), A. GARCIA PEREZ (1), C. CASTRO ALONSO (1), J. ESPI REIG (1), I. SANCHEZ PEREZ-IÑIGO (1), M. MIRALLES HERNANDEZ (2), M. ALONSO GORREA (3)

(1) SERVICIO NEFROLOGIA HOSPITAL LA FE. VALENCIA, (2) SERVICIO DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR. VALENCIA, (3) SERVICIO DE UROLOGIA HOSPITAL LA FE. UROLOGIA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: AUTOTRASPLANTE RENAL, HIPERTENSION VASCULORENAL, HIPERTENSION REFRACTARIA

RESUMEN:

La hipertensión Vasculorrenal (HVR) es la forma de hipertensión secundaria más frecuente siendo la arteriografía renal el estudio estándar de oro para confirmar el diagnóstico. Clínicamente cursa con Hipertensión arterial refractaria a tratamiento (tres fármacos antihipertensivos incluido un diurético), y deterioro progresivo de la función renal por atrofia renal isquémica. La angioplastia es la técnica de elección en los casos de displasia fibromuscular de arteria renal, sin embargo existe la posibilidad de realizar una nefrectomía, cirugía de banco y autotrasplante (ATR) en los casos que no pueden tratarse con la misma.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años de edad, sin hábitos tóxicos, con antecedente de dislipemia, Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y anemia ferropénica crónica, en seguimiento en la Consulta Externa de Nefrología desde hacía aproximadamente 20 años por presentar hipertensión arterial refractaria a tratamiento (5 fármacos).

La exploración física era normal, salvo la hipertensión arterial mantenida: (170/90 mmhg bajo tratamiento médico antihipertensivo) incluyendo un examen fundoscópico donde no se objetivaba retinopatía. Se practicaron en varias ocasiones monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) que confirmaba la Hipertensión Arterial refractaria, entre ellos uno mostró las siguientes lecturas:

PAS media: 143 mmhg (110-168); **PAD media:** 80mmHg (62-90); **FC media:** 61 (64-67). **Carga PAS:** 70.7%, **Carga PAD:** 25.9 %. Patrón nocturno NO DIPPER (Descenso nocturno PAS:- 1.15%, Descenso nocturno PAD: 0%)

En la analítica destacaba hemoglobina: 11,7g/dl, hematocrito: 37,1%, creatinina 1,22 mg/dl, urea: 40 mg/dl glucosa: 88 mg/dl, colesterol total: 249 mg/dl, sedimento orina normal sin microalbuminuria. Hormonas tiroideas, catecolaminas y metanefrinas normales.

El electrocardiograma presentaba signos de crecimiento ventricular izquierdo que no se confirmó mediante un Ecocardiograma-doppler.

En los estudios de imagen presentaba radiografía de tórax normal y ecografía renal con riñón derecho sin alteraciones estructurales salvo presencia de dos quistes simples en polo superior y sin poder visualizar el riñón izquierdo. Posteriormente se realizó un Angiotac de arterias renales que objetivó una

estenosis casi completa de arteria renal derecha, de 1.3 cm de longitud, a una distancia de 2 cm aproximadamente de su salida, con un aneurisma de 8 mm posterior a la estenosis con presencia de alguna dilatación aneurismática más de menor tamaño. Asimismo presentaba atrofia renal izquierda. Este hallazgo se confirmó con una arteriografía renal.

Como tratamiento precisó de varios antihipertensivos a lo largo de su seguimiento, entre ellos diuréticos, betabloqueantes, alfabloqueantes, calcio antagonistas, y antagonistas de Angiotensina II, manteniendo aun valores elevados de tensión arterial. Esta se controló correctamente con el tratamiento de IECA que se suspendió por deterioro agudo de función renal.

Ante la hipertensión arterial refractaria al tratamiento y la posibilidad de complicaciones evolutivas de la misma, se planteó a la paciente tratamiento quirúrgico con autotrasplante renal ya que no era susceptible de un procedimiento vascular intervencionista debido a las alteraciones anatómicas vasculares.

Se realizó un autotrasplante renal ipsilateral en fosa iliaca derecha mediante extracción del injerto con reconstrucción en banco del pedículo, y reparación de tronco principal y rama secundaria de arteria renal derecha y posterior autotrasplante renal con arteria hipogástrica y aneurismorrafia.

Posterior a la intervención las cifras tensionales se normalizaron y desde entonces mantiene cifras tensionales alrededor de 120/80mmHg sin fármacos.

En el estudio de imagen postcirugía (Angioresonancia renal) se objetiva el injerto renal normal con nueva vascularización.

En nuestro caso la cirugía de banco fue compleja con reconstrucción de pedículos y aneurismorrafía, lo que llevó a la solución del problema.

PÓSTER Nº 277

HIPERTENSIÓN VASCULORRENAL SECUNDARIA A HIDRONEFROSIS

M.A. MARTÍN GÓMEZ (1), F.J. GONZÁLEZ MARTÍNEZ (2), M.E. PALACIOS GÓMEZ (3),
J.M. GARCÍA DÍEZ (4), J.R. GÓMEZ FUENTES (5), A. HERNÁNDEZ LAO (6), F. PULIDO FERNANDEZ (7)

(1) HOSPITAL DE PONIENTE. EL EJIDO, (2) HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA, (3) HOSPITAL DE
PONIENTE. EL EJIDO, (4) HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA, (5) HOSPITAL TORRECÁRDENAS.
ALMERÍA, (6) HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA, (7) HOSPITAL TORRECÁRDENAS. ALMERÍA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, VASCULORRENAL, HIDRONEFROSIS

RESUMEN:

Paciente de 44 años, enfermera, sin antecedentes de interés, salvo hipertensión de 10 años de evolución, en tratamiento con Enalapril 30 mg, Nicardipino 10 mg e Hidroclorotiazida 25 mg, sin monitorización periódica de cifras de presión arterial (PA).

Consulta por presentar, desde hacía 4-5 meses, cifras de PA elevadas (160-180 mmHg PAS) con crisis hipertensivas frecuentes que motivaban ingreso en urgencias. No ingesta de AINEs ni historia de litiasis o infección urinaria, aunque sí dolor inguinal izquierdo crónico que atribuía a dismenorrea.

Exploración: IMC 29. PA 167/94, 87 lpm. ACP normal. No soplos abdominales (abdomen globuloso). Edema mínimo en piernas

Exploraciones Complementarias: MAPA PA: promedio diurno 151/80 mmHg, 61 lpm, PP 70.6 mmHg; promedio nocturno 137/70, 57 lpm, PP 66.8 mmHg. PAS máxima diurna 183 mmHg, nocturna 171, PAD máxima diurna 99, nocturna 95. Patrón non-dipper. ECG: RS 72 lpm; índice de Sokolow < 35 mm; inversión asimétrica de onda T. Ecocardiograma: septo interventricular 12 mm. Rx. Tórax: ICT normal. Fondo de Ojo sin alteraciones. Eco abdomen: riñón derecho (RD) 13 cm con buena diferenciación corticomedular; riñón izquierdo (RI) 25 cm hidronefrótico, sin diferenciación corticomedular. Analítica: hemograma, perfil lipídico, hepático, ácido úrico, iones y glucemia normales. Urea 31, creatinina 0.79. ClCr (MDRD) 77 ml/min. Orina: 0.11 g/24h proteinuria, sedimento: 5H/C, 30L/C, nitritos negativo. ARP 1.35 ng/ml. AngioTAC: RI con ureterohidronefrosis grado máximo sin evidenciarse parénquima renal; litiasis de 1-2 cm a la altura de L4-5; tamaño 22 cm, cruzando línea media y provocando una tracción que disminuye de forma evidente el calibre de la arteria renal izquierda. Riñón y arteria renal derechos normales. Gammagrafía renal DMSA-Tc99m: RD 100% de la funcionalidad, RI 0%.

Se decide nefrectomía laparoscópica izquierda que cursa sin incidencias. La anatomía patológica de la pieza informa de riñón de 20 x 12.5 cm, completa y difusa dilatación calicial con espacios de diferente tamaño libres de contenido y una cara aplanada, congestiva y con punteado hemorrágico. Zona de parénquima renal residual, ligeramente engrosada con espesor máximo de 0.8 cm, siendo el resto de pared renal quística, delgada-laminar; uréter de 7 cm dilatado con forma calculosa de 1 cm en su extremo adherido a pared delgada y mucosa laminar congestiva y aplanada.

Diagnóstico: riñón hidronefrótico de etiología litiásica. Pielonefritis crónica en fase de agudización. Discreta pielonefritis aguda fibrinohemorrágica. Quistes uriníferos. Ureteritis crónica erosiva. HTA grado 2 de riesgo moderado, secundaria a estenosis mecánica de arteria renal.

Evolución: el aclaramiento renal y la creatinina se modificaron leve y transitoriamente tras la nefrectomía, volviendo a sus niveles basales en menos de 15 días. La PA descendió significativamente. El renograma postintervención reveló un riñón derecho con buena vascularización y capacidad de captación del radiotrazador, así como adecuada respuesta al diurético. Las imágenes secuenciales y curva renográfica reflejan una eliminación adecuada, sin ectasias y sin comportamiento obstructivo. En la actualidad, tras 3 años de la intervención, la paciente permanece con presión arterial bien controlada (AMPA y MAPA) con Lecarnidipino 20 mg, y presenta 1.1 mg/dl de creatinina, aclaramiento de 71 ml/min, proteinuria de 24 horas de 0.09g. Sigue controles en Consulta de Monorrenos de nuestra Unidad

PÓSTER Nº 278

MEJORÍA DEL PERFIL LIPÍDICO TRAS LA ADMINISTRACIÓN ORAL DE "COUPAGE ECOLÓGICO" DE ACEITE DE OLIVA VIRGEN EXTRA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

P. SEGURA TORRES (1), M. BIECHY BALDÁN (1), V. PÉREZ BAÑASCO (1), F.J. BORREGO UTIEL (1),
V. GARCÍA VILLARRUBIA (2), A. LIÉBANA CAÑADA (1)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN, (2) INMUNOLOGÍA. BIOAVEDA. JAÉN

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: PERFIL LIPÍDICO, ACEITE DE OLIVA, ACEITE DE OLIVA Y DISLIPEMIA

RESUMEN:

Introducción: Los pacientes en hemodiálisis presentan un elevado riesgo vascular favorecido por el cuadro sistémico formado por inflamación, oxidación y malnutrición. Hoy en día existe consenso sobre los efectos beneficiosos del aceite de oliva virgen en pacientes con riesgo cardiovascular, aunque muchas de las acciones adscritas dependen del tipo de aceite de oliva.

Objetivo: Evaluar el efecto de una formulación magistral o "coupage" ecológico (FM-oHo, mezcla de aceites de cultivo ecológico y libre de pesticidas) de aceite de oliva virgen extra sobre el estado inflamatorio, perfil nutricional y lipídico de pacientes en hemodiálisis.

Pacientes y métodos: Realizamos un ensayo aleatorizado con grupo control en paralelo no ciego. Seleccionamos pacientes estables en HD > 3 meses, con edad entre 18-75 años, no diabéticos, sin evidencia de inflamación y todos con fístula AV. Se administró por vía oral 30 ml/día de aceite "FM-oHo" durante 2 meses a 15 pacientes. Analizamos la evolución de parámetros inflamatorios (PCRhs, alfa-1-glicoproteína ácida, alfa-2-macroglobulina, IL-6, homocisteína y ferritina), nutricionales (bioquímica incluyendo IGF-1 IGFBP-3, peso, pliegues grasos, circunferencias y composición corporal por impedanciometría) y perfil lipídico. Comparamos la evolución en momento basal (B), a los 2 meses (2m) de tomar aceite.

Resultados:

- GRUPO CONTROL: el peso no se modificó (B 64±12,7; 2m 64,9±12,5 kg; 4m 64,5±12,3 p=NS), ni tampoco los pliegues grasos ni circunferencias musculares de los miembros. Descendió HDL (B 52±18 vs 2m 48±18 mg/dl; p=0,002) sin cambios en LDL, TGD ni lipoA. Observamos ascenso en los niveles de IL6 (B 6,1±4,3; 2m 7,8±5,1 pg/ml; p=0,02), alfa-2-macroglobulina (B 180±45; 2m 197±56 mg/dl; p=0,01) y homocisteína (B 23,6±8,2 vs 2m 27,5±8,6 µmol/L; p=0,002); no cambiaron albúmina, prealbúmina y PCRhs (B 7,4±10,4, 2m 8.5±10.5 mg/l, p=NS), transferrina descendió (B 182,8±40,9 vs 4m 171,0±39,4 mg/dl; p=0,003). Tampoco hubo cambios significativos en la TAS (B 123±31; 2m 136±24 mm Hg, p=0,06) ni TAD.

- GRUPO ACEITE: el peso postdiálisis no cambió (B 64,2±9,2; 2m 64,3±10 kg; 4m 63,1±10,4, p=NS) ni los pliegues ni circunferencias musculares de los miembros. Descendió el colesterol total (B 175±35; 2m 164±35 mg/dl; p=0,006) y LDL (B 94±29; 2m 86±28 mg/dl; p=0,03) sin modificaciones en HDL (B 47±12 2m 45±13 mg/dl; p=NS). Homocisteína subió (B 25,8±9,4; 2m 32,3±9,2 µmol/L; p<0,001). Albúmina y prealbúmina y transferrina no cambiaron (B 177±21; 2m 166±31 mg/dl; p=0,06). Subió IGFBP3 (B 3,4±1,8; 2m 5,5±1,6 g/ml; p=0,002) y descendió alfa-1-glicoproteína ácida (B 134±34; 2m 118±30 mg/dl;

p=0,005), IGF1/IGFBP-3 (B 50,0±24,5 vs 2 m 28,1±14,3 ng/μg; p=0,007) sin cambios en IGF1 (B 144±67; 2m 141±48 ng/ml; p=NS). La tensión arterial no se modificó.

En la evolución de cada grupo no hubo diferencias en cuanto al tipo y dosis de estatinas, gemfibrozilo, otros hipolipemiantes y sevelamer

Conclusiones:

- 1.- Tras ingesta oral de aceite "FM-oHo" se observa descenso de colesterol total, colesterol LDL y se frena el descenso del colesterol-HDL.
- 2.- Tras la ingesta oral de aceite "FM-oHo" no se observan cambios sobre el estado nutricional estimado por antropometría y bioimpedancia.
- 3.- Tras la ingesta de aceite "FM-oHo" desciende la alfa1-glicoproteína ácida y se frena el ascenso de IL-6

PÓSTER Nº 279

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA CON FLEBOTOMÍAS EN LA HEMOCROMATOSIS

S. SUAREZ ORTEGA (1), A. ADROVER NICOLAU (1), J.M. MARTÍN SUÁREZ (1), N. LORENZO VILLALBA (1),
P. JIMÉNEZ SANTANA (1), Y. HERNÁNDEZ AGUIAR (1), J. ARTILES VIZCAÍNO (1), S. MORENO CASAS (1),
M. SERRANO FUENTES (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR NEGRÍN. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HEMOCROMATOSIS, FLEBOTOMÍAS

RESUMEN:

Objetivos: Casos aislados de hemocromatosis detectados en una consulta general de medicina interna han orientado a objetivar en el momento del diagnóstico una elevada presencia de policitemia e hipertensión ligera. Se presenta el caso de una mujer en la sexta década de la vida, que es diagnosticada a la vez de hemocromatosis e hipertensión arterial ligera, corrigiendo ambos problemas con flebotomías periódicas.

Material y métodos: En los pacientes remitidos a una consulta de Medicina Interna se practica saturación de transferrina a los que presentan anemia o policitemia. Cuando ésta es superior al 50% en dos ocasiones en ausencia de un proceso intercurrente se practican test genéticos frente al C282Y y H63D de la hemocromatosis. Con este esquema se han encontrado doce casos de hemocromatosis en dos años, todos con saturación de oxígeno (por saturómetro) normal y 8 de ellos con policitemia (66%), todos ellos con hipertensión arterial grado 1. Se presenta el caso que ha orientado a esta visión de la asociación hemocromatosis, policitemia e hipertensión.

Caso clínico: Mujer de 56 años, que aproximadamente 1 año antes de la valoración en la consulta comienza con lesiones cutáneas hiperpigmentadas de predominio en miembros, asociadas a algias erráticas y malestar general. Por dicha lesiones cutáneas que habían motivado varias evaluaciones y una biopsia cutánea es valorada en Medicina Interna.

Tenía antecedentes de hipertensión ligera tratada con un diurético y poliartrosis precoz. Hiperglucemia ligera en un embarazo. Una hija con patología reumática. A la exploración clínica: PA 152/92; FC 60. Afebril. Peso 60 kg. Buen aspecto general. No palidez ni ictericia. No afectación neurológica ni bocio. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible sin megalias. A lo largo de toda la piel, más en miembros, se aprecian máculas parcheadas de color oscuro. Pruebas complementarias, que incluyeron analítica general, radiografía de tórax y eco abdominal fueron normales. La saturación de transferrina fue del 61 y 65%, en dos ocasiones, y el test genético mostró homocigosis para el gen H63D. La hemoglobina osciló entre 16.5 y 17 gr/dl y la saturación de oxígeno entre 98 y 99%. La eritropoyetina fue normal. Sus dos hijos han sido diagnosticados de heterocigosis para el gen comentado.

Resultados: Tras recibir los estudios se asume que la artropatía y la hiperpigmentación cutánea están relacionadas con la hemocromatosis, por lo que se inicia tratamiento con flebotomías periódicas (tres al año). Para la hipertensión grado 1 recibía un diurético, que se ha retirado tras las flebotomías. Se postula que la policitemia (con potencial aumento de la volemia) es un indicador de hemocromatosis,

que contribuye a la presencia de hipertensión arterial y que se corrige con las flebotomía periódicas. El riesgo de desarrollar diabetes podría ser otro factor indirecto para el desarrollo de hipertensión arterial.

Conclusiones:

1.- La hipertensión arterial vinculada a la hemocromatosis puede controlarse con flebotomías periódicas. 2.- La presencia de policitemia asintomática aconseja realizar junto a la eritropoyetina y la saturación de oxígeno arterial la saturación de transferrina, con vistas a descartar hemocromatosis. 3.- Se sugiere que la hemocromatosis puede ser causa etiológica indirecta de hipertensión arterial.

PÓSTER Nº 280

SAL SI O NO

G. RIBAS MIQUEL (1), J. GIFRE HIPOLIT (1), E. BOIX ROQUETA (1), M. FERRÉ MUNTÉ (1),
M. BELTRAN VILELLA (1)

(1) ABS CASSÀ DE LA SELVA. CASSÀ DE LA SELVA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: DIETA ASODICA, HTA, MAPA

RESUMEN:

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 31.430 habitantes, y con 2.803 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 los años 2004-2012. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

RESULTADOS:

De los 665 MAPA realizados durante el periodo, 388 fueron hombres (58,34 %) y 277 mujeres (41,65%). La edad media entre hombres fue de 53,41 años y entre las mujeres de 58,85 años.

El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (36,69%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (19,69%) y de Patrón circadiano (17,74%). El 48,27 % 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: 6,61 % normal, 24,21 % ligero, 40,30 % moderado, 15,63 % elevado, 6,61 % muy elevado.

Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 305 Dipper de los cuales 218 tenían un Frecuencia Cardiaca 24 horas superior a 70 pulsaciones por minuto, y 87 inferiores a 70 pulsaciones por minuto, 244 Non Dipper de los que 153 tenían una FC superior a 70 x', y 91 inferior a 70 x'.

CONCLUSIONES:

-De los 665 pacientes analizados solo se beneficiarían de una reducción de la sal en su dieta de forma mas estricta 153 pacientes.

- Hay 278 pacientes que solo se beneficiarían de la reducción de forma muy escasa
- 218 pacientes no se beneficiarían de una reducción estricta de la sal
- Es recomendable la reducción de la sal en todos los pacientes cuando no se dispone de MAPA, un 64,81 % se beneficiarían de ello

PÓSTER Nº 281

REHABILITACIÓN CARDIACA: CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA RELACIONADOS CON LA TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

E. MARQUÉS SULÉ (1), M.A. RUESCAS NICOLAU (1), C. BUIGUES GONZÁLEZ (2), F. QUEROL FUENTES (1)

(1) DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FACULTAT DE FISIOTERAPIA (UNIVERSITAT DE VALENCIA). VALENCIA, (2) DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, FACULTAT DE ENFERMERÍA (UNIVERSITAT DE VALENCIA). VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, HIPERTENSIÓN, REHABILITACIÓN CARDIACA

RESUMEN:

Propósito: Estudiar el efecto sobre la tensión arterial (TA) de los cambios en los hábitos de vida de pacientes (p) hipertensos con cardiopatía isquémica incluidos en un programa de Rehabilitación Cardíaca (PCR). La evidencia científica ha demostrado que después de un IAM, cifras elevadas de TA se relacionan con un aumento del riesgo de re-infarto. Asimismo estudios como el Euroaspire III han demostrado la necesidad de alcanzar un mejor control de la TA. Esta reducción de la TA se puede conseguir mediante cambios en los estilos de vida, siendo este el objetivo de los PCR.

Métodos: Estudio retrospectivo de 79 pacientes (p) (edad media $66,24 \pm 4,13$ años; 64 hombres y 15 mujeres) con cardiopatía isquémica y diagnóstico de hipertensión (HTA), incluidos en un PRC. Se recuperaron los valores de TA sistólica (TAs); peso corporal (IMC); nivel de actividad física (consumo de Kcal/sem); y hábito tabáquico de los que habían sido fumadores (CO en aire espirado), al inicio y al final (a los 6 meses) del PRC. Los sujetos fueron divididos en dos grupos: p con HTA controlada (TAs < 140 mmHg -- <130 mmHg en el caso de DM); y p con HTA no controlada (TAs ≥ 140 mmHg -- ≥ 130 mmHg en el caso de DM). Se analizaron las diferencias de las variables estudiadas pre y post tratamiento, así como entre p controlados y p no controlados en la revisión.

Resultados: Previo al PRC, en 33 de los 79 p hipertensos (41,8%) la TAs no estaba controlada (promedio $151,48 \pm 12,49$ mmHg). De ellos, el 69,6% consiguió su control en la revisión, observándose una reducción de su valor de forma significativa ($123,39 \pm 16,5$ mmHg, $p < 0,001$). Respecto a los estilos de vida, ambos grupos de p aumentaron su nivel de actividad física significativamente ($7,62 \pm 10,13$ vs $20,06 \pm 12,4$ kcal/sem, $p < 0,001$ en p con HTA controlada; $10,82 \pm 14,07$ vs $21,38 \pm 13,43$ kcal/sem, $p = 0,003$ en p con HTA no controlada), sin que se encontraran diferencias entre ambos grupos. Solo los p con control de la HTA consiguieron disminuir el peso a los seis meses ($p = 0,003$). Entre los p con historia previa de tabaquismo (58,2% de ex-fumadores y 17,7% de fumadores en la visita inicial), el CO en el aire espirado del grupo con HTA controlada aumentó tras el programa ($p = 0,207$), mientras que en el grupo de no controlados no cambió.

Conclusiones: Los PRC pueden ayudar a disminuir la TA de forma significativa en p hipertensos siempre que se adquiera, como mínimo, un estilo de vida físicamente activo.

PÓSTER Nº 282

EVOLUCION DE LA PRESION ARTERIAL AMBULATORIA Y PRESION CENTRAL TRAS DENERVACION SIMPATICA RENAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL RESISTENTE

C. CEREZO OLMOS (1), A. FONTENLA CEREZUELA (2), F. HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ (2),
F. ARRIBAS YNSAURRIAGA (2), M. PRAGA TERENCE (1), L.M. RUILOPE URIOSTE (1),
J. SEGURA DE LA MORENA (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN I+12. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID, (2) UNIDAD DE ARRITMIAS. SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN RESISTENTE, DENERVACIÓN RENAL, PRESIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

El control de la hipertensión arterial resistente (HR) constituye hoy día uno de los principales retos para los profesionales sanitarios. Dicho control pasa por una identificación adecuada de los pacientes con HR verdadera, el diagnóstico diferencial de hipertensión de causa secundaria o de otras patologías concomitantes que pueden favorecer la HR, así como por el uso de varios antihipertensivos combinados de forma adecuada. En los últimos años se ha desarrollado una técnica invasiva de denervación renal simpática que permite eliminar las aferencias simpáticas entre el sistema nervioso central y los riñones, con el consiguiente descenso de las cifras tensionales en estos pacientes con HR.

El objetivo de este trabajo fue analizar los resultados a corto plazo de la denervación simpática renal sobre las cifras de presión arterial ambulatoria y central en pacientes con hipertensión resistente. Se recogieron datos clínicos y analíticos antes de la denervación y tras 1, 3 y 6 meses de dicho procedimiento. Se realizó una monitorización ambulatoria de la presión arterial antes de la denervación y tras 1, 3 y 6 meses postdenervación. En un subgrupo de pacientes se midió la presión arterial central ambulatoria predenervación y a los 3 y 6 meses de dicho procedimiento.

Se han incluido 17 pacientes con hipertensión resistente verdadera, 7 (41.2%) varones, con una edad media de 52.6±13.3 años, con otras comorbilidades asociadas, como diabetes (41.2%), obesidad (47.1%), apnea nocturna (35.3%) o enfermedad cardiovascular previa (17.6%). Antes de la denervación renal, presentaban una presión sistólica/diastólica (PAS/PAD) clínica media de 167±23/96±13 mmHg, una PAS/PAD ambulatoria de 24 horas de 152±11/90±11 mmHg, y una PAS/PAD central de 148±21/99±12 mmHg. El consumo medio de fármacos antihipertensivos predenervación era de 4.35±0.86.

Tras 1, 3 y 6 meses postdenervación, los valores de PAS/PAD clínica fueron de 143±16/86±9 mmHg (p<0.001), 150±35/92±17 mmHg (p=0.248 y p=0.366), y 153±21/90±7 mmHg (p=0.015 y p=0.200), respectivamente. El uso de fármacos antihipertensivos a los 1, 3 y 6 meses postdenervación fue de 4.0±0.84 (p=0.055), 3.5±1.0 (p=0.013) y 3.2±1.4 (p=0.043), respectivamente.

Tras 1, 3 y 6 meses postdenervación, los valores de PAS/PAD ambulatoria de 24 horas fueron de 134±16/81±10 mmHg (p=0.003 y p=0.001), 146±17/92±14 mmHg (p=0.542 y p=0.0696), y 143±25/80±7

mmHg ($p=0.324$ y $p=0.225$), respectivamente. Los promedios de presión arterial ambulatoria diurna y nocturna mostraron un comportamiento similar a lo largo del seguimiento.

Tras 3 y 6 meses de seguimiento, los valores de PAS/PAD central ambulatoria fueron de $151\pm 25/102\pm 12$ mmHg ($p=0.339$ y 0.172), y $127\pm 21/88\pm 11$ mmHg ($p=0.586$ y $p=0.629$), respectivamente, si bien el número de pacientes con datos disponibles de PA central es aún bajo.

En conclusión, en pacientes con hipertensión resistente, la denervación simpática renal produce un descenso significativo de la presión arterial clínica y ambulatoria a corto plazo, que se acompaña de una reducción de las necesidades de fármacos antihipertensivos. En la práctica clínica real, dicho descenso de fármacos antihipertensivos debe realizarse de forma cautelosa para evitar un repunte de dichas cifras tensionales.

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with a red and blue gradient, and the number '18' is in a large, bold, black font.

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

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Tratamiento farmacológico

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 283

USO DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINOGENO II EN UNA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDIACA

E. LOPEZ DE URALDE PEREZ DE ALBENIZ (1), J. ITURRALDE IRISO (1), J. CORA BARDECI (2),
C. NORIEGA BOSCH (3), M. LASSO DE LA VEGA MARTINEZ (1), M.T. AMIANO ARREGUI (4),
B. BARRIOS NUÑEZ (4), M.J. MENDAZA DE LA HOZ (5), G. MEDIAVILLA TRIS (6),
A.A. RODRIGUEZ FERNANDEZ (7)

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

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, INSUFICIENCIA CARDIACA, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Objetivo: determinar el uso de antagonistas de los receptores de angiotensinogeno II (ARAI) en una población con diagnóstico de insuficiencia cardíaca

Estudio transversal y multicéntrico. Población de estudio: Población con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (CIE-10 código I50) en cinco centros de salud. Atienden a una población de 130,180 habitantes. Los datos se recogen del programa OSABIDE, durante el período de enero a mayo de 2010.

Resultados: La población era de 635 personas con ese diagnóstico. El 56,38% son mujeres. La edad media fue de 79,9 años + / - 10. (rango de edad 103-46).El 21.9% utiliza ARAII en su tratamiento habitual. Si consideramos la utilización de ARA II y/o Inhibidor del enzima convertidor de angiotensinogeno (IECA) los utilizan el 61.26%. El ARA II más prescrito es Candesartan con un 29.5% y la dosis más utilizada 16 mg, después y por este orden Valsartan 26.6% y dosis más utilizada 160 mg, Irbesartan 15.8% y más utilizado 300 mg, Losartan 11.5% y más utilizada 50 mg, Olmesartan 8.6% y más utilizado 20 mg, Telmisartan 5% y más utilizado 80 mg y Eprosartan 2.9% con la dosis más utilizada 600 mg.

Conclusiones: A pesar de ser fármacos que han demostrado el aumento de supervivencia en pacientes con insuficiencia cardíaca, vemos que la utilización de ARA II e IECA en estos pacientes es baja, por lo que debiéramos insistir en dicha utilización.

PÓSTER Nº 284

ALOPURINOL Y TABACO

N. ESPARZA MARTÍN (1), C. GARCÍA CANTÓN (1), S. SURIA GONZÁLEZ (1), P. BRAILLARD POCARD (1),
R. GUERRA RODRÍGUEZ (1), A. RAMÍREZ PUGA (1), P. ROSSIQUE DELMAS (1), C. LÓPEZ (1),
F. BATISTA GARCÍA (1), M.D. CHECA ANDRÉS (1)

(1) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA.
GEENDIAB RED DE INVESTIGACIÓN RENAL (ISCIH). LAS PALMAS

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ALOPURINOL, TABACO, DIABETES MELLITUS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: En un estudio previo con 112 pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) estadio 3, observamos que los 30 pacientes que tomaban alopurinol no fumaban (0% fumadores con alopurinol vs 20,73% fumadores entre los que no tomaban alopurinol; $p = 0,029$). Como el número de pacientes era muy escaso se decidió ampliar el número de pacientes estudiados para confirmar los resultados y aumentar su potencia estadística.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se interrogó consecutivamente a 483 pacientes con diabetes mellitus y enfermedad renal que acudieron a consultas externas de nefropatía diabética durante aproximadamente unos tres meses consecutivos. Sólo se recogieron los datos de si tomaban alopurinol, si eran fumadores activos y si eran exfumadores. Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0.

RESULTADOS: En los 483 pacientes estudiados, 143 tomaban alopurinol y 340 no lo tomaban. En los pacientes que tomaban alopurinol había un menor porcentaje de fumadores activos (8,3% vs 15,59%, $p = 0,034$) y un mayor porcentaje de exfumadores (33,56% vs 13,82%, $p = 0,000$).

CONCLUSIONES: Los pacientes diabéticos con patología nefrológica seguidos en consultas externas de nefropatía diabética que toman alopurinol son menos fumadores activos y es más probable que sean exfumadores. La observación de esta asociación habría que estudiarla con más profundidad para valorar si existe una relación de causalidad. De confirmarse la causalidad, dado que en el cerebro no existe xantina oxidasa, el efecto observado podría estar relacionado con su efecto sobre otros enzimas o bien sobre receptores cerebrales.

PÓSTER Nº 285

PACIENTES MUY MAYORES Y FARMACOS PARA EL TRATAMIENTO O LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: ¿MUCHAS PRESCRIPCIONES CON POCAS EVIDENCIAS?

P. BEATO FERNÁNDEZ (1), T. RAMA MARTÍNEZ (2), R. MILÀ GATELL (1), A. AZCONA ESCOLANO (1),
A. VALLS MARTÍNEZ (1), J. PÉREZ LIANES (1), M. VÍLCHEZ VALDÉS (1), C. GINESTÀ NUS (1),
J. ANCOCHEA MILLET (1)

(1) CONSULTORI BARRI COTET EAP PREMIÀ. PREMIÀ DE DALT (BARCELONA),
(2) CAP EL MASNOU. EL MASNOU (BARCELONA)

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: FÁRMACOS, CARDIOVASCULAR, GERIATRÍA

RESUMEN:

Propósito del estudio: Conocer la magnitud y el tipo de prescripciones de fármacos indicados para patologías cardiovasculares o para reducir el riesgo cardiovascular en los pacientes más mayores de tres consultas de un centro de atención primaria

Metodología

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Las 3 consultas de un centro de atención primaria semiurbano

Sujetos: Pacientes de más de 80 años asignados a las 3 consultas

Variables: sexo, número de fármacos totales prescritos, número y tipo de fármacos cardiovasculares (FCV): Inhibidores del enzima convertidor de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI), diuréticos, antagonistas del calcio (CA), beta-bloqueantes y alfa-bloqueantes, antiagregantes, acenocumarol, hipolipemiantes, antidiabéticos orales (ADO), insulina, antiarrítmicos, antianginosos digoxina, potasio.

Información recogida de las historias clínicas informatizadas

Cálculo de porcentajes y medias

Resultados:

- 220 pacientes, 146 mujeres (66,36%), 74 hombres (33,64%)
- Número total de fármacos 1550 (7,04 por paciente)
- Número de FCV 749 (3,4 por paciente y 48,32% de la prescripción total)
- Pacientes con prescripción de FCV 205 (93,19%)
- Porcentaje de pacientes con determinados FCV:
 - IECA: 43,18%
 - ARAI: 23,18%
 - Diuréticos: 57,27%
 - CA: 26,36%
 - Beta-bloqueantes: 18,63%
 - Antiagregantes: 45,45%
 - Acenocumarol: 14,09%

- Hipolipemiantes: 50%
- ADO: 19,54%
- Insulina: 4,09%
- Antiarrítmicos: 3,18%
- Antianginosos: 5,9%
- Digoxina: 5%
- Potasio: 3,63%

Conclusiones:

- A pesar de las pocas evidencias el número de prescripciones de FCV en pacientes ancianos es muy elevada
- 2 de cada 3 recibe un bloqueante del sistema renina-angiotensina-aldosterona y aproximadamente la mitad, diuréticos, hipolipemiantes y antiagregantes
- Necesitamos obtener más conocimientos sobre los efectos y las interacciones de los FCV en pacientes ancianos

PÓSTER Nº 286

PACIENTES MUY MAYORES Y FÁRMACOS PARA TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR: DIFERENCIAS DE PRESCRIPCIÓN ENTRE PROFESIONALES

P. BEATO FERNÁNDEZ (1), R.M. MILÀ GATELL (1), T. RAMA MARTÍNEZ (2), A. VALLS MARTÍNEZ (1),
A. AZCONA ESCOLANO (1), J. PÉREZ LIANES (1), M. VÍLCHEZ VALDÉS (1), J. ANCOCHEA MILLET (1),
C. GINESTÀ NUS (1)

(1) CONSULTORI BARRI COTET EAP PREMIÀ. PREMIÀ DE DALT (BARCELONA),
(2) CAP EL MASNOU. EL MASNOU (BARCELONA)

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA, GERIATRÍA, CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

Propósitos del estudio: Saber si existen diferencias entre médicos de atención primaria en el número de prescripciones de fármacos cardiovasculares en pacientes muy mayores.

Metodología: Estudio descriptivo transversal.

Ambito: Las 3 consultas de un centro de Atención Primaria semiurbano

Sujetos: Los pacientes de 80 o más años asignados a las 3 consultas.

Variables: Las 15 clases de fármacos más prescritos para tratar el riesgo o las patologías cardiovasculares: IECAs, ARA II, diuréticos, beta-bloqueantes, calcioantagonistas, estatinas, antiagregantes, anticoagulantes, biguanidas, sulfonilureas, insulina, digoxina, amiodarona, nitratos y potasio.

Fuente de datos: Registros de las historias clínicas informatizadas

Cálculos: Prevalencia de cada diagnóstico en cada consulta.

Resultados:

220 pacientes: Consulta A: 76; B: 77; C: 67.

Porcentaje de pacientes con prescripción de cada clase de fármacos por consulta:

- Diuréticos: A: 47,36%; B: 54,54%; C: 71,64%
- IECAs: 52,63%; 28,87%; 47,76%
- ARAII: 17,1%; 35,06%; 16,41%
- IECA o ARAII: 69,73%; 64,93%; 64,17%
- Calcioantagonistas: 35,52%; 23,37%; 14,92%
- Betabloqueantes: 11,84%; 18,18%; 26,86%
- Estatinas: 39,47%; 53,24%; 58,2%
- Antiagregantes: 31,57%; 44,15%; 62,68%
- Anticoagulantes: 14,47%; 14,28%; 13,43%
- Biguanidas: 21,05%; 14,28%; 14,92%
- Sulfonilureas: 2,63%; 10,38%; 7,46%

- Digoxina: 1,31%; 7,79%; 4,47%
- Amiodarona: 1,31%; 1,29%; 1,49%
- Nitratos: 3,94%; 7,79%; 8,95%
- Potasio: 0%; 7,79%; 1,49%

Conclusiones: Se dan diferencias significativas en el porcentaje de prescripciones de todas las clases de antihipertensivos excepto en IECA y ARAI si lo consideramos como una única clase.

También se dan diferencias significativas y/o relevantes en el porcentaje de prescripciones de estatinas, antiagregantes, sulfonilureas, digoxina y potasio.

Las escasas evidencias existentes sobre los objetivos del tratamiento y sobre el tratamiento farmacológico en pacientes ancianos favorece esas tendencias tan distanciadas.

PÓSTER Nº 287

DIFERENCIAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA

M.M. CHIMENO VIÑAS (1), M. GARCÍA CASTAÑO (1), M. LORENZO PANDO (2),
M.C. HERNÁNDEZ PALACIOS (3), M.J. RUIZ OLGADO (1), E. MARTINEZ VELADO (1), P. MURIEL DIAZ (1),
P. SÁNCHEZ JUNQUERA (1), A. DE LA VEGA LANCIEGO (1), J.F. SOTO DELGADO (1)

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. ZAMORA, (2) SERVICIO DE INSPECCIÓN DE FARMACIA DE LA GERENCIA DE ÁREA. ZAMORA, (3) GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ZAMORA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ESTATINAS, PRESCRIPCIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Los fármacos inhibidores de la 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A reductasa, más comúnmente conocidos como estatinas, son capaces de reducir los niveles de colesterol y disminuyen eficazmente el riesgo vascular en los pacientes hiperlipidémicos. En los últimos años, el uso de estatinas se ha incrementado progresivamente. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la prescripción de estatinas en Atención Primaria y en Atención Especializada en nuestra Área de Salud en los años 2010 y 2011 y constatar si existían diferencias entre ambas.

MÉTODOS USADOS:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo. Los datos de prescripción de estatinas de Atención Primaria y de Atención Especializada de los años 2010 y 2011 fueron solicitados al Servicio de Inspección Farmacéutica del Área de Salud de Zamora.

RESULTADOS

Durante el año 2010 la prescripción de estatinas en Atención Primaria fue: Simvastatina (36,5%), Atorvastatina (34,2%), Pravastatina (12,4%), Fluvastatina (9,6%), Rosuvastatina (5,7%) y Lovastatina (2,2%)

Ese mismo año, prescripción en Atención Especializada fue: Atorvastatina (44,5%), Rosuvastatina (20,4%), Simvastatina (18,8%), Fluvastatina (10,6%), Pravastatina (5,4%) y Lovastatina (0,3%)

En el año 2011, la prescripción de estatinas en Atención Primaria fue: Simvastatina (35,5%), Atorvastatina (35,3%), Pravastatina (10,7%), Rosuvastatina (9%), Fluvastatina (7,7%) y Lovastatina (1,8%).

Asimismo, en Atención Especializada fue: Atorvastatina (44,4%), Rosuvastatina (27,5%), Simvastatina (17,9%), Fluvastatina (5,9%), Pravastatina (4,3%) y Lovastatina (0,04%).

CONCLUSIONES

1. Hay evidentes diferencias en la prescripción de estatinas entre Atención Primaria y Atención Especializada en nuestra Área de Salud
2. En Atención Especializada, el orden de prescripción ha sido el mismo en los dos años analizados.
3. Atorvastatina es la más prescrita en Atención Especializada
4. Atorvastatina y Simvastatina tienen similares porcentajes de prescripción

5. La prescripción de lovastatina en Atención Especializada es anecdótica
6. Se ha producido un incremento en la prescripción de rosuvastatina tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.
7. Dado que las estatinas no son fármacos baratos, probablemente su prescripción esta influenciada por el precio

PÓSTER Nº 288

TENDENCIAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN EL ÁREA DE SALUD DE ZAMORA

M.M. CHIMENO VIÑAS (1), M. GARCÍA CASTAÑO (1), E. MARTÍNEZ VELADO (1),
P. SÁNCHEZ JUNQUERA (1), A.F. DE LA VEGA LANCIEGO (1), J.F. SOTO DELGADO (1),
M. MATEOS ANDRES (1), L. MUSTAPHA ABADIE (1), M.P. MURIEL DIAZ (2),
M.C. HERNÁNDEZ PALACIOS (3)

(1) COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA. ZAMORA, (2) CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO.
SALAMANCA, (3) GERENCIA DE ATENCION PRIMARIA. ZAMORA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ESTATINAS, PRESCRIPCIÓN, TENDENCIAS

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Las estatinas son fármacos ampliamente utilizados para reducir el riesgo de eventos vasculares y han demostrado su eficacia en numerosos estudios. Nos propusimos conocer las tendencias en la prescripción de las mismas en los últimos cinco en el Área de Salud de Zamora.

MÉTODOS USADOS

Estudio observacional, retrospectivo. Los datos de prescripción de estatinas de los años 2007, 2008, 2009, 2010 y 2011 fueron solicitados a la Inspección de Farmacia del Área de Salud de Zamora. Analizamos las siguientes estatinas: simvastatina, lovastatina, pravastatina, fluvastatina, rosuvastatina y pitavastatina.

RESULTADOS

En el año 2007 se prescribieron 160627 envases: 35.5% simvastatina, 31% atorvastatina, 17.3% pravastatina, 12% fluvastatina y 4.2% lovastatina.

En el año 2008, los envases prescritos fueron 184152: 36% simvastatina, 32.5 atorvastatina, 16% pravastatina, 12% fluvastatina, 3.5% lovastatina.

En el año 2009 hubo 205968 prescripciones de estatinas: 36.5% simvastatina, 34% atorvastatina, 14.3% pravastatina, 11.7% fluvastatina, 2.9% lovastatina y 0.6% rosuvastatina.

En el año 2010 se prescribieron 234199: 37% simvastatina, 33.5% atorvastatina, 12% pravastatina, 9.5% fluvastatina, 5.8% rosuvastatina y 2.2% lovastatina.

De los 251652 envases prescritos durante el año 2011 35.2% fueron de atorvastatina, 35.1% de simvastatina, 10.55% de pravastatina, 9.1% de rosuvastatina, 7.6% de fluvastatina, 1.8% de lovastatina y 0.6% de pitavastatina.

Es preciso señalar que la rosuvastatina y la pitavastatina son estatinas recientemente comercializadas (rosuvastatina se comercializó en nuestro país en agosto de 2009 y pitavastatina en mayo de 2011).

Asimismo, queremos señalar que existe un sesgo de selección ya que solo hemos analizado la prescripción de estatinas en la sanidad pública de nuestra provincia.

CONCLUSIONES

1. Se ha objetivado un incremento progresivo en la prescripción de estatinas en los últimos cinco años.
2. Las tendencias de prescripción han cambiado en los últimos años, probablemente debido a la influencia de las estatinas recientemente comercializadas
3. Durante los años 2007, 2008, 2009 y 2010, simvastatina ocupó el primer orden de prescripción.
4. En el año 2011, atorvastatina es la estatina más prescrita en nuestra Área de Salud
5. Rosuvastatina es la cuarta más prescrita tras sólo tres años de su comercialización

PÓSTER Nº 289

ESTUDIO DE LA CONTRACCIÓN VENTRICULAR CARDIACA, MEDIANTE EL TIEMPO DE CONTRACCIÓN ISOVOLUMÉTRICA EN LA HIPERTENSIÓN

R. LOPEZ-VIDRIERO TEJEDOR (1), F.J. RODRIGUEZ RODRIGUEZ (1), E. LOPEZ-VIDRIERO ABELLO (1)

(1) H.G.U.G. MARAÑÓN. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HTA, STI, CARDIOGRAFIA POR IMPEDANCIA

RESUMEN:

Propósito del estudio: El Índice de Tiempo Sistólico (STI) es un buen parámetro de medida de la función ventricular izquierda. Su medición se puede hacer de manera no invasiva mediante cardiografía por impedancia.

Material y métodos: Estudiamos las variaciones que existen en el STIc (corregido en función del sexo y el pulso) en individuos no hipertensos (HTA-), hipertensos esenciales (HTA E), con y sin tratamiento hipotensor durante 3-6 meses (IECAS, ARA II, alfa bloqueantes y calci antagonistas) y en pacientes con hiperaldosteronismo 1º(A1º) sin y con tratamiento con espironolactona.

Resultados: demostramos que en HTA E en tratamiento vs HTA-, con datos demográficos generales sin diferencias significativas, existen diferencias en los parámetros hemodinámicos: presión sistólica(PAS), presión diastólica(PAD), pulso(P), resistencias periféricas totales(RPT), índice cardiaco(IC), existiendo diferencias significativas en STIc; los ARA II son los únicos que consiguen normalizar las cifras del STIc en estos pacientes (AAII: STIc=0,227+/-0,007 vs HTA- =0,2274+/-0,0075, p no significativa).

Estudiamos el A1º como ejemplo de hipertensión de etiología conocida con tratamiento etiológico específico y evaluamos los parámetros hemodinámicos; sin tratamiento hipotensor, presentan similares alteraciones hemodinámicas que los HTA E; tratados con espironolactona alcanzan cifras similares a los HTA- en todos ellos, salvo el STIc, que es menor (STIc= 0,207 +/- 0,009, vs HTA- =0,231+/-0,015, p<0,05).

Conclusión: el STI se normalizará en aquellos pacientes tratados etiológicamente, como en el A1º. En la HTA E el tratamiento no es etiológico y la normalización de la PA no garantizará una buena evolución hemodinámica y ésta, por tanto, sólo se podrá valorar si se realiza dicho estudio.

PÓSTER Nº 290

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN GRANDES ANCIANOS

C. LUCAS ÁLVAREZ (1), P. VICENTE PRIETO (2), M.Á. IGLESIAS SALGADO (2), C.M. BECERRO MUÑOZ (2),
J. PALOMO DEL ARCO (3)

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

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HTA, TRATAMIENTO, ANCIANOS

RESUMEN:

OBJETIVOS:

- Revisar el plan terapéutico que siguen los pacientes hipertensos mayores de 80 años de una consulta de Atención Primaria.
- Establecer el grado de control de su enfermedad en base al tratamiento empleado y a factores epidemiológicos de los pacientes.

MÉTODO

De un total de 1601 pacientes de un cupo de Atención Primaria, el 6,49 % de los son hipertensos mayores de 80 años. De ellos, el 68,3% son hombres. La edad media de la población estudiada fue de $84,52 \pm 4,17$ años

Se ha tomado en cuenta el grado de control de su HTA, el tiempo de evolución de la enfermedad y el tratamiento farmacológico empleado.

RESULTADO:

- El 79,8% de los pacientes necesitan de 2 ó más fármacos para el control de su presión arterial, siendo lo más frecuente el tratamiento con 2 fármacos (45,2%)
- El fármaco más frecuentemente empleado son los diuréticos solos o en combinación (81,7%), seguidos de los ARA-II solos o en combinación (59,6%)
- El fármaco que menos se emplea son los alfabloqueantes (2,9%)
- Los años de evolución de la hipertensión de nuestra población a estudio fue de $9,16 \pm 4,29$.
- Con el tratamiento pautado, el 80,8% de los pacientes consiguen un buen control de las cifras de presión arterial

CONCLUSIONES:

- La HTA es una patología de importante prevalencia en el paciente anciano.
- El tratamiento de primera línea son los diuréticos
- En el primer escalón de tratamiento se encuentran también IECA y ARA-II, pues diversos estudios demuestran que disminuyen la mortalidad cardiovascular en pacientes de edad avanzada
- La mayor parte de los pacientes necesitan más de un principio activo para el control de su TA, debiendo emplearse combinaciones de los fármacos de primera línea.

PÓSTER Nº 291

USO DE ESTATINAS, ANTIAGREGANTES Y ANTIHIPERTENSIVOS EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO

R. GENIQUE MARTÍNEZ (1), E. BACHRANI REVERTÉ (2), A. VICENTE MOLINERO (3),
I. ANDRÉS BERGARECHE (3), A. MARIN IBAÑEZ (4), R. CHICO MACIAS (1), L. MASIÀ CARLES (1),
I. VÁZQUEZ CABALLERO (1), P. RULL MURILLO (5), L. RAMS AGUILÓ (6)

(1) CAP SANT CARLES DE LA RÁPITA. SANT CARLES DE LA RÁPITA, (2) ABS TORREDEMBARRA.
TORREDEMBARRA, (3) HOSPITAL ROYO VILLANOVA. ZARAGOZA, (4) CS. SAN JOSÉ NORTE. ZARAGOZA,
(5) HOSPITAL SANT PAU I SANTA TECLA. TARRAGONA, (6) HOSPITAL VERGE DE LA CINTA. TORTOSA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SÍNDROME METABÓLICO, FÁRMACOS

RESUMEN:

USO DE ESTATINAS, ANTIAGREGANTES Y ANTIHIPERTENSIVOS EN POBLACIÓN HIPERTENSA CON Y SIN SÍNDROME METABÓLICO.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Las guías de práctica clínica, establecen que el tratamiento de los pacientes hipertensos debe realizarse mediante abordaje multifactorial de los diferentes factores de riesgo en su conjunto.

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de uso de los distintos antihipertensivos, antiagregantes y estatinas, en pacientes hipertensos con y sin síndrome metabólico (SM)

Los parámetros más extendidos para identificar el Síndrome metabólico (SM) son los propuestos, de manera simplificada, por el *Adult Treatment Panel III* (ATP-III) del *National Cholesterol Education Program* (NCEP) de 2001, actualizados posteriormente por la American Heart Association (2005).

MÉTODOS USADOS:

Estudio de casos (pacientes hipertensos con SM) y controles (pacientes hipertensos sin SM)

De un cupo de 1792 pacientes de atención primaria se revisan 510 hipertensos diagnosticados. 78 fallecieron o abandonaron el cupo. Así, los hipertensos se reducen a 432 de los que 151(nuestra muestra) presentaron resultados analíticos desde 1/07/2007 a 31/12/2007.

Variables utilizadas: sexo, edad, datos antropométricos (peso, talla, perímetro abdominal), antigüedad de la HTA) y de factores de riesgo cardiovascular como lo son la última tensión arterial en ese periodo de tiempo, hipercolesterolemia (con cifras de colesterol total, colesterol-LDL y colesterol-HDL) e hipertrigliceridemia. Tratamientos antihipertensivos: diuréticos, inhibidores del enzima conversor de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA2), beta-bloqueantes (BB), alfa-bloqueantes (AB) y antagonistas del calcio (ACA). Tratamiento con estatinas y antiagregantes.

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).

RESULTADOS:

De los 151 pacientes: 60 (39.7%) cumplían criterios suficientes para SM. 77 (51.0%) no presentaron SM. Y en 14 (9.3%) (perdidos) no se pudo determinar.

La prevalencia de SM en la población hipertensa (según edad, sexo, peso y talla) de la muestra fue del 43,8%.

- Respecto a la toma de antihipertensivos todos los pacientes tomaban alguno: de forma global 80,80% ARA 2 o IECA, 62,25% diuréticos, 18,54% ACA, 11,92% BB y un 6,62% AB. En hipertensos con SM: el 90% tomaban ARA II o IECA, 75% diuréticos, 16,67% BB, 15% ACA y un 8,33% AB. En hipertensos sin SM: 88,31% % ARA II o IECA, 63,63% diuréticos, 24,67% ACA, 10,39% BB y un 6,49% AB.
- Estatinas: un 47% de hipertensos toman estatinas. En hipertensos con SM el 56,67% toman estatinas y en hipertensos sin SM lo hacen el 48%.
- Antiagregantes: un 20,53% de hipertensos toman antiagregantes. En hipertensos con SM el 26,67% y en hipertensos sin SM el 19,48%.

CONCLUSIONES

- La prevalencia del SM es muy alta en la población hipertensa, próxima al 50%.
- Los fármacos antihipertensivos más utilizados son ARA II o IECAs seguidos de diureticos en todos los grupos.
- Prácticamente la mitad de pacientes hipertensos toman estatinas, siendo mayor su consumo en el grupo de hipertensos con SM.
- La prevalencia de antiagregación es algo superior a un 25% en pacientes hipertensos con SM.

Palabras clave: hipertensión arterial, síndrome metabólico, fármacos.

PÓSTER Nº 292

ANALISIS DE LA PRESCRIPCION INADECUADA DE ESTATINAS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO

J.C. MAMPEL DIAZ (1), M. LASTERRA SANCHEZ (1)

(1) CS SAN BENITO. JEREZ DE LA FRONTERA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: PRESCRIPCION, ESTATINAS, FACTORES ASOCIADOS

RESUMEN:

Propósito:

Evaluar el porcentaje de pacientes de nuestro Centro de Salud que estando en tratamiento con estatinas, se considera la Prescripción como Inadecuada según las indicaciones del Proceso Asistencial Integrado-Riesgo Vascular (PAI-RV) del Servicio Andaluz de Salud y describir los factores relacionados con dicha Prescripción Inadecuada (PI).

En el PAI-RV, se considera adecuado el tratamiento con estatinas en todos los pacientes en prevención secundaria (PS) y en aquellos que estando en prevención primaria (PP) presentan un riesgo vascular (RV) global a los 10 años $\geq 5\%$ (calculado mediante la Tabla SCORE).

Métodos:

Se ha realizado un estudio Transversal en nuestro Centro de Salud, con los pacientes que recibieron tratamiento con estatinas en el periodo Noviembre 2010- Abril 2011 (3022 pacientes), mediante la revisión de las historias clínicas informatizadas.

Se realizó un Muestreo Aleatorio Simple, con tamaño calculado para un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y proporción $p=0.5$, obteniéndose una muestra de 342 pacientes. Se utilizó el test de la t de Student para la comparación de variables cuantitativas y la Prueba Z para la comparación de variables cualitativas. Para estudiar los factores asociados a la PI se realizó un estudio multivariante mediante análisis de regresión logística, utilizando como variable dependiente la PI del tratamiento. Se estableció un límite de significación estadística de $p<0,05$.

Se analizaron las variables edad, sexo, colesterol total (CT), Presión Arterial Sistólica (PAS) y Tabaquismo (estos factores se utilizan para el cálculo del RV según la tabla SCORE), así como las variables Diabetes (DM) e Hipertensión (HTA). Se clasificó a los pacientes según su estado de Prevención (PP o PS) y según la Adecuación en la prescripción de estatinas (Adecuada o Inadecuada).

En 174 pacientes, no hubo necesidad de calcular el RV mediante la tabla SCORE, siendo asignados directamente a riesgo alto ($\geq 5\%$) por presentar características clínicas constituyentes de motivos de exclusión al uso de la tabla SCORE.

De los 168 pacientes restantes, se excluyeron del estudio 55 por faltar algún dato imprescindible para calcular el RV mediante la Tabla SCORE.

En 113 pacientes se calculó el RV mediante la tabla SCORE. Estos, junto con los 174 pacientes en los que se determinó el RV de forma directa, forman la muestra definitiva de nuestro estudio (287 pacientes).

Resultados:

En la muestra definitiva (287 pacientes) se obtuvo una edad media de 68.9 años. La proporción de Varones fue del 44.25%. En PS 33.45%. Prevalencia de DM, Fumadores e HTA del 42.86%, 22.31% y 78.71% respectivamente.

Obtuvimos una Adecuación en la prescripción del 89.55%, alcanzando el 100% en los pacientes en PS y en los pacientes con DM. En PP, la adecuación fue del 84.29%.

La PI de estatinas fue del 10.45% (15.71% considerando solo los pacientes en PP).

En los pacientes con PI (30 pacientes), las cifras de CT son significativamente más elevadas que en los pacientes con prescripción adecuada ($p=0.04$). No hubo casos de PI en pacientes en PS ni con DM.

Mediante Regresión Logística (Valor p del MODELO $< 0,0004$), la PI se asoció directamente al sexo femenino (OR=33.57, $p=0.0009$) y CT (OR=1, $p=0.46$) e inversamente con la edad (OR=0.94, $p=0.031$), Tabaquismo (OR=0.37, $p=0.13$) e HTA (OR=0.34, $p=0.02$).

Conclusiones:

La PI de estatinas fue del 10.45% (15.71% considerando solo los pacientes en PP).

Los pacientes con una PI son más jóvenes, fundamentalmente mujeres, están en PP y muestran una menor prevalencia de Diabetes, Hipertensión y Tabaquismo.

En los pacientes con PI las cifras de CT fueron significativamente más elevadas que en los pacientes con prescripción adecuada.

Quizás el motivo por el que se prescriben inadecuadamente las estatinas (pacientes con cifras altas de CT y sin otros factores de RV) sea el seguir realizando los clínicos un enfoque UNIFACTORIAL (basado en las cifras de CT) y NO GLOBAL del RV del paciente.

PÓSTER Nº 293

EVALUACIÓN DE FACTORES CLÍNICO-TERAPÉUTICOS DEL PACIENTE ANTICOAGULADO

R.M. HERNÁNDEZ SÁNCHEZ (1), M. HURTADO LARA (1), G.E. CÉSPEDES PEÑA (1),
A.J. NOGUERA ZUMBÜHL (1), E. SELVA MARROQUÍ (1), M.C. ACÁ MARIN (1),
B. ESPINOSA FERNÁNDEZ (1), J. GALIANA PUERTO (1), A. QUIRCE VÁZQUEZ (1), F. QUIRCE ANDRÉS (1)

(1) FLORIDA. ALICANTE

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ANTICOAGULACIÓN, COMORBILIDAD, FÁRMACOS

RESUMEN:

a- Propósito del estudio

Un importante problema sanitario en todo el mundo es la enfermedad tromboembólica que aumenta la mortalidad y morbilidad de los pacientes, con mayor uso de consultas de urgencias y de centros de salud, e incrementan los ingresos hospitalarios. El uso de anticoagulantes orales, en prevención primaria y secundaria de eventos tromboembólicos ha permitido un mejor control de esta patología con reducción de la comorbilidad y del gasto sanitario.

Entre las funciones del médico de familia cabe destacar el control de pacientes pluripatológicos y polimedcados, que además utilizan anticoagulantes orales y que presentan patologías agudas que requieren nuevos tratamientos, por lo tanto es el médico responsable de controlar las posibles interacciones farmacológicas.

El propósito del estudio es evaluar la comorbilidad y valorar los tratamientos que utilizan los pacientes con TAO.

b- Métodos usados

Se trata de un estudio descriptivo que incluye pacientes de 18 años o más, de ambos sexos, que hayan recibido TAO durante más de seis meses. Las variables se extraen de la historia clínica electrónica tras la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica. Se obtiene un listado de 717 pacientes en TAO utilizando el programa HyTex®. Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 50%, será necesario incluir 251 pacientes en el estudio. El tamaño final obtenido es de 275 pacientes si asumimos un 10% de pérdidas. Se analizan las variables relacionadas con los tratamientos agudos y crónicos, los diagnósticos crónicos y su posible relación con la TAO. Las variables cuantitativas se describirán como media y desviación estándar y las cualitativas como frecuencias, incluyendo en ambos casos los intervalos de confianza al 95%. Todas las pruebas estadísticas serán de dos colas y se considerarán significativos los valores de $p < 0,05$. Se usará el software SPSS 15.0 para Windows.

c- Resultados

Los 274 pacientes analizados, realizan 4568 controles de INR, lo que supone de media 16.67+/- 8.36 visitas/año por paciente. El 44.68% de nuestros pacientes cumplirían el criterio de estabilidad temporal de INR.

El 63.5% de los pacientes recibió tratamiento agudo durante el año del estudio, siendo el 16.79% con antiinflamatorios, el 10.22% analgésicos, el 14.23% tratamiento antiagregante agudo, el 38.3% antibioterapia, 10.22% IBP y 15.69 % tratamientos agudos sobre el SNC

Un 78.75% de los pacientes recibía tratamiento crónico, 38.69% con hipolipemiantes, 1.82% con antiinflamatorios, 5.11% con analgésicos, 6.93% con antiagregantes, 38.32% con IBP y 26.64% fármacos sobre el SNC.

En cuanto a la comorbilidad, se registró un 22.26% de pacientes anticoagulados que presentaban cuatro o más diagnósticos crónicos. Las patologías más prevalentes son la HTA con un 15.04% y con un 8.99% la artrosis y dislipemia. El 7.69% de pacientes tiene insuficiencia cardíaca, DM el 6.83%, insuficiencia venosa el 3.98% y 3.46% ansiedad. Además, el 3.28% son pacientes oncológicos.

d- Conclusiones

Nuestros pacientes tienen características similares a los de otros grupos publicados en cuanto a comorbilidad.

Se observa una restricción de tratamientos agudos cumpliendo criterios de compatibilidad en TAO.

El tratamiento crónico se corresponde con la comorbilidad detectada.

PÓSTER Nº 294

¿A QUE PACIENTES HIPERTENSOS TRATAMOS CON BLOQUEO DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA EN COMBINACIÓN? ESTUDIO PRESCAP 2010

M.A. PRIETO DIAZ (1), F.J. ALONSO MORENO (2), J.A. DIVISON GARROTE (3), J.L. LLISTERRI CARO (4), G.C. RODRÍGUEZ ROCA (5), L.M. ARTIGAO RODENAS (6), C. SANTOS ALTOZANO (7), S. VELILLA ZANCADA (8), J.J. MEDIAVILLA BRAVO (9), J.A. SANTOS RODRIGUEZ (10)

(1) CENTRO DE SALUD VALLOBIN-LA FLORIDA. OVIEDO, (2) CENTRO DE SALUD SILLERÍA. TOLEDO, (3) CONSULTORIO FUENTEALBILLA. CENTRO DE SALUD CASAS IBAÑEZ. ALBACETE, (4) CENTRO DE SALUD INGENIERO JOAQUIN BENLLOCH. VALENCIA, (5) CENTRO DE SALUD PUEBLA DE MONTALBAN. TOLEDO, (6) CENTRO DE SALUD ALBACETE III. ALBACETE, (7) CENTRO DE SALUD AZUQUECA DE HENARES. GUADALAJARA, (8) CENTRO DE SALUD CENTRO. SANTANDER, (9) CENTRO DE SALUD BURGOS RURAL. BURGOS, (10) CENTRO DE SALUD RIANXO. A CORUÑA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: BLOQUEO SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA, TERAPIA COMBINADA, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

OBJETIVOS:

Conocer las características clínicas de los hipertensos atendidos en atención primaria (AP) tratados con bloqueo del sistema renina angiotensina (BSRA) y las diferencias entre los pacientes tratados con BSRA y diuréticos y los tratados con BSRA y calcioantagonistas.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio transversal y multicéntrico, que incluyó hipertensos ≥ 18 años asistidos en AP de todo el territorio español. Se estudiaron los pacientes hipertensos con BSRA en combinación fija o libre, en dos grupos: BSRA con diurético o BSRA con calcioantagonista y se analizaron las diferencias entre estos dos grupos respecto a factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano diana (LOD), patología cardiovascular (PCVS) y control de la presión arterial (PA).

RESULTADOS:

Se incluyeron 12.961 pacientes hipertensos de los cuales 6.531 estaban tratados con BSRA en combinación: BSRA y diurético 5173 (79,2%), BSRA y calcioantagonista 1358 (20,8%). Los pacientes que recibían BSRA son 52,7% mujeres, con edad $67,4 \pm 10$ años, índice de masa corporal $29,78 \pm 4,7$ Kg/m². La PA sistólica/PA diastólica fue $136,2 (\pm 14,5) / 79,15 (\pm 9,55)$ mmHg. Hemos encontrado una mayor utilización del BSRA con diurético en mujeres: 81,4% vs 76,9% ($p=0,000$) y de BSRA con calcioantagonista en hombres: 23,1% vs 18,6% ($p=0,000$). Hay una mayor utilización de BSRA con calcioantagonista vs BSRA con diurético en diabetes: 40,2 vs 33,9% ($p=0,000$), dislipemia: 64,3% vs 60,4% ($p=0,010$), hipertrofia de ventrículo izquierdo: 11,9% vs 9,2% ($p=0,003$), microalbuminuria: 24,9% vs 19,1% ($p=0,007$), cardiopatía isquémica: 12,8% vs 10,3% ($p=0,007$) y nefropatía establecida: 10,6% vs 7,1% ($p=0,000$). No hubo diferencias en el grado de control de PA entre ambos tipos de combinación.

CONCLUSIONES:

La mitad de los hipertensos tiene terapia de combinación con BSRA con calcioantagonista o diurético. El perfil de BSRA con calcioantagonista se encuentra más en hombres, diabetes, dislipemia, lesión de órgano diana, cardiopatía isquémica y nefropatía. No hay diferencias en el grado de control de PA entre estas estrategias de BSRA.

PÓSTER Nº 295

EFFECTOS DE LA HORA DE INGESTA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: PROYECTO HYGIA

M.T. RIOS (1), J.J. CRESPO (1), E. SINEIRO (1), A. MOYA (2), A. OTERO (3), M.I. FRANCO (2),
A. CONSTENLA (2), M.T. NOGUEROL (1), D.E. AYALA (4), R.C. HERMIDA (4)

(1) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. VIGO, (2) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. PONTEVEDRA,
(3) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO. ORENSE, (4) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD RENAL, CRONOTERAPIA, PROYECTO HYGIA

RESUMEN:

Objetivos: Diversos estudios prospectivos han reportado diferencias clínicamente relevantes en la eficacia para reducir la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA), duración del efecto terapéutico y perfil de seguridad de la mayoría de los antihipertensivos en función de la hora de su administración. Lo que es más importante, se ha documentado que la ingesta de la dosis completa de antihipertensivos al acostarse, en comparación con la ingesta de todos ellos al levantarse, reduce significativamente el riesgo cardiovascular (CV), tanto en población general como, en particular, en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Por ello, hemos evaluado la influencia de la hora de tratamiento sobre el perfil circadiano de la PA en pacientes con distintos estadios de ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio transversal evaluamos 4523 pacientes hipertensos tratados y con ERC (filtrado glomerular estimado [eGFR] <60 ml/min/1.73 m² y/o albuminuria al menos dos veces en 3 meses), 2635 hombres/1888 mujeres, de 66,3±12.9 años de edad. De ellos, 2275 tomaban toda su medicación antihipertensiva al levantarse y 2248 ingerían al menos un 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 días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: La profundidad de la PA fue significativamente menor (P<0,001) y la prevalencia del patrón no-dipper mayor con toda la medicación al levantarse (66,1%) que con algún fármaco al acostarse (55,3%; P<0,001) y todavía menor en los pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (46,5%; P<0,001). La prevalencia del patrón riser fue mucho mayor (20,1%) en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse que en los que tomaban bien alguno (16,1%) o todos los fármacos al acostarse (11,0%; P<0,001 entre grupos), con independencia del estadio de severidad de la ERC.

Conclusiones: Nuestros resultados documentan que la prevalencia del patrón no-dipper/riser, en todos los estadios de severidad de ERC, está significativamente atenuada en pacientes que ingieren 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 evaluar la eficacia del tratamiento, deben ser el esquema terapéutico de preferencia en los pacientes con ERC.

PÓSTER Nº 296

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MANEJO CLÍNICO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE UN AÑO

P. SEGURA TORRES (1), A.M. POZO CASCAJOSA (2), F.J. DEL CASTILLO TIRADO (3), R. ILLANES LEIVA (4), M.V. MARTÍN-ARAGÓN GONZÁLEZ (2), A. LIÉBANA CAÑADA (1)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN, (2) CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LA CABEZA. ANDÚJAR (JAÉN), (3) CENTRO DE SALUD VIRGEN DE LA CAPILLA. JAÉN, (4) EMPRESA PÚBLICA HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR. ANDÚJAR (JAÉN)

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: CRISIS HIPERTENSIVA, MANEJO CLÍNICO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA, TRATAMIENTO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

RESUMEN:

Introducción: Un motivo frecuente de demanda asistencial, son las urgencias, emergencias y fundamentalmente las pseudourgencias hipertensivas, tanto en Atención Primaria (2% del total de las urgencias) como en hospitales (7% de las urgencias médicas atendidas). Esto conlleva a una sobreutilización, sin motivo real, de los servicios de urgencias, ya que el 90% de ellas se pueden controlar con reposo y medicación oral ambulatoria.

Objetivo: Describir las características y el manejo clínico de las crisis hipertensivas atendidas durante un año en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Recogimos todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital de segundo nivel de Ándujar entre noviembre/2010 y noviembre/2011 con diagnóstico al alta de crisis hipertensiva (CH).

Resultados: Total de 87 crisis HTA que han ocurrido en 60 pacientes. Edad media 65,7±13,6 años. Mujeres 60%. Procedencia: domicilio 80,5%, centro extrahospitalario 14,9%, vía pública 2,3%, otro hospital 1,1%, no consta 1,1%. Motivos de consulta: hipertensión 30%, cefalea 17%, HTA y cefalea 17%, mareo 11%, epistaxis 2%, dolor torácico 2%, dolor abdominal 2%, disnea 6%, HTA y epistaxis 1%, HTA y otros 5%, y otros 7%. Los que proceden de un centro extrahospitalario recibieron tratamiento: furosemida 38,5% captopril 76,9%, diazepam 23,1%, loracepam 7,7%. El número de pruebas de recibieron fue ninguna 62,1% una 17,2%, dos 3,4%, tres 9,2%, cuatro 3,4%, cinco 4,6%. Las pruebas fueron: hemograma 19,5%, bioquímica 19,5%, ECG 29,9%, Rx tórax 10,3%, TAC craneal 6,9%. La TA con la que fueron derivados al hospital TAS 190±21 mmHg y TAD 100±9 mmHg. La TA en el servicio de urgencias fue TAS 187±22 mmHg y TAD 97±19 mmHg. La TA al alta TAS 151±19 mmHg y TAD 81±14 mmHg. A su llegada al hospital tienen JNC 7 TAS ≥ 180 y/o TAD ≥ 110 mmHg 35,6% (41/87) y SAMFYC TAS ≥ 210 y/o TAD ≥ 120 mmHg 17,4% (20/87). El destino al alta fue: domicilio 93,2%, ingreso en planta 3,4 % y en UCI 3,4 %. A su llegada al hospital tienen TAS ≥ 210 y/o TAD ≥ 120 mmHg 17,4%. El tratamiento hospitalario que recibieron fue: el 12,6 % no recibieron ningún tratamiento, los que recibieron uno son 32,2% fue diurético 10,7%, Captopril 75%, Alprazolam 14,3%; dos 39,1% fue diurético 29,4%, Captopril 91,2%, Alprazolam 73,5% y calcioantagonista 5,9%; tres 14,9% fue diurético, IECA y Alprazolam y cuatro 1,1% fue diurético, IECA, Alprazolam y calcioantagonista.

Conclusiones:

- 1.- Existe mayor porcentaje de mujeres entre los pacientes diagnosticados de crisis hipertensivas.
- 2.- La prueba más realizada fue el ECG y en más del 50% no se realizó ninguna prueba.
- 3.- En un 70% fue necesario administrarle uno o dos fármacos.
- 4.- El antihipertensivo más administrado fue el diurético.
- 4.- Sólo un 17% de los diagnosticados de crisis hipertensivas cumplían criterios de crisis hipertensivas según los criterios de la SAMFYC

PÓSTER Nº 297

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS SEGÚN EL GÉNERO. ESTUDIO PRESCAP 2010

V. PALLARES (1), A. CALDERON (2), C. SANTOS (3), J. FERNANDEZ (4), J. CAÑADA (5), J. CARRASCO (6),
M. FERREIRO (7), A. GALGO (8), E. GARCIA (9), L. GARCIA (10)

(1) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (2) CS ROSA DE LUXEMBURGO. MADRID,
(3) CS AZUQUECA DE HENARES. GUADALAJARA, (4) CS ZONA CENTRO. CACERES,
(5) CS ALGORTA. GETXO, (6) CS LA LOBILLA. MALAGA, (7) CS HUERTA DEL REY. SEVILLA,
(8) CS ESPRONCEDA. MADRID, (9) CS FUENSANTA. CORDOBA, (10) CS DE VICAR. ALMERIA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, GENERO, TRATAMIENTO

RESUMEN:

OBJETIVO.- Analizar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a estrategias terapéuticas empleadas en cada uno y el enfoque terapéutico planteado en las consultas de Atención Primaria (AP) españolas.

METODOLOGIA.- Estudio epidemiológico transversal y multicéntrico en pacientes hipertensos tratados ≥ 18 años seleccionados consecutivamente en consultas de AP de 18 comunidades autónomas los días 8,9 y 10 de junio de 2010. Se tuvo en cuenta además del sexo, la edad, tipo de fármacos antihipertensivos empleados y sus combinaciones. Se realiza análisis descriptivo y bivariante (chi cuadrado, t student y ANOVA). Los datos se analizan con el paquete estadístico SPSS v.15.0.

RESULTADOS.- Se incluyen 12.898 hipertensos, 6.191 hombres y 6.707 mujeres, con edad media de $64,9 \pm 11,4$ y $67 \pm 11,2$ años respectivamente ($p < 0,000$). La monoterapia se utiliza un 36,1% en hombres y 36,8% en mujeres (ns); la combinación de dos fármacos 43,2% hombres y 45,0% mujeres; y tres o más fármacos 20,7% hombres y 18,2% mujeres. En relación a monoterapia los ARA-2 son los más utilizados tanto en hombres como en mujeres (40,9% vs 36,2%; $p < 0,001$) seguidos por IECA's (35,3 vs 31,4; ns). Los diuréticos (DIU) son más utilizados en mujeres que en hombres (17,2% vs 7,3%; $p < 0,000$) y en proporción menor los Calcioantagonistas y los Beta-Bloqueantes (6,4% vs 6,9%, y 6,4% vs 5,7%; ns). En cuanto a combinaciones fijas es llamativo que ARA-2+DIU es con diferencia la más utilizada tanto en hombres como en mujeres (26,4% vs 30,6% $p < 0,000$), seguida por IECA+DIU (14,1% vs 15,5%; ns). Las combinaciones fijas de tres fármacos tienen una prescripción testimonial (0,4% en hombres, 0,2% mujeres; ns).

CONCLUSIONES.- No existen diferencias en cuanto a la estrategia terapéutica utilizada entre hombres y mujeres tanto en monoterapia como en estrategias de combinación fijas.

PÓSTER Nº 298

DECISION TERAPEUTICA BASADA EN HEMODINAMIA NO INVASIVA (HOTMAN®) EN HIPERTENSOS NO CONTROLADOS

D.F. MÁRQUEZ FERNANDEZ DE ULLIVARRI (1), C. CEREZO OLMOS (2), C.A. ROMERO CABALIER (3), L. FERNANDEZ (2), L. GUERRERO (2), L.M. RUILOPE URIOSTE (2), J.J. SEGURA DE LA MORENA (2)

(1) UNIDAD CARDIONEFROMETABÓLICA, HOSPITAL DR. A OÑATIVIA. SALTA-ARGENTINA,
(2) UNIDAD DE HTA, SEVICIO DE NEFROLOGÍA, H. 12 DE OCTUBRE. MADRID,
(3) SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA, H. PRIVADO. CÓRDOBA-ARGENTINA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA, HEMODINAMIA NO INVASIVA, DISPOSITIVO HOTMAN

RESUMEN:

La Hipertensión Arterial (HTA) continúa siendo un Factor de Riesgo Cardiovascular (FRCV) importante, modificable con tratamiento médico. Se estima que el 30% de la población mundial padece de HTA y menos del 50% está controlado. Si bien en los últimos años hemos aprendido mucho de esta patología, aún desconocemos otras variables que interaccionan en la fisiopatogenia del paciente con HTA y que serían claves a la hora de individualizar tratamiento farmacológico, como ser por ejemplo factores hemodinámicos como estado de vasoconstricción-inotropismo y volemia. El tratamiento que indicamos continúa siendo empírico basado en la toma de la PA (Presión Arterial) de la consulta o en el mejor de los casos de un Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA). Si bien existen dispositivos que nos informan de otras variables como ser presión aórtica central (PAC), velocidad de onda de pulso (VOP), entre otros, la mayoría no están disponibles para la mayoría de los centros y su coste es elevado. A pesar de esto serían de gran valor a la hora de definir una conducta sobre todo si consideramos pacientes en los que debemos aumentar dosis o agregar otro fármaco para obtener metas terapéuticas. Es por esta razón que decidimos realizar esta investigación en la cual valoramos en pacientes con HTA no controlada el tratamiento basado en hemodinamia no invasiva.

Objetivos: 1° Valorar el grado de control de la PA en pacientes medicados en base a los hallazgos de HOTMAN.

2° Comparar las diferencias hemodinámicas entre los pacientes hipertensos controlados con ≥ 2 fármacos medicados previamente en forma empírica por el especialista vs los hipertensos no controlados tratados en base a hemodinamia no invasiva.

- Comparar la hemodinamia en el grupo de casos pre y postratamiento.

- Determinar el porcentaje de casos en los que la decisión terapéutica basada en la hemodinamia no invasiva "HOTMAN" difiere del tratamiento empírico del especialista.

Métodos: Estudio prospectivo experimental, realizado en la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital 12 de Octubre de Madrid durante Marzo a Julio de 2012. Se incluyeron pacientes hombres y mujeres de 50 a 75 años de edad con HTA no controlada con 2 o más drogas antihipertensivas. Se les midió la PA en consulta con tensiómetros automáticos validados (BpTru Omron®) y un MAPA de 24 hs (Mobil-O-Graph ABPM and 24 hour PWA Monitor, Stolberg, Germany), el cual informa también Presión

Aórtica Central (PAC) y Velocidad de Onda de Pulso (VOP). En base al resultado del MAPA se dividió a los pacientes en 2 grupos; **grupo control:** hipertensos no controlados en la consulta (PA >140/90 mmHg), pero controlados por MAPA de 24 hs (PA 24< hs 130/80 y PA diurna < 135/85 mmHg) y **grupo casos:** PA > 140/90 en consulta + HTA confirmada por MAPA 24 hs (PA 24 hs >130/80 y PA diurna >135/85 mmHg). A ambos grupos se les realizó posterior al MAPA un estudio de hemodinamia no invasiva con dispositivo HOTMAN. Este sistema realiza mediciones por bioimpedancia y nos proporciona información del estado hemodinámico del paciente. Las variables a analizar por bioimpedancia fueron: CI (Cardiac Index), SI (Stroke Index), HR (heart rate), SSVRI (Stroke Systemic Vascular Resistance Index) y TFC (Thoracic Fluids Conductivity). Sólo el grupo casos recibió tratamiento antihipertensivo basado en MAPA + HOTMAN, realizándose un control a las 4 semanas, donde se repitieron los estudios (MAPA + HOTMAN) y se valoró respuesta al tratamiento. Cabe destacar que sin conocer el estudio hemodinámico del grupo casos, un médico especialista del equipo (Dr JS) sugirió un tratamiento antihipertensivo basado sólo en el MAPA, el cual no fue administrado y se realizó únicamente para valorar objetivo 2°. **Exclusión:** pacientes con eventos cardiovasculares en el último año, IRC (con FG <60 ml/min calculado por MDRD), cociente alb/creatinina > 30 mg/gr, DM tipo 1, IMC >40, HTA de causa secundaria. El estudio fue aprobado por el comité de Docencia de la Institución y todos los participantes firmaron un consentimiento informado. Para el **Análisis estadístico** se realizaron 3 modelos de comparación, Modelo 1 (grupo control vs no controlados), Modelo 2 (no controlados pre y post tratamiento basado en hotman) y modelo 3 (grupo control vs postratamiento basado en hotman). Se utilizó Test T para muestras independientes para los modelos 1 y 3, cuando las variables presentaban distribución normal y test de Kruskal-Wallis cuando la distribución era asimétrica. Para las variables categoricas se utilizó test de Fisher. Se consideró significativa p menor de 0,05. Para el análisis estadístico se utilizó software SPSS statistics (version 17.0).

Resultados: Se incluyeron un total de 31 pacientes, 10 controles y 21 casos. Tres pacientes del grupo casos carecieron de datos postratamiento debido a pérdida de seguimiento en 2 y abandono de medicación en uno. A pesar de ello se los incluyó en el modelo 2. La edad promedio fue 68,9 años \pm 6,6 en el grupo control vs 62,8 \pm 8,9 años en grupo casos. Aproximadamente el 40% fue de sexo masculino, con un IMC de 28,9 \pm 2,8 grupo control vs 27,1 \pm 4,2 grupo casos. La PAS de 24 hs (Presión Arterial Sistólica) en el grupo control fue 121,2 \pm 9,8 mmHg vs 143,6 \pm 7,5 mmHg en los casos preajuste (p:<0,001). Los pacientes posterior al tratamiento mejoraron su PA, siendo la PAS de 24 hs postajuste 130,6 \pm 18,4 mmHg (pre vs postajuste p:<0,001). De igual manera si consideramos PAS diurna y nocturna encontramos una similar presentación con un descenso significativo de PA en los tratados en base a HOTMAN. En cuanto a PAC, la PAS central fue 114,2 \pm 9,5 controles vs 131 \pm 12,5 preajuste (p<0,001) y 120,4 \pm 17,9 postajuste (p: 0,01 pre vs postajuste, NS control vs postajuste). La VOP fue 8 \pm 3,4 m/s en controles vs 10,1 \pm 1,6 m/s en casos preajuste (NS) y descendió a 9,4 \pm 1,8 m/s postajuste (pre vs postajuste <0,01). El número de drogas antihipertensivos fue de 3,2 \pm 1 en grupo control vs 2,9 \pm 1 en grupo casos preajuste de medicación (NS) y 3,4 \pm 1,1 postajuste de medicación (p: 0,001 pre vs postajuste). Al analizar las variables hemodinámicas no encontramos diferencias significativas para CI, HR, SI y TFC comparando los 3 modelos de análisis, pero sí al valorar la SSVRI en los modelos 2 y 3 encontramos diferencias pre y postajuste 210,4 \pm 80,3 vs 175,6 \pm 55 F Ω /m² (p:0,04) y grupo control vs postajuste 229,8 \pm 78,5 vs 175,6 \pm 55 F Ω /m² (p:0,04).

Cuando comparamos la decisión basada en HOTMAN vs la conducta empírica sugerida por el especialista (Dr JS), el mismo coincidió en sólo 6 casos de los 21 pacientes medicados (28,5%).

Conclusión: La decisión terapéutica en hipertensos no controlados se beneficia utilizando hemodinamia no invasiva. Observamos una mejoría en el control tanto de la PAS como PAD y de los patrones hemodinámicos pre y postratamiento basado en HOTMAN. Sin embargo la hemodinamia resultante no difirió al comparar los pacientes que fueron tratados empíricamente y tenían su PA controlada (controles), excepto cuando valoramos el índice de resistencia vascular periférica que fue menor al tratar los pacientes basados en hemodinamia no invasiva. Destacamos que el especialista basando su conducta en el MAPA únicamente coincidió en menos del 30% de las decisiones tomadas en base a

HOTMAN. Se necesitan estudios más grandes y con puntos finales duros para valorar el impacto de estos dispositivos en el tratamiento de la HTA.

PÓSTER Nº 299

EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES METABÓLICOS Y RENALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON COMBINACIONES BASADAS EN CALCIOANTAGONISTAS RESPECTO A LAS COMBINACIONES CLÁSICAS BASADAS EN DIURÉTICO

J.M. SEGUÍ RIPOLL (1), J.C. DE LA CRUZ (2), J. PERIS GARCÍA (1), P. ROIG RICO (1),
C. PACHECO CASTELLANOS (1), P. ESTEVE ATIÉNZAR (1), S. BAÑÓN ESCANDELL (1),
J. MERINO SÁNCHEZ (1)

(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN. ALICANTE,
(2) UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: COMBINACIONES, FUNCIÓN RENAL, METABOLISMO

RESUMEN:

a) Propósito del estudio:

Las combinaciones de dos principios activos más empleadas en el tratamiento de la HTA se basan en asociación de IECA o ARA-II con un diurético. Actualmente las Guías Europeas de HTA recomiendan tanto el uso combinado de IECA o ARA-II con diurético como de IECA o ARA-II con calcioantagonista (CA). En nuestro servicio se han ido incorporando combinaciones basadas en IECA/ARA-II con CA, por lo que disponemos de experiencia con ambos tipos de combinaciones. Nos proponemos evaluar los resultados obtenidos durante los últimos 6 meses, en términos metabólicos y de protección renal del tratamiento de la HTA, utilizando combinaciones basadas en IECA/ARA-II con CA frente a diuréticos.

b) Métodos usados:

Estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo, en pacientes hipertensos tratados con IECA/ARA-II combinados con CA o Diuréticos durante 6 meses. Se analizan los pacientes tratados con IECA o ARA-II + Diurético respecto a los tratados con IECA o ARA-II + CA. Se recogen parámetros habituales en práctica clínica.

c) Resultados:

82 pacientes HTA (Varones 54%, edad 79±7) con valores basales y a los 6 meses. La población analizada presentaba las siguientes características: IMC 25±4 Kg/m², obesidad 10%, índice de Barthel 71±24. Fumadores 13%, ex-fumadores 24%, dislipemia 65% y DM-2 62%. La mayoría presentaban comorbilidades relevantes (Cardiovascular 70%, Neurológicas 43%, Nefro-Urológicas 32%, Respiratorias 27%, Locomotor 17%, Digestivas 11% y otras Endocrinopatías distintas a la DM 9%). Las causas de Nefropatía documentadas (32%) fueron: hipertensiva en el 32% y diabética en el 22%. Las combinaciones fijas se utilizaron en el 84% de pacientes: basadas en Diuréticos un 51,2% (26,8% en combinación con IECA y 24,4% con ARA-II) y con CA el 48,8% (24,4% con IECA y 24,4% con ARA-II). El control de la HTA al inicio fue del 22% y del 30.5% a 6 meses (p=0.092). Estos valores son de 26.2% y 28.6% en el grupo de diuréticos y de 17.5% y 32.5% en el grupo con CA (p=0.030). Se analizan los datos de función renal (MDRD y Cociente Alb/Crea en orina) y control metabólico (HbA1c) de las distintas combinaciones, así como los efectos adversos hallados.

d) Conclusiones:

1. La asociación de un IECA o ARA-II con un CA proporciona mayor control tensional de pacientes, respecto a la misma combinación con diuréticos.
2. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de función renal, aunque hay mejor tendencia a preservar dichos parámetros con la combinación a base de CA.

PÓSTER Nº 300

EL TRATAMIENTO DIURÉTICO CONDICIONA DIFERENCIAS EN LA ELIMINACIÓN RENAL DE ÁCIDO ÚRICO EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

C. ROSADO RUBIO (1), C. FELIPE FERNÁNDEZ (1), R. MANZANEDO BUENO (1),
B. ALAGUERO DEL POZO (1), A. FIDALGO GONZALEZ (1), J.C. CHACÓN UNZUÉ (1), J. MARTÍN GARCÍA (1)

(1) COMPLEJO HOSPITALARIO DE ÁVILA. ÁVILA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, DIURÉTICOS, ELIMINACIÓN RENAL DE ÁCIDO ÚRICO

RESUMEN:

Propósito del Estudio: Los diuréticos son fármacos que se asocian con un incremento de los valores séricos de ácido úrico (au). Dicha aumento es secundario a la contracción de volumen inducida por dichos fármacos. Sin embargo, se sabe que los diuréticos pueden estimular la actividad del transportador capilar de ácido úrico. Es posible que el uso de estos fármacos en el tratamiento de la HTA incremente la reducción en la eliminación renal de ácido úrico.

Material y Métodos: Se estudian 73 pacientes con HTA y función renal normal ($Ccr > 60 \text{ ml/min}$) seguidos en la consulta de nefrología-HTA del hospital. Se consideran 2 grupos de pacientes según recibieran o no tratamiento diurético (si diuréticos 38; no diuréticos: 35). Se analizan datos demográficos y epidemiológicos de ambos grupos así como los valores analíticos convencionales en sangre y orina, aclaramiento de creatinina (Ccr), de ácido úrico (Cau) y excreción fraccional de ácido úrico (EFau) y de sodio (EFNa). Se realiza estadística descriptiva para caracterizar los grupos: mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativa y estadística inferencial con pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney de muestras independientes). El nivel de significación se determina como $p < 0,05$.

Resultados: Ambos grupos presentan características similares de edad, sexo, peso, IMC y perímetro abdominal, hábitos tóxicos, DM y dislipemia. El grupo de pacientes tratado con diuréticos posee una HTA de mayor tiempo de evolución (mediana de 11 años vs 5 años), mayor repercusión cardiovascular (AIT: 5,4% vs 0%; ACVA: 5,45% vs 2,9%; HVI: 34,2% vs 14,3%; Arritmias: 7,9% vs 2,9%; cardiopatía isquémica: 5,3% vs 0%; ICC: 7,9% vs 0%; arteriopatía periférica: 2,7% vs 0%); mayor porcentaje de pacientes con litiasis (36,8% vs 14,5); mayor porcentaje de obesos (73,7% vs 25,7%) y mayor porcentaje de pacientes tratados con alopurinol (23,5% vs 13,8%). La tabla adjunta muestra los valores con diferencias estadísticamente significativas y los resultados de los cálculos relativos al Ccr, Cau, EFau, EFNa, EFurico/EFNa. El grupo que recibe tratamiento diurético presenta concentraciones plasmáticas de glucosa y ácido úrico estadísticamente superiores. Este hecho es particularmente relevante dado que el porcentaje de pacientes que toman alopurinol es prácticamente el doble en el grupo que recibe tratamiento diurético. Este grupo presenta una menor eliminación renal, un menor aclaramiento renal de ácido úrico y una menor excreción fraccional, diferencias que se incrementan en relación con la EFNa aunque no se haya obtenido significación estadística.

Valor	Grupo diuréticos (n=35) Mediana (p25- p75)	sinGrupo diuréticos (n=38) (p25-mediana p75)	con (p25- p75)
[glucosa] (mg/dl)*	100 (95 - 110)	109 (100,5 - 127,3)	
[ac úrico] (mg/dl)**	4,9 (4 - 6,2)	5,65 (5,1 - 6,57)	
C cr (ml/min)	106,8 (81,6 - 137,4)	96,7 (74,5 - 133,6)	
Microalbuminuria /mg/g)	8 (1,7 - 25,8)	11,3 (7,8 - 36,7)	
C úrico (ml/min)	6,45 (5,15 - 8,54)	6,1 (4,4 - 8,12)	
EF úrico(%)	6,73 (5,15 - 8,23)	6,14 (4,55 - 8,1)	
Eliminación de ac. úrico (g/día)	0,56 (0,4 - 0,7)	0,49 (0,4 - 0,7)	
EF Na (%)	0,8 (0,44 - 1,15)	0,93 (0,67 - 1,3)	
EF úrico / EF Na	8,5 (5,9 - 14,4)	6,7 (4 - 11,3)	
Eliminación de fosfatos (mg/día) ***	664,95 (567,6 - 877,4)	918 (626 - 1080)	
C fosfatos (ml/min)****	14,8 (10,3- 17,1)	19,86 (13,54 - 25,9)	
Eliminación de Mg (mg/día)	76,4 (57,6 - 86,5)	66,6 (43,5 - 95,6)	

*p:0,02; ** p:0,034; *** p:0,049; ****p:0,027

Conclusión: El aclaramiento de ácido úrico en los pacientes con HTA y función renal normal es inferior a la población sana. La contracción de volumen inducida por los diuréticos incrementa la reducción en la eliminación renal de ácido úrico pero parece que independientemente de ello el diurético “per se” reduce la eliminación. Tal vez, el incremento en las concentraciones plasmáticas de glucosa y ácido úrico presenten una razón común a nivel de transportadores tubulares. El escaso número de pacientes y las diferencias entre los grupos hace que estos resultados deban ser interpretados con precaución. Se necesitan estudios prospectivos a largo plazo bien aleatorizado para profundizar en este aspecto.

PÓSTER Nº 301

PERFIL TERAPÉUTICO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES DIABÉTICOS DE UNA POBLACIÓN RURAL

P. GEARA JOYED (1), L. MORALES GIL (1), A. ESPINO MONTORO (1)

(1) CONSULTORIO DE GAUCIN. GAUCIN (MÁLAGA)

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: ANTIHIPERTENSIVO, DIABETICO, TERAPEUTICO

RESUMEN:

Objetivo: Estudio del grado de control de la presión arterial en nuestros pacientes diabéticos así como las combinaciones terapéuticas más utilizadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de los pacientes con diagnóstico de diabetes pertenecientes a nuestro consultorio rural a través de los datos recopilados mediante la historia clínica informatizada.

Resultados: La población diabética muestra una media de edad de 73,2 años (DE 12,3) compuesta por un 53,8% de mujeres y un 46,2% de hombres. La PA diastólica es controlada en un 73,1% de los pacientes de acuerdo con las últimas recomendaciones (PAD<80mmHg) sin embargo el control de PA sistólica solo alcanza el control óptimo (<130 mmHg) en un 32,6%.

Con respecto al tratamiento antihipertensivo, este está presente en el 88,9% de los diabéticos y es encabezado por los los inhibidores del sistema renina-angiotensina con una presencia en el 81,7% con los IECA a la cabeza seguidos por los ARAII e IDR solos o en combinación con otros antihipertensivos. En segundo lugar están presentes los diuréticos con un 63% de frecuencia, existiendo una combinación de los grupos anteriores en el 44,2% de los pacientes tratados. El tercer grupo en frecuencia son los calcioantagonistas registrando un aumento en su uso y mostrando una presencia en el 21,6% de los pacientes. El grupo de los betabloqueantes están incluidos en el 17,6% de las prescripciones de este grupo.

Conclusiones: La PA sistólica es un importante factor de riesgo cardiovascular con un bajo control en nuestra población de pacientes diabéticos. El tratamiento farmacológico antihipertensivo está encabezado por los los bloqueadores del SRA, presentando una tendencia a la combinación de fármacos y siendo la más común la asociación de IECA o ARAII con diurético.

PÓSTER Nº 302

PACIENTES PSORIÁTICOS, HIPERTENSOS REBELDES

C. MESTANZA (1), B. MEZA (1), M.Á. RAMIS (1), C. CASAS MOVILLA (1), Y. OCHIAI MARTÍ (1), I. BOBA (1),
C. IGLESIAS SERRANO (1), M. VILA CAPDEVILA (1), I. GIL CANALDA (1), M. DE LA POZA ABAD (1)

(1) C.S. DR. CARLES RIBAS. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: PSORIASIS, HIPERTENSIÓN, TRATAMIENTO

RESUMEN:

La hipertensión arterial (HTA) en los pacientes psoriásicos se comporta de forma más rebelde, precisando más fármacos para su control.

PROPÓSITO DE ESTUDIO

La hipertensión arterial (HTA) en los pacientes psoriásicos se comporta de forma más rebelde, precisando más fármacos para su control. Los objetivos de nuestro estudio son:

1. Determinar el número de fármacos necesarios para controlar la HTA en los pacientes psoriásicos, así como el grupo farmacológico más usado.
2. Determinar las cifras promedio de presión arterial sistólica (PAS) y de presión arterial diastólica (PAD) de los pacientes hipertensos con psoriasis.

MÉTODOS USADOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo, seleccionándose a los pacientes con diagnóstico de psoriasis según el CIE-10 de la base informática de atención primaria, el E-CAP, se excluyeron los trasladados y los éxitus.

Obtuvimos un total de 174 pacientes, de los cuales excluimos 43 por falta de datos completos, los incluidos fueron 131 pacientes.

Se estudiaron variables como sexo, edad, número de fármacos pautados, diagnóstico de HTA o no, diagnóstico de psoriasis o no.

En los pacientes hipertensos se determinó el número de fármacos pautados y el grupo farmacológico.

Se seleccionó de forma aleatoria un grupo control de pacientes (n: 174) sin diagnóstico de psoriasis, de la misma edad (con una diferencia de 5 años) y sexo.

RESULTADOS

La media de Presión arterial en los pacientes evaluados fue de 136/78. El fármaco más utilizado fue el diurético seguido del IECA.

La media de fármacos usados para controlar su hipertensión fue en los pacientes psoriáticos de 1,9 frente al 1,5 de los no psoriáticos.

El número de fármacos necesarios para llegar a un buen control de la hipertensión fue de hasta 3 en 13 psoriáticos frente a 5 no psoriáticos, y con 4 fármacos eran controlados 4 psoriáticos, frente a 1 no psoriático.

CONCLUSIONES

Los pacientes psoriáticos precisan más fármacos para el control de su HTA ya que ésta, se comporta de manera más rebelde.

Los grupos farmacológicos más usados fueron los diuréticos y los IECAs.

La presión arterial está bien controlada en los pacientes psoriáticos atendidos en nuestro centro.

PÓSTER Nº 303

¿INFLUYE EL FENOTIPO DEL PACIENTE HIPERTENSO A LA HORA DE ELEGIR LA MEJOR COMBINACION DE DOS FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS?

C. CEREZO OLMOS (1), A. SEVILLANO PRIETO (1), L. GUERRERO LLAMAS (1), L. FERNÁNDEZ LÓPEZ (1),
M. PRAGA TERENCE (1), L.M. RUILOPE URIOSTE (1), J. SEGURA DE LA MORENA (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA.
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN I+12. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO COMBINADO,
ELECCIÓN DE TRATAMIENTO

RESUMEN:

Es bien sabido que la mayor parte de los pacientes hipertensos necesitarán una combinación de dos ó más fármacos antihipertensivos para alcanzar un control adecuado de su hipertensión. Aunque la eficacia antihipertensiva de cada grupo farmacológico en monoterapia es similar, se han descrito diferencias relacionadas con efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado, alteraciones hidroelectrolíticas o, incluso diferencias sobre la disminución de la presión arterial central.

El objetivo de este estudio fue investigar en práctica clínica real si existen diferencias en las características clínicas y bioquímicas iniciales de pacientes hipertensos que han sido tratados con dos de las combinaciones de fármacos antihipertensivos más frecuentes: bloqueantes del sistema renina angiotensina (BSRA) más diurético tiazídico (DIU) o BSRA más un calcioantagonista (CA). También se analizó la aparición de nuevos casos de diabetes en ambos grupos.

Se realizó un corte transversal de los pacientes hipertensos esenciales atendidos en el último año en nuestro centro y se recogieron datos clínicos y analíticos, así como el número y tipo de fármaco antihipertensivo, tanto al inicio del seguimiento como en la última visita disponible.

Se incluyeron 2398 pacientes hipertensos, 1104 (46%) varones, con una edad media de 61.3 ± 14.7 años y un seguimiento medio de 6.4 ± 3.6 años. La distribución de los pacientes en función del número de fármacos antihipertensivos fue: 0 fármacos, 145 (6.0%) pacientes; 1 fármaco, 505 (21.1%); 2 fármacos, 552 (23.0%); y 3 ó más fármacos, 1196 (49.9%) pacientes. Entre los pacientes tratados con 2 fármacos podemos identificar tres grupos: BSRA+DIU, con 228 pacientes (41.3%), BSRA+CA, otros 228 pacientes (41.3%) y otras dobles combinaciones en 96 pacientes (17.4%).

No se detectaron diferencias significativas entre ambos grupos en los niveles iniciales de presión arterial, índice de masa corporal, perímetro abdominal, glucemia en ayunas, creatinina plasmática, filtrado glomerular estimado, ácido úrico o potasio plasmáticos, ni perfil lipídico. Al final del seguimiento se objetivan reducciones de presión arterial similares en ambos grupos. No se detectaron diferencias analíticas salvo unos niveles significativamente más elevados de ácido úrico plasmático y más bajos de potasio en el grupo BSRA+DIU. El porcentaje de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 se incrementó un 8.3% en el grupo BSRA+DIU y un 5.7% en el grupo BSRA+CA ($p < 0.001$).

En conclusión, en práctica diaria se confirma que la mayor parte de los pacientes hipertensos requieren combinaciones de fármacos. No hemos detectado diferencias clínicas o analíticas a la hora de elegir

entre una combinación de un BSRA con DIU o con CA. El uso de una combinación de un BSRA+DIU se acompaña de una mayor aparición de nuevos casos de diabetes en comparación con la combinación de BSRA+CA.

PÓSTER Nº 304

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL CONTROL TENSIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL RESISTENTE

J. SEGURA DE LA MORENA (1), C. CEREZO OLMOS (1), L. GUERRERO LLAMAS (1),
L. FERNÁNDEZ LÓPEZ (1), M. PRAGA TERENCE (1), L.M. RUILOPE URIOSTE (1)

(1) UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. SERVICIO DE NEFROLOGÍA.
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN I+12. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE, ESPIRONOLACTONA, ALISKIRÉN

RESUMEN:

Diversas publicaciones han recomendado pautas de tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial resistente, pero la información disponible sobre su eficacia a largo plazo es escasa. Este trabajo analizó la evolución de 106 pacientes con hipertensión arterial resistente (HR) tras 12 meses de seguimiento. Al inicio de dicho seguimiento, los pacientes fueron clasificados como HR de bata blanca (n=50), HR respondedores a espironolactona (n=43), y HR no respondedores a espironolactona, que recibieron una combinación de aliskirén 300mg+amlodipino 10mg+clortalidona 25 mg (n=13).

Tras 12 meses de seguimiento, los pacientes HR respondedores a espironolactona mantienen una reducción significativa de la presión arterial clínica (reducción media de -21.7 ± 23.1 y -7.4 ± 10.2 mmHg para la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), respectivamente), ambulatoria (-17.7 ± 16.8 y -6.2 ± 8.8 mmHg para la PAS y PAD de 24 horas, respectivamente) y central (-17.7 ± 20.1 y -7.4 ± 11.9 mmHg, respectivamente). Estos pacientes mostraron un incremento significativo del peso corporal, del índice de masa corporal, creatinina, potasio y ácido úrico plasmáticos y una disminución del filtrado glomerular estimado.

Los pacientes con HR que recibieron la combinación de aliskirén+amlodipino+ clortalidona añadida a su tratamiento antihipertensivo previo (IECA, ARA, alfa o betabloqueantes) mantenían una reducción significativa de la presión arterial clínica (reducción media de -28.7 ± 23.5 y -13.7 ± 10.9 mmHg para la PAS y PAD, respectivamente), ambulatoria (-18.7 ± 20.2 y -8.5 ± 8.5 mmHg para la PAS y PAD de 24 horas, respectivamente) y central (-22.9 ± 24.9 y -11.6 ± 12.0 mmHg, respectivamente). Estos pacientes no mostraron cambios significativos en el peso corporal, índice de masa corporal, creatinina, potasio o ácido úrico plasmático, ni en el filtrado glomerular estimado.

Entre los pacientes con HR de bata blanca, se identificaron 10 (20%) casos con una PAS/PAD media de 24h superior a 130/80 mmHg, por lo que se consideró una progresión de HR de bata blanca a HR verdadera.

En conclusión, tras 12 meses de seguimiento, la adición de espironolactona es efectiva en el control tensional de pacientes con HR verdadera, con discretos pero significativos incrementos de la creatinina y potasio plasmáticos. En pacientes HR no respondedores a espironolactona, la combinación de aliskirén+ amlodipino+clortalidona es efectiva en el control tensional de estos pacientes, y no se

acompaña de cambios significativos de los parámetros renales. Un 20% de los pacientes con HR de bata blanca progresó a HR verdadera.

PÓSTER Nº 305

DIFERENCIAS HEMODINAMICAS EN EL CONTROL DE LAS TENSIONES ARTERIALE ENTRE PACIENTES CON IECAS Y ARA II COMBINADOS CON CALCIOANTAGONISTAS

R.M. CABRERA SOLE (1), C. TURPIN LUCAS (1), S. GARCIA RUIZ (1), S.J. MARTINEZ GONZALEZ (1),
E. LUEKPE (2), M. AGUILERA SALDAÑA (1)

(1) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE. ALBACETE,
(2) HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HEMODINAMICA, IECAS, ARA II

RESUMEN:

ANTECEDENTES: Los IECAS y los ARA II son los fármacos mas frecuentemente utilizados en el control de la hipertensión arterial (HTA) en nuestro medio. Sin embargo, no están muy claras las diferencias entre ambos grupos a la hora de seleccionar un fármaco mas adecuado en vez de otro, dado que se atribuye un llamado efecto de clase que generaliza tanto los beneficios como los inconvenientes en estos grupos de fármacos.

OBJETIVOS: valorar las diferencias de eficacia entre diversos IECAS y ARAII en la reducción de la HTA en pacientes hipertensos moderados.

MATERIAL Y METODOS: hemos estudiado a 645 pacientes hipertensos moderados que recibieron tratamiento con un IECA o un ARAII combinado con amlodipino (AM) durante al menos 6 meses, y que tenían controladas las tensiones arteriales de acuerdo a sus médicos de cabecera en la consulta. A todos se les realizó un MAPA de 24 hs., antes de recibir tratamiento y tras 6 meses del mismo para medir la tensión arterial sistólica y diastólica (TAS/TAD), la tensión arterial en el intervalo del despertar (ID), así como el índice de rigidez arterial (IRA), el tiempo hipertensivo total (THT) una analítica completa, y un ecocardiograma para valorar el índice de masa del ventrículo izdo (IMVI). Los RESULTADOS fueron comparados con el basal y los exponemos en la siguiente tabla:

DATOS	Nº	TAS/TAD BASAL	TAS/TAD >6 MESES	IRA BASAL	IRA 6 m	ID TAS/TAD BASAL	ID TAS/TAD 6m	THT BASAL/6M min
CAPTOPRIL+AM	45	154/96	142/86*	0.82±0.6 4	0.62±0.1*	159/95	146/90	456/205*
ENALAPRIL+AM	155	156/97	139/82*	0.76±0.1 2	0.56±0.2*	156/89	140/88	368/88*
LISINOPRIL+AM	100	152/93	138/82*	0.78±0.3	0.57±0.1*	158/91	138/84	415/96
TELMISARTAN+A M	150	156/92	132/81*	0.82±0.1 6	0.45±0.2*	156/94	135/81*	418/65
LOSARTAN+AM	150	158/93	135/82*	0.79±0.2	0.48±0.4*	159/96	133/84*	435/88

*Significa valor de p <0.05

CONCLUSIONES: La combinación de un IECA o un ARAII con un calciontagonista permite un control edecuado de la HTA, pero los IECAS de mayor vida media son claramente mas efectivos que los de vida media mas corta y los ARAII de vida media larga son superiores a los IECAS en la reducción de las cifras de TA al depertarse asi como en la reducción del tiempo hipertensivo total.

PÓSTER Nº 306

¿DESPUES DEL MAPA QUE?

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 FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: MAPA, PATRON CIRCADIANO, HTA

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Analizar el uso que se ha hecho de la MAPA en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 25.989 habitantes > 15 años en el año 2012.

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 enero a noviembre del 2012 se han solicitado 63 MAPA.

El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (38,09%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (12,69%) y de Patron circadiano (17,46%). El 46,03 % 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: 6,34 % normal, 26,98 % ligero, 34,92 % moderado, 12,69 % elevado, 17,46 % muy elevado.

Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 26 Dipper (41,26%), 26 Non Dipper (41,26%), 3 Extrem Dipper (4,76%), 6 Riser (9,52%), 0 Extrem Riser, 2 fue no válido (3,17%).

Recibían tratamiento previo 34 (53,96 %) pacientes, modificandose el tratamiento a 13 (38,23 %), un total de 29 (46,03%) no recibía tratamiento alguno, instaurandose nuevo tratamiento a 14 (48,27%).

El 93,66 % de las MAPA obtuvo lecturas válidas para un diagnóstico. El 6,34 % del total de MAPA obtuvo un porcentaje de lecturas válidas inferior al 70%, o sea las pruebas fueron consideradas no válidas.

CONCLUSIONES:

1.

- Se utilizó como herramienta básica para el diagnóstico de HTA de Bata Blanca.
- El uso de la MAPA individualiza y mejora el tratamiento antihipertensivo

PÓSTER Nº 307

MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN POBLACIÓN CON DM2 ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE TRES DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

R. TOMÁS (1), V. GINER (2), T. JIMÉNEZ (3), T. SELLER (4), R. PASTOR (4), D. STANCU (3),
M.J. NAVARRO (4), A. MAÑOGIL (3), F. PONCE (4), J. FERRÁNDIZ (3)

(1) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE VILLENA. VILLENA (ALICANTE),
(2) UNIDAD DE HTA Y RIESGO CARDIOMETABÓLICO. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL VERGE DELS LLIRIS. ALCOY (ALICANTE), (3) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALCOY. ALCOY (ALICANTE), (4) ATENCIÓN PRIMARIA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE ELDA. ELDA (ALICANTE)

ÁREA TEMÁTICA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PALABRAS CLAVE: HIPERGLUCEMIA, DIABETES MELLITUS TIPO 2, MANEJO

RESUMEN:

Propósito del estudio

Conocer el manejo de la hiperglucemia en Atención Primaria (AP).

Métodos usados

Estudio observacional, transversal, multicéntrico, con reclutamiento consecutivo de diabéticos tipo 2 (DM2) en consultas de AP de los Departamentos de Salud de Alcoy, Elda y Villena (Alicante).

Resultados

Se analizan 97 pacientes (edad:70±10,1 años; varones:44,3%) con 10,3±7,4 años de evolución de DM2. La prevalencia de FRCV fue: 76,3% dislipemia, 49,5 % obesidad, 46,4% obesidad central, 29,9% síndrome metabólico y 18,6% tabaquismo. Un 23,7% estaba en prevención secundaria. El consumo de fármacos fue de 4,1±2,8/día. El 90,2% tomaba ADOs, 76,3% hipolipemiantes, 72,2% antiHTA, 16,5% insulina y 11,3% antiagregantes/anticoagulantes. En todos los pacientes existía indicación de medidas no farmacológicas (87,6% ejercicio, 78,4% dieta, 71,1% pérdida de peso). Los pacientes tomaban 1,5±0,6 hipoglucemiantes (ADOs e Ins) diarios (54,6%, 39,2% y 5,2% tomaba 1, 2 ó 3) con la siguiente distribución: 85,6% metformina (58,8% sola y 26,8% combinada); 44,3% inhibidores de DPP4 (18,5% en monoterapia: 7,2% sitagliptina, 6,2% saxagliptina, 4,1% vildagliptina, 1% linagliptina. 25,8 % en combinación: 17,5% vildagliptina, 8,2% sitagliptina), 19,6% sulfonilureas (2,1% y 17,5% de 2ª y 3ª generación); 6,2% glinidas solas, y 2,1 % tiazolidinedionas (1% monoterapia, 1% combinadas). Los pacientes con HbA1c

Conclusiones

Existe un elevado control glucémico asociado a una DM2 de menor antigüedad y menor uso de insulina y repaglinida. No parece que factores como la presencia de microalbuminuria u obesidad condicionen el perfil prescriptor. Es llamativo el bajo empleo de la HbA1c en contraste con el elevado de glucemias digitales programadas y escaso empleo de tratamientos no farmacológicos.

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with red and blue outlines, and the number '18' is large and black. To the right of the logo, the text 'Reunión Nacional Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial' is written in a blue serif font.

SHE 18 Reunión Nacional
Sociedad Española de Hipertensión
Liga Española para la Lucha
contra la Hipertensión Arterial

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Cumplimiento e inercia

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 308

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO CON IECAS O ARA-II

S. SURIA GONZÁLEZ (1), N. ESPARZA MARTÍN (1), M. RIAÑO RUIZ (2), P. BRAILLARD POCARD (1), A. RAMÍREZ PUGA (1), R. GUERRA RODRÍGUEZ (1), C. GARCÍA CANTÓN (1), P. ROSSIQUÉ DELMAS (1), C. LÓPEZ (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

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, IECA, ARA-II

RESUMEN:

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: El empleo de IECAs o ARA-II es de uso rutinario tanto en Atención Primaria como en consultas externas hospitalarias, El objetivo de este trabajo fue la caracterización clínica, bioquímica o farmacológica de pacientes con IRC estadio 3 en tratamiento con estos fármacos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se estudiaron 112 pacientes con IRC estadio 3 (30 con DM-2, 93 con HTA) procedentes de consultas externas de Nefrología (Estudio aprobado por el Comité de Ética). Tras la firma del consentimiento informado se recogieron sus datos clínicos, el tratamiento que tomaban y se les solicitaba analítica. El estudio estadístico se realizó con el SPSS 15.0.

RESULTADOS: De los 112 pacientes con IRC estadio 3 (62 hombres, 50 mujeres, edad media: $61,43 \pm 9,65$ años), 31 pacientes tomaban IECAs y 49 tomaban ARA-II. (9 de ellos con IECA y ARA-II).

Los 31 pacientes que tomaban IECAs tenían mayor edad ($65,06 \pm 9,91$ vs $59,95 \pm 9,20$ años, $p = 0,011$), estaban más frecuentemente tratados con alopurinol ($43,3$ vs $20,73$ %, $p = 0,023$) y presentaban un menor aclaramiento de creatinina en orina ($64,35 \pm 16,77$ vs $77,59 \pm 24,65$ ml/min/1,73 m², $p = 0,023$) respecto a los pacientes que no tomaban IECAs.

Los 49 pacientes que tomaban ARA-II tenían mayores niveles de urea sérica ($64,14 \pm 22,66$ vs $48,28 \pm 15,45$ mg/dl, $p = 0,001$) y menores niveles de HDL colesterol ($47,94 \pm 7,56$ vs $53,37 \pm 12,53$ mg/dl, $p = 0,041$) y desde el p.v farmacológico estaban más frecuentemente tomando antiagregantes plaquetarios ($p = 0,003$), estatinas ($p = 0,017$), fibratos ($p = 0,039$) y diuréticos ($p = 0,002$).

Los dos grupos estudiados no presentaban diferencias en el resto de parámetros clínicos, bioquímicos o farmacológicos estudiados.

CONCLUSIONES: Los pacientes con IRC estadio 3 en tratamiento con IECAs son de mayor edad, tienen más frecuentemente hiperuricemia subsidiaria de tratamiento con alopurinol y tienen un aclaramiento de creatinina en orina menor que los pacientes sin IECAs. Los pacientes con IRC estadio 3 en

tratamiento con ARA-II están más frecuentemente tratados con antiagregantes, diuréticos, estatinas y fibratos presentando menores niveles de HDL sin diferencias en el resto de fracciones de colesterol o en el índice de masa corporal. Por todo ello, se podría sugerir que los pacientes con hiperuricemia podrían estar mejor tratados con un ARA-II y que los pacientes con HDL disminuido podrían estar mejor tratados con un IECA. Dado el escaso número de pacientes estudiados, serían precisos estudios más amplios que validaran estos resultados.

PÓSTER Nº 309

¿INFLUYE LA EDAD DEL PACIENTE HIPERTENSO Y DIABETICO EN LA EXISTENCIA DE MAS INERCIA CLINICA?

J. GARCIA-VALDECASAS VALVERDE (1), P. FERNANDEZ LOPEZ (2), A. HERMOSO SABIO (2),
F.J. DIAZ SILES (2)

(1) HOSPITAL CLINICO SAN CECILIO. GRANADA, (2) ZBS. LA ZUBIA. GRANADA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: INERCIA CLINICA, DIABETES, HIPERTENSION

RESUMEN:

INTRODUCCION

Definimos Inercia clínica como *“fallo de los profesionales de la salud para indicar, recomendar, estudiar o seguir a un paciente, con el consecuente perjuicio en términos de “Salud” (Philips LA)”*

En el caso particular de pts HTA y DM, los principales perjuicios para la salud son la aparición de eventos cardiovasculares, y la entrada en diálisis por fallo renal, ya que el 77% de la entrada en diálisis de pts son la diabetes y la HTA

PACIENTES Y METODOS

De los 1785 pts diabéticos pertenecientes a una zona básica de salud, seleccionamos a 1277 pts (594 hombres y 683 mujeres) que presentan además HTA, y los dividimos en dos grupos: menores y mayores de 75 años (849 y 428 pts respectivamente) con una edad media de 60.4 ± 10.6 años y de 82.1 ± 5.4 años .

Se toman como valores de referencia de buen control : petición de analítica cada seis meses, parámetros antropométricos de peso y talla (determinación del IMC), valores de tensión arterial y tener reflejadas en su historia: HbA_{1c}, creatinina sérica, estimación del Filtrado Glomerular, determinación de Microalbuminuria (MAO) y del Cociente MAO/creatininuria.

RESULTADOS

	Menores 75	Mayores 75
No tienen reflejados en su historia clínica el peso o la talla	43.5 %	42.6 %
No tiene reflejada las cifras de TA	14.6 %	7.9 %
No tienen ninguna analítica	5.4 %	6.5 %
Se le ha estimado el Filtrado glomerular	3.5 %	9.5 %
No tienen en su última analítica de control la creatinina sérica	13.4 %	6.8 %
La fecha de la ultima analítica es superior a los seis meses	40 %	51.2 %
No se dispone de cifra de HbA _{1c}	16.8 %	21.8 %
No se le ha determinado MAO o		
El cociente MAO/creatinina en orina	55.6%	58 %

CONCLUSIONES

En los parámetros antropométricos de peso y talla (determinación del IMC), valores de tensión arterial y no tener reflejadas en su historia: analítica, creatinina sérica, estimación del Filtrado Glomerular existe una diferencia significativa con $p < 0.01$, a favor de una menor inercia clínica en los pacientes mayores de 75 años

En los parámetros analítica superior a 6 meses, tener reflejada la HbA_{1c} y la determinación de Microalbuminuria (MAO) y del Cociente MAO/creatininuria. Existe una diferencia significativa con $p < 0.01$, a favor de una menor inercia clínica en los pacientes menores de 75 años.

PÓSTER Nº 310

¿INFLUYE LA EDAD EN EL CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO Y DIABETICO?

P. FERNANDEZ LOPEZ (1), F.J. DIAZ SILES (1), A. HERMOSO SABIO (1),
J. GARCIA-VALDECASAS VALVERDE (2)

(1) ZBS. LA ZUBIA. GRANADA, (2) HOSPITAL CLINICO SAN CECILIO. GRANADA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, HIPERTENSION, CONTROL

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

De los 1785 pts diabéticos pertenecientes a una zona básica de salud, seleccionamos a 1277 pts (594 hombres y 683 mujeres) que presentan además HTA, y los dividimos en dos grupos: menores y mayores de 75 años (849 y 428 pts respectivamente), con una edad media de 60.4 ± 10.6 años y de 82.1 ± 5.4 años. Se analizan mediante un estudio descriptivo observacional los siguientes datos epidemiológicos: sexo, edad, peso, talla, tensión arterial, creatinina sérica, HbA_{1c} , colesterol-T, HDL-col, LDL-col, triglicéridos, microalbuminuria (MAO), cociente MAO/creatinina en orina y fecha del último análisis de control del perfil diabético.

Valores de referencia de buen control: $HbA_{1c} < 7.0$ %, $IMC < 25.0$, $TAS < 135$ y $TAD < 85$ mmHg, Colesterol-T < 200 mgr/dl, LDL-col < 100 mg/dl, triglicéridos < 150 mgr/dl, MAO < 2 mgr/dl, MAO/creatinina < 30 mg/g. Estimamos el filtrado glomerular (eFG) calculado con la fórmula CKD-EPI, considerando de acuerdo a las guías KDOQI insuficiencia renal a un $eFG < 60$ ml/min $\times 1.73$ m²

RESULTADOS

	Menores de 75	Mayores de 75
El IMC está por encima de 25	90.6%	87 %
La TA está por encima de 135/85	41.3%	45.4 %
Creatinina elevada (Cr > 1.4 en H y > 1.2 en M)	4 %	17.1%
Filtrado Glomerular estimado por CKD-EPI < 60 ml/min	11 %	26.9%
$HbA_{1c} > 7\%$	54.6 %	43.9 %
MAO – MAO/Creatinina	15.1 %	28.5 %
Colesterol Total > 200 mg/dl	36.6 %	28.6 %
LDL > 100 mg/dl	57.2 %	51.4 %
TRIGLICERIDOS > 150 mg/dl	37.9 %	31.9 %

CONCLUSIONES:

En los parámetros IMC > 25 , HbA_{1c} , Colesterol T, LDL Colesterol y triglicéridos el grado de control es significativamente mejor con una $p < 0.01$ en los pacientes mayores de 75 años.

Por el contrario en los parámetros de TA > 135/85 , Filtrado Glomerular estimado por CKD-EPI < 60 ml/min, Creatinina elevada (Cr >1.4 en H y > 1.2 en M) , MAO-MAO/Creatinina elevadas por encima de 2 mg/dl y de 30 mg/dl respectivamente, son los pacientes menores de 75 años los que están mejor controlados.

Cabe destacar igualmente el aumento de la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes mayores de 75 años , que pasa de un 11 % a un 26.9 % si lo medimos mediante CKD-EPI , y de un 4 % a un 17.1 % si la calculamos por la creatinina sérica.

PÓSTER Nº 311

PERIODO DE LATENCIA EN EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

L.J. ERASO GARCIA (1), L.A. MATOS DE LA CRUZ (1), K. RUIZ VALERO (1), A. GONZALVEZ ALBERT (1),
V. VALERO UREÑA (1), A. ZARAGOZA RIPOLL (1), D. ALVAREZ CRESPO (1), R. SUERO SIERRA (1),
A. BRUJÁN GARCIA (1), J.E. PEREÑIGUEZ BARRANCO (1)

(1) CS ESPINARDO. MURCIA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: LATENCIA, DIAGNOSTICO, HIPERTENSIÓN

RESUMEN:

Autores: Eraso García L, Matos de la Cruz L*, Ruiz Rivero K*, González Albert A*, Valerio Ureña V*, Zaragoza Ripoll A*, Álvarez Crespo D*, Suero Sierra R*, Bruján García A*, Pereñiguez Barranco J***

* *Médicos de Familia EAP Espinardo, Murcia.*

** *Profesor Área de Medicina Preventiva y Salud Pública FM Murcia*

OBJETIVOS

Estudiar los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial durante el último año y analizar el periodo previo con cifras tensionales elevadas (periodo de latencia).

MÉTODO

Se estudian los pacientes diagnosticados de hipertensión arterial durante el último año, analizando el tiempo de latencia y el control posterior tras el diagnóstico, en 4 cupos de Medicina de Familia de un Centro de Salud docente.

La muestra está compuesta por 84 nuevos casos de HTA diagnosticados en el último año de un total de 5924 pacientes, siendo la prevalencia de hipertensos del 28'38% (1681 pacientes).

RESULTADOS

De los 84 pacientes estudiados, el 45'2% son varones y el 54'8% mujeres. El 62'8% de los varones tienen menos de 55 años y el 63'42% de las mujeres menos de 65. El 57'1% de los pacientes presentan una latencia inferior a un año, el 27'4% entre 1 y 2 años, el 4'8% entre 2 y 3, y el 10'7% superior a 3 años. Tras ser diagnosticados, menos de la mitad presentan cifras tensionales normales (44'4%), el 14'3% mantienen cifras elevadas, y el resto no han acudido a sus controles en los últimos 4 meses.

CONCLUSIONES

Analizando los datos extraídos del estudio, concluimos que más de la mitad de los nuevos casos de hipertensión diagnosticados en el último año presentaron un periodo de latencia menor de un año.

No obstante, queda por analizar si es la inercia médica la que impide realizar un mejor diagnóstico precoz o la falta de conciencia de los pacientes, ya que de un importante número de éstos no se tienen registro de sus cifras tensionales posteriores.

Esto nos obliga a estudiar las causas del retraso diagnóstico, para poder mejorar la calidad asistencial.

PÓSTER Nº 312

INFLUENCIA DE LA HORA DEL DÍA DE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROYECTO HYGIA

J.J. CRESPO (1), R.C. HERMIDA (2), D.E. AYALA (2), A. MOYA (3), M.T. RIOS (1), P. EIROA (1),
J.L. SALGADO (1), L. POUSA (1), J.R. FERNANDEZ (2), A. MOJON (2)

(1) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. VIGO, (2) UNIVERSIDAD DE VIGO. VIGO,
(3) SERVICIO GALEGO DE SAUDE. PONTEVEDRA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: ADHERENCIA, CRONOTERAPIA, PROYECTO HYGIA

RESUMEN:

Objetivos: El bajo cumplimiento terapéutico de los pacientes hipertensos se encuentra entre las causas documentadas de la escasa tasa de control adecuado de la presión arterial (PA) y el asociado aumento de riesgo cardiovascular (CV). Las tasas reportadas de adherencia al tratamiento con inconsistentes e influenciadas por diversas variables, potencialmente incluyendo el número de fármacos y la hora de su ingesta, aunque los resultados son marcadamente no concluyentes. Por ello, hemos evaluado el papel de la hora de ingesta de la medicación sobre la adherencia a la terapia antihipertensiva en pacientes participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV con monitorización ambulatoria (MAPA) de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio participaron 9238 pacientes hipertensos tratados (4968 hombres/4270 mujeres) de 64,5±12,2 años de edad. De ellos, 3904 tomaban toda su medicación antihipertensiva al levantarse (grupo 1), 2586 tomaban toda su medicación al acostarse (grupo 2) y 2748 ingerían la dosis completa de algún fármaco al acostarse y los otros al levantarse (grupo 3). Se instruyó a los pacientes para que siempre tuviesen la medicación en la mesilla de noche. La adherencia se evaluó mediante el test de Morisky-Green antes de empezar la MAPA de 48h programada en cada paciente.

Resultados: La máxima adherencia (puntuación 0 en el cuestionario) fue alta y equivalente en todos los grupos de tratamiento (85,9% en pacientes tratados siempre al levantarse, 86,2% en los tratados siempre al acostarse y 86,3% en los tratados al levantarse y acostarse; P=0,855). La prevalencia de adherencia baja (puntuación 1) o muy baja (puntuación >1) también fue independiente de la hora de tratamiento (adherencia baja: 11,1, 11,2 y 10,2%; muy baja: 3,0, 2,6 y 3,5% en los grupos 1, 2 y 3, respectivamente; P=0,426). No existieron diferencias en adherencia plena entre grupos de pacientes clasificados en función del número de fármacos: 85,5, 87,3, 85,7, 85,6 y 84,2% en pacientes tratados con 1, 2, 3, 4 o más de 4 fármacos, respectivamente (P=0,342).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que la adherencia al tratamiento antihipertensivo es equivalente en pacientes que ingieren su medicación al levantarse o al acostarse. Un mensaje simple por parte de los profesionales sanitarios (tener siempre la medicación en la mesilla de noche), utilizar un horario específico en relación al ciclo de actividad y descanso de cada paciente (levantarse o acostarse) para la prescripción del tratamiento, así como la valoración de los pacientes hipertensos mediante MAPA, pueden ser todos ellos factores asociados al aumento de cumplimiento terapéutico,

con independencia de la hora de tratamiento y del número de fármacos requeridos para alcanzar un control óptimo de la PA.

PÓSTER Nº 313

ANÁLISIS DE LA INERCIA DIAGNÓSTICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS DEMANDANTES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. ESTUDIO ESCARVAL

V. PALLARES (1), A. PALAZON (2), D. OROZCO (2), V. GIL (2), C. SANCHIS (3), F. VALLS (4),
A. LORENZO (5), A. FERNANDEZ (2), J. REDON (6)

(1) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (2) UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ. ALICANTE,
(3) CS ALGEMESI. ALGEMESI, (4) CS BENIGANIM. BENIGANIM, (5) CS BURRIANA. BURRIANA,
(6) UNIVERSIDAD DE VALENCIA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. VALENCIA,
(7) CS SALVADOR PAU. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, ATENCION PRIMARIA, INERCIA DIAGNOSTICA

RESUMEN:

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia de la inercia diagnóstica de la hipertensión arterial y obtener sus factores asociados. 2) Analizar la influencia del curso on-line.

Métodos: Se analizaron los registros electrónicos de salud de toda la población no diagnosticada de hipertensión arterial, de cuarenta años o más, que tenía realizada prueba de cribado y que acudió a los centros de salud en el segundo semestre de 2010 (420744 historias). Se consideró que un individuo tenía inercia diagnóstica si estaba cribado y tenía cifras medias de tensión arterial iguales o superiores a 140/90 y no tenía diagnóstico de hipertensión. Se calculó la prevalencia de la inercia diagnóstica y sus factores asociados mediante un modelo de regresión logística binaria.

Resultados: El 18.1% de estos individuos tuvieron inercia. Los factores asociados fueron: varón (OR=1.75, $p<0.001$), DM (OR=1.20, $p<0.001$), dislipemia (OR=1.10, $p<0.001$), no enfermedad cardiovascular (OR=0.75), no fibrilación auricular (OR=0.76, $p<0.001$), más visitas (OR=1.04, $p<0.001$) y no realizar el curso on-line (OR=0.88, $p<0.001$).

Conclusiones: La magnitud de la inercia es muy alta. Se determinan que variables se asocian. Los médicos que han realizado el curso on-line cometen menos inercia.

PÓSTER Nº 314

INERCIA DIAGNÓSTICA Y DIABETES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. ESTUDIO ESCARVAL

V. PALLARES (1), A. PALAZON (2), A. SEPEHRI (2), D. OROZCO (2), F. VALLS (3), C. SANCHIS (4),
J. NAVARRO (5), A. FERNANDEZ (2), J. REDON (6), V. GIL (2)

(1) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (2) UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ. ALICANTE,
(3) CS BENIGANIM. BENIGANIM, (4) CS ALGEMESI. ALGEMESI, (5) CS SALVADOR PAU. VALENCIA,
(6) UNIVERSIDAD DE VALENCIA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, INERCIA, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Antecedentes. En 2001, Philips define el concepto de inercia Clínica, y unos años más tarde, Andrade define la inercia terapéutica. Tras analizar toda la población de 45 o más años en la historia clínica electrónica de la Comunidad Valenciana con detección de glucosa dentro del Proyecto ESCARVAL (Estudio CARDiometabolico Valenciano), se idéntica en la población no diabética un 2,4% de los individuos con valores de glucosa en sangre alteradas (Glu> 126 mg/dl) y no diagnosticados de diabetes (DM2). Este estudio muestra que factores se asocian con este problema y cómo mejoró el nivel de conocimiento de la DM2 en la población.

Objetivos. Analizar la magnitud de la inercia diagnóstica en población no diabética en la Comunidad Valenciana, identificar los factores asociados; y determinar la influencia de un curso sobre esta de un curso de formación en prevención cardiovascular y Dm2.

Métodos. A través de la historia clínica informatizada que cubre al 100% de la población de la Comunidad Valenciana (5.120.343) se seleccionan las personas sin diagnóstico previo de DM2 con más de 45 años (n=870.405). Se analizan los factores asociados que influyen en la inercia de diagnóstica, así como si el profesional de atención primaria (PAP) realizó o no el curso de formación previo. La definición de inercia diagnóstica por historia clínica (glucemia basal > 126 mg/dl y no hay diagnóstico de DM2) está basado en la definición de Philips, no acuñando el diagnóstico de DM2 cuando esté estaría indicado. Se definen tres tipos de inercia diagnóstica: límite (glucemia entre 126-139 mg/dl), moderada (glucemia ente 140 a 159 mg/dl) y franca (glucemia > 160mg/dl). Se realiza regresión logística.

Resultados. El 2,4% de la población mayor de 45 años sometida a cribado presenta DM2 (n = 21.208). Los factores asociados fueron: ¿El PAP ha realizado el curso? (OR 0,753), hombre (OR 1.742), edad 0,038), fibrilación auricular (OR 0,981), hipertensión (1.119), dislipidemia (0,744), eventos cardiovasculares previos (0,940), y número de visitas (0,982). Del total, el 65,1% está en situación límite, el 21,4%, moderada y franca alterado 13,5%.

Conclusiones. La Inercia Diagnóstica demuestra un nuevo problema que puede resolverse fácilmente a través de sistemas de alarma en el registro informatizado de la historia del paciente.

PÓSTER Nº 315

GRADO DE CONOCIMIENTO Y DESCONOCIMIENTO DE LA HTA EN POBLACION A PARTIR DE 40 AÑOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. PROYECTO ESCARVAL TRANSVERSAL

V. PALLARES (1), A. PALAZON (2), A. SEPEHRI (2), V. GIL (2), D. OROZCO (2), F. VALLS (3), C. SANCHIS (4), J. NAVARRO (5), A. FERNANDEZ (2), J. REDON (6)

(1) UNION DE MUTUAS. CASTELLON, (2) DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD MIGUEL HERNANDEZ. ALICANTE, (3) CS BENIGANIM. VALENCIA, (4) CS ALGEMESI. VALENCIA, (5) CS SAQLVADOR PAU. VALENCIA, (6) DEPARTAMENTO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA. VALENCIA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: CRIBADO, INERCIA, ATENCION PRIMARIA

RESUMEN:

Objetivos. Analizar entre los años 2007 y 2010 los cambios poblacionales en las prevalencias de HTA, control, cribado e inercia.

Métodos. Se trata de un estudio poblacional a través de un diseño de dos cortes transversales donde se comparan todos los registros informatizados entre los años 2007 (n= 2.214.186) y 2010 (n=3.577.762). Se valora el registro en la historia clínica electrónica de la Comunidad Valenciana (ABUCASIS) de HTA según CIE-9 y corroborado por GAIA, junto a la existencia de los parámetros de PA y grado de control en población a partir de 40 años. En población no HTA se valora su cribado e inercia, concepto que se define como aquellos pacientes no HTA con cifras elevadas de PA y no registrados como tales.

Resultados. Todos los cambios tanto de conocimiento como de desconocimiento de la PA, son importantes. Se observa como en la población conocida ≥ 40 años de HTA aumenta de un 16,5% en 2007 a un 31,4% en 2010. En estos hipertensos el registro de PA aumenta de un 53,9% a un 76% y el buen control (según Guías Europeas 2007) de un 45,4% a un 51%. En población no HTA, el cribado se eleva de un 11,6% a un 23,9% y la inercia diagnostica disminuye de un 34,4% a un 26,4%.

Conclusiones. En la población ≥ 40 años de la Comunidad Valenciana ha habido un aumento sustancial de la prevalencia conocida de HTA y mejora de la calidad asistencial de este factor de riesgo, ya que ha aumentado su registro de PA y el buen control. Estas mejoras también se han producido en la disminución de su desconocimiento, con un mejor cribado y una reducción de la inercia.

PÓSTER Nº 316

¿QUÉ NIVEL DE OBJETIVOS TENDRÍAMOS EN EL CONTROL ESTRICTO DEL COLESTEROL LDL < 70 MG/DL EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, UTILIZANDO LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA EUROPEA DE RIESGO CARDIOVASCULAR 2012?

J.M. CRUZ DOMÉNECH (1), M. GILABERTE FERRÚS (1), F. GAVILÁN MARTÍNEZ (1),
B. RASPALL COROMINAS (1), E. ROMERO RODRÍGUEZ (1), N. VÁZQUEZ MORALES (1),
V. PARDO AMIL (1), J.A. GONZÁLEZ ARES (2), I. GIL GIL (3), N. SANZ GONZÁLEZ (4)

(1) 1 ABS PROGRÉS RAVAL. BADALONA, (2) BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS. BADALONA,
(3) ABS ARAN, CAP VIELLA. VIELLA, (4) ABS LAS MARGARITAS. GETAFE

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, COLETEROL LDL, GUÍAS EUROPEAS CARDIOVASCULAR 2012

RESUMEN:

OBJETIVO:

Valorar el objetivo de control del col-LDL en pacientes de muy alto riesgo, según la Guía Europea de Riesgo Cardiovascular 2012, llegando a un col-LDL < 70 mg/dL en comparación a los valores tradicionales de col-LDL < 100 mg/dL, en una empresa que gestiona 7 ambulatorios urbanos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Pacientes con diagnóstico de IAM, AVC, AIT, EAP que lleguen a un col-LDL < 70 mg/dl en las analíticas realizadas durante el año 2012. Estudio descriptivo transversal en 7 ambulatorios urbanos de una Organización Sanitaria Integral (OSI) valorando todas las analíticas realizadas durante este periodo.

RESULTADOS:

Se evalúan un total de 4400 analíticas, siendo válidas 43932 (99,84%), varón 2738 (62,2%), edad 70 años (DE: 13) con col-LDL 105 mg/dl (DE: 33,93). Presentan IAM 39,6% (1738), Ángor 5,2% (229), AVC 28,9% (1269), AIT 11,5% (507), EAP 32,7% (1434). Se llega a conseguir un col-LDL <70 en 630 (14,3%). Los hombres tienen un mejor control 15,9% vs 11,7%, llegando a obtenerlo en el 69% del total de hombres (p<0,0001). De los pacientes con antecedentes de IAM se consigue el objetivo estricto en el 15,9% (435) (p<0,0001). Al evaluar los pacientes con AVC se consigue en el 16,5% (209) vs 13,5% (421) (p<0,006). En los pacientes sin AIT ni los que no tienen EAP, se consiguen mejores objetivos (p<0,05) sin llegar a objetivos en Ángor. No hay diferencias en la obtención de objetivos entre los 7 ambulatorios, oscilando entre un 9,8% y un 18,6%.

Al evaluar los pacientes que llegan a un col-LDL <100 mg/dL se consiguen mejores controles en un 46,6% (2046), básicamente en los pacientes varones, 50,3% (1374), IAM un 56,8% (988), Angor 54,6% (125). Existe un mejor control en los pacientes que no han padecido un AIT ni EPA, siendo significativo en comparación a los que sí lo habían padecido (p<0,001), sin llegar a ser significativo en los pacientes con un antecedente de AVC, 47,8% (606) vs 46,1% (1440) p=0,169. No hay diferencias en la obtención de objetivos entre los 7 ambulatorios, oscilando entre un 43,1% y un 50,4%.

Hay una diferencia de 1416 pacientes (32,2%) que pasan de un control estricto a un control LDL< 100 mg/dL, casi un 70% de peor control.

CONCLUSIONES:

1. Sólo se llega a conseguir un col-LDL < 70 mg/dl en 14,3%, básicamente en pacientes con eventos "fuertes" como IAM y AVC, sin llegar a conseguirlo en ángor, AIT y EAP, pudiendo ser por una actitud más laxa del profesional en estos pacientes.
2. Hay un menor control en ambos casos, en los pacientes varones, persistiendo un menor control en las mujeres, 11,7% en el caso del más estricto y un 40,5% si es un col-LDL < 100 mg/dL.
3. Hay un número significativo de pacientes que pasarían de un grupo a otro (1416), un 32,2%, suponiendo un 70% menos de control.
4. No existen diferencias entre los 7 ambulatorios en la consecución de objetivos, llegando a un 46,6% si el objetivo es < 100 mg/dL a un 14,3% si es < 70 mg/dL, siendo necesario mayor información y formación de los nuevos criterios.

PÓSTER Nº 317

¿QUÉ GRADO DE CONTROL DEL COL-LDL TENDRÍAMOS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 CON ALGÚN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR, AL APLICAR LAS NUEVAS RECOMENDACIONES DE UN CONTROL MÁS ESTRICTO EN LOS PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO, SEGÚN LAS GUÍAS EUROPEAS

J.M. CRUZ DOMÉNECH (1), G. CASAS GÜELL (1), Y. FERNÁNDEZ GREGORIO (1), M. TORRA ROVIROSA (1), L. MARTÍN CALLEJÓN (1), M. GILABERTE FERRÚS (1), F. GAVILÁN MARTÍNEZ (1), F. PALACIOS CAMACHO (1), J. BELLIDO CLAVIJO (1), V. PARDO AMIL (1)

(1) 1 ABS PROGRÉS RAVAL. BADALONA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, INERCIA TERAPÉUTICA, GUÍAS EUROPEAS CARDIOVASCULAR 2012

RESUMEN:

OBJETIVO:

Valorar los pacientes DM-2 con algún factor de riesgo cardiovascular asociado (FRCV) en qué grado se llegaría al objetivo estricto de col-LDL < 70 mg/dL en comparación a un col-LDL < 100 mg/dL, siguiendo las nuevas recomendaciones de la Guía Europea de Riesgo Cardiovascular 2012.

MATERIAL y MÉTODO:

Evaluar los pacientes DM-2 junto algún FRCV asociado (Tabaquismo, Dislipemia (DLP) e Hipertensión Arterial (HTA)) durante el 2012 en qué medida se llegaría al objetivo estricto del col-LDL < 70 mg/dL en comparación al valor de < 100 mg/dL. Estudio descriptivo transversal en 7 ambulatorios urbanos de una Organización Sanitaria Integral (OSI) valorando todas las analíticas realizadas durante 2012.

RESULTADOS:

Valoradas 4400 analíticas, válidas 4393 (99,84%). Varones 62,2 % (2732 pacientes), edad media 70 años (DE: 14). Hay 29,11% (1281) DM-2, de los cuales tienen algún FRCV asociado tipo: fumador 20,5% (262), DLP 70,4% (902) e HTA 75,6 % (969). Objetivo col-LDL < 70 mg/dL en 21,9 % (281). No hay diferencias significativas en ninguno de los FRCV evaluados, encontrándose únicamente en el colesterol total y col-HDL. Tampoco hay diferencias entre los 7 ambulatorios en cuanto obtención objetivos, estando entre un 7,1 % y 18,9%.

Al valorar los pacientes con col-LDL < 100 mg/dL se consigue 61,6 % (789), mayoritariamente hombres 42,18% (540) vs 19,45 (249), llegando a 63,8 % del total hombres (p<0,017). En los no fumadores se llega a col-LDL < 100 mg/dL en 50,23% (643) con 81,5% de obtención objetivo (p< 0,021). Tanto en HTA, DLP no se encuentran diferencias significativas. Sí que existen en cuanto al colesterol total y col-LDL. No se observan diferencias entre los 7 ambulatorios, estando entre un 9,3 % y 18,8%.

Al modificar el punto de corte, cambiarían de grupo 508 pacientes, casi un 64% menos de control.

CONCLUSIONES:

- En los pacientes DM-2 con algún FRCV asociado se consigue un control estricto en 21,9 % siendo 61,6% si el punto de corte es < 100 mg/dL, consiguiendo un 64% menos, pasando de 281 a 789 (508).

- En los hombres se consigue mejor control cuando el objetivo es < 100 mg/dL.
- En los pacientes no fumadores se consigue un mejor control en control LDL < 100 mg/dL sin ser significativo en el control estricto.
- No existen diferencias en ninguno de los dos grupos ni para HTA ni para DLP.
- No hay diferencias entre los ambulatorios en cuanto a la obtención de objetivos antiguos y nuevos, aunque sí que hay una mejor control si el objetivo es menos restrictivo.
- Sigue habiendo un mal control en el col-LDL en los pacientes DM-2 con algún FRCV asociado, por lo que difundir los nuevos objetivos en los próximos años será el trabajo a realizar para intensificar el control y modificar la inercia de los profesionales.

PÓSTER Nº 318

EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS Y QUE SON CONSIDERADOS COMO DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, ¿LLEGAMOS A LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE UN COL-LDL < 100 MG/DL, SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA GUÍA EUROP

J.M. CRUZ DOMÉNECH (1), E. ROMERO RODRÍGUEZ (1), B. RASPALL COROMINAS (1),
N. VÁZQUEZ MORALES (1), G. CASAS GÜELL (1), Y. FERNÁNDEZ GREGORIO (1), M. TORRA ROVIROSA (1),
L. MARTÍN CALLEJÓN (1), J. BELLIDO CLAVIJO (1), F. PALACIOS CAMACHO (1)

(1) ABS PROGRÉS RAVAL. BADALONA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: DIABÉTICOS TIPO 2, ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, OBJETIVO COL-LDL

RESUMEN:

OBJETIVO:

Valorar el objetivo de control del col-LDL < 100 mg/dL en pacientes DM-2 sin ningún otro factor de riesgo cardiovascular (RCV) asociado, siguiendo las recomendaciones de la Guía Europea de Riesgo Cardiovascular 2012, dentro de una Organización Sanitaria Integral (OSI) que gestiona 7 ambulatorios urbanos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Pacientes con diagnóstico de DM-2 y sin FRCV que son considerados de RCV alto; valorar si llegan a un objetivo del col-LDL < 100 mg/dl en las analíticas realizadas durante el año 2012, siguiendo las recomendaciones de la nueva Guía de Riesgo Cardiovascular. Estudio descriptivo transversal en 7 ambulatorios urbanos de una OSI, valorando todas las analíticas realizadas durante este año.

RESULTADOS:

Se evalúan un total de 4400 analíticas, siendo válidas 4393 (99,84%), cumpliendo el criterio de DM-2 sin FRCV asociados son un total de 1082 analíticas (24,63%), varón 566 (52,3%), edad 60 años (DE: 17) con col-LDL 105 mg/dl (DE: 31,87). Se llega a conseguir un col-LDL <100 en 477 (44,1%). Se observa que en los varones con una media de edad superior, sí que hay diferencias ($p < 0,011$), lo mismo que en el Col-LDL y Triglicéridos ($p < 0,0001$). No se observan diferencias entre hombres y mujeres. Se pueden observar diferencias entre los 7 ambulatorios al valorar el objetivo de < 100 mg/dL, consiguiéndolo entre un 32,6% y un 53,5% ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES:

- Se llega a conseguir un col-LDL <100 en 44,1% (477), un valor modesto en la actualidad.
- No hay diferencias en cuanto al género, aunque en los varones con una media de edad más elevada, sí se consigue llegar a un col-LDL < 100 mg/dL.
- En los diferentes ambulatorios los objetivos de control son bajos, estando entre un 32,6% y un 53,5%, por lo que seguir realizando difusión es una estrategia a mantener.
- Se mantiene una tendencia conservadora por parte de los profesionales sanitarios, en pacientes considerados de alto RCV.

PÓSTER Nº 319

ESTIMACIÓN DEL CUMPLIMIENTO EN MUJERES MENOPÁUSICAS CON SÍNDROME METABÓLICO MEDIANTE EL TEST DE MORISKY-GREEN

M.P. ORGAZ GALLEGO (1), P.J. TÁRRAGA LÓPEZ (2), M.A. TRICIO ARMERO (1), S. VICENTE ORGAZ (1),
P. BERMEJO LÓPEZ (3), A. VIVO OCAÑA (4)

(1) CENTRO DE SALUD. TARANCÓN CUENCA), (2) GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. ALBACETE,
(3) ESCUELA SUPERIOR DE INGENIERÍA INFORMÁTICA. ALBACETE,
(4) CENTRO DE SALUD. LA RODA (ALBACETE)

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO, ADHERENCIA, PERSISTENCIA

RESUMEN:

Propósito del estudio. Estimar el cumplimiento terapéutico en las mujeres menopáusicas con síndrome metabólico (SM) de una zona básica de salud, valorando la influencia en el mismo de la edad, el nivel de estudios y la polimedicación. Conocer la prevalencia del cumplimiento en las hipertensas y diabéticas de la muestra.

Métodos usados. Estudio observacional, descriptivo, transversal sin grupo control, realizado en atención primaria, en la zona básica de salud de Tarancón (Cuenca) a una muestra de 400 mujeres menopáusicas con diagnóstico de SM (criterios de ATP-III, 2001) obtenida mediante muestreo aleatorio probabilístico simple, de enero de 2010 a marzo de 2011. Las variables consideradas fueron: edad, nivel educativo, patologías asociadas y tratamientos respectivos, datos antropométricos y cifras de tensión sistólica (TAS) y diastólica (TAD). El cumplimiento se valoró con el test de *Morisky-Green* validado por Jiménez Val y cols en su versión española; consta de 4 ítems con respuesta dicotómica: sí/no y además de reflejar la conducta del paciente frente al cumplimiento, valora la adopción de actitudes correctas respecto al tratamiento de sus procesos proporcionando información sobre posibles causas de incumplimiento. Al ser un método indirecto puede sobreestimar el cumplimiento pero ha demostrado una buena correlación entre adherencia y grado de control tensional. Se empleó el SPSS.19 para el análisis estadístico.

Resultados. La media de edad: 66,93±10,49 años. Nivel educativo: sin estudios (31%), primarios: 56,25%, secundarios: 10,25%, universitarios: 2,5%. Las patologías más frecuentes: hipertensión arterial (HTA): 87,5%, obesidad: 67%, artrosis: 63%, hipercolesterolemia: 61%, hipertrigliceridemia: 54%. La media de consumo de fármacos/día: 5,45±2,38 siendo la moda: 6. El 59,6% consumía entre 4-7 fármacos/día. La prevalencia de HTA: 95,8% (IC95%: 95,7804-95,8196), p<0,05 considerando como cifra normal la establecida por ATP-III (<130/85 mmHg). La prevalencia de diabetes según ATP-III, 2001 (glucemia igual o mayor de 110 mg/dl): 54,3% (IC95%: 54,251-54,348), p<0,05. La prevalencia del cumplimiento según el test de *Morisky-Green*: 59,25% (IC95%: 0,6406542-0,5443458), p<0,05 aumentando con la edad (pasando del 44,44% en el grupo de 45-54 años al 63,21% a partir de los 75 años). Entre las cumplidoras había un 49,25% con mal control tensional que aumentaban con la edad; pasando del 27,27% en las de 45-54 años al 53,77% a partir de los 75 años. Entre las diabéticas había un

33,25% de cumplidoras, aumentando con la edad (16,36% en el grupo más joven y 37,73% en el de mayor edad).

Conclusiones. La prevalencia de incumplimiento en mujeres menopáusicas con SM, es alta (41%) y muy probablemente superior utilizando métodos directos. El cumplimiento independientemente de nivel de estudios aumenta significativamente con la edad y desciende aunque no significativamente a partir de 6 fármacos/día. El test de *Morisky-Green* detecta que más de la mitad de las cumplidoras no tiene buen control de la tensión arterial. La prevalencia del cumplimiento entre las hipertensas es del 59%, a pesar de lo cual menos del 10% están bien controladas. La prevalencia del cumplimiento en las diabéticas es del 58,75%, aumentando con la edad. Se necesitan más estudios sobre cumplimiento, ya que aunque no sea factor suficiente, sí es factor necesario para el adecuado control de los procesos.

PÓSTER Nº 320

VALORACIÓN DE PACIENTES CON HTA RESISTENTE MEDIANTE INGRESO HOSPITALARIO

J. CEBOLLADA DEL HOYO (1), P. GONZÁLEZ GARCÍA (1), J. NAVARRO CALZADA (1),
M. IGÚZQUIZA PELLEJERO (1), M. NAVARRO AGUILAR (1), C. GÓMEZ DEL VALLE (1),
M. BURILLO FUERTES (1)

(1) HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: HTA RESISTENTE, CUMPLIMENTACIÓN, TRATAMIENTO

RESUMEN:

La hipertensión arterial (HTA) resistente se define como la persistencia de cifras de presión arterial (PA) elevadas en pacientes que reciben tratamiento hipotensor con 3 fármacos a dosis plenas, siendo al menos uno de ellos un diurético. Su prevalencia se estima en un 2'9% en la población general hipertensa y puede oscilar entre un 5-20% en consultas especializadas en HTA. La presencia de HTA resistente se asocia a incrementos significativos de la morbimortalidad cardiovascular y constituye con frecuencia un desafío para el médico responsable.

En la Unidad de HTA y Riesgo Vascular del Hospital Clínico Lozano Blesa la valoración y seguimiento de los pacientes con HTA resistente se realiza de forma preferente de forma ambulatoria. Sin embargo, ocasionalmente se considera indicado el ingreso hospitalario de pacientes seleccionados para completar la valoración de la PA y optimizar las opciones terapéuticas de forma más rápida y eficaz.

OBJETIVO: Valorar el grado de correlación entre el control ambulatorio de PA ambulatorio y el obtenido en el entorno hospitalario en pacientes con HTA resistente

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna del HCU Lozano Blesa con diagnóstico de HTA resistente, procedentes de las Consultas Externas de la Unidad de HTA y Riesgo Vascular de dicho hospital durante el periodo comprendido entre enero y noviembre de 2012.

RESULTADOS: Durante los primeros 11 meses de 2012 ingresaron con el diagnóstico de HTA resistente 11 pacientes (9 mujeres) con edad media de 57,5 años (DE±16,6). Presentaban una PA media en consulta 188/105 y estaban en tratamiento con una media de 4,7 fármacos. 5 de los pacientes (45,4%) estaban diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 y en ninguno se había detectado la presencia de HTA secundaria. Durante su estancia hospitalaria se redujo la PA sistólica una media de 46,1 mmHg y la PA diastólica 24,5 mmHg. Se alcanzaron cifras de PA < 140/90 en un 63,6% de los pacientes. Cabe destacar que en el 82% de los pacientes ingresados por HTA resistente, el tratamiento no sufrió modificaciones respecto al prescrito de forma ambulatoria o incluso tuvo que ser reducido ante la aparición de hipotensiones sintomáticas.

DISCUSION:

La HTA resistente puede ser debida a causas muy diversas: el consumo excesivo de sal, el alcohol, la obesidad, la insuficiencia renal crónica, la diabetes mellitus o distintas formas de HTA secundaria. La mala adherencia al tratamiento hipotensor se encuentra también entre los factores destacados que deben ser valorados en un paciente con HTA resistente. Entre los 11 pacientes ingresados en nuestro

hospital por HTA resistente con mal control de la PA sólo 4 mantuvieron cifras de PA superiores a 140/90 mmHg y únicamente en 2 pacientes el tratamiento hipotensor al alta era superior en número de fármacos o dosis al prescrito antes del ingreso. El análisis de estos datos no permite determinar cuáles son los determinantes de este mejor control de la PA en el entorno hospitalario pero una adecuada adherencia a las medidas dietéticas (reducción en la ingesta de sal) y farmacológicas (administración controlada del tratamiento) se sugieren como principales factores responsables.

BIBLIOGRAFIA:

1. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25:1105 – 1187.
2. Armario P, Hernandez del Rey R. Hipertensión arterial refractaria. *Hipertensión*. 2006;23(6):184-94
3. De la Sierra A, Segura J, Banegas JR, Gorostidi M, de la Cruz JJ, Armario P, Oliveras A, Ruilope LM. Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension*. 2011; 57: 898– 902.

PÓSTER Nº 321

NIVEL DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES TRATADOS EN UNA CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

S. FONSECA REYES (1), A. MEJÍA PÉREZ (2), A. PALOMERA CHÁVEZ (2), A. LAGUNA PEÑA (2)

(1) INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN CARDIOVASCULAR. CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. NUEVO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA. . GUADALAJARA. MÉXICO, (2) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA. UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. NUEVO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA. GUADALAJARA. MÉXICO

ÁREA TEMÁTICA: CUMPLIMIENTO E INERCIA

PALABRAS CLAVE: ADHERENCIA TERAPÉUTICA, CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL, RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

RESUMEN:

Propósito del estudio. Una de las principales causas del fracaso en el control de hipertensión arterial es el no apego del paciente para llevar a cabo las indicaciones de su médico. Por otro lado, la efectividad de un tratamiento no depende sólo de una adecuada decisión terapéutica, también está condicionada por la colaboración del paciente y la carencia de este proceso de conducta ocasiona no Adherencia Terapéutica (AT) en la que se involucran; el ambiente psicosocial del individuo y el médico que le atiende. Nuestro objetivo fue medir la relación entre el nivel de AT y el control de presión arterial (PA) en pacientes hipertensos.

Métodos usados. Estudio transversal descriptivo en adultos hipertensos elegidos consecutivamente de una Clínica de Hipertensión que acudieron para seguimiento con visitas regulares durante el período de estudio. Se aplicó el cuestionario de AT de Martin-Bayarre-Grau (2008) el cual consiste de 12 afirmaciones con escala tipo Likert (valores de 0 al 4 para cada pregunta) y que explora tres dimensiones de la AT; la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios: (Implicación Personal), la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas: (Cumplimiento) y la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento: (Relación Médico Paciente), cada dimensión en tres niveles; bajo, moderado y alto. Se clasificaron los pacientes como; no adheridos, adheridos parciales o adheridos totales (dependiendo de la puntuación obtenida para cada individuo; 0-17, 18-37 y > 38 respectivamente). Se consideró como paciente controlado cuando el promedio de PA de tres lecturas por visita en tres visitas consecutivas fue menor de 140/90 mm Hg y en diabéticos, menor de 130/80 mm Hg. La PA fue medida con dispositivos de mercurio por personal entrenado siguiendo recomendaciones internacionales. Los resultados se presentan como promedios más una desviación estándar y proporciones. El nivel de AT se correlacionó con el control de PA alcanzado en cada paciente. La relación entre variables se utilizó χ^2 y t de student utilizando el paquete SPSS v17.0.

Resultados. Se incluyó a 106 pacientes, 80% mujeres, con 57.9±11.2 años. El 27.4% con diabetes mellitus tipo 2. Sesenta y ocho sujetos (64%) estaban controlados promediando una PA de 125.3±8.3/75.5±8.0, mientras que los no controlados promediaron 144.9±12.4/83.0±12.6 mm Hg. Tomaba un fármaco el 21.7%, dos, el 46.2% y tres o más, el 32.1%. El total de pacientes tomaba en

promedio 2.3 ± 1.0 antihipertensivos. Los controlados 2.0 ± 0.9 y lo no controlados 2.7 ± 1.2 ($p < 0.004$). El 69% fue catalogado con adherencia total y el 31% con parcial, ningún paciente se consideró como no adherido. La adherencia total en controlados y no controlados fue de 76.5% vs 55.3% ($p < 0.001$) y la parcial de 23.5% vs 44.7% ($p < 0.02$) respectivamente. El nivel moderado y alto de Implicación Personal fue de 57.5% y 38.7%, de Cumplimiento 11.3% y 84.9% y Relación Médico Paciente 17% y 71%, respectivamente.

Conclusiones. El cumplimiento y la relación médico paciente y en menor grado la implicación personal propiciaron un alto nivel de AT que se asoció significativamente con un mejor control de PA y con una menor ingesta de antihipertensivos.

The logo for the 18th National Meeting of the Spanish Society of Hypertension (SHE 18). The letters 'SHE' are stylized with red and blue outlines, and the number '18' is large and black. To the right of the logo, the text 'Reunión Nacional Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial' is written in a blue serif font.

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

VALENCIA, 6 AL 8 DE MARZO DE 2013

Enfermería

Prevención
Integral
del Riesgo
Vascular

Palacio de Congresos de Valencia

PÓSTER Nº 322

UNA RESPONSABILIDAD CONJUNTA DE LOS EQUIPOS DE SALUD: RIESGOS Y CUIDADOS CARDIOVASCULARES

E. TORNAY MUÑOZ (1), E. FERNÁNDEZ ESCALADA (1), J. MERINO LORENTE (1), Y. RODRÍGUEZ LÓPEZ (1),
J. CANO CARRASCOSA (1), M. PRIETO MARCOS (1), M.Y. ALCACERA MAYAYO (1)

(1) CENTRO DE SALUD JUNCAL. ÁREA ESTE. TORREJÓN DE ARDOZ (MADRID)

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS), FACTORES DE RIESGOS
RCV

RESUMEN:

Presentación: Enfermedad cardio-cerebrovascular importante causa: muerte prematura, invalidez.
Contribuye: aumento coste sanitario.

Prevención: profesionales A. Primaria los más implicados.

Estrategias preventivas: detección precoz, guías, Educación para la salud(EPS),...
Día Europeo Prevención RCV y Semana Salud del Municipio, nuestro centro participó con
actividades/intervenciones cuidados cardiovasculares (abordaje global factores riesgos), con enfoque
promoción salud/establecimiento colaboración instituciones sociosanitarias (Ayuntamiento-
A.Especializada).

Objetivos: Captar, concienciar, informar, motivar población: estilos vida, prevención, control
enfermedades cardio-cerebrovasculares, identificar riesgos.

Promover hábitos/vida saludable (población nuestro municipio) participando/colaborando en
actividades comunitarias (Ayto-Municipio/A.Especializada).

Educación en salud: fomentar salud comunitaria. Aclarar dudas

Conocer factores prevalentes RCV y determinar Score.

Fomentar la importancia de acudir a consulta enfermería comunitaria regularmente.

Desarrollo: Actividades/intervenciones EpS: Día Europeo Prevención RCV, Semana Salud Municipio,
estableciendo colaboración con instituciones socio-sanitarias. Población(40-65 años), captación
prevista: 70. Carteles informativos/actividades. Folletos informativos/recomendaciones: estilos vida
saludable. Consejos/recomendaciones hábitos cardiosaludables: consultas medicina/enfermería, centro
comunitario (Ayto-AE). Hojas/registro: %RCV, factores prevalentes (edad, sexo, tabaco, hipertensión,
obesidad, diabetes, p.abdominal, otros factores). Sala proyección: presentación informativa-educativa.
Taller educativo. Determinación: glucemia, colesterol, T.A., peso/talla, IMC, p.abdominal.
Calculo/Registro RCV (SCORE riesgo bajo). Aclarar dudas. Fomento/recomendación: importancia acudir
a consulta enfermería comunitaria regularmente.

Resultados:

Día RCV: C.Salud enfermería/medicina: información, consejos, recomendaciones, entrega documentación informativa, cálculo de RCV (SCORE riesgo bajo). Proyección presentación/taller educativo. Cálculo/registro RCV.

Semana Salud: centro comunitario (Ayto-AE): Taller/proyección-presentación educativa, determinación: glucemia, colesterol, T.A., peso, talla, IMC, p.abdominal. Calculo/Registro RCV (SCORE riesgo bajo). Entrega folletos informativos -consejos/recomendaciones- y datos determinaciones (glucemia, colesterol, peso,...). Fomento/recomendación acudir a consulta enfermería comunitaria regularmente. Intervenciones(NIC): EpS/asesoramiento(5510-5240), fomento salud comunidad/hábitos saludables (8500), asesoramiento nutricional(5246), fomento actividad/ejercicio(0200), prevención sustancias nocivas(4500), identificación riesgos(6610). Análisis situación sanitaria/sangre capilar(6520-4035), enseñanza grupo(5604)

Captación: 130 personas: 79mujeres, 51hombres (54,54 años/media). Score medio: 1,4%(0%-7%). Fumador(20%). HTA(46,15%). DM(20,77%). Colesterolemia(37,70%). Obesidad(30,77%). P.Abdominal elevado(46,92%)

Conclusiones:

Objetivos cumplidos. Superado captación prevista de personas interesadas en conocer factores de riesgo cardiovascular, estilo vida, hábitos saludables. Elevado %(HTA, obesidad abdominal). En futuro inmediato: seguimientos/citas concertadas, planes de cuidados adecuados/personalizados. Claves fundamentales: detección precoz, seguimientos, intervención comunitaria, EpS: adecuada, estructurada, oral/escrita, personalizada/grupal.

Bibliografía:

Graham I, et al. Guías de práctica clínica sobre prevención de enfermedad cardiovascular: versión resumida. Rev.Esp.Cardiol 2008; 61:82.e1-49.

Martínez-Hervás Sergio. Perímetro cintura y factores riesgo cardiovascular. Revista Española Obesidad. Vol.6.Núm.2. 2008(97-104).

Valoración y tratamiento riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. Junta de Castilla-León. Gerencia Regional de Salud; 2008.

PÓSTER Nº 323

CAMPAÑA ANTI-TABACO Y CRAVING

I. BELENGUER RICARTE (1), G. BELENGUER CIVERA (2), R. LEKERIKA LLOPIS (3), M. GUILLEM TARIN (4)

(1) CENTRO DE SALUD. XATIVA, (2) CENTRO DE SALUD. XATIVA, (3) CENTRO DE SALUD. MELIANA,
(4) CENTRO DE SALUD. XATIVA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: TABACO, CRAVING, ENFERMERIA

RESUMEN:

Propósito del estudio : Se presenta y referencia el seguimiento a los 6 y 12 meses, de una campaña institucional inicial de 3 meses contra el tabaquismo activo, realizada hacia la población fumadora inscrita voluntariamente en un programa de deshabituación tabaquica por parte del equipo de Atención Primaria en un centro de salud, y, con apoyo inicial de las partes implicadas oficialmente (Dirección Gerente del Departamento de Salud Xátiva- Ontinyent, Conselleria de Sanidad, Ayuntamiento y Empresa privada), siendo el propósito del estudio ofrecer los resultados obtenidos en la Consulta de Enfermería a los 6 y 12 meses de inicio de la campaña .

Metodología : Siendo reconocido en diversos estudios nacionales y avalados en congresos y jornadas relacionadas con el tabaquismo que las recaídas ó craving, termino avalado en lengua inglesa, que en el proceso de dejar de fumar forma parte la alta prevalencia de las recaídas, y habiéndose realizado un estudio inicial de tres meses sobre fumadores en fase de abandono con terapias sustitutivas donde se habían obtenido resultados positivos a los tres meses del tratamiento antitabaco (Abril -Junio 2011) en el grupo a estudio de un 65% con tratamiento farmacológico y un 8 % con terapia conductual (49 usuari@s) .

La campaña inicial se interrumpe por circunstancias institucionales con la consecuencia del seguimiento no efectivo y real sobre el grupo a estudio inicial de los tres primeros meses, por lo que se plantea un seguimiento telefónico y a demanda del grupo con la intención de mantener la actitud y concepto del estatus de no fumador a los 6 y 12 meses de control fuera de campaña institucional.

Resultados: A los 3 meses de campaña activa se observan datos que reflejan un abandono del hábito del tabaco, basado en cooximetrías y entrevista personal del 65 % del grupo a estudio, con 49 usuarios incluidos por abandono del resto.

A los 6 meses del seguimiento con interrupción de la campaña y seguimiento por parte de la responsable de enfermería mediante consulta y encuesta telefónica, se observa un nivel de recaída de un 63,2 % un total de 31 personas han vuelto a fumar.

A los 12 meses y con estudio del resto de no fumadores activos, mediante cita a consulta de enfermería y realización de Cooximetría, se observa un índice de recaída del 61,1 % del total de no fumadores, lo cual supone la existencia de 11 personas no fumadores, 22,4 %, sobre el total inicial de 49.

Siendo las causas alegadas para las recaídas, las relacionadas con las estrategias conocidas como de estabilización y mantenimiento de las pautas iniciales, como han sido los estados de ansiedad, irritabilidad, estrés, aumento de peso, deslices en eventos familiares con falta de apoyo y la disminución de poder adquisitivo debido a la situación laboral para la adquisición prioritaria de medicación.

Conclusiones:

- Las recaídas se pueden considerar como parte del fenómeno de dejar de fumar.
- Escasos resultados positivos de la campaña institucional a partir de los 6 meses de implantación.
- Multitud de factores socio/económicos son determinantes en la recaída.
- Necesidad de la implantación de la Consulta de Enfermería Anti-Tabaco.

PÓSTER Nº 324

DESCONTROL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: UNA REALIDAD

D. RODRÍGUEZ IBÁÑEZ (1), V. ROSARIO ORTEGA (1)

(1) CS EL PUERTO. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS, CONTROL, HEMOGLOBINA GLICOSILADA

RESUMEN:

Propósito de estudio:

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es la forma de Diabetes predominante, y se correlaciona, en un 80% con el exceso de peso.

En la actualidad, la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es el método más eficaz para la monitorización del control de la DM2.

El conocimiento del control que poseen los pacientes sobre su DM2 debe hacer mejorar las estrategias para ayudar a estos a prevenir las complicaciones de la misma.

Métodos usados:

Estudio observacional descriptivo, de carácter transversal y de abordaje cuantitativo

Se seleccionó una muestra aleatoria de trescientos pacientes diagnosticados de DM2 de las dieciséis Unidades de Atención Familiar de la Zona Básica de Salud El Puerto, de un total de 2753. Se recogieron los datos en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del 2012.

Variables independientes: sexo y edad; variables dependientes: HbA1c, Índice de Masa Corporal (IMC), Colesterol HDL y Presión Arterial (PA). Criterios de inclusión: paciente diagnosticado en la Historia Clínica Informatizada de DM2 y mayor de 14 años.

Resultados:

Un 76,7% de los pacientes historiados no presentan cifras de HbA1c en último año. Del resto, más de la mitad, un 15% frente a un 8,3%, presentan cifras de HbA1c >7%.

La relación entre las variables no ofrece significancia estadística ($p < 0,005$), pero si una tendencia a reflejar que los pacientes con descontrol de su DM2 presentan cifras de Presión Arterial Sistólica >140, un IMC >30 y tienen criterios de Síndrome Metabólico.

Conclusiones:

Se desconoce la verdadera situación de los pacientes con DM2 de esta ZBS, planteándose la duda de saber si es: por inercia terapéutica de los médicos, de Enfermería o de ambos; o por abandono del control de los pacientes.

En los datos hallados, observamos una tendencia a correlacionar el descontrol de la DM2 y la PA, y ello bajo el influjo de la Obesidad.

Con lo que proponemos la necesidad de educar a los profesionales de la Enfermería en mejorar el conocimiento del control de los pacientes con DM2 a través de la herramienta consensuada, la Hb1Ac.

PÓSTER Nº 325

CONTROL EVOLUTIVO DE LOS ÍNDICE TOBILLO-BRAZO (I.T.B) EN PACIENTES CON DOBLE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR (DIABETES MELLITUS TIPO II Y HIPERTENSIÓN) Y PLAN DE CUIDADOS ASOCIADO

R. BORDALLO GALASO (1), S. DURAN ALCOBET (2), V. DURAN ALCOBET (3), C. LÓPEZ RAMIREZ (4),
F. MERA CORDERO (5)

(1) ABS 17 SETEMBRE. EL PRAT DE LLOBREGAT, (2) ABS 17 SETEMBRE. EL PRAT DE LLOBREGAT,
(3) ABS LA PALMA DE CERVELLÒ. LA PALMA DE CERVELLÒ, (4) ABS 17 SETEMBRE. EL PRAT DE
LLOBREGAT, (5) ABS L PLÀ. SANT FELIU DE LLOBREGAT

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA, ITB, PLAN DE CUIDADOS

RESUMEN:

Propósito del estudio:

Determinar la evolución de la enfermedad vascular periférica (complicación crónica macrovascular) en pacientes con doble patología cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2 y hipertensión arterial) a través de los I.T.B realizados en el centro de atención primaria 17 Setembre del Prat de Llobregat (Barcelona), partiendo de resultados previos. Y valorar, el uso de los planes de cuidados de enfermería y la taxonomía utiliza por el equipo enfermero del centro en la actividad profesional diaria

Método usado:

Estudio descriptivo, ámbito urbano (53.425 habitantes >15 años). Población entre 52 y 94 años, 20.553 ciudadanos, de los cuales por zona de distribución de área básica de salud, en el abs 17 Setembre tienen diagnóstico de diabetes mellitus 1780 usuario, y diagnóstico de hipertensión arterial 5047 usuarios. En el estudio participan 90 usuarios.

Los usuarios son elegidos por presentar doble patología cardiovascular (diabetes mellitus II e hipertensión arterial) y tener realizado un índice tobillo-brazo previo al estudio. Se recogen datos basales de los resultado de los I.T.B previos y se extraen los nuevos resultados de los I.T.B realizados en el centro durante los periodos comprendidos entre el 1 de junio de 2011 hasta el 30 de agosto de 2012.

A su vez recogemos los datos de la historia clínica informatizada donde se registra la elaboración de los planes de cuidados realizados por el equipo de enfermería del centro, y el uso de diagnósticos de enfermería NANDA para su elaboración.

Resultados

De los datos basales previos obtenemos que un 83,333% de los usuarios presentan un I.T.B dentro de los parámetros de la normalidad (según la guía de práctica clínica del Institut Català de la Salut {ICS}), un 15,55 % presentan arteriopatía periférica y un 1,117% calcificaciones. Con los datos obtenidos de los itb realizados durante el periodo de estudio, se observa que un 22,222% presentan arteriopatía periférica, un 73,3% presentan un itb normal y un 4,478% tienen calcificaciones.

En relación al uso de los planes de cuidados de enfermería, a sólo un 3,34% no se les ha iniciado ningún plan de cuidados, mientras que a la gran mayoría, un 96,66% se les ha elaborado un plan de cuidados

personalizado. Para realizar dichos planes de cuidados, un 23% de los profesionales han usado la taxonomía NANDA como herramienta de trabajo y un 77% han usado el CIM10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud de la Organización Mundial de la Salud), para elaborarlos.

Conclusiones:

Podemos concluir como en muchos otros estudios que la enfermedad vascular periférica aumenta con la edad y duración de la diabetes. El I.T.B, es una exploración no invasiva útil para el cribado de enfermedad arterial periférica en la mayoría de los pacientes con diabetes y un buen indicador del grado de isquemia de la extremidad. Con los datos obtenidos hemos confirmado como se ha producido un incremento de la arteriopatía periférica de un 6,672%, en los usuarios estudiados.

La actividad enfermera en atención primaria utiliza la metodología enfermera (NANDA) como herramienta para mantener un lenguaje común y una calidad óptima de cuidados, y así favorecer la continuidad de dichos cuidados. Observamos que la herramienta de trabajo utilizada como eje básico de los planes de cuidados en nuestro centro de salud no ha sido la propia de enfermería (NANDA), ya que sólo un 23 % de los profesionales la ha usado para elaborar los planes de cuidados. Deberíamos plantearnos realizar un estudio para averiguar el porqué del uso de la taxonomía de otro colectivo sanitario, en este caso el CIM10, para elaborar un plan de cuidados propio de enfermería.

PÓSTER Nº 326

EJERCICIO FÍSICO: ALTERNATIVA PARA EL CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

C. GARCÍA REZA (1), B.C. SOSA GARCÍA (2), R.C. ZEITOUNE GOLLNER (3), G. SOLANO SOLANO (4),
M.E. MEDINA CASTRO (5)

(1) UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MÉXICO. TOLUCA MÉXICO, (2) INSTITUTO NACIONAL DE
LA NUTRICIÓN. MÉXICO, (3) UNIVERSIDAD FEDERAL DE RIO DE JANEIRO. BRASIL, (4) UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE HIDALGO. HIDALGO MÉXICO, (5) UNIVERSIADAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO. MORELIA MÉXICO

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: EJERCICIO FÍSICO, ENFERMERÍA, EDUCACIÓN EN SALUD

RESUMEN:

a) Objetivo de este estudio fue Analizar los beneficios de un programa de ejercicio físico con ritmo en un grupo de personas con hipertensión arterial dirigido por enfermería en un Municipio del Estado de México.

b) Metodología

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo cuasi experimental, pretest-postest, sin grupo control. Intervención de tipo grupal, efectuado en el auditorio la deportiva del centro de salud, durante el periodo comprendido entre agosto a diciembre de 2009.

Los criterios para elegir a los sujetos de estudio fueron: personas del sexo masculino y femenino, mayores de 18 años con hipertensión arterial, sin problemas de comunicación ni de equilibrio u alguna, psiquiátrica aguda. Antes de iniciar el programa se llevaron acabo las gestiones indicadas, se firmó el consentimiento libre e informado, conforme a las consideraciones éticas para realizar investigación en seres humanos, basado en el reglamento de investigación de la Ley General de Salud.

El programa de ejercicio físico con ritmo, dirigido por los responsables de la investigación, pero indicado y vigilado por un educador físico, 20 sesiones de ejercicio físico con ritmo. Para la aplicación del Programa diseñado se tuvieron en cuenta las fases establecidas: Fase de diagnóstica: se realizó el monitoreo de la presión arterial pretest y postest, Fase de intervención: a los participantes se les repitió de nuevo el propósito del estudio, la utilidad para el cuidado y control de presión arterial. Para el análisis de datos se realizó por análisis de naturaleza descriptiva. En la modalidad descriptiva, las medias y la desviación estándar, fueron las pruebas de importancia para el análisis; se usó la prueba t de Student para identificar la diferencia de las medias de la presión arterial pre y post ejercicio; fue admitido el valor de $p < 0.05$ como significativo.

c) RESULTADOS

Dentro del estudio intervinieron 99 mujeres; de ellas, 81.8% son amas de casa. Después de la intervención, la presión arterial sistólica mostró disminución significativa en 8.28 mmHg y la presión diastólica en 4.72 mmHg. Es notable los beneficios del programa de ejercicio con ritmo en cuanto a la disminución en la presión arterial sistólica de 8.28 mmHg y la presión arterial diastólica de 4.72 mmHg. El ejercicio físico con ritmo ha sido un importante aliado con el efecto hipotensor y protector para los

pacientes con hipertensión arterial, en este sentido, el ejercicio físico con ritmo y la capacidad, para lograr al final de la intervención disminuir en niveles significativos la PAS y PAD; estos datos evidencian las intervenciones de enfermería en las que se incluye el ejercicio físico para el control de la hipertensión arterial.

d) Conclusiones

Encontramos un efecto benévolo del programa de ejercicio físico con ritmo, los beneficios sobre la disminución de la presión arterial y mantener las cifras dentro de los límites normales, resultados similares a la medicación prescrita habitualmente por el médico.

Estos efectos son evidentes del ejercicio físico con ritmo al disminuir la presión arterial en la etapa de postest ejercicio, eso reveló una asociación entre la práctica del ejercicio físico con ritmo y la PAS y PAD.

PÓSTER Nº 327

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS RECOMENDACION DE SAL SI O NO EN LA DIETA

G. RIBAS MIQUEL (1), M. FERRÉ MUNTÉ (1), E. BOIX ROQUETA (1), M. BELTRAN VILELLA (1),
J. GIFRE HIPOLIT (1)

(1) ABS CASSÀ DE LA SELVA. CASSÀ DE LA SELVA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: DIETA ASODICA, MAPA, HTA

RESUMEN:

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 31.430 habitantes, y con 2.803 pacientes diagnosticados de HTA según el estudio de Castiglione P et al. Publicado en la revista Hypertension 2011; 57:180-185

MÉTODOS USADOS:

Los pacientes a los que se ha realizado un mapa, se les hizo un seguimiento más acurado con la utilización de diagnósticos y intervenciones más personalizadas,

Se seleccionó a los 153 pacientes Non Dipper que tenían una media de frecuencia cardiaca a las 24 horas superior a 70 pulsaciones por minuto, al ser los más sensibles a la sal.

RESULTADOS:

Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 305 Dipper de los cuales 218 tenían una Frecuencia Cardiaca 24 horas superior a 70 pulsaciones por minuto, y 87 inferiores a 70 pulsaciones por minuto, 244 Non Dipper de los que 153 tenían una FC superior a 70 x', y 91 inferior a 70 x'.

Los principales diagnósticos enfermeros y las intervenciones utilizados habitualmente en nuestra consulta son:

DIAGNÓSTICO (00099): Mantenimiento ineficaz de la salud, relacionado con la falta de interés por mejorar las conductas de salud, manifestadas por la falta de logro de la dieta prescrita

NOC (1622): Conducta de cumplimiento de la dieta prescrita

NIC (4420): Acuerdo con el paciente, determinar con el paciente los objetivos y ayudar al paciente a establecer objetivos realistas y a corto plazo; a examinar los recursos disponibles para el cumplimiento

NIC (4360): Modificación de la conducta, determinar la motivación del cambio, fomentar substitución hábitos indeseables por deseables, facilitando la implicación del familiar que cocina

DIAGNÓSTICO (00001): Alteración de la nutrición por exceso relacionado con la ingesta excesiva de sodio, manifestado por el desconocimiento de los alimentos con alto contenido de sodio

NOC (1802): Conocimiento de la dieta adecuada

NIC (5614): Enseñanza dieta prescrita - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita, explicar el propósito de la dieta, instruir al paciente de los alimentos ricos en sodio y de las comidas permitidas y

Prohibidas, incluir a la familia (Señora que cocina), ayudando al paciente a sustituir ingredientes
NIC (5246): Asesoramiento nutricional -Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, valorar los esfuerzos realizados para conseguir objetivo

CONCLUSIONES:

Es recomendable la reducción de la sal en todos los pacientes cuando no se dispone de MAPA.

El uso sistemático de los diagnósticos enfermeros potencia el buen seguimiento de los pacientes independientemente del profesional que los atiende, evitando duplicidades o contradicciones en los mensajes transmitidos.

Su uso consigue un mejor seguimiento del plan terapéutico

PÓSTER Nº 328

CUESTIONARIOS CLINICOS Y RECAIDAS EN TABACO

I. BELENGUER LISARDE (1), G. BELENGUER CIVERA (2), R. LEKERIKA LLOPIS (3)

(1) CENTRO SALUD. XATIVA, (2) CENTRO SALUD. XATIVA, (3) CENTRO SALUD. MELIANA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: CUESTIONARIOS, ENFERMERIA, TABACO

RESUMEN:

CUESTIONARIOS CLINICOS Y RECAIDAS EN EL TABACO

Propósito del Estudio: Diversos estudios relacionan la prevención de la recaídas en el tabaco y la función multidisciplinar para conseguir la disminución ,prevenir ó evitar situación, fundamentándose en técnicas de colectivos profesionales , incluida la Enfermería,y que tienen su base en la necesidad de identificar los problemas relacionados con el tratamiento, multifactores de riesgo que suelen desencadenar la situación negativa que se genera con las recaídas tabaquicas,y , en muchas ocasiones están basadas en actuaciones clínicas ó de aplicación de cuestionarios identificativos ante las recaídas .

Métodos usados: Expertos clínicos en abstinencia y recaídas desde principio del siglo XX, Tiffany, Conklin, Early, Shiffman, entre otros, recogen las múltiples causas de las recaídas aduciendo a sobre todo, sensación d e malestar interno, cuadros de desánimo, asociación de estímulos neutros anteriores con experiencias satisfactorias ó positivas, fases encubiertas del cese del consumo caracterizado por inquietud y un sentido falso de confianza.

Esta situaciones son de afrontamiento por parte de los profesionales del colectivo de la Enfermería en las atenciones globales frente al hábito del tabaquismo y algunas, sobre todo las previas al abandono están basadas en encuestas relacionadas con el grado de consumo y situación psico-social, así, como con la percepción profesional en la consulta, al tiempo, que realizamos las pruebas complementarias.

Resultados: Con el uso de cuestionarios validados y basados en métodos multidimensionales intentamos conseguir el abandono del tabaco y de la recaídas, con anticipación a los efectos físicos y emocionales del no consumo, cuestión que nos la referenciamos como objetivo máximo.

Referente a la existencia de cuestionarios enfermeros para el control de las recaídas , nos encontramos en una situación de inexistencia , y , pese a las múltiples bibliografías relacionadas con el tabaco y las recaídas no existe documentación actualizada que nos proporciones un cuestionario específico enfermero de detección de recaídas ante el tabaco y que recoja con facilidad y claridad esta situación que se produce en una proporción muy elevada, se recojen intervenciones clínicas que afectan a los campos cognitivos, conductuales y sociales .

Conclusiones :

- Existencia de múltiples test de recaídas de sustancias adictivas.
- La recaída en el tabaco se relaciona con lo fisiológico, conductual y cognitivo.
- La Enfermería juega un papel importante en las conductas adictivas.
- Las intervenciones enfermeras deben mantener actuaciones preventivas frente a las recaídas

PÓSTER Nº 329

MODIFICACIONES DEL RIESGO CARDIOVASCULAR POR LA SITUACION ACTUAL

M.J. CHORÉN FREIRE (1), M.C. BORRELL BORRELL (1), M. CASCÓN GARCÍA (1),
E. ARES FERNÁNDEZ (1), A. DIAZ ORTIZ (1)

(1) ICS. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: CRISIS, RIESGO, CARDIO VASCULAR

RESUMEN:

Debido a la situación actual de crisis que estamos viviendo, las personas realizan cambios en sus actividades diarias ya sea alimentación, ejercicio, consumo, etc, por ello queremos estudiar las modificaciones realizadas y como han afectado al riesgo cardiovascular

Hemos realizado un estudio multicéntrico comparativo relacionando hábitos higienico dieteticos, y ejercicio/sedentarismo en relacin con los items de valoración de riesgo cardiovascular

En líneas generales se observa una disminución del ejercicio programado, y en un 35% modificado, una variación de la dieta, con proporciones de principios inmediatos no proporcionales a las recomendaciones de la FAO /OMS, una disminución de consumo de tabaco, y en un 68% modificación del mismo.

PÓSTER Nº 330

DETECCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCION DE VIH DEL DEPARTAMENTO UNO DE COMUNIDAD VALENCIANA

R. SANZ FORNER (1), L. MARTORELL (1), L. MEDINA BELTRAN (1), M.R. FOGUET ALBIOL (1)

(1) HOSPITAL COMARCAL DE VINAROS. VINAROS

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: RIESGO CARDIOVASCULAR, VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, INDICE TOBILLO/ BRAZO

RESUMEN:

INTRODUCCION

Los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana tienen un aumento del riesgo cardiovascular (RCV).

La técnica de Índice Tobillo/ Brazo (ITB) es una prueba objetiva y sencilla de diagnosticar la Enfermedad Arterial Periférica (EAP) valorando las presiones sistólicas en brazos y piernas.

La presencia de Síndrome Metabólico es otra herramienta útil para valorar el RCV.

Glucosa plasmáticas > o igual 102-125 mgr/dl o en tratamiento. Triglicéridos > o igual 150mgr/dl o en tratamiento. Obesidad abdominal H> o igual 102cm y M> o igual 88cm. HDL-colesterol H<40 mgr/dl M<46mgr/dl o en tratamiento. TA> o igual 135/85 mmHg o en tratamiento

OBJETIVO

Evaluar el RCV en pacientes con infección por VIH mediante la determinación de ITB y detección del Síndrome Metabólico. Comprobar si existen diferencias entre el resultado del ITB manual e ITB automático.

MATERIAL Y METODO

En una muestra de 48 pacientes procedentes de la consulta externa, de virus de la enfermedad de la inmunodeficiencia humana de nuestro hospital, se ha realizado la determinación del ITB manual, ITB automático y detección de Síndrome Metabólico en 34 de los mismos, de edades entre 21 y 68 años.

Para determinación de ITB manual se ha utilizado: Esfigmomanómetro, doppler de 8 mmhz y gel conductor.

Para determinar el ITB automático utilizamos un medidor automático watch BP office ABI.

RESULTADO

Detectamos EAP en 4 pacientes. (12%)

Ningún paciente presenta síndrome metabólico.

Dos de los pacientes presentan resultados patológicos corresponden al ITB manual (6%) y otros 2 al automático (6%) sin existir relación entre ambos.

CONCLUSIONES

En pacientes asintomáticos se puede detectar EAP mediante la determinación del ITB.

Existen diferencias respecto a los resultados obtenidos de ITB entre la técnica manual y la automática.

PÓSTER Nº 331

USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN EN FUMADORES ATENDIDOS POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.C. CASTAÑO SANCHEZ (1), C. AGUDO CONDE (1), C. RODRIGUEZ MARTIN (1), E. GOMEZ MIGUEL (1),
C. GABRIEL RODRIGUEZ (1), B. SANCHEZ SALGADO (1), A. DE CABO LASO (1), Y. CASTAÑO SANCHEZ (1),
J.I. RECIO RODRIGUEZ (1), M.A. GOMEZ MARCOS (1)

(1) UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DEL CENTRO DE SALUD LA ALAMEDILLA. IBSAL. SACYL. SALAMANCA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: TABACO, TICS, ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN:

Introducción

En el abordaje del tabaquismo, problema de salud de primera magnitud, el personal de enfermería de Atención Primaria (AP) tiene un papel predominante.

El uso de las nuevas Tecnologías de Información y de la Comunicación (TIC) está cada vez más extendido. Se ha señalado que dichas tecnologías enriquecen la relación asistencial sanitaria.

Objetivo

Conocer el uso de las TICs: correo electrónico, mensajes por SMS y páginas webs, entre las personas fumadoras, atendidas en AP, como estudio previo a un ensayo clínico aleatorio (TABATIC).

Material y Método

Estudio observacional descriptivo, multicéntrico. Se presentan datos de una muestra de fumadores de 18 a 85 años (seleccionadas por muestreo aleatorio simple) atendidos en 120 Centros de Salud de Cataluña, Aragón y Salamanca reclutados desde noviembre 2011 a febrero 2012. Los profesionales que participaron fueron mayoritariamente enfermeras el 54.1% (125 de un total de 231 sanitarios). El cuestionario, realizado mediante entrevista personal, incluye variables sociodemográficas, variables relacionadas con las TICs (uso de correo electrónico, mensajes por SMS y páginas webs), utilidad de las TICs para dejar de fumar (escala Likert de 0 a 10), perfil de consumo de tabaco.

Resultados

Se incluyeron 1725 fumadores, con una edad media de 45.54 ±13.65; el 49.9% (860) eran mujeres. La mayoría de los fumadores aceptaron participar, el 93.24% (1725); porcentaje de rechazo 6.7% (125).

El 74% utilizan SMS, el 71.5% web y el 65.3% e-mail. El 16.9% declararon no utilizar ninguna TIC, el 48.9% utilizan una TIC, el 50.3% usan dos TICs y el 60.1% usan las tres.

Perfil de consumo: la edad media de inicio del consumo fueron 17.2 años ±4.5, el número de cig/día es 15.4±9.3, la dependencia media (test de Fagerström) fue de 2.4 ±1.6 y los intentos previos para dejar de fumar 2.2 ±2.4.

Los factores que se asocian a una mayor utilización de las TICs fueron personas jóvenes, pertenencia a una clase social más favorecida y mayor nivel de estudios y en el caso de una mayor utilización de SMS, el sexo femenino.

Conclusiones

Nuestros resultados muestran la relevancia de la edad, sexo, clase social y nivel de estudios en el uso de las TICs.

Los fumadores mostraron gran interés en el estudio como refleja su bajo porcentaje de rechazo.

La alta participación de los profesionales enfermeros en el estudio demuestra la importancia y el interés que tiene abordar el tabaquismo en nuestras consultas de AP.

PÓSTER Nº 332

GRADO DE ACUERDO ENTRE LOS MARCADORES VASCULARES INDICE TOBILLO BRAZO E INDICE DE AUMENTO

P. IBAÑEZ SANZ (1)

(1) H.U DE LA PRINCESA. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ITB, IA, RIESGO

RESUMEN:

TÍTULO: GRADO DE ACUERDO ENTRE LOS MARCADORES VASCULARES INDICE TOBILLO BRAZO E INDICE DE AUMENTO.

AUTORES: Patricia Ibañez Sanz, enfermera de la consulta de riesgo cardiovascular del Hospital Universitario de La Princesa de la CAM.

ÁREA TEMÁTICA: RIESGO CARDIOVASCULAR

OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

PRINCIPAL: Determinar el porcentaje de pacientes con Índice Tobillo Brazo (ITB) patológico que presentan un Índice de Aumento (IA) también patológico y compararlo con el de los pacientes con ITB normal.

SECUNDARIO: Comparar las características de los pacientes que tienen los dos índices de daño vascular patológicos con aquellos que sólo tienen uno

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal realizado en la consulta de enfermería de riesgo cardiovascular en pacientes que acudían para la realización de ITB para la estratificación de su riesgo cardiovascular. Durante los dos últimos años se recogió una muestra de 51 pacientes, con una edad media de 50 años, 29,4% mujeres y el 70, 6% varones, así como un IMC medio de 26.95. Se considera ITB patológico al $<$ de 0,9 y $>$ de 1,3, y el índice de aumento (IA) patológico según el informe del Sphigmocor (*El informe detallado del paciente incluye: Imagen paralela de la forma de onda de pulso periférico registrada y de la forma de onda de pulso aórtico central calculada en forma simultánea Imagen comparada de la forma de onda de pulso periférica registrada promediada y de la forma de onda de pulso aórtico derivada promediada. Medición de sístole y diástole Índices centrales derivados de la dinámica de la interacción ventriculovascular. Parámetros de Control de la Calidad*)

A todos los pacientes se les realizó medidas antropométricas para obtener el IMC y se registraron los factores de riesgo cardiovascular descritos en su historia médica. (HTA, tabaco, DM, DL, síndrome metabólico, eventos cardiovasculares y SAOS).

La prueba de ITB fue realizada con un esfigmomanómetro y doppler, se realizó la medida en ambos brazos seleccionando aquel con la PA más elevada, a continuación se midió la PA en ambas piernas, en arterias pedias y tibiales posteriores también de ambas. Se calculó el índice dividiendo la PA de pierna entre la del brazo. A continuación se le medía al paciente mediante el aparato de SphygmoCor la elasticidad arterial calculando así el índice de aumento.

RESULTADOS: 52.9% DE LOS PACIENTES PRESENTARON UN ITB PATOLOGICO, DE ELLOS EL 29.6% TENIAN UN IA PATOLOGICO, MIENTRAS QUE SOLO UN 8.3% DE LOS QUE NO PRESENTABAN ITB PATOLÓGICO PRESENTARON UN IA PATOLÓGICO.

Con respecto a los FRCV:

La probabilidad de tener ambos marcadores normales es mayor en las mujeres que en los varones. El porcentaje de pacientes con ambos marcadores patológicos presentan mayor ECV frente a los que no tienen ninguno alterado, así como los pacientes que presenta DM tipo2 y dislipemia.

CONCLUSIÓN: los pacientes con ITB patológico tienen casi cuatro veces mas o probabilidad de tener un IA patológico que los que no tienen ITB patológico. El sexo femenino SE ASOCIA A UNA MAYOR PROBABILIDAD DE NORMALIDAD DE AMBOS MARCADORES Y EL ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR a que ambos sean anormales.-

PÓSTER Nº 333

RESULTADOS TRAS UN AÑOS DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA APLICADA CON HERRAMIENTAS INTERACTIVAS EN CON SULTA DE ENFERMERÍA DE HTA

M.V. LAGUNA CALLE (1), M.A. BARBERO PEDRAZ (1), A. FERNANDEZ CRUZ (1), N. MARTELL CLAROS (1)

(1) HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ESTILO DE VIDA, PLAN DE CUIDADOS, R.CARDIOVASCULAR

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares suponen la causa más importante de mortalidad y de hospitalizaciones en la población española. La Educación Sanitaria en el ámbito cardiovascular es un reto importante para enfermería con el objetivo de conseguir que la población española recupere los hábitos de vida cardiosaludables que se han ido perdiendo en la era moderna.

OBJETIVO: Estudiar si la Educación Sanitaria realizada desde la consulta de enfermería de una unidad de hipertensión arterial hospitalaria disminuye el Riesgo cardiovascular aplicando nuevas herramientas didácticas, en especial con métodos interactivos que maneja el paciente fuera de consulta.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron 53 pacientes con riesgo cardiovascular moderado, alto y muy alto que se valora tras doce meses de intervención. Se realizaron tres tomas de PA siguiendo la guía de la Sociedad Europea de HTA del 2009 y con aparatos validados.

Se procede a una intervención individualizada para aprendizaje del cambio de estilo de vida aplicando plan de cuidados estandarizados con valoración específica en riesgo cardiovascular, se estratifica el riesgo, se realiza diagnóstico de enfermería, se marcan objetivos y se diseñan actividades utilizando materiales educativos como método interactivo tanto gráfico como accediendo a página web específica, se entregan también folletos escritos con gráficos al paciente. Se describe la experiencia tras 12 meses.

RESULTADOS: Han participado 53 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 60.4% eran varones con una edad de 52.02 ± 15.4 años (rango 17-76 años). Respecto a los AP, Diabéticos: 18.9%, Dislipémicos: 79.2%, S.Metabólico: 64.2%, tenían lesión de órgano diana 34%, enfermedad cardiovascular precoz 5.7%, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz el 71.7%.

Al año de seguimiento, el IMC varía del $33.17 \pm 3.6 \text{ kg/m}^2$ al $30.60 \pm 3.5 \text{ kg/m}^2$ ($p=0.00$) con una pérdida media de peso de 6.97 kg/m^2 . El perímetro de cintura se redujo de $106.2 \text{ cm} \pm 10.9$ a $99.7 \text{ cm} \pm 9.3 \text{ cm}$ ($p=0.00$) que corresponde a una reducción media de 6.5cm. La presión sistólica inicial fue de $132.7 \text{ mmHg} \pm 17.2$ llegando a $124.3 \text{ mmHg} \pm 11.4$ ($p=$

CONCLUSIONES: Las nuevas herramientas interactivas y didácticas, suponen un gran soporte para la E. Sanitaria en enfermería y nos abren una nueva dimensión de trabajo que aplicada con un plan de cuidado individualizado contribuye a controlar los factores de riesgo cardiovascular y disminuir el riesgo cardiovascular de los pacientes.

PÓSTER Nº 334

RESULTADOS DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN RELACIÓN CON LA VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO PATOLÓGICA EN EL PACIENTE HTA

A. BARBERO PEDRAZ (1), M. ÁVILA SÁNCHEZ-TORIJA (1), V. LAGUNA CALLE (1), N. MARTELL CLAROS (1),
A. FERNÁNDEZ-CRUZ (1)

(1) HOSP. CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ONDA, PULSO, PATOLÓGICA

RESUMEN:

Introducción: El aumento de la velocidad de onda de pulso (VOP) nos permite estudiar la rigidez arterial en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). En los pacientes hipertensos una VOP superior a 12 m/s se considera como un FRCV que hay que tener en cuenta para la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV).

Objetivo: Estudiar que factores guardan relación con la alteración de la velocidad de onda de pulso (VOP).

Material y método:

Se incluyen 291 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 RCV. 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 VOP por tonometría de la arteria carotida y arteria femoral y la presión central y el augmentation index (AI) por tonometría de la arteria radial con un Shygmocor, modelo MM3. Se realiza eco carotídea para determinar el grosor íntima media (GIM) con una sonda lineal de 12Mz y un ecógrafo philips HD7 y la medición se realiza con un software QLAB

Resultados:

De estos 291 pacientes el 53.6% son hombres. La edad media es de 59,3±13,4 años. Tienen antecedentes familiares de enfermedad (enf.) cardiovascular precoz 10,3%, enf.cerebrovascular 4,8%, enf.cardíaca 7,9%, enf.renal 6,2%, enf.arterial periférica 1,7%, retinopatía avanzada 7,6%, diabéticos el 21%, dislipémicos el 50,2%, fumadores 18%. Los años de evolución de la HTA 10,2±9,3. El IMC es 28,4±4,7 Kg/m². La PAS braquial 124,1±17,3 mmHg. La PAD braquial 74,5±36,1 mmHg. La PAD central 112,6±16,3 mmHg. La PAD central 73,6±10,7 mmHg. El AI está aumentado en 11,3%. La VOP está aumentada en 11,7%. El GIM promedio fue de 0,65±0,15mm.

Los pacientes con VOP patológica presentan las siguientes diferencias estadísticamente significativas respecto a los que presentan una VOP normal: mayor edad (57,5 v.s 72,2, p=0.000), más años de evolución (9,2 v.s 17,2, p<0,001).

Conclusiones:

- 1.- La VOP patológica está relacionada con la edad y con los años de evolución de la HTA.
- 2.- Dentro del grupo que son diabéticos el porcentaje que tiene la VOP patológica es claramente superior que en el grupo de los no diabéticos.
- 3.- El porcentaje de pacientes con VOP y presión arterial central elevada (17.6%) es mayor que en pacientes que presentan VOP normal (11%)
- 4.- El GIM promedio en los pacientes con VOP patológica es superior al que presentan con VOP normal.

PÓSTER Nº 335

CONOCIMIENTO DE ENFERMERIA SOBRE LA MEDICION CORRECTA DE LA PRESION ARTERIAL

A.I. TEJADA RUIZ (1), M.S. GOMEZ BERMUDEZ (1), M.A. PRUDENCIO MUÑOZ (1), C. SEDEÑO LARA (1),
M.J. FORNET TORRES (1), M.P. MILLAN MUÑOZ (1), M.A. GONZALEZ BENITEZ (1), E. TEJADA RUIZ (2),
J.M. FERNANDEZ PACHECO (1), C.L. AVILES PEREIRA (1)

(1) AGS SERRANIA DE MALAGA. RONDA, (2) H. PERPETUO SOCORRO. BADAJOZ

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSION ARTERIAL, MONITORIZACION, ENFERMERIA, MEDICION

RESUMEN:

La medida e interpretación correcta de la PA son esenciales en el diagnóstico y manejo de la HTA. El diagnóstico de HTA requiere usar una metodología correcta. Son múltiples los factores que pueden contribuir a medir incorrectamente la PA. Los estudios observacionales sugieren que enfermería no sigue una o más de las recomendaciones internacionales, produciéndose errores importantes en la toma de PA. La alta prevalencia de HTA, sus complicaciones cardiovasculares y las características de la enfermedad hacen que el papel de enfermería sea muy importante en la prevención, diagnóstico, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento. El propósito es evaluar el grado de conocimiento de Enfermería de un Área Gestión Sanitaria sobre las recomendaciones internacionales para la toma correcta de la PA, mediante encuesta validada, autoaplicada y anónima a todos los D.U.E del Área, en activo, en Enero 2012. La encuesta consta de 12 preguntas cerradas, con respuesta múltiple y una sola válida, divididas en 4 categorías. La 1ª hace referencia al diagnóstico de HTA y correcta medida de la PA; la 2ª a la extremidad donde debe medirse la PA; la 3ª a la evaluación y el diagnóstico de la hipotensión ortostática y la 4ª interroga sobre las características y uso correcto del manguito. También recoge información sobre edad, sexo y año de finalización de la carrera. Se repartieron 339 encuestas, de las que se han recogido 168, obteniéndose que el tiempo medio desde la finalización de la carrera es de 18,18 años con desviación estándar de $\pm 8,53$ años, un 78% son mujeres y la edad media es de 40,9 años con desviación de $\pm 7,7$ años. Contestaron *correctamente* a la pregunta **nº visitas mínimo para diagnóstico de HTA 48,2%, nº de mediciones PA cada visita 48,2%, intervalo de tiempo mínimo entre mediciones PA en la misma visita 60,7%, qué hacer en caso de diferencia de ≥ 5 mmHg en las distintas lecturas de PA 31,5%, qué brazo debe elegirse para medida PA la 1ª vez 50,6%, qué brazo debe elegirse para medición de PA en posteriores visitas 63,4%, sabe qué es hipotensión postural 24,2%, en qué pacientes debe buscar existencia de hipotensión ortostática 76,4%, qué porcentaje de brazo debe quedar cubierto por la cámara hinchable del manguito 46,3%, en caso de duda sobre el tamaño del manguito elegiremos 16,6%, hasta que presión se debe inflar el manguito 78,4%, cual es la velocidad para desinflar el manguito 61,7%**. A la vista de los resultados podríamos concluir que parece necesario incidir sobre los profesionales sanitarios estudiados para asegurar una práctica correcta a la hora de la monitorización de la PA. La relevancia de este estudio no solo radica en mostrar las deficiencias en la formación de enfermería, sino también en que en la literatura revisada no hemos hallado estudios previos similares. Si estos datos se confirmaran con otros estudios, obligarían a reforzar la

formación continuada de enfermería, lo que redundaría en un manejo correcto de este frecuente procedimiento.

PÓSTER Nº 336

VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA HIPERTENSIÓN

D. ESTRADA (1), P. ARIAS BARROSO (2), T. HO (3), J.P. AGUDO (4), R. CAPILLAS (5), E. GIBERT (6),
M. ISNARD (7), M. MARTINEZ (8), A. SALVADÓ (9), M.J. SOLÉ (10)

(1) HOSPITAL CLÍNIC. BARCELONA, (2) FUNDACIÓ PUIGVERT. BARCELONA, (3) HOSPITAL DEL MAR.
BARCELONA, (4) EAP LA MINA. BARCELONA, (5) EAP SANT JOSEP. HOSPITALET DE LLOBREGAT
(BARCELONA), (6) EAP GÒTIC. BARCELONA, (7) EAP EL MASNOU. MASNOU (BARCELONA), (8) EAP
SARDENYA. BARCELONA, (9) EAP LA SAGRERA. BARCELONA, (10) HOSPITAL DE SANT PAU. BARCELONA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: VALIDACIÓN CUESTIONARIO, CONOCIMIENTOS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RESUMEN:

En algunos estudios realizados en España se ha observado que el grado de información y de conocimientos sobre la hipertensión sigue siendo bajo. Existen estudios en los que se ha demostrado que una intervención educativa mejora el conocimiento en estos pacientes, creando beneficios para él, que derivarán en un mejor control de su enfermedad, puesto que un paciente bien informado y concienciado cabe esperar que cumpla con el tratamiento, mejore sus hábitos de vida y, en consecuencia, sus niveles de presión, su calidad de vida y, por extensión, la de sus familiares.

Para ello es necesario contar con instrumentos óptimos, validados y fiables, que puedan ser utilizados en cualquier entorno de la salud, para evaluar el grado de conocimientos de estos pacientes y los resultados de las intervenciones educativas encaminadas a ello.

Objetivo: 1-Validar un cuestionario de conocimientos sobre hipertensión (CSH) en catalán y castellano en varios centros de Atención Primaria y unidades especializadas de hipertensión 2- Valorar la eficacia de una intervención educativa. **Material y Método:** Para ambas versiones: 1- Adaptación del cuestionario existente. 2- Grupos de discusión y consulta expertos. 3- Prueba piloto de la comprensión del cuestionario. 4- Sensibilidad al cambio (test McNemar). 5- Fiabilidad a través la consistencia interna (alfa Cronbach), para ello se realizó un estudio multicéntrico, cuasi experimental, de antes-después, que consistió en la aplicación y evaluación de una intervención educativa a 60 pacientes hipertensos en lengua castellana y a 60 en lengua catalana atendidos en 4 centros de Atención Primaria y en 4 centros de atención especializada en hipertensión de la provincia de Barcelona. **Resultados:** Cuestionario definitivo dividido en nueve bloques que incluyen entre ellos conocimientos sobre la hipertensión, los factores de riesgo asociados a la misma, los riesgos de la hipertensión, la dieta, el ejercicio y la medicación. Participaron en la validación del cuestionario 4 centros de Atención Primaria y 4 centros de atención especializada en hipertensión, con un total de 120 pacientes, 60 respondieron al cuestionario en castellano y 60 al de catalán. El tiempo que se estimó para la cumplimentación del cuestionario fue de 5 minutos. En el estudio comparativo entre atención primaria (n = 62) y especializada (n = 58), las variables descriptivas de la muestra (edad, sexo, estado ocupacional y nivel de estudios) no presentaban diferencias significativas. La edad media fue de 63 años para los que contestaron en catalán, de los cuales un 58% fueron mujeres y de 60 años para los de castellano, de los cuales un 57% también fueron mujeres. Al analizar la consistencia interna de todos los ítems, hemos obtenido un

valor del coeficiente alfa de Cronbach de 0,795 para el cuestionario en catalán y un 0,799 en castellano. Comparando el pre y el pos observamos como ambos grupos han aumentado el porcentaje de aciertos en todas los ítems respecto a la situación inicial, demostrando la Prueba de McNemar cambios significativos con valores $p \leq 0.05$.

Conclusiones: El CSH es una herramienta fiable y útil para evaluar el nivel de conocimientos sobre la hipertensión, para realizar programas de educación y poder evaluar su efectividad.

PÓSTER Nº 337

PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN EL SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA DEL PACIENTE HIPERTENSO. ACTITUD DE ENFERMERIA ANTE EL MAL CONTROL

C. CASTILLO PERIS (1), L. GUERRERO LLAMAS (2), C. HERRERO GÍL (3), M.P. RODA RIBERA (4),
G. BELENGUER CIVERA (5), C. SANCHIS DOMÉNECH (6)

(1) HOSPITAL DE LA RIBERA. ALZIRA, (2) HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID, (3) CENTRO DE SALUD DE
COREA. GANDIA, (4) HOSPITAL LLUIS ALCANYIS. XATIVA, (5) CENTRO DE SALUD DE XATIVA. XATIVA,
(6) CENTRO DE SALUD DE ALGEMESÍ. ALGEMESÍ

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ENFERMERÍA, SEGUIMIENTO

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO.

La falta de control de la PA puede deberse a: 1) factores relacionados con los pacientes (falta de adherencia al régimen prescrito), 2) factores asociados a la asistencia sanitaria prestada por los profesionales médicos y de enfermería.

Objetivo:

Observar la práctica clínica habitual de los profesionales de enfermería (PE) en el manejo del paciente hipertenso en seguimiento por enfermedad crónica.

MÉTODOS:

Diseño del estudio: Estudio multicéntrico, Nacional de dos fases:

1ª-Transversal

2ª-Retrospectivo a las tres últimas visitas anteriores a la visita de inclusión en el último año.

Población de estudio: Pacientes adultos HTA atendidos por enfermería en Centros de AP de España y Consultas de Unidades de HTA.

Se evaluó PAS, PAD, FC, número de medidas, peso, talla, cumplimiento, recomendaciones y derivación.

RESULTADOS:

Participaron 115 (PE) de toda España 82,6% AP y el 17,4% de de Unidades de HTA o CCEE. Se evaluó a 575 pacientes con 1650 visitas. Media edad de 67,71 años (DE: 11,24 años), proporción de mujeres 53,7%. Pacientes con FRCV 74,5%, con ECV 34,1%. No se deriva al médico ante el mal control al menos en una visita en el 50% de los pacientes, y en el 28% que presentan mal control en las 4 visitas no hay derivación al médico. No se priorizan las vistas de enfermería en ante el mal en las 4 visitas en 50% (7.9% de total). Se mide el cumplimiento en el 80% de las vista, se utilizan técnicas no clásicas en el 30%.

CONCLUSIONES:

Hay una baja derivación al médico ante el mal control. La mitad de los pacientes no se prioriza el seguimiento de enfermería ante el mal control. La mediada del cumplimiento es muy alta, pero no se utilizan técnicas recomendadas en un importante grupo de pacientes.

PÓSTER Nº 338

VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLINICA EN HIPERTENSION ARTERIAL GESTACIONAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. SEDEÑO LARA (1), M.J. FORNET TORRES (1), M.P. MILLAN MUÑOZ (1), M.S. GOMEZ BERMUDEZ (1),
E. TEJADA RUIZ (2), M.A. PRUDENCIO MUÑOZ (1), A.I. TEJADA RUIZ (1), M.A. GONZALEZ BENITEZ (1),
C.L. AVILES PEREIRA (1), J.M. FERNANDEZ PACHECO (1)

(1) AREA GESTION SANITARIA SERRANIA DE MALAGA. RONDA,
(2) HOSPITAL PERPETUO SOCORRO. BADAJOZ

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: IMPLANTACION, GUIA, HTA GESTACIONAL

RESUMEN:

La hipertensión arterial(HTA)continúa siendo la complicación médica más frecuente del embarazo en nuestro medio.Puede presentarse hasta en el 10% de todas las gestantes,estando su presencia asociada a una mayor morbimortalidad materna y perinatal.La importancia de su estudio radica en que, por un lado, una atención sanitaria prenatal adecuada puede prevenir o atenuar las alteraciones hipertensivas de la gestación y por otra parte,que la HTA en el embarazo tiende a considerarse como un marcador precoz de HTA esencial y de ECV en el futuro. Los trastornos hipertensivos en el embarazo cumplen un amplio espectro de condiciones,incluyendo HTA crónica preexistente,preclampsia e HTA gestacional.La definición de HTA en el embarazo se ha simplificado en los últimos años;PAS \geq 140 mmHg y/o PAD \geq 90mmHg,ambas confirmadas en 2 ó más ocasiones consecutivas y separadas por un periodo de 4-6 horas, siendo esta HTA descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria.El diagnóstico HTA gestacional es confirmado si no se ha desarrollado preclampsia y la TA ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas postparto. Por ello, la creación e implantación de una guía de actuación en gestantes diagnosticadas de HTA, unificará criterios de tratamiento y derivación, disminuyendo posibles complicaciones fetales y maternas,evitando la variabilidad por parte de los profesionales. Estudio retrospectivo,descriptivo y longitudinal de un total de 90 gestantes con HTA tratadas en un Área de Gestión Sanitaria, desde el 1 de Enero 2010 hasta el 31 de Octubre 2012. Se ha realizado una hoja de recogida de datos incluyendo edad, factores de riesgo asociados a los trastornos hipertensivos del embarazo, dónde se llegó al diagnóstico, tratamiento, seguimiento posterior tras el diagnóstico y pruebas realizadas a las gestantes;obteniéndose los siguientes resultados: **edad media** 32,3años;**mediana de embarazo** 2 ;**rango intercuartilico** 1-3; **antecedentes familiares con RCV** 46,4%; **enfermedad renal crónica** 3,3% ; **diabetes** 20% ; **enfermedades autoinmunes** 1,1%; **embarazo múltiple** 3,3%; **intervalo prolongado entre embarazos**10% ;**HTA previa al embarazo** 28,4%; **abortos previos** 21,7%; **pérdidas fetales** 4,9% ; **parto prematuro previo** 1,2% ;**diagnosticados atención primaria** 25,6%;**diagnosticados en consulta monitores** 13,3%; **diagnosticados consulta de tocología** 23,3%;**diagnosticados en otros lugares**13,3%; **no registrados** 24,4%; **tratadas con antihipertensivos** 88,8%; **tratadas dieta** 3,4%; **tratamiento combinado** 1,1%; **sin tratamiento** 6,7%; **MAPA inicio** 22,5%;**MAPA después de 20 semanas** 12,5%; **MAPA después de 36 semanas** 12,5%; **ECG** 13,6%; **proteinuria al inicio** 76,4%; **analítica antes de 20 semanas** 77,5%; **analítica después de 20**

semanas 80,9%, analítica después de 30 semanas 71,9%; ecocardiograma 9,2%; fondo de ojo 13,6%; seguimiento 67,7% ;derivados unidad de HTA 29,7%; derivados atención primaria 39,1%; derivados otros 9,4%; no derivados 21,9%; parto 43,2%; parto instrumental 7,4%; cesárea 49,4%.

A la vista de los resultados podríamos concluir que la creación e implantación de una guía de actuación en gestantes diagnosticadas de HTA gestacional, adaptada a nuestro centro, unificará criterios de tratamiento y derivación, disminuyendo de esta forma posibles complicaciones tanto fetales como maternas y evitando la variabilidad por parte de los profesionales.

PÓSTER Nº 339

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

F. CIRERA SEGURA (1), A. PEREZ BAENA (1), N. SANCHEZ FLORES (1), J.L. MARTÍN ESPEJO (1)

(1) HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA, PRESIÓN ARTERIAL, DAÑO RENAL.

RESUMEN:

Propósito del estudio.

Uno de los factores relacionados con el daño vascular esta relacionado con la magnitud y duración del aumento de la presión arterial (PA)¹.

El control de la PA es de suma importancia en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), ya que ambas están íntimamente relacionadas, al producir arteriosclerosis de arterias intertubulares y arteriolas aferentes, disminuyendo el flujo renal².

En la consulta ERCA, trabajamos principalmente los diagnósticos de Enfermería: Conocimiento deficiente sobre: la enfermedad, dieta y tratamiento, y Manejo inefectivo del régimen terapéutico, con el objetivo de controlar o disminuir en la medida de lo posible, los factores de riesgo que predisponen el daño renal³.

Por todo lo expuesto nos propusimos como objetivo de este trabajo, valorar los resultados obtenidos, tras las intervenciones de enfermería realizadas para la mejora de la PA, en pacientes con ERC.

Métodos usados.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 6 meses de duración, cuya muestra fueron todos los pacientes incidentes en la consulta ERCA de nuestro hospital.

De la historia clínica se recogieron los datos demográficos y epidemiológicos, las constantes vitales y datos analíticos relacionados con el control de PA. De igual forma se recogieron datos relacionados con la ERC y su evolución así como hábitos tóxicos para la salud. Estos datos se recogieron en la consulta inicial, a los 3 y 6 meses de permanencia.

El análisis se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19.0, estableciendo el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados.

La muestra la compusieron 57 pacientes, el 64,9% eran hombres ($n=37$). La edad media fue $69,4 \pm 14,7$ años. El 84% ($n=48$) tenían una ERC en estadio 4, el resto de pacientes en estadio 3 y 5. La etiología de la ERC más prevalente fue: Enfermedad Vascular 21%. El 45% tenía Diabetes Mellitus.

Evaluamos los cambios en las constantes vitales relacionadas con el control de la PA a lo largo del estudio con diferencias significativas para la PAS ($p=0,002$), la PAD ($p=0,002$) y la PAM ($p < 0,001$) al final del estudio, las diferencias más evidentes se producen fundamentalmente tras la primera visita, disminuyendo su efecto a lo largo del tiempo de estudio. La evolución de la FC no fue significativa.

No se observaron cambios en los hipotensores ni en los diuréticos en el estudio.

Los pacientes descendieron de peso significativamente ($p < 0,001$), pasando de un peso inicial de $79,4 \pm 15,7$ a un peso final de $76,3 \pm 14,6$ al final del estudio, y de un 32,1% que presentaba edemas a un 18% al finalizar el seguimiento. Los cambios en la diuresis no fueron significativos ($p = 0,347$), siendo la inicial de $2013,1 \pm 726,4$ ml/24 horas y la final de $1968 \pm 857,3$ ml/24 horas

Analizamos la evolución de los factores de daño renal a lo largo del tiempo y no observamos cambios ni en la proteinuria ($p = 0,166$) ni en el cociente microalbuminuria/creatinina ($p = 0,114$), sí en la creatinina sérica que aumenta significativamente ($p = 0,003$) y en el sodio en orina ($p = 0,002$).

No encontramos cambios significativos en el análisis de los hábitos tóxicos como el tabaco ($p = 0,25$) y el alcohol ($p = 1$).

Conclusiones.

Las intervenciones realizadas en la consulta de Enfermería, como los cuidados y la información necesarias para la corrección de la dieta, actividad física, la necesidad de tomar el tratamiento así como de abandonar hábitos nocivos, han favorecido una disminución de la PAS, PAD y PAM, disminución del peso y un menor número de pacientes con edemas. -

Sin embargo, y a pesar de corregir la PA, no hemos conseguido evitar la progresión de los marcadores de daño renal ya que pueden tener origen multifactorial.

De igual forma, hemos detectado la necesidad de reforzar los consejos sanitarios en el tiempo para mantener sus efectos e incidir sobre las conductas generadoras de salud, por lo que pensamos que las intervenciones de Enfermería deben ser una constante en el tratamiento del paciente con ERC.

PÓSTER Nº 340

EL CONTROL DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS 2

D. RODRÍGUEZ IBÁÑEZ (1), V. ROSARIO ORTEGA (1)

(1) CS EL PUERTO. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: DIABETES MELLITUS 2, SÍNDROME METABÓLICO, ENFERMERÍA

RESUMEN:

Propósito de estudio:

El aumento exponencial de los pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en los últimos años, y las previsiones para las décadas futuras, implican un aumento del Riesgo Cardiovascular (RCV) en general, con lo que, los últimos estudios publicados, muestran que el control de los pacientes con DM2 ha de ser visto desde una perspectiva metabólica en general, incluyendo el control de la Presión Arterial (PA) y las cifras de dislipemia (DLP).

La obesidad, sumada a los otros factores principales de RCV, denominando a esta enfermedad crónica como Síndrome Metabólico (SM), ha de centrar las intervenciones de la Enfermería en Atención Primaria de Salud (APS) y, a su vez, en la Educación para la salud (EpS).

La pregunta de partida que se plantea en esta investigación es: ¿Qué pacientes diagnosticados de DM2 del CS El Puerto presentan un descontrol del SM?

Métodos usados:

Estudio observacional descriptivo, de carácter transversal y de abordaje cuantitativo.

Se seleccionó una muestra aleatoria de trescientos pacientes diagnosticados de DM2 de las dieciséis Unidades de Atención Familiar (UAFs) de la ZBS El Puerto, de un total de 2753. Se recogieron los datos en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del 2012.

Variabes independientes: sexo y edad; variables dependientes: Índice de Masa Corporal, Colesterol HDL y Presión Arterial. Criterios de inclusión: paciente diagnosticado en la Historia Clínica Informatizada de DM2 y mayor de 14 años.

Resultados:

Tras la obtención de los resultados, los datos obtenidos reflejan con una significancia estadística ($p < 0,005$) que existe un porcentaje elevado de pacientes con DM2 (34,7%) con un descontrol del SM, siendo también relevante la falta de datos en muchos de ellos (31,8%).

Conclusiones:

Existe una relación directa entre la Obesidad y el descontrol del SM en pacientes con DM2 en el CS El Puerto.

La Enfermería debe abordar con mayor esfuerzo el control de la Obesidad como factor relacionado al SM y la DM2, y la EpS es la herramienta adecuada.

La EpS es esencial para optimizar el control metabólico, para evitar la progresión de las complicaciones crónicas, para facilitar cambios de actitud del paciente ante su enfermedad y su estilo de vida y para establecer una permanente y comprensiva relación con el paciente.

Debemos tener claro al realizar EpS como profesionales sanitarios, que educar no sólo es informar, sino que es un conjunto de acciones dirigidas al paciente para que éste con los conocimientos adquiridos, sea capaz de actuar adecuadamente, es decir, cambiar hábitos de vida negativos y no meramente tener la información sin actuación tanto por nuestra parte como por ellos mismos.

PÓSTER Nº 341

DIFERENCIA DE PRESION INTERBRAZOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN

J.J. LÓPEZ HERNÁNDEZ (1), M. MARTÍNEZ GONZÁLEZ (1), J. GAITÁN VALDIZÁN (1), B. LAVÍN GÓMEZ (1),
M.I. ARMENTIA GONZÁLEZ (2), P. MUÑOZ CACHO (3)

(1) C.S. PISUEÑA-CAYÓN. SARÓN, (2) C.S. LA VEGA-ZAPATÓN. TORRELAVEGA,
(3) GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. SANTANDER

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: DIABETES, RIESGO CARDIOVASCULAR, DIFERENCIAS DE TENSION ARTERIAL ENTRE
BRAZOS

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO

La diferencia de presión entre brazos (DPIB) se ha asociado con aumento del riesgo cardiovascular (RCV) y sobre todo con enfermedad arterial periférica (EAP) aunque también se ha asociado a pobre control de la tensión arterial (TA). Las Guías recomiendan la toma de TA en los 2 brazos para determinar el brazo con mayores cifras de TA aunque existe escaso cumplimiento de esta recomendación.

Los diabéticos, población de alto RCV, son especialmente sensibles a esta recomendación y podemos subestimar el RCV al no tomar la TA en el brazo con mayores cifras de TA.

Los propósitos del estudio son:

- 1) Determinar las características de los pacientes con diabetes (DM) e hipertensión (HTA) con diferencias de TA sistólica y diastólica entre los 2 brazos superiores a 5 mmHg
- 2) Determinar la prevalencia de factores de RCV en una población con DM y HTA
- 3) Determinar la relación entre las diferencias de presión interbrazos significativas y RCV, medido por diferentes escalas.

METODOLOGIA:

Se incluyeron en el estudio 101 pacientes con DM y HTA, atendidos en un centro de salud rural.

Medición de la TA

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 está validado para su uso en pacientes con fibrilación auricular.

Medición del índice tobillo-brazo(ITB)

Se utilizó el mismo aparato que determina de modo automático el ITB.

Cálculo de riesgo cardiovascular

Se utilizaron distintas escalas para calcularlo:

- 1) Framingham usando lípidos.
- 2) Framingham usando IMC. Estas escalas determinan riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular a los 10 años.
- 3) SCORE para países de bajo riesgo, usando colesterol total,

4) SCORE para países de bajo riesgo, calibrada con HDL. Estas escalas determinan riesgo de mortalidad por causa cardiovascular a los 10 años

RESULTADOS

Se estudiaron 101 pacientes con DM y HTA. 50% hombres, media de edad 65 años hombres y 67 mujeres. El 55% tenían mas de 10 años de evolución de la DM y 12 años la HTA, Solo el 38% tenían la TA controlada (inferior a 130/85 mmHg), 40% tenían antiagregación, 12% fibrilación auricular (FA) y 95% de los que tenían FA están anticoagulados. El 7% usaban insulina, media de HbA1c 6,8% (el 68% tenían HBA1c < 7 y solo el 8% HBA1c > 8%). El 56% tenían IMC > 30, ictus 5%, cardiopatía isquémica (CI) 8% , ITB patológico el 32%. En las DPIB sistólica, el 40% de los hombres tenían diferencias > 5mm vs mujeres 23% (p< 0.001), y al compararlo con la edad, los mayores de 75 años 40% tenia DPIBS > 5mm. En las DPIB diastólica el 26% de las mujeres tenían diferencias > 5mm y solo el 14% de los hombres, sin embargo por edad, no encontramos diferencias entre los grupos (<64 a. 65-74 y >75 a). No encontramos relación entre DPIB y Score o Score corregido por HDL pero si encontramos que la DPIB >5mm se correlaciona con Framingham usando lípidos o IMC. Asi mismo los diabéticos con ITB patológico tienen DPIB tanto diastólica y sistólica > 5 mm (80% vs 15%)

CONCLUSIONES

La medición de la TA simultáneamente en los 2 brazos con dispositivo electrónico, se hace necesario, sobre todo en la población con DM para diagnosticar el brazo con mayor TA, ya que podemos estar minimizando los valores. La DPIBS podría estar poniendo de manifiesto la rigidez de la pared arterial, ya que en nuestro estudio hemos comprobado la alta prevalencia de DPIB en diabéticos y la asociación entre DPIBS con la escala de RCV de Framingham y con ITB patológico. Es una medida de bajo coste, asequible en la consulta que servirá para priorizar pacientes de alto riesgo.

PÓSTER Nº 342

INSTALACIONES DEPORTIVAS Y CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN HIPERTENSOS

M.L. GUITARD SEIN-ECHALUCE (1), J. TORRES PUIG-GROS (1), D. FARRENY JUSTRIBO (1),
J.M. GUTIERREZ VILAPLANA (2)

(1) FACULTAD DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE LLEIDA. LLEIDA,
(2) HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA. LLEIDA

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ACTIVIDAD FÍSICA, CUMPLIMIENTO, INSTALACIONES DEPORTIVAS

RESUMEN:

Objetivo

Determinar la asociación del cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física (AF) en personas hipertensas con la accesibilidad y opinión sobre las instalaciones deportivas así como el ámbito de residencia.

Métodos

Se realizó un estudio transversal (2008-2009) 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 la actividad física estaba contraindicada. La definición de instalación deportiva, además de la clásica, incluyó aquellos espacios abiertos o de libre acceso preparados para tal finalidad. La variable dependiente, cumplimiento de las recomendaciones sobre AF, se midió a partir del cuestionario Minnesota. Las independientes fueron el ámbito de residencia, la accesibilidad (distancia, horario y económica) a instalaciones deportivas y la opinión sobre éstas. 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. La asociación se midió a través de la odds ratio cruda y ajustada (OR_a) por regresión logística binaria. El análisis se estratificó por sexos. El nivel de significación aceptado fue de $p < 0,05$.

Resultados

Participaron 783 hipertensos con una media de edad de 66,1 años (DE: 10,2), el 54,0% (423) eran mujeres y el 68,2% (534) residían en medio urbano. Cumplían las recomendaciones sobre AF el 64,2% (503). El nivel de accesibilidad y opinión sobre las instalaciones se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Accesibilidad y opinión sobre instalaciones deportivas

	Accesibilidad % (n)			Opinión % (n)
	Distancia	Horaria	Económica	
Buena	76,9 (578)	68,9 (513)	61,3 (454)	84,1 (608)
Regular	16,2 (122)	17,6 (131)	24,5 (182)	13,8 (100)
Mala	6,9 (52)	13,6 (101)	14,3 (106)	2,1 (15)

A nivel global, un mayor nivel de cumplimiento de las recomendaciones se asoció con el hecho de residir en el medio rural con una OR_a de 1,74 (IC95% 1,23-2,45) y una accesibilidad horaria regular con una OR_a de 3,91 (IC95% 2,05-4,97) o buena con una OR_a de 2,00 (IC95% 1,17-3,42). En los hombres se asoció con una accesibilidad horaria regular con una OR_a de 5,68 (IC95% 2,98-10,83) o buena con una OR_a de 3,41 (IC95% 1,58-7,41). En las mujeres se asoció con residir en medio rural con una OR_a 2,07 (IC95% 1,62-4,50) y con una buena opinión sobre las instalaciones con una OR_a de 3,18 (IC95% 1,71-5-90).

Conclusión

Así como en los hombres el cumplimiento de las recomendaciones depende de su accesibilidad horaria a instalaciones deportivas, en las mujeres depende de residir en medio rural y de una buena opinión sobre dichas instalaciones.

PÓSTER Nº 343

CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON SINDROME METABOLICO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA. SEGUIMIENTO A 1 AÑO

M.V. LAGUNA CALLE (1), A. BA PEDRAZ (1), A. FERNANDEZ CRUZ (1), N. MARTELL CLAROS (1)

(1) HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS. MADRID

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: ESTILO DE VIDA, PLAN DE CUIDADOS, S.METABÓLICO

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Metabólico es un predictor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, pero lo verdaderamente preocupante es su alta incidencia en los diferentes grupos de edad según demuestran los estudios, por éste motivo enfermería debemos trabajar en cambios de estilo de vida de forma intensa y prioritaria para disminuir su alta prevalencia.

OBJETIVOS: Estudiar si hay una disminución del Síndrome Metabólico al adoptar cambios de estilo de vida en los pacientes en consulta de enfermería tras realizar modificación de conductas en alimentación y promover ejercicio físico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron 53 pacientes con riesgo cardiovascular moderado, alto y muy alto de la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos, que se valora tras doce meses de intervención. Se realizaron tres tomas de PA siguiendo la guía de la Sociedad Europea de HTA del 2009 y con aparatos validados.

Se procede a una intervención individualizada para aprendizaje del cambio de estilo de vida aplicando plan de cuidados estandarizados con valoración específica en riesgo cardiovascular, se estratifica el riesgo, se realiza diagnóstico de enfermería, se marcan objetivos y se diseñan actividades resaltando tipo de alimentación específica para disminuir síndrome metabólico con folletos escritos y gráficos y promoción de ejercicio físico. Se describe la experiencia tras 12 meses.

RESULTADOS: Han participado 53 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 60.4% eran varones y al año quedan el 41%, con una edad comprendida de 52.02±15.4 años (Rango 17-76 años). Respecto a los AP : Diabéticos: 18.9%, Dislipémicos: 79.2%, tenían lesión de órgano diana 34%, enfermedad cardiovascular precoz 5.7%, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz el 71.7%. El IMC varia del 33.17±3.6kg/m² al 30.60±3.5kg/m²(p=<0.00) con una pérdida media de peso de 6.97kg/m². El perímetro de cintura se redujo de 106.2 ±10.9 cm a 99.7±9.3cm que corresponde a una reducción de 6.5cm. La presión sistólica inicial fue de 132.7±17.2 mmHg llegando a 124.3±11.4 mmHg (p=<0.08) y la presión arterial diastólica de 80.1 ±10.6 mmHg disminuyó a 75.2±8.9 mmHg (p=<0.08). Al inicio presentaban S.Metabólico el 51.2% al finalizar el 48.8%, lo que significa una reducción del 14.6%. Realizaban al inicio E.Físico 29,4% y al finalizar se produjo un aumento de un 35,3% alcanzando un total del 64.7% de los pacientes.

CONCLUSIÓN: Los cambios de estilo de vida focalizados hacia una alimentación cardiosaludable y una pauta de Ejercicio físico diaria es el modelo principal a seguir para eliminar el Síndrome Metabólico y prevenir enfermedades cardiovasculares.

PÓSTER Nº 344

HIPOTENSIÓN NOCTURNA: INCIDENCIA EN ISQUEMIAS Y GLAUCOMA DE TENSIÓN NORMAL

M. ENTRIALGO RODRIGUEZ (1), A. ARIAS ARIAS (1)

(1) HOSPITAL DE CABUEÑES. GIJÓN

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HIPOTENSIÓN NOCTURNA, GLAUCOMA DE TENSIÓN NORMAL (GNT), MAPA

RESUMEN:

a) Propósito del estudio

En el periodo nocturno se produce un descenso de la presión arterial considerado fisiológico (patrón dipper) existiendo caídas más pronunciadas (dipper extremo) y se dan tanto en normotensos como en hipertensos. Existen referencias sobre descensos bruscos y prolongados de la PA naturales o inducidos por medicación antihipertensiva como responsables de patologías isquémicas (lesiones isquémicas cerebrales silentes o patologías oftalmológicas isquémicas).

El glaucoma es una patología ocular no isquémica que se presenta bajo varias formas clínicas. El más frecuente es el crónico simple de etiología y fisiopatología desconocida que afecta al 1,5% >40 años y aumenta con la edad hasta el 7% > 80 años siendo una de las principales causas de ceguera. Es asintomático y de progresión lenta, y solo se diagnóstica por exploración clínica.

Se observó que pacientes diagnosticados de glaucoma de tensión normal (GNT) (tensión ocular normal) que eran hipertensos y tenían realizada una MAPA presentaban valores muy bajos de PA en la noche, lo que llevó a pensar que esta HPN podría estar presente en todos los pacientes con este diagnóstico.

El objetivo de este estudio es analizar la presencia de HPN (por porcentaje de descenso en las presiones o por valor absoluto de las mismas) en pacientes diagnosticados de GNT y comparar con población afín de RCV a través de la MAPA.

b) Métodos usados

Para la muestra a fin de evitar sesgos, se atiende a las características del grupo de estudio (Glaucoma) en cuanto a edad, con o sin HTA y sin otra patología cardiovascular añadida. Se incluyen 37 pacientes divididos en tres grupos: 1- GNT (n 13), 2- Control (n 17) y 3- Control I (n 7) igual que grupo control pero diagnosticados de proceso isquémico lacunar silente o neuritis isquémica óptica.

Los datos se obtienen por MAPA de 24 horas. Se utiliza monitor Spacelab 90207.

Se analizan además de edad y sexo las siguientes variables la PAS, PAD y la presión arterial media (PAM) como marcador de perfusión de órgano blanco, en periodo diurno (D) y nocturno (N) y para los valores mínimos registrados en la noche (P), % de descenso en PAS y PAD y el nº de lecturas totalizadas < 20% del descenso nocturno y nº de lecturas PAS < 100 y PAD < 60 en la noche.

Los datos se analizan con paquete estadístico SPSS v18. Pruebas de contraste X^2 , "t" de Student y ANAVA MLG para medidas repetidas. Significación estadística $p \leq 0,05$.

c) Resultados

No hay diferencias significativas para a la edad (p 0,718) ni para el sexo (p 0,379), PAD noche (p 0,257) descenso nocturno PAS (p 0,760) y PAD (p 0,180), ni en las lecturas <20% de PAS o PAD (p 0,563) (p 0,618) o lecturas PAS < 100 (p 0,096) ni PAD < 60 (0,544).

El % de descenso nocturno roza la normalidad ($\pm 10\%$) para subir $>30\%$ en el pico de la noche sin diferencias entre los tres grupos así como las lecturas nocturnas PAS < 100 o PAD < 60 (media de ± 4 lecturas PAS y ± 8 PAD)

Se han encontrado diferencias significativas para la PAS (p 0,000) y PAM (p 0,000): D, N y pico para los grupos 1 y 2 y PAD día (0,008) y pico (p 0,036) sin diferencias con el tercer grupo.

La PAD presenta en general valores bajos; D (± 70) N (± 60) y P noche (± 45) en los tres grupos, pero no es significativa en la noche ni su % de descenso.

d) Conclusiones

Con las limitaciones que derivan del reducido tamaño de la muestra, y de la práctica ausencia de bibliografía y estudios sobre HPN para comparar, se puede decir que respecto a la MAPA: los pacientes de GNT comparten perfil de HPN con los pacientes diagnosticados de procesos isquémicos silentes.

Es más diferenciadora la PAS que la PAD, señalada en algún estudio como factor relevante en la HPN.

La PAM ha resultado relevante por significación estadística y por los bajos valores presentados (65 - 70 en la noche).

¿Cuenta más el % de descenso o el valor de la PA para constatar HPN?

Con todo parece interesante llamar la atención sobre los episodios de HPN por las posibles consecuencias, y sobre todo considerando que es más fácil de manejar cuando se produce inducida por fármacos que cuando sucede de forma natural.

PÓSTER Nº 345

PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN EL SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA DEL PACIENTE HIPERTENSO. EXPLORACIÓN FÍSICA

C. CASTILLO PERIS (1), L. GUERRERO LLAMAS (2), C. HERRERO GÍL (3), M.P. RODA RIBERA (4),
A. TALENS ALMIÑANA (5), C. SANCHIS DOMÉNECH (6)

(1) HOSPITAL DE LA RIBERA. ALZIRA, (2) HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID, (3) CENTRO DE SALUD DE
COREA. GANDIA, (4) HOSPITAL LLUIS ALCANYIS. XATIVA, (5) C.S. DE TAVERNES DE LA VALLDIGNA.
TAVERNES DE LA VALLDIGNA, (6) CENTRO DE SALUD DE ALGEMESÍ. ALGEMESÍ

ÁREA TEMÁTICA: ENFERMERÍA

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, ENFERMERÍA, SEGUIMIENTO

RESUMEN:

PROPOSITO DEL ESTUDIO.

La falta de control de la PA puede deberse a: 1) factores relacionados con los pacientes (falta de adherencia al régimen prescrito), 2) factores asociados a la asistencia sanitaria prestada por los profesionales médicos y de enfermería.

Objetivo:

Observar la práctica clínica habitual de los profesionales de enfermería (PE) en el manejo del paciente hipertenso en seguimiento por enfermedad crónica.

MÉTODOS:

Diseño del estudio: Estudio multicéntrico, Nacional de dos fases:

1ª-Transversal

2ª-Retrospectivo a las tres últimas visitas anteriores a la visita de inclusión en el último año.

Población de estudio: Pacientes adultos HTA atendidos por enfermería en Centros de AP de España y Consultas de Unidades de HTA.

Se evaluó PAS, PAD, FC, número de medidas, peso, talla, cumplimiento, recomendaciones y derivación.

REULTADOS:

Participaron 115 (PE) de toda España 82,6% AP y el 17,4% de de Unidades de HTA o CCEE. Se evaluó a 575 pacientes con 1650 visitas. Media edad de 67,71 años (DE: 11,24 años), proporción de mujeres 53,7%. Se registran, 1 medida 69,7%, 2 medias 35,45%, 3 medidas de la PA en el 27,8%. La talla se registra 82,6% de las visitas, el peso 88,5% y el perímetro abdominal el 50,6%

CONCLUSIONES:

Bajo registro de las medidas de la PA, solo una tercera parte se les realiza tres medidas. El perímetro abdominal solo se registra en la mitad de los pacientes.