

HTA y mujer

107. LAS PACIENTES ANCIANAS HIPERTENSAS ESTÁN PEOR CONTROLADAS QUE LOS PACIENTES VARONES TOMANDO MÁS FÁRMACOS

R. Cabrera Sole, L. Urrego Rivera, C. Turpin Lucas,
D. Calle Salazar y M. Aguilera Saldaña

Hospital General Universitario, Albacete.

Introducción: Es conocido el hecho que las mujeres, parece ser que están peor controladas en diversas enfermedades y reciben más tardíamente un tratamiento como ocurre en la cardiopatía isquémica. Sin embargo, tenemos pocos datos comparativos en las pacientes hipertensas, por lo que hemos realizado un estudio retrospectivo en pacientes vistas en la consulta de cardiología que recibían tratamiento antihipertensivo y las hemos comparado con los pacientes varones.

Objetivo: Evaluar las diferencias en el control de cifras de tensión arterial en pacientes mujeres comparadas con varones de similar edad que son controlados habitualmente por sus médicos de cabecera.

Métodos: Estudiamos de forma retrospectiva a 1.400 pacientes de los que 637 (357 mujeres y 280 varones, edad media de 68 ± 8 años) eran hipertensos que acudieron a una consulta de alta resolución en cardiología. Valoramos el control de TA sistólica y diastólica (TASMAP, TADMAP) hecho por su médico de cabecera (MAP), el número de fármacos antihipertensivos (Nº FHHTA) que tomaban, el número de fármacos no antihipertensivos (Nº FNHTA) y las cifras de TA sistólica y diastólica que presentaban en la consulta, (TASCAR, TAD CAR) el número de veces que mensualmente acudían a control con su MAP (Control) y en los que estaban fuera de control, se les realizó un holter de TA de 24h, para mejor evaluación. Los resultados se compararon y los exponemos en la tabla.

Datos	TASMAP	TADMAP	TASCAR	TADCAR	NºFHTA	Nº FNHTA	Control	Holter
Mujeres	141 ± 4	88 ± 5	143 ± 3	84 ± 3	2 ± 2	4 ± 2†	1	138 ± 5/82 ± 4
Varones	138 ± 3*	82 ± 2*	134 ± 3*	82 ± 3	3 ± 2	3 ± 2	1	132 ± 3*/80 ± 2

*Valor de p < 0,05. †Predominio de AINEs.

Conclusiones: Según nuestros datos, las mujeres hipertensas tienen en general un control inadecuado de las cifras de HTA comparados con los varones con una tendencia a tomar menos fármacos antihipertensivos, pero más fármacos no antihipertensivos, sobre todo AINEs, lo que podría explicar al menos en parte la mayor dificultad en el control de la HTA en estas pacientes comparados con los varones. No obstante, deberíamos realizar más estudios comparativos para discriminar mejor las causas que puedan justificar estas diferencias.

108. CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y CAFEÍNA COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR DURANTE EL EMBARAZO

C. Celada Roldán², A. Celada Rodríguez¹, P. Sánchez Martínez², A. Martínez Roca² y A.M. Ballesteros Pérez²

¹Centro de Salud Zona 6, Albacete. ²Centro de Salud Los Dolores, Cartagena.

Objetivo: Nos planteamos como objetivo analizar como factores de riesgo cardiovascular la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cafeína en un grupo de gestantes de un centro de salud; el consumo de tabaco de sus respectivas parejas y la modificación de su consumo durante las etapas del desarrollo prenatal. Mediante un diseño descriptivo transversal.

Métodos: Se reclutaron a 60 mujeres embarazadas (80% españolas, 12% magrebíes y 8% sudamericanas) a consulta programada de atención primaria. Edad media de 30,71 años (entre 16 y 44 años) y desarrollo gestacional medio de 8,32 semanas (entre 4 y 21 semanas). Se utilizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, elaborada a través del programa "Consumo de tóxicos, embarazo y lactancia" de la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, estudiando entre otras variables edad, nacionalidad, consumo de tabaco, hábitos de consumo, consumo de café, té, refrescos de cola, consumo de alcohol, etapa del embarazo y riesgo cardiovascular/complicación materno/fetal asociado.

Resultados: Tabaco: el 33,3% de las embarazadas fumaban antes del embarazo, con una media de 14,45 cig/día. Sólo el 20% fumaba antes de la fecundación y el 75% disminuyó su consumo durante el segundo trimestre de embarazo (2 cig/día) y el 5% no varió. El 21,7% de los hombres fumaban antes del embarazo, con una media de 14,85 cig/día. Sólo el 44,4% disminuyeron su consumo durante el embarazo de su pareja y el 11,1% en el periodo anterior a la fecundación. El 44,5% no varió. Alcohol: el 28,08% de las gestantes consume una media de 12,75 g alcohol/s antes del embarazo (0-240 g). Durante el embarazo su consumo es de 0,27 g alcohol/semana (0-13 g), abandonando el consumo el 40,5% en la semana 11. Cafeína: el 65% de las embarazadas no consume café, (el 28,3% toma entre 1-2/día) y el 6,7% > de 2 cafés/día. Por otro lado, el 83,3% no consume té, sólo el 6,7% consume > 2 tés/día. El 76,7% no consume refrescos de cola diariamente, aunque el 23,3% lo hace hasta 5 colas/día.

Conclusiones: Durante el embarazo el tabaco es el factor de riesgo cardiovascular más importante, ya que es la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad. La mayoría de las gestantes abandonan tarde el consumo de tabaco, incluso lo mantienen durante la gestación debido a la falta de consultas de planificación

familiar y prenatales. Respecto al riesgo cardiovascular de la cafeína, existe riesgo moderado entre el consumo de dosis superiores a 400 mg y los incrementos de tensión arterial y frecuencia cardíaca. Las mujeres que bebieron alcohol durante el embarazo mostraron porcentajes más elevados de antecedentes familiares de consumo y de consumo a edades más precoces. Actualmente existe poca percepción en nuestra sociedad del riesgo que conlleva el consumo excesivo de alcohol durante el embarazo siendo el alcohol la 1ª causa de defectos congénitos prevenibles (síndrome alcohólico fetal) y de muerte fetal. Los efectos teratogénicos del alcohol se producen a lo largo de todo el embarazo por lo que su prevención mediante la educación de las futuras gestantes así como el abandono precoz será esencial para evitarlos.

109. ÁCIDO ÚRICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR. DIFERENCIAS DE GÉNERO

A. Hermida Ameijeiras, J.E. López Paz, M.J. Alende, G. Calvo González, V. Martínez Durán, A. Pascual Montes, I. Rodríguez López y C. Calvo Gómez

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Santiago de Compostela.

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre los niveles de AU y el descenso nocturno de PA, teniendo en cuenta las diferencias de género.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal, en el que se incluyeron un total de 404 pacientes con función renal conservada (FG estimado mediante MDRD > 60 ml/min, proteinuria negativa), todos ellos procedentes de la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. En todos los casos, se realizó MAPA durante 48 horas (monitorización ambulatoria de la presión arterial) utilizando un monitor SpaceLabs 90207 y ajustando los periodos diurno y nocturno en cada paciente, obteniendo así los valores promedio de PAs, PAd y PP periférica durante 48 horas así como el grado de descenso nocturno de PA (profundidad). El día de comienzo de la MAPA, a todos los pacientes incluidos en el estudio, se les realizó la correspondiente evaluación clínica y biológica, según protocolo estandarizado y validado. Se utilizó el programa informático SPSS (versión 22.0) y los test de t-Student y χ^2 para la comparación de medias entre los pacientes varones y mujeres teniendo en cuenta los niveles plasmáticos de AU (inferior o por encima de 6 mg/dL). Previa comprobación de la distribución normal de la muestra mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, se estimaron las correlaciones entre variables cuantitativas empleando el coeficiente Tau-b de Kendall y estableciendo la significación estadística en un valor de p < 0,05.

Resultados: La distribución porcentual de los 404 pacientes (55,1% mujeres) en función de los niveles plasmáticos de AU fue la siguiente: 114 pacientes varones presentaron AU < 6 mg/dL (62,9%), y 67 niveles de AU > 6 mg/dL (44,9%), mientras que en las mujeres 187 presentaban AU < 6 mg/dL (83,8%) y solo 36 pacientes tenían AU > 6 mg/dL (16,2%). La media de AU en varones fue de 5,6 mg/dL (vs 4,8 mg/dL en mujeres; p: 0,000). El análisis comparativo entre los diversos grupos mostraba diferencias significativas entre varones y mujeres en relación con el perímetro de cintura (104,5 vs 94,5 cm; p: 0,00), el peso (88,2 vs 73,3 kg; p: 0,00), la frecuencia cardíaca (69,9 vs 74,3 lpm; p: 0,00), la PAS 48h (129,8 vs 126,6 mmHg; p: 0,05), PAS Día (134,4 vs 131,3 mmHg; p: 0,01), PAS nocturna (120,3 vs 117,1 mmHg; p: 0,01) y la PAD nocturna (69,3 vs

67,5 mmHg; p : 0,03). Sin embargo, atendiendo a los niveles de AU (menor vs mayor de 6 mg/dL), solo se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en las medias de peso (77,1 vs 87,9 kg; p : 0,00), perímetro de cintura (96,9 vs 104,3 cm; p : 0,00) y frecuencia cardíaca (73,2 vs 68,5 cm; p : 0,01). En análisis diferencial en función del sexo, objetivó diferencias estadísticamente significativas en relación con el grado de descenso nocturno de PA sistólica (11,1 vs 8,0 mmHg) y diastólica (16,4 vs 13,4 mmHg) en las mujeres, en función de los niveles plasmáticos de AU (menor vs mayor de 6 mg/dL, respectivamente). El 41,4% de las mujeres con AU < 6 mg/dL presentaban un perfil circadiano de PA no dipper (vs 58,6% de mujeres con AU > 6 mg/dL). El análisis de regresión lineal muestra una correlación significativa e inversamente proporcional entre los niveles plasmáticos de AU y el descenso nocturno de PA sistólica (r : -0,133; p = 0,039) y diastólica (r : -0,163; p = 0,011).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con función renal conservada, los niveles de ácido úrico se elevan de forma significativa en pacientes varones y aquellos pacientes con mayor obesidad central. También en aquellos pacientes con menor frecuencia cardíaca. Asimismo, tanto en varones como en mujeres, no se ha objetivado asociación con los niveles de PA clínica ni ambulatoria. Sin embargo, los descensos nocturnos de PA sistólica y diastólica, si se asocian de forma significativa en la mujer con los niveles plasmáticos de ácido úrico, estableciéndose una correlación inversamente proporcional. De este modo, el perfil no dipper, predomina en mujeres con AU > 6 mg/dL. Los presentes hallazgos pueden contribuir a explicar los mecanismos que subyacen al incremento de la morbimortalidad de causa cardiovascular en las mujeres con elevación plasmática de ácido úrico.

110. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO EN EL ÁREA SANITARIA DE LEÓN

J. Llorente García¹, I. Muinelo Voces¹, E. Fernández Pérez¹, M. García Merayo² y S. Pérez Andrada¹

¹Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de León, León. ²Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Asistencial Universitario de León, León.

Objetivo: Los trastornos hipertensivos durante el embarazo siguen siendo una causa importante de morbimortalidad materna, fetal y neonatal en todo el mundo. Se estima que aparece hipertensión en un 10% de los primeros embarazos y en el 8% de todos los embarazos. Se define como una PA durante el embarazo \geq 140/90 mmHg (al menos dos mediciones en dos ocasiones independientes) El propósito del estudio es conocer las características de las pacientes que presentan hipertensión arterial durante el embarazo en nuestra área sanitaria.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todas las pacientes diagnosticadas de hipertensión arterial durante el embarazo remitidas a la Unidad de Hipertensión del Complejo Asistencial Universitario de León desde el 1 de enero de 2014 hasta el 30 de noviembre de 2015. Se analizaron los siguientes parámetros: edad, semana de inicio de HTA, antecedentes personales y obstétricos, PA en consulta y MAPA, analítica, semana parto, peso al nacer, clasificación HTA gestacional, tratamiento, complicaciones y evolución. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS v.20.

Resultados: Se analizaron 28 casos. Edad media 34,4 años. 53% primer embarazo. 4 embarazos con técnicas de fecundación in vitro. 6 pacientes con alteración en las hormonas tiroideas (83% hipotiroidismo), 1 caso diabetes gestacional, 7 tuvieron HTA en embarazos previos. Se diagnosticaron 7 casos de HTA gestacional, 7 casos de HTA preexistente, 10 casos de preeclampsia, 2 casos de preeclampsia superpuesta a HTA preexistente y 2 casos de síndrome de HELLP. El 62% de los pacientes se vieron por primera vez en

la semana del parto, el otro 38% tuvo seguimiento previo en consulta externa, de ellos 5 desde el primer trimestre del embarazo. Se realizó MAPA en 22 casos, 7 de ellos antes del parto. El 77% patrón no dipper, el 18% riser y el 5% dipper. Ninguna paciente presentó deterioro de la función renal. Proteinuria en 14 pacientes, siendo en rango nefrótico en 3 de ellos. En todos los pacientes con proteinuria después de la semana 20, se normalizó en el seguimiento. Hipertransaminasemia en el 17% de los casos. 11 pacientes precisaron traslado a una unidad de cuidados intensivos, donde los fármacos más utilizados fueron el sulfato de magnesio (91%), el labetalol (73%), la furosemida (64%) y el urapidilo (27%). En el manejo ambulatorio el fármaco más empleado fue la α -metildopa (83%), seguido de antagonistas del calcio (41%) y betabloqueantes (17%). Un caso de anemia hemolítica secundaria a α -metildopa. En el 64% el parto fue cesárea. El 46% nació antes de la semana 37. El 52% pesó menos de 2.500 gramos y 1 más de 4.000 g. 1 parto gemelar. Todos los niños nacieron vivos.

Conclusiones: El síndrome clínico más frecuente fue la preeclampsia, seguido de hipertensión arterial previa y la hipertensión gestacional. Aproximadamente la mitad se asociaron a parto prematuro, bajo peso al nacer y cesárea. En más de la mitad de las pacientes proteínas positivas en orina, llegando al rango nefrótico en pocos casos, y con normalización en el seguimiento posparto. El fármaco más utilizado en el control ambulatorio es la α -metildopa, seguido de los antagonistas del calcio y los betabloqueantes.

111. MANEJO DE PREECLAMPSIA GRAVE A NIVEL PREHOSPITALARIO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA Y LOS PROTOCOLOS DE MANEJO

M. Pons Claramonte¹, M. Boksan², N. Martínez Navarro³, J.M. Martínez García⁵, S. Nieto Caballero⁴, J. Abellán Huerta⁶, E. Cañada Cámara³, M.J. Conesa Espejo⁷, M. Rubio Ciudad⁶ y M. García Aroca¹

¹Centro de Salud Los Dolores, Cartagena. ²Centro de Salud Cartagena Casco, Cartagena. ³Centro de Salud San Antón, Cartagena. ⁴Unidad Médica de Emergencias 061, Cartagena. ⁵Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ⁶Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena. ⁷Centro de Salud Isaac Peral, Cartagena.

Introducción: La preeclampsia es un trastorno de disfunción endotelial vascular generalizada después de las 20 semanas de gestación o en las 4-6 semanas posteriores al parto. Está clínicamente definida por hipertensión y proteinuria, con o sin edemas. La preeclampsia es una causa importante de la morbilidad y la mortalidad materna. Frecuentemente está infradiagnosticada, por lo que creemos que la atención prehospitalaria tiene un papel fundamental en el reconocer el cuadro clínico y su manejo inicial.

Objetivo: Análisis de la documentación científica sobre tratamiento de la preeclampsia (PE) grave en el medio prehospitalario. Discutir críticamente las posibles conclusiones contradictorias procedentes de diferentes estudios.

Métodos: Revisión de la literatura médica para la evaluación del tratamiento de la PE grave en el ámbito prehospitalario. Se realizó una búsqueda de la literatura publicada en las bases de datos: Pubmed, UpToDate, Science Direct, Cochrane Library con los siguientes términos de búsqueda pre-eclampsia, sulfato de magnesio, y manejo prehospitalario en los últimos 10 años.

Resultados: Se obtuvieron 18 artículos con información oportuna para cumplir con los objetivos de la presente revisión; entre ellos 10 revisiones sistemáticas, 2 ensayos clínicos y 6 guías clínicas de manejo de PE.

Conclusiones: Según nuestra minuciosa revisión bibliográfica todos los estudios destacan como norma general la dificultad diagnóstica de la PE en el ámbito prehospitalario por principalmente falta

de pruebas diagnósticas. El manejo principal incluye control de la vía aérea, ventilación, oxigenación y fluidoterapia adecuada. La prevención de las convulsiones presenta pilar del manejo inicial, ya que previene complicaciones de la actividad convulsiva: la muerte neuronal, rhabdomiólisis, acidosis metabólica, neumonitis por aspiración, edema pulmonar neurogénico e insuficiencia respiratoria. Según los estudios encontrados podemos concluir que todavía persiste una evidencia firme a favor del sulfato de magnesio frente a benzodiazepinas (BZD) y fenitoína. Solo una revisión sistemática reciente destaca un efecto adverso del magnesio sobre la frecuencia cardíaca fetal. La dosis habitual son 4 g con monitorización cardíaca y control respiratorio. En la paciente convulsionando a pesar del tratamiento de mantenimiento con magnesio, se recomiendan benzodiazepinas (diazepam y midalozam, el último gana fuerza en las últimas revisiones). Para el control de las cifras tensionales hemos encontrado evidencia creciente a favor de los siguientes fármacos: labetalol, hidralazina y nifedipino, aunque en el caso nifedipino asociado a magnesio se ha visto hipotensión grave en algunos estudios e incluso está descrita la parada cardiorespiratoria.

112. MEJOR SOLA QUE MAL ACOMPAÑADA

M.J. Romero Castro, C. Ortiz Cortés, Z. Kounka, D.A. Chipayo Gonzáles, P. Sánchez Calderón, L.E. Lezcano Gort, A. Bellido Maldonado, D.P. Rodríguez López, M.Y. Porras Ramos y J.J. Gómez Barrado

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción y objetivo: La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) modificable más prevalentes en nuestro entorno. Dependiendo de si se presenta como único FRCV o acompañado de otros factores nos determina la probabilidad de padecer un acontecimiento coronario como así lo demuestran, por ejemplo, en las escalas de evaluación de riesgo cardiovascular Framingham o las guías de la American Heart Association (AHA) de evaluación de riesgo cardiovascular, entre otras. El objetivo de este trabajo es determinar el sexo de nuestra muestra poblacional que más frecuentemente presenta HTA como único FRCV.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó un total de 121 pacientes en seguimiento por el servicio de cardiología con diferentes diagnósticos. Se tuvieron en cuenta la edad, el sexo, HTA, diabetes mellitus tipo II (DM II), historia de tabaquismo activo, presencia de enfermedad renal crónica (ERC) y dislipemia.

Resultados: Del total de 121 pacientes la edad media fue de 77 años (± 9), el 59,5% eran varones con una media de edad de 76 años (± 9) frente a la edad media de las mujeres que fue de 78 años (± 8), siendo no significativas las diferencias de las edades entre mujeres y hombres con $p > 0,05$. El 80% de las mujeres eran hipertensas frente al 68% de los varones. El 72% del total de nuestros pacientes presentaban HTA, el 56,2% eran dislipémicos, el 46,3% ERC, el 33,9% DM II y tan sólo el 6,6% eran fumadores activos. El 5,8% de nuestras mujeres presentaba HTA como único FRCV versus el 3,3% de varones. Lo más prevalente en las mujeres fue presentar HTA y DLP en un total del 6,6% frente a lo más prevalente en hombres que fue presentar HTA, DLP, DM II y ERC conjuntos con un porcentaje también del 6,6%. No hubo ninguna mujer que presentase todos los FRCV asociados estudiados en nuestra muestra, así como tampoco ningún varón.

Conclusiones: La hipertensión arterial es el FRCV modificable más prevalente en nuestra muestra poblacional y esta se presenta de manera aislada más frecuentemente en mujeres que en varones (5,8 vs 3,3%) en los cuales se ha visto asociada a otros FRCV. ¿Estas diferencias observadas están implícitas en el sexo o son cuestiones que dependen de los hábitos adquiridos de la mujer?

113. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA MUJER MENOPÁUSICA

M.P. Orgaz Gallego¹, P. Bermejo López², M.A. Tricio¹, A. Celada Rodríguez³, C. Celada Roldán⁴, L. Tarraga Marcos⁵ y P.J. Tarraga López⁶

¹Centro de Salud Tarancón, Tarancón. ²Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete. ³Centro de Salud Zona 6, Albacete. ⁴Unidad Docente MFyC, Cartagena. ⁵Residencia Geriátrica Los Álamos, Albacete. ⁶Centro de Salud Zona 5A, Albacete.

Objetivos: Estimar la prevalencia de hipertensión arterial en menopáusicas con síndrome metabólico, el grado de control y los posibles factores implicados en este.

Métodos: Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal. Emplazamiento: Zona básica de salud de Tarancón (Cuenca). Participantes: 400 mujeres menopáusicas ≥ 45 años con síndrome metabólico, seleccionadas aleatoriamente. Mediciones principales: edad, años en menopausia, nivel educativo, profesión, hábitos de vida, antecedentes familiares de factores de riesgo cardiovascular, antropometría, presión arterial, analítica, enfermedades concomitantes, tratamientos habituales, cumplimiento terapéutico (test de Morisky-Green) y calidad de vida (test SF-12). El análisis estadístico se realizó con SPSS-19.

Resultados: La prevalencia de hipertensión fue 95,8% (IC95% 95,78-95,81, $p < 0,05$), seguida de la obesidad abdominal con 91% (IC95% 90,97-91,02, $p < 0,05$). 36% tenían cifras tensionales en objetivo según ATP-III ($\leq 130/85$ mmHg). No hubo correlación entre cumplimiento y buen control tensional. Con la edad se observó un aumento no significativo de obesas con mal control tensional. La hipertensión sí se correlacionó significativamente con la edad.

Conclusiones: La hipertensión tiene una altísima prevalencia en menopáusicas con síndrome metabólico a pesar de unos estilos de vida bastante sanos. Los IECAs en monoterapia y ARA II + diuréticos en terapia combinada, son los tratamientos más habituales en esta población aunque el grado de control es insuficiente, empeorando con la edad y siendo factores predictores de este inadecuado control la edad > 65 años, la propia hipertensión, recibir terapia anti-diabética y tener menor limitación para esfuerzos moderados o menor ansiedad.