

Tratamiento no farmacológico

185. NUEVO TRATAMIENTO PARA EL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO POR HIPERPLASIA BILATERAL

M. Abad-Cardiel¹, J.A. García-Donaire¹, B. Álvarez-Álvarez², J.V. Méndez-Montes³, E. Santos-Martín⁴ y N. Martell-Claros¹

¹Unidad HTA, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Centro de Salud Andrés Mellado, Madrid. ³Servicio de Radiología Intervencionista, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁴University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh (EEUU).

Objetivo: En el tratamiento de la HTA secundaria por hiperaldosteronismo primario es de especial relevancia un diagnóstico etiológico, al permitir ofrecer un tratamiento específico. Esta especificidad permite un mejor control de la HTA con una disminución del mayor riesgo cardiovascular que presentan. En las guías internacionales se acepta que la cirugía, de preferencia por laparoscopia se debe ofertar a pacientes con patología unilateral para intentar la curación. En casos de patología bilateral demostrados por toma de muestras supraselectivas en venas suprarrenales, el tratamiento de elección es el médico, espironolactona en nuestro país. Su uso consigue un mejor control de la HTA, y una mayor regresión del daño de órgano diana, pero no siempre es bien tolerado con dosis elevadas. En este contexto, en nuestro hospital se desarrolló una técnica mínimamente invasiva para disminuir la secreción de aldosterona en pacientes con afectación bilateral que consiste en producir una quemadura eléctrica (ablación por radiofrecuencia) en una guía dirigida mediante TAC de alta resolución en tiempo real, en aquella glándula adrenal que se haya demostrado una mayor secreción, con imagen de adenoma o de hiperplasia.

Métodos: Presentamos los datos de los pacientes en los que se ha realizado esta técnica, y su evolución durante el primer año. A todos los pacientes se les realizó determinación del cociente aldosterona/renina, con resultado patológico, se completó con una TC de alta resolución centrada en las glándulas adrenales. Se obtuvo una determinación mediante venografía supraselectiva adrenal de los niveles de aldosterona y cortisol. Todos los casos fueron valorados en un equipo multidisciplinar (miembros de U. HTA y el personal de radiología intervencionista que realiza la técnica). No se aceptaron casos para la ablación que presentasen contraindicaciones para ella: estructuras vitales a menos de un cm del punto central de la radiofrecuencia, infección activa o alteraciones de la coagulación. Para el seguimiento se valoró la evolución de las cifras de PA, las modificaciones en el tratamiento médico

Resultados: Se presentan los datos de los 16 pacientes (rango de edad 29 a 79 años), el 56,3% eran varones, con un tiempo de diagnóstico de HTA entre menos de un año y más de 30 años. En cuanto al grado de HTA, en dos de ellos mantenían HTA grado III, a pesar de tratamiento con varios antihipertensivos, siete de ellos HTA grado 2 y el resto HTA grado I (3) o controlada (4) con tratamiento médico. Tras la ablación dos pacientes persistieron en HTA grado 2, estando el resto entre HTA grado 1 (dos) o controlados 12. Más del 50% presentaban hipertrofia ventricular izquierda concéntrica en el ecocardiograma, como dato más frecuente de lesión de órgano diana. Al año presentaban cifras de PA normal sin tratamiento antihipertensivo tres pacientes, su HTA está controlada con menos tratamiento (número de fármacos) siete pacientes, su HTA se controla, sin poder reducir el número de principios activos (tres) y su HTA no está controlada en dos pacientes. Un único paciente precisó un ingreso de 48 horas, por dolor abdominal.

Conclusiones: La ablación por radiofrecuencia es una técnica útil para mejorar el control de los pacientes con hiperaldosteronismo primario de causa bilateral. La ablación por radiofrecuencia de glándulas adrenales hiperfuncionantes realizadas por expertos es una técnica eficaz sin complicaciones relevantes.

186. EL SPF DE NUTRICIÓN PERSONALIZADA COMO MEJORA DE PARÁMETROS CLÍNICOS EN RIESGO CARDIOVASCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Daries Alfonso, O. Bellver Monzó, M.P. López Seguí y M.J. Serra Morant

Farmacia Bellver, Valencia.

Introducción: Paciente varón de 44 años que acude a la farmacia comunitaria solicitando una medida de la presión arterial y pidiendo asesoramiento sobre su última analítica. Sus cifras de PA ambulatoria 151/108 mmHg. Glucemia 128 mg/dl, glicosilada 6,6%, GPT 38 U/l, GOT 23 U/l y GT 93 U/l. El paciente presenta un IMC de 42, Peso de 135,8 Kg, Circunferencia cintura 132 cm, circunferencia de cadera 141 cm. No fumador, no dislipemia, no antecedentes familiares, no ECV, desconocemos si LOD. Su médico le indica que debe perder peso o deberá iniciar tratamiento con metformina. Se le propone el servicio de nutrición personalizada en su farmacia comunitaria.

Métodos: En la primera visita se le ofrecen recomendaciones dietéticas. En la segunda visita se le recomienda una dieta DASH que se va adaptando en las siguientes visitas quincenales. En cada visita al paciente se le pesa, mide perímetro de cintura, cuello, IMC, glucemia basal, GPT y PA. Cada 3 meses se le realiza una bioimpedancia. Se le ha realizado una medición de la VOP. Todas las mediciones se han realizado con aparatos validados clínicamente y correctamente calibrados.

Resultados: Tras un seguimiento semestral el paciente ha tenido una pérdida de 12 kilos, una disminución de perímetro de cintura de 12 cm, así como de perímetro de cuello de 3 cm. Los valores de glucemia se regularizan resultando una media de 100 mg/dl. Las medidas de la presión arterial de media 130/85 mmHg. Y la Gpt 27 U/l. La VOP resultó 7,3 m/s.

Conclusiones: La pérdida de peso y el mantenimiento del mismo, como estilo de vida cardiosaludable, ha revelado eficacia en pacientes con riesgo cardiovascular. Sin embargo, no es fácil seguir las recomendaciones dietéticas. El servicio profesional farmacéutico de nutrición personalizada, que incluya no sólo las recomendaciones sino un seguimiento del paciente puede ser eficaz. En el caso que nos ocupa se produjo una reducción de casi un 10% del peso corporal y de circunferencia de la cintura. Así mismo, los valores de glucemia basal y PA se redujeron hasta valores de control, con lo cual el paciente no necesita en la actualidad tratamiento farmacológico.

187. CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DIETÉTICOS TRAS UN AÑO DE PADECER UN EVENTO VASCULAR AGUDO

M. Castellà Rovira, P. Ponte Márquez, V. Arroyo Bernal, L. Matas Pericas, D. Filella Agulló, M.J. Solé Villa y J.A. Arroyo Díaz

Unidad de HTA y Riesgo Vascular, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Tras un evento vascular agudo se realizan una serie de intervenciones farmacológicas y educativas con el fin de garantizar el correcto control metabólico del paciente afecto y conseguir unos objetivos determinados. Desconocemos si los pacientes se adhieren a las medidas no farmacológicas, en concreto a los cambios en el estilo de vida como la dieta. Nuestro objetivo es valorar si existen modificaciones en los hábitos dietéticos y mejora del perfil lipídico, tras haber sufrido un evento cardiovascular (ECV), basándose en el cuestionario sobre dieta mediterránea (Estudio "PREDIMED").

Métodos: Estudio observacional, transversal por encuesta telefónica. Las variables clínicas se evaluaron mediante χ^2 . Los datos cuantitativos se analizaron mediante un modelo multivariante. Se

consideró una variación significativa del estilo de vida, una diferencia $\geq 10\%$. El programa estadístico empleado fue SPSSv20.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes ingresados el año previo en nuestro centro por causa cardiovascular: síndrome coronario agudo (SCA) o accidente cerebrovascular (AVC). Aceptaron participar el 76%. La media de edad fue 59,25 ($\pm 9,76$) años. 54 hombres (71%) y 22 mujeres (29%). 39 pacientes (51,3%) presentaron SCA y 37 de ellos (48,7%) ACV. La prevalencia de los FRCV fueron: 49,4% obesidad; 41,6% fumadores; 58,4% DLP; 59,7% HTA y 27,3% DM. El cuestionario reveló que el 91% utiliza el aceite de oliva como grasa principal para cocinar y 27,6% consume > 4 cucharadas/día. Se objetivó mayor consumo de verduras y frutas tras el evento (97,4% vs 66%). El consumo de pescado (> 3 raciones/semana) se incrementó en un 23,6%. El 56,6% toman 1-3 copas de vino/día. El consumo de carne roja disminuyó un 30% tras el evento, con un aumento en la carne blanca (36%). Se observó un descenso del 11,8% en la ingesta de bebidas azucaradas y refrescos. No hubo cambios en el consumo de legumbres (79,1% vs 72,4% respectivamente). El 27,6% no consume frutos secos. Los pacientes con adecuado consumo de aceite de oliva (> 4 raciones/día) y/o frutos secos (≥ 30 g/d = 7 v/semana) presentaron niveles inferiores de CT* y C-LDL* pero sin diferencias significativas [Adecuado = 19p; CT: 155,7 mg/100 ml, LDL: 89,14 mg/100 ml, HDL: 42,82 mg/100 ml, TG: 117,13 mg/100 ml] [Inadecuado = 56p; CT: 164,78 mg/100 ml, LDL: 95,16 mg/100 ml, HDL: 46,30 mg/100 ml, TG: 117 mg/100 ml] (*medias ajustadas edad: 59,23 años e IMC: 29,09 kg/m²).

Conclusiones: Tras un año del ECV los pacientes cumplen mejor la dieta mediterránea, si bien esta mejora probablemente no sea suficiente para disminuir el riesgo cardiovascular.

188. INFLUENCIA DEL CONSUMO DE JAMÓN SERRANO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL

F. Celdrán, S. Montoro, L. Tejada, M.P. Zafrilla, C. Carazo, M. Leal y J. Abellán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivo: Analizar el efecto del consumo diario de jamón serrano sobre la presión arterial.

Métodos: Estudio de casos y controles realizado sobre una muestra de 39 individuos (no hipertensos y no fumadores) divididos aleatoriamente en dos grupos. El grupo de intervención estuvo formado por 19 pacientes a los que se suministró para su consumo 80 gramos/día de jamón serrano durante un mes. El grupo control lo formaron 20 pacientes a los que se suministró para su consumo 100 gramos/día de jamón de York durante un período de un mes. A ambos grupos se les realizó basalmente y al mes de la intervención las siguientes determinaciones: parámetros antropométricos, monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y analítica completa para determinar valores bioquímicos incluyendo excreción de sodio en orina de 24 horas.

Resultados: Se presentan los resultados del grupo de intervención con jamón serrano. Los valores medios de las variables analizadas antes y después de la intervención son: presión arterial sistólica (120,4 $\pm$ 15,2 mmHg antes vs 121,4 $\pm$ 14,1 mmHg después, ns), presión arterial diastólica (73,5 $\pm$ 8,6 mmHg antes vs 74,1 $\pm$ 9,3 mmHg después, ns), Índice de masa corporal (27,02 $\pm$ 4,77 Kg/m² vs 26,98 $\pm$ 4,64 Kg/m², ns), glucemia (91,4 $\pm$ 16,1 mg/dl vs 84,9 $\pm$ 14,1 mg/dl, ns), colesterol total (200,1 $\pm$ 18,3 mg/dl vs 182,3 $\pm$ 17,1 mg/dl, p < 0,001), colesterol HDL (54,4 $\pm$ 11,9 mg/dl vs 54 $\pm$ 12,1 mg/dl, ns), colesterol LDL (125,3 $\pm$ 17,3 mg/dl vs 119 $\pm$ 17,8 mg/dl, ns), triglicéridos (112,2 $\pm$ 28,5 mg/dl vs 86,1 $\pm$ 27,1 mg/dl, ns), sodio 24 horas (150,95 $\pm$ 13,6 mEq/l vs 150,62 $\pm$ 11,1 mEq/L, ns).

Conclusiones: El consumo diario de jamón serrano, a pesar de su elevado contenido en sal, no produce incremento de la presión arterial ni descompensación de los parámetros bioquímicos relacionados con el riesgo cardiovascular.

189. CONSUMO DE BROTES DE BRÓCOLI Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MUJERES MENOPÁUSICAS Y OBEAS

A.M. Cordovilla, Z.M. García, I.M. Santos, J. Mroz, J. Pedregosa, M.D. Albaladejo, C. Ariza, M. Leal y J. Abellán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivo: Valorar la influencia de la ingesta de brócoli en la pérdida de peso, el perfil lipídico y factores de inflamación (PCR, IL-1, IL-6 y TNF α , homocisteína) en mujeres menopáusicas y obesas.

Métodos: Estudio de intervención basado en la ingesta de suplemento alimentario de Brócoli en forma de brotes ecológicos suministrados por Aquaporins & Ingredients S.L. (Spin-off del Centro Superior de Investigaciones Científicas CSIC). Se incluyeron 29 mujeres con edades comprendidas entre 50-60 años, menopáusicas IMC 30-35 kg/m² (obesidad tipo I), no fumadoras y que no presentaban hipertensión arterial ni diabetes mellitus. A todas ellas se les proporcionaron de forma semanal los brotes de brócolis (1 ración al día que corresponde a 50 g). El período de intervención fue de un mes y medio. Las determinaciones realizadas han sido parámetros antropométricos, perfil lipídico y factores de inflamación (PCR ultrasensible, interleukina 1, interleukina 6, TNF α y Homocisteína). Se han realizado en tres ocasiones: análisis pre-brócoli, otro inmediatamente después de la ingesta durante el mes y medio, y un análisis final tras 6 semanas de lavado.

Resultados: Los valores medios de las variables analizadas antes de la intervención, tras la ingesta durante 1,5 meses y posteriormente tras 6 semanas de lavado son en el mismo orden: peso (82,5 $\pm$ 12,6 Kg vs 80 $\pm$ 12,8 Kg vs 81,8 $\pm$ 13 Kg, ns), presión arterial sistólica (127,8 $\pm$ 15,2 mmHg vs 121,3 $\pm$ 14,6 mmHg vs 117,9 $\pm$ 14,9 mmHg, ns), presión arterial diastólica (77,8 $\pm$ 8,6 mmHg vs 78 $\pm$ 9,3 mmHg vs 80,4 $\pm$ 11,3 mmHg, ns), colesterol total (213,9 $\pm$ 18,9 mg/dl vs 210,3 $\pm$ 17,6 mg/dl vs 205,5 $\pm$ 17,1 mg/dl, ns), colesterol HDL (63 $\pm$ 11,8 mg/dl vs 61 $\pm$ 12,5 mg/dl vs 59,6 $\pm$ 12,9 mg/dl, ns), colesterol LDL (129,3 $\pm$ 17,3 mg/dl vs 128,4 $\pm$ 17,8 mg/dl vs 124,4 $\pm$ 17,9 mg/dl, ns), triglicéridos (103,4 $\pm$ 28,9 mg/dl vs 104,8 $\pm$ 27,1 mg/dl vs 107,5 $\pm$ 26,1 mg/dl, ns), hemoglobina glicosilada (5,5 $\pm$ 0,7% vs 5,5 $\pm$ 0,7% vs 5,6 $\pm$ 0,7%, ns), homocisteína (9,86 $\pm$ 1,23 micromoles/L vs 10,86 $\pm$ 1,33 micromoles/L vs 9 $\pm$ 1,26 micromoles/L, ns), PCR ultrasensible (0,35 $\pm$ 0,12 mg/dl vs 0,35 $\pm$ 0,14 mg/dl vs 0,333 $\pm$ 0,12 mg/dl, ns), Interleukina-1 (< 5 ng/ml en todas las determinaciones vs < 5 ng/ml en todas las determinaciones vs < 5 ng/ml en todas las determinaciones, ns), Interleukina-6 (3,48 $\pm$ 1,21 ng/ml vs 3,72 $\pm$ 1,22 ng/ml vs 3,28 $\pm$ 1,11 ng/ml, ns), TNF α (6,96 $\pm$ 2,41 ng/ml vs 6,64 $\pm$ 2,22 ng/ml vs 6,27 $\pm$ 2,81 ng/ml, ns).

Conclusiones: El consumo de brotes de brócoli no produce efectos relevantes en los parámetros relacionados con el riesgo cardiovascular.

190. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2. UTILIDAD DE LA CALCULADORA JBS3. EDAD VASCULAR

M.A. María Tablado¹, S. Rodríguez Villarreal¹, E. Tornay Muñoz², C. Montejo Martínez³, S.S. Murga Alvarado⁴, D. El Atiaoui⁵ y C. Rojo Villaescusa⁶

¹Consultorio Local Perales de Tajuña, Perales de Tajuña. ²Centro de Salud Juncal, Torrejón de Ardoz. ³Centro de Salud Canillejas, Madrid. ⁴Centro de Salud Jose Maria de los Llanos, Madrid.

⁵Centro de Salud Villablanca, Madrid. ⁶Centro de Salud Arroyo de la Media Legua, Madrid.

Objetivo: DM es una patología prevalente. Es un factor de riesgo cardiovascular independiente. La educación para la salud (EpS) es una herramienta eficaz para reforzar hábitos de vida saludable y

para implicar al paciente en el conocimiento de su enfermedad, la gravedad, las complicaciones, el seguimiento y el tratamiento. Evitando así parte de la inercia terapéutica atribuible al paciente. Proponemos con este estudio demostrar la eficacia de la EpS en DM en pacientes con DM y al menos otro factor de riesgo cardiovascular (tabaquismo, HTA, dislipemia, obesidad). También es objetivo utilizar la calculadora de Edad Vascular J3BS como método de apoyo al aprendizaje.

Métodos: Para incluir a los pacientes se propone en consulta de enfermería de un cupo de médico de familia (1.500 pacientes) de una zona rural (pueblo de 2.500 habitantes) a todos aquellos pacientes conocidos DM tipo 2 sin eventos cardiovasculares MACE la posibilidad de participar en un taller sobre: conocimiento de la enfermedad, conocimiento gravedad, conocimiento complicaciones, manejo de glucómetro, manejo de hipoglucemias, manejo de la dieta, manejo del ejercicio físico y simulador de "Edad Vascular". El criterio de inclusión tener DM tipo 2 en tratamiento farmacológico y otro factor de riesgo que no fuera sólo Diabetes. Incluimos a 9 con sus respectivos acompañantes (13 en total). Se realizaron tres sesiones en tres días separados en tres semanas diferentes de 60 minutos. La primera sesión comienza con la encuesta DKQ24, 24 ítems sobre conocimientos de la enfermedad, hiperglucemias, hipoglucemias, complicaciones. Se sigue de una formación participativa por parte del médico de familia y residente de familia. La segunda sesión consiste en formación participativa en dieta, ejercicio físico, cambio hábitos, manejo del glucómetro e identificación de hipoglucemias por enfermero y residente de familia. La sesión de cierre comienza por un recordatorio general y un taller/simulador "edad vascular" utilizando la calculadora J3BS que calcula la edad vascular según (edad, género, grupo étnico, IMC, lugar de residencia, consumo de tabaco, colesterol total, HDL colesterol, TA Sistólica, tratamiento para HTA, Diabetes, Enfermedad cardiovascular en familiar menor de 60 años, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular o artritis reumatoide). De cierre se vuelve a administrar la encuesta DKQ24 y se comparan resultados con la previa.

Resultados: Los participantes fueron 5 hombres y 8 mujeres. El rango de edad fue 53 a 72 años. Ninguno había sufrido evento cardiovascular (MACE), 6 HTA, IMC medio 29, exfumadores 6, fumador activo 1. Dislipémicos eran 6. Cumplían criterios de síndrome metabólico 5. Participaron 4 acompañantes. Contestaron todos a las dos encuestas y participaron todos los 3 días. Claramente la mejora de puntuación entre ambas encuestas DKQ24 sobre conocimientos fue notable. En manejo del glucómetro y el reconocimiento de hipoglucemias fue muy satisfactorio. La gran sorpresa fue al utilizar el simulador/calculadora de edad vascular (en el centro tradicionalmente usábamos Regicor o Framingham). Evidenciamos que es una herramienta muy potente como refuerzo educativo.

191. DENERVACIÓN RENAL. ¿UNA OPCIÓN REAL? NUESTRA EXPERIENCIA

M. Molina Cifuentes¹, N.D. Ortega López¹, M. Berenguer Piqueras¹, D.J. Carbonell Ruiz¹ y R. Rubio Patón²

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Objetivo: Evaluar los resultados de la denervación renal realizada a dos pacientes de nuestra Unidad de Hipertensión y seguidos durante 2 años, a fin de aportar datos acerca de la conveniencia o no de generalizar esta técnica como arma terapéutica en el tratamiento de la Hipertensión arterial resistente.

Métodos: Dos paciente seleccionados de la consulta de hipertensión, en tratamiento con 8 y 5 fármacos respectivamente y sin control de TA comprobado por MAPA. Denervación llevada a cabo por el servicio de Radiología intervencionista. Seguimiento con MAPA, AMPA y Tensión arterial en visita basal predenervación y en los me-

ses 1,3,6,12,18 y 24 tras la misma. Estudio basal y seguimiento con ecocardiografía y doppler carotídeo a los 6, 12 y 24 meses. Estudio basal y seguimiento de función renal, microalbuminuria 24h, HbA1c, Colesterol total y Triglicéridos en los meses 1, 3, 6, 12, 18 y 24.

Resultados: Se presentan en las tablas. Si tomamos como referencia más fiable el estudio MAPA encontramos que en ninguno de los pacientes la denervación ha resultado efectiva (descenso de 10 mmHg de TAS). En uno de ellos se objetivó una mejora de las cifras de tensión arterial en los primeros meses pero después no se mantuvo. Sí encontramos una mejora en la hipertrofia ventricular izquierda y HbA1c de ambos pacientes. La función renal se mantiene estable. No se han producido efectos adversos.

Conclusiones: Nuestros resultados son desalentadores, pero antes de desestimar definitivamente esta alternativa terapéutica y en base a los buenos resultados obtenidos en los registros Symplicity a los 3 años creemos que: es necesaria una mayor experiencia fuera de ensayos clínicos antes de decidirse por esta técnica. Es fundamental una buena selección de pacientes. Es primordial una buena curva de aprendizaje. Una posible solución sería centralizar el uso de esta técnica en dos o tres unidades de riesgo cardiovascular a nivel nacional, que se encargaran de estudiar los casos individual-

mente y dispusieran de médicos intervencionista expertos en la realización de la técnica.

192. ESPIRONOLACTONA VERSUS DENERVACIÓN SIMPÁTICA RENAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE. RESULTADOS DEL ESTUDIO DENERVHTA

A. Oliveras¹, P. Armario², A. Clarà¹, L. Sans¹, S. Vázquez¹, J. Pascual¹ y A. de la Sierra³

¹Hospital del Mar, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona. ²Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despí. ³Hospital Mútua Terrassa, Terrassa.

Introducción: Tanto la denervación renal (DR) como la espironolactona se han propuesto para el tratamiento de la hipertensión arterial resistente (HTAR). Sin embargo, hasta ahora no han sido comparados en un ensayo clínico aleatorizado.

Objetivo: Comparar la eficacia y seguridad de espironolactona frente a DR como tratamiento añadido en pacientes con HTAR.

Paciente 1	Basal	1º mes	3º mes	6º mes	12º mes	18º mes	24º mes
Edad (años)	52	53	53	53	54	54	55
Peso (Kg)	110	110	103,4	99	93	91	96
Perímetro cintura (cm)	117	117	116	108	104	104	106
Tensión arterial (mmHg)							
Consulta							
AMPA	160/109						
MAPA	161/110						
Promedio de TA							
24 horas	149/99						
Despierto	154/103						
Dormido	136/87						
Frecuencia cardiaca (lpm)	72	69	67	70	53	58	59
Ecocardiografía							
SIV (mm)	14			13	13		13
PP (mm)	13			13	13		12
Masa (g)	313			284	284		284
Función renal: C-G corregido SC mL/min/1,73 m ²	103,74	114,95	100,95	113,17	88,58	105,37	90,21
Microalbuminuria (mg/24h)	127,49	36,57	124,73	45,54	87,99	108,89	93,9
HbA1c	6,3	5,8	5,8	5,9	5,8	5,6	5,9
Colesterol total	230	159	178	173	177	170	191
Triglicéridos	86	92	89	72	52	60	59
Doppler carotídeo GMI (mm)	0,95			0,95	0,90		0,90
Dieta	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Ejercicio (días/semana)	2-3	2-3	2-3	2-3	4-5	4-5	2-3

Paciente 2	Basal	1º mes	3º mes	6º mes	12º mes	18º mes	24º mes
Edad (años)	53	53	53	53	54	54	55
Peso (Kg)	84	84	83,7	83,7	84	85,1	77,7
Perímetro cintura (cm)	106	106	100	100	103	101	94
Tensión arterial (mmHg)							
Consulta							
AMPA	159/100	140/86	136/79	137/86	150/87	154/91	144/93
MAPA	160/102	151/95	155/102	155/99	154/102	163/104	137/90
Promedio de TA							
24 horas	148/90	150/93	151/90	148/93	164/99	155/93	147/91
Despierto	151/91	151/92	154/96	149/94	160/96	148/89	148/92
Dormido	141/88	146/94	150/88	144/89	176/107	159/95	145/89
Frecuencia cardiaca (lpm)	72	62	60	70	80	65	77
Ecocardio:							
SIV (mm)	18			13	14		13
PP (mm)	16			12	11		12
Masa (g)	-			259	292		290
Función renal: C-G corregido SC mL/min/1,73 m ²	126,61	130,23	-	144,4	126,66	127,87	123,42
Microalbuminuria (mg/24h)	140,4	260,2	-	29,3	21,6	16,8	20,6
HbA1c	5,9	4,9	-	5	5,6	5,2	5
Colesterol total	229	208	-	192	192	217	190
Triglicéridos	50	31	-	33	41	43	46
Doppler carotídeo GMI (mm)	< 0,90			< 0,90	< 0,90		< 0,90
Dieta	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Ejercicio (días/semana)	5	5	5	5	5	5	5

Métodos: Veinticuatro pacientes con presión arterial sistólica (PAS) clínica ≥ 150 mmHg y PAS-24h ≥ 140 mmHg a pesar de recibir ≥ 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas, uno de ellos diurético, pero sin antagonistas de la aldosterona, fueron aleatorizados a recibir tratamiento con DR o espironolactona (50 mg) como terapia adicional al tratamiento basal. La variable de resultado primaria fue la variación de PAS-24h a los 6 meses. Las variables secundarias más relevantes fueron la variación a los 6 meses de PAD-24h, PAS-clínica y PAD-clínica. Las comparaciones entre los grupos de tratamiento se realizaron utilizando modelos lineales generalizados ajustados por edad, género y los respectivos valores basales.

Resultados: Espironolactona fue más eficaz que la DR en la reducción de PAS-24h y PAD-24h: las diferencias de las medias ajustadas a los respectivos valores basales entre los dos grupos fueron de -17,9 mmHg (IC95% -30,9 a -4,9); $p = 0,010$ y de -6,6 mmHg (IC95% -12,9 a -0,3); $p = 0,041$, para la PAS-24h y PAD-24h, respectivamente. En cuanto a los cambios en la PA clínica, las diferencias de las medias ajustadas a los respectivos valores basales entre los dos grupos fueron de -12,1 mmHg (IC95% -29,1 a 5,1); $p = 0,158$ y de -5,3 mmHg (IC95% -16,3 a 5,8); $p = 0,332$, para la PAS y la PAD clínicas, respectivamente. Por otro lado, la disminución del filtrado glomerular estimado fue mayor en el grupo de espironolactona;

así, la diferencia de las medias ajustadas a los respectivos valores basales entre los dos grupos fue de -10,7 mL/min/1,73 m² (IC95% -20,1 a -1,4); $p = 0,027$.

Conclusiones: Espironolactona es más eficaz que la DR en la reducción de PAS-24h y PAD-24h en pacientes con HTAR. En consecuencia, espironolactona debería ser el tratamiento de elección en todos los pacientes con HTAR antes de considerar la DR.

193. CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA (ACTIVIDAD FÍSICA) AL AÑO DE HABER PRESENTADO UN ACCIDENTE VASCULAR AGUDO

P. Ponte Márquez, M. Castella Rovira, M. Solé Villa, L. Matas Pericas, D. Filella Agullo, M. Benet Gusta y J.A. Arroyo Díaz
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Analizar las modificaciones en la actividad física tras haber sufrido un evento cardiovascular (ECV), basándose en el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) y medias de presión arterial sistólica (PAS) obtenidas por monitorización ambulatoria de 24h (MAPA).

Métodos: Estudio observacional, transversal por encuesta telefónica. Las variables se analizaron según su naturaleza. Se consideró una variación significativa del estilo de vida una diferencia $\geq 10\%$. Se clasificó 3 grupos: 1 = sin ejercicio, 2 = ejercicio insuficiente (caminar < 4 v/semana) y 3 = ejercicio adecuado (caminar ≥ 4 v/semana). Se realizó un modelo multivariante para determinar las medias de PAS obtenidas por MAPA en el último año.

Resultados: Se contactaron 100p controlados en nuestro centro hospitalario participando un 76%. La media de edad fue 59,25 (9,76) años. 54 hombres (71%) y 22 mujeres (29%). 39p (51,3%) habían ingresado por SCA (74,3% hombres) y 37p (48,7%) por ACV (67,5% hombres). Tras realizar el cuestionario IPAQ, no se observaron diferencias en la medias del tiempo (minutos/día)* entre hombres y mujeres previos vs posterior al evento. Se objetivó un aumento $> 10\%$ en los tres tipos de ejercicio físico para los hombres y un descenso en la actividad física intensa en las mujeres. [Hombres: intensa: 3,8 (2,8) min vs 7,5 (2,8) min; moderada: 10,2 (3,3) min vs 16,8 (4,1) min; caminar: 24,5 (3,9) min vs 41,7 (3,7) min/Mujeres: intensa: 12,3 (4,4) min vs 8,1 (4,4) min; moderada: 12,3 (5,3) min vs 19,1 (6,5) min; caminar: 34,4 (6,2) min vs 44,3 (5,8) min]. En el modelo multivariado se objetivó PAS_{diurna} similares en los hombres que habían padecido un ACV vs SCA, pero PAS_{nocturnas} inferiores en los hombres con SCA vs ACV. En las mujeres se observaron PAS inferiores en ambos periodos del registro con antecedentes de ACV en comparación a las que había sufrido un SCA. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. [Hombres: PAS_{Descanso}: AVC: 118,6 (2,8) mmHg, SCA: 116,2 (3,4) mmHg/Mujeres: PAS_{Actividad}: AVC: 126,9 (4,7) mmHg, SCA: 128,0 (5,7) mmHg; PAS_{Descanso}: AVC: 114,4 (5,2) mmHg SCA: 118,8 (6,5) mmHg; $p = 0,4$, $p = 0,6$ respectivamente] * (Edad = 59,25 años/IMC: 29,02 kg/m²).

Conclusiones: Los pacientes con un evento previo aumentan su actividad física moderada y tiempo de caminar. Éste podría estar influenciado por el género y el tipo de ECV padecido. Caminar > 4 v/semana condiciona menor PAS según la MAPA tanto en hombres como mujeres.

194. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RENOVASCULAR. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

J.A. Quintanar Lartundo, L. Bueno López y A. Mujika López

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: La disminución del calibre de las arterias renales (AR) de origen arterioesclerótico es la causa más frecuente de hipertensión arterial renovascular (HTAR), afectando a varones mayores de 60 años, con consumo de tabaco, otros factores de riesgo y antecedentes de lesiones isquémicas en otros territorios vasculares. Aunque ocasiona menos del 1% de los casos de HTA leve-moderada, es responsable de buen número de casos que se inician de forma aguda, grave y/o refractaria. Al mismo tiempo, la HTAR es una causa potencialmente corregible de HTA.

Objetivo: Revisión de las opciones de tratamiento (médico vs intervencionista) de la HTAR.

Métodos: Para realizar este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Se analizaron las publicaciones referentes al tratamiento farmacológico vs intervencionista de la HTAR desde enero 2010 hasta noviembre 2015. Fueron usadas las bases de datos Medline, Ovid, PubMed, Scopus y UptoDate. Se encontraron 621 artículos de los cuales cumplieron los criterios de inclusión 56.

Resultados: Varón de 47 años, no tolerancia a IECA, fumador, con diagnóstico hacia 12 meses de HTA en tratamiento con clortalidona y manidipino, remitido a nuestras consultas por mal control tensional. No cumplidor de hábitos de vida. A la exploración física destaca sobrepeso (IMC = 26,5), siendo el resto anodina. TA en consulta con triple toma de 175/119 mmHg. En analítica presenta hi-

peruricemia e hipopotasemia, LDL-CL de 151 mg/dL, siendo el resto normal. Se inculcan hábitos de vida, se potencia el tratamiento antihipertensivo, con inicio de estatina y se completa estudio. En el mismo, no HVI, fondo de ojo y estudio hormonal normal, con estenosis de arteria renal derecha (ARD) en ecografía doppler renal. En angioTAC, estenosis pre-oclusiva superior a 90% a 12 mm del ostium de ARD. Se realiza arteriografía con ACTP + stent en ARD. A las 24 horas presenta unas cifras de TA normales sin necesidad de medicación antihipertensiva, manteniéndose dicho control transcurridos 2 años y sin datos ecográficos de re-estenosis.

Conclusiones: En la HTAR existen 3 opciones terapéuticas; tratamiento médico (TM), angioplastia renal transluminal percutánea (ARTP) y revascularización quirúrgica. Dentro del TM, los fármacos inicialmente indicados son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de angiotensina 2 (ARA-2), pudiéndose utilizar el resto si no se consigue un correcto control tensional. Las complicaciones son: progresión de la estenosis y deterioro de la función renal (FR), deterioro de FR con IECA/ARA-2 y pérdida de masa renal debida a la isquemia crónica. Una opción no quirúrgica es la ARTP. Los resultados mejoran al colocar un stent. La respuesta se observa a las 48 horas, consiguiéndose la normalización de la TA del 5-20% de los casos y la mejoría de la misma del 50-60%. Los mejores resultados se obtienen en estenosis incompletas y en la AR principal. Salvo en casos seleccionados con estenosis de AR significativa [$> 70\%$] (duración corta de la HTA, fallo o intolerancia a TM óptimo, deterioro progresivo de FR, episodios recurrentes de edema agudo de pulmón o insuficiencia cardíaca), la ACTP + TM no proporciona beneficios adicionales al TM aislado en la aparición de eventos cardiovasculares, descenso de TA o cambios en la FR. Las complicaciones son escasas y menores, destacando la re-estenosis sintomática en el 10-20% de los casos. La cirugía se utiliza en casos concretos como múltiples y pequeñas AR, ramificación temprana de la AR principal o si se requiere reconstrucción de la aorta. Al comparar ARTP con la cirugía, ésta presenta mayor tasa de éxito primario, menor re-estenosis a los 2 años y es igual o más efectivo en el control tensional (80-95%), aunque presenta mayor número de complicaciones. No existen ensayos aleatorizados y bien diseñados que nos permitan recomendar un tipo de intervención u otro. En el momento actual el tratamiento principal es el médico aislado, incluyendo los hábitos de vida, siendo la primera opción el uso de fármacos inhibidores del sistema renina-angiotensina. La revascularización renal queda relegada a casos seleccionados.

195. GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HIPERTENSOS

P. Segura Torres, M. Barrales Iglesias, M.E. Armijo Ruiz, F. Muelas Ortega, I. Moreno Arboledas y C. Sánchez Perales

Nefrología, Unidad de HTA, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Introducción: Todos los pacientes hipertensos deben realizar cambios en su estilo de vida como complemento al tratamiento farmacológico. El objetivo de los hábitos de vida saludables es reducir la TA, reducir el riesgo de que aparezca HTA, controlar otros factores de riesgo y reducir el número y/o dosis de los fármacos antihipertensivos.

Objetivo: Mostrar el grado de conocimiento y cumplimiento de los hábitos de vida saludables en pacientes hipertensos.

Métodos: Seleccionamos a los pacientes hipertensos que acuden a la consulta de Hipertensión Arterial durante 3 meses y les aplicamos una encuesta sobre si conoce y cumple las recomendaciones de hábitos de vida saludables incluyendo consumo de alcohol, tabaco, realización de ejercicio físico, aumento de consumo de frutas y vegetales, reduciendo las grasas saturadas.

Resultados: Tenemos un total de 71 pacientes. La edad media es 57 ± 15 años. Existe un predominio de hombres siendo 52,1% y muje-

res 47,9%. De ellos el 28,2% son diabéticos. Con respecto a la encuesta, encontramos que el 90,1% conocen los hábitos de vida saludables. Consumen alcohol 35,2% de los cuales en 19,7% la cantidad en gramos de etanol/semana supera a las recomendaciones. Son fumadores activos 19,7%, de los cuales 33,3% consumen menos de 10 cigarrillos/día, 25% consumen entre 10-20 cigarrillos/día y 41,7% consumen más de 20 cigarrillos/día. El 87,3% consideran que cumplen la dieta. Con respecto si consumen a diario verduras y hortalizas lo cumplen el 97,2%, frutas el 90,1%, cereales y tubérculos el 98,6%, el consumo de aceite a diario lo cumple el 100%, lácteos a diario bajos en grasa el 98,6%, ingesta diaria de 2 litros de agua el 53,5%. Con respecto al consumo entre 3-5 veces por semana de legumbres lo cumple 93%, aves y pecados el 97,2%, huevos el 94,4%, la ingesta de carne roja debe ser como máximo 2 veces por semana y lo cumplen el 54,9% y se debe ingerir muy pocos dulces, bollería y grasas y lo cumplen el 29,6%. Con respecto a la sal, encontramos que después de la cocción no añaden sal el 76,1% y realizan ejercicio físico recomendado el 56,3% de los cuales la mayoría caminan a diario, alguno realiza natación, paseos en bicicleta, etc. Analizamos los resultados por separado según el sexo y encontramos que había más hombres diabéticos que mujeres (DM hombres 45,9% vs mujeres 8,8%; $p < 0,001$) y con la ingesta excesiva de alcohol era más frecuente en hombres (ingesta excesiva alcohol hombres 29,7% vs mujeres 8,8%; $p 0,027$), no encontramos diferencias significativas en cuanto al resto de parámetros encuestados según el sexo.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes hipertensos consideran que conocen los hábitos de vida saludables y que los llevan a cabo, destacando que todos consumen aceite de oliva, que solo la mitad ingieren una cantidad de agua adecuada y consumen poca carne roja, siendo elevado el consumo de dulces. Al estratificar la población por el sexo encontramos mayor proporción de hombres diabéticos y que la ingesta excesiva de alcohol es más frecuente entre los hombres.

196. GRADO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA POBLACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMEROS RESIDENTES Y VARIABLES RELACIONADAS

P.J. Tarraga López¹, J.M. Panisello Royo², A. Bornez Sevilla³, C. Frías López³, L. Tarraga Marcos⁴, C. Celada Roldán⁵ y A. Celada Rodríguez⁶

¹Centro de Salud 5, Albacete. ²Hospital de Igualada, Barcelona.

³GAI Albacete, Albacete. ⁴Residencia Geriátrica Los Álamos, Albacete.

⁵Unidad Docente MFyC, Cartagena. ⁶Centro de Salud 6, Albacete.

Objetivo: Conocer el nivel de adherencia a la dieta mediterránea de la población de médicos en su primer año de formación pertenecientes a la SESCAM. Determinar las variables relacionadas con el nivel de adherencia.

Métodos: Se administró la encuesta validada de 14 puntos Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS), utilizada así mismo en el estudio PREDIMED y que es una adaptación de la previamente validada de 9 ítems. La encuesta incluye 12 cuestiones acerca de la frecuencia de consumo de alimentos y otras dos sobre hábitos de ingesta. Cada cuestión se puntúa como 0 o 1. El aceite de oliva es la principal grasa en la alimentación/cocción, si se consumen más carnes blancas que rojas, o si se consumen a) 4 o más cucharadas de aceite de oliva al día; b) dos o más raciones de verduras u hortalizas al día; c) 3 o más piezas de frutas al día; d) menos de una ración de carne roja o embutido al día; e) menos de una ración de grasa animal al día f) menos de una bebida azucarada al día; g) 7 o más raciones de vino con las comidas a la semana; h) 3 o más raciones de legumbres a la semana; i) 3 o más raciones de pescado a la semana; j) menos de 2 raciones de repostería comercial a la semana k) 3 o más servicios de nueces a la semana o l) 2 o más veces por semana recetas preparadas con la tradicional salsa a base de

ajos, cebolla y tomates. El score final es de 0 a 14. Una puntuación de 9 puntos o más indica un buen nivel de adherencia. El muestreo se hizo a través de la plataforma médica de seguimiento en cloud computing Medtep en 30 facultativos. Peso y talla fueron autoreportados por los participantes.

Resultados: De los 30 participantes, 17 fueron hombres (56,6%) y 13 mujeres (43,4%) de los cuales un 62% presentaba un buen nivel de adherencia.

Conclusiones: Esta población de médicos en su periodo formativo presenta un nivel de adherencia a la dieta mediterránea manifestamente mejorable, identificándose el al sexo masculino y la obesidad como factores asociados a un menor nivel de adherencia.

197. MEJORA DE LA FUNCIÓN RENAL EN PORTADORES DE TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA

N.G. Uribe Heredia, J. Balaguer Recena, L.G. Piccone Saponara, M.C. Viana Llamas, E. Novo García, I. Rodríguez Guinea, B. Tarancón Zubimendi, M.E. Jiménez Martínez, R. Arroyo Espliguero y J.L. García González

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: Sabemos que la insuficiencia renal (IR) se asocia a peor pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), pero en pacientes con terapia de resincronización cardíaca (TRC) los estudios son limitados. El objetivo de este estudio es valorar la relación de la mejoría de la función renal y los ingresos hospitalarios por descompensación de la IC tras el implante del dispositivo de TRC.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron un total de 31 pacientes con FEVI < 35%, QRS > 120 ms y en clase funcional II-IV de la NYHA a quienes se les implantó un dispositivo de TRC desde junio 2010 hasta diciembre 2012. La función renal se valoró según filtrado glomerular antes y a los 2 años del implante, siendo insuficiente cuando si es menor de 60 ml/min; además se incluyen variables clínicas y comorbilidad asociada. Análisis estadístico con SPSS 18.0. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se comparan mediante el test de chi². Las variables cuantitativas se expresan como medias $\pm$ desviación estándar y se utilizó la t-Student para compararlas. Significación estadística para un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 31 pacientes. En el momento del implante; la edad media fue de $68,4 \pm 9,3$ años; el 80,6% varones, FEVI media de $28,2 \pm 6,9\%$, 64,6% en clase funcional III-IV, 61,3% isquémicos, 64,5% HTA, 35,5% diabéticos, 45,2% insuficiencia renal. A los 2 años del implante de la TRC la insuficiencia renal es del 25%. Al comparar las variables insuficiencia renal a los 2 años de la TRC e ingresos hospitalarios por IC mediante el test de chi² se objetivó una disminución significativa de los ingresos ($p < 0,05$).

Conclusiones: La TRC parece mejorar la insuficiencia renal hasta en un 20% de pacientes, lo que con lleva a un menor número de ingresos hospitalarios ($p < 0,05$).