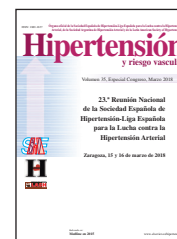




Hipertensión y riesgo vascular

www.elsevier.es/hipertension



COMUNICACIONES PÓSTER

23.ª Reunión Nacional de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

Zaragoza, 15 y 16 de marzo de 2018

Epidemiología

352/7. ESTUDIO DE LA HIPERTENSIÓN EN UN GRUPO DE DEPORTISTAS

M. Baena López¹ y S. Muñoz Troyano²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: Se pretende identificar una patología que cause HTA secundaria en una cohorte de pacientes deportistas de competición hipertensos.

Métodos: Se analiza una muestra de 41 pacientes hipertensos que compiten en alguna modalidad deportiva. Descripción de la muestra: 37 varones (90,24%), edad $33,5 \pm 5,65$; La TAS inicial fue de $142,5 \pm 21,21$ mmHg, y la TAD $84,46 \pm 10,6$ mmHg. Se realizó una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria (analítica básica, Rx-tórax, EKG, perfil tiroideo, cortisol y acth, ARP y aldosterona, PTH, meta-nefrina en orina 24h, MAPA, ecografía abdominal). A aquellos pacientes que lo requirieron se realizó gammagrafía/nefrograma isotópico y angio-RMN/artteriografía de arterias renales. A todos los pacientes se les realizó una ergometría deportiva con monitorización de TA y consumo de oxígeno al inicio y tras control farmacológico.

Resultados: Se detectaron 15 pacientes (36,58%), donde se encontró, al menos una causa de secundarismo: 7 casos (17,07%) con HTA secundaria renovascular. 3 casos (8%) de S. de apnea obstructiva del sueño, 2 casos (5%) por ingesta de AINES, 2 casos de HTA renal, y una lesión con coartación aórtica.

Conclusiones: La prevalencia de HTA secundaria en nuestro grupo es, al menos, el doble de la reconocida para la población general. En el deportista de competición, no resulta buen marcador de HTA secundaria la reacción hipertensiva ante el ejercicio ni la pérdida del patrón dipper. Debería realizarse una búsqueda exhaustiva de HTA secundaria en todos los pacientes hipertensos que desarrollen una actividad deportiva de competición.

352/9. EL EXCESO DE PESO EN LOS ADOLESCENTES

M. Baena López¹, S. Muñoz Troyano² y C. Giménez González³

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ³MPE Servicio de Prevención, Almería.

Objetivos: Comparar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes españoles aplicando referencias nacionales e internacionales para el índice de masa corporal (IMC).

Métodos: Incluimos a 69 sujetos de ambos sexos entre los 14 y 18 años. A partir de medidas antropométricas (talla y peso) se obtuvo el IMC. Como criterios diagnósticos de la obesidad y el sobrepeso se utilizaron los patrones nacionales de Hernández et al (1988) y las normas internacionales de Cole et al (BMJ. 2000;320:1240-1).

Resultados: De acuerdo a los patrones nacionales presentaron sobrepeso el 2,9% y obesidad el 10,1% de los adolescentes (3% y 6,1% respectivamente los chicos y 2,8% y 13,9% respectivamente las chicas). Respecto a las normas internacionales, mostraron sobrepeso el 10,1% y obesidad el 4,3% (9,1% y 6,1% respectivamente en varones y 11,1% y 2,8% en mujeres).

Conclusiones: El análisis efectuado muestra que las referencias internacionales de Cole et al tienden a subestimar la obesidad y a sobreestimar el sobrepeso. Por ello, su validez se limita a estudios poblacionales comparativos, y no se recomienda su uso en el diagnóstico clínico, en el que resulta más eficaz la utilización de patrones propios.

352/10. ¿CONOCEMOS LOS FACTORES IMPLICADOS EN EL INICIO DE FUMAR EN LOS ADOLESCENTES?

M. Baena López¹ y S. Muñoz Troyano²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: El consumo de tabaco es la primera causa de morbi-mortalidad prevenible en los países desarrollados. Si bien la preva-

lencia de fumadores en la edad adulta es mayor, la mayoría de ellos adquieren este hábito antes de cumplir los 20 años. Este hecho nos debe poner en alerta, los planes de deshabituación tabáquica en jóvenes son de una importancia capital. Los objetivos de este trabajo han sido: 1. Actualizar los datos de prevalencia de tabaquismo en los adolescentes. 2. Evaluar los factores relacionados con la iniciación al tabaquismo en jóvenes estudiantes.

Métodos: Estudio: descriptivo, transversal. Población: 147 estudiantes de secundaria entre 15-18 años (49% mujeres), en estos centros educativos no se ha llevado a cabo ningún programa de prevención de tabaquismo. Variables: edad, sexo, consumo de tabaco y cannabis, actividad física, entorno familiar/social. Basado en el "Cuestionario de perfil del fumador" de la Junta de Andalucía. Estudio estadístico: los datos han sido procesados en el programa estadístico SPSS versión 12.0: realizándose un análisis descriptivo de frecuencias, y χ^2 para variables cualitativas.

Resultados: La edad media de los estudiantes fue de $15,79 \pm 0,76$ años, siendo 32% de fumadores y un consumo diario de 3 ± 10 cigarros. En el grupo de fumadores encontramos: Un 62% son mujeres. Con 15 años, el 31% fuman a diario, mientras que con 18 años, fuman diariamente el 80%. El 100% de los participantes que consumen de forma ocasional o habitual cannabis, son fumadores. El 49,1% realizan actividad física frente al 76,9% de los no fumadores. El 68% tienen algún miembro de la familia fumador, y el 80% la mayoría de sus amistades y entorno social son fumadores.

Conclusiones: 1. Se observa una alta prevalencia de fumadores en adolescentes y mujeres. 2. La edad se relaciona de forma directa ($p < 0,05$) con consumo de tabaco. Se ha encontrado una relación creciente entre la edad y el consumo de tabaco en jóvenes dentro de la franja de estudio. Hay una relación directa entre edad y modalidad de consumo diario o fin de semana. 3. El consumo de cannabis se asocia ($p < 0,05$) con el consumo de tabaco, encontrándose que los fumadores ocasionales y habituales de cannabis pertenecen a la población de fumadores de tabaco. 4. La práctica de actividad física se relaciona inversamente con el consumo de tabaco. 5. Se ha encontrado asociación entre el tabaquismo y su entorno familiar y social ($p < 0,05$).

352/17. FACTORES DE RIESGO VASCULAR PREVALENTES EN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA

A. Garrido Castro, P. Losada Mora y J. Carrillo Linares

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Analizar los motivos de consulta más frecuentes por los que se realizan hojas de interconsulta sobre pacientes ingresados en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) a un equipo (E) asignado al control de patologías médicas, compuesto por profesionales de Medicina Interna y Cardiología.

Métodos: Análisis descriptivo de los motivos de consulta sobre pacientes ingresados en el Servicio de COT que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a E.

Resultados: Desde junio de 2008 a noviembre de 2014 se realizaron 1.486 hojas de interconsulta desde el Servicio de COT a E. El motivo de consulta más frecuente fue "disnea" en 371 casos (25%), seguido de "control de pluripatología" en 163 (11%), "control de diabetes" y "de tensión arterial" ambos con 124 (8,3%) y 123 (8,3%) consultas. La patología digestiva ocupó un 10,5% de las consultas, pero estas venían especificadas según el cuadro (diarrea, náuseas-vómitos o dolor abdominal). Un 4% de las consultas fue por "alteraciones en la analítica". Llama la atención la ausencia de "fiebre" como motivo de consulta habitual, que sí es frecuente en otras unidades quirúrgicas analizadas; esto es debido a que la fiebre es valorada en COT por el Servicio de Enfermedades Infecciosas. El equipo analizó el significado del motivo de consulta principal, disnea, por ser un término que se consideró demasiado inespecífico.

El resultado fue que el 48,7% de las disneas fueron de origen respiratorio y el 41% de las disneas fueron de origen cardiológico. El resto de fueron principalmente debidas a ansiedad (4,7%). En un 3,7% de los casos no se objetivó disnea.

Conclusiones: El control de la diabetes y de la TA son dos de las grandes preocupaciones de los traumatólogos en sus pacientes ingresados, suponiendo cada una el 8,3% de las consultas realizadas, a lo que se debe añadir un 11% de consultas relacionando ambas patologías conjuntamente asociadas.

352/18. FACTORES DE RIESGO VASCULAR PREVALENTES EN LOS PACIENTES DE CIRUGÍA VASCULAR

A. Garrido Castro, P. Losada Mora y J. Carrillo Linares

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Analizar los motivos de consulta más frecuentes por los que se realizan interconsultas sobre pacientes ingresados en Cirugía Vascular (CV) a un equipo (E) asignado al control de patologías médicas en áreas quirúrgicas compuesto por Medicina Interna y Cardiología.

Métodos: Análisis descriptivo de los motivos de consulta sobre pacientes ingresados en el Servicio de CV que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a E.

Resultados: Desde febrero de 2011 a noviembre de 2014 se realizaron 173 hojas de interconsulta desde el Servicio de CV a un equipo. El motivo de consulta más frecuente fue "disnea" en 62 casos (35,8%), seguido de "control de pluripatología" en 18 (10,4%), "disminución del nivel de conciencia" en 13 (7,5%), fiebre 13 (7,5%) insuficiencia renal 7 (4%), "control de tensión arterial" 7 (4%), "hipoglucemia" en 4 (2,3%) e "hiperglucemia" en 4 (2,3%). El equipo analizó el significado del motivo de consulta principal, disnea, por ser un término que se consideró demasiado inespecífico. El resultado fue que el 43,5% de las disneas fueron de origen respiratorio y el 33,8% de las disneas fueron de origen cardiológico, siendo el 9,5% debidas a crisis hipertensiva.

Conclusiones: El descontrol glucémico y de la TA es una de las principales preocupaciones de los Cirujanos Vasculares respecto a sus pacientes ingresados, suponiendo en sí mismas un 4,6% y un 4% de las consultas, asociadas entre sí y junto a otras la cifra llega al 10,4%. Además, la HTA es el causante directo de 1/10 crisis de insuficiencia cardíaca. La evaluación precoz de pacientes con antecedentes de factores de riesgo vascular podría ser beneficiosa en términos de morbilidad.

352/19. RIESGO CARDIOVASCULAR E HIPOTIROIDISMO, ¿EXISTE RELACIÓN?

S. Muñoz Troyano¹ y M. Baena López²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

Objetivos: Conocer la prevalencia de hipotiroidismo en la zona básica de salud hasta el 30 de junio de 2016. Averiguar la relación de hipotiroidismo con otros factores de riesgo cardiovascular. Determinar la relación entre hipotiroidismo y patologías cardiovasculares.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Población diana: pacientes diagnosticados de hipotiroidismo en los cupos de Medicina de Familia del centro de salud (N: 1.499). La población muestral fue de 90 pacientes hipotiroideos, con un nivel de confianza: 95%; e: 5% y p: 50%. La muestra se obtuvo por muestreo sistemático estratificado por cupos (1:3). Las variables a evaluar fueron: edad, sexo, tabaco, obesidad, diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipemia, y patologías cardiovasculares (cardiopatía

isquémica, arteriopatía periférica, insuficiencia venosa, accidente cerebrovascular (ACV), nefropatía, retinopatía, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, valvulopatías y otras patologías cardiovasculares. Tras crear la base de datos y recogidos éstos a través de las historias clínicas de los pacientes seleccionados, se realizó el análisis estadístico por el programa SPSS.

Resultados: Prevalencia puntual: 4,36%. Media de edad: 48,15 ± 19,874. Sexo: mujeres: 83,4%; varones: 16,6%. Hipotiroidismo subclínico: 50,2%. Hipotiroidismo primario: 45,2%. Hipotiroidismo secundario: 4,6%. Hipotiroidismo terciario: 0,4%. Tabaco: 17%. Obesidad: 32,8%. Sobre peso: 16,2%. DM tipo 1: 6,9%. DM tipo 2: 57,1%. HTA: 29,7%. Dislipemia: 34%. Cardiopatía isquémica: 3,9%. ACV: 1,9%.

Conclusiones: La prevalencia obtenida en el estudio está muy por encima de la media de población general española. Existe mayor riesgo estadístico significativo de tener hipotiroidismo siendo mujer. Hay asociación significativa entre mujer hipotiroidea, obesidad y DM tipo 2.

352/25. MORTALIDAD DE PACIENTES CON FA DESCOMPENSADA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA

A. Garrido Castro, P. Losada Mora y J. Carrillo Linares

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Analizar la tasa de mortalidad (M) en los pacientes con fibrilación auricular (FA) que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en COT que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a un equipo (E) de Medicina Interna y Cardiología. Se analizaron los pacientes que presentaban FA, conocida o no, y su M.

Resultados: Desde junio de 2008 hasta noviembre de 2014 se realizaron 1.486 consultas desde COT a E por diversas descompensaciones médicas acontecidas en sus pacientes ingresados. Se detectó FA en 56, lo que corresponde al 3,77% de los descompensados. Su M fue del 7,14% (4 pacientes), siendo la M de los descompensados del 10,3%.

Conclusiones: Existe una baja tasa de FA en los pacientes admitidos en COT, ya que la prevalencia en el grupo de descompensados es incluso menor que la prevalencia total en nuestro medio (4,4%). Además, los pacientes con FA que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en COT presentan una M inferior a la del subgrupo de descompensados. Estos datos, parecen sugerir que no sólo la FA es poco prevalente en los pacientes de COT, sino que no existe una asociación relevante entre el antecedente de FA, descontrolada o no, y la M en este tipo de pacientes, al contrario de lo que ocurre en otras áreas quirúrgicas como Cirugía Vascular, donde la mortalidad de los pacientes con FA es elevadísima.

352/26. ESTANCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD ELEVADAS EN FA DETECTADAS EN ANGIOLOGÍA

A. Garrido Castro, P. Losada Mora y J. Carrillo Linares

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Analizar la prevalencia de la fibrilación auricular (FA) en los pacientes ingresados en Cirugía Vascular (CV) y valorar si su presencia influye en la estancia media hospitalaria. (EM). Analizar la tasa de mortalidad (M) en los pacientes con fibrilación auricular (FA) que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en Cirugía Vascular (CV).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en CV que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar

a un equipo (E) de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban FA, conocida o no, su EM y su M.

Resultados: Desde enero de 2011 hasta noviembre de 2014 se realizaron 173 consultas desde CV a E por diversas descompensaciones médicas acontecidas en los pacientes ingresados. Sólo 1 de las consultas correspondió a FA descontrolada. Tras la evaluación de los 173 pacientes se detectó FA en 8, lo que corresponde al 5,78% de los descompensados. Su estancia media fue de 21,6 días, siendo la del global de descompensados de 20,2 y la EM total del servicio de 12,1 días. Su M fue del 75% (6 pacientes), siendo la M de los descompensados del 16,76%. Indicar que los 6 pacientes fallecidos presentaban a su vez diabetes e HTA.

Conclusiones: Parece existir una importante tasa de FA en los pacientes admitidos en CV, ya que la prevalencia en el grupo de descompensados es mayor que la prevalencia total en nuestro medio (4,4%). Los pacientes con FA presentan una EM muy superior a la global del servicio, y ligeramente superior a la del subgrupo de descompensados. Además, los pacientes con FA que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en CV presentan una M elevadísima, muy superior a la del subgrupo de descompensados. Estos datos, podrían sugerir como prioritaria una evaluación precoz y estrecho control de los pacientes de CV con FA, descontrolada o no, y otros factores de riesgo vascular, lo que podría ser beneficioso en términos de disminución de la M y la EM.

352/40. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON HTA E ICTUS EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Osuna Sánchez, R. Martín-Vivaldi Jiménez, C. del Canto Pérez y J. Ampuero Ampuero

Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes hipertensos con enfermedad cerebrovascular (ECV) en un hospital comarcal, analizando sus características demográficas como la edad y el género, el tipo de patología cerebrovascular y las principales comorbilidades.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de los pacientes con hipertensión arterial que sufrieron una enfermedad cerebrovascular ingresados en nuestro servicio desde Enero a Diciembre 2015. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que padecían los pacientes. Se dividió la población en dos grupos atendiendo al tipo de patología, Isquémica vs Hemorrágica y se realizó un estudio descriptivo de las características de cada uno de los grupos mediante sus frecuencias.

Resultados: Hubo un total de 106 pacientes de los cuales 73 eran hipertensos (68,9%), con una edad de 72,88 ± 12,053 años (rango: 46-95), un 50,7% eran mayores de 75 años, el 56,2% eran mujeres. De la población total, 58 pacientes (80,6%) conformaban el grupo de ECV isquémica y 14 pacientes (19,4%) pertenecían al grupo de ECV hemorrágica. La estancia media de los pacientes fue 10,74 ± 12,038. Tan solo el 75,3% de los pacientes tenían seguridad social y un 38,4% eran de raza Bere Ber. La mortalidad fue de un 17,8% (13 pacientes). Un 45,2% de los pacientes padecían DM, 28,8% DLP, 17,8% FA, 16,4% enfermedad coronaria, 13,7% neoplasia, 9,6% ICC, 5,5% EPOC, 19,2% anemia. Hasta un 48,6% de los pacientes padecían algún tipo de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, un 8,5% deterioro del estado cognitivo y un 4,1% estaban institucionalizados. Un 42,9% tomaban más de 5 fármacos (4,3% más de 10), de todos los pacientes 52,8% padecían 2 o más enfermedades crónicas.

Conclusiones: En nuestro estudio se observa como los pacientes con hipertensión arterial que padecen un accidente cerebrovascular tienen mayor comorbilidad y suelen presentar una evolución clínica más tórpida y complicada. Esto conlleva a que su manejo clínico y farmacológico en la planta sea más compleja.

352/42. GUÍAS AMERICANAS HTA 2017. VALOR DE TWITTER COMO BUSCADOR/PROPAGACIÓN DE LA NOTICIA

M. María Tablado¹, E. Tornay Muñoz², C. Montejo Martínez³, T. Méndez García⁴, Á. Vera Torres⁵ e I. Poblador Ferrer⁵

¹Consultorio Local Perales de Tajuña, Sermas, Madrid. ²Centro de Salud Juncal, Torrejón de Ardoz, Madrid. ³Centro de Salud Canillejas, Sermas, Madrid. ⁴Unidad Docente Multiprofesional, Toledo. ⁵Dasureste, Sermas, Madrid.

Objetivos: Twitter es la Red Social en abierto que mantiene mayor número de perfiles públicos. Cada vez se publican más artículos médicos on line que aprovechan Twitter para su propagación. La inmediatez de Twitter le habilita como el primer y más inmediato difusor de noticias de toda índole incluidas médicas (congresos). La posibilidad de incorporar imágenes, video y sobre todo enlaces (link) le hace ideal como motor de búsqueda de noticias médicas en sí mismo. Crear un “hilo” desde una noticia con comentarios en tiempo real puede ser de ayuda y puede resolver dudas en directo. Proponemos aquí la Red Social Twitter como buscador de una noticia en concreto (Nuevas Guías AHA de Hipertensión publicadas en Congreso Americano de Cardiología del 13 de Noviembre 2107), la repercusión de la misma, los perfiles de los que twitearon la noticia y la existencia de debate en directo sobre la misma.

Métodos: Analizar todos los tweets que contenían estas dos palabras “guías e hipertensión” en un mismo tweet desde fecha 13 de Noviembre 2017 (publicación en congreso de Cardiología) utilizando el propio buscador de Twitter. En los tweet resultantes se valora tipo de perfil (médico, sociedad médica, asociación de pacientes, plataformas de divulgación médica, particular), número de Retweet, número de “me gusta”, presencia de una imagen en el tweet (foto o video), presencia de un enlace en el tweet (link), presencia de comentarios (“hilo”).

Resultados: Con fecha 9 de diciembre el número de tweets 167. 101 eran médicos (1 enfermero), 21 sociedades científicas, 19 divulgación médica, 5 asociaciones de pacientes, 2 universidad. RT media 48,5, máximo 310, moda 0, mínimo 0. Me gusta media 43,5, máximo 317, moda 0, mínimo 0. Imagen contenían 32, 5%, link 50,6%, hilo debate 22,3%. La fecha 13 noviembre (10), 14 noviembre (43), 15 noviembre (15), 16 noviembre (15), 17 noviembre (6).

Conclusiones: El pico e interacciones se limita a los 5 primeros días tras la noticia. En general la presencia de link aporta calidad al tweet. Se establecieron al menos 1 de 4 tweets un hilo por poco extenso que fuera que genera debate. El perfil era mayoritariamente médico, interés también la presencia de sociedades, perfiles de divulgación médica y asociaciones de pacientes. Los parámetros de calidad (imagen, link, presencia de comentarios) determinan que esta era una noticia que despertaba debate.

352/57. REGISTRO Y ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA AÓRTICA AGUDA ATENDIDA EN NUESTRO HOSPITAL

S. Muñoz Troyano¹ y M. Baena López²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

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

Métodos: Analizar la clínica, forma de presentación, manejo, antecedentes personales, técnicas diagnósticas, y tratamiento en un hospital de referencia de la provincia. Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado a partir de las historias electrónicas realizadas en el servicio de urgencias desde marzo 2014 a febrero de 2016.

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. 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. 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 definitivo fue quirúrgico por cirugía vascular. La mortalidad fue de ocho casos de los once aneurismas.

Conclusiones: Es un número considerable de casos los que se reciben en el hospital con gran morbimortalidad, 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.

352/71. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CONTROL EN HIPERTENSOS

A. Fernández López¹, A. Muñoz Ureña², R. Aguilar Hernández³ y M. Martínez Hernández¹

¹Centro de Salud Mar Menor, Cartagena, Murcia. ²Centro de Salud San Antón, Cartagena, Murcia. ³Centro de Salud Pozo Estrecho, Cartagena, Murcia.

Objetivos: 1. Averiguar si los pacientes hipertensos conocen las cifras de buen control o únicamente creen conocerlas. 2. Conocer si existe asociación con el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular en hipertensos y el sexo y la edad de los pacientes, respectivamente.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo y transversal, con un tamaño muestral de 63. Los criterios de inclusión fueron todos aquellos pacientes vistos en consultas hospitalarias desde mayo 2017 a septiembre 2017 diagnosticados previamente de hipertensión arterial (HTA), mediante una encuesta realizada (consentimiento verbal previo). ¿Cree saber las cifras que tiene que tener para presentar un control óptimo de su hipertensión arterial? ¿Cuáles son dichas cifras? A raíz de esta respuesta y siguiendo las guías de HTA la respuesta queda en dos opciones (sí/no) según el paciente hubiera dicho las cifras correspondientes a su situación concreta o no.

Resultados: Al preguntarles a nuestros pacientes si conocen las cifras para tener un buen control de sus patologías, directamente el 52,4% de hipertensos reconocen que no las saben. Del 47,6% de hipertensos que contestaron que sí sabían sus cifras de control óptimo, el 22,2% únicamente creía conocerlas, quedando un 25,4% de hipertensos que sí son conscientes de sus adecuadas cifras de control. Por tanto, podemos decir que el 74,6% de hipertensos de nuestro estudio no saben las cifras para estar bien controlados. La edad media de aquellos hipertensos que saben correctamente sus cifras de control óptimo es de 60,50 años (58,37-62,63 años con IC de 95%). La edad media de aquellos hipertensos que realmente no saben sus cifras de control óptimo es de 69,53 años (67,69-71,36 años con IC de 95%). En ambos casos: $p < 0,01$.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos no conocen las cifras de tensión arterial que deben tener para presentar un control óptimo de su patología. Un 22,2% de hipertensos desconocen sus adecuadas cifras de control, pero no son conscientes de ello, creyendo en un primer momento que sí las saben. Los pacientes hipertensos que desconocen las cifras de presión arterial que han de tener para presentar un control óptimo son de mayor edad que aquellos que sí las conocen. No hay asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento de las cifras de buen control de presión arterial y el sexo de los pacientes.

352/102. EL DOBLE PRODUCTO Y SU RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN UN ESTUDIO DE COHORTES EN POBLACIÓN GENERAL

J. División Garrote¹, M. Simarro Rueda², J. Carbayo Herencia³, M. Martínez Ramírez⁴, I. Ponce García⁵ y P. Torres Moreno⁶

¹Centro de Salud de Casas Ibáñez, Albacete. ²Centro de Salud Zona 4, Albacete. ³Hospital Quirón Salud, Albacete. ⁴Hospital General de Almansa, Albacete. ⁵Centro de Salud de Alcazoto, Albacete. ⁶Centro de Salud Minglanilla, Cuenca.

Objetivos: Conocer si el doble producto (DP), definido como el producto entre la presión arterial sistólica (PAS) y la frecuencia cardiaca (FC), presenta capacidad predictiva en la morbilidad cardiovascular en una muestra de población general.

Métodos: Participó una población mayor de 18 años seleccionada de manera aleatoria. En la cohorte, el primer examen se realizó entre los años 1992-1994 y el último entre los años 2014-2016. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó encuesta estructurada, exploración física, medición de la presión arterial, analítica básica y electrocardiograma (ECG). Para el análisis de datos, se consideró como PAS la media de las dos medidas realizadas en el primer examen; la FC se determinó con ECG. Se ha valorado la morbilidad cardiovascular ocurrida durante 24 años. El DP se ha distribuido por terciles, comparando mediante análisis de supervivencia los episodios ocurridos en cada grupo. La comparación entre los mismos se ha realizado mediante el test de rangos logarítmicos. En la valoración del DP como factor predictor se ha calculado la Hazard Ratio (HR) ajustando por género, edad, diabetes mellitus (DM), tabaquismo, hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia (> 200 mg/dl) y obesidad. El valor de p considerado ha sido $\leq 0,05$.

Resultados: De los 1.322 individuos que participaron en el estudio, 1.186 (56,2% mujeres) no habían presentado ningún episodio previo. La media de edad fue de 47,2 años (DE = 17,5; rango entre 18 y 91). La media del DP fue de 9754 (DE = 2551). Se produjeron un total de 238 eventos durante el seguimiento, correspondiendo 33 al primer tercil, 76 al segundo y 129 al tercero; las tasas de supervivencia fueron del 90,6%, 78,0% y 63,3% respectivamente ($p < 0,001$). Tras ajustar por las variables indicadas, la HR del tercer tercil del DP con respecto al primero ha sido 1,69 (IC: 1,12 a 2,56), permaneciendo también en el modelo el ser varón (HR = 1,54; IC: 1,16 a 2,06), la edad (HR = 1,08 por cada año transcurrido; IC: 1,07 a 1,09), la DM (HR = 1,58; IC: 1,16 a 2,16), el carácter de fumador (HR = 1,42; IC: 0,98 a 2,05) y la hipercolesterolemia (HR = 1,37; IC: 1,05 a 1,81).

Conclusiones: En nuestra población, el DP presenta capacidad predictiva independiente en la aparición de morbilidad cardiovascular

352/119. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CENTENARIOS

G. Zapico Aldea, L. Rodríguez Fernández, E. Martínez Velado, S. Gutiérrez González, E. Tapia Moral y C. Dueñas Gutiérrez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Este estudio pretendió conocer la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) en los pacientes mayores de 100 años que han precisado ingreso en nuestro hospital entre los años 2010 a 2015, ambos incluidos. Así como la distribución por sexos, número total de fármacos que se han consumido estos pacientes y especialmente el uso de benzodiazepinas en los mismos. Finalmente conocer el número de pacientes que fueron remitidos a su lugar de residencia y los que precisaron un nuevo ingreso en el año siguiente al alta.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo a través de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna un hospital de tercer nivel, entre los años 2010 a 2015 que eran mayores de 100 años en el momento del ingreso. Se analizaron los siguientes datos: años de nacimiento, edad de ingreso, sexo, antecedente de HTA y DM, estado basal al ingreso dividiéndolos en dos grupos para facilitar su análisis (dependientes o que precisaran supervisión o completamente independientes), el lugar de procedencia al ingreso y se cuantificaron el total de fármacos empleados en cada paciente, constatando aquellos que tenían en su tratamiento alguna benzodiazepina. Finalmente se analizó los pacientes que pudieron regresar a su domicilio y aquellos que tras el alta precisaron un reingreso en el año posterior a la misma.

Resultados: De los 49 pacientes el 83% eran mujeres y solo 8 hombres. Un 18% había nacido en 1909 y otro 18% en 1903. El 35% tenían 101 años en el momento del ingreso y el 4% más de 106 años. Un 53% de nuestros pacientes presentaban antecedentes de HTA y 23% padecían DM coexistiendo las dos patologías en seis de los mismos (12,2%). El 67% tomaban algún tipo de benzodiazepina, siendo el grupo farmacológico más empleado en nuestra, ya que la mayoría de estos pacientes sólo recibían dos fármacos diferentes a diario (69%) y en cuatro de ellos no se utilizó ningún fármaco (8% de nuestra serie). El domicilio familiar era el lugar de procedencia más frecuente en nuestros datos en el 77%, siendo independientes 21 de los ingresados (43%). Se pudieron dar de alta a 30 de los pacientes, precisando posterior reingreso 13 de ellos.

Conclusiones: Mayor número de mujeres centenarias que ingresaron. Benzodiazepinas como fármacos más empleados. Mayor porcentaje de pacientes no institucionalizados. 2/3 de nuestra serie eran diabético o hipertensos.

352/136. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA

J. Rosado Martín¹, A. Vargas López¹, I. Silveira Camargos² y E. Jiménez Villegas¹

¹Centro de Salud Universitario Reina Victoria, Madrid. ²SERMAS-Hospital La Paz y Centro de Salud Universitario Reina Victoria, Madrid.

Objetivos: Describir las características demográficas de los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de enfermedad cardiovascular ECV en un Centro de Atención Primaria de ámbito urbano.

Métodos: Diseño: estudio observacional descriptivo mediante la explotación de datos de historia clínica informatizada (HCI) en condiciones de práctica clínica habitual. Periodo de estudio: episodios abiertos que constan desde 1980 hasta la actualidad. Ámbito: Centro de Salud (CS) de Atención Primaria (AP). Población asignada de 31.408 personas, 27.102 excluida la población pediátrica. Se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años con registros de ECV mediante la clasificación CIAP en el periodo de estudio. La CIAP es un tipo de clasificación de terminología médica de ámbito internacional que se utiliza en la HCI de AP. Variable principal: estudiar el perfil sociodemográfico de los pacientes. Se consideran los siguientes códigos de registro K75: Infarto agudo de miocardio (IAM); K76: Cardiopatía isquémica (CPI); K77: Insuficiencia Cardíaca (IC); K89:

Accidente isquémico transitorio (AIT); K90: Ictus establecido; K92: Enfermedad arterial periférica (EAP). La obtención de datos se realizó mediante el programa informático Consult@web y el análisis estadístico mediante programa SPSS (variables cualitativas en %, cuantitativas: media y DE). Prevalencia de enfermedad cardiovascular con IC95%.

Resultados: Un total de 1.139 pacientes (4,2%) tenían diagnosticada una ECV. La edad media fue 73,97 años (DE 14,63) con 51,4% de mujeres. La distribución por patologías fue la siguiente. IAM: 272 pacientes (23,9%), 182 varones (66,9%), edad media 72,26 años (DE 13,1) mediana 72 años. CPl: 55 pacientes (4,8%), 29 varones (52,7%), edad media 75,2 años (DE 12,2) mediana 79. IC: 220 pacientes (19,3%), 149 mujeres (67,7%), edad media 79,1 años (DE 13,3) mediana 83. AIT: 201 pacientes (17,6%), 111 mujeres (55,2%), edad media 76,5 años (DE 12,5) mediana 78. Ictus: 207 pacientes (18,2%), 104 mujeres (50,2%), edad media 72,3 (DE 15,8) mediana 74. EAP: 184 pacientes (16,2%), 105 mujeres (57,1%), edad media 68,8 años (DE 16,9) mediana 71.

Conclusiones: El porcentaje total de pacientes con ECV es del 4,2%, edad media 73,9 años, pero por patologías cabe destacar la prevalencia para IC es significativamente mayor en mujeres (67,7%), y además de mayor edad (media 79,1 años, mediana 83 años). Sin embargo, para IAM es significativamente mayor en varones (66,9%) y con una edad más baja (media 72,2 años y mediana 72 años).

352/137. PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL (ERÉCTIL) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA

M. Baena López¹ y S. Muñoz Troyano²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: Conocer la prevalencia de disfunción eréctil (DiEr) en sujetos con enfermedad arterial periférica (EAP) en Atención Primaria (AP), así como su coexistencia con cardiopatía isquémica (CI) y enfermedad cerebrovascular (ECV). Analizar la asociación entre la EAP-DiEr con factores de riesgo (FRCV), y su grado de control.

Métodos: Estudio descriptivo transversal; ámbito: centro de AP que atiende a 20.099 usuarios. Sujetos: varones diagnosticados de EAP. Variables: edad, tabaquismo, HTA, dislipemia (DLP), diabetes (DM), ECV total (CI y ECV), síndrome metabólico (SM), DiEr, índice tobillo-brazo (ITB), control de FRCV. Análisis: frecuencias para variables discretas, medias y desviación típica para cuantitativas, análisis bivariante que compara grupos sin llegar a la significación: Edad: 72,83 (DE: 9,3) vs 68,5 (DE: 10,2); tabaquismo: 32,6% vs 54,5%; HTA: 69,5% vs 77,%; DM: 60,8% vs 36,3%; DLP: 76% vs 63,6%; ITB: 0,67 (DE: 0,17) vs 0,64 (DE: 0,15); PAS: 133,2 mmHg (DE: 14,3) vs 134,3 mmHg (DE: 10,8); Col-t: 180,7 mg/dl (DE: 35,2) vs 184,2 mg/dl (DE: 32,4); LDL: 102 mg/dl (DE: 28,2) vs 110,9 mg/dl (DE: 28,7); HDL: 48,8 mg/dl (DE: 12,3) vs 49,8 mg/dl (DE: 15,2); TG: 156 mg/dl (DE: 158,6) vs 120,3 mg/dl (DE: 48,5).

Resultados: N: 68; edad: 71,4 (DE: 9,7); tabaquismo: 39,7%; HTA: 72,1%; DLP: 72,1%; DM: 53%; ECV: 28%; SM: 48,5%; DiEr: 67,6; ITB: 0,66 (DE: 0,16); PAS: 133,6 (DE: 13,2); PAD: 71,9 (DE: 8,8); Col-t: 181,7 mg/dl (DE: 35,6); LDL-col: 104 mg/dl (DE: 28,4); HDL-col: 49,1 mg/dl (DE: 13,2); TG: 145,6 mg/dl (DE: 135,6); HbA1c: 6,9 (DE: 1,6). Se encontraron diferencias significativas al comparar a los pacientes que presentaban DiEr frente a los que no la padecían: ECV previa: 36,9% vs 9% (p = 0,03); SM: 58,7% vs 27,7 (p = 0,03); PAD: 69,8 mmHg (DE: 9,0) vs 76,0 mmHg (DE: 6,8) (p = 0,003); HbA1c: 7,2 (DE: 1,7) vs 6,1 (DE: 0,89) (p = 0,007). Se encontraron diferencias entre ambos grupos sin llegar a la significación: Edad: 72,83 (DE: 9,3) vs 68,5 (DE: 10,2); tabaquismo: 32,6% vs 54,5%; HTA: 69,5% vs 77,%; DM: 60,8% vs 36,3%; DLP: 76% vs 63,6%; ITB: 0,67 (DE: 0,17) vs 0,64 (DE: 0,15); PAS: 133,2 mmHg (DE: 14,3) vs 134,3 mmHg (DE: 10,8); Col-t: 180,7 mg/dl (DE: 35,2) vs 184,2 mg/dl (DE: 32,4); LDL: 102 mg/dl (DE: 28,2) vs 110,9 mg/dl (DE: 28,7); HDL: 48,8 mg/dl (DE: 12,3) vs 49,8 mg/dl (DE: 15,2); TG: 156 mg/dl (DE: 158,6) vs 120,3 mg/dl (DE: 48,5).

Conclusiones: Casi un 70% de los pacientes con EAP presentaban DiEr, con una mayor asociación a enfermedad cardiovascular pre-

via, síndrome metabólico, peor control glicémico y valores inferiores de PAD. HTA, DLP y DM son los FRCV más frecuentemente asociados en pacientes que padecen EAP y DiEr. Los médicos de AP ocupan un lugar privilegiado para la detección y abordaje de los pacientes de alto riesgo CV, como los que asocian EAP y DiEr.

352/138. AUTOPERCEPCIÓN EN LA DETECCIÓN Y GRADACIÓN DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO

S. Muñoz Troyano¹ y M. Baena López²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

Objetivos: Determinar la concordancia entre la autopercepción de la dependencia al tabaquismo y los resultados de los test de dependencia entre los fumadores atendidos en 2 consultas de Atención Primaria y Cardiología.

Métodos: Se seleccionaron de forma consecutiva fumadores mayores de 17 años atendidos en consultas de Atención Primaria y cardiología durante un año. Se valoró, mediante una pregunta única el grado de percepción de su dependencia al tabaquismo, en 5 categorías (muy baja, baja, moderada, alta y muy alta). Los resultados fueron contrastados con el test de Fagerström (punto de corte dependencia alta: 6 puntos) y el de Glover Nilsson (corte dependencia moderada-fuerte: 22 puntos). La asociación entre la autopercepción y los test de dependencia se valoró con pruebas de Ji cuadrado.

Resultados: Se seleccionaron 159 fumadores, 88 mujeres (55,3%) y 71 hombres (44,7%), edad media: 46,7 ± 12,0 años, consumo: 19 cigarrillos/día, duración promedio: 27,4 años. La dependencia fue percibida alta/muy alta en 106 casos (66,7%). El test de Fagerström detectó un 38,4% de dependencias altas y el de Glover Nilsson un 23,4% de dependencia moderada-fuerte. La asociación de la autopercepción con la dependencia fue positiva y significativa (p < 0,05). De los 106 fumadores autoclasificados con dependencia alta/muy alta, fueron categorizados con dependencia baja según Fagerström el 41,6% o con dependencia leve/moderada según Glover Nilsson en el 69,8%.

Conclusiones: La asociación de la autopercepción y las escalas de dependencia muestran una asociación positiva pero con incoherencias importantes. El fumador se autopercebe con un mayor grado de dependencia que el que le asignan los test validados.

352/141. SÍNDROME CARDIORRENAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO, ¿DÓNDE NOS ENCONTRAMOS?

Z. Kounka, M. Romero Castro, D. Chipayo Gonzales, P. Pérez Espejo, B. Roque Rodríguez y J. Gómez Barrado

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Objetivos: El síndrome cardiorrenal (SCR) es la coexistencia de disfunción cardíaca y renal que puede desarrollarse tanto en pacientes agudos como crónicos. La insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y el síndrome coronario agudo (SCA) son las causas más frecuentes de SCR en pacientes hospitalizados, pero ¿podría la edad avanzada asociarse al desarrollo de dicho síndrome independientemente del motivo de ingreso? El objetivo de nuestro trabajo fue clasificar a los pacientes ingresados según su edad y estudiar las causas de ingreso y la frecuencia de desarrollar un SCR según la edad.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo de 190 pacientes ingresados en Cardiología entre los meses de marzo y diciembre 2016 en los cuales se detectó un filtrado glomerular (FG) por debajo de 60 ml/min durante el ingreso hospitalario. Describimos las características basales y los motivos de ingreso según la edad.

Resultados: El 55,8% de los pacientes eran varones. El 83,5% eran hipertensos y el 44,7% diabéticos. La edad de la muestra esta-

ba comprendida entre 48 y 94 años con edad media de la muestra total de 72,78 años. Sólo el 18,9% de los pacientes eran adultos mayores jóvenes (edad < 64 años). Adultos mayores maduros (65-74 años) eran el 32,6% y el 48,4% eran adultos mayores (75-84 años) y ancianos (≥ 85 años) según el último consenso de la Asociación Internacional de Psicogeriatría. El motivo principal de ingreso fue la ICC (33,7%), seguida de SCA sin elevación del segmento ST (SCA-SEST) con un 23,6% de los cuales el 16,3% eran de tipo IAM sin onda Q y el 7,3% eran de tipo angina inestable. El SCA con elevación del segmento ST (SCA-CEST) causó ingreso en el 6,2% de los pacientes. Si dividimos a los pacientes por rangos de edad obtenemos los siguientes resultados: Adulto mayor joven (≤ 64 años): ICC 22%, SCA-SEST 12%, SCA-CEST 9%. Adulto mayor maduro (65-74 años): ICC 38%, SCA-SEST 26%, SCA-CEST 18%. Adulto mayor y anciano (≥ 75 años): ICC 40%, SCA-SEST 62%, SCA-CEST 73%.

Conclusiones: La mitad de los pacientes que desarrollan un SCR durante el ingreso en la planta de hospitalización de Cardiología son adultos mayores o ancianos (≥ 75 años) siendo la ICC el principal motivo de ingreso de estos pacientes, por lo cual podríamos concluir que la edad avanzada se asocia al desarrollo del SCR durante un ingreso hospitalario de causa cardiológica.

352/142. EMPLEO DE LAS DISTINTAS COMBINACIONES FIJAS DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN 2016

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso², R. Sendino del Olmo¹, L. Bastida Eizaguirre³, M. Ormazábal Íñiguez de Heredia⁴ y M. Pinel Monge⁵

¹Centro de Salud Arambizcarra I, Álava. ²Centro de Salud La Habana, Álava. ³Centro de Salud San Martín, Álava. ⁴OSI Araba, Álava. ⁵Centro de Salud Txagorritxu-Gazalbide, Álava.

Objetivos: Las evidencias apoyan el uso de combinaciones fijas de antihipertensivos por ser más cómodas, lo que facilita la adherencia al tratamiento y previsiblemente conseguir un mejor control de la presión arterial en nuestros pacientes, logrando, como así ha ocurrido un aumento en aquellos que logran alcanzar las cifras objetivo marcadas, de acuerdo a los datos de nuestra Oferta Preferente. El objetivo del estudio es ver cuáles son las combinaciones empleadas (grupos terapéuticos ATC: C09BA, C09BB, C09DA, C09DB, C09XA) por parte de los médicos de una Comarca sanitaria (301.094 habitantes), de acuerdo a los datos facilitados por nuestro servicio de salud.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos de familia y pediatras de la Comarca (304.151 hab.) en el período de enero a diciembre de 2016, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en grupo terapéutico, nº envases, importe y dosis diaria definida (DDD).

Resultados: Se presentan en la tabla.

G. terap.	Principio activo	Nº envases	Importe €	DDD
C09BA	IECAS +DIU	57.724	175.075,04	1.636.344,00
C09BB	IECAS + ACA	5.098	93.276,57	145.318,00
C09DA	ARA II + DIU	77.474	1.259.102,63	2.170.810,00
C09DB	ARA II +ACA	10.119	304.853,46	283.332,00
C09XA	IDR + DIU	475	15.622,71	17.332,00

Conclusiones: Como vemos el grupo que más recursos consume es el de los ARA II + DIU, seguido del de ARA II + ACA, pese a que en

este último caso el nº de envases y DDD es sensiblemente inferior. También debemos valorar porque es menor la prescripción de IECAS asociados tanto con DIU como con ACA que en aquellas asociaciones en que empleamos ARAII.

352/144. INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y DIURÉTICOS. EVOLUCIÓN EN EL EMPLEO DE ESTA COMBINACIÓN FIJA

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso², J. Martínez Gorostiaga³, A. Cruz Núñez³, I. Almandoz Irigoyen³ y X. Salio Cortázar³

¹Centro de Salud Arambizcarra I, Álava. ²Centro de Salud La Habana, Álava. ³OSI Araba, Álava.

Objetivos: Las evidencias actuales apoyan el uso inmediato de combinaciones de antihipertensivos en términos de facilidad de uso y adherencia al tratamiento. La combinación de un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) y un diurético ha sido avalado por numerosos estudios (PROGRESS, ADVANCE, HYVET, etc.), en donde se puso de manifiesto que la combinación tenía efectos reductores de presión mayores y conseguía una mayor reducción de eventos micro y macrovasculares que cuando empleamos la monoterapia. El objetivo del estudio es ver las diversas combinaciones fijas de IECAS y diuréticos, (grupo terapéutico ATC C09BA) empleadas para el tratamiento de nuestros hipertensos, de acuerdo a los datos facilitados por nuestro Servicio de Salud.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos de familia y pediatras en el período de enero a diciembre de 2010 y de enero a diciembre de 2016, últimos datos conocidos, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en población, nº envases y su importe en euros.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Grupo terapéutico	Población	Nº envases	Importe PVP €
C09BA	Año 2010 301.084	81.328	361.091,09€
C09BA	Año 2016 301.094	57.724	175.075,04€

Conclusiones: Pese a la existencia de evidencia que recomienda el uso de esta combinación, vemos que no solo no se ha incrementado su utilización, sino que ha disminuido. Posiblemente este descenso se vea motivado por el uso de ARA II +DIU como combinación o de IECA + ACA. Debemos considerar también que hay estudios precedentes que nos indican que la combinación más utilizada por abrumadora mayoría es la de enalapril más diurético, pero pese a ello en nuestro ámbito su uso está disminuyendo con el paso del tiempo.

352/151. OBESIDAD Y FUNCIÓN RENAL. DATOS DEL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO "PREVALENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ESPAÑA (EPIRCE)"

A. Otero González¹, P. Gayoso Diz², A. de Francisco Hernández³ y F. García López⁴

¹Complejo Hospitalario Universitario de Orense. ²Centro de Salud Oroso, XXI de Santiago, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ⁴Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología.

Objetivos: La obesidad, como bien es conocido, es un problema de salud pública, y desde hace algunos años, diferentes estudios

epidemiológicos han demostrado una clara relación entre la obesidad y el riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica (ERC).

Métodos: El estudio EPIRCE (2) es un estudio observacional de una cohorte seleccionada por muestreo aleatorio polietápico en 42 puntos de muestreo (municipios) y estratificado por habitat, edad, sexo y se demostró su representatividad poblacional para el estado español (n: 2.746). La prevalencia de obesidad (IMC > 30 Kg/m²) es 26,1% y la odds ratio (OR) de desarrollo de ERC fue de 3,5 (intervalo de confianza -IC- del 95%, 2,0 a 6,0) mientras que la prevalencia de otro factor de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial (HTA) fue 42% y la OR para el desarrollo de ERC fue de 6,2 (IC95% 4,0 a 9,6).

Resultados: De forma significativa, la población obesa es más hipertensa ($p < 0,0001$), dislipémica ($p < 0,0001$) con mayor índice de resistencia a la Insulina ($p < 0,0001$) y el mayor IMC, se asocia con los factores de riesgo convencional (HTA, dislipemia, HOMA) y con "peor" función renal ($p < 0,0001$) y mayor tasa de proteinuria (Alb/creatinina) ($p < 0,0001$), pero estas alteraciones también se observan en la población "Global" sean o no hipertensas. ($p < 0,0001$).

Conclusiones: La coexistencia de obesidad y ERC responde a sustrato patogénico común como la hiperfiltración, hipertrofia glomerular y el incremento de síntesis de sustancias vasoactivas, fibrogénicas y la dislipemia.

352/153. INCIDENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN HEMODIÁLISIS. EVOLUCIÓN

D. Manzano Sánchez, S. Roca Meroño, M. Ros Romero, R. de Alarcón Jiménez, M. García Hernández y M. Molina Núñez

Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia.

Objetivos: La hipertensión arterial es una de las principales causas de enfermedad renal crónica en la población general siendo causa y consecuencia de la misma. Cuando la enfermedad renal crónica progresa puede precisar el inicio de terapia renal sustitutiva (hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal) en los pacientes que sean subsidiarios. Nuestro objetivo es: valorar la prevalencia de hipertensión arterial en nuestro programa de hemodiálisis y valorar la evolución de la hipertensión arterial tras el inicio de hemodiálisis.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en enero de 2018. Analizamos los pacientes activos en nuestro programa, que han iniciado hemodiálisis desde enero de 2008 a diciembre de 2017. Recogemos edad, sexo, causa de ERC, tiempo en hemodiálisis, hipertensión arterial previa al inicio del programa, número de fármacos antihipertensivos al inicio de hemodiálisis, número de fármacos antihipertensivos en el momento de la recogida de datos y cifras tensionales en el momento de la recogida de datos.

Resultados: N = 128. Edad media $68,40 \pm 11,64$ años (41-92). 57,8% varones y 42,2% mujeres. Tiempo medio en programa de hemodiálisis $40,15 \pm 29,69$ meses (1-117 meses). El 96,12% estaban diagnosticados de hipertensión arterial, siendo en el 33,60% de los casos la causa de la enfermedad renal crónica. Entre los pacientes hipertensos, al inicio de hemodiálisis, llevaban de media $2,85 \pm 1,25$ fármacos/por paciente (0-6). El 29,93% de los pacientes suspendieron el tratamiento antihipertensivo y mantuvieron cifras tensionales normales o bajas. Media de fármacos por paciente en el momento de la recogida de datos de $1,13 \pm 1,03$ fármacos/por paciente (0-4). El 72,6% presentaban cifras tensionales dentro de la normalidad y un 6,4% cifras tensionales bajas.

Conclusiones: La hipertensión arterial presenta una alta prevalencia en nuestro programa de hemodiálisis. Tras el inicio de hemodiálisis, más de 2/3 de los pacientes presentan un adecuado control de las cifras tensionales con menor necesidad de fármacos llegando en casi en 1/3 de los pacientes a la suspensión del tratamiento farmacológico.

352/176. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA PROVINCIAL

B. Roque Rodríguez¹, Z. Kounka², M. Romero Castro¹, D. Chipayo Gonzales¹, P. Pérez Espejo¹ y J. Gómez Barrado¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. ²Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Málaga.

Objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) es una causa importante de morbilidad hospitalaria por lo que su conocimiento en el medio hospitalario propio nos puede ayudar a mejorar su pronóstico. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar prospectivamente las características clínicas de los pacientes con un SCA ingresados en un hospital de referencia provincial.

Métodos: Estudiamos 166 pacientes consecutivos ingresados con un SCA durante 6 meses (abril-septiembre/2015), mediante un análisis descriptivo, analizando las características basales de la muestra a estudio mediante el programa SPSS Statistics versión 22.

Resultados: La edad media fue de $68,72 \pm 13,53$ años. El 33,1% eran mujeres. El 53% ingresaron en UCI, el 41% en planta de Cardiología y el 3% en otros Servicios. Mostraron un SCA con elevación del ST (SCACEST) el 41,6%, sin elevación del ST (SCACEST) el 51,8%, y un SCA indeterminado el 6,6%. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, eran diabéticos el 32,5%, hipertensos el 63,6% y tenían dislipemia el 50,9%; fumaban el 25,9%, eran exfumadores el 34,0%, y no habían fumado nunca el 40,1%. Tenían cardiopatía isquémica previa el 23,6%, y otra enfermedad cardiovascular el 14,5%. El 12,7% tenían antecedentes de insuficiencia renal. Desarrollaron insuficiencia cardíaca durante la hospitalización el 20,6%, disfunción ventricular por ECO el 31,2% (FEVI < 55%) que fue significativa (FEVI < 45%) en el 16,9% del total de pacientes. Se realizó coronariografía al 92,1% de pacientes, que fue normal/ateromatosis no significativa en 8,1%, afectación sólo de vasos secundarios en 4,7%, enfermedad de 1 vaso 53,1%, de 2 vasos 20,1%, y de tronco coronario izquierdo o 3 vasos en 13,4%. Se practicó algún tipo de revascularización al 76,3%: ACTP al 71,9% y cirugía al 4,4%. La estancia media hospitalaria fue de $7,82 \pm 5,30$ días y la mortalidad hospitalaria del 5,4%.

Conclusiones: Los datos epidemiológicos y clínicos de este registro prospectivo nos proporcionan datos de gran valor sobre el SCA en nuestra Área de Salud, muy útiles para mejorar el manejo de nuestros pacientes con SCA.

Medida de la presión arterial: MAPA, AMPA, presión arterial central y presión de pulso

352/6. RITMO CIRCADIANO, PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR E HIPERTENSIÓN REFRACTARIA

M. Baena López¹ y S. Muñoz Troyano²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: La prevalencia real de la HTA refractaria es difícil de estimar por las múltiples causas de refractariedad. Nuestro objetivo es analizar el perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes con HTA refractaria.

Métodos: Seleccionamos pacientes con HTA esencial y MAPA realizado durante 4 años consecutivos. Los dividimos según tuvieran HTA refractaria (HTAr) o no. Recogimos factores de riesgo vascular y lesión de órgano diana, MAPA, analítica general y tratamiento.

Resultados: Total de 66 pacientes. Seleccionamos los que tienen TA $\geq 140/90$ mmHg. Disponemos de 17 pacientes, con HTA refractaria 25,75%. Hombres 54,1%. Los pacientes con HTA tienen más edad (HTA si $57,7 \pm 8,8$ vs no $45,5 \pm 13,0$ años; $p = 0,003$), más IMC (HTA si $31,0 \pm 4,5$ vs no $27,6 \pm 3,0$ kg/m²; $p = 0,035$), más cintura (HTA si $100,2 \pm 9,7$ vs no $91,4 \pm 9,8$ cm; $p = 0,037$), más TA sistólica nocturna (HTA si 149 ± 17 vs no 132 ± 15 mmHg; $p = 0,012$), presión de pulso nocturna y (HTA si 63 ± 15 vs no 51 ± 12 mmHg; $p = 0,032$), PAM nocturna, mayor proporción de patrón non dipper (HTA si 90,7% vs no 57,7%; $p = 0,049$) siendo el patrón riser más frecuente (HTA si 54,5% vs no 3,8%; $p = 0,001$), mayor frecuencia de retinopatía tipo 1-2 (HTA si 33,3% vs no 3,8%; $p = 0,017$). No hay diferencias en cuanto al sexo, factores de riesgo vascular y lesión de órgano diana, toma de ARA II, beta/alfa-bloqueante, fibratos, alopurinol y estatinas.

Conclusiones: Los pacientes con HTA refractaria se asocian a patrón non dipper con mayor frecuencia de riser y presión de pulso nocturna que habría que tener en cuenta para decidir la indicación horaria del tratamiento antihipertensivo.

352/11. CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL SEGÚN EL MÉTODO DE SU MEDICIÓN

S. Muñoz Troyano¹ y M. Baena López²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

Objetivos: Determinar la variación del porcentaje de pacientes que son diabéticos e hipertensos con la TA bien controlada, según medición convencional en la consulta de un Centro de Salud o por Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) durante 24 horas.

Métodos: En una muestra de 46 diabéticos que presentaban mal control tensional ($> 130/80$ mmHg) en los meses previos (media de al menos 3 tomas en la consulta) y que debería aumentarse su tratamiento antihipertensivo se ha realizado una MAPA durante 24 horas. Se considera buen control de TA en diabéticos en MAPA si $< 125/75$ mmHg.

Resultados: Edad media: 68,5 años (DE 9,4). Índice de masa corporal 30,4 (DE 4,7). Varones 43,5%. Número registros tensionales correctos en MAPA 24 horas: 58 (93,2%). TA sistólica (TAS) previa: 152,0 mmHg; TAS MAPA: 128,2. Diferencia 23,8; $p = 0,000$. IC diferencia (18,5-29,1). TA diastólica (TAD) previa: 80,2; TAD MAPA: 67,6. Diferencia 12,6; $p = 0,000$. IC diferencia (10-15,2). Porcentaje de buen control previo: TAS < 130 mmHg: 0%; TAD < 80 : 48%; TA $< 130/80$: 0%. Porcentaje de buen control tras MAPA: TAS < 125 mmHg: 39%; TAD < 75 : 89%; TA $< 125/75$: 38%. Según la MAPA no precisaron ajuste terapéutico antihipertensivo 17 pacientes (38%).

Conclusiones: La diferencia de buen control tensional en los pacientes diabéticos evaluados difiere ostensiblemente según el método de medida. Según la MAPA más de una tercera parte de los diabéticos con mal control tensional en las tomas realizadas en la consulta, no precisó modificación del tratamiento antihipertensivo.

352/43. LA VARIABILIDAD DE LA ASIGNACIÓN DEL BRAZO CONTROL DEL HIPERTENSO

E. Vinyoles Bargalló¹, M. Tafalla Eustaquio¹, V. Robledo Pastor², E. Vázquez Algora², M. Marco Mediavilla² e I. Porta Meseguer²

¹CAP La Mina, Barcelona. ²EAP Casernes, ICS, Barcelona.

Objetivos: Se recomienda asignar brazo control al diagnosticar hipertensión. El objetivo del estudio es evaluar la reproducibilidad de esta asignación en un mismo paciente.

Métodos: Estudio de concordancia diagnóstica de hipertensos de dos Centros de Atención Primaria. Toma, en dos visitas separadas < 10 días, de 6 lecturas de presión arterial (PA) por visita, (2 tandas de 3 lecturas de ambos brazos simultáneamente), con tensiómetro de dos brazaletes (Microlife-WatchBP). Asignación de brazo control 2 veces/visita. Se evalúa la concordancia intra e inter-visita de esta asignación.

Resultados: Se incluyeron a 313 hipertensos, 66,2 (10,0) años, 52,4% mujeres, 30,7% diabéticos, 91,7% de tratados. En la primera visita (V1), la PA en el brazo derecho: 133 (17)/76 (9) mmHg, y en el izquierdo: 134 (17)/76 (9) mmHg ($p = 0,002$). El grado de concordancia intra-visita es $k = 0,60$ [IC95% 0,516 a 0,696] en la V1 y $k = 0,45$ [IC95% 0,356 hasta 0,555] en la segunda visita (V2). Un 21,8% (en V1) y un 29,1% (en V2) con brazo control derecho en la primera tanda de lecturas cambia a izquierdo en la misma visita en la segunda tanda. La kappa inter-visita es 0,25 [IC95% 0,147-0,365]. Un 36,8% con brazo control derecho en V1 cambia a izquierdo en V2. El subgrupo (9,5%) con una diferencia de PA sistólica (PAS) ≥ 10 mmHg entre brazos en V1, no diferían significativamente del resto de pacientes. Al comparar los pacientes del primer y tercer terciles según diferencias medias de PAS de ambos brazos (< 3 mmHg vs ≥ 6 mmHg), una mayor diferencia en V1 mejora la concordancia intra-visita pero persiste la débil concordancia inter-visita ($k = 0,26$ pacientes primer tercil; $k = 0,18$ pacientes tercer tercil).

Conclusiones: El grado de concordancia en la asignación del brazo control es débil-moderada. Hay que individualizar y no considerar como definitiva la asignación del brazo control.

352/78. LA UTILIDAD DE LA MAPA EN CONSULTA EN BENEFICIO DE LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA

I. Gimeno Pi¹, M. Jové Jové², M. Lavega Llorens², A. Rosicarda Marin² y M. Siurana Solé²

¹CAP Primer de Maig, Lérida. ²ABS Primer de Maig, Lérida.

Objetivos: La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) es una técnica de medida de la presión arterial que permite obtener registros durante 24 horas de una forma portátil y ambulatoria, obteniendo un gran número de medidas dentro del hábitat natural del paciente y fuera del ambiente sanitario, evitando la aparición del fenómeno bata blanca. La obtención de esta información permite trabajar desde la consulta de enfermería en unas adecuadas intervenciones individualizadas. El objetivo fue conocer los resultados obtenidos de los pacientes de un centro de salud a quienes se les ha realizado la MAPA.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con 40 usuarios diagnosticados de hipertensión arterial (HTA) de un centro de salud a los que se les realizó la prueba MAPA con o sin tratamiento farmacológico durante el primer semestre del 2016.

Resultados: La prueba se ha realizado en un 64,1% de mujeres y 35,9% de hombres. El 46,1% fueron solicitadas desde la consulta de enfermería, con los motivos siguientes: 43,6% para el correcto diagnóstico de HTA, el 48,7% para valorar la adecuación del tratamiento farmacológico y 5,1% por sospecha HTA refractaria. Se ha observado que el 23,1% no tomaba tratamiento farmacológico antes de la MAPA. Con la prueba se confirma el 80,1% con diagnóstico HTA de los cuales el 35,9% se les modifica tratamiento farmacológico, el 12,2% diagnosticados de bata blanca, y el 7,7% que se descarta HTA.

Conclusiones: La MAPA es útil para la consulta de enfermería porque, además de ser un método de diagnóstico fácil y accesible, disminuye la hiperfrecuentación, se pueden identificar pacientes con bata blanca, se puede adecuar la dosificación del fármaco, favorece la resolución de dudas tranquilizando al paciente y se genera un ahorro de recursos. Hay que seguir incidiendo y motivando para conseguir un manejo efectivo del régimen terapéutico.

352/80. IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

R. Taipe Sánchez¹, L. Martín Penagos², G. Fernández Fresnedo², N. Fontanillas Garmilla³, M. Labrador Hernández⁴ y A. Azagra Calero⁵

¹Centro de Salud Dr. Morante, Santander, Cantabria. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ³Centro de Salud Bezana, Santander. ⁴Centro de Salud Alisal, Santander. ⁵Centro de Salud Sardinero, Santander.

Objetivos: Determinar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y los parámetros derivados de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) durante 24 horas en pacientes asistidos en una unidad de hipertensión de nefrología hospitalaria.

Métodos: De los pacientes registrados en la base de datos, se analizó 1054 pacientes, mayores de 18 años, en los que se les ha colocado una MAPA por indicación clínica (entre febrero 2001 y septiembre 2017) y tener el IMC completado. Se registraron las medias de PA durante los periodos diurno, nocturno y de 24h y se definieron los perfiles circadianos en función del descenso nocturno de PA sistólica (PAS): dipper extremo (> 20%), dipper (10-20%), no dipper (< 10%) y riser (ascenso nocturno de presión). Se categorizó el IMC (kg/m²) en: peso normal (> 18,5 y < 24,9), sobrepeso (> 25 y < 29,9) y obesidad (≥ 30). El análisis incluyó: estadística descriptiva básica, prueba t-Student y coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: El 55,8% eran varones. La edad media (desviación estándar) fue de 56,2 (15,8) años. La media del IMC fue 29,4 (5,4) kg/m². Del total de pacientes el 19,5% tenían peso normal, 39,2% sobrepeso y 41,3% obesos. Respecto al patrón circadiano el 31,0% fue dipper (D), 2,5% dipper extremo, 50,3% no dipper (ND) y 16,2% riser. Por tanto, patrón dipper lo presentó el 33,5% y patrón ND el 66,5%. Al comparar a los pacientes D y ND, los pacientes ND eran más mayores (54,7 ± 15,2 años; 57,0 ± 16,1 años; p = 0,026) y tenían mayor IMC (28,9 ± 4,9 kg/m²; 29,7 ± 5,2 kg/m²; p = 0,016). Por lo que respecta a la PA, los pacientes con IMC ≥ 30 kg/m² presentaron valores medios de PAS diurna (p < 0,001) y PAS/PAD nocturna (p < 0,001 y p < 0,009) y de 24 horas (p < 0,001 y p < 0,037) mayor que los pacientes con IMC < 30 kg/m². Al comparar a pacientes obesos y no obesos, el 71,3% de los pacientes obesos tenían patrón ND, un porcentaje significativamente mayor respecto a los pacientes no obesos (64,2%) (p = 0,006). Asimismo, se observó una correlación positiva entre el IMC y las PAS diurna, nocturna y 24 horas (r = -0,133 y p < 0,001; r = 0,158 y p < 0,001; r = 0,149 y p < 0,001 respectivamente).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que el IMC se correlacionó positivamente con la PAS diurna, nocturna y de 24 horas. Así mismo, los pacientes obesos presentaron mayor prevalencia de patrón ND, patrón asociado a un peor pronóstico CV. Por tanto, es importante insistir en el uso de la MAPA en pacientes obesos y hacer intervenciones sobre la obesidad.

352/82. PATRÓN CIRCADIANO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN

R. Taipe Sánchez¹, L. Martín Penagos², G. Fernández Fresnedo², N. Fontanillas Garmilla³, M. Labrador Hernández⁴ y A. Azagra Calero⁵

¹Centro de Salud Dr. Morante, Santander, Cantabria. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ³Centro de Salud Bezana, Santander. ⁴Centro de Salud Alisal, Santander. ⁵Centro de Salud Sardinero, Santander.

Objetivos: Determinar el patrón circadiano de la presión arterial (PA) en pacientes asistidos en una unidad de hipertensión arterial (HTA) de nefrología.

Métodos: Se analizaron la base de datos de 1.466 pacientes, mayores de 18 años, con indicación clínica para realización de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), asistidos entre abril 2000 y septiembre 2017 en una unidad de HTA de nefrología hospitalaria. Se registraron las medias de PA durante los periodos diurno, nocturno y de 24h y se definieron los perfiles circadianos en función del descenso nocturno de PA sistólica (PAS): dipper extremo (> 20%), dipper (10-20%), no dipper (< 10%) y riser (ascenso nocturno de presión). El análisis de los datos incluyó: estadística descriptiva básica, prueba de t-Student y coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró valor estadístico significativo para una p < 0,05.

Resultados: El 53,8% de los pacientes eran varones. La edad media (desviación estándar) fue de 56,4 (15,7) años. Los valores medio de PAS/PAD fueron: 135,0/78,6 (17,7/10,9) mmHg para el total de 24 horas, 137,9/81,8 (17,2/11,4) mmHg durante el día y 129,1/73,1 (19,6/11,2) mmHg durante la noche. Respecto al patrón circadiano el 30,6% fue dipper, 2,3% dipper extremo, 51,1% no dipper (ND) y 16,0% riser. Por tanto, patrón dipper lo presentó el 32,9% y patrón ND el 67,1%. Al comparar a los pacientes dipper y ND, los pacientes ND eran más mayores (54,4 ± 15,0 años; 57,4 ± 16,0 años; p < 0,001). Por lo que respecta a la PA, los pacientes con patrón ND presentaron una media de PAS 24h y una PAS y PAD nocturna mayor que los dipper (p < 0,001). En cambio, la PAD diurna fue significativamente mayor en los dipper (p < 0,001). Se observó una correlación negativa entre la edad y la PAD diurna, nocturna y 24 horas (r = -0,313 y p < 0,001; r = -0,162 y p < 0,001; r = -0,256 y p < 0,001 respectivamente), mientras que una correlación positiva entre la edad y las PAS diurna, nocturna y 24 horas (r = 0,135 y p < 0,001; r = 0,196 y p < 0,001; r = 0,167 y p < 0,001 respectivamente).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que casi siete de cada 10 pacientes presentaron un patrón no depresor. Dado el peor pronóstico de los pacientes con patrón ND, es importante conocer bien que características se asocian a este tipo de patrón para conseguir un control adecuado y mantenido de la TA a lo largo de las 24 horas.

352/94. RESULTADOS DEL PROYECTO “MAY MEASUREMENT MONTH 2017” EN FARMACIAS COMUNITARIAS

S. Tous Trepal¹, J. Fornos Pérez², A. Molinero³, S. Martínez Pérez⁴, M. Iracheta Todó⁵ e I. Mera Gallego⁶

¹Farmacia Tous, Barcelona. ²Farmacia Fornos, Pontevedra.

³Farmacia Molinero, Madrid. ⁴Farmacia Traumatología, Granada.

⁵Farmacéutica comunitaria, Santa Coloma. ⁶Farmacia Satué, Pontevedra.

Objetivos: La presión arterial (PA) alta constituye el factor de riesgo individual más significativo que contribuye a la mortalidad mundial y la carga de morbilidad mundial. Objetivo: determinar PA a mayores de 18 años que no se la han tomado en el último año. Proporcionar información sobre estilo de vida saludable y alimentación a todos los que tengan un resultado ≥ 140/90.

Métodos: El estudio formó parte del proyecto Mes de medición de mayo de 2017 (MMM17) de la ISH y la WHL. Realizado en 185 farmacias comunitarias de España durante mayo de 2017. Los materiales utilizados fueron los diseñados para la campaña mundial: Cartel, folleto y póster explicativo del estudio. Cuaderno de recogida de datos sociodemográficos, tiempo transcurrido desde la última medición, hábitos de vida, factores de riesgo, tratamiento antihipertensivo, medidas de PA realizadas, brazo de medida, tipo de aparato utilizado, temperatura de la habitación. Tarjeta con el resultado de la medición y las recomendaciones realizadas. Hoja con los 10 consejos clave. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa GSTAT®.

Resultados: Participaron 190 farmacéuticos españoles, menos Ceuta y Melilla. 3.267 mediciones de PA y 2.764 (84,6%) usando aparatos automáticos de brazo (OMRON 97,1%). 1.328 (40,5%) con tratamiento HTA; 429 (13,1%) diabéticos; 164 (5,0%) con infarto previo, 120 (3,7%) ictus. 1.365 (41,8%) no recuerdan la última medición y 499 (15,2%) > un año. PAS = $126,3 \pm 19,9$ /PAD = $76,6 \pm 13,2$; ambas más altas en hombres. Las PAS más altas por la mañana. Con PAS < 140 y PAD < 90: 2.432 (74,4%). Con PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 : 835 (25,7%). Con PAS ≥ 140 y PAD ≥ 90 : 255 (7,8%). Con PAS ≥ 140 aislada: 450 (13,8%). Con PAD ≥ 90 aislada: 130 (4,0%). Pulso: $72,4 \pm 12,4$ puls/min. Presión de pulso (PAS-PAD) ≥ 60 mmHg = 770 (23,6%). Con PAS ≥ 180 : 25 (0,8%), con PAD ≥ 110 : 23 (0,7%); con ambas 5 (0,2%). Con (PAS > 180 mmHg/PAD > 120 mmHg) = 2 (0,1%). Diabéticos con PAS ≥ 160 mmHg: 31 (1,0%), con PAD ≥ 100 mmHg: 10 (0,3%); con ambas 6 (0,2%). Relación directa entre PAS, PAD e IMC (Rho = 0,2960: Rho = 0,2329 p < 0,0001).

Conclusiones: El alto número de determinaciones en tan corto espacio temporal y los resultados e intervenciones obtenidas, hacen de la farmacia comunitaria un centro sanitario excelente para detectar, transmitir a la población conceptos de salud, contribuir al cribado de la PA y a mejorar la calidad de su tratamiento.

352/124. MODULADORES HEMODINÁMICOS (VOLEMIA, INOTROPÍA, CRONOTROPÍA Y VASOACTIVIDAD) Y ESTADOS HEMODINÁMICOS EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS NO TRATADOS

E. Rodilla Sala¹, B. de Berardinis Moreno², B. Carreras Gamón², J. Costa Muñoz¹ y J. Pascual Izuel¹

¹Hospital de Sagunto, Valencia. ²Universidad Cardenal Herrera-CEU, Castellón.

Objetivos: Ningún antihipertensivo ha demostrado ser superior a los demás, especialmente al inicio de la historia natural de la hipertensión arterial (HTA). Sin embargo, los factores hemodinámicos implicados en la HTA pueden variar mucho. El objetivo de este estudio es describir los componentes hemodinámicos de la HTA incipiente según un análisis de la bioimpedancia torácica (cardiografía de impedancia).

Métodos: Estudio transversal, observacional en 64 pacientes hipertensos previamente no tratados remitidos a una Unidad de HTA para valoración. Se realizaron exploraciones clínicas y de laboratorio estándar, incluyendo MAPA y ecocardiografía. Para la determinación no invasiva de los moduladores hemodinámicos y evaluación del estado hemodinámico se usó la cardiografía de impedancia (HOTMAN®-System).

Resultados: La edad media fue de 50,0 años en 39 (60,9%) y 25 (39,1%) mujeres. La PA sistólica y diastólica fueron 144/86 mmHg, la MAPA fue 137/90 mmHg. 41 pacientes (64,1%) eran normodinámicos, 14 (21,9%) hiperdinámicos y 9 (14,1%) hipodinámicos. 13 pacientes (20,3%) eran estrictamente normales, encontrándose hasta 5 combinaciones hemodinámicas diferentes en el resto. Hipervolemia intravascular se halló en 59 pacientes (92,2%), en 21 pacientes (32,2%) como única anomalía, seguida de 22 (34,4%) con vasoconstricción, 20 (31,3%) con hiperinotropía y 18 (28,1%) con hipoinotropía. Se dieron 11 combinaciones de moduladores hemodinámicos, siendo las más frecuentes hipervolemia bien con hiperinotropía en 13 pacientes (20,3%), o con vasoconstricción o con hipocronotropía e hipoinotropía cada una en 6 pacientes (9,4%).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que diferentes moduladores hemodinámicos pueden jugar un papel importante en la HTA incidente. Encontramos una fuerte asociación entre la hipervolemia intravascular y la HTA incidente en hipertensos que debutan, mientras que anomalías en el tono vascular periférico parecen, de tener alguna relevancia, jugar un papel secundario y siempre en combinación con hipervolemia. Se necesitan estudios

longitudinales para valorar los beneficios clínicos potenciales de guiar el tratamiento farmacológico de la HTA por criterios de los moduladores hemodinámicos.

352/125. EL ABORDAJE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN INCIPIENTE SEGÚN MODULADORES HEMODINÁMICOS POR CARDIOGRAFÍA DE IMPEDANCIA NO ES SUPERIOR AL TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR

E. Rodilla Sala¹, B. Carreras Gamón², B. de Berardinis Moreno², J. Costa Muñoz¹ y J. Pascual Izuel¹

¹Hospital de Sagunto, Valencia. ²Universidad Cardenal Herrera-CEU, Castellón.

Objetivos: En la hipertensión arterial (HTA) incidente, se han descrito diferentes perfiles hemodinámicos. El objetivo de este estudio es valorar la hipótesis de que la elección de fármacos antihipertensivos en función del perfil hemodinámico individual de cada paciente puede obtener un control de la HTA mejor que con el tratamiento clínico estándar.

Métodos: Estudio longitudinal en 64 pacientes hipertensos previamente no tratados remitidos a una Unidad de HTA para valoración. Se realizaron exploraciones clínicas y de laboratorio estándar, incluyendo MAPA y ecocardiografía. Para la determinación no invasiva de los moduladores hemodinámicos y evaluación del estado hemodinámico se usó la cardiografía de impedancia (HOTMAN®-System). 30 pacientes (46,9%) fueron asignados de manera aleatoria al grupo de tratamiento estándar (Grupo-S), mientras que el resto de los pacientes, 34 (53,1%), formaron parte del grupo cuyo tratamiento se derivó de las mediciones hemodinámicas (Grupo-H). Todos los pacientes acudieron a una segunda visita a los 6 meses.

Resultados: No hubo diferencias significativas en la visita basal entre los dos grupos en variables antropométricas o cifras de PA sistólica y diastólica clínicas ni ambulatorias: 146/87 y 138/91 mmHg (grupo-S) vs 154/85 y 136/88 mmHg (Grupo-H). En la visita de seguimiento, ambos grupos mostraron una reducción significativa de la PA clínica y ambulatoria, sin diferencias significativas entre grupos: 128/77 y 123/80 mmHg en el Grupo-S vs 128/78 y 124/80 mmHg en el Grupo-H. El número de antihipertensivos usados fue ligeramente mayor en el Grupo-S, pero no alcanzó diferencias significativas (1,27 vs 1,06, p = 0,17). El uso de diuréticos fue mayor en el Grupo-H que en el Grupo-S (23/3; OR: 18,8, p < 0,001), mientras los IECAS (11/3; OR: 4,2, p = 0,007), los ARA2 (17/6; OR: 3,2, p = 0,001) y los calcioantagonistas (7/2; OR: 4,0, p = 0,045) fueron utilizados con una frecuencia significativamente mayor en el Grupo-S. Es interesante señalar que la prevalencia de la anomalía hemodinámica más frecuente en el Grupo-H, la hipervolemia intravascular, no varió en relación con la visita basal.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que el manejo de pacientes con hipertensión incipiente según moduladores hemodinámicos por cardiografía de impedancia no fue superior al tratamiento clínico estándar para alcanzar el control de la PA. Futuros estudios deberán evaluar si se necesitan mayores dosis y un tratamiento más intensivo para conseguir los objetivos terapéuticos señalados por los moduladores hemodinámicos.

352/134. OBESIDAD, PRESIONES ARTERIALES CENTRALES Y RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES CON PREHIPERTENSIÓN Y PREDIABETES. EVOLUCIÓN A 24 MESES

R. Cabrera Sole¹, C. Turpin Lucas¹, L. Urrego Rivera², S. Ruiz García¹ y E. Stephan Luepke³

¹Hospital General Universitario de Albacete. ²Centro de Salud n.º 6, Albacete. ³Huddersfield Royal Infirmary, Reino Unido.

Objetivos: Es conocido el hecho que los pacientes (P) con prehipertensión y prediabetes (PRE HTA, PREDB), tienen una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares, y por tanto un riesgo mayor de mortalidad, sin embargo, la incidencia de obesidad (OB) en ellos es menos conocida, siendo también otro importante factor de riesgo. Objetivo: evaluar la frecuencia de obesidad en pacientes diagnosticados de PREHTA Y PREDB y su evolución al cabo de 24 meses de seguimiento.

Métodos: De un grupo de 4.000 P hemos estudiado a 215 P (155 diagnosticados de PREHTA, edad media de 59 ± 8 años, de acuerdo a criterios de la Sociedad Europea de Hipertensión y riesgo vascular y otros 85 P, edad media de 61 ± 7 años, diagnosticados de PREDB con cifras de glucemia en ayunas entre 100-125 mg/dl). A todos se le midió el índice de masa corporal ($IMC > 30$) y se les controló cada 6 meses durante 24 meses, y se les midió al principio y al final del estudio las presiones centrales y la rigidez arterial mediante el índice de aumento (AI) utilizando un aparato de Movil graph®. Asimismo, se valoró el porcentaje de P que empezaron a recibir tratamiento medicamentoso por su médico de cabecera. Se compararon los datos del inicio y del final del estudio.

Resultados: En el grupo de PREHTA vs PREDB, encontramos que tenían un $IMC > 30$, 45 P vs 75 P ($p < 0,05$) al inicio y al final 53 P vs 82 respectivamente ($p < 0,05$) mientras la TA sistólica central inicial fueron de 127 ± 3 vs 129 ± 3 (NS), mientras que la TA diastólica central fueron 87 ± 3 vs 84 ± 4 (NS). El índice de aumento fue al inicio en el PREHTA vs PREDB de 21 ± 3 vs 23 ± 3 (NS) y al final 29 ± 5 vs 28 ± 4 ($p < 0,05$ respecto al inicial para ambos). Al finalizar el estudio fueron diagnosticados y tratados como hipertensos 32 P en el grupo PREHTA Y 18 en PREDB, mientras que fueron diagnosticados y tratados de diabetes 12 P en el primer grupo y 22 en el segundo.

Conclusiones: De acuerdo a nuestros datos, debemos prestar especial atención a aquellos pacientes diagnosticados de PREHTA y PREDB, dado que tienen un riesgo cardiovascular mayor y con el tiempo desarrollan HTA y DM lo que sumado a un IMC mayor que tienen aumenta aún más su riesgo. Por tanto, consideramos conveniente incrementar las recomendaciones sobre prevención y hacer un seguimiento más estricto de los mismos.

352/150. HIPERTENSIÓN REFRACTARIA: ¿LA DIAGNOSTICAMOS CORRECTAMENTE?

M. Póveda García¹, M. del Pino y Pino¹, R. Alarcón² y T. Parreño²

¹Hospital Torrecárdenas, Almería. ²Universidad de Almería.

Objetivos: Este trabajo tiene como objetivos: valorar la concordancia existente entre la medición de tensión arterial a través de la MAPA, AMPA y consulta del paciente con diagnóstico de HTA refractaria y valorar el grado de afectación de órgano diana entre los hipertensos refractarios y pseudorefractarios.

Métodos: Se trata de un estudio epidemiológico observacional, descriptivo transversal, que se ha realizado a los pacientes con diagnóstico de hipertensión refractaria, es decir, pacientes con presión arterial que permanece elevada a pesar del uso de tres antihipertensivos diferentes a dosis óptimas, siendo uno de ellos un diurético, asociados a modificaciones en el estilo de vida.

Resultados: Se incluyeron un total de 112 pacientes de los cuales se confirmó el diagnóstico de hipertensión refractaria a través de la realización de MAPA en tan solo el 61,6% (69) de los pacientes. De dichos pacientes con HTAR la edad media fue de 48,8 años ($\pm 13,34$ años). El 40,6% fueron mujeres, 59,4% varones. Las características antropométricas de la población estudiada fueron: peso medio 76,6 kg ($\pm 10,52$ kg), talla media 1,68 cm ($\pm 7,8$ cm), índice de masa corporal medio 26,67 kg/m² ($\pm 3,5$ kg/m²) El 43,5% de los pacientes con HTAR presentaban obesidad. Respecto al hábito tabáquico el 18% de la muestra eran fumadores. Al correlacionar la hipertensión refractaria con la aparición de lesión subclínica de

órgano diana obtuvimos que 84% presentaban microalbuminuria. El 44,9% tienen una enfermedad renal crónica estadio 3 con filtrado glomerular medio de la muestra de 59 ml/min. El 56,5% presentaba hallazgos ecocardiográficos de hipertrofia de ventrículo izquierdo. En la realización de fondo de ojo apareció que un 64% de los pacientes presentaban retinopatía hipertensiva. El 24,6% a pesar de no referir clínica de arteriopatía periférica destaca un índice tobillo brazo patológico. Se analizó el patrón de tensión arterial por la MAPA con resultado de que el 63,9% presentaban un patrón dipper, el 19,4% non dipper, el 16,7% riser.

Conclusiones: Destacar la importancia de la confirmación del diagnóstico de hipertensión refractaria a través de la realización de la monitorización ambulatoria de la presión arterial. Los pacientes con hipertensión refractaria presentan una alta prevalencia de lesión subclínica de órgano diana, siendo las lesiones más prevalentes a nivel renal y retiniano.

Hipertensión clínica y comorbilidad

352/30. ANÁLISIS DEL RIESGO VASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON PSORIASIS

S. Muñoz Troyano¹, M. Baena López² y E. Lozano Hernández¹

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

Objetivos: La psoriasis es una enfermedad autoinmune que se asocia a otras enfermedades de riesgo cardiovascular como la diabetes mellitus. (DM) y la hipertensión arterial. Con este estudio nos proponemos estudiar los siguientes objetivos: 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: 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 y consulta de cardiología, se excluyeron los trasladados y los exitus. Obtuvimos un total de 180 pacientes, de los cuales excluimos 49 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.

352/32. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COMORBILIDADES DE PACIENTES HIPERTENSOS NONAGENARIOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Osuna Sánchez, R. Martín-Vivaldi Jiménez y A. Matas Cobos

Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de edad igual o mayor a 90 años ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial como una de sus patologías.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes mayores de 90 años ingresados en medicina interna por cualquier patología desde enero a diciembre del 2016 con hipertensión arterial. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

Resultados: Hubo un total de 109 pacientes ingresados mayores de 90 años. De los cuales un 67,9% eran mujeres. La media de edad fue de 92,78 años (90-103). Un 18,3% de los pacientes estaban institucionalizados, un 57,8% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un 27,5% eran parcialmente dependientes para todas ABVD. Un 67,8% era de etnia caucásica, un 30,6% bereber y un 1,6% eran judíos. Con respecto a los antecedentes personales un 36,7% IRC; 40,4% ICC; 36,7% cardiopatía isquémica previa; 30,3% DM; 41,3% FA; 14,8% EPOC; 30,3% dislipemia; un 14,7% neoplasia (activa o no); y un 18,3% antecedentes de ACV. Como hallazgo importante un 33,9% de los pacientes presentaba deterioro cognitivo en algún grado. Un 78,9% de los pacientes había presentado al menos un ingreso en los 12 meses previos, y un 27,9% 2 o más ingresos previos. Hasta un 90,7% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $12,43 \pm 9,52$ días, siendo exitus el 46,8% de los pacientes.

Conclusiones: El número de ingresos de pacientes nonagenarios está aumentando, con predominio del sexo femenino. La hipertensión es una de las comorbilidades más frecuentes y que conllevan mayor dificultad en el manejo clínico del paciente junto con mayor mortalidad.

352/34. CAUSAS DE INGRESO Y MORTALIDAD COMPARADA EN LOS PACIENTES NONAGENARIOS CON HTA

J. Osuna Sánchez, M. Requena Pou, A. Fernández Ruiz
y J. Ampuero Ampuero

Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de edad igual o mayor a 90 años ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial como una de sus patologías.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes mayores de 90 años ingresados en medicina interna por cualquier patología desde enero a diciembre del 2016 con hipertensión arterial. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, la mortalidad, así como antecedentes personales junto con la sección en la que eran ingresados dentro del servicio. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

Resultados: Hubo un total de 109 ingresados mayores de 90 años, de los cuales un 67,9% eran mujeres. La media de edad fue 92,78 años (90-103). Un 18,3% de los pacientes estaban institucionalizados, un 57,8% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un 27,5% eran parcialmente dependientes para todas ABVD. Hasta un 90,7% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. Un 67,8% era de etnia caucásica, un 30,6% bereber y un 1,6% eran judíos. El mayor número de ingresos fueron de causa neumológica con 34,9%, seguido de cardiología con un 29,4% y neurología con 12,8%. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $12,43 \pm 9,52$ días, siendo exitus el 46,8% de los pacientes. Dentro de la mortalidad un 31,4% fueron neumológicos, un 27,5% cardiológicos y un 19,6% neurológicos.

Conclusiones: Es conocido que la HTA es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de una enfermedad cardiovascular, y que ésta sigue siendo la primera causa de muerte en la población occidental. La necesidad de tratamiento de la HTA en la población anciana es un hecho ya ampliamente demostrado en numerosos ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo, en los que el tratamiento antihipertensivo se asocia a una reducción del riesgo de presentar una complicación cardiovascular y fallecimiento por complicaciones derivadas de la patología de base. En nuestro estudio queda demostrado que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para presentar una evolución tórpida en la planta de medicina interna. Los fallecimientos están relacionados sobre todo con enfermedades con una base etiopatogénica de arterioesclerosis y problemas cardiovasculares.

352/35. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA

J. Osuna Sánchez, C. Olmo Azuaga, B. Corbi Pino
y J. Ampuero Ampuero

Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de edad igual o mayor a 90 años ingresados en de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes mayores de 90 años ingresados en medicina interna por cualquier patología desde enero a diciembre del 2016 con hipertensión arterial. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad, realizando posteriormente un estudio bivariante no paramétrico para analizar la mortalidad comparada de ambos grupos de estudio.

Resultados: Hubo un total de 135 pacientes ingresados mayores de 90 años. De los cuales un 67,4% eran mujeres. La media de edad fue de 92,87 años (90-103). Un 14,8% de los pacientes estaban institucionalizados, un 57% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un 29,6% eran parcialmente dependientes para todas ABVD. Un 67,9% era de etnia caucásica, un 30,6% bereber y un 1,5% eran judíos. Con respecto a los antecedentes personales un 80,7% referían HTA. Un 52,3% de los pacientes había presentado al menos un ingreso en los 12 meses previos, y un 20,7% 2 o más ingresos previos. Hasta un 87,3% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $13,613 \pm 10,95$ días, siendo exitus el 49,6% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no hipertensión arterial nos encontramos que no existían diferencias estadísticamente significativas en el sexo ($p < 0,488$), estancia media ($p < 0,478$) ni la mortalidad ($p < 0,128$).

Conclusiones: Pese a que observamos una tendencia más acentuada al fallecimiento en los pacientes con hipertensión en planta de medicina interna, no se ha podido establecer de manera estadística, pensamos que estas diferencias existen realmente, pero debido al corto número de la muestra no lo hemos podido demostrar.

352/38. PERFIL CLÍNICO DE HIPERTENSOS EN TRAUMATOLOGÍA, ¿SON NECESARIOS LOS INTERNISTAS?

J. Osuna Sánchez, E. Navarro Guerrero, S. Cortiñas Jurado
y J. Ampuero Ampuero

Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en la unidad de traumatología de nuestro centro en el año 2016 con hipertensión arterial, analizando tanto sus características demográficas como sus comorbilidades.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología a lo largo del año 2016. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta del servicio correspondiente junto con la revisión de historias clínicas de atención primaria u otros ingresos hospitalarios en otras unidades. Se ha realizado un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

Resultados: Hubo un total de 366 pacientes ingresados de los cuales 118 eran hipertensos. El 67,8% eran mujeres y un 32,2% hombres. La estancia media fue de 6,55 días. La media de edad fue de $72,53 \pm 11,80$. Un 25,7% tenían cierto nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Con respecto a los antecedentes personales un 16,9% presentaban ICC; DM 44,9%; enfermedad coronaria 23,7%; dislipemia 50%; 35,6% anemia; 7,6% FA; 11% algún tipo de neoplasia (activa o no) entre los más destacables. El diagnóstico más común fue la prótesis de cadera 43,2%. En un 25,4% de los pacientes se realizó una interconsulta al servicio de medicina interna. Un 70,1% de los pacientes ingresados en la unidad padecía dos o más patologías y un 64,7% tomaban más de 5 fármacos (12,3% más de 10 fármacos). Un 4,2% de los pacientes fallecieron durante el ingreso.

Conclusiones: En nuestro estudio queda demostrado la necesidad de un internista en la planta de traumatología sobre todo en los pacientes que presenten hipertensión arterial, ya que los pacientes ingresados en esta unidad presentan un perfil de comorbilidad muy elevado, que hace necesario un manejo clínico muy fino para evitar las descompensaciones que podrían producirse por las intervenciones realizadas.

352/39. MAYORES DE 65 AÑOS CON HTA EN TRAUMATOLOGÍA, ¿ES NECESARIO UN INTERNISTA?

J. Osuna Sánchez, M. Yakoubi Badah y J. Ampuero Ampuero

Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en la unidad de traumatología de nuestro centro en el año 2016 con hipertensión arterial y con una edad igual o superior a 65 años, analizando tanto sus características demográficas como sus comorbilidades.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología a lo largo del año 2016 con edad igual o superior a 65 años. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Se han analizado los informes de alta. Se ha realizado un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia.

Resultados: Hubo un total de 366 pacientes ingresados de los cuales 85 eran hipertensos mayores de 65 años. El 74,1% eran mujeres. La estancia media fue de 7,27 días. La media de edad fue de $78,25 \pm 7,77$. Un 58,9% tenían cierto nivel de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Con respecto a los antecedentes personales un 21,2% presentaban ICC; DM 44,7%; enfermedad coronaria 28,2%; dislipemia 50,6%; 43,5% anemia; 8,2% FA; 11,8% algún tipo de neoplasia (activa o no) entre los más destacables. El 16,5% presenta algún tipo de deterioro del nivel cognitivo. El diag-

nóstico más común fue la prótesis de cadera 43,2%. En un 41,2% de los pacientes se realizó una interconsulta al servicio de medicina interna. Un 77,4% de los pacientes ingresados en la unidad padecía dos o más patologías y un 67,1% tomaban más de 5 fármacos (13,1% más de 10 fármacos). Un 4,7% de los pacientes fallecieron durante el ingreso.

Conclusiones: Hasta un 77,4% de los pacientes ingresados en la unidad de traumatología son pluripatológicos, y un 67,1% tomaban más de 5 fármacos, eso unido a que casi en la mitad de los pacientes ingresados en esta unidad (41,2%) se ha realizado una hoja de interconsulta a nuestra unidad ponen de manifiesto la necesidad imperiosa de un internista en este ámbito para el control de su patología.

352/41. HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN LOS ICTUS

J. Osuna Sánchez, M. Requena Pou, M. Yakoubi Badah y J. Ampuero Ampuero

Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes hipertensos con enfermedad cerebrovascular (ECV) en un hospital comarcal, analizando si la hipertensión arterial como comorbilidad es un factor determinante en la mortalidad.

Métodos: Análisis descriptivo transversal de pacientes con hipertensión arterial que sufrieron una enfermedad cerebrovascular ingresados en nuestro servicio desde Enero a Diciembre 2015. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que padecían los pacientes. Se dividió la población en dos grupos atendiendo al tipo de patología, Isquémica vs Hemorrágica y se realizó un estudio descriptivo de las características de cada uno de los grupos mediante sus frecuencias y comparando sus medias y un análisis estadístico bivariante, comparando las variables cualitativas mediante el test de la chi cuadrado y las variables cuantitativas con el test de la U de Mann Whitney.

Resultados: Hubo un total de 106 pacientes, con una edad de $71,08 \pm 13,53$ años (rango: 32-95), de los que el 52,8% eran mujeres. De la población total, 83 pacientes (79%) conformaban el grupo de ECV isquémica y 22 pacientes (21%) pertenecían al grupo de ECV hemorrágica. La estancia media de los pacientes fue $9,99 \pm 10,53$. Tan solo el 71,7% de los pacientes tenían seguridad social y un 40,6% eran de raza bereber. La mortalidad fue de un 16% (17 pacientes). Un 68,9% de los pacientes eran HTA, 37,7% padecían DM y 22,6% DLP como comorbilidades destacadas. Se dividió a los pacientes entre hipertensos y no hipertensos analizando la mortalidad en ambos grupos sin que se hayan observado diferencias estadísticamente significativas (17,80% vs 12,12%, $p < 0,333$). Seguidamente se dividió a los pacientes entre ictus isquémico e ictus hemorrágicos analizando la mortalidad dependiente de HTA en cada uno de los grupos. Dentro de los ictus isquémicos no se han observado diferencias estadísticamente significativas (12% vs 15,51%, $p < 0,482$). En el grupo de ictus hemorrágicos tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas (12,50% vs 28,75%, $p < 0,380$).

Conclusiones: En nuestro estudio se observa como los pacientes con hipertensión arterial que padecen un accidente cerebrovascular tienen mayor comorbilidad y suelen presentar una evolución clínica más tórpida con una mayor mortalidad. Se observan en todas las series una tendencia (más acentuada en la de ictus hemorrágico) a la mortalidad en pacientes con hipertensión arterial sin que esta llegue a ser estadísticamente significativa, esto es debido probablemente al pequeño tamaño muestral, actualmente seguimos recopilando datos para ver los resultados de manera más verídica.

352/93. CONTROL EN UN ÁREA DE SALUD DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR

J. López de la Iglesia¹, S. Ondicol Rodríguez¹, S. Anselmi González¹, L. Alvarado Machón¹, M. Ajenjo González² y E. Tobal Vicente¹

¹Centro de Salud Condesa, León. ²Centro de Salud San Andrés del Rabanedo, León.

Objetivos: El control de la TA a nivel asistencial supera actualmente en España el 60%. La guía ESH/ESC lo objetiva en < 140/90 mmHg, en mayores de 80 años < 150/90. Conseguir estos objetivos se hace más necesario en pacientes con ECV (CI, AP y ACV especialmente), IC, ERC y diabéticos. La administración de AINEs incrementa las cifras de TA y el riesgo de desarrollar episodios vasculares sobre todo en estos pacientes. Los objetivos del estudio son conocer el grado de control de PA en hipertensos con ECV (CI, ACV, EAP), IC, ERC o diabetes y conocer la prescripción de AINEs por el médico de familia en estos grupos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Muestreo aleatorio de todos los pacientes registrados con HTA+ ECV o IC (14.343 pacientes) o diabetes (17.450), o ERC (1.987) > 14 años, de un área con 320.000 tarjetas sanitarias. Revisión de 1.480 historias con ECV/IC, 1.815 de diabetes y 200 con ERC de 296 médicos de familia. Variables: filiación; hipertensos con ECV, ICC, diabetes, ERC; última TA < 3 meses, sino toma en la consulta médico/enfermera; antihipertensivos; consumo de AINEs durante 1 año.

Resultados: Pacientes 3.495 (392 ≥ 80 años). Varones 62,1%. La TAS no está en objetivos: diabéticos (44,5%), AP (44,3%), ACV (39%), ERC (38,7%), CI (37,3%), La TAD cumple objetivos en todos los grupos, media 77,2 mmHg (DT 10,5). Toman IECA el 28,8%, los utilizan más con CI (36,9%) y AP (32,3%). ARAII 31,4%, los utilizan más con diabetes y con ACV. Calcioantagonistas 20%, (diabéticos y pacientes con AP los más consumidores). Betabloqueantes especialmente en CI e IC. Los diuréticos son los más utilizados (41,2% de todos los pacientes). El 43,7% toma 2 tipos de antihipertensivos (la mayoría, terapia combinada), el 21,5% ≥ 3. Tomaron AINEs durante ese año: el 28,7% de hipertensos con ECV (IC del 95% 25,6-29,8), el 82% < 1 mes al año, el 38,4% de hipertensos diabéticos, 14,5% de IC y el 23% de hipertensos con ERC.

Conclusiones: Los resultados reflejan que controlamos peor la TA en diabéticos (55,5% bien controlados) y en pacientes con AP que en ERC, ACV o CI (62,7% bien controlados). Los antihipertensivos más usados son diuréticos. El 65% de los pacientes consumen ≥ 2 fármacos, casi siempre en combinación. Prescribimos AINEs casi al 30% de los pacientes con ECV, al 23% de los que tienen ERC, casi al 15% con IC y a más del 38% de los hipertensos diabéticos.

352/117. ¿ALCANZAMOS LOS OBJETIVOS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR?

B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán¹, L. Pérez Benito¹ y M. Sánchez Chaparro²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de mortalidad y hospitalización en la población española. El sustrato anatomofisiopatológico es la arterioesclerosis, proceso multifactorial al que contribuyen numerosos factores de riesgo cardiovascular (FRCV), siendo los más frecuentes: hipercolesterolemia, tabaquismo, hipertensión arterial y diabetes mellitus. La dislipemia se asocia frecuentemente a otros FRCV con los que tiene un efecto sinérgico. La dislipemia es uno de los principales FRCV modificables, bien con hábitos higiénico-dietéticos o con

fármacos. Las guías europeas, recomiendan un objetivo LDLc < 70 mg/dl en pacientes con cardiopatía isquémica. Nuestro objetivo es analizar el tratamiento hipolipemiante prescrito al alta y durante el seguimiento en un grupo de pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye 205 pacientes hospitalizados en nuestro servicio por SCA entre febrero 2016 y febrero 2017; a todos se les recomendó en el informe de alta realizar nuevo control lipídico a los 3 meses y, en caso de no conseguir el nivel LDLc objetivo, añadir ezetimibe.

Resultados: La edad media fue de 64,7 años, con predominio del sexo masculino (70,7% eran varones). En cuanto a comorbilidad: el 56,1% eran hipertensos, el 29,7% diabéticos, el 36,1% dislipémicos y el 25,8% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. El 47,8% de los ingresados sufrió IAMCEST, 34,1% IAMSEST, 18% angor inestable. Durante el ingreso, se determinaron los niveles lipídicos en el 98%, con un LDL medio de 126,8 mg/dl; en el 85,8% se prescribió una estatina de alta potencia. A los 3 meses, sólo al 36,1% se realizó control analítico, cifra que aumentó al 74,1% a los 9 meses. La reducción media de LDLc fue 32 mg/dl (mayor en no dislipémicos antes del evento, $p < 0,005$). El 56,1% no alcanzó los niveles de LDLc recomendados (LDL < 70 mg/dl), pero, sin embargo, sólo se modificó el tratamiento a 23,5% (27 pacientes): a 18 pacientes se les añadió ezetimiba, a 9 se les cambió de estatina. Durante el seguimiento la dosis y/o potencia de estatina se redujo en el 18% de los pacientes. En el seguimiento, hubo 5 re-ingresos por SCASEST y 1 exitus de causa cardíaca.

Conclusiones: De acuerdo con la evidencia científica, a la mayoría de nuestros pacientes les prescribimos estatinas de alta potencia tras un SCA, consiguiendo así reducir los niveles de LDLc. Sin embargo, existe un porcentaje elevado de pacientes en los que, a pesar de no alcanzar los niveles objetivo de LDLc, no se intensifica el tratamiento.

352/118. INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CRÓNICOS PLURIPATOLÓGICOS

L. Rodríguez Fernández, G. Zapico Aldea, E. Martínez Velado, M. Martín Asenjo, D. Boveda Ruiz y L. Sánchez Muñoz

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Se trata de un estudio que pretende analizar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel, a fecha 13 de diciembre del 2017, que cumplían criterios de paciente crónico y pluripatológico. Las variables sexo y edad media también han sido estudiadas, así como el promedio de ingresos en los últimos dos años (2016 y 2017, hasta el momento de recogida de datos) y el número de pastillas diarias.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes cedidos por el Servicio de Admisión de un hospital de tercer nivel, como crónicos pluripatológicos. Los datos analizados fueron sexo, edad media, factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes mellitus y dislipemia), número de ingresos en los últimos 24 meses y número de pastillas de toma diaria.

Resultados: Obtenemos una muestra de un total de 128 pacientes, con una media de edad de 75.5 años, de los cuales 62 (48,4%) son mujeres y 65 (51,6%) son varones. Respecto a factores de riesgo cardiovascular, 109 (85,2%) son hipertensos, 63 (49,2%) presentan diabetes mellitus y 61 (47,6%) dislipemia. El promedio de ingresos en los últimos 24 meses es de 2,21 ingresos/persona, teniendo sólo un ingreso (el actual) 56 (43,8%) pacientes, dos ingresos 33 (25,8%) pacientes, tres ingresos 16 (12,5%) pacientes, cuatro ingresos 15 (11,7%) pacientes y cinco o más ingresos 7 (5,5%) pacientes. En cuan-

to al tratamiento farmacológico se ha analizado el número de pastillas diarias (entendiéndose como una pastilla la posible combinación de varios fármacos) siendo la media de 7,5 pastillas/día/paciente.

Conclusiones: Mayor número de varones crónicos pluripatológicos. Incidencia de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, seguida en menor medida de diabetes y dislipemia. Incidencia media de ingreso hospitalario del paciente crónico pluripatológico de 2,21 ocasiones en 24 meses. Alta prevalencia de pacientes polimepicados con una media de 7,5 pastillas diarias.

352/121. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS EN LOS PACIENTES FALLECIDOS EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DE SU INGRESO HOSPITALARIO

L. Rodríguez Fernández, G. Zapico Aldea, E. Martínez Velado, E. Tapia Moral, S. Gutiérrez González y J. Gómez Barquero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos: Este estudio pretendió conocer la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y dislipemia (D) en los pacientes que fallecieron en las primeras 24 horas tras su ingreso en el servicio de Medicina Interna en el año 2016. Así como la edad media de los mismos, la distribución por sexos, el lugar de procedencia, la estación y turno en el cual tuvo lugar el fallecimiento y el motivo por el que ocurrió.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo a través de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna en un hospital de tercer nivel durante el año 2016 que fallecieron en las primeras 24 horas tras su ingreso. Se analizaron los siguientes datos: años del paciente, sexo, antecedente de HTA, D y DM, estado basal al ingreso dividiéndolos en dos grupos para facilitar su análisis (dependientes o que precisaran supervisión o completamente independientes), lugar de procedencia al ingreso, estación del año y turno durante el que produjo el éxito, así como el diagnóstico inicial que llevó al mismo.

Resultados: De los 523 paciente fallecidos durante 2016 tras el ingreso en Medicina Interna, 83 ocurrieron en las primeras 24 horas. De ellos, el 54,2% eran mujeres y 38 varones, con una media de edad de 82,5 años. Solo un 9,6% se encontraban institucionalizados. El 61,4% (51 pacientes) eran hipertensos, 18 pacientes eran diabéticos, y 19 dislipémicos, padeciendo conjuntamente HTA y DM: 12 pacientes (14%), DM y D: 6 pacientes (7%), HTA y D: 14 de los mismos (17%) y presentando los tres factores de riesgo otros 5 (6%). La estación del año y el turno que mayor número de fallecidos presentó fue el invierno con un 33,7% y el nocturno con un 37,3% respectivamente. La etiología desencadenante más frecuente en el global de la serie fue la infecciosa con un 43,4% de los fallecidos en el primer día de ingreso, teniendo un mayor porcentaje en los pacientes diabéticos de nuestro estudio que fallecieron por esta causa 11, siendo un 61% de los fallecidos diabéticos. Por el contrario, las infecciones fueron el desencadenante del fallecimiento de 22 pacientes que únicamente padecían hipertensión (43,1%).

Conclusiones: Elevada prevalencia de hipertensión en nuestra serie. Gran número de pacientes no institucionalizados. Infecciones como primera etiología desencadenante del éxito. Diabéticos mayor riesgo de infecciones letales.

352/130. ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA EN HTA. PERÍODO 2007-2016

A. Ibáñez Celestino¹, I. Aragón González¹ y J. Segura de la Morena²

¹Universidad Carlos III, Madrid. ²Hospital Universitario
12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar la producción científica en hipertensión arterial, (HTA), en el período de 2007-2016 mediante la extracción de

datos de la base de datos Scopus. Establecer la evolución de las publicaciones, capacidad idiomática de los autores, la interdisciplinariedad en la materia, así como el nivel de colaboración entre países, autores, instituciones y comunidades autónomas.

Métodos: Se realizó la búsqueda mediante filtros y operadores booleanos con términos específicos derivados de los tesauros utilizados en la base de datos, de la forma más exhaustiva y pertinente en Scopus, de los registros relacionados con hipertensión arterial producidos por autores españoles. Los registros han sido exportados por tandas en formato CSV (valores separados por comas), y tratados con el programa Microsoft Excel. Se han tratado los datos mediante fórmulas y tabulados separados por años y categorías, para por fin poder analizarlos mediante indicadores bibliométricos.

Resultados: Se analizan 12.450 artículos pertenecientes a 2.357 revistas asignadas a 13 temáticas distintas, todas del ámbito de Ciencias de la Salud. Un total de 110.237 firmas distribuidas entre 56.338 autores de 125 países diferentes distribuidos por todos los continentes del mundo. En los 10 años de producción, el promedio de autores varía entre 7 y 12 por cada artículo, mientras, apenas un 3% de los artículos han recibido más de 100 citas.

Conclusiones: Se confirma el alto nivel de colaboración en esta rama de la medicina, tanto entre autores, instituciones y países. Se cumple la Ley de Bradford. Existe una relación a que cuanto menor es el porcentaje de citas de un documento, mayor son el número de autores. La hipertensión arterial tiene un alto nivel de interdisciplinariedad, dado que es un factor de riesgo que influye a otras áreas.

352/152. ¿HAY DIFERENCIAS EN CUANTO A LA PREVALENCIA DE ARTROSIS EN PERSONAS HIPERTENSAS CON RESPECTO A PERSONAS NO HIPERTENSAS?

M. Pena Arnaiz, K. Rodríguez Pérez, M. Lemes Arrocha, N. Giménez González, R. Llovet Font y M. Calderó Solé

CAP Mollerussa, ABS Pla d'Urgell, Lérida.

Objetivos: Determinar la prevalencia de artrosis en personas hipertensas, y comparar dicha prevalencia en personas hipertensas sin artrosis.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población de referencia incluye un total de 8.293 personas atendidas en las consultas de Atención Primaria, procedentes de una región sanitaria semi-urbana de una provincia española, adscritas al sistema público de salud. Se seleccionaron aquellos pacientes mayores de 18 años. De la población de referencia, se procedió a determinar la frecuencia de las personas diagnosticadas de hipertensión arterial (HTA). Posteriormente, se determinó el número de personas hipertensas diagnosticadas de artrosis y se comparó con las personas no hipertensas con artrosis.

Resultados: La prevalencia global de personas con hipertensión en la población de referencia fue del: 26,58%, IC95% [25,65-27,55]. La prevalencia global de personas con artrosis fue del 15,29%, IC95% [14,53-16,08]. La prevalencia de artrosis entre las personas hipertensas fue del: 31,33%, IC95% [29,44-33,31]. La prevalencia de artrosis en las personas no hipertensas fue del 9,47%, IC95% [8,77-10,24]. Las diferencias en cuanto a la prevalencia de artrosis entre las personas hipertensas con respecto a las no hipertensas fue estadísticamente significativa chi-cuadrado (p-valor < 0,01).

Conclusiones: A la vista de los resultados obtenidos, podemos concluir que en la población estudiada hemos observado que la prevalencia de artrosis es significativamente mayor en las personas hipertensas (31,33%), respecto a las personas no hipertensas (9,47%). A su vez, la prevalencia global de personas con hipertensión y artrosis en la población de referencia fue del 26,58% y de 15,29% respectivamente. En base a la evidencia actual, una nueva clasificación sugirió incluir el síndrome metabólico, entre los facto-

res de riesgo de padecer artrosis de rodilla. En la artrosis relacionada con el síndrome metabólico, la obesidad puede ser el principal mecanismo patogénico. Sin embargo, los estudios observacionales han sugerido que otros componentes del síndrome metabólico, como la hipertensión arterial, puede ser un factor de riesgo independiente para artrosis de rodilla. La relación entre la hipertensión arterial y la artrosis sigue siendo poco conocida. Son necesarios más estudios que ayuden a aportar más evidencia en este campo de conocimiento.

352/156. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE DISPEPSIA EN PACIENTES HIPERTENSOS RESPECTO A LOS NO HIPERTENSOS

M. Pena Arnaiz, M. Lemes Arrocha, M. Canes Niubó, M. Abellana Sangrà, V. Sánchez Fernández y M. Calderó Solé

CAP Mollerussa, ABS Pla d'Urgell, Lérida.

Objetivos: Determinar la prevalencia de dispepsia en personas hipertensas, y comparar dicha prevalencia en personas con dispepsia no hipertensas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población de referencia incluye un total de 8.293 personas atendidas en las consultas de Atención Primaria, procedentes de una región sanitaria semi-urbana, adscritas al sistema público de salud. Se seleccionaron aquellos pacientes mayores de 18 años. De la población de referencia, se procedió a determinar la frecuencia de las personas diagnosticadas de hipertensión arterial (HTA). Posteriormente, se determinó el número de personas hipertensas diagnosticadas de dispepsia y se comparó con las personas no hipertensas con dispepsia.

Resultados: La prevalencia global de personas con hipertensión en la población de referencia fue del: 26,58%, IC95% [25,65-27,55]. La prevalencia global de personas con dispepsia en la población fue del 21,13%, IC95% [20,27-22,03]. La prevalencia de dispepsia entre las personas hipertensas fue del: 35,82%, IC95% [33,85-37,85]. La prevalencia de dispepsia en las personas no hipertensas fue del 15,81%, IC95% [14,92-16,76]. Las diferencias en cuanto a la prevalencia de dispepsia entre las personas hipertensas con respecto a las no hipertensas fue estadísticamente significativa, con una chi-cuadrado (p -valor < 0,01).

Conclusiones: Analizando los resultados, podemos concluir que en la población estudiada la prevalencia de dispepsia fue un 14,69% mayor en personas con HTA (35,82%) que en el global de la población (21,13%). Mientras que, por el contrario, el grupo con menos prevalencia de dispepsia fue el de personas sin HTA (15,81%), siendo en éste caso un 5,32% menos prevalente que en el global de la población (21,13%). Estudios recientes, como el publicado en octubre de 2017 en The Journal of Clinical Gastroenterology, han establecido una asociación entre personas con enfermedad por reflujo gastro-esofágico y la hipertensión arterial, llegando a concluir que el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (omeprazol) puede llegar a mejorar el control de la hipertensión. Nuestro estudio detecta significativamente una prevalencia mayor de dispepsia en personas hipertensas. Son necesarios más estudios que ayuden a dilucidar los mecanismos que subyacen a la relación entre ambas entidades patológicas.

352/164. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU GRADO DE CONTROL EN LOS HIPERTENSOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

F. Valls Roca¹, F. Alonso Moreno², I. Gil Gil³, A. Barquilla García⁴, M. Frías Vargas⁵ y S. Cinza Sanjurjo⁶

¹Centro de Salud de Benigamin, Valencia. ²Centro de Salud Sillería, Toledo. ³Centro de Salud de Vielha, Lérida. ⁴Centro

de Salud Trujillo, Cáceres. ⁵Centro de Salud Campohermoso, Madrid. ⁶Centro de Salud Porto do Son, La Coruña.

Objetivos: Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer grado de control de la presión arterial de los pacientes hipertensos incluidos en el Estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales de los primeros 5.944 pacientes incluidos. Se han analizado factores de riesgo cardiovascular: Diabetes, obesidad, dislipemia, hábito tabáquico, sedentarismo, y enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica. Se determinó el grado de control de la presión arterial según los criterios recogidos en las Guías ESH 2013.

Resultados: 2.873 pacientes son HTA (48,3%), su edad media fue de $64,7 \pm 12$ años, 49,7% mujeres, antigüedad de HTA $9,7 \pm 6$ años, IMC $31,1 \pm 8,9$ kg/m². La prevalencia de factores de riesgo en esta población es de: dislipemia 65,8%; diabetes 30,7%; obesidad 47,2%; fumador 13,4%; sedentarismo 35,4%. La enfermedad cardiovascular fue de 23,8%; cardiopatía isquémica 10,4%; ictus 5,5%; insuficiencia cardíaca 5,6%; enfermedad arterial periférica 7%. El grado de control de presión arterial fue: 56,7%. Hubo un mayor grado de control, no significativo estadísticamente, en mujeres (58,7%) respecto a los varones (54,7%); por grupos de edad el grado de control fue: entre 18-44 años: 51,8%; entre 45-64 años: 52,6% y en los de 65 o más años: 60,2%. El grado de control en los pacientes con diabetes fue del 49,6%.

Conclusiones: La población de hipertensos del estudio IBERICAN tiene un grado de control similar a otros estudios nacionales e internacionales. El grado de control mejora en relación con el aumento de la edad, lo que es consecuente con las cifras menos estrictas de las Guías de práctica clínica en población mayor de 80 años. El grado de control de la presión arterial en los pacientes hipertensos diabéticos es peor y debe ser manifiestamente mejorable.

352/172. INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA ZONA DE SALUD

P. Tárraga López¹, I. Sadek¹, F. Madrona Marcos¹, M. Villar Inarejos¹ y L. Tárraga Marcos²

¹EAP 5A, Albacete. ²Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Análisis de situación de la Insuficiencia Cardíaca en nuestra Zona de Salud.

Métodos: Estudio observacional transversal de los pacientes diagnosticados de Insuficiencia cardíaca mediante historia Clínica en el Programa informático "Turriano". Se analizan variables: Comorbilidades, Control Factores de riesgo cardiovascular, tratamientos, nº de enfermedades crónicas e ingresos.

Resultados: Se incluyen 161 pacientes, Edad media 81,24 años, mujeres 54,6%. Enfermedad concomitantes: HTA 95%, diabetes 42,2%, dislipemias 68,9%, tabaco 16,1%, obesidad 49,1%, neoplasias 13,7%. Un 62,2% tenía diagnosticado algún tipo de cardiopatía, siendo: 29,2% cardiopatía isquémica, 46,6% arritmias cardíacas y 20,5% valvulopatías. Más del 60% tenían entre 4 y 6 enfermedades concomitantes. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular se observa un aceptable control. Un 70% toman tratamiento de diuréticos, un 32 y 35% IECAs y ARA II. Más del 20% han tenido 1-2 ingresos en el último año, siendo la principal causa por descompensación cardíaca.

Conclusiones: Los pacientes con Insuficiencia cardíaca tienen importante número de enfermedades crónicas concomitantes, si bien hay un aceptable control FRCV.

352/174. LA IMPORTANCIA DE LA FA EN EL DESARROLLO Y TRATAMIENTO DE LA HTA

E. Capín Sampedro, J. Rubin, A. Fidalgo Arguelles y C. Moris de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivos: Describir los diferentes tratamientos de los pacientes con fibrilación auricular, tanto para control de la frecuencia como para tratamiento de los factores de riesgo asociados.

Métodos: Se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de tercer nivel entre el 1 de octubre de 2010 y el 31 de octubre de 2015.

Resultados: Se revisaron 5.720 historias encontrándose 1.201 pacientes con fibrilación auricular (21%). La media de edad de los pacientes es de 81,63 años. El 53,07% eran mujeres. Entre los tratamientos usados para controlar la frecuencia el 54,19% está con Digital, el 35,2% con b-bloqueantes, el 16,76% Ca-antagonistas y sólo el 3,9% amiodarona. El 80% de estos pacientes son hipertensos, por lo que se evaluó también el uso de IECAs en un 46% y ARAII en un 20,67%. Un 44,69% están a tratamiento con antiagregantes, un 63,13% están anticoagulados. En un 5% no están ni antiagregados ni anticoagulados y un 13,4% están con antiagregación y anticoagulación.

Conclusiones: La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente, su prevalencia aumenta con la edad, es nuestra serie encontramos que la presentan más de un 20% de los pacientes. Puesto en relación con una media de edad superior a 80 años. Es importante en estos pacientes el control de la frecuencia cardíaca, en nuestra serie el fármaco más usado es la digital, seguido de los b-bloqueantes, esto se deba probablemente a la elevada comorbilidad de nuestros pacientes. El uso de IECAs y ARA II es también elevado en relación con la elevada frecuencia de coexistencia de ambas patologías. Por edad y factores de riesgo prácticamente todos nuestros pacientes precisarían estar anticoagulados, sin embargo, sólo lo están en algo más del 60%. Esto se achacó al deterioro físico frecuente en este rango de edad y la poca literatura sobre la necesidad de anticoagulación en pacientes octogenarios. 1. El principal fármaco utilizado para control de la frecuencia es la digital, en más del 50% de los pacientes. 2. La alta prevalencia de HTA en estos pacientes conlleva tratamiento añadido con IECAs o ARAII en un alto porcentaje de pacientes. 3. Más de un 60% están anticoagulados, aunque dada la edad de los pacientes y la alta frecuencia de factores de riesgo añadidos deberían anticoagularse prácticamente todos. Aunque no hay muchos datos sobre la anticoagulación en pacientes octogenarios.

352/175. RELACIÓN DE LA MICROALBUMINURIA CON LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

F. Valls Roca¹, D. Rey Aldana², S. Cinza Sanjurjo³, J. Carrasco Martín⁴, J. Fernández Toro⁵ y L. García Matarín⁶

¹Centro de Salud de Benigamín, Valencia. ²Centro de Salud A Estrada, La Coruña. ³Centro de Salud Porto do Son, La Coruña. ⁴Centro de Salud La Lobilla, Málaga. ⁵Centro de Salud Zona Centro, Cáceres. ⁶UGC El Parador, Almería.

Objetivos: Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de microalbuminuria

y su relación con la enfermedad cardiovascular (ECV) en los pacientes hipertensos incluidos en el Estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales de los primeros 5.944 pacientes incluidos. Se consideró microalbuminuria por cociente albumina/creatinina entre 30-299 mg/g, según las Guías ESH 2013. Como enfermedad cardiovascular establecida se han analizado: cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica. También se analizó la presencia de fibrilación auricular.

Resultados: 2.873 pacientes son HTA (48,3%), su edad media fue de 64,7 ± 12 años, 49,7% mujeres, antigüedad de HTA 9,7 ± 6 años, IMC 31,1 ± 8,9 kg/m². La prevalencia de microalbuminuria en esta población de hipertensos es: 11,7%. La prevalencia de enfermedad cardiovascular fue de 23,8%; y por tipos de patología: cardiopatía isquémica 10,4%; ictus 5,5%; insuficiencia cardíaca 5,6%; enfermedad arterial periférica 7%. La prevalencia de microalbuminuria en relación a la presencia de cada una de las ECV, respecto a su ausencia fue: cardiopatía isquémica 15,6% vs 9,6%, p < 0,01; ictus 8,8% vs 5,1%, p < 0,05; insuficiencia cardíaca 7,8% vs 5,2%, p = NS; enfermedad arterial periférica 13,2% vs 6,1%, p < 0,001; fibrilación auricular 13,6% vs 7,8%, p < 0,001.

Conclusiones: La población de hipertensos del estudio IBERICAN tiene una prevalencia de microalbuminuria del 11%. Esta prevalencia es superior, de forma estadísticamente significativa, en presencia de enfermedad cardiovascular cardiovascular: cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, fibrilación auricular.

352/180. VALORACIÓN DEL EFECTO DE LA PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA (CPAP) SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

R. Callejas Martínez¹, G. Estrada Trigueros², L. Calle García¹, M. Heras Benito¹, M. Fernández-Reyes Luis¹ y M. Rodríguez Gómez¹

¹Servicio de Nefrología, Hospital General de Segovia. ²Servicio de Neumología, Hospital General de Segovia.

Objetivos: El síndrome de apnea del sueño (SAS) es un trastorno crónico, caracterizado por episodios repetidos de apnea-hipoapnea durante el sueño, con despertar nocturno y somnolencia diurna. Su prevalencia se estima en un 7% de la población general y es mayor entre la población hipertensa. Los factores de riesgo para esta enfermedad incluyen la obesidad, la edad avanzada, sexo varón e historia familiar. El SAS es una causa conocida de hipertensión secundaria y resistente. Nuestros objetivos: conocer prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en una cohorte de pacientes con diagnóstico reciente de SAS y valorar el efecto del uso de la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) sobre el control de la presión arterial (PA).

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se estudiaron 27 pacientes con diagnóstico de novo de SAS grave. Se registraron datos sociodemográficos, antecedentes cardiovasculares y tratamientos previos. Se realizó en periodo basal y dos meses después de haber iniciado CPAP: 1) analítica en sangre: urea, creatinina, ácido úrico, iones, colesterol total [HDL, LDL], triglicéridos, glucosa y albumina; 2) parámetros antropométricos (peso, perímetro abdominal, índice de masa corporal); 3) bioimpedancia (masa muscular, masa grasa y agua libre), 4) holter de presión arterial de 24 horas. Estadística con SPSS 15.0 con medidas repetidas (comparación de medias). p < 0,05.

Resultados: Los pacientes tenían una edad media de 61 ± 12 años (rango 31-81), 21 varones (77,8%), 7 diabéticos (25,9%). 13 pacientes con $IMC \geq 30$. Del total de pacientes, 16 pacientes (59,3%) tenían antecedentes de hipertensión (9 pacientes en monoterapia, 7 pacientes con ≥ 2 fármacos). No se registraron variaciones significativas en los valores analíticos estudiados, ni en parámetros antropométricos salvo en perímetro abdominal (cm): basal 106 ± 104 (rango 71-132); 2 meses después: 104 ± 135 (rango 71-128); $p = 0,028$. Tampoco hubo cambios significativos en parámetros por bioimpedancia.

Conclusiones: Más de la mitad de nuestros pacientes ya estaban diagnosticados de HTA antes del diagnóstico de SAS y se encontraban en tratamiento farmacológico, fundamentalmente en monoterapia. La introducción de la CPAP, como complementaria al tratamiento basal, permitió una reducción significativa en la carga de presión arterial.

352/183. MÉTODO DE CRIBADO PARA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE MAYORES DE 70 AÑOS MEDIANTE LA FÓRMULA HUGE

F. Fernández Montero¹, F. Fernández Moreno²,
A. Fernández Carazo³ y M. Fernández Gasso⁴

¹Consulta privada de Nefrología, Jaén. ²Consulta privada, Jaén.

³Departamento de Económica, Universidad Pablo Olavide, Sevilla.

⁴Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Objetivos: La fórmula HUGE, utilizando valores de urea, hematócrito y género, se ha diseñado para el screening de insuficiencia renal. Se considera que si el valor HUGE es mayor que 0, el paciente es portador de insuficiencia renal, teniendo un valor predictivo en personas mayores de 70 años.

Métodos: Se estudian 101 pacientes mayores de 70 años, durante 4 meses atendidos en una Consulta Ambulatoria de Nefrología siguiendo el protocolo habitual.

Resultados: Las poblaciones estudiadas tienen una media de edad de $77,18 \pm 5,67$ (50,5% mujeres y 49,5% hombres), predominio de diabéticos (27,7%), dislipémicos (33%) y 89% hipertensos. Niveles de creatinina ($1,31 \pm 0,53$), urea ($56,41 \pm 30,05$), hematócrito ($41,15 \pm 6,52$). ERC: 21,8. MDRD ($52,34 \pm 18,26$) y CKD-EPI ($52,11 \pm 18,8$). Un 7,9% tienen enfermedad renal según MDRD y CKD-EPI. Mediante la fórmula HUGE se detectó que el 23,8 presentó insuficiencia renal crónica oculta (ERCO).

Conclusiones: La enfermedad renal crónica representa un importante problema de salud pública. El cálculo del FGe es muy importante en la práctica clínica diaria especialmente en la población anciana. La fórmula HUGE cumple los requisitos recomendados para las pruebas de screening, es rápido, seguro, económico, fácil de realizar y permite prevenir el error de diagnosticar como IRC a un individuo que no lo es.

352/184. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA OCULTA Y FACTORES DE RIESGO VASCULAR ASOCIADOS EN UNA POBLACIÓN DE MAYORES DE 70 AÑOS. VALORACIÓN DE LA FÓRMULA HUGE

F. Fernández Montero¹, F. Fernández Moreno²,
A. Fernández Carazo³ y M. Fernández Gasso⁴

¹Consulta privada de Nefrología, Jaén. ²Consulta privada, Jaén.

³Departamento de Económica, Universidad Pablo Olavide, Sevilla.

⁴Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Objetivos: Los pacientes con ERC, sobre todo en los primeros estadios, están frecuentemente sin diagnosticar (ERCO), suelen estar asintomáticos y con cifras normales de creatinina. Su incremento progresivo se debe a múltiples factores como mayor longevidad de la

población, su asociación con otras enfermedades como hipertensión, diabetes, obesidad y, obviamente, por su diagnóstico precoz

Métodos: Se estudian 101 pacientes de más de 70 años con arreglo al protocolo habitual; el método estadístico empleado fue el análisis de las frecuencias de todas las variables.

Resultados: Los hipertensos de más edad con creatinina y urea elevadas, hematócrito descendido y filtrado glomerular bajo presentan HUGE (+), en comparación con los diabéticos, dislipémicos, hipertensos y ERCO mayor que presentan un HUGE (-) Según grado de insuficiencia renal, la distribución, tanto con la Fórmula MDRD y la CKD-EPI presenta predominio del Estadio 3A donde aparecen más hipertensos, dislipémicos y mayor número de ERCO (30); la HUGE es también negativa en esa fracción.

Conclusiones: Existe un elevado porcentaje de pacientes atendidos en Atención Ambulatoria con $eFG < 60$ mL/m/1,73 m² que mantiene niveles de creatinina en los límites de la normalidad. La creatinina plasmática aumenta con la edad y el aclaramiento de creatinina disminuye con la misma según las 2 fórmulas habituales. Existe una concordancia moderada entre las fórmulas MDRD y CKD-EPI. Se podría plantear la creación de una sistemática asistencial automatizada mediante la fórmula HUGE que permita el cribado de la ERC en personas mayores de 70 años que ayudaría a los médicos de Atención Primaria conocer de forma rápida y sencilla su filtrado glomerular.

HTA y mujer

352/15. MUJERES HIPERTENSAS Y SEXUALIDAD

S. Muñoz Troyano¹ y M. Baena López²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de DSF en una población femenina HTA frecuentadora de consultas especializadas (medicina interna, cardiología y medicina familiar) y compararla con un grupo de mujeres sin HTA de las mismas consultas.

Métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico en una muestra de mujeres activas frecuentadoras de unas consultas de Cardiología y Medicina Familiar. Se utilizó el cuestionario validado Female Sexual Function Index (FSFI) que evalúa seis aspectos de la función sexual femenina a través de un cuestionario anónimo administrado a las participantes. Se solicitó consentimiento verbal informado a las participantes en dicho estudio. Se recogieron datos biográficos y clínicos, siendo establecida la significación estadística para $p < 0,005$.

Resultados: Se estudiaron 100 mujeres, de las cuales 50 presentaban HTA y 50 sin historia ni datos clínicos de HTA. La prevalencia de DSF en mujeres hipertensas fue de 65,8% comparado con 44,5% entre las mujeres sin HTA. Se comprobó una asociación estadísticamente significativa entre DSF y HTA (OR = 2,35; IC95% 1,08-5,1; $p = 0,021$). La edad media en mujeres hipertensas fue de 60,5 años sin que existiese una diferencia significativa en la edad entre el grupo de mujeres con DSF hipertensas y no hipertensas. Se observaron diferencias significativas los ítems de deseo sexual, orgasmo y lubricación. El tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial se relacionó de forma estadísticamente significativa con la DSF ($p = 0,008$). En el grupo de hipertensas había una correlación estadísticamente significativa entre el número de principios activos antihipertensores y la DSF. Los betabloqueantes fueron los fármacos más relacionados con la DSF en hipertensas.

Conclusiones: La prevalencia de DSF fue superior en las mujeres con HTA, presentando un riesgo 2,35 veces mayor de DSF cuando

comparado con las mujeres sin HTA. El tiempo de evolución de la HTA, el número de fármacos utilizados, así como el empleo de betabloqueantes se correlacionó significativamente con la DSF. Los médicos debemos estar alerta, sospechar e actuar de forma temprana sobre un problema que afecta a un gran número de mujeres hipertensas sexualmente activas y que por razones culturales puede pasar desapercibido.

352/53. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO

N. Toubes López¹, L. Díez Enríquez², A. Soler Gómez³ y A. Díaz-Gil Castañeda³

¹Centro de Salud Potes, Madrid. ²Centro de Salud Los Ángeles, Madrid. ³Centro de Salud General Ricardos, Madrid.

Objetivos: La hipertensión arterial es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una presión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Es la complicación médica más frecuente del embarazo. Complica entre el 8-10% de las gestaciones. Es una de cuatro primeras causas de mortalidad materna y de morbilidad perinatal. Se asocia con mayor riesgo de parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento prematuro de la placenta y muerte fetal. La hipertensión durante el embarazo se puede clasificar en: hipertensión crónica, preeclampsia-eclampsia e hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida. Sin tener en cuenta la edad gestacional, los criterios de gravedad que llevarían a finalizar la gestación consisten en: un cuadro grave de hipertensión no controlada a pesar de los tratamientos farmacológicos (con signos de alteraciones orgánicas), la existencia de clínica neurológica y/o la aparición de signos de sufrimiento fetal agudo. Debido a la morbimortalidad tanto fetal como materno es muy importante el control y cribado de la hipertensión durante el embarazo. El objetivo de este trabajo es revisar, a través de la literatura científica, el conocimiento sobre la hipertensión arterial y el embarazo.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica del tema. Se seleccionaron estudios de cualquier tipo de los últimos diez años en los que el tema fundamental fuera hipertensión durante el embarazo. Se utilizaron los términos hipertensión, embarazo y sus relacionadas. La búsqueda se realizó fundamentalmente en las bases PubMed, Cuiden, Scopus, Cinahl y en las referencias de los artículos encontrados. Cuatro autores revisaron de forma independiente los títulos y resúmenes de los artículos recuperados y evaluaron la calidad de estos, decidiendo por consenso cuáles incluir en la revisión. Aquellos artículos cuya inclusión o exclusión no pudo decidirse se obtuvieron como texto completo para su evaluación definitiva. Se extrajo información de cada estudio seleccionado.

Resultados: La búsqueda en Pubmed produjo 256 artículos, en Cuiden 78, en Scopus 103 y en Cinahl 10. Se seleccionaron 15 estudios. Las referencias de los estudios recuperados fueron examinadas en busca de otros trabajos no detectados. Tras el proceso de evaluación de la calidad 12 artículos fueron incluidos en la revisión.

Conclusiones: Actualmente nos hallamos en el periodo de análisis de los trabajos encontrados.

352/86. LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN LAS MUJERES MENOPÁUSICAS

N. Martell Claros¹, M. del Sueldo², J. Zilberman³, M. Abad Cardiel¹, J. García Donaire¹ y C. Fernández Pérez¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²División de Cardiología y Prevención Cardiovascular, Clínica de Especialidades, Villa María, Córdoba, Argentina. ³Departamento de Prevención Cardiovascular, Unidad de Hipertensión, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), Caba, Argentina.

Objetivos: En general las personas que perciben su estado de salud como pobre tienen incrementada su mortalidad total. Sin embargo, las mujeres suelen percibir peor su salud, en especial tras los 50 años, pero es conocido que ellas tienen mayor expectativa de vida que los varones. Objetivo: conocer si una mala percepción de salud se relaciona con el estado menopáusico o con las consecuencias negativas que éste tiene sobre los factores de riesgo cardiometabólicos u otras variables.

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal, realizado en Villa María (Córdoba) y Rancul (La Pampa), Argentina. Se incluyen 2.560 mujeres de las que 2.292 eran residentes de Villa María (población urbana) y 268 en Rancul (población semi-rural). Se determinaron: presión arterial (PA), frecuencia cardíaca (FC), peso, talla, perímetro de cintura (PC), screening de depresión/ansiedad con la escala HADS, considerando patológica una puntuación igual o superior a 11 para ambos Determinaciones en sangre: glucemia, colesterol total, colesterol HDL, LDL y triglicéridos. Se recogió el uso de tabaco, el nivel educativo, la presencia de menopausia, el número de hijos y la situación laboral. Se ajustaron modelos de regresión logística con un método vdw a partir de las variables potencialmente confusoras de los grupos de estudio de menopausia.

Resultados: La edad media fue de $49,4 \pm 15,9$. El 87,5% tenían uno o más hijos. Trabajaban fuera de su hogar el 40,9%. Con respecto al nivel educativo el 22,1% tenía menos de 5 años de educación, el 31,3% entre 6 y 7 años, el 33,4% entre 8 a 12 años y el 13,2% más de 12 años. Eran menopáusicas 1.357 (53%) y no menopáusicas 1.205 (47%). Existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres menopáusicas (M) y no menopáusicas (NM) ($p < 0,001$) en edad, PA, FC, perfil lipídico, glucemia y PC. Encontramos más mujeres en normopeso entre las NM ($p < 0,001$) y mayor prevalencia de obesidad entre las M ($p < 0,001$). No encontramos diferencias en la prevalencia de depresión (12,2 vs 15,5; $p = ns$) o ansiedad (20,7 vs 27,3; $p = ns$) entre ambas. La salud fue peor percibida entre las mujeres M ($p < 0,05$). Encontramos relación entre la percepción negativa de salud y síndrome metabólico (SM), depresión y ansiedad, tener hijos, consumo de tabaco, residir en zona rural y bajo nivel educativo, sin embargo, no se correlaciona con el status menopáusico.

Conclusiones: La percepción negativa de la salud no se correlaciona con la menopausia, sino con factores psicológicos y de condiciones de vida y con la presencia de SM.

352/146. LA LITOGÉNESIS NO AUMENTA CON EL RIESGO DE PREECLAMPSIA

A. Otero González, M. Borrajo Prol y B. Ferreiro Álvarez

Complejo Hospitalario Universitario de Orense.

Objetivos: La incidencia de litiasis en embarazo es 1/200 a 1/2.000 embarazos aunque la verdadera incidencia es desconocida porque solamente se diagnostica los cálculos sintomáticos. Usualmente aparecen el 2-3^{er} trimestre. La patogenia es hipercalcemia, hiperuricemia e hipercitratemia como mecanismo protector. La PREE es un síndrome definido por hipertensión arterial y proteinuria después de la 20 semana. El fenómeno patogénico básico de la PREE es la disfunción endotelial (DE) condicionada por un "desequilibrio" de factores angiogénicos y otros como la deficiencia de vitD y la resistencia a la insulina. En los hipertensos "no tratados" la incidencia de litiasis es 20% y los mecanismos implicados son: hipercalcemia, hiperuricemia y resistencia a la insulina. Objetivo: valorar si la PREE aumenta la actividad litogénica del embarazo.

Métodos: Estudio retrospectivo en una población de gestantes de alto riesgo (N: 419). El riesgo de PREE se determinó mediante IHB (índice hiperbárico) con MAPA (monitorización ambulatoria de la tensión arterial) de 48 h con Spacelab 9027®. IHB > 12: alto riesgo de PREE. Todas las gestantes con IHB > 12 recibían AAS 100 mg/nocturno.

Resultados: La incidencia de litiasis fue n: 4 (0,95%: 1/104). Ambas poblaciones, tienen sobrepeso, déficit de vitD, hipercalcemia, hipercitraturia e hipercistinuria (tubulopatía proximal). Solamente las gestantes con AR tienen TAS y TAD elevadas, e hiperuricosuria.

Conclusiones: El estado “hipertensivo” de las gestantes de AR, no tienen una mayor actividad litogénica que las gestantes de bajo riesgo, a excepción de la hiperuricosuria.

Síndrome metabólico, prediabetes y diabetes

352/3. INFLUENCIA DE UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO TERAPÉUTICO EN DIFERENTES INDICADORES CLÍNICOS RELACIONADOS CON LA DISLIPEMIA EN SUJETOS ADULTOS DE 26 A 73 AÑOS CON ALGÚN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

P. Tárraga López¹, I. Sadek¹, F. Madrona Marcos¹, M. Villar Inarejos¹, E. García Canto² y L. Tárraga Marcos³

¹EAP 5A, Albacete. ²Profesor UM. ³Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: El sedentarismo es señalado en la literatura internacional como una de las principales causas de la aparición de algunos factores de riesgo cardiovascular. **Objetivo:** valorar la influencia de un programa de ejercicio físico terapéutico en diferentes indicadores clínicos relacionados con la dislipemia (colesterol total, HDL y LDL), en sujetos sedentarios que presentan algún factor de riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio de intervención con evaluación antes y después de una muestra formada por 340 pacientes (132 varones y 208 mujeres) derivados de 2 centros de atención primaria y que participaron en un programa de 30 semanas de ejercicio físico combinando circuitos de trabajo de acondicionamiento muscular con otros de resistencia cardio-respiratoria. En cuanto a los indicadores clínicos, los profesionales sanitarios recogieron en el historial médico aquellos indicadores de salud correspondientes a la evolución biológica del proceso por el cual los sujetos estudiados habían iniciado el programa de ejercicio físico.

Resultados: Los análisis estadísticos muestran una mejora significativa ($p < 0,005$) en el indicador de LDL y una mejora no significativa en los indicadores de colesterol total y HDL tras la realización de un programa de 3 meses de ejercicio físico con una frecuencia de 3 sesiones semanales.

Conclusiones: La prescripción de ejercicio físico en sujetos dislipémicos desde los centros de atención primaria se debe de valorar como recurso para la mejora los indicadores clínicos propios de su patología.

352/4. PROGRAMA SOBRE OBESIDAD INFANTIL “FAMILIAS EN MOVIMIENTO”

P. Tárraga López¹, I. Sadek¹, F. Madrona Marcos¹, M. Villar Inarejos¹, J. Panisello Royo² y L. Tárraga Marcos³

¹EAP 5A, Albacete. ²Fufosa. ³Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar los resultados de una intervención motivacional con modificación de los hábitos alimentarios, los estilos de vida y los trastornos emocionales en niños obesos de 6 a 12 años y sus familias.

Métodos: Estudio de intervención con evaluación pre y post intervención del Programa Familias en Movimiento. Se incluyen en el programa a 11 niños (10 niñas y 1 niño) de 6 a 12 años que habían

sido tratados con otros programas para la pérdida de peso sin éxito y que fueron seleccionados por los pediatras de atención primaria. Se evaluaron al inicio y al final los parámetros: índice de masa corporal (IMC), los resultados de los cuestionarios: de dieta Mediterránea y ansiedad en niños y el peso y la ansiedad de los adultos tras la intervención.

Resultados: El IMC disminuyó de una mediana de 25,2 (rango intercuartílico de 23,3-28,0) a 23,9 y (22,9-27,6) tras la intervención, aunque este cambio no fue estadísticamente significativo ($p < 0,086$). Tras la intervención la mediana de adherencia a la dieta Mediterránea aumentó significativamente en 2,2 puntos (7,1 a 9,3), siendo esta mejora principalmente debida a que tras la intervención un mayor número de niños tomaban desayuno (aumento en 44% de los niños) y hubo una disminución del consumo de golosinas y bollería industrial en el desayuno (22,2%). Además, la intervención redujo significativamente en 8,7 puntos la ansiedad en los niños. De los adultos 9 de ellos participaron en la evaluación inicial y tras la intervención, la media de disminución de peso fue de unos 3,6 kg y la disminución de la ansiedad paso de 45,6 a 27,3 ($p = 0,02$).

Conclusiones: Los resultados de este estudio piloto aportan que la aplicación del programa “Familias en movimiento” disminuyó el IMC, aumento la puntuación en la adherencia a dieta Mediterránea y disminuyó la ansiedad en los niños, además se redujo el peso y la ansiedad en los adultos que acompañaron en el programa a los niños.

352/8. EXCESO DE PESO Y SÍNDROME METABÓLICO

M. Baena López¹, S. Muñoz Troyano² y P. López Segura³

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ³Hospital de Poniente, Almería.

Objetivos: El sobrepeso y la obesidad son reconocidos factores que aumentan el riesgo vascular, y la obesidad visceral o abdominal constituye un criterio básico del síndrome metabólico (SM) que confiere un riesgo cardiovascular muy elevado. **Objetivos:** determinar la población adulta de nuestra consulta con sobrepeso (IMC 25-30) y obesidad (IMC > 30), y la prevalencia de SM en estos grupos.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se incluyeron 1498 individuos de ambos sexos, elegidos al azar en las 3 áreas sanitarias de la provincia, determinándoseles peso y talla, así como los criterios de SM según ATP-III.

Resultados: La prevalencia de sobrepeso es de un 36,98% y presenta algún grado de obesidad el 18,35% de la población. Presentan SM según criterios ATP-III (2001) el 19,68% de los individuos con sobrepeso y el 44,82% de los individuos obesos, frente al 3,01% de los individuos con normopeso.

Conclusiones: Más de la mitad de la población de la provincia donde se realizó el estudio padece sobrepeso u obesidad. Uno de cada 5 individuos con sobrepeso padece SM según los criterios ATP-III. Casi la mitad de los individuos obesos padece SM según los criterios ATP-III. Los individuos con normopeso es muy raro que cumplan criterios de SM según ATP-III.

352/12. NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS Y EL CONTROL DE SUS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

S. Muñoz Troyano¹ y M. Baena López²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

Objetivos: Revisar el control de los pacientes con diabetes mellitus (DM) de dos consultorios rurales y su relación con factores de riesgo cardiovascular. La DM es la enfermedad crónica no transmisible que ha tenido un mayor aumento de la prevalencia en este

siglo hasta llegar a ser considerada como una epidemia del siglo XXI; con un exceso de mortalidad 2-3 veces frente a los no DM y un riesgo cardiovascular multiplicado por 3.

Métodos: Diseño: transversal descriptivo. Ensamblamiento: cupo de dos consultorios de un Centro de Salud rural durante todo el año 2016. Asociación con la edad, sexo, control (HbA1c), índice masa corporal (IMC): normal (< 25 para mujeres y < 27 para hombres), sobrepeso (25/27-30) y obeso (> 30), tabaco, hipertensión (HTA): alta > 130/80, y dislipemia con valores normales: colesterol < 200, triglicéridos < 150, HDL > 40 y LDL < 100. Se excluyen DM tipo 1.

Resultados: De una población de 1.595 personas, estudiamos a 92 con DM. Mujeres: 34,78%, hombres: 65,21% con una edad media de 68,73 años. Tenían una HbA1c < 7: 43,47%; 7-8: 29,34% y > 8: 27,17%. IMC: normal: 18,47%; sobrepeso: 30,43% y obesos: 51,08%. HTA: 71,73% frente a no HTA: 28,26%. Habían fumado alguna vez 52,17%. Colesterol > 200: 33,69%; triglicéridos > 150: 36,93%; HDL < 40: 30,43% y LDL > 100: 52,56%.

Conclusiones: Debemos insistir en el control y diagnóstico de la DM nuestra población. El control de los factores modificables es fundamental para evitar en la medida posible las complicaciones crónicas de la enfermedad.

352/20. PERFIL TERAPÉUTICO ANTIHIPERTENSIVO EN DIABÉTICOS DE UNA POBLACIÓN

M. Baena López¹, S. Muñoz Troyano² y P. Sánchez-Praena Sánchez³

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ³Hospital de Alta Resolución de Guadix, Granada.

Objetivos: Estudio del grado de control de la presión arterial en nuestros pacientes diabéticos, así como las combinaciones terapéuticas más utilizadas.

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 (PAD < 80 mmHg) sin embargo el control de PA sistólica solo alcanza el control óptimo (< 130 mmHg) en un 32,6%. El tratamiento antihipertensivo está presente en el 88,9% de los diabéticos y es encabezado por los inhibidores del sistema renina-angiotensina con una presencia en el 81,7%. 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 bloqueadores del SRA, presentando una tendencia a la combinación de fármacos y siendo la más común la asociación de IECA o ARAII con diurético.

352/23. MORTALIDAD DE PACIENTES DE TRAUMATOLOGÍA CON DIABETES Y HTA DESCONTROLADAS

A. Garrido Castro, P. Losada Mora y J. Carrillo Linares

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Analizar la tasa de mortalidad (M) en los pacientes con HTA y DM conocidas que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en COT que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a un equipo (E) de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban HTA y DM conocidas y su M.

Resultados: Desde junio de 2008 a diciembre de 2014 se realizan 1.486 hojas de interconsulta a Medicina Interna, Cardiología, Nefrología y Endocrinología respecto a pacientes ingresados en el área de COT que han sufrido algún tipo de descompensación médica durante el ingreso. De estos pacientes, 976 (65,7%) presentaban antecedentes documentados de HTA, 437 (29,4%) presentaban antecedentes documentados de DM y 398 presentaban conjuntamente antecedentes de HTA y DM (26,8%). Siendo la M del grupo de pacientes descompensados del 10,3%, la M de los HTA fue del 11,17% (109 pacientes), la M de los DM fue del 11,21% (49 pacientes) y la de los pacientes HTA y DM fue del 11,3% (45 pacientes).

Conclusiones: 2 de cada 3 pacientes que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en COT tenían antecedentes de HTA. Algo más de 1/3 presentaban antecedentes de DM. Los pacientes con antecedentes de HTA, DM, y la combinación de ambas, descompensadas o no, presentan una M ligeramente superior a la global de pacientes descompensados en esta área. Aunque se requieren más estudios, la combinación de ambos factores no parece influir en la M con respecto a la presencia de los FRV por separado.

352/24. MORTALIDAD DE PACIENTES CON DIABETES DESCOMPENSADA EN CIRUGÍA VASCULAR

A. Garrido Castro, P. Losada Mora y J. Carrillo Linares

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Los episodios de diabetes (DM) mal controlada son una de las complicaciones médicas más frecuentes durante el ingreso hospitalario en la población anciana. Objetivo: analizar la tasa de mortalidad (M) en los pacientes con DM que sufren alguna descompensación médica durante un ingreso en Cirugía Vascular y Angiología (CV).

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes ingresados en CV que sufrieron algún tipo de descompensación médica que precisó avisar a un equipo (E) de Medicina Interna y Cardiología. Se analizan los pacientes que presentaban DM conocida y su M.

Resultados: Desde febrero de 2011 a diciembre de 2014 se realizan 173 hojas de interconsulta a Medicina Interna, Endocrinología, Nefrología o Cardiología respecto a pacientes ingresados en el área de CV que han sufrido algún tipo de descompensación médica durante el ingreso. De estos pacientes, 94 (54,3%) presentaban antecedentes documentados de DM. La DM fue la causa única de descompensación médica en el 4,6% de los pacientes ingresados en CV. Sin embargo, asociada a descompensación de otros factores de riesgo vascular, uno de cada cuatro diabéticos conocidos presentó cifras anormales de glucemia. La M de los pacientes descompensados diabéticos fue del 23,4% (22 pacientes), siendo la M de todos los descompensados (diabéticos y no diabéticos) del 16,76%.

Conclusiones: Los pacientes con antecedentes de DM, descompensada o no, presentan una M muy superior a la global de pacientes descompensados en esta área. Sugerimos que una evaluación precoz de las cifras de glucemia y una estricta vigilancia a los pacientes diabéticos que sufren alguna descompensación médica en CV, por parte de Cardiología, Nefrología, Endocrinología o Medicina Interna podría ser beneficioso en términos de morbi-mortalidad.

352/28. CIRUGÍA BARIÁTRICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR

J. Nicolás Gálvez, M. Arjona López, J. Martínez Otón,
A. Cantero Sandoval, M. Leal Hernández y J. Abellán Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia.

Objetivos: Evaluar la evolución de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, antes y transcurrido un año de la intervención.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a los 60 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica durante el año 2014 en un Hospital Universitario de nuestra región. Se realiza un seguimiento de las revisiones al año de la intervención, observando las variaciones existentes en sus parámetros antropométricos y factores de riesgo vascular.

Resultados: El 33,3% de los pacientes analizados (n = 20) son varones y un 67,3% (n = 40) mujeres, con edades comprendidas entre los 19 y 67 años con una media de 44,5 años (DT = 11,8). Transcurrido un año de la intervención bariátrica los pacientes experimentan un descenso estadísticamente significativo de su índice de masa corporal medio, pasando de 43,2 kg/m² a 28,8 kg/m² (p < 0,05). El porcentaje de hipertensos antes de la intervención fue del 55% pasando a ser del 21,7% tras la intervención (p < 0,05). Respecto a la diabetes el porcentaje antes de la intervención fue del 44,9% y después 6,7% (p < 0,05). La dislipemia pasó del 66,6% al 3,3% (p < 0,05). La hipertensión se reduce del 55% al 21,7%. Los niveles de LDL colesterol iniciales fueron de 116 mg/dl y tras la intervención fueron 81 mg/dl (p < 0,05). El HDL colesterol medio aumentó de 44,7 mg/dl a 55,8 mg/dl (p < 0,05) y los triglicéridos disminuyeron de 150,4 mg/dl a 82,3 mg/dl (p < 0,05).

Conclusiones: La cirugía bariátrica es una técnica eficaz para controlar las comorbilidades asociadas a la obesidad mórbida al año de la intervención, confirmándose como alternativa al tratamiento médico de la obesidad.

352/29. CONTROLEMOS A NUESTROS PACIENTES DIABÉTICOS Y SU ABUSO DEL ALCOHOL

M. Baena López¹, S. Muñoz Troyano² y J. Moya Diéguez²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: 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.

Métodos: 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 tipo 2 que acudían a nuestra consulta de Cardiología y de atención primaria. Contestaron a una encuesta cerrada sobre la frecuencia de consumo de alcohol, ¿Bebe vino? Sí/No. Los datos se recogen en una hoja de cálculo Excel y son analizados mediante el programa SPSS 11.0 para Windows.

Resultados: ¿Bebe vino?: hombres sí (50%) y no (50%) y mujeres sí (11,53%) y no (88,47%). 80-95 años: 9 varones (5 sí, 4 no). 7 mujeres (7 no, 0 sí). 70-79 años: 11 varones (6 no, 5 sí), 18 mujeres (17 no, 1 sí). 60-69 años: 26 varones (13 no, 13 sí). 19 mujeres (16 no, 3 sí). 50-59 años: 6 varones (2 no, 4 sí), 8 mujeres (6 no, 2 sí).

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 consulta de cardiología y promoción de pautas saludables desde la Consulta de Atención Primaria.

352/55. EXCESO DE RIESGO DE DM EN HIPERTENSOS OBESOS. TEST DE FINDRISK COMO EPS

M. María Tablado¹, M. Gonzalo del Amo¹, C. Montejo Martínez², T. Méndez García³, Á. Vera Torres⁴ e I. Poblador Ferrer⁴

¹Consultorio Local Perales de Tajuña, Sermas, Madrid. ²Centro de Salud Canillejas, Sermas, Madrid. ³Unidad Docente Multiprofesional, Toledo. ⁴Dasureste, Sermas, Madrid.

Objetivos: El test Findrisk: edad, IMC, perímetro abdominal (PA), consumo de frutas o verduras (CF), ejercicio físico mayor de 30 minutos (EF30), HTA en tratamiento, disglucemia previa (DP), antecedentes familiares de diabetes mellitus (AFDM). Es un test validado utilizado como screening preprueba diagnóstica de la existencia de diabetes mellitus (DM). Actualmente este test se utiliza en Educación para la Salud individual (EpS) en pacientes con riesgo de diabetes, sobre todo obesos. Se pretende que el paciente interiorice el riesgo atribuible a factores modificables (IMC, PA, CF, EF30) y la disminución del mismo al controlarlos. Los pacientes hipertensos, de mayor edad, obesos, que no hacen ejercicio y consumen pocas frutas o verduras tienen un alto riesgo de desarrollar DM sin contar DP o AFDM según este test. Con este estudio piloto pretendemos comprobar la probabilidad que nuestros pacientes hipertensos y obesos tienen de disminuir su riesgo de DM, controlando IMC, PA, CF, EF30. Y plantear el test como parte de la EpS de pacientes hipertensos.

Métodos: Administramos (médico de familia, enfermera, residente MFyC) el test de Findrisk de forma piloto a los primeros 60 pacientes que acudieron a distintas consultas de Atención Primaria de una zona rural. Debían ser Hipertensos y estar en tratamiento con al menos 1 fármaco para la hipertensión. Se registraron peso, talla, IMC, edad, sexo, PA, DP, AFDM, CF y EF30. Los datos fueron anonimizados previo consentimiento informado.

Resultados: Analizamos 58 pacientes, 32 hombres, 36 > 65 años, 16 de 55 a 64 años, peso medio 83,09 Kg (49,1-123,5), IMC medio 31,43 kg/m² (22,6-53,2), PA (cm) > 102 cm hombres (15), PA > 88 cm en mujeres (15), CF 61%, EF 30 35%, DP 33%, AFDM 21%, puntuación sin contar DP/AFDM media 12,56 (6-16), puntuación total media 15,63 (6-26), puntuación factores modificables (IMC, PA, CF, EF30) media 7,03 (0-12), puntuación factores no modificables no DP no AFDM (edad, HTA en tratamiento) 5,52 (3-6).

Conclusiones: Los Hipertensos que participaron tenían una media de puntos modificables en el test de Findrisk de 7,2. El IMC medio 31,43 (mayor a 30) aporta por sí solo 4 puntos. 35% reconocen hacer ejercicio físico y 61% reconocen comer frutas o verduras. La mitad de hombres tenían un perímetro abdominal mayor a 102 (3 puntos) y 62% de las mujeres mayor de 88 cm (3 puntos). El riesgo de Diabetes de nuestros pacientes hipertensos que es modificable lo es a expensas de su obesidad, debemos hacer EpS en ese sentido.

352/56. ABORDAJE DE LA DIABETES MELLITUS DESDE LA PATOLOGÍA CARDIACA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

M. María Tablado¹, T. Méndez García², A. Castro Conde³, Á. Vera Torres⁴, I. Poblador Ferrer⁴ y C. Montejo Martínez⁵

¹Consultorio Local Perales de Tajuña, Sermas, Madrid. ²Unidad Docente Multiprofesional, Toledo. ³Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Dasureste, Sermas, Madrid. ⁵Centro de Salud Canillejas, Sermas, Madrid.

Objetivos: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad prevalente que implica un riesgo cardiovascular conocido. Muchas patologías cardíacas (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca) prevalentes tienen mayor incidencia en la DM, y también es conocida que la evolución de estos pacientes incluidas las técnicas de revascularización es diferente. Pretendemos con este estudio na-

rrativo conocer cuáles son las publicaciones en revistas médicas científicas de la DM en Cardiología. En particular en la Revista Española de Cardiología (factor de impacto 4.59) y el repositorio de los Congresos de la Sociedad Española de Cardiología.

Métodos: Se realiza búsqueda a través de la plataforma de búsqueda avanzada del archivo de la Revista Española de Cardiología (SEC) [http://www.revespcardiolog.org/es/busqueda-avanzada/donde-incluimos-termino-Diabetes-en-el-Titulo-en-la-Revista-y-en-todo-el-abstract-en-el-repositorio-de-Congresos-\(CON\).](http://www.revespcardiolog.org/es/busqueda-avanzada/donde-incluimos-termino-Diabetes-en-el-Titulo-en-la-Revista-y-en-todo-el-abstract-en-el-repositorio-de-Congresos-(CON).) Se repite la búsqueda con Pubmed para la revista con MeSH Diabetes filtro título y Revista Española de Cardiología (REC) [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=\(diabetes%5BTítulo%5D\)%20AND%20%22Revista%20espanola%20de%20cardiologia%CC%81a%22%5BJournal%5D](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=(diabetes%5BTítulo%5D)%20AND%20%22Revista%20espanola%20de%20cardiologia%CC%81a%22%5BJournal%5D) Se analizan los resultados por año, temática y tipo de estudio.

Resultados: 48 artículos REC. Año REC: (1989-2017) 2007 (6), 2006 (6), 2002 (5). Tipo estudios REC: Observacional descriptivo (15), revisión (14), cohortes (8), editorial (5). Especialidad presente en los autores: cardiología (30), endocrinología (15), medicina interna (9), medicina de familia (4), universidad (8), Farmaindustria (1). Temática agrupada: “peor pronóstico en patología cardíaca de DM” (14), “factor de riesgo cardiovascular mayor en DM” (14), actualización (4), “manejo DM en cardiología” (4) 50 abstract CON. Repositorio de congresos sólo existe desde 2010. Año 2012 (14), 2013 (9), 2017 (7). Tipo estudios CON: Observacional descriptivo (33), experimental básica (8). Temática CON agrupada: “Mayor complicación en patología cardíaca con DM” (17), Marcadores (10), medicamentos (7). 4 esponsorizados por Farmaindustria.

Conclusiones: La distribución por años en Congresos y Revistas es muy homogénea. El tipo de estudio más frecuente recogido en las publicaciones y congreso es el observacional descriptivo. Las revisiones son los segundos en la revista y los de experimentación básica los segundos en congreso. Solo 4 esponsorizados en el congreso por Farmaindustria y una en Revista. 8 artículos de revista tenían una Universidad detrás. Endocrinos, Internistas y Médicos de familia acompañan a cardiólogos en las publicaciones. La temática agrupada más frecuente tiene que ver con las complicaciones de los pacientes DM con patología cardíaca, y la búsqueda de la influencia de la diabetes en el riesgo cardiovascular

352/67. GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

R. Taipe Sánchez¹, E. Olavarri Ortega¹, M. Labrador Hernández², R. López Sánchez¹, A. Asturias Saiz¹ y G. Rijo Nadal¹

¹Centro de Salud Dr. Morante, Santander, Cantabria. ²Centro de Salud Alisal, Santander.

Objetivos: Analizar el grado de control de la HTA en pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) asistidos en atención primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes de mayores de 40 años de edad con diagnóstico previo de DM2, se recogió antecedentes de HTA, tratamiento y las cifras de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) registrado en el último año (2016). Considerándose bien controlada cuando las cifras eran menores de 140/85 mmHg en general y < 150/90 mmHg para los mayores de 80 años. El análisis incluyó: estadística descriptiva básica, prueba de t-Student y coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró valor estadístico significativo para una $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 314 pacientes diabético (48,1% varones) con una edad media (desviación estándar) de 71,7 (11,9) años, y una antigüedad media de hipertensión de 12,4 (7,9) años y de DM2 de 9,5 (6,3) años. Los valores medio de la presión arterial en general fueron: 139,2/77,0 (16,9/10,2) mmHg. El 42,2% presentó buen control de PAS y PAD. El 49,8% sólo de la PAS y el 80,1% de la PAD. Cuando se consideró las recomendaciones más recientes de

la ESC (control de PA < 150/90 mmHg para mayores de 80 años) el porcentaje de pacientes bien controlados ascendió al 49,4%. El 78,7% recibía tratamiento antihipertensivo. Los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) fueron utilizados en el 77,7%, siendo los antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA II) más empleados que los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) (41,7% vs 36,0%). Destaca el uso de diuréticos en el 60,7% de los pacientes generalmente asociados a otros fármacos hipotensores. Del total de pacientes que recibían tratamiento farmacológico el 72,4% recibía terapia combinada (44,9% dos fármacos, 27,5% tres o más fármacos). Al analizar el subgrupo de pacientes que recibía los inhibidores del SRAA, se observó que no hay diferencias en el buen control de la PA entre los IECA y ARA II ($p = 0,241$). Se observó una correlación positiva entre PAS y edad ($r = 0,170$ y $p = 0,007$), y una correlación negativa entre PAD y edad ($r = -0,251$ y $p < 0,001$).

Conclusiones: El estudio indica que sólo cuatro de cada 10 diabéticos tienen bien controlada la PA, a pesar de que el 79% estaba en tratamiento antihipertensivo (el 72,4% terapia combinada). Por lo tanto, los diabéticos son más propensos a padecer HTA resistente y a precisar mayor número de fármacos antihipertensivos para controlar sus cifras de PA.

352/68. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASOCIADAS EN DIABÉTICOS

R. Taipe Sánchez, E. Olavarri Ortega, E. Lino Montenegro, R. López Sánchez, G. Rijo Nadal y A. Asturias Saiz

Centro de Salud Dr. Morante, Santander, Cantabria.

Objetivos: Medir la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y describir las características clínicas asociadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) asistidos en atención primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes mayores de 40 años de edad con diagnóstico previo de DM2. Se recogió la última medición de las siguientes variables: presión arterial (PA), colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), índice de masa corporal (IMC), tabaquismo y enfermedad cardiovascular (ECV). Considerándose bien controlada cuando: PA < 140/85 mmHg, cLDL < 70 mg/dl en prevención secundaria y < 100 mg/dl en pacientes sin ECV previa, IMC < 30 kg/m², no consumo de tabaco. El análisis incluyó: estadística descriptiva básica, prueba de t-Student y coeficiente de correlación de Pearson. Se consideró valor estadístico significativo para una $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 314 pacientes diabético, 48,1% eran varones, el 72,3% tenían 65 o más años de edad, con una antigüedad media de hipertensión de 12,4 (7,9) años y de DM2 de 9,5 (6,3) años. Los FRCV más prevalentes fueron HTA (82,7%), dislipemia (65,2%) y obesidad (43,9%). Los antecedentes de ECV más frecuentes fueron la cardiopatía isquémica (27,7%) e ictus (8,6%). Al comparar según sexo, la población femenina, eran de mayor edad y más frecuentemente fumadoras (25,9%; $p < 0,041$). Los valores medio de la presión arterial fueron: 139,2/77,0 (16,9/10,2) mmHg en general, 141,0/77,2 (16,8/10,4) mmHg en el subgrupo de pacientes diabéticos hipertensos y 127,7/76,0 (11,4/10,1) mmHg en diabéticos sin antecedente de hipertensión registrado en la historia clínica. De los 314 pacientes, el 42,2% presentó buen control de la PAS y PAD (el 49,8% sólo de la PAS y el 80,1% de la PAD). En el subgrupo de pacientes diabéticos hipertensos el 38,4% tenía buen control de la PA. Asimismo, se ha observado, que el 28,6% de los pacientes sin antecedente de HTA tenía las cifras de la PA a $\geq 140/85$ mmHg. Se ha observado que la edad influye negativamente en el control de la PA ($p < 0,001$). Al analizar por separado la PA se observó que el porcentaje de pacientes con PAD controlada aumenta con la edad a partir de 55 años, mientras que el porcentaje de pacientes con PAS controlada disminuía con la edad ($p < 0,001$).

Conclusiones: El estudio indica que ocho de cada 10 son pacientes diabéticos con hipertensos, de estos sólo casi cuatro de cada 10 tienen bien controlada la PA. Asimismo, el mal control de la PAS aumenta con la edad.

352/127. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y GRADO DE CONTROL DE LOS PACIENTES DEL ESTUDIO DIABESAN

F. Formigo Couceiro¹, V. Turrado Turrado², J. López Pérez² y A. Pose Reino³

¹Hospital Provincial de Conxo, Santiago de Compostela.

²Ambulatorio Concepción Arenal, Santiago de Compostela.

³Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos: Conocer las características clínicas y el grado de control de los pacientes con DM2 seguidos en un área de atención primaria.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico. Trabajo de campo realizado en diciembre 2016-enero 2017 (datos de antigüedad inferior a un año). Se reclutan todos los pacientes con DM2 que acuden a consulta durante 22 días de trabajo consecutivos en 16 cupos de atención primaria y que firman consentimiento informado (n = 449). Las variables registradas fueron: edad, sexo, PA, IMC, antecedentes, LDLc, HbA1c; función renal y medicación utilizada. Se evalúa el grado de control de HbA1c, PA, LDLc e IMC (desde ahora referidos como: FRCVe). Los datos se archivan de forma codificada en una base de datos informática para su análisis (estadística descriptiva e inferencial).

Resultados: Edad media: 70,9 ± 11,2 con un 51% de mujeres. Un 21% de los pacientes estaban en prevención secundaria. Consumían de media 7 ± 3 fármacos. Media de HbA1c: 6,97 ± 1,17. Un 62% tenían HbA1c < 7%. La gran mayoría de pacientes estaban en monoterapia o biterapia (75%). Los pacientes con HbA1c < 7% tenían mejor función renal (p = 0,025) y menores niveles de LDLc (p = 0,029). Un 45% de los pacientes con HbA1c < 7% tenían más de 10 años de evolución de enfermedad frente al 56% de los que tenían HbA1c > 7% (p = 0,087). Un 45% de los pacientes que no tomaban ningún ADO tenían una HbA1c > 7%. Media de PA: 137 ± 16 mmHg. Un 64% de los pacientes tenían unas cifras de PA clínica < 140/90. Un 63% de los pacientes con cociente alb/crea > 300 tenían la PA arterial fuera de rango de control (p < 0,0001). Media de LDLc: 93 ± 29 mg/dl. Aunque los pacientes en prevención secundaria tenían una media de LDLc inferior, el porcentaje de pacientes fuera de rango de control (67%) era muy superior a los que estaban fuera de objetivo en prevención primaria (38%), (p < 0,0001). El 75% de los pacientes que consumían un hipolipemiente distinto de estatina tenían su LDLc mal controlado. Media de IMC: 30,5 ± 5,2 con un 49% de obesos. Atendiendo al control conjunto de FRCVe, solo un 8,7% de los pacientes estaban controlados de forma integral. Un 33,6% tenían un FRCVe fuera de control, el 39,6% tenían dos y el 15,6% tres. El 2,4% tenían los cuatro FRCVe fuera de rango.

Conclusiones: Los pacientes atendidos son de edad avanzada y polimedicados. Su control integral es mejorable, precisando una intensificación del tratamiento, especialmente en los diabéticos de corta evolución.

352/140. LA TRIPLE AMENAZA EN EL PACIENTE ANCIANO DURANTE UN INGRESO HOSPITALARIO

Z. Kounka, M. Romero Castro, D. Chipayo Gonzales, P. Pérez Espejo, B. Roque Rodríguez y J. Gómez Barrado

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Objetivos: La asociación del síndrome cardiorenal (SCR) definido como la disfunción simultánea de corazón y riñón con la diabetes mellitus se ha descrito recientemente como la “triple amenaza”. Esta

triple asociación se ha relacionado con un peor pronóstico a largo plazo, pero si hablamos del corto plazo ¿tendría el mismo pronóstico? El objetivo de nuestro trabajo fue comparar las características de los pacientes mayores de 65 años diabéticos y no diabéticos ingresados en Cardiología que desarrollan un SCR durante su estancia hospitalaria.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo en el cual se analizaron las características basales de 154 pacientes mayores de 65 años ingresados en la planta de Cardiología que desarrollaron un empeoramiento de la función renal (FR) durante el ingreso y comparamos entre los diabéticos y no diabéticos: el grado empeoramiento de la FR según las cifras de creatinina y filtrado glomerular (FG), la estancia media hospitalaria (EMH) y la mortalidad durante el ingreso.

Resultados: El 53,2% de los pacientes eran varones. La edad media de la muestra era de 75,9 ± 5,5 años. El 43,9% eran diabéticos y 86,3% hipertensos. La insuficiencia cardíaca fue el motivo de ingreso más frecuente (31,7%) seguido por el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (25%). La EMH fue de 8,3 ± 6,3 días en la muestra global. Comparando los diabéticos y no diabéticos se obtuvieron los siguientes resultados: el filtrado glomerular en los diabéticos era de 42,97 ± 13,64 ml/min frente a 43,11 ± 12,69 ml/min en los no diabéticos (p = 0,9), la EMH fue de 9,13 ± 6,12 días para los diabéticos y 7,71 ± 6,43 días para los no diabéticos (p = 0,2) y la mortalidad hospitalaria fue mayor en los diabéticos con 57,14% frente a 42,85% en los no diabéticos (p = 0,1). Aunque el grupo de los diabéticos tenían una estancia media y una mortalidad intrahospitalaria ligeramente más altas que los no diabéticos no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Conclusiones: Los pacientes ancianos que ingresan por causa cardiológica y que desarrollan un SCR durante el ingreso son la gran mayoría hipertensos y algo menos de la mitad son diabéticos. Según nuestros resultados la “triple amenaza” no parece relacionarse con peor pronóstico a corto plazo.

352/160. LA FUNCIÓN RENAL EN UNA POBLACIÓN DIABÉTICA HIPERTENSA

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso², A. Velasco García³, L. Ulloa Bahamonde⁴, I. Pérez Garitacelaya⁴ y J. Serrano Cidraque⁴

¹Centro de Salud Arambizcarra I, Álava. ²Centro de Salud La Habana, Álava. ³Hospital Universitario Araba, Álava. ⁴OSI Araba, Álava.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es conocer como es la función renal en una población diabética que tiene hipertensión.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en 2 centros de salud urbanos. Se ha seleccionado una muestra de los pacientes diabéticos. El diseño muestra se realizó por muestreo aleatorio sistemático, asumiendo un error del 5%, un nivel de significación estadística del 95% para una distribución máxima de un 50%. La muestra fue de 350 personas. Se han recogido los variables de la base de datos OSABIDE. De estos se han recogido los que tenían hipertensión arterial también.

Resultados: De una población de 350 diabéticos 245 el 69,1%, están diagnosticados de Hipertensión arterial. La edad media de estos es 73,7 ± 10,5 años. El 50,2% son hombres. La tensión arterial sistólica media es 136,6 ± 17 mmHg. La tensión diastólica media es 77,5 ± 10,8 mmHg. Las cifras medias de creatinina eran 0,95 ± 0,27 mg/dl. El cálculo de la función renal por la fórmula MDRD-4 es 71,62 ± 18 mL/min/1,73 m². Si se calcula con la fórmula CKD-EPI el resultado medio es 71,45 ± 18 mL/min/1,73 m². El cociente albumina/creatinina se había solicitado a 228 de los diabéticos (93%) y el valor medio era 44,6 mg/g. Si tomamos en cuenta la fórmula CKD-EPI, el 26,9% tienen un filtrado menor de 60. El 1,6% menos de 30.

Conclusiones: Nuestra población hipertensa diabética tiene una prevalencia alta de insuficiencia renal, que en muchos es oculta ya que no tenía el diagnóstico en la historia clínica, por lo que tendremos que tenerlo en cuenta a la hora de prescribir y tener en cuenta fármacos lesivos para el riñón.

352/161. MEDICIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES OBESOS O CON SOBREPESO

L. Huete González¹, M. Fernández Alfonso¹ e I. Aranguez Alonso²

¹Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, UCM.

²Departamento de Bioquímica, Facultad de Farmacia, UCM.

Objetivos: La obesidad es de las enfermedades más prevalentes en la actualidad. Su aumento está directamente relacionado con el incremento en la incidencia de múltiples comorbilidades. La estrategia terapéutica inicial consiste en hacer cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio) a los que se añade posteriormente un tratamiento farmacológico. El objetivo de este estudio es desarrollar desde la farmacia comunitaria un protocolo de seguimiento del paciente obeso y/o con sobrepeso (Protocolo FarmaFit) que i) mejore la calidad de vida y reduzca al máximo las comorbilidades asociadas, ii) logre un impacto en paciente que genere una adherencia al cambio de hábitos, perdurable en el tiempo, iii) establezca una colaboración entre agentes sanitarios de atención al paciente que permita reducir el coste de los tratamientos y el número de ingresos hospitalarios.

Métodos: Se han seleccionado dos grupos de pacientes obesos (muestra A) y sin parámetros clínicos alterados (muestra B). En una primera visita se registraron peso, altura, índice de masa corporal, perímetro abdominal, índice de masa grasa, índice masa magra, presión arterial y niveles de oxigenación, así como parámetros bioquímicos alterados (glucemia, HbA1c y perfil lipídico). Se reforzó con una entrevista personal y un seguimiento mensual del paciente durante dos años. Con la evolución de estos datos, se elaboraron dietas y recomendaciones de hábitos de vida saludables implementados con técnicas de comunicación digital.

Resultados: La muestra consta de 44 pacientes: 48% mujeres (43% muestra A y 57% muestra B) y 52% de hombres (13% muestra A y 87% muestra B). Se observa el cumplimiento de hábitos saludables prescritos en un 52,38% de mujeres y < 20% en hombres. Los parámetros que muestran un cambio significativo son: reducción del peso corporal, superior al 10% en mujeres, reducción de masa magra, tanto en mujeres como en hombres, siendo más temprana en éstos; reducción de los niveles de colesterol a partir del 6º mes tanto en mujeres como en hombres y reducción de los niveles de HbA1c, anterior en hombres (a partir del 8º mes).

Conclusiones: El seguimiento del paciente obeso y/o sobrepeso desde farmacia comunitaria (Protocolo FarmaFit) es eficaz en la reducción de los parámetros metabólicos y bioquímicos a través de una mejora de la adherencia al tratamiento. La atención farmacéutica de estos pacientes se revela como una estrategia de alto impacto en el abordaje sanitario de estos pacientes en colaboración con el resto de profesionales de la salud.

352/162. PREVALENCIAS Y CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN DIABÉTICA HIPERTENSA

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso², A. Velasco García³, J. Alberdi Alcorta⁴, M. Alonso Fernández de Garayalde⁵ y M. Noriega Bosch²

¹Centro de Salud Arambizcarra I, Álava. ²Centro de Salud La Habana, Álava. ³Hospital Universitario Araba, Álava. ⁴OSI Araba, Álava. ⁵Centro de Salud Lakuabizkarra, Álava.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia de hipertensión arterial en una población diabética.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en 2 centros de salud urbanos. Se ha seleccionado una muestra de los pacientes diabéticos. El diseño muestral se realizó por muestreo aleatorio sistemático, asumiendo un error del 5%, un nivel de significación estadística del 95% para una distribución máxima de un 50%. La muestra fue de 350 personas. Se han recogido los variables de la base de datos OSABIDE.

Resultados: De una población de 350 diabéticos, la edad media fue $72 \pm 11,6$ años. Siendo el 54,3% hombres. De todos ellos, 245 el 69,1%, están diagnosticados de hipertensión arterial. La edad media de estos es $73,7 \pm 10,5$ años. El 50,2% son hombres. La tensión arterial sistólica media es $136,6 \pm 17$ mmHg. La tensión diastólica media es $77,5 \pm 10,8$ mmHg. El índice de masa corporal es $29,4 \pm 4,8$, Fuman el 9,39% de ellos. Con diagnóstico de insuficiencia cardíaca el 3,27%. Accidente cerebro vascular el 5,71%. Enfermedad renal crónica el 9,84%. Retinopatía un 4,51%. Enfermedad coronaria el 8,98%. Enfermedad arterial periférica el 4,9%.

Conclusiones: Nuestra población hipertensa diabética como describe la literatura tiene bastante prevalencia de enfermedad cardiovascular. El control de la tensión arterial se puede considerar aceptable

352/169. SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO. DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DE LA MODALIDAD DE DIÁLISIS

L. Belmar Vega, G. Fernández Fresnedo, L. Galván Espinoza, R. Palomar Fontanet, C. Piñera Haces y J. Ruiz San Millán

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: El síndrome metabólico es una entidad conformada por una serie de factores de riesgo cardiovascular interrelacionados entre sí, entre los que se incluyen trastornos del metabolismo hidrocarbonado, hipertensión arterial, alteraciones lipídicas y obesidad. Su presencia está asociada a mayor riesgo de morbilidad cardiovascular. Nuestro objetivo fue analizar la prevalencia de síndrome metabólico en nuestra unidad de diálisis.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento renal sustitutivo en nuestro hospital. El diagnóstico de síndrome metabólico se efectuó conforme los criterios establecidos por AHA/NHLBI por la presencia de tres o más de los criterios establecidos.

Resultados: Se evaluaron 74 pacientes, 70,3% varones y edad media de $66,4 \pm 16,9$ años. Un 58,1% de los pacientes se encontraba en tratamiento con hemodiálisis (HD) y un 41,9% con diálisis peritoneal (DP). El 54,1% de los pacientes fue diagnosticado de SM (48,8% en HD; 61,3% en DP). Las principales causas etiológicas de la enfermedad renal fueron: glomerulonefritis (32,4%), nefroangioesclerosis (32,4%) y nefropatía diabética (10,8%). La DM estuvo presente en el 43,2% de los pacientes (46,5% en HD; 38,7% en DP), la dislipemia en el 75,7% (74,4% en HD; 77,4% en DP), la hipertensión en el 70,3% (69,8% en HD; 71,0% en DP) y la obesidad abdominal en el 48,6% (34,9% en HD; 67,7% en DP). Excepto en lo referente a obesidad abdominal ($p = 0,009$), no se observaron diferencias significativas entre ambas modalidades de tratamiento renal sustitutivo.

Conclusiones: Nuestro estudio refleja una importante prevalencia de síndrome metabólico entre la población sometida a tratamiento renal sustitutivo, especialmente en aquellos en HD. Dislipemia e hipertensión fueron los factores más prevalentes entre los pacientes diagnosticados. Como era previsible, la sobrecarga de glucosa que se produce en los pacientes en DP, ocasionó una tendencia al sobrepeso y obesidad abdominal.

352/171. ACIDOSIS LÁCTICA POR METFORMINA. REVISIÓN DE CASOS EN EL ÚLTIMO AÑO

L. Belmar Vega, G. Fernández Fresnedo, L. Galván Espinoza, E. Rodrigo Calabia, M. Heras Vicario y J. Ruiz San Millán

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: La metformina es uno de los fármacos más utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 debido a sus beneficios metabólicos y cardiovasculares. La acidosis láctica secundaria al uso de metformina es una complicación poco frecuente aunque grave asociada normalmente a factores de riesgo predisponentes. La entidad se caracteriza por pH sanguíneo $< 7,35$, lactato en sangre $> 45,5$ mg/dL e incremento del anión gap. Los pacientes con insuficiencia renal constituyen un grupo de especial riesgo estando contraindicado su uso con $FG < 30$ ml/min. Como objetivo, nuestro propósito fue analizar los principales factores de riesgo, tratamiento y evolución de los casos de acidosis láctica.

Métodos: Revisión de quince casos de acidosis láctica asociada a metformina.

Resultados: Se evaluaron 9 mujeres y 6 varones, con una edad media de $69,3 \pm 11,0$ años, todos ellos con función renal previa normal, excepto 4 pacientes que presentaban ya enfermedad renal crónica (dos en estadio 3a y dos en estadio 3b). Los motivos de asistencia a urgencias fueron diarrea, fiebre y deterioro general. En todos los casos se produjo un fracaso renal agudo o reagudización de su enfermedad renal crónica (FG al ingreso $2-16$ ml/min). Entre los factores de riesgo precipitantes, la deshidratación estuvo presente 14 casos, nueve pacientes recibían tratamiento con IECAS/ARAI y dos referían ingesta de AINES los días previos. La administración de contraste yodado y la sepsis estuvieron presentes en uno y tres casos, respectivamente. Tras suspensión de metformina, fármacos nefrotóxicos, administración fluidoterapia y realización de hemodiálisis todos los pacientes presentaron una evolución clínica favorable con corrección de acidosis y mejoría progresiva de función renal hasta su situación basal.

Conclusiones: Los principales factores de riesgo de la acidosis láctica, son: insuficiencia renal, trastornos agudos (deshidratación, infección grave, shock), fármacos (AINEs, IECAs, ARAII, contrastes yodados) que impliquen un riesgo de alteración de la función renal, enfermedad hepática, alcoholismo, enfermedad aguda o crónica capaz de provocar una hipoxia tisular. Su tratamiento incluye medidas de soporte y corrección del factor desencadenante. La hemodiálisis permite la corrección de la acidosis y la eliminación del fármaco. La corrección mediante bicarbonato resulta controvertida. Dada la potencial gravedad del cuadro, la prescripción del fármaco debe llevarse a cabo con precaución ante la presencia de posibles factores de riesgo, incluso en pacientes con función renal normal.

Lesión de órgano diana

352/14. EVENTOS CARDIOVASCULARES, FILTRADO GLOMERULAR Y COCIENTE ALBÚMINA/CREATININA

F. Tovillas Morán, M. Calle Santos y A. Carrera Muyo

ABS Martí i Julià, Barcelona.

Objetivos: Describir la correlación entre la aparición de eventos cardiovasculares (ECV) y la alteración del filtrado glomerular (FG) y/o del cociente albúmina/creatinina (CAC).

Métodos: Estudio prospectivo observacional, se incluyeron 200 pacientes de 30-90 años con electrocardiograma realizado en el año 2013 excluyéndose a los que presentaron; arritmias, bloqueo de rama izquierda y signos de cardiopatía isquémica, seguidos en el

período 2013 - 2016. Muestra suficiente para estimar con una confianza del 95% y una precisión de ± 7 , un % poblacional del 50% con una previsión de reposiciones del 2%. Se registraron las variables; fibrilación auricular (ACxFA), cardiopatía isquémica (CI), accidente cerebrovascular (AVC), insuficiencia cardíaca (IC), arteriopatía periférica (AP), FG medido por CKD-EPI y/o MDRD-4 y CAC en mg/g.

Resultados: En el grupo de los pacientes que presentaron algún ECV se encontró que el ECV más frecuente fue la ACxFA 31% seguidos de IC 21%, CI 18%, AVC 15% y AP 15%. El 67% presentó un $FG > 60$, el 22% un FG entre 45 y 60, el 7% un FG entre 44 y 30 y el 4% un $FG < 30$. El 19% presentó un $CAC > 30$ mg/g y el 48% $CAC < 30$ mg/g. Del total de la muestra el 10% no tenía realizado el CAC.

Conclusiones: El ECV más frecuente fue la ACxFA. La aparición de ECV y la alteración del FG parecen estar relacionados. En esta muestra la determinación del CAC sería insuficiente.

352/22. PREVALENCIA DE ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN POBLACIÓN HIPERTENSA Y/O DIABÉTICA

S. Rodríguez Gálvez, M. Vila Coll, M. Garrido Luque, M. Cuella Serres, J. Pastor Mejías y E. Martín Jiménez

ABS Gòtic, Barcelona.

Objetivos: Conocer la prevalencia del índice tobillo-brazo (ITB) alterado en hipertensos atendidos en la consulta de Atención Primaria (AP). Relacionar el ITB patológico con otras alteraciones en órganos diana y enfermedades clínicas asociadas.

Métodos: Estudio transversal. Período de estudio: 2017. Población: usuarios que acuden a una consulta de AP para revisión anual de hipertensión arterial (HTA) y que se les ha realizado un Eco Doppler de extremidades inferiores. Variables: edad, sexo, cifras de PAS y PAD, factores de riesgo (tabaco, dislipemia), función renal, ECG alterado, valores ITB y enfermedad clínica asociada (ECA).

Resultados: De los 50 usuarios de la muestra, un 62% son hombres y un 38% mujeres. Con una edad media de 68 años, con una desviación estándar (DE) de 11,8. La prevalencia de ITB alterado fue de un 28%, de ellos un 9,1% son mujeres frente a un 34,5% de hombres. Los factores de riesgo cardiovascular que influyeron a tener un ITB alterado fueron: tabaco 50%, diabetes mellitus 32%, dislipemia 27,3% y obesidad 26,3%. El 50% de los ITB alterados pertenecían a personas con hipertrofia ventricular izquierda (HVI). El 25% tiene insuficiencia renal crónica (IRC) y el 4% insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica. Al valorar los resultados, en los dos grupos de pacientes no hubo diferencias significativas.

Conclusiones: La prevalencia de ITB alterado en los hipertensos atendidos en la consulta de AP es de un 28% y es más frecuente en hombres. El factor de riesgo asociado que influye más es el tabaco, un 50% tiene HVI y un 25% IRC. Aunque los resultados no son estadísticamente significativos debido al reducido tamaño de la muestra poblacional, podríamos concluir que ser hombre, fumador, con HVI e IRC influye a tener un ITB alterado.

352/27. EFICIENCIA CARDIORRESPIRATORIA EN MAYORES DE 65 AÑOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

N. Uribe Heredia, R. Arroyo Espliguero, L. Piccone Saponara, H. Álvaro Fernández, E. Vallejo Sacristán y J. Balaguer Recena

Hospital Universitario de Guadalajara.

Objetivos: La prevalencia de la enfermedad coronaria se incrementa con la edad, siendo la causa cardiovascular la principal causa de muerte en mayores de 65 años, hasta en el 80% de los casos según algunas series. El objetivo de este estudio es evaluar la eficiencia cardiorrespiratoria al ejercicio en pacientes con cardiopatía isquémica mayores de 65 años con la finalidad de determinar los

factores deficientes e intervenir precozmente mediante el refuerzo del tratamiento.

Métodos: Estudio transversal. 91 pacientes sometidos a ergometría con consumo de oxígeno, con diagnóstico de cardiopatía isquémica a quienes se les realizó un cateterismo cardiaco y revascularización coronaria por un síndrome coronario agudo, entre 2 y 3 meses antes de la prueba. Se dividieron a los pacientes en dos grupos (grupo 1: > 65 años y grupo 2: < 65 años). Se evaluaron variables demográficas, angioplastia percutánea, electrocardiográficas, medidas antropométricas, ecocardiográficas, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades. Análisis estadístico SPSS 20. Las variables cualitativas se evaluaron con χ^2 . Las variables cuantitativas se expresan como medias $\pm$ DE, siendo evaluadas con la prueba t de Student. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 91 pacientes, El 21,7% (20 ptes) eran > 65 años, la media de edad era $56,9 \pm 9,5$ años, 9,8% mujeres (9 ptes). Entre las características basales de ambos grupos, encontramos que los > 65 años tenían menor IMC ($p = 0,04$), sin encontrar diferencias en otros FRCV, comorbilidades y características ecocardiográficas.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes mayores de 65 años mostraron una capacidad aeróbica con respuesta cardiopulmonar dentro de la normalidad, similar a los pacientes menores, aunque con mayor tensión arterial en reposo y a máxima carga y ligera tendencia a la hiperventilación, sin mostrar mayor alteración de la relación ventilación/perfusión.

352/36. MICROALBUMINURIA COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS O DIABÉTICOS

M. Baena López¹ y S. Muñoz Troyano²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: Existen normas para detectar valores de microalbuminuria predictivos de daño renal incipiente, así como medidas terapéuticas para disminuir su progresión hacia proteinuria franca. La prevención del daño renal y de las alteraciones cardiovasculares es posible, realizando un cribado temprano de la microalbuminuria.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se realiza una selección aleatoria de pacientes ($N = 103$) que presentan hipertensión y/o diabetes procedentes de tres cupos diferentes de un centro de salud semi-urbano.

Resultados: El 53,44% son hombres. El 37,87% tiene una edad comprendida entre 71-80 años y el 20,37% tienen entre 61-70 años. El 65,96% presenta un síndrome metabólico. El 13,58% eran solamente diabéticos, el 36,8% son hipertensos y el 49,62% presentan tanto hipertensión como diabetes. La función renal se calculó con la fórmula MDRD-4 con la que el 75,66% presentaba un ligero-moderado daño renal, el 22,3% tenía un daño renal estadio III y el 1,94% en estadio IV.

Conclusiones: La utilidad clínica de la detección de microalbuminuria en pacientes diabéticos y/o hipertensos, para prevención de daño renal y lesiones cardiovasculares es una realidad por lo que consideramos necesario realizar un cribado sistemático de la microalbuminuria y función renal en estos pacientes.

352/61. CONTROL DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

R. Bartolomé Resano¹, A. Nieto Molinet¹, F. Bartolomé Resano², A. Portu Iparraguirre¹, C. Palacios Palomares¹ y M. Bartolomé Resano³

¹Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra. ²Centro de Salud de Villava, Navarra. ³Centro de Salud Casco Viejo, Pamplona, Navarra.

Objetivos: Valorar el perfil y comorbilidades de nuestros pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC). Valorar el control de los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) según las guías europeas de RCV (2016) y de Diabetes Mellitus (DM) según redGDPS (2017). Valorar con prevención primaria si se tenía en cuenta la ERC para intensificar tratamientos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de historias clínicas. Emplazamiento: dos cupos de AP de 1.600 pacientes. Centro de salud urbano. Seleccionamos todos los pacientes con diagnóstico de ERC grado 3 a 5 ($FG < 60$ mL/min/1,73 m² con confirmación en dos analíticas). De 108 codificados eliminamos 42 por pasar a grado 2 en últimos controles ($FG > 60$ mL/min/1,73 m²), por no suponer un cambio importante respecto al objetivo. Estudiamos 66 pacientes (47% varones, 53% mujeres; edad: $x = 80,6$ años, $s = 7,4$ años). Grado ERC: 3a (54,5%), 3b (37,9%), 4-5 (7,5%).

Resultados: Comorbilidades: HTA (87,9%), diabetes mellitus (34,8%), fumadores (4,5%) con exfumadores (27,3%), obesidad (33,3%). Prevención secundaria (cardiopatía isquémica, ictus, AIT o enfermedad arterial periférica): 37,9%. Control HTA ($< 140/90$ mmHg): 84,8%. Control LDL (< 100 mg/dL): 71,2%. Control LDL matizando objetivo (añadiendo < 70 mg/dL si prevención secundaria, DM con albuminuria o ERC grado 4-5; resto < 100 mg/dL): 53%. Con objetivo LDL < 70 mg/dL se consiguió en 38,7%. Control LDL global: prevención primaria (58,5%), prevención secundaria (44%). $p = 0,31$ (χ^2 diferencias no significativas). Estatinas: atorvastatina (48,5%), simvastatina (16,6%), rosuvastatina (7,5%), pravastatina (3%), ninguna (24,2%). Añadida ezetimiba a la estatina (6%). Estatinas en no controlados: alta intensidad (29%), media intensidad (32,3%); baja intensidad (38,7%). HbA1c en diabéticos: $x = 6,8\%$, $s = 0,9\%$. Controlada (objetivo HbA1c según edad, comorbilidad y años de evolución de DM de la redGDPS): 95,6%.

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias significativas de control entre prevención primaria y secundaria. Siendo la mayoría hipertensos tenemos claro que es un FRCV fundamental y somos estrictos en su tratamiento superando el 80% de control. La DM no es ahora tan frecuente en la ERC, porque somos más estrictos en su control, lo que se refleja también en nuestros pacientes. En colesterol estamos en buenas cifras con el objetivo de LDL de 100, que tenemos interiorizado, pero fallamos más cuando hay que llegar a 70. Vemos que se podría intensificar todavía en bastantes pacientes, si bien parece que nos da miedo dar dosis elevadas de estatinas en la ERC. Al menos habría que subir a intensidad media, teniendo en cuenta que las dosis varían según el FG, o cambiar a atorvastatina que no requiere ajuste, o incluso añadir ezetimiba.

352/62. C1Q/TNF RELATED PROTEIN 1, OBESIDAD Y PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

D. Barbieri Merlo¹, M. Sánchez Niño², M. Goicoechea³, E. Verde Moreno⁴, A. Ortiz Arduan² y J. Luño Fernández¹

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria-Fundación Jiménez Díaz (ISS-FJD UAM), Spanish Kidney Research Network (Redinren), Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spanish Kidney Research Network (Redinren), Madrid.

Objetivos: La obesidad es un factor de riesgo de desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC) en la población general. Sin embargo, no en todos los estudios publicados hay una asociación entre IMC y progresión de la enfermedad renal en pacientes con ERC. C1q/TNF Related Protein 1 (CTRP1) es una nueva adipocina que tiene efectos antiaterogénicos y antiinflamatorios y puede tener un papel regulador en la asociación entre obesidad y enfermedades vasculares. Estudio observacional prospectivo que analiza los niveles de CTRP1 y su asociación en pacientes con obesidad y ERC.

Métodos: Se incluyeron pacientes con ERC estadio 3 y 4 sin eventos cardiovasculares previos, divididos en dos grupos según IMC. Se recogieron variables demográficas, y mediciones basales de CTRP1, función renal, albuminuria, estudio lipídico, diabetes, proteína C reactiva, aldosterona, renina plasmática, sodio urinario y medicación concomitante. Se recogieron los eventos renales definidos como entrada en diálisis, duplicación de creatinina o caída de un 50% del filtrado glomerular estimado (MDRD4).

Resultados: 71 pacientes con ERC divididos en dos grupos: 25 obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) y 46 no obesos. CTRP1 en plasma fue más elevada en los pacientes obesos (342 ± 141 vs $433 \pm 246 \text{ ng/ml}$, $p = 0,041$), no encontrando una asociación con grado de ERC, diabetes, niveles de aldosterona y renina, ni presión arterial. Los obesos tuvieron mayor presión arterial sistólica ($p = 0,018$) y mayores niveles de PCR ($p = 0,019$) y úrico ($p = 0,003$), sin diferencias en porcentaje de diabetes ni albuminuria. Durante un seguimiento medio de 63,7 meses, 14 pacientes tuvieron un evento renal. Los pacientes con CTRP1 en el tercil más bajo tuvieron más eventos renales, tanto en el global de la muestra (logRank: 5,810, $p = 0,016$), como en los obesos (logRank: 5,405, $p = 0,020$). Los niveles de CTRP1 más elevados (HR 0,992 (0,986-0,998), $p = 0,001$), se asocian a progresión renal más lenta en un modelo ajustado para obesidad, albuminuria y función renal.

Conclusiones: CTRP1 aumenta en los pacientes con obesidad y ERC, con un papel probablemente protector, puesto que se asocia a progresión más lenta de la enfermedad renal a largo plazo.

352/69. LA LESIÓN DE ÓRGANO DIANA SE ASOCIA CON UNA MENOR EXPRESIÓN DE MIR CIRCULANTES

A. Torres do Rego¹, M. Barrientos Guerrero¹, A. Ortega Hernández², V. Cachafeiro Ramos³, D. Gómez Garre² y L. Álvarez-Sala¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

²Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ³Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid.

Objetivos: Identificación de un perfil de expresión de microRNAs (miRs) en pacientes hipertensos con lesión de órgano diana.

Métodos: Se diseñó un estudio de casos y controles a partir de una cohorte de 400 hipertensos vistos en una Unidad de HTA. Se excluyeron pacientes menores de 50 años y aquellos que no firmaron el consentimiento informado. Se determinaron variables demográficas, antropométricas, medición de PA en reposo, glucemia basal, Hb glicosilada, perfil lipídico, EUA, FGe. Se definió lesión de órgano diana (LOD) según las guías de HTA (ESC-ESH 2013). Se realizó medición de la MVI (ASE), grosor íntima media (GIM) y velocidad de onda de pulso (VOP) mediante ecografía. Se analizaron 752 miRs séricos mediante un sistema de microArrays. Los datos de expresan como mediana (rango intercuartílico) o frecuencia (%). Se empleó el paquete estadístico SPSS 19.0.

Resultados: Se reclutaron 77 pacientes, siendo un 75,6% mujeres. De ellos un 62,8% tenían lesión de órgano diana, siendo la HTA resistente en un 17,9% de los casos. La prevalencia de enfermedad cardiovascular era del 20,5%. Las características antropométricas, los valores de TA, glucemia, función renal, lípidos eran similares en pacientes con LOD frente a aquellos sin ella. Se encontraron diferencias en los años de evolución de HTA (5 (0,05-11,5) años vs 12,5 (3,75-20,0) años; $p = 0,019$). Los pacientes con LOD tienen una menor expresión de miRNAs frente a los controles. De todos los miRNAs analizados hay una menor expresión let7b5p en pacientes con HTVI y albuminuria, una menor expresión de miR378a en pacientes con HTVI, albuminuria y GIM elevado y una menor expresión de miR29a en pacientes con HTVI y GIM elevado. La expresión de miR331 y miRlet7e_5p se encuentra disminuida también en pacientes con HTVI, al igual que miR339 en pacientes con albuminuria y miR133b en pacientes con placas carotídeas. No se encontró un

diferente perfil de miRs en pacientes con rigidez arterial ni en aquellos con un FGe inferior a 60 ml/min frente a los pacientes que no los presentaban.

Conclusiones: Los pacientes con LOD tienen una menor expresión de miRNAs frente a los controles. De ellos el miR29a, miR133b, miR331, miR339, miR378a miR let7b5p, miRlet7e_5p son los que se asocian con la aparición de LOD. En este trabajo proponemos nuevos miRs que pudiesen estar asociados con el daño vascular subclínico en el paciente hipertenso, siendo necesarios más trabajos para apoyar estos resultados.

352/79. ESTUDIO DEL METABOLISMO DEL CICLO DEL ÁCIDO CÍTRICO EN LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE

M. Martín Lorenzo¹, P. Martínez¹, J. Segura de la Morena², M. Barderas³, L. Ruilope⁴ y G. Álvarez Llamas¹

¹Instituto de Investigaciones Sanitarias-Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

³Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo. ⁴Instituto de Investigación I+12-Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: La hipertensión resistente (HR) puede afectar al 9-12% de los adultos hipertensos. Esta condición se relaciona con un mayor riesgo cardiovascular y daño orgánico. La administración de espironolactona es altamente efectiva, sin embargo, no todos los pacientes consiguen regular su presión arterial y, en cualquier caso, los efectos secundarios asociados son importantes. Previamente hemos demostrado que el perfil metabólico de la orina es capaz de reflejar y anticipar el desarrollo de albuminuria en pacientes hipertensos. En esta línea, el objetivo de este estudio es la evaluación del metabolismo subyacente a la HR para un mejor entendimiento de la enfermedad y de su tratamiento.

Métodos: Se recogieron muestras de orina de 42 pacientes clasificados en 3 grupos: 1) controles ($n = 13$), pacientes con pseudo-HR; 2) respondedores ($n = 19$), hipertensos resistentes que respondieron a espironolactona (HRr); y 3) no respondedores ($n = 10$), pacientes que no controlaron su presión arterial con espironolactona (HRnr). Para evaluar la respuesta a la espironolactona se recogió una nueva muestra de orina de HRr, y HRnr después del tratamiento. Las muestras se analizaron utilizando resonancia magnética nuclear (RMN) y los metabolitos identificados se confirmaron por cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (LC-MS/MS). De modo paralelo se analizó el proteoma de las muestras de orina de estos pacientes.

Resultados: Un estudio de enriquecimiento mostró que el ciclo del ácido cítrico era el más afectado en la patología ($p < 0,0001$) estando las variaciones de sus metabolitos en el rango de ng/mL (malato) y de $\mu\text{g/mL}$ (citrato). Citrato y oxalacetato aumentaron en la comparación HR vs pseudo-HR. Además, citrato, oxalacetato, α -ketoglutarato y malato presentaron valores elevados en HRnr frente a HRr. Estos cuatro metabolitos combinados conforman un panel de predicción de respuesta al tratamiento de alta especificidad y sensibilidad y con área bajo la curva ROC de 0,96. Las alteraciones del ácido cítrico en pacientes HR están relacionadas con una disregulación de la homeostasis de las especies reactivas de oxígeno. El análisis de biología de sistemas del proteoma alterado en HR reveló como principales procesos biológicos implicados la activación del sistema complemento, regulación de la coagulación, respuesta inmune, homeostasis y adhesiones focales.

Conclusiones: El panel metabólico presentado permite predecir la respuesta al tratamiento con espironolactona, contribuyendo a un mejor tratamiento de la enfermedad. Asimismo, los cambios de concentraciones de oxalacetato y malato se pueden emplear para seguir el tratamiento con espironolactona en pacientes respondedores.

352/85. ESTRÉS OXIDATIVO EN EL GLOBO OCULAR DE RATAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA

Á. Santana Garrido¹, C. Reyes Goya²,
C. Fernández de Bobadilla Carrasco¹, A. Blanca Lobato¹,
C. Vázquez Cueto³ y A. Mate Barrero³

¹Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla. ²Universidad de Sevilla. ³Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla/Instituto de Biomedicina de Sevilla (Ibis).

Objetivos: El estrés oxidativo está asociado con varias enfermedades oculares y sistémicas, siendo una de ellas la hipertensión arterial (HTA). La elevación sostenida de la presión arterial favorece la aparición de diferentes patologías en diversos órganos, entre ellos el sistema ocular. Pese a los muchos estudios que avalan el efecto nocivo de la HTA en el ojo, los mecanismos implicados aún no son bien conocidos. Existe en la actualidad un consenso generalizado sobre la importancia de la enzima NADPH oxidasa en el desarrollo del estrés oxidativo asociado a la HTA, dado que el anión radical superóxido, producido de manera prioritaria por dicha enzima, es el principal agente causante del estrés oxidativo en el contexto hipertensivo. Por ello, nuestro objetivo es estudiar el papel de la enzima NADPH oxidasa en el estrés oxidativo originado en el globo ocular en una situación de HTA, midiendo la actividad y expresión de dicha enzima. Además, estudiaremos la expresión de la enzima óxido nítrico endotelial (eNOS) y la de nitrotirosina como marcador del estado oxidativo.

Métodos: Para la realización de este trabajo hemos utilizado dos grupos de ratas Wistar macho de 10-12 semanas de edad: un grupo control y un grupo al que se le ha inducido hipertensión arterial mediante la administración de Nw-Nitro-L-arginina metil éster (L-NAME) en el agua de bebida. Los ojos fueron enucleados y homogeneizados a 4 °C mediante un homogeneizador de vidrio con pistilo de teflón. La actividad de la enzima NADPH oxidasa se analizó mediante quimioluminiscencia y la expresión proteica de dicha enzima, así como la expresión de eNOS y de nitrotirosina, se cuantificó mediante la técnica de Western blotting.

Resultados: Nuestro estudio muestra un incremento de la actividad de la enzima NADPH oxidasa en el globo ocular de las ratas hipertensas. Esta anomalía se acompaña de alteraciones en la expresión proteica de las principales isoformas de esta enzima (NOX), de la eNOS y de la nitrotirosina.

Conclusiones: Existe un aumento significativo en la actividad y expresión proteica de las isoformas NOX1, NOX2 y NOX4 de la enzima NADPH oxidasa, así como de la eNOS y de la nitrotirosina, en el globo ocular de las ratas hipertensas respecto a las normotensas, lo que demuestra la presencia de estrés oxidativo en el globo ocular en la hipertensión arterial; de este modo, el estrés oxidativo podría estar relacionado con mecanismos fisiopatológicos conducentes al desarrollo de enfermedades oculares en un contexto hipertensivo.

352/88. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON RIGIDEZ ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE HTA

A. García García, E. Cervilla Muñoz, A. Torres do Rego,
L. Álvarez Sala-Walther y M. Bello Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con rigidez arterial, estimadas mediante la velocidad onda de pulso (VOP) en la primera consulta.

Métodos: Se recogieron un total de 77 pacientes procedentes de la consulta de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. En el estudio inicial se les realizó una medición de tensión arterial, VOP mediante eco doppler carotídeo, así como una recogida de los antecedentes personales, factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana, los valores antropométricos (peso, estatura y perímetro abdominal) y tratamiento que estaban realizando en el mo-

mento de dicha consulta. Realizamos un estudio descriptivo de las características basales de esta población. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19.0.

Resultados: De los 77 pacientes incluidos el 33,8% eran varones, el 96,1% fueron de raza blanca con HTA esencial en un 87%, un 2,6% vasculorrenal y un 7,8% presentaron hiperaldosteronismo. El 7,8% de los pacientes tenía HTA de bata blanca. El valor medio del peso fue de 78,13 Kg, la estatura media 1,62 m y el perímetro abdominal 100,31 cm. El valor medio de la frecuencia cardiaca fue de 73,29 rpm. El 18,2% eran fumadores o exfumadores, un 24,7% eran diabéticos, el 46,8% dislipémicos. Un 6,5% tenían antecedentes de accidente cerebrovascular, un 10,4%, cardiopatía conocida, un 1,3% arteriopatía periférica y un 10,4% síndrome de obesidad hipoventilación. De los pacientes estudiados un 15,6% tomaba ácido acetil salicílico, un 18,2% IECAs, un 53,2% ARA II, un 54,5 diurético, un 37,7% calcio antagonista, un 23,4% betabloqueantes, un 9,1% alfa bloqueante, un 14,3% antagonistas aldosterónicos, un 3,9% vasodilatadores y un 50,6% estatinas. En el 18,4% de los pacientes se objetivó hipertensión arterial resistente. La VOP media que se obtuvo en los pacientes anteriormente descritos fue de 11,88 (± 2) m/s y los niveles medios de TA central 131/77 ($\pm 14,7/9,9$) mmHg y TA braquial en consulta de 142/77 ($\pm 15,4/9,8$) mmHg.

Conclusiones: En el estudio realizado destaca que la mayoría eran mujeres de raza blanca, presentaban valores antropométricos por encima de los recomendados para su edad/sexo y estatura. Aproximadamente la mitad de los pacientes eran dislipémicos. Los tratamientos más empleados fueron los ARA II, diuréticos y las estatinas. Estos datos nos invitan a realizar más estudios para demostrar que una intervención global podría mejorar la rigidez arterial como lesión de órgano diana.

352/89. REPERCUSIÓN DEL TRATAMIENTO INTENSIVO DE LA HTA EN PACIENTES CON RIGIDEZ ARTERIAL

A. García García, N. Toledo Samaniego, E. Cervilla Muñoz,
L. Álvarez Sala-Walther y M. Bello Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con rigidez arterial, evaluar la variación de la VOP en un año con tratamiento intensivo en pacientes con rigidez arterial.

Métodos: Se recogieron un total de 77 pacientes procedentes de la consulta de hipertensión arterial. En el estudio inicial se les realizó una medición de tensión arterial, VOP y tensión arterial central mediante eco doppler carotídeo así como una recogida de los antecedentes personales, factores de riesgo cardiovascular, lesión de órgano diana, los valores antropométricos (peso, estatura y perímetro abdominal) y tratamiento que estaban realizando en el momento de dicha consulta. Al año de tratamiento se registraron nuevamente los valores antropométricos, el tratamiento, la VOP y la TA braquial y central. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 19.0. Se consideraron estadísticamente significativos resultados con una $p < 0,05$.

Resultados: De los 77 pacientes incluidos el 33,8% eran varones, el 96,1% fueron de raza blanca con HTA esencial en un 87%, El valor medio del peso fue de 78,13 Kg, la estatura media 1,62 m y el perímetro abdominal 100,31 cm. El 18,2% eran fumadores o exfumadores, un 24,7% eran diabéticos, el 46,8% dislipémicos. Un 6,5% tenían antecedentes de accidente cerebrovascular, un 10,4%, cardiopatía conocida y un 10,4% síndrome de obesidad hipoventilación. El 15,6% tomaba ácido acetil salicílico, un 18,2% IECAs, un 53,2% ARA II, un 54,5 diurético, un 37,7% calcio antagonista, un 23,4% betabloqueantes, un 9,1% alfa bloqueante, un 14,3% antagonistas aldosterónicos, un 3,9% vasodilatadores y un 50,6% tratamiento hipolipemiente una estatina. El valor de VOP fue de 12,08 $\pm 2,21$, siendo al año de 9,55 $\pm 2,18$ $p < 0,05$. La TAS braquial inicial

descendió de forma estadísticamente significativa ($141,98 \pm 16,08$ vs $132,67 \pm 16,53$) La TAD braquial descendió de manera no significativa. La TAS central descendió de $131,44 \pm 15,81$ vs $120,51 \pm 17,79$ ($p < 0,05$). Se registró un descenso estadísticamente significativo del peso ($78,67 \pm 16,01$ vs $77,67 \pm 8,94$). La reducción del perímetro abdominal se evidenció, pero no fue significativa.

Conclusiones: El tratamiento intensivo de los factores de riesgo cardiovascular y la optimización del tratamiento antihipertensivo demuestra una disminución de la rigidez arterial, mejor control tensional y una disminución del peso. Nos planteamos nuevos estudios para esclarecer que medidas concretas favorecen el descenso de la rigidez arterial y el papel de la misma en la morbilidad global de estos pacientes.

352/106. SÍNDROME METABÓLICO, RESISTENCIA INSULÍNICA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

L. Vigil Medina¹, R. García Carretero¹, C. Rodríguez de Castro¹, A. Colas Herrera², B. Vargas Rojo¹ y M. López Jiménez¹

¹Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El síndrome metabólico (SM) y la resistencia insulínica (RI) se han relacionado con presencia o el desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). Nuestro objetivo fue analizar esta asociación en pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial.

Métodos: Estudio prospectivo, transversal, realizado en una Unidad de HTA hospitalaria. Definimos el SM según criterios de la ATP-III, la RI como un índice de HOMA ($i\text{-HOMA}$) > 4.4 (percentil 75%) y la ERC como un FGe (EPI-creatinina) < 60 ml/min/1,73 m² y/o la presencia de albuminuria (≥ 30 mg/g creatinina en dos muestras consecutivas de orina).

Resultados: Incluimos un total de 773 pacientes, 50,8% varones, con una edad media de 54 años. El 54,7% presentaron SM. El 64% de los pacientes con SM tuvieron RI y solo un 8,5% tenía RI en ausencia de SM. El 21% presentaban ERC: 11,9% con albuminuria, 9,1% con un FGe < 60 ml/min/1,73 m² y 2,5% con ambos. En el análisis univariado, la ERC se asoció al SM (28% vs 18%, $p = 0,005$) y a la RI (29% vs 22%, $p = 0,005$). En el análisis multivariado (regresión logística), incluyendo en el primer modelo el SM y la RI y ajustado para sexo y edad, el SM, pero no la RI, se asoció independientemente con la presencia de ERC (OR = 1,63, $p = 0,014$). Incluyendo como variables continuas todos los criterios del SM y ajustado para edad y sexo, la ERC se asoció también de forma independiente con el p. abdominal (OR = 1,020, $p = 0,023$), con el Col-HDL (OR = 0,980, $p = 0,016$) y con la PAS (OR = 1,012, $p = 0,039$). En el mismo modelo anterior solo el $i\text{-HOMA}$ se asoció independientemente con un FGe < 60 ml/min/1,73 m² (OR = 1,064, $p = 0,042$) mientras que albuminuria se asoció, al igual que la ERC, con el p. abdominal (OR = 1,022, $p = 0,028$), con el Col-HDL (OR = 0,976, $p = 0,022$) y con la PAS (OR = 1,020, $p = 0,002$).

Conclusiones: En nuestros pacientes con HTA esencial la concurrencia de SM y RI fue frecuente, siendo pocos los casos de RI sin SM. De los dos componentes de la ERC el descenso del FGe se asoció de forma independiente al $i\text{-HOMA}$ y la presencia de albuminuria al p. abdominal, al col-HDL y a la PAS. La determinación del $i\text{-HOMA}$ puede ser de utilidad en la valoración del pronóstico renal de los pacientes hipertensos, más allá de la presencia de SM.

352/113. RIGIDEZ ARTERIAL Y METABOLISMO ÓSEO EN PACIENTES HIPERTENSOS CON INSUFICIENCIA RENAL GRADO 3

E. Rodilla Sala¹, P. Serrano Torres², E. Ruiz Pérez², D. Gil Alós², J. Costa Muñoz¹ y J. Pascual Izuel¹

¹Hospital de Sagunto, Valencia. ²Universidad Cardenal Herrera-CEU, Castellón.

Objetivos: Una lesión de órgano diana frecuente en pacientes hipertensos es la alteración de la función renal. La reducción del filtrado glomerular se asocia a niveles reducidos de vitamina D (VitD), hiperparatiroidismo secundario (HPTs) y aumento de la rigidez arterial, sin embargo, existen muy pocos datos epidemiológicos de prevalencia en nuestro país. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de insuficiencia de VitD, HPTs y rigidez arterial en pacientes no tratados con VitD previamente.

Métodos: Estudio transversal descriptivo en pacientes hipertensos de una Unidad de HTA de un hospital comarcal en 508 pacientes consecutivos con IRC grado 3, calculado según la fórmula MDR/CKD-EPI (30-60 ml/min) desde 2015. Se definió deficiencia de VitD (< 30) e HPTs (> 70), según las Guías de la SEN, la rigidez arterial se midió en todos los pacientes de forma rutinaria mediante la velocidad de la onda de pulso (VOP) por oscilometría braquial (MOBIL-OGRAPH®, IEM, Stolberg, Alemania), y se definió según el valor absoluto de 10 m/s y ajustando por 7 grupos de edad.

Resultados: La prevalencia de la IRC grado 3 entre los pacientes de la Unidad de HTA fue de 614 pacientes (22,0%). 508 (82,7%) de los 614 pacientes con IRC grado 3, no estaban en tratamiento con VitD y entraron en el estudio, 268 eran mujeres (52,8%), 240 hombres (47,2%). La edad media fue de 73,3 años ($DE \pm 9,6$), el filtrado glomerular fue de 50,0 ml/min ($DE \pm 7,5$), la presión arterial fue de 130/67 mmHg. Los niveles medios de VitD y PTH fueron 20,1 ng/ml ($DE \pm 11,3$) y 77,1 pg/ml ($DE \pm 41,9$), respectivamente. La VOP fue de 10,8 m/s ($DE \pm 1,8$). La prevalencia de insuficiencia de VitD y del HPTs fue de 82,9% y 46,5%, respectivamente. Tomando el valor absoluto de 10 m/s, la prevalencia de rigidez arterial fue del 66,7%, mientras que si se ajusta la VOP por 7 grupos de edad, la rigidez arterial patológica se redujo al 29,1%.

Conclusiones: En las etapas iniciales de la historia natural de la IRC, el 83% de los pacientes presentan insuficiencia de VitD, el 46,5% un HPTs, susceptible de tratamiento farmacológico. El uso de un valor absoluto para definir rigidez arterial en pacientes con edad avanzada implica una prevalencia del 66,7%, mientras que el ajuste por grupos de edad reduce su prevalencia a menos de la mitad. Futuros estudios deberán valorar cuál de estas dos definiciones posee mayor valor pronóstico en las complicaciones cardiovasculares.

352/114. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES DEL METABOLISMO ÓSEO Y EL DAÑO VASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS CON IRC GRADO 3

E. Rodilla Sala¹, E. Ruiz Pérez², D. Gil Alós², P. Serrano Torres², J. Costa Muñoz¹ y J. Pascual Izuel¹

¹Hospital de Sagunto, Valencia. ²Universidad Cardenal Herrera-CEU, Castellón.

Objetivos: La bibliografía describe una relación entre el metabolismo óseo y el daño vascular, específicamente entre niveles de VitD y la velocidad de la onda de pulso (VOP), probablemente secundaria a la presencia de receptores de VitD en diversos órganos como el ventrículo izquierdo o la pared arterial. Sin embargo, no hay evidencias de que la asociación entre ambos parámetros sea causal, ya que podría tratarse únicamente de un epifenómeno. El objetivo del estudio es analizar los determinantes de la rigidez arterial en un colectivo con una alta prevalencia de daño renal, óseo y vascular como son pacientes hipertensos con IRC grado 3.

Métodos: Estudio transversal descriptivo en pacientes hipertensos de una Unidad de HTA de un hospital comarcal en 508 pacientes consecutivos con IRC grado 3, calculado según la fórmula MDR/CKD-EPI (30-60 ml/min) desde 2015, no tratados previamente con VitD. Se definió deficiencia de VitD (< 30) e HPTs (> 70), según las Guías de la SEN, la rigidez arterial se midió en todos los pacientes de forma rutinaria mediante la VOP (m/s) y el Augmentation Index

(Alx,%) por oscilometría braquial (MOBIL-OGRAPH®, IEM, Stolberg, Alemania).

Resultados: 268 (52,8%) pacientes eran mujeres, 240 hombres (47,2%). La edad media fue de 73,3 años (DE $\pm$ 9,6), el filtrado glomerular fue de 50,03 ml/min (DE $\pm$ 7,5), la presión arterial fue de 129/74 mmHg, el número medio de fármacos antihipertensivos fue 3,26. Los niveles medios de VitD y PTH fueron 20,1 ng/ml (DE $\pm$ 11,3) y 77,14 pg/ml (DE $\pm$ 41,94), respectivamente. La VOP fue de 10,81 m/s (DE $\pm$ 1,9). Los factores relacionados con la VOP en análisis bivariados de forma proporcional fueron la edad, la presión de pulso y la PTH, de forma inversa la VitD y el filtrado glomerular. En la regresión multivariante, ajustando por sexo, solo la edad y la presión de pulso mantuvieron la significación. El Alx se asoció de forma bivariada con la presión de pulso, el COL-HDL y el género femenino, de forma negativa con los TG. En la regresión multivariante las variables significativas fueron el género y la presión de pulso.

Conclusiones: A pesar de una asociación significativa entre la rigidez arterial y la VitD y la PTH en análisis univariados, la regresión multivariante lineal no muestra relación significativa entre la VOP y parámetros del metabolismo óseo. Aumentando el número de pacientes, tampoco otros marcadores de rigidez arterial se asociaron de forma significativa al metabolismo óseo.

352/115. LA SUPLEMENTACIÓN CON VITD EN PACIENTES HIPERTENSOS CON IRC GRADO 3 E INSUFICIENCIA DE VITD NO MODIFICA LA RIGIDEZ ARTERIAL

E. Rodilla Sala¹, D. Gil Alós², P. Serrano Torres², E. Ruiz Pérez², J. Costa Muñoz¹ y J. Pascual Izuel¹

¹Hospital de Sagunto, Valencia. ²Universidad Cardenal Herrera-CEU, Castellón.

Objetivos: Estudios transversales poblacionales han asociado la insuficiencia de VitD con una rigidez arterial elevada. Sin embargo, la mayor parte de los estudios de intervención apuntan a que la normalización de los niveles de VitD no consiguen reducir la rigidez arterial elevada. El objetivo del estudio es determinar si la suplementación de VitD en pacientes hipertensos con IRC grado 3 y niveles bajos de VitD repercute en la rigidez arterial.

Métodos: Estudio longitudinal en pacientes hipertensos de una Unidad de HTA de un hospital comarcal en 221 pacientes consecutivos con IRC grado 3, calculado según la fórmula CKD-EPI (30-60 ml/min) desde 2015, no tratados previamente con VitD y con niveles por debajo de los definidos por la SEN (< 30). La rigidez arterial se midió en todos los pacientes de forma rutinaria mediante la VOP (m/s) y el Augmentation Index (Alx, %) por oscilometría braquial (MOBIL-O-GRAPH®, IEM, Stolberg, Alemania). Se pautó una dosis de hidroferol 266 µg. 1 ampolla/mes, y se midieron de nuevo los niveles a los 12 meses.

Resultados: 126 (57%) pacientes eran mujeres, 95 hombres (43%). La edad media fue de 74,5 años (DE $\pm$ 9,5), el filtrado glomerular fue de 49,3 ml/min (DE $\pm$ 7,2), la presión arterial fue de 130/66 mmHg, el número medio de fármacos antihipertensivos fue 3,5. Los niveles medios de VitD iniciales fueron 15,6 ng/ml (DE $\pm$ 6,6), la VOP fue 11 m/s (DE $\pm$ 1,8). Al cabo de un año, un 63,8% de los pacientes estaba en tratamiento con hidroferol, los niveles de VitD aumentaron en el grupo global a 24,2 (DE $\pm$ 11,5), la VOP aumentó a 11,1 m/s (DE $\pm$ 1,8). A pesar de las diferencias significativas en los niveles de VitD entre el grupo que acudió a la visita anual sin suplementación de VitD y el grupo que mantuvo el tratamiento con VitD (15,3 versus 29), no hallamos diferencias significativas en la VOP entre los grupos.

Conclusiones: La corrección de la insuficiencia de VitD en pacientes hipertensos con IRC grado 3 no se asoció a una reducción significativa del daño vascular en forma de un descenso de la velo-

cidad de la onda de pulso, sugiriendo que no existe una relación causal entre los niveles de VitD y el sistema arterial en pacientes hipertensos con IRC grado 3.

352/116. ¿INFLUYE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL PRONÓSTICO DE LA CIRUGÍA VALVULAR TRICUSPÍDEA?

B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán¹, V. Becerra Muñoz², L. Pérez Benito¹, E. de Teresa Galván² y M. Sánchez Chaparro²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Existen muy pocos estudios que hayan evaluado el valor pronóstico de la hipertensión pulmonar (HTP) en la cirugía tricuspídea. Así, nuestro objetivo fue evaluar el valor pronóstico de la HTP, en términos de mortalidad a corto y largo plazo, en una amplia serie de pacientes con insuficiencia tricuspídea (IT) grave sometidos a cirugía valvular tricuspídea.

Métodos: 201 pacientes con IT grave fueron sometidos a corrección quirúrgica en nuestro centro entre abril de 1996 y diciembre de 2013. Disponíamos de estimación preoperatoria ecocardiográfica de la presión arterial pulmonar sistólica (PAPS) en 193, y estos 193 pacientes fueron los incluidos finalmente en el presente análisis retrospectivo. Se definió ausencia de HTP si PAPS < 35 mmHg, HTP leve si PAPS 35-49 mmHg, HTP moderada si PAPS 50-74 mmHg, y HTP grave si PAPS $\geq$ 75 mmHg. Se evaluó la asociación de la HTP y de sus diferentes grados con la mortalidad perioperatoria y a largo plazo.

Resultados: La edad media fue 62,9 años, el 76,7% fueron mujeres. El 11,9% no presentaban HTP, el 36,8% HTP leve, el 28% HTP moderada y el 23,3% HTP grave. La mortalidad perioperatoria fue del 14%. Tras un seguimiento medio de 60,4 meses, la mortalidad a largo plazo fue del 44,8%. La PAPS no se relacionó con la mortalidad perioperatoria (PAPS media en el grupo con mortalidad perioperatoria frente a PAPS media en el grupo de supervivientes al periodo perioperatorio: 53,7 frente a 54,3; p 0,88). Tampoco se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad a largo plazo y los siguientes: PAPS (HR 1,008; IC95% 0,997-1,019; p 0,17), presencia de HTP (HR 1,9; IC95% 0,83-4,35; p 0,13), HTP leve (HR 0,96; IC95% 0,61-1,49; p 0,85), HTP moderada (HR 1,1 IC95% 0,69-1,7; p 0,67) o HTP grave (HR 1,25; IC95% 0,78-2; p 0,33).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con insuficiencia tricuspídea grave sometidos a tratamiento quirúrgico, la presencia de HTP fue muy frecuente (88,1%). Tanto la mortalidad perioperatoria como la mortalidad a largo plazo fueron elevadas, pero no se observó asociación significativa de ninguno de ambos eventos con la presencia de HTP ni de HTP grave.

352/123. PAPEL DE LA RIGIDEZ ARTERIAL EN LA HIPERTENSIÓN INCIDENTE EN PACIENTES PREVIAMENTE NO TRATADOS

E. Rodilla Sala¹, A. Gea Roig², F. Pérez Lahiguera¹, J. Costa Muñoz¹ y J. Pascual Izuel¹

¹Hospital de Sagunto, Valencia. ²Universidad Cardenal Herrera-CEU, Castellón.

Objetivos: El papel de las lesiones de órgano diana en la HTA incidente es controvertido. El objetivo del estudio es analizar el papel evolutivo de la rigidez arterial en la HTA incidente en pacientes previamente sanos no tratados farmacológicamente.

Métodos: Estudio longitudinal observacional en 178 pacientes consecutivos, no hipertensos con PA clínica < 140/90 mmHg y ambulatoria < 130/80 mmHg y sin tratamiento farmacológico previo

remitidos a una Unidad de HTA de un hospital comarcal para confirmar o descartar HTA. A todos los pacientes se les realizó una visita basal estándar con laboratorio y determinación de la presión arterial clínica y ambulatoria (MAPA). La rigidez arterial se midió en todos los pacientes de forma rutinaria mediante la VOP (m/s) por oscilometría braquial (MOBIL-O-GRAPH®, IEM, Stolberg, Alemania). Se realizó una visita de seguimiento al cabo de 12 meses, repitiendo todas las mediciones.

Resultados: 115 (64,6%) pacientes eran mujeres, 63 hombres (35,4%). La edad media fue de 44,8 años, el IMC 28,1 kg/m². La PA clínica inicial fue de 123/72 mmHg, la presión arterial ambulatoria de 117/73 mmHg. Al cabo de un año (mediana 1,1 año), la PA clínica y ambulatoria fue de 125/72 y 120/74 mmHg. Un total de 70 pacientes (39%) presentaron cifras elevadas de PA clínica, ambulatoria o acudieron a la visita con medicación antihipertensiva en la visita de follow-up. Definiendo un primer grupo de pacientes como aquéllos con VOP inicial por debajo del valor de la mediana (7,1 m/s) frente a aquéllos con VOP por encima de la mediana, sus cifras de PA fueron significativamente menores en la visita basal (PA clínica: 121/70 vs 125/73, $p = 0,01$, y MAPA: 116/73 vs 119/73, $p = 0,024$ para PAS, PAD = ns) y en la final (PA clínica: 121/71 vs 128/73, PAS $p = 0,01$, PAD = ns, y MAPA: 118/73 vs 122/73, $p = 0,014$ para PAS, PAD = ns). Corrigiendo por edad y género en una regresión logística multivariante, la presencia de HTA en la visita de seguimiento se asoció a una VOP elevada en la visita inicial (OR: 1,9; IC 1,01-3,9, $p = 0,05$).

Conclusiones: Pacientes inicialmente normotensos en la visita basal, que al cabo de un año desarrollan HTA, presentan una asociación significativa a rigidez arterial elevada, medida como velocidad de la onda de pulso en la visita basal. Futuros estudios deberán confirmar el valor pronóstico de la rigidez arterial como instrumento para diagnosticar HTA incidente en la población normotensa.

Estratificación del riesgo

352/16. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CONSULTAS POR DOLOR TORÁCICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

S. Muñoz Troyano¹ y M. Baena López²

¹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ²Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería.

Objetivos: Establecer prevalencia y características de pacientes con dolor torácico (DT), que acuden a urgencias; prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y la tipicidad del DT. Valorar proporción de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo (SCA).

Métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Ámbito: Servicio Urgencias. Sujetos: pacientes asistidos por DT entre enero y diciembre de 2010. Mediciones: Incluidas todas las historias clínicas registradas (175). Recogimos información mediante revisión informática. Registramos datos socio-demográficos, FRCV, tratamiento, antecedentes de cardiopatía, fibrinólisis, cambios eléctricos o enzimáticos y cuantificación de ingresos o derivaciones externas. Análisis estadístico: descriptivo usando programa SPSS17.0. Exploraremos asociaciones mediante análisis bivariados. Limitaciones: sesgos de información por errores al recoger datos o pérdidas informáticas. Aspectos ético-legales: declaración de Helsinki, normas de buena práctica clínica y ley básica reguladora autonomía del paciente.

Resultados: Los pacientes eran más frecuentemente varones (66,7%) de edad media (61,2 años). Los FRCV fueron hipertensión

(62%), dislipemia (48%), diabetes (27%) y tabaquismo (27%). DT atípico se presentó en 37,4%. Si presentaban DT típico el 22,8% tenía elevación ST y el 50,4% cambios electrocardiográficos. Fibrinolizados un 8%. Se determinó troponina en 92%, de los que un 33,1% tenía DT atípico. Ingresó el 51%, el resto derivó a Cardiología (18,4%) o Atención Primaria (29,9%). Los diagnósticos más frecuentes: DT no cardiogénico (34,5%), SCASEST (36,6%), Angina estable (14,4%) y SCACEST (14,9%).

Conclusiones: El DT es frecuente pero su gestión es heterogénea. La mitad de los pacientes tienen perfil de riesgo muy bajo. Destaca la importancia del control de FRCV y anamnesis para tipificar el DT, evitando pruebas innecesarias.

352/44. INFLUENCIA DEL CONSUMO DE JAMÓN IBÉRICO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Márquez Contreras¹, A. Baldonado Suárez¹, S. Márquez Rivero¹, C. Gracia Diéz¹, E. Rodríguez García¹ y M. López García-Ramos²

¹Centro de Salud La Orden, Huelva. ²Centro de Salud San Juan, Huelva.

Objetivos: Evaluar la influencia del consumo moderado y habitual de jamón 100% ibérico de bellota 5J en el riesgo cardiovascular global y de forma secundaria en parámetros lipídicos, presiones arteriales y peso.

Métodos: Se diseñó un estudio clínico longitudinal, analítico, cuasiexperimental, de medidas repetidas, participando 104 voluntarios seleccionados aleatoriamente y seguidos atención primaria. Se incluyeron voluntarios de ambos sexos, entre 25 y 55 años, con ausencia de enfermedad cardiovascular, sin tratamiento antihipertensivo, ni hipolipemiantes, ni diabetes. Se efectuaron 4 visitas (inicial, 2, 10 y 18 semanas), con una fase de lavado y otra de consumo de jamón de cerdo 100% ibérico de bellota 5J, 40 g/diario durante 8 semanas cada una. La variable principal fue el valor del riesgo cardiovascular mediante la tabla Score. Se evaluaron las medias de colesterol total, cHDL, cLDL, triglicéridos, glucemia, ácido úrico, proteína C reactiva y peso.

Resultados: Se analizaron 100 voluntarios, 64 mujeres (64%) y 36 hombres (36%), con edad media de 42,08 (DE 9,6) años. El riesgo vascular (Score) fue de 0,20 (DE 0,49) y 0,18 (DE 0,48) antes de la ingesta y al final ($p = NS$). Se observaron diferencias significativas en las medias, con un incremento del cHDL de 5 mg/dl y un descenso del cLDL y triglicéridos de 10 mg/dl, sin cambios en el colesterol total, presiones arteriales o peso. No se observaron diferencias en el consumo medio de Kcal, consumo de proteínas, lípidos, hidratos de carbono o alcohol.

Conclusiones: El consumo de jamón ibérico 5 J a una dosis de 40 gramos diario es cardiosaludable, ya que no incrementa el riesgo cardiovascular y tiene efectos favorables sobre diferentes lípidos, sin variar la presión arterial ni el peso.

352/72. LA CISTATINA C COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN LA HTA

R. García Carretero¹, O. Barquero Pérez², R. Goya Esteban², C. Rodríguez de Castro¹ y L. Vigil Medina¹

¹Hospital Universitario de Móstoles, Madrid. ²Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es un factor de riesgo de mortalidad global y de eventos cardiovasculares (ECV). Nuestro objetivo fue determinar si la cistatina C, un marcador de función renal, puede ser mejor predictor de la mortalidad global y de la morbi-mortalidad cardiovascular (ECV) que la creatinina en pacientes con hipertensión arterial (HTA) esencial.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo realizado en los pacientes atendidos en una consulta de HTA. Definimos la presencia de ERC como una creatinina sérica $\geq 1,2$ mg/dl en varones y $\geq 0,9$ mg/dl en mujeres y una cistatina C $\geq 1,11$ mg/dl en ambos sexos. Se seleccionaron para el análisis dos variables principales, la mortalidad global y los ECV (infarto de miocardio -IAM-, infarto cerebral, insuficiencia cardíaca -IC- y muerte cardiovascular). Se realizó un análisis de supervivencia mediante una regresión de Cox, comparando la presencia de ERC definida con creatinina y con cistatina C e incluyendo todos los cofactores predictores de mortalidad global y de ECV.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.471 pacientes con una edad media de 58 años. El tiempo de seguimiento fue de 11,7 años (mediana 4,8 años). Registramos un total de 58 muertes (19 no cardiovasculares) y 330 ECV (103 IAM, 145 ictus, 43 episodios de IC y 39 muertes cardiovasculares). La cistatina C mostró un valor predictivo superior a la creatinina, tanto para la mortalidad global (HR = 2,2, IC95% 1,15-4,1, $p = 0,01$) como para los ECV (HR = 1,43, IC95% 1,04-1,9, $p = 0,02$).

Conclusiones: En nuestra población con HTA la cistatina C fue mejor predictor que la creatinina tanto de mortalidad global como de morbi-mortalidad cardiovascular. Nuestros resultados sugieren que este biomarcador puede ser útil en la evaluación del riesgo global y cardiovascular de los pacientes hipertensos.

352/83. IDENTIFICACIÓN DE UN PANEL MARCADOR DE 10 METABOLITOS ASOCIADO AL RIESGO CARDIOVASCULAR: UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PRECOZ

A. Santiago Hernández¹, P. Martínez¹, M. Martín Lorenzo¹, Á. Heredero², G. Aldamiz-Echevarría² y G. Álvarez Llamas¹

¹Instituto de Investigaciones Sanitarias-Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Identificación de un nuevo panel marcador de metabolitos en orina capaz de detectar riesgo cardiovascular de cara a realizar una intervención terapéutica temprana, evitando así un posible evento cardiovascular (CV) agudo. Cabe destacar la elección de la orina por constituir un método no invasivo y de fácil obtención.

Métodos: Se recogieron muestras de orina de 27 pacientes que iban a ser sometidos a cirugía de revascularización coronaria. Dichas muestras fueron obtenidas antes de la cirugía y durante la revisión del paciente dos meses después del alta. Como grupo control, se recogieron 25 muestras de orina pertenecientes a donantes sanos. Basándonos en estudios previos realizados en nuestro grupo, seleccionamos 36 metabolitos asociados a desarrollo de aterosclerosis, síndrome coronario agudo, hipertensión y riesgo cardiovascular que fueron analizados cuantitativamente por cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (LC-MS/MS) en modo "Selected Reaction Monitoring" (SRM).

Resultados: Un total de 10 metabolitos de entre todos los analizados han sido hallados significativamente alterados ($p < 0,05$) en pacientes con cirugía de revascularización programada frente a controles sanos. Tres de estos metabolitos, presentan unos niveles aumentados frente a los controles, y cinco de ellos disminuyen significativamente. Un subgrupo de los mismos responde igualmente a la recuperación del paciente mostrando valores próximos al grupo control en las muestras recogidas a los dos meses. Las alteraciones metabólicas identificadas apuntan a modificaciones en el ciclo del ácido tricarbóxico y en el metabolismo de arginina-prolina como principales procesos biológicos subyacentes alterados antes de un evento CV agudo.

Conclusiones: Presentamos un nuevo panel marcador compuesto por 10 metabolitos ligados a riesgo CV, proporcionando una nueva herramienta que sumada a las actuales permita mejorar la identificación del riesgo CV y por tanto una temprana intervención terapéutica.

352/91. COMPARACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE DIFERENTES ESCALAS EN LA POBLACIÓN DE 2 BARRIOS CON ALTO PORCENTAJE DE INMIGRACIÓN. ESTUDIO VELLACOR

C. Nasarre Codes¹, L. Arias Alonso¹, C. Pitarch Nàcher², A. Sagués Terol³, V. Antonio Arques¹ y N. Pérez Escalante¹

¹CAP Raval Sud, Barcelona. ²CAP Gòtic, Barcelona. ³CAP Raval Nord, Barcelona.

Objetivos: En el sudeste asiático se observan mayor número de eventos cardiovasculares en edades más tempranas comparado con población caucásica, justificándose tablas de riesgo cardiovascular (RCV) que contemplen la etnia como variable (escala Qrisk3). Dado el alto porcentaje de inmigración procedente de dicha zona atendido en nuestros centros, nuestro objetivo es describir el RCV estimado con las escalas QRISK3 y REGICOR, comparando población indostaní con otras etnias.

Métodos: Estudio transversal realizado en 3 EAP incluyendo pacientes entre 35-74 años con cifras colesterol total/HDL de los dos últimos años. Excluimos pacientes en prevención secundaria. De un total de 10.982 pacientes, calculamos una muestra de 472 individuos (25% esperado de pérdidas, confianza 95%, precisión 4% y 19% esperado de individuos de alto RCV). Procedemos a selección aleatoria estratificada en dos grupos: Indostán (Pakistán, Bangladesh e India) y resto de etnias, 236 pacientes por grupo étnico. Se revisa historia clínica y se recogen las variables necesarias para el cálculo de las escalas REGICOR y QRISK3. Realizamos un análisis estadístico provisional de una $n = 40$ (20 indostaní, 20 no-indostaní), comparando los resultados obtenidos entre las diferentes escalas mediante el índice Kappa.

Resultados: El grupo indostaní ($n = 177$) muestra: 81,4% hombres, edad media 45 años; HDL 42,29 mg/dL; CT 200,89 mg/dL; PAS 127,70 mmHg; diabetes mellitus tipo 2 (DM2) 23,2% y fumadores 23,2%. Mientras que el grupo no-indostaní muestra ($n = 197$): hombres 48,5%, edad media 51 años; HDL 53,59 mg/dL; CT 210,37 mg/dL; PAS 128,93 mmHg; DM2 12,2% y fumadores 29,9%. Los valores Regicor oscilan entre 0-26%, clasificando como paciente de alto RCV ($> 10\%$) al 4,1% de los pacientes. Sin embargo, los valores de Qrisk3 van entre 0-66% calculando como alto riesgo al 42,9%. El índice Kappa entre las dos escalas en cada grupo es: Indostán = 0,125; otras etnias = 0,263.

Conclusiones: Las diferencias son escasas entre ambos grupos en cuanto a factores de RCV. Destaca que el grupo indostaní es más joven que el grupo no indostaní, pero presenta el doble de prevalencia de DM2. Encontramos gran diferencia en el porcentaje de pacientes clasificados como alto RCV entre las dos escalas, siendo la concordancia entre ambas muy baja para ambos grupos; pero menor en pacientes del Indostán.

352/92. ASOCIACIÓN ENTRE GRASA CORPORAL Y PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS CON OBESIDAD: RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO ACTIVEBRAINS

E. de Castro¹, C. Cadenas-Sánchez², J. Mora-González², J. Migueles², D. dos Santos¹ y F. Ortega²

¹Programa de Posgrado en Promoción de la Salud, Universidade de Franca, Brasil. ²Grupo de Investigación Profith, Departamento de Educación Física y Deportiva, Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Granada.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue analizar la asociación entre el índice de masa grasa y la presión arterial en niños con sobrepeso/obesidad.

Métodos: Un total de 108 niños/as (niños, $n = 64$), con edades entre 8 y 11 años ($10,0 \pm 1,1$ años) fueron incluidos en este estudio.

La composición corporal fue obtenida a partir de la absorciometría de rayos X de doble energía (DEXA). El índice de masa grasa (IMG) fue calculado a través de la fórmula: IMG = masa grasa (kg)/estatura (m²). La presión arterial fue medida según procedimientos estandarizados. Se realizaron correlaciones parciales y regresión lineal ajustados por la edad y sexo para analizar la asociación entre la grasa corporal y las variables de presión arterial.

Resultados: Fueron encontradas correlaciones significativas entre el IMG y las presiones arteriales sistólica (PAS) ($r = 0,267$; $p = 0,006$); diastólica (PAD) ($r = 0,301$; $p = 0,002$) y media (PAM) ($r = 0,314$; $p = 0,001$). La regresión lineal mostró que cada aumento de una unidad en el IMG estaba asociado a un aumento aproximado de 1,3 mmHg en la PAS, PAD y PAM.

Conclusiones: Los resultados indicaron que el aumento de grasa corporal se asoció con un incremento en las cifras de la presión arterial en niños/as.

352/95. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE UN MÉTODO NO INVASIVO PARA DETERMINAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR (REGICOR Y SCORE) MEDIANTE VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS NO INVASIVAS.

J. Alcaide Leyva, J. Gutiérrez Vilaplana, C. Sorolla Villas, E. Samso Piñol y J. Roig Cárcel

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Conocer la precisión diagnóstica de un modelo basado en variables no invasivas para la cuantificación del cálculo del riesgo cardiovascular (funciones SCORE y REGICOR).

Métodos: Estudio transversal llevado a cabo en 2017 sobre muestra de 676 pacientes pertenecientes en unidad de detección de enfermedades aterotrombóticas. Se han recogido variables sociodemográficas (edad, sexo, hábito tabáquico), antropométricas (TA, IMC, PDP -presión diferencial de pulso PAS-PAD-, ICT - índice cintura/talla, ABSI - a body shape index-, BRI -body roundness index-, PG -peso graso-) y bioquímicas (glucosa, colesterol total y fracciones). Se compararon modelos de regresión logística formados por variables no invasivas: a) regresión logística binaria (RLogB) (variable resultado dicotómica: alto y bajo REGICOR y SCORE); y de regresión logística multinomial (RLogM) (variable resultado ordinal: Bajo, Moderado y Alto riesgo cardiovascular por REGICOR y SCORE). Se calcularon OR ajustadas para cada variable predictora. Se realizaron curvas ROC y se calculó el índice de validez (IV) diagnóstica, Sensibilidad (S), Especificidad (E) e índice de Youden (IJ).

Resultados: Un total de 676 pacientes (401 hombres, 59,3%) fueron incluidos en el estudio. La edad media fue de 63 años (62,2-63,8) y rango de 36 a 83 años. El 16% de la muestra fumaba (21,6% hombres y 7,6% mujeres, $p < 0,05$). La obesidad fue del 42,8% (43,4% hombres y 42% mujeres). En cuanto al riesgo cardiovascular, el 7,6% de la muestra presentaba un riesgo alto o muy alto de sufrir un evento cardiovascular (función REGICOR ≥ 10), de ellos, el 10,7% de los hombres y el 3,3% de las mujeres ($p < 0,05$). En cuanto al riesgo de muerte por evento cardiovascular, el 15,3% mostró un riesgo alto o muy alto (función SCORE ≥ 5), siendo del 25,1% en hombres y el 0,7% en mujeres ($p < 0,05$). Se dicotomizaron las variables resultado REGICOR y SCORE y se realizaron curvas ROC con las variables no invasivas. Las variables con mayor ABC fueron para Regicor: PDP (78,9%) y ABSI (68,9%); y para Score: PDP (78,4%) y ABSI (74,2%). Se compararon modelos de RLogB frente a modelos de RLogM, obteniendo mayor precisión diagnóstica los primeros. Así, para REGICOR el modelo contó con la edad, PPD, consumo de tabaco, CC y BRI, consiguiendo un r^2 de Nagelkerke del 39,9%, y una validez diagnóstica del 93,5% ($E = 98,6\%$ $S = 22,2\%$ $IJ = 0,21$); y para SCORE, las variables finales fueron edad, sexo, PPD, y consu-

mo de tabaco, obteniendo un r^2 de Nagelkerke del 63,9%, y una validez diagnóstica del 91,7% ($E = 96\%$ $S = 66,6\%$ $IJ = 0,62$).

Conclusiones: La Presión Diferencial de Pulso (PDP) es la variable con mayor capacidad predictiva sobre REGICOR y SCORE, tanto en ABC (curvas ROC) como variable significativa que forma parte de los dos modelos de RLogB para ambas funciones. Se han conseguido dos modelos multivariantes no invasivos (sin inclusión de variables bioquímicas) con un alto índice de validez diagnóstica, siendo más preciso para SCORE ($IJ = 0,62$). Es posible predecir el riesgo de evento o muerte cardiovascular a partir de variables no invasivas que permitiría su uso en contextos sanitarios donde el screening sea una herramienta básica de prevención.

352/100. PAPEL DEL PROTEOMA REDOX TIÓLICO EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN FUNCIÓN DEL PROTEOMA

N. Corbacho Alonso¹, M. Baldán-Martín¹, J. López², G. Ruiz Hurtado³, L. Ruilope⁴ y M. G. Barderas¹

¹Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo. ²Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, Madrid. ³Instituto de Investigación, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las enfermedades CV (cardiovasculares) son la principal causa de muerte en los países desarrollados y presenta una creciente prevalencia en los países en vías de desarrollo. A pesar de ello, actualmente no hay biomarcadores para detectar el proceso patofisiológico que las causa antes de su manifestación clínica, lo que supone un elevado coste socioeconómico. Los estimadores de riesgo cardiovascular actuales se centran en la edad como el factor de riesgo más importante tanto en eventos CV como en mortalidad. En base a esto, el propósito de este estudio se centra en realizar una estratificación del riesgo cardiovascular en función del estrés oxidativo para conseguir, de esta manera, una detección temprana del proceso fisiopatológico.

Métodos: El estudio parte de una cohorte de 26 individuos de entre 30 y 50 años de edad clasificados en 3 grupos en relación a su riesgo CV (controles ($n = 10$), individuos con factores de riesgo CV ($n = 8$) e individuos que han desarrollado un evento CV ($n = 8$). Las muestras de plasma se deplecionaron y se analizaron mediante FAXILOX, una nueva estrategia proteómica que permite la cuantificación del proteoma redox tiólico además de la cuantificación a nivel de proteína.

Resultados: Un total de 250 péptidos con cisteínas oxidadas y 452 péptidos con cisteínas reducidas fueron identificados con una FDR del 1% diferencialmente abundantes entre controles y eventos CV, correspondientes a 210 proteínas únicas. Los resultados mostraron que las oxidaciones reversibles estaban disminuidas en individuos con eventos CV comparados con individuos control. Las únicas oxidaciones reversibles aumentadas en eventos CV corresponden a proteínas que intervienen en la cascada de coagulación, función biológica directamente relacionada con la patología CV, cuya alteración puede desembocar en un evento CV. Además, a nivel de proteína, se vio una disminución de proteínas implicadas en respuesta antioxidante lo que está totalmente en línea con la pérdida de la homeostasis redox en eventos CV.

Conclusiones: Los eventos CV cursan con un alto estrés oxidativo, pudiendo superar los mecanismos protectores de oxidación como son las oxidaciones reversibles de cisteínas, pasando a generar oxidaciones irreversibles y daño molecular. El borrador obtenido de la modulación redox de cisteínas junto con la cuantificación de proteínas y cambios oxidativos podría ayudar a entender el papel del estrés oxidativo en las enfermedades CV y también, en la estratificación basada en el estado/gravedad además de los marcadores pronósticos y diagnósticos tradicionales.

352/111. EL ESTATUS OXIDATIVO SE RELACIONA CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE POR VIDA EN INDIVIDUOS JÓVENES-DE MEDIANA EDAD

E. Rodríguez Sánchez¹, J. Aceves-Ripoll¹, E. Calvo Bonacho², M. Barderas³, L. Ruilope⁴ y G. Ruiz Hurtado⁵

¹Laboratorio Traslacional Cardiorrenal-Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre, Madrid. ²Ibermutuamur, Madrid.

³Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Instituto de Investigación, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: La mayoría de los estimadores de riesgo cardiovascular (CV) tienen una ventana de 10 años, infravalorando el riesgo de los individuos jóvenes. Por el contrario, el estimador europeo QRISK®-Lifetime amplía este margen hasta los 90 años. Factores de riesgo (FRs) CV como la hipertensión o la diabetes están relacionados con el estrés oxidativo. El objetivo de este estudio es calcular el estrés oxidativo global (RiskOxy-SCORE) en una población joven-de mediana edad y su relación con el QRISK®-Lifetime.

Métodos: 75 individuos jóvenes-de mediana edad (30-50 años) se estratificaron según su riesgo CV en 1) sin FRs, 2) con FRs (síndrome metabólico, hipertensión, diabetes, eGFR < 80 mL/min/1,73 m²), 3) con evento CV (infarto de miocardio o ictus). El riesgo CV de por vida se calculó con el QRISK®-Lifetime (<https://qrisk.org/lifetime/>). El daño oxidativo sistémico se determinó por grupos carbonilos, LDL-oxidado, 8-hidroxideoxiguanosina y actividad de xantina oxidasa (XOD). La defensa antioxidante se estimó por actividad antioxidante total (TAC) y actividad de catalasa y superóxido dismutasa (SOD). Se calcularon los índices de daño oxidativo y defensa antioxidante y se combinaron para estimar el nivel global de estrés oxidativo (RiskOxy-SCORE).

Resultados: Los individuos con FRs doblan el QRISK®-Lifetime de aquellos sin FRs (41,6 ± 10,3% vs 22,5 ± 5,6%; p < 0,001). Los marcadores de daño oxidativo, la TAC y la actividad de catalasa están incrementados en los individuos con FRs (p < 0,05), mientras que la actividad de XOD y SOD no varía. El RiskOxy-SCORE es mayor en los individuos con FRs (p < 0,05). El análisis mediante curvas ROC indica que el RiskOxy-SCORE discrimina entre individuos sin y con FRs [AUC = 0,68 (0,52-0,84), p = 0,04], pero el índice de daño oxidativo discrimina mejor en el análisis ROC [AUC = 0,86 (0,75-0,96), p < 0,001] y correlaciona positivamente con el QRISK®-Lifetime (r = 0,54; p < 0,001). Los individuos con un evento CV tienen menos daño oxidativo (p < 0,001) y defensa antioxidante (p < 0,01) que aquellos con FRs.

Conclusiones: El estrés oxidativo sistémico de los individuos jóvenes-de mediana edad con FRs es mayor que el de aquellos sin FRs o con un evento CV reciente, y correlaciona positivamente con su riesgo CV de por vida. El estatus oxidativo normal de los individuos con un evento CV se debe posiblemente a la implementación de hábitos de vida saludables y terapias agresivas para prevenir un nuevo evento. La concienciación sobre el riesgo CV de los individuos con FRs podría empujarlos a introducir cambios en sus hábitos de vida, reduciendo sus niveles de estrés oxidativo y mejorando su riesgo CV de por vida.

352/129. LA SUPLEMENTACIÓN CON LEVADURA ROJA REDUCE EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES QUE HABÍAN ABANDONADO EL TRATAMIENTO RECOMENDADO CON ESTATINAS POR INTOLERANCIA AUTORREFERIDA

A. Kuzior¹, M. Saiz Satjes², A. Fernández Tezanos³, A. Santana-Suárez¹, M. Niveló Rivadeneira¹ y P. Fernández Trujillo Comenge¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

²CAP Rambla, Barcelona. ³CAP Oest, Barcelona.

Objetivos: Principal: valoración del efecto sobre el riesgo a 10 años de eventos cardiovasculares (RCV) mediante tratamiento con 250 mg extracto de levadura roja + 525 mg berberina + 50 mg coenzima Q10 (Lipok® 1 cápsula/día) en pacientes con intolerancia autorreferida a estatinas. Adicionales: efecto sobre parámetros bioquímicos (lípidos, glucemia basal y HbA1C en diabéticos, FGe, AST, ALT, GGT, CK) y antropométricos (IMC, PAS, PAD, FC) cumplimiento y tolerancia.

Métodos: Se reclutaron pacientes de 30-75 años, con LDL-colesterol > 130 mg/dL y TG < 300 mg/dL, sin cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular ni insuficiencia cardíaca, que habían abandonado estatinas por intolerancia autorreferida, sin evidencia de miolisis ni hepatotoxicidad. El estudio fue abierto y no controlado. Se realizó analítica, antropometría y cálculo del RCV inicialmente (tras al menos 2 meses desde la suspensión de estatinas) y tras 2-4 meses de tratamiento con el suplemento referido. El RCV se estimó mediante ASCVD Risk Estimator (AHA-ACC 2013) y la estadística se realizó mediante H-test de Kruskal-Wallis y t-test de Student.

Resultados: Se reclutaron 24 pacientes: edad 59,2 ± 11,6 años, 17 mujeres, 8 diabéticos. Un paciente se perdió de seguimiento. En 21 pacientes (89,5%) se estimó cumplimiento adecuado (> 80% de las tomas). Ningún paciente refirió efectos adversos atribuidos al suplemento ni presentó AST, ALT o CK > 3x límite normal superior. RCV: 12,4-9,3% (-25%, p = 0,0071). LDL-colesterol (mg/dL): 166,3 ± 31,2 a 131,4 ± 22,7 (-21%, p < 0,0001). Colesterol total (mg/dL): 248,6 ± 48,4 a 212,1 ± 39,2 (-15%, p = 0,0077), HDL-colesterol (mg/dL): 41,4 ± 8,3 a 43,1 ± 9,2 (+4%, p NS). Triglicéridos (mg/dL): 204,5 ± 69,8 a 188,0 ± 73,1 (-8%, p NS). AST (U/L): 39,7 ± 11,7 a 33,9 ± 9,7 (-15%, p NS). ALT (U/L): 36,4 ± 8,8 a 32,7 ± 9,2 (-10%, p NS). GGT (U/L): 67,6 ± 18,7 a 63,4 ± 17,6 (-11%, p NS). CK (U/L): 87,4 ± 16,8 a 88,3 ± 15,7 (+1%, p NS). IMC (kg/m²): 29,6 ± 5,2 a 28,9 ± 4,7 (-2%, p NS), PAS (mmHg): 144 ± 11 a 141 ± 10 (-2%, p NS). PAD (mmHg): 83 ± 9 a 80 ± 7 (-4%, p NS). FC (lpm): 78 ± 8 a 77 ± 8 (-1%, p NS). Glucemia basal (mg/dL) en diabéticos: 139 ± 21 a 132 ± 17 (-5%, p NS). HbA1C (%) en diabéticos: 7,3 ± 1,2 a 6,9 ± 1,0 (-5%, p NS). FG estimado CKD-EPI (mL/min/1,73 m²): 68,5 ± 11,3 a 69,7 ± 11,0 (+2%, p NS).

Conclusiones: Este grupo de pacientes dislipémicos con intolerancia autorreferida a estatinas (sin evidencia de miopatía ni hepatotoxicidad) tuvo buena tolerancia a un suplemento de levadura roja + berberina + coenzima Q10; en 2-4 meses obtuvo descensos muy significativos en LDL-colesterol y colesterol total. Su nivel inicial de RCV era suficientemente elevado para justificar el tratamiento con estatinas, pero este tratamiento alternativo lo redujo significativamente. Las transaminasas y GGT mostraron tendencia a la reducción, sin cambios apreciables en CK. Se observa una tendencia a la mejoría del control metabólico en los pacientes con DM. Concluimos que este suplemento es una alternativa muy eficaz y bien tolerada a las estatinas en pacientes que no las toleran.

352/133. PAPEL DE LOS NUEVOS PERFILES MOLECULARES EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS

M. Baldan-Martín¹, N. Corbacho Alonso¹, E. Calvo Bonacho², G. Ruiz Hurtado³, L. Ruilope⁴ y M. González Barderas¹

¹Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo. ²Ibermutuamur,

Madrid. ³Instituto de Investigación, Hospital Universitario

12 de Octubre, Madrid. ⁴Instituto de Investigación I+12-Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad en países desarrollados y presentan una alta prevalencia en países en vías de desarrollo. La evaluación del riesgo cardiovascular permite calcular el riesgo de desarrollar com-

plicaciones cardiovasculares a corto y medio plazo. Sin embargo, la estimación a lo largo de la vida, conocido como “lifetime risk” (LTR), sigue siendo una necesidad clínica no resuelta. Por ello, la búsqueda de nuevos paneles proteicos en la población joven (30-50 años) permitiría una adecuada estratificación de individuos por la edad basado en el riesgo cardiovascular siendo de gran interés para adoptar medidas terapéuticas preventivas en individuos con mayor riesgo cardiovascular.

Métodos: En este trabajo, se realizó una fase de descubrimiento analizando el plasma deplecionado de individuos jóvenes con diferente grado de LTR (controles sanos ($n = 10$), individuos con bajo LTR (factores de riesgo cardiovascular) ($n = 8$) e individuos con alto LTR (evento cardiovascular documentado) ($n = 8$)) mediante marcaje isobárico de masas en tándem (TMT 10-plex) por cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (LC-MS/MS). Después, mediante la misma técnica, se llevó a cabo una segunda fase de verificación con el propósito de detectar las proteínas diferenciales en plasma completo de una cohorte independiente de pacientes. Por último, los cambios de expresión proteica de estas proteínas se confirmaron mediante dos metodologías distintas de gran aplicabilidad en el ámbito clínico: monitorización de reacción seleccionada (SRM) y turbidimetría.

Resultados: Este trabajo ha permitido identificar tres paneles moleculares con gran valor en la estratificación del riesgo cardiovascular en la población joven. Por otro lado, el análisis de biología de sistemas ha permitido identificar en que procesos biológicos estaban relacionadas: cardiomiopatía ventricular derecha arritmogénica, coagulación, inflamación, actividad antioxidante y respuesta inmune.

Conclusiones: Los distintos paneles moleculares identificados en este estudio permitirían estratificar a los individuos jóvenes en función del riesgo cardiovascular y además, proporcionan un mayor conocimiento de los mecanismos moleculares alterados en la patogénesis de la enfermedad cardiovascular en estadios tempranos.

352/139. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO VASCULAR QUE SE ASOCIAN A PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA AGUDIZADA

M. Baena López¹ y S. Muñoz Troyano²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo, Almería. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: 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 de nuestra área geográfica. Al mismo tiempo, determinar cuáles eran las variables asociadas al tiempo de ingreso hospitalario.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivas que incluyó a los 1.323 pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y se clasificaron en 2 cohortes; cohorte 1: pacientes vacunados contra la gripe estacional durante la campaña 2015/16, y cohorte 2: no vacunados. Se cuantificaron los pacientes de ambas cohortes que requirieron ingreso hospitalario por exacerbación de la enfermedad entre el 01/12/2015 y el 15/03/2016. 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 había 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% [IC95%: 0,78-0,88, p 1/FVC (OR 0,96; IC95%: 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

352/154. LA MICROBIOTA INTESTINAL SE ASOCIA AL DESARROLLO DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE RATAS HIPERTENSAS

D. Gómez Garre¹, A. Ortega Hernández¹, J. Modrego¹ y A. Caro Vadillo²

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Facultad de Veterinaria, UCM, Madrid.

Objetivos: Los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) presentan cambios estructurales y funcionales del intestino como resultado de alteraciones microcirculatorias que pueden traducirse en un fracaso de la “función barrera” de la mucosa intestinal. Una barrera intestinal alterada puede conducir a la translocación de productos microbianos hacia la circulación sistémica, posiblemente agravando la IC. Estudios recientes han puesto de manifiesto que algunos metabolitos de la microbiota intestinal pueden contribuir a la disfunción cardíaca y otras comorbilidades en pacientes con IC. El objetivo principal de este trabajo ha sido investigar la composición de la microbiota intestinal y su asociación con diversos parámetros cardíacos y metabólicos en un modelo experimental de ratas hipertensas que desarrollan IC (SHHF).

Métodos: Se emplearon machos SHHF de 9 meses de edad. Como controles se usaron ratas Wistar normotensas y ratas hipertensas (SHR) sin IC de la misma edad. Tres días antes del sacrificio a cada animal se le realizó un estudio eco-doppler para determinar la función cardíaca. En el momento del sacrificio se obtuvo una muestra de heces del colon para caracterizar la composición de la microbiota intestinal mediante la cuantificación de la expresión génica del 16S rRNA con técnicas de secuenciación masiva.

Resultados: Con la edad, las ratas SHHF desarrollaron hipertensión y signos de IC. A los 9 meses, los animales presentaban hipertrofia cardíaca y alteraciones del patrón de llenado ventricular, evaluado mediante el cociente E/A del flujo mitral, así como disminución de la fracción de acortamiento, como señal de una progresiva alteración en la contractilidad miocárdica, además de fibrosis cardíaca. Al analizar microbiota intestinal a nivel de filos, no se observaron diferencias significativas entre la composición de las ratas normotensas y las SHR. Sin embargo, en las ratas SHHF se observó una disminución en la riqueza y diversidad microbiana, con una disminución de la relación Firmicutes/Bacteroidetes. Esta disbiosis se debió principalmente a un aumento de las bacterias del filo Bacteroidetes, principales productoras de lactato. Además, en las ratas SHHF no se identificaron bacterias del filo Deferribacteres, principales reductoras del hierro III, que sí se encontraron en las heces de las ratas normotensas y SHR.

Conclusiones: Estas observaciones demuestran que el desarrollo de IC se asocia con disbiosis en la microbiota intestinal, así como con algunas comorbilidades de la IC como el déficit de hierro. Es posible que una intervención para corregir la microbiota intestinal pudiera ser una estrategia terapéutica innovadora para la IC.

352/155. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE PERSONAS HIPERTENSAS ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Pena Arnaiz, M. Canes Niubó, K. Rodríguez Pérez, D. Ríos García, G. Pascual Sol y V. Sánchez Fernández

CAP Mollerussa, ABS Pla d'Urgell, Lérida.

Objetivos: Determinar la prevalencia (global y por género) de los diferentes grupos de riesgo cardiovascular (bajo, moderado o alto riesgo), según la fórmula Regicor, en personas con hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio descriptivo transversal. La población de referencia incluye un total de 8.293 personas atendidas en Atención Primaria, procedentes de una región sanitaria semi-urbana de la provincia de Lleida, adscritas al sistema público de salud. Se seleccionaron las personas diagnosticadas de HTA a quién se les hubiera determinado el riesgo cardiovascular (RCV), según la fórmula Regicor, al menos en alguna ocasión, en los últimos cinco años. Se estratificó la muestra en función de los grupos de riesgo: bajo (< 5%); moderado (entre 5 y 9,99%); y alto riesgo CV ($\geq 10\%$). Se procedió a calcular la frecuencia de personas presentes en cada uno de los grupos.

Resultados: La prevalencia de HTA fue del 26,58% (N = 2.205), IC95% [25,65-27,55]. Del total de hipertensos, un 56,19% (N = 1.239) tenían determinado el riesgo CV, al menos en alguna ocasión, a lo largo de los cinco años previos. La distribución de la población hipertensa, en función del riesgo cardiovascular fue: HTA-Regicor < 5%: 61,82% (N = 766) IC95% [59,09-64,49]. Hombres: 46,29%, N = 300 [42,49-50,15]. Mujeres: 78,8%, N = 466 [75,38-81,95]. HTA-Regicor 5-10%: 29,94% (N = 371) IC95% [27,46-32,55]. Hombres: 39,81%, N = 258 [36,12-43,63]. Mujeres: 19,12%, N = 113 [16,15-22,49]. HTA-Regicor > 10%: 8,23% (N = 102) IC95% [6,83-9,90]. Hombres: 13,88%, N = 90 [11,44-16,77]. Mujeres: 2,03%, N = 12 [1,17-3,52].

Conclusiones: Del total de personas hipertensas a quién se les había determinado el RCV, un 61,82% presentaban un riesgo CV bajo o moderado, según la fórmula Regicor, frente a un 8,23%, que presentaban un alto riesgo CV. Un 13,8% de los hombres hipertensos a quién se les hubiera determinado el riesgo CV presentaron un riesgo CV alto frente a un 2,03% en el grupo de mujeres hipertensas. A su vez, cabe decir que, teniendo en cuenta únicamente el subgrupo de pacientes de alto riesgo CV (N = 102), el 88,23% eran hombres, frente a un 11,76% de mujeres.

352/181. LA PARADOJA DEL COLESTEROL LDL BAJO EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Z. Kounka, M. Romero Castro, D. Chipayo Gonzales, P. Pérez Espejo, B. Roque Rodríguez y J. Gómez Barrado

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.

Objetivos: Las guías de prevención cardiovascular de la ESC recomiendan en pacientes que han sufrido un SCA unos niveles de cLDL inferiores a 70 mg/dl. Sin embargo, existe un porcentaje de pacientes que pesar de tener un cLDL < 70 mg/dl sufren un SCA. El objetivo de nuestro trabajo, fue estudiar las características clínicas de pacientes que ingresan por un SCA y presentan un cLDL < 70 mg/dl.

Métodos: Analizamos 166 pacientes consecutivos ingresados en un hospital de referencia provincial con un SCA durante 6 meses. Comparamos las características epidemiológicas y clínicas entre los pacientes con cLDL < 70 mg/dl y cLDL ≥ 70 mg/dl.

Resultados: El 38,6% de los pacientes tenían un cLDL < 70 mg/dl (41,3% de varones y 33,3% de mujeres; p = 0,33). La edad media de pacientes con cLDL < 70 mg/dl fue de $72,62 \pm 11,00$ años frente a $65,84 \pm 14,41$ años de los que tenían un cLDL ≥ 70 mg/dl (p = 0,02).

El 68,3% eran hipertensos vs 62,9% con cLDL ≥ 70 mg/dl (p < 0,49). Eran diabéticos el 61,1% vs 38,9% con cLDL ≥ 70 mg/dl (p < 0,001). Presentan dislipemia el 43,9% vs 56,9% con cLDL ≥ 70 mg/dl (p = 0,12). Fumadores el 16,9% vs 33,7% en cLDL ≥ 70 mg/dl (p = 0,015). Presentaban cardiopatía isquémica previa el 42,6% frente al 11,5% en los pacientes con cLDL ≥ 70 mg/dl (p < 0,001). La mortalidad hospitalaria fue similar en ambos grupos (3,3% en cLDL < 70 mg/dl vs 2,1% en cLDL ≥ 70 mg/dl; p = 0,42). La estancia hospitalaria fue similar en ambos grupos ($8,18 \pm 4,27$ días vs $7,45 \pm 4,99$ días; p = 0,36).

Conclusiones: Los pacientes que ingresan por un SCA y tienen un cLDL < 70 mg muestran en general un mayor perfil de riesgo con mayor edad, son más diabéticos, aunque son menos fumadores, y tienen más antecedentes de cardiopatía isquémica crónica, pero presentan una estancia hospitalaria y una mortalidad similares a los que tienen un cLDL ≥ 70 mg/dl.

Tratamiento, cumplimiento e inercia terapéutica

352/31. REHABILITACIÓN CARDIACA EN CARDÍOPATAS MAYORES DE 65 AÑOS

N. Uribe Heredia¹, J. Balaguer Recena¹, L. Piccone Saponara¹, H. Álvaro Fernández¹, C. Piccone Saponara² y M. Clemente Yélamos²

¹Hospital Universitario de Guadalajara. ²Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez.

Objetivos: La edad es un importante factor de riesgo no modificable para presentar algún tipo cardiopatía, siendo mayor con el aumento de la esperanza de vida. Es por eso que debemos investigar más formas de intervención tanto en la prevención primaria como en la secundaria. Nuestro estudio tenía como objetivo principal determinar si los pacientes mayores de 65 años se beneficiaron del programa de rehabilitación cardiaca (PRHC) tanto como lo menores, en la mejora de su clase funcional y en el control de otros factores de riesgo modificables.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron un total de 137 pacientes de manera consecutiva en la fase II de un PRHC convencional con una duración de 2 meses. Se dividieron a los pacientes en dos grupos (grupo 1: > 65 años y grupo 2: < 65 años). Se evaluó la clase funcional previo y posterior al PRHC mediante ergometría, además se evaluaron variables demográficas, coronariografía, electrocardiográficas, medidas antropométricas, ecocardiográficas, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades. Análisis estadístico SPSS 20. Las variables cualitativas se evaluaron con χ^2 . Las variables cuantitativas se expresan como medias $\pm$ DE, siendo evaluadas con la prueba t de Student. Significación estadística p < 0,05.

Resultados: Se analizaron 137 pacientes, El 22,6% (31 pacientes) tenían más de 65 años, la media de edad era $57,3 \pm 9,7$ años, 16,8% mujeres (23 ptes), FEVI media 55,6%, el 90,5% (124 ptes) cardiopatía isquémica, 51,8% se encontraba en clase funcional II-III de la NYHA previo al PRHC. Entre las características basales de ambos grupos, encontramos que los > 65 años tenían menor proporción de fumadores (38,7% vs 60,4%, p = 0,04), sin encontrar diferencias en otros FRCV, comorbilidades y características ecocardiográficas. No se observaron complicaciones secundarias al PRHC.

Conclusiones: En nuestro estudio los pacientes mayores de 65 años con cardiopatía se beneficiaron del programa de rehabilitación cardiaca tanto como los pacientes menores, mejorando su capacidad funcional una media de un 28% con reducción del IMC, mejor control de la tensión arterial y del perfil lipídico.

352/33. PERFIL FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS NONAGENARIOS

J. Osuna Sánchez, C. del Canto Pérez, A. Matas Cobos y J. Ampuero Ampuero

Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de edad igual o mayor a 90 años ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial como una de sus patologías.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes mayores de 90 años ingresados en medicina interna por cualquier patología a lo largo del 2016 con hipertensión arterial. Se han revisado los informes de alta analizándose datos como género, tipo de patología, así como un análisis de los fármacos que formaban parte de sus tratamientos previos, analizando cuál era la proporción en el grupo y con qué frecuencia los tomaban. Se ha realizado un estudio descriptivo mediante la utilización de las herramientas de frecuencia según la muestra siguiese la normalidad o no (media aritmética, mediana, rango...).

Resultados: Hubo un total de 109 pacientes ingresados mayores de 90 años. De los cuales un 67,9% eran mujeres. La media de edad fue de 92,78 años (90-103). Un 18,3% de los pacientes estaban institucionalizados, un 57,8% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un 27,5% eran parcialmente dependientes para todas ABVD. Un 67,8% era de etnia caucásica, un 30,6% bereber y un 1,6% eran judíos. La estancia media del ingreso hospitalario fue de 12,43 ± 9,52 días, siendo exitos el 46,8% de los pacientes. Un 78,9% de los pacientes había presentado al menos un ingreso en los 12 meses previos, y un 27,9% 2 o más ingresos previos. Hasta un 90,7% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. Del total de los pacientes un 28,3% tomaban IECAs (enalapril 64,7%, ramipril 14,7%), 18,3% betabloqueantes (carvedilol 40%, bisoprolol 40%), 34,9% ARA II (34,1% candesartán, 31,7% valsartán, 12,2% losartán), 31,5% calcioantagonistas y 60,6% diuréticos.

Conclusiones: El fármaco más utilizado en la hipertensión son los ARA II, siendo el más frecuente el candesartán, más del 90% de todos los pacientes eran pluripatológicos por lo que su tratamiento de la hipertensión se complica por las posibles interacciones farmacológicas, siendo su manejo más complicado.

352/49. UNA APP EN EL MÓVIL COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LA HTA

E. Márquez Contreras¹, E. Rodríguez García¹, J. Pastoriza Vilas², M. López García-Ramos³, S. Márquez Rivero¹ y B. Fernández González⁴

¹Centro de Salud La Orden, Huelva. ²Centro de Salud Adoratrices, Huelva. ³Centro de Salud San Juan, Huelva. ⁴Centro de Salud Lepe, Huelva.

Objetivos: Valorar la eficacia de la intervención mediante una APP instalada en el teléfono móvil de los pacientes, en el cumplimiento terapéutico farmacológico de la hipertensión arterial leve-moderada (HTA).

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, desarrollado en 22 centros de atención primaria. Se incluyeron 154 pacientes tratados con un antihipertensivo, para el tratamiento de la hipertensión arterial leve-moderada. Se realizó una aleatorización por cluster. Se aleatorizaron investigadores. Se formaron 2 grupos. Grupo control (GC): 77 pacientes que recibieron la intervención habitual; Grupo intervención (GI): 77 pacientes, que recibieron la instalación gratuita de una apps en el móvil para fomentar la educación sanitaria en HTA, recordatorio de citas y recordatorio de toma. Se realizaron 3 visitas, basal, 6 y 12 meses. El cumplimiento

fue medido mediante monitores electrónicos (MEMS). Se calculó el porcentaje de cumplimiento (PC). Fueron cumplidores aquellos con PC 80-100%. Se calculó el PC total y porcentaje de cumplidores: a) Medicación total tomada, b) Días en los cuales tomaba 2 dosis. Se calculó el número de pacientes necesarios tratar para evitar un incumplimiento (NNT). Se calculó el grado de control (presión arterial < 140/90 mmHg).

Resultados: Fueron incluidos 154 hipertensos, finalizando 148 (77 mujeres y 71 hombres) (edad 57,5 ± 9,9 años). El PC global fue 94,2 y 92,8% en GI a 6 y 12 meses y de 85,06 y 82,9 en el GC respectivamente. El PC de una toma diaria fue 91,08 y 89,4% en GI y de 82,91% y 82,31% en GC a 6 y 12 meses (p < 0,05 entre grupos). Fueron cumplidores globalmente el 93,15% y 91,78% (IC = 85,48-98,08) a 6 y 12 meses en GI y 74,66% y 62,66% (IC = 51,72-73,6%) en GC. Fueron cumplidores de una toma diaria el 93,15% y 86,3% (IC = 78,42-94,18%) en GI y el 70,66% y 62,66% (IC = 51,72-73,6%) en GC a 6 y 12 meses respectivamente, (p < 0,05 entre grupos). El NNT fue 4,23. Se observó un descenso significativo en presiones arteriales y un mejor grado de control en el GI (mal control 17,8% en GI y 38,6% en GC).

Conclusiones: La intervención mediante una apps en el móvil y su uso es una estrategia eficaz para favorecer el cumplimiento terapéutico antihipertensivo, favoreciendo el control de la HTA. La magnitud de la intervención fue relevante, con un NNT de 4,23, siendo el esfuerzo pequeño para evitar un caso de incumplimiento.

352/51. ESTRATEGIA PARA FAVORECER EL CUMPLIMIENTO CON DABIGATRÁN EN LA PREVENCIÓN DEL ICTUS

E. Márquez Contreras¹, N. Martell Claros², C. Gracia Díez¹, A. Baldonado Suárez¹, S. Márquez Rivero¹ y T. Jiménez Tapia¹

¹Centro de Salud La Orden, Huelva. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar la eficacia de una intervención mixta, educativa y calendario recordatorio de la toma, como estrategia para favorecer el cumplimiento terapéutico con dabigatrán en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV).

Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, multicéntrico, desarrollado en 110 centros especializados hospitalarios. Se incluyeron 726 pacientes tratados con dabigatrán prescrito para la prevención del ictus en pacientes con FANV. Se realizó una aleatorización por cluster. Se aleatorizaron investigadores. Se formaron 2 grupos. 1. Grupo de intervención (GI): 363 pacientes que recibió una estrategia mixta en visita inicial y 6 meses. a) Educación sanitaria anticoagulante. b) Uso de un calendario recordatorio de la toma de la medicación. 2. Grupo control (GC): 363 pacientes que recibieron la intervención habitual. Se realizaron 3 visitas, basal, 6 y 12 meses. El cumplimiento fue medido mediante monitores electrónicos (MEMS). Se calculó el porcentaje de cumplimiento (PC) (PC = (Nº total de comprimidos presumiblemente consumidos/Nº total de comprimidos que debía haber consumido) × 100). Fueron cumplidores aquellos con PC entre 80-100%. Se calculó el PC total y porcentaje de cumplidores de: a) Medicación total tomada, b) Días en los cuales tomaba 2 dosis, c) Dosis tomadas en horario recomendado (7-9 h y 21-23 h) y d) Cobertura terapéutica. Se calculó el número de pacientes necesarios tratar para evitar un caso de incumplimiento (NNT).

Resultados: Fueron incluidos 726 pacientes con FANV, finalizando 625 (317 mujeres y 309 hombres) (edad 73,42 ± 8,4). El PC global fue 95,4 y 94,5% en el GI a los 6 y 12 meses y de 87,9 y 93,5 en el GC respectivamente. El PC de dos tomas diarias fue del 91,9 y 91,05% en el GI y de 82,2% y 82,6% en el GC a los 6 y 12 meses (p < 0,05 entre grupos). Fueron cumplidores globalmente el 90,7% y 92,06% (IC = 89,08-95,04) a los 6 y 12 meses en GI y 69,03% y 73,22%

(68,3-78,14) en el GC. Fueron cumplidores de dos tomas diarias el 90,7% y 89,2% (85,78-92,62) en el GI y el 64,5% y 63,2% (57,84-68,6) en el GC a los 6 y 12 meses respectivamente, ($p < 0,05$ entre grupos). El NNT fue 3,84 pacientes.

Conclusiones: La intervención mediante educación sanitaria y el uso recordatorio de la toma de la medicación anticoagulante son una estrategia eficaz para favorecer el cumplimiento terapéutico anticoagulante. La magnitud de la intervención fue relevante, con un NNT de 3,8, siendo el esfuerzo pequeño para evitar un caso de incumplimiento.

352/73. EVALUACIÓN DE NUESTROS PACIENTES ANTICOAGULADOS DE 3 CUPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

R. Bartolomé Resano¹, A. Portu Iparraguirre¹, M. Bartolomé Resano², C. Palacios Palomares¹, A. Nieto Molinet¹ y F. Bartolomé Resano³

¹Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra. ²Centro de Salud Casco Viejo, Pamplona, Navarra. ³Centro de Salud de Villava, Navarra.

Objetivos: Evaluar el estado de nuestros pacientes anticoagulados. Evaluar la predicción de respuesta anticoagulante según SAME-TT2R2 correlacionando con el TRT (tiempo en rango terapéutico). Evaluar las indicaciones y el cambio a anticoagulantes orales de acción directa (ACOD). Evaluar el riesgo de sangrado con las escalas HAS-BLED, ATRIA y HEMORR2HAGES.

Métodos: Seleccionamos todos los pacientes con fibrilación auricular (FA) o flutter de tres cupos de AP ($n = 100$). Entorno urbano de 1600 pacientes por cupo.

Resultados: Sexo: M = 40%, H = 60%. Edad: $x = 80$; $s = 8$ años. CHA2DS2VASc (ICC, HTA, edad ≥ 75 años $\times 2$, diabetes mellitus, ictus o AIT previo $\times 2$, enfermedad vascular, edad 65-74 años y sexo femenino): $x = 4,2$; $s = 1,5$. TRT (último si ACOD): $x = 68$; $s = 21,5$. TRT $< 60\%$: 36,7%. Tratamientos: acenocumarol (85%), ACOD (13%), otros (2%). Indicado cambio a ACOD: 30%. Cambio dudoso, por terapia puente o causas intercurrentes en últimos meses: 3%. No se cambió en 14% que se debiera haber hecho. SAME-TT2R2 > 2 (sexo, edad < 60 años, historial médico de comorbilidades, tratamiento con interacciones, tabaco últimos 2 años $\times 2$ y raza no caucásica $\times 2$); esta escala se ha propuesto para valorar el riesgo de mal control con acenocumarol: 15%. De ellos sólo el 13,3% tenían TRT $< 60\%$. Correlación: $p = 0,13$ (χ^2), no significativa. Riesgo de sangrado: HAS-BLED (HTA no controlada, función renal o hepática alterada, ictus, sangrado, INR lábil, edad > 65 años y uso de fármacos que predisponen al sangrado o alcohol): $x = 2,2$; $s = 1,1$; riesgo alto (≥ 3) = 43%. ATRIA para sangrado (anemia $\times 3$, aclaramiento de creatinina < 30 ml/min $\times 3$, edad ≥ 75 años $\times 2$, antecedentes de hemorragia e HTA no controlada): $x = 3,3$; $s = 2$; riesgo alto (≥ 5) = 29%. HEMORR2HAGES (función renal o hepática alterada, alcohol, malignidad, edad ≥ 75 años, plaquetas reducidas o AAS, sangrado $\times 2$, HTA no controlada, anemia, factores genéticos, riesgo excesivo de caídas, ictus): $x = 3,3$; $s = 1,8$; riesgo alto (≥ 4) = 47%. Correlación con sangrado, que presentaron 16% (χ^2): HAS-BLED ($p = 0,08$); ATRIA ($p = 0,18$); HEMORR2HAGES ($p = 0,3$). No diferencias significativas.

Conclusiones: No hemos cambiado a ACOD a todos los que cumplían criterios, motivados por las limitaciones de la administración para contener el gasto farmacéutico y porque algunos estaban cerca del límite del TRT. Aunque es una muestra pequeña, no nos resultó útil SAME-TT2R2 para detectar candidatos a ACOD. Habría que valorar si pudiera aportarnos algo más revisando otros estudios. Para sangrado la escala HAS-BLED es más sencilla y detecta más pacientes en riesgo alto que la ATRIA, aunque similar a HEMORR2HAGES. No detectan los mismos pacientes y pudieran ser complementarias.

352/99. DETECCIÓN DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO A TRAVÉS DEL USO DEL SISTEMA DE LA RECETA ELECTRÓNICA EN PACIENTES DERIVADOS A UNA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESPECIALIZADA

A. Arias Atauje¹, D. Mena¹, M. González Laguna¹, A. Padulles Zamora², E. Melilli² y L. Blanch Valverde¹

¹ABS Amadeu Torner, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

²Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Conocer y evaluar el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo mediante la información que aporta el sistema informático de receta electrónica.

Métodos: Es un estudio retrospectivo y transversal. Se analizaron pacientes visitados en la consulta especializada de HTA de un hospital universitario de julio del 2015 a julio del 2017. Como criterios de inclusión se seleccionaron pacientes con hipertensión resistente y/o con edad inferior a 50 años. Como criterio de exclusión: función renal con filtrado glomerular < 30 ml/min. Se accedió a la receta electrónica de cada uno de los pacientes y se recogieron los siguientes datos: la clase de fármaco, dosis prescrita y número de cajas recogidas en farmacia cada mes. Se evaluó la adherencia a la medicación durante un periodo de 24 meses de seguimiento utilizando las siguientes fórmulas. Número de cajas teóricas = (fecha final del tratamiento-fecha de corte a 24 meses) $\times$ (unidad de toma al día)/(número de comprimidos de cada caja). Adherencia (%) = número de cajas realmente dispensadas/número de cajas teóricas $\times 100$. El análisis de datos se realizó mediante el paquete SPSS, se adoptó un nivel de significación $p < 0,05$ en todos los casos.

Resultados: Se incluyeron 261 pacientes según criterios. La edad media fue de $61 \pm 14,2$ años, siendo el 29,9% inferior a 50 años. El 84% de pacientes incluidos presentaban hipertensión arterial resistente. Detectamos una adherencia inferior al 80% de la medicación prescrita en el 23,4%. El 28,1% presentaba una adherencia entre el 80-95%. El 48,4% de pacientes presentaba una adherencia $> 95\%$. Los pacientes en tratamiento con ≤ 2 clases de fármacos tuvieron menor adherencia (cut-off $> 80\%$) respecto a los que tomaban ≥ 3 clases (58,1% vs 79,8%, $p < 0,001$). Con respecto a la edad, observamos una correlación inversa entre edad y adherencia media ($r: -0,25$, $p 0,0001$). Pacientes con edad inferior a 50 años tenían una adherencia (media) inferior respecto a mayores de 50 años ($79,1 \pm 32,2$ vs $96,2 \pm 17,3$, $p 0,0001$).

Conclusiones: En nuestro trabajo hemos evaluado, a través de un sistema informatizado de recogida y registro del tratamiento con receta electrónica, la adherencia al tratamiento antihipertensivo. El porcentaje de baja adherencia detectado está en línea con valores reportados por estudios ya publicados que se basan en métodos más complejos (cuestionarios, medición de metabolitos urinarios, utilización de cajas electrónicas). El método evaluado resultó sencillo y, pese a sus limitaciones intrínsecas, permite detectar un % de no compliance globalmente elevado. En nuestro estudio más que un número elevado de clases de fármacos, son los pacientes más jóvenes y que toman menos fármacos los que presentan datos de no compliance preocupantes.

352/109. UTILIZACIÓN INADECUADA DE AINE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

I. Silveira Camargos¹, J. Rosado Martín², A. Vargas López², E. Jiménez Villegas² y C. Casado Reina³

¹SERMAS-Hospital La Paz y Centro de Salud Universitario Reina Victoria, Madrid. ²Centro de Salud Universitario Reina Victoria, Madrid. ³Farmacia Dirección Asistencial Norte, Madrid.

Objetivos: Determinar aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) establecida a los cuales se les haya dispensado un

AINE contraindicado. La contraindicación se basa en alertas expresas sobre estos fármacos emitidas por la Agencia Española del Medicamento, según las cuales, ningún paciente con patología cardiovascular como insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular debería recibir ese tipo de AINE. Informar a los médicos de AP para que suspendan la prescripción vigente.

Métodos: Diseño: estudio observacional descriptivo mediante la explotación de datos (de forma retrospectiva) de historia clínica informatizada (HCI) en condiciones de práctica clínica habitual. Periodo de estudio: junio 2013 (fecha de primera alerta) hasta octubre 2017. Ámbito: Centro de Salud (CS) de Atención Primaria (AP). Población de 31.408 personas, 27.102 excluida la población pediátrica. Códigos de registro K75: Infarto agudo de miocardio (IAM); K76: Cardiopatía isquémica (CPI); K77: Insuficiencia cardíaca (IC); K89: Accidente isquémico transitorio (AIT); K90: Ictus establecido; K92: Enfermedad arterial periférica (EAP). Variable principal: pacientes mayores de 18 años con episodios de enfermedad cardiovascular con su correspondiente CIAP a los que se les ha dispensado uno de estos AINE: diclofenaco, aceclofenaco, celecoxib o etoricoxib. La obtención de datos se realizó mediante el programa informático Consult@web y el análisis estadístico mediante programa SPSS (variables cualitativas en %, cuantitativas: media y DE).

Resultados: Un total de 1.139 pacientes tenían diagnóstico de enfermedad cardiovascular establecida. En 74 ocasiones se dispensó un AINE que no está recomendado utilizar, 69 pacientes diferentes (6,1%), 5 de ellos más de uno. Edad media: 70,5 años (DE 13,9), 39 mujeres y 30 varones. La distribución por AINE dispensado fue la siguiente. diclofenaco: 32 pacientes. IAM: 9, CPI: 3, IC: 5, AIT: 7, ictus: 1, EAP: 7. Aceclofenaco: 9 pacientes. IAM: 3, IC: 2, AIT: 1, ictus: 1, EAP: 2. Etoricoxib: 26 pacientes. IAM: 5, CPI: 1, IC: 1, AIT: 6, ictus: 4, EAP: 9. Celecoxib: 7 pacientes. IAM: 1, IC: 1, EAP: 5.

Conclusiones: Existe un uso de AINE en pacientes con ECV en la práctica clínica a pesar de una contraindicación evidenciada. Es necesario difundir de forma más eficaz las alertas de la AEMPS para disminuir los incidentes de seguridad en estos pacientes. Recordar a los profesionales la importancia de realizar una correcta valoración de las patologías cardiovasculares de cada paciente antes de prescribir un fármaco AINE. Hay asociación con edad y diagnóstico. A mayor edad, menor riesgo de tomar AINE. La patología más asociada al uso inadecuado de AINE fue la EAP.

352/131. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán¹, L. Pérez Benito¹ y M. Sánchez Chaparro²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente, y el segundo ritmo más habitual después del ritmo sinusal. Su prevalencia aumenta con la edad (menos del 1% en menores de 40 años, y más del 10% en mayores de 80) y es el principal factor de riesgo para la enfermedad cardioembólica. A pesar de los progresos en el tratamiento de los pacientes con FA, esta arritmia sigue siendo una de las más importantes causas de accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca, muerte súbita y morbilidad cardiovascular en todo el mundo. El tratamiento con ACO puede prevenir la mayoría de los ACV isquémicos a los pacientes con FA y prolongarles la vida. A pesar de la evidencia disponible, sigue siendo frecuente la infrautilización o la interrupción prematura de los ACO. Tras la aparición de los nuevos anticoagulantes

orales (NACO), se discute la posible falta de adherencia a NACO ante la ausencia de necesidad de controles periódicos a diferencia de AVK.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral. Evaluamos la adherencia de tratamiento al año de seguimiento de aquellos que se encuentran con ACO. Se realiza mediante la revisión de la historia clínica informatizada a través de "diraya" que permite confirmar la retirada de dicho fármaco en la farmacia.

Resultados: Se incluyeron 120 pacientes con una edad media de 73 ± 12 años, siendo varones el 41,7%. El 30,8% tenían FA paroxística, 53,3% persistente y 15,8% permanente. La puntuación media en la escala CHADS2 fue de $1,8 \pm 1,11$, en la escala CHA2DS2VASc fue de $3,3 \pm 1,2$ y en la escala HASBLED fue de $1,5 \pm 0,6$. El tratamiento anticoagulante pautado en la consulta de FA fue AVK en 54,2%, NACO en 45,8% (dabigatran 20%, rivaroxaban 27,3%, apixabán 52,7%). Al año de seguimiento, 85,8% continúan con el tratamiento pautado, 73,8% de los pacientes con AVK y el 89% de los pacientes con NACO. El motivo más frecuente de suspender/sustituir AVK fue labilidad en INR. El motivo más frecuente de suspender/sustituir NACO fueron problemas de financiación (3 pacientes), sangrado mayor (3 pacientes).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes, la adherencia al tratamiento anticoagulante a largo plazo es alta, inferior en los que reciben antagonistas de la vitamina K. Las interacciones con alimentos y otros medicamentos, la variabilidad individual, así como la necesidad de monitorización son los factores que limitan su uso.

352/132. EMPLEO DE LA DOXAZOSINA DE LIBERACIÓN RETARDADA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE ASOCIADA A APNEA DEL SUEÑO

L. Pérez Benito¹, B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán¹ y J. Martínez González²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga. ²Hospital Regional Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Se define la hipertensión arterial resistente (HTAR) como la situación en que las cifras de PA son $> 140/90$ mmHg pese a la toma de tres o más fármacos, incluido un diurético, a las dosis adecuadas. Su presencia implica un incremento en la mortalidad y una mayor afección de órganos diana respecto al resto de la población hipertensa. El sistema nervioso simpático ejerce un importante papel en el mantenimiento y la progresión de la hipertensión. Nuestro objetivo fue evaluar la respuesta de la administración nocturna de doxazosina de liberación retardada en pacientes con hipertensión secundaria a SAOS.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal que incluye pacientes hipertensos con características clínicas de resistencia, que presentando criterios clínicos de SAOS previos al diagnóstico de HTA, tenían un índice apnea/hipoapnea > 10 . En todos se estudió la existencia de otra posible causa de HTA secundaria. A todos los pacientes con TA por encima de $140/90$ o patrón MAPA nocturno patológico, se añadió al tratamiento 4-8 mg de doxazosina antes de acostarse. Se analizan las variables sexo, edad, tiempo con el tratamiento antihipertensivo y valorar su correcta prescripción según recomendaciones, índice de masa corporal (IMC), sedentarismo, otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo), presencia de daño renal y de cardiopatía isquémica. Cifras tensión arterial basal y seguimiento durante 3 años.

Resultados: Se incluyeron un total de 40 pacientes (29 varones, 72,5%), con una edad media de $49,5 \pm 7,5$ (rango: 31-66) años. La duración media de la HTA en el momento del diagnóstico fue de $11,6 \pm 7,3$ años. El 80% presentaba obesidad y 20% de sobrepeso (IMC $33,6 \pm 4,25$). El 87,5% eran sedentarios, el 46,2% diabéticos, 59%

tenían hipercolesterolemia, el 53,84% fumadores; tenían daño de órgano renal 2 pacientes, y 4 pacientes tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. En el momento de acudir a la consulta el 42% de los pacientes recibían tratamiento correcto, según las actuales recomendaciones, con una media de $2,8 \pm 1,3$ fármacos. Las TAS iniciales fueron $150,5 \pm 22,6$ mmHg y TAD $89,2 \pm 12,6$ mmHg al inicio del seguimiento. Basalmente, se consideró que tenían unas TA aceptables 12 pacientes (30,8%). En seguimiento medio de 3 años después de tratamiento las cifras tensionales fueron menores de 140/90 en 25 pacientes 64% ($p < 0,01$).

Conclusiones: La HTA secundaria al síndrome de Apnea el sueño es difícil de controlar con 3 fármacos. El efecto de doxazosina de liberación retardada es altamente efectivo en el control de este tipo de hipertensión arterial.

352/135. LA MOXONIDINA REDUCE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE TRATAMIENTO DE FORMA SIGNIFICATIVA, CON ESTABILIZACIÓN POSTERIOR, ASÍ COMO LA MICROALBUMINURIA EN PACIENTES HIPERTENSOS NO DIABÉTICOS

R. Cabrera Sole¹, C. Turpin Lucas¹, L. Urrego Rivera², S. Ruiz García¹ y E. Stephan Luepke³

¹Hospital General Universitario de Albacete. ²Centro de Salud n.º 6, Albacete. ³Huddersfield Royal Infirmary, Reino Unido.

Objetivos: El uso de los alfa bloqueantes en el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA), ha sido muy amplio durante décadas, disminuyendo su uso debido a efectos colaterales como la hipotensión ortostática. Sin embargo, existen algunos alfa bloqueantes, como los inhibidores de la 1-imidazolina, entre los que tenemos a la moxonidina que tienen muy pocos efectos secundarios y cuyo uso aporta además otros beneficios sobre la microalbuminuria y sobre algunos parámetros metabólicos, por lo que presentamos el actual trabajo. Primario: valorar los efectos de la moxonidina (MXN), en el tratamiento de hipertensos no diabéticos. Secundarios: evaluar los efectos de la MXN sobre los parámetros metabólicos como glucemia, ácido úrico y colesterol en estos pacientes (P).

Métodos: Hemos estudiado a 42 P (edad media de $61,37 \pm 1,73$ años, 20 mujeres, 22 varones) diagnosticados de HTA sin tratamiento a quienes se les realizó un estudio ecocardiográfico estándar, analítica completa con microalbuminuria de 24 horas, y un estudio con Holter de TA de 24h, al inicio y a los 6 meses de tratamiento con 0,3 mg de moxonidina que se debía aumentar a 0,4 mg en caso de no obtener niveles de TA por debajo de 130/80 mmHg. Los resultados del inicio y del final se compararon.

Resultados: Las TA iniciales sistólicas/diastólica fueron de 161/95 mmHg y los niveles de microalbuminuria de 38 mg/dl, mientras que el septo/pared posterior del ventrículo izquierdo, fue de 12,6/12,2 mmHg respectivamente. En el primer mes de seguimiento observamos una reducción de 4/2 mmHg de la TA, siendo a partir del segundo mes de 20/10 mmHg ($p < 0,001$ respecto al basal), que se mantuvo hasta el final del estudio. La microalbuminuria al final fue de 21,3 mg/dl ($p < 0,01$) y el espesor de las paredes septo/pared posterior fue de 11,45/11,27 ($p < 0,001$). Hemos observado una reducción del colesterol total: 227,7 vs 204,1 ($p < 0,001$) y del LDL col 153,7 vs 144,3 ($p < 0,01$) al final del estudio. No se observó diferencias respecto a la reducción de glucosa.

Conclusiones: La moxonidina, es un excelente fármaco antihipertensivo que no solo disminuye la HTA sino también tiene un efecto beneficioso sobre la microalbuminuria, el colesterol total, LDL col, sin afectar la glucosa en no diabéticos y reduce la hipertrofia del ventrículo izquierdo, por lo que debemos tener en cuenta a este grupo de fármacos en el tratamiento de los pacientes hipertensos.

352/147. REPERCUSIÓN PRONÓSTICA DEL EMPLEO DE LA COMBINACIÓN FIJA BETABLOQUEANTE-DIURÉTICO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

L. Pérez Benito¹, B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán¹ y M. Sánchez Chaparro²

¹Hospital Comarcal de la Axarquía, Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: El empleo de combinaciones fijas en el tratamiento es un hecho cada vez más frecuente, ofreciendo numerosos beneficios. Uno de los más destacables es la mayor adherencia al mismo, especialmente en pacientes ancianos donde el grado de error en la automedicación es mayor. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la repercusión del empleo de la combinación fija de betabloqueante (BB) - diurético sobre el pronóstico de pacientes ancianos dados de alta hospitalaria por episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Métodos: Realizamos un análisis prospectivo del total de pacientes ancianos (definidos por una edad ≥ 75 años) dados de alta consecutivamente por episodio de SCASEST de marzo 2014 a marzo 2015. Estudiamos diversas variables clínicas y epidemiológicas, estableciendo un análisis pronóstico en función del empleo de la combinación fija comparado con el tratamiento convencional, completándose un seguimiento con una mediana de 19,5 meses en el 100% de los casos.

Resultados: Se incluyeron 158 pacientes, 48,1% mujeres, con una edad media de $79,7 \pm 4,1$ años. El 67,7% de los p eran hipertensos, 44,3% diabéticos y 45,6% dislipémicos. Presentaron un índice de comorbilidad de Charlson de $2,8 \pm 2,1$ y un score TIMI Risk al ingreso de $3,4 \pm 1,1$. Se encontró disfunción sistólica del VI en el 35,1% de los casos. 38 p (24,1%) recibieron tratamiento con combinación fija de BB y diurético, encontrándose mayor porcentaje de cumplimiento terapéutico comparado con los p que recibieron tratamiento convencional (92,1% vs 85%, $p = 0,02$), menor porcentaje de muerte cardiovascular tras el seguimiento (0% vs 17,5%, $p = 0,002$), menos ingresos por insuficiencia cardíaca (IC) (2,6% vs 23,3%, $p = 0,002$) y menos eventos cardiovasculares mayores (MACEs) (15,8% vs 42,5%, $p = 0,002$). No se encontraron diferencias en los porcentajes de ingreso por síndrome coronario agudo ($p = 0,09$). Tras el ajuste, el empleo de combinación fija predijo menor riesgo de desarrollo de IC (OR 0,05, IC95%: 0,006-0,43) y MACEs (OR 0,06, IC95%: 0,007-0,46).

Conclusiones: El empleo de la combinación fija de BB y diurético en pacientes ancianos dados de alta por episodio de SCASEST se asocia a un pronóstico más favorable. Este hecho parece justificarse por la mayor adherencia al tratamiento.

352/158. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS EN COMBINACIÓN FIJA. EVOLUCIÓN EN EL EMPLEO

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso², J. Martínez Gorostiaga³, L. Gómez García⁴, N. Sayyad Hernando³ y N. García de Garayo³

¹Centro de Salud Arambizcarra I, Álava. ²Centro de Salud La Habana, Álava. ³OSI Araba, Álava. ⁴Hospital Universitario Araba, Álava.

Objetivos: Diversos ensayos (LIFE, SCOPE) han documentado los efectos protectores de esta combinación. Además, hay gran cantidad de evidencias que indican que esta combinación aporta una reducción efectiva de la presión arterial, tiene un perfil de tolerabilidad más favorable aún que el observado cuando asociamos diuréticos con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), puesto que la tos y el angioedema son menos frecuentes y aporta una protección frente a la lesión subclínica de órganos. El objetivo del

estudio es ver cómo hemos empleado esta combinación (grupo terapéutico ATC C09DA) los médicos de nuestra Organización de Servicios Integrados (OSI), de acuerdo a los datos facilitados por nuestro Servicio de Salud.

Métodos: Se han analizado todas las recetas de los médicos de familia y pediatras de la OSI en el período de enero a diciembre de 2010 y de enero a diciembre de 2016, últimos datos conocidos, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en población, nº envases y su importe en euros.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Grupo terapéutico	Población	Nº envases	Importe PVP €
C09DA	Año 2010 301.084	67.129	1.880.789,19€
C09DA	Año 2016 301.094	77.474	1.259.102,63€

Conclusiones: Este grupo terapéutico es el que más recursos económicos retrae en el tratamiento de la hipertensión en nuestro medio, tanto en monoterapia como en combinación. Aunque sabemos que el ARA II, en principio debería utilizarse, salvo indicaciones específicas, cuando exista intolerancia a IECAS, no parece ser que sea la norma de empleo.

352/159. EVOLUCIÓN EN EL MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE CONVERSIÓN DE LA ANGIOTENSINA Y ANTAGONISTAS DEL CALCIO EN COMBINACIÓN FIJA

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso², J. Martínez Gorostiaga³, J. Alberdi Alcora³, L. Ulloa Bahamonde³ y M. Arrazola Vallejo³

¹Centro de Salud Arambizcarra I, Álava. ²Centro de Salud La Habana, Álava. ³OSI Araba, Álava.

Objetivos: La mayoría de los estudios asistenciales llevados a cabo en nuestro medio constatan que, tanto en Atención Primaria como en unidades especializadas, no más de una tercera parte de los pacientes tratados tienen sus cifras de presión adecuadas a los objetivos que marcan las distintas guías. Parece ser que una utilización más amplia de combinaciones terapéuticas se traducirá en un mayor grado de control de nuestros pacientes. El objetivo del estudio es ver la evolución en el uso de esta combinación (grupo terapéutico ATC C09BB) hemos tenido los médicos de nuestra Organización de Servicios Integrados (OSI) desde 2010 hasta 2016, últimos datos conocidos, de acuerdo a los datos facilitados por nuestro Servicio de Salud.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se han analizado todas las recetas de los médicos de familia y pediatras de la OSI en el período de enero a diciembre de 2010 y enero diciembre 2016, clasificándolos por subgrupos terapéuticos, según la clasificación basada en la ATC (anatómico-terapéutica-química), clasificación internacional desarrollada en 1.976 por el Nordic Council of Medicines. Los datos se expresan en población, nº envases e importe en euros.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Grupo terapéutico	Población	Nº envases	Importe PVP €
C09BB	Año 2010 301.084	4.923	110.784,29€
C09BB	Año 2016 301.094	5.098	93.276,57€

Conclusiones: Como podemos apreciar el uso que se hace en OSI Araba de esta combinación de IECA y ACA es muy bajo, posiblemente a que por parte los IECAs se asocian a diuréticos con más frecuencia y los ACA se están uniendo más a los antagonistas de los receptores de la angiotensina II. No es esta una de las combinaciones preferidas pues en nuestro medio, a pesar de lo indicado en las Guías.

352/166. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, ESTUDIO IBERICAN

F. Valls Roca¹, J. Llisterri Caro², R. Micó Pérez³, S. Cinza Sanjurjo⁴, V. Pallarés Carratalá⁵ y M. Prieto Díaz⁶

¹Centro de Salud de Benigamin, Valencia. ²Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benllloch, Valencia. ³Centro de Salud Fontanars dels Alforins, Valencia. ⁴Centro de Salud Porto do Son, La Coruña. ⁵Unión de mutuas. ⁶Centro de Salud Vallobín-La Florida, Asturias.

Objetivos: Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer el tratamiento farmacológico que reciben los hipertensos (HTA) en el Estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. La muestra final estimada es de 7.000 pacientes. Se presentan las características basales de los primeros 5.944 pacientes incluidos. El grado de control de la presión arterial fue con el criterio de la Guía ESH 2013.

Resultados: 2.873 pacientes son HTA (48,3%), su edad media fue de $64,7 \pm 12$ años, 49,7% mujeres, antigüedad de HTA $9,7 \pm 6$ años, IMC $31,1 \pm 8,9$ kg/m². El grado de control de la presión arterial (Criterio ESH 2013) fue 56,7%. Un 61,2% realiza dieta para su HTA, un 93,8% tratamiento antihipertensivo. Los fármacos antihipertensivos más frecuentemente empleados son: ARA-II 43,6%, diuréticos 45,5%, IECA 37,5%, calcioantagonistas 23%, betabloqueantes 19%. Los antihipertensivos en monoterapia 40,8%, biterapia 37,9% y tres o más fármacos 21,2%; un 59,1% estaban con terapia combinada. Los HTA tomaban respecto a no HTA: más estatinas: 75,6% vs 56,1%, $p < 0,001$; más antitrombóticos 32,1% vs 7,2%, $p < 0,001$; más anti-coagulantes 8,4% vs 2%, $p < 0,001$, y similar antiinflamatorios no esteroideos 13,2% vs 11,7%, $p = 0,794$, NS.

Conclusiones: 9 de cada 10 hipertensos en Atención Primaria reciben tratamiento antihipertensivo, principalmente en terapia combinada. El fármaco que bloquean el sistema renina angiotensina y los diuréticos son los fármacos más empleados. Los hipertensos reciben más estatinas, antitrombóticos y anticoagulantes.

352/179. CONSULTAS PREFERENTES EN NEFROLOGÍA, ¿UN RECURSO BIEN UTILIZADO?

J. Bande Fernández¹, L. del Río García², C. Ulloa Clavijo¹, L. Martínez Fernández², M. Gorostidi Pérez¹ y C. Díaz Corte¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²Hospital San Agustín, Avilés, Asturias.

Objetivos: La consulta externa constituye, con frecuencia, el primer contacto del paciente con la Nefrología. Asimismo, la figura de la consulta preferente (entendida como aquella con especial grado de urgencia en la valoración nefrológica), es una herramienta de especial utilidad. En nuestra unidad, todas las peticiones de este tipo se valoran según los criterios de derivación de las guías actuales que determinan el grado final de urgencia. El objetivo es valorar la adecuada utilización de esta herramienta por parte de

los especialistas, el origen de este tipo de solicitudes y el perfil de estos pacientes.

Métodos: Revisión retrospectiva de todas las peticiones de consulta preferente realizadas en nuestra área sanitaria entre enero/2016 y marzo/2017. Se recogieron datos referentes a fechas: de solicitud de consulta, de valoración por el Nefrólogo y de visita en consulta. Así como motivos de consulta, servicio solicitante y datos clínico-epidemiológicos (edad, sexo, diabetes, FGE, albuminuria y grado HTA).

Resultados: Evaluamos 712 peticiones preferentes de consulta. Eran varones un 52%, con una edad media de 66,2 (15-96) años y una prevalencia de diabetes mellitus del 26,5%. El tiempo de espera desde la solicitud de las mismas hasta la valoración por el nefrólogo es de 9,53 (0-27) días y hasta la atención en consulta de 99,52 días. Incluyendo solo aquellas que se consideraron realmente preferentes, 20,59 (1-71) días. Los motivos de derivación más frecuentes: ERC 46,5%, HTA 27,2%, FRA/ERC agudizada 6%, HTA + embarazo 4,2%, proteinuria/hematuria 3,6%, ERC+HTA 3%, realización de MAPA 2,4% y otros 4,5%. Los principales servicios de origen fueron: Atención Primaria 54,4%, Nefrología 8,3%, Urgencias hospitalarias 6,7%, M. Interna 4,3%, Ginecología 4%. De las 712 solicitudes de consulta con carácter preferente solo fueron catalogadas como tales el 28,65% (204). De éstas, la patología con un mayor porcentaje de adecuada derivación sería la valoración prequirúrgica (100%), HTA en embarazo (92,9%) y ERC agudizada/ERC (45%). Los servicios que mejor se ajustan a los criterios de derivación: Anestesiología y Ginecología.

Conclusiones: En nuestra área sanitaria, menos de una de cada tres solicitudes de consulta preferente se ajustaron a los criterios establecidos de derivación preferente al nefrólogo. Recalcamos, la necesidad de una adecuada y constante actualización en los criterios de derivación a Nefrología tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria. Asimismo, queda patente la utilidad de una valoración previa a la citación en consulta para poder optimizar los recursos asistenciales disponibles.

Enfermería

352/47. UTILIZACIÓN DE UNA APP EN EL SMARTPHONE Y MODIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

J. González Sánchez, N. Sánchez Aguadero, R. Alonso Domínguez, C. Agudo Conde, J. Recio Rodríguez y C. Rodríguez Martín

Unidad de Investigación, Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca.

Objetivos: Evaluar el efecto de añadir la utilización de una APP a un consejo breve sobre actividad física y dieta mediterránea, para analizar los cambios producidos en los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y en el riesgo cardiovascular (RCV) en global, mediante la modificación de estilos de vida como la dieta y la actividad física.

Métodos: Se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico, en el ámbito de la atención primaria. Participaron un total de 833 sujetos procedentes de seis Centros de Salud, seleccionados mediante muestreo aleatorio. Se asignaron 415 sujetos al grupo intervención (GI) a los que se les proporcionó consejo + app, y 418 a el grupo control (GC) a quienes solo se les proporcionó consejo. El consejo dado fue sobre dieta mediterránea y actividad física. El GI recibió adicionalmente, entrenamiento en el uso de una aplicación para el Smartphone durante un periodo de 3 meses. El objetivo principal, fue el cambio en los FRCV y en el RCV estimado a los 3 y 12 meses de seguimiento en el GI en comparación con el GC.

Resultados: Las cifras de presión arterial sistólica (mmHg) disminuyeron a los 3 meses en ambos grupos: GI -2,27 (IC95% -3,37 a -1,18) y GC -4,12 (-5,26 a -2,99), pero a los 12 meses solo en el GC: -2,75 (IC95% -4,00 a -1,51). La cifra de colesterol solo disminuyó a

los 12 meses en el GC: -5,68 (IC95% -8,67 a -2,69), El RCV disminuyó a los 3 meses en ambos grupos: GI -0,49 (IC95% -0,83 a -0,15) y GC 0,56 (IC95% -0,87 a -0,25), pero a los 12 meses solo en el GC: -0,55 (IC95% -0,95 a -0,15). A los 3 meses el consumo de fármacos hipolipemiantes y antihipertensivos disminuyó ligeramente en el GI (-0,3% y -0,4%) y aumentó en el GC (1% y 2,4%) con respecto al consumo inicial, A los 12 meses hubo un aumento en el consumo de fármacos hipolipemiantes (0,7% en el GI y de 4,1% en el GC) y antihipertensivos (2,1% en el GI y de 3,2% en el GC) con respecto al consumo inicial.

Conclusiones: Se produce una reducción de la PAS y del RCV global a los 3 meses en ambos grupos, pudiendo haber influido la utilización de la APP en el GI y el consumo de fármacos en el GC.

352/54. EFECTO AGUDO DE UN PASEO SOBRE LOS PARÁMETROS DE RIGIDEZ ARTERIAL EN DIABÉTICOS

R. Alonso Domínguez¹, N. Sánchez Aguadero¹, J. Recio Rodríguez¹, J. González Sánchez¹, L. Gómez Sánchez² y T. Vicente García³

¹Unidad de Investigación, Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca. ²Centro de Salud Mar Báltico, Madrid. ³Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca.

Objetivos: Evaluar el efecto agudo de un paseo saludable sobre parámetros de rigidez arterial, presión arterial y glucemia capilar, en diabéticos tipo 2.

Métodos: Ensayo clínico cuasiexperimental de 89 diabéticos tipo 2, con una edad entre 25-70 años. Las variables principales del estudio fueron medidas antes y después de realizar un paseo saludable. Éste se trata de una caminata de 4 km de distancia, por zonas llanas, saliendo y volviendo al centro de salud, siendo acompañados siempre por dos enfermeras. Los pacientes fueron instruidos para que su paseo fuera aeróbico (50-70% de la frecuencia cardíaca máxima), según las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes, dividiéndose a los participantes en dos grupos dependiendo de la intensidad de su paseo (intensidad moderada 6 km/h e intensidad baja 3-4 km/h).

Resultados: La población estudiada tenía una edad media de 65,0 años (61,2-68,1). Tras el paseo, se produjo una disminución en los parámetros relacionados con la rigidez arterial: Cardio Ankle Vascular Index de -0,2 (IC95% -0,4 a -0,1) y presión del pulso de las extremidades inferiores de -3,9 mmHg (IC95% -5,9 a -2,0) ($p < 0,05$ para ambos). Se observa que se varón presenta un odds ratio de 2,728 (IC95% 1,044 a 7,126) para conseguir que el Cardio Ankle Vascular Index disminuya tras el paseo saludable respecto a ser mujer. Además, en las extremidades inferiores se produjo una disminución de la presión arterial sistólica -5,3 mmHg (IC95% -7,3 a -3,3) y de la presión arterial diastólica -1,5 mmHg (IC95% -2,6 a -0,4). Del mismo modo se observó una disminución de la glucemia capilar de -37,6 mg/dl (-43,7 a -31,6).

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que un ejercicio aeróbico cotidiano a una intensidad baja-moderada, como son los paseos saludables, tiene un efecto beneficioso inmediato, en los diabéticos tipo 2, sobre parámetros de rigidez arterial como son el Cardio Ankle Vascular Index y la presión del pulso. Además, se produjo una mejora en la presión arterial sistólica y diastólica en las extremidades inferiores, y en la glucemia capilar.

352/58. CALIDAD DE LA DIETA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE 24 HORAS

J. González Sánchez, N. Sánchez Aguadero, R. Alonso Domínguez, C. Agudo Conde, J. Recio Rodríguez y C. Rodríguez Martín

Unidad de Investigación, Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca.

Objetivos: Analizar la relación entre la calidad de la dieta evaluada mediante el cuestionario DQI, con las cifras de presión arterial obtenidas mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 24 horas, en una cohorte de pacientes hipertensos.

Métodos: Estudio observacional, transversal, realizado en el ámbito de la atención primaria. Participaron 200 individuos, cuya selección se llevó a cabo desde las consultas de medicina de unos centros de salud de una provincia española, bajo criterio e indicación médica de MAPA, en pacientes hipertensos. Se procedió a la evaluación de la calidad de la dieta, mediante el cuestionario DQI, el cual consta de 18 ítems, y cuyo rango se encuentra entre 18 y 54, de forma que una mayor puntuación indica una mejor calidad de la dieta. Para la realización de la MAPA durante 24 horas, se utilizaron dispositivos SPACELABS, modelo 90207.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 60,47 años y el 51% fueron mujeres. El 40,5% eran trabajadores en activo y un 18% eran fumadores. Las cifras medias de presión arterial sistólica y diastólica antes de poner los MAPAS, fueron de 140,3 y 86,6 mmHg respectivamente. La calidad de la dieta, evaluada con la puntuación global media del cuestionario DQI ($33,5 \pm 8,7$), mostró una correlación parcial inversa con: la presión arterial sistólica (PAS) de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24H ($r = -0,767$; $p < 0,01$), presión arterial sistólica (PAD) MAPA 24H ($r = -0,498$; $p < 0,01$), PAS MAPA Día ($r = -0,747$; $p < 0,01$), PAD MAPA Día ($r = -0,486$; $p < 0,01$), PAS MAPA Noche ($r = -0,686$; $p < 0,01$) y la PAD MAPA Noche ($r = -0,462$; $p < 0,01$), tras ajustar los factores de confusión: edad, sexo, tabaquismo, medicación antihipertensiva, e índice de masa corporal.

Conclusiones: Los resultados de este estudio indican, que los valores obtenidos sobre la calidad de la dieta utilizando el cuestionario DQI, presentan asociación inversa con los resultados de las PAS y PAD de la MAPA 24H, MAPA Día y MAPA Noche.

352/74. APRENDIENDO HÁBITOS SALUDABLES COCINANDO RICO, FÁCIL E INTERACTIVAMENTE COMO ESTRATEGIA PREVENTIVA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Tornay Muñoz, M. Prieto Marcos, J. Cano Carrascosa, J. Merino Lorente, C. Martínez Palomo, M. Sánchez Silochi, C. Fernández Quiñones, Y. Menéndez Robles, R. Calvillo Bustamante y A. González Valls

Centro de Salud Juncal, Torrejón de Ardoz, Madrid.

Objetivos: La Carta de Ottawa define promoción de salud como proceso que incrementa el control y mejora de salud. La prevención desarrolla medidas, acciones para promover bienestar y reducir riesgos. Nuestro Centro de Salud participa en la Semana de la Salud de nuestro municipio desde 2013, fomentando estilos de vida cardiosaludable. Las actividades de prevención primaria son conjunto de actuaciones dirigidas a prevenir aparición o disminuir riesgos. Objetivo: elaborar proyecto preventivo comunitario realizando intervenciones-talleres de hábitos cardiosaludables. Promocionar-fomentar: estilos vida saludable, prevención de riesgos. Enseñar cocinando: hábitos cardiosaludables, elaborar menús, leer etiquetas, cocinar rico-sano-fácil. Evaluarlos. Evaluar talleres en 6 meses.

Métodos: Estudio prospectivo (intervenciones-talleres educativos-teórico-práctico-participativo-interactivo) de hábitos, cocina cardiosaludable. Población adulta de nuestro municipio: centro salud, asociaciones, entidades municipales. Encuesta de satisfacción (talleres-intervenciones). Pre-Post test (talleres/grupo). Elaborar documentación. Temarios adaptados: Aspectos básicos enfermedad cardiovascular y demandadas, factores de riesgos, prevención, elaborar menús-recetas-trucos-combinar alimentos, leer etiquetas, webs de interés, estilos vida saludable, actividad física, aspectos físico-psico-emocionales. Practica-interactividad. Repetir talleres en 6 meses.

Resultados: Septiembre 2013-noviembre 2017: 14 intervenciones-talleres realizados. 462 personas. Ratio de asistencia/taller-intervención: 9-90 personas. Temarios adaptados demandados: cardiovascular, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, esclerosis, inmigrantes... Encuesta satisfacción (462): Interés: 90,91%. Utilidad: 88,74%. Temario: 15,157% todos. 88,74% alimentación cardiosaludable. 79,22% prevenir riesgos. 82,25% elaborar menús. 70,35% dieta mediterránea. Utilidad de documentación: 88,74%. Participación: 70,35%. Pretest/5 talleres (48 personas): Hábitos saludables: 43,75%. 41,66% factores estrés. 27,08% clasifican alimentos. 43,75% actividad física. 37,5% asocia hábitos tóxicos-morbimortalidad. 39,58% factores de riesgo cardiovascular. Posttest/5 talleres (48 personas): Hábitos saludables: 91,67%. Factores de estrés: 89,58%. Clasifican alimentos: 93,75%. Ejercicio físico: 87,5%. Factores de riesgo cardiovascular: 89,58%. Participación: 95,83%. Taller previo a los 6 meses (10 personas): Conocimientos previos: hábitos saludables, factores estrés, actividad física: 40%. 30% clasifican alimentos, asocia hábitos tóxicos-morbimortalidad, factores riesgo cardiovascular. Conocimientos post: hábitos saludables, factores estrés, clasifican alimentos, actividad física, asocia hábitos tóxicos-morbimortalidad, factores riesgo cardiovascular: 90%. Repetido taller (6 meses): Pretest: hábitos cardiosaludables, factores estrés, clasifican alimentos, actividad física, asocia hábitos tóxicos-morbimortalidad, factores riesgo cardiovascular: 70%. Posttest: hábitos saludables, factores estrés, clasificación alimentos, ejercicio físico, factores riesgo cardiovascular, participación: 100%.

Conclusiones: Objetivos cumplidos, mucho interés: estilos de vida saludable, prevención. Aumentan conocimientos. Satisfacción óptima. Asistencia y demanda cada vez mayor, adecuada participación. Resultados muy gratificantes. Habiendo personas que acudían varias veces, notándose en los resultados, decidimos realizar un taller a los 6 meses con resultados óptimos. Esto demuestra la conveniencia de repetirlos periódicamente. Aplicable para cualquier enfermedad, fomento de estilos de vida cardiosaludable, promoción de salud y prevención de riesgo cardiovascular.

352/77. ESTRATEGIAS EN PREVENCIÓN-DETECCIÓN PRECOZ EN LA PREVALENCIA DE PADECER DIABETES

R. Calvillo Bustamante, E. Tornay Muñoz, J. Cano Carrascosa, M. Prieto Marcos, J. Merino Lorente, M. Sánchez Silochi, E. Fernández Escalada, C. Fernández Quiñones, C. Martínez Palomo y Y. Menéndez Robles

Centro de Salud Juncal, Torrejón de Ardoz, Madrid.

Objetivos: Según la Organización Mundial de la Salud, hay 422 millones de personas diabéticas mundialmente, la mortalidad en países con ingresos medios-bajos es de un 80%. En la próxima década aumentará la mortalidad a un 50%, siendo la séptima causa para 2030. Casi un 10% de población adulta española la padece, es un problema de salud importante. Siendo prioritario prevenirla y detectarla precozmente. Previene y la retrasa: detección precoz, evitar factores de riesgos, hábitos saludables. El Test de Findrisk es una herramienta eficaz predictora. En el Día Mundial de la Diabetes, nuestro centro de salud participa realizando intervenciones comunitarias preventivas. Objetivos: realizar intervenciones para la detección precoz y prevención de diabetes. Captar el mayor número posible de adultos. Informar y fomentar: hábitos saludables, prevención de factores de riesgos. Entregar: folletos informativos-preventivos. Realizar el Test Findrisk. Derivar y programar seguimientos. Evaluar.

Métodos: Población: adultos de nuestra zona básica de salud. Captación prevista 50 personas/intervención. Organización e intervenciones: mesas, consultas, carteles, materiales informativos. Realización: test Findrisk, índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, glucemias capilares. Información y entrega de folletos: estilos de vida

saludable, prevención, detección precoz. Derivación y programación: seguimientos en consultas (adultos con riesgos altos). Evaluación.

Resultados: Captación desde el 2012 al 2017: 596 adultos, de ellos 297 son mujeres (49,83%). Rango del Test Findrisk: 0-22 (media 12,3). 219 personas de riesgo alto (36,75%), derivadas para seguimientos programados. Informado y fomentado: hábitos saludables, prevención de factores de riesgos. Entregado: folletos informativos-preventivos. Edad: Menores 45 años: 23,99% (143 personas). Entre 46-54 años: 20,81% (124 personas). Entre 55-64 años: 30,70% (183 personas). Más de 65 años: 24,50% (146 personas). IMC: Menos de 25: 31,37% (187 personas). Entre 26-30: 42,79% (255 personas). Más de 31: 25,84% (154 personas). P. Abdominal (centímetros): Menos 94: hombres 85 (28,33%). Menos 80: mujeres 63 (21,21%). Entre 94-102: hombres 100 (33,33%). Entre 80-88: mujeres 114 (38,21%). Más de 102: hombres 114 (38,34%). Más 88, mujeres 120 (40,41%). Realización de actividad física: Hombres: 271 (90,83%). Mujeres: 202 (67,86%). Consumo de frutas-verduras: Hombres: 228 (76,25%). Mujeres: 265 (89,23%). Hipertensión: Hombres: 162 (54,17%). Mujeres: 125 (42,09%). Antecedentes familiares diabéticos: Hombres: 125 (41,81%). Mujeres: 178 (59,93%).

Conclusiones: Objetivos cumplidos. Captación mayor de la esperada por intervención. 36,75% personas derivadas para seguimientos programados. Mayor porcentaje en: Mujeres con sobrepeso y obesidad abdominal. Hombres con hipertensión arterial (HTA). Las intervenciones comunitarias son claves fundamentales en programas preventivos y de detección precoz de enfermedades. Seguimos realizando seguimientos, que analizaremos próximamente.

352/178. LA OBESIDAD COMO CAUSA DE VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL, POSIBLE RIESGO CARDIOVASCULAR

C. García-Reza, B. Sosa García, J. Gandarilla Solano, G. Solano, V. Gómez y R. Morales García

Universidad Autónoma del Estado de México.

Objetivos: La importancia de analizar la relación entre la obesidad y el riesgo cardiovascular, se destaca por la estimación de la OMS (2016) casi 500 millones de personas en el mundo presentan obesidad, México ocupa el segundo lugar en obesidad a nivel mundial, evidencia científica destacan 8 de cada 10 muertes son provocadas por el riesgo cardiovasculares cuyo factor detonante es la obesidad, al Determinar la asociación entre obesidad y la presión arterial en universitarios mexicanos.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, en una comunidad universitaria de 883 participantes, destacan 738 Mujeres y 145 hombres, donde 784 son solteros y 39 casados, durante diciembre de 2016. Mayores de 18 ± 3 años, Inscritos en año lectivo. Otorgaron consentimiento informado, datos recolectados en las aulas de clase, midieron variables metabólicas, índice de masa corporal (IMC) y la presión arterial. Se construyó una base de datos SPSS, análisis descriptivo de las variables, a través de chi-cuadrado, el nivel de significancia fue de $p < 0,05$.

Resultados: La edad promedio de universitarios $18 \pm 2,9$ años. La obesidad de 49,8%. Media del IMC de $28 \pm 4,7$, para hombres y mujeres. Con la relación entre IMC y la presión arterial hubo relación estadísticamente significativa (chi- $p = 0,0004$). El 16,8% de los universitarios presentaron obesidad (nivel I y II), además con pre-hipertensión arterial de 120-139/80-89, mientras que 10,1% presenta hipertensión estadio I, con las cifras 140-159/90-99. Los valores bioquímicos; colesterol total en hombres $211,6 \pm 36,7$ mg/dL, seguido mujeres $207,6 \pm 44,7$ mg/dL. Colesterol c-LDL $119,7 \pm 32,3$, y mujeres $114,6 \pm 36,5$ mg/dL, los triglicéridos, hombres $199,5 \pm 138,3$ mg/dL. Asimismo, la asociación fue estadísticamente significativa entre cifras elevadas tanto del colesterol como IMC, con una correlación $p < 0,0001$ y $p < 0,0001$. En México el sobrepeso y obe-

sidad representan un problema de salud pública y éste se ha incrementado en todas las edades y regiones, especialmente en mujeres, el peso corporal no sólo tiene influencia en el aspecto físico, sino asociado al riesgo cardiovascular.

Conclusiones: La obesidad produce alteraciones de la presión arterial y conlleva una a aumento de riesgo cardiovascular en esta población de estudio, por lo que se considera que la hipertensión arterial es modificable y la reducción de la PA reducirá ese riesgo.

352/122. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN PROGRAMA PILOTO DE TELEASISTENCIA APLICADO A LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y RIESGO CARDIOVASCULAR DEL ANCIANO

M. Pumares Álvarez y M. Moralejo Martín

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Hipótesis: la telesistencia aplicada al paciente crónico complejo con Insuficiencia cardíaca (IC) mejora el autocuidado, la adherencia al tratamiento farmacológico y al cumplimiento de medidas de higiene, reduciéndose el número de episodios de descompensación de Insuficiencia cardíaca y por tanto reduciéndose el número de visitas urgencias y de ingresos hospitalarios, lo que comporta una reducción de coste sanitario. Objetivo: evaluar el impacto que pueda tener la aplicación de un Sistema Piloto de Telesistencia en el seguimiento de los pacientes ancianos con Insuficiencia Cardíaca.

Métodos: Estudio prospectivo apareado no aleatorizado unicéntrico de 12 meses de seguimiento. Se interviene implantando un programa de Apoyo de telesistencia. Las prestaciones que se aplican son desde centro de seguimiento o llamadas programadas de recordatorio de medicación y de cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas, centro de asesoramiento y centro de emergencias. Análisis: Se compara el estado general de los pacientes antes y después del inicio del servicio de Telesistencia en febrero 2016, mediante la valoración de las variables Resultado (número de visitas a Urgencias por IC e ingresos Hospitalarios por IC). Se utiliza como medida de cribado de deterioro cognitivo el test de Pfeiffer, de funcionalidad el índice de Barthel y de Autocuidado la Escala Europea de Autocuidado.

Resultados: El número total de pacientes incluidos en el estudio es de 10 pacientes. La edad media 85,5. El 40% hombres y 60% mujeres. El 30% no tenían cuidador principal y el 70% lo tenían ocasional. Se realizaron un total de 41 intervenciones de enfermería derivadas de las intervenciones de telesistencia, 40 de ellas se solucionan sin ingreso y una genera ingreso hospitalario. Ingresos por insuficiencia cardíaca 95% ($p = 0,73$), se evidencia disminución de las visitas a Urgencias por causas distintas a la insuficiencia cardíaca (84,6%), disminuirían algo más intensamente los ingresos insuficiencia cardíaca (88,9%) aunque habría que aumentar el número de la muestra para poder extraer conclusiones sólidas puesto que la disminución no fue estadísticamente significativa. A nivel cognitivo y de funcionalidad no se detectaron cambios en los pacientes. Se detecta una mejora progresiva de los autocuidados estadísticamente significativa.

Conclusiones: Se confirma la hipótesis inicial. La limitación principal del estudio ha sido dificultad para incluir pacientes. Estamos actualmente en fase de diseño de segunda fase de estudio para poder ampliar los resultados.

352/182. ÚLCERA HIPERTENSIVA DE MARTORELL. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

S. Plaza Rivera¹, A. Velando Soriano² y D. Pérez Manchón¹

¹Centro de Salud Villanueva de la Cañada, Madrid. ²Centro de Salud El Abajón, Las Rozas, Madrid.

Objetivos: Describir las características clínicas de la úlcera hipertensiva de Martorell, su diagnóstico y las diferentes alternativas de tratamiento disponibles según la literatura publicada.

Métodos: Revisión bibliográfica de todos los artículos publicados entre los años 2007 y 2017 en castellano e inglés. Búsqueda en las bases de datos Medline, Pubmed, Scopus y Cochrane Plus. Palabras clave: Martorell ulcer, Hypertensive ischemic ulcer y Artherosclerotic ulcer. Se obtuvieron 21 resultados, de los cuales cumplían criterios 8.

Resultados: La úlcera hipertensiva de Martorell es una complicación que ocurre en pacientes con HTA cuya prevalencia se sitúa entre un 0,5 y un 1% y aumenta al 15-18% en los pacientes con HTA de más de 25 años de evolución. Se producen mayoritariamente en mujeres de entre 50 y 70 años. El diagnóstico de diabetes coexiste en un 60% de los casos. Otras hipótesis en cuanto a su etiología es la alteración de la inervación simpática o un posible traumatismo. Se trata de una lesión isquémica que se produce como consecuencia de una hipertrofia y estenosis de arteriolas subcutáneas periféricas. Son lesiones habitualmente situadas en la región laterodorsal

externa tibial o en el tendón de Aquiles. Se caracterizan por un lecho necrótico con bordes irregulares y violáceos. Su síntoma más característico es el dolor de difícil manejo. En la práctica clínica se infradiagnostica al ser confundidas con otras lesiones como el pioderma gangrenoso. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante biopsia cutánea. El control de la presión arterial es el pilar básico de prevención de la úlcera de Martorell y el tratamiento más eficaz es quirúrgico. Algunos estudios plantean la estimulación espinal como alternativa para la curación y disminución del dolor.

Conclusiones: Las úlceras de Martorell son lesiones isquémicas que se producen en pacientes con HTA de larga evolución. El control de la TA es clave para prevenir la aparición las mismas. Para realizar un correcto abordaje terapéutico es fundamental el diagnóstico diferencial que se realizará a través de la exploración clínica y se confirmará a través de biopsia. El tratamiento más seguro y eficaz es el injerto de piel. El manejo del dolor debe ser prioritario por afectar directamente a la calidad de vida de la persona que lo padece.