

Conclusiones: Creemos que en la evaluación inicial de los pacientes con ictus es necesario conocer desde el inicio el patrón nocturnal de TA así como el de frecuencia cardíaca ya que de esta forma podríamos dar un pronóstico más acertado en estos pacientes.

Hipertensión clínica y comorbilidad

185. ESTUDIO COMPARATIVO DE INCIDENCIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES DIPPER Y NON-DIPPER

F.M. Abadía Cebrián, J.F. Rubio Fernández, L. Lekuona Goya, E. Contreras Fuente, I. Martínez Pueyo, E. Zabala Laborde, M. Amenábar Azurmendi, B. Baranda Gómez, J. Argaya Orbegoza y A. Salaberria Isasti

CS Lasarte, Guipúzcoa.

Objetivos: Las cifras de tensión arterial siguen un ritmo circadiano con unos valores nocturnos que suelen ser aproximadamente un 15% inferiores a los diurnos, tanto en pacientes hipertensos como en personas sin la enfermedad. Si no se produce este descenso nocturno, o si el mismo es inferior al 10%, el paciente se denomina non dipper, considerándose esta circunstancia un riesgo añadido para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares. El presente estudio tiene como objetivo comparar la incidencia de complicaciones cardiovasculares en pacientes dipper frente a non dipper.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y unicéntrico con los pacientes de nuestro Centro de Salud de Lasarte (Guipúzcoa) usando nuestra base de datos de pacientes a los que se realizó MAPA en los últimos tres años utilizando un dispositivo validado SpaceLabs 90207, se diferenciaron los diagnosticados como dipper y non dipper y en cada grupo se aleatorizó usando un generador de números aleatorios sin repetición para conseguir 62 pacientes por grupo. Una vez realizada la aleatorización, se generó una base de datos utilizando como soporte informático el programa Excel, donde, tras consulta pormenorizada de historia clínica informatizada de cada paciente se consignaron edad y sexo, factores de riesgo cardiovascular (Regicor, Score y Framingham), resultado MAPA (dipper y non-dipper), tratamiento hipertensivo posterior al MAPA, medida de las dos últimas cifras tensionales realizadas en el centro de salud y aparición o no de complicaciones cardiovasculares y naturaleza de las mismas (accidente vascular cerebral, neuropatía, coronariopatía, cardiopatía, urgencia hipertensiva, afectación ocular). Análisis estadístico: se utilizó programa informático SPSS 18.0, utilizando como tests estadísticos los de Chi cuadrado y t de Student, considerando estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$, calculándose intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se calculó el riesgo cardiovascular en ambas poblaciones usando Regicor, Score y Framingham, y se compararon los resultados utilizando para ello la t de Student para comparación de medias, con un IC del 95%, tanto los valores de riesgo cardiovascular por grupos como la media entre ambas poblaciones, obteniendo unos resultados de $p = 0,902$ y $p = 0,316$ respectivamente, indicándonos que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones. Dentro de los 62 pacientes del grupo dipper se encontraron 6 complicaciones cardiovasculares frente a 18 en el grupo de pacientes non-dipper. Tras realizar una tabla de contingencia con los valores recogidos de complicaciones cardiovasculares en ambos tipos de pacientes, se realiza un estudio estadístico con realización de Chi cuadrado obteniendo unos valores de $p = 0,006$, considerando la diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: La característica de nondipper, corroborando lo descrito en la literatura, parece ser un determinante per se de la mayor incidencia en la aparición de efectos adversos cardiovasculares en los pacientes hipertensos, independientemente de sus cifras tensionales, en las que no hemos encontrado diferencias significativas respecto a los pacientes dipper.

186. EVALUACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE DESPISTAJE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL

V. Abujder Kollros¹, F. El Kanouni¹, N. Arroyo García², J.M. Michavila Valls¹, M. Ibernón Vilaro¹, M.I. Navarro Díaz¹, M.I. Troya Saborido¹, J. Bonet Sol¹ y R.V. Romero González¹

¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

²Hospital de Mataró, Barcelona.

Introducción: La estenosis de la arteria renal (EAR) se define como una disminución del calibre de una o ambas arterias renales o de sus ramas. La causa más frecuente es la aterosclerosis, seguida, en frecuencia por la displasia fibromuscular. La prueba diagnóstica "Gold Standard" de la EAR es la arteriografía. Dicha exploración es una técnica invasiva no exenta de complicaciones; por lo que conocer la sensibilidad y especificidad de otras exploraciones menos cruentas, podrían ser una opción diagnóstica en dicha patología.

Objetivos: Evaluar las características clínicas de los pacientes con EAR. Comparar la sensibilidad/especificidad de las pruebas diagnósticas (eco-doppler, angioTAC, angioRMN, renograma con captopril) vs la arteriografía. Calcular el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de presentar la enfermedad de cada una de las pruebas diagnósticas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 85 pacientes a los que se les realizó una arteriografía renal por sospecha de EAR, durante el período 2005-2009 en nuestro centro. Las variables incluidas en el estudio fueron: edad, sexo, hábito tabáquico, dislipemia (DLP), diabetes mellitus (DM), enfermedad cardiovascular y forma de presentación clínica; edema agudo de pulmón (EAP), HTA refractaria, fracaso renal secundario a tratamiento con IECAS-ARAI (FRA-IECAS/ARAI). Se clasificaron los pacientes según el resultado de la arteriografía (positiva para EAR/negativa para EAR) y se analizaron los factores de riesgo y las principales manifestaciones clínicas en ambos grupos. Valorar la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de cada una de las pruebas diagnósticas.

Conclusiones: La EAR se observa en pacientes de mayor edad, varones, fumadores, hipertensos y con enfermedad cardiovascular asociada. La manifestación clínica más frecuente es la HTA refractaria. La prueba de despistaje de la EAR con mayor sensibilidad y especificidad es el angioTAC. La angioRMN y el angioTAC son las 2 técnicas con mejor VPP y VPN. Aconsejamos realizar un angioTAC como técnica de despistaje en aquellos pacientes con sospecha de EAR.

187. HIPERTENSIÓN ARTERIAL GRADO 3 EN URGENCIAS. ¿CRISIS O SEUDOCRISIS HIPERTENSIVOS?

M. Adrián Martín, M. García Reyes, C. Bruno Martínez, J. Sobrino Martínez, L. Casañas Zaragoza, M. Cabezas García, B. Batalla Insenser, N. Sedo Alie, A. Martínez Miró y A. Muñoz Bravo

Hospital Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet.

Objetivos: Analizar las diferencias existentes entre los pacientes que presentan elevaciones agudas de la presión arterial (PA) en un servicio de urgencias hospitalarias según el motivo de consulta.

Material y métodos: Se analizaron todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias con cifras PA > 190/110 durante 2009 con enfermedad cardiovascular concomitante (ECV) como motivo

de consulta y se compararon con los pacientes que consultaron a urgencias por otro motivo no relacionado con la esfera cardiovascular y también presentaban cifras de PA > 190/110

Resultados: Se incluyeron un total de 242 pacientes (113 casos y 129 controles). Los dos grupos presentaron una edad media de similar (61,97 vs 61,60), no se observaron diferencias significativas en el sexo, ni en la presencia de diabetes ni dislipemia, ni en el filtrado glomerular calculado. Las cifras de PAS en el momento del ingreso fue significativamente más alta en los pacientes con ECV (211,06 vs 205,74 mmHg, $p = 0,002$) mientras que las cifras de PAD fueron similares en ambos grupos (120,51 vs 119,81 mmHg $p = 0,579$). El 80,5% de los pacientes que consultaron por ECV se conocían hipertensos frente al 70,6%, de los que acudieron por otra patología ($p = 0,076$). El 70% de los pacientes con ECV realizaban tratamiento antihipertensivo previo y solo el 58% de los controles ($p = 0,065$). Si que se observaron diferencias significativas en el tratamiento antihipertensivo realizado en urgencia, en el 68,1% de los pacientes con ECV frente al 31,9% de los controles ($p < 0,001$). Se realizó fondo de ojo al 15,3% de los pacientes con ECV y solo al 3,3% de los controles

Conclusiones: Los pacientes que consultan por una verdadera crisis hipertensiva presentan unos valores de presión arterial sistólica algo más elevados de los que no la presentan, mientras que la presencia de otros factores de riesgo vascular o la función renal no permiten diferenciarlos.

188. HIPERTENSIÓN EN EL ANCIANO. ¿REALMENTE EXISTEN DIFERENCIAS?

M.A. Barón Ramos, C. Luque Amado, A.A. Pérez Rivera,
M.I. Grana Costa, A. Muñoz Claros y A. Ruiz Cantero

Hospital de la Serranía, Ronda.

Propósito del estudio: Ciertos estudios (como el HYVET 2008) sugieren que el tratamiento de la hipertensión en el anciano es beneficioso tanto en la reducción de las cifras de TA, como en la reducción de eventos CV y de la mortalidad asociada. Sin embargo, las guías actuales no abordan de una manera específica ni el manejo ni el objetivo de control de la hipertensión en estos pacientes. En nuestro trabajo nos planteamos si realmente existen diferencias entre pacientes hipertensos ancianos o no ancianos.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo con 150 pacientes hipertensos que ingresaron en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante los meses de agosto a octubre de 2010. Dividimos a los paciente en ancianos > 80 años y en no ancianos (≤ 80). Se recogieron la edad, sexo y los factores de riesgo cardio-vascular, así como el tratamiento que estaban recibiendo y la cifra de TA a su llegada al hospital. El análisis estadístico realizado ha sido con χ^2 para variables cualitativas y la T Student para las cuantitativas.

Resultados: Analizamos un total de 150 pacientes hipertensos con una edad media de $74,48 \pm 10,43$ años, de los cuales, 60 (40%) eran ancianos > 80 años. Un total de 69 (46%) eran mujeres. No hubo diferencias en cuanto a la distribución de los siguientes factores de riesgo cardio-vascular entre no ancianos y ancianos: DM (36,66% vs 43,3 $p = 0,49$), dislipemia (51,28% vs 46,66% $p = 0,62$), insuficiencia renal crónica (13,33% vs 13,33% $p = 1$), ICC (11,11% vs 16,66% $p = 0,23$) y arteriopatía periférica (4,44% vs 5% $p = 0,58$). Si existía una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la presencia de ictus (10% vs 21,66% $p = 0,042$), cardiopatía isquémica (12,22% vs 31,66% $p = 0,004$) así como el tabaquismo (14,44% vs 3-33% $p = 0,02$). Tampoco encontramos diferencias entre las medidas de TAS ($134,20 \pm 31,04$ vs $140,24 \pm 31,15$ $p = 0,25$), así como la TAD ($70,94 \pm 16,27$ vs $67,89 \pm 14,37$ $p = 0,24$). La media del número de fármacos que tomaban fue $1,92 \pm 1,22$ vs $2,26 \pm 1,23$ $p = 0,95$). En cuanto a los fármacos utilizados no existían diferencias

significativas entre ambos grupos para el uso de betabloqueantes, alfabloqueantes, calcioantagonistas, IECAS, ni bloqueadores directos de la renina. El uso de diuréticos eran más frecuentemente utilizados entre la población anciana (51,11% vs 65%; $p = 0,06$); al igual que los ARA II (24,4% vs 40%; $p = 0,03$).

Conclusiones: En el grupo de pacientes analizado existe una mayor prevalencia de ICTUs y cardiopatía isquémica entre los ancianos. Sin que ello conlleve un tratamiento diferente. El porcentaje de betabloqueantes es similar en ambos grupos. La tendencia al mayor uso de diurético en el anciano, quizás esté relacionado con la mayor incidencia de insuficiencia cardíaca; aunque en nuestro grupo no existan diferencias significativas entre ambos. No hemos encontrado un motivo claro del mayor uso de ARA II en la población anciana; pudiendo ser este el perfil de seguridad de estos fármacos. Parece que el control y el tratamiento de la hipertensión no tienen claras diferencias en la población anciana.

189. FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN EN EL ÁREA DE GESTIÓN DE LA SERRANÍA DE RONDA

M.A. Barón Ramos, A. Ruz Zafra, I. Gallardo Romero,
M.I. Grana Costa, M. Godoy Guerrero, V. Castellanos Guerrero
y A. Ruiz Cantero

Hospital de la Serranía, Ronda.

Propósito del estudio: Es conocido que el grado de control de la Hipertensión varía según los estudios, pero, en cualquier caso, existe un elevado porcentaje de pacientes hipertensos que no tienen su HTA controlada a pesar de recibir tratamiento aparentemente adecuado. Hemos intentado analizar el perfil de nuestros pacientes con HTA no controlada para establecer aquellos factores que determinan dicha situación.

Material y métodos: Hemos estudiado 150 pacientes con diagnóstico de HTA que fueron ingresados en nuestro servicio de Medicina Interna. Se estudiaron los datos epidemiológicos habituales (edad, sexo, etc.), así como, los factores de riesgo cardiovascular, los eventos cardiovasculares y tratamientos recibidos. Se dividieron en dos grupos (HTA controlada o HTA no controlada) y establecimos las posibles diferencias entre ambos grupos para establecer el perfil. Utilizamos la χ^2 para variables cualitativas y la t Student para las cuantitativas.

Resultados: Analizamos un total de 150 pacientes de los que 69 (46%) eran mujeres, 59 (39,3%) eran diabéticos, 74 (49,3%) tenían dislipemia, 20 (13,3%) insuficiencia cardíaca congestiva, 22 (14,7%) presentaron un ictus previamente, 30 (20%) cardiopatía isquémica, 15 (10%) eran fumadores, 7 (4,7%) tenían arteriopatía periférica y 20 (13,3%) insuficiencia renal crónica. En 14 casos (9,3%) los pacientes no recibían ningún tratamiento farmacológico específico para la hipertensión. En 40 casos (26,7%) los pacientes estaban con monoterapia, 42 (28%) recibían dos fármacos, en 35 casos (35%) recibían tres, 16 (10,7%) recibían 4 fármacos, 2 casos (1,3%) recibían 5 y tan solo 1 paciente recibía terapia con 6 fármacos. Los fármacos más usados fueron los diuréticos (56,7%), seguido de los betabloqueantes (40,7%), IECAS (38,7%), ARAII (30,7%), alfabloqueantes (15,3%), calcioantagonistas (11,3%) y por últimos los bloqueadores directos de la renina (1,3%). La media de fármacos usados fue de $2,06 \pm 1,23$. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: 88 en el grupo de "controlados" (58,66%) y 62 en el de "no controlados" (41,44%). Al analizar las diferentes variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, así como el tratamiento, no encontramos ninguna significación estadística que nos indique que exista alguna diferencia entre ambos grupos.

Conclusiones: Parece que el grado de control de la HTA no depende de factores como la edad, el sexo, el número de fármacos empleados ni tan siquiera la familia de los mismos. Tampoco pare-

ce que la presencia o no de los distintos factores de riesgo cardiovascular influya en el control de la HTA. No hemos estudiado en grado de cumplimiento y adherencia al tratamiento, lo cual, podría ser uno de los motivos principales del no control de la HTA. Llama la atención que a pesar de lo que las guías actuales recomiendan, el 36% de los pacientes está con 1 o ningún fármaco para la HTA.

190. PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA (SAHS) DEL SUEÑO, CON Y SIN HIPERTENSIÓN, ATENDIDOS EN 2 CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?

A. Oliveras Puig¹, R. Riel Cabrera², J. Bayó Llibre², M.R. Senán Sanz², C. Roca Saumell², J.I. Aoiz Linares², J.M. Elorza¹, A. Dalfo Baqué¹ e I. Arias Moliz²

¹CAP Gòtic, Barcelona. ²CAP El Clot, Barcelona.

Propósito del estudio: Obtener la prevalencia y describir las características de los pacientes con SAHS. Determinar cuáles son las diferencias entre los pacientes con SAHS/HTA y SAHS/sin HTA.

Métodos: Diseño: estudio observacional transversal. Ámbito del estudio: 2 centros de atención primaria urbanos. Sujetos: a partir de la historia clínica informatizada de todos los pacientes mayores de 30 años (N = 31.078) se seleccionó a todos los pacientes con SAHS como problema activo. Medidas e intervenciones: se recogieron variables demográficas y antropométricas, síntomas de SAHS, antecedentes de hábitos tóxicos y consumo de psicofármacos, FRCV, enfermedades cardiovasculares (ECV), cifras de PA en el momento de diagnóstico de SAHS y tiempo desde el diagnóstico.

Resultados: Se recogieron 169 casos de SAHS, lo que suponía una prevalencia del 0,54% (IC: 0,47-0,63%), edad de 60,6 (\pm 1,5) años, 81% hombres, tiempo de diagnóstico 5,1 (\pm 0,3) años, 44% fumadores, el 36% consumían alcohol y un 40% psicofármacos. Un 54% eran obesos y un 25% tenía sobrepeso, un 54% HTA, un 37% dislipemia, un 15% DM. Los síntomas más frecuentes de SAHS fueron: ronquidos 42%, somnolencia diurna 24%, apneas observadas 24% y RGE 10%. Padecían cardiopatía isquémica (CI) un 12%, AVC 2%, arteriopatía periférica (AP) 2%, ICC 4% y ACxFA 7%. Un 54% de los pacientes realizaban CPAP, y únicamente cirugía o dieta un 3 y 6% respectivamente. Las variables en las que se observaron diferencias entre SAHS/HTA vs SAHS/no HTA fueron: CI (9 vs 3%; $p < 0,05$), AP (2,4 vs 0%; $p = 0,61$), ICC (3,6 vs 0,6%; $p = 0,84$), obesidad (35 vs 20%; $p < 0,05$), sobrepeso (10 vs 15%; $p < 0,05$), DM (12,4 vs 3%; $p < 0,05$), ronquidos (18 vs 24%; $p < 0,05$), PAS/PAD (139,6 vs 125,4 mmHg; $p < 0,001/81,1$ vs 75,1 mmHg; $p < 0,05$) y peso (96 vs 89 kg; $p < 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de SAHS obtenida es baja respecto a la referida en la bibliografía. Mayoritariamente se trata de hombres, con obesidad o sobrepeso, hipertensos y con elevada incidencia de DM y ECV. La mayoría siguen tratamiento con CPAP. Los pacientes SAHS/HTA tienen una mayor incidencia de ECV, obesidad y DM que los pacientes con SAHS/no HTA.

191. HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTES MAYORES: ¿MÁS ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

P. Beato Fernández¹, R.M. Milà Gatell¹, T. Rama Martínez², C. Ginestà Nus¹, A. Azcona Escolano¹, M. Vilchez Valdés¹, A. Quilez Cerdà¹ y D. Montserrat Bardia¹

¹Consultori Barri Cotet EAP Premià, Premià de Dalt.

²EAP El Masnou, El Masnou.

Propósito del estudio: Saber si la HTA es un factor de riesgo de insuficiencia renal crónica (IRC) en nuestros pacientes mayores de

60 años. Conocer si la asociación de HTA con la IRC comporta más riesgo cardiovascular que cuando ambas patologías no se dan y/o no se asocian.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Ámbito: la consulta de un Centro de Atención Primaria semiurbano. Sujetos: todos los pacientes asignados a la consulta de más de 60 años. Variables: edad, sexo, diagnósticos de HTA, enfermedad cerebrovascular (ECV), cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (ICC) y fibrilación auricular (FA). Filtrado glomerular. Fuentes de datos: historia clínica informatizada. Datos de las analíticas. Criterios: HTA, ECV, CI, ICC y FA: constancia de diagnóstico, IRC: Filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² en las dos últimas analíticas. Cálculos: de porcentajes y riesgos relativos.

Resultados: 373 pacientes (57,37% mujeres). 248 hipertensos (66,49%). 107 (28,69%) con IRC. Con HTA, tienen IRC 92 (37,1%). Sin HTA tienen IRC 15 (12%). Riesgo relativo de IRC en pacientes con HTA: 3,09.

Porcentajes de prevalencias

No HTA ni IRC	HTA sin IRC	IRC sin HTA	HTA + IRC
29,49%	41,82%	4,02%	24,66%

Prevalencia de diferentes enfermedades cardiovasculares con o sin HTA y/o IRC

	ECV	CI	ICC	FA
No HTA ni IRC	3,64%	0,91%	7,27%	5,45%
HTA sin IRC	9,62%	9,62%	7,05%	3,21%
IRC sin HTA	6,67%	0%	6,67%	13,33%
HTA + IRC	13,04%	15,22%	16,3%	16,3%.

Conclusiones: En mayores de 60 años: tan solo 1 de cada 25 pacientes no tiene HTA y/o IRC. La HTA aumenta muy significativamente el riesgo de IRC. La asociación de la HTA con la IRC aumenta claramente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Excepto en la FA, la HTA se comporta como un factor de riesgo cardiovascular de más peso que la IRC.

192. ANEMIA: ASOCIACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y/O LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTES MAYORES

P. Beato Fernández¹, R.M. Milà Gatell¹, T. Rama Martínez², A. Azcona Escolano¹, M. Vilchez Valdés¹, I. Ardila Salazar³, A. Quilez Cerdà¹, D. Montserrat Bardia¹, C. Gutiérrez Portugal⁴ y P. García Lolo⁵

¹Consultori Barri Cotet EAP Premià, Premià de Dalt.

²EAP El Masnou, El Masnou. ³EAP Vall del Tenes, Bigues i Riells.

⁴EAP Sant Adrià del Besòs, Sant Adrià del Besòs. ⁵EAP Sant Andreu, Barcelona.

Objetivos: Conocer la asociación de la anemia con la hipertensión arterial (HTA) y/o la insuficiencia renal crónica (IRC) en los pacientes de más de 59 años de una consulta de Atención Primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Ámbito: Consulta de un centro de Atención Primaria semiurbano. Sujetos: Todos los pacientes asignados a la consulta de más de 59 años. Variables: Edad, sexo, diagnóstico de HTA, valores de hemoglobina, y de filtrado glomerular (FG). Fuentes de datos: Historia clínica infor-

matizada. Datos de las dos últimas analíticas. Criterios: anemia: valores de hemoglobina < 13 g/dl en varones y < 12 g/dl en mujeres en la última analítica, HTA: constancia de diagnóstico, IRC: Filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² en las 2 últimas analíticas.

Resultados: 373 pacientes: 214 mujeres (57,37%), 159 hombres (42,63%). Con anemia: 50 (13,4%): 12,62% de las mujeres, 14,47% de los hombres. Con HTA: 248 (66,49%): 68,69% de las mujeres, 63,52% de los hombres. Con IRC: 107 (28,69%): 32,24% de las mujeres, 23,89% de los hombres. Con HTA e IRC: 92 (24,66%): 27,1% de las mujeres, 21,38% de los hombres.

Prevalencia de anemia en relación de la coexistencia o no de HTA y/o IRC

	No IRC ni HTA	Con HTA	Con IRC	HTA + IRC
Anemia	7,27%	15,73%	26,17	27,17%

Riesgos relativos de padecer anemia en función del sexo y la coexistencia o no de HTA y/o IRC

	HTA/no HTA	IRC/no IRC	HTA+IRC/ no HTA+IRC
Mujeres	1,3	2,63	2,15
Varones	2,73	4,14	4,78
Todos	1,79	3,16	2,73.

Conclusiones: La prevalencia de la anemia aumenta marcadamente con la HTA y sobre todo con la IRC en personas mayores. Tanto la IRC como la HTA favorecen más la anemia en los varones que en las mujeres. Controlar la HTA como factor de riesgo de IRC en los pacientes mayores puede favorecer la prevención de la anemia.

193. PREDICTORES ELECTROCARDIOGRÁFICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

P. Blanch Gracia¹, R. Freixa Pamias¹, J. Sobrepera Bustamante¹, E. Salas González¹, J. Padro Dalmau¹, J. Delso Velázquez¹, M. Camprecios Crespo¹, A. Carol Ruiz¹, P. Codinach Huix¹ y M. Martín Barranera²

¹Servicio de Cardiología, Hospital Sant Joan Despí-Moisès Broggi, Sant Joan Despí. ²Unidad de Epidemiología, Hospital Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Propósito del estudio: La aparición de fibrilación auricular (FA) en pacientes hipertensos se asocia a una alta incidencia de complicaciones cardiovasculares. Los parámetros clínicos en la predicción de FA en dichos pacientes no se han investigado extensamente.

Métodos: Hemos analizado retrospectivamente 183 pacientes hipertensos sin historia de FA atendidos en el Consultorio de Hipertensión. El análisis se basó en datos clínicos, electrocardiográficos (ECG) en ritmo sinusal y de ecocardiograma-doppler.

Resultados: Después de un seguimiento medio de 4 ± 2,2 años, 23 pacientes (12,5%) presentaron FA. Los pacientes con FA durante el seguimiento presentaron mayor edad (74,6 años vs 62,7 años, $p < 0,0005$), mayor tasa de obesidad (60,8% vs 38,5%, $p = 0,049$), mayor tamaño de aurícula izquierda (AI) (48,7 mm vs 38,2 mm, $p < 0,0005$), mayor masa de ventrículo izquierdo (324 g vs 266 g,

$p = 0,014$), menor fracción de eyección (62,6% vs 69,7%, $p = 0,002$), mayor tasa de insuficiencia mitral (82% vs 51,7%, $p = 0,008$), mayor presencia de extrasistolia supraventricular en ECG (23,5% vs 6,1%, $p = 0,044$). No hubo diferencias en ningún otro parámetro electrocardiográfico analizado: duración onda P, amplitud onda P, dispersión de onda P, eje onda P, intervalo PR, duración QRS, criterios de hipertrofia (Sokolow, Cornell), frecuencia cardíaca basal. Únicamente la edad (OR 1,06) y la dilatación de AI (OR 1,22) fueron factores significativos predictores independientes en el análisis multivariado.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes hipertensos, la edad y el diámetro de la AI son factores predictores para la aparición de FA.

194. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTAS DE UNIDADES DE HIPERTENSIÓN

V. Barrios Alonso¹, A. de la Sierra², D. González-Segura Alsina³ y G. Travería Rovira⁴

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona. ³Almirall S.A., Barcelona. ⁴Adknom Health Research, Barcelona.

Propósito del estudio: Conocer el control de la presión arterial (PA) en pacientes atendidos en consultas de Unidades de Hipertensión (HTA).

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico realizado en consultas de unidades de HTA de todo el territorio español desde enero hasta julio del 2010. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de edad ≥ 18 años, con diagnóstico previo de HTA, con un seguimiento mínimo de 6 meses en unidades de HTA y que estuvieran en tratamiento con antihipertensivos como mínimo 3 meses previos al inicio del estudio. Se consideraron dos criterios de control de presión arterial (PA): según guías 2007 ESH-ESC (< 130/80 mmHg en pacientes hipertensos con diabetes y pacientes con alto o muy alto riesgo y < 140/90 para el resto de pacientes) y según guías 2009 ESH-reappraisal (< 140/90 para toda la población). Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SAS versión 9.1.3.

Resultados: Participaron un total de 377 investigadores que reclutaron un total de 1.548 pacientes valorables, siendo el 58,5% hombres, con una edad media de 64,4 (DT = 12,4) años, un índice de masa corporal medio de 28,8 (DT = 4,3) kg/m² y un perímetro abdominal de 99,9 (DT = 13,2) cm. La diabetes mellitus (32,6%), y el tabaquismo (29,7%) fueron los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes. El 34,1% de los pacientes presentaron hipertrofia del ventrículo izquierdo. Las enfermedades cardiovasculares asociadas más referidas fueron la patología cardiovascular (30,9%) y la nefropatía establecida (14,4%). La medición de la PA se realizó según las recomendaciones de la guía de la SEH-LELHA, siendo la media de 142,5 (DT = 17,3)/83,4 (DT = 11,2) mmHg. Se observó que un 20,1% de los pacientes presentaron controlada la PA según las guías del 2007 y un 43,1% según las guías del 2009. De los datos reportados en analíticas realizadas como máximo 6 meses previos a la inclusión, se observó una media de colesterol LDL de 121,8 (DT = 39,8) mg/dl, de HDL de 52,4 (DT = 23,3) mg/dl, de triglicéridos de 148,2 (DT = 69,7) mg/dl, de HbA1c de 7,2% (DT = 1,1) y de cociente albúmina/creatinina de 25,3 (DT = 49,6) mg/g.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos atendidos en unidades de HTA presentan un alto daño cardiovascular y un control de la PA reducido. Aunque al considerar los criterios de la guía del 2009, este control mejora. Algunos de los niveles medios del perfil lipídico están por encima de los valores recomendados.

195. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LOS PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR ATENDIDOS EN CONSULTAS DE UNIDADES DE HIPERTENSIÓN

A. de la Sierra¹, V. Barrios Alonso², D. Asensio³ y G. Travería Rovira⁴

¹Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona. ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ³Almirall S.A., Barcelona. ⁴Adkoma Health Research S.L., Barcelona.

Propósito del estudio: Conocer el control de la presión arterial (PA) en pacientes con riesgo cardiovascular (diabéticos y con enfermedad cardiovascular (ECV)) atendidos en consultas de Unidades de Hipertensión (HTA).

Métodos: Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico realizado en consultas de unidades de HTA de todo el territorio español desde enero hasta julio del 2010. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, de edad ≥ 18 años, con diagnóstico previo de HTA, con un seguimiento mínimo de 6 meses en unidades de HTA y que estuvieran en tratamiento con antihipertensivos como mínimo 3 meses previos al inicio del estudio. Se consideraron dos criterios de control de presión arterial (PA): según guías 2007 ESH-ESC ($< 130/80$ mmHg en pacientes hipertensos con diabetes y pacientes con alto o muy alto riesgo y $< 140/90$ para el resto de pacientes) y según guías 2009 ESH-reappraisal ($< 140/90$ para toda la población). Se estudió el control en dos subpoblaciones: diabéticos y pacientes con ECV. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete SAS versión 9.1.3.

Resultados: Participaron un total de 377 investigadores que reclutaron un total de 1.548 pacientes valorables, siendo el 58,5% hombres, con una edad media de 64,4 (DT = 12,4) años, un índice de masa corporal medio de 28,8 (DT = 4,3) kg/m² y un perímetro abdominal de 99,9 (DT = 13,2) cm. De la muestra valorable, el 32,6% (n = 504) eran diabéticos y el 30,9% (n = 478) presentaban ECV. El control de PA, según guías del 2007 y del 2009, para los pacientes diabéticos fue de 15,1% y de 40,5% respectivamente y para los pacientes con ECV fue de 18,8% y 42,5%, respectivamente. Al determinar el control de la PA ($< 140/90$ mmHg) de los todos los pacientes sin ECV ni diabetes, se observó que fue del 43,4%.

Conclusiones: El control de la PA por debajo de 130/80 mmHg en sujetos de alto riesgo se alcanza en una mínima parte. No obstante, aún admitiendo el control con cifras inferiores a 140/90 mmHg, menos de la mitad de los pacientes en estas situaciones de riesgo lo alcanzan.

196. HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA ESTABLE. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS. RESULTADOS DEL ESTUDIO DICUMAP

M. Camafort Babkowski¹, J. Sobrino Martínez², F. Formiga Pérez³, J.C. Arévalo Lorido⁴, J.L. Arias Jiménez⁵, J. Díez Manglano⁶, O. Aramburu Bodas⁷, M. Montero Pérez-Barquero⁸, J.C. Trullàs Vila⁹, y Grupo DICUMAP

¹Hospital Comarcal Móra d'Ebre, Móra d'Ebre. ²Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet. ³Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. ⁴Hospital Comarcal de Zafra, Zafra. ⁵Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla. ⁶Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ⁷Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁸Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁹Hospital Sant Jaume, Olot.

Objetivos: La HTA nocturna se ha correlacionado con un peor pronóstico cardiovascular. Los datos de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) estables son escasos y desconocemos la prevalencia y las características de estas alteraciones en la IC.

Material y métodos: Pacientes diagnosticados de IC, mayores de 40 años y que acuden a consultas externas. Se recogieron datos de historia del paciente, medicación habitual y de exploración física. Asimismo se realizó analítica de sangre y orina, ecocardiograma, MAPA de 24h, y seguimiento al mes, a los tres, seis y doce meses, recogiendo datos de cambios en la medicación, reingresos, y mortalidad.

Resultados: 118 pacientes, edad media de 76 ± 8 años, 51% de mujeres. La media de la fracción de eyección (FEVI) fue de $54\% \pm 14$. La PA sistólica media en consulta fue de 138 ± 20 mmHg y la PA diastólica media en consulta fue de 77 ± 11 mmHg. En cuanto a los resultados de la MAPA: media de las presiones de 24 horas: PAS: 125 ± 17 mmHg y PAD: 66 ± 10 mmHg. Media del periodo de actividad: PAS: 127 ± 17 mmHg y PAD: 69 ± 10 mmHg. Media del periodo de descanso o nocturno: PAS: 123 ± 19 mmHg y PAD: 64 ± 11 mmHg. En cuanto a la distribución por patrones de PA por MAPA fue la siguiente: dipper extremo 4%, dipper 17%, no dipper 40%, y riser 39%. La prevalencia de de HTA nocturna (media de PA $> 120/70$ mmHg) fue de un 21%. Los pacientes con HTA nocturna tenían una menor PAS clínica (126 ± 10 vs 142 ± 20 mmHg; $p < 0,001$) y una mayor FEVI (57 ± 14 vs $53 \pm 14\%$, $p = 0,173$). En el análisis multivariante solo la cifra de PAS clínica (OR [IC95%] 0,944 [0,910-0,979] $p = 0,002$, permaneció estadísticamente significativas para la existencia de HTA nocturna.

Conclusiones: La HTA nocturna es frecuente en pacientes con IC, siendo más frecuente en pacientes con PAS más baja. Está situación podría condicionar la evolución de los pacientes con IC. Dado que una PA clínica más baja así como una HTA nocturna condicionan un peor pronóstico, son necesarios más estudios que valoren la influencia de la HTA nocturna en pacientes con IC y el papel de la MAPA en la valoración pronóstica de estos pacientes.

197. HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA E IMAGEN DE CALCIFICACIÓN EN LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN DE UNA ANCIANA CON DEBILIDAD

L. Moreno Liñán¹, L. Castilla Guerra², M.C. Fernández Moreno³, J.P. Verdugo Calín¹, S. Fernández León¹, J. Álvarez Suero², E. Carmona Nimo², A. Espino Montoro², J. Marín Martín² y J.M. López Chozas⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria; ²Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Merced, Osuna. ³Servicio de Neurología, Hospital de Valme, Sevilla. ⁴Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Caso clínico: Paciente de 78 años que es derivada desde atención primaria por tensión arterial baja y debilidad. La enferma refería que desde hace unos 3 meses antes de su ingreso, inició un cuadro de astenia, anorexia con pérdida no ponderada de peso, y adinamia progresiva y limitante. Refería también sensación de "mareos" especialmente al incorporarse. Acudió a su médico de atención primaria que le detectó tensión arterial bajas y aspecto de afectación, por lo que la deriva a nuestro hospital para estudio. Entre sus antecedentes destacaba una tuberculosis tratada hace más de 30 años y diabetes tipo 2 de 7 años de evolución en tratamiento con ADO. La exploración general fue anodina salvo una TA de 90/50. Pruebas complementarias Al ingreso presentaba un pH en sangre de 7,23; HCO₃ de 12 mmol/L; BE: -12,8 mmol/L, natremia 126 mEq/L, potasemia 4,9 mEq/L y creatinemia 2 mg/dL. La radiografía de tórax fue anodina, mientras que en la de abdomen se observaba un área de calcificación en zona superior del riñón izquierdo, que en la TC de abdomen se vio que correspondía a calcificación en la glándula suprarrenal izquierda. Ante la sospecha de una insuficiencia suprarrenal. Se solicitaron los niveles de cortisol libre en orina, que fueron de 40 nMol/24 h (VN: 100 a 379) y la prueba de estimulación con 1 mg de Synacthen, plano, confirmando una insuficiencia suprarrenal primaria. La enferma, posteriormente, nos comentó que desde hacía años tomaba unas pastillas

que le recetó un médico privado porque no le funcionaba una glándula y que, por iniciativa propia, había dejado unos meses antes. Juicio clínico: insuficiencia suprarrenal primaria de origen tuberculoso, reagudizada por abandono de medicación. Calcificación adrenal secundaria a tuberculosis. Hipotensión arterial y episodios de hipotensión ortostática secundarios a insuficiencia suprarrenal.

Discusión: La insuficiencia suprarrenal es la consecuencia de la disminución en la síntesis de glucocorticoides por parte de la glándula suprarrenal asociada o no con la disminución de mineralocorticoides. En la actualidad causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal es la suspensión del tratamiento crónico con glucocorticoides. Por el contrario, la calcificación de la glándula secundaria a una tuberculosis adrenal es hoy en día un hallazgo excepcional. Los síntomas de la insuficiencia suprarrenal suelen ser larvados, ninguno de ellos es patognomónico, por lo que es importante un alto índice de sospecha por parte del médico para su diagnóstico. La hipotensión, y en particular la hipotensión ortostática, es característica en el déficit esteroideo crónico pudiendo llegar al síncope. La hipovolemia y la hiponatremia no son la única causa de la hipotensión ya que esta se presenta aún con volemia normal y sin déficit del contenido corporal de sodio. La contractilidad miocárdica y el volumen minuto pueden estar disminuidos y son reversibles con la administración de glucocorticoides. La situación reviste más gravedad en la enfermedad de Addison que en el déficit glucocorticoideo secundario porque se suma la falta de mineralocorticoides que tienen efecto propio sobre el miocardio aumentando el inotropismo.

198. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE ALTA HOSPITALARIA

M.M. Chimeno Viñas¹, E. Martínez Velado¹, P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, J.F. Soto Delgado¹, P. García Carbó¹, T. Garrote Sastre¹, A. Vázquez Ramos¹ y M.P. Muriel Díaz²

¹Complejo Asistencial de Zamora (Caza), Zamora. ²CS San Bernardo, Salamanca.

Propósito del estudio: La hipertensión arterial, como todos conocemos, es un importante factor de riesgo vascular con una prevalencia en España muy elevada (35%). Sin embargo, es un diagnóstico principal de alta hospitalaria poco habitual. Nos planteamos, en este trabajo, realizar una valoración de los pacientes ingresados en nuestro Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) durante el año 2009 con este diagnóstico al alta.

Métodos: Estudio observacional. Se solicitó al Servicio de Admisión de nuestro Complejo Asistencial la relación de pacientes ingresados en el CAZA durante el año 2009 con los siguientes diagnósticos al alta: crisis hipertensiva o hipertensión arterial no controlada. Se procedió a la revisión de las historias clínicas de los pacientes y se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, servicio en el que ingresaron, comorbilidad, días de estancia hospitalaria, mes del año en el que ingresaban, clínica al ingreso, exploraciones complementarias realizadas y diagnóstico al alta.

Resultados: 12 pacientes de un total de 18.441 ingresados en el CAZA durante el año 2009 tenían como diagnóstico principal al alta: crisis hipertensiva o HTA mal controlada. La media de edad fue de 65,2 años (el paciente de mayor edad tenía 90 años y el más joven 26 años); 8 (66%) eran mujeres. El motivo de ingreso registrado en la historia fue: mareo y desorientación en 4 pacientes, cefalea en 3 pacientes, HTA en 3 y disnea en 2. Ingresaron en el Servicio de Medicina Interna 9 pacientes (75%), uno en la Sección de Endocrinología, uno en la de Neurología y otro en Nefrología. La media de estancia hospitalaria fue de 6,4 días. 10 pacientes estaban ya diagnosticados de HTA pero solo 8 recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo; 4 pacientes eran diabéticos, 1 presentó la crisis hipertensiva en el postoperatorio inmediato. Respecto al mes en el que ingresan: 2 lo hicieron en enero, 1 en marzo, 3 en abril, 1 en

junio, 2 en julio, 1 en agosto, 1 en septiembre y 1 en octubre. En los meses de febrero, mayo, noviembre y diciembre no se realizó ningún ingreso por el motivo del estudio. Respecto a la clínica al ingreso: 5 pacientes (41%) presentaban cefalea, 4 (33%) mareo y desorientación, 2 (16%) disnea y 1 estaba asintomático. Las cifras tensionales al ingreso eran, en todos, superiores a 190/95. A los 12 pacientes (100%) se les realizó analítica, ECG y Rx de tórax; a 5 (41%) se les hizo ecografía abdominal y a 6 (50%) TAC craneal. En 9 pacientes (75%) el diagnóstico al alta fue de crisis hipertensiva y en 3 HTA mal controlada. Todos, excepto la paciente con la crisis postoperatoria, recibieron al alta tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Conclusiones: 1. Las crisis hipertensivas y la HTA mal controlada suponen en nuestro complejo un diagnóstico principal al alta prácticamente insignificante (0.06%). Ingresan prioritariamente en el Servicio de Medicina Interna y se objetiva predominio del sexo femenino. 2. Son patologías que se tratan, preferentemente, de forma ambulatoria y/o en los Servicios de Urgencias tanto intra como extrahospitalarios.

199. EL FUTURO DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y LOS HÁBITOS DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN ESPAÑA: PROYECTO HTA EN 2020

P. Conthe¹, J.L. Llisterri², E. López de Sá³, P. Aranda⁴, J. Ampudia⁵ y A. Coca⁶

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Gregorio Marañón, Madrid. ²CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ³Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Unidad de Hipertensión, Hospital Carlos Haya, Málaga. ⁵Unidad de Diabetes, Hospital Clínico Universitario, Valencia. ⁶Unidad de Hipertensión, Hospital Clínic (IDIBAPS), Barcelona.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) sigue siendo el factor de riesgo más cardiovascular más prevalente, con importantes repercusiones económicas en cuanto al gasto asistencial, el farmacéutico y el ocasionado por la morbilidad y mortalidad asociada. La común asociación a otros factores de riesgo hace más difícil su control, por lo que el incremento de la prevalencia de obesidad y de diabetes tipo 2 en la población española sugiere que los profesionales sanitarios en el año 2020 se enfrentarán a mayores dificultades en la atención a tales pacientes. En el presente análisis, se intentan conocer las expectativas de los profesionales de la salud sobre el futuro de la atención sanitaria, las comorbilidades, el estilo de vida, la inmigración, y la formación en riesgo vascular basándose en los datos obtenidos del Proyecto Hipertensión 2020.

Métodos: El Proyecto Hipertensión 2020 analiza la opinión de 109 facultativos acerca de las diferentes expectativas en el futuro cercano sobre el riesgo cardiovascular, con especial referencia a la HTA. Se presenta el análisis de los datos referentes a la encuesta de percepción sobre el tratamiento futuro de la HTA. Es un estudio de carácter cuantitativo, realizado con cuestionarios on line, autocumplimentados por los 109 facultativos de entre 30 y 65 años de Medicina Interna, Nefrología, Cardiología, Endocrinología y Atención Primaria de toda la geografía española en 2010.

Resultados: La diabetes (pacientes con diabetes tipo 2 y obesidad) es, en opinión de la mayoría de los encuestados, el factor de riesgo vascular que va a resultar más difícil de controlar debido al avance imparable de la sociedad del bienestar y la sobrealimentación. Más optimistas se muestran los expertos respecto al tabaco, cuya corrección parece ser mucho más prometedora que la del sobrepeso. En relación con los nuevos avances científicos sobre la hipertensión, idealmente el tratamiento debería basarse en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos. Según la mayoría de los expertos consultados, los avances actuales en genética, junto con los conocimientos fisiopatológicos, permitirán un tratamiento más racional y selectivo. Entre los expertos, una

parte se inclina por atribuir el papel principal de los avances a la genética, mientras otros consideran que el pilar principal va a ser la educación higiénico-dietética. En relación con la inmigración, la mitad de los encuestados considera que la presencia de población inmigrante de mayor edad determinará un aumento de las enfermedades cardiovasculares, si bien entre los inmigrantes se incluyen colectivos de características muy diversas. Mayoritariamente, los encuestados creen que la educación que se proporcione al paciente es clave para reducir la mortalidad y la morbilidad causadas por la HTA, así como por la epidemia de obesidad y diabetes. El peso de esta educación no debería recaer exclusivamente en los médicos, sino que deberían utilizarse otros mecanismos para llegar a toda la población, siendo importante la educación desde la etapa infantil. En cuanto a la formación sobre patología vascular en la Facultad de Medicina, muchos de los consultados consideran que sería positivo que se aportara esa perspectiva, aunque casi una cuarta parte cree que eso no va a suceder en los próximos años. Algunos apuntan que se deberían crear unidades funcionales para atender a los pacientes y buscar la concienciación del personal sanitario sobre la necesidad de practicar una medicina preventiva eficiente.

Conclusiones: El futuro de la medicina vascular pasa por el abordaje global de estos pacientes en prevención primaria más que en secundaria. Un factor de riesgo cardiovascular suele ir acompañado de otros, como demuestran los cerca de cinco millones de españoles hipertensos que también presentan trastornos de los lípidos o colesterol, lo que evidencia la necesidad de un abordaje global de estos pacientes en detrimento de una actuación aislada sobre cualquiera de los factores de riesgo cardiovascular. El abordaje del paciente con riesgo cardiovascular debe plantearse en el contexto de intervenciones multifactoriales lo suficientemente intensas para alcanzar los objetivos de control metabólico, de presión arterial y lipídico.

200. EVOLUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL ICTUS

J.C. Escribano Stablé, M. Piedecausa Selfa, M. Montesinos Aldegue, D. Vicente Navarro, C. Doménech, R. Cuesta, A. Martín Hidalgo, E. Lorenzo Serrano, R. López Buitrago y C. Soler Portmann

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Propósito del estudio: En el ictus, reducir la presión arterial (PA) es la clave tanto en la prevención primaria de la enfermedad como en la secundaria. Sin embargo, hasta la fecha no se ha demostrado que el control de la PA durante la fase aguda tenga un efecto beneficioso. Es sabido que la PA en la fase aguda del ictus está elevada en la mayoría de los pacientes y que habitualmente desciende de forma progresiva. Actualmente los datos acerca de esta elevación son escasos y su relación con el pronóstico no muy clara. Nuestro objetivo es conocer las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de ictus. Analizar los cambios de la presión arterial en la fase aguda del mismo.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro hospital durante el periodo de enero a marzo de 2010 con el diagnóstico de ictus, utilizando como fuente de información primaria los registros de CMBD (Conjunto Mínimo básico de Datos) e historias clínicas. Elaboración de una base de datos que incluía las siguientes variables: edad, sexo, tipo de ictus, factores de riesgo asociados, fármacos antihipertensivos empleados, PA en urgencias, evolución de la PA diaria durante la primera semana y mortalidad intrahospitalaria. Análisis estadístico posterior con el programa SPSS versión 17.0.

Resultados: Recogimos los datos de 94 pacientes (40 hombres y 54 mujeres) diagnosticados de ictus durante el periodo estudiado. El rango de edad más prevalente (38%) fue entre 80-90 años, segui-

do del 34% entre 70-80 años, aconteciendo tan solo el 11,7% en menores de 60 años. En nuestra muestra tuvimos un 84% de ictus isquémicos y un 16% de hemorrágicos (intraparenquimatosos). Los ictus isquémicos de origen aterotrombótico, cardioembólico y lacunar representaron el 46,2%, 21,5% y 14% respectivamente. El 68% de nuestros pacientes estaban diagnosticados de HTA, el 44,7% eran diabéticos tipo 2 y el 43% dislipémicos. Contamos con un 14% de pacientes fumadores y un 7,4% con enolismo en grado moderado-severo. El 62% de los pacientes tomaban antihipertensivos como tratamiento de base previo al ictus. En urgencias se registró una PAS media de 155, 62 mmHg (DE 33,67) y una PAD media de 84,38 mmHg (DE 18,18). El 32,9% de los pacientes presentaban una PAS ≤ 140 mmHg, el 22,3% PAS 141-160 mmHg, el 21,2% 161-180 mmHg y el 23,6% PAS ≥ 181 mmHg. Recogimos las cifras de PA intrahospitalaria durante la primera semana tras el diagnóstico de ictus: en el primer día se registramos una PAS media 142,76 mmHg (DE 24,6) y TAD media 77 mmHg (DE 12,8), segundo día 138/75 mmHg (DE 23 y 12,3), tercer día 137,51/74,8 mmHg (DE 22,41 y 11,9), cuarto día 137,5/76,5 mmHg (DE 23,6 y 12,8), quinto día 134,5/76,5 mmHg (DE 23,3 y 19), sexto día 135/74 mmHg (DE 23,3 y 18,9) y séptimo día 138,5/74,6 mmHg (DE 22,9 y 11,1). En el periodo estudiado, 18 pacientes (19%) habían fallecido durante el ingreso que motivó el accidente cerebrovascular (8 ictus hemorrágicos, 6 cardioembólicos y 4 aterotrombóticos), con igual distribución por sexos.

Conclusiones: Con respecto a otros estudios, poblacionales o no, la mayoría de los datos son similares, confirmando una vez más que el riesgo de ictus aumenta progresivamente con la edad y destacando que el factor de riesgo asociado más prevalente (a diferencia de la enfermedad coronaria por ejemplo) es la HTA, al que le siguen la diabetes mellitus y la dislipemia; por ello, hemos de insistir en su prevención al ser factores de riesgo modificables. Nuestros datos confirman que la presión arterial está más elevada en urgencias, por la reacción hipertensiva aguda que generalmente aparece en las primeras 12 horas, normalizándose posteriormente en planta y manteniéndose estable durante la primera semana. Por lo tanto, con nuestros resultados insistimos en la no necesidad de pautar tratamiento antihipertensivo antes de la primera semana, si las cifras de PA no son severas, sobre todo si el paciente no es hipertenso previamente.

201. TELMISARTÁN EN COMBINACIÓN CON AMLODIPINO OFRECE UNA OPCIÓN ALTAMENTE EFICAZ Y BIEN TOLERADA PARA LOS PACIENTES HIPERTENSOS CON DIABETES: SUBANÁLISIS DE UN ESTUDIO DE DISEÑO FACTORIAL

T. Littlejohn¹, L.M. Ruilope², P. Raskin³, J. Neutel⁴, C. Majul⁵, W. Oigman⁶, R. Olvera⁷, M. Seeber⁸, M. Kobe⁹ y H. Schumacher¹⁰

¹Piedmont Medical Research Associates, Winston-Salem. ²Unidad de Hipertensión, Madrid. ³University of Texas, Southwestern Medical Center, Dallas. ⁴Orange County Research Center, Tustin. ⁵Hospital Santojanni, Buenos Aires. ⁶Rio de Janeiro State University, Rio de Janeiro. ⁷Clinica de Estudios Médicos, México DF. ⁸Medi-Clinic Heart Hospital, Pretoria. ⁹Boehringer Ingelheim Inc, Ridgefield. ¹⁰Boehringer Ingelheim GmbH, Ingelheim.

Objetivos: Este análisis post-hoc evaluó la eficacia de telmisartán (T) + amlodipino (A) en pacientes hipertensos con diabetes tipo 2, cuya coexistencia es común y expone a los pacientes a un mayor riesgo cardiovascular que a menudo requiere una combinación de fármacos antihipertensivos para lograr el objetivo más riguroso, según la Sociedad Europea de Hipertensión/Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ESC, siglas en inglés), de una presión arterial (PA) < 130/80 mmHg.

Métodos: En un estudio factorial 4 × 4, doble ciego, se asignaron de forma aleatoria 1.423 pacientes hipertensos (presión arterial

diastólica [PAD] ≥ 95 y ≤ 119 mmHg)- de los que 231 (16,2%) padecían diabetes- a uno de los 16 tratamientos con T 0, 20, 40 o 80 mg y A 0, 2,5, 5 o 10 mg durante 8 semanas.

Resultados: La combinación de T + A llevó a reducciones de la PA clínicamente relevantes y fue igualmente eficaz tanto en pacientes hipertensos diabéticos como no diabéticos. En total, las combinaciones de T + A fueron superiores a las correspondientes monoterapias de T y A. Con la combinación de T + A hasta un 30,4% de pacientes hipertensos diabéticos lograron el objetivo, recomendado por la ESH/ESC, de una PA $< 130/80$ mmHg; hasta un 87,0% de los pacientes diabéticos alcanzaron como mínimo una PA $< 140/90$ mmHg. Las mayores reducciones de la PA y las tasas más altas de control se lograron con T80 + A10. Todos los tratamientos combinados de T + A fueron bien tolerados. La incidencia de edema se redujo para las combinaciones de T + A frente a la monoterapia de A10: 10,1 y 17,0% para los pacientes no diabéticos y 17,4 y 21,7% para los pacientes diabéticos con T80 + A10 y la monoterapia A10, respectivamente. Cabe destacar que mientras se observan frecuencias de edema más bajas (0,9% para los no diabéticos y 2,0% para los diabéticos con T80 + A5), la reducción de la PA lograda por la combinación T + A5 fue similar a la de A10 en ambos subgrupos (reducción PAS/PAD = -20,3/-16,5 mmHg para los pacientes no diabéticos y -17,3/-16,4 mmHg para los pacientes diabéticos con monoterapia A10). Ver tabla a pie de página.

Conclusiones: Todas las combinaciones de T + A fueron altamente eficaces en pacientes hipertensos con diabetes y lograron reducciones de dos dígitos tanto para la PAS como PAD. De este modo, una alta proporción de estos pacientes logró el objetivo de PA más bajo de la ESH/ESC con un perfil de seguridad favorable.

02. EFICACIA DE TELMISARTÁN EN COMBINACIÓN CON AMLODIPINO EN PACIENTES HIPERTENSOS OBESOS: SUBANÁLISIS DE UN ESTUDIO DE DISEÑO FACTORIAL

T. Littlejohn¹, L. M. Ruilope², S. Chrysant³, D. Webster⁴, C. Majul⁵, W. Oigman⁶, R. Olvera⁷, M. Seeber⁸, M. Kobe⁹ y H. Schumacher¹⁰

¹Piedmont Medical Research Associates, Winston-Salem.

²Unidad de Hipertensión, Madrid. ³Oklahoma Cardiovascular & Hypertension Center, Oklahoma City. ⁴TEAM Research of Central Texas, Killeen. ⁵Hospital Santojanni, Buenos Aires. ⁶Rio de Janeiro State University, Rio de Janeiro. ⁷Clinica de Estudios Médicos, México DF. ⁸Medi-Clinic Heart Hospital, Pretoria. ⁹Boehringer Ingelheim Inc, Ridgefield. ¹⁰Boehringer Ingelheim GmbH, Ingelheim.

Objetivos: El objetivo de este análisis post-hoc fue evaluar la eficacia de telmisartán (T) + amlodipino (A) en pacientes hipertensos obesos; estos pacientes tienen un mayor riesgo cardiovascular

y se les considera una población de difícil control que probablemente requiera múltiples medicaciones antihipertensivas para lograr el control de la presión arterial (PA).

Material y métodos: Se realizó un ensayo de diseño factorial 4x4, doble ciego, en el que los pacientes hipertensos (n = 1.423; presión arterial diastólica [PAD] ≥ 95 mmHg y ≤ 119 mmHg) se asignaron aleatoriamente a uno de los 16 grupos de tratamientos con T 0, 20, 40 o 80 mg y A 0, 2,5, 5 o 10 mg durante 8 semanas.

Resultados: Más de la mitad de los pacientes presentaban valores basales de obesidad clínica (IMC ≥ 30 kg/m²) (n = 783; 55%). La PA basal media en consulta fue de 152,8/101,9 mmHg para el subgrupo de pacientes obesos y 153,7/101,6 mmHg para el subgrupo de pacientes no obesos (n = 640). El tratamiento con T + A redujo de manera constante la PAD y la PAS en ambos subgrupos de pacientes, obesos y no obesos; las mayores reducciones de PA se observaron con la combinación de dosis más altas (T80 + A10). Las tasas de control de la PA fueron similarmente altas entre estos dos grupos de pacientes. Todos los tratamientos fueron bien tolerados; la incidencia de edema fue del 7,9% y 21,4% para los pacientes obesos y 15,2% y 13,6% para los pacientes no obesos que recibieron T80 + A10 mg y T0 + A10 mg, respectivamente. Ver tabla a inicio de página siguiente.

Conclusiones: El control de la PA en pacientes hipertensos se logra eficazmente con una terapia combinada de telmisartán + amlodipino en la mayoría de los pacientes, independientemente de su peso corporal.

203. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ESTENOSIS DE LA/S ARTERIAS RENALES EN TRATAMIENTO MÉDICO INTENSIVO

K. Flores Gimeno, E. Espinel Garuz, I.R. Torres, M.A. Azancot, E. Jatem, A. Marín, I. Gil Carballido, J. Tovar y D. Serón

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

La elección del tratamiento adecuado para la estenosis aterosclerótica de arterias renales es controvertida. Los ensayos clínicos recientes demuestran que los resultados de la revascularización y tratamiento médico no son superiores a los del tratamiento médico únicamente. Por otra parte la posibilidad de precisar menos fármacos y/o conseguir una mejoría de la función renal están reservados según el riesgo/beneficio únicamente a aquellos pacientes que son tratados con angioplastia. En este contexto hemos estudiado un grupo de 49 pacientes a los que únicamente se ha tratado con tratamiento médico intensivo con el objetivo de observar la evolución de la función renal a largo plazo. Se analizó un grupo de 49 pacientes con estenosis significativa (mayor del 50%) de la/s arteria/s renal/es que no fueron tributarios de tratamiento intervencionista (alto ries-

	No diabéticos (n = 1.192)		Diabéticos (n = 231)		
Valor basal de PAS/PAD (mmHg)	152,9/101,9		154,9/101,0		
	Cambio respecto al valor basal de PAS/PAD mmHg \pm DE	Presión arterial $< 140/90$ mmHg% (n)	Cambio respecto al valor basal de PAS/PAD mmHg \pm DE	Presión arterial $< 140/90$ mmHg% (n)	Presión arterial $< 130/80$ mmHg% (n)
T80 + A5	-21,5 \pm 12,5/-17,9 \pm 8,4	62,9 (73)	-22,2 \pm 14,0/-17,4 \pm 9,1	77,8 (21)	18,5 (5)
T80 + A10	-25,1 \pm 14,5/-19,4 \pm 7,4	74,3 (84)	-29,1 \pm 12,7/-20,2 \pm 9,8	87,0 (20)	3

Reducción media de PAS/PAD (mmHg) basal (DE)	Telmisartán (T)/amlodipino (A) dosis (mg)	
	T80 + A5	T80 + A10
Obesos	-21,5/-17,6 (13,4/9,1) (n = 74)	-24,6/-19,9 (13,8/8,5) (n = 71)
No obesos	-21,7/-18,0 (12,1/7,9) (n = 69)	-27,1/-19,2 (14,7/7,2) (n = 65)
Control PAS*/PAD† (%)		
Obesos	70,3/74,3	81,7/87,3
No obesos	78,3/75,4	83,1/83,1

*PAS sentado < 140 mmHg;† PAD sentado < 90 mmHg.

go cardiovascular, quirúrgico o negativa del paciente). Su tratamiento incluyó: estatinas, antiagregantes, optimización de su PA e IECAS/ARA II cuando lo toleraron. Los pacientes fueron controlados un promedio de 4,01 años (DE: 2,1) (1-8,01 años). La creatinina inicial fue de 1,64 mg/dl (DE: 0,48) (0,6-2,96) y la creatinina final 1,95 mg/dl (DE: 1,34) (0,75-6,2) siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). El filtrado glomerular estimado (MDRD-4) al principio fue 45,2 ml/min, siendo al final de 40,04 ml/min. El colesterol LDL inicial fue significativamente superior al del final (121,29/95,35). Obtuvimos un subgrupo de 27 pacientes en los cuales mediante angio-TC o renograma se demostró que ningún riñón estenosado había sufrido al final del seguimiento trombosis. No hubo ninguna diferencia en la evolución de la función renal entre los pacientes del grupo total con los 27 pacientes del subgrupo A. Tampoco observamos diferencias entre los pacientes diabéticos y no diabéticos ni en la evolución de la función renal, ni en los eventos CV que desarrollaron a lo largo del seguimiento. No hubo diferencias significativas en la proteinuria. El tratamiento médico intensivo de la estenosis de una o ambas arterias renales de etiología arteriosclerótica consigue, al final de un seguimiento promedio de 4 años, una estabilización de la función renal. El filtrado glomerular estimado (MDRD-4) al principio fue 45,2 ml/min, siendo al final de 40,04 ml/min. La creatinina de inicio fue de 1,69 mg/dl, y la del final fue de 1,96 mg/dl. Se observa únicamente un incremento del 17% sobre la creatinina basal. A pesar de esta buena evolución la mortalidad global y los eventos CV siguen siendo muy elevados. Así mismo no hemos encontrado ninguna diferencia significativa en la evolución de la función renal, ni en morbi-mortalidad entre pacientes diabéticos y no diabéticos.

204. CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES RELACIONADOS EN HIPERTENSOS MAYORES DE 60 AÑOS DE UN CENTRO ESPECIALIZADO EN HIPERTENSIÓN

S. Fonseca Reyes, J.Z. Parra Carrillo, C. Trujillo Sánchez y M. Ramírez Vargas

Clinica de Hipertensión, Instituto de Investigación Cardiovascular, OPD Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.

Propósito del estudio: Guías nacionales e internacionales en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión recomiendan que en el adulto mayor la presión arterial (PA) sistólica no sea mayor de 140 mmHg y la diastólica no mayor de 90 mmHg., sin embargo, no existen suficientes ensayos clínicos en este grupo etario que confirmen que una PA sistólica entre 140 y 150 mmHg incrementen el daño cardiovascular. En México menos de un 20% de los hipertensos adultos alcanzan buen control de su PA. Nuestro objetivo fue analizar el grado de control y la conducta terapéutica en hipertensión arterial en mayores de 60 años tratados farmacológicamente e identificar factores asociados a un control inadecuado de PA en un centro especializado en hipertensión arterial.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes que hubiesen acudido a citas programa-

das en dos años consecutivos a nuestra clínica de hipertensión. De ellos solo se incluyeron a los > 60 años. Los datos se tomaron del expediente clínico y se incluyó: edad, sexo, presencia de diabetes mellitus (DM), promedio de PA sistólica y diastólica de las últimas tres visitas (tres lecturas por visita), nivel de creatinina, número y tipo de medicamentos antihipertensivos. Se definió como afectación renal crónica una creatinina $\geq 1,4$ mg/dl en mujeres y $\geq 1,5$ mg/dl en hombres. Se definió paciente controlado cuando la PA sistólica y diastólica fue 60 años. Nueve excluidos por información incompleta.

Resultados: Se analizaron los resultados de 165 pacientes con edad promedio de $70,6 \pm 7,8$ años con rango de 60 a 91 años, el 75% fueron mujeres, el 31% tenían DM. Estaban controlados 78 (47,2%) pero se incrementó al 62,4% de los pacientes (sin DM ni insuficiencia renal crónica) con PA < 150/90 mmHg. La PA en el grupo controlado y no controlado fue respectivamente de $128,1 \pm 6,9/73,4 \pm 9,8$ y $150,6 \pm 11,9/76,8 \pm 9,7$. La mayoría fueron hipertensos sistólicos, solo 6 pacientes tuvieron diastólica mayor de 90 mmHg. Tomaban diurético el 78,8%, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina 55,1%, antagonista de los receptores de angiotensina 35,1%, calcioantagonista 48,5% y betabloqueador el 19,4%. Al comparar en el grupo Controlado contra el No Controlado, la presencia de DM (16,7% vs 43,7%), mayor edad ($69,4 \pm 7,4$ vs $71,6 \pm 8,1$ años) y mayor uso de antihipertensivos ($2,1 \pm 0,8$ vs $2,8 \pm 1,0$ antihipertensivos) fue más frecuente en el grupo no controlado y estadísticamente significativo, con una $p < 0,001$ así como combinación de dos fármacos 48,7% vs 34,5% ($p < 0,06$). Por contraparte, tratamiento con mayor número de fármacos fue más común en los no controlados, tres fármacos, 37,9% vs 21,8% ($p < 0,02$) y cuatro fármacos 16% vs 5,1% ($p < 0,02$).

Conclusiones: El grado de control de PA en la muestra estudiada, del 48,2% al 62,4% es mucho mayor al que se registró en la encuesta nacional de hipertensión arterial en México y a lo reportado en otros estudios transversales, apoyando el beneficio de la clínica de hipertensión en la evaluación y seguimiento de estos pacientes. Individuos de mayor edad, con diabetes, o no respuesta inicial a monoterapia podrían ser indicadores para un tratamiento que incluya al menos dos antihipertensivos en pacientes adultos mayores a fin de alcanzar un mayor grado de control de PA.

205. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE HIPERTENSO NO CONTROLADO EN ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO CASTLE)

G.C. Rodríguez Roca¹, F.J. Alonso Moreno², J.L. Llisterri Caro³, D. Asensio Torres⁴ y J. Ocaña López-Cepero⁴

¹CS La Puebla de Montalbán, Toledo. ²CS de Sillería, Toledo.

³CS Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia. ⁴Departamento Médico, Almirall S.A., Barcelona.

Propósito del estudio: Conocer las características clínicas de los pacientes hipertensos no controlados atendidos en Atención Primaria de todo el territorio español.

Métodos: Estudio epidemiológico y multicéntrico. Se incluyeron pacientes de edad igual o superior a 18 años, con diagnóstico clínico establecido de hipertensión arterial (HTA), tratamiento farmacológico antihipertensivo y que presentaran PA no controlada en el momento de la visita basal. La medición de la PA se efectuó siguiendo las recomendaciones de la Guía Española de HTA 2005 de la SEH-LELHA. Se consideró mal control de la HTA, según criterios de las Guías ESH/ESC de HTA 2007, cuando la PA fue ≥ 140 y/o 90 mmHg en general, o ≥ 130 y/o 80 mmHg en pacientes diabéticos o con riesgo cardiovascular alto o muy alto.

Resultados: Se incluyeron un total de 2176 pacientes, edad media $62,9 \pm 11,1$ años, índice de masa corporal medio de $29,2 \pm 4,3$ Kg/m² y perímetro abdominal medio de $99,7 \pm 14,4$ cm. Los factores de riesgo cardiovascular más frecuente (FRCV) fueron la dislipemia (63,4%) y obesidad abdominal (58,5%), y las lesiones orgánicas subclínicas (LOS) más frecuentes la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (24,4%), aumento ligero de creatinina plasmática (18,0%) e índice de PA tobillo/brazo $< 0,9$ (17,7%). El 27,9% de los pacientes presentaban diabetes mellitus, 16,1% cardiopatía, 8,8% arteriopatía periférica, 8,6% nefropatía, 6,2% enfermedad cerebrovascular y 2,5% retinopatía avanzada. El síndrome metabólico estaba presente en un 36,7% de los pacientes. La mayoría de pacientes presentaba RCV alto o muy alto (42,2% RCV alto y 32,1% RCV muy alto). El 55,9% de los pacientes recibían tratamiento antihipertensivo con monoterapia y el 44,1% terapia combinada (36,8% combinación de 2 fármacos, 6,1% de 3 fármacos y 1,2% de más de 3 fármacos).

Conclusiones: Siete de cada 10 pacientes hipertensos mal controlados de AP presentan un RCV alto o muy alto. Esta consideración depende de la elevada prevalencia de FRCV y de comorbilidad asociada a la HTA en los pacientes incluidos. Uno de cada 3 pacientes cumplía criterios de síndrome metabólico y uno de cada 4 HVI.

206. ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE ICTUS, ANTICOAGULACIÓN Y FRECUENTACIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Gijón Conde, J. Swan, T. Rúa Batanero, C. Rodríguez Martín-Millanes, B. Valero Tellería, I. Pitillas Robledo, M. López García de Paredes y B. Artola Irazábal

Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid.

Objetivos: El riesgo de ictus asociado a los pacientes con fibrilación auricular (FA) es un importante problema de salud por la importante morbilidad y mortalidad asociada. El uso de escalas para cuantificar este riesgo puede ayudar a establecer la indicación de anticoagulación. El presente trabajo pretende conocer el riesgo de ictus, la adecuación de anticoagulación oral según nivel de riesgo y la frecuentación en atención primaria de pacientes hipertensos con FA.

Pacientes y métodos: Pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico con diagnóstico de FA que consultaron en 2008 en los 25 equipos de Atención primaria del Área 6 de Madrid. Las variables analizadas fueron edad, sexo, peso, talla, presión arterial (PA) y nivel de control ($< 140/90$ mmHg), diagnóstico previo de enfermedad cardiovascular, morbilidad asociada, tratamientos farmacológicos, número de visitas anuales al centro de salud y estratificación de riesgo de ictus según escala CHADS₂ que utiliza la suma de las variables: insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes, edad > 75 años ponderadas con 1 punto y la presencia de ictus con 2 puntos. Se considera riesgo bajo si la puntuación es 0, moderado si es 1 o 2 y alto si > 2 puntos. Se considera indicación de anticoagulación oral si la puntuación es mayor o igual a 2.

Resultados: Se incluyeron 5731 pacientes, la edad media fue 77,3 años, 87,2% eran > 65 años, 57,7% fueron mujeres, 26,4% eran

diabéticos, 30,6% tenían diagnóstico de hiperlipemia y 42% obesidad. El 61,3% tenían la PA controlada. El 16,7% tenían insuficiencia cardíaca, 2,7% arteriopatía, 8,1% insuficiencia renal, 15,1% cardiopatía isquémica y 13,3% ictus. La frecuentación fue 17 visitas/paciente/año. En la estratificación de riesgo de ictus, ningún paciente tuvo riesgo bajo, al ser todos hipertensos, el 63,4% tuvieron riesgo moderado (23,3% con 1 punto y 40,1% con 2 puntos) y 36,6% riesgo alto (21,4% tres puntos, 9,8% cuatro y 5,3% cinco o más). Se encontró significativamente mayor proporción de pacientes con riesgo alto en mujeres (40,2%) frente a varones (31,6%) ($p < 0,05$). El 56% estaban anticoagulados con acenocumarol, 18% usaban antiagregantes y 24,5% ningún tratamiento. Se encontraron diferencias de género en el uso de anticoagulantes, el 60% de varones los tomaban frente al 53% de las mujeres, siendo la población objetivo (CHADS₂ ≥ 2) de 68,7% en varones y 82,6% en mujeres ($p < 0,05$). El nivel de anticoagulación según escala de riesgo fue: CHADS₂ 1 punto 46%, igual a 2 el 58%, igual a 3 puntos el 61%, a 4 puntos el 62%, a 5 puntos el 56% y a 6 puntos 52%. La frecuentación de pacientes anticoagulados con acenocumarol fue 21,7 visitas/año y de 11,9 en los antiagregados ($p < 0,05$).

Conclusiones: Una proporción importante de pacientes hipertensos con FA tienen riesgo alto de ictus, siendo aún mayor en mujeres. El nivel de anticoagulación en los pacientes susceptibles es mejorable, existiendo diferencia de género en el uso de los mismos, al existir mayor consumo en varones a pesar de que el riesgo es mayor en mujeres. La alta presencia de anticoagulados en el grupo de pacientes con CHADS₂ igual a uno indica que no se aplica la escala de forma correcta. Existe una muy alta frecuentación de los pacientes anticoagulados.

207. PREVALENCIA Y GRADO DE CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE INSUFICIENCIA RENAL Y SU CÁLCULO POR FÓRMULA MDRD EN HIPERTENSOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Gijón Conde, J. Swan, T. Rúa Batanero, C. Rodríguez Martín-Millanes, I. Pitillas Robledo, B. Valero Tellería, S. Jones Dougan y M. Ramírez Ariza

Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid.

Propósito del estudio: La insuficiencia renal crónica (IRC) es un importante problema de salud por la morbilidad y mortalidad asociada y su asociación a riesgo cardiovascular elevado. El presente trabajo pretende determinar la prevalencia, perfil clínico y grado de concordancia por diagnóstico clínico y por MDRD en hipertensos en Atención Primaria.

Métodos: Estudio descriptivo transversal del total de hipertensos > 18 años en tratamiento farmacológico que acudieron a Centros de Salud del Área 6 de Madrid, en 2008. Las variables fueron edad, sexo, presión arterial (PA) y nivel de control ($< 140/90$ mmHg), factores de riesgo, diagnóstico de cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (ICC), fibrilación auricular (FA), enfermedad arterial periférica (EAP), ictus e insuficiencia renal (IRC) por diagnóstico clínico previo y niveles de creatinina, fármacos, cálculo de filtrado glomerular (FG) según MDRD, considerando IRC si FG < 60 ml/min/1,73 m² y estadios de NFK-KDOQI (The National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcome Quality Initiative).

Resultados: Se incluyeron 46.370 pacientes, 55,5% fueron mujeres (M), la edad media fue 66,5 (13,8) años, 55,8% eran > 65 años, 6,4% fumaban, 19,8% eran diabéticos, 38,8% hiperlipemia, 41,3% obesidad y 57,2% tenían la PA controlada. La morbilidad asociada fue: CI 8,3%, ICC 3,4%, FA 6,5%, ictus 5,4%, EAP 1,8% y IRC identificada 3,9%. Hubo más edad, diabetes y condiciones clínicas asociadas en grupo con FG < 60 y dentro de este, mayor prevalencia en varones (V) salvo la ICC ($p < 0,05$). La proporción de pacientes con FG < 60 fue 14% (11,4% en V y 16,6% en M) ($p < 0,05$). Fueron esta-

dio 3 (FG 30-59) el 12,8%, 4 (FG 15-29) el 0,9% y 5 (FG < 15) el 0,2%, con mayor proporción de mujeres y de más edad, en los tres estadios ($p < 0,05$). Esto supone un infradiagnóstico de 10,4% (6,3 en V y 13,6% en M), respecto al diagnóstico de IRC identificada de 3,9% (5,1% en V y 3% en M) ($p < 0,05$). La proporción con creatinina $> 1,2$ en M y $> 1,3$ en V fue 9,1% (12,3% en V y 6,6% en M) ($p < 0,05$), y 4% considerando cifras $> 1,4$ en M y $1,5$ en V (5,5% en V y 3,1% en M). El 35% usaban diuréticos, 21% betabloqueantes, 19% antagonistas del calcio y 62% IECA o ARA II. Se encontró consumo mayor de fármacos en grupo con FG < 60 y en varones, salvo diuréticos ($p < 0,05$). El 77,5% de pacientes con IRC identificada en clínica tenían FG < 60 (83,4% en M y 73,4% en V) y 88,3% de los pacientes sin diagnóstico de IRC tenían la FG > 60 (85,5 mujeres y 91,9 varones). La correlación entre el diagnóstico clínico y la FG fue bajo (Kappa = 0,29), siendo mejor en varones (Kappa 0,41) que en mujeres (Kappa 0,21).

Conclusiones: Existe prevalencia más baja de IRC que en estudios previos, bien por diagnóstico clínico o por FG, en hipertensos de Atención Primaria. La concordancia del diagnóstico clínico de IRC y por MDRD es bajo con importantes diferencias de género, con mayor identificación en varones por clínica y en mujeres por MDRD. Habrá que valorar si existe un infradiagnóstico real y las consecuencias a largo plazo en la morbilidad o si puede existir un sobrediagnóstico en la mujer con MDRD, al ponderar más el factor femenino, llevándonos a confusión en la clínica.

208. DISTRIBUCIÓN DEL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LAS ESTRATEGIAS ANTIHIPERTENSIVAS SEGÚN EDAD Y ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE

C. Sierra¹, A. Coca¹, M. Doménech¹, G. Muñoz² y B. Font², en representación de los Investigadores del Estudio EXPRESION

¹Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona.

²Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona.

Propósito del estudio: Determinar el grado de control de los valores de PA así como las diferencias en las estrategias terapéuticas adoptadas por los médicos en función de la edad del paciente y/o su estado funcional.

Métodos: Estudio multicéntrico, transversal y nacional en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial de al menos un año de evolución y que acudieron a consultas de atención primaria o especialista. La población final del estudio contó con 6.453 pacientes, estratificados en tres grupos de edad: A (< 65 años) = 2.190; B (65-79 años) = 2.184; y C (≥ 80 años) = 2.079.

Resultados: El 51,3% de los pacientes fueron varones y la edad media por grupos fue de $55,1 \pm 7,5$ años (grupo A), $71,7 \pm 4,0$ (B) y $83,7 \pm 3,2$ (C), respectivamente. Los valores medios por grupo de PAS fueron $142,6 \pm 15,4$ (A), $143,3 \pm 16,2$ (B) y $143,9 \pm 16,9$ (C) mmHg y de PAD $85,1 \pm 9,8$ (A), $82,2 \pm 10,4$ (B) y $80,6 \pm 11,3$ (C) mmHg. Un 32,7% de los pacientes presentaron obesidad, un 49,1% sobrepeso, un 33,5% diabetes mellitus y un 77,5% dislipemia. En el 38,9% de casos se estableció la existencia de enfermedad cardiovascular (ECV) o renal previa y en un 41,5% lesión de órgano diana (LOD). La evaluación del índice de Barthel mostró que el grupo de mayor edad presentaba de forma significativa un mayor grado de dependencia moderada o severa ($p < 0,0001$). Los pacientes con PA controlada descendieron con la edad: 29,4% (A), 25,5% (B) y 23,7% (C). La prevalencia de ECV aumentó junto con la edad del grupo: 22,6% (A), 39,1% (B) y 55,9% (C). La prevalencia de LOD se comportó de modo similar: 26,7% (A), 40,8% (B) y 57,8% (C). La inercia clínica (falta de modificación del tratamiento antihipertensivo cuando era necesario) por grupos de edad, se situó en el 47,1% (A), 51,6% (B) y 57,9% (C). El cumplimiento terapéutico global fue del

94,3% y la dificultad para tomar la medicación que mostraban los pacientes dependía de la edad de los mismos ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Los hipertensos de mayor edad presentan un peor control de la PA. La edad avanzada se asocia a una mayor prevalencia de LOD y ECV, así como a peor capacidad funcional, peor cumplimiento terapéutico y mayor inercia clínica asociada.

209. HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INDICACIÓN DE BIOPSIA RENAL: ¿CÓMO SE ASOCIAN?

M. Heras Benito¹, A. Saiz González², R. Sánchez Hernández¹, M.J. Fernández-Reyes Luis¹, A. Molina Ordas¹, M.A. Rodríguez Gómez¹, M.C. Centeno Gómez¹ y F. Álvarez-Ude Cotera¹

¹Nefrología, Hospital General de Segovia, Segovia.

²Anatomía Patológica, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Propósito del estudio: La biopsia renal (BR) representa el patrón de oro para diagnosticar las enfermedades renales. En éstas la hipertensión arterial (HTA) es una patología frecuente. En este trabajo analizamos cómo se asocia la presencia de HTA con las principales indicaciones de BR.

Métodos: Estudiamos retrospectivamente una cohorte de 93 pacientes a los que se les practicó una BR de riñón nativo, en el periodo comprendido entre 2004-2008 en el Hospital General de Segovia. Los pacientes con HTA eran los que tenían cifras de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o $< 140/90$ pero con medicación antihipertensiva. La edad media de los pacientes biopsiados fue de $56,8 \pm 19$ (rango 14-89) y la distribución por sexo: 53 varones (57%) y 40 mujeres (43%). La estadística se hace con programa SPSS 11.0, utilizando t de Student, chi-cuadrado y regresión logística.

Resultados: De los 93 pacientes biopsiados, 69 de ellos (74,2%) estaban diagnosticados de HTA previa a la biopsia: estos pacientes tenían una edad media de $59,27 \pm 18$ vs $49,9 \pm 22$ años respecto a los que no tenían HTA ($p = 0,048$). Los pacientes con HTA tenían una Creatinina plasmática previa a la biopsia de $3,25 \pm 3,99$ vs $1,17 \pm 0,39$ mg/dl de los pacientes que no tenían HTA ($p = 0,000$). Las indicaciones de biopsia renal fueron: En 35 pacientes por síndrome nefrótico: 23 de ellos tenían HTA y 12 pacientes sin HTA, (no significativo); En 27 pacientes la indicación fue por un fracaso renal agudo (FRA): 26 pacientes tenían HTA y solo 1 no tenía HTA ($p = 0,001$); En 24 pacientes se indicó BR por alteraciones urinarias persistentes: 14 tenían HTA y 10 no la presentaban ($p = 0,039$). En 7 pacientes fueron "otras indicaciones" diferentes. En el análisis multivariante el FRA es la variable que mejor explica la HTA asociada a los pacientes sometidos a BR ($p = 0,014$).

Conclusiones: El FRA es la principal indicación que se asocia con la HTA acompañante en los pacientes sometidos a BR.

210. EVALUACIÓN DE LA SUPERIORIDAD DE HIPOTENSORES EN COMBINACIÓN FIJA FRENTE A NO FIJA EN PACIENTES HIPERTENSOS CON AFECTACIÓN RENAL

M. Heras Vicario, R. Manzanedo Bueno, C. Felipe Fernández, A. Fidalgo González, J.C. Chacón Unzué y J. Martín García

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Ávila.

Introducción: El uso de combinaciones fijas de hipotensores ofrece mayor eficacia y rapidez en el descenso de PA con mayor probabilidad de alcanzar los objetivos de PA, mejor protección orgánica y prevención de enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Comparar el control de PA en pacientes hipertensos tratados con dos o más hipotensores en combinación fija versus no fija y valorar su superioridad en el control y consecución de objetivos de PA.

Métodos: Estudio epidemiológico trasversal de pacientes hipertensos en consulta de nefrología tratados con dos o más hipotensores en combinación fija versus (vs) no fija, con registro de datos antropométricos, factores de riesgo vascular, proteinuria, PA ambulatoria por AMPA, PA en consulta, tiempo de seguimiento, nº y tipo de fármacos, horario y forma de administración y dos tests de cumplimiento Haynes-Sackets (1) y Morinsky-Green (2).

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes con edad media de 67 ± 12 años, 45 (17 mujeres, 28 varones) tratados con combinaciones no fijas y 34 (14 mujeres y 20 varones) con fijas. No hubo diferencias significativas en edad, peso, IMC, perímetro de cintura, nº de fumadores, DM y S. metabólico, con mayor nº de dislipemias en los de combinaciones fijas (74 vs 53%). Los de combinación no fija presentaban proteinuria de $1,05 \pm 1,91$ vs $0,47 \pm 0,77$ g/24h. Los de combinaciones fijas recibían diuréticos en 71%, ARA II 56%, IECa 38%, calcio antagonistas (BBCa) 53%, β -bloqueantes (BB) 27% y α -bloqueantes 36%. En el grupo de combinaciones fijas la más usada era ARA II más diurético 44%, después ARA II más BB 35% BB más BB 12% e IECa más diurético, en horario de tarde. Se encontraron diferencias significativas en el nº de comprimidos/día, mayor en el grupo de combinaciones no fijas $2,8 \pm 0,9$ vs $2,3 \pm 0,8$ ($p = 0,01$). La modificación de tratamiento por criterios clínicos fue similar 24% vs 32% con posterior prescripción de nº similar de comprimidos $2,6 \pm 1$ vs $2,3 \pm 0,8$ ($p = ns$). Aparecían ligeras diferencias en test de cumplimiento (1) 93 vs 97% y no en el (2) 88% vs 88%. No hubo diferencias en la PA ambulatoria 135/75 en combinación no fija y 138/77 en combinación fija, ni en consulta con 132/77 vs 139/81 ($p = ns$) con control de PA por debajo de 140/90 en un 73% vs 61,76% respectivamente en combinación no fija vs fija, en registros en consulta. No se observaron diferencias en el tiempo de seguimiento de $72,3 \pm 46,1$ meses en los de combinaciones no fijas y $71,8 \pm 59,2$ meses en los de combinaciones fijas.

Conclusiones: Ambos grupos presentaban igual control de PA. Los dos grupos presentaban un alto grado de cumplimiento sin diferencias significativas. Tampoco hubo diferencias en las causas y porcentaje de modificación de tratamiento. Con independencia del sesgo que suponía la alta motivación en ambos grupos por su enfermedad y tratamiento, ya que precisaban registro ambulatorio estricto de PA, no se demostró superioridad de las combinaciones fijas para igual cumplimiento, demostrando su eficacia y seguridad en el control de PA con menos comprimidos y sin más efectos secundarios.

211. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO COMO FACTOR DE PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD RENAL EN HIPERTENSOS TRATADOS CON HIPOTENSORES EN COMBINACIÓN FIJA O NO FIJA

M. Heras Vicario, R. Manzanedo Bueno, C. Felipe Fernández, A. Hidalgo González, J.C. Chacón Unzué y J. Martín García

Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Ávila.

Introducción: En pacientes con HTA y afectación renal el mejor cumplimiento terapéutico asociado al uso de combinaciones fijas de hipotensores se asocia a mayor protección renal y prevención de enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Comparar el cumplimiento terapéutico en hipertensos tratados con dos o más hipotensores en combinación fija o no fija y ver su influencia sobre la función renal.

Métodos: Estudio epidemiológico trasversal de pacientes con dos o más hipotensores en combinación fija o no fija, registrando datos antropométricos, antecedentes CV, PA ambulatoria por AMPA, PA en consulta, tiempo de seguimiento, nº, tipo y forma de administración de fármacos, dos tests de cumplimiento Haynes-Sackets (1) y Morinsky-Green (2) y analítica.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes con edad media de 67 ± 12 a. 45 (17 mujeres y 28 varones) tratados con combinaciones no

fijas y 34 (14 mujeres y 20 varones) con fijas. No hubo diferencias significativas en edad, peso, IMC, perímetro abdominal, fumadores, DM, S. metabólico, ACVA y arteriopatía y si en nº mayor de dislipemias en combinación fija (74 vs 58%) e hiperuricemia en no fija (33% vs 18%). Los pacientes con combinación no fija tenían más HVI, cardiopatía isquémica, ICC y arritmias (31% vs 18%, 9% vs 3%, 29% vs 15%, 13% vs 6%). No hubo diferencias significativas de glucemia, colesterol, HDL, LDL, TG y á. úrico y si de urea $87,4 \pm 48,1$, vs $58,2 \pm 33,5$ mg/dl ($p = 0,002$); Cr $1,9 \pm 0,9$ vs $1,2 \pm 0,6$ mg/dl ($p = 0,004$); K $4,5 \pm 0,4$ vs $4,2 \pm 0,4$ mEq/l ($p = 0,03$); eGFR $52,6 \pm 34,8$ vs $80,1 \pm 40,2$ ($p = 0,002$) y ClCr $61,3 \pm 31,5$ vs $90,9 \pm 47,3$ ml/min ($p = 0,005$) y proteinuria menor en no fijas $0,47 \pm 0,77$ vs $1,05 \pm 1,91$ g ($p = 0,07$). Los de combinación no fija recibían diuréticos en un 71%, ARA 2 56%, IECa 38%, Ca antagonistas (BBCa) 53%, β bloqueantes (BB) 27% y alfa B 36%. Los de combinación fija recibían, ARA 2+Diurético 44%, ARA2 + BB 35%, BB + BB 12%, e IECa + Diurético 6%. Se encontraron diferencias significativas en el nº de comprimidos/día, mayor en combinaciones no fijas $2,8 \pm 0,9$ vs $2,3 \pm 0,8$ ($p = 0,01$). No hubo diferencias de PA ambulatoria en combinación no fija 135/75 vs fija 138/77, ni de PA en consulta 132/77 vs 139/81 mmHg ($p = ns$). Hubo ligeras diferencias en test de cumplimiento (1) 93% vs 97% y no hubo diferencias en el (2) 88% vs 88%. El tiempo de seguimiento fue similar, de $71,8 \pm 59,2$ meses en los de combinación fija y de $72,3 \pm 46,1$ meses en los de combinación no fija.

Conclusiones: No se observaron diferencias significativas en el cumplimiento terapéutico entre ambos grupos, con igual control de PA. Los tratados con combinaciones fijas tenían mejor perfil de función renal con valores de proteinuria, creatinina y potasio significativamente menores y filtrado glomerular y aclaramiento de creatinina significativamente mayores. Esto sugiere la existencia de factores independientes del cumplimiento terapéutico y control de PA sobre la función renal relacionados con el uso de combinaciones fijas y su farmacocinética y farmacodinamia a evaluar de forma prospectiva.

212. TOLERABILIDAD A LARGO PLAZO DE DOSIS ULTRA ALTAS DE ARA-II EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIOS 3-4 Y PROTEINURIA

P. Hidalgo Guzmán, T. Jiménez Salcedo, C. Jironda Gallegos, M.D. Martínez Esteban, P. Aranda Lara y D. Hernández Marrero

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Evaluar los efectos a largo plazo de dosis supra altas de ARA II en la tolerabilidad clínica, función renal y kaliemia de pacientes con ERC estadios 3-4.

Material y métodos: Analizamos en 21 pacientes (edad 56 años, 61,9% hombres, IMC $29,7$ Kg/m², y PA tratada $143/83,2$ mmHg) con FGe (MDRD) medio de $41,7 \pm 12$ ml/min/m², y de etiología diversa (52,4% N. diabética, 33,4% glomerulonefritis crónica) los efectos durante 36 meses en la tolerabilidad clínica y bioquímica de un tratamiento multifactorial basado en dosis elevadas de ARA II (irbesartán 600 mg (47,6%), valsartán 640 mg (23,8%) y candesartán 64 mg (28,6%). Promedio de antihipertensivos: 3. Estatinas 71,4%. Antiagregantes 47,6%. Análisis datos con SPSS 12.0.

Resultados: (Inclusión vs 36 meses): PAS: 143 vs $134,8$ ($p < 0,02$), PAD: $83,2$ vs $75,3$ mmHg ($p < 0,001$). Proteinuria (g/L): $3,1$ vs $0,70$ ($p < 0,001$), Hematocrito: $38,7$ vs $37,2\%$ (ns), Creatinina (mg/dl): $1,68$ vs $1,83$ ($p < 0,045$), FGe (ml/min) $41,7$ vs $37,6$ ($p < 0,066$); K⁺ (mmol/L) $4,6$ vs $4,8$ ($p < 0,33$). Ningún paciente presentó efecto secundario atribuible a ARA II ni suspendió el tratamiento.

Conclusiones: A largo plazo el uso de dosis ultra altas de ARA II es bien tolerado clínica y bioquímicamente con estabilización de la función renal. Estos datos confirman la fiabilidad de esta alternativa terapéutica en pacientes con ERC avanzada.

213. DOBLE BLOQUEO DEL SRA (ALISKIREN-ARA-II) EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES. EFECTO SOBRE LA PROTEINURIA SEVERA Y LA PRESIÓN ARTERIAL

V. López Jiménez, M. Martín, C. Jironda, C. Cobelo, E. Sola, C. Gutiérrez, D. Martínez, M. Cabello, D. Burgos y D. Hernández

Hospital Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La inhibición del sistema renina-angiotensina-al-dosterona (SRA) tiene efectos cardío y renoprotectores, pero no se sabe con claridad si el bloqueo dual, utilizando un ARA II y el inhibidor de la renina (aliskiren), puede tener un efecto renoprotector beneficioso en pacientes con trasplante renal e importante proteinuria sin respuesta previa a dosis altas de ARA/IECAS.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del doble bloqueo del SRA con un ARA II y aliskiren en pacientes trasplantados renales que presentan proteinuria de alto grado y creatinina $\leq 2,5$ mg/dl.

Pacientes y métodos: Estudio observacional, prospectivo, que estudia 20 pacientes (edad media 56 años, 62% varones) que recibieron un trasplante renal entre 1990 y el 2008. Tratamiento inmunosupresor: 56% ICN, 44% ISP, 94% MMF. Todos estaban en tratamiento con un ARA II a dosis altas (70% losartán 100-200 mg; 20% valsartán 320-640 mg) por proteinuria de alto grado ($1,8 \pm 0,8$ g/24h), con escasa respuesta al mismo, por lo que en 17 pacientes se añadió aliskiren y en 3, que recibían además un IECA, se les cambió este por aliskiren. Tiempo medio de seguimiento de 10 meses (rango: 3-18 meses).

Resultados: Se observó un descenso porcentual de la proteinuria a los 3 meses de un 40% y a los 6 meses de un 60% (tabla), así como un descenso significativo en las cifras de TA media (TAM). La función renal se mantuvo estable, así como las cifras de K. Se apreció un leve descenso significativo de la hemoglobina sin repercusión clínica. Un paciente suspendió el fármaco por sintomatología relacionada con el descenso de la TA. Ver tabla a pie de página.

Conclusiones: El doble bloqueo del SRAA con un ARA II y aliskiren presenta un efecto aditivo en la reducción de la proteinuria severa y de la TA en pacientes con trasplante renal, sin objetivarse efectos adversos relevantes sobre la función renal, la anemia o las cifras de potasio sérico. Esto pudiera contribuir a prolongar la supervivencia del injerto renal a más largo plazo.

214. PERFIL DE PRESIÓN ARTERIAL, PATRÓN CIRCADIANO Y FACTORES DE RIESGO EN MUESTRA DE HIPERTENSOS CON Y SIN SÍNDROME DE APNEA DE SUEÑO

C. Luque Amado¹, E. Soto Hurtado¹, A. Muñoz Clarós¹, A.A. Pérez Rivera¹, I. Gallardo Romero¹, A. Ruz Zafra¹, F. Cabello Rueda¹, F. Rius Díez² y P. Aranda Lara³

¹Hospital Serranía, Ronda. ²Universidad de Medicina, Málaga.

³Hospital Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El síndrome de apnea de sueño (SAHS) se asocia a un alto riesgo cardiovascular. En nuestro trabajo hemos comparado, en hipertensos con y sin SAHS, el perfil de presión arterial y posibles factores de riesgo que pudieran asociarse a la presencia de SAHS.

Métodos: Se estudian 130 pacientes hipertensos remitidos a nuestra Unidad de Sueño con sospecha de SAHS, elegidos aleatoria-

mente, de los cuales 95 fueron SAHS y 35 no SAHS. A los pacientes se les aplicó un cuestionario de salud cardiovascular. Previo varios días de lavado farmacológico, se determinaron las medidas antropométricas, presión arterial casual, MAPA de 24h, y analítica sanguínea. Para el estudio estadístico se usó el programa SPSS versión 17. En el análisis se usaron t Student y Chi cuadrado, según fueran variables cuantitativas o cualitativas. También se usó un modelo de regresión logística para identificar sexo, índice de masa corporal (IMC) y hábito tabáquico como posibles factores de riesgo para el desarrollo de SAHS.

Resultados: Se obtienen dos grupos: (hipertensos SAHS/hipertensos no SAHS) (93,7%/80% hombres; $p < 0,02$), con una media de edad de ($54,4 \pm 8/52,8 \pm 8,8$ años; NS), e índice de masa corporal (IMC) de ($33,1 \pm 4,5/29,5 \pm 8,8$ Kg/m²; $p < 0,01$). El 38,9% de los SAHS eran fumadores, frente al 14,7% de los no SAHS. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a valores analíticos Determinación de PA casual: sistólica ($154,9 \pm 18,5/148,0 \pm 13,5$; $p < 0,04$); diastólica ($97,2 \pm 11,5/93,2 \pm 10,3$; $p < 0,02$). En el MAPA encontramos cifras de PA sistólica y diastólica diurnas superiores en los paciente con SAHS (PAS $149,4 \pm 15,2$ vs $144 \pm 15,2$ y PAD $92,7 \pm 10,5$ vs $91,1 \pm 8,8$); así como una caída menor de la PA durante la noche (porcentaje de caída: PAS $9,5 \pm 6,9$ vs $13,6 \pm 7,8$; PAD $11,5 \pm 7$ vs $15,5 \pm 8,5$). El 53,7% de los hipertensos SAHS fueron non dipper, y 34,2% de los hipertensos sin SAHS ($p < 0,05$). Finalmente hemos realizado un modelo de regresión logística para evaluar los efectos que sexo, tabaquismo e índice de masa corporal producen como factores de riesgo para el desarrollo de SAHS. Usando el modelo de regresión logística obtenemos que la obesidad supone 8,7 veces más riesgo para padecer apnea de sueño, el sexo 8 y el tabaquismo 4,1. Este modelo de regresión clasifica correctamente al 94,6% de los SAHS, al 45,8 de los no SAHS y de forma global clasifica correctamente al 84,3% de todos los pacientes.

Conclusiones: En nuestro trabajo los pacientes hipertensos con SAHS presentan mayores cifras de PA sistólica global (24 horas) y durante el periodo nocturno, con una reducción en el porcentaje de caída nocturna, tanto de PA sistólica como diastólica, comparado con hipertensos sin SAHS. Usando el modelo de regresión logística obtenemos que la obesidad, el sexo y el hábito tabáquico elevan el riesgo de desarrollo de SAHS en nuestros pacientes hipertensos. No nos sorprenden los dos primeros, si es más llamativo el resultado obtenido con el hábito tabáquico, ya que existen discrepancias en cuanto a la relación tabaquismo y apnea de sueño. Iríamos entonces en la dirección de los trabajos que sí han demostrado relación entre ambos.

215. PERFIL DEL PACIENTE REMITIDO DE ATENCIÓN PRIMARIA A ESPECIALIZADA

N. Martell Claros¹, A. Galgo Nafra² y J.L. Zamorano³

¹Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²CS Espronceda, Madrid. ³Servicio de Cardiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La evaluación clínica y el seguimiento del paciente hipertenso se llevan a cabo en AP, pero en algunas circunstan-

	Basal	3 meses	6 meses
MDRD 4 (ml/min/1.73)	48,1 \pm 15,1	49,3 \pm 17,7/ $p = 0,7$	47,5 \pm 13,8/ $p = 0,5$
Creatinina (mg/dl)	1,68 \pm 0,5	1,66 \pm 0,5/ $p = 0,7$	1,7 \pm 0,5/ $p = 0,2$
Proteinuria (g/24h)	1,89 \pm 0,8	1,03 \pm 0,6/ $p = 0,005$	0,82 \pm 0,58/ $p = 0,09$
TAM (mmHg)	99,7 \pm 16,7	77,4 \pm 9,5/ $p = 0,003$	75,1 \pm 8,9/ $p = 0,005$
Hemoglobina (g/dl)	12,3 \pm 1,3	11,8 \pm 1,3/ $p = 0,04$	11,9 \pm 0,8/ $p = 0,019$
Potasio (mEq/L)	4,4 \pm 0,6	4,6 \pm 0,7/ $p = 0,3$	4,6 \pm 0,6/ $p = 0,5$

cias, puede ser necesaria la evaluación de especializada. Si bien las sociedades científicas publican documentos de consenso en los que se contemplan las razones de derivación del paciente hipertenso, no existen a nivel nacional protocolos pormenorizados y bien establecidos de derivación, que permitan apoyar estas decisiones.

Objetivos: Estudiar el perfil del paciente hipertenso que llega a las consultas de los distintos especialistas, derivado por los médicos de Atención Primaria en España.

Material y métodos: Ámbito: hospitales y Centros de Especialidades de todo el territorio nacional. La muestra se distribuye uniformemente por las distintas regiones geográficas de España. Tipo: estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo, multicéntrico, para evaluar el perfil del paciente hipertenso que llega a las consultas del especialista de todo el territorio nacional derivado de AP. Participaron 178 investigadores que incluyeron de forma consecutiva 10 pacientes cada uno tras firmar el consentimiento informado. Se recopilan datos clínicos del paciente en el momento de la llegada a la consulta del especialista y de la visita posterior a la misma. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, diagnosticados de hipertensión arterial derivados de AP que hayan otorgado su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. Criterios de exclusión: 1. Pacientes que provengan de urgencia hospitalaria, 2. Pacientes que provengan de otros servicios o de otro origen que no sea AP. 3. Pacientes que no firmen el consentimiento informado. Para todos los pacientes incluidos en el estudio, se recopilaron las siguientes variables: Evaluación clínica y antecedentes familiares y personales en el momento de la visita, incluyendo: datos antropométricos el día de la visita, antecedentes familiares y personales, razones de derivación de AP al especialista, hábitos de tabaco, alcohol, alimentarios, actividad física, analítica y pruebas realizadas con antelación, tratamiento farmacológico con el que llega a la consulta, pruebas que se piden en la consulta del especialista, resultados de las mismas, diagnóstico en especializada, tratamiento farmacológico actual del paciente.

Resultados: Se recoge información de 1.769 pacientes válidos para el estudio de un total de 1.780 pacientes muestreados, lo que nos lleva a tener un índice de respuesta del 99,4%. Más de tres cuartas partes son de hospitales (80,4%) y el resto de centro de atención especializada (19,6%). Del total de pacientes incluidos, 184 casos son de unidades específicas de HTA (10,4%). La edad media de los pacientes es de $62,4 \pm 13,6$ años, rango de 18 a 99 años, 55% varones. IMC: $29,0 \pm 4,7$, IMC > 30: 36,2% Cintura: $101,9 \pm 13,4$ varones y $96,4 \pm 15,4$ mujeres, obesidad abdominal: 58,9%. Fumadores: 26,5%, exfumadores 25,1%. Bebedores: 13,7%. Hábito sedentario: 86,3%. PA a la llegada: $159,0 \pm 19,9/92,3 \pm 12,8$ mmHg. PAS < 140 y PAD < 90: 10,5 (IC: 9,1-11,9). Años de diagnóstico de la HTA $8,0 \pm 7,7$ (rango 0-57), mediana 7 años (rango intercuartílico de 2-11). Las razones de derivación del médico de AP según documento de consenso SEH-LELHA- 2008: Necesidad de tratamiento urgente: 11,9% (HTA acelerada: 0,7%, HTA muy grave: 3,8%, haber tenido una emergencia hipertensiva: 6,3%). Sospecha de HTA secundaria: 37,8% (sospecha de secundaria por datos clínicos: 4,5%, por elevación de creatinina: 7,7%, por presencia de microalbuminuria/proteinuria que no se controla: 4%, HTA de aparición o empeoramiento brusco: 6,9%, HTA refractaria 15,6%, HTA en menores de 30 años: 1,9%, hipopotasemia: 0,8%). Dificultades terapéuticas: 21,1% (intolerancias múltiples: 6,4%, contraindicaciones múltiples: 1,9%, falta de cumplimiento: 11,3%). Otras causas: 40% (extrema variabilidad: 12,2%, reciente diagnóstico: 4,8%, HTA y embarazo: 1,1%, otras razones: 23,3%). La valoración del informe de derivación es la siguiente: muy buena: 5,4%, suficiente: 50,7%, insuficiente: 36,9%, no existe: 7,1%.

Conclusiones: El 56,1% de los documentos de derivación son adecuados. El paciente hipertenso derivado de AP al especialista es mayoritariamente varón de más de 60 años, sedentario, con PA no controlada y tiempo medio de diagnóstico de 8 años. La causa prin-

cipal de derivación es la sospecha de HTA secundaria (en la que se incluye la HTA refractaria), seguida por dificultades terapéuticas (intolerancias, contraindicaciones, incumplimiento) superada ambas por otras causas no totalmente definidas en las guías de derivación actuales. Creemos que son necesarios nuevos documentos de consenso de derivación de AP a especializada.

216. EVALUACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO DE HIPERTENSOS POSTICTUS. RESULTADOS PRELIMINARES

I. Gómez García, M. Abad Cardiel, M. Ávila Sánchez-Torija, A. Fernández-Cruz y N. Martell Claros

Unidad de HTA, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El ictus es la causa más importante de invalidez o discapacidad a largo plazo en el adulto y la segunda causa de demencia. (4). A los 6 meses del ictus, el 26,1% de los pacientes han fallecido, el 41,5% están independientes y el 32,4% son dependientes, estimándose de forma global que entre los supervivientes del ictus el 44% quedan con una dependencia funcional. (5). Una de las discapacidades tras un ictus son déficit cognitivos y demencias. Se estima que el RR de sufrir demencia tras un ictus es de 1,7-2,4, más aún tras eventos CV múltiples. El 25% de los pacientes que han sufrido un ictus cumplirán criterios de demencia en los primeros tres meses y un 7% de los que no la presentan lo harán a partir de los 6 meses (8). El 27% de los pacientes con deterioro cognitivo leve son de origen ictal, frente al 67% que son por enfermedad de pequeño vaso y a la inversa, el 67% de los deterioros bruscos son de origen isquémico frente al 17% que tiene su origen la afectación de pequeño vaso (9).

Objetivos: Medir el estado cognitivo en todos los pacientes que han presentado un ictus en cualquiera de sus variantes (isquémico, hemorrágico, transitorio) entre 3 meses y 10 años tras un ictus.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico y en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyen pacientes de ambos sexos que hayan padecido un ictus entre 3 meses y 10 años antes de la visita de inclusión en el estudio, con edad superior a 18 años. Criterios de exclusión: incapacidad de cumplir con los requisitos del estudio. Debido a que es ampliamente demostrado que la prevalencia de demencia no vascular y otros trastornos cognitivos aumentan con la edad hemos estimado que la edad máxima de inclusión sea de 80 años, por lo tanto se limita el estudio a pacientes que no excedan esa edad en el momento del evento cerebrovascular y que no tengan historia documentada de deterioro cognitivo de cualquier causa previa al evento cerebrovascular. El diagnóstico de ictus sigue la clasificación del grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad española de neurología. El grado de incapacidad se medirá con los índices de Barthel. El deterioro cognitivo se medirá con la escala: Mini examen cognoscitivo de Lobo valorado sobre 35 ítems (> 24 normal) (Minimental test MM). Test del Reloj valorado sobre 7 ítems (puntuación sobre 10). Test del Informador (normal hasta 78 puntos). Prueba de detección de trastorno depresivo: Escala de Yesavage abreviada (< 10 normal). Los pacientes se han reclutado de forma consecutiva en la consulta. Tras obtener el consentimiento informado, se recoge información en un CRD acerca de: datos demográficos, antecedentes cerebrovasculares: tipo de ictus (isquémico, hemorrágico, embólico, transitorio). FA, tiempo desde el ECV, número de ictus padecido. Antecedente de deterioro cognitivo o demencia de cualquier tipo previos. Hábitos de vida. FRCV (tabaquismo, diabetes, dislipemia, HTA, obesidad abdominal, historia familiar de ECV prematura). Se exige prueba de imagen diagnóstica y analítica que incluye: Ácido fólico, vitamina B12, hemoglobina glicada, glucosa, creatinina, potasio, ácido úrico, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos y cociente albúmina/creatinina.

Resultados: Se evalúan 42 pacientes, 52,4% mujeres, edad $74 \pm 8,8$ años (rango: 48-80), IMC: 28 ± 4 kg/m², PAS: $133,1 \pm 14,9$ mmHg y PAD: $75 \pm 10,4$ mmHg. FC: $76,4 \pm 6,5$ lpm. Tipo de ictus: AIT: 38,1%, isquémico: 33,3% embólico: 14,3%, hemorrágico: 14,3%. El 71,4% eran dislipémicos, el 35,7% diabéticos, un 38,1% obesos, el 11,9% fumaban y el 19% tenían FA. Habían padecido IAM el 11,9%, angor un 9,5%, insuficiencia cardíaca un 14,3%, microalbuminuria un 7,1% y proteinuria un 2,4%, arteriopatía periférica: 21,4% y retinopatía (III o IV) 11,9%. El grado de dependencia (Barthel) fue leve en el 57,1%, 1 paciente presentó dependencia moderada, uno grave y uno muy grave. Depresión establecida la presentaba el 26,2% de los pacientes, y depresión leve el 28%, un 45,4% no tenía depresión (Yesavage). La puntuación media del MM fue: $26,2 \pm 8$ (anormal ≤ 23) y presentaron deterioro cognitivo un 2,4%. La esfera más afectada fue la concentración y cálculo ($4,8 \pm 2,6$, rango de normalidad: 0-8), seguido de la memoria: $1,6 \pm 1,7$ (rango de normalidad 0-3), no siendo significativas las disminuciones en orientación, fijación ni lenguaje. Sin embargo, el “test del reloj a la orden” mostró la peor puntuación media que fue de $5,75 \pm 3,4$ (anormal ≤ 6) que mide las funciones visoconstructivas, de planificación y ejecución motoras. El test del informador obtuvo una puntuación media de $89,3 \pm 13,7$, lo que implica que los familiares han visto un moderado deterioro del paciente en los últimos 10 años (normal hasta 78 puntos, deterioro máximo > 130).

Conclusiones: 1. Los pacientes que han padecido un ictus entre 3 meses y 10 años antes, presentan deterioro cognitivo con el MM de Lobo un 2,4%. En general, la esfera más afectada son concentración, cálculo y memoria. 2. Encontramos una franca alteración en la gran mayoría de los pacientes, en las funciones visoconstructivas, de planificación y ejecución motoras medidas por el test del reloj a la orden.

217. TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA SOBRE ESTENOSIS DE ARTERIA RENAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

L. Martín Penagos¹, M. Porto Bujía¹, A. Aguinaga², C. Cobelo¹, L. Bueno¹, B. Bralo¹, L.M. Ruiz Muñoz¹, F. Muñoz² y F.J. Gainza de los Ríos¹

¹Nefrología, Hospital de Cruces, Baracaldo. ²Radiología, Hospital de Cruces, Baracaldo.

Introducción: La estenosis de las arterias renales de origen aterosclerótico es un diagnóstico cada vez más frecuente en los últimos años, probablemente a consecuencia de un mejor estudio de los pacientes hipertensos. El intervencionismo parece injustificado según los últimos ensayos publicados, mientras que el uso de IECA/ARAI, anteriormente proscritos en esta patología, mejoran la incidencia de eventos cardiovasculares.

Objetivos: Evaluación de las cifras de creatinina, tensión arterial, número y tipo de fármacos en el momento del procedimiento y a los 12 meses, 3 y 5 años.

Material y métodos: Se analizaron los pacientes sometidos a angioplastia y colocación de Stent en arterias renales en los últimos 10 años.

Resultados: El motivo de realización de angioplastia fue por HTA no controlada en el 27%, FRA en 24%, ICC recurrente en el 22%, estenosis bilateral en otro 22%, y por reestenosis de una angioplastia previa en el 5%. Las medias de creatinina previas al procedimiento fueron 1,58 mg/dL, y al año 1,41 mg/dL. La TA previa 148/81 mmHg mientras que la TA a los 12 meses fue 136/69 mmHg. El número de fármacos empleados al inicio fueron 2,4 mientras que a los 12 meses fueron 2,6. No hubo complicaciones graves, y las leves (hematoma en el punto de punción o reestenosis) fueron menores del 5%.

Conclusiones: El tratamiento invasivo sobre estenosis de arteria renal, mejora el control de TA y la función renal, añadiendo un

riesgo de complicación pequeño en nuestro centro. El uso de fármacos que bloquean el eje R-A-A está indicado siempre y cuando se realice un seguimiento estrecho del paciente.

218. CARACTERÍSTICAS DE LOS HIPERTENSOS CON APNEA DEL SUEÑO

M.M. Martínez González¹, J. Castañeda Sánchez¹, J.J. López Hernández¹, I. Armentia González², E. Marcos Garica³, M. Delgado Benito³ y C. Celiz⁴

¹CS Pisueña-Cayón, Sarón. ²CS La Vega-Zapato, Torrelavega. ³CS Alcludia, Alcludia. ⁴CS Muro, Muro.

Introducción: La apnea del sueño es una forma común de trastorno del sueño que ocurre debido a un colapso recurrente de las vías respiratorias altas durante la inspiración. Numerosos trabajos asocian el síndrome de apnea del sueño (SAS) con aumento del riesgo cardiovascular, sin que se conozcan los mecanismos por los cuales ocurre esta asociación. Las alteraciones hemodinámicas y autonómicas que acompañan al SAS durante el sueño, con aumento del tono simpático, el estrés oxidativo y la disfunción endotelial, podrían explicar la elevación de la presión arterial (TA), más allá de las alteraciones obstructivas al flujo aéreo.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con el diagnóstico de apnea del sueño, de carácter moderado-severo.

Material y métodos: Se estudiaron 28 pacientes, diagnosticados de SAS, que estaban utilizando CPAP (presión positiva continua en vías respiratorias), y que tenían el diagnóstico de HTA. Se identificaron las siguientes variables: edad, sexo, IMC, perímetro abdominal, hipercolesterolemia, diabetes, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, hábitos tóxicos, tipo de tratamientos para la HTA, filtrado glomerular, última toma de TA en consulta, presenta de hipertrofia de ventrículo izquierdo, según criterios de Cornell, microalbuminuria, y en una submuestra se colocó MAPA de 24 horas.

Resultados: Todos eran varones, excepto una paciente. La media de edad fue de $58 \pm 11,7$ años. El 56% tenían hipercolesterolemia. El 20% tenían sobrepeso, el 72% obesidad y el 8% presentaban una obesidad mórbida. Solamente el 19% tenían un perímetro abdominal inferior a 102 cm. Un tercio estaban en monoterapia, 50% en doble terapia y el resto en triple terapia. El 62% tenían buen control de la TA en consulta ($< 140/90$ mmHg), sin embargo a los que se les colocó MAPA de 24 horas (44%) presentaron un control mejor que en la consulta, pero el 80% presentaban un patrón circadiano anormal de la TA (non dipper 50% y riser 30%). Los pacientes diabéticos tenían un buen control, casi el 80% mantenían HbA1c $< 7\%$. Llama la atención que casi la mitad de los pacientes presentaban glucemias entre 100-120 mg/dL. También encontramos altas tasas de consumo de alcohol en el 56% y el 35% eran fumadores. La media del RCV estimado a los 10 años fue de $19 \pm 1,2\%$.

Discusión y conclusiones: Llama la atención la presencia de numerosos factores de riesgo, la alta tasa de fumadores ya que en otros estudios la prevalencia no llega al 18%, lo mismo que el alcohol o la presencia de diabetes, así mismo es de destacar la obesidad, que presentaban estos pacientes, que empeora la HTA, y la misma apnea. Por otra parte será conveniente el que por lo menos 1 vez el paciente tuviera un control ambulatorio de 24 horas, con el fin de estudiar el patrón circadiano de su TA, para poder instaurar tratamiento adecuado. Encontramos una alta prevalencia de glucemia basal alterada y que unido a la obesidad, nos hace pensar que en poco tiempo estos pacientes si no modifican sus factores de riesgo desarrollarían diabetes. Todo ello nos lleva en primer lugar a tratar de identificar dentro de los hipertensos aquellos susceptibles de tener SAS, e interrogar sobre los síntomas como parte de la anamnesis de la HTA.

219. ESTUDIO TRANSVERSAL DE LOS INGRESOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CENTRO HOSPITALARIO TIPO 2

E. Martínez Velado¹, J.F. Soto Delgado¹, M.M. Chimeno Viñas¹, M.E. Carbajosa Alcántara¹, P. Sánchez Junquera¹, A. de la Vega Lanciego¹, V.M. López Mouriño², P. García Carbó¹, L. Arribas Pérez¹ y G. García Benito³

¹Hospital Virgen de La Concha, Zamora. ²Hospital Comarcal Monforte de Lemos, Lugo. ³Hospital General de Jerez de La Frontera, Cádiz.

Propósito del estudio: Descripción de las principales características correspondientes a los casos que se encuentran en ingreso hospitalario en el Complejo Asistencial de Zamora en un punto temporal concreto, y que presentan entre sus diagnósticos el de hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional de los 48 pacientes ingresados a cargo del Servicio de Medicina Interna a fecha 24 de noviembre de 2010. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, tratamiento médico anti-HTA previo, HTA previa conocida y control durante el ingreso, factores de riesgo, enfermedad vascular, antecedente de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) previa, ritmo electrocardiográfico y signos de hipertrofia ventricular izda (HVI), función renal y tratamiento médico anti-HTA establecido al ingreso.

Resultados: Media global de edad igual a 72,1 años (DT = 14,79). Mayor número de mujeres ingresadas (30:18). Ingreso por patología infecciosa/síndrome febril en 52,08% de pacientes. No tratamiento médico anti-HTA previo en 45,83% de casos. En 54,17% diagnóstico previo de HTA. HTA durante ingreso en 18,75% de pacientes. Sobre peso presente en el 39,58% de casos (en el mismo porcentaje carácter polifactorial). Antecedentes de ictus (27,08%) e ICC (20,83%). Fibrilación auricular (20,83%) y signos de HVI (12,5%) presente en electrocardiograma. Insuficiencia renal grados 3-5 en 27,08% de casos. No precisa tratamiento médico anti-HTA en el punto temporal del ingreso el 41,67% de pacientes de los pacientes diagnosticados de HTA.

Conclusiones: Predominio de ingreso en mujeres de edad avanzada. Predominio del diagnóstico de HTA previo al ingreso actual. Significativa polifactorialidad de riesgo previo. Presencia patente de insuficiencia renal concomitante. Porcentaje notable de pacientes sin necesidad de tratamiento médico anti-HTA.

220. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y DESARROLLO DE FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE O CRÓNICA

V. Barrios¹, M. de la Figuera², A. Calderón³, C. Roldán⁴ y B. Font⁴, en representación de los Investigadores del Estudio Val-FAAP

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²EAP Sardenya, Barcelona.

³CS Rosa de Luxemburgo, San Sebastián de los Reyes. ⁴Novartis Farmacéutica, Barcelona.

Propósito del estudio: Analizar la presencia de hipertensión arterial (HTA) en los pacientes con FA y evaluar las pautas de tratamiento de la HTA de los pacientes que evolucionaron a FA permanente o crónica en comparación con los pacientes que no la desarrollaron.

Métodos: Estudio multicéntrico, transversal y nacional en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico previo de FA, según electrocardiograma, que acudieron a consultas de atención primaria. Se recogieron datos previos al diagnóstico de FA y actuales (visita posterior al diagnóstico). La población evaluable constó de 3.287 pacientes.

Resultados: El 52,3% de los pacientes incluidos en el estudio fueron varones. La edad media del total de pacientes evaluables

fue de 71,9 ± 10,1 años. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de FA fue de 4,6 ± 4,0 años. El tipo de FA actual más frecuente fue la FA permanente o crónica (71,2%). El 12,8% de los pacientes presentaban FA persistente y el 16% FA paroxística. El 57,4% de los pacientes inicialmente diagnosticados con FA de reciente comienzo evolucionaron a FA crónica o permanente, así como un 29,7% de pacientes con FA paroxística y un 46,2% de pacientes con FA persistente. La HTA fue el factor de riesgo cardiovascular más frecuente entre los pacientes con FA presentándola el 68,1% de los pacientes en la visita previa al diagnóstico de FA y el 92,6% actualmente ($p < 0,0001$). Los tratamientos antihipertensivos más frecuentes previos al diagnóstico de FA fueron los diuréticos (30,9%), seguidos de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) [27,9%], betabloqueantes (25,1%) y antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) [17,6%]. El 34,3% no recibía ningún antihipertensivo previo al diagnóstico de FA, el 43,7% recibía una monoterapia o combinación que incluía al menos un IECA y/o ARA II y el 22,1% recibía cualquier otro antihipertensivo o combinación. Entre los pacientes que desarrollaron FA permanente o crónica, se observó una mayor proporción de pacientes que no habían recibido ningún antihipertensivo previo (35,8% vs 30,0% en los pacientes con FA paroxística y 27,6% en los pacientes con FA persistente, $p < 0,0001$), así como una menor proporción de pacientes tratados con ARA II y/o IECA (41,6% vs 50,9% en los pacientes con FA paroxística y 50,3% en los pacientes con FA persistente, $p < 0,0001$).

Conclusiones: En pacientes con FA y HTA, el tratamiento antihipertensivo previo con ARA II y/o IECA parece reducir el desarrollo de FA permanente o crónica.

221. ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA, UNA ENTIDAD OLVIDADA

E.I. Fernández Pérez¹, I. Muinelo Voces¹, P. Dios Díez¹, V. Linde Menéndez² y J.L. Mostaza Fernández¹

¹Complejo Asistencial de León, León. ²Atención Primaria, León.

Propósito del estudio: La encefalopatía hipertensiva puede desarrollarse en el contexto de una HTA, constituyendo una de las causas de encefalopatía posterior reversible. Se produce por una pérdida de la autorregulación cerebral y afecta fundamentalmente a las arterias de la circulación posterior. Los síntomas son rápidamente progresivos y la evolución es a la resolución completa cuando se normalizan los niveles de PA. En las pruebas de imagen (TC, RM) aparecen lesiones en sustancia blanca a nivel cortical y subcortical de predominio en regiones posteriores.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo realizado tras revisar las historias clínicas de los pacientes codificados con el diagnóstico de encefalopatía hipertensiva durante los últimos cinco años en el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, factores de riesgo (FR) cardiovascular, lesión de órgano diana (LOD), enfermedad cardiovascular (ECV) establecida, analítica, tratamiento, clínica, pruebas de imagen y evolución. Las variables cuantitativas se expresaron como medias y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: Se analizaron 10 casos (4 varones y 6 mujeres). Edad media 72 ± 10 años. FR conocidos antes del ingreso: 6 HTA, 5 DM2, 7 dislipemia, 2 fumadores, 5 obesidad. PA media al ingreso 176/85 mmHg (PA máxima 220/110 mmHg). Analítica: 2 glucemia alterada en ayunas; 5 cifras de colesterol total > 200 mg/dl; 5 triglicéridos > 150 mg/dl. Todos los casos presentaban al ingreso LOD y/o ECV establecida. LOD: 2 Microalbuminuria, 8 Hipertrofia de ventrículo izquierdo (ECG/ecocardiograma). ECV establecida: 2 renal (DM asociada); 2 cardiopatía isquémica; 2

patología vascular periférica (DM asociada); 4 patología isquémica cerebral previa. Tratamiento previo: 6 ARA II/IECA; 2 diuréticos; 5 antagonistas canales del calcio; 2 betabloqueantes; antiagregación (1 AAS, 3 clopidogrel, 2 ticlopidina); 6 estatinas. Tratamiento DM: 2 insulina; 3 antidiabéticos orales distintos de metformina. Clínica: 3 cefalea, 3 inestabilidad, 2 alteración nivel de conciencia, 1 disartria, 1 confusión, 1 desorientación, 1 alteración visión y audición. TC cerebral (9 casos): áreas hipodensas en sustancia blanca de predominio cerebeloso (4) seguido de periventricular (3), occipital, núcleos de la base, parietal y frontal. RMN cerebral (5 casos): mismas localizaciones que TAC con lesiones hipointensas en imágenes potenciadas en T1 e hiperintensas en T2. 4 casos lesiones isquémicas cerebrales antiguas coincidiendo con las lesiones agudas descritas previamente. Evolución: 1 exitus; 2 retinopatía hipertensiva grado IV; ninguno secuelas neurológicas. Tratamiento al alta: Todos antiagregación (4 AAS; 3 clopidogrel; 2 ticlopidina); 8 estatinas; 8 IECA/ARA II; 7 diuréticos; 3 calcioantagonistas.

Conclusiones: 1. La mayoría de pacientes presentan varios factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, sobre todo DM y dislipemia, con muy mal control en esta última. 2. Todos los pacientes tienen un RCV alto o muy alto por presentar al diagnóstico lesión subclínica de órgano diana o tener ya una condición clínica asociada. 3. Todos los pacientes presentan lesiones de sustancia blanca bilaterales en parte posterior de lóbulos parietales y occipitales. 4. El manejo y control adecuado de todos los FRCV, podría reducir la aparición de lesiones en sustancia blanca y evitar la aparición de esta y otras entidades.

222. CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL MEDIO RURAL

L. Navarro Sánchez¹, V. Meseguer Ruiz², F. Molina³, B. González Lozano¹, I. Marín Jara¹ y M. Artigao¹

¹CS Villacerrada, Albacete. ²CS Villamalea, Albacete.

³CS Casas de Juan Núñez, Albacete.

En la presente comunicación pretendemos ilustrar la relevancia del manejo de la TA y el RCV en el medio rural. Realizamos para ello una revisión epidemiológica del riesgo cardiovascular en cuanto a su distribución poblacional en el medio rural y urbano, que justifica la atención y el acento en el manejo de dicho riesgo en el medio rural para población española. Revisamos pues el seguimiento y el control de la TA y el RCV global en Atención Primaria en Villamalea, una población de Castilla la Mancha de 4500 habitantes, atendiendo a las particularidades del medio rural (en concreto la mayor accesibilidad al equipo sanitario), la adherencia terapéutica, y el logro de objetivos.

223. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

S. Otero López, J. Almirall Daly, L. Betancourt Castellanos y M. García García

Servicio de Nefrología, Corporació Parc Taulí, Institut Universitari Parc Taulí (UAB), Departament de Medicina, Sabadell.

Propósito del estudio: La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (CV) modificable. Un 5-10% de los hipertensos no consiguen controlar las cifras de TA a pesar de la toma de 3 fármacos o más (uno de ellos un diurético), definiendo así la HTA refractaria. Sabemos que estos pacientes presentan un riesgo CV más elevado. El objetivo del estudio es analizar las características clínicas y la evolución de los pacientes con HTA refractaria.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional y retrospectivo de los pacientes remitidos a consultas externas de nuestro servicio para estudio de HTA.

Resultados: Entre junio 1995 y diciembre de 2001 se realizaron 711 exploraciones con MAPA, en 345 casos la indicación fue para estudio de HTA refractaria. Hemos seleccionado los casos con HTA refractaria verdadera que presentaron una TA sistólica de 24 horas por MAPA > 140 mmHg. Se trata de un estudio de 101 casos (59% mujeres). El tiempo medio de seguimiento ha sido de $8,9 \pm 3,5$ años. La edad es de 60 ± 13 años, TA casual: $191/104$ mmHg, TA por MAPA: 24 horas: 164 ± 89 mmHg, día: 166 ± 91 mmHg, noche: 157 ± 83 mmHg; en tratamiento con $3,6 \pm 0,75$ fármacos. El 23% presenta un patrón dipper, el 51,5% no dipper y el 23% riser. El 27% ya había presentado algún evento CV previamente a la realización de la MAPA. El aclaramiento de creatinina en el momento de la MAPA ha sido de 70 ± 34 ml/min. En cuanto a la presencia de otros factores de riesgo CV: un 67% son dislipémicos, 38% diabéticos, 16% fumadores y un 23% exfumadores. El IMC es de 32 ± 5 . En el 73% se evidenció hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) por ecocardiografía. Según criterio clínico, para descartar HTA secundaria se ha realizado estudio vascular en un 51% y hormonal en el 48%. Del resultado de estos estudios se ha identificado una causa responsable de la HTA refractaria (HTA secundaria) en el 32% (19% por IRC (ClCr < 30 ml/min), 7% vascular y 4% nefropatía diabética, 1% síndrome de Conn); clasificándose como HTA refractaria esencial el 68%. Durante el seguimiento el 54% presentaron algún nuevo evento CV y un 34% fueron exitus (edad al exitus 72 ± 12 años). Las variables relacionadas con la mortalidad han sido la edad y la insuficiencia renal. La HVI se ha relacionado con la mortalidad CV. Las causas de muerte han sido: 17% CV, 7% neoplasias, 4% infecciones y 6% otras.

Conclusiones: La HTA refractaria se acompaña de una elevada morbimortalidad CV, siendo la HVI un importante factor predictor de muerte CV. El 75% de los pacientes presentan un patrón nocturno alterado. La principal causa de HTA refractaria es la esencial, siendo la insuficiencia renal crónica la causa más prevalente de HTA secundaria.

224. ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN SUJETOS HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

V. Pallarés¹, V. Gil², D. Orozco², C. de la Sen³, J. Redón⁴, J. Martínez⁵, C. Carratalá², S. Pertusa² y A. Fernández²

¹Unidad de Vigilancia de la Salud, Unió de Mutuas, Castellón.

²Cátedra de Medicina de Familia, Universidad Miguel Hernández.

Alicante. ³CS San Gabriel, Alicante. ⁴Cátedra de Medicina Interna,

Universidad de Valencia, Valencia. ⁵CS Hospital Provincial, Alicante.

Objetivos: Conocer la prevalencia en los pacientes hipertensos de Arteriopatía Periférica (AP) en miembros inferiores, valorar su severidad, grado de infradiagnóstico, porcentaje de pacientes sintomáticos, y factores asociados.

Material y métodos: Estudio epidemiológico transversal, observacional, y multicéntrico. El ámbito de estudio son centros de salud de la Comunidad Valenciana, participando 20 médicos de atención primaria. La determinación del índice tobillo-brazo se realiza por eco-doppler, la situación clínica recogida se valora en función de los estadios de Fontaine, y su interpretación según la clasificación de Burnham. El tamaño muestral fue de 647 pacientes hipertensos. Se realiza un análisis estadístico multivariante con regresión logística binomial tomando como variable dependiente un índice tobillo-brazo alterado o menor de 0,9.

Resultados: La prevalencia de índice tobillo-brazo alterado fue de 14,5% (IC95% 11,8-17,2), 13,1% en categoría de leve-moderado y 1,4% en categoría severa, ningún caso en categoría crítica. El 34%

eran conocidos y el 14,9% fueron nuevo diagnóstico a pesar de ser sintomáticos, y el 51,1% nuevo diagnóstico asintomático. El modelo multivariante fue muy significativo ($p = 0,000$) explicando en un 58,1% la variabilidad del índice tobillo-brazo isquémico y fueron significativos: edad (0,043); IMC (0,010); tabaco (0,001); diabetes (0,016); colesterol total (0,002); colesterol HDL (0,003); dolor en pantorrilla (0,000); (0,043); prevención secundaria CV (0,000); creatinina (0,042).

Conclusiones: Aproximadamente uno de cada 7 pacientes con HTA presenta un índice tobillo-brazo alterado isquémico, y de estos, dos de cada tres no están diagnosticados. La mayoría presentan un grado de lesión leve-moderado. Las variables asociadas en forma directa son la edad, tabaquismo, diabetes, colesterol total, prevención secundaria, existencia de dolor en pantorrilla, creatinina; y en sentido inverso IMC y colesterol HDL.

225. CLAUDICACIÓN INTERMITENTE EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

L. Pallisa Gabriel, S. Murgui Betrán, N. Benachi Sandoval, N. López Batet, I. Nikolova Tankova y P. Navarrete Durán

Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample-Rosselló, Barcelona.

Introducción: La claudicación intermitente es un síntoma sugestivo de enfermedad arterial periférica (EAP), afecta a un 15-20% de los mayores de 70 años y el riesgo de presentarla se duplica en población hipertensa. Pese a que algunos factores no pueden ser modificados, existen otros que pueden ser controlados, como la hipertensión arterial, diabetes y dislipemia.

Propósito del estudio: Determinar las características y el control de la tensión arterial en los pacientes hipertensos con claudicación intermitente. Si estos pacientes presentan otros factores de riesgo cardiovascular valorar si su control es óptimo.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Población de estudio: hipertensos con claudicación intermitente de un centro de atención primaria urbano. Recogida de datos: se revisaron 271 historias clínicas de pacientes hipertensos con diagnóstico de claudicación intermitente (CIAP K92). Finalmente se obtuvo una muestra de $n = 133$ usuarios descartando el resto por no cumplir criterios de claudicación intermitente. Categorización de las variables: se establecieron los siguientes puntos de corte para determinar la normalidad en los valores de laboratorio y tensión arterial: HTA $\leq 130/80$ (si alguna de las dos cifras estaba alterada, se consideraba inadecuado control); LDL normal ≤ 100 mg/dl; triglicéridos normales ≤ 150 mg/dl; Hemoglobina glicosilada normal $\leq 7\%$. Plan de análisis: Se realizó un análisis univariable para determinar la frecuencia de cada una de las variables y su distribución, por lo cual en las variables cualitativas, se calculó una tabla de frecuencias absolutas y sus respectivos porcentajes y para la variable cuantitativa se calculó la media y desviación estándar.

Resultados: La prevalencia de claudicación en la población hipertensa fue de 2,49%. De los 133 usuarios incluidos en el estudio, 103 (77,4%) fueron hombres y 30 (22,6%) mujeres. La media de edad fue 77,15 años (DE 9,82). Al evaluar el hábito tabaquístico encontramos que 29 (21,8%) pacientes son fumadores activos, 40 (30,1%) no fuman, 60 (45,1%) son exfumadores, sin información en 4 (3,0%) casos. Del total de la población, 50 (37,6%) son diabéticos; 91 (68,4%) dislipémicos y 63 (47,37%) tienen otra enfermedad cardiovascular diagnosticada: 44 (69,84%) cardiopatía isquémica y 19 (30,16%) enfermedad cerebrovascular. Se observó buen control de las cifras tensionales en 52 (39,1%) pacientes, en 78 (58,6%) inadecuado control, sin información en 3 (2,3%) casos. En los pacientes con DM ($n = 50$), 36 (72%) tuvieron buen control de HbA1c., 10 (20%) inadecuado

control, sin información en 4 (8%) casos. En los pacientes dislipémicos ($n = 91$), 60 (65,93%) tuvieron cifras adecuadas de triglicéridos, 28 (30,77%) inadecuadas, sin información en 3 (3,30%) casos; en 33 (36,26%) casos los valores de LDL estuvieron controlados y en 53 (58,24%) no se tuvo un adecuado control, sin información en 5 (5,50%). El tratamiento farmacológico ($n = 133$), en 94 (74,40%) pacientes es manejado con algún antiagregante plaquetario, 13 (9,80%) con algún anticoagulante, 32 (24,10%) toman algún vasodilatador, 66 (49,60%) son manejados con estatinas, 96 (72,20%) con IECAS. En 28 (21,05%) pacientes se ha realizado tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos con claudicación intermitente en nuestro centro tienen un inadecuado control de la tensión arterial y del colesterol LDL. Por ello deberíamos intensificar su tratamiento farmacológico y no farmacológico, mejorando así el pronóstico de la enfermedad. Por otro lado se detecta una prevalencia inferior a lo esperada por la bibliografía revisada. Esto podría explicarse por una mala codificación en la historia clínica pero también por no interrogar sobre este síntoma en todo paciente hipertenso.

226. SEGUIMIENTO POR HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) GRAVE PROCEDENTES DE MEDICINA INTERNA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M.P. Pérez Gutiérrez, S. Calzada Simón, L. Vega Valderrama, E. González Sarmiento y L.C. Merino García

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: Estudiar la asistencia domiciliar de los pacientes con EPOC grave y su asociación con la HTA. Últimamente se ha puesto de manifiesto la asociación entre EPOC y los factores de riesgo cardiovascular, dada la nueva visión de la EPOC como una enfermedad sistémica inflamatoria crónica. De modo que con la optimización del tratamiento de la EPOC se podría controlar el componente sistémico-inflamatorio de esta enfermedad y, de forma secundaria, los factores de riesgo cardiovascular del paciente, sin necesidad de aumentar la polifarmacia que suelen recibir estos pacientes y el mayor riesgo de interacciones medicamentosas y reacciones adversas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo observacional durante 3 años de los pacientes con EPOC grave en seguimiento por HAD y procedentes de un Servicio de Medicina Interna. Se realizó control mensual de la TA a todos los pacientes incluidos en el estudio.

Resultados: Se trataron en el domicilio 25 pacientes (8 mujeres, 17 varones). La duración media de estancia en HAD por paciente fue de 190 días. El número de agudizaciones atendidas por HAD fue de 90 (moderada 61, grave 29). El número de pacientes que reingresaron fue de 9 y el número de reingresos fue de 15. Los fallecimientos en el domicilio fueron 4. Se objetivaron cifras tensionales altas en 18 pacientes y fue preciso intensificar el tratamiento antihipertensivo en todos ellos. Los tratamientos realizados fueron: diuréticos: 14 (tiazidas 10, de asa 8, ahorradores de potasio 3), IECA: 8, ARA II: 6 y calcio-antagonista: 8.

Conclusiones: Aunque la muestra es pequeña, la HAD es una modalidad asistencial útil en este tipo de pacientes crónicos, con frecuentes descompensaciones, que precisan ingreso hospitalario, dado que permite acortar la estancia hospitalaria e incluso evitar algún ingreso, por realizar un control estricto de los síntomas y una estrecha relación del paciente y los familiares con el equipo sanitario. Precisamente por el seguimiento que realiza a los pacientes puede llevar a cabo un estrecho control de los factores de riesgo cardiovascular y establecer las medidas terapéuticas que sean necesarias.

227. PRESIÓN ARTERIAL TRAS PARATIROIDECTOMÍA EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

G. Pérez López, O. González Albarrán, J. Gómez Martín, B. Calderón Pineda, A.M. Matei y M. Cano Megías

Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) se perfila como una causa de HTA secundaria. Entre el 20-50% de los pacientes con HPTP presentan HTA, siendo esta proporción directamente proporcional con la calcemia. La elevación de la tensión arterial en el HPTP es mediada por la hipercalcemia que actúa estimulando directamente la contracción de las fibras musculares de la pared de los vasos arteriales, además de aumentar los niveles de renina plasmática y la liberación de catecolaminas.

Objetivos: 1) Determinar la tasa de normalización de la TA en pacientes hipertensos con HPTP tras paratiroidectomía y 2) Observar la disminución de número de fármacos en el caso de que persistiera la HTA después de la cirugía.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes hipertensos operados por HPTP entre 2005-2010. Utilizamos la base de datos Excalibur, y buscamos las siguientes palabras claves: HPTP, HTA, y paratiroidectomía. Se recogían los siguientes datos: edad, sexo, IMC, tiempo con HTA, niveles de PTH pre-quirúrgico, calcemia, fosforemia, 25OHVitamina D, Creatinina, TFG, TA media pre-quirúrgica, fármacos hipotensores pre-quirúrgicos, TA media post-quirúrgica, fármacos hipotensores post-quirúrgicos. Todos los pacientes incluidos debían tener criterios bioquímicos de curación del HPTP.

Resultados: Se encontraron 88 pacientes con los criterios de búsqueda: 18 (20,4%) eran varones y 70 (79,6%) fueron mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexos al comparar el resto de variables. Los valores promedio de la muestra fueron: IMC: 28,2 kg/m², duración de la HTA: 8,8 años, PTH pre-quirúrgica: 124,6 pg/ml, calcemia: 11,1 mg/dl, fosforemia: 2,2 mg/dl, 25OH vitamina D: 18 ng/dl. Creatinina 1,2 mg/dl, TFG 58 ml/min, TA pre-quirúrgico 136,2/88,6 mmHg vs TA posquirúrgico 130,3/82,2 mmHg ($p < 0,005$), fármacos hipotensores pre-quirúrgicos 2,7 vs 2,2 en el post-quirúrgico ($p < 0,005$). El 26,4% (30 pacientes) normalizó su TA después de la cirugía y no precisaron tratamiento hipotensor. El 54,4% de los pacientes (48) redujeron el número y dosis de fármacos.

Conclusiones: Aunque la mayoría de los pacientes probablemente presentaban hipertensión esencial, el HPTP parece aumentar la TA por mecanismos dependientes de la calcemia. Esto podría explicar normalización tensional y la disminución en el número y dosis de fármacos hipotensores que presentaron los pacientes después de la paratiroidectomía.

228. HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDÍACA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE NAVARRA

S. Pérez Ricarte¹, A. Suárez López¹, E. Martínez Litago¹, V. Fernández Ladrón², B. Lasa Intxausti³, T. Rubio Vela¹, F.J. Annicherico Sánchez¹ y C. García Labairu¹

¹Hospital de Navarra, Pamplona. ²Hospital García-Orcóyen, Estella. ³Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

El propósito del estudio realizado es determinar las características de pacientes ingresados en el Hospital de Navarra por insuficiencia cardíaca, su relación con la hipertensión y las complicaciones derivadas de ella. El segundo objetivo de nuestro trabajo fue correlacionar los niveles de pro-BNP al ingreso con la supervivencia a 2 años. Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo de

las características de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna durante 2007 con diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca y un estudio de supervivencia en función de los valores de pro-BNP al ingreso. Fueron analizados los datos obtenidos de una serie de 124 pacientes de los cuales el 59% eran mujeres ($n = 73$) y el 41%, varones ($n = 51$). Los pacientes presentaban comorbilidades frecuentes con predominio de patología cardiovascular de tal modo que el 83,4% de los pacientes estaban previamente diagnosticados de hipertensión arterial, el 48,4% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica, el 56,5% presentaba fibrilación auricular, el 34,7% estaba diagnosticado de diabetes mellitus (incluye diabetes tipo 1 y 2) y el 43,5% contaba con datos de insuficiencia renal crónica (incluyendo todos los estadios de insuficiencia renal). La polimedicación previa al ingreso era común a todos ellos precisando tratamiento con diuréticos el 80% de los pacientes, con IECAs el 34,7%, con ARA II el 30,6%, con beta-bloqueantes el 29% y con antagonistas de los canales de calcio el 16% de ellos. Es relevante destacar que el 80% de los pacientes seguía tratamiento con anticoagulantes orales o antiagregantes, hecho que pone de manifiesto la magnitud de la patología vascular de los pacientes. Por otra parte, se analizó la supervivencia a dos años de dichos pacientes objetivándose una mortalidad global del 51% durante este periodo de seguimiento. Del mismo modo, se observó que dicha mortalidad se relacionaba con mayores cifras de pro-BNP al ingreso. En conclusión, la hipertensión arterial es la comorbilidad que más frecuentemente se asocia a la insuficiencia cardíaca sirviendo además de base para la aparición de otras enfermedades que, en conjunto, hacen de la insuficiencia cardíaca una entidad con un pronóstico fatal.

229. CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE MUY ANCIANO

A.A. Pérez Rivera¹, A. Muñoz Claro¹, E. Soto Hurtado², C. Luque Amado¹, I. Gallardo Romero¹, A. Ruz Zafra¹, M. Maiz Jiménez¹, F.M. Godoy Guerrero¹, M. A. Barón Ramos¹ y A. Ruíz Cantero¹

¹Servicio Medicina Interna; ²Unidad de Neumología, Hospital de la Serranía, Ronda.

Propósito del estudio: Existen pocos estudios sobre pacientes hipertensos muy ancianos (mayores de 80 años). Sin embargo parece existir en alguno de ellos (HYVET 2008) una relación significativa entre un buen grado de control y la disminución de mortalidad de cualquier causa, la tasa de ictus fatal y no fatal y la aparición de insuficiencia cardíaca. En este estudio intentamos conocer el grado de control existente en nuestros pacientes muy ancianos y la aparición de eventos cardiovasculares y mortalidad en dos años.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo incluyendo a todos los pacientes de 80 años o más que ingresaron por cualquier causa en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital durante los meses de enero a abril de 2008. Recogimos el sexo, factores de riesgo cardiovascular, si eran hipertensos conocidos o no al ingreso, cifras de tensión arterial media durante el ingreso, tratamiento al ingreso, intensificación de tratamiento al alta y evolución a los dos años en cuanto a eventos cardiovasculares o fallecimiento.

Resultados: Analizamos un total de 45 pacientes hipertensos de los cuales 36 (80%) eran hipertensos conocidos, 18 (40%) hombres y 27 (60%) mujeres. La presencia de factores de riesgo cardiovascular fue diabetes 20%, dislipemia 33%, insuficiencia renal crónica 35,6%, tabaquismo 13,3% y obesidad 44,4%. Un 15,6% (7) de los pacientes tenía antecedente de cardiopatía isquémica y un 11,1% (5) de ictus previo. La media de presión sistólica fue de 132 ± 16 mmHg, máxima de 165 y mínima de 100 mmHg, la media de diastólica fue de 73 ± 10 mmHg, máxima de 95 y mínima de 55 mmHg. 14 (31,1%) pa-

cientes presentaron PAS ≥ 140 y 6 (13,3%) de ellos PAD ≥ 90 mmHg. A lo largo de los dos años posteriores 10 (22,2%) fallecieron y 2 (4,4%) presentaron Ictus, sin encontrar diferencias significativas entre el mal control tensional durante el ingreso y la aparición de evento cardiovascular o muerte posterior. A su ingreso estaban en tratamiento con IECA un 47,2%, ARAII 36,1%, diuréticos 63,8%, betabloqueantes 36,1%, calcioantagonistas 19,4% y alfa bloqueantes 8,3%. En los pacientes en que se intensificó el tratamiento por mal control los fármacos añadidos fueron IECA 43,7%, betabloqueantes 31,2%, diuréticos 25%, calcio antagonistas 18,7% y alfa bloqueantes 6,2%.

Conclusiones: El factor de riesgo cardiovascular más prevalente entre nuestros pacientes mayores de 80 años es la obesidad seguido de la Insuficiencia renal crónica y la dislipemia. Un 31,1% de nuestros pacientes muy ancianos presentan cifras de PAS elevadas y un 13% presentan cifras altas de PAD. El tratamiento antihipertensivo mayormente prescrito son los diuréticos en un 63,8% de los hipertensos conocidos, seguido por IECAS (47,2%) y ARAII y betabloqueantes ambos con un 36,1%. Al alta el fármaco añadido más frecuentemente en los pacientes que requieren intensificación del tratamiento son los IECA en un 43,7%. No hemos encontrado diferencias entre el control óptimo tensional durante el ingreso y el desarrollo de eventos o muerte posteriores. Tal vez realizando un control más estricto de las cifras de TA en este grupo de pacientes evitaríamos complicaciones vasculares futuras disminuyendo además reingresos.

230. EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN VARÓN DE 27 AÑOS

M.I. Poveda García¹, M.A. Esteban Moreno², M.C. Prados Soler¹, M.D. del Pino Pino¹, R. Garófano López¹ y M.A. Baena López¹

¹UGC Nefrología; ²UGC Medicina Interna, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Caso clínico: Varón de 27 años sin antecedentes personales de interés, no alergias medicamentosas conocidas. Refiere cefalea de carácter pulsátil fronto-occipital de un mes de evolución sin otra sintomatología acompañante. En el servicio de Urgencias se objetiva TA: 220/130 mmHg, FC: 90 lpm. Al realizar analítica presenta un deterioro severo de la función renal no conocido previamente precisando realización de hemodiálisis de urgencia a través de catéter yugular temporal derecho y posterior ingreso en servicio de Nefrología. Exploración y pruebas complementarias: exploración física por órganos y aparatos sin hallazgos significativos. Hemograma: hematíes: 273.000 mm³, Hb: 7,9 g/dl, Hto: 22,3%, leucocitos: 6.830/mm³, plaquetas 112.000/mm³. Bioquímica: urea 206,4 mg/dl, creatinina: 13,83 mg/dl, LDH: 680 mg/dl, fósforo: 7,12 mg/dl, B2 microglobulina: 19.449, PTHi: 68 ng/dl. Orina 24 h: proteinuria 4,80 g/24h, diuresis: 2.000 cc/24h. Juicio clínico: emergencia hipertensiva. Diagnóstico diferencial: la presencia de cifras tensionales por encima 220/130 mmHg junto con deterioro de la función renal nos llevó al diagnóstico de emergencia hipertensiva. Se practicó estudio de fondo de ojo donde se evidenció retinopatía hipertensiva grado III/IV que junto con fallo agudo de la función renal, hematuria y proteinuria confirmó el diagnóstico HTA maligna. El estudio de autoinmunidad (IgG IgA, IgM, ANCA, ANA, C3 y C4) se encontraba dentro de parámetros de la normalidad por lo que se desestimó existencia de vasculitis. Así mismo el estudio hormonal (noradrenalina, adrenalina y dopamina en orina 24 h, ácido vanilmandélico, aldosterona y actividad de renina) fue normal descartándose la presencia de feocromocitoma. Para descartar HTA origen vasculorenal se realizó ecografía doppler de arterias renales obteniendo trazado de ondas de flujo normal. Finalmente sospechando posible nefropatía glomerular se realizó biopsia ecodirigida renal percutánea donde se obtuvo diagnóstico de glomerulonefritis crónica de dis-

tribución segmentaria y focal con presencia de semilunas epiteliales y fibrosas probablemente en el contexto de una nefropatía IgA.

Discusión: La nefropatía mesangial IgA es la glomerulonefritis primaria más frecuente en casi todo el mundo teniendo mayor prevalencia en varones y a partir de los 40 años. Tiene varias formas de presentación siendo la más frecuente las alteraciones urinarias asintomáticas como la proteinuria no nefrótica y microhematuria (41%) la hematuria macroscópica ocupa el 14% de los casos junto con el síndrome nefrótico. Alrededor del 12% de los casos debuta con cuadro de fracaso renal agudo y tan solo el 2% de los afectados por inician el cuadro de hipertensión arterial con características de HTA maligna como ocurre en nuestro caso. El interés de este caso radica en el reconocimiento y estudio de HTA maligna en una persona joven que puede enmascarar patologías renales tan importantes como la nefropatía mesangial IgA. Por todo lo anterior es preciso realizar diagnóstico precoz ante HTA maligna para evitar la afectación de diversos órganos diana de manera irreversible.

231. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RENOVASCULAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES

M.A. Esteban Moreno¹, M.I. Poveda García², F.J. González Martínez², C. Maldonado Úbeda¹, S. Domingo Roa¹ y G. Parra García¹

¹UGC Medicina Interna; ²UGC Nefrología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Propósito del estudio: La estenosis de arteria renal aterosclerótica es una causa reconocida de insuficiencia renal y de hipertensión arterial secundaria. Los importantes avances en la última década en cuanto a pruebas de imagen, tratamiento médico y técnicas de revascularización renal han cambiado de forma sustancial el panorama de la enfermedad renovascular. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las características clínicas y terapéuticas de una cohorte de paciente diagnosticados de HTA renovascular definida como hipertensión sistémica resultante de una afectación de la arteria renal, frecuentemente debida a lesiones oclusivas de las arterias renales principales, sometidos a arteriografía \pm angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de un periodo comprendido entre enero de 2000 y octubre de 2010, de un cohorte de pacientes con sospecha de HTA renovascular a los que se sometió a arteriografía diagnóstica. Se analizó el grado de estenosis, la indicación de realización de angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis, posteriormente el control de tensión arterial y la necesidad de disminución o supresión de fármacos antihipertensivos.

Resultados: Se realizó arteriografía de la arteria renal a 52 pacientes, el 47% tenían estenosis no significativa menor del 70% (25 pacientes) y 53% estenosis mayor del 70% (27 pacientes). Analizando la localización: En pacientes con estenosis menor del 70%: 16 pacientes presentaron estenosis arteria renal izquierda (64%), 3 pacientes en arteria renal derecha (12%), 6 pacientes estenosis bilateral (24%) En pacientes con estenosis mayor del 70%: 18 pacientes con estenosis unilateral izquierda (67%) y 9 pacientes con estenosis bilateral (33%). Se realizó implantación de endoprótesis en el 88% de los casos de estenosis significativa mayor del 70% (23 pacientes). La necesidad de tratamiento farmacológico antihipertensivo después de la intervención tuvo una reducción media estadísticamente no significativa de 1,8 fármacos ($p > 0,05$). De los 23 pacientes que fueron sometidos a intervención revascularizadora de arteria renal (uni o bilateral), el 53% (12 pacientes) siguieron

precisando tratamiento antihipertensivo posterior a la revascularización.

Conclusiones: La realización de angioplastia transluminal percutánea con implantación de endoprótesis no demostró mejoría estadísticamente significativa de reducir tratamiento antihipertensivo. El fracaso de la respuesta clínica a la revascularización, debe buscarse no solo en causas relacionadas con la técnica, sino en la selección de pacientes, la precisión en el diagnóstico y la existencia de daño parenquimatoso renal.

232. VALOR PRONÓSTICO DE LA MAPA EN HIPERTENSIÓN REFRACTARIA

J. Redón¹, R. Oltra¹, C. González¹, E. Rodilla², F. Martínez¹, E. Solaz¹, J.V. Lozano¹ y J.M. Pascual²

¹Unidad de Hipertensión, Medicina Interna, Hospital Clínico, INCLIVA, Universidad de Valencia, Valencia. ²Medicina Interna, Hospital de Sagunto, Valencia.

Introducción: Los estudios pronósticos de la MAPA de 24 horas se han realizado considerando un solo registro al inicio del periodo de observación. Sin embargo, a lo largo del tiempo los valores de PA pueden cambiar por múltiples circunstancias. El objetivo fue evaluar si los valores de MAPA obtenidos de forma repetida muestran un valor pronóstico superior a las medidas clínicas en pacientes con HTA refractaria.

Métodos: Se incluyeron hipertensos que cumplieran los criterios de: a) PA > 150/95 mmHg en tres determinaciones durante tratamiento con 3 o más fármacos, bien combinados y con dosis adecuadas; b) al menos 6 meses de seguimiento. La MAPA se repitió cada 2 años. Se valoró el tiempo para desarrollar un accidente cardiovascular definido por ictus o TIA, infarto de miocardio, descompensación de insuficiencia cardíaca, o enfermedad vascular periférica. Para evaluar el valor pronóstico se utilizó el análisis de riesgo proporcional de Cox variado por tiempo.

Resultados: De un total de 456 pacientes evaluados, 386 (edad media 62 años), cumplieron los criterios de exclusión y se realizaron 898 MAPAs. 47 pacientes sufrieron eventos, pero solo se consideraron aquellos que fueron el primer evento en cada paciente, un total de 32 (16 evento coronario agudo, 10 ictus, 5 enfermedad vascular periférica, 1 insuficiencia cardíaca) lo que representa 2,5 eventos/100 pacientes/año. Los factores determinantes del riesgo de sufrir un evento fueron: enfermedad vascular previa 7,35 (IC95% 6,75-27,1), glucemia basal 2,72 (IC95% 1,37-6,76) y la PAS 24 horas 2,04 (IC95% 1,03-4,33). Ningún otro parámetro de la MAPA ni de PA clínicas resultó con significación estadística.

Conclusiones: La MAPA repetida en el tiempo ofrece un valor pronóstico superior a las PA clínicas. Solo la media de las 24 horas resultó con valor predictivo.

233. PREVALENCIA DETECTADA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN CENTRO DE SALUD, SU COMPARACIÓN CON LA PREVALENCIA ESTIMADA EN LA POBLACIÓN GENERAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL CONTROL DE ESTE TIPO DE PACIENTES

A.A. Rodríguez Fernández¹, G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso¹, A. Ruiz de Loizaga Arellano¹, G. Arnaiz García¹, E. López de Uralde Pérez de Albéniz¹, M.L. Alarcia Ceballos¹, X. Calderón Santamaría¹, M.T. Hernández Sotés¹ y A. Chena Alejandro²

¹Comarca Araba-Osakidetza, Vitoria-Gasteiz. ²Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Conocer la prevalencia de HTA, su comparación con las prevalencias estimadas en la población general y la repercusión

que el déficit de detección produce en el control de los pacientes HTA esperados.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el C.S. Olaguibel (40.132 usuarios) en el 2010 y en el que se obtienen las prevalencias de HTA y la actividad de cribado efectuada para obtener la prevalencia en nuestro centro de salud. Posteriormente se comparan los datos con la prevalencia estimada, y se calculan los déficit de atención al total de pacientes con HTA esperados.

Resultados: Cribado HTA (población > 14 años): 40,37%. Prevalencia obtenida (respecto a la estimada): 59,58%. Déficit de atención en las poblaciones detectadas y estimadas. Estudio analítico realizado sobre los detectados: 70,16%. Estudio analítico realizado sobre los esperados: 41,80%. Control periódico realizado sobre los detectados: 51,17%. Control periódico realizado sobre los esperados: 30,49%. Estudio ECG realizado sobre los detectados: 67,25%. Estudio ECG realizado sobre los esperados: 40,07%. Buen control HTA sobre los detectados: 39,77%. Buen control HTA sobre los esperados: 23,69%.

Conclusiones: Los datos reflejan unos resultados claramente mejorables en las actividades de proceso y de control de la HTA. Este problema es agravado por la escasa prevalencia detectada, motivada por el escaso cribado realizado, traduciendo una desatención muy alta de los pacientes esperados. Las medidas correctoras pasan por el aumento de la detección de HTA, para posteriormente intensificar las actividades de proceso para el control de nuestros pacientes.

234. ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO. EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA. EXPERIENCIA EN 5 AÑOS

C. Rosado Rubio¹, C. González Álvarez¹, P. Fraile Gómez¹, M. L. Álvarez Alejandro¹, R. López de La Fuente², R. Díez Bandera³, P. Vicente Prieto⁴, J. L. Lerma Márquez¹, P. García Cosmes¹ y C. Lucas Álvarez¹

¹Servicio de Nefrología; ³Medicina Interna III, Hospital Universitario, Salamanca. ²CS Santa Elena, Zamora. ⁴CS Miguel Armijo, Salamanca.

Propósito del estudio: La hipertensión arterial se manifiesta en la gestación de cuatro formas diferentes: preeclampsia, hipertensión crónica, hipertensión crónica complicada con preeclampsia e hipertensión gestacional. Nuestro objetivo es describir la patología relacionada con la HTA en las pacientes gestantes de nuestro centro hospitalario en los últimos 5 años.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo durante el período 2005 a 2010, de las gestantes con estados hipertensivos del embarazo seguidas en nuestro servicio. Se registraron las características epidemiológicas, clínicas y la evolución, tanto de la madre como del feto. Las variables se expresan como media \pm desviación estándar.

Resultados: En el período de estudio se diagnosticaron de estados hipertensivos relacionados con el embarazo (EHE) un total de 20 pacientes, con una media de edad de $33,9 \pm 4,8$ años. El trastorno hipertensivo fue objetivado en el embarazo número $2,26 \pm 1,59$. Todas las pacientes fueron ingresadas por elevación de la presión arterial, con cifras comprendidas entre $160,6 \pm 21,12$ mmHg de sistólica y $102,15 \pm 12,11$ mmHg de diastólica. La estancia media de ingreso fue de $13,8 \pm 9,32$ días. Todas las pacientes ingresaron en la planta de Ginecología, donde fueron evaluadas por el servicio de Nefrología. El 60% fueron diagnosticadas de preeclampsia, de ellas, el 58,3% tenían proteinuria en rango nefrótico. El 20% presentaron insuficiencia renal aguda, que se resolvió en todos los casos. El 10% presentaban hipertensión crónica y el 40% no tenían cuantificada proteinuria. No se dio ningún caso de eclampsia. El 70% de embarazos finalizaron mediante cesárea, de esos fetos el

21,4% presentaban CIR, registrándose el 5% de abortos. El 20% presentaron síndrome de HELLP. El 40% eran nulíparas. El 15% eran embarazos gemelares. Preeclampsia de inicio temprano: 60% (antes de la semana 34).

Conclusiones: En nuestro estudio, los EHE complican las gestaciones de mujeres ańosas. Suelen ser preeclampsias de reciente comienzo, que se resuelven espontáneamente una vez finalizada la gestación, estando las pacientes normotensas al alta. El elevado número de preeclampsias de reciente comienzo puede ser la causa del elevado porcentaje de cesáreas y de CIR encontrados. No hemos diagnosticado ningún caso de eclampsia, aunque sí de síndrome de HELLP. Al contrario de lo expuesto en la literatura, las complicaciones hipertensivas se dan menos en mujeres nulíparas y el embarazo gemelar no parece estar relacionado con una mayor incidencia de preeclampsia.

235. CRISIS HIPERTENSIVAS. EXPERIENCIA CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA EN EL HOSPITAL DE SALAMANCA EN 5 AÑOS

C. González Álvarez¹, C. Rosado Rubio¹, P. Fraile Gómez¹, M.L. Álvarez Alejandre¹, R. López de la Fuente², R. Díez Bandera³, P. Vicente Prieto⁴, J.L. Lerma Márquez¹ y P. García Cosmes¹

¹Servicio de Nefrología; ³Medicina Interna III, Hospital Universitario, Salamanca. ²CS Santa Elena, Zamora.

⁴CS Miguel Armijo, Salamanca.

Propósito del estudio: Realizamos un estudio observacional descriptivo que incluyó a todos los pacientes ingresados en nuestro centro hospitalario diagnosticados de crisis hipertensiva, durante el período 2005- 2010.

Métodos: Analizamos la epidemiología, los factores de riesgo vascular acompañantes, la clínica y la evolución del episodio. Las variables se expresan como media + desviación estándar.

Resultados: Durante el periodo de estudio 2005-2010, ingresaron en nuestro centro hospitalario 49 pacientes, 28 varones y 21 mujeres, con el diagnóstico de crisis hipertensiva. La edad media fue de 63 ± 16,18 años. Las presiones sistólica y diastólica al ingreso fueron respectivamente de 221,71 ± 20,56 y 121,06 ± 19,46 mmHg. La estancia media hospitalaria fue de 9,02 ± 8,01 días. Los pacientes presentaban los siguientes factores de riesgo vascular: Dislipemia (44,9%), DM tipo 2 (38,8%), HTA previa (81,6%), hábito tabáquico (38,8%). Previo al ingreso por crisis hipertensiva, el 8,2% había sido diagnosticado de hipertensión arterial secundaria a estenosis bilateral de las arterias renales. En cuanto a las consecuencias a largo plazo de la hipertensión arterial, el 18,4% tenían antecedentes de accidente cerebrovascular, el 59,2% presentaban hipertrofia del ventrículo izquierdo (medida mediante ecocardiograma), el 53,04% presentaba retinopatía hipertensiva (grado I 14,28%, grado II 20,4%, grado III 18,36%), el 40,8% de los pacientes presentaba insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis, de los que el 10% recibían tratamiento renal sustitutivo mediante hemodiálisis. El filtrado glomerular medio fue de 66,2 ± 49,2 ml/min (medido por MDRD y Cockcroft). La manifestación clínica más frecuente fue la cefalea, presente en el 61,2% de pacientes, seguida por dolor precordial, en el 24,5%, el 4,1% presentaron la combinación de ambos eventos, y el 10,2% no tuvieron ninguna manifestación clínica.

Conclusiones: Las crisis hipertensivas son trastornos relativamente frecuentes en nuestro medio, dándose con más frecuencia en hipertensos de larga evolución, que presentan lesiones de órganos diana. En nuestra serie, la hipertensión secundaria es muy poco frecuente, siendo lo común que las crisis hipertensivas se produzcan sobre una hipertensión esencial. En nuestra experiencia, en la clínica no se distingue entre urgencias y emergencias, puesto que toda elevación de la presión arterial por encima

de 190/110 mmHg es ingresada para monitorización de las cifras tensionales de manera estrecha. Un mejor control ambulatorio de las cifras tensionales podría disminuir la incidencia de estos trastornos, evitando así los ingresos hospitalarios derivados de ellos.

236. CRISIS HIPERTENSIVA. ¿LO HACEMOS BIEN?

M.V. Pérez López, D. Rosillo Castro, J.F. Moreno Sánchez, E. Polozhaev, J.A. Rivas Báez, J.L. Bauset Navarro y P. Piñera Salmerón

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: El abordaje terapéutico de las crisis hipertensivas (CH) en los Servicios de Urgencias es básico; las guías clínicas no aconsejan reducciones de las cifras tensionales mayores al 25%. Con los nuevos criterios planteados en una revisión publicada en la revista "Emergencias" del 2010, se debe diagnosticar como CH aquel paciente con cifras de tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 180 mmHg y/o tensión arterial diastólica (TAD) ≥ 120 mmHg, sin afectación de órganos diana.

Propósito del estudio: Describir la actitud diagnóstica y terapéutica en pacientes con CH que acuden al servicio de urgencias de nuestro hospital.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Nuestro Servicio de Urgencias atiende una media de 300 pacientes al día, siendo el hospital referencia de una población total de 210.000 usuarios. En el año 2009 se atendieron un total de 1.106 urgencias con diagnóstico al alta de CH, seleccionándose 672 por cumplir los criterios referidos en la definición. Las variables a estudio fueron: edad, sexo, analítica realizada en urgencias (bioquímica, hemograma, coagulación y enzimas cardíacas), radiografía (RX) de tórax y ECG, TAS y TAD a su llegada y al alta y el porcentaje de descenso de las cifras tensionales, así como el tratamiento empleado. Tiempo de estancia en urgencias y destino final. Si reconsultaron en menos de 72h y si presentaron un evento cardiovascular en menos de un mes. El análisis de los datos se realizó con el programa PASW Statistics 18.

Resultados: De nuestros 672 pacientes, el 65,5% eran mujeres y el 34,5% hombres. La media de edad era de 64,44 años. Al 75,3% se les realizó ECG, al 66,8% hemograma y bioquímica básicas, con coagulación en el 32,3% y enzimas cardíacas en el 29,5%; RX de tórax en un 36,6%. La media de la TAS a su llegada era de 202 y TAD 100,9 siendo al alta TAS 154,4 y TAD 81,7. En un 44%, se redujeron las cifras TAS en más de un 25% y hasta en un 29% en el caso de la TAD. El 98,4% recibieron tratamiento siendo los más usados captopril 25 mg un 64,7%, diazepam 5 mg 24,4% y lorazepam 1 mg 23,5%. Precizaron tras nueva toma de tensión arterial un segundo fármaco un 31,7%, los fármacos más empleados en este segundo escalón fueron el captopril 25 mg 18%, la furosemida 20 mg 6,7% y el lorazepam 1 mg 6,1%. Necesitaron un tercer escalón un 8,8% de los pacientes, indicándose captopril 25 mg en un 3,6%, furosemida 20 mg en un 2,5% y lorazepam 1 mg en 1,8%. El tiempo medio de estancia fue de 146,8 minutos. Fueron dados de alta un 94,8% de los pacientes, permanecieron en observación un 4,2% e ingresando un 0,9%. Reconsultaron en menos de 72 horas por el mismo motivo un 5,7%. Tuvieron un evento cardiovascular en menos de 1 mes cuatro enfermos, ACV.

Conclusiones: La mayoría fueron mujeres en torno a los 65 años. La prueba diagnóstica más realizada fue el ECG. Tanto el captopril 25 como el lorazepam son usados como fármacos de elección en las tres secuencias terapéuticas. La furosemida se reserva para el segundo y tercer escalón. Cerca de la mitad de los atendidos en el caso de la TAS, se disminuyó en exceso las cifras de tensión arterial. Casi el 95% de nuestros pacientes son dados de alta desde ur-

gencias y menos del 1% precisan ingreso. El número de reconsultas fue escaso al igual que los eventos cardiovasculares en menos de un mes.

237. DOCTOR, AYER ME SUBIÓ LA TENSIÓN Y FUI A URGENCIAS

D. Rosillo Castro¹, T. Martín Casquero¹, M.V. Pérez López¹, M. García Palacios¹, B. Santaolalla Jiménez², R. Dus¹, J.A. Rivas Baez¹ y E. Polozhaev¹

¹CS Vistabella, Murcia. ²Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Propósito del estudio: Describir la actitud seguida con los pacientes de nuestro centro de salud vistos en urgencias hospitalarias con diagnóstico de crisis hipertensivas, diferenciando entre pacientes con HTA conocida y no.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Nuestro Centro de Salud es urbano y atiende a 22.000 pacientes. En el año 2009 se atendieron en nuestro hospital de referencia 1.106 urgencias con diagnóstico al alta de crisis hipertensivas, 107 correspondieron a pacientes de nuestro centro. Las variables a estudio fueron: edad, sexo, consulta posterior en centro de salud, diagnóstico previo de HTA. De los ya diagnosticados analizamos tratamiento de base, si se produjeron modificaciones del tratamiento y control por enfermería en el momento de la crisis y al año. De los que no tenían diagnóstico previo: si se diagnóstico, tratamiento inicial y controles de enfermería al inicio del diagnóstico y al año. El análisis de los datos se realizó con el programa PASW Statistics 18.

Resultados: De nuestros pacientes, el 65,4% eran mujeres y el 34,6% hombres. La mitad de nuestros pacientes eran menores de 65 años. Tenían diagnóstico previo de hipertensión el 74,8% de los pacientes vistos en urgencias. El 55,5% de los pacientes acudieron a consulta de su médico de atención primaria a informarles de lo acontecido. De los pacientes ya hipertensos acudieron el 45% de los que no tenían diagnóstico previo acudieron el 85%. Con respecto a los pacientes ya diagnosticados de HTA que acudieron a posteriori al centro de salud: el 72,2% eran mujeres y el 66,7% eran mayores de 65 años; 2 pacientes habían abandonado el tratamiento; el 53% llevaban un solo fármaco de base. El fármaco más usado eran los ARA II, un 55,9%, seguido de los diuréticos con un 53,9%, IECAs 23,5%, betabloqueantes 16,3%, alfabloqueantes 11,8%, antagonistas del calcio (ACA) 5,9%. Se produjeron modificaciones en el tratamiento de base en 35,3% pacientes. Seguían controles en el centro de salud el 35,3% y al año el 41,2%. Iniciaron controles el 27% de los pacientes no controlados. Con respecto a los que no tenían diagnóstico previo de hipertensión que consultaron a su médico de familia: el 60,9% eran mujeres, el 65% menores de 65 años. Fueron diagnosticados de HTA el 87% de estos. El 65% inició tratamiento con un solo fármaco. Los fármacos usados fueron ARA II 60%, IECAs 30%, diuréticos 20%, betabloqueantes 20%, ACA 10%. Iniciaron controles el 55,5% de los pacientes y al año lo continuaban el 50%.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes eran mujeres en torno a los 65 años. Tan solo la mitad acudieron a consulta, habiendo diferencia entre los diagnosticados previamente y no, de los primeros acudieron la mitad y de los no diagnosticados casi el 90%. La mitad de los pacientes con HTA conocida llevaban solo un fármaco pese a que las guías recomiendan un mínimo de 2, y solo se les añadió un nuevo fármaco al 35% del total de pacientes. El número de paciente con controles de su tensión era escaso, solo un tercio, y aún así al año solo un 10% más eran controlados. Los pacientes de nuevo diagnóstico inician en su mayoría el tratamiento con un solo fármaco, y la mitad inicia y mantiene controles de su tensión periódicos en nuestro centro de salud.

238. RELEVANCIA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

J. Segura de la Morena¹, V. Moñivas Palomero², J.A. García Donaire¹, C. Cerezo Olmos¹, L. Fernández López¹, L. Guerrero Llamas¹ y L.M. Ruilope Urioste¹

¹Unidad de Hipertensión Arterial, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

²Servicio de Cardiología, Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

La fibrilación auricular (FA) es la principal arritmia en países industrializados. La hipertensión arterial es la principal causa de FA, y la combinación de hipertensión y FA se asocia con un incremento del riesgo de enfermedad cerebrovascular. La prevalencia de FA en la población general es del 1%, pero se incrementa hasta el 9% en pacientes mayores de 80 años. Se estima que dicha prevalencia puede verse incrementada en las próximas décadas debido al envejecimiento de la población, a la mejora en los tratamientos relacionados con la prevención cardiovascular y a la mayor supervivencia de los pacientes con enfermedad cardíaca. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de FA en una cohorte de pacientes hipertensos seguidos en nuestro centro al menos durante un año entre 1975 y 2010, así como los factores relacionados con la presencia de dicha FA, tanto desde el momento basal, como durante el seguimiento. Se han analizado 7924 pacientes (edad media $60,7 \pm 14,7$ años [rango 18-97], 53,7% mujeres) con un seguimiento medio de $8,1 \pm 6,5$ años [rango 1-33]. De ellos, 308 (3,9%) presentan FA: 111 (1,4%) presentan FA desde su primera visita (FABasal) y otros 199 (2,5%) la desarrollaron durante el seguimiento (FAseg). En los pacientes con edades por debajo de 40 años, entre 40-49, 50-59, 60-69 o mayores de 69 años, la prevalencia de FA fue 0,4%, 0,8%, 2,5%, 6,3% y 8,4%, respectivamente ($p < 0,001$). Entre los hombres, dichos porcentajes fueron 0,7%, 1,2%, 2,8%, 6,9% y 6,3%, respectivamente, y 0,0%, 0,4%, 2,2%, 5,8% y 9,6% en las mujeres ($p < 0,001$ en ambos subgrupos). Los pacientes con FA presentaban una mayor edad, más obesidad y diabetes, cifras de presión arterial sistólica más elevada y un mayor número de fármacos antihipertensivos. También mostraban una mayor prevalencia de hipertrofia ventricular izquierda, un aumento de la excreción urinaria de albúmina, un menor filtrado glomerular y una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular. Los factores relacionados con la presencia de FABasal fueron la edad (odds ratio [OD] 1,058, intervalo de confianza al 95% [IC95%] 1,034-1,082, $p < 0,001$), la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (OR 2,315, IC95% 1,416-3,785, $p < 0,001$) y de enfermedad cardiovascular previa (OR 3,923, IC95% 2,395-6,427, $p < 0,001$). Los factores relacionados con FAseg fueron la edad (OD 1,074, IC95% 1,054-1,094, $p < 0,001$), el índice masa corporal (OD 1,047, IC95% 1,010-1,086, $p = 0,013$), la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (OR 2,077, IC95% 1,392-3,099, $p < 0,001$) y de enfermedad cardiovascular previa (OR 2,574, IC95% 1,752-3,784, $p < 0,001$). En conclusión, tanto la FABasal con la FAseg son hallazgos frecuentes en los pacientes con hipertensión arterial, relacionados con la edad, la presencia de lesión orgánica y de enfermedad cardiovascular previa.

239. FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL MALIGNA: EVOLUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y DE LA FUNCIÓN RENAL EN 40 MESES DE SEGUIMIENTO

C. Viñolo López, P. Segura Torres, F.J. Borrego Utiel, P. Pérez del Barrio, E. Merino García, J. Borrego Hinojosa y A. Liébana Cañada

Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Objetivos: Analizar la forma de presentación y la evolución de los pacientes con hipertensión arterial maligna.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, donde recogimos pacientes diagnosticados de hipertensión arte-

rial maligna desde mayo/1993-enero/2010. Recogimos clínica asociada, pruebas diagnósticas de imagen, biopsia renal, tensión arterial, bioquímica de sangre y orina, tipo y número de hipotensores en momento basal, al alta del ingreso y final del seguimiento.

Resultados: Tenemos un total de 31 pacientes analizados. Hombrs 90,3%. Edad media $39,0 \pm 7,4$ años. Tiempo de seguimiento $40,3 \pm 35,2$ meses. Diabéticos 6,5%. Tabaquismo activo 41,9%. La clínica asociada al diagnóstico fue: neurológica 45,2%, visión borrosa 38,7%, gastrointestinal 38,7%, cardiológica 22,6%, edema agudo de pulmón 12,9%, microangiopatía trombótica 12,9% y epistaxis 6,5%. Respecto al fondo de ojo el 60% tenían edema de papila. El 33,3% eran hipertensos previos. En el ECG 7 pacientes mostraban datos de hipertrofia ventricular izquierda y 2 pacientes isquemia miocárdica y en 5 era normal. En 20 pacientes se realizó ecocardiografía donde el 89,5% tenían cardiopatía hipertensiva. La RMN cerebral se realizó a 3 pacientes y solo 1 mostraba datos de isquemia cerebral. En los 7 pacientes en los que se hizo TAC craneal fue normal. Se realizó biopsia renal a 11 pacientes, de los cuales 3 era compatible con cuadro glomerular, 7 con nefroangiosclerosis maligna y en 1 la muestra fue insuficiente. En 15 pacientes fue necesario iniciar hemodiálisis, de los cuales en 3 mejoró la función renal, 7 se trasplantaron y 5 siguen en diálisis. Los que iniciaron diálisis mostraban peor función renal en el momento del diagnóstico con mayor Cr basal (HD si $10,2 \pm 4,7$ vs no $3,3 \pm 2,1$ mg/dl; $p < 0,001$) y menor MDRD abreviado (HD si $8,4 \pm 6,4$ vs si $28,4 \pm 13,3$ ml/min/1,73 m²; $p < 0,001$). El 69% mostraban presión pulso > 65 mmHg. Tras tratamiento se controla la tensión arterial tanto al alta (TAS basal 207 ± 24 vs alta 132 ± 12 ; $p < 0,001$; TAD basal 132 ± 22 vs alta 84 ± 10 ; $p < 0,001$) como al final del seguimiento (TAS basal 202 ± 37 vs final 124 ± 19 ; $p < 0,001$; TAD basal 129 ± 28 vs final 81 ± 13 mmHg; $p < 0,001$; Presión pulso basal 73 ± 20 vs final 43 ± 11 ; $p < 0,001$) y mejora la función renal (Cockcroft basal $38,2 \pm 22,9$ vs final $56,1 \pm 30,7$ ml/min/1,73 m²; $p = 0,003$; ClCr orina 24h basal $28,6 \pm 18,7$ vs final $60,4 \pm 35,3$ ml/min; $p = 0,02$; MDRD abreviado basal $23,9 \pm 14,5$ vs $36,3 \pm 19,4$; ml/min/1,73 m²; $p = 0,004$). Al final del seguimiento el tratamiento es ARA II 84,2%, antagonista del calcio 63,2%, IECA 47,4%, beta-bloqueante 42,1%, alfabloqueante 42,1%, diurético 42,1%, alfa-beta-bloqueante 5,3% y estatinas el 55,6%.

Conclusiones: 1. Es posible un adecuado control de la tensión arterial en pacientes con hipertensión arterial maligna que se mantiene en el tiempo. 2. En pacientes con hipertensión arterial maligna e insuficiencia renal que no requiere diálisis mejora la función renal tras controlar la tensión arterial. 3. En pacientes con hipertensión arterial maligna la necesidad de realizar diálisis parece un criterio de mal pronóstico, siendo poco frecuente la recuperación de la función renal.

240. EN LA FASE AGUDA DEL ICTUS EL PATRÓN CIRCADIANO DE FRECUENCIA CARDÍACA PREDICE EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES

A. Espino Montoro¹, M.C. González Fernández², F. Villalba Alcalá³, L. Castilla Guerra¹, A.B. Romero Cañadillas², A. Cabrera Bonilla², F. Pasan García³, J. Pla Madrid³, E. Carmona Nimo¹ y J. Marín Martín¹

¹Servicio de Medicina Interna; ²Unidad de Investigación, Hospital de La Merced, Osuna. ³CS de Osuna, Sevilla.

Introducción: Un estudio reciente (Eguchi et al. J Hypertens 2009) demuestra que existe una correlación independiente de riesgo vascular con un incremento de 2.4 veces más, cuando la relación de la frecuencia cardíaca diurna/nocturna es menor del 10%, estableciendo así el concepto del patrón "non dipper" de frecuencia cardíaca como riesgo cardiovascular.

Propósito del estudio: Investigar dentro de un grupo de pacientes con ictus agudo si el patrón de frecuencia cardíaca es mejor predictor de riesgo de mortalidad que el patrón nictameral de presión arterial tras colocar un MAPA de 24 horas a los pacientes y ver su mortalidad en los primeros 60 días del evento agudo.

Métodos: Estudio de cohorte. De forma consecutiva y durante 1 año se seleccionaron a 135 pacientes que ingresan con ictus agudo confirmado con dos TAC craneales (urgencias y tras 48-72 horas). Se realizó historia clínica y en el plazo de 24-48 horas se programó la colocación de un Holter de PA (Spacelabs 70209) para medir la presión arterial sistólica, diastólica, frecuencia cardíaca y presión del pulso durante 24 horas realizando medidas cada 20 minutos en la fase diurna y cada 30 minutos en la fase nocturna. A todos los pacientes se les hizo un seguimiento y se consideró exitus precoz a aquellos pacientes que fallecieron antes de los 60 días del evento agudo.

Resultados: De los 135 pacientes ingresados, 51 eran mujeres y 84 varones con una edad media de $70,9 \pm 11,2$ años. El tipo de ictus fue isquémico en el 87,8% de los casos y el 12,8% era hemorrágico. Las mediciones de presión arterial con MAPA fueron las siguientes: TAS de $136,7 \pm 20$ mmHg y TAD de $78,7 \pm 11,8$ mmHg. El patrón nictameral de la TA en la fase aguda del ictus fue de 42,2% riser, 45,2% non dipper, 11,1% dipper y 1,5% dipper extremo. Los pacientes con patrón anómalo tuvieron la TA más elevada con respecto a los dipper. Hubo una mortalidad del 16,3% en la fase aguda (60 días). Respecto a TAS, TAD y FC todos los pacientes que fallecieron en la fase aguda del ictus tenían patrón nictameral anómalo. Se estableció una relación entre los patrones de PA y FC con la escala canadiense en la fase aguda y se pudo observar que existía también una correlación muy significativa entre patrones alterados y los peores valores de la escala. Observamos una correlación de los pacientes que fallecieron en fase aguda con los patrones de FC, TAS y TAD muy significativo ($p < 0,0001$, $p < 0,02$ y $p < 0,001$, respectivamente).

Conclusiones: La presencia de un patrón nictameral anómalo de frecuencia cardíaca tras MAPA-24h predice mejor el exitus del paciente en la fase aguda del ictus que el patrón nictameral de presión arterial sistólica.

241. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE ALISKIREN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

B. Zalduendo Guadilla, A. Ceyaleta Zamacona, J. Molina del Río, M. Rodrigo de Tomás y V.O. Fernando

Hospital Donostia, San Sebastián.

Introducción: La hipertensión arterial en pacientes con IRC en estadios avanzados (estadio \geq Vb) en programa de hemodiálisis es muy prevalente, según las distintas series, entre un 60- 80%. Se ha demostrado que la hipertensión en pacientes en hemodiálisis, se asocia a un mayor riesgo de morbi-mortalidad, a hipertrofia ventricular izquierda y aterosclerosis acelerada, siendo la primera causa de mortalidad la de origen cardiovascular. Aliskiren es un nuevo fármaco antihipertensivo, inhibidor directo de la renina que ha demostrado su eficacia y seguridad antihipertensiva tanto en monoterapia como en combinación, en pacientes hipertensos y especialmente en pacientes con IRC por nefropatía diabética (estudio AVOID), siendo esta la primera causa de entrada en diálisis en nuestro medio.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad del uso de Aliskiren en pacientes hipertensos en programa de hemodiálisis crónica, en dosis de 150 o 300 mg, en combinación con terapia antihipertensiva estándar. Como objetivo secundario evaluar la incidencia de hipotensión y la cuantificación de eventos cardiovasculares durante el periodo de seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo que estudia 15 paciente hipertensos con IRC en hemodiálisis crónica estable (> 6 meses en programa), en tratamiento con Aliskiren, en se-

guimiento durante 1 año. Se determinaron TAS y TAD (4 tomas por sesión) incluyendo en el estudio las tensiones del día intermedio de la semana, para evitar que la ganancia de peso interfiriese en los resultados, frecuencia cardiaca, niveles de potasio sérico, hemoglobina y hematocrito mensual. Además se ha tenido en cuenta si el paciente mantenía diuresis residual (límite 500 ml/24h). El valor registrado fue la media de las determinaciones a los 3, 6, 9 y 12 meses de los parámetros anteriormente referidos. Se ha reflejado en el estudio la aparición de eventos cardiovasculares durante el periodo de seguimiento del mismo.

Resultados: La edad media fue de 65 ± 10 años. La media las tensiones sistólicas fue 174/78 al inicio, 141/69 a los 3 m, 141/74 a los 6 m, 139/66 a los 9 m y 140/70 al finalizar el estudio. La media de tratamientos antihipertensivos en asociación con Aliskiren fue de 93,6% con 3 o 4 fármacos y 6,4% con 2 fármacos. 6 pacientes eran diabéticos y 9 no diabéticos. No diferencias de control de tensión entre los 2 grupos. El 66% de los pacientes mantenían diuresis residual > 500 cc/24h. La media de los niveles de K sérico medido fue de 5,379 a los 3 meses, 4,94 a los 6m, 5,092 a los 9 meses y 5,108 a los 12 meses no produciéndose ningún caso de hiperK grave. Buena tolerancia del fármaco únicamente reportando 1 episodio de angina de pecho en paciente con cardiopatía severa previa.

Conclusiones: Aliskiren ha mostrado ser eficaz y seguro como antihipertensivo en combinación con otros antihipertensivos en pacientes con IRC en HD, sin aumentar significativamente las cifras de potasio sérico.

Síndrome metabólico, prediabetes y diabetes

242. RELACIÓN ENTRE OBESIDAD CENTRAL Y RESISTENCIA A LA INSULINA

A. Aragonés Calvo, R. Márquez Pardo, M. Pérez Pelayo, S. Gallego Rodríguez, M. Blanca Martínez-Barbeito, V. Alcázar Lázaro, T. López del Val, P. Martínez de Icaya Ortiz de Urbina y C. García Lacalle

Hospital Severo Ochoa, Leganés.

Introducción: Las personas que cumplen criterio de obesidad ($IMC > 30$ kg/m²) presentan un aumento de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular. Así mismo, aún sin cumplir criterio de obesidad por IMC, las personas con obesidad central (perímetro cintura $PC \geq 100$ en varones y ≥ 88 en mujeres) presentan también aumento de la morbi-mortalidad cardiovascular. El objetivo del estudio es relacionar la presencia de obesidad central con el grado de sensibilidad a la insulina en personas sin diabetes y valorar el papel patogénico de la resistencia a la insulina (RI) en los marcadores de riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron pacientes que acudieron a la consulta de endocrinología y nutrición del Área 9 para ser evaluados por cualquier patología endocrinológica, exceptuando pacientes con diabetes y/o glucemia basal alterada. Se evaluaron factores de riesgo cardiovascular (tabaco, alcohol, carga familiar de cardiopatía isquémica, TA y ejercicio físico), IMC, PC y determinaciones analíticas con cálculo del índice HOMA.

Resultados: De un total de 77 pacientes con una media de edad de $49,44 (\pm 13,7)$ años, el 33,8% fueron varones y el 66,2% mujeres. En cuanto al motivo de consulta el 74% fue para valoración ponderal, el 16,9% por patología tiroidea, el 2,6% por incidentaloma adrenal, y 6,5% por otros motivos. El porcentaje de pacientes fumadores fue 15,6%, con una media de $21,23 (\pm 16,1)$ cigarrillos al día, un 27,3% exfumadores y un 57,1% no fumadores. El 16,9% consumía alcohol de

manera habitual con una media de $32,39 (\pm 19,8)$ gramos de alcohol al día, el 7,8% lo hacía ocasionalmente y el 75,3% no consumía alcohol. El 42,3% realizaba ejercicio físico de forma habitual, siendo caminar a diario la actividad más realizada (63,6%). El 10,4% tenía antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. La media de TA sistólica fue de $133,14 (\pm 16,6)$ mmHg, y de TA diastólica $80,96 (\pm 9)$ mmHg, y el porcentaje de pacientes diagnosticados de HTA previa fue de 41,6%. El IMC medio del estudio fue $35,61 (\pm 6,2)$ kg/m². El PC medio fue $110,31 (\pm 14,1)$ cm. El índice HOMA medio fue $3,83 (\pm 2,5)$. Existió una relación positiva leve ($R = 0,283$), estadísticamente significativa ($p = 0,018$), entre los valores de IMC y el índice de HOMA. También existió una relación positiva leve ($R = 0,388$), estadísticamente significativa ($p = 0,01$), entre el PC y el índice HOMA.

Conclusiones: 1. Con los resultados del estudio se puede afirmar que a mayor grado de obesidad general y/u obesidad central tendremos mayor grado de resistencia insulínica, lo que conlleva mayor riesgo de padecer diabetes y/o eventos cardiovasculares a medio y largo plazo. 2. Si asumimos que existe una relación causal subyacente en esta asociación, la indicación de medidas dietéticas y ejercicio físico van a mejorar la esperanza de vida de nuestros pacientes.

243. RIESGO DE DAÑO RENAL EN HIPERTENSOS ASOCIADO A SÍNDROME METABÓLICO

B. Cancho Castellano¹, M.V. Martín Hidalgo-Barquero², M. Naranjo Arellano¹, B. Ruiz Jiménez² y M.T. Calderón Morales¹

¹Hospital de Zafra, Zafra. ²Hospital de Llerena, Llerena.

Propósito del estudio: Evaluar al paciente hipertenso esencial que padece síndrome metabólico (SM) puesto que esta asociación puede incrementar el daño vascular.

Material y métodos: Estudio de corte transversal, aleatorio, sobre una población de pacientes hipertensos esenciales atendidos en consultas externas de Nefrología de los hospitales de Zafra y Llerena. Se recogieron datos de 103 pacientes de las historias clínicas: sexo, edad, peso, talla, presión arterial, función renal, proteinuria y se diagnosticaron como síndrome metabólico aquellos que cumplían los criterios según ATP III. Fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 13.0. Se compararon frecuencias y medias.

Resultados: El 45,6% eran varones y el 54,4% mujeres. Del total de SM ($53/103$, 51,5%) no hubo diferencias entre sexos, 50,9% varones con SM y el 49,1% mujeres con SM (Chi-cuadrado, $p = 0,180$). La edad media de la muestra era de $58,54 \pm 16,25$ años. La edad media fue superior en el grupo de SM ($62,45 \pm 13,73$ vs $54,40 \pm 17,78$, $p = 0,011$). Los pacientes con SM presentaron un mayor peso corporal y mayor índice de masa corporal (IMC), peso ($87,04 \pm 13,14$ vs $75,34 \pm 13,03$, $p = 0,0002$); IMC ($32,64 \pm 4,98$ vs $27,29 \pm 6,5$, $p = 0,0002$). Al evaluar la presión de pulso (PP) no se encontró diferencias estadísticamente significativa, en el grupo con SM se apreció ligeramente superior ($69,98 \pm 19,59$ vs $66,13 \pm 22,93$, $p = 0,372$). Al evaluar la presión arterial media (PAM) se obtuvo un peor control tensional en el grupo de SM ($118,76 \pm 14,49$ vs $112,95 \pm 14,48$, $p = 0,049$). Los pacientes hipertensos con SM requieren más fármacos hipotensores para su control, ($2,65 \pm 1,23$ vs $2,04 \pm 1,01$, $p = 0,007$). Desde un punto de vista del interés nefrológico se obtuvo que el 47,2% de los pacientes que presentan SM tienen ER, sin embargo de los que no tienen SM un 27,13% presentan el daño renal, esta diferencia es significativa $p = 0,03$.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos que asocian SM son claramente más mayores y presentan un mayor peso e IMC. La PP y la PAM tiende a ser superior en este subgrupo encontrándose diferencia estadísticamente significativa para la PAM. El mayor número de fármacos hipotensores es evidente en este subgrupo de SM. Los datos de daño renal están presentes de forma significativa en este subgrupo de pacientes.