

Hipertensión clínica y comorbilidad

104. ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS MÉTODOS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

M. Abad-Cardiel¹, B. Álvarez-Álvarez², J.A. García-Donaire¹ y N. Martell-Claros¹

¹Unidad de HTA, IdISSC, HCSC, Madrid. ²CS Andrés Mellado, Madrid.

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa endocrinológica de HTA secundaria más frecuente. El cuadro típico, se definió en el contexto clínico de alcalosis metabólica asociada a hipopotasemia, producido por un adenoma adrenal. En la actualidad se reconocen entidades con morfología diversa, como la hiperplasia simple o nodular con afectación unilateral o bilateral. Se decidió estudiar la sensibilidad y especificidad de los diferentes métodos de imagen (tomografía axial computarizada vs gammagrafía con Iodo colesterol) para los diagnósticos definitivos de los pacientes que habían sido diagnosticados de HAP en la unidad HTA.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que habían sido diagnosticados de HAP en la Unidad de HTA del Hospital Clínico San Carlos, desde 1983 hasta marzo 2010. Se revisaron las características epidemiológicas, clínicas, las pruebas complementarias relevantes.

Resultados: Se estudió una cohorte de 157 pacientes, de ellos el 56,1% eran varones, con una media de edad de 56,9 (11,7) años. El IMC medio fue de 29 (4,9) kg/m². La PA previa al diagnóstico de HAP era de 156 (23,2)/90,1 (15) mmHg, que se redujo tras el tratamiento específico (médico o quirúrgico) a 128,9 (15)/76 (10,4) mmHg. La lesión de órgano diana más frecuente en la población fue la hipertrofia ventricular izquierda concéntrica, que aparece en un 69% de los casos. Diagnósticos más frecuentes por TAC: adenoma 28,3% (izquierdo 17,6, derecho 10,7), hiperplasia nodular bilateral 21,4%, hiperplasia simple bilateral 16%. Diagnósticos obtenidos por gammagrafía con colesterol marcado: hiperplasia bilateral 51,9%, el adenoma en un 19,5% (izquierdo 7,8, derecho 11,7). Cuando se completó el estudio mediante la realización de una toma de muestras supraseductivas en venas suprarrenales para el estudio de la lateralización de la secreción de aldosterona, los diagnósticos definitivos finales fueron: hiperplasia nodular bilateral (34,2%), hiperplasia simple bilateral (31,6%) y adenoma (17,4%). No encontramos concordancia entre las técnicas diagnósticas utilizadas, con un índice kappa de 0,00. La concordancia entre los diagnósticos obtenidos por TAC y venografía resultan en una sensibilidad del 91,3% y especificidad del 63,4% para el diagnóstico de adenoma, mostrando la gammagrafía una sensibilidad del 91,2% para la hiperplasia suprarrenal.

Conclusiones: La afectación adrenal bilateral es la más frecuente entre nuestra población, independientemente del método diagnóstico analizado. En los pacientes con HAP se debe realizar un estudio morfológico completo, y antes de plantear un tratamiento intervencionista se debe realizar una toma de muestras supraseductivas, pues sus resultados modifican de forma relevante el resultado obtenido por las técnicas de imagen usadas. Hasta un 10% de adenomas diagnosticados por TAC no lateralizan la secreción de aldosterona en la toma de muestras. La concordancia entre la TAC y la gammagrafía es muy baja, y se debe tener en cuenta que poseen sensibilidades muy diferentes para las distintas morfologías que pueden aparecer en la población diagnosticada de HAP.

105. ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO EN PACIENTES SEGUIDOS EN UNA UNIDAD DE HTA HOSPITALARIA

M. Abad-Cardiel¹, A. Barbero-Pedraz¹, J.A. García-Donaire¹, E. Rodilla², C. Sierra-Benito³ y N. Martell-Claros¹

¹Unidad de HTA, IdISSC, HCSC, Madrid. ²Unidad de HTA, Hospital de Sagunto, Sagunto. ³Medicina Interna, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: La realización de estudio hemodinámico no invasivo mediante bioimpedancia transtorácica utilizando el dispositivo HOTMAN®, permite conocer la situación de perfusión tisular de los sujetos. Se sabe que la hipertensión arterial viene determinada por tres moduladores hemodinámicos principales, que son: volemia, inotropismo cardíaco y vasoactividad. Nuestro objetivo es definir la situación hemodinámica de los pacientes seguidos en nuestra unidad, puesto que con estos datos podremos ofrecer una individualización del tratamiento antihipertensivo.

Métodos: Estudio transversal de pacientes hipertensos seguidos en la unidad de HTA del Hospital Clínico San Carlos, recogiendo datos epidemiológicos, del estudio hemodinámico y del número de fármacos que se utilizaban en el tratamiento de su HTA.

Resultados: Se revisaron 62 estudios hemodinámicos, el 61% en varones. La edad media era de 56 años. La PA braquial en decúbito, tomada durante la exploración fue 142/87 mmHg (rango de PAS de 93 a 240 mmHg, y de PAD 64-122 mmHg). La FC media fue de 71 lpm, con rango de 48-102 lpm. La hipervolemia es el modulador hemodinámico más frecuentemente alterado en el 87% de la población, y la segunda más frecuente es la vasoconstricción en el 50%. La perfusión tisular valorada por el Cardiac Index se encontraba reducida en el 62,9% de los pacientes, siendo normal sólo en el 25,8%. Cuando se valora el trabajo del ventrículo izquierdo mediante el Stroke Index estaba deprimido en 40% de los pacientes. Valorada la vasoactividad como el índice de resistencia vascular sistémica (SSVRI) se objetivó vasoconstricción en el 59,7% de los pacientes. La media de fármacos antihipertensivos era de 3,4 con rango de 1 a 6.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos tratados en nuestra U. HTA presentan una situación hemodinámica muy variada, aunque la alteración más frecuente es la hipervolemia. Este dato puede poner en tela de juicio la utilización de las bajas dosis de diuréticos en nuestros pacientes. La elevada frecuencia de reducción del Cardiac Index, que trasluce una mala perfusión tisular que encontramos en la población debe de ser una llamada de atención para los clínicos, puesto que en estos pacientes, el ajuste de tratamiento puede comprometer aún más la perfusión.

106. ¿CONOCEN NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS LOS OBJETIVOS DE CONTROL DE SUS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

J.A. Rivas, A.F. Navarro, L. Bocanegra, E. Burgos, J.A. Caballero, R. de Mena, E. Polozhaev, M. Lozano, M. Leal y J. Abellán-Alemán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia.

Objetivo: Analizar el nivel de conocimiento teórico de los objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes hipertensos.

Métodos: Para ello se diseña un estudio observacional transversal descriptivo, mediante encuesta de 23 ítems, donde se incluyen variables, como edad, sexo, antecedentes de diabetes, dislipemia, daño de órgano diana o enfermedad cardiovascular y conocimiento los objetivos de control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, tabaco, índice de masa corporal, hemoglobina glicada, perímetro de cintura y LDL colesterol). La muestra objeto de estudio

dio está compuesta por 100 hipertensos esenciales pertenecientes al Centro de Salud Murcia-San Andrés. El método de selección de los participantes fue aleatorio, mediante tabla de números aleatorios a los hipertensos que acudieron a la consulta médica del Centro de Salud.

Resultados: Los resultados obtenidos muestran que el 52% de la muestra seleccionada son varones vs 48% mujeres. La edad media de la muestra seleccionada fue de $64,9 \pm 8,2$ años. La presión arterial media fue de $132,5 \pm 16,3/78,21 \pm 9,3$ mmHg. El índice de masa corporal medio fue de $28,76 \pm 8,2$ Kg/m². Respecto al conocimiento de los valores objetivo de buen control de los diferentes factores de riesgo, se obtuvo que 78% decía conocer las cifras objetivo de la presión arterial. De eso el 38% dijeron la cifra correcta (PA sistólica ≤ 140 mmHg y diastólica ≤ 80 mmHg), el 21% dijeron una cifra superior a la correcta y el 41% inferior. Respecto al consumo de tabaco el 76% conocían el objetivo (ningún cigarrillo). En cambio el objetivo de control del peso (Índice de masa corporal ≤ 25 Kg/m²), diabetes (Hb glicada $\leq 6,5\%$) o LDL-colesterol (≤ 100 mg/dl) sólo era conocido por el 8% de los pacientes. La recomendación sobre el perímetro de cintura (≤ 102 en varones y ≤ 88 en mujeres) no es conocida por ningún paciente.

Conclusiones: 1) El grado de conocimiento de los objetivos de control de la hipertensión y factores de riesgo cardiovascular relacionados es muy deficiente. 2) Es necesario incidir en el conocimiento de los objetivos de control de la hipertensión y demás factores de riesgo cardiovascular que intervienen en la evolución de la misma.

107. HIPERTENSIÓN ARTERIAL: FACTOR DE RIESGO MÁS PREVALENTE EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEL OCTOGENARIO

S. Muñoz Troyano¹, M.A. Baena López², M.I. Poveda García³ y M.A. Esteban Moreno⁴

¹UGC Cardiología; ²UGC Nefrología; ³UGC Medicina Interna, Hospital Torrecárdenas, Almería. ⁴Urgencias, HARE El Toyo, Almería.

Objetivo: La enfermedad coronaria constituye una de las principales causas de morbimortalidad en los países desarrollados. El 83% de las muertes por enfermedad coronaria se producen en personas > 65, el 30%, en personas > 80 años y la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con SCA (con y sin elevación del segmento ST) es unas 10 veces superior en individuos > 80 años que en los < 65 años. Los pacientes ancianos que sufren un síndrome coronario agudo (SCA) de alto riesgo están escasamente representados en trabajos de investigación y guías de práctica clínica. El objetivo del trabajo es conocer las características del SCA de alto riesgo en pacientes de > 80 años.

Métodos: Estudio prospectivo descriptivo de una cohorte de 130 pacientes de > 80 años con SCA con y sin elevación del segmento ST de alto riesgo ingresados en la planta de Cardiología del Hospital Torrecárdenas. Se recogieron variables epidemiológicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. Se realizó un seguimiento durante el primer año del evento agudo valorando la mortalidad y morbilidad de estos pacientes (reingresos por angina, reinfarcto o insuficiencia cardíaca).

Resultados: La edad media era de $82,4 \pm 3,4$ años. El 62% eran varones. La hipertensión arterial era el factor de riesgo cardiovascular más frecuente (65,2%) y el angor el antecedente más común (28%). El 54,3% presentaban elevación del segmento ST. El 45% recibieron tratamiento de reperfusión (trombolisis y/o revascularización percutánea). 42,7% presentaban fracción de eyección conservada. La mortalidad por causa cardiovascular fue de un 24,2% y se

evidenció un alto porcentaje de reingresos durante el primer año (angina, reinfarcto o insuficiencia cardíaca) 22,4%.

Conclusiones: La hipertensión es el factor de riesgo predominante en la población octogenaria con cardiopatía isquémica. Existe una gran mortalidad y morbilidad asociada a la edad avanzada, asociado con la fragilidad de los pacientes y a una actitud más conservadora en relación a los tratamientos de reperfusión.

108. AVANCES EN LA INTERACCIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEFROLOGÍA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

N. Barrios García¹, K. Toledo Perdomo², A. Morales Umpiérrez² y B. Martín Urcuyo²

¹Atención Primaria; ²Nefrología, Hospital José Molina Orosa, Arrecife.

Objetivo: La elevada prevalencia de la enfermedad renal crónica (ERC) en la población general y la necesidad de una gestión óptima de los recursos han creado la necesidad de desarrollar una coordinación entre Nefrología y Atención Primaria. Desde la creación del documento de consenso SEN-semFYC (2007) se ha avanzado en la detección, tratamiento y manejo de los pacientes con ERC. No obstante, existen evidencias que nos muestran que la difusión, adaptación y aplicación de los documentos de consenso aún es materia de mejora. El objetivo de nuestro estudio fue la creación de una línea de derivación consensuada sobre manejo compartido de ERC entre Atención Primaria y Nefrología creando una consulta de rápida resolución. Nos propusimos además realizar un subanálisis y protocolizar la derivación de los pacientes con HTA que podrían beneficiarse de remisión a Nefrología, según las evidencias previas publicadas y adaptándolo a la demanda y recursos de nuestra Área de Salud.

Métodos: Se analizan los seis primeros meses desde la implantación de una consulta de rápida resolución (octubre-marzo de 2013) entre Nefrología y Atención Primaria para el manejo compartido de los pacientes con ERC. Se realizó una valoración semanal de todas las propuestas recibidas y selección como vía normal, preferentes o contestación virtual. Se analizaron las diferentes causas de remisión con especial énfasis en el paciente hipertenso. Posteriormente se ha divulgado el protocolo de manejo compartido mediante charlas en los distintos centros de salud y hospital.

Resultados: Se valoraron 289 propuestas. 256 se valoraron como presenciales, 26 se contestaron como no presenciales y 7 pacientes no acudieron a su visita. La edad media fue de $53,42 \pm 19,13$ años. 78,5% (201) eran propuestas procedentes de Atención Primaria, el resto de especialidades. El 40,2% (103) pacientes presentaban RCV Alto o ECV establecida. El 60,9% (156) eran HTA y el 23% (59) DM tipo 2. 14,5% (37) habían sido valorados previamente en CCEE de Nefrología en algún momento de su evolución. El motivo principal de consulta fue ERC estadio 3 (41%). La segunda causa en frecuencia fue la HTA (12,5%), seguida de la microhematuria y/o proteinuria (21,9%). De 256 propuestas presenciales se dio el alta en la primera visita a 151 (58,9%), en la segunda visita a 45 (17,5%) y quedaron en seguimiento por nefrología 60 (23,4%). Las principales causas de retorno de solicitudes: ERC estadio 1 a 3 39,8% (101), HTA no secundaria ni refractaria 9,8% (25), 16,5% (42) microhematuria no dismórfica y/o cociente alb/cr < 500 mg/g. Este manejo ha permitido disminuir la lista de espera que ascendía a más de un año a menos de un mes para pacientes vía normal y menos de diez días para preferentes.

Conclusiones: Mejora de los criterios de derivación entre atención primaria y especialidades a Nefrología. Optimización de los

recursos disminuyendo la lista de espera para valoración por Nefrología. Adaptación y divulgación de un protocolo de consenso actualizado sobre ERC y sus FRCV*** relacionados enfocado a Atención Primaria y adaptado a la demanda-recursos de nuestra Área de Salud. *Protocolo para manejo compartido de la ERC 2013. Hospital José Molina Orosa.

109. ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE LA TELOMERASA COMO PREDICTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

P. Sánchez Calderón¹, C. Ortiz Cortés¹, M.D. Rivas Gandara², F.J. Garcipérez de Vargas Díaz¹, M.V. Mogollón Jiménez¹, Y. Porras Ramos¹, L.E. Lezcano Gort¹, J.J. Gómez Barrado¹, R.M. Porro Fernández¹ y J.M. Vega Fernández¹

¹Servicio de Cardiología; ²Laboratorio de Análisis Clínicos, Unidad de Investigación, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Introducción: La telomerasa es un enzima reparador del telómero; éste sufre acortamiento con cada replicación del ADN, el acortamiento progresivo del telómero se asocia a la senescencia y envejecimiento celular. Estudios de pequeño tamaño han relacionado el acortamiento del telómero con el desarrollo de hipertensión arterial esencial y riesgo cardiovascular.

Objetivo: Analizar la actividad de la telomerasa como predictor de hipertensión arterial esencial o riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio descriptivo transversal que analiza la actividad de la telomerasa, determinada mediante absorbancia en leucocitos de sangre periférica, en una muestra de 67 pacientes distribuidos en tres grupos en función de su riesgo cardiovascular: Grupo 1: 21 individuos sanos; Grupo 2: 20 individuos con factores de riesgo cardiovascular (FRCV); Grupo 3: 26 individuos con enfermedad cardiovascular (ECV) establecida.

Resultados: Hubo más varones que mujeres (V 65,7% vs M 34,3%). La edad media fue de 54,2 ± 15,34 años (sanos 43,38 ± 14,01; FRCV 56,15 ± 12,29; ECV 63,04 ± 12,95). La prevalencia de FRCV fue: HTA 53,7% (FRCV 75%; ECV 80,8%), dislipemia 55,2% (FRCV 85%, ECV 76,9%), diabetes mellitus tipo 2 32,8% (FRCV 65%, ECV 50%), tabaquismo: no fumadores 59,7% (sanos 100%, FRCV 45%, ECV 38,5%), exfumadores 29,9% (sanos 0%, FRCV 30%, ECV 53,8%), fumadores 10,4% (FRCV 25%, ECV 7,7%). La actividad de la telomerasa en leucocitos de sangre periférica fue: sanos (0,772 ± 0,436), FRCV (0,840 ± 0,145), ECV (0,816 ± 0,117) (p > 0,05).

Conclusiones: En nuestro estudio no se encontró diferencia estadísticamente significativa de la actividad de la telomerasa entre pacientes con FRCV o ECV establecida respecto a los individuos sanos. Tampoco se encontró diferencia significativa entre la activi-

dad de la telomerasa de los pacientes hipertensos y los voluntarios sanos. Estos resultados parecen establecer que la actividad de la telomerasa, determinada mediante absorbancia en leucocitos de sangre periférica, no es un buen predictor de hipertensión arterial esencial o riesgo cardiovascular.

110. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y REINCORPORACIÓN LABORAL TRAS UN EPISODIO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

E. Calvo Bonacho¹, C. Catalina Romero¹, M.A. Sánchez Chaparro², P. Valdivielso Felices², M. Cabrera Sierra¹, C. Fernández Labandera¹, M. Ruiz Moraga¹, J.C. Sainz Gutiérrez¹, L.M. Ruilope Urioste³ y A. González Quintela⁴

¹Ibermutuamur (Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 274), Madrid. ²Hospital Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga. ³Unidad de Hipertensión, Departamento de Nefrología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Departamento de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Objetivo: Analizar la asociación entre el retorno al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal (IT) por enfermedad cerebrovascular y los factores de riesgo cardiovascular previos (FRCV).

Métodos: Estudio de una cohorte de 485 pacientes trabajadores que iniciaron un episodio de IT debido a enfermedad cerebrovascular (códigos CIE-9-MC 430-437), seleccionados del estudio ICARIA (Ibermutuamur Cardiovascular Risk Assessment). Se analizó la asociación entre variables demográficas, laborales, los FRCV previos y el retorno al trabajo después del episodio de enfermedad cerebrovascular. Se realizaron análisis bivariados (chi cuadrado) y multivariados (regresión logística).

Resultados: El 71,1% de los sujetos regresó al trabajo después del episodio de IT por enfermedad cerebrovascular, el 26,6% recibió una incapacidad permanente y un 2,3% falleció. La mediana de años de vida laboral perdidos a causa de la incapacidad permanente o la muerte se estimó en 12 años. Tras el análisis multivariante, los siguientes FRCV continuaron asociados con una mayor probabilidad de regreso al trabajo después del episodio de enfermedad cerebrovascular: ausencia de hipertensión previa (OR 2,49 IC95% 1,48-4,19), condición de no fumador (OR 2,45 IC95% 1,52-3,95) y ausencia de diabetes previa (OR 1,96 IC95% 1,18 a 3,26) (tabla).

Conclusiones: La ausencia de FRCV antes de padecer un episodio de enfermedad cerebrovascular, se asocia con mejor pronóstico en

Tabla Comunicación 110. Asociación (regresión logística) de los factores de riesgo cardiovascular con el retorno al trabajo en una cohorte de trabajadores con un episodio de incapacidad temporal por enfermedad cerebrovascular

Variable	n	OR cruda (IC95%)	p-valor	n	OR ajustada* (IC95%)	p-valor
Hipertensión	454			448		
No	197	2,87 (1,82-4,50)	< 0,001	194	2,49 (1,48-4,19)	0,001
Sí	257	1		254	1	
Tabaquismo	464			458		
No	192	2,32 (1,50-3,59)	< 0,001	191	2,45 (1,52-3,95)	< 0,001
Sí	272	1		267	1	
Diabetes mellitus	458			455		
No	367	2,38 (1,48-3,83)	< 0,001	364	1,96 (1,18-3,26)	0,009
Sí	91	1		91	1	

*Ajustado por sexo, edad, ocupación, tipo de contrato, nivel de ingresos, la relación con las condiciones de trabajo y la situación laboral al finalizar el periodo de incapacidad temporal.

cuanto al retorno al trabajo. En la medida en que están relacionados significativamente con el resultado funcional, el control de la hipertensión, el tabaquismo y la diabetes deberían constituir objetivos importantes de la rehabilitación multidisciplinar y de los programas de prevención secundaria y terciaria, después de un episodio de enfermedad cerebrovascular.

111. MIDODRINA EVITA LA HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA DE PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS CON MÚLTIPLES FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

R. Cabrera Solé¹, C. Turpin Lucas¹, S. García Ruiz¹, L. Urrera Rivera¹, E. Seguí Moya² y M. Aguilera Saldaña¹

¹Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

²Facultad de Medicina de Albacete, Albacete.

Introducción: En muchas ocasiones, el médico se ve obligado a reducir o suspender dosis de medicamentos antihipertensivos que por otra parte mantienen controladas correctamente dichas tensiones, pero que en determinados pacientes ocasiona mareos, síncope u otros síntomas, principalmente al adoptar ciertas posturas como levantarse bruscamente o agacharse, ocasionadas por bajadas bruscas de tensión arterial con sus correspondientes consecuencias. Hay evidencias que el uso de midodrina, podría evitar dichos eventos.

Objetivo: Valorar el uso de midodrina para evitar episodios de hipotensión ortostática en pacientes con tratamiento antihipertensivo.

Métodos: Hemos estudiado a 46 pacientes diabéticos con hipertensión moderada (20 mujeres y 26 varones, 68 ± 7 años de edad), que recibían al menos 2 fármacos antihipertensivos ($2,5 \pm 1,1$ de media) y que habían tenido al menos 1 episodio, en los últimos 3 meses de síncope o mareos atribuibles a hipotensión ortostática al levantarse, agacharse o con otros movimientos. A todos ellos se les realizó un estudio con mapa al ser incluidos y al final del seguimiento, se les administró midodrina 5 mg, 1-2 veces al día añadido al mismo tratamiento que previamente tomaban y se les siguió telefónicamente durante 12 meses y en visita médica cada 6 meses para valorar sus síntomas. Al final del seguimiento se valoraron los signos y síntomas: mareos, síncope, visión borrosa, bajadas de tensión medidas por el paciente, provocados en las mismas circunstancias en las que previamente habían aparecido y se evaluaron las tensiones arteriales sistólicas y diastólica (TAS, TAD), frecuencia cardíaca diurna y nocturna (FCD, FCN) medidas por MAPA al inicio y al final del tratamiento con midodrina. Los resultados los exponemos en la tabla.

Conclusiones: Siendo la hipotensión ortostática una complicación relativamente frecuente en pacientes hipertensos con medicación, según nuestros datos, la midodrina podría ser utilizada con bastante eficacia en aquellos pacientes con síntomas frecuentes de ortostatismo, sin necesidad de modificar de forma significativa la medicación, si ésta medicación está suficientemente bien ajustada para mantener cifras tensionales adecuadas. Además, la midodrina, a dosis correctas, no muestra efectos adversos sobre la TA ni la FC de estos pacientes.

112. HTA COMO FACTOR DE RIESGO MÁS DESTACADO EN PACIENTES QUE SUFREN PCR. ESTUDIO DE PCR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Capín Sampedro, L. Fernández García, M.L. García Pérez, E. Velasco Alonso, E. Díaz Peláez, J. Rozado Castaño, S. Colunga Blanco, A. Fidalgo Iglesias, F. López Iglesias y C. Moris de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivo: Conocer los principales factores de riesgo, determinantes y la evolución de los pacientes diagnosticados de parada cardio-respiratoria (PCR) en nuestro medio.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de PCR (al ingreso en el hospital y/o en las UCI) entre 1 de enero 2010 y 31 de diciembre de 2011. Se revisan 153 historias, de las cuales sólo corresponden a PCR real 135 pacientes (86%).

Resultados: En el 74% de los casos la etiología fue cardiológica ($p < 0,0131$), 80% PCR extrahospitalaria (domicilio y lugar público) y 20% intrahospitalaria. De los cuales 113 varones (73,8%) y 43 mujeres (27%). La edad oscila 19 y 90 años, media 63 años. Las mujeres 5 años de media mayores que hombres ($p < 0,059$). Entre los factores de riesgo destaca la HTA, principal factor que se encuentra en más de la mitad de la muestra, 67% de los casos: 53% de los pacientes habían sido diagnosticados con anterioridad, 14% restante se diagnosticó durante el ingreso hospitalario. Como segundo factor de riesgo más importante se encuentra el tabaquismo 42% de los casos, seguido de diabetes mellitus diagnosticada en el momento del evento, 26% de los pacientes y dislipemia presente en el 22% de los mismos. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo, observando que los varones eran más fumadores y bebedores, sin embargo, presentaban con menos frecuencia HTA. Del total de pacientes hipertensos, un 27% eran varones frente al 40% de mujeres. El 53% de los casos presentaban antecedentes de cardiopatía previa (coronarios 25,3%, patología valvular 10%, 5% miocardiopatía dilatada, 5% miocardiopatía hipertrófica, enfermedades congénitas 1%). El ritmo inicial en la mayoría de los pacientes fue fibrilación ventricular en 83% de los casos, frente a un 20% con asistolia. Se realizó cateterismo en el 89% de los casos, objetivando lesiones coronarias en el 54% de todos los pacientes. El tiempo de parada y la atención corrió a cargo de personal entrenado en el 92% de los casos, con tiempo mayor en las PCR domiciliarias respecto a las ocurridas en lugares públicos o las intrahospitalarias, el tiempo medio de reanimación fue de 14 minutos. Aunque las diferencias no llegan a ser significativas parece que las mujeres se encontraban con más frecuencia en el ámbito hospitalario en el momento del evento. El pronóstico fue malo con una supervivencia en el ingreso del 41% y con recuperación total 3% de todos los pacientes. En la evolución se observa vida independiente en sólo el 30% de los pacientes, siendo grandes dependientes el 54% de los mismos. La estancia media en caso de exitus fue de 5 días, la mayoría de los éxitos acontecen en pocos días después del evento, el 50% no sobreviven al segundo día. En el 11% de los supervivientes se decidió implantación de DAI.

Conclusiones: El principal FR presente en la mayoría de pacientes que sufren una PCR es la HTA. Se confirma que un porcentaje de la población HTA no es conocedora de su patología, observando un

Tabla Comunicación 111.

Datos	Dosis midodrina (mg)	TAS	TAD	FCD	FCN	Síntomas (% de P)
Inicio	$5,4 \pm 2$	99 ± 3	79 ± 5	72 ± 9	64 ± 3	100%
Final	$8,5 \pm 1,5$	$107 \pm 3^*$	81 ± 3	78 ± 6	67 ± 3	11%*

*Valor de $p \leq 0,05$.

predominio en mujeres. La PCR tiene mal pronóstico a corto y medio plazo, ocurren fundamentalmente en pacientes con cardiopatía previa, de ahí la importancia del control de los FRCV.

113. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE (HTR) Y OBESIDAD EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA ESPAÑOLA. PRESCAP 2010

S. Cinza Sanjurjo¹, M.A. Prieto Díaz², V. Barrios Alonso³, E. Carrasco Carrasco⁴, J. Polo García⁵ y V. Pallarés Carratalá⁶

¹Centro de Salud de Porto do Son, Xerencia Xestión Integrada Santiago de Compostela, Porto do Son. ²CS Vallobín-La Florida, Oviedo. ³Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁴CS Abarán, Murcia. ⁵CS Casar de Cáceres, Cáceres. ⁶Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón.

Objetivo: Conocer la prevalencia de HTR y su asociación con obesidad en la población hipertensa española.

Métodos: Estudio transversal y multicéntrico, que incluyó hipertensos de 18 años o más atendidos en el ámbito de la Atención Primaria. Se consideró HTA resistente (HTR) a la persistencia del mal control de la presión arterial en pacientes tratados con al menos tres fármacos, siendo uno de ellos un diurético.

Resultados: De los 12.961 pacientes hipertensos del estudio PRESCAP 2010, 962 (7,4%) cumplían criterios de (HTR), de ellos, el 51% eran mujeres y tenían una edad media (DE) de 68,8 (11,4) años. Los pacientes con HTR presentaron mayor edad (68,80 (10,69) años vs 66,06 (11,44) años, $p < 0,001$), mayor prevalencia de obesidad (55,2% vs 38,6%, $p < 0,001$), mayor perímetro abdominal (103,90 (13,89) cm vs 99,32 (13,69) cm, $p < 0,001$) y mayor prevalencia de DM (48,3% vs 29,5%, $p < 0,001$). En el análisis multivariante mediante regresión logística, muestra que las variables que mostraron asociación con la HTR fueron el ejercicio físico, PAS, antigüedad de HTA, IMC, LDL-c, triglicéridos y creatinina.

Conclusiones: En el registro PRESCAP, los pacientes con HTR presentan mayor obesidad, perímetro abdominal y menor actividad física.

114. PREVALENCIA DEL QT CORREGIDO ALARGADO ENTRE LOS ELECTROCARDIOGRAMAS REALIZADOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

M. Domínguez Velasco, A.F. Galván Salas, E.M. Valdés Morte, P. Gabriel Escoda y L. Mengual Martínez

Centro de Atención Primaria (ICS), Badia del Vallès.

Objetivo: Conocer la prevalencia del QT corregido alargado entre los electrocardiogramas realizados en un centro de Atención Primaria y su relación con enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Revisión del total de electrocardiogramas realizados con el mismo equipo (General Electric MAC 1200 ST) desde el 1 de octubre de 2012 al 31 de enero de 2013. Se registraron las siguientes variables: alargamiento del QT corregido (≥ 450 ms en hombres y ≥ 460 ms en mujeres), edad, sexo, patologías cardiovasculares asociadas y toma de fármacos relacionados (antiarrítmicos, betabloqueantes, antihistamínicos, antifúngicos, antiparasitarios, antibióticos, antipsicóticos). Análisis por SPSS.

Resultados: Analizamos el total de 271 ECG realizados durante el periodo mencionado, encontrando 57 con un QT corregido alargado (21,03%). El 50,87% corresponden a hombres y el 49,13% son mujeres y la edad media corresponde a 67 años (DE 14). Del total de los pacientes con QT corregido alargado el 17,5% tomaban algún fármaco de los relacionados. Entre ellos el 70,2% eran hipertensos, el 47,4% diabéticos, el 43,9% dislipémicos, 10,5% tenían enferme-

dad vascular cerebral, 10,5% cardiopatía isquémica, 8,8% taquicardias, el 7% insuficiencia renal crónica, el 5,3% vasculopatía periférica y ninguno había presentado síncope. De los que tienen un QT corregido normal el 42,2% son hombres y el 57,8% mujeres y la edad media es de 64 años (DE 14). Entre ellos el 69,4% eran hipertensos, el 45,1% dislipémicos, el 39,8% diabéticos, 20,3% tomaban alguno de los fármacos relacionados, el 7,3% cardiopatía isquémica, el 7,3% tenían enfermedad vascular cerebral, 6,8% insuficiencia renal crónica, el 6,3% vasculopatía periférica, el 6,3% taquicardias, y un 1% habían presentado síncope.

Conclusiones: La prevalencia de QT corregido alargado en nuestro estudio es similar a la de otros. No hemos encontrado relación significativa con la toma de los fármacos de riesgo. Sin embargo, sí hemos observado mayor prevalencia de QT corregido alargado entre los pacientes con mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares.

115. MANEJO HOSPITALARIO DE PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

M.A. Esteban Moreno¹, M.I. Poveda García¹, S. Muñoz Troyano¹ y M.A. Baena López²

¹Hospital Torrecárdenas, Almería. ²HAR El Toyo, Almería.

Introducción: Para evaluar el inicio de anticoagulación en nuestros pacientes debemos de considerar cada caso de forma individualizada y examinar de forma exhaustiva el riesgo/beneficio. Para ello, podemos ayudarnos de 2 escalas: Escala CHAD2DS2-VASc: nos ayuda a identificar los factores de riesgo de accidente cerebrovascular y embolización arterial y Escala HAS-BLED: nos indica el riesgo de sangrado de la profilaxis antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular. Puede ser útil para evaluar el riesgo/beneficio del inicio de tratamiento anticoagulante.

Objetivo: Analizar la comorbilidad y el riesgo de pacientes ingresados con fibrilación auricular en nuestro servicio, realizando una valoración global y estableciendo con ello el riesgo/beneficio de la anticoagulación oral en ellos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de junio de 2012 a junio de 2013 de pacientes con fibrilación auricular ingresados en el servicio de medicina interna del hospital Torrecárdenas de Almería. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 19.0.

Resultados: Se estudiaron 43 pacientes con fibrilación auricular crónica con una edad media de 83 años. La fibrilación auricular fue el motivo del ingreso en 10 casos (15%). De los 43 pacientes, 36 (85%) tenían alguna indicación para recibir tratamiento anticoagulante. Se indicó en anticoagulación oral con acenocumarol en 13 pacientes (30%), 17 enfermos (40%) recibieron antiagregantes y 13 enfermos no recibieron ni antiagregación ni anticoagulación (30%). A los mayores de 75 años se les administraron anticoagulantes con menor frecuencia ($p < 0,006$). Las únicas variables que se asociaron a la prescripción de anticoagulantes fueron la edad ≤ 75 años (OR: 6,15) y la existencia de valvulopatía (OR: 4,24).

Conclusiones: Se objetiva una infratilización del tratamiento anticoagulante. Tanto por la variabilidad de acción del acenocumarol como por la complejidad y la comorbilidad de los pacientes ancianos, estamos obligados a realizar una valoración de riesgo/beneficio de la anticoagulación oral en estos pacientes. Los anticoagulantes orales tienen un estrecho margen terapéutico que se ve afectado tanto por la introducción de alimentos como de nuevos fármacos, obligando a controles exhaustivos de los niveles en plasma. Si se considera que el paciente no debe ser anticoagulado, la antiagregación puede ser una alternativa, pero el beneficio es claramente inferior a la anticoagulación.

116. PERFIL CLÍNICO Y FACTORES ASOCIADOS AL CONTROL DE LÍPIDOS EN PACIENTES HIPERTENSOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

T. Gijón Conde, C. Rodríguez Martín-Millanes, M. Ramírez Ariza, P. Vilanova González, M. Serrano Sánchez, B. Artola Irazábal y A. Bárcena Dahl

Centro de Salud Universitario Cerro del Aire, Dirección Asistencial Noroeste, Majadahonda.

Objetivo: Las guías clínicas recomiendan como objetivo en lípidos cifras de colesterol-LDL < 100 mg/dl en pacientes con filtrado glomerular estimado (FGe) < 60 ml/min/m² y < 70 mg/dl si tienen enfermedad vascular asociada o FGe < 30 ml/min/m². El objetivo de este trabajo es conocer el perfil clínico y los factores asociados al control lipídico en pacientes hipertensos con insuficiencia renal crónica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes hipertensos con FGe < 60 ml/min/m² que acudieron a atención primaria en el área 6 de Madrid. Se analizaron factores de riesgo, comorbilidad cardiovascular asociada, tratamientos y consecución de objetivos en presión arterial (< 140/90 mmHg) y lípidos (c-LDL < 100 mg/l y < 70 mg/dl; c-HDL < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres y triglicéridos altos si cifras > 150 mg/dl).

Resultados: De 34.448 con registro adecuado se analizaron 4.860 pacientes con FGe < 60 ml/min/m². El 64,2% eran mujeres. La edad fue significativamente menor en varones (74,4 vs 77, 6 años). La proporción de factores de riesgo y la ratio varones/mujeres fue: obesidad 43,3% (38,7%/45,8%), hiperlipemia 43,3% (39,7%/45,3%), tabaquismo 3,7% (6,1%/2,3%) y diabetes 27% (30,2%/25,5%) (p < 0,001). La proporción de pacientes con comorbilidad cardiovascular asociada y su ratio varón/mujer fue: insuficiencia cardíaca 10% (9,7%/10,2%); ictus 9,4% (11,4%/8,2%); diagnóstico en la historia clínica de insuficiencia renal 21% (33%/14,5%); fibrilación auricular 14,6% (14,8%/14,5%) y arteriopatía 3% (5,1%/1,9%) (p < 0,001). El cumplimiento de objetivos y la ratio varón/mujer fue: en presión arterial 56,8% (57,7%/56,3%); el 28% tenían c-LDL < 100 mg/dl (34,4% vs 24,4%) (p < 0,001); el 28% de pacientes tenían c-HDL bajo (24% vs 30%) y el 30% los triglicéridos altos (32,2% vs 28,6%). En pacientes con FGe < 30 ml/min/m² el 15% tenían c-LDL < 70 mg/dl (18%/14%). Los factores asociados a buen control en lípidos (c-LDL < 100 mg/dl) fueron ser diabético (OR 2,5, IC 2,4-2,6), ser varón respecto a mujer (OR 0,73, IC 0,69-0,77), tener < 65 años (OR 0,75, IC 0,7-0,9), y tener identificado diagnóstico de hiperlipemia en historia clínica (OR 0,86, IC 0,82-0,91) (p < 0,001). En cuanto al tratamiento farmacológico la proporción y la ratio varón/mujer fue: 75,3% tomaban inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (78,8%/73,3%), 54% diuréticos (47%/58%); 25,8% betabloqueantes (27,7%/24,7%); 29,3% antagonistas del calcio (32,9%/27,3%). El 45% tomaban hipolipemiantes (48%/43%) y el 60,6% tomaban antiagregantes (64,6%/58%) (p < 0,000). Hubo mayor prescripción de IECAs y betabloqueantes en varones y diuréticos y ARA II en mujeres (p < 0,001).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de factores de riesgo y comorbilidad en pacientes hipertensos con insuficiencia renal con diferente perfil por género. Hay gran infradiagnóstico de la insuficiencia renal especialmente en mujeres ya que solo se identifican en la clínica 1 de cada 5 a pesar de tener FGe < 60 ml/min/m². Existe cumplimiento subóptimo de objetivos de c-LDL con significativamente mejores controles en varones. Hay igualmente infratratamiento en lípidos con significativamente mayor proporción de varones con prescripciones de fármacos hipolipemiantes. Parece necesario mejorar la identificación en la historia clínica de los diagnósticos de insuficiencia renal e hiperlipemias y/o identificar objetivos en lípidos, así como ponderar de forma igual el riesgo en varones y mujeres.

117. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO DE PROGRESIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH

A. González López¹, A. Chocarro Martínez², A. Nava Rebollo¹, B. Andrés Martín¹, H. Santana Zapatero¹, J. Diego Martín¹, C. Escaja Muga¹, H. Díaz Molina¹, F. Herrera Gómez¹ y J. Grande Villoria¹

¹Sección de Nefrología; ²Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Virgen de la Concha, Zamora.

Introducción: La terapia antirretroviral ha mejorado el pronóstico y la supervivencia de los pacientes infectados por el VIH. Esto posibilita el desarrollo de otras patologías como la enfermedad renal crónica (ERC). Existe un interés creciente por conocer la prevalencia y los factores de riesgo asociados a ERC en este grupo de pacientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ERC y factores de riesgo asociados en población infectada por el VIH.

Métodos: Estudio transversal de pacientes infectados por el VIH seguidos en Consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Zamora. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de la historia clínica. Se definió ERC según los criterios de la National Kidney Foundation: disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m² y/o proteinuria (A/CR > 30 mg/g) de forma persistente durante al menos 3 meses y/o proteinuria (A/CR > 30 mg/g) de forma persistente durante al menos 3 meses. El filtrado glomerular estimado (eGFR) fue calculado por MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) y CKD-EPI (Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration). La proteinuria fue medida por el cociente albúmina/creatinina en orina. HTA fue definida como: uso de medicación hipotensora o TA superior a 140/90 en al menos dos ocasiones.

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes, con edad media de 48 años, 153 (78,5%) eran varones y el seguimiento medio, 127 meses. La HTA fue diagnosticada en el 32,6%. Utilizando MDRD, 18 pacientes (9,2%) fueron diagnosticados de ERC, y con CKD-EPI 17 (8,7%). En el análisis univariante ERC se asoció con edad, HTA y nadir bajo de CD4. En el multivariante solo con HTA (p = 0,028) y nadir bajo de CD4 (p = 0,031).

Conclusiones: La prevalencia de ERC en pacientes infectados por el VIH fue del 9,2% utilizando MDRD y 8,7% utilizando CKD-EPI. La HTA multiplica por tres el riesgo de desarrollar ERC.

118. RELACIÓN ENTRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL SÍNDROME DEPRESIVO POST ICTUS

I. Gómez García, M. Abad Cardiel, J.A. García Donaire, B. Álvarez Álvarez, M. Fuentes Ferrer y N. Martell-Claros

Unidad de Hipertensión, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Se conoce que la presencia de clínica depresiva tras el ictus asciende hasta un tercio. Su aparición predice un aumento de morbimortalidad, de sufrir un segundo evento y empeora la capacidad de recuperación motora y muy frecuentemente se acompaña de deficiencia cognitiva. Los objetivos del estudio son: 1 establecer la prevalencia del sdr depresivo en una población de pacientes que han sufrido un ictus. 2 Tratamiento con antidepresivos entre los tres grupos de clínica depresiva según el Yesavage.

Métodos: Estudio transversal de pacientes con evento cerebrovascular ocurrido como mínimo seis meses antes de la evaluación. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y de valoración cognitiva.

Resultados: Se estudian 116 pacientes, 49,1% varones. Edad media 70,3 (11,5) años. El evento más frecuente fue el isquémico (42,3%) y habían padecido solo 1 evento el 62,9%. el 91,4% eran

hipertensos. El 69% de los hipertensos estaban controlados (PA < 140/90). Presentaban depresión el 56,9%. Encontramos depresión leve en el 32,8% y establecida en el 23,3%. Encontramos una correlación positiva y significativa ($p > 0,001$) entre el grado de depresión y el grado de dependencia valorado por Barthel. Igualmente, el test de minimal de Lobo es peor en pacientes con depresión establecida, mejorando en depresión leve y en no depresivos ($p = 0,03$). Un 20% de ellos estaban tratados con antidepresivos, un 27,6% con ansiolíticos y un 5,2% con neurolépticos, encontrando una asociación lineal entre el grado de depresión y el tratamiento psiquiátrico (neurolépticos: $p = 0,03$, antidepresivos: $p = 0,00$ y ansiolíticos: $p = 0,01$).

Conclusiones: Prevalencia de depresión post ICTUS es muy elevada incluso tras más de 1 año del evento. Muchos de los pacientes con depresiones ligeras no reciben tratamiento antidepresivo. El deterioro cognitivo puede estar mediado por la depresión de los pacientes.

119. EL MANEJO DEL PACIENTE CON ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ¿QUÉ PODEMOS MEJORAR?

A. Martínez Pastor¹, E. Rubio Gil¹, M.A. Martínez Navarro³, A. Martínez Navarro², L. Hernández Mariano¹, J. Soldo Rodríguez², N. Martínez Garre² y J. Abellán Alemán¹

¹Universidad Católica San Antonio, Murcia. ²Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Murcia Este y Murcia Oeste, Murcia. ³Gerencia de Área Oeste, Murcia.

Objetivo: Analizar el grado de cumplimiento del registro de los factores de riesgo vascular de los pacientes con ictus, con seguimiento en Atención Primaria de la Región de Murcia. Conocer el seguimiento y grado de control alcanzado de los distintos factores de riesgo vascular que presentan los pacientes con ictus.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, valorado a través de los registros en OMI (Programa informático de Historia Clínica informatizada utilizado en la totalidad de las zonas de salud del Servicio Murciano de Salud). Se seleccionaron 404 pacientes con ictus presentado entre 2003 y 2007 (muestra obtenida considerando la prevalencia y para un intervalo de confianza del 95% y precisión del $\pm 4,5\%$). Las variables analizadas fueron tipo de ictus, tiempo de evolución, factores de riesgo vascular registrados, enfermedades vasculares asociadas, grado de control de los factores de riesgo modificables y tratamiento utilizado.

Resultados: La edad media de los pacientes que sufrieron un ictus es de 72 años con un DT de $\pm 12,17$, aconteciendo en las mujeres a edades más avanzadas. Existe un infraregistro de los distintos FRV con relación a los diagnósticos que se pueden obtener de las variables registradas en la historia clínica, observándose, según el registro de episodios abiertos: un 77% de hipertensión, un 41,83% de diabetes, un 35,64% de dislipemia, un 22% de obesidad y un 9% de tabaquismo. Con relación al grado de control de los distintos FRV, según las guías europeas, la PAS está controlada en el 53,7%, la PAD en el 83,3% (ambas en el 52%), LDL-colesterol (< 80 mg/dl) el 21%, HbA1c el 41% y no fuman el 91%. Un 2,5% de los pacientes con ictus tenían un control óptimo de todos los FRV.

Conclusiones: La calidad del registro de la historia clínica utilizada en Atención Primaria es mejorable en aspectos referentes al tipo del ictus, y factores de riesgo vascular. El grado de control de los FRV en prevención secundaria del ictus se aleja de las recomendaciones de las guías. Al analizar el conjunto el control de los FRV el grado de control es mínimo. Se precisan estrategias para optimizar el control de estos pacientes de muy alto riesgo vascular.

120. COMORBILIDAD ENTRE HTA, HIPOTIROIDISMO, DIABETES Y DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Medvedeva¹, E. Trillo Calvo², C. Pérez Marco³ y N. Edo Fernández⁴

¹Centro de Salud Actur Sur, Zaragoza. ²Centro de Salud Calanda, Zaragoza. ³Centro de Salud Parque Goya, Zaragoza. ⁴Centro de Salud Arrabal, Zaragoza.

Objetivo: Analizar la comorbilidad entre FRCV (tabaquismo, HTA, DM) depresión e hipotiroidismo en ámbito de atención primaria (AP).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, multicéntrico. La muestra se obtuvo de forma aleatoria de un total de 300 individuos de tamaño muestral de 3.578. Se analizó según edad, sexo, patología asociada. El análisis estadístico incluyó promedios, porcentajes, intervalo de confianza, razón de momios, χ^2 .

Resultados: La comorbilidad se presentó con más frecuencia en mujeres con hipotiroidismo (80%), depresión (70%), y en varones con tabaquismo (81%): en cuanto a las edades el grupo de la edad con más prevalencia de hipotiroidismo fue 18-44 años con un 98% de los casos. 40% de los casos con depresión y 50% de los pacientes fumadores también ocurrieron en la misma franja de la edad. Al evaluar asociaciones de comorbilidades de pacientes con depresión destaca alta prevalencia FRCV (HTA 15%, DM 28%, obesidad 12%). Existió asociación estadísticamente significativa entre DM y depresión. El porcentaje de pacientes diabéticos con depresión fue 60%, y entre los no diabéticos estaban 18% ($p 0,04$), razón de momios 4,93.

Conclusiones: 1. Alta prevalencia de FRCV en mujeres con hipotiroidismo y depresión de edad media. 2. Fuerte asociación entre diabetes y depresión.

121. CLASIFICACIÓN DE LOS HIPERTENSOS SEGÚN LOS GRUPOS DE RIESGO CLÍNICO (CRG) EN UN ÁREA SANITARIA

L. Mengual Martínez¹, J.M. Bonet Simón², J. Sevilla Merino², A.F. Galván Salas¹ y M. Domínguez Velasco¹

¹CAP Badia del Vallès ICS, Badia del Vallès. ²Servicio de Atención Primaria Vallès Occidental ICS, Sabadell.

Objetivo: El Grupos de Riesgo Clínico (CRG) es una herramienta que nos permite agrupar a los pacientes según su morbilidad asociada, y nos facilita analizar diferentes apartados asistenciales. El objetivo de nuestro estudio es conocer los CRG de todos los pacientes hipertensos diagnosticados de nuestra área.

Métodos: Del total de 465.429 habitantes de un Área Sanitaria tenemos 65.883 registros de hipertenso diagnosticados. Analizamos la morbilidad atendida en el ámbito de atención primaria de cada individuo durante el periodo del año 2012. Utilizamos los diagnósticos y procedimientos codificados según la versión ICD9MC. Los CRG consideran tres aspectos básicos a la hora de clasificar los individuos: tipo de enfermedad, aguda - crónica, presencia de comorbilidades y nivel de gravedad. Se clasifican en estados: 1 = Población sana, 2 = Patología aguda, 3 = Enfermedad crónica menor, 4 = Múltiples enfermedades crónicas menores, 5 = Enfermedad crónica significativa, 6 = Enfermedad crónica significativa en dos órganos, 7 = Enfermedad significativa en tres o + órganos, 8 = Neoplasias, 9 = Condiciones catastróficas.

Resultados: De total hipertensos el 53,6% son mujeres, la media de edad es de 67,5 años (DE 13). La distribución de los CRG entre nuestros hipertensos son: 1,8% no clasificado, 0,1% estado 3, el 0,1% estado 4, el 16,2% estado 5, el 74,2 estado 6, el 5,1% estado 7, el 2,1% estado 8 y el 0,5% estado 9. Con diferencias de distribución según género. Los CRG más frecuentes fueron el 62701 (Otras dos Enf. crónicas moderadas nivel 1) con el 11%. 62702 (Otras dos Enf. crónicas moderadas nivel 2) con el 10,4%, el 51921 (Hiperten-

sión nivel 1) con el 8,1% y 51922 (Hipertensión nivel 2) con el 4,9% y 61442 (Diabetes e Hipertensión nivel 2) con el 4%. La media de utilización de farmacológicos fue de 4,96 fármacos por paciente (DE 3,7), y una media de 3,17, 2,10, 2,30, 2,61, 5,14, 8,92, 6,47 y 7,33 para los estados GRS de 2-3-4-5-6-7-8 y 9 respectivamente.

Conclusiones: La utilización de los CRG entre los pacientes hipertensos nos permite conocer de una forma rápida la implicación de las patologías crónicas y agudas asociadas, el nivel de gravedad en cada paciente y la utilización de recursos esperada.

122. EPOC E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL TIEMPO DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA HOSPITALARIA

M.A. Baena López¹, S. Muñoz Troyano², M.I. Poveda García³ y M.A. Esteban Moreno⁴

¹Urgencias, HARE El Toyo, Almería. ²UGC Cardiología; ³UGC Nefrología; ⁴UGC Medicina Interna, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivo: La EPOC se caracteriza por una obstrucción progresiva y totalmente reversible del flujo aéreo. En España mueren anualmente 18000 personas mueren a causa de EPOC. Se desconoce la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica en el paciente neumópata. El objetivo de este estudio es definir el perfil clínico del paciente EPOC en una Unidad de Ingreso de Corta Estancia y conocer la incidencia de HTA y su influencia como factor independiente en el tiempo de ingreso hospitalario.

Métodos: Estudio descriptivo transversal en el periodo de 17 meses, donde se incluyó a 318 pacientes EPOC que han sido admitidos en la Unidad de Ingreso Corto Hospitalario.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 65,2 ± 5 años. El 90,13% fueron varones. El 46,3% fumadores y 44,3% exfumadores. El 10,95% de los pacientes son SAOS. El 53% tiene prescrito tratamiento de combinación (broncodilatador de acción larga más corticoide. El 42,85% son hipertensos con cifras de presión arterial sistólica media de 160,3 mmHg y de presión arterial diastólica de 97,1 mmHg. La estancia media fue de 2,49 días. En el estudio comparativo de los pacientes EPOC con hipertensión se evidenció hiperreactividad bronquial en 69,3% de los pacientes frente el 47,2% de los pacientes no hipertensos con un incremento de la estancia hospitalaria (2,98 ± 0,83 vs 2,21 ± 1,01, p < 0,003).

Conclusiones: En el presente estudio se demuestra asociación de EPOC e hipertensión. Hemos encontrado una asociación entre la presencia de componente de hiperreactividad bronquial en aquellos pacientes hipertensos con EPOC. Se debería replantear el abordaje adaptando los tratamientos a las circunstancias especiales que derivan del propio episodio de ingreso.

123. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y MORBIMORTALIDAD EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREMATURA

M.A. Baena López¹, S. Muñoz Troyano², M.A. Esteban Moreno³ y M.I. Poveda García⁴

¹Urgencias, HARE El Toyo, Almería. ²UGC Cardiología; ³UGC Medicina Interna; ⁴UGC Nefrología, Hospital Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La cardiopatía isquémica en pacientes < 50 años representa en 10% de la cardiopatía isquémica global con una importante morbimortalidad y un gran coste económico. Nuestro objetivo es determinar cuáles son los factores de riesgo más prevalentes en esta población y las diferencias respecto a pacientes con cardiopatía isquémica de edad más avanzada.

Métodos: Estudio de casos y controles incluyendo a todos los pacientes con cardiopatía isquémica prematura de nuestro hospi-

tal, desde enero a diciembre de 2010, 116 pacientes, seleccionando un control > 75 años por cada caso, utilizando bases de datos hospitalarias informatizadas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excel 2007 y la prueba chi cuadrado.

Resultados: Los pacientes con cardiopatía isquémica prematura presentan una mayor proporción de sexo masculino (89,9% vs 71,5%, p < 0,005), mayor prevalencia de tabaquismo (74% vs 13,3% p < 0,001) y menor prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular como son hipertensión arterial (42% vs 72,4%, p < 0,005), diabetes (17% vs 42,2%, p < 0,005) y dislipemia (40,5% vs 51,4% p > 0,05). Igualmente hemos observado mayor porcentaje de presentación como SCACEST (53% vs 32,7%, p < 0,005) con menor número de vasos afectados (enfermedad monovaso en un 74,13% vs 40,52%, p < 0,001). En relación al pronóstico del infarto, la mortalidad intrahospitalaria del cardiopatía isquémica prematura fue mucho menor del 0,5% frente al 13%, p < 0,001. Analizando la probabilidad de reingreso en cardiopatía isquémica prematura fue más frecuente que en cardiopatía isquémica no prematura (12,6% vs 5%, p < 0,05).

Conclusiones: El tabaquismo se muestra como el principal factor de riesgo en la cardiopatía isquémica prematura frente a la hipertensión arterial, diabetes y dislipemia, más frecuentes en edades más avanzadas. La forma de presentación también difiere entre los dos grupos de edad analizados siendo el SCACEST con enfermedad monovaso más frecuente en los jóvenes. La edad guarda una relación lineal con la aparición de enfermedad cardiovascular, y tienen mayor mortalidad los pacientes de edad avanzada, en contraposición con la tasa de ingresos por enfermedad coronaria que es más frecuente en pacientes de menor edad.

124. EFECTO DE LA REDUCCIÓN DE CALCIO DEL LÍQUIDO DE DIÁLISIS SOBRE PARÁMETROS HEMODINÁMICOS EN POBLACIÓN HEMODIALIZADA

A. Nava Rebollo, B. Andrés Martín, F. Herrera Gómez, H. Santana Zapatero, J. Diego Martín, C. Escaja Muga, A. González López, H. Díaz Molina y J. Grande Villoria

Servicio de Nefrología, Hospital Virgen de la Concha, Complejo Asistencial de Zamora, Zamora.

Objetivo: La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de muerte en hemodiálisis (HD) en gran parte, debido a la calcificación vascular y de tejidos blandos. Existe asociación entre el calcio sérico y estabilidad hemodinámica, especialmente en relación con la PA. En HD, los niveles de calcio iónico sérico guardan estrecha relación con la concentración de calcio en el líquido de diálisis ([CaLD]). El uso de una apropiada [CaLD] tiene importantes implicaciones en el manejo del status cardiovascular del paciente dializado. El propósito es analizar/cuantificar el efecto del descenso en la [CaLD] sobre parámetros de hemodinámicos (PA y FC) intra-hemodiálisis.

Métodos: Estudio transversal, observacional, retrospectivo, de 51 pacientes prevalentes en hemodiálisis. Relación Hombre/Mujer: 2,1/1. Edad media: 65,3 ± 15,2 años. La PA y FC se midieron preHD y horariamente, en dos sesiones consecutivas, separadas 48 horas. Se calculó presión arterial media (PAM) según: PAM = (PAS+PAD × 2)/3. La duración, T^a, peso seco, flujo de sangre y de LD, y dializador fueron similares. El único cambio fue la [CaLD], siendo de 3,5 mEq/L en la primera y de 2,5 mEq/L en la segunda sesión. Análisis estadístico con SPSS 17.0, mediante ANOVA de medidas repetidas con prueba de contrastes intrasujetos.

Resultados: Se analizaron 102 sesiones, bien toleradas, sin observar ningún episodio de HTA o arritmia atribuible al cambio en [CaLD]. Se objetivó hipotensión sintomática en 8 pacientes (15,6%), pero solamente en 2 (3,9%) se pudo relacionar con cambios en la calcemia, ya que los 6 pacientes restantes presentaron similar clínica en sesiones previas.

Tabla Comunicación 124.

	PAS, PAD y PAM (mmHg); FC (lpm)	[CaLD] alto	[CaLD] bajo	
preHD	PAS	132,1 ± 21,2	132,1 ± 17,2	p = 0,78
	PAD	71,1 ± 15,3	70,3 ± 14,1	p = 0,32
	PAM	92,6 ± 14,8	91,2 ± 12,4	p = 0,54
	FC	74,3 ± 15,2	74 ± 13,2	p = 0,88
1 hora	PAS	116,2 ± 26,2	103 ± 17,4	p < 0,001
	PAD	65,8 ± 11,8	60,2 ± 13,1	
	PAM	82,9 ± 14,1	74,9 ± 12,1	
	FC	68,6 ± 14	66,9 ± 12,6	p = 0,25
2 horas	PAS	112,8 ± 19,8	104,5 ± 17,2	p < 0,001
	PAD	65,4 ± 11,9	60,1 ± 11,8	
	PAM	83,3 ± 12,2	73,9 ± 13	
	FC	69,2 ± 14,7	68 ± 13,4	p = 0,39
3 horas	PAS	122,1 ± 20,2	103,5 ± 16,2	p < 0,001
	PAD	67,4 ± 12	60,1 ± 11,8	
	PAM	86,3 ± 12,2	75,3 ± 11,9	
	FC	67,8 ± 13	65,4 ± 14,7	p = 0,16
postHD	PAS	124,8 ± 23,2	105,5 ± 25,5	p < 0,001
	PAD	71,2 ± 15	63 ± 12,8	
	PAM	89,3 ± 12	76,3 ± 13,1	
	FC	68,1 ± 12	66,4 ± 14,1	p = 0,21

Conclusiones: El descenso en [CaLD] no tiene efecto sobre la FC, pero sí sobre la PA intraHD y postHD, observando un descenso significativamente estadístico, fundamentalmente en la PAS. La elección de [CaLD] es una prescripción a tener en cuenta, ya que podrían ser útiles para asegurar la estabilidad hemodinámica durante la diálisis. Es recomendable individualizar la [CaLD] en función de las características clínicas del paciente renal crónico, evaluando las necesidades específicas y valorando el riesgo/beneficio del balance global de calcio, confortabilidad y tolerancia de la diálisis.

125. ¿ES SOLO EL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL LO QUE DETERMINA LA REGRESIÓN DE DAÑO EN EL FONDO DE OJO?

A. Pose Reino¹, M. Pena Seijo¹, M. Suárez Tembra², J.A. Díaz Peromingo¹, J.L. Díaz Díaz³, M. González Penedo⁴, C. Calvo Gómez¹, J.E. López Paz¹, A. Hermida Ameijeiras¹ e I. Méndez Naya⁵

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ²Hospital San Rafael, A Coruña. ³Hospital Abente y Lago, A Coruña. ⁴Departamento de Informática, Facultad de Económicas, A Coruña. ⁵Departamento de Econometría, Facultad de Económicas, Universidad de Santiago, Santiago de Compostela.

Introducción: Están claramente descritos la regresión de los cambios en la microcirculación retiniana en el paciente hipertenso tras el tratamiento antihipertensivo, pero no se han establecido con claridad cuáles son los factores determinantes de la mejoría de la microcirculación tras el control de la presión arterial (PA) (Pose-Reino et al. J Clin Hypertens. 2006; 8:590-5).

Objetivo: Confirmar la mejoría de la microcirculación tras el control de la PA en un grupo de hipertensos tratados de forma homogénea y establecer si el grado de control de las cifras tensionales es el factor determinante para su mejoría.

Métodos: Se han incluido 189 hipertensos (tanto de diagnóstico de novo como pacientes ya diagnosticados y tratados que no habían conseguido un control adecuado de las cifras PA). Tras valoración clínica inicial, fueron tratados en monoterapia con telmisartán y si precisan con hidroclorotiazida con el fin de conseguir controlar las cifras PA. Se realizó una fotografía digital de fondo de ojo tras dila-

tación pupilar, basal y tras 6 meses de tratamiento. Se analizaron los cambios en la microcirculación retiniana con un método semiautomático previamente descrito por nuestro grupo (Pose-Reino et al. Med Clin. 2010;135:145-50). Finalmente se analizó la relación entre el control de la PA y los cambios de la microcirculación retiniana.

Resultados: En el 74,0% de los hipertensos se consiguió el control de la PA después de 6 meses de tratamiento y seguimiento. El diámetro arterial de ambos ojos aumentó de forma significativa tras el tratamiento, mientras que el diámetro venoso no se modificó. El índice arteriovenoso (IAV), medido como la relación entre el diámetro arteriolar medio y el diámetro venoso medio, aumentó significativamente tras seis meses de seguimiento en ambos ojos: IAV ojo derecho: 0,769 + 0,065 vs 0,799 + 0,066 (p < 0,0001), IAV ojo izquierdo: 0,770 + 0,065 vs 0,796 + 0,071 (p < 0,0001). El aumento del IAV traduce una mejoría en la microcirculación retiniana pues implica aumento del diámetro arteriolar. Aunque hubo una tendencia inversa entre PA y cambios en la microcirculación retiniana, no hemos podido demostrar una relación lineal entre ambos, es decir que a mayor descenso de la PA mayor aumento del IAV, que era lo que cabría esperar.

Conclusiones: Aunque el control de la PA parece un factor determinante para conseguir la mejoría de la microcirculación retiniana del hipertenso, no se ha podido demostrar una relación lineal entre ambas, lo que sugiere que podrían existir otros factores importantes como el bloqueo del sistema renina angiotensina en una circulación en la que dicho sistema pudiera estar sobreexpresado.

126. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR COMO PREDICTORES DE RESPUESTA INMUNOLÓGICA EN POBLACIÓN CON ENFERMEDAD RENAL AVANZADA EN DIÁLISIS

L.G. Piccone Saponara, N.G. Uribe Heredia, A. Carreño Parrilla, M.C. Vozmediano Poyatos, M. Arambarri Segura, S. Anaya Fernández, M.D. Sánchez Nieta García, G. Miranda Muñoz, M. Douze e I. Ferreras García

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: La población con ERC presenta un riesgo aumentado de infección por VHB. Habitualmente la tasa de respuesta inmu-

nológica protectora (considerando título de AcVHBs > 10 mUI/mL) es del 90-95% tras la 3ª dosis de vacuna; La respuesta inmunológica está estrechamente relacionada con el grado de ERC, aunque no está claramente definido el papel de los factores de riesgo cardiovascular clásicos en el grado de la respuesta.

Objetivo: Analizar qué papel juegan los FRCV clásicos sobre la respuesta a la vacuna del VHB en una cohorte de pacientes con ERC avanzada en programa de diálisis de nuestra unidad hospitalaria de diálisis.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Evaluamos la respuesta a un protocolo de vacunación de 4 dosis (0-1-2-6 meses), determinando los niveles de AcVHBs a los 6 meses de la última dosis. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad asociada, etiología de la ERC, entre otras. Análisis estadístico con SPSS 18.0. Las variables categóricas se expresan como porcentajes, y se han comparado mediante el test de χ^2 . Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar, y se utilizó la t-Student para compararlas. Búsqueda de factores predictores de respuesta inmunológica mediante regresión logística múltiple. Significación estadística para un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se han incluido 74p de la Unidad de HD hospitalaria; 41 (55,4%) varones, con una edad media de 58 años, y 33 (44,6%) mujeres con una edad media de 56 años. 61p eran hipertensos (82,4%), 37p diabéticos (50%), siendo las causas de ERC más frecuentes las inmunológicas (28,4%), nefropatía diabética (27%) y las hereditarias, fundamentalmente EPQHR (17,6%). La respuesta inmunológica fue del 62,2%. Al realizar comparaciones estadísticas entre las variables cualitativas, existe una tendencia a la significación entre respuesta serológica e HTA; si hemos encontrado diferencias significativas al comparar la respuesta serológica con la variable DM y etiología de la ERC (patología hereditaria). La comparación de medias entre variables cuantitativas al realizar el t-Student no mostró diferencias para ninguna de las variables del estudio. El nivel medio de colesterol fue de 160mg/dl en aquellos pacientes que respondieron a la vacuna del VHB y de 141 mg/dl en aquellos que no respondieron a la vacuna, no siendo significativa tal diferencia. El análisis de regresión logística múltiple mostró una tendencia no significativa como factor predictor de no respuesta inmunológica, la presencia de DM.

Conclusiones: La vacunación del VHB en diálisis en nuestra serie con 4 dosis, alcanza una tasa respuesta de 62,2%. En nuestra experiencia los pacientes diabéticos son significativamente menos respondedores, mientras que los varones hipertensos muestran una tendencia no significativa a una mayor respuesta serológica. La patología hereditaria ha sido la que mejor respuesta serológica ha mostrado respecto al resto de etiologías quizás asociado a una mayor función renal residual.

127. ¿PRESENTAN DIFERENTE PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR LOS PACIENTES QUE SUFREN NUEVAS CRISIS HIPERTENSIVAS EN UN PERIODO DE SEGUIMIENTO DE 2,5 AÑOS?

A.M. Pozo Cascajosa¹, P. Segura Torres², F.J. del Castillo Tirado³, R. Illanes Leiva¹, M.V. Martín-Aragón González⁴ y A. Liébana Cañada²

¹EPHAG, Andújar. ²Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ³Centro de Salud Virgen de la Capilla, Jaén. ⁴Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar.

Introducción: Una de las complicaciones más frecuentes en pacientes hipertensos son las crisis hipertensivas. La importancia de un diagnóstico precoz radica en las complicaciones mortales derivadas de ellas. Por eso es importante conocer los factores que se asocian a presentar crisis hipertensivas. Existen pocos estudios que

son retrospectivos y se parte de la hipótesis de que la falta de adherencia al tratamiento es una causa importante del control inadecuado de la TA.

Objetivo: Describir si existen diferencias en el perfil de riesgo cardiovascular de pacientes que sufren nuevas crisis hipertensivas en un periodo de seguimiento de 2,5 años.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Recogimos todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital de segundo nivel de Andújar entre noviembre/2010-noviembre/2011 con diagnóstico al alta de crisis hipertensiva (CH) y los seguimos durante 2,5 años y analizamos si existía alguna diferencia entre los que presentaban nuevas crisis hipertensivas.

Resultados: Total de 87 CH que han ocurrido en 60 pacientes. Tiempo medio de evolución 24 ± 5 meses, de los 60 pacientes el 36,7% (22) han sufrido nuevas CH, todos una crisis excepto una paciente mujer que sufrió dos. El tiempo medio de aparición de la nueva crisis fue 14 ± 5 meses. El 31,7% no ha sufrido nuevas crisis y el 31,7% se han perdido del seguimiento. De los que no se perdieron del seguimiento, el 8,3% (5 pacientes) han sufrido algún episodio cardiovascular a lo largo de la evolución, 3 pacientes sufrieron ACV (a los 9, 13 y 14 meses) y 2 pacientes sufrieron episodios de insuficiencia cardiaca (a los 20 y 23 meses). Fallecieron 2 pacientes (40%) en el contexto del ACV (a los 9 y 14 meses) y 1 por otra causa (a los 23 meses). No hubo diferencias en cuanto a edad media (CH sí 66 ± 12 años vs no 65 ± 14 años; $p = \text{NS}$), sexo mujer (CH sí 63,6% vs no 52,6%; $p = \text{NS}$), diabéticos (CH sí 27,3% vs no 10,5%; $p = \text{NS}$), tabaquismo activo (CH sí 0% vs no 10,5%; $p = \text{NS}$), antecedentes de HTA previa (CH sí 81,8% vs no 61,4%; $p = \text{NS}$), dislipemia (CH sí 22,7% vs no 15,8%; $p = \text{NS}$), arritmias (CH sí 18,2% vs no 10,5%; $p = \text{NS}$), ACV (CH sí 18,2% vs no 0; $p = 0,05$), cardiopatía isquémica (CH sí 9,1% vs no 5,3%; $p = \text{NS}$), HVI (CH sí 0% vs no 5,3%; $p = \text{NS}$), enf. arterial periférica (CH sí 4,5% vs no 0%; $p = \text{NS}$), e insuficiencia cardiaca (CH sí 0% vs no 0%; $p = \text{NS}$), ni tampoco en la falta de adherencia al tratamiento (CH sí 40,9% vs no 52,6%; $p = \text{NS}$). Con respecto a los parámetros analíticos no encontramos diferencias en cuanto a cifras de colesterol total basal (CH sí 207 ± 31 vs no 206 ± 40 mg/dl; $p = \text{NS}$) ni final, LDL basal (CH sí 131 ± 26 vs no 131 ± 42 mg/dl; $p = \text{NS}$) ni final, HDL basal ni final, triglicéridos basal y final ni en los niveles de creatinina plasmática basal (CH sí $0,9 \pm 0,2$ vs no $0,9 \pm 0,3$ mg/dl; $p = \text{NS}$) ni final, valores de glicosilada basal ni final ni albuminuria basal ni final. Con respecto al tratamiento hipolipemiente tampoco hubo diferencias en cuanto a la toma de: estatinas (CH sí 18,2% vs no 15,8%; $p = \text{NS}$) ni fibratos (CH sí 0% vs no 0%; $p = \text{NS}$).

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias significativas en pacientes que han presentado nuevas crisis hipertensivas en un seguimiento de 2,5 años en cuanto a las siguientes características clínicas: edad, antecedentes de diabetes, tabaquismo, enfermedad cardiovascular previa, perfil lipídico previo, función renal basal ni tratamiento hipolipemiente.

128. SEGUIMIENTO DURANTE 2,5 AÑOS DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS OCURRIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A.M. Pozo Cascajosa¹, P. Segura Torres², F.J. del Castillo Tirado³, R. Illanes Leiva¹, M.V. Martín-Aragón González⁴ y A. Liébana Cañada²

¹EPHAG, Andújar. ²Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ³Centro de Salud Virgen de la Capilla, Jaén. ⁴Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar.

Introducción: La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas más extendidas. Se estima que afecta a más de mil millones de personas alrededor del mundo. A lo largo de su vida

aproximadamente el 1% de estos pacientes tendrán una crisis hipertensiva. Se estima que la adherencia al tratamiento puede mejorar a largo plazo la cifra incidencia de aparición de crisis hipertensivas, si bien está basado en estudios retrospectivos.

Objetivo: Describir la evolución de los pacientes que presentaron crisis hipertensivas atendidas durante un año en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Recogimos todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital de segundo nivel de Andújar entre noviembre/2010 y noviembre/2011 con diagnóstico al alta de crisis hipertensiva (CH) y lo hemos seguido durante 2,5 años para ver su evolución.

Resultados: Total de 87 crisis hipertensivas que han ocurrido en 60 pacientes. Edad media $65,7 \pm 13,6$ años. Mujeres 60%. Diabéticos 20%. HTA con falta de adherencia al tratamiento 29,3%. Tiempo medio de evolución 24 ± 5 meses (9-30 meses), de los 60 pacientes el 36,7% han sufrido nuevas crisis hipertensivas, todos una crisis excepto una paciente mujer que sufrió dos. El tiempo medio de aparición de la nueva crisis fue 14 ± 5 meses (4-23 meses). El 31,7% no ha sufrido nuevas crisis y el 31,7% se han perdido del seguimiento. El 8,3% (5 pacientes) han sufrido algún episodio cardiovascular a lo largo de la evolución, 3 pacientes sufrieron ACV (a los 9, 13 y 14 meses respectivamente) y 2 pacientes sufrieron episodios de insuficiencia cardíaca (a los 20 y 23 meses respectivamente). Fallecieron 2 pacientes (40%) en el contexto del ACV (a los 9 y 14 meses respectivamente) y 1 por otra causa (a los 23 meses). Las cifras de TA que presentaban TAS 175 ± 20 mmHg y TAD 83 ± 18 mmHg. El número de pruebas de recibieron fue ninguna 36,4% una 13,6%, dos 9,1%, tres ninguno, cuatro 27,3%, cinco 13,6% y MAPA en un paciente. Las pruebas fueron: ECG 54,5%, hemograma 45,5%, bioquímica 45,5%, Rx tórax 50%, TAC craneal 18,2%. El tratamiento hospitalario que recibieron fue: el 27,3% no recibieron ningún tratamiento, los que recibieron tratamiento fue furosemida 18,2%, captopril 13,6%, captopril + alprazolam 13,6%, alprazolam 9,1%, urapidil + captopril + furosemida 9,1%, alprazolam + nifedipino 4,5% y carvedilol 4,5%. En el 45,5% se modificó el tratamiento hipotensor al alta.

Conclusiones: 1. Tras 2,5 años de seguimiento de pacientes que sufrieron crisis hipertensivas encontramos que el 8,3% desarrollaron un episodio cardiovascular. 2. Del 8,3% que sufrieron episodio cardiovascular el 40% fallecieron en el contexto del mismo. 3. De todas las crisis hipertensivas tratadas en el 36,4% no se le realizó ninguna prueba complementaria. 4. El ECG fue la prueba más realizada (54,5%). 5. El 27,3% no recibieron ningún tratamiento farmacológico. 6. El fármaco más administrado en el servicio de urgencias fue la furosemida (18,2%).

129. FA: RELACION CON FRCV

A.M. Pozo Cascajosa¹, V. Martínez Prieto², S. Ruiz Tajuelo¹, M. Estrada López¹, J.L. Cano Muñoz¹, R. Illanes Leiva¹, M. Márquez Casado¹ y M. León Sánchez¹

¹EPHAG, Andújar. ²Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir, Écija.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente en la práctica clínica. La prevalencia estimada es del 0,4 al 1% de la población general, pero aumenta con la edad hasta el 8% en personas de 80 años o más. Se puede presentar asociada a diabetes, hipertensión arterial (HTA) o cardiopatía isquémica, por lo que es prudente el despistaje oportunista de la FA ante estos casos. Por ello hemos decidido analizar los pacientes para ver las características en nuestro medio.

Objetivo: Describir el perfil clínico de pacientes atendidos en urgencias con diagnóstico clínico de fibrilación auricular.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Recogimos todos los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del Hospital de segundo nivel de Andújar entre enero/2012-ene-

ro/2013 con diagnóstico al alta de fibrilación auricular (FA) y analizamos sus datos.

Resultados: Muestra de 121 pacientes, 49,6% hombres, con una edad media de $73,7 \pm 12,32$. En cuanto a los FRCV, el 79,3% eran HTA, un 24% padecían de insuficiencia cardíaca, el 23,1% es DM2, un 14% tenían enfermedad vascular. En cuanto a los tipos de FA: el 36,4 es tratado de FA de novo, 37,2 FAC, 26,4 FAP. Los pacientes acudían sin clínica en el 0,8% de los casos, clínica leve en 75,2% de los casos, 20,8% graves, 2,5 incapacitantes. La mayoría de los pacientes (65,3%) presentan clínica de más de 48 horas, por lo que se frenó su frecuencia en el 52,9% con verapamilo, 28,1% con BB. De todos los pacientes el 55,4% no fueron anticoagulados, un 39,7% comenzó con sintrom, dabigatran en un 3,3%, y clexane en un 1,7%. Un 73,6% no se le administró antiagregación, un 15,7% AAS 100 mg, 5% AAS 300 mg, copidogrel 5% y al 0,8 AAS 100 mg con clopidogrel. A un 19% se le administró antagonista del calcio, 28,1% betabloqueante, digoxina 4,1%, otros 1,7%. Al 24% se le administró betabloqueantes cardioselectivos y al 8,3% no cardioselectivo, al 67,8% nada. Los antiarrítmicos administrados fueron ninguno en un 78,5%, amiodarona 10,7%, dronedarona 2,5%, flecainida 8,3%. El 88,4% no volvió a ritmo sinusal, el 0,8% cardioversión eléctrica, y el 10,7% farmacológica. Un 66,1% no precisó ingreso, un 33,9% sí. Del total a un 64,5% se le cambió tratamiento.

Conclusiones: 1. No hay mayor frecuencia significativa en mujeres que en hombres. 2. La edad media es de $73,7 \pm 12,32$ años. 3. Un 79,3% eran HTA. 4. La clínica es de un tiempo mayor de 48 horas en el 65,3%. 5. El 88,4% no volvió a ritmo sinusal. 6. Dentro de los FRCV existen diferencias significativas con respecto al sexo, las mujeres padecen más IC ($p < 0,007$) y DM ($p < 0,00$) chi-cuadrado de Pearson. 3. Existen diferencias significativas en los fármacos usados para control de frecuencia (52,9% se usan antagonistas del calcio) y tiempo de evolución de la FA.

130. PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y/O DIABÉTICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

J. Rosado Martín¹, M. Morey Montalvo², I. Egocheaga Cabello³, T. Mantilla Morató⁴, R. Rodríguez Barrientos⁵, L. Sánchez Perruca⁶, I. Gómez Cabañas⁷, B. Álvarez Álvarez⁸, J. Reguillo Díaz⁹ y E. Polentinos Castro¹⁰

¹CS Universitario Reina Victoria, Madrid. ²Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario de Leganés, Madrid. ³CS Isla de Oza, Madrid. ⁴CS Prosperidad, Madrid. ⁵Unidad de Apoyo a la Investigación, Gerencia de Atención Primaria, Madrid. ⁶Dirección Técnica de Sistemas de Información, Madrid. ⁷CS Algete, Madrid. ⁸CS Andrés Mellado, Madrid. ⁹CS Valdemoro, Madrid. ¹⁰Unidad Docente Multiprofesional DA Norte, Madrid.

Objetivo: Determinar la prevalencia de insuficiencia renal crónica (IRC) entre los pacientes mayores de 40 años que presenten en su historia clínica informatizada el diagnóstico de diabetes, hipertensión arterial o ambos. Las guías de práctica clínica (GPC) en DM e HTA recomiendan en la evaluación periódica de estos pacientes la detección sistemática de albuminuria y la medición de la tasa de filtrado glomerular.

Métodos: Diseño: estudio observacional descriptivo mediante la explotación de datos de historia clínica informatizada en condiciones de práctica clínica habitual. Periodo de estudio: abril del 2012-marzo del 2013. Ámbito: los 263 Centros de Salud (CS) de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Población aproximada de 6.3161.930 personas. La recogida de datos se realizó con el lenguaje informático "SQL" (Structured Query Language), lenguaje estandarizado de base de datos en la historia clínica informatizada. Para el estudio se incluyen los pacientes mayores de 40 años que presentan en historia clínica informatizada HTA y/o DM

Tabla Comunicación 130.

	IRC < 60 ml/min	Estadio 3A (45-59 ml/min)	Estadio 3B) (30-44 ml/min)	Estadio 4 (15-29 ml/min)	Estadio 5 (< 15 ml/min)
HTA sin DM (239.114)	53.344 (22,30%)	39.090 (16,35%)	11.441 (4,78%)	2.171 (0,91%)	642 (0,27%)
DM sin HTA (35.386)	4.351 (12,30%)	3.280 (9,29%)	825 (2,33%)	170 (0,48%)	76 (0,21%)
HTA y DM (75.120)	20.728 (27,59%)	13.336 (17,75%)	5.596 (7,95%)	1.443 (1,92%)	353 (0,47%)
Total 349.620	71031 (20,3%)				

(códigos CIAP). En la práctica clínica habitual se utiliza la estimación del filtrado glomerular para el estadiaje de la insuficiencia renal crónica. Se clasifica en 5 estadios y los estadios 3-5 (< 60 ml/min) constituyen lo que se conoce habitualmente como insuficiencia renal. Para el cálculo de la FG se utiliza la fórmula MDRD-4 que tiene en cuenta la creatinina, edad, sexo y raza a partir de los valores de creatinina en una determinación durante el periodo de estudio. Se seleccionan todos los pacientes que en el periodo de estudio tienen al menos una analítica con valor de creatinina que nos permite estimar el FG.

Resultados: Número de pacientes estudiados: 349.620. Mujeres 192.624 (55,10%). Había 54.276 pacientes que también tenían registrado un cociente albúmina/creatinina. Se presentan los siguientes resultados de los pacientes con IRC (< 60 ml/min), Estadio 3A (45-59 ml/min), Estadio 3B (30-44 ml/min), Estadio 4 (15-29 ml/min) y Estadio 5 (< 15 ml/min).

Conclusiones: Entre los pacientes estudiados la mayor prevalencia de IRC se da en los pacientes con HTA y DM, después en los que sólo tienen hipertensión y la menor en los que sólo padecen diabetes. En los pacientes HTA y DM es importante la búsqueda activa y la detección temprana de los pacientes con IRC.

131. EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE LA CREATININA Y DEL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO ENTRE LAS POBLACIONES CON O SIN SÍNDROME METABÓLICO (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz García¹, A.M. Mozo Juan², M.R. Hernández Racionero³, M.I. Hernández Beltrán³, A.B. Melgar Borrego³, J.R. Iglesias Quintana³, A.I. Macho del Barrio⁴, E. Barrios Rueda⁴, J. Serrano Pérez⁵ y J. Sanz Arribas⁶

¹Centro de Salud Pinto, Pinto. ²Centro de Salud Pacífico, Madrid.

³Centro de Salud Pavones, Madrid. ⁴Centro de Salud Vicente Soldevilla, Madrid. ⁵Centro de Salud La Poveda, Arganda del Rey.

⁶Centro de Salud Los Alperchines, San Fernando de Henares.

Objetivo: Determinar y comparar la creatinina y el filtrado glomerular estimado (FGe) entre las poblaciones con o sin síndrome metabólico (SM) según IDF y ATPIII.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en 25 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo " = ALEATORIO() " de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los

Tabla 1 Comunicación 131.

	Con SM ATPIII (n = 713)		Sin SM ATPIII (n = 1.403)		Dif. de medias	p-valor
	Media	± DE	Media	± DE		
Creatinina (mg/dL)	0,87	0,30	0,81	0,28	0,06	< 0,0001
FGe (mL/min/1,73 m ²)	88,77	24,05	99,85	26,79	-11,08	< 0,0001

Tabla 2 Comunicación 131.

	Con SM IDF (n = 789)		Sin SM IDF (n = 1.327)		Dif. de medias	p-valor
	Media	± DE	Media	± DE		
Creatinina (mg/dL)	0,88	0,30	0,81	0,28	0,07	< 0,0001
FGe (mL/min/1,73 m ²)	89,34	27,11	100,14	25,16	-10,79	< 0,0001

Tabla 3 Comunicación 131.

ERC	FGe (MDRD-4) (mL/min/1,73 m ²)	Con SM ATPIII (%) (n = 713)	Sin SM ATPIII (%) (n = 1.403)	Dif. %	p-valor
1	≥ 90	44,18	62,44	-18,26	< 0,0001
2A	75-89	28,89	25,37	3,52	0,0831
2B	60-74	17,53	9,84	7,70	< 0,0001
3A	45-59	7,29	1,92	5,37	< 0,0001
3B	30-44	1,54	0,14	1,40	< 0,0001
4	15-29	0,42	0,14	0,28	0,2080
5	< 15	0,14	0,14	0,00	1

Tabla 4 Comunicación 131.

ERC	FGe (MDRD-4) (mL/min/1,73 m ²)	Con SM IDF (%) (n= 789)	Sin SM IDF (%) (n= 1.327)	Dif. %	p-valor
1	≥ 90	44,11%	63,53%	-19,42	< 0,0001
2A	75-89	29,02%	25,09%	3,93	0,0478
2B	60-74	17,74%	9,27%	8,47	< 0,0001
3A	45-59	7,22%	1,66%	5,57	< 0,0001
3B	30-44	1,27%	0,23%	1,04	< 0,0001
4	15-29	0,51%	0,08%	0,43	0,0032
5	< 15	0,13%	0,15%	-0,02	0,9061

médicos investigadores. Población muestral: 3.160 sujetos. Sujetos analizados: 2.116 [ilocalizables: 19,42%; rechazan consentimiento: 6,07%; no acudieron: 5,26%; tenían criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 2,50%]. Análisis estadístico: SPSS® Statistics 20. Estadísticos nominales: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación chi-cuadrado con significación bilateral, o el contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos cuantitativos: medias con desviación típica (\pm DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas. Variables de estudio: creatinina (mg/dL) y FGe (método MDRD-4) = $186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,210 \text{ si raza negra})$ (mL/min/1,73 m²).

Resultados: La población de estudio tenía una edad media (\pm DE) de 50,93 (\pm 17,04) años, siendo femenina el 55,39% (53,24-57,52). La prevalencia poblacional de SM fue 40,45% (38,35-42,58), siendo 33,70% (31,68-35,75) según criterios de ATPIII, y 37,29% (35,22-39,39) según IDF, siendo la diferencia entre ambos criterios (3,59%) significativa ($p = 0,0147$). La media (\pm DE) de creatinina en la población de estudio fue 0,83 (\pm 0,29) mg/dL, y la media (\pm DE) del FGe (MDRD-4) fue 96,11 (\pm 26,42) mL/min/1,73 m². Las diferencias de las medias de creatinina y del FGe entre las poblaciones con y sin SM (ATPIII/IDF) se muestran en la tabla 1. La prevalencia de la afectación del FGe disminuido (< 60 mL/min/1,73 m²) fue un 7,03% significativamente mayor en las poblaciones con SM (ATPIII/IDF). Las diferencias en los estadios de ERC entre las poblaciones con y sin SM (ATPIII/IDF) se muestran en las tablas 3 y 4.

Conclusiones: En la población con SM (ATPIII/IDF), la media de creatinina fue entre 0,06 y 0,07 mg/dL mayor y la media del FGe fue entre 11,1 y 10,8 mL/min/1,73 m² menor. El FGe aparecía disminuido (< 60 mL/min/1,73 m²) un 7 % más en la población con SM (ATPIII/IDF) que en la población sin SM, siendo la diferencia más notable en los estadios 2B, 3A y 3B de ERC.

132. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Sánchez Casco, P.A. Gonzales Flores y J. Ribas Rebull

Instituto Catalán de la Salud, Barcelona.

Objetivo: 1. Determinar las principales características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) en dos contingentes de un ambulatorio de la población de Cerdanyola del Vallès. 2. Determinar el grado de control de la hipertensión en ambos contingentes.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal. Utilizando el programa E-CAP (Base de datos del Instituto Catalán de la Salud) se obtuvo un listado de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en dos contingentes de un ambulatorio urbano de la población de Cerdanyola del Vallès. Estudio realizado de octubre a diciembre del 2013. Las variables registradas: edad, sexo, años de diagnóstico de HTA, comorbilidades, tratamiento, control de la HTA y compli-

caciones cardiovasculares de la misma. Los datos fueron analizados utilizando el programa PSPP 9.0.

Resultados: Se obtuvieron 602 pacientes. El rango de edad fue de 18 a 101 años (media de 66,5 años \pm 12,8). 311 mujeres (51,66%), 291 varones (48,34%). El promedio de años de diagnóstico de HTA fue de 7 años \pm 3 (rango de 1 a 25 años). Los principales tratamientos para el control de la HTA fueron: IECAs 139 pacientes (22,59%), combinación IECAs + diuréticos 106 pacientes (17,61%), diuréticos 92 pacientes (15,28%) y ARA II + diurético 47 pacientes (7,81%). No tomaban ningún fármaco 52 pacientes (8,64%). Principales comorbilidades registradas: dislipemia 208 pacientes (34,55%), diabetes mellitus 55 pacientes (9,14%), diabetes mellitus + dislipemia 71 pacientes (11,79%). Principales complicaciones detectadas: cardiopatía isquémica en 45 pacientes (7,48%) e ictus en 25 pacientes (4,15%). El control fue óptimo (TA $< 140/90$) en 393 pacientes (65,28%) y no óptimo (TA $\geq 140/90$) en 209 pacientes (34,72%).

Conclusiones: 1. Los principales tratamientos utilizados para el manejo de la HTA fueron: IECAs en 139 pacientes (22,59%), combinación IECAs + diuréticos en 106 (17,61%), diuréticos en 92 (15,28%) y ARA II + diurético en 47 (7,81%). 2. El control fue óptimo en el 65,28% de los pacientes. 3. La principal complicación cardiovascular detectada fue la cardiopatía isquémica (7,46%).

133. ¿CONTROLAMOS ADECUADAMENTE A NUESTROS PACIENTES HIPERTENSOS?

P.A. Gonzales Flores, S. Sánchez Casco y M.J. Pérez Lucena

Instituto Catalán de la Salud, Barcelona.

Objetivo: 1. Determinar el grado de control de la tensión arterial (TA) en dos contingentes de pacientes hipertensos (HTA) de un ambulatorio de la población de Cerdanyola del Vallès, Barcelona. 2. Determinar si existen diferencias entre el grado de control de la tensión arterial (TA) según el tipo de tratamiento utilizado.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal. Utilizando el programa E-CAP (Base de datos utilizado en el Instituto Catalán de la Salud) se obtuvo un listado de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) de dos contingentes de un ambulatorio de Atención Primaria de Cerdanyola del Vallès. El periodo de recogida de los datos fue de octubre a diciembre del año 2013. Variables registradas: Edad, sexo, años transcurridos desde el diagnóstico de HTA, comorbilidades asociadas, tratamiento médico, control de la TA y complicaciones cardiovasculares. Los datos fueron analizados utilizando el programa PSPP 9.0.

Resultados: Muestra de 602 pacientes: 311 (51,66%) mujeres y 291 (48,34%) hombres. El promedio de años desde el diagnóstico de HTA fue de 7 años \pm 3 (rango de 1 a 25 años). Los principales tratamientos médicos utilizados para el control de la HTA fueron: IECAs en 139 pacientes (22,59%), combinación IECAs + diuréticos en 106 pacientes (17,61%), diuréticos en 92 pacientes (15,28%), ARA II + diurético en 47 pacientes (7,81%) ; 52 pacientes no tomaban ningún fármaco (8,64%). Se consideró buen control (TA $<$

140/90) en 393 pacientes (65,28%) y mal control (TA \geq 140/90) en 209 pacientes (34,72%). En mujeres el control fue bueno en el 70,1% mientras que en hombres fue bueno en el 60,1% (no se observó diferencias estadísticamente significativas $p = 0,06$). Buen control en el 61,82% de pacientes diabéticos, en el 68,75% de dislipémicos y en el 71,83% de pacientes con ambas patologías ($p = 0,21$). Respecto a los años de evolución de la HTA no hubo diferencias significativas en cuanto al buen o mal control de la tensión arterial. El buen control de las cifras de tensión arterial según el grupo farmacológico utilizado fue similar en casi todos los grupos, sin presentar diferencias estadísticamente significativas: 68,3% en pacientes tratados con IECAs, 67,3% en tratados con diuréticos, 70,3% en tratados con calcioantagonistas, 66,6% en tratados con betabloqueantes, 73,68% en tratados con ARA II, 68,8% en tratados con IECA + diurético, 70% en tratados con IECA + calcioantagonista, 84% en tratados con calcioantagonista + diurético, 75% en tratados con calcioantagonista + IECA + diurético, 57% en tratados con ARA II + diurético, 63,6% en tratados con ARA II + calcioantagonista y del 66,6% en el grupo que tomaba la combinación ARA II + calcioantagonista + diurético.

Conclusiones: 1. Se observó buen control de tensión arterial (TA < 140/90) en el 65,28% de los pacientes, no existiendo diferencias significativas entre sexos ($p = 0,06$). 2. No se observó diferencias significativas en el control de la TA según los diferentes tratamientos utilizados ni según los años de evolución de la HTA.

134. EVOLUCIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL: IMPACTO DE LA DIABETES TIPO 2

J. Segura de la Morena, C. Cerezo Olmos, E. Morales Ruiz, L. Fernández López, L. Guerrero Llamas, M. Praga Terente y L.M. Ruilope Urioste

Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Hace más de 30 años que se describió la relación entre la edad y el ritmo de descenso del filtrado glomerular estimado (FGe), que se situaba en torno a 1 ml/min/año. Se han descrito distintos procesos en los que la disminución anual del FGe es mucho más rápida, particularmente en la diabetes. El objetivo de este estudio fue analizar el ritmo de descenso del FGe en una cohorte de pacientes con hipertensión arterial esencial y estudiar el impacto de la diabetes sobre la evolución de la función renal. Se analizaron 2.314 pacientes con hipertensión arterial esencial, 46,1% varones, edad $57,0 \pm 14,6$ años, 20,8% diabéticos. Desde el momento en que fueron remitidos a nuestro centro se realizó un seguimiento medio de $6,5 \pm 3,6$ años. El filtrado glomerular se estimó mediante la fórmula CKD-Epi. El descenso del FGe se analizó tanto de forma absoluta ((FGe final-FGe inicial)/años de seguimiento) como relativa (((FGe final-FGe inicial)/(FGe inicial))/(años de seguimiento) \times 100). El grupo completo mostraba un FGe de $76,9 \pm 21,6$ ml/min/1,73 m². La distribución de pacientes con normo, micro y macroalbuminuria era del 78,6%, 18,5% y 2,8%. El descenso absoluto del FGe en el grupo completo fue de $0,29$ ml/min/1,73 m²/año, lo que supone una reducción relativa del 0,11% anual. Al separar a los pacientes en diabéticos y no diabéticos, el descenso absoluto del FGe fue de $0,54$ y $0,23$ ml/min/1,73 m²/año respectivamente ($p = 0,146$), lo que supone unas reducciones relativas del 0,64% y 0,03% por año ($p = 0,035$). Al inicio del seguimiento, los pacientes diabéticos presentaban mayor edad ($63,4 \pm 10,9$ vs $55,4 \pm 15,0$ años), mayor índice de masa corporal ($31,2 \pm 5,2$ vs $28,6 \pm 4,8$ kg/m²), presión arterial sistólica más elevada (157 vs 148 mmHg), mayores requerimientos de fármacos antihipertensivos ($2,4 \pm 1,2$ vs $1,7 \pm 1,1$) y mayores porcentajes de pacientes con micro y macroalbuminuria (24,6% vs 16,7% y 7,3% vs 1,5%) ($p < 0,001$ en todas las comparaciones). En

conclusión, en una cohorte de pacientes hipertensos esenciales seguidos de forma habitual en nuestro centro, el descenso del FGe es inferior al descrito clásicamente en la literatura. El diagnóstico de diabetes identifica pacientes con un peor pronóstico renal, que presentan a lo largo del seguimiento una pérdida más rápida de función renal.

135. ¿INFLUYEN LOS CAMBIOS DEL FÓSFORO PLASMÁTICO EN EL PRONÓSTICO RENAL DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL?

J. Segura de la Morena¹, E. Morales Ruiz¹, S. Santana Romero¹, C. Cerezo Olmos¹, L. Guerrero Llamas¹, L. Fernández López¹, J.J. de la Cruz Troca², M. Praga Terente¹ y L.M. Ruilope Urioste¹

¹Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología, Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Existe abundante información sobre la relación entre el fósforo plasmático y la enfermedad cardiovascular. Dicha relación no está tan documentada en pacientes con función renal preservada. Recientemente, algunos trabajos no han confirmado dicha relación entre el fósforo plasmático y el pronóstico renal y cardiovascular. Por otra parte, la excreción urinaria de albúmina se relaciona con el riesgo de complicaciones cardiovasculares, y dicha relación se inicia en el rango de normoalbuminuria. El objetivo de este estudio fue analizar si los cambios en el fósforo plasmático se relacionaban con el pronóstico renal en una cohorte de pacientes con hipertensión arterial esencial. Se analizaron 1.361 pacientes con hipertensión arterial esencial, 50,2% varones, edad $60,5 \pm 12,3$ años, seguidos habitualmente en nuestro centro. Todos ellos fueron seguidos durante tres años. Se clasificó a los pacientes en dos grupos, definidos según la presencia de evento renal (desarrollo de albuminuria ≥ 30 mg/g o progresión de la misma durante el seguimiento) o ausencia de evento renal (mantenimiento de la albuminuria < 30 mg/g durante el seguimiento). Los cambios del fósforo plasmático (ΔP) se evaluaron de forma absoluta (fósforo final-fósforo inicial) y relativa ((fósforo final-fósforo inicial)/(fósforo inicial) \times 100). El grupo completo presentaba al inicio una creatinina plasmática media de $1,0 \pm 0,4$ mg/dl, un filtrado glomerular estimado (FGe) según la fórmula CKD-Epi de $78,4 \pm 25,1$ ml/min/1,73 m², y un fósforo plasmático de $3,3 \pm 0,5$ mg/dl. Los pacientes con evento renal ($n = 363$, 26,7%) presentaban al inicio del seguimiento mayor edad ($64,2 \pm 11,5$ vs $59,2 \pm 12,3$ años), mayor presión arterial sistólica (144 ± 20 vs 136 ± 18 mmHg), mayores requerimientos de fármacos antihipertensivos ($2,7 \pm 1,2$ vs $2,1 \pm 1,2$ fármacos), creatinina plasmática más elevada ($1,18 \pm 0,51$ vs $0,93 \pm 0,27$ mg/dl) y menor FGe ($71,1 \pm 32,7$ vs $81,1 \pm 21,1$ ml/min/1,73 m²) ($p < 0,001$ en todas las comparaciones). El valor de fósforo plasmático no mostraba diferencias significativas ($3,29 \pm 0,56$ vs $3,28 \pm 0,52$ mg/dl). La media de ΔP absoluto fue de $0,11 \pm 0,55$ mg/dl en los pacientes con evento renal y de $0,06 \pm 0,50$ mg/dl en los pacientes sin evento renal ($p = 0,083$). La media de ΔP relativo fue de 4,9% entre los pacientes con evento renal y de 2,9% entre los pacientes sin evento ($p = 0,048$). El análisis de regresión logística mostró que los factores independientes de la aparición del evento renal fueron la edad (Odds ratio [OR] 1,029, intervalo de confianza al 95% [IC95] 1,017-1,042, $p = 0,000$), sexo femenino (OR 0,575, IC95 0,432-0,765, $p = 0,000$), creatinina plasmática basal (OR 4,308, IC95 2,841-6,533, $p = 0,000$), diabetes (OR 2,153, IC95 1,652-2,805, $p = 0,000$) y ΔP relativo (OR 1,009, IC 1,001-1,017, $p = 0,021$). En conclusión, en una cohorte de pacientes hipertensos esenciales seguidos de forma habitual en nuestro centro, los cambios del fósforo plasmático durante el seguimiento son un factor independiente del desarrollo o progresión de la afectación renal.

136. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN LAS VARIACIONES DE LA TENSIÓN ARTERIAL TRAS LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS

P. Segura Torres¹, J. Martínez Villar², A. García Sanz², J. García López², M.C. Sánchez Perales³, M.J. García Cortés³, M.M. Biechy Baldan³, I. Moreno Arboleda⁴ y A. Liébana Cañada¹

¹Unidad de Hipertensión Arterial, Servicio de Nefrología;

²Enfermería de Unidad de Hemodiálisis; ³Unidad de Hemodiálisis;

⁴Enfermería de Unidad de Hipertensión Arterial, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes en hemodiálisis (HD) según las variaciones de TA tras la sesión de HD.

Métodos: Seleccionamos todos los pacientes en HD estables en la técnica durante > 3 meses HD. Dividimos a la población según la TAS postdiálisis a mitad de semana, si bajaba (GB) o si permanecía igual o incluso ascendía (GI). Recogimos parámetros de diálisis, lipídicos, TA, flujo de bomba, acceso vascular, conductividad del baño y del monitor, peso seco. Hemos recogido la TA, flujo y la ultrafiltración durante una semana. Se emplearon test no paramétricos: Test Wilcoxon para comparación de medias y chi cuadrado para variables categóricas.

Resultados: Tenemos un total de 44 pacientes. Edad media $69,5 \pm 12,8$ años. Tiempo medio en hemodiálisis $61,9 \pm 74,1$ meses. Son hombres 65,9% y diabéticos 25%. En el GB tenemos 25 pacientes y en GI 19 pacientes. En el grupo en el que la tensión asciende o no varía encontramos diferencias en cuanto al sexo con más mujeres (GB 32% vs GI 36,8%; $p = 0,03$), menor proporción con antecedentes de trasplante renal (GB 16% vs GI 0%; $p < 0,001$), menor proporción de diabéticos (GB 36% vs GI 10,5%; $p = 0,001$) y de nefropatía diabética (GB 16% vs GI 0%; $p < 0,001$). No encontramos diferencias en cuanto a la edad (GB $66,5 \pm 13,8$ vs GI $73,6 \pm 10,6$ años; $p = 0,056$), antecedentes de haber estado en diálisis peritoneal, la proporción de FAV (GB 52% vs GI 42,1%; $p = \text{NS}$) y de catéteres, ni en el flujo de bomba durante la sesión de diálisis, ni en la conductividad, ni en el calcio del baño, ni en la frecuencia cardíaca ni prediálisis (GB 76 ± 14 vs GI 78 ± 17 lpm; $p = \text{NS}$) ni postdiálisis (GB 76 ± 18 vs GI 79 ± 19 lpm; $p = \text{NS}$), ni en la ultrafiltración total programada (GB $2,1 \pm 1,0$ vs GI $1,9 \pm 0,9$ kg; $p = \text{NS}$), ni en el peso seco en los últimos 3 meses, ni en la dosis de darbepoetina, ni en parámetros lipídicos, ni metabolismo calcio-fósforo, ni en dosis de diálisis con KtV (GB $1,5 \pm 0,3$ vs GI $1,5 \pm 0,3$ kg; $p = \text{NS}$). No se produjeron cambios en el tratamiento hipotensor.

Conclusiones: 1. Existe menor proporción de diabéticos en los pacientes que tras la sesión de HD asciende o no varía la TA. 2. Existe mayor proporción de mujeres en los pacientes que tras la sesión de HD asciende o no varía la TA. 3. No hemos encontrado ningún factor diferencial de los pacientes que tras la sesión de HD mantienen igual tensión arterial que al inicio o incluso asciende al final de la misma.