

## HTA y mujer

### 137. PARÁMETROS DE LA MAPA COMO PREDICTOR DE PREECLAMPSIA

M.J. Adrián Martín, J. Sobrino Martínez, B. Batalla Insenser, L. Casañas Zaragoza, M.C. García Reyes, N. Msabri, J. Ruiz Izquierdo, A. Sánchez Biosca y C. Bruno Martínez

*Hospital Esperit Sant, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.*

**Objetivo:** Analizar que parámetro de la medición de la presión arterial predice mejor la aparición de preeclampsia en mujeres gestantes con riesgo de hipertensión gestacional.

**Métodos:** Se evaluaron todas las gestantes con riesgo de presentar hipertensión gestacional: hipertensión preexistente, antecedente de HTA gestacional en embarazo previo, una determinación de PA clínica > 140/90 durante la gestación actual, o un flujo de arterias uterinas > 1,5, de nuestra área de influencia. A todas ellas se les realizó una determinación de la PA clínica según las recomendaciones de la ESH y una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas durante el segundo trimestre de gestación, sin tratamiento antihipertensivo. Se definió HTA clínica si la media de 3 determinaciones de PA  $\geq$  140/90 mmHg, HTA por MAPA si PA media de 24 horas  $\geq$  130/80 mmHg, HTA de bata blanca (HBB) si PA clínica  $\geq$  140/90 y MAPA 24h < 130/80 mmHg, HTA enmascarada (HTAE) si PA clínica < 140/90 y PA MAPA 24 h  $\geq$  130/80 mmHg y HTA nocturna si PA media de periodo de descanso de la MAPA  $\geq$  120/70 mmHg.

**Resultados:** Se incluyeron 59 gestantes, con una edad media (DE) de 31,9 años (4,9), en el 41,4% era su primer embarazo y en el 39,7% era su segundo embarazo. El 11,9% eran hipertensas previas a la gestación actual y el 30,5% presentaron alguna PA clínica elevada. Durante el segundo trimestre de gestación presentaron HTA clínica el 16,9%, HTA por MAPA 24 h 23,7%, HBB el 6,8% y HTAE el 16,9%. Al final de la gestación desarrollaron preeclampsia 7 gestantes (11,9%), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre las gestantes que desarrollaron preeclampsia y las que no en la prevalencia de HTA clínica (20% vs 10,2%;  $p = 0,383$ ), HTA MAPA 24 h (21,4% vs 8,9%;  $p = 0,205$ ), HTA nocturna (21,1% vs 7,5%;  $p = 0,133$ ), HBB ni HTAE (14,3% vs 5,8%; 28,6% vs 15,4%;  $p = 0,429$ ). Los valores de PA fueron más elevados en las gestantes que desarrollaron preeclampsia aunque solo la PA diastólica nocturna mostro diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Una de cada 8 gestantes de riesgo presentan preeclampsia a lo largo del embarazo. De los valores de presión arterial obtenidos por distintos métodos, unas cifras de PA diastólica nocturna durante el segundo trimestre más elevadas son los que confieren mayor riesgo.

Tabla Comunicación 137.

	Preeclampsia (n = 7)	No preeclampsia (n = 52)	p
PAS clínica	122,5 $\pm$ 15,6	121,9 $\pm$ 12,6	0,911
PAD clínica	79,9 $\pm$ 11,5	77,7 $\pm$ 9,9	0,591
PAS MAPA 24 h	122,7 $\pm$ 14,2	118,5 $\pm$ 10,2	0,335
PAD MAPA 24 h	74,8 $\pm$ 7,4	71,1 $\pm$ 7,5	0,231
PAS MAPA día	124,7 $\pm$ 14,1	122,6 $\pm$ 10,4	0,644
PAD MAPA día	78,5 $\pm$ 8,4	75,1 $\pm$ 7,5	0,275
PAS MAPA noche	116,5 $\pm$ 15,7	110,4 $\pm$ 10,6	0,182
PAD MAPA noche	70,2 $\pm$ 10,6	63,4 $\pm$ 7,9	0,044

### 138. PREVALENCIAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LAS POBLACIONES MASCULINA Y FEMENINA Y COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (ESTUDIO SIMETAP)

N. de la Peña Antón<sup>1</sup>, A. Ruiz García<sup>2</sup>, M.P. García Villaur<sup>3</sup>, M.E. Minguela Puras<sup>4</sup>, J.M. Blanco Canseco<sup>4</sup>, C. Gracia Bouthelie<sup>4</sup>, M. Gracia San Román<sup>4</sup>, M.P. Nieto Sánchez<sup>4</sup>, M.I. Gámez Cabero<sup>4</sup> y M.C. Hernández de Luna<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud El Restón, Valdemoro, Madrid. <sup>2</sup>Centro de Salud Pinto, Pinto, Madrid. <sup>3</sup>Centro de Salud M<sup>a</sup> Montessori, Leganés, Madrid. <sup>4</sup>Centro de Salud Valle de la Oliva, Majadahonda, Madrid. <sup>5</sup>Centro de Salud Valde las Fuentes, Alcobendas, Madrid.

**Objetivo:** Principal: determinar y comparar las prevalencias de hipertensión arterial (HTA) en las poblaciones femenina y masculina. Secundario: comparar la utilización de fármacos antihipertensivos entre ambos sexos.

**Métodos:** Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 25 Centros de Salud del Servicio Madrileño de Salud. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional (aplicativo " = ALEATORIO()" de Microsoft® Excel) sobre los listados de 81.138 adultos adscritos a los médicos investigadores. Población muestral: 3.161 sujetos. Sujetos analizados: 2.194 [ilocalizables 17,97%; rechazan consentimiento 5,41%; no acudieron 4,68%; 2,31% con criterios exclusión (gestantes, inmovilizados)]. 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.

**Resultados:** Variables descriptivas: El 55,10% (53,00-57,20) de la población era femenina.

Variables de estudio y resultado (tabla 1). Las prevalencias poblacionales de HTA y de presión arterial alta según el sexo se presentan en la tabla 2. Las diferencias en la utilización de fármacos antihipertensivos entre la población masculina y femenina se muestran en la tabla 3.

**Conclusiones:** La prevalencia de HTA en la población masculina fue 34,8%, y 26,1% en la femenina, siendo la diferencia (8,8%) significativa. La prevalencia de PA  $\geq$  130/85 mmHg en la población masculina fue 55,0%, y 39,5% en la femenina, siendo la diferencia (15,6%) significativa. El 33,9% de la población masculina utilizaba fármacos antihipertensivos, frente al 24,2% de la población femenina, siendo la diferencia (9,7%) significativa. La población masculina utilizaba significativamente más los IECAs, calcioantagonistas, beta-bloqueantes y vasodilatadores. La frecuencia de uso de diuréticos, ARA-II y fármacos de acción central fue similar en ambas poblaciones.

### 139. 10 AÑOS SIENDO HIPERTENSA. ¿QUÉ PUEDO ESPERAR?

J. Garbayo Albero, M. Delgado de la Cruz, B. Baena Tamargo, M. Delgado Giorgi, V. Feijóo Rodríguez y F. Orfila Pernàs

*Institut Català de la Salut, Barcelona.*

**Objetivo:** Describir las características clínico-epidemiológicas de una cohorte de mujeres hipertensas tras 10 años de seguimiento analizando las variaciones en su perfil de riesgo.

**Métodos:** Estudio de cohortes con seguimiento de 10 años. Durante el 2001 se realiza un estudio poblacional en mujeres de 45 a

Tabla 1 Comunicación 138.

	Población		Hombres (H) (n = 985)		Mujeres (M) (n = 1.209)		Dif. de medias (H/M)	p-valor
	Media	$\pm$ DE	Media	$\pm$ DE	Media	$\pm$ DE		
Edad (años)	50,71	16,94	51,58	16,23	49,99	14,47	1,59	0,0284
PAS (mmHg)	120,47	15,55	122,94	13,79	118,45	16,58	4,49	< 0,0001
PAD (mmHg)	73,23	9,96	75,06	9,26	71,74	10,16	3,32	< 0,0001

Tabla 2 Comunicación 138.

Prevalencias	Hombres (n = 985)	Mujeres (n = 1.209)	Dif.%	p-valor
HTA	34,82% (31,85-37,89)	26,05% (23,60-28,63)	8,77	< 0,0001
PA $\geq$ 130/85 mmHg	55,03% (51,86-58,16)	39,45% (36,69-42,27)	15,57	< 0,0001
HTA o PA $\geq$ 130/85 mmHg	56,95% (53,79-60,07)	41,03% (38,24-43,86)	15,93	< 0,0001
En tratamiento con fármacos antihipertensivo	33,91% (30,95-36,96)	24,23% (21,84-26,75)	9,67	< 0,0001

Tabla 3 Comunicación 138.

Fármacos	Hombres	Mujeres	Dif.%	p-valor
1º IECAs	20,91%	10,17%	10,74	< 0,0001
2º Diuréticos	14,42%	14,39%	0,02	0,9841
3º Calcio antagonistas	7,61%	4,71%	2,90	0,0045
4º Beta bloqueantes	7,61%	5,21%	2,40	0,0213
5º ARA-II	7,31%	7,11%	0,20	0,8569
6º Alfa-bloqueantes	2,03%	0,58%	1,45	0,0022
7º Vasodilatadores	1,52%	0,17%	1,36	0,0003
8º Acción central	0,03%	0,00%	0,03	0,0567

75 años para estimación de riesgo coronario elevado. Se analiza el grupo de hipertensas para conocer su evolución en este periodo. Se recogen las variables: edad, tensión arterial sistólica (TS) y diastólica (TD), colesterol total (CT) y colesterol HDL, diabetes (DM), hábito tabáquico, tratamiento farmacológico hipotensor e hipolipemiente y presencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI). Se calcula el riesgo coronario con la ecuación Framingham-Regicor. A los 10 años se realiza la revisión de las pacientes a través del sistema informático Ecap de atención primaria, el SAP de atención hospitalaria, la historia compartida y contacto telefónico. Se considera pérdida a las pacientes trasladadas a otras comunidades con imposibilidad de seguimiento. Se valora la aparición de nuevos diagnósticos y tratamientos farmacológicos de los factores de riesgo cardiovascular, de HVI, arritmia por fibrilación auricular (ACXFA), eventos coronarios o cerebrales y muerte de causa cardiovascular o por otras causas. Para el análisis estadístico se utiliza SPSS versión 18. Análisis descriptivo y bivariado (t de Student y chi-cuadrado) y análisis de supervivencia (regresión de Cox).

**Resultados:** 355 mujeres hipertensas (45,5% de la cohorte estudiada). Edad media 64,55 años (DE 7,06), 77,2% con tratamiento hipotensor, 45,1% con dislipemia con hipolipemiantes el 48,1%, 22,3% diabéticas, 3,1% fumadoras. El riesgo medio Regicor fue de 5,43% (DE 2,66) y el 15,5% presentan riesgo coronario elevado. A los 10 años se realizan 93 nuevos diagnósticos de dislipemia y 49 de diabetes. Se inician 66 nuevos tratamientos hipotensores y 132 hipolipemiantes (81,5% y 47,5% de las no tratadas en 2001) 2,3% son fumadoras. El 24% presentan HVI y el 10,4% ACXFA. Se producen 22 eventos cerebrales y 16 coronarios. Se observa que ninguno de los factores de riesgo conocidos se asocia en mayor proporción con la probabilidad de aparición de eventos. Fallecen 30 mujeres, el 13% de las cuales por causa cardiovascular (incluido insuficiencia cardíaca).

**Conclusiones:** Se producen menos eventos de los esperados siendo más frecuente su aparición en territorio cerebral. Solo 1 de cada 10 muertes son por causa cardiovascular. En la mayoría de pacientes aumenta el consumo de fármacos.

#### 140. MONITORIZACIÓN CIRCADIANA AMBULATORIA DE TEMPERATURA, ACTIVIDAD Y POSICIÓN EN MUJERES MENOPÁUSICAS CON Y SIN SOFOCOS

M. Lozano<sup>1</sup>, J.A. Madrid<sup>2</sup>, A. Martínez-Nicolás<sup>2</sup>, J. Abellán-Huerta<sup>1</sup>, Z.M. García-Soto<sup>1</sup>, C. Alfonso<sup>1</sup>, P. Gómez<sup>1</sup>, J.B. Gómez<sup>1</sup>, M. Leal<sup>1</sup> y J. Abellán-Alemán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia. <sup>2</sup>Laboratorio de Cronobiología, Universidad de Murcia, Murcia.

**Objetivo:** 1) Estudiar mediante una prueba objetiva, medible, reproducible y poco invasiva si existen diferencias del ritmo circadiano de temperatura periférica, actividad y posición entre las mujeres menopáusicas que presentan más de tres episodios de sofocos al día respecto a las que presentan en menor frecuencia. 2) Analizar las alteraciones que pudieran existir en el sueño en las pacientes con sofocos frente a las pacientes que los presentan en menor frecuencia o no los presentan. 3) Valorar las características del ritmo circadiano de la temperatura, actividad y posición de las pacientes menopáusicas.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado a mujeres menopáusicas. La muestra para este estudio ha sido extraída entre las mujeres menopáusicas (menopausia natural o quirúrgica) del Centro de Salud Murcia-San Andrés. Se seleccionan aleatoriamente 33 mujeres con edad entre los 50 y 55 años divididas en dos grupos: a) sofocos positivo "sofocos +" (n = 17): menopáusicas que presentan una frecuencia de sofocos  $\geq 3$  sofocos/día; b) sofocos negativo "sofocos -" (n = 16): mujeres menopáusicas que no presentan episodios de sofocaciones o los presentan con una

frecuencia inferior a 3 sofocos/día. Cada mujer incluida se estudia durante una semana en la que fueron cumplimentando un diario de sueño. Se registraron simultáneamente los ritmos de temperatura la muñeca y actividad motora.

**Resultados:** Tanto el grupo sofocos - como sofocos + siguen un patrón similar aumentando la temperatura aproximadamente 1 °C antes de iniciar el sueño y descendiendo ésta al despertar. Sin embargo, podemos observar que en el grupo sofocos- hay un aumento de temperatura (0,2 °C) con respecto al grupo sofocos+ que coincide con menores despertares durante la noche del grupo sofocos - (ns). Las mujeres pertenecientes al grupo sofocos negativos realizan más sueños diurnos (siesta) que las pacientes pertenecientes al grupo sofocos positivos. A su vez se observa que las pacientes sofocos positivos duermen peor que las sofocos negativos presentando más despertares nocturnos. Otra de las diferencias encontradas entre ambos grupos es la ligera tendencia de las pacientes del grupo sofocos+ a acostarse por la noche antes que las pacientes del grupo sofocos- (unos 20-30 minutos). De forma similar la posición del cuerpo alcanza valores cercanos a los cero grados cuando el individuo está en reposo (fundamentalmente durante la noche) y cercanos a noventa grados cuando se está en posición vertical. Al comparar ambos grupos mediante t de Student (sofocos + y sofocos -) no se obtuvo significación estadística en ninguna variable salvo en la temperatura (p 0,03).

**Conclusiones:** La presencia de episodios vasomotores en las mujeres menopáusicas no ha podido establecer diferencias de los ritmos de temperatura, actividad y posición entre las mujeres con mayor frecuencia de sofocos y las mujeres con menor presencia o ausencia de éstos. La calidad del sueño es peor en las mujeres que presentan mayor frecuencia de sofocos.

#### 141. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO. IMPACTO DE LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA

A. Otero González<sup>1</sup>, S. Uribe Moya<sup>1</sup>, I. Arenas Moncaleano<sup>1</sup>, M.P. Borrajo Prol<sup>1</sup>, M.J. García García<sup>2</sup> y L. López Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología; <sup>2</sup>Unidad de Investigación; <sup>3</sup>Unidad de Documentación Clínica, Control de Gestión, Complejo Hospitalario Universitario Ourense, Ourense.

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es la complicación médica más habitual del embarazo, aumenta 5 veces la morbi-mortalidad perinatal y la preeclampsia (PREE) es una importante causa de morbi-mortalidad fetal (bajo peso al nacer, o prematuridad) y las complicaciones maternas pueden variar desde fracaso renal agudo, síndrome de HELLP, fallo hepático, edema cerebral, convulsiones o muerte. En el mundo occidental afecta a 2-7% de todos los embarazos y es un factor de riesgo vascular futuro. La definición de HTA en el embarazo es controvertida pero el índice hiperbárico (IHB) o área de exceso de presión arterial por encima del límite superior del intervalo de tolerancia tiene una alta sensibilidad y especificidad para la identificación temprana de la HTA.

**Objetivo:** Valorar en el impacto que tiene la consulta de Nefrología en la prevención Primaria de las complicaciones HTA del embarazo.

**Métodos:** Entre los embarazos habidos en nuestra área durante el periodo 2007-2012 (n: 11.784) se revisó la incidencia de PREE habida en las consultas de Alto Riesgo (AR) de los tres hospitales del área y de aquellas enviadas a la Cta de Nefrología (CN). Se utilizó el IHB como diagnóstico precoz de la HTA y el tratamiento preventivo fue ácido acetil salicílico (AAS: 100 mg/nocturno).

**Resultados:** El número total de PREE habidas fue 135 (27 episodios/año) (tabla). De las clasificadas como de AR, en CN se recibió al 37,9% de la embarazadas de nuestro centro (CHUOU) y el % de PREE fue 0,83 e/año, frente a 17,00 e/año de CHUOU. La incidencia habida en los HC no se modificó y no se envían a CN.

Tabla Comunicación 141. N° partos periodo 2007-2012

	HC Valdeorras	CH UOU	HC Verín	CN
N° partos	922	10.040	822	-
Cta AR	4	1434	14	544
Cta no AR	918	8.606	808	-
N° PREE (%)	20 (14,85%)	102 (71,8%)	13 (9,8%)	4
% PREE/Total partos	2,1%	1,01%	1,58%	0,7%
N° episodios/año	4 e/año	20,4 e/año	2,3 e/año	0,8 e/año

**Conclusiones:** La colaboración de la CN en la prevención primaria de las complicaciones HTA del embarazo y a través de la metodología diagnóstica de IHB es altamente eficiente, por lo que debería ser una prestación asistencial rutinaria de Nefrología.

#### 142. LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CONVENCIONALES (FRCV) ¿SON PREDICTORES DE PREECLAMPSIA (PREE) EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO?

S. Uribe Moya<sup>1</sup>, I. Arenas Moncaleano<sup>1</sup>, M.P. Borrajo Prol<sup>1</sup>, A. Otero González<sup>1</sup> y F. Lagoa Labrador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología; <sup>2</sup>Unidad de Investigación, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

**Introducción:** La PREE es una “placentación anormal” producida por aumento de factores antiangiogénicos que producen estrés oxidativo, disfunción endotelial e isquemia placentaria y estas anomalías, condicionan aumento de las resistencias periféricas (anticuerpos agonistas de AT1, endoglina) y este daño endotelial puede ser un factor de riesgo cardiovascular futuro. La definición de hipertensión (HTA) en el embarazo es controvertida pero el índice hipertérmico (IHB > 12) o área de exceso de presión arterial por encima del límite superior del intervalo de tolerancia tiene una alta sensibilidad y especificidad para la identificación temprana de la HTA.

**Objetivo:** Correlacionar los FRCV con IHB y poder cambiar la práctica clínica, si no posible cuantificar IHB.

**Métodos:** Se valoró la relación entre con IHB > 12 y IHB < 12 mediante análisis retrospectivo (2009-2013) de embarazos derivadas de la consulta de alto riesgo (n: 426). La metodología estadística utilizada fue M ± DE y análisis de correlación multivariante.

**Resultados:** Los FRCV predictores de IHB fueron la HTA (RR: 3,138 IC 1,579, 6,238; p: 0,001), edad > 35a (RR: 0,96, IC: 0,921, 1,00; p = 0,005). Multiparidad (RR: 0,57 IC: 0,278, 1,182; p = 0,006) y obesidad (RR: 1,988, IC: 1,292, 3,058, p = 0,001).

**Conclusiones:** La HTA, edad mayor de 35 años, obesidad y multiparidad son factores predictores de IHB elevado. En situaciones en las cuales no se pueda determinar IHB, estos factores pueden ser considerados como indicadores de tratamiento para la prevención primaria de la PREE.

#### 143. PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA DE 25 (OH) D3 EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO

I. Arenas Moncaleano<sup>1</sup>, S. Uribe Moya<sup>1</sup>, J. Santos Nores<sup>1</sup>, M.P. Borrajo Prol<sup>1</sup>, A. Otero González<sup>1</sup> y F. Lagoa Labrador<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología; <sup>2</sup>Unidad de Investigación, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

**Introducción:** En el embarazo, las tasas de 25-(OH)D3 están significativamente elevadas posiblemente debido a que el gen CYP24A1, responsable de la 24-hydroxylasa está reducida en la pla-

centa, (Novakovic. Biol Chem. 2009). En la preeclampsia -eclampsia (PREE) hay una placentación anómala y presumiblemente el metabolismo de vitamina D está alterado y su deficiencia puede ser un mecanismo patogénico en el desarrollo de PREE (Bodmar. L Clin Endocrinol Metab. 2007).

**Objetivo:** Valorar las tasas de vitamina D en embarazadas de alto riesgo (AR) diagnosticadas mediante IHB.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de embarazadas de (AR) (n: 165) diagnosticadas mediante IHB > 12 y cuantificación de niveles de vitamina D. Se consideró insuficiencia (I): < 10 ng/ml y deficiencia (D): < 20 ng/dl. La metodología estadística utilizada fue M ± DE y chi cuadrado.

**Resultados:** En 165 gestantes de AR, el 35,15% son (D) y el 54,55% son (I), y el 10,3% tienen una tasa normal de 25 (OH) D3. De la gestantes de AR (n: 165), el 37,42% tienen IHB < 12 y el 65,58% tienen IHB > 12. La relación IHB y D/I vs IHB es significativa (p = 0,0345).

**Conclusiones:** La deficiencia/Insuficiencia de vitamina D, presumiblemente desempeña un papel patogénico en el desarrollo de PREE/E, por lo que debe ser un parámetro de obligada cuantificación y consecuentemente, de reposición.

#### 144. ANCIANAS HIPERTENSAS DE UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

P. Vicente Prieto<sup>1</sup>, M.A. Iglesias Salgado<sup>1</sup>, G. Lucía Ramos<sup>1</sup>, C.M. Becerro Muñoz<sup>1</sup>, J. Palomo del Arco<sup>2</sup> y M.B. Andrés Galache<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Miguel Armijo, Salamanca. <sup>2</sup>Centro de Salud Guijuelo, Guijuelo, Salamanca.

**Objetivo:** Establecer el desarrollo de eventos isquémicos en mujeres hipertensas mayores de 75 años de una consulta de Atención Primaria. Revisar la presencia de factores de riesgo cardiovascular asociados en este grupo poblacional.

**Métodos:** De un total de 1.559 pacientes de un cupo de Atención Primaria, el 58,6% son mujeres. Se ha tomado como grupo a estudio el de mujeres hipertensas mayores de 75 años, que constituyen el 7,5% del total de pacientes. La edad media de la población estudiada fue de 82,88 años. Se ha estudiado el desarrollo de eventos isquémicos (tanto de cardíacos como cerebrales) y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular asociados (como tabaquismo, diabetes mellitus y dislipemia).

**Resultados:** El 93,7% de nuestras pacientes hipertensas mayores de 75 años está bien controlado con tratamiento farmacológico. Del total de ancianas hipertensas, el 66,67% presenta dislipemia asociada, el 29,91% son diabéticas y el 1,71% fumadoras. El 11,96% de las pacientes ha presentado patología isquémica cardíaca o cerebral. Dentro de este grupo: no hay ninguna paciente que presente todos los factores de riesgo vascular estudiados, el 35,71% presenta dislipemia como único factor de riesgo vascular asociado, el 14,28% DM y el 7,14% tabaquismo y la asociación más frecuente de factores de riesgo es la dislipemia y diabetes mellitus, estando presente en el 23,53% de las ancianas hipertensas con cardiopatía isquémica o ictus.

**Conclusiones:** La HTA es un problema frecuente de salud en el paciente anciano. En mayores de 65 años su prevalencia se estima en torno al 60-70%. Por ser el grupo poblacional de mayor riesgo de complicaciones vasculares, se benefician de descensos pequeños y controlados de tensión arterial. El factor de riesgo asociado más prevalente es la dislipemia, existiendo una correlación positiva entre ambos factores de riesgo.