



Hipertensión y riesgo vascular

www.elsevier.es/hipertension



COMUNICACIONES ORALES

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

Madrid, 7 y 8 de marzo de 2019

Epidemiología

419/94. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO IBERICAN

V. Pallarés-Carratalá¹, M. Prieto Díaz², R. Micó Pérez³, S. Velilla Zancada⁴, G. Rodríguez Roca⁵ y S. Cinza Sanjurjo⁶

¹Unión de Mutuas, Castellón, Departamento Medicina, Universitat Jaume I, Castellón. ²Medicina Familiar, Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Fontanars dels Alforins, Valencia. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Nájera, La Rioja. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Puebla de Montalbán, Toledo. ⁶Medicina Familiar, Centro de Salud Porto do Son, La Coruña.

Objetivos: Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia, factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y enfermedad cardiovascular establecida (ECV) en los hipertensos (HTA) respecto de los no HTA en el estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Actualmente el tamaño es de 7.193 pacientes, alcanzando el tamaño muestral objetivo, que serán seguidos durante al menos 5 años. Para este subanálisis fueron válidos 7.121 pacientes. Se han incluido como FRCV diabetes, obesidad, dislipemia, hábito tabáquico, sedentarismo. Como ECV: cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica. El grado de control de la presión arterial fue con el criterio de la Guía ESH 2013.

Resultados: 3.445 pacientes eran HTA (48,3%), su edad media fue de $65,1 \pm 11$ años, 49,3%, mujeres, antigüedad de HTA, $9,5 \pm 6,9$ años, IMC, $31,1 \pm 9,3$ kg/m². La prevalencia de FRCV entre HTA vs. no HTA fueron: dislipemia, 65,9% vs. 36,1%, $p < 0,001$; diabetes, 31,4% vs. 9,5%, $p < 0,001$; obesidad, 47,2% vs. 25,1%, $p < 0,001$; fumador, 13,9% vs. 21,6%, $p < 0,001$; alcohol, 14,5% vs. 11,9%, $p = \text{NS}$; sedentarismo, 34,9% vs. 25,0%, $p < 0,001$. La enfermedad cardiovascular fue de 23,8% vs. 9,3%, $p < 0,001$, siendo cardiopatía

isquémica 10,9% vs. 3,9%, $p < 0,001$; ictus, 5,9% vs. 2,2%, $p < 0,001$; y enfermedad arterial periférica, 6,7% vs. 3,0%, $p < 0,001$; insuficiencia cardíaca, 5,5% vs. 1,2%, $p < 0,001$. El grado de control de presión arterial fue: 57,6%.

Conclusiones: Los pacientes con hipertensión arterial en Atención Primaria tienen una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y de enfermedad cardiovascular establecida. Su grado de control de presión arterial es claramente mejorable y similar a otros estudios nacionales.

419/137. INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES Y MORTALIDAD TOTAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA SEGÚN NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA DE LAS DIRECTRICES AMERICANAS 2017 Y RIESGO CALCULADO CON LA ECUACIÓN PURAS-GEVA

J. Divisón Garrote¹, J. Carbayo Herencia², M. Simarro Rueda², L. Artigao Ródenas², A. Palazón Bru² y V. Gil Guillén²

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Casas-Ibáñez, Albacete.

²Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete, GEVA, Albacete.

Objetivos: Conocer la incidencia de episodios cardiovasculares (ECV) según el nivel de presión arterial sistólica (PAS) y riesgo global.

Métodos: Estudio longitudinal, prospectivo y poblacional. La muestra fue seleccionada de población general de Albacete > 18 años, muestreo aleatorio estratificado y bietápico. Participaron 1.322 individuos, se hizo examen basal (1992-94) y a los 20 años (2014-16) se revisaron para valorar ECV ocurridos durante el seguimiento. En examen basal se hizo historia clínica, analítica, medida de PA y ECG. Se consideró PAS la media de dos medidas consecutivas. Los sujetos se clasificaron según PAS basal: normal (< 120 mmHg), elevada (120-129 mmHg), HTA estadio 1 (130-139 mmHg) y HTA estadio 2 (> 140 mmHg). El riesgo se calculó mediante ecuación PURAS-GEVA, considerándose bajo (< 7), medio (7-9) y alto/muy alto (> 10). Se consideró cualquier episodio (enfermedad coronaria, ictus, insuficiencia cardíaca o enfermedad arterial periférica) mortal o no mortal y mortalidad total. Se presentan variables cuantitativas como media y desviación estándar (DE), cualitativas como cantidad exacta y porcentaje y tasas de incidencia ECV por 10.000 personas/año. Una $p \leq 0,05$ resultó significativa.

Resultados: De los 1.322 sujetos se excluyeron 262 por ECV previo o tratamiento antihipertensivo y 53 por faltar algún dato. Se estudian 1.007 sujetos (53,4%, mujeres) con una edad media de 44,5 (DE: 17) años. El tiempo medio de seguimiento fue de 19 (DE: 5,4) años. 36,6% tenían PAS normal, 20,7%, elevada, 16,5%, HTA estadio 1 y 26,2%, HTA estadio 2. El total de eventos en el seguimiento fue de 243. La puntuación media del riesgo fue de 5,8 (DE: 4,1). La incidencia de eventos según PAS fue 35 (IC95%: 22-48); 104 (IC95%: 73-135); 160 (IC95%: 116-204) y 275 (IC95%: 226-323) respectivamente. Los eventos para cualquier nivel de PAS fueron más frecuentes en los de más riesgo. PAS normal, 7,3%; PAS elevada, 20,7%; HTA estadio 1, 30,7%; HTA estadio 2, 46,2%.

Conclusiones: La incidencia de eventos fue mayor cuanto más alta fue la PAS y mayor era el riesgo. La decisión de tratar o no debería tener en cuenta no solo los valores de PAS sino también el riesgo de los sujetos.

419/145. VALOR PRONÓSTICO DE LA OBESIDAD EN LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE DE ORIGEN POBLACIONAL

I. Ponce García¹, J. Carbayo Herencia², J. División Garrote³, M. Simarro Rueda⁴, F. Molina Escribano⁵ y J. Monedero la Orden⁶

¹Medicina Familiar, Centro de Salud de Alcañizo,

Albacete. ²Medicina Familiar, Hospital QuirónSalud, Albacete.

³Medicina Familiar, Centro de Salud Casas-Ibáñez, Albacete.

⁴Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete, GEVA, Albacete.

⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Ibáñez, Albacete. ⁶Servicio de Urgencias, Hospital de Almansa, Albacete.

Objetivos: Conocer la supervivencia y el valor pronóstico de la obesidad para los primeros eventos cardiovasculares mortales en una muestra representativa de una provincia española.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de una población aleatoria de una provincia, mayores de edad, seguida durante 19 años. Se llevó a cabo en los centros de salud. El primer examen se realizó durante 1992-1994, el segundo, en 2004-2006 y el tercero, en 2014-2016. El muestreo fue aleatorio, estratificado y bietápico. Se realizó una encuesta estructurada, toma de peso y talla, analítica y ECG; y se registraron los eventos acontecidos. Se calculó la probabilidad de supervivencia por el método de Kaplan-Meier y la diferencia entre los grupos mediante la prueba de rangos logarítmicos. Se ha ajustado por edad, sexo, HTA, DM, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, HDL, estado de fumador y grandes grupos de IMC (18,5-24,9 kg/m², 25-29,9 kg/m², 30-34,9 kg/m², ≥ 35 kg/m²). Las variables dependientes han sido los eventos cardiovasculares (CV) mortales o no, mortalidad global, mortalidad CV y el combinado mortalidad por todas las causas y morbilidad CV (MG-MbCV).

Resultados: De los 1.322 participantes en el primer estudio, 1.171 sujetos cumplieron criterios de inclusión. La edad media fue de 47,5 años (DE = 17,4), 55,8%, mujeres. Durante el seguimiento de 19,0 años (DE = 5,4), 339 participantes (28,9%) presentaron eventos en general. La probabilidad de supervivencia al valorar los eventos CV en sujetos con normopeso, sobrepeso, obesidad grado 1 y mayores grados de obesidad fue de 86,3%, 76,5%, 71,5% y 56,1% respectivamente ($p < 0,001$); para el combinado MG-MbCV: 81,1%, 67,8%, 63,4% y 46,4% ($p < 0,001$). Tras el ajuste citado, se observó que un IMC ≥ 35 kg/m² multiplicaba la ocurrencia de los eventos CV por 1,81 (HR: 1,81; IC del 95%: 1,10-2,98; $p = 0,019$) y el combinado MG-MbCV, por 1,88 (HR: 1,88; IC del 95%: 1,25-2,83; $p = 0,003$) respecto a los participantes con normopeso.

Conclusiones: En nuestra muestra y tras casi 20 años de seguimiento, los participantes con un IMC ≥ 35 kg/m² presentan una menor supervivencia y un valor pronóstico desfavorable para los eventos CV y el combinado MG-MbCV. En los sujetos con obesidad 2, 3 y 4 se aprecia una morbilidad CV un 80,9% superior a los que tienen normopeso. En el combinado MG-MbCV, un 88%.

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

419/23. INTERACCIONES ENTRE EJERCICIO AERÓBICO DE ALTA INTENSIDAD Y MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA EN PERSONAS CON SÍNDROME METABÓLICO

M. Ramírez Jiménez, F. Morales-Palomo, J. Ortega y R. Mora-Rodríguez

Laboratorio de Fisiología del Ejercicio, Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Una sola sesión de ejercicio y una dosis de fármaco antihipertensivo ambos por separado logran reducir la presión arterial de manera aguda durante un periodo de tiempo que llega a alcanzar las 24 horas. Ambos tratamientos suelen recomendarse al mismo tiempo, pero se desconoce si la combinación de ambos tiene efectos positivos, neutros o negativos sobre la presión arterial. En este estudio quisimos observar si la combinación de ejercicio aeróbico y medicación antihipertensiva tiene efectos superiores al de una sesión de ejercicio aislado sin el efecto del fármaco mediante el análisis de la presión arterial ambulatoria en personas con síndrome metabólico. Nuestra hipótesis es que la combinación de fármaco y ejercicio podría reducir la presión arterial en mayor magnitud y durante más tiempo en comparación al ejercicio aislado.

Métodos: Doce participantes diagnosticados con síndrome metabólico (61 ± 8 años, presión arterial sistólica [PAS] de 136 ± 16 mmHg y 30 ± 4 kg/m² de IMC) y bajo medicación antihipertensiva (antagonistas de los receptores de la angiotensina II, ARA II) formaron parte del estudio. Los sujetos participaron en 3 pruebas en orden aleatorio separadas por al menos una semana: una sesión control sin ejercicio y sin medicación (PLAC), otra sesión sin medicación y con ejercicio aeróbico de muy alta intensidad consistente en 10 intervalos de 1 minuto al 110% de la potencia pico máxima (PLAC + EJER) y una última sesión combinando el fármaco y el ejercicio (MED + EJER). Se midió la presión arterial en reposo antes de cada prueba y de forma ambulatoria durante las 21 horas siguientes.

Resultados: Comparado con el día control (día placebo), la sesión de ejercicio sustituyendo la medicación por placebo (PLAC + EJER) reduce la PAS 7,0 ± 4,3 mmHg ($p = 0,001$) durante 19 horas, mientras que la combinación de ejercicio y fármaco (MED + EJER) reduce la PAS 9,0 ± 5,4 mmHg ($p = 0,000$) durante las 21 horas siguientes. Entre ambas pruebas de ejercicio, MED + EJER es superior a PLAC + EJER durante el tiempo de sueño, donde se observó una reducción de 5,6 ± 4,0 mmHg ($p = 0,006$).

Conclusiones: La combinación de una sesión de ejercicio de alta intensidad realizada en la mañana y el fármaco antihipertensivo provoca una reducción continua de la presión arterial que permanece al menos durante 21 horas. La suma de ambos tratamientos genera una reducción de la presión arterial de mayor magnitud y durante más tiempo en personas con síndrome metabólico en comparación al ejercicio aislado. El fármaco antihipertensivo con ARA II alarga los efectos hipotensores del ejercicio.

419/60. EFECTIVIDAD DE LA AUTOMONITORIZACIÓN Y AUTOAJUSTE DE LA MEDICACIÓN SOBRE EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO CLÍNICO PRAGMÁTICO (ESTUDIO ADAMPA)

P. Martínez-Ibáñez¹, I. Marco-Moreno¹, I. Hurtado-Navarro², L. Bellot-Pujalte³, M. Escrig-Veses³ y M. Giménez-Loreiro³

¹Instituto de Investigación INCLIVA, Unidad de Investigación en Servicios de Salud, FISABIO, Comunidad Valenciana. ²Unidad

de Investigación en Servicios de Salud, FISABIO, Comunidad Valenciana. ³Centro de Salud de Nazaret, Departamento Hospital Clínico-Malvarrosa, Instituto de Investigación INCLIVA, Comunidad Valenciana.

Objetivos: Evaluar la efectividad de una intervención basada en la automonitorización y autoajuste de la medicación en pacientes hipertensos mal controlados.

Métodos: Ensayo clínico pragmático, controlado, aleatorizado, no enmascarado, con dos brazos paralelos desarrollado en atención primaria. Los pacientes (≥ 40 años, con PAS > 145 o PAD > 90 mmHg) fueron aleatorizados al grupo intervención (GI; información y recomendaciones al paciente para mejorar la PA, más capacitación para la automonitorización de la presión arterial [AMPA] y el autoajuste del tratamiento) o al grupo control (GC; información y recomendaciones al paciente para mejorar la PA y manejo rutinario en la práctica clínica habitual). Se recogió información basal sobre características sociodemográficas, estilos de vida, comorbilidades, tratamiento concomitante e historial de HTA. La variable principal de resultados es la PAS a los 12 meses, y entre las secundarias se incluye la PAS y PAD a los 6, 12 y 24 meses, el grado de control según los criterios de las *European Society of Hypertension (ESH)-European Society of Cardiology (ESC) guidelines for the management of arterial hypertension* (2013).

Resultados: Un total de 277 pacientes (GI: 141 y GC: 136) completaron la visita a los 6 meses de seguimiento. Al inicio del seguimiento los grupos no mostraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas, de comorbilidad, grado de control de la PA o PAS media (GI: 155,4 mmHg vs. GC: 154,8 mmHg), aunque sí un mayor sedentarismo en los pacientes del GI y un mayor uso previo de AMPA en los del GC (GI: 23,4% vs. GC: 36,0%). La PAS media se redujo en ambos grupos a los 6 meses (GI: 135,5 mmHg vs. GC: 138,1 mmHg) sin diferencias significativas. El porcentaje de pacientes con buen control sí mostró diferencias entre grupos (GI: 61% vs. GC: 48%; $p = 0,03$). Asimismo, en ambos grupos se incrementó el uso de AMPA aunque en mayor medida en el GI (83,5% vs. 46,3%).

Conclusiones: La automonitorización y autoajuste de la medicación en pacientes hipertensos es efectiva para reducir la PAS media en los pacientes mal controlados a los 6 meses de seguimiento, pero no diferencialmente respecto a la información y recomendaciones para mejorar el control de la PA más práctica clínica habitual.

Financiación: Instituto Carlos III (PI16/02130), SCReN-Spanish Clinical Research Network (PT13/0002/0031 Y PT17/0017/0003) y co-financiación FEDER.

419/86. CONOCIMIENTO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA FARMACIA COMUNITARIA Y CLÍNICA, Y FUERA DEL ENTORNO SANITARIO EN LA ENCUESTA "MAY MEASURE MONTH" 2018 EN ESPAÑA

M. Gijón Conde¹, A. Molinero Crespo², L. Ruilope³, G. Álvarez García⁴, D. Pérez Manchón⁵ y E. Rodilla⁶

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid. ²Farmacia Familiar y Comunitaria, Área Científica, Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria, SEFAC.

³Laboratorio Traslacional Cardiorrenal, Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ⁴Centro de Salud Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid. ⁵Servicio de Enfermería, Centro de Salud Villanueva de la Cañada, Madrid, EHRICA. ⁶Medicina Familiar, Hospital de Sagunto, Universidad Cardenal Herrera-CEU, Valencia.

Objetivos: El conocimiento de la hipertensión arterial (HTA) se basa de forma clásica en la medida de presión arterial (PA) en consulta pero hay pocos datos en farmacias y fuera del entorno sani-

tario. Este trabajo tiene como objetivo comparar el conocimiento, tratamiento y control de la PA en los tres ámbitos, en la encuesta realizada en España en mayo de 2018 promovida por la International Society of Hypertension (May Measure Month) (MMM18).

Métodos: Se estudió a sujetos ≥ 18 años. Se realizó triple toma de PA y cuestionario según protocolo del MMM18. Se consideró diagnóstico de HTA si la PA era $\geq 140/90$ mmHg (media de 2 últimas medidas de 3 realizadas) o había diagnóstico o tratamiento antihipertensivo previo. Se consideró control si la PA era $< 140/90$ mmHg. Los datos se remitieron a través de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) y la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-LELHA).

Resultados: Se analizaron 7.511 sujetos (edad media, 51,7 $\pm$ 19,6 años, 36,8%, varones). Los datos se recogieron el 72,8% en farmacias, 9,1% en entorno clínico y 18,1% en área pública. 4.975 sujetos (66,2%) tenían disponibles la media de las 2 últimas tomas de PA. El 31,7% (IC 95%: 30,6%, 32,7%) eran hipertensos conocidos (33,9% farmacias/24,8% clínica/26,4% vía pública) y 28,1% referían seguir tratamiento antihipertensivo (30,5% farmacias/21,7% clínica/21,7% vía pública) ($p < 0,001$). La edad fue significativamente mayor en farmacias (55,2 $\pm$ 17,4/43,5 $\pm$ 23,2/41,6 $\pm$ 21,5) y la proporción de varones fue similar (36,3%/39,7%/37,4%). El consumo de tabaco (18,9%/22,4%/25,9%) y alcohol (29,4%/38,7%/51,0%) fue mayor en el área pública. La proporción de sujetos con diabetes fue: 9,0%/13,6%/10,4%, historia de infarto, 4,6%/4,5%/3,6%, e ictus, 2,9%/5,1%/2,7% ($p < 0,001$). La media de PA sistólica fue significativamente mayor en farmacias (124,3 $\pm$ 18,7/121,4 $\pm$ 16,9/120,8 $\pm$ 17,4 mmHg). La proporción de sujetos con HTA fue 52,2% (58,5%/41,6%/37,6%) ($p < 0,001$) de los cuales el 77,8% eran conocidos (79,6%/68,7%/74,1%) (40,7% del total). En sujetos con HTA conocida el 19% no seguían tratamiento farmacológico (16,1%/33,1%/27,5%) (31,0% del total de sujetos con HTA) (28,4%/39,8%/39,3%) ($p < 0,001$). En los sujetos con HTA tratada el 35,5% no cumplía objetivos de control (37,1%/34,4%/30,9%) ($p < 0,001$).

Conclusiones: Hay amplio margen de mejora en el conocimiento, tratamiento y control de la HTA en España. En las farmacias hay más HTA conocida/tratada y peor control y en la clínica/área pública hay menos HTA conocida/ tratada y mejor control. Campañas como el MMM18 pueden ayudar a mejorar esta situación.

419/115. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA Y CORRELACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA MEDIDAS MEDIANTE MAPA Y PULSERA DE ACTIVIDAD

S. Montoro García¹, M. Sánchez Macarro¹, J. Divisón Garrote¹, M. Leal Hernández² y J. Abellán Alemán¹

¹Departamento de Riesgo Cardiovascular; ²Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivo: El presente estudio analiza la concordancia entre los valores de parámetros hemodinámicos obtenidos mediante un MAPA y una pulsera de actividad comercial.

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal estratificado en función de la edad adulta (de 18 a 85 años) y residentes en Murcia. Se incluyeron 32 individuos (50% varones), previo consentimiento informado y tras la aprobación por el Comité de Ética. Todos los individuos reclutados se encontraron en buen estado de salud general. El MAPA utilizado fue el OMRON-24/7, que determina la PA por método oscilométrico. La pulsera usada BP HR SPO2, mide la PA por impedanciometría. La pulsera de actividad se utilizó junto con la aplicación instalada en un teléfono móvil suplementado a los individuos. Los instrumentos fueron colocados en el brazo y muñeca izquierda, respectivamente. Ambos tomaron medidas cada 20min durante el día y 30 min durante la noche, pero la pulsera lo hizo siempre 2-3 min antes. Se calcularon las medias de las PA

sistólica (PAS) y diastólica (PAD) (diurna, nocturna y general), así como la media de la PA media (PAM). Se estudió la concordancia de ambas técnicas mediante los tests de Bland-Altman y de Passing-Bablok.

Resultados: Los gráficos de dispersión de Bland-Altman mostraron una nula concordancia entre ambas técnicas para las medias de las PA, pero elevada para la FC. De manera similar, el test de Passing-Bablok también evidenció diferencias importantes entre los dos instrumentos. El MAPA proporciona valores de la PA más amplios que la pulsera, con lo que la pulsera subestima los valores de PAS y sobreestima PAD y PAM. Tales diferencias no son clínicamente aceptables para considerar equivalentes los dos instrumentos. Sin embargo, el coeficiente de concordancia de Lin para la FC fue > 0.91 en todos los casos.

Conclusiones: Las diferencias aquí mostradas para la PA no son clínicamente aceptables como para considerar equivalentes los dos instrumentos.

Hipertensión clínica y comorbilidad

419/28. INCIDENCIA DE CARCINOMA CUTÁNEO NO MELANOCÍTICO (CCNM) EN UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON HIDROCLOROTIAZIDA (HCTZ). ESTUDIO EN UNA UNIDA DE HIPERTENSIÓN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Fernández Rando¹, S. Grilo Bensusan², M. Herrera González³ y A. Grilo⁴

¹Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla. ²DUE, SAS, Hospital Nuestra Señora de la Merced, Osuna, Sevilla. ³Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla, Sevilla. ⁴Sección de Medicina Interna, Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivos: Determinar el porcentaje y el perfil de los pacientes hipertensos diagnosticados de CCNM y tratados con HCTZ, en una consulta hospitalaria de riesgo cardiovascular de Medicina Interna.

Métodos: Realizar un análisis observacional, descriptivo y retrospectivo en una Unidad de Hipertensión hospitalaria con pacientes hipertensos, tratados y diagnosticados de CCNM. Para determinar las características de estos pacientes, se utilizó el protocolo de estudio que se realiza en todos estos pacientes, atendidos en de nuestra Unidad de hipertensión y traspasando los parámetros a una base de datos anonimizada. Los datos, se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS. **Criterios de inclusión:** Se incluyeron de forma retrospectiva todos los pacientes hipertensos mayores de 18 años que acudieron y concluyeron su estudio en nuestra unidad y dieron su consentimiento informado para la recogida de sus datos. **Criterios de exclusión:** Pacientes que no dieron su consentimiento informado.

Resultados: De nuestra cohorte de 2.630 pacientes estudiados, en el transcurso de 22 años, 1048 estaban tratados con HCTZ, 16 de estos pacientes fueron diagnosticados de cáncer de piel y de ellos, 9 fueron diagnosticados con CCNM que corresponde con el 0,86% de los pacientes y 7 pacientes de melanoma, que corresponde con 0,67%. De los restantes pacientes que no tomaba HCTZ solo 2 presentaban CCNM y que corresponde con el 0,13% de los pacientes que no tomaba el principio activo. La mayor parte de los pacientes que toman este principio activo y padecen este tipo de cáncer son hombres (62,5%) y todos son mayores de 55 años.

Conclusiones: La incidencia de CCNM en pacientes hipertensos tratados con HCTZ en nuestra cohorte de pacientes hipertensos es 6,8 veces mayor que los pacientes que no toman este principio activo, estos datos son similares a los descritos recientemente en la literatura. La edad en la que aparecen todos nuestros casos es mayor de 55 años, esto apoyaría que el aumento de la fotosensibilidad atribuida a la HCTZ y la larga exposición al sol pueden ser los factores de riesgo que facilita la aparición de esta neoplasia.

419/106. ¿ES EL PLOMO UN COMPONENTE NOTABLE EN LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE?

M. Abad Cardiel¹, A. Corbatón-Anchuelo², M. González-Estecha³, J. García-Donaire¹, M. Fuentes-Ferrer¹ y N. Martell-Claros¹

¹Medicina Familiar, Unidad de Medicina Interna, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²Centro Español de Investigación Biomédica en Diabetes

y Trastornos Metabólicos Asociados (CIBERDEM). ³Departamento Laboratorio de Medicina, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

⁴UGC de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Introducción: El plomo es un elemento tóxico que representa un problema de salud pública y podría no ser solo un factor de riesgo para la hipertensión (HTA), sino también podría contribuir al desarrollo de la hipertensión resistente (HTAR). **Objetivos:** Los objetivos de este estudio son describir y comparar los niveles de plomo en la sangre en un grupo de sujetos (de una unidad de hipertensión del hospital) con hipertensión resistente e hipertensión no resistente y definir un umbral de plomo en sangre relacionado con la hipertensión resistente.

Métodos: Estudio transversal. La hipertensión resistente se definió de acuerdo con los criterios de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH). La obesidad se definió como un índice de masa corporal (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. El aclaramiento de creatinina se obtuvo a partir de una orina de 24 h (ml/min). La concentración de plomo en la sangre se midió mediante espectrometría de absorción atómica por atomización electrotérmica con corrección de fondo de Zeeman en un Analyst 800 de Perkin-Elmer.

Resultados: Incluimos 73 sujetos (46,6% hombres) reclutados durante los años 2003-2004, El 44 (61,7%) fueron casos de HTAR. Edad: HT 57.7 frente a HTAR 61.7 ($p = 0,06$). Presión arterial: HT $132,5 \pm 15,4/75,8 \pm 8,5$ vs. HTAR $155,6 \pm 23,5 / 82,45 \pm 11,9$ mmHg ($p < 0,05$). IMC: HT $30,2 \pm 3,9$ frente a HTAR $31,7 \pm 6,6 \text{ kg/m}^2$ ($p = 0,236$). Glucosa: HT $107,1 \pm 21,1$ frente a HTAR $121,5 \pm 46,3 \text{ mg/dl}$ ($p = 0,077$). Aclaramiento de creatinina: HT $90,7 \pm 25,85$ frente a HTAR $74,6 \pm 26,2 \text{ ml/min}$ ($p = 0,013$). Mediana de plomo en la sangre: HT 3,7 (RIC 2,7-5,1) frente a HTAR 3,7 (RIC 2,8-6,1) $\mu\text{g/dl}$ ($p = 0,885$). El análisis de regresión logística de varios pasos que introdujo un umbral de plomo en la sangre de $5,5 \mu\text{g/dl}$ (percentil 75) y que ajustó la edad, la obesidad y el aclaramiento de creatinina mostró: OR 4,29 ($1,07 \pm 17,16$, $p = 0,04$) para padecer HTAR.

Conclusiones: Los sujetos con un umbral de plomo en la sangre de $\geq 5,5 \mu\text{g/dl}$ tienen un mayor riesgo de hipertensión resistente independientemente de la edad, la obesidad y el aclaramiento de creatinina.

419/130. ESTUDIO "KNOW YOUR PULSE" 2018, CRIBADO DE PULSO IRREGULAR EN LA FARMACIA COMUNITARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

S. Tous Trepas¹, N. Andrés Rodríguez¹, I. Mera Gallego², M. Murillo Fernández¹, J. Fornos Pérez² y A. García-Delgado Morente²

¹Farmacia Familiar y Comunitaria, Grupo de Trabajo de Hipertensión y Riesgo Vascular de SEFAC. ²Farmacia

Comunitaria, Grupo de Trabajo de Diabetes e Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular de SEFAC.

Objetivos: Introducción: La fibrilación auricular, presente en una 5-15% de la población anciana es, en muchos casos, asintomática. La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) en colaboración con la Atrial Fibrillation Association (AFA) y la International Pharmacists Anti Coagulation Taskforce (IPACT), desarrolla en España este proyecto piloto internacional, para valorar su eficacia en la mejora de la detección de la fibrilación auricular asintomática, la reducción de sus posibles consecuencias y contribuir al correcto tratamiento de las arritmias y sus riesgos. Objetivos: Cuantificar la identificación de nuevos casos de arritmias y especialmente de la fibrilación auricular y evaluar los resultados.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado del 19 al 25 de noviembre de 2018, por farmacéuticos comunitarios españoles, en personas de ≥ 40 años que aceptaban la propuesta de participación. Toma exclusivamente braquial del pulso según protocolo y registro de frecuencia (lpm). Se registran datos relativos a edad (años), sexo (H/M), antecedentes (SI/NO) como diagnóstico de ICC, HTA, diabetes, IAM, y tratamientos antiagregantes, anticoagulantes y antiarrítmicos. Al finalizar, tras 5 min de reposo se toma la tensión arterial según protocolo y se registra la media (mmHg). Se derivaron los pacientes que presentaron pulso arritmico no estudiado, bradicardia o taquicardia (< 50 o > 100 lpm), a los diagnosticados de FA que no estaban en tratamiento con anticoagulantes y presentaban CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 ; y a los de PA no controlada, para valoración por su médico. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS®22.0 para Windows®. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

Resultados: 101 farmacéuticos, 977 pacientes (9,9 pacientes/farmacéutico). 68 (7,0%) pacientes describen presentar pulsos irregulares (29 (7,8%) hombres/39 (6,5%) mujeres) y 97 (9,9%) haber tenido pulso rápido en descanso, ambos sin FA diagnosticada. 527 (83,9%) tenían CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 . De 22 (2,2%) con FA diagnosticada, 10 (45,5%) sin tratamiento AC, de ellos 9 (90%) con CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 . En la toma de pulso, se detectaron 97 (9,9%) pacientes con pulso irregular sin diferencias entre sexos, de ellos 36 (37,1%) sin diagnóstico previo. 27 (2,8%) con bradicardia y 27 (2,8%) con taquicardia. Se deriva a 97 (9,9%) pacientes: *Con diagnóstico previo:* 7 (7,2%): 1 (14,3%) pulso normal y 6 (65,7%) pulso irregular. *Sin diagnóstico previo:* 90 (92,8%): 54 (60%) pulso normal y 36 (40,0%) pulso irregular. Se registró la respuesta a la derivación.

Conclusiones: La detección de pacientes con pulso irregular y sospecha de FA y pacientes diagnosticados de FA sin tratamiento demuestra la capacidad de la farmacia comunitaria de mejorar el grado de diagnóstico de FA desconocida, de contribuir a mejorar su correcto tratamiento y también de identificar problemas como taquicardia o bradicardia.

419/132. PRESCRIPCIÓN DE AINE POR EL MÉDICO DE FAMILIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. ESTUDIO COMPARATIVO

M. Ajenjo González¹, M. López Filloy², M. Muñoa Moratinos³, S. Anselmi González⁴, L. Alvarado Machón⁴ y J. López de la Iglesia⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Andrés del Rabanedo, León. ²Medicina Familiar, Centro de Salud La Doblada, Vigo. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Cistierna, León. ⁴Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Condesa, León.

Objetivos: Comparar la prescripción de AINEs por médicos de Atención Primaria (MAP) de un área sanitaria en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV): CI, ACV, EAP y con IC durante 2014 y 2018, tras el conocimiento por parte de los MAP de los resultados

obtenidos en 2014, identificando tipo, dosis, duración e interacciones.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Muestreo aleatorio de todos los pacientes registrados con ECV > 14 años de área de 350.000 habitantes (16.492 pacientes en 2014/15.976 en 2018). Revisión de 2.615 historias clínicas en 2014 y de 1.340 en 2018. Se hizo llegar a todos los centros de salud del área los resultados del estudio del 2014, en algunos centros se realizaron sesiones sobre los resultados. Variables: filiación, rural/urbano. Antecedente de ECV y de IC. Tipo y duración de AINE, motivo de la prescripción, IBPs, interacciones.

Resultados: Edad media pacientes que toman AINE en 2014: 77 años (DE: 13,07), en 2018: 72 años (DE 11,28). De los que toman AINE 57% varones en 2014, 54% en el 2018. Tomaron AINEs el 28% de pacientes con ECV durante 2014 (IC del 95% 25.6-29.8), El 19% durante 2018 ($p < 0,001$). De los que toman AINE con ECV en el 2014: el 59% de los pacientes con AP de CI, el 8% IC, el 47% ACV, 7% EAP; 54% medio rural), en 2018 el 36% de los pacientes tienen AP de CI y el 6% de IC. En 2014 el 57% Ibuprofeno y derivados (46% toman 1800 mg/día), 17% diclofenaco, 7% naproxeno, 8% etoricoxib, 4% celecoxib, 5% otros. En 2018 el 28% naproxeno, el 3% diclofenaco y el 3% etoricoxib. En 2014 el 82% toman AINE (8 días-1 mes), 10% (1-3 meses). En el 2018 EL 93% toman AINE durante 8 días-1 mes. En 2014 el 74% por patología músculo-esquelética, el 81% en 2018. El 93% fueron prescritos por MAP, en 2014, el 90% en 2018. En 2014 toman IBP 85%, AAS 67%, clopidogrel 22%, ACO 15% (resultados similares en 2018).

Conclusiones: Casi el 30% de pacientes con ECV tomaron AINE en 2014 (el 27% tomó fármacos contraindicados), el 19% en el 2018. Sólo el 7% toman Naproxeno en el 2014 (de elección en ECV), cifra que aumentó al 28% en 2018. El conocimiento por parte de los MAP de resultados de los estudios, realizados en el área de salud donde trabajan, incide en una mejor praxis de los mismos.

Hipertensión arterial y mujer

419/52. HIPERTENSIÓN EN MUJERES Y CAMBIOS EN SU PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR A LO LARGO DE 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO ICARIA

E. Calvo Bonacho¹, A. Fernández Meseguer², P. Martínez Muñoz³, C. Catalina Romero³, L. Quevedo Aguado⁴ y L. Ruilope Urioste⁵

¹Proyectos Sanitarios, Ibermutua, Madrid. ²Proyectos Sanitarios, Ibermutua, Murcia. ³Psicología Clínica; ⁴Documentación Médica, Ibermutua, Madrid. ⁵Unidad de Hipertensión y Renal, Instituto de Investigación i+12, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El perfil sociodemográfico y clínico de los hipertensos ha cambiado de manera significativa durante la última década y en especial entre las mujeres. Se ha producido un envejecimiento significativo de este grupo; en consecuencia, los FRCV han aumentado, al tiempo que se han producido avances en su control. Nuestro objetivo fue describir estos cambios en mujeres hipertensas entre 2005 y 2016.

Métodos: Se analizaron los cambios en variables demográficas y en los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de las mujeres hipertensas en la cohorte del estudio ICARIA (Ibermutua-mur Cardiovascular Risk Assessment study) entre los años 2005 y 2016. Se estudiaron los datos de 112.039 evaluaciones estandarizadas del nivel de RCV (entrevista médica estructurada, medidas antropométricas, de presión arterial, analítica de sangre) corres-

pondientes a 45.496 mujeres (edad $46,8 \pm 17,64$ años). La HTA se definió como la presencia de valores de presión arterial $\geq 140/90$ mmHg, o existencia de un diagnóstico previo de HTA o tratamiento antihipertensivo previo. Se compararon los porcentajes de pacientes hipertensas en las variables seleccionadas en cada año, durante el periodo de estudio.

Resultados: El porcentaje de hipertensas respecto al total anual pasó de un 10,3% en 2005 a un 17,4% en 2016. Durante el periodo de estudio, aumentó el porcentaje de mujeres por encima de los 45 años (+19,2%). También, creció el porcentaje de mujeres con un diagnóstico previo de HTA (+8,7%), con tratamiento antihipertensivo (+19,8%) o hipolipemiante (+13,3%), al tiempo que disminuía el% con cifras alteradas de tensión arterial (-10,2%). Por el contrario, el porcentaje de mujeres con obesidad aumentó (+2,1%). Asimismo, se redujo el porcentaje de hipertensas con niveles de lípidos alterados (colesterol total ≥ 200 mg/dl: -6,6%) o con síndrome metabólico (-5,5%), pese al incremento del porcentaje de mujeres con dislipemia (+0,2%) y diabetes tipo 2 (+2,1%). En dicho periodo, el porcentaje de fumadoras se redujo en 6,2 puntos porcentuales. En cuanto al nivel de riesgo cardiovascular (SCORE), fue menor el porcentaje con RCV alto (-2,4%). Por último, hubo un aumento del porcentaje de hipertensas con antecedentes de cardiopatía isquémica (+0,1%). Los cambios observados fueron estadísticamente significativos ($p < 0,001$).

Conclusiones: Aunque algunos factores como el tabaquismo han mejorado, los problemas relacionados con el peso continúan su progresión epidemiológica. Aunque se vislumbran mejoras en el control de la HTA, existen aspectos diferenciales en la evolución del perfil clínico de las mujeres hipertensas que requieren un abordaje preventivo y terapéutico específico.

419/92. EFICACIA DE LA RATIO PROTEINURIA/CREATININA EN MICCIÓN AISLADA PARA LA CUANTIFICACIÓN DE LA PROTEINURIA EN LA PREECLAMPSIA

L. Belmar Vega¹, E. Rodrigo Calabia¹, G. Fernández Fresnedo¹, M. Heras Vicario¹, V. Orallo Toural² y J. Ruiz San Millán¹

¹Servicio de Nefrología; ²Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: La proteinuria es uno de los criterios diagnósticos habituales, aunque no imprescindible, de preeclampsia. La recolección de orina de 24 horas ha constituido tradicionalmente el gold estándar para la determinación de proteinuria, pero sus resultados son a veces inexactos y su cuantificación retrasa la adopción de medidas terapéuticas. El ratio proteína/creatinina, obtenido en micción aislada, se admite por The American College of Obstetricians and Gynecologists como procedimiento alternativo. Nuestro objetivo es evaluar el grado de asociación entre el ratio proteína/creatinina procedente de micción aislada y la recolección de orina de 24 horas, así como analizar la eficacia de dicho ratio para la determinación de proteinuria en pacientes con preeclampsia.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo sobre 70 mujeres con diagnóstico de preeclampsia. Como variable demográfica se analizó la edad y como variables clínicas la semana de parto y multiplicidad del mismo, número de gestaciones y abortos previos así como el uso o no de técnicas de reproducción asistida. La asociación entre el ratio proteína/creatinina y la colección de orina de 24 horas se determinó mediante el coeficiente de correlación de Pearson y se utilizaron curvas ROC para determinar la exactitud de la prueba diagnóstica y puntos óptimos de corte.

Resultados: Se evaluaron 70 pacientes, edad media $36,2 \pm 5,0$ años. Un total de 35 mujeres (50,0%) eran primíparas, 10 (14,28%) se habían sometido a procedimientos de reproducción asistida y 24 (34,29%) tenían antecedentes previos de aborto. La finalización

del embarazo se produjo en promedio en la semana 37 y el parto se produjo por cesárea en 43 ocasiones (61,4%). Se objetivó una correlación intensa entre el ratio proteína/creatinina y la colección de orina de 24 horas, $r = 0,953$ ($p < 0,001$). El análisis de la curva ROC estableció como mejor punto de corte un ratio proteína/creatinina de 0,39 para el diagnóstico de proteinuria > 300 mg/24 h (AUC = 0,858; 95%IC, 0,749-0,968; $p < 0,001$, sensibilidad = 71,2%, especificidad = 90,9%; VP+ = 97,7% y VP- = 37,0%).

Conclusiones: El ratio proteína/creatinina, resulta eficaz para la predicción de preeclampsia, constituyendo una alternativa diagnóstica rápida frente a la colección de orina de 24 horas, para la detección de proteinuria en mujeres con sospecha de preeclampsia, permitiendo no demorar la toma de decisiones terapéuticas adecuadas.

419/99. HIPOALBUMINEMIA COMO FACTOR DE RIESGO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

N. Martell-Claros¹, M. Abad Cardiel¹, C. de los Santos², J. García-Donaire¹, V. González-Mora² y L. Sosa²

¹Medicina Familiar, Unidad de Medicina Interna, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

²Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay.

Objetivos: Introducción: La preeclampsia-eclampsia (PE) tiene una incidencia mundial de 5-10%, explicando el 18% de las muertes maternas. Durante el embarazo la albuminemia decrece, por un incremento en el volumen plasmático y aumento del metabolismo. En la PE la albuminemia se ve más disminuida por aumento permeabilidad capilar secundario a daño endotelial, proteinuria y disminución en la producción. La reducción de la presión coloidosmótica (PCO) produce edema intersticial, disminuyendo la volemia, estimulando la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. **Objetivos:** Nuestro objetivo fue determinar si la hipoalbuminemia se relaciona con la aparición de PE en una población de embarazadas de alto riesgo seguidas en la Unidad de Hipertensión Gestacional del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, España, y en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela de Montevideo, Uruguay.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo-analítico. Se incluyen embarazadas con hipertensión crónica o gestacional con albuminemia a la semana 32 de gestación. Se calculó la PCO y el índice de Briones (IB: PCO/presión arterial media). Para estudiar el efecto bruto y ajustado de los niveles de albumina sérica se utilizó el modelo de regresión logística binomial.

Resultados: Se incluyeron 193 embarazadas de alto riesgo. El 25,4% (49/193) presentaron PE, el 3,6% (7/193) HELLP. Se registró un único caso de eclampsia. Hipoalbuminemia menor a 3 g/dl se observó en 13 pacientes, de las cuales 11 tuvieron PE. Encontramos que un valor de albuminemia $< 3,3$ g/dl tiene un RR de 1,8 (IC 95% 1,01-3,2; $p = 0,036$) para el desarrollo de preeclampsia, en el análisis de ajuste multivariable de regresión logística binaria. Estas embarazadas tuvieron hijos con menor peso al nacer, (-319 g, $p < 0,004$) y menor edad gestacional al parto (-9,1 días; $p < 0,002$). El grupo que desarrolló PE tuvo menor PCO que el grupo sin PE, 19,05 mmHg vs. 20,33 mmHg ($p < 0,004$), y menor IB ($0,10 \pm 0,02$ vs. $0,12 \pm 0,02$; $p = 0,000$). Este índice tuvo una capacidad predictiva de eventos mejor que la albúmina 0,74 (IC 95% 0,64-0,81) vs. 0,64 (IC 95% 0,53-0,74) $p = 0,044$.

Conclusiones: Existe alta incidencia de PE, esperable en consultas de pacientes de alto riesgo. La albuminemia $< 3,3$ g/dl se relaciona con mayor riesgo de PE, menor peso al nacer y menor edad gestacional. La PCO y del Índice de Briones se muestran muy válidos para la valoración cuantitativa de la fuga capilar.

Síndrome metabólico, prediabetes y diabetes

419/5. IDENTIFICACIÓN DE PREDICTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING

R. García Carretero¹, P. Beivide Arias¹, L. Vigil Medina¹ y O. Barquero Pérez²

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

Objetivos: El hígado graso no alcohólico (HGNA) puede ser considerado con el componente hepático del síndrome metabólico, y la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), un grado más severo de HGNA, puede aumentar el riesgo cardiovascular. Hemos investigado la asociación de EHNA con el riesgo cardiovascular mediante técnicas de *machine learning*.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos clínicos y de laboratorio de 2239 pacientes hipertensos mediante técnicas de regularización LASSO: *least absolute shrinkage and selection operator*.

Resultados: La prevalencia de EHNA entre los pacientes hipertensos fue de 11,3%. En el análisis univariante la EHNA se asoció con síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2, resistencia insulínica y dislipemia. Sin embargo, en el análisis multivariado usando *machine learning* (LASSO), ferritina e insulina sérica fueron los predictores más relevantes correlacionados con la aparición de EHNA. El modelo fue aplicado a una cohorte para su validación y produjo una sensibilidad del 70%, especificidad del 79% y un área bajo la curva de 79%.

Conclusiones: La hiperferritinemia y la hiperinsulinemia se asociaron significativamente con la aparición de EHNA en pacientes hipertensos. Los algoritmos de *machine learning* son sencillos de aplicar e interpretar, y pueden ser una alternativa para mejorar la toma de decisiones en la asistencia sanitaria.

419/8. DIABETES MELLITUS Y LESIÓN DE ÓRGANOS DIANA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA

N. Uribe Heredia¹, R. Arroyo Espliguero¹, L. Piccone Saponara², M. Viana Llamas¹, M. Jiménez Martínez¹ y J. Balaguer Recena¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara.

²Servicio de Nefrología, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Objetivos: La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) se asocia al desarrollo de complicaciones vasculares. Sin embargo, la hiperglucemia crónica también puede afectar directamente al miocardio, produciendo rigidez ventricular y disfunción ventricular, y al pulmón, que se considera actualmente órgano diana de la DMT2. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de la DMT2 en la capacidad aeróbica y la respuesta cardiopulmonar de pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC), evaluada mediante una ergometría con análisis de gases espirados.

Métodos: Estudio transversal en 91 pacientes (57 ± 10 años, 90% varones) consecutivos sometidos a una ergoespirometría al inicio del programa estándar en fase-II de rehabilitación cardiaca (RC), a los 2-3 meses tras un cuadro coronario agudo. Los tests se desarrollaron según las recomendaciones de la ATS/ACCP.

Resultados: El 29% de los pacientes (n = 26) tenían un diagnóstico de DMT2. No existían diferencias significativas en la edad, sexo y prevalencia de factores de riesgo entre ambos grupos. La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) fue menor en pacientes

diabéticos (P = 0,024), aunque la media de ambos grupos se encontraba dentro de la normalidad. Los pacientes con DMT2 presentaron un consumo pico de O₂ (VO₂) (p < 0,001), un umbral anaeróbico (UA) (p = 0,002) y un pulso de O₂ (p = 0,004) menor que los pacientes no-diabéticos. Los pacientes con DMT2 presentaron una significativa reducción del PETCO₂ (p = 0,049), una mayor pendiente del V-slope (p = 0,039) y una mayor relación espacio muerto/volumen corriente (VD/VT) (p = 0,030). Tras el ajuste multivariante con la edad, sexo, obesidad central, FEVI, índice de Tiffeneau (IT) y el tratamiento β-bloqueante, la DMT2 era un predictor independiente del VO₂ (p = 0,005), del UA (p = 0,041) y del pulso de O₂ (p = 0,001). La DMT2 también era predictor del V-slope (p = 0,046), PETCO₂ (p = 0,037) y la relación VD/VT (p = 0,049), independientemente de la edad, sexo, perímetro abdominal (PA), FEVI, Índice de Tiffeneau (IT) y tratamiento β-bloqueante.

Conclusiones: En pacientes con EAC, aquellos con un diagnóstico previo de DMT2, presentaron una significativa reducción de la capacidad aeróbica, así como una relación ventilación-perfusión (V/Q) deteriorada. La DMT2 podría afectar directamente a la estructura y/o función miocárdica y pulmonar, independientemente de la carga aterosclerótica subyacente.

Lesión de órgano diana

419/22. EFECTO DE BLOQUEANTES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE PACIENTES AÑOSOS CON NEFROPATÍAS NO PROTEINÚRICAS (ENSAYO CLÍNICO PROERCAN, NCT: 03195023). DISEÑO DEL ESTUDIO Y RESULTADOS PRELIMINARES

A. García Prieto¹, M. Goicoechea², U. Verdalles Guzmán², A. Pérez de José², D. Barbieri Merlo² y J. Luño Fernández²

¹Hospital Gregorio Marañón, Madrid. ²Servicio de Nefrología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: En la actualidad no existe suficiente evidencia para la recomendación del uso de bloqueantes del sistema renina-angiotensina-aldosterona (BSRAA) en pacientes de edad avanzada con enfermedad renal crónica (ERC), sin proteinuria y sin cardiopatía. El objetivo principal del estudio es evaluar el efecto de los BSRAA en la progresión renal de pacientes de edad avanzada. Los objetivos secundarios fueron evaluar: 1) la seguridad de los BSRAA mediante la recogida del número de episodios de hiperpotasemia y de deterioro agudo de la función renal, 2) el efecto sobre el riesgo cardiovascular y 3) la mortalidad global y cardiovascular.

Métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado, que compara la eficacia de los BSRAA frente a otros tratamientos antihipertensivos en la progresión renal en pacientes mayores de 65 años con ERC estadios 3 y 4 e índice albumina/creatinina < 30 mg/g. Criterios de exclusión: diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca o hipertensión resistente o mal controlada. Aleatorización 1:1 BSRAA vs. tratamiento antihipertensivo estándar. Los pacientes que recibían BSRAA fueron lavados durante 1 mes antes de la aleatorización. El tamaño muestral estimado fue de 110 pacientes, 55 por grupo, con un tiempo de seguimiento de 3 años. Se recogieron cifras tensionales y parámetros analíticos de un año previo a la aleatorización y durante el seguimiento.

Resultados: Presentamos los datos de 45 pacientes (18 varones, 27 mujeres) con un tiempo de seguimiento de 20 meses y una edad media de 79,2 ± 10,8 años, aleatorizados 15 al grupo BSRAA y 30 al grupo estándar. La etiología de la ERC fue: 34 vascular, 6 intersti-

cial y 5 no filiada. En el grupo de BSRAA se observó progresión de ERC durante el tiempo de seguimiento ($-7,3 \pm 1,6$ ml/min), mientras que en los pacientes del grupo estándar se observó un aumento del filtrado glomerular ($+7,1 \pm 0,8$ ml/min), $p = 0,01$. Se evidenció un aumento significativo de los niveles de potasio en el grupo BSRAA a los 20 meses y un descenso en el grupo estándar ($+0,2 \pm 0,03$ vs. $-0,4 \pm 0,01$ mmol/l), $p = 0,02$. No se apreciaron diferencias en el control tensional, el número de fármacos antihipertensivos, las cifras de albuminuria, la incidencia de eventos cardiovasculares ni en la mortalidad.

Conclusiones: Resultados preliminares muestran que en pacientes añosos con ERC no proteinúricas el uso de BSRAA no añade beneficio a la progresión de la enfermedad renal a corto plazo y sí más efectos secundarios como la hiperpotasemia.

419/83. ARTERIOSCLEROSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA. ANÁLISIS PRELIMINAR DEL SUBESTUDIO IBERICAN-GIM

V. Pallarés-Carratalá¹, J. Fernández Toro², D. Rey Aldana³, M. Prieto Díaz⁴, F. Valls Roca⁵ y A. Barquilla García⁶

¹Unión de Mutuas, Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón. ²Medicina Familiar, Centro de Salud Zona Centro, Cáceres. ³Medicina Familiar, Centro de Salud A Estrada, Pontevedra. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Vallobin-La Florida, Oviedo. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Benigànim, Valencia. ⁶Medicina Familiar, Centro de Salud Trujillo, Cáceres.

Objetivos: Dentro del estudio IBERICAN (determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular —RCV— en España, así como de los eventos cardiovasculares) se está llevando a cabo el subestudio IBERICAN-GIM. El objetivo de este trabajo es analizar el perfil de arteriosclerosis subclínica carotídea (GIM — grosor íntima media carotídeo— o placa) en pacientes con riesgo bajo-moderado en ámbito de atención primaria (AP).

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de atención primaria en España. El subestudio IBERICAN-GIM analiza la arteriosclerosis subclínica carotídea de los pacientes con riesgo bajo-moderado incluidos en el estudio general y estratificados por Score, mayores de 30 años, y cuantos reclasifican en riesgo. Se presentan los resultados de los primeros 233 sujetos que cumplen los criterios de inclusión.

Resultados: De los 233 sujetos incluidos, 50,6%, hombres. La edad media fue mayor en mujeres que hombres ($56,43 \pm 12,46$ vs. $55,60 \pm 11,27$ años), $p = 0,59$. Los hombres presentan un GIM mayor que las mujeres ($0,84$ vs. $0,8$ mm, $p = 0,05$) y tienen mayor presencia de placa carotídea (31% vs. $17,5\%$, $p < 0,01$). El RCV por SCORE es bajo preferentemente en mujeres ($80,9$ vs. $56,5\%$, $p < 0,001$) y moderado en hombres ($43,5$ vs. $19,1\%$, $p < 0,001$). Los hombres presentan mayor prevalencia de HTA, DL y DM ($56,8$ vs. $37,4\%$, $p < 0,001$; $51,7$ vs. $41,7\%$, $p = 0,07$, y $23,7$ vs. 13% , $p < 0,02$, respectivamente), de SM y SMPM ($47,5$ vs. 33% , $p < 0,01$ vs. $31,4$ vs. 19% , $p < 0,03$) tabaquismo activo ($25,2$ vs. $14,8\%$, $p = 0,006$), mayor presencia de cualquier LOD (HVI, ITB $< 0,9$, microalbuminuria o PP > 60) ($26,3\%$ vs. $8,7\%$, $p = 0,64$) y solo la dislipemia aterogénica fue más prevalente en mujeres ($13,3$ vs. $8,6\%$, $p = 0,26$). Reclasificaríamos en RCV tras realizar ecografía carotídea un 64,1% de los hombres y 41,3% de las mujeres.

Conclusiones: En esta muestra de pacientes del estudio IBERICAN a los que se les ha realizado una valoración ecográfica carotídea se reclasificaría el RCV al 52,6%. La ecografía carotídea en AP puede optimizar la estratificación de nuestros pacientes con RCV bajo-moderado a riesgo alto-muy alto RCV, lo que justificaría intensificar la estrategia de tratamiento y posibilitar evitar la progresión de la enfermedad o eventos.

419/136. MEJORÍA DEL DAÑO ORGÁNICO SUBCLÍNICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE AL AÑADIR ESPIRONOLACTONA

I. Galcerán Herrera¹, S. Vázquez González², X. Duran Jordà³, J. Pascual Santos¹ y A. Oliveras Serrano¹

¹Medicina Familiar, Hospital del Mar, Barcelona. ²Medicina Familiar, Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

³Servicio de Investigación, Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la evolución del daño orgánico subclínico en pacientes con hipertensión arterial resistente (HTAR) tras añadir espironolactona.

Métodos: Se evalúa de forma retrospectiva una cohorte de 200 pacientes con HTAR a los que se añadió espironolactona al régimen terapéutico antihipertensivo. Previo al inicio de espironolactona y tras 12 meses de tratamiento, se obtuvo análisis de orina para determinar cociente albúmina/creatinina, así como ecocardiograma en 41 de ellos, con determinación de los siguientes parámetros: grosor de la pared posterior (PP), grosor del tabique interventricular (TIV), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI), índice de masa ventricular izquierda (IMVI), diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI), índice de remodelado ventricular izquierdo (IRVI = $2 \times PP / DDVI$) y diámetro de aurícula izquierda (DAI). Se analizan los cambios de estas variables.

Resultados: En esta cohorte de pacientes con HTAR (37% mujeres, edad de $65,6 \pm 11,6$ años), tras 12 meses con espironolactona se objetivó un descenso de PAS/PAD de $-13,6$ mmHg [$-16,4$ a $-10,8$]/ $-6,0$ mmHg [$-7,6$ a $-4,3$] ($p < 0,001$). La variación de la albuminuria fue de $-53,2$ mg/g [$-88,2$ a $-18,1$] ($p = 0,003$). A nivel cardíaco, los cambios ecocardiográficos (media e IC al 95%) observados fueron: PP: $-1,0$ mm [$-1,5$ a $-0,5$], $p < 0,001$; TIV: $-0,8$ mm [$-1,4$ a $-0,2$], $p = 0,01$; IRVI: $-0,04$ [$-0,08$ a $-0,004$], $p = 0,03$; sin que fueran estadísticamente significativos los cambios en los parámetros restantes. Además, la proporción de pacientes con IMVI patológico (> 95 g/m² en mujeres o > 115 g/m² en hombres) fue del 75,6% y del 58,5% entre el análisis inicial y final, respectivamente ($p < 0,001$).

Conclusiones: Añadir espironolactona para tratar la HTAR reduce el daño orgánico subclínico tanto respecto a la albuminuria como a los parámetros ecocardiográficos de cardiopatía hipertensiva.

Estratificación del riesgo

419/10. PERFIL MOLECULAR RELACIONADO CON DAÑO CAROTÍDEO ARTERIOSCLERÓTICO SUBCLÍNICO EN SUJETOS CON SÍNDROME METABÓLICO

J. Varona Arche¹, R. Ortiz Regalón², I. Martín Antoniano³, C. García de Durango⁵, L. Fernández Frieria⁵ e I. Sánchez Vera³

¹Medicina Interna, Hospital HM Montepríncipe, Facultad de Medicina, Universidad CEU San Pablo, Madrid. ²Medicina Interna, Hospital HM Montepríncipe, Madrid. ³Ciencias Médicas Básicas, Universidad San Pablo CEU, Madrid. ⁴Instituto de Patología, LMU, Múnich. ⁵Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares, Hospital HM Montepríncipe, Madrid.

Objetivos: Introducción: el concepto de síndrome metabólico (SM) agrupa un amplio y heterogéneo grupo de individuos con diferente riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares (ECV). En este contexto, la utilidad clínica de la determinación de moléculas relacionadas con disfunción inflamatoria endotelial, citocinas y adipocitocinas no está definida. Objetivo: identificar, en sujetos

asintomáticos con criterios de SM, aquellos factores vasculares inflamatorios, citocinas y adipocitocinas séricas que permitan alertar de la presencia de daño arteriosclerótico subclínico, para optimizar la estratificación del riesgo de desarrollar ECV.

Métodos: Se incluyeron 71 sujetos con SM según los criterios NCEP ATP III. En ellos se determinaron las concentraciones plasmáticas de citocinas (IL-6, TNF- α , IL-1b, IL-8, IL-18, MCP-1), hormonas derivadas del adipocito (adipsina, leptina, visfatina, adiponectina, omentina, resistina), grelina y moléculas de adhesión vascular (VEGF, PAI-1, ICAM-1, VCAM-1), utilizando un panel multiplex personalizado (Ensayo Luminex). Se realizó estudio ecográfico 2D y 3D para determinar la presencia de daño carotídeo arteriosclerótico (grosor íntima-media > 0,9 mm y/o presencia de placa). Para la obtención de los distintos clústeres se normalizaron los datos y se efectuó un análisis de conglomerados jerárquicos utilizando el método Ward, aplicándose la distancia Euclídea con el programa informático R. paquete Complexheatmap y para comprobar las variables cuantitativas entre los distintos clúster estudiados se empleó el test de Kruskal Wallis con el programa SPSS versión 20.0. La finalidad de este análisis es identificar si existe un perfil molecular específico que pueda tener relación con la aparición de enfermedad carotídea subclínica (es decir, aquellas moléculas plasmáticas con un papel diagnóstico potencial en la enfermedad carotídea subclínica).

Resultados: El análisis reveló la presencia de seis grupos principales de sujetos (1 a 6) según su perfil molecular y dos grupos de citocinas (A y B) (fig. 1). El primer grupo de moléculas (grupo A) comprendía IL-6, TNF- α , VEGF, adipsina, IL-1 β , IL-8, leptina, PAI-1, IL-18 y visfatina, mientras que el segundo (grupo B) comprendía grelina, adiponectina, omentina, MCP-1, resistina, ICAM-1 y VCAM-1. El grupo 3 incluyó el porcentaje más alto de sujetos con daño arteriosclerótico carotídeo subclínico y mostró concentraciones séricas altas de moléculas del grupo B y bajas del grupo A. Por otro lado, el grupo de 1 incluyó la proporción más baja de sujetos con daño arteriosclerótico carotídeo subclínico y presentó altos niveles plasmáticos de las moléculas del grupo A. Las moléculas donde se documentaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de sujetos fueron ICAM-1 ($p = 0,001$), VCAM-1 ($p = 0,001$), adiponectina ($p = 0,001$) y omentina ($p = 0,001$) (fig. 2).

Conclusiones: La presencia de daño carotídeo arterioesclerótico subclínico se asocia con concentraciones elevadas de ICAM-1 y VCAM-1 y bajas de adiponectina y omentina. Así, determinados perfiles moleculares plasmáticos de factores vasculares inflamatorios y adipocitocinas se asocian con mayor presencia de daño arteriosclerótico y por tanto pueden aportar datos de utilidad clínica en la mejora de la estratificación pronóstica de los sujetos con SM.

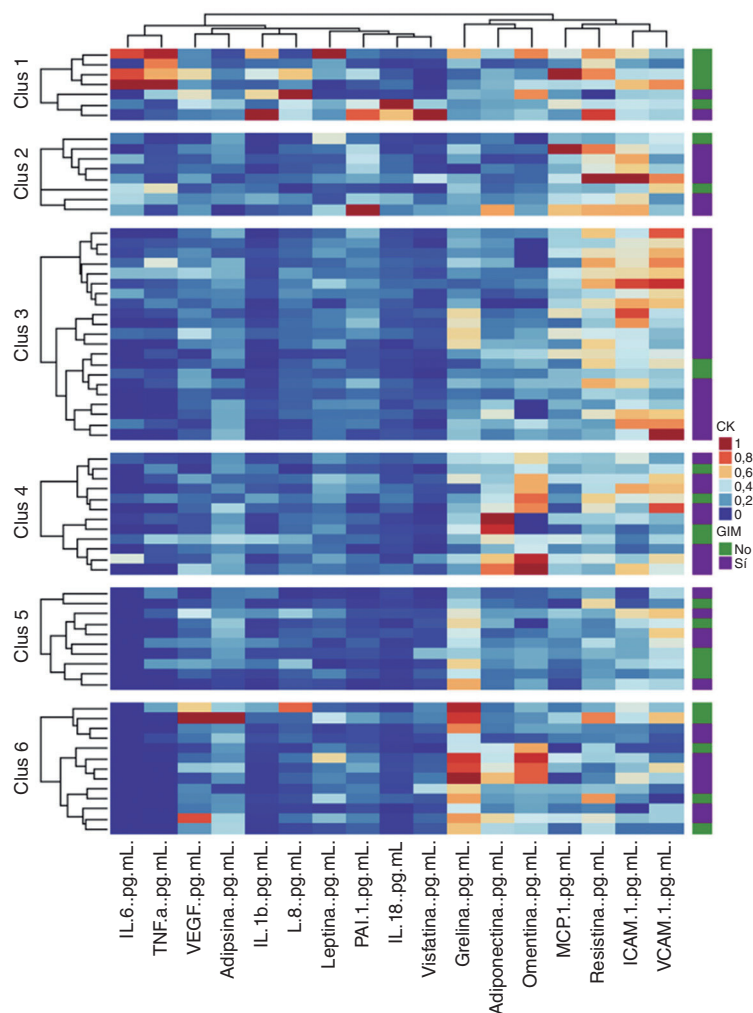


Figura 1 Comunicación 419/10. Para identificar las citocinas y moléculas de adhesión vascular asociados con la presencia de daño carotídeo subclínico, se efectuó un análisis de conglomerados jerárquicos que se representó a través de un dendrograma donde aparecen las 17 moléculas agrupadas en función de sus concentraciones plasmáticas.

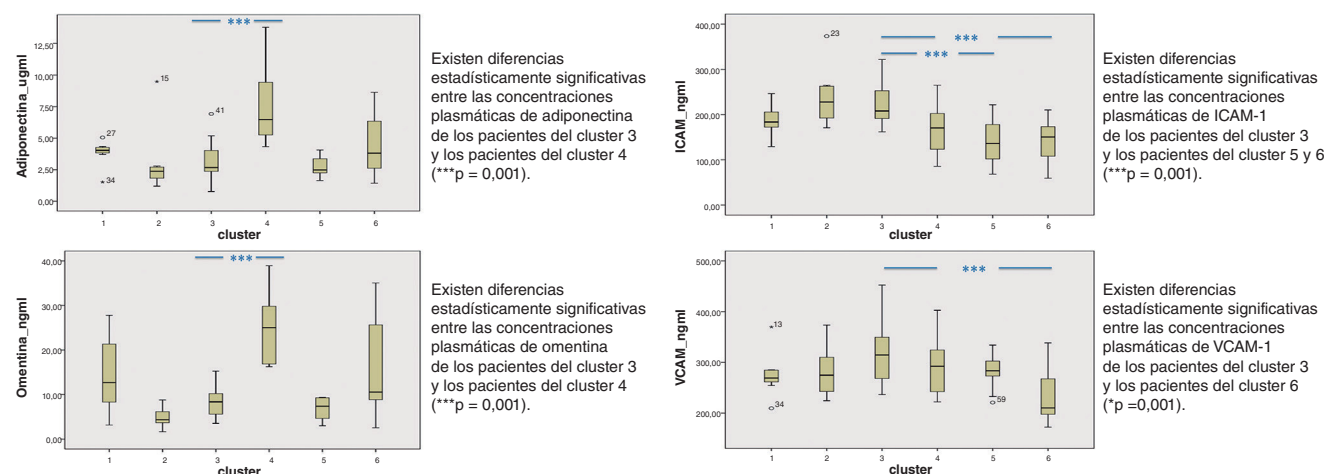


Figura 2 Comunicación 419/10. Comportamiento de las moléculas Adiponectina, Omentina, ICAM-1 y VCAM-1 entre los distintos grupos de pacientes (clúster 1 a 6).

419/50. APLICACIÓN CONJUNTA DE LAS RECOMENDACIONES DE "LIFE'S SIMPLE SEVEN" DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN Y DEL MODELO PREDICTIVO IBERSCORE DE RIESGO CARDIOVASCULAR

C. Fernández-Labandera¹, E. Calvo Bonacho¹, L. Quevedo Aguado², C. Catalina Romero³, M. Sánchez Chaparro⁴ y L. Ruilope Urioste⁵

¹Proyectos Sanitarios; ²Documentación Médica; ³Psicología Clínica, Ibermutua, Madrid. ⁴Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga. ⁵Unidad de Hipertensión y Renal, Instituto de Investigación i+12, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Valorar la utilidad clínica de la aplicación conjunta del modelo predictivo de riesgo cardiovascular (RCV) IberScore y las recomendaciones del 'Life's Simple 7' (LS7) de la Asociación Americana del Corazón (AHA) en una población trabajadora.

Métodos: El modelo IberScore es una función de RCV derivada de una cohorte de 774.404 trabajadores (70,4% de la población diurna) en la cohorte del estudio ICARIA (Ibermutuamur Cardiovascular Risk Assessment study) de entre 16-65 años (promedio de 35,7 (DE = 10,7)) sin enfermedad CV al ingreso, a los que se siguió durante un periodo de 10 años. Como factores de RCV se utilizaron edad, sexo, colesterol total, HDL, PAS, glucemia, obesidad y antecedentes de dislipemia, de hipertensión y de diabetes. Utilizando dicho modelo, se clasificó a los pacientes en 4 niveles de riesgo. Se valoró también el estado de salud CV ideal de estos de acuerdo con las recomendaciones del "Life's Simple 7" (que incluye dieta saludable, actividad física, abandono del hábito tabáquico, IMC < 25 kg/m², colesterol total sin tratamiento < 200 mg/dl, presión arterial sin tratamiento < 120/80 mmHg y glucemia basal < 100 mg/dl). Finalmente, se compararon estas clasificaciones con la aparición de eventos CV en un seguimiento a 10 años.

Resultados: Los resultados mostraron una alta sensibilidad (dado que la capacidad predictiva alcanzó el 82% de los eventos cardiovasculares) mediante el empleo del modelo IberScore de predicción de riesgo cardiovascular a 10 años. Asimismo, se pudo comprobar la utilidad clínica de las recomendaciones del "Life's Simple 7" con el fin de reducir la incidencia de los eventos CV totales (mortales y no mortales).

Conclusiones: La integración del modelo predictivo IberScore con las recomendaciones preventivas "Life's simple 7" de la AHA aplicada a población laboral permitiría una prevención cardiovascular más eficiente.

419/89. ¿INFLUYE LA HTA EN LA RECURRENCIA DEL FLUTTER AURICULAR COMÚN (FLA) TRAS UNA ABLACIÓN?

E. Capín Sampedro, A. Rivas Oriol, J. de la Hera Galarza y C. Moris de la Tassa

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: La ablación del istmo cavotricuspidé (ICT) en pacientes con flutter auricular (FLA) típico, es capaz de conseguir un remodelado cardíaco. Se trata de evaluar los cambios estructurales y funcionales cardíacos que se producen en los pacientes con FLA típico tras la ablación de ICT y determinar los predictores de riesgo de recurrencia.

Métodos: Se seleccionaron 79 pacientes (73,4% varones, 26,6% mujeres; edad media: 63,23 años y DT: 9,5) diagnosticados de flutter auricular común sintomático y documentado electrocardiográficamente, en el Hospital Central de Asturias, en los que se realizó ablación del istmo cavotricuspidé, además de un seguimiento ecográfico al día y mes postintervención, en algunos de los casos control anual. Se recogieron las características clínicas de los pacientes y los parámetros habituales ecocardiográficos completando con técnicas de Speckel tracking (Strain-Rate strain 2 D). Los resultados en el laboratorio de imagen fueron analizados por un único ecografista con el objetivo de evitar la variabilidad interobservador. Asimismo, se realizaron estudios de strain rate de AI, las imágenes fueron procesadas post adquisición con el programa Echopac7. En el seguimiento a largo plazo, se recogió número de recurrencias, analizando las características de los pacientes.

Resultados: La ablación del ICT en pacientes con FLA común consigue el remodelado estructural inverso: disminuye el tamaño de ambas aurículas y el VD, así como una mejoría de la FEVI. Entre las características clínicas de los pacientes que presentaban más número de recurrencias destaca la presencia de HTA (79% de los pacientes), dada la asociación con cardiopatía estructural y mayor tamaño auricular, así como la presencia de EPOC 51% de la muestra, por la mayor prevalencia de flutter en paciente EPOC, muy marcada en nuestra comunidad autónoma, el fracaso de fármacos antiarrítmicos, así como la presencia de FA previa.

Conclusiones: El éxito de la ablación de Flutter, entendido como ausencia de Flutter sin necesidad de antiarrítmicos, es alto. Estos resultados pueden disminuir cuando se incluyen pacientes con flutter crónico lo que se relaciona con alteraciones estructurales. Tal como avalan distintos estudios se comprobó que la presencia de HTA y el antecedente de fracaso de antiarrítmico fueron predictores

res de mayores recurrencias de *flutter* postablación, mientras que la edad no fue un factor predictor de recurrencia.

Tratamiento, cumplimiento e inercia terapéutica

419/122. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

P. Ponte Márquez¹, M. Sole Villa² y J. Arroyo Díaz¹

¹Servicio de Medicina Interna, Unidad de Hipertensión; ²Servicio de Enfermería, Unidad de Hipertensión, Hospital de La Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Determinar la prevalencia y el tratamiento de la hipertensión arterial refractaria en los pacientes que han padecido un síndrome coronario agudo.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional. Se analizaron 160 pacientes que han padecido un SCA con una edad media de 58,69

años y un 80% hombres. Tras la firma del consentimiento informado, se realizó una historia clínica completa y se recogió de forma detallada la medicación recibida en el momento de la entrevista. Se utilizó el programa estadístico Stata v15 para el análisis de los datos.

Resultados: El tiempo tras el año del evento vascular fue de 2 años con una media de IMC = 28.32 kg/m². El 80% de los pacientes eran dislipémicos, 66% hipertensos, 32% diabéticos y 13% fumadores activos. La media de tratamiento antihipertensivo fue 1,84 (0,08) fármacos y el 20% de los pacientes recibían 3 o más fármacos. El 44% de los pacientes recibían tratamiento con betabloqueantes, 26% IECA y 16,88% ARA II (62.50% recibían inhibidor del eje renina-angiotensina). Según la definición de hipertensión refractaria se dividió el grupo en 3: no hipertensos (41p) hipertensos (94p) e hipertensos refractarios (25p). De estos, el tratamiento IECA/ARAI fue: 22p (56,66%) no hipertensos, 56p (59,57%) hipertensos y 22p (88%) hipertensos refractarios.

Conclusiones: Los pacientes que ha padecido un SCA presentan una prevalencia 66% de HTA y un 15,6% presentan hipertensión arterial refractaria. Solo un 62% están en tratamiento con inhibidores del eje renina-angiotensina con un porcentaje mayor del 88% en los hipertensos refractarios. En el caso del tratamiento con betabloqueantes solo la mitad están en tratamiento indistintamente del antecedente de hipertensión.