

Hipertensión clínica y comorbilidad

110. ANÁLISIS DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

M. Hernández, P. Menchón, J.J. Martínez, B. Aguilera, R.M. Soto, Z.M. García, M. Leal y J. Abellán

Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica.

Objetivo: Conocer perfil de riesgo cardiovascular de la población con síndrome de apnea del sueño (SAHS). Valorar relación entre la gravedad del SAHS, indicación y cumplimiento de CPAP, aparición de evento cardiovascular (ECV) y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal con muestreo consecutivo. Análisis de polisomnografías (PSG) realizadas durante 2008 y de historias clínicas (seguimiento durante 5 años). Registro de variables: epidemiológicas, valores PSG, cumplimiento de CPAP, aparición de ECV (IAM, angor, arritmia, ictus o

cateterismo), y supervivencia. Análisis estadístico mediante PSPP 0.7.9 (t-Student para medias, chi-cuadrado para proporciones).

Resultados: Análisis de 180 pacientes (72% varones). Edad media 50,89 ± 15,36 años. Tabaquismo 62%. Obesidad 60%. Hipertensión arterial 37%. Diabetes 16%. Dislipemia 35%, Alcohol 25%. Los enfermos con enfermedad cardiovascular presentan mayor IAH (45,66 vs 39,97, p = 0,32). Valores PSG: IAH 40,99 ± 27,12 eventos/h (IAH > 30 en 57%, IAH = 5-30 en 38%), saturación oxígeno (SatO₂) media 92,51 ± 10,33%, tiempo satO₂ < 90 14,34 ± 23%, desatO₂/hora 35 ± 29, frecuencia cardiaca media 66 ± 13 lpm. Prescripción CPAP en 91%. Presión media de CPAP (cm): 8,22 ± 2,10. Somnolencia diurna mediante Epworth: inicial de 10,5 ± 4,2 y final de 4,5 ± 5. Cumplimientos de CPAP (horas/noche): 1^{er} año 4,0 ± 2,4, 2^o año 4,6 ± 2,6, 3^{er} año 5,5 ± 2,3, 4^o año 4,9 ± 2,1, 5^o año 5,8 ± 2,6. Mayor aparición de ECV en pacientes con IAH > 30 (19,61%) vs pacientes con IAH < 30 (8,21%) sin valorar CPAP, p = 0,07. Mayor proporción de ECV en tratados con CPAP (15,9%) vs no-CPAP (10,3%), sin valorar cumplimiento, p 0,51. Similar proporción de ECV en función de cumplimiento de CPAP: < 4h (17%) vs > 4h (15%), p 0,9. En el subgrupo con desatO₂/h > 30, hay mayor proporción de ECV en no-CPAP (33,33%) vs CPAP (18,18%), p = 0,37. En el subgrupo con tiempo satO₂ < 90 > 15%, hay mayor proporción de ECV en no-CPAP (25%) vs CPAP (22%), p = 0,91. En subgrupo IAH > 30, la mortalidad es mayor en no-CPAP (9,09%) vs CPAP (4,35%), p = 0,5.

Conclusiones: 1. La mayoría de nuestros pacientes presentan grado de apnea grave con gran afectación oximétrica, al tiempo que asocian importante riesgo cardiovascular. 2. La mayoría de pacientes realizan adecuado cumplimiento de CPAP con eliminación de síntomas. 3. La aparición de eventos cardiovasculares está relacionada con la gravedad de apnea y, en los grupos con mayor afectación oximétrica, se reduce con CPAP. 4. En los grados más graves, la mortalidad por cualquier causa se reduce con CPAP.

111. FACTORES RELACIONADOS CON LA INFRAUTILIZACIÓN DE IECA Y ARA II EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

M.J. Sánchez¹, F. Cambroner², A. López³, S. Manzano¹, P. Flores¹, M. Leal⁴ y J. Abellán⁴

¹Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

²Cardiología, Hospital J.M. Morales Meseguer.

³Cardiología, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao.

⁴Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica.

Objetivo: 1. Identificar el porcentaje de prescripción de IECA y ARA II en una cohorte de pacientes hospitalizados por un síndrome coronario agudo. 2. Estudiar qué variables clínicas se asocian con una menor indicación de IECA y ARA II en una cohorte de síndrome coronario agudo de nuestro medio.

Métodos: Se incluyeron pacientes ingresados de manera consecutiva desde enero 2012 hasta enero 2013 en dos hospitales de nuestra región por SCA. Se excluyeron los pacientes con intolerancia o alergia a IECA y/o ARA II. Se realizó análisis de regresión logística multivariable para identificar los factores asociados con la no prescripción de IECA-ARA II al alta tras un SCA.

Resultados: Se incluyeron 641 pacientes (68 [58-77] años; 73.5% varones) de los que 559 (87%) recibieron IECA y/o ARA II al alta; con una mayor prescripción de IECA (56%) frente a ARA II (31%). Se observó que aquellos pacientes que recibían estos agentes al alta eran más añosos (68 [62-86] vs 61 [54-73]; p = 0,001) y tenían con más frecuencia FRCV como HTA (80% (444) vs 52% (43); p < 0,001) y DM (48% (266) vs 26% (21); p < 0,001). También tenían con más frecuencia FEVI < 50% (31,5% (168) vs 10,8% (8); p < 0,001), antecedente de SCACEST previo (14,3% (80) vs 6% (5); p = 0,04) y tenían mayor prescripción de beta bloqueantes al alta (95% (531) vs 87% (71); p = 0,01). No hubo diferencias en la función renal entre ambos grupos (TFG < 60 ml/min/1,73 m²: 3,8% (21) vs 8,5% (7); p = 0,2).

En el análisis multivariante fueron predictores de menor prescripción de IECA-ARA II al alta, la ausencia de HTA (OR 0,33 (0,91-0,57); p < 0,001), una FEVI > 50% (OR 0,30 (0,13-0,65), p = 0,002), no recibir betabloqueantes al alta (OR 0,42 (0,18-0,97); p = 0,041) y el no ser DM (OR 0,54 (0,31-0,96); p = 0,038).

Conclusiones: 1. Existe un elevado grado de prescripción de IECA y ARA II al alta hospitalaria tras un síndrome coronario agudo, de acuerdo con las guías de práctica clínica vigentes. 2. Se identificaron como predictores de un menor uso de IECA y/o ARA II al alta tras un SCA, una función sistólica ventricular izquierda normal (FEVI ≥ 50%), no ser hipertenso, diabético y/o no recibir β-bloqueantes al alta.

112. TRASTORNO ADAPTATIVO Y EPISODIOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS A TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA EN UN TRANSEXUAL MASCULINO

C. Arnás¹, C. Acosta¹, F.J. Martínez² y E. Perdomo³

¹Hospital Doctor Negrín. ²Clinica San Roque. ³CAP Escaleritas.

Introducción: Se ha asociado el tratamiento hormonal con testosterona en pacientes transexuales masculinos con aumento de riesgo cardiovascular, y más raramente con la aparición de hipertensión. Con el presente caso, ilustramos un posible mecanismo indirecto de elevación de la presión arterial en esta situación.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente transexual de 17 años derivado para iniciar tratamiento con testosterona. La dosis inicial de 20 mg diarios en gel tópico provocó ligeros cambios en el estado de ánimo (aumento de libido, ideación agresiva ocasional) sin objetivarse cifras tensionales elevadas, mejorando estos síntomas tras el primer mes de tratamiento. Tres meses después, con el incremento de dosis a 40 mg diarios, el paciente presentó episodios de ira e ideación agresiva, llegando a la agresión verbal, que coincidían con cefaleas holocraneales y episodios de hipertensión con presión arterial sistólica superior a 180 mmHg. Se realizó un estudio de hipertensión secundaria, sin hallazgos patológicos; y monitorización ambulatoria de presión arterial, presentando picos tensionales de hasta 192/113 mmHg y taquicardia de 123 lpm (que coincidían temporalmente con situaciones de estrés y agresividad), con una presión arterial media diurna de 138/87 mmHg. El paciente fue diagnosticado de Trastorno Adaptativo, precisando un ciclo corto de psicoterapia y suspensión del tratamiento con testosterona. Después de un mes, habían desaparecido los cambios en el estado de ánimo, sin nuevos episodios de cefalea ni hipertensión. Se realizó una segunda monitorización ambulatoria de presión arterial, sin presentar picos hipertensivos, con una presión arterial media diurna de 127/71 mmHg. Siguiendo los deseos del paciente, se reinició tratamiento con testosterona a dosis bajas con aumento progresivo de dosis. Actualmente, el paciente permanece asintomático y normotenso.

Discusión: Nuestro paciente presentó crisis hipertensivas en el contexto de trastorno adaptativo asociado con tratamiento con testosterona. La suspensión de testosterona resolvió tanto el trastorno adaptativo como las crisis hipertensivas. Consideramos que el aumento de la presión arterial no es una consecuencia directa de la testosterona sino un resultado indirecto de las alteraciones psicológicas del paciente.

113. ICTUS EN ADULTO JOVEN

A.I. Beiró, M.G. D'Angelo, P.P. Rodríguez y M.C. Arca

CS de Marín.

Caso clínico: Mujer, 38 años, HTA y depresión. Tratamiento con enalapril y alprazolam. Refiere pérdida de fuerza en hemicuerpo

derecho y disartria con reaparición posterior en cinco ocasiones, en las últimas 12 horas. Varios episodios similares en el último año. Exploración/pruebas complementarias: asimetría en surco nasogengiano derecho, hiperreflexia rotuliana y paresia en miembro inferior derecho. Babinsky derecho. EKG, radiografía de tórax, análisis de sangre/orina, estudio de trombofilia, Holter ECG, doppler de tronco supraaórtico, ecocardiograma y ecografía abdominal: normales. TAC cerebral: varias hipodensidades cápsulo-ganglionares derechas. Descartar patología vascular/desmielinizante. RMN cerebral: hiperseñal en hemiprotuberancia izquierda, otras alteraciones que podrían estar en relación con lesión isquémica en evolución, en territorio de arteria cerebral media dcha. Juicio clínico: accidente cerebro-vascular isquémico transitorio inicial y establecido en fosa posterior.

Discusión: El ictus del adulto joven se ha definido clásicamente como aquel que afecta a la población entre los 15 y los 45 años. Se considera una entidad aparte por diversos motivos. En primer lugar, en esta edad el ictus cerebral es una situación poco frecuente. En segundo lugar, sus causas difieren respecto a las del adulto de más edad, con una menor importancia que la arterioesclerosis, lo que implica, por lo general, una evaluación diagnóstica más amplia. En el adulto joven es fundamental determinar la etiología del ictus para poder establecer las medidas de prevención secundaria óptimas. Con una incidencia entre 10-20 casos/100.000 habitantes/año, es en general más frecuente en varones, aunque por debajo de los 30 años de edad son las mujeres las más frecuentemente afectadas. Factores como la gestación, el puerperio o la toma de anticonceptivos hormonales podrían estar en relación con esta especial susceptibilidad. La hemorragia cerebral, está proporcionalmente mucho más representada en el ictus del adulto joven con respecto a los pacientes de más edad. Las principales etiologías del ictus isquémico en el adulto joven son: la aterosclerosis temprana que incluye la enfermedad aterotrombótica de vaso grande y la enfermedad de pequeño vaso que es un 20-25% de los casos; la embolia cerebral cardiogénica causa del 20-30% de los ictus; la vasculopatía no aterosclerótica, causa del 20-30% de los ictus incluyendo la migraña con una incidencia muy variable (1-20% de todos los ictus isquémicos). El consumo de drogas representa al menos el 10% de ictus en el joven. Los estados de hipercoagulabilidad constituyen un 5-10% del total de los ictus isquémicos. La etiología indeterminada es, en muchos estudios en los que se utilizan criterios diagnósticos estrictos, la causa más frecuente (35%), a pesar de la realización de un estudio etiológico completo. El uso de estos criterios estrictos disminuye de forma considerable la proporción de aterosclerosis de vaso grande, y la mayoría de los casos pasan a ser catalogados como indeterminados.

114. HIPERTENSIÓN EN LA RAZA NEGRA

M.G. D'Angelo¹, A.I. Beiró¹, M.E. Núñez¹, N. Laya², P.P. Rodríguez¹ y M.C. Arca¹

¹CS de Marín. ²CS de Sanroque.

Caso clínico: Varón de 50 años, originario de Ghana. Vive en España desde hace 14 años. Marinero. Exfumador y ex-consumidor de alcohol de hace 5 años. No alergias medicamentosas conocidas. HTA. Insuficiencia aórtica leve. Tratamiento: telmisartán/hidroclorotiazida. Antecedentes familiares: Padre hipertenso a tratamiento con productos de herboristería. Acude al centro de salud por cuadro sincopal y posterior cefalea opresiva con parálisis hemicuerpo izquierdo mientras estaba en el barco, hacia tres semanas. Exploración y pruebas complementarias. Afebril. Tensión Arterial: 170/92. Frecuencia cardíaca: 93 latidos por minuto. Saturación de O₂: 97%. Glucemia 112 mg/dl. No soplos carotídeos. Auscultación cardíaca: soplo aórtico con segundo ruido conservado. Abdomen: hernia umbilical. Neurológico: Fuerza en miembro superior izdo.

4/5 y en miembro inferior izdo 2/5. Reflejos osteo-tendinosos ++ bilaterales. Hipoestesia izq. Marcha parética. Resto normal. Fondo de ojo normal. Hemograma, bioquímica, homeostasia y serología normales. Rx tórax, TAC cerebral y ecografía de los troncos supra-aórticos normales. ECG: ritmo sinusal, a 94 latidos por minuto, onda T negativa en DIII y repolarización aplanada en V4- V6. Holter ECG: Ritmo sinusal con rango normal de frecuencias. Extrasistolia supra y ventricular escasa. Una respuesta repetitiva corta supra. Ecocardiograma: ligera hipertrofia Ventrículo izdo, no dilatado. Fracción de eyección 87%. Aurícula izda. dilatada. Válvula aórtica trivalva con ligera esclerosis insuficiencia aórtica ligera. Cavidades derechas normales. Alteración de relajación ventrículo izdo. Grado I. Juicio clínico: infarto isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha de etiología indeterminada.

Discusión: La predisposición de los africanos a desarrollar niveles extremos de Hipertensión en edades tempranas, junto a un peor control de la misma, explica el mayor riesgo de esta población a desarrollar complicaciones clínicas relacionadas con la HTA, como accidente cerebro-vascular agudo (ACVA) e insuficiencia cardíaca. Se ha descrito una contribución genética a la prevalencia incrementada de hipertensión en raza negra. No obstante, junto a los factores genéticos, es posible que también los factores ambientales contribuyan a la mayor prevalencia de hipertensión arterial en raza negra. Es muy importante instaurar un tratamiento precoz de la hipertensión que tenga en cuenta las peculiares características de esta población. El uso de los calcio antagonistas y tiazidas muestran una reducción de niveles de HTA de 10,5 mmHg y una protección frente a ACVA en pacientes de raza negra. Los IECA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina)/ARA-II (antagonistas de los receptores de la angiotensina II) se han mostrado poco eficaces para el tratamiento de la hipertensión arterial en estos pacientes, debido probablemente a que en pacientes hipertensos negros se suelen encontrar cifras de renina muy bajas. Además se ha visto que el tratamiento con un solo antihipertensivo es muy poco eficaz.

115. ¿ES PEOR UN BLOQUEO DE RAMA DERECHO COMPLETO QUE UNO INCOMPLETO?

M. Benítez¹, L. Guix², M. Alventosa³, F. Orfila⁴, A. Oliveras⁵, F.J. Pelegrina¹, L. Pérez⁶, R. Aragonés¹, R. Pou¹ y M. Mourello¹

¹CAP Gòtic. ²CAP Berga. ³CAP EAP Mataró 6-Gatassa. ⁴Unitat d' Ajuda a la Recerca Barcelona Ciutat. ⁵EAP Sagrada Família. ⁶EAP Guineueta.

Objetivo: Evaluar el riesgo que implica el bloqueo de rama derecha incompleto frente al bloqueo de rama derecha completo en la morbi-mortalidad cardiovascular.

Métodos: Estudio: cohortes retrospectivo. Población: 288 pacientes atendidos en un centro de salud urbano a los que se les realizó un ECG entre el año 2004 y el 2013, en el que presentaban un bloqueo de rama derecha (BRD) y sin presencia de enfermedad cardiovascular al inicio. Variables: edad, sexo, presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRC) (HTA, dislipemia, diabetes), presencia de BRD completo o incompleto o no, eventos cardiovasculares (ECV) (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, fibrilación auricular), exitus.

Resultados: El 53,5% fueron hombres (n = 153), edad media 63,8 años (DE: 18). 69,8% (n = 201) presentaban un bloqueo de rama derecha (BRD) incompleto y un 30,2% (n = 87) un BRD completo. El 13,4% (n = 27) de los pacientes con un BRD incompleto y el 20,7% (n = 18) de los pacientes con un BRD completo presentaron algún ECV, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p = 0,119; OR: 1,68 IC95% 0,87;3,25); En relación a los exitus, murieron el 3,5% (n = 7) de los pacientes con BRD incompleto y el 11,5% (n = 10) de los pacientes con BRD completo (p = 0,008 OR: 3,60

IC95% 1,32;9,80). Al ajustar por edad y FRC el riesgo de muerte fue de 2,27 (IC95% 0,63; 8,14).

Conclusiones: No hay diferencias en el riesgo de presentar un ECV o morir entre los pacientes que presentan un BRD completo o incompleto.

116. MORBIMORTALIDAD CARDIOVASCULAR ASOCIADA AL BLOQUEO DE RAMA DERECHA

M. Alventosa¹, M. Benítez², L. Guix³, F. Orfila⁴, C. Roca⁵, N. Jdid⁶, E. Mayor⁷, A. Dalfó², M.A. Vila² y J.M. Bordas²

¹EAP Mataró 6-Gatassa. ²CAP Gòtic. ³EAP Berga. ⁴Unitat d'Ajuda a la Recerca Barcelona Ciutat. ⁵EAP El Clot. ⁶CAP Congrès. ⁷CAP Numància.

Objetivo: Evaluar el riesgo que implica el bloqueo de rama derecha en la morbimortalidad cardiovascular.

Métodos: Estudio: cohortes retrospectivo. Población: 1.531 pacientes atendidos en un centro de salud urbano a los que se les realizó un ECG entre el año 2000 y el 2013, sin presencia de enfermedad cardiovascular al inicio del estudio. Variables: edad, sexo, presencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes (DM) dislipemia), presencia de bloqueo de rama derecha (BRD) o no, mortalidad y eventos cardiovasculares (ECV): insuficiencia cardiaca (IC), cardiopatía isquémica (CI), accidente vascular cerebral (AVC) y fibrilación auricular (ACFA).

Resultados: El 47,9% fueron hombres, edad media 63,6 años (DE: 17,6). El 19,5% presentaban un BRD. El tiempo de seguimiento fue de 5,6 años (DE: 2,8; min 0,7, máx 13,9). Un 11,1% (n = 171) pacientes sufrieron un ECV y un 3,9% (n = 60) murieron durante el tiempo de seguimiento. Los pacientes con un BRD presentaban un OR de 1,68 de presentar un ECV en relación a los que siempre presentaban un ECG normal (IC95%, 1,17 a 2,42). Este riesgo fue de 1,57 después de ajustar por edad, sexo, HTA y DM (IC95% 1,07 a 2,31). El OR de IC fue de 2,01 (IC95%, 1,10 a 3,70); el de CI de 1,4 (IC95% 0,7 a 2,8); el de AVC de 1,14 (IC95% 0,6 a 2,19) y el de ACFA de 2,8 (IC95% 1,5 a 5,8). El riesgo de morir de los pacientes con BRD fue de 1,8 (IC95%, 1,03 a 3,23) Este riesgo fue discretamente menor al ajustar por edad, HTA y DM (OR 1,7 IC95% 0,9 a 3,2).

Conclusiones: El BRD supone un mayor riesgo de presentar un evento cardiovascular sobre todo a expensas de la insuficiencia cardiaca y la ACFA en comparación al ECG normal. El riesgo de muerte es discretamente superior a los pacientes con BRD, sin ser estadísticamente significativo.

117. SHEAR STRESS EN PACIENTES HIPERTENSOS EN HEMODIÁLISIS

M. Benítez², G. Tirado², T. Moreno¹, C. Gallardo², I. González², S. Cruz², E. Rodríguez² y C. Suárez²

¹Servicio de Radiología; ²Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Introducción: En la HTA del paciente en Hemodiálisis intervienen la sobrecarga de volumen, el incremento del gasto cardíaco, la estimulación del eje renina-angiotensina, la activación del sistema nervioso simpático, los cambios electrolíticos que se producen durante la hemodiálisis, el incremento en la viscosidad sanguínea tras la ultrafiltración, y la eliminación de medicamentos antihipertensivos a través del dializador. El tratamiento de la anemia con EPO se acompaña de aumento de la resistencia vascular periférica por el aumento del Hematocrito, aumento de los niveles plasmáticos de endotelina y disminución de la síntesis de óxido nítrico por las cé-

lulas endoteliales, acciones que aumentan o empeoran el control de la HTA del paciente en hemodiálisis.

Métodos: Se estudiaron 15 pacientes después de la sesión de hemodiálisis mediante la ecografía Doppler en la arteria braquial del brazo de la fístula arterio-venosa. Se midió el calibre arterial, la tasa de velocidad de la sangre, el flujo sanguíneo, y "shear stress" estimado como "shear rate" que calcula como el cociente entre la velocidad y el calibre del vaso. El aparato de Ultrasonidos fue un Toshiba SSH-140 Duplex Doppler se utilizó una sonda lineal con frecuencias entre 6 y 12 Mhz. La prueba se realizó con el paciente en decúbito supino y el brazo a estudiar cercano al operador. Inicialmente se valoró la arteria braquial mediante el modo B de la ecografía. Esto fue seguido por un estudio Doppler color y análisis espectral obteniendo: Índice de resistencia y el flujo sanguíneo, el diámetro de la arteria braquial, y la velocidad pico sistólica (VPS). Se consideró el valor de "shear rate" como variable dependiente. Se tuvo en cuenta la medicación antihipertensiva administrada, dosis semanal de Eritropoyetina, edad, sexo, presencia de cardiopatía isquémica, diabetes y fueron consideradas como variables independientes, que fueron categorizadas y dicotomizadas. Para los cálculos se utilizó el programa estadístico R, el análisis univariante se realizó mediante la prueba de χ^2 con estimación de riesgo, la comparación de medias mediante la t de Student y la regresión logística multivariante, para evaluar la asociación entre estas variables.

Resultados: Encontramos asociación mediante test χ^2 entre el tratamiento con bajas dosis de Eritropoyetina y no tomar medicación anti hipertensiva, χ^2 4,282 p < 0,039 con un factor de riesgo de no tomar fármacos anti-hipertensivos 2,3 para la cohorte de pacientes tratados con una dosis de EPO < 9.000 U/semana. Encontramos asociación entre baja dosis semanal de EPO y valor bajo de Shear Rate χ^2 6,408 p < 0,01, con un factor de riesgo de presentar valor bajo de Shear Rate de 3,15 para la cohorte que recibía tratamiento con EPO < 9.000 U/semana. En el análisis multivariante encontramos que los pacientes que no tomaban medicación hipotensora presentaban valores más bajos de Shear Rate p < 0,01,

Conclusiones: Las dosis de Eritropoyetina inferiores a 9000 U/semana, se asocia a mejor control de la HTA, y a bajos niveles de Shear Stress y menor necesidad de medicación hipotensora.

118. VALOR PRONÓSTICO DE LA OBESIDAD LIGERA EN LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. ¿REPRESENTA REALMENTE UN FACTOR DE RIESGO?

A. Hermida¹, J.E. López¹, M.J. Alende¹, V. Martínez¹, A. Pose² y C. Calvo¹

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular, Hospital Clínico Universitario de Santiago. ²Unidad de Pluripatología Edad Avanzada, Servicio de Medicina Interna, Hospital Provincial de Conxo.

Objetivos. Mantener un peso adecuado (IMC en torno a 25 kg/m²) es una de las principales recomendaciones para la reducción del riesgo cardiovascular. Se ha demostrado como una medida eficaz para reducir el riesgo de desarrollar hipertensión arterial en pacientes normotensos. Sin embargo, un reciente meta-análisis publicado en JAMA muestra que el sobrepeso (IMC: 25-30 kg/m²) resulta en un descenso significativo del riesgo de mortalidad de cualquier causa. Mientras que la obesidad estadio 1 (IMC: 30-35 kg/m²), no conlleva un riesgo mayor de morbimortalidad por cualquier causa con respecto a los pacientes con normopeso. El objetivo del presente estudio es conocer la tasa de lesión orgánica subclínica (LOS) y el valor pronóstico a nivel de eventos de causa vascular (ECV) de la obesidad estadio 1 en una cohorte retrospectiva de pacientes hipertensos.

Métodos: Se diseña un estudio de cohortes retrospectivas, en el que se incluyen 381 pacientes con hipertensión arterial confirmada

mediante MAPA de 48 horas utilizando un dispositivo validado (Spacelabs 90207), en un período comprendido entre 01/enero/2009 y 31/diciembre/2009. Se consideraron LOS a los siguientes hallazgos: FG (MDRD): 30-60 ml/min, índice ECG de Sokolow-Lyon > 3,5 mV, espesor íntima-media carotídeo (EIM) > 0,9 mm, una evaluación del índice tobillo-brazo (ITB) mediante método automático oscilométrico < 0,9 y una valoración de la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP) mediante tonometría por aplanamiento > 10 m/sec. Se registraron donde los hubiere, los nuevos diagnósticos de ECV (IAM, SCASEST, ICC, ACV, AIT, arteriopatía obliterante) o muertes de causa cardiovascular que acaecieron desde la fecha de la MAPA y durante los 36 meses posteriores (fecha límite de revisión 31/diciembre/2012). Se utilizó el programa informático SPSS (versión 22.0) y los test de t-Student y χ^2 para la comparación de medias, así como el cálculo de riesgo relativo de ECV para cada grupo de pacientes (pacientes con IMC < 30 kg/m² o IMC: 30-35 kg/m²). Se realizó igualmente un análisis de supervivencia (curvas de Kaplan-Meier)

Resultados: La distribución porcentual de los 381 pacientes hipertensos entre los distintos grupos atendiendo al IMC fue de 216 pacientes con IMC < 30 kg/m² (56,7%) y 165 con obesidad estadio 1 (43,3%). La media de edad en el grupo de pacientes no obesos fue de 48,8 años (vs 58,4 años), mientras que no se objetivaron diferencias en función del género. Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos considerando el perímetro de cintura abdominal, la PP clínica, el promedio de PAD en MAPA 48h o los descensos nocturnos de PAS y PAD. Con respecto a la prevalencia de LOD entre los dos grupos, se objetiva una mayor tasa de filtrado glomerular en los pacientes hipertensos no obesos (84,3 vs 78,9 ml/min/1,72 m²), una menor VOP carotídeo/femoral (8,7 m/sec vs 10,4 m/sec), o un menor EIM carotídeo (0,76 mm vs 0,85 mm). No se hallaron diferencias con respecto a la prevalencia de HVI por criterios ECG o al ITB. El porcentaje de pacientes no obesos con alguna LOD fue de 27,3% (vs 51,5%). Un total de 6 pacientes obesos desarrollaron ECV (5,2%) vs 7 pacientes no obesos (4,5%). El análisis de riesgos no demostró mayor riesgo de ECV para el grupo de pacientes obesos (riesgo relativo: 1,16 IC95%: 0,38-3,55).

Conclusiones: El presente estudio demuestra que en nuestra cohorte de pacientes hipertensos no obesos, existe una menor tasa de pacientes con perfil circadiano de PA alterado así como una menor presión de pulso. Del mismo modo, la tasa de LOD es significativamente menor en comparación con aquellos con obesidad ligera. Si bien existe una diferencia en la media de edad entre los dos grupos de pacientes hipertensos objeto de estudio (mayor edad en los pacientes con obesidad grado 1) que podría sesgar los hallazgos ya comentados. Sin embargo, a pesar de la media de edad más avanzada en el grupo de hipertensos obesos grado 1, no se han demostrado una mayor tasa de eventos cardiovasculares fatales o no fatales en este grupo de pacientes. Este hallazgo viene a corroborar los resultados del reciente metaanálisis anteriormente citado. Los autores consideramos, no obstante que tanto unos como otros resultados deben ser objeto de un estudio más pormenorizado y un debate profundo.

119. LA PATOLOGÍA FANTASMA

C. Celada, A.M. Ballesteros, A. Martínez y P. Sánchez

CS Los Dolores.

Objetivo: Conocer la comorbilidad asociada a la hipertensión clínica, la variedad de patologías relacionadas y que se infradiagnostican, concretamente en pacientes posmenopáusicas, sin HTA previa con una clínica inespecífica y factores asociados. Posibilidad de diagnosticar de forma precoz enfermedades que pasan desapercibidas para nuestra comunidad médica y que permitirían modificar su pronóstico de manera favorable.

Métodos: Mediante la realización de una rigurosa y exhaustiva historia clínica del paciente que nos permitirá un enfoque diagnós-

tico que confirmaremos con pruebas complementarias específicas. Estudiamos una mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida y tabaquismo activo (50 paquetes/año) previamente asintomática sin antecedentes familiares de interés, que acude a nuestro Centro de Salud refiriendo intenso dolor torácico con sensación opresiva de comienzo agudo de 3 horas de evolución, irradiado a miembro superior izquierdo asociado a cortejo vegetativo. Respecto a la exploración física destacar una PA 170/90 mmHg (se administra captopril v.o mejorando levemente), FC 85 lpm, palidez cutánea, llanto espontáneo y comportamiento ansioso durante la anamnesis (la paciente debutó con este cuadro hace una semana con motivo del fallecimiento de su esposo exacerbado en el momento actual tras sufrir un robo en su domicilio hace 6 horas) sin otros datos físicos de relevancia. Realizamos ECG en el que se objetiva ritmo sinusal a 70 lpm, eje +30° y elevación del ST en V2, V3 y V4 con T negativas en precordiales por lo que solicitamos analítica con marcadores cardíacos, radiografía de tórax (cardiomegalia sin otros hallazgos significativos) y derivamos en ambulancia medicalizada a Hospital de referencia. En Urgencias, se objetiva movilización de troponina I (2,16-7,34-11,12 ng/ml) y CK (227-487-436 U/L). Ante persistencia del dolor y hallazgos patológicos en ECG es trasladada a la Unidad Coronaria donde es ingresada y amplia estudio con ecocardiograma (hipocinesia septal anterior medioapical) tras la cual se practica coronariografía (lesión significativa en CD media y Cx proximal) y ventriculografía diagnósticas (hipocinesia de segmentos medioapicales) optando por un manejo basado en tratamiento médico (duoplatin, emconcor Cor 2,5 mg, ramipril 2,5 mg, estatina 40 mg, pantoprazol 40, lorazepam 1 mg).

Resultados: Ante la presencia de cifras tensionales altas en sexo femenino acompañadas de dolor torácico opresivo sugestivo de isquemia miocárdica con alteraciones eléctricas y enzimáticas de novo, pero con datos de aquinesia de segmentos medios y distales del ventrículo izquierdo de carácter transitorio con ausencia de obstrucción significativa en arterias epicárdicas por coronariografía y ventriculografía en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas y el antecedente de estrés previo al evento, debemos suponer una cardiopatía inducida por el estrés, comúnmente conocida como “enfermedad de Tako Tsubo/enfermedad del corazón roto”, debiendo diferenciarla de un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

Conclusiones: 1) El síndrome Tako-Tsubo es una forma de disfunción ventricular reversible de causa no coronaria, que suele simular un IAM (SCACEST), tiene buen pronóstico con baja tasa de recurrencia y recuperación a todos los niveles a las 4-8 semanas y a diferencia del IAM los fibrinolíticos no estarían indicados. 2) En Atención Primaria debemos priorizar la realización de una completa y orientada anamnesis para la sospecha clínica de este síndrome ya que muchas veces la historia clínica es la que nos permitirá realizar un enfoque precoz de la patología, diagnosticando enfermedades de reciente aparición o infradiagnosticadas como nuestro caso. Permitiendo así un manejo óptimo del paciente de manera multidisciplinar, evitando posibles fracasos terapéuticos o complicaciones futuras prevenibles, mejorando así el pronóstico y calidad de vida de nuestros enfermos.

120. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. de la Figuera¹, D. Fernández², C. Brotons¹, I. Moral¹ y B. Jiménez¹

¹EAP Sardenya. ²EAP Poble Sec.

Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en un centro de atención primaria. Analizar el tratamiento y grado de control de

la presión arterial (PA) en pacientes con SAOS e hipertensión arterial (HTA).

Métodos: Tipo de estudio: descriptivo y transversal. Ámbito de estudio: Centro de Atención primaria de una población atendida de 12.222 personas mayores de 18 años. Sujetos: hombres y mujeres con diagnóstico de certeza (polisomnográfico) de SAOS. Mediciones: se elaboró un cuestionario específico con información sobre medidas antropométricas, antecedentes patológicos, enfermedades cardiovasculares, tratamiento farmacológico y presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) y control de seguimiento.

Resultados: Se identifican 218 pacientes con SAOS. La prevalencia real de SAOS en nuestra población es de 1,78%. La media de edad es de 67 años, 76% hombres, 17,1% fumadores, 51,8% consumo de alcohol de riesgo, 57,5% obesos, 58,7% HTA, 26,1% diabéticos, 47,7% dislipémicos, 13,3% cardiopatía isquémica, 5% insuficiencia cardiaca, 3,7% arteriopatía periférica, 8,7% accidente cerebrovascular y 9,6% Insuficiencia renal crónica (38,5% estadio 3b). Un 73,4% siguen tratamiento con CPAP. El 85,3% se controlan en atención especializada (Neumología). Un 68,4% tienen la PA < 140/90 mmHg, un 61,9% reciben tratamiento antihipertensivo (36,2% con diuréticos). Un 44% reciben tratamiento con hipolipemiantes. Un 21,1% reciben benzodiazepinas y 17,9% antidepresivos.

Conclusiones: En esta muestra de pacientes con SAOS, la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular es elevada, si bien el grado de control de la HTA es superior al de otros registros realizados en España, como el PRESCAP 2010. El uso relativamente elevado de benzodiazepinas merece un análisis más pormenorizado.

121. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y DEL PERFIL CIRCADIANO EN LOS REGISTROS DE 1.000 MAPA EN UNA CONSULTA DE NEFROLOGÍA

F. Fernández¹, M.L. Fernández² y R. Fernández³

¹Consulta Ambulatoria de Nefrología. ²Cardiología, Hospital Santa Lucía. ³CS Virgen de la Capilla.

Objetivo: Analizar el perfil de los pacientes a los cuales se les ha realizado MAPA en nuestra consulta de Nefrología, su indicación, su grado de control y prevalencia de otros factores de riesgo vascular.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo y transversal. En el transcurso de los 6 últimos años total se han realizado 1.000 MAPAs de los que se han seleccionados 889 por reunir parámetros de validez, descartándose 21 por más de un MAPA y 90 por lecturas no válidas o falta de datos clínicos. Las variables registradas edad, sexo, peso, talla, perímetro abdominal. PA, analítica, motivo de petición de MAPA, comorbilidades, tratamiento, control de la HTA y complicaciones cardiovasculares de la misma. Se valoran las cifras de PA por MAPA: 24 horas, reposo, actividad y patrón circadiano. Análisis con programa estadístico SPSS.

Resultados: Se incluyeron 889 pacientes, el 54,6% del total de pacientes eran varones; El 45,7% de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. La media de PA tomada en consulta fue de 144/90 mmHg mientras que medida por MAPA en 24 horas fue 128/79 mmHg. La PA media en actividad fue de 132/82 mmHg y en descanso 117/70 mmHg. HTA de bata blanca la presentó el 21,03% y la situación inversa, HTA enmascarada un 11,92%. El RCV moderado fue del 40%, riesgo bajo 25%, riesgo alto 18,3%, riesgo muy alto 8,9%. Un 50% tienen afectación renal, HVI un 40,2% y un 8,9% presentan placa aterosclerótica. Los patrones circadianos observados fueron: el 45,6% dipper, no dipper el 35,8%, riser un 9,3 y extreme dipper un 9,3%, controlándose la PA según patrón circadiano un 48,4% son dipper y un 35,5% no dipper con un 8,6 riser.

Conclusiones: Nuestros resultados documentan la alta prevalencia de un patrón circadiano de la PA alterada, riser y non dipper, que se asocian a un mayor riesgo cardiovascular. La elevada media de descanso de la PA es causa de una alta prevalencia de hipertensión nocturna y de errores en el diagnóstico de hipertensión cuando nos basamos solo en la medida clínica de la PA. La MAPA se ha convertido en un elemento imprescindible para la valoración del paciente hipertenso pues nos permite acercarnos a una medida más real.

122. ¿ES NECESARIO MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL EN DECÚBITO Y BIPEDESTACIÓN EN MUY ANCIANOS?

F.J. Formigo², M. Pena¹, A. Pose¹ y J.M. Mayán³

¹Hospital Provincial de Conxo. ²Medicina Familiar y Comunitaria. ³Escuela Universitaria de Enfermería.

Objetivo: Estimar la prevalencia de la hipotensión ortostática (HO) en pacientes de 80 o más años de edad que demandan consulta en una unidad de atención primaria. Relacionar la HO con las patologías más prevalentes y los fármacos más consumidos.

Métodos: Se reclutan 81 pacientes de 80 o más años representativos de una unidad de atención primaria. Son excluidos 10 pacientes por no ser capaces de adoptar una posición erguida. Se realiza la medición de la presión arterial en decúbito y posteriormente en bipedestación en el instante siguiente a la incorporación y tras dos-tres minutos. Se revisan en la historia clínica electrónica los diagnósticos y los tratamientos activos. Se realiza la estadística descriptiva e inferencial de los datos.

Resultados: En un 26,76% de los pacientes se produce un descenso mayor o igual de 20 mmHg en la PAS y/o 10 mmHg en la PAD, en el instante siguiente al cambio postural. El descenso se mantiene tras 2-3 minutos de la incorporación de decúbito a bipedestación en el 16,90% de los pacientes. Ningún paciente estaba diagnosticado de HO. El 33,33% de los pacientes con hipotensión ortostática son varones. En la muestra hay un 32,1% de varones, dato similar al 32,3% del servicio de atención primaria y al 32,1% del ayuntamiento. Media de diagnósticos activos: 6,25 en los pacientes con HO y 4,932 en los pacientes sin HO, diferencia no significativa (p: 0,095). Media de tratamientos activos: 7,5 en grupo con HO y 5,966 en grupo sin HO (p: 0,136). Diagnósticos más prevalentes en los pacientes con hipotensión ortostática y comparación con los pacientes sin hipotensión ortostática: HTA: 66,66% en los pacientes con HO y 64,41% en los pacientes sin HO (p: 0,881). Artrosis: 58,33% en los pacientes con HO y 44,07% en los pacientes sin HO (p: 0,366). DM: 25% en los pacientes con HO y 15,25% en los pacientes sin HO (p: 0,412). Dislipemia: 25% en los pacientes con HO y 27,12% en los pacientes sin HO (p: 0,933). Depresión: 25% en los pacientes con HO y 8,48% en los pacientes sin HO (p: 0,06). Tratamientos más consumidos en los pacientes con HO y comparación con los pacientes sin HO: IBP: 75% de los pacientes con HO y 59,32% de los pacientes sin HO (p: 0,308). Benzodiazepinas (BZD): 66,66% grupo HO y 35,59% grupo sin HO, (p: 0,046). ARA-II: 66,66% grupo con HO y 35,59% grupo sin HO, (p: 0,034). Diuréticos: 50% de los pacientes con HO y 52,54% de los pacientes sin HO (p: 0,872). Estatinas: 41,6% de los pacientes con HO y 28,11% de los pacientes sin HO (p: 0,592).

Conclusiones: El 16,9% de los pacientes muy mayores de una unidad de atención primaria padecía HO. Ninguno de ellos estaba diagnosticado, con el riesgo que puede suponer para el paciente. El consumo de BZD y de ARA-II es 2,9 veces mayor en los pacientes con HO, siendo los únicos fármacos utilizados que han mostrado una diferencia significativa entre ambos grupos, (p: 0,046 y 0,034). No hemos encontrado un modelo de regresión logística para la HO, sin embargo, se ha visto que los pacientes que no toman ARA-II ni benzodiazepinas tienen un riesgo muy bajo de padecer HO.

123. EVALUACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR ESTIMADO SEGÚN MDRD Y CKD-EPI EN LA POBLACIÓN HIPERTENSA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz¹, M.E. García², J.A. Cique³, A. Montero⁴, E. Gómez⁵, M.D. García⁶, I. Tello⁷, M. Adrián⁴, M.E. Mingueta⁵ y T.F. Casaseca⁸

¹CS Pinto, Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular.

²CS Griñón. ³CS Torito. ⁴CS Fuencarral. ⁵CS Las Olivas.

⁶CS Los Alperchines. ⁷CS Valle de la Oliva. ⁸CS Casa de Campo.

Objetivo: Evaluar el filtrado glomerular estimado (FGe) según MDRD y CKD-EPI en la población hipertensa del Servicio Madrileño de Salud.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 55 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional sobre los listados de 145.074 adultos (≥ 18 años) adscritos a los médicos investigadores. Población muestral (porcentajes esperados: 50%; límite de error muestral: $< 1,5\%$): 6.543 sujetos. Sujetos de estudio: 4.401 [ilocalizables: 20,16%; rechazan consentimiento: 7,12%; no acudieron: 4,65%; criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 3,35%]. Análisis estadístico: estadísticos cualitativos: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%. Comparación chi-cuadrado con significación bilateral; contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos cuantitativos: medias con desviación típica (\pm DE). Diferencias

Tabla Comunicación 123.

	HTA (n = 1.550)		No HTA (n = 2.851)		Prueba t	
	Media	\pm DE	Media	\pm DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	67,58	13,18	47,11	15,66	20,47	< 0,0001
FGe (MDRD-4) (mL/min/1,73 m ²)	83,82	23,80	98,22	25,30	-14,40	< 0,0001
FGe (MDRD-IDMS) (mL/min/1,73 m ²)	78,88	22,38	92,44	23,80	-13,56	< 0,0001
FGe (CKD-EPI) (mL/min/1,73 m ²)	80,49	20,25	98,64	19,83	-18,15	< 0,0001

	HTA n = 1.550	No HTA n = 2.851	Dif.%	p-valor
Prevalencias (%) (IC95%)				
Sexo masculino	47,94 (45,42-50,94)	41,14 (39,33-42,98)	-6,80	< 0,0001
ERC	20,52 (18,53-22,61)	4,74 (3,98-5,58)	15,78	< 0,0001
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (MDRD-4)	13,81 (12,13-15,62)	2,21 (2,83-4,21)	11,60	< 0,0001
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (MDRD-IDMS)	15,29 (13,53-17,18)	3,47 (2,83-4,21)	11,82	< 0,0001
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (CKD-EPI)	17,87 (15,99-19,87)	2,49 (1,95-3,13)	15,38	< 0,0001

Estadio ERC	FGe (MDRD-4) mL/min/1,73 m ²	Con HTA (%) (n = 1.437)	Sin HTA (%) (n = 1.895)	Dif%	p-valor
1	≥ 90	37,03	61,35	-24,32	< 0,0001
2	89-75	21,16	25,11	-3,95	0,0033
	74-60	28,00	11,33	16,67	< 0,0001
3a	59-45	10,58	1,75	8,83	< 0,0001
3b	44-30	2,00	0,32	1,68	< 0,0001
4	29-15	0,84	0,11	0,73	0,0001
5	< 15	0,39	0,04	0,35	0,0060

Estadio ERC	FGe (MDRD-IDMS) mL/min/1,73 m ²	Con HTA (%) (n = 1.437)	Sin HTA (%) (n = 1.895)	Dif%	p-valor
1	> 90	34,52	50,79	-16,27	< 0,0001
2	89-75	29,87	29,32	0,55	0,7024
	74-60	20,32	16,42	3,90	0,0012
3a	59-45	11,10	2,98	8,12	< 0,0001
3b	44-30	3,03	0,35	2,68	< 0,0001
4	29-15	0,77	0,11	0,67	0,0003
5	< 15	0,39	0,04	0,35	0,0060

Estadio ERC	FGe (CKD-EPI) mL/min/1,73 m ²	Con HTA (%) (n = 1.437)	Sin HTA (%) (n = 1.895)	Dif%	p-valor
1	> 90	28,90	69,10	-40,20	< 0,0001
2	89-75	28,06	20,41	7,65	< 0,0001
	74-60	25,16	8,00	17,16	< 0,0001
3a	59-45	13,35	1,96	11,39	< 0,0001
3b	44-30	3,16	0,32	2,84	< 0,0001
4	29-15	0,97	0,18	0,79	0,0002
5	< 15	0,39	0,04	0,35	0,0060

de medias: prueba t para igualdad de medias tras evaluar la Prueba de Levene para igualdad de varianzas. Estimaciones del FGe: MDRD-4 = $186 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \text{ mL/min/1,73 m}^2$. MDRD-IDMS = $175 \times (\text{creatinina})^{-1,154} \times (\text{edad})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si mujer}) \text{ mL/min/1,73 m}^2$. CKD-EPI (mujer, creatinina $\leq 0,7$) = $144 \times (\text{creatinina})^{-0,329} \times (0,993)^{\text{edad}}$. CKD-EPI (mujer, creatinina $> 0,7$) = $144 \times (\text{creatinina})^{-1,209} \times (0,993)^{\text{edad}}$. CKD-EPI (hombre, creatinina $\leq 0,9$) = $141 \times (\text{creatinina})^{-0,411} \times (0,993)^{\text{edad}}$. CKD-EPI (hombre, creatinina $> 0,9$) = $141 \times (\text{creatinina})^{-1,209} \times (0,993)^{\text{edad}}$

Resultados: La población de estudio tiene una media (\pm DE) de edad de 54,32 (\pm 17,77) años, siendo masculina el 43,54% (42,06-45,02). La prevalencia poblacional de HTA es del 35,22% (33,81-36,65), y la de enfermedad renal crónica (ERC) el 10,29% (9,41-11,23). Las diferencias de los estadísticos descriptivos y de frecuencia entre las poblaciones hipertensa y no hipertensa se muestran en las tablas.

Conclusiones: Al comparar las poblaciones hipertensa y no hipertensa: los FGe (según MDRD-4, MDRD-IDMS y CKD-EPI) son entre 14 y 18 mL/min/1,73 m² menores en la población hipertensa. Los FGe < 60 mL/min/1,73 m² son entre 4 y 7 veces más frecuentes en la población hipertensa. Existen diferencias significativas en las prevalencias de todos los estadios de ERC.

124. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO EN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN REFRACTARIA DE LARGA DATA Y ESTUDIO DE HIPERTENSIÓN SECUNDARIA PREVIO NEGATIVO

A.M. Garrido¹, P. Losada¹, M. Jiménez¹, M. Losada², P. Valdivielso¹ y E. Cabrerizo Cómite¹

¹Hospital Virgen de la Victoria. ²Hospital Clínico Universitario.

Objetivo: Determinar causas de hipertensión secundaria en paciente con antecedentes de HTA desde los 20 años de edad, con control refractario a 4 fármacos y estudio de HTA secundaria negativo previo.

Métodos: Estudio completo de HTA secundaria en 2006 y seguimiento semestral hasta 2009. Exploración física y pruebas complementarias (analíticas, TC abdominal y gammagrafía suprarrenal).

Resultados: Exploración física: no relevante. Analítica: función renal normal, orina normal, Potasio bajo. HbA1c 7,2%. Vit D normal. Estudio de renina-aldosterona: cociente aldosterona/renina anormalmente elevado (223). Gammagrafía de suprarrenales: suprarrenal izquierda hiperfuncionante. TC abdominal: SR izquierda con nódulo de densidad principalmente grasa de 6,6 \times 5,8 \times 4 cm.

Conclusiones: El paciente fue diagnosticado de hiperaldosteronismo primario por nódulo SR izquierdo. Se realizó diagnóstico diferencial con HTA esencial, hiperaldosteronismo secundario, incidentaloma SR, síndrome de exceso aparente de mineralocorticoides, síndrome de Liddle y formas hipertensivas de hiperplasia suprarrenal congénita. Con los nuevos y mejorados métodos de screening, el hiperaldosteronismo primario se ha revelado como la causa más frecuente de hipertensión secundaria. El diagnóstico de esta patología es especialmente importante, dado que puede conllevar la cura de la hipertensión o la reducción de la farmacoterapia a utilizar. El diagnóstico del paciente se demoró durante años dada la imposibilidad de detección del cuadro. La hipertensión por sí misma en un paciente de 20 años de edad debía en nuestra opinión, haber justificado un estudio de HTA secundaria, aunque en 1980 probablemente no hubiese sido posible el diagnóstico. Por otra parte, el estudio realizado en 2006 no presentó hallazgos. Incluyó cifras de potasio repetidamente normales, así como ecografía abdominal, catecolaminas en orina y estudio renina/aldosterona negativos, con un seguimiento en consulta cada 6 meses. Actualmente el paciente está a la espera de cirugía y mantiene TA controlada. Consideramos que dada la alta prevalencia del hiperaldosteronismo primario como causa de

HTA secundaria, en el caso de un paciente joven con descontrol hipertensivo, podría estar justificado un seguimiento más a largo plazo, y según el caso, la repetición del estudio completo.

125. EL ÁCIDO ÚRICO CONTRIBUYE A LA AFECTACIÓN VASCULAR RENAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

I. Guermah¹, M.I. Troya¹, M.D. López² y J. Bonet¹

¹Servicio de Nefrología y Unidad de Hipertensión Arterial;

²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Germans Trias i Pujol.

Introducción: El ácido úrico se relaciona con la hipertensión arterial (HTA), la enfermedad cardiovascular (ECV) y renal. Nuestro objetivo ha sido estudiar en pacientes con HTA, la relación del ácido úrico con la afectación arteriolar renal y en segundo lugar su relación con la ECV.

Métodos: Hemos estudiado 68 pacientes con HTA y biopsia renal (BR) entre 2010-2011, seguidos durante 4 años. Se excluyen del estudio 5 pacientes por BR sin material suficiente. Las características de nuestra muestra son: hombres 58% (37 pacientes), edad media 60,3 \pm 14,9 años, años de HTA 9,8 \pm 6,4 años, diabéticos 33,3% (21 pacientes), ECV 17,5% (11 pacientes). El 44,4% estaban en tratamiento con diuréticos y el 19% con hipouricemiantes. Se recogen datos antropométricos, analíticos, nuevos eventos cardiovasculares y las características de las arteriolas y la glomeruloesclerosis en la BR.

Resultados: Se ha detectado una relación sin llegar a la significación con la clasificación de la arteriopatía renal en diferentes estadios (leve/moderada/severa): 6,9 \pm 2,2; 7,3 \pm 1,2; 8,1 \pm 2,1 mg/dl respectivamente ($p = 0,201$). El ácido úrico se correlaciona de manera positiva con el porcentaje de glomeruloesclerosis ($R = 0,300$, $p = 0,018$) y negativa con la presión arterial diastólica ($R = -0,272$, $p = 0,031$) y el MDRD ($R = -0,447$, $p < 0,0001$). No se han detectado diferencias entre el tratamiento diurético y hipouricemiante entre los pacientes con arteriopatía leve/moderada/grave.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que los elevados niveles de ácido úrico se relacionan con mayor afectación arteriolar y glomeruloesclerosis. Además, detectamos correlación negativa con la presión arterial diastólica y el MDRD. Por lo que se concluye que el ácido úrico puede contribuir a la afectación vascular renal.

126. GRADO DE CONTROL Y FACTORES DE RIESGO DE LOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

D. Martínez¹, J. Juan¹, T. Fuster¹, C. Clar², M.J. López¹, C. Payá¹, M. Barberá¹, O. Pons³, F. Soriano³ y M.M. Mahmud³

¹CS Beniopa. ²CS Grau. ³CS Integrado Tavernes.

Objetivo: La hipertensión arterial (HTA) es una patología de alta prevalencia. Se suele presentar asociada a otras patologías (diabetes, hipercolesterolemia, obesidad,...) aumentando el riesgo cardiovascular. Controlar las cifras tensionales reduce significativamente tanto la morbilidad como la mortalidad cardiovascular. Se acepta como buen control cifras tensionales inferiores a 140/90 mmHg, excepto en diabéticos, donde la European Association for the Study of Diabetes (EASD) en su revisión de 2014 establece en este grupo cifras inferiores a 140/85 mmHg. El objetivo del presente estudio es conocer como de controlados presentan las cifras tensionales nuestros pacientes y el perfil de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociado.

Métodos: Estudio descriptivo transversal con hipertensos de una consulta de Atención Primaria de un centro de salud rural. Se elabora un listado de pacientes con el diagnóstico de HTA no especificada (CIE-9-401.9). Del total de 1.566 pacientes se obtiene una población de 469 pacientes con el diagnóstico de HTA. Para una

seguridad del 95% con una precisión del 3% se calcula un tamaño muestral suficiente de 128 pacientes. Variables analizadas: edad, sexo, FRCV, grado de control de tensión arterial, fármacos.

Resultados: Se analizaron 134 pacientes. La edad media fue de 70 años, 65% mujeres, 35% de hombres. Se recogieron 4 FRCV: Fumador: 13% sí, 49% no, 38% no consta. Diabetes: 37% sí, 63% no. Dislipemia: 54% sí, 46% no. Obesidad: 36% sí, 64% no. Solo tienen HTA el 22%, HTA+1FRCV el 30%, HTA+2FRCV el 35%, HTA +3FRCV el 11% y HTA+4FRCV el 2%. Por grupo farmacológico se obtienen los siguientes resultados: ARAII 58%, diuréticos 50%, calcioantagonistas 35%, IECAS 29%, betabloqueantes 8% y alfabloqueantes 1%. El 34% toma 1 fármaco (más frecuente los ARAII 15%, IECA 10%), el 50% toman 2 fármacos (combinación más frecuente ARAII + calcioantagonista 18%, ARAII + diurético 16% y IECA + diurético 14%). El 13% toman 3 fármacos y el 3% toman 4 fármacos. Presentan buen control de la tensión arterial a nivel general el 65% de los pacientes, siendo por FRCV un buen control del 75% en hipertensos fumadores, de un 65% en hipertensos dislipémicos, de un 60% en hipertensos obesos y de un 35% en hipertensos diabéticos. En la variable fumador, el 50% de las mujeres hipertensas no consta su registro, frente a tan solo el 7% de los hombres. Grado de control de la tensión arterial según el número de fármacos: bien controlados el 60% con 1 fármaco, el 62% con dos fármacos, el 72% con 3 fármacos y el 100% con 4 fármacos. Grado de mal control de la tensión arterial según el número de FRCV: mal controlados el 20% de pacientes con sólo HTA, el 29% con HTA+1FRCV, el 44% con HTA+2FRCV, el 47% con HTA+3FRCV y el 100% con HTA+4FRCV.

Conclusiones: Presentamos un aceptable grado de control de nuestros hipertensos en general (65%). Existe hoy en día una amplia batería de fármacos con múltiples combinaciones para el control de la tensión arterial. Es habitual que los pacientes hipertensos presenten 1 o 2 factores de riesgo cardiovascular asociado. Se debería de mejorar el interrogatorio del hábito tabáquico en el paciente, sobre todo en mujeres ya que por inercia solemos preguntar más en este sentido solo al hombre. Deberíamos mejorar el control de la tensión arterial en pacientes con más de dos factores de riesgo cardiovascular, sobre todo en diabéticos, empleando la combinación de varios fármacos antihipertensivos si fuera necesario.

128. HTA Y EPOC EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

M.A. María¹, R. Campón², E. Tornay³, S. Vinat² y C. Montejo⁴

¹Consultorio Local Perales de Tajuña. ²CS Artilleros. ³CS Juncal. ⁴CS Canillejas.

Objetivo: HTA, dislipemia, obesidad, diabetes mellitus, fibrilación auricular y consumo de tabaco están entre las enfermedades crónicas más prevalentes. Siendo factor de riesgo cardiovascular independiente cada una de ellas y están detrás de las causas de muerte y gasto sanitario más frecuente. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es otra enfermedad crónica prevalente que se presenta muchas veces junto con todas o alguna de las anteriores. Es una enfermedad entre las 5 primeras causas de mortalidad/ gasto sanitario. Es propósito de este estudio establecer la relación entre EPOC, HTA, Diabetes, obesidad, consumo de tabaco, dislipemia y fibrilación auricular en nuestra población (zona básica rural), así como establecer el riesgo de empeoramiento (reagudización) de la patología EPOC en relación a la presencia o no de estas enfermedades prevalentes. También se pretende lanzar nuevas hipótesis sobre el papel de la EPOC como factor de riesgo vascular independiente, o la presencia de un síndrome metabólico plus (genético o no) donde esté presente la EPOC.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo transversal, revisando las 369 historias clínicas de pacientes mayores de 41 años con diagnóstico CIAP: EPOC, asma, fumar tabaco de nuestra Zona Básica (rural de aproximadamente 12.000 habitantes en 6

núcleos poblacionales). Se estableció para el diagnóstico correcto de EPOC el existir algún registro o prescripción relacionado con la enfermedad EPOC en los últimos 5 años. Criterios de inclusión: ser mayor de 42 años. Se recogieron las siguientes variables: Peso en Kg, talla en cm. IMC, Consumo de tabaco (registro actualizado), HTA (diagnóstico o consumo de fármacos hipotensores si ser sólo Insuficiencia cardiaca), dislipemia (registro o consumo de fármacos hipolipemiantes, estatinas, ezetimiba, fibratos), diabetes mellitus (con o sin tratamiento), fibrilación auricular o flutter (con o sin tratamiento actual), reagudizaciones de EPOC (Ingreso en los últimos dos años por patología respiratoria, consumo de antibióticos de amplio espectro, 3 en último año o 5 en los últimos 5 años).

Resultados: Cumplieron criterios de inclusión 292 pacientes. 1 de cada 5 pacientes no cumplían mínimos criterios de calidad en la Historia, diagnóstico EPOC. 241 hombres, 51 mujeres. Edad media hombres 75 años, 70 en las mujeres. Rango entre 42 y 97 años. La mitad de los pacientes estaban entre 60 y 80 años. 27 pacientes tenían más de 90 años. 85% tenía reflejado el hábito de consumo de tabaco. 85% de las historias tenía reflejado el peso y la talla. Peso medio 79 Kg en hombres, 76 Kg en mujeres. IMC medio 29 en mujeres, 30 en hombres. 30% fumadores. HTA 63% en hombres, 66% en mujeres. Diabetes 30%. Dislipemia 33% en mujeres, 41% en hombres. Fibrilación auricular 16% mujeres, 14% hombres. HTA + diabetes + dislipemia en 61 pacientes. Hipertensión + diabetes + dislipemia + tabaco 14 pacientes. Las reagudizaciones 43% en hombres, 49% en mujeres. La Odds Ratio para reagudizaciones en fumadores 0,78 IC 0,44-1,37. La Odds Ratio para reagudizaciones en hipertensos 0,93 IC 0,56-1,53. La Odds Ratio en diabéticos 0,84 IC 0,50-1,40.

Conclusiones: La edad de los pacientes con EPOC de nuestra zona básica es alta. En las variables principales analizamos por separado un grupo de mayores de 90 años. Nuestros pacientes hombres y mujeres son obesos. La prevalencia de HTA incluso corregida por edad y sexo es muy alta, superior a la esperable en estudios con población similar. La prevalencia de consumo de tabaco es similar a otros estudios. La prevalencia de dislipemia y de diabetes mellitus es superior a la esperable. La prevalencia de flutter/fibrilación era la esperable. El número de reagudizaciones esperable fue superior a la media. HTA, Consumo de tabaco y Diabetes estaban relacionados con mayor número de reagudizaciones. Entendemos como sesgos las propias historias clínicas que aunque informatizadas, se pierde información. Se propone un estudio prospectivo que analice la EPOC como un factor de riesgo independiente de riesgo cardiovascular.

129. CIRCUITO DE ATENCIÓN EN DIABETES

N. Martell¹, M. de la Figuera², F.J. Alonso³, J. Escalada⁴, M. Rodríguez⁵ y J.A. García¹

¹Unidad de HTA, Servicio de Medicina Interna, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos. ²CS Sardenya, Unidad Docente ACEBA. ³CS Sillería. ⁴Departamento de Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra. ⁵Departamento Médico, Abbott Laboratories.

Objetivo: Conocer el flujo de atención del paciente diabético entre el médico de Atención Primaria (AP) y el especialista en diabetes (ED) criterios usados para su derivación y posterior seguimiento.

Métodos: Estudio de opinión realizado en 781 médicos de AP y 100 ED de todo el territorio español. Cuestionario autocumplimentado con variables: protocolos de actuación conjunta, guías de práctica clínica, criterios de derivación, relación entre niveles.

Resultados: El 45% de los ED y el 56% de los médicos de AP indican que no existen protocolos comunes para el manejo del paciente con diabetes mellitus (DM). El 81% de los médicos de AP y el 92% de los ED sigue alguna guía sobre el tratamiento de la DM y el

92% de los ED indican que es la guía ADA-EASD. Solo el 4% de los médicos de AP y el 6% de los ED ha clasificado como excelente o buena la relación entre ellos. El 94% de AP y el 93% de ED utilizan la hoja de derivación como único método de comunicación. Sólo el 5% de los ED y el 36% de los AP indican que más del 75% de los informes remitidos contienen la información necesaria del paciente. El 82% de los ED ha indicado el mal control de la DM como condición para que el seguimiento del paciente con DM 2 sea realizado por ellos, mientras que esta condición la expresaron el 61% de los AP. El 86% de los médicos de AP y el 73% de los ED ha indicado que existe un plan de cuidados específico de enfermería para este tipo de pacientes. El 62% de los ED ha indicado que realiza el seguimiento de los pacientes diabéticos con HbA1c dentro del objetivo 2-3 veces al año y de los pacientes fuera de objetivo al menos 4 veces/año. Tan sólo un 5% de los ED utiliza telemedicina para el seguimiento de los pacientes con DM 2 con mal control. Entre estos, el 60% utiliza plataformas propias de su área de salud.

Conclusiones: Existe una deficiente relación entre AP y ED, reconocida por ambos sectores. Solo la mitad de los encuestados indican la existencia de protocolos conjuntos y los informes de derivación de pacientes entre AP y ED son de mala calidad. El plan de enfermería de AP está bien desarrollado para pacientes con DM.

130. CIRCUITO DE ATENCIÓN EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

N. Martell¹, J. Escalada², M. de la Figuera³, F.J. Alonso⁴, E. Labrador⁵ y M. Abad¹

¹Unidad de HTA, Servicio de Medicina Interna, Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos.

²Departamento de Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra. ³CS Sardenya, Unidad Docente ACEBA. ⁴CS Sillera.

⁵Departamento Médico, Abbott Laboratories.

Objetivo: Conocer el flujo de atención del paciente hipertenso entre el médico de Atención Primaria (AP) y el especialista en hipertensión (EH), criterios usados para su derivación y posterior seguimiento.

Métodos: Estudio de opinión realizado por 781 médicos de AP y 119 EH de todo el territorio español. Cuestionario autocumplimentado con variables: protocolos de actuación conjunta, guías de práctica clínica, criterios de derivación, relación entre niveles.

Resultados: 71,7% de médicos de AP utilizan pautas o protocolos para el control del paciente hipertenso. 83% de los médicos de AP y 88,24% (EH) utilizan guías sobre el tratamiento de la HTA (60% de AP y el 86,67% de EH siguen la guía Europea). Sin embargo, el 75% de AP utilizan las tablas Score para la estratificación del riesgo. El 63,64% de los médicos de AP y el 80% de los EH refieren que no existen protocolos conjuntos de HTA entre AP y EH en su área. Un 17% de los médicos de AP y el 6% de los EH considera excelente o buena la relación entre ellos. El 95% de los AP y el 93% de los EH utiliza la hoja de derivación como único método de comunicación. Sólo el 7% de los EH y 32% de los AP indican que más del 75% de informes remitidos contienen la información necesaria del paciente. El 83% de los médicos de AP indican que existe un plan de cuidados específico de enfermería (71% seguimiento por parte de enfermería de los pacientes bien controlados se realiza un mínimo de 4 veces al año). El 47% de los médicos AP no tienen MAPA. Los criterios más habituales para derivar a un paciente hipertenso al EH son: HTA resistente, sospecha de HTA secundaria. 56% considera que un paciente con HTA no controlada es derivado al EH cuando la PA \geq 180/110 mmHg.

Conclusiones: Deficiente relación entre AP y EH, reconocida por ambos sectores junto a la escasez de protocolos conjuntos y mala calidad de los informes de derivación de pacientes. Llama la atención las elevadas cifras de PA (> 180/110) que se consideran indicativas de remisión a especialista.

131. CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN HIPERTENSA CON PSORIASIS

M.M. Martínez¹, J.J. López¹, A. Fernández², J.J. Gaitán² y O. García-Diego²

¹CS Pisueña-Cayón. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel, crónica, que afecta alrededor del 2% de la población general. En los últimos años ha ido creciendo y emergiendo la evidencia de que los pacientes con psoriasis presentan una alta prevalencia de comorbilidades asociadas a alteraciones cardiometabólicas, como obesidad, diabetes, hipertensión arterial (HTA) o ictus.

Objetivo: Determinar las características de una población hipertensa con psoriasis y su riesgo cardiovascular (RCV).

Métodos: Se estudiaron 67 pacientes hipertensos, con psoriasis e HTA, pertenecientes a un centro de salud rural y otro semiurbano. Se determinó: índice de masa corporal (IMC), diabetes, tratamientos antidiabéticos, grado de control de la TA, tratamientos hipotensores, antiagregantes, anticoagulantes, estatinas, patologías cardiovasculares asociadas (fibrilación auricular (FA), ictus, cardiopatía isquémica, microalbuminuria (se consideró positiva > 30 mg/g creatinina), se determinó aclaramiento de creatinina por fórmula CDK-EPI, y se clasificó la enfermedad renal en IV estadios. Para el cálculo del RCV, se utilizó diferentes parámetros: 1) Escala de Framingham usando lípidos 2) Escala de Framingham usando IMC, estas 2 escalas se utilizaron en menores de 75 años. 3) Escala SCORE, para países de bajo riesgo, usando colesterol total, y 4) Escala SCORE calibrada con HDL. 8 en menores de 65 años.

Resultados: De una base de 7.500 pacientes, correspondientes a 5 cupos médicos, se encontró una prevalencia de diabetes del 3% en población mayor de 18 años, de los cuales el 30% tenían HTA. El 61% eran hombres, con una media de edad de 65 años (41-82), la media de IMC fue de 30,8 (21,8-429 Kg/m²), el perímetro abdominal en hombre 112 cm, y en mujeres 103 cm. el 13% de los hombres eran fumadores y bebedores moderados y ninguna mujer. El 33% tenían diabetes, con una media de 8 años de diagnóstico, el 18% estaban en tratamiento con insulina, y el 86% tomaban alguna clase de antidiabético oral. La HbA1c media en el último año fue de 6,5% (5,2-11,2). La media de TA sistólica fue 139/108-176) mmHg y diastólica 82 (55-100) mmHg, con una media de evolución de la HTA de 11 años. El 72% tenían controlada la TA. La media de colesterol fue de 187, HDL, 49 LDL 110 mg/dl, triglicéridos 119, y el 46% estaban en tratamiento con estatinas. El 4,5% tenían antecedentes de ictus, el 6% de cardiopatía isquémica, el 7,5 de enfermedad arterial periférica y el 34% algún grado de enfermedad renal. El 76% tomaban IECAS o ARAII, 525 diuréticos, 12% antagonistas del calcio. El 58% tomaban 2 antihipertensivos, el 28% solo 1 y el 14% 3 o más. El 7,5% tenía fibrilación auricular. El 11% tenían antiagregación (9% aspirina, y 2% clopidogel), el 6% tomaban sintron. La media de RCV medido por SCOR y SCOREHDL fue del 3% y el RCV Framingham IMC de 40 y Framingham lípidos 35%.

Conclusiones: Nos encontramos ante una población de alto riesgo vascular, con una alta prevalencia de diabetes, con un aceptable control de FRCV, con tratamientos más agresivos, más insulina, más estatinas, mas numero de antihipertensivos, que en la población que solamente presenta HTA, pero con un RCV elevado, según las formulas que tenemos hoy en día para esta medición. Por lo tanto tendremos que prestar atención a esta enfermedad asociada, que aparece en edades tempranas, y que el 30% van a desarrollar una HTA, por lo que habrá que controlar muy precozmente sus factores de riesgo.

132. PSORIASIS, HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR

M.M. Martínez¹, J.J. López¹, J.J. Gaitán², A. Fernández², O. García-Diego², M.I. Armentia³ y P. Muñoz⁴

¹CS Pisueña-Cayón. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ³CS La Vega-Zapatón. ⁴Gerencia de Atención Primaria.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad dermatológica, que afecta alrededor del 2% de la población. Debido posiblemente a la naturaleza de la propia enfermedad o a los tratamientos utilizados, se ha detectado en los últimos años, una fuerte asociación con factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial (HTA), diabetes, obesidad etc.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en el riesgo cardiovascular (RCV), de una población hipertensa con psoriasis y otra población hipertensa sin psoriasis, del mismo área de residencia.

Métodos: Se estudiaron 416 pacientes hipertensos, pertenecientes a un centro de salud rural, de los cuales el 16% tenían psoriasis. Se determinó índice de masa corporal (IMC), diabetes, tratamientos antidiabéticos, grado de control de la tensión arterial (TA) tratamientos hipotensores, antiagregantes, anticoagulantes, estatinas, patologías cardiovasculares asociadas (fibrilación auricular, ictus, cardiopatía isquémica, microalbuminuria (se consideró positiva > 30 mg/g creatinina en hombres y 25 en mujeres), se determinó filtrado glomerular por la fórmula CPK-Epi, clasificando la enfermedad renal en IV estadios. Se determinó índice tobillo brazo en los diabéticos con un aparato automático Microlife ABI WATCH BP Office. Cálculo de riesgo cardiovascular: Se utilizó diferentes para parámetros: 1) Escala de Framingham, usando lípidos, 2) Escala de Framingham usando IMC, Esta escala determina riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular a los 10 años), en menores de 75 años. 3) Escala SCORE, para países de bajo riesgo, usando colesterol total, y 4) Escala SCORE para países de bajo riesgo calibrada con HDL, que determina riesgo de muerte cardiovascular a los 10 años, en menores de 65 años.

Resultados: Encontramos, diferencias en algunos parámetros de RCV, en los pacientes con psoriasis, como mayor IMC y TA sistólica, mas años de evolución de la HTA, menor uso de IECAs/ARAI. Mayor número de microalbuminuria positiva (media de 21,8 mg/g creat. vs 13 mg/dl, en los no psoriásicos), HDL mas bajo(53 vs 57). Mayor prevalencia de diabetes 32,8%, vs 27,2%, con un grado de control de la diabetes similar, y una HBA1c media en el último año de 7%, a pesar de estar tomando menos antidiabéticos orales y menos insulina. Tenían similares prevalencias de cardiopatía isquémica e ictus, pero los pacientes con psoriasis fumaban más, y consumían más alcohol. Tenían una prevalencia mayor de síndrome de apnea del sueño (6% vs 2,3%) y mas enfermedad periférica, y enfermedad renal (el 34% de los psoriásicos tenían filtrados menores a 60 ml/min, vs 17,8% de los no psoriásicos. Había menor prevalencia de fibrilación auricular, consumo se anticoagulantes y antiagregantes. Y cuando calculamos el RCV medido por Score, Framingham lípidos, y SCORE HDL, encontramos riesgos superiores en los psoriásicos.

Conclusiones: Hasta hace poco tiempo se ha considerado a la psoriasis como una enfermedad exclusivamente dermatológica, sin embargo nos encontramos ante una población de alto riesgo vascular, con una prevalencia muy alta de diabetes, con manifestaciones más agresivas de la HTA, como enfermedad renal, microalbuminuria, y otras comorbilidades como síndrome de apnea del sueño o enfermedad periférica. Por lo tanto tendremos que prestar especial atención a esta población, con una enfermedad dermatológica, que aparece en edades tempranas de la vida, y que el 30% va a desarrollar una HTA

133. COMORBILIDADES ASOCIADAS A EDAD AVANZADA Y POLIFARMACIA EMPLEADA

E. Martínez¹, L. Folgado¹, M. Chimen¹, C.Martín¹, V. López², L. Arribas¹, M. Mateos¹, L. Mustapha¹, F. Ballesteros¹ y G. Hernández¹

¹Complejo Asistencial de Zamora. ²Hospital Comarcal de Monforte de Lemos.

Objetivo: Conocer las patologías más frecuentes de los pacientes mayores de 90 años que ingresan el servicio de Medicina Interna y el tratamiento empleado para su control.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal de los pacientes ingresados a cargo del servicio de Medicina Interna del Complejo Asistencial de Zamora durante el primer semestre del año 2014. Eligiéndose 100 pacientes mayores de 90 años de manera aleatoria. Se analizaron los siguientes parámetros: Edad, sexo, situación de dependencia previa al ingreso, nivel cognitivo previo al ingreso, prevalencia de hipertensión, diabetes, dislipemia, afectación renal (ecuación CKD-EPI0 > 90 ml/min/1,73 m²), diagnóstico principal de alta y los tratamientos farmacológicos empleados.

Resultados: De los 100 pacientes analizados 70 eran mujeres, tanto la edad media global como la estratificada por sexo fue de 92.2 años. 48 de los pacientes eran dependientes en el momento del ingreso. La prevalencia de deterioro cognitivo por minimal test menor de 24 fue del 50% Existía hipertensión arterial en el 83% de la serie, diabetes mellitus en el 30% y dislipemia en el 21%. Coexistían hipertensión, dislipemia y diabetes en 18 pacientes y solo el 10% de los analizados no presentaban ninguna de las tres patologías. El 61% de los ingresados en nuestro estudio tenían cifras de estimación de filtrado glomerular < 90 ml/min/1,73 m². No existía en nuestra serie ningún paciente que no tomara regularmente ningún fármaco, el 21% tomaban cuatro o menos fármacos y el 16% recibían diariamente 10 o más fármacos diferentes. El tratamiento crónico más empleado fue la furosemida (53% de los pacientes) seguido por el omeprazol (48% de los analizados). Siendo el diagnóstico principal de alta más frecuente la insuficiencia cardíaca (28%).

Conclusiones: Prevalencia de mujeres de edad avanzada que ingresan. Deterioro cognitivo y dependencia importante en los pacientes de mayor edad. Mayor prevalencia de hipertensión en edades extremas. Polifarmacia empleada en pacientes de edad avanzada. Descompensaciones cardíacas son el principal motivo de ingreso. Fármacos más empleados en el tratamiento crónico de nuestros pacientes son los diuréticos y el principio activo más común es la furosemida. Elevada tasa de insuficiencia renal en los pacientes de edad elevada.

134. MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DEL TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN LA EDAD AVANZADA

S. Muñoz¹, M.A. Baena², M.A. Esteban³ y M.I. Poveda⁴

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

Objetivo: El 83% de las muertes por enfermedad coronaria se producen en personas > 65 y el 30% en personas > 80 años. Se estima que el número de casos de Síndrome coronario agudo (SCA) en la edad avanzada aumentarían de forma considerable en los próximos 50 años. Actualmente la población anciana esta infraestimada en las guías de práctica del SCA, nuestro objetivo es conocer la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes > 80 años con SCA, sometidos a revascularización percutánea en nuestro medio.

Métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 70 pacientes > 80 años con SCA sometidos a revascularización percutánea durante el periodo de junio de 2012 hasta junio de 2013. Se analizaron características demográficas, clínicas y mortalidad intrahospitalaria. La mortalidad hospitalaria fue definida como muerte por cualquier causa durante el ingreso o desde los 30 primeros días tras la revascularización percutánea.

Resultados: La edad media fue 84 ± 4 años con un índice de comorbilidad de Charlson medio de 2,57. La presencia de FRCV: HTA 69%, dislipemia 43%, DM 35%, tabaquismo (Fumadores activos y exfumadores) 38%, obesidad 13%. El 31% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica. El 40% presentó IAM no Q, el 26% angina inestable y el 34% SCACEST (60% fibrinólisis y 40% angioplastia primaria). El 48% presentaba enfermedad de 2 o más vasos, en el 70% la revascularización percutánea fue completa y el 54% tenía FEVI normal. Las complicaciones mayores durante el procedimiento fueron 1,5%. La estancia media hospitalaria fue 6 ± 3 días. La mortalidad hospitalaria fue del 5% asociada a la estancia media, FEVI, las complicaciones de causa cardíaca, revascularización incompleta y al índice de comorbilidad de Charlson (todas ellas con una $p < 0,05$). La edad no se asoció significativamente a la mortalidad intrahospitalaria ($p > 0,05$).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren una reducción de la mortalidad en los pacientes de edad avanzada sometidos a revascularización percutánea completa, siendo un procedimiento seguro y efectivo con mortalidad hospitalaria baja. La edad de forma aislada no debe ser un impedimento para la realización de estrategias de reperfusión en el paciente anciano, siendo necesario individualizar el tratamiento más óptimo en cada caso.

135. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE RIESGO RENAL DE LA POBLACIÓN HIPERTENSA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz¹, N. Zarzuelo², J.A. Cique³, M.D. García⁴, M.C. Díez⁵, R.A. García¹, I. Gutiérrez⁶, J.M. Blanco⁷, P. Aguilera⁶ y P. Simonaggio⁸

¹CS Pinto, Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. ²CS Las Olivas. ³CS Torito. ⁴CS Casa de Campo. ⁵CS Los Cármenes. ⁶CS Guayaba. ⁷CS Valle de la Oliva. ⁸CS San Martín de la Vega.

Objetivo: Evaluar el perfil de riesgo renal de la población hipertensa del Servicio Madrileño de Salud.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 55 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: muestreo simple aleatorio de base poblacional sobre los listados de 145.074 adultos (≥ 18 años) adscritos a los médicos investigadores. Población muestral (porcentajes esperados: 50%; límite de error muestral: $< 1,5\%$): 6.543 sujetos. Sujetos de estudio: 4.401 [ilocalizables: 20,16%; rechazan consentimiento: 7,12%; no acudieron: 4,65%; criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 3,35%]. Análisis estadístico: estadísticos cualitativos: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%. Comparación chi-cuadrado con significación bilateral; 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: La población de estudio tiene una media (\pm DE) de edad de 54,32 ($\pm 17,77$) años, siendo masculina el 43,54% (42,06-5,02). Las prevalencias poblacionales de los factores de riesgo renal se presentan en la tabla 1. Las diferencias de las medias de los estadísticos descriptivos entre las poblaciones hipertensa y no hi-

Tabla 1 Comunicación 135.

Prevalencia (n = 4.401)	%	LI IC (%)	LS IC (%)
PAS/PAD > 140/90 mmHg	16,66	15,57	17,79
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (MDRD-4)	6,29	5,59	7,05
FGe < 60 mL/min/1,73m ² (MDRD-IDMS)	8,54	7,73	9,41
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (CKD-EPI)	7,00	6,26	7,79
FGe < 60 mL/min (Cockcroft-Gault)	12,07	11,12	13,06
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (Cockcroft-Gault) SC	10,77	9,87	11,72
Microalbuminuria ≥ 30 mg/L (n = 2.478)	4,66	4,05	5,32
Albúmina/Creatinuria ≥ 30 mg/g (n = 2.500)	4,07	3,50	4,69
Enfermedad renal crónica	10,29	9,41	11,23

Tabla 2 Comunicación 135.

	HTA (n = 1.550)		No HTA (n = 2.851)		Prueba t	
	Media	\pm DE	Media	\pm DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	67,78	13,17	47,11	15,66	20,47	< 0,0001
PAS (mmHg)	130,84	15,43	116,18	12,88	14,66	< 0,0001
PAD (mmHg)	76,39	10,12	71,12	9,38	5,27	< 0,0001
Creatinina (mg/dL)	0,91	0,39	0,81	0,23	0,10	< 0,0001
FGe (MDRD-4) (mL/min/1,73 m ²)	83,82	23,80	98,22	25,30	-14,40	< 0,0001
FGe (MDRD-IDMS) (mL/min/1,73 m ²)	78,88	22,38	92,44	23,80	-13,56	< 0,0001
FGe (CKD-EPI) (mL/min/1,73 m ²)	80,49	20,25	98,64	19,83	-18,15	< 0,0001
FGe (Cockcroft-Gault) (mL/min)	87,38	36,26	107,64	35,35	-20,27	< 0,0001
FGe (Cockcroft-Gault)SC (mL/min/1,73 m ²)	81,61	28,65	104,16	29,84	-22,55	< 0,0001
Microalbuminuria (mg/L)	22,03	77,50	8,68	12,80	13,35	< 0,0001
Albúmina/Creatinuria (mg/g)	22,32	76,72	7,44	11,7893	14,88	< 0,0001

Tabla 3 Comunicación 135.

Prevalencias% (IC95%)	HTA (n = 1.550)	No HTA (n = 2.851)	Dif. %	p-valor
Sexo masculino	47,94 (45,42-50,94)	41,14 (39,33-42,98)	-6,80	< 0,0001
PAS/PAD > 140/90 mmHg	35,35 (32,97-37,79)	6,49 (5,61-7,46)	28,87	< 0,0001
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (MDRD-4)	13,81 (12,13-15,62)	2,21 (2,83-4,21)	11,60%	< 0,0001
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (MDRD-IDMS)	15,29 (13,53-17,18)	3,47 (2,83-4,21)	11,82	< 0,0001
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (CKD-EPI)	17,87 (15,99-19,87)	2,49 (1,95-3,13)	15,38	< 0,0001
FGe < 60 mL/min (Cockcroft-Gault)	23,03 (20,96-25,21)	6,10 (5,25-7,05)	16,93	< 0,0001
FGe < 60 mL/min/1,73 m ² (Cockcroft-Gault SC)	22,45 (20,40-24,61)	4,42 (3,69-5,24)	18,03	< 0,0001
Microalbuminuria ≥ 30 mg/L	13,39 (11,35-15,65) n = 1.008	4,76 (3,73-5,98) n = 1.470	8,63	< 0,0001
Albúmina/Creatinuria ≥ 30 mg/g	13,09 (11,08-15,31) n = 1.024	3,05 (2,23-4,06) n = 1.476	10,04	< 0,0001
Enfermedad renal crónica	20,52 (18,53-22,61)	4,74 (3,98-5,58)	15,78	< 0,0001

pertensa se muestran en la tabla 2. Todas las diferencias de las prevalencias los factores de riesgo renal entre ambas poblaciones se muestran en la tabla 3.

Conclusiones: Al comparar frente a la población no hipertensa, la población hipertensa es más prevalente en el sexo masculino, padece cuatro veces más la enfermedad renal crónica, siendo entre 4 y 5 veces más frecuentes las estimaciones del filtrado glomerular < 60 mL/min/1,73 m², tres veces más la microalbuminuria ≥ 30 mg/L, y cuatro veces más el cociente albúmina/creatinuria ≥ 30 mg/g.

136. MUJER CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. Pons¹, J. Abellán⁵, N. Martínez², C. Celada¹, M. Rodríguez², M.S. Fernández³, Z. Clavier¹, V.M. Madrid⁵, M.L. Medina⁴ y C. García²

¹CS Los Dolores. ²CS San Antón. ³CS El Algar. ⁴CS Virgen de la Caridad (Cartagena Oeste). ⁵Hospital Universitario Santa Lucía.

Caso clínico: Mujer de 36 años, nulípara, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), obesidad y dislipemia. Acude al centro de salud por un cuadro de 3 semanas de evolución de cefalea intermitente, debilidad y calambres musculares también palpaciones. Niega fiebre, dolor torácico u otro síntoma asociado. Exploración física anodina con cifras de tensión arterial (TA) de 185/100 mmHg, frecuencia cardíaca de 90 lpm y eupneica. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, eje 60°, PR normal, No alteraciones del ST. Ondas T aplanadas en precordiales. Casualmente, en revisión 1 mes antes en mismo centro ECG sin aplanamiento de T. Se decide traslado a hospital para valoración y tratamiento si procede. Durante su ingreso en el servicio de interna se realiza analítica básica en la que destaca el potasio bajo (2,4 mmol/l). Resto de analítica normal. Durante su ingreso mantiene cifras altas de TA y se le inicia la reposición de potasio y ajuste del tratamiento antihipertensivo (con mejoría clínica) mientras se esperan a los resultados de una analítica más completa. Nueva analítica: aldosterona de 208 pg/ml y relación aldosterona/renina > 500. ECO abdominal: nódulo en glándula suprarrenal izquierda y TAC: mismo hallazgo. Se procedió al tratamiento quirúrgico del nódulo siendo diagnosticado por anatomía patológica de adenoma suprarrenal productor de aldosterona. Relacionando la clínica con los hallazgos analíticos, pruebas de imagen y anatomía patológica, parece evidente que nos encontramos ante un caso de un síndrome de Conn (hiperaldosteronismo primario). Este síndrome consiste en un cuadro clínico causado por un exceso de aldosterona, niveles séricos bajos de renina, HTA, hipopotasemia y síntomas neuromusculares. En este caso además, nos encontramos con el hallazgo en ECG del aplanamiento de T, lo cual nos da una idea en el centro de salud que puede haber una alteración electrolítica y nos pone en alerta para su derivación.

Discusión: La presentación de este síndrome tiene su principal etiología en la presencia de un adenoma suprarrenal unilateral, que se presenta aproximadamente en el 50-60% de casos. Esta entidad aparece en aproximadamente un 1% de los hipertensos, sobre todo en HTA estadio II. Doble de frecuencia en mujeres que en varones y pico de incidencia entre los 30-50 años. Actualmente se piensa en que su prevalencia está aumentando y hay varios estudios realizados en poblaciones hipertensas en los que se ha visto hasta en un 13%. Sobre el 25% de pacientes con HTA resistente al tratamiento presentan algún tipo de hiperaldosteronismo, por ello no hay que aumentar el escalón terapéutico de los antihipertensivos sin antes reevaluar y plantearnos la posibilidad de un nuevo diagnóstico que requiera un tratamiento diferente al administrado hasta el momento.

137. DOCTOR, ESTO PINTA FEO, ¿VERDAD?

M. Pons¹, J. Abellán², V.M. Madrid², M. Rodríguez², J.J. Martínez², L. Fernández², I.A. García-Escribano², E. Ruiz², T. Espinosa² y J. Alemany³

¹CS Los Dolores. ²Hospital Universitario Santa Lucía. ³CS Virgen de la Caridad (Cartagena Oeste).

Caso clínico: Varón de 43 años que acude a nuestra consulta de atención primaria con varios informes del último mes, del servicio de urgencias donde acude por crisis hipertensivas (de hasta 230/120 mmHg) y cefalea. Realizan pruebas complementarias: ECG, TAC y analítica sin hallazgos patológicos y derivan a nuestra consulta para iniciar tratamiento y estudio. En consulta presenta TA de 154/92 mmHg y se encuentra asintomático. Realizamos anamnesis, examen físico, Iniciamos tratamiento con valsartán e hidroclorotiazida y solicitamos un estudio inicial de secundarismo. En el estudio de HTA secundaria presentó un pico de metanefrinas en orina de 24 h de 4.373 mg (50-300 mg/24h), por lo que se derivó a la consulta de riesgo cardiovascular. Completaron estudio con tomografía computarizada (TC) de abdomen donde se visualizó una masa adrenal izquierda de 39 mm. En la tomografía por emisión de (PET-DOPA), se vio un foco de intensa captación coincidente con la lesión de las imágenes de la TC. El paciente fue operado y el diagnóstico de feocromocitoma se confirmó por Anatomía Patológica.

Discusión: En un pequeño porcentaje de adultos con HTA, se puede identificar una causa específica y potencialmente reversible de la PA elevada. No obstante, debido a la elevada prevalencia de la HTA, las formas secundarias pueden afectar a millones de pacientes en todo el mundo. Cuando se los diagnostica y se los trata adecuadamente, los pacientes con formas secundarias de HTA pueden curarse o al menos mejorar el control de la PA y reducir el riesgo CV. Por lo tanto, adoptando una actitud prudente, se aconseja

seja la búsqueda de formas secundarias de HTA en todos los pacientes. El feocromocitoma, causa de hipertensión arterial secundaria, es un tumor productor de catecolaminas que procede de las células cromafines del sistema nervioso simpático. La incidencia del feocromocitoma se estima en 0,8 casos cada 100.000 habitantes al año y representa el 0,3-1,9% de las causas secundarias de hipertensión arterial (HTA). La frecuencia es similar en hombres y mujeres, y se diagnostica principalmente en la cuarta o quinta década de la vida. Nos gustaría destacar el abordaje multidisciplinar de esta paciente, ya que desde primaria, se remitió y se mantuvo el contacto con la consulta de riesgo cardiovascular para el correcto diagnóstico y tratamiento del paciente.

138. RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL SIGLO XXI. ¿ESTÁN CONTROLADOS NUESTROS PACIENTES?

P.H. Ponte, M.J. Sole, L. Matas, D. Filella, M.T. Benet y J.A. Arroyo
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivo: Valorar el grado de control de los FRCV clásicos (HTA, diabetes, dislipemia y tabaco) de una cohorte de pacientes (p) que han ingresado en un Hospital de 3er nivel por un accidente vascular agudo en los últimos 24 meses.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se analizaron 100p (70% varones) con una edad media de 59,68 (\pm 9,5) años. Se incluyó todos aquellos sujetos entre 18 y 75 años tras el año de padecer un accidente vascular. Posterior a la firma del consentimiento informado, se practicó una entrevista clínica, analítica completa y MAPA24h (SpaceLabs® Model90207).

Resultados: El motivo del ingreso hospitalario fue: 48% IAM, 47% ACV y 5% arteriopatía periférica. Los pacientes estaban controlados un 49% en la atención primaria y 45% en medicina especializada (25% cardiólogos, 8% neurólogos, 8% internista y 4% nefrólogos); 6% negaron control rutinario de los FRCV. En los 100p incluidos, se registró en 34% historia familiar de cardiopatía isquémica precoz y 11% antecedentes familiares de muerte súbita. El 33% p eran obesos (IMC > 30 kg/m²). Un 14% seguían fumando; 50% no realizaban ejercicio físico y el 50% manifestaron la ingesta de alcohol, con una media de 10,33 (14,0) g-alcohol/d en las mujeres y 28,37 (41,1) g-alcohol/d en varones. El 79,8% presentaba cifras de colesterol LDL > 70 mg/dl y 32,3% LDL > 100 mg/dl. Un 23% p presentaban PAS24h > 130 mmHg; 8% PAD24h > 80 mmHg; 37% PAS-nocturna > 120 mmHg y 23% PAD-nocturna > 70 mmHg. El 19,4% de los p diabéticos presentaron una Hb glicada > 7%.

Conclusiones: Se observó en un 3/4 de los pacientes DLP mal controlada y > 20% p, mal control de PA nocturna. Basándonos en las recomendaciones de las Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión del año 2013, más de 1/4p no alcanzaron los objetivos idóneos para el control del riesgo cardiovascular. Los FRCV clásicos sigue siendo un reto en ámbito de la salud a pesar de las muchas estrategias farmacológicas y no farmacológicas conocidas.

139. EL PERSONAL DE RECEPCIÓN DEL CENTRO DE SALUD: PIEZA CLAVE DEL CÓDIGO ICTUS EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Rama¹, P. Rubio², M. Cuevas¹, J. Anaya¹, A. Miralta¹, N. Noe¹, M.J. González Romero¹, J. Canals¹, M. González² y M. Ruiz³

¹CAP El Masnou. ²CAP Ocata. ³CAP Alella.

Introducción: El ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral que produce una elevada morbimortalidad. Actualmente hay tratamientos eficaces que pueden evitar las secuelas si se administran en las primeras horas desde el inicio de los síntomas. El Código Ictus tiene por finalidad que el paciente reciba dichos tra-

tamientos en el menor tiempo posible mediante protocolos de actuación extra e intrahospitalarios. En el Centro de Salud, puerta asistencial al sistema sanitario, la primera persona que atiende al paciente/usuario, presencialmente o por teléfono, es el personal administrativo de recepción o admisión, y por ello éste tiene un papel principal en la puesta en marcha del proceso de atención.

Objetivo: Capacitar al personal administrativo de recepción/admisión del Centro de Salud para identificar pacientes/usuarios que solicitan asistencia por posible ictus o accidente isquémico transitorio (AIT) de manera que avisen rápidamente al personal sanitario que corresponda para que los valore con prioridad y si procede éste active el Código Ictus mediante llamada al Servicio de Emergencias Médicas para traslado urgente al Hospital de referencia.

Métodos: Sujetos y ámbito: personal administrativo de una Unidad de Gestión de Atención Primaria, formada por dos Centros semiurbanos y dos consultorios locales que dan prestación sanitaria a una población total de aproximadamente 33.000 habitantes. Lugar: sala de docencia de cada Centro. Docente: médico de familia de uno de los dos Centros de Salud. Método: charla-taller. Material: ordenador con cañón proyector, pizarra rotafolios, resúmenes del taller para los asistentes. Contenidos: concepto de ictus y de AIT. Importancia. Factores de riesgo: el papel de la hipertensión arterial. Cómo reconocer un ictus. Tratamiento. Pronóstico. Prevención. El Código Ictus: Concepto. Criterios de activación. Actuaciones en el Centro de Salud: Actuación en caso de sospecha de ictus en usuario que acude al Centro o que solicita asistencia por teléfono. Supuestos prácticos. Discusión en grupo. Encuesta de evaluación final de la actividad.

Resultados: Participaron 12 administrativas (el 85% del total), dos de las cuales eran las referentes de su estamento en su Centro. Se realizó la formación en cada Centro de Salud de una hora de duración cada una en abril de 2014, en horario de 14 a 15 horas. La actividad fue bien valorada, excepto en la duración, que se considero demasiado corta. A destacar de los comentarios: que este tipo de formación aumenta la seguridad en la realización del trabajo diario y el hecho de estar destinada al colectivo de administrativos.

Conclusiones: La formación sanitaria del personal administrativo que recibe al usuario/paciente en el Centro de Salud es fundamental para detectar patologías que son consideradas emergencias y por tanto requieren una actuación inmediata.

140. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO EN HIPERTENSOS DIABÉTICOS DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

J.M. Ramírez¹, A. López¹, J.C. Villalobos¹, E.E. González¹, J.E. Carrasco² y M.A. Barbancho³

¹CS Puerta Blanca. ²CS Abarán. ³Facultad de Medicina.

Objetivo: La determinación del índice tobillo-brazo (ITB) está recomendada en individuos con factores de riesgo vascular (especialmente diabetes, tabaquismo e hipertensión), tanto como método diagnóstico de enfermedad arterial periférica (EAP) como para realizar una valoración más adecuada de su riesgo vascular. El propósito del estudio fue evaluar la evolución del ITB durante un periodo de 5 años en pacientes hipertensos con diabetes tipo 2.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Emplazamiento: centro de salud urbano. Sujetos: se evaluaron hipertensos con diabetes tipo 2 que acuden a la consulta de riesgo vascular del centro de salud durante un periodo de 5 años (n = 43). Mediciones: variables sociodemográficas y clínicas, riesgo vascular (RV), ITB inicial- final y grado de control de HTA y diabetes. El ITB se determinó mediante doppler vascular portátil Huntleigh con sonda de 8 MHz. Para su interpretación se utilizó la clasificación de las Guías Americanas de 2011.

Resultados: Se estudiaron 43 pacientes. Edad media al inicio del estudio: 65 años (DE: 9,2); varones: 72%; fumadores: 9,3%; exfumadores: 32,6%; obesos: 55,8%. El RV inicial de los pacientes era moderado en el 11,6%, alto en el 51,2% y muy alto en el 37,2% de los casos. Existía enfermedad coronaria o cerebrovascular previa en el 20,9% de los pacientes. En el inicio del estudio, la clasificación de los individuos según el ITB fue: Borderline: 23,2%. Enfermedad arterial periférica: 16,2%. No compresible (calcificación vascular): 4,6%. Normal: 55,8%. A los 5 años, la clasificación era la siguiente: Borderline: 16,2%. Enfermedad arterial periférica: 20,9%. No compresible (calcificación vascular): 6,9%. Normal: 55,8%. El ITB se incrementó en un 58,1% de los pacientes estudiados, disminuyó en un 39,5% y permaneció sin cambios en el 2,3%. Se produjo una modificación en la categoría de la EAP en un 37,2% de los pacientes. El grado de control de la HTA durante el periodo evaluado (considerando cifras de 140/90) fue: Buen control: 58,1%. Mal control: 41,9%. El grado de control de la diabetes fue: Estricto (HbA1c \leq 7%): 53,5%. Aceptable (HbA1c entre 7 y 7,5%): 27,9%. Deficiente (HbA1c $>$ 7,5%): 18,6%.

Conclusiones: Uno de cada 3 pacientes hipertensos con diabetes tipo 2 presenta cambios respecto a la EAP durante un seguimiento de 5 años. La determinación periódica del ITB permite detectar dichos cambios y adoptar las medidas preventivas y terapéuticas adecuadas.

141. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES REMITIDOS A LA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR

M.M. Rodero, B.C. Gracia, V.A. Alastrué, C. Josa, I. Torres, A. Gascón, S. Luna, L.E. Royo, A. Martínez-Berganza y J. Cebollada

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes remitidos a una Unidad de Hipertensión Arterial a los que se les realizó MAPA durante el año 2013.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, en la Unidad de HTA. La muestra está formada por pacientes hipertensos que se seleccionaron de forma consecutiva durante el año 2013 y que habían sido estudiados mediante MAPA a través del modelo Microlife Watch BP03 de 24 horas. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban hipertensión arterial secundaria y aquellos con registro de MAPA de calidad no aceptable. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, resultados analíticos y de MAPA y se analizaron mediante el programa SPSS 20.0.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 77 pacientes, de los que un 51,9% eran hombres. La edad media fue de 56,31 años \pm 11,12. En cuanto a las comorbilidades y factores de riesgo asociados, un 39% de los casos eran fumadores activos, un 37,7% dislipémicos y un 13% diabéticos. Sólo presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica dos casos (2,6%), de enfermedad arterial periférica tres casos (3,9%) y de eventos cerebrovasculares seis casos (7,8%). Además cinco pacientes presentaban antecedentes de síndrome de apnea-hipopnea (SAHS). El IMC medio fue 29,32 kg/cm² \pm 4,57. A partir de la clasificación de SEEDO 2007, se establecieron categorías nutricionales, siendo la más prevalente la obesidad grado I (36,4%), seguido del sobrepeso grado II o preobesidad (24,7%) y sobrepeso grado I (13%). Sólo un 16,9% de los pacientes se encontraban en niveles de normopeso. Además se midió el perímetro abdominal, con una media de 101,43 cm \pm 12,39 y clasificando a un 71,4% de los pacientes en criterios de obesidad abdominal. En relación a los diferentes parámetros de laboratorio, se apreció un fil-

trado glomerular estimado medio de 80,51 ml/min/1,73 m² \pm 19,93, un colesterol total de 204,16 mg/dL \pm 43,10, un LDL de 122,45 mg/dL \pm 36,33 y un HDL 55,10 mg/dL \pm 16,31. En cuanto a los patrones de presión arterial, se observó la misma frecuencia de patrón dipper y nondipper (45,45%), siendo $<$ 10% los casos que englobaban a risers y extreme dippers. En relación a las presiones arteriales, se determinó una media de PAS clínica de 145,81 mmHg \pm 20,75 y una media de PAD clínica de 88,96 mmHg \pm 12,66. De todos los pacientes, un 80,5% se encontraba en tratamiento. Más de un 50%, tomaban entre 2 y 3 antihipertensivos. De los pacientes no tratados encontramos que once de ellos eran verdaderos hipertensos, dos fueron diagnosticados de HTA enmascarada y otros 2 de HTA de bata blanca. De los sujetos tratados, encontramos que 24 eran hipertensos pseudorefractarios. En cambio, 9 pacientes tenían una resistencia ambulatoria aislada. También se observó que 12 mantenían un buen control de su hipertensión y 17 eran no respondedores o mal controlados.

Conclusiones: De nuestra muestra, el 80% de los pacientes hipertensos está en tratamiento y un 37% presentó buen control de cifras de presión arterial. Un 2,6% de los pacientes presentó HTA enmascarada o de bata blanca, cifra menor a la encontrada en otros estudios. Sólo un 16% de los pacientes se encontraba en normopeso; esta diferencia con la población general se puede explicar por el origen de la muestra. Llama la atención la baja prevalencia de comorbilidad en nuestra muestra, lo que puede explicarse por su pequeño tamaño.

142. COMPARACIÓN DE LA ECUACIÓN CKD-EPI FRENTE A MDRD4-IDMS PARA LA ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR EN HIPERTENSOS

M. Rubio¹, A. Hernández¹, R. Montoya², M. Martínez², C.A. Baquer³, M. Jordán³, S. Trueba³, B. Sierra⁴, M.P. González⁵ y J. Cebollada⁵

¹CS Delicias Norte. ²CS Bombarda. ³CS Delicias Sur. ⁴Servicio de Urgencias; ⁵Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Objetivo: En una población de pacientes hipertensos, comparar los valores de filtrado glomerular estimado utilizando la ecuación CKD-EPI frente a MDRD4-IDMS y analizar su concordancia en dicha población.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza, en la Unidad de Hipertensión arterial. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, que acudieron por primera vez a la consulta de HTA durante 2012. Se excluyeron: personas con dietas especiales, malnutrición o alteraciones de masa muscular, edad $<$ 18 años, enfermedad hepática grave, edema generalizado o ascitis, embarazadas, casos de fracaso renal agudo o empeoramiento transitorio de función renal en pacientes con ERC. Se registraron variables demográficas, antropométricas analíticas, así como antecedentes y FRCV. El análisis se realizó utilizando programa estadístico SPSS versión 20.0.

Resultados: Se analizaron datos de 263 pacientes. La edad media fue de 57 años (18-85). El 52,1% eran mujeres. Entre los factores de riesgo presentaban: 12,9% DM, 12,2% enfermedad cerebrovascular, 6,1% cardiopatía isquémica, 2,7% enfermedad arterial periférica, 18,63% tabaquismo activo y 39,5% dislipemia. La HTA fue clasificada de acuerdo guías europeas de HTA 2013, la categoría más prevalente fue HTA sistólica aislada (24,3%), seguida de HTA grado 2 (24,3%) y de HTA grado 1 (17,9%). PAS media 157 mmHg y PAD media 91 mmHg. El IMC medio fue 30,13 Kg/m². La creatinina osciló entre 0,4 y 2,66 mg/dl. El FGe medio según MDRD4-IDMS fue 82,50 ml/min/1,73 m² y según CKD-EPI fue 84,49

Tabla 1 Comunicación 143.

	Prevalencias (%) (n = 4.401)	LI IC (%)	LS IC (%)
Hipertensión Arterial	35,22	33,81	36,65
IMC > 30 kg/m ²	26,29	24,99	27,62
Diabetes	13,84	12,83	14,89
Hipercolesterolemia > 200 mg/dL	55,19	53,71	56,67
Hipertrigliceridemia > 150 mg/dL	26,86	25,55	28,19
Colesterol HDL < 40/50 mg/dL (M/F)	25,79	24,50	27,11
Cardiopatía Isquémica	4,07	3,50	4,69
Enfermedad Cerebrovascular	3,43	2,91	4,01
Enfermedad Arterial Periférica	2,18	1,77	2,66
Enfermedad Cardiovascular	8,23	7,43	9,08

Tabla 2 Comunicación 143.

	HTA (n = 1.550)		No HTA (n = 2.851)		Prueba T	
	Media	± DE	Media	± DE	Dif. de medias	p-valor
Edad (años)	67,58	13,17	47,11	15,66	20,47	< 0,0001
PAS (mmHg)	130,84	15,43	116,18	12,88	14,66	< 0,0001
PAD (mmHg)	76,39	10,12	71,12	9,38	5,27	< 0,0001
Colesterol Total (mg/dL)	192,87	38,45	193,19	38,15	-0,32	0,7910
Colesterol LDL (mg/dL)	113,24	33,91	115,58	33,51	-2,34	0,0278
Colesterol HDL (mg/dL)	53,75	14,40	55,63	14,86	-1,88	< 0,0001
Triglicéridos (mg/dL)	130,42	74,13	112,59	89,67	17,83	< 0,0001

ml/min/1,73 m². La clasificación de ERC según FGe CKD-EPI fue: 41,4% Estadio 1, 48,3% Estadio 2, 7,6%, Estadio 3A, 1,9 Estadio 3B y 0,8% Estadio 4. No hubo pacientes en Estadio 5. La clasificación de ERC según FGe MDRD4-IDMS fue: 35% Estadio 1, 52,9% Estadio 2, 9,5% Estadio 3A, 1,9% Estadio 3B y 0,8% se clasificaron como Estadio 4. No hubo pacientes en Estadio 5. La cuantificación de albuminuria fue: 89,4% cociente A/CR normal, 9,9% microalbuminuria y 0,8% macroalbuminuria. Existe un alto grado de correlación entre las fórmulas al establecer la ERC clínica fijando como punto de corte el FGe ≤ 60 ml/min/1,73 m² (Índice kappa 0,86). CKD-EPI detectó en hipertensos con FGe > 60 ml/min/1,73 m² diferencias estadísticamente significativas entre el FGe en diabéticos, frente a no diabéticos (p = 0,03), en pacientes con eventos cardiovasculares frente a los que no los poseían (p = 0,019), aquellos con HbA1c anormal frente a HbA1c normal (p = 0,001) y pacientes con macroalbuminuria frente a los que no la tenían (p = 0,002). MDRD4-IDMS no fue capaz de detectarlas.

Conclusiones: CKD-EPI y MDRD4-IDMS son 2 fórmulas útiles para estimar el filtrado glomerular tanto en población con ERC como en población con función renal conservada. La concordancia entre ambas fórmulas es muy alta para pacientes con ERC (FGe < 60 mL/min/1,73 m²) pero esta concordancia pierde potencia al analizar grupos con menor deterioro del FG. En los pacientes hipertensos con FGe > 60 ml/min/1,73 m², CKD-EPI muestra mejor correlación entre los cambios del FGe y la presencia de factores de riesgo cardiovascular asociados o la presencia en enfermedad cardiovascular establecida, lo que sugiere un mayor potencial predictivo de enfermedad cardiovascular en individuos con reducción moderada del FG.

143. EVALUACIÓN DEL PERFIL DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE LA POBLACIÓN HIPERTENSA DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD (ESTUDIO SIMETAP)

A. Ruiz¹, I. Tello², M.C. Díez³, A.I. Martín¹, M.D. García⁴, J.R. Iglesias⁵, I. Gutiérrez⁶, J.M. Blanco⁷, M.J. Martínez⁸ y E. Barrios⁹

¹CS Pinto, Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. ²CS Los Alperchines. ³CS Los Cármenes. ⁴CS Casa de Campo. ⁵CS Pavones. ⁶CS Guayaba. ⁷CS Valle de la Oliva. ⁸CS Brújula. ⁹CS Vicente Soldevilla.

Objetivo: Evaluar el perfil de riesgo cardiovascular de la población hipertensa del Servicio Madrileño de Salud.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en 55 Centros de Salud del SERMAS. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional sobre los listados de 145.074 adultos (≥ 18 años) adscritos a los médicos investigadores. Población muestral (porcentajes esperados: 50%; límite de error muestral: < 1,5%): 6.543 sujetos. Sujetos de estudio: 4.401 [ilocalizables: 20,16%; rechazan consentimiento: 7,12%; no acudieron: 4,65%; criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 3,35%]. Análisis estadístico: estadísticos cualitativos: porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%. Comparación chi-cuadrado con significación bilateral; contraste z para la diferencia de proporciones. Estadísticos cuantitativos: medias con desviación típica (± DE). Diferencias de medias: Prueba t para igualdad de medias tras evaluar la prueba de Levene para igualdad de varianzas.

Resultados: La población de estudio tiene una media (± DE) de edad de 54,32 (± 17,77) años, siendo masculina el 43,54% (42,06-45,02). Las prevalencias poblacionales de los factores de riesgo y enfermedades cardiovasculares se presentan en la tabla 1. Las diferencias entre las poblaciones hipertensa y no hipertensa se muestran en las tablas 2 y 3.

Conclusiones: Al comparar frente a la población no hipertensa, en la población hipertensa es significativamente más frecuente el

Tabla 3 Comunicación 143.

Prevalencias (%) (IC95%)	HTA (n = 1.550)	No HTA (n = 2.851)	Dif. %	p-valor
Sexo masculino	47,94 (45,42-50,94)	41,14 (39,33-42,98)	-6,80	< 0,0001
Tabaquismo	15,42 (13,66-17,31)	25,78 (13,66-17,31)	-10,36	< 0,0001
Sedentarismo	52,00 (49,48-54,51)	47,35 (45,51-49,20)	4,65	0,0032
Diabetes	29,55 (27,20-31,89)	5,30 (4,50-6,18)	21,90	< 0,0001
Hipercolesterolemia > 200 mg/dL	70,45 (68,11-72,71)	46,90 (45,05-48,75)	23,55	< 0,0001
Hipertrigliceridemia > 150 mg/dL	37,03 (34,62-39,49)	21,33 (19,83-22,88)	15,70	< 0,0001
Colesterol HDL < 40/50 mg/dL (M/F)	30,19 (27,92-32,55)	23,40 (21,85-24,99)	6,79	< 0,0001
Cardiopatía isquémica	9,03 (7,65-10,57)	1,37 (0,97-1,87)	7,66	< 0,0001
Enfermedad cerebrovascular	7,03 (5,81-8,42)	1,47 (1,06-1,99)	5,56	< 0,0001
Enfermedad arterial periférica	5,10 (4,06-6,31)	0,60 (0,35-0,95)	6,93	< 0,0001
Enfermedades cardiovasculares	17,55 (15,69-19,54)	3,16 (2,55-3,87)	14,39	< 0,0001

sedentarismo y la dislipidemia, dos veces más la obesidad, casi seis veces más la diabetes, tres veces más el síndrome metabólico, dos veces más el síndrome metabólico premórbido, y cinco veces más las enfermedades cardiovasculares. El tabaquismo es más frecuente en la población no hipertensa.

144. HTA: UNA COMORBILIDAD FRECUENTE EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

M.E. Salguero, A. Arroyo, G. Gutiérrez, F. Fernández y R. García

Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: La fractura de cadera (FC) es la causa más frecuente de ingreso en los Servicios de Traumatología. Supone un problema de salud pública, con un importante consumo de recursos, coste social y psicológico. Afecta a pacientes de edad avanzada, con una elevada comorbilidad y con elevado riesgo de desarrollar complicaciones durante la hospitalización.

Objetivo: Estudiar las características de los pacientes que ingresan con FC en el Servicio de Traumatología de nuestro hospital, que son seguidos por un internista durante su ingreso, dada la alta comorbilidad que presentan estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes que ingresan por fractura osteoporótica de la extremidad proximal de fémur.

Resultados: Se recogieron datos de un total de 172 pacientes. El 74,4% eran mujeres. La edad media fue de $82,73 \pm 8,61$ años, algo mayor en mujeres que en hombres ($83,46$ vs $80,61$ años). La mayoría procedían del domicilio (86%) y el resto eran pacientes institucionalizados (14%). El 82% tenían alguna patología de base, siendo las más frecuentes: HTA (61%), deterioro cognitivo (31,4%), diabetes mellitus (27,9%), fibrilación auricular (11,6%) y neoplasia (6,4%). Estaban antiagregados el 27,3% (AAS 100: 20,3%, AAS 300: 2,9% y clopidogrel: 4,1%) y anticoagulados el 11,6%. El riesgo prequirúrgico ASA de los pacientes fue: 1,9% ASA I, 18,1% ASA II, 62,6% ASA III y 17,4% ASA IV. Se intervinieron el 87,6% de los pacientes y de estos el 52,6% en las primeras 48 horas. El tiempo medio de espera hasta la cirugía fue de $3,38 \pm 3,68$ días. El 23,1% presentó complicaciones prequirúrgicas y el 32,5% complicaciones posquirúrgicas. La hemoglobina media al ingreso fue de 12,7 g/dl y la post-quirúrgica de 9,5 g/dl, precisando de transfusión el 56,6%, siendo la anemia una de las causas que obliga a ajustar tratamiento antihipertensivo en estos pacientes. La estancia media global fue de $10,67 \pm 5,7$ días. La mortalidad fue del 7,2%.

Conclusiones: La HTA es la patología de base más frecuente en los pacientes ingresados por FC. Son pacientes de edad avanzada, con alta comorbilidad, elevado riesgo quirúrgico, estancias medias prolongadas y alto riesgo de complicaciones, precisando ajustes del tratamiento domiciliario durante la hospitalización.

145. ASOCIACIÓN ENTRE ICTUS ISQUÉMICO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EDAD AVANZADA EN UN HOSPITAL GENERAL

P. Sánchez, M. Payán, P. Hidalgo, J.M. Romero, C. Martínez y M. Zamora

Hospital Torrecárdenas.

Objetivo: Describir una serie de pacientes mayores de 65 años con antecedente de ictus isquémico cerebral y su asociación con hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular. Así mismo, determinar si presentaban buenas cifras tensionales en controles posteriores tras el ictus.

Métodos: Estudio retrospectivo durante 1 año de las historias clínicas de los pacientes mayores de 65 años que habían sufrido algún evento isquémico cerebral y que no estaban impedidos físicamente para acudir a revisiones periódicas en la consulta especializada en un hospital general. Se registraron diferentes variables como: edad, sexo, tipo de ictus, factores de riesgo cardiovascular y tratamientos recibidos.

Resultados: Se reclutaron a 90 pacientes con una edad media de 77 años, siendo 43 mujeres (47,8%) y 47 hombres (52,2%). El ictus fue de etiología aterotrombótica en 50 pacientes (55,6%), lacunar en 20 (22,2%), cardioembólico en 17 (18,9%) e indeterminado en 3 (3,3%) según la clasificación de Lausanne. Los FRCV encontrados fueron: 78 pacientes con hipertensión (86,7%), 56 con dislipemia (62,2%), 45 con diabetes (50%) y 21 pacientes (23,2%) presentaban algún grado de obesidad (IMC > 30). Con especial atención a la hipertensión arterial sólo el 47,68% presentaba buenas cifras tensionales (autoregistros) y respecto a la dislipemia, sólo el 48% estaban en objetivo de LDL-colesterol.

Conclusiones: La causa más habitual de ictus en nuestra serie fue la aterotrombótica, seguida del ictus lacunar y el cardioembólico. El factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión, pero menos de la mitad de los pacientes presentaba buenas cifras tensionales. La gran mayoría tomaba estatinas pero menos de la mitad tenían objetivos LDL.

146. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE 25-OH VITAMINA D Y EL RIESGO VASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA?

P. Segura, M.L. Garnica, M.T. Jaldo, E. Merino, M. Polaina y A. Liébana

Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario de Jaén.

Introducción: Estudios epidemiológicos realizados demuestran una asociación entre niveles bajos de vitamina D y una mayor pre-

valencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, hipertrofia de ventrículo izquierdo y diabetes) que pueden llegar a provocar algunas enfermedades cardiovasculares. El riesgo cardiovascular aparece especialmente elevada en los niveles de 25-hidroxi-vitamina D por debajo de 10 o 15 ng/ml, y los niveles óptimos puede ser al menos 30 ng/ml.

Objetivo: Determinar los niveles de 25 OH vitamina D en pacientes hipertensos y su relación con los factores de riesgo vascular.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal de una cohorte de pacientes derivados a consulta especializada para estudio de hipertensión arterial desde marzo 2012/marzo 2013. Se han analizado bioquímica general con niveles de vitamina D, hemograma, factores de riesgo vascular, antecedentes de enfermedad vascular y lesiones de órgano diana. Se ha dividido la población según la mediana de 25-OH vitamina D en niveles bajos (B) y normales (N). Excluimos pacientes con insuficiencia renal.

Resultados: Tenemos un total de 37 pacientes. Edad media 48,1 ± 15,5 años. Diabéticos 24,3%. Sexo varón 67,6%. 25-OH vitamina D 24,1 ± 9,4 ng/mL (10,3-56,1) niveles < 15 ng/mL 18,9% y < 30 ng/mL 81,1%. Mediana 22 ng/mL. No encontramos diferencias en cuanto al sexo, antecedentes de: diabetes (B 33,3% vs N 15,8%; p = 0,21), ingesta de alcohol (B 22,2% vs N 36,8%; p = 0,33), tabaquismo, enf. cardiovascular precoz (B 11,1% vs N 0%; p = 0,13), cardiopatía isquémica, arritmias, enf. arterial periférica, enf. cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda (B 11,1% vs N 10,1%; p = 0,95), retinopatía hipertensiva, toma de AAS, ARA II, IECAs, alfa-betabloqueante, alfabloqueante, betabloqueante, alopurinol (B 11,1% vs N 5,3%; p = 0,51), calcioantagonistas, estatinas, suplementos de calcio (ninguno tomaba), diuréticos y fibratos. Tampoco encontramos diferencias en cuanto a la edad, cifras de calcio (B 9,9 ± 0,6 vs N 9,9 ± 0,3 mg/dl; p = 0,81), fósforo (B 3,4 ± 0,4 vs N 3,5 ± 1,4 mg/dl; p = 0,69), cistatina C, CKD_EPI (B 83,7 ± 16,7 vs N 82,7 ± 16,4 ml/min/1,73 m² p = 0,85) Cockroft (B 92,7 ± 22,6 vs N 92,1 ± 23,7 ml/min/1,73 m² p = 0,93), colesterol total (B 196,7 ± 27,9 vs N 195,6 ± 40,1 mg/dl; p = 0,92), LDL (B 131,1 ± 5,0 vs N 129,1 ± 3,5 mg/dl; p = 0,63), HDL (B 49,6 ± 12,3 vs N 54,6 ± 18,6 mg/dl; p = 0,36) triglicéridos (B 166,3 ± 122,5 vs N 128,2 ± 65,0 mg/dl; p = 0,24) Cr, glucosa, glicosilada, IMC, albuminuria (B 26,6 ± 46,7 vs N 28,5 ± 38,3 mg/g Cr; p = 0,89), cifras de TAS (B 141,4 ± 17,1 vs N 138,1 ± 19,3 mmHg; p = 0,58) TAD (B 87,7 ± 11,3 vs N 84,1 ± 12,3 mmHg; p = 0,35), TAM, PP, hiperuricemia y peso. Solo encontramos diferencias significativas en cuanto a antecedentes de enfermedad cerebrovascular (B 33,3% vs N 0%; p = 0,006), perímetro de cintura (B 107,7 ± 7,9 vs N 97,6 ± 8,4 cm; p = 0,006) con correlación negativa con perímetro de cintura (r = -0,43; p = 0,02).

Conclusiones: 1. Hemos encontrado elevada prevalencia de déficit de niveles de 25-OH vitamina D en una cohorte de pacientes hipertensos sin insuficiencia renal (< 30 ng/mL 81,1%). 2. No hemos encontrado ninguna asociación entre los niveles de 25-OH vitamina D y los factores de riesgo vascular y antecedentes de enfermedad vascular, salvo enfermedad cerebrovascular y perímetro de cintura.

147. HEMOCROMATOSIS, POLICITEMIA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Adrover, S. Suárez, I. Marrero, S. Alonso, S. Moreno, E. Almaraz, M. Serrano y A. Martín

Hospital Dr. Negrín.

Objetivo: Casos aislados de hemocromatosis detectados en una consulta general de medicina interna han orientado a objetivar en el momento del diagnóstico una elevada presencia de policitemia y hipertensión (HTA) ligera. Se presenta la casuística en relación con esta asociación, que pretende explicar la patogenia de la HTA asociada a la hemocromatosis por la elevada asociación encontrada de

policitemia en el momento de realizar el diagnóstico de hemocromatosis.

Métodos: En los pacientes remitidos a la consulta de hipertensión arterial se practica saturación de transferrina a los que presentan anemia o policitemia. Cuando ésta es superior al 50% en dos ocasiones en ausencia de un proceso intercurrente se practican test genéticos frente al HFE (C282Y y H63D) de la hemocromatosis. Con este esquema se han encontrado 12 casos de hemocromatosis en 8 años, todos con saturación de oxígeno normal y 8 de ellos con policitemia (66%), documentada antes del diagnóstico de hemocromatosis. Todos ellos con HTA grado 1, confirmados por holter, lo que es el motivo de este análisis.

Resultados: En 6 (50%) pacientes se ha encontrado tenue focalidad hepática y en uno manifestaciones cutáneas. El resto presentaban como único hallazgo HTA grado 1. Para la hipertensión todos recibían un diurético tiazídico, que se ha retirado tras las flebotomías en 7 casos. Todos los pacientes tenían criterios analíticos-genéticos de hemocromatosis primaria, y en todos ellos la Hemoglobina inicial fue superior a 15,5 g/dl, y en 8 de ellos había criterios de policitemia espúrea (con saturación de O₂ de la hemoglobina y eritropoyetina normal). Se postula que la policitemia (con potencial aumento de la volemia) es un indicador de hemocromatosis, que contribuye a la presencia de hipertensión arterial y que se corrige con las flebotomías periódicas.

Conclusiones: 1. La hipertensión arterial vinculada a la hemocromatosis puede controlarse con flebotomías periódicas. 2. La presencia de policitemia asintomática aconseja realizar junto a la eritropoyetina y la saturación de oxígeno arterial la saturación de transferrina, con vistas a descartar hemocromatosis. 3. Se sugiere que la hemocromatosis puede ser causa etiológica indirecta de hipertensión arterial. 4. Se asume que la policitemia se enmarca en una inducción enzimática de las enzimas de la síntesis del Hem por exceso de sustrato, que es el hierro.

148. NIVELES DE VITAMINA D Y OBESIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

L. Vigil¹, M. López¹, E. Condés², R. García¹, C. Rodríguez¹, M. Varela¹, J. García¹ y J. Ruiz¹

¹Hospital Universitario de Móstoles. ²Universidad Europea de Madrid.

Objetivo: El déficit de vitamina D se ha asociado con la obesidad y recientemente algunos estudios han descrito una relación inversa entre el IMC y los niveles de vitamina D. Sin embargo no está clara la fisiopatología de esta relación, habiéndose postulado entre otras el "secuestro" de la vitamina D en el tejido adiposo o un efecto de dilución volumétrico, al existir una mayor cantidad de tejido graso en las personas obesas. Nuestro objetivo fue estudiar esta asociación en pacientes con HTA esencial, con una gran prevalencia de obesidad.

Métodos: Estudio transversal, observacional, que incluyó a 633 pacientes (51% mujeres) con edad media de 59 (14) años, diagnosticados de HTA esencial y atendidos en nuestra Unidad de Hipertensión. Excluimos a los pacientes con DM. En todos ellos se realizó, además de los análisis de rutina, unos niveles de 25(OH)D, (ECLIA, Roche Diagnostics). Definimos la deficiencia de vitamina D como unos los niveles séricos de 25(OH)D < 20 ng/ml.

Resultados: El IMC fue 30 (11), la presión sistólica 136 (17) mmHg y la presión diastólica 75 (11) mmHg. El 43% eran obesos. Los niveles séricos medios de 25(OH)D fueron 30 (12) ng/ml, sin diferencias por sexo (varones 29 (12) ng/ml y mujeres 30 (15) ng/ml, p: ns). El 21% de la muestra presentaba déficit de vitamina D, de nuevo sin diferencias por sexo. En el análisis univariado los niveles de vitamina D fueron más bajos en los pacientes obesos (28 (11) ng/ml vs 31 (12) ng/ml, p = 0,007). No hubo diferencias en el IMC

según la presencia o no de déficit de vitamina D (31 (7) con déficit vs 30 (11) sin déficit, $p = 0,530$). La presencia de obesidad no se asoció al déficit de vitamina D (déficit en el 25% con obesidad vs en el 19% sin obesidad, $p = 0,182$). Los niveles de 25(OH)D se correlacionaron positivamente con la edad ($r = 0,186$, $p < 0,0001$), con el colesterol-HDL ($r = 0,147$, $p = 0,003$) y negativamente con el FGe-MDRD ($r = -0,186$, $p < 0,0001$). En el análisis multivariado (regresión lineal) los únicos determinantes independientes de los niveles de 25(OH)D fueron el colesterol-HDL (beta = 0,125, IC95%: 0,420-0,082, $p = 0,003$) y el FGe-MDRD (beta = -0,112, IC95%: -0,167 a -0,057, $p < 0,0001$), quedando excluidos en el modelo final la edad y el IMC.

Conclusiones: En nuestros pacientes con HTA esencial el déficit de vitamina D fue frecuente pero no se asoció a la presencia de obesidad. Sin embargo los niveles de 25(OH)D si estuvieron significativamente más bajos en los pacientes obesos, aunque dentro de los niveles normales. No encontramos una correlación entre los niveles de 25 (OH)D y el IMC ni este fue determinante independiente de la concentración sérica de 25(OH)D en el análisis multivariado.

149. EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD

A. González, A. Zaragoza, D. Crespo, R. Suero, A. Bruján, M. Sacristán, M.J. Conesa, L. Bernal, P. Cuadrado y M.T. Martín

CS de Espinardo.

Introducción: El riesgo cardiovascular (RCV) se define como la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o arteriopatía periférica) en un período de 10 años. Existen una serie de factores implicados en el desarrollo de dicha ECV, como son, principalmente: la edad y sexo, diabetes, HTA, hipercolesterolemia y tabaquismo, unos de ellos modificables y otros no. Este riesgo puede medirse a través de una serie de escalas, como por ejemplo la de Framingham o la tabla "Score". En ambas se mide edad, sexo, hábito tabáquico y cifras de colesterol y tensión arterial. Además, en la escala Framingham se tiene en cuenta la presencia o no de diabetes.

Objetivo: Conocer en un cupo de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) cuál es el riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos según las escalas Framingham y Score.

Métodos: Se trata de estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, con un tamaño maestra de 110 pacientes hipertensos de un total de 1.476 pacientes de un cupo de MFyC. Como criterios de inclusión a nuestro trabajo tenemos: Pacientes de un cupo de MFyC que presenten, según el programa estadístico OMI-AP, el diagnóstico de HTA y que, además, acudan regularmente a la consulta para control de sus factores de riesgo, teniendo en cuenta al menos 2 visitas al año, o bien por parte del personal médico o de enfermería. Como criterios de exclusión: aquellos que estén diagnosticados de HTA secundaria o aquellos pacientes que se controlan Hospitalariamente.

Resultados: Del total de 1.476 pacientes, obtuvimos una muestra de 110 pacientes hipertensos que cumplían los criterios de inclusión anteriormente descritos, de los cuales: un 46,36% eran hombres y un 53,64% mujeres. Con respecto a la edad un 1,82% eran menores de 44 años, el 0,91% estuvo comprendido entre 45-54 años, un 10,91% entre 55-64 años y el 86,36% fueron mayores de 65 años. Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular asociados, un 75,45% eran diabéticos; un 49,9% presentaron hipercolesterolemia y sólo un 9,09% de los pacientes eran fumadores. En cuanto a la medición de RCV según la escala de Framingham el 37,27% presentaban un riesgo menor al 5% (riesgo bajo), un 21,82% entre 5-9% (riesgo ligero), Un 17,27% entre 10-19% (riesgo moderado), un 23,64% presentaron un riesgo entre 20-39%

(riesgo alto) y un 0% un riesgo muy elevado (> 39%). En cuanto al resultado de la tabla Score: presentaron un riesgo bajo (< 1%) un 4,55%, riesgo leve (1-4%) un 69,09%, el 21,82% de los pacientes presentaron un riesgo moderado (entre 4-9%), un riesgo elevado un 4,54%, y un riesgo muy elevado un 0% de los pacientes.

Conclusiones: Como se puede apreciar según los resultados, la mayor parte de los pacientes hipertensos de nuestro cupo presentan un RCV entre leve y moderado. Según estos datos, sería interesante optimizar el tratamiento farmacológico o bien realizar otro tipo de intervenciones con la finalidad de disminuir el riesgo cardiovascular en éstos, así como en aquellos que presenten un riesgo cardiovascular elevado. En cuanto a los pacientes que presentan un riesgo cardiovascular leve, seguir incidiendo en el adecuado control por nuestra parte y la de enfermería, así como reforzar medidas preventivas.