

HTA y mujer

150. ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO EN GESTANTES SEGUIDAS EN UNA UNIDAD DE HTA: DATOS PRELIMINARES

M. Abad-Cardiel¹, A. Barbero-Pedraz¹, J.A. García-Donaire¹, E. Rodilla², C. Sierra³, M. Doménech³, J. Segura⁴ y N. Martell-Clarós¹

¹Unidad HTA, Hospital Clínico San Carlos. ²Hospital de Sagunto. ³Hospital Clínic. ⁴Hospital 12 de Octubre.

Objetivo: La realización de estudio hemodinámico no invasivo mediante bioimpedancia transtorácica utilizando el dispositivo HOTMAN®, permite conocer la situación de perfusión tisular de los sujetos. Se sabe que la hipertensión arterial viene determinada por tres moduladores hemodinámicos principales, que son: volemia, inotropismo cardíaco y vasoactividad. Nuestro objetivo es conocer la situación hemodinámica de las gestantes que seguimos en nuestra unidad, puesto que el conocimiento de estos datos y el análisis de sus modificaciones podrían permitir un diagnóstico precoz de la patología hipertensiva en la mujer gestante.

Métodos: Estudio transversal de gestantes seguidas en la unidad de HTA del Hospital Clínico San Carlos, recogiendo datos epidemiológicos, bioquímicos, del estudio hemodinámico y si recibían o no tratamiento en el momento del estudio.

Resultados: Se revisaron los estudios hemodinámicos. La edad media era de 35 años (rango 31-40 años). El promedio de semanas era de 28, siendo el rango entre 18 y 38 semanas. La PA braquial en decúbito, tomada durante la exploración fue 122/73 mmHg (rango de PAS de 103 a 150 mmHg, y de PAD 55 a 113 mmHg). La FC media fue de 87 lpm, con rango de 62 a 105 lpm. La creatinina sérica media fue de 0,57 con rango de 0,48 a 0,72 mg/dl, y sin presencia de proteinuria en ninguna de las pacientes. El feto no presentaba retraso de crecimiento intrauterino en ninguna de las pacientes estudiadas. El modulador hemodinámico que se objetiva como alterado en el estudio HOTMAN es una reducción en la inotropía, encontrándose alterado en más del 50% de la población, mientras que el segundo es la vasoconstricción alterado en el 45%. En los parámetros determinados por el estudio existe una importante dispersión, la perfusión tisular valorada por el Cardiac Index variaba de 1,8 a 6,6. Cuando se valora el trabajo del ventrículo izquierdo mediante el Stroke Index estaba entre 22 y 81. Recibían tratamiento en el momento del estudio un 45% de las pacientes. No parece haber diferencias según reciban tratamiento farmacológico o no.

Conclusiones: Las gestantes seguidas en el U. HTA presentan una situación hemodinámica muy variada, pero que se diferencia por la

escasa prevalencia de hipervolemia en comparación con los datos publicados de seguimiento de pacientes hipertensos. El estudio mediante HOTMAN nos permite creer que su uso generalizado podría permitir mejorar el control y el seguimiento de este grupo de pacientes con un estudio sencillo y cómodo de realizar.

151. NO TODO ES HIPERTENSIÓN ESENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.A. Baena¹, S. Muñoz² y M.I. Poveda²

¹Hospital de Alta Resolución El Toyo. ²Complejo Hospitalario Torrecárdenas.

Caso clínico: Mujer de 64 años diagnosticada de hipertensión arterial (HTA) en el último mes con mal control de cifras tensionales en tratamiento con inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (enalapril) en dosis de 5 mg/día y posteriormente 20 mg/día sin respuesta farmacológica. Valorada en nuestra consulta de atención primaria (AP) por síndrome constitucional, coluria y nicturia en las últimas semanas. Sin antecedentes familiares de HTA y entre los personales destacan: hipotiroidismo subclínico, infecciones urinarias recidivantes, microhematuria persistente con un episodio de cólico renal. En la exploración física la paciente se encuentra afebril, con palidez mucocutánea, presión arterial: 200/100 mmHg, frecuencia cardíaca de 83 lat./min. En la analítica destaca creatinina de 2,4 mg/dl, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, proteinuria en rango nefrótico, hematuria microscópica y anemia normocítica normocrómica. Fue derivada al Hospital de referencia y durante el ingreso se confirma el diagnóstico de insuficiencia renal aguda con las determinaciones analíticas aportadas desde la consulta de AP. El estudio inmunológico fue negativo salvo por la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo perinuclear (P-ANCA). La ecografía renal, el ecocardiograma y la tomografía axial computarizada abdominal fueron normales. La biopsia renal evidenció una glomerulonefritis membranosa (GMNM) estadio II-III constituida por semilunas epiteliales en el 66% de los glomérulos. Se inició tratamiento con esteroides y se añadió ciclofosfamida tras el alta en bolos mensuales. Durante el tratamiento esteroideo la paciente desarrolló diabetes esteroidea que precisó insulina para su control. La paciente es dada de alta con el diagnóstico de insuficiencia renal aguda secundaria a GMNM asociado a P-ANCA positivo siendo valorada nuevamente en la consulta de primaria y nefrología para su seguimiento con adecuado control clínico.

152. FARMACOLOGÍA ANTIHIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO

A.I. Beiró, M.E. Núñez, P.P. Rodríguez y M.C. Arca

CS de Marín.

Objetivo: Revisión del tratamiento antihipertensivo durante la gestación.

Métodos: Para realizar este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica. Se analizaron las publicaciones referentes al tratamiento farmacológico de la hipertensión durante el embarazo desde enero 2010 hasta septiembre 2014. Fueron usadas para este fin las bases de datos Embase, PubMed, Medline, UptoDate y Scopus. Se encontraron 20.010 artículos de los cuales cumplieron los criterios de inclusión 48.

Resultados: Los resultados que se obtuvieron en esta revisión arrojan lo siguiente: Metildopa: seguridad demostrada, siendo de primera elección por su eficacia y perfil de seguridad materno-fetal, aunque de acción suave e inicio lento. Puede administrarse en el primer trimestre. Bloqueantes cálcicos: la nifedipina es una dro-

ga segura y efectiva. Se recomienda la fórmula de acción prolongada. Puede asociarse a metildopa si la hipertensión es refractaria y el feto no tiene la suficiente maduración pulmonar. Betabloqueantes: pueden administrarse aunque con seguridad controvertida por casos de bradicardia fetal, hipoglucemia y bajo peso al nacer. Existen estudios que demuestran una eficacia igual a la metildopa. Diuréticos tiazídicos: sólo se indican ante edema agudo de pulmón. Hidralazina: su forma endovenosa se ha usado ampliamente en preeclampsia, sin embargo, se demostró que se asocia más que otros fármacos a hipotensión materna significativa. Debe evitarse en el embarazo: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, antagonistas del receptor de angiotensina II, bloqueantes de los receptores de la angiotensina II, inhibidores directos de la renina-angiotensina. Durante la lactancia los bloqueantes cálcicos y los bloqueantes beta-adrenérgicos parecen seguros, considerándose compatibles con ella, a pesar de pasar a la leche materna.

Conclusiones: No existen ensayos aleatorizados y bien diseñados que nos permitan asegurar la recomendación de un fármaco sobre otro. Los resultados en cuanto a seguridad y eficacia no son concluyentes. Sabemos que todos los fármacos antihipertensivos atraviesan la placenta, de modo que la elección de uno u otro dependerá de la gravedad y agudeza del cuadro. Por ello, el tratamiento de la hipertensión durante la gestación debe pasar por valorar el beneficio/riesgo para la madre y el feto.

153. CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE

C. Celada, P. Sánchez, A.M. Ballesteros, A. Martínez y M.L. Escolar
CS Los Dolores.

Objetivo: Objetivar la importancia del estudio de hipertensión arterial durante el embarazo desde Atención Primaria. Conocer la necesidad de realizar un abordaje precoz en una mujer de 25 años, gestante de 20 semanas que presenta cifras tensionales elevadas acompañadas de un cuadro de cefalea, insomnio y alteraciones visuales de una semana de evolución, así como analizar los distintos factores de riesgo y formas de prevención para evitar futuras complicaciones materno-fetales o recurrencias.

Métodos: Estudio evolutivo completo (anamnesis, exploración física y pruebas complementarias) de una paciente con cifras tensionales elevadas (150/100) durante su semana 20 +3 de gestación. Abordándolo de una forma multidisciplinar, ya que el estudio abarca el seguimiento de la paciente por diferentes profesionales del ámbito sanitario como son la matrona, el médico de atención primaria y el ginecólogo correspondiente.

Resultados: En el estudio de la historia personal de la paciente destacar que no padece antecedentes de riesgo cardiovascular. Su fórmula obstétrica actual es G2/P1, tratándose este último de un óbito fetal en la semana 25 de causa no filiada. La paciente niega fumar, hábitos tóxicos, antecedentes quirúrgicos previos, tratamiento actual, así como antecedentes familiares de interés. Respecto a la gestación actual (20+3), presenta una fecha probable de parto (FPP) 7/11/2014, con una negatividad en la batería de pruebas realizadas durante el primer trimestre de gestación y un grupo sanguíneo RH A +. En la exploración física destacar una P.A. de 146/95 mmHg, con unas constantes vitales dentro de los valores normales, buen estado general, normocrómica y normohidratada, orientada en espacio y tiempo. Presenta miembros inferiores con discretos edemas maleolares y pulsos positivos, siendo el resto de la exploración anodino. Se le solicitó un ECG que fue anodino así como una analítica completa, obteniendo un hemograma con Hb 11,7, hematocrito 35,1% y plaquetas de 137 x10⁹/L. Se determinó proteinuria en orina de 24 horas de 735 mg y se le realizó Ac Anticardiolipina tipo IA y anticoagulante lúpico negativos. Ante la sospecha de preeclampsia precoz, se pautó labetalol (1 comprimido cada 12 h) con controles de cifras tensionales. Dada la leve mejo-

ría, fue ingresada. Las analíticas permanecieron estables, manteniéndose las cifras tensionales entre 140/95 y 150/100. Se procedió a la realización de ecografía abdominal y Doppler en la que se evidenció una hipoxia fetal (peso fetal estimado de 236 g junto a la ausencia de flujo telediastólico en las arterias umbilicales), siendo diagnosticado de crecimiento intrauterino retardado (CIR) severo precoz con Doppler tipo III/IV en el contexto de preeclampsia precoz grave (TA 145/90, proteinuria > 5 g, CIR, plaquetopenia, en < 34 semanas. Dada la leve mejoría de la paciente y que las cifras tensionales se mantenían entre 140/95-150/100 y al alto riesgo fetal se decantó finalmente por una "interrupción legal del embarazo" (ILE), previo consentimiento de la pareja, tras la cual se continuó con labetalol y aspirina para prevenir futuras complicaciones maternas (encefalopatía y hemorragia cerebral).

Conclusiones: La preeclampsia se da en un 2-8% de los casos hipertensivos que suceden durante el embarazo (10% de toda la patología obstétrica), presentando una expresividad clínica variable (leve, grave, precoz, tardía) que determinará su pronóstico. La importancia del estudio de HTA durante el embarazo en Atención Primaria reside en la necesidad, por un lado, de una atención médica prenatal adecuada que pueda prevenir o atenuar desde el 1º trimestre la probabilidad de padecer algún trastorno hipertensivo durante el embarazo evitando la morbi-mortalidad materna y fetal asociadas y, por otro, evaluar el riesgo cardiovascular ya que la hipertensión en el embarazo es un marcador precoz de HTA esencial y de enfermedad cardiovascular y renal a largo plazo por lo que se debe promover consejos relacionados con hábitos de vida saludables. Asimismo se debe informar a la paciente de los riesgos de recurrencia/mortalidad fetal que debe asumir una mujer con hipertensión arterial que desee quedarse de nuevo embarazada, contemplando de este modo tanto la protección de la madre como la fetal, a corto y largo plazo.

154. FACTORES MODIFICABLES DE RCV EN GESTANTES

C. Celada, A. Martínez, M.L. Escolar y A.M. Ballesteros

CS Los Dolores.

Objetivo: Los objetivos de nuestro trabajo es conocer las posibles conductas tóxicas relacionadas con el aumento de riesgo cardiovascular de las gestantes de un centro de salud, así como analizar la posible exposición a los mismos, tanto de la gestante como de la pareja, a través de un estudio descriptivo transversal.

Métodos: Se reclutaron 60 mujeres embarazadas (en condiciones físicas y mentales adecuadas) que acudieron a consulta programada (80% españolas, 12% magrebíes y 8% sudamericanas), que al incluirse en el estudio presentaba una edad media de 30,71 años (16-44 años), con un desarrollo gestacional medio de 8,32 semanas (4-21 semanas). En material y método se utilizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, elaborada a través del programa murciano "Consumo de alcohol, embarazo y lactancia" de la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, estudiando entre otras variables el consumo de alcohol, de tabaco (también en la pareja) y cafeína en nuestras gestantes, su modificación durante el embarazo; así como el riesgo de éstos en ambiente laboral/domicilio y el consumo de otros tóxicos.

Resultados: Respecto al alcohol: el 28,08% de las gestantes consume una media de 12,75 g alcohol/s antes del embarazo (0-240 g). Durante el embarazo su consumo es de 0,27 g alcohol/semana (0-13 g), abandonando el consumo el 95,5% en la semana 11. Respecto al tabaco: Gestante: El 33,3% de las embarazadas fumaban antes del embarazo, con una media de 14,45 cig/día (consumo medio de 9,45 paq/año). De ellos, sólo el 20% fumaba antes de la fecundación y el 75% disminuyó su consumo durante el embarazo (2 cig/día) y el 5% *continuo* fumando durante el embarazo en la

misma cantidad. El 95% no es fumadora pasiva en su trabajo. Pareja: el 21,7% de los hombres fumaban antes del embarazo, con una media de 14,86 cig/día (0-30 cig/día). De ellos, sólo el 44,4% disminuyeron su consumo durante el embarazo de su pareja y el 11,1% en el periodo anterior a la fecundación. El 44,5% no cambia su consumo. Respecto a la cafeína: el 65% de las embarazadas no consume café, (el 28,3% toma entre 1-2/día) y el 6,7% > 2 cafés/día. Por otro lado, el 83,3% no consume té, sólo el 6,7% consume > de 2 té/día. El 76,7% no consume cocacolas diarias, aunque el 23,3% lo hace hasta 5 colas/día. Tóxicos en trabajo: El 98% no cree tener tóxicos en su lugar de trabajo. El 93% consideran no tener ningún tóxico en trabajo de su pareja. El 8,2% de las embarazadas hablan de tóxicos en el ambiente y 5% en la ropa de trabajo. Otros tóxicos: de las mujeres del estudio el 90% no consume otro tipo de drogas excepto el 8,3% que consume cannabis y un 1,7% cocaína.

Conclusiones: 1) Gran desconocimiento en la actualidad de la teratogenicidad de ciertos tóxicos como el tabaco (disminución peso 4g/semana con 10 cig/día), el alcohol (1ª causa de defectos congénitos prevenibles: síndrome alcohólico fetal), la cafeína (bajo peso, abortos con > 8 tazas café/día) así como la exposición a otros tóxicos (cannabis: disminución de peso y talla, cocaína: prematuridad) y poca percepción del aumento de riesgo de morbi-mortalidad materno fetal relacionado con su exposición. 2) Desconocimiento de que el mayor riesgo de mutaciones germinales ocurre durante la etapa fértil de ambos sexos y de los periodos críticos del embarazo (durante la espermatogénesis y a las 12 semanas durante la organogénesis). 3) La mayoría de mujeres del estudio abandonan tarde el consumo de tóxicos e incluso durante la gestación mantienen dichos hábitos. 4) Los efectos postexposición se producen a lo largo de todo el embarazo, por lo que hay que concienciarlas que cuanto antes dejen los malos hábitos, será mejor. 5) No se detecta la problemática de consumo en cuidados prenatales, no se pregunta porque se espera que no existan y las mujeres no hablan por miedo/vergüenza. 6) La importancia de "educar para la prevención" a través de unidades asistenciales debemos concienciarlas de la importancia y de la necesidad de iniciar o intensificar medidas preventivas y de abandono de hábitos perjudiciales, para una futura protección del neonato y lactante.

155. RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA MUJER EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. DATOS DE SEGUIMIENTO DEL ESTUDIO EVA

F. Fernández¹, M.A. Prieto², J.J. García³, S. Suárez⁴, F.J. Montero⁵, A.R. González⁶, L. Bousquet⁷, A. Díaz⁸, J.M. Rodríguez⁹ y M.L. Laguna¹⁰

¹Centro Médico Asturias. ²CS Vallobín-La Florida. ³CS Pola de Siero. ⁴CS Ventanielles. ⁵CS La Palomera. ⁶CS Sabugo. ⁷CS Tineo. ⁸CS Bembibre. ⁹CS Rondilla 1. ¹⁰CS Medina Rural.

Objetivo: Comparar el riesgo y la morbimortalidad cardiovascular en las mujeres atendidas en las consultas de atención primaria de Asturias, León, Palencia y Valladolid tras un seguimiento de 3 años.

Métodos: Análisis descriptivo y transversal realizado de un estudio prospectivo a 5 años. Población: selección aleatoria de mujeres con edad entre 45 y 75 años demandantes de salud en atención primaria. Variables: en cada paciente se analizaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la lesión de órgano subclínica (LOS) la enfermedad clínica asociada y la estratificación de RCV, según definiciones de la guía ESH/ESC 2007. Se consideró grado de control de presión arterial a cifras < 140/90 y en diabéticas < 140/85 mmHg.

Resultados: Actualmente se han seguido 572 mujeres de 62,6 ± 8 de edad (63% de la muestra inicial); índice de masa corporal de 28,7 ± 5,6; perímetro abdominal 92,4 ± 12,2; presión arterial sistó-

lica $129 \pm 14,8$ y diastólica 77 ± 9 mmHg. Respecto a la visita basal hace 3 años: hipertensas 51,9% vs 45,5%, $p = 0,016$, con un grado de control de la presión arterial (PA) del 58,8% vs 43,1%, $p = 0 < 0,001$; diabetes 18,8% vs 13,3%, $p = 0,004$; dislipémicas; 57,5% vs 41,6%, $p < 0,001$; fumadoras; 9,1% vs 14,1%, $p = 0,017$; obesas; 34,1% vs 30,3, NS; microalbuminuria 5,8% vs 2,2%, $p = 0,001$; filtrado glomerular < 60 ml/m/1,73 m² (MDRD) 13,8% vs 12,4% NS; LOS creatinina 6,5% vs 2,4%, $p < 0,001$ e hipertrofia de ventrículo izquierdo 3,4% vs 3%, NS. Un 9,3% presentan enfermedad clínica asociada: enfermedad cerebrovascular 8,7% vs 9,3% NS; RCV alto o muy alto 50,2% vs 44,4%, $p = 0,025$.

Conclusiones: Tras 3 años de seguimiento aumentan de manera significativa la hipertensión, dislipemia y diabetes y disminuye el tabaco. La mitad de las mujeres tienen un RCV alto o muy alto y una de cada 10 tiene enfermedad clínica asociada. Más de la mitad de las hipertensas tienen la presión arterial controlada. Es evidente que la actitud terapéutica en la mujer respecto a la ECV resulta claramente insuficiente.

156. HTA EN EL EMBARAZO

N. Izquierdo¹, E. Izquierdo² y R. Villa³

¹CS de Llanes. ²Área IV Oviedo. ³CS de Grado.

Introducción: Presentamos el caso de una patología clínica que suele pasar desapercibida para el médico de atención primaria ya que son pacientes habitualmente controladas por la matrona del centro de salud y el servicio de obstetricia. Nos parece interesante desde el punto de vista preventivo ya que la prevención y el posterior seguimiento-control es uno de los pilares fundamentales en atención primaria.

Caso clínico: Mujer secundigesta de 40 años sin antecedentes personales de interés. Sus antecedentes obstétricos: 3 embarazos, un parto y un aborto. Destaca la HTA paterna como antecedentes familiares. El primer trimestre del embarazo fue controlado por ginecólogo privado con registro ecográfico y estudio de amniocentesis normal (varón 46 XY). En el segundo trimestre, ya seguida en el hospital de referencia, es positivo en el test de O'Sullivan, siguiendo desde entonces tratamiento higiénico dietético. En la semana 14 presenta cuadro de cefalea registrándose una TA 120/75, pautándose tratamiento con metamizol. En la semana 32 se detecta en la consulta gestacional tensiones elevadas 142/109 por lo que se decide ingreso hospitalario para control de cifras. Durante ese ingreso mantiene cifras 140-150/95-100 y dado que la paciente está asintomática y con proteinuria negativa en orina (0,23 g/dl), es dada de alta con la recomendación de realizar controles ambulatorios de TA. Al día siguiente en centro de salud, tras cifras TA 162/102, se deriva al hospital (proteínas en tira reactiva, negativas). En ese nuevo ingreso sigue asintomática pero manteniendo cifras elevadas 158/105 por lo que se inicia tratamiento antihipertensivo de emergencia con bolo de 5 mg de hidralazina y betametasona intramuscular junto con tratamiento vía oral de metildopa 250 mg/12h. Dos horas más tarde siguen TA elevadas mantenidas. Se trata con bolo endovenoso de labetalol y sulfato de magnesio. Se monitoriza de forma continua y en orina se detectan proteínas 75 mg/dl. Finalmente es derivada al hospital de referencia ante la falta de control de la TA, la prematuridad del feto y los resultados analíticos. Sigue asintomática. El diagnóstico es sospecha de preeclampsia grave. Tras dos semanas ingresada nace su hijo, un bebé prematuro de 34 semanas de gestación y 2 kg de peso. Es dada de alta con tratamiento con metildopa 250 mg/12h y control TA ambulatorio. Al mes acude al centro de salud para control tensional, presentando controles 135/88, y se decide ir reduciendo dosis de antihipertensivo hasta suspender con control último de TA 130/86. Asintomática con exploración física y controles domiciliarios normales. Se mantienen medidas higiénico dietéticas.

Discusión: La HTA inducida por el embarazo es una de las patologías más frecuentes y graves de la gestación con elevada morbimortalidad materno fetal. En torno a un 10% de mujeres embarazadas tienen un aumento de la TA. La preeclampsia tiene una prevalencia de 2-8% (Dunley 2008), siendo un 5% de mujeres con preeclampsia y eclampsia graves las que precisan ingreso en UVI. (NICE 2010). Se denomina HTA gestacional aquella que se desarrolla partir de la semana 20 de gestación, en mujeres normotensas. Si se acompaña de edemas, proteinuria o hiperuricemia se denomina preeclampsia. En esta paciente el inicio de unas cifras elevadas de TA a partir de la semana 20 junto con la aparición posterior de proteinuria (la proteinuria suele tener una aparición más tardía que la TA elevada), nos determina el diagnóstico de una preeclampsia. Durante el embarazo la mujer precisa controles de los cuales el médico de familia es responsable de ellos. Debe conocer las complicaciones relacionadas con la gestación y no debe conformarse con ser mero espectador de la labor realizada por otros, sino que debe implicarse en el seguimiento y control de la patología asociada al mismo.

157. HIPERTENSIÓN Y MUJER

M.M. Martínez¹, J.J. López¹, J.J. Gaitán² y M.I. Armentia³

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

Introducción: Es sabido que antes de la menopausia la prevalencia de hipertensión arterial (HTA), es menor en la mujer, que en el varón pero al llegar a la menopausia esta relación se invierte, debido al déficit de estrógenos. La relación entre HTA y riesgo cardiovascular (RCV) es continua, consistente e independiente de otros factores FRCV. La falta de estrógenos activa el sistema renina-angiotensina y produce disfunción endotelial, aumento del stress oxidativo y de otros factores de enfermedad cardiovascular, como la HTA, hiperlipemia, obesidad, diabetes, intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina.

Objetivo: Describir las diferencias entre los diferentes factores de riesgo cardiovascular en mujeres

Métodos: Se estudiaron 416 pacientes hipertensos, pertenecientes a un centro de salud rural. 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), se determinó filtrado glomerular por la fórmula CPK-Epi, clasificando la enfermedad renal en IV estadios. 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: Se estudiaron 223 mujeres, que representaban el 53% de la muestra, la edad media fue de 69 años (33-89), mientras que en hombres fue de 66 años (33-90), el IMC fue de 29,2 Kg/m². El 26% eran diabéticas con una media de 10 años de evolución, y con una evolución de la HTA de 12 años. Seguían tratamiento con insulina el 26%, y antidiabéticos orales el 88%. La media de HBA1c fue de 6,7%. La TA sistólica media fue de 134 mmHg y diastólica de 79 mmHg, en contraposición de los hombres que fue superior 136/82 ($p < 0,001$). Tomaban IECAS el 72% (80% los hombres), $p < 0,001$, tomaban menos antagonistas del calcio, betabloqueantes y alfabloqueantes, pero más diuréticos (54,7% vs 47%, $p < 0,001$). Así mismo menor prevalencia de fibrilación auricular 9% vs 13% los varones, y menos anticoagulación 8% vs 12%, lo mismo que la antiagregación 13% frente a 16,65

de los hombres. En cuanto a la insuficiencia renal el 18% presentaban filtrados inferiores a 60 ml/min y el 11% de los hombres ($p < 0,001$), pero solo el 6% tenían microalbuminuria positiva y el 10% de los hombres. Tenían colesterol total, LDL y HDL superiores a los hombres (196, 112, 58 mg/dl respectivamente) triglicéridos y ácido úrico, fueron más bajos, tomaban menos estatinas, menos alcohol y fumaban menos., también la prevalencia de ictus, cardiopatía isquémica y enfermedad periférica fue menor. Menos mujeres tenían un perímetro de cintura inferior a lo recomendado, solo el 12% lo tenían inferior a 88 cm. En cuanto a RCVA medido por diferentes escalas, en todos las escalas Score, Score HDL, Framingham lípidos y Framingham IMC fue menor que en los hombres.

Conclusiones: Las mujeres hipertensas, a pesar de presentar, algunos factores clásicos de RCV, elevados, como LDL colesterol, colesterol total, enfermedad renal, tener más grasa abdominal, tomar menos estatinas o IECAS, tenían un RCV menor que los hombres, y menos enfermedades asociadas como ictus o cardiopatía isquémica. Todo esto nos hace plantearnos, si realmente debemos tratar agresivamente a las mujeres hipertensas sin factores de riesgo asociado o si debemos utilizar los mismos tratamientos que en los hombres para aquellas de muy alto riesgo vascular.

158. TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LA CONSULTA CORREO

A. Piñana, R. Luquin, C. Alonso, M.J. Sánchez, J.E. Caballero, M.L. García y J. Fernández

CS Cartagena Oeste.

Objetivo: Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) es uno de los elementos claves que está detrás de la transformación experimentada en el Servicio Murciano de Salud (SMS). Actualmente, el SMS está realizando un importante esfuerzo en este sentido En donde, por medio del Portal del Paciente el correo electrónico es una alternativa para comunicarse con determinados pacientes El SMS ofrece un servicio de correo electrónico para consultas que no requirieran exploración física. Pero pretendemos determinar que tratamiento antihipertensivo se utiliza por medio de este medio. En estudios preliminares se determinó que el uso principal de este medio lo realizan mujeres de entre 35 y 45 años,

Métodos: Se monitoriza todos los correos obtenidos desde la puesta en marcha del servicio desde agosto de 2013 hasta noviembre de 2014, tomándose como referente una consulta de pilotaje del nuevo servicio en la que se realiza un conteo de los antihipertensivos que se utilizan.

Resultados: Del total de correos sólo el 9% tienen relación con tratamiento antihipertensivo, correspondiendo a los ARA II (olmesartan medoxomilo) el 100% de dichos tratamiento.

Conclusiones: Los ARA II aparecen como los fármacos antihipertensivos que se utilizan por esta vía, la cual genera una mejora de la accesibilidad por un mayor acceso a la atención sociosanitaria. Con un intercambio continuo de información. Un medio fácil de usar para que los pacientes pidan aclaraciones después de una consulta presencial. Adherencia al tratamiento. El hecho de ser sólo ARA II viene por el perfil del usuario de este método mujer de mediana edad principalmente.

159. ¿EMERGENCIA HIPERTENSIVA?

E. Serisa, M. Arenas, L. Tarancón y S. Valls

Hospital de la Plana.

Caso clínico: Paciente de 51 años que presenta desde que se levantó por la mañana cefalea, visión borrosa llegando a perder completamente la visión en ambos ojos y con afasia motora, por lo

que acude a urgencias. La hija refiere que días previos había presentado vómitos y cefalea. AP; exfumadora, depresión, hipotiroidismo e hipoparatiroidismo. tiroidectomizada. Tratamiento habitual; levotiroxina 112, IECAS, velanfaxina 150 mg, calcitriol, carbonato de calcio. Exploración física: PA 182/102. Regular aspecto general, agitada, con auscultación cardiopulmonar y abdomen normal, y llama la atención en la exploración neurológica, afasia motora, agitación, leve y unas pupilas mióticas arreactivas. Pruebas complementarias, TAC craneal; tórax; analítica, sin hallazgos. La paciente se deteriora neurológicamente, presenta una crisis comicial, y bajada de Glasgow a 4, se realiza consulta a UCI, tras ingreso en UCI, se estiman niveles de calcio elevados, por lo que se trata con hidratación y diuréticos, posteriormente pasa a planta a cargo de endocrinología desde dónde se le da el alta con recuperación total de la paciente.

Discusión: La importancia de los trastornos hidrelectrolíticos en el enmascaramiento de cualquier cuadro clínico. La paciente presentaba una clínica inicialmente de que sugería una emergencia hipertensiva con encefalopatía asociada, resultó una hipercalcemia farmacológica.