



Hipertensión y riesgo vascular

www.elsevier.es/hipertension



COMUNICACIONES PÓSTER

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

Madrid, 7 y 8 de marzo de 2019

Epidemiología

419/15. PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES HIPERTENSOS EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA

J. Osuna Sánchez¹, J. Soria Cano¹, S. Allali Mohand¹
y J. Ampuero Ampuero²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

²FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de edad igual o mayor a 90 años ingresados en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial como una de sus patologías.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes mayores de 90 años ingresados en medicina interna por cualquier patología desde enero a diciembre del 2017 con hipertensión arterial. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

Resultados: Hubo un total de 95 pacientes ingresados mayores de 90 años. De los cuales 73 fueron hipertensos, el 76,8%. De los cuales un 73,7% eran mujeres. La media de edad fue de 93,41 ± 3,5 años (90-106). Un 22,7% de los pacientes estaban institucionalizados, un 56% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un 33,3% eran parcialmente dependientes para todas ABVD. Un 64% era de etnia caucásica, un 33,3% bereber y un 2,7% eran judíos. Un 10,7% de los pacientes no tenían seguridad social. El principal motivo de ingreso fue el neumológico con 41,3% de los pacientes, seguido del cardiológico con un 22,7%. Con respecto a los antecedentes personales un 22,7% IRC; 38,7% DM; 38,7% FA; 9,3% EPOC; 36% dislipemia; un 21,3% neoplasia (activa o no), y un 20% antecedentes de ACV. Como hallazgo importante un 40% de los pacientes presentaba deterioro cognitivo en algún grado. Un 72,6% de los pacientes había presentado al menos un ingreso en los 12 meses previos. Hasta un 100%

de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de 12,43 ± 9,52 días, siendo éxitos el 30,7% de los pacientes.

Conclusiones: Nuestros pacientes nonagenarios hipertensos suelen ser mujeres pluripatológicas que ingresan por causa neumológica falleciendo 1 de cada 3 aproximadamente durante el ingreso.

419/16. HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN NONAGENARIOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO

J. Osuna Sánchez¹, S. Allali Mohand¹, C. Robles Mateos¹
y J. Ampuero Ampuero²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

²FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de edad igual o mayor a 90 años ingresados en de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes mayores de 90 años ingresados en medicina interna por cualquier patología desde enero a diciembre del 2017 con hipertensión arterial. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad, realizando posteriormente un estudio bivalente no paramétrico para analizar la mortalidad comparada de ambos grupos de estudio.

Resultados: Hubo un total de 135 pacientes ingresados mayores de 90 años. De los cuales un 73,7% eran mujeres. La media de edad fue de 93,42 ± 3,71 años (90-106). Un 20% de los pacientes estaban institucionalizados, un 55,8% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un 29,5% eran parcialmente dependientes para todas ABVD. Un 62,1% era de etnia caucásica, un 33,7% bereber y un 4,2% eran judíos. Con respecto a los antecedentes personales un 76,8% referían HTA. La causa principal de ingreso fue la neumológica con 42,1% seguida de la cardiológica con un 22,1%. Hasta un 95,7% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del

ingreso hospitalario fue de $12,93 \pm 9,84$ días, siendo éxitus el 29,5% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no hipertensión arterial nos encontramos existían diferencias estadísticamente significativas en el sexo (79,45% vs. 54,54% [más mujeres hipertensas], $p < 0,023$), DLP (36,98% vs. 4,54%, $p < 0,002$), FA (39,72% vs. 9,09%, $p < 0,005$), sin embargo no existen diferencias en la mortalidad (31,50% vs. 22,72%, $p < 0,305$).

Conclusiones: Los pacientes nonagenarios hipertensos suelen ser mujeres más pluripatológicas, tienen una tendencia a fallecer más en la planta pero sin diferencias estadísticamente significativas, esto puede ser debido al pequeño tamaño muestral.

419/17. HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR PANCREATITIS

J. Osuna Sánchez¹, M. Requena Pou², S. Saavedra Casado¹ y J. Ampuero Ampuero²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

²FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de pancreatitis, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no hipertensos para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por pancreatitis en medicina interna a lo largo de 3 años sucesivos separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no son hipertensos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad, realizando posteriormente un estudio bivariante no paramétrico.

Resultados: Hubo un total de 138 pacientes ingresados. De los cuales un 58% eran mujeres. La media de edad fue de $54,91 \pm 20,79$ años. Un 44,2% era de etnia caucásica, un 54,3% bereber y un 1,4% eran judíos. Un 21% no tenían seguridad social. Con respecto a los antecedentes personales un 37,8% referían HTA; DM 21,7%; DLP 26,1%; ICC 5,1% y obesidad 26,8%. La causa más frecuente de ingreso fue la biliar con un 58,7%. Hasta un 8,8% de los pacientes requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $11,38 \pm 8,24$ días, siendo éxitus el 8% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no hipertensión arterial nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en la obesidad (42,30% vs. 17,44%, $p < 0,001$), neoplasia (15,38% vs. 3,48%, $p < 0,016$), DLP (34,61% vs. 20,93%, $p < 0,05$), ICC (11,53% vs. 1,16%, $p < 0,012$), edad (71,90 vs. 44,73, $p < 0,001$), DM (32,69% vs. 15,11%, $p < 0,014$) y la mortalidad (15,38% vs. 3,48%, $p < 0,016$).

Conclusiones: Los pacientes ingresados con el diagnóstico de pancreatitis presentan mayor comorbilidad, son más añosos y mueren más si tienen hipertensión arterial como patología añadida al ingreso.

419/18. PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES HIPERTENSOS INGRESADOS POR PANCREATITIS AGUDA

J. Osuna Sánchez¹, M. Requena Pou², S. Saavedra Casado¹ y J. Ampuero Ampuero²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

²FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados por pancreatitis en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial como una de sus patologías durante 3 años sucesivos.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en medicina interna por pancreatitis durante 3 años sucesivos que padeciesen hipertensión arterial. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

Resultados: Hubo un total de 138 pacientes ingresados por neumonía, de ellos hubo un total de 52 que padecían hipertensión, un 37,68%. Un 63,5% eran mujeres. La media de edad fue de $71,40 \pm 13,03$ años. Un 57,7% era de etnia caucásica, un 38,5% bereber y un 3,8% eran judíos. Un 9,6% de esos pacientes no tenían seguridad social. Con respecto a los antecedentes personales un 11,5% ICC; 9,6% cardiopatía isquémica previa; 47,1% DM; 34,6% dislipemia; obesidad 42,3% y neoplasia activa o no en un 15,4%. Un 11,5% requirieron un ingreso en la unidad de cuidados intensivos para su estabilización tras su ingreso. La etiología biliar fue la más frecuente con un 55,8% de los ingresos. La estancia media del ingreso hospitalario fue de $11,75 \pm 8,6$ días, siendo éxitus el 15,4% de los pacientes.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos con pancreatitis suelen ser también diabéticos, dislipémicos y obesos, la etiología más frecuente del ingreso es la biliar. Esta pluripatología añadida hace que el manejo de este tipo de pacientes en planta sea más complicado siendo éxitus hasta casi un 16%.

419/97. RESULTADOS DEL MMM18 EN UN SUBGRUPO DE ESTUDIANTES DE ESPAÑA

E. Rodilla Sala¹, B. Carreras Gamón², B. de Berardinis Gamón², A. Molinero Crespo³, L. Ruilope Urioste⁴ y M. Gijón Conde⁵

¹Medicina Familiar, Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto, Valencia. ²Universidad Cardenal Herrera-CEU, CEU Universities, Valencia. ³Farmacia Familiar y Comunitaria, Área Científica, Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). ⁴Instituto de Investigación del Hospital 12 de Octubre, Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, Universidad Autónoma, Madrid. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Cerro del Aire, Majadahonda. Madrid.

Objetivos: Con el fin de llamar la atención sobre la importancia del control de la presión arterial (PA), la Sociedad Española de Hipertensión (SEHLEHLA) repitió en 2018 el Mes de la Medida en Mayo (MMM), en nombre de la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH). El nuestro fue uno de los numerosos grupos de SEHLEHLA que específicamente se centró en el reclutamiento de población joven en un medio Universitario con el objetivo de obtener información sobre subgrupos que suelen ser dejados de lado en las campañas de *screening*.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo llevado a cabo por aproximadamente 90 estudiantes de Medicina durante el MMM18. De acuerdo con el protocolo internacional, nuestro estudio incluyó 1.009 adultos voluntarios (≥ 18 años). La medida de la PA se obtuvo con tres medidas consecutivas usándose la media entre la segunda y tercera medida. Se definió la hipertensión cómo valores de PA sistólicas ≥ 140 mmHg o diastólicas ≥ 90 mmHg, o ambos, o la condición de recibir tratamiento antihipertensivo. A los pacientes se les realizó un cuestionario sobre hábitos de vida y características demográficas y ambientales. Medimos la asociación entre el control

de PA, prevalencia de HTA y factores demográficos usando métodos estadísticos estándar.

Resultados: Un total de 995 sujetos formaron parte del análisis tras descartarse 14 entradas erróneas. Dividimos la población en un grupo de 582 estudiantes ("S", 58,5%) con una edad < 30 años (de media 21,6 años) y un grupo de población normal ("NP") con 413 (41,5%) sujetos (de media 58,0 años). Los estudiantes mostraron menores valores de PA sistólica y diastólica (PAS 115 vs. 126 mmHg, $p < 0,001$ y 72 vs. 79 mmHg, $p < 0,001$), pero mayor frecuencia cardíaca (76 vs. 73 lpm $p = 0,001$). De los 38 (6,5%) pacientes del grupo de "S" que decían recibir tratamiento antihipertensivo, 6 (15,6%) estaban mal controlados. En el resto de 544 individuos (93,5%), de estudiantes no tratados, 25 (4,6%) presentaban valores de PA no controladas. La proporción de hipertensos mal controlados en el grupo NP tratado fue 36,9% (48/130 sujetos), comparado con el 17,7% (50/283 sujetos) de participantes sin tratamiento. Globalmente, 129 participantes (13,0%) fueron referidos a Atención Primaria para control de PA.

Conclusiones: Confirmamos la importancia de las campañas de screening incluso en sujetos jóvenes donde la HTA no controlada no es esperada y acentúa la relevancia de la colaboración entre las sociedades de HTA (SEHLELHA, ISH) y universidades.

419/104. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. CONCLUSIONES FINALES DEL ESTUDIO SIMETAP-HT

A. Ruiz García¹, R. Pérez Muñoz², M. Morales Chico³, D. Fernández-Pacheco Vila³, M. Sánchez Ramos⁴ y S. Luna Ramírez⁴

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Pinto, Madrid. ²Medicina Familiar, Centro de Salud Huerta de Los Frailes, Leganés, Madrid. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Valdemoro, Valdemoro, Madrid. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Eloy González, Madrid.

Objetivos: Determinar en el ámbito de Atención Primaria las tasas de prevalencia crudas y ajustadas por edad y sexo de hipertensión arterial (HTA) en adultos.

Métodos: Estudio observacional transversal multicéntrico. Muestreo aleatorio: 10.579 sujetos sobre base poblacional de 194.073 adultos (SERMAS). **Análisis estadístico:** Cuantitativo: medias \pm desviación estándar (DE). Cualitativo: porcentajes y *odds ratio* (OR) con intervalo confianza 95% (IC). Comparaciones entre variables cuantitativas: t-Student. Comparaciones entre variables categóricas: chi-cuadrado. Las tasas de prevalencia se calcularon como tasas crudas y ajustadas por edad y sexo estandarizadas con la población de referencia de España (INE 2015): 38.102.546 adultos. Tasa de respuesta: 66%.

Resultados: La edad media de la población con HTA ($n = 2.550$) era 67,2 (DE: $\pm 13,3$) años, y 47,4 (DE: $\pm 15,5$) años en la población sin HTA ($n = 4.081$), siendo la diferencia significativa ($p < 0,001$). La prevalencia cruda de HTA en la población < 40 años era 4,3% (IC: 3,3-5,4%), siendo significativa ($p < 0,001$; OR: 3,5 [IC: 2,0-6,0]) la diferencia entre hombres (7,3% [IC: 5,3-9,4%]) y mujeres (2,2% [IC: 1,2-3,2%]). La prevalencia cruda de HTA en la población entre 40 y 69 años era 37,7% (IC: 36,1-39,2%), siendo significativa ($p < 0,001$; OR: 1,7 [IC: 1,5-1,9]) la diferencia de prevalencia entre hombres (44,0% [IC: 41,6-46,3%]) y mujeres (32,2% [IC: 30,1-34,2%]). La prevalencia cruda de HTA en la población ≥ 70 años era 74,9% (IC: 72,7-77,1%), siendo significativa ($p < 0,001$; OR: 0,7 [IC: 0,5-0,9]) la diferencia entre hombres (70,7% [IC: 67,0-74,3%]) y mujeres (77,8% [IC: 75,1-80,6%]). En la población global ≥ 18 años, la prevalencia cruda de HTA era 38,5% (IC: 37,3-39,6%), y la prevalencia de HTA ajustada por edad y sexo fue 30,9%. La diferencia de las preva-

lencias crudas de HTA entre las poblaciones masculina (41,8% [IC: 40,0-43,6%]) y femenina (35,8% [IC: 34,3-37,4%]) era significativa ($p < 0,001$; OR: 1,3 [IC: 1,2-1,4]). Las prevalencias ajustadas por edad en la población adulta fueron 32,8% en hombres, y 29,7% en mujeres.

Conclusiones: La diferencia de edad media entre las poblaciones con y sin HTA es de casi 20 años. La prevalencia cruda de HTA en la población ≥ 70 años es el doble (74,9%) que la prevalencia en la población entre 40 y 69 años (37,7%). La prevalencia cruda de HTA en la población ≥ 18 años es 38,5%, siendo significativa la diferencia entre hombres (41,8%) y mujeres (35,8%). La prevalencia ajustada por edad de HTA en la población adulta es 30,9% (32,8% en hombres; 29,7% en mujeres), casi 8 puntos porcentuales que la prevalencia cruda.

419/138. CONOCER LA SUPERVIVENCIA SEGÚN RIESGO EN POBLACIÓN GENERAL CON HIPERTENSIÓN ESTADIO 1 DE LAS DIRECTRICES AMERICANAS 2017

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

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

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

Objetivos: Conocer la supervivencia según riesgo, en población general con HTA sistólica estadio 1 de las directrices americanas 2017.

Métodos: Estudio longitudinal, prospectivo y poblacional. La muestra fue seleccionada de población general de Albacete > 18 años de forma aleatoria, estratificada y bietápica. Participaron 1322 individuos a los que se les hizo examen basal (1992-1994) y se revisaron a los 20 años (2014-2016) para valorar eventos ocurridos durante el seguimiento. En la visita basal se les hizo historia clínica, analítica, medida de PA estandarizada en 2 ocasiones y ECG. Se consideró como PAS la media de las dos medidas consecutivas. Los sujetos se clasificaron según su PAS basal como normal (< 120 mmHg), elevada (120-129 mmHg), HTA estadio 1 (130-139 mmHg) y HTA estadio 2 (> 140 mmHg). El riesgo se calculó mediante ecuación PURAS-GEVA, considerándose bajo (< 7), medio (7-9) y alto/muy alto (> 10) Se consideró evento a cualquier episodio CV (enfermedad coronaria, ictus, insuficiencia cardíaca o enfermedad arterial periférica) mortal o no mortal. Se valoró la probabilidad de supervivencia de los grupos mediante la prueba de Kaplan-Meier, utilizando en su comparación el test de rangos logarítmicos. Se consideró significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: De los 1.322 se excluyeron 262 por ECV previo o tratamiento antihipertensivo y 53 por faltar alguna variable del estudio. La muestra final fue de 1007 sujetos (53,4% mujeres) con una edad media 44,5 (DE 17) años. El tiempo medio de seguimiento fue de 19 (DE: 5,4) años. 36,6% tenían PAS normal, 20,7% elevada, 16,5% HTA estadio 1 y 26,2% HTA estadio 2. El total de eventos en el seguimiento fue de 172, 43 de ellos mortales. La supervivencia fue mayor en el grupo con PAS normal ($p < 0,001$); así en este grupo fue del 94,2%, en el de PAS elevada del 82,9%, en HTA estadio 1 y riesgo bajo del 92,1%, en HTA estadio 1 y riesgo alto-muy alto del 58,2% y en el grupo de HTA estadio 2 del 64,1%.

Conclusiones: En población general con HTA sistólica estadio 1, al cabo de 20 años, con respecto a los sujetos con PA normal, la supervivencia es menor en los de riesgo alto-muy alto. Es importante estratificar riesgo en los hipertensos para tomar decisiones.

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

419/95. BIOIMPEDANCIA Y MAPA DE 44 HORAS UTILIZADAS PARA OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN ENFERMOS EN HEMODIÁLISIS

K. Furaz Czepark¹, E. Gruss Vergara², G. Barril Cuadrado³, E. Pérez Fernández⁴, N. Benavides⁵ y J. de la Flor Merino⁵

¹Centro de Diálisis Los Llanos, Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo, Madrid. ²Servicio de Nefrología, Hospital Fundación Alcorcón, Madrid. ³Servicio de Nefrología, Hospital La Princesa, Madrid. ⁴Servicio Metodológico y Análisis de Datos, Hospital Fundación Alcorcón, Madrid. ⁵Servicio de Nefrología, Centro de Diálisis Los Llanos, Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo, Madrid.

Objetivos: En aquellos pacientes hipertensos, según MAPA de 44 horas, e hiperhidratados, según Bioimpedancia (BIA), valorar si hubo cambios en parámetros del MAPA y BIA luego de ajustar el peso seco.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de 50 pacientes en hemodiálisis crónica, que se dialicen 3 sesiones semanales y cumplan los criterios de inclusión. El MAPA se coloca a los pacientes, a mitad de semana, durante 44 horas, programándose las mediciones de TA: cada 30 min durante las mañanas y cada una hora por la noche. Luego de las 44 h, y previamente al comienzo de la sesión, realizamos una BIA utilizando un aparato de bioimpedancia multifrecuencia (BIA BCM). Definimos: hiperhidratación: OH \geq 2; HTA según MAPA: presión arterial sistólica (PAS) promedio de las 44 h \geq 130 mmHg; cambio de patrón favorable de MAPA: riser a no dipper y no dipper a dipper; cambio de patrón desfavorable de MAPA: dipper a no dipper y no dipper a riser. A aquellos pacientes hiperhidratados e hipertensos, les realizamos un segundo MAPA de 44 h, luego de ajustar peso seco según BIA, para poder valorar si hubieron cambios en los parámetros del MAPA.

Resultados: De los 50 pacientes, 7 resultaron hipertensos e hiperhidratados y se les realizó un segundo MAPA de 44 horas tras ajustar el peso seco. Todos excepto uno presentaron disminución en todas las tensiones. El descenso fue estadísticamente significativo solo para la presión arterial diastólica (PAD) nocturna, probablemente por el pequeño tamaño de la muestra. El mayor porcentaje de descenso fue en la PAS diurna (15,71%) y el menor en la PAD diurna (11,21%). Respecto a los cambios de patrón del MAPA: 56% presentaron cambios favorables, 22% fue desfavorable y otro 22% no experimentó cambios. Del agua corporal total: 57% tuvieron descenso de la misma, 29% aumento y 14% sin cambios.

Conclusiones: El uso asociado de MAPA y BIA, nos permitió tras ajustar el peso seco, mejorar el control de PA en nuestros pacientes. El MAPA es una herramienta infrautilizada en las unidades de diálisis, más estudios en este tipo de pacientes, deberían realizarse para conocer su utilidad y beneficios.

419/96. UTILIDAD DE LA MAPA DE 44 HORAS EN ENFERMOS EN HEMODIÁLISIS Y CORRELACIÓN CON LAS MEDICIONES DE TENSIÓN ARTERIAL REALIZADAS EN LAS SESIONES

K. Furaz Czepark¹, E. Gruss Vergara², G. Barril Cuadrado³, E. Pérez Fernández⁴, A. Méndez Abreu⁵ y N. Benavides⁵

¹Centro de Diálisis Los Llanos, Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo, Madrid. ²Servicio de Nefrología, Hospital Fundación Alcorcón, Madrid. ³Servicio de Nefrología, Hospital La Princesa, Madrid. ⁴Servicio Metodológico y Análisis de Datos,

Hospital Fundación Alcorcón, Madrid. ⁵Servicio de Nefrología, Centro de Diálisis Los Llanos, Fundación Renal Íñigo Álvarez de Toledo, Madrid.

Objetivos: 1) Comparar en aquellos pacientes hipertensos, las mediciones de tensión arterial recogidas en las sesiones de diálisis (Pre y Post sesiones), con aquellas recogidas mediante MAPA. 2) Analizar los resultados del MAPA en los pacientes y los cambios efectuados en los tratamientos, posteriormente a la realización de dicho MAPA.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de 50 pacientes en hemodiálisis crónica con 3 sesiones semanales, desde el 11/2/2016 hasta el 28/6/2016, que cumplan los criterios de inclusión. Las tensiones durante las sesiones se recogen mediante monitor del dializador Fresenius, promediándose las tensiones previo y al final de las mismas, siendo recogidas durante dos semanas. El MAPA se coloca durante 44 h, a mitad de semana, realizándose mediciones cada 30 min durante el día y una hora durante la noche. Criterios utilizados para definir HTA: 1. Necesidad de uso de fármacos antihipertensivos; 2. TA previo a la sesión \geq 140/90, o posteriores a la misma \geq 130/80; 3. Según MAPA: promedio \geq 130/80, diurna \geq 135/85, nocturna \geq 120/70.

Resultados: Las mejores correlaciones fueron entre las tensiones arteriales sistólicas y diastólicas promedio, con las sistólicas y diastólicas diurnas y nocturnas. Las tensiones sistólicas y diastólicas recogidas al finalizar la sesión, mostraron moderada y pobre correlación con las recogidas con el MAPA. Las recogidas previas a las sesiones, tanto sistólicas como diastólicas, mostraron buena correlación con las tensiones recogidas mediante MAPA. Según MAPA: 78% fueron hipertensos según PA promedio, 66% presentaron HTA diurna, 90% nocturna, 96% tuvieron patrón no dipper (36% de ellos riser). Las tensiones arteriales sistólicas y diastólicas fueron: 6 (p < 0,001) y 1, 5 mmHg (p < 0,004 (IC: -8,75 a -3,3 y -2,92 a -0,071). Respecto a los cambios del tratamiento: A) 16% se suspende los fármacos y un 8% se disminuye las dosis; B) 24% se sube y en un 12% se añade nuevo fármaco; C) 64% se cambia cronoterapia.

Conclusiones: En nuestro trabajo encontramos una buena correlación entre las tensiones recogidas previas a las sesiones y mediante MAPA. En cambio las tensiones recogidas luego de las sesiones mostraron moderada: las diastólicas y pobre diastólicas con las del MAPA. El MAPA nos aportó información sobre las fluctuaciones de la TA a lo largo de 44 horas, lo que nos ayudó a instaurar esquemas de tratamientos individualizados y acoplado a dichas fluctuaciones.

419/101. ALTERACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS

F. Fernández Montero¹, L. Fernández Gasso² y A. Fernández Carazo³

¹Medicina Familiar, Consulta Privada de Nefrología, Jaén.

²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

³Departamento de Economía, Universidad Pablo Olavide, Sevilla.

Objetivos: Los pacientes con DM presentan con mayor frecuencia que el resto de la población ausencia del descenso fisiológico nocturno de la PA (patrón no dipper) y que se ha asociado a un aumento del riesgo cardiovascular. La DM e HTA son dos entidades consideradas como FRCV mayores e independientes que afectan a gran parte de la población. El objetivo principal de este estudio es conocer la prevalencia de alteraciones en la MAPA en pacientes hipertensos con y sin diabetes.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 1.000 hipertensos, de ellos 94 con DM-2 estudiados en los últimos 5 años. Se recogieron datos epidemiológicos, antropométricos, analíticos, y se

registró la presencia de LOD o enfermedad establecida A todos los pacientes se les realizó MAPA de 24 h.

Resultados: Estudiamos 94 pacientes (11%) hipertensos con DM (54 varones y 40 mujeres) de $65,61 \pm 9,56$ años de edad y un grupo control de 798 (54% varones) con hipertensión arterial esencial (434 varones y 405 mujeres) de $54,73 \pm 13,34$ años de edad, con un riesgo moderado del 40,3% y con un 50% de afectación renal y con edad media 66 años, IMC de $29,17 \pm 3,78\%$ y dislipemia de 44,7% de forma significativa, vs. no diabéticos $28,17 \pm 4,71\%$ de IMC y dislipemia de un 21,9% ($p < 0,00$). Las cifras medias de PAS Clínica de $144,27 \pm 16,55$ vs. diabéticos $150,15 \pm 21,03$ y PAD de $90,07 \pm 8,11$ vs. $87,64 \pm 8,82$, ambas con significación estadística. Entre los sujetos hipertensos sin DM la prevalencia del patrón dipper extremo, dipper, no dipper y riser es del 9,90%, 48%, 34,30% y 7,80% respectivamente. La prevalencia del patrón no dipper y riser fue significativamente mayor en los sujetos con DM ($45,70$ y $24,50\%$, respectivamente; $p < 0,001$). Con la MAPA también existe significación con Media totPAD no diabéticos ($89 \pm 9,73\%$ vs. $74,43 \pm 10,62\%$), Media actPAD ($82,46 \pm 10,15$ vs. $76,73 \pm 11,65\%$) y Media de PAS ($117,23 \pm 15,14\%$ vs. $128,29 \pm 20,43\%$). La PA de descanso, significativamente más alta en pacientes con DM, condujo a una elevada 17,02%, prevalencia de hipertensión enmascarada, mientras que la hipertensión de Bata Blanca se documentó en un porcentaje de un 32,24%.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos diabéticos son personas con más edad, con múltiples factores cardiovasculares asociados y con una alta prevalencia de más del 70% de hipertensión nocturna. La prevalencia de HBB y HTAE en nuestra población es diferente a la de otros estudios nacionales.

419/102. HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN RENAL

F. Fernández Montero¹, F. Fernández Moreno¹, L. Fernández Gasso² y A. Fernández Carazo³

¹Medicina Familiar, Consulta Privada de Nefrología, Jaén.

²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Departamento de Economía, Universidad Pablo Olavide, Sevilla.

Objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia a un incremento de la morbimortalidad de origen cardiovascular, en muchos casos por su asociación con la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. En la GUÍA de la ESH se explicita que el valor pronóstico de la PA nocturna es superior al de la presión arterial diurna, y que los sujetos en que se atenúa la disminución nocturna de la PA presentan una mayor prevalencia de lesión orgánica y una evolución menos favorable. La DM ha incrementado su incidencia de forma creciente en los últimos años en todo el orbe con un coste socioeconómico alto por la aparición de numerosas complicaciones micro- macrovasculares. Se desarrolla el siguiente estudio para conocer el patrón circadiano de PA y la prevalencia de HTA nocturna en pacientes con hipertensos diabéticos y su relación con la función renal.

Métodos: Se incluyeron 798 hipertensos, 94 diabéticos, a los que se les realizó MAPA de Presión de 24 horas y seguidos en Consulta Ambulatoria de Nefrología durante los 5 últimos años. A todos se les realizó examen analítico para determinar la tasa de filtrado glomerular estimada mediante las fórmulas Cockcroft- Gaul, MDRD, y CKD EPI.

Resultados: El presente estudio demuestra que las mujeres hipertensas diabéticas tienen más edad ($66,94 \pm 8,1$), más peso ($78,37 \pm 12,1$) creatininas plasmáticas ($1,08 \pm 0,42$) más elevadas y peor función renal ($57,30 \pm 18,38$ a expensas de la MDRD, que las no diabéticas, y que los hombres, con peso similar ($81,94 \pm 10,8$)

pero con más edad ($64,09 \pm 10,31$ vs. $54,06 \pm 13,40$) tienen creatininas plasmáticas similares ($1,03 \pm 0,22$ vs $1,07 \pm 0,45$) pero peor función renal (MDRD: $76,43 \pm 17,23$ y CKD-EPI: $79,18 \pm 17,57$) que los no diabéticos (MDRD: $79,21 \pm 20,62$, CKD-EPI: $83,74 \pm 20,31$). En diabéticos con más de 60 años, un 5,62% tienen enfermedad renal oculta (ERO) con la MDRD y un 4,49% con CKD -EPI, y en mujeres con más de 60 años un 10% tienen ERO con las dos fórmulas más utilizadas.

Conclusiones: Se destaca la importancia de la MAPA en el tratamiento cardiovascular principalmente en el hipertenso diabético donde predomina el patrón Non Dipper especialmente en los que presentan reducción del filtrado glomerular más avanzado. Las mujeres hipertensas diabéticas tienen más edad, más, peso y peor función renal que las no diabéticas. Los hombres con peso similar a los no diabéticos, pero más edad, también tienen peor filtrado glomerular. Un 10% de las diabéticas hipertensas presentan ERO.

419/120. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MEDIDAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN FARMACIAS COMUNITARIAS ESPAÑOLAS DENTRO DEL PROYECTO MUNDIAL "MAY MEASUREMENT MONTH" EN 2018: MMM18

A. Molinero Crespo¹, J. Fornos Pérez², I. Mera Gallego², S. Martínez Pérez², N. Andrés-Rodríguez³ y S. Tous Trepac⁴

¹Farmacia Familiar y Comunitaria, Área Científica, Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). ²Farmacia Comunitaria, Grupo de Trabajo de Diabetes e Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular de SEFAC. ³Farmacia Comunitaria, Grupo de Trabajo de Diabetes SEFAC. ⁴Farmacia Familiar y Comunitaria, Grupo de Trabajo de Hipertensión y Riesgo Vascular de SEFAC.

Objetivos: Determinar la presión arterial (PA) a personas ≥ 18 años que, idealmente, no se han tomado en el último año e identificar aquellos con presión arterial elevada.

Métodos: Estudio descriptivo-transversal realizado en farmacias comunitarias españolas durante mayo 2018. Perteneció al proyecto mundial "May Measurement Month (MMM)" de la International Society of Hypertension (ISH). **Criterios de inclusión:** personas ≥ 18 años que acuden a la farmacia y otorgan el consentimiento para participar. El estudio cumple los criterios exigidos por el Comité ético. **Variable principal:** medida de presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) y pulso. Se utilizaron protocolos estandarizados siguiendo las normas de la ISH y aparatos homologados. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS® 22.0 para Windows®. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

Resultados: Intervinieron 891 farmacéuticos de toda España llevando a cabo 5.785 mediciones. 3.695 (63,9%) mujeres y 2.090 hombres. IMC: $26,5 \pm 4,8$ kg/m², mayor en hombres ($27,4 \pm 4,1$ vs. $26,9 \pm 5,0$ $p < 0,0001$). Diabéticos 513 (8,9%), con infarto previo 265 (4,6%), ACV 162 (2,8%). Diagnosticados de HTA 1.917 (33,1%) y con tratamiento 1.730 (29,9%). Un 34,8% (1.755) no se han medido la PA en más de un año. PAS media $127,1 \pm 20,1$ y PADm: $77,5 \pm 12,5$, mayor en hombres ($p < 0,001$). Pulso medio $72,3 \pm 14,4$. Fueron mayores las mediciones de PAS por la mañana ($p < 0,05$). Brazo dominante: izquierdo 4.970 (85,9%). Pacientes con presiones normales (PAS < 140 y PAD < 90) 3.981 (68,8%). Elevadas una de las dos (PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90) 1.226 (21,2%), las dos 578 (10%). Pacientes con solamente elevada la PAS ≥ 140 son 912 (15,76%). Pacientes con PAD ≥ 90 son 314 (5,4%). Presión de pulso (PAS-PAD) ≥ 60 mm fue 1.386 (24,0%) Emergencia hipertensiva (PAS > 180 mm y PAD > 120 mm) fue 4 (0,07%) Diabéticos con HTA fueron 85 (16,57% de los diabéticos. A) Relación directa entre las PASm e IMC (Rho = $0,3163$ $p < 0,0001$), y también entre la PADm e IMC (Rho

= 0,2697 $p < 0,0001$). B) PADm mayor en fumadores ($78,9 \pm 12,5$ vs. $77,0 \pm 16,6$, $p < 0,0001$) y FCm ($76,6 \pm 28,3$ vs. $72,6 \pm 14,7$). C) Valores de PA, sistólica y diastólica, menores en pacientes sin tratamiento antihipertensivo. (PASm: $122,9 \pm 18,8$ vs. $135,4 \pm 20,1$ $p < 0,0001$; PADm: $76,5 \pm 11,9$ vs. $79,3 \pm 13,2$ $p < 0,01$). No siendo significativa la diferencia en el Pulsom. D) Pacientes diabéticos los valores de PASm, PADm y Pulsom son mayores que en los que no son diabéticos. Al igual que en los que han sufrido un ataque cardíaco o un ACV.

Conclusiones: Las determinaciones de PA protocolizadas realizadas en un establecimiento sanitario como la farmacia comunitaria, ha permitido identificar un número significativo de sujetos con PA elevada y no tratada. La farmacia comunitaria es el lugar óptimo para cribaje de personas que no frecuentan los centros de salud.

419/125. INFLUENCIA DE LA MAPA EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE PACIENTES HIPERTENSOS DE UNA POBLACIÓN RURAL

M. Navarro Echeverría¹, C. Fernandes Suárez², M. Cunillera Batlle³, M. Camí Capell³, E. Domenech Bonilla³ y M. Guillén Mesalles³

¹Medicina Familiar, CAP Borges Blanques, Lleida. ²Medicina Familiar y Comunitaria, Borges Blanques, Lleida. ³Servicio de Enfermería, CAP Borges Blanques, Lleida.

Objetivos: *Introducción:* Actualmente una de las pruebas más fiable para el diagnóstico y control de la hipertensión arterial (HTA) es el MAPA. No solo permite definir el diagnóstico y supervisar el buen control si no que define patrones que ayudan a estratificar el riesgo y a realizar las modificaciones terapéuticas pertinente (dosis, horario o cambios). El MAPA cada día es más accesible a todos los centros sanitarios. En nuestro medio rural cada vez se realizan más; un ejemplo de ello son los 58 estudios durante 6 meses que se realizaron en 2018. *Objetivo principal:* Describir las modificaciones terapéuticas según los resultados del MAPA. *Objetivos secundarios:* Observar la frecuencia de los diferentes patrones según MAPA; describir los principales factores de riesgo cardiovascular de esta población.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional de una población rural.

Resultados: N: 58 pacientes; 30 mujeres; EM 58. Patrón: 27p nondipper; 13p dipper; 5p riser; 1 hipotensos. FRCV: tabaco: 19p exfumadores; 6p fumadores. Obesidad: 18p con IMC > 30; 2p IMC > 40; diabéticos: 15p; OH 20p bajo riesgo; 3p de riesgo; hipercolesterolemia: 28p. Intervención: 31p con modificación terapéutica: 6p inicio un fármaco; 7p añadió un fármaco; 2p se cambio horario; 5p aumento de la dosis; 8p suspendió fármaco e inicio otro; 1p disminución de dosis. EM (edad media); OH (consumo de alcohol); FRCV (factores de riesgo cardiovascular); IMC (índice de masa corporal); p (pacientes).

Conclusiones: El 46,6% de los pacientes estudiados tienen patrón nondipper y 9% riser que son los grupos con mayor riesgo de sufrir un evento cardiovascular, derivado de estos resultados del MAPA a 53,4% de estos paciente se les realizo un cambio terapéutico principalmente cambio de fármaco seguido de agregar un fármaco. Cabe destacar un 4% de estos pacientes a quienes con solo la modificación del horario del tratamiento se controló la HTA y se cambio el patrón. Un 32,8% de pacientes en este estudio son exfumadores gracias a la intervención activa antitabaco del CAP. Actualmente las guías cada vez más comentan la importancia de diagnosticar a los pacientes con HTA enmascarada no tratada y la tratada no controlada. Es por ello que debemos continuar con el aumento en el número y frecuencia en la realización de MAPA, una prueba fácil no invasiva y muy accesible para el diagnóstico, control y tratamiento de la HTA.

419/129. HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO

P. Ponte Márquez y J. Arroyo Díaz

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

Objetivos: Valorar las diferencias de las cifras de PA obtenidas por MAPA en los pacientes que han padecido un síndrome coronario agudo (SCA) según la definición de hipertensión arterial refractaria.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional. Se analizaron 160 pacientes que han padecido un SCA con una edad media de 58,69 años y un 80% hombres. Tras la firma del consentimiento informado, se realizó una historia clínica completa y toma de la presión arterial por MAPA. Se utilizó el programa estadístico Stata v15 para el análisis de los datos.

Resultados: El 80% de los pacientes eran dislipémicos, 66% hipertensos, 32% diabéticos y 13% fumadores activos. La media de IMC fue $28,32 \text{ kg/m}^2$. El 20% de los pacientes recibían 3 o más fármacos. Basados en la definición de hipertensión refractaria se clasificó la muestra en 3 grupos (hipertensos = 94, hipertensos refractarias = 25 y no hipertensos = 41). Las cifras de PAS fueron superiores en grupo de hipertensos refractarios principalmente durante el período nocturno (PAS noche: no hipertensos: $102,71 (9,28) \text{ mmHg}$ /hipertensos: $115,40 (13,72) \text{ mmHg}$ /hipertensos refractarios: $121,6 (14,46)$, $0,02 \text{ mmHg}$; $p = 0,02$). La PP fue superior en el grupo de hipertensos refractarios durante todo el registro, principalmente durante el período diurno y nocturno (PP día: no hipertensos: $42,98 (7,31) \text{ mmHg}$ /hipertensos: $49,61 (10,56) \text{ mmHg}$ /hipertensos refractario: $59,6 (12,77) \text{ mmHg}$; $p = 0,006$) (PP periodo nocturno: no hipertensos: $42,89 (7,12) \text{ mmHg}$ /hipertensos: $49,26 (11,17) \text{ mmHg}$ /hipertensos refractarios: $59 (13,27) \text{ mmHg}$; $p = 0,001$).

Conclusiones: Los hipertensos refractarios presentan cifras superiores PA durante todo el registro del MAPA, principalmente durante el período nocturno. Los hipertensos refractarios presentan cifras de PP elevada pudiendo presentar un incremento significativo del riesgo de mortalidad cardiovascular.

419/131. ESTUDIO "KNOW YOUR PULSE" 2018. ANÁLISIS DE LA PA EN LA FARMACIA COMUNITARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

R. Prats Mas¹, J. Fornos Pérez¹, S. Tous Trepas², A. Garitano Ascasibar², N. Andrés-Rodríguez³ y M. Murillo Fernández²

¹Farmacia Comunitaria, Grupo de Trabajo de Diabetes e Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular de SEFAC. ²Farmacia Familiar y Comunitaria, Grupo de Trabajo de Hipertensión y Riesgo Vascular de SEFAC. ³Farmacia Comunitaria, Grupo de Trabajo de Diabetes de SEFAC.

Objetivos: *Introducción:* La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) en colaboración con la Atrial Fibrillation Association (AFA) y la International Pharmacists Anti Coagulation Taskforce (IPACT), desarrolla en España este proyecto piloto internacional, para valorar su eficacia en la mejora de la detección de la fibrilación auricular asintomática, la reducción de sus posibles consecuencias y contribuir al correcto tratamiento de las arritmias y sus riesgos. La HTA es uno de los factores de riesgo más importantes de desarrollar FA. *Objetivo:* Conocer el grado de control de PA de pacientes con pulso irregular.

Métodos: Estudio descriptivo transversal: 19-25 de noviembre de 2018, por farmacéuticos comunitarios españoles, en personas ≥ 40 años que aceptaban participar. Toma exclusivamente braquial del pulso, según protocolo y registro: frecuencia arterial (lpm), datos relativos a edad (años), sexo (H/M), antecedentes (SÍ/NO) como diagnóstico de ICC, HTA, diabetes, IAM, y tratamientos anti-

agregantes, anticoagulantes y antiarrítmicos. Al finalizar se toma la tensión arterial según protocolo y se registra la media (mmHg). Se derivaron los pacientes que presentaron pulso arrítmico no estudiado, bradicardia o taquicardia, a pacientes diagnosticados de FA sin tratamiento con anticoagulantes y presentaban $CHA_2DS_2-VASc \geq 2$; y a los de PA no controlada. Estudio datos: SPSS® 22.0 para Windows®. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

Resultados: 977 pacientes, 412 (42,2%) afirman tener HTA: 48,5% hombres y 38,3% mujeres. 373 (38,2%) hombres mostraban una PA media: $132,1 \pm 19,0/79,1 \pm 11,5$ y las 604 (61,8%) mujeres: $126,2 \pm 19,4/76,9 \pm 11,9$. El 45,8% (529) de los pacientes tenían $PAS \geq 140$ mmHg; el 24,8% (248) $PAD \geq 90$ mmHg. No tienen controlada la PA 70 (7,2%): 12,0% de los diabéticos; 5,7% de los IC; 2,9% de los que han tenido ef. arterial periférica, 2,9% de los que han tenido infarto; y 3,5% otras arritmias. Y 8 (8,3%) de los 97 (9,9%) con pulso irregular. De los 22 (2,3%) con FA, 21 (95,5%) mostraban TA $< 140/90$. De los 12 (54,6%) tratados con AC 1 (8,3%) no la tenía controlada. La PAD media se correlaciona con la frecuencia cardíaca, r de Pearson: 0,1303 $p < 0,0001$ al igual que la PAS media, r de Pearson = 0,0791, $p < 0,01$. Las PAS y PAD medias son superiores en personas con pulso irregular ($131,3 \pm 24,1$ vs. $128,2 \pm 18,9$) y ($78,2 \pm 11,8$ vs. $77,7 \pm 11,8$), pero no estadísticamente significativas.

Conclusiones: La existencia de pacientes con pulso irregular con PA no controlada, confirma la necesidad de la determinación de la PA en los mismos. La farmacia comunitaria puede aportar información y contribuir a mejorar el grado de control de los parámetros.

419/140. UTILIDAD DE LA MEDICIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) PARA EL ABORDAJE DE PACIENTES CON HTA

M. Lozano Onrubia¹, I. Maté Calvo¹, M. Arribas Mayordomo², E. Moya Mateo² y N. Muñoz Rivas²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Internista, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Objetivos: *Principal:* Evaluar utilidad del MAPA en el manejo de pacientes con HTA. *Secundarios:* Describir las características clínico-biológicas de los pacientes a los que se les realiza un MAPA. Conocer en qué medida el MAPA implica un cambio en diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado sobre revisión de historias clínicas electrónicas. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años a los que se realizó una MAPA durante 6 meses en el Hospital Universitario Infanta Leonor. La MAPA fue realizada con monitor Spacelabs Healthcare 90217. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y resultados del MAPA. Los datos fueron analizados mediante estadísticos básicos de centralización y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias para cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes (54,4% mujeres), con edad media 57,6 años. Respecto a FRCV: 21,1% eran diabéticos, 56,7% dislipémicos y 26,3% fumadores. De los pacientes con registros antropométricos (64,3%), 57,3% eran obesos y 30,9% tenían sobrepeso. De los pacientes hipertensos conocidos (80,1%), 24,6% llevaban más de 10 años diagnosticados y 44,5% tomaban 3 o más fármacos. Referente a antecedentes médicos: 15,2% tenían SAHS. Hasta 28,1% presentaban al menos un antecedente de evento cardiovascular: ACVA (11,1%), cardiopatía isquémica (13,5%), insuficiencia cardíaca (5,3%), arteriopatía periférica (8,2%). En cuanto a LOD: 81,0% tenían estudio de HVI, siendo positivo en 50,7%, mediante ECG (17,7%) o ecocardiograma (82,4%); y 50,5% tenían estudio de MAU: estadio A1 (78,8%), estadio A2 (10,0%), estadio A3 (11,3%). Respecto al MAPA, hubo 3 fallos de registro, siendo 86,9% válidos ($> 75\%$ lecturas). *Indicaciones de realización:* evaluar grado de control (49,10%); estudio de hipotensión (13,50%);

confirmar diagnóstico (11,70%); estudio de HTA refractaria (8,20%); sospecha de HTA enmascarada (5,30%); sospecha de HTA clínica aislada (4,70%); sospecha de HTA secundaria (4,10%); estudio patrón circadiano (2,90%); estudio TA gestacional (0,60%). *Diagnósticos tras MAPA:* HTA mal controlada (52,7%); normotensión (27,8%); HTA enmascarada (13,0%); sobretratamiento (5,3%); HTA clínica aislada (1,2%). Hubo 64,9% de HTA nocturna, siendo los patrones nocturnos: dipper 40,6%, no dipper 29,7%, dipper extremo 15,8% y riser 13,9%. Al 68,9% de los pacientes se modificó el tratamiento.

Conclusiones: La MAPA es imprescindible en el diagnóstico y control de pacientes hipertensos; se diagnosticó hasta un 64,9% de HTA nocturna; la indicación principal es evaluar grado de control; su realización implica modificaciones de tratamiento en 68,9% de los pacientes.

419/144. HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA. DIFERENCIAS EN LAS PRESIONES CENTRALES Y EFECTO COMPARATIVO ENTRE AÑADIR MOXONIDINA O DIVIDIR DOSIS DE FÁRMACOS

R. Cabrera Sole, L. Urrego Rivera, C. Turpin Lucas, S. García Ruiz y M. Aguilera Saldaña

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: Introducción: La hipertensión arterial nocturna (HTAn) es un tipo de hipertensión cuya detección solo puede hacerse mediante monitorización ambulatoria. Vamos conociendo muchos datos acerca de la fisiología de este tipo de HTA, sin embargo, poco sabemos acerca del tratamiento adecuado. **Objetivos:** Valorar dos esquemas terapéuticos en pacientes (P) con HTAn y comparar la eficacia de la moxonidina (MXN) añadida a la noche.

Métodos: Estudiamos a 26 pacientes con HTAn a los que hemos dividido en dos grupos: grupo I: 16 P con HTAn en quienes se mantuvo el tratamiento habitual que tenían pero dividiendo en dos la dosis del fármaco principal (cada 12 hs) y grupo II: 10 PHTAn en quienes se añadió MXN por la noche. En todos se efectuaron estudios con MAPA al inicio y al final de las 8 semanas de seguimiento y se midieron las presiones centrales sistólica y diastólica, pero se tuvo en cuenta la sistólica a fines comparativos por su mayor valor pronóstico. Los resultados los comentamos mas adelante:

Resultados: La TAs diurna inicial fue de 132 ± 3 en grupo I vs. 136 ± 5 en el grupo II (NS), sin embargo la TAs nocturna fue de 102 ± 3 en grupo I vs. 127 ± 2 en grupo II ($p < 0,05$). Tras a las 8 semanas de seguimiento con el esquema terapéutico descrito, se obtuvo una TAs nocturna de 100 ± 2 en grupo I y de 106 ± 2 en grupo II ($p < 0,001$ comparado con el basal). Las presiones centrales sistólicas nocturnas fueron de 98 ± 2 en el grupo I y de 105 ± 3 en grupo II al inicio siendo de 95 ± 2 vs. 98 ± 2 , respectivamente, al final del estudio ($p < 0,01$).

Conclusiones: De acuerdo a nuestros datos, concluimos que aunque los dos esquemas terapéuticos de dividir las dosis de fármacos para que pueda administrarse a la noche o añadir moxonidina a la noche, pueden mejorar las cifras de HTAn, siendo superior el segundo esquema con MXN, lo cual nos debe ayudar a seleccionar un fármaco útil en estos pacientes con riesgo cardiovascular elevado.

419/146. PROYECTO KAIROS DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA FARMACIA COMUNITARIA: PACIENTES HIPERTENSOS DIABÉTICOS TRATADOS VS. HIPERTENSOS NO DIABÉTICOS TRATADOS

O. Penin Álvarez¹, B. Villasuso Cores², M. Blanco González¹, N. Pico Feal² y J. Rojo Fernández³

¹Farmacia Comunitaria, Celanova, Ourense. ²Farmacia Comunitaria, Mugaros, A Coruña. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Celanova, Ourense.

Objetivos: 1. Comparar valores PAact, PAnoct y Pamed 24 h. 2. Comparar la prevalencia de hipertensión clínica aislada (HCA) e hipertensión enmascarada no controlada (MUCH).

Métodos: Realizamos un muestreo consecutivo de pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico que asistieron a dos farmacias comunitarias gallegas desde enero 2013 a enero de 2018. Se excluyeron aquellos con fibrilación auricular y/o intolerancia al monitor. La muestra resultante formó una cohorte a la que se realizó medida aislada de presión arterial en farmacia comunitaria (MAFC) y MAPA de 24 h. Establecimos como valor límite cifras de PA < 140/85 mmHg para pacientes diabéticos y PA < 140/90 mmHg para no diabéticos para considerar PA controlada según MAFC y de PAact < 135/85 y PA noct < 120/70 y Pamed 24 h < 130/80 mmHg según MAPA. Los pacientes se derivaron al médico de Atención primaria para su posterior valoración. Los datos se expresan como media \pm DS.

Resultados: La muestra resultante estuvo formada por 158 pacientes hipertensos tratados con diabetes (HTD) (edad media $67,6 \pm 9$ años, 39,2% mujeres) y 342 pacientes hipertensos tratados no diabéticos (HTND) (edad media $67,8 \pm 7$, 53,2% mujeres). Los valores de PAact, PAnoct y Pamedia 24 h sistólica y diastólica fueron de $135 \pm 16/73 \pm 9$, $125 \pm 19/66 \pm 10$ $131 \pm 16/71 \pm 9$ en HTD y de $127 \pm 11/75 \pm 9$, $117 \pm 12/66 \pm 8$, $123 \pm 11/72 \pm 8$ en HTND. 27 (17%) HTD no controlados con MAFC (> 140/85) tuvieron cifras de MAPA 24 horas con Pamed 24 h < 130/80 y PAact < 135/85 y PAnoct < 120/70 considerándose pacientes con HCA, frente a 76 (22,2%) pacientes HTND. 22 (13,9%) pacientes de HTD controlados con MAFC (< 140/85) tuvieron cifras de MAPA 24 h con Pamed 24 h \geq 130/80 y/o PAact \geq 135/85 y/o PAnoct \geq 120/70, considerándose pacientes con MUCH frente a 42 (12,2%) pacientes HTND.

Conclusiones: 1. Los valores de PAact, PAnoct y Pamed 24 h son superiores en diabéticos que en no diabéticos. 2. La MUCH es más prevalente en pacientes diabéticos y la HCA es más prevalente entre los pacientes no diabéticos. Sólo el uso de MAPA permite identificar correctamente ambas entidades clínicas.

419/147. PROYECTO KAIROS DE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN LA FARMACIA COMUNITARIA: PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN

B. Villasuso Cores¹, O. Penin Álvarez², M. Blanco González², N. Pico Feal¹ y J. Rojo Fernández³

¹Farmacia Comunitaria, Mugardos, A Coruña. ²Farmacia Comunitaria, Celanova, Ourense. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Celanova, Ourense.

Objetivos: 1. Grado de control de la PA mediante MAPA en pacientes con diabetes tratados con antihipertensivos. 2. Prevalencia de hipertensión enmascarada no controlada (MUCH). 3. Prevalencia de hipertensión clínica aislada (HCA).

Métodos: Realizamos un muestreo consecutivo de una cohorte de pacientes con diabetes y tratamiento farmacológico antihipertensivo que asistieron a dos farmacias comunitarias gallegas desde Enero 2013 a Enero de 2018. Se excluyeron aquellos con fibrilación auricular y/o intolerancia al monitor. La muestra resultante formó una cohorte a la que se realizó medida aislada de presión arterial en farmacia comunitaria (MAFC) y MAPA de 24 h. Establecimos como valor límite cifras de PA < 140/85 mmHg para pacientes diabéticos y PA < 140/90 mmHg para no diabéticos para considerar PA controlada según MAFC y de PAact < 135/85 y PAnoct < 120/70 y Pamed 24 h < 130/80 mmHg según MAPA. Los pacientes se derivaron al médico de Atención primaria para su posterior valoración. Los datos se expresan como media \pm DS.

Resultados: La muestra resultante estuvo formada por 158 pacientes tratados con diabetes y tratados con antihipertensivos (edad media $67,6 \pm 9$ años, 39,2% mujeres). El grado de control mediante MAPA fue de 34% en los pacientes estudiados. Los valores de PAact, PAnoct y Pamed 24 h sistólica y diastólica fueron de $135 \pm 16/73 \pm 9$, $125 \pm 19/66 \pm 10$ $131 \pm 16/71 \pm 9$. 22 (13,9%) pacientes controlados con MAFC (< 140/85) tuvieron cifras de MAPA 24 h con Pamed 24 h \geq 130/80 y/o PAact \geq 135/85 y/o PAnoct \geq 120/70, considerándose pacientes con MUCH. 27 (17%) pacientes no controlados con MAFC (> 140/85) tuvieron cifras de MAPA 24 h con Pamed 24 h < 130/80 y PAact < 135/85 y PAnoct < 120/70 considerándose pacientes con HCA.

Conclusiones: 1. Los valores de PAact, PAS nocturna y la PA media 24 h están superan el valor admitido como objetivo control. 2. La MUCH está presente en casi un 14% de los pacientes estudiados. 3. La HCA o efecto de bata blanca aparece en un 22% de los pacientes estudiados. Sólo el uso de la MAPA permite identificar correctamente estas entidades clínicas y actuar en consecuencia durante el seguimiento de los pacientes con diabetes e hipertensión.

419/148. LAS PRESIONES CENTRALES Y LA RIGIDEZ ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSAS POSMENOPÁUSICAS SON MAYORES QUE EN PREMENOPÁUSICAS A IGUALDAD DE TENSIONES PERIFÉRICAS

R. Cabrera Sole¹, L. Urrego Rivera¹, C. Turpin Lucas¹, S. García Ruiz¹ y E. Stephan Luepke²

¹Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete. ²Huddersfield Royal Infirmary, Reino Unido.

Objetivos: Introducción: La menopausia y premenopausia son periodos completamente diferentes en las mujeres, no solo por los síntomas que las diferencia, sino también por que existen cambios en parámetros vitales que pueden ser medidos actualmente. Así, tanto la rigidez arterial como las presiones centrales son datos de gran interés, para el seguimiento de pacientes hipertensas. **Objetivos:** Valorar las diferencias de las presiones centrales y la rigidez arterial en pacientes hipertensas pre y post menopáusicas con iguales presiones arteriales periféricas.

Métodos: Hemos estudiado de una cohorte de 870 pacientes hipertensas a un grupo de 45 mujeres post menopáusicas (PostMN), menores de 65 años (61 ± 4 años) y otro grupo de 70 mujeres premenopáusicas (PreMN) (48 ± 4 años) todas fueron sometidas a un estudio de presiones centrales sistólica y diastólica (PASC y PADc) así como medición del índice de aumento (IA) y de la velocidad de onda de pulso (VOP). Todas recibían tratamiento para mantener la TA < 140/90 mmHg. No fueron incluidos las diabéticas o con cardiopatía isquémica previa o con IMC > 30. Se compararon los resultados y los expresamos mas abajo.

Resultados: La TA sistólica/diastólica en el grupo de PostMN fue de $138 \pm 2 / 84 \pm 3$ vs. $131 \pm 2 / 81 \pm 2$ en el grupo PreMN (NS). Sin embargo el IA fue de 27 ± 3 vs. 21 ± 2 , respectivamente ($p < 0,05$). La VOP fue de 8 ± 2 vs. 7 ± 2 ($p = 0,06$). Asimismo las PASC y PADc fueron en el primer grupo de $109 \pm 2 / 82 \pm 2$ vs. $99 \pm 3 / 77 \pm 2$ ($p < 0,05$ para ambos).

Conclusiones: Podemos decir por tanto que aunque las TA periféricas sean similares en mujeres pre y post menopáusicas en tratamiento, los índices de rigidez arterial medida por IA y las presiones centrales son mayores en el grupo de PostMN, indicando un mayor riesgo cardiovascular, que nos debe obligar a un seguimiento más cercano de este grupo de pacientes.

Hipertensión clínica y comorbilidad

419/11. PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Osuna Sánchez¹, C. Robles Mateos¹, S. Allali Mohand¹ y J. Ampuero Ampuero²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

²FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial como una de sus patologías durante el año 2017.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en medicina interna por insuficiencia cardiaca en el año 2017 que padeciesen hipertensión arterial. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

Resultados: Hubo un total de 120 pacientes ingresados por neumonía, de ellos hubo un total de 75 que padecían hipertensión, un 62,5%. Un 58,7% eran mujeres. La media de edad fue de 80,69 ± 10,06 años. Un 8% de los pacientes estaban institucionalizados, un 10,7% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Un 57,3% era de etnia caucásica y un 42,7% bereber. Con respecto a los antecedentes personales un 26,7% cardiopatía isquémica previa; 61,3% DM; 36% FA; 13,3% EPOC; 34,7% dislipemia y un 14,7% neoplasia (activa o no). La causas más frecuentes de ingreso fueron 2, la valvulopatía y la causa isquémica, ambas con un 38,5%. Como hallazgo importante un 10,7% de los pacientes presentaba deterioro cognitivo en algún grado. Un 100% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de 10 ± 8,77 días, siendo éxitus el 10,7% de los pacientes.

Conclusiones: Los pacientes hipertensos ingresados por insuficiencia cardiaca aguda tiene un perfil pluripatológico con múltiples enfermedades añadidas que hacen que sea un paciente de un manejo más complicado en la planta y al que deberíamos realizar un seguimiento más estrecho si cabe.

419/12. HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

J. Osuna Sánchez¹, J. Soria Cano¹, C. Robles Mateos¹ y J. Ampuero Ampuero²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

²FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no hipertensos para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda en medicina interna a lo largo del 2017 separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no son hipertensos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere.

Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad, realizando posteriormente un estudio bivariante no paramétrico para analizar la mortalidad comparada de ambos grupos de estudio.

Resultados: Hubo un total de 120 pacientes ingresados. De los cuales un 55% eran mujeres. La media de edad fue de 73,71 ± 19,74 años. Un 5% de los pacientes estaban institucionalizados, un 8,3% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Un 49,2% era de etnia caucásica y un 50,8% bereber. Un 20,8% no tenían seguridad social. Con respecto a los antecedentes personales un 62,5% referían HTA; DM 45,8%; DLP 25%; EPOC 12,5%, y FA 34,2%. Hasta un 98,3% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de 9,88 ± 8,9 días, siendo éxitus el 13,3% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no hipertensión arterial nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en la edad (80,69 vs. 62,07, p < 0,000), DM (61,33% vs. 20%, p < 0,001) y la DLP (34,66% vs. 8,88%, p < 0,001), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad (10,66% vs. 17,78%, p < 0,201).

Conclusiones: Los pacientes hipertensos con insuficiencia cardiaca son más dislipémicos y diabéticos, pero no presentan una mayor mortalidad, esto puede ser debido a que parte de los fallecimientos era provenientes de países extranjeros en los que es posible que no constase su diagnóstico de hipertensión.

419/13. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS INGRESADOS POR NEUMONÍA EN MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO

J. Osuna Sánchez, C. Robles Mateos y J. Soria Cano

Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados por neumonía en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital que padeciesen hipertensión arterial como una de sus patologías durante 3 años sucesivos.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal de los pacientes ingresados en medicina interna por neumonía durante 3 años sucesivos que padeciesen hipertensión arterial. Se llevó a cabo un estudio pormenorizado de todos los factores de riesgo que presentaban los pacientes, las comorbilidades asociadas, así como antecedentes personales. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad.

Resultados: Hubo un total de 293 pacientes ingresados por neumonía, de ellos hubo un total de 139 que padecían hipertensión, un 47,8%. Un 55,3% eran hombres. La media de edad fue de 77,14 ± 12,10 años (21-103). Un 9,2% de los pacientes estaban institucionalizados, un 41,1% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un 12,8% eran parcialmente dependientes para todas ABVD. Un 68,6% era de etnia caucásica, un 29,3% bereber y un 2,1% eran judíos. Con respecto a los antecedentes personales un 15,7% IRC; 25% ICC; 20,7% cardiopatía isquémica previa; 47,1% DM; 21,4% FA; 20% EPOC; 25,7% dislipemia; un 6,4% neoplasia (activa o no); y un 13,5% ingresaron con el diagnóstico de sepsis. Como hallazgo importante un 25% de los pacientes presentaba deterioro cognitivo en algún grado. Hasta un 75% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de 12,66 ± 10,55 días, siendo éxitus el 18,6% de los pacientes.

Conclusiones: La hipertensión es una importante comorbilidad en los pacientes que ingresan por neumonía, el padecer esta enfermedad empeora el pronóstico del paciente, ya que por lo general son pacientes añosos y hasta en un 75% pluripatológicos.

419/14. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN LA NEUMONÍA

J. Osuna Sánchez¹, S. Allali Mohand¹, J. Soria Cano¹ y J. Ampuero Ampuero²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

²FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de neumonía, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no hipertensos para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por neumonía en medicina interna a lo largo de 3 años sucesivos separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no son hipertensos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad, realizando posteriormente un estudio bivariable no paramétrico para analizar la mortalidad comparada de ambos grupos de estudio.

Resultados: Hubo un total de 293 pacientes ingresados. De los cuales un 60,1% eran hombres. La media de edad fue de 70,67 ± 17,16 años. Un 7,5% de los pacientes estaban institucionalizados, un 32,1% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Un 55,8% era de etnia caucásica, un 42,5% bereber y un 1,7% eran judíos. Un 19,6% no tenían seguridad social. Con respecto a los antecedentes personales un 48,1% referían HTA; DM 32,5%; DLP 15,8%; EPOC 16,1%, y FA 16,4%. Hasta un 50% de los pacientes presentaba 2 o más patologías en el momento del ingreso. La estancia media del ingreso hospitalario fue de 13,27 ± 12,96 días, siendo éxitus el 16,4% de los pacientes. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no hipertensión arterial nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en el sexo (54,67% vs. 64,47%, $p < 0,070$), DM (47,48% vs. 19,07%, $p < 0,001$), DLP (25,89% vs. 6,57%, $p < 0,001$) y la edad (77,50 vs. 64,60, $p < 0,001$), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la estancia media (12,58 vs. 13,84, $p < 0,921$) ni la mortalidad (18,70% vs. 14,47%, $p < 0,216$).

Conclusiones: Los pacientes hipertensos presenta un perfil más pluripatológico y con más edad que los dos hipertensos, lo que hace que sean de un manejo clínico más complicado, sin embargo no hemos encontrado diferencias en la mortalidad, esto puede ser debido a la N de la muestra porque si que se observa una tendencia a la mayor mortalidad en los hipertensos.

419/29. TIEMPO DE DESAPARICIÓN DE LA TOS PRODUCIDA POR LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA DE LA ANGIOTENSINA (IECA) TRAS INTERRUPIR EL TRATAMIENTO EN UNA CONSULTA HOSPITALARIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

M. Fernández Rando¹, S. Grilo Bensusan², A. Grilo³ y M. Herrera González⁴

¹Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla. ²DUE, SAS, Hospital Nuestra de la Merced, Osuna, Sevilla. ³Sección de Medicina Interna, Unidad de HTA

y **Riesgo Cardiovascular**, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ⁴Departamento de Farmacología, Facultad de Farmacia, Universidad de Sevilla, Sevilla.

Objetivos: Determina los días necesarios para la desaparición de la tos, el efecto adverso más frecuente de los IECA, para los distintos principios activos más utilizados en una consulta hospitalaria de riesgo cardiovascular de medicina interna.

Métodos: Realizar un análisis observacional, descriptivo y prospectivo en una consulta hospitalaria con pacientes hipertensos, tratados con IECA, y que sufren la tos producida por este principio activo. Para determinar los días necesarios para la interrupción del tratamiento se utilizó el protocolo que se realiza en el estudio de estos pacientes, en dicha unidad especializada en un hospital público de 3.º nivel y se traspasa la información a una base de datos anonimizada. Una vez recogido y ordenados los datos, se hace un análisis estadístico utilizando el paquete estadístico SPSS para obtener resultados. **Criterios de inclusión:** Se incluyeron todos los pacientes hipertensos que requieran tratamiento, con edad superior a 18 años y que acepten ser incluidos en el estudio previo consentimiento informado. **Criterios de exclusión:** Pacientes con asma, insuficiencia cardiaca descompensada y enfermedades pulmonares que justifiquen la tos.

Resultados: De una cohorte total de pacientes estudiados de 2.630 pacientes, 1.011 estaban tratados con IECA, de ellos 270 fueron diagnosticados con tos por IECA. Según el principio activo, los pacientes que fueron tratados con captopril y sufrieron tos fueron 31, que corresponde con el 11,48% de los pacientes que sufrieron tos, los días necesario para que la tos fueron 6,54 (IC 95%, 5,76-7,33), los pacientes que fueron tratados con enalapril y sufrieron tos fueron 170, que corresponde con el 62,96%, los días necesario para que cediese la tos fueron 6,61 (IC 95%, 6,05-7,17), los pacientes que fueron tratados con ramipril y sufrieron tos fueron 44, lo que corresponde con 16,29%, los días necesarios para que cediese la tos fueron 6,14 (IC 95%, 5,54-6,74), el resto de pacientes tomaban distintos tipos de IECA y fueron agrupados en un grupo, formado por 25 pacientes, que corresponde con 9,26%, los días necesarios para la desaparición de la tos fueron 6,56 (IC 95%, 5,84-7,28).

Conclusiones: El tiempo necesario para que desaparezca la tos producida por IECA, es menor de una semana para los distintos principios activos más utilizados en una consulta hospitalaria de riesgo cardiovascular de medicina interna. No se aprecia una gran diferencia entre los días necesarios para la desaparición de la tos entre los distintos principios activos.

419/73. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Leal Hernández¹, J. Gómez Castaño², A. Navarro Oliver¹, Y. Bautista Mártir¹, J. Bernabé Mora¹ y J. Abellán Alemán³

¹Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia. ²Medicina Familiar, Centro de Salud San Andrés, Murcia.

³Departamento de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia.

Objetivos: Analizar el nivel de conocimiento teórico de los objetivos numéricos de control de los factores de riesgo cardiovascular en nuestros pacientes con alto riesgo cardiovascular según el método Framingham.

Métodos: Estudio observacional transversal descriptivo, mediante encuesta de 8 ítems (edad, sexo, conocimiento de los objetivos numéricos de control de hipertensión, tabaco, índice de masa corporal, hemoglobina glucosilada, perímetro de cintura y LDL-colesterol). Se seleccionaron de forma aleatoria 100 pacientes con alto riesgo cardiovascular según el método Framingham (> 20% riesgo

coronario a 10 años) que acuden a consulta médica por cualquier motivo durante los meses de septiembre y octubre de 2018.

Resultados: El 51% son varones frente al 49% mujeres. La edad media fue de $59,9 \pm 8,6$ años. El 80% decía conocer las cifras objetivo de la presión arterial. De esos el 25% dijeron la cifra correcta (PA sistólica ≤ 140 mmHg y diastólica ≤ 80 mmHg). Respecto al consumo de tabaco el 58% conocían el objetivo (ningún cigarrillo). En cambio el objetivo de control del peso (índice de masa corporal ≤ 25 kg/m²), diabetes (Hb glucosilada $\leq 6,5\%$) sólo era conocido por el 7% y el LDL-colesterol (≤ 100 mg/dl) sólo era conocido por el 6% de los pacientes. La recomendación sobre el perímetro de cintura (≤ 102 cm en varones y ≤ 88 cm en mujeres) fue conocida por el 2%.

Conclusiones: El grado de conocimiento de los objetivos de control de la hipertensión y factores de riesgo cardiovascular relacionados es muy deficiente.

419/88. DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LOS PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CON O SIN ALTERACIONES TIROIDEAS ACOMPAÑANTES INGRESADOS POR UN EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

E. Capín Sampedro¹, J. Fernández Rodríguez², R. Álvarez Velasco¹, A. Martínez León¹ y C. Moris de la Tassa¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias. ²Hospital Carmen y Severo Ochoa, Asturias.

Objetivos: Evaluar si existen diferencias clínicas o demográficas entre los pacientes con fibrilación auricular que tienen alteraciones tiroideas frente a los que no las tienen, así como la comorbilidad presente en los pacientes.

Métodos: Se revisaron los informes de alta de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna de un Hospital de 3º nivel en la sección de Insuficiencia Cardíaca en el periodo comprendido entre 1 octubre de 2010 y 31 de diciembre 2016. Se incluyeron los pacientes que presentaban fibrilación auricular y de ellos se dividieron en los dos grupos, los que tienen alteraciones tiroideas o han tenido y los que no, y sus FRCV (HTA, DM, presencia de cardiopatía isquémica).

Resultados: Se revisaron 1.099 informes de egreso objetivando a 708 pacientes con fibrilación auricular. La edad promedio es de 81,30 años. De los 708 pacientes con trastornos de la tiroides, 221, de los cuales hay 70 hombres y 151 mujeres. Entre los 221 pacientes sin anomalías tiroideas con HTA 188 (85,5%), 45 diabéticos (20,4%) y 107 con cardiopatía isquémica (33,3%). De los 98 sin anomalías tiroideas, son 53 hombres y 45 mujeres. De estos, 37 eran diabéticos (37,8%), 82 hipertensos (83,7%) y 41 con enfermedad isquémica (48%). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los grupos con respecto al sexo ($p = 0,084$), DM ($p = 0,225$), edad ($p = 0,201$) y cardiopatía isquémica ($p = 0,471$). Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas con respecto a los pacientes con hipertensión ($p = 0,03$)

Conclusiones: La edad media de nuestros pacientes fue muy alta (80 años). Se observó que las anomalías tiroideas están presentes en un alto porcentaje de pacientes, casi el 31%. La HTA es un factor causal de la fibrilación auricular que se asocia con una alta prevalencia de episodios de insuficiencia cardíaca. Los pacientes con HTA tienen trastornos de la tiroides con más frecuencia, en comparación con los pacientes normotensos. Dada la alta edad promedio de nuestros pacientes además de la marcada asociación con HTA, se observa alta prevalencia de diabetes o cardiopatía isquémica.

419/90. ¿CUÁL ES EL FACTOR DE RIESGO MÁS PREVALENTE EN PACIENTES QUE SUFREN PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR)?

E. Capín Sampedro, R. Álvarez Velasco y A. Rivas Oriol

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Conocer los principales factores de riesgo, determinantes y la evolución de los pacientes diagnosticados de parada cardiorrespiratoria (PCR) en nuestro medio.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de PCR (al ingreso en el hospital y/o en las UCI) entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013. Se revisan 153 historias, de las cuales sólo corresponden a PCR real 135 pacientes (86%). Se excluyen PCR no reales y pediátricas, menores de 16 años.

Resultados: La principal causa de muerte fue cardiológica (79%) de los casos. Mayor número de varones respecto a mujeres 73,8%. El FRCV más frecuente fue la HTA (67%) seguido de tabaquismo. El pronóstico fue malo con una supervivencia en el ingreso del 41% y con recuperación total 3% de todos los pacientes. Vida independiente en sólo el 30% de los pacientes, siendo grandes dependientes el 54% de los mismos. Fallecen el 59,1% de los infartados, el 62% de las mujeres y el 58% de los hombres. Fallecimiento los primeros días tras el evento, el 50% no sobrevive al segundo día. El 80% son PCR extrahospitalaria (domicilio y lugar público), la mortalidad en los recintos públicos fue menor que en medio hospitalario. El ritmo inicial en la mayoría de los pacientes fue la fibrilación ventricular (83%), seguido de asistolia, ritmo que registra la mayor tasa de éxitos. Se colocó DAI (dispositivo autoimplantable) en 11% de los pacientes.

Conclusiones: El principal FR presente en la mayoría de pacientes que sufren una PCR es la HTA. Se confirma que un porcentaje de la población HTA no es conocedora de su patología, observando un predominio en mujeres. La PCR tiene mal pronóstico a corto y medio plazo, ocurren fundamentalmente en pacientes con cardiopatía previa, de ahí la importancia del control de los FRCV. La única variable que influye para la recuperación es el tiempo de parada cardiorrespiratoria.

419/98. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE HIPERTENSIÓN

P. Fernández-Trujillo Comenge, A. Kuzior, A. Santana Suárez, M. Niveló Rivadeneira, C. Acosta Calero y F. Martínez Martín

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas.

Objetivos: Estudio descriptivo y tratamiento de niños y adolescentes diagnosticados de hiperaldosteronismo primario (HAP) en unidad de hipertensión clínica.

Métodos: Revisión de historias clínicas y de la literatura relevante.

Resultados: De 49 pacientes menores de 20 años derivados a la Unidad de Hipertensión (1994-2018), se diagnosticaron 16 pacientes con HAP (33%), 27 presentaban HTA esencial (55%), y los 6 pacientes restantes padecían HTA secundaria por causas diversas. Los resultados en los pacientes con HAP fueron: edad $15,2 \pm 3,1$ años, PA sin tratamiento $164 \pm 23/96 \pm 18$ mmHg con FC de 79 ± 13 lpm en periodo de vigilia, y $158 \pm 22/89 \pm 18$ mmHg con 75 ± 14 lpm en reposo; eGFR (CKD/EPI) 98 ± 27 ml/min/1,73 m²; kalemia $3,2 \pm 0,7$ mEq/l, 9 tenían hipokalemia (56%); aldosterona en plasma $58,7 \pm 36,2$ ng/dl, y actividad de renina plasmática (ARP) de $0,52 \pm 0,37$ ng/ml/h. Tres pacientes presentaban daño renal, y dos tenían enfermedad cerebrovascular. Se realizó test de captopril en 11 de ellos (69%) y prueba de infusión de salina en 3 pacientes (19%). Se obtuvo TC abdominal en 15 pacientes: 6 tenían adenoma suprarrenal unilateral (37%), todos ellos tratados con suprarrenalectomía con posterior curación analítica, aunque dos de ellos continuaron precisando medicación antihipertensiva; y adenomas bilaterales en un paciente (6%), realizándose sólo a este último cateterismo de venas suprarrenales (CVS). Uno de los pacientes

fue diagnosticado de hiperaldosteronismo familiar tipo I (6%), y recibe tratamiento con bajas dosis de dexametasona; mientras que el resto de casos (6 pacientes con HP idiopático [37%], 1 caso de adenomas bilaterales [6%] y 2 pacientes con hiperaldosteronismo familiar tipo II [13,5%]) se tratan con antagonistas del receptor mineralocorticoide, alcanzando en 89% de ellos normotensión, normokalemia y ARP sin suprimir, aunque con cifras elevadas de aldosterona.

Conclusiones: El HAP fue la causa más frecuente de HTA secundaria en los niños y adolescentes estudiados en la Consulta, presentando en casi 1/3 de ellos daño cerebrovascular o renal. La mitad de ellos tenían hipokalemia. El HAP idiopático y adenomas suprarrenales funcionantes eran las etiologías más frecuentes de HAP. El TC abdominal es necesario en la mayoría de los casos, pero no el CVS. Se consigue la curación analítica mediante cirugía en los adenomas unilaterales; y el control de la HTA, ARP y kalemia se obtiene con antagonistas del receptor mineralocorticoide en la mayoría de los casos restantes.

419/105. PREVALENCIA DE LA DISLIPEMIA ATEROGÉNICA EN LOS HIPERTENSOS MAYORES DE 40 AÑOS EN UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Fernández-Llébreges Castaño¹, J. Krivocheya Montero², C. Olmo Azuaga¹, M. Sarabia Gaitán¹, V. Alarcón Nieto¹ y R. Franco Ferraz¹

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Zona Centro, Melilla.

²Medicina Familiar, Centro de Salud Cabrerizas, Melilla.

Objetivos: Conocer la prevalencia de dislipemia aterogénica (DA) y sus características en los hipertensos mayores de 40 años en una consulta del centro de salud.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en atención primaria, en una consulta de Atención Primaria. A todos los pacientes se les recogieron las siguientes variables: Edad, Sexo, Glucemia basal, HgA1c, PAS, PAD, Colesterol T, HDL, LDL, TGL, tabaquismo e IMC. La dislipemia aterogénica se definió por la presencia (mgr/dl) TGL > 150 y HDL < 40 varones y < 45 mujeres. Como factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) se recogieron: tabaquismo, HTA, diabetes (DM), dislipemia y obesidad. Como lesiones de órgano diana (LOD) se recogieron: hipertrofia ventrículo izquierdo (HTFVI), presión del pulso (PP) y microalbuminuria. Como enfermedad cardiovascular se recogieron: ACV, IRC, Cardiopatía isquémica e insuficiencia cardiaca. Los datos se procesaron con IBM SPSS Statistic, versión 21.

Resultados: Total cupo 1653 pacientes. Mayores de 40 años 897. Los hipertensos en esta población son 119. Prevalencia HTA 13,26%. La prevalencia de DA entre los HTA > 40 años es de 13,44% (n = 16). 50% varones (n = 8) con 62,38 ± 10,12 años. Mujeres 64,13 ± 7,68. FRCV (%): sexo 50, HTA y dislipemia 100, obesidad y DM 68,88 y tabaco 12,5. LOD (%): HTFVI 12,5, microalbuminuria 14,3 y PP 57. Toda la población de estudio es hipertensa con dislipemia aterogénica. Índice de Mayurama varones 7,83 ± 1,68. Mujeres 6,28 ± 2,28. Índice Castelli varones 6,14 ± 1,17. Mujeres 4,43 ± 1,33. El colesterol no-HDL está fuera de control en 100% varones y solo 18,8% está controlado (todas mujeres). El tabaquismo predomina en los varones (25%). No fuma ninguna mujer. En ellas predominan obesidad y DM (55,6 y 63,2%). No hubo mujeres con HTFVI ni varones con microalbuminuria. En ellos PP fue del 66%. La ECV fue del 50% en varones. (37,5% mujeres). El RCV fue alto en mujeres 62,5% y muy alto en varones (50%).

Conclusiones: Toda la población es hipertensa y dislipémica con riesgo cardiovascular residual muy alto. Los varones tienen un RCV muy alto con predominio de LOD (HTFVI y PP) con índices aterogénicos más elevados. Las mujeres presentan RCV alto con predominio de FRCV (obesidad, DM) y microalbuminuria.

419/107. GRADO DE CONTROL EN LOS HIPERTENSOS MAYORES DE 40 AÑOS CON DISLIPEMIA ATEROGÉNICA EN UN CUPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Fernández-Llébreges Castaño¹, C. Olmo Azuaga¹, J. Krivocheya Montero², M. Sarabia Gaitán¹, V. Alarcón Nieto¹ y R. Franco Ferraz¹

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Zona Centro, Melilla.

²Medicina Familiar, Centro de Salud Cabrerizas, Melilla.

Objetivos: Conocer el grado de control en los hipertensos mayores de 40 años con dislipemia aterogénica en una consulta del centro de salud.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en atención primaria, en una consulta de atención primaria. A todos los pacientes se les recogieron las siguientes variables: edad, sexo, glucemia basal, HbA1c, PAS, PAD, colesterol T, HDL, LDL, TGL, tabaquismo e IMC. DA se definió por la presencia (mg/dl) TGL > 150 y HDL < 40 varones y < 45 Mujeres. Como factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se recogieron: tabaquismo, HTA, diabetes (DM), dislipemia y obesidad. Como lesiones de órgano diana (LOD) se recogieron: hipertrofia ventrículo izquierdo (HTFVI), presión pulso (PP), y microalbuminuria. Como enfermedad cardiovascular se recogieron: ACV, IRC, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca. Los datos se procesaron con IBM SPSS Statistic, versión 21.

Resultados: Total cupo 1.653 pacientes. Mayores de 40 años 897. Los hipertensos en esta población son 119. Prevalencia HTA 13,26%. La prevalencia de DA entre los HTA > 40 años es de 13,44% (n = 16). 50% varones (n = 8) con 62,38 ± 10,12 años. Mujeres 64,13 ± 7,68. Los hombres controlan la PA en el 75%. Las mujeres en 50%. PAS está controlada en 62,5% y PAD en 100%. 68,75% son diabéticos. 31,25 tienen prediabetes. Glucemia controlada en 75% sin diferencia por sexos. HbA1c controlada 81,3% (mujeres 87,5%). Perfil lipídico (%): colesterol T 56. LDL 18,8. Ningún control en HDL y TGL. Colesterol no-HDL 18,8 (todas mujeres). Normopeso: 12,5% (ningún varón). Tabaco: 87,55% no fumadores (ninguna mujer fuma). LOD: 85,7% no tiene microalbuminuria (ningún varón la tiene). HTFVI 12,5%. 25% varones. Ninguna mujer la tiene. PP 100% no control varones. Control 100% mujeres. Úrico 68,8% control (varones 75%). Perfil renal: CAC correcto 85,7% (Todos los varones). FG > 60: 81,25%. (100% varones).

Conclusiones: Los pacientes hipertensos con dislipemia aterogénica tienen: Cifras de PA controladas en un 65,5% con mejor perfil en varones y control de PAD en todos los casos. Glucemias controladas en un 75% con glicadas en objetivo (81,3%). Bajo control de lípidos (col T 56%, LDL 18,8% Ningún control HDL y TGL. Colesterol no-HDL controlado en 18,8%), con mejor perfil en mujeres. Alta prevalencia de no fumadores (87,5%). Ninguna mujer fuma. Cuando hay normopeso se trata de mujeres. Todos los varones tiene un FG > 60 y sin microalbuminuria. El 75% no tiene HTFV. El ácido úrico está controlado en 68,8%, siendo mejor en los varones.

419/108. ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PAPEL DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán², L. Pérez Benito¹ y M. Sánchez Chaparro³

¹Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga. ²Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal Antequera, Málaga. ³Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga.

Objetivos: La elevada prevalencia de fibrilación auricular (FA) en pacientes mayores de 80 años, junto con su escasa represen-

tación en ensayos clínicos, hacen muy relevantes los registros de la práctica clínica diaria describiendo el manejo que sobre estos pacientes se realiza. El objetivo de este trabajo es evaluar las características clínicas y el tratamiento anticoagulante que reciben los pacientes mayores de 80 años atendidos en nuestro centro por FA no valvular.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes, realizado en nuestra área sanitaria-hospital comarcal. Se incluyen un total de 265 pacientes consecutivos con diagnóstico de FA no valvular que inician un tratamiento anticoagulante entre febrero 2013 y febrero 2016.

Resultados: De los 265 pacientes, 19 (7,2%) tenían 90 años o más. La edad media era $84,1 \pm 4,6$ años, con un $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{VASc}$ medio de $4,3 \pm 1,5$ y un HASBLED de $2,5 \pm 0,8$. Un 53,2% (141 pacientes) de los pacientes presentaba algún grado de insuficiencia renal (Ac Creat < 60 ml/min), con solo 14 pacientes con insuficiencia renal severa (Ac Creat < 30 ml/min, 5,3%). Se detectó anemia (Hb < 12 g/dl) en 44 pacientes (16,6%). En cuanto al tratamiento recibido, en el 92% de los casos se optó por control de frecuencia cardíaca. En 12 pacientes (4,5%) se decidió no anticoagular, 5 de los cuales fueron antiagregados. En un 67,9% (180 p) se empleó acenocumarol, mientras que un 32,1% recibieron nuevos anticoagulantes orales (85 p). Entre éstos últimos, en un 34,1% se empleó la dosis estándar, mientras que en el 65,9% (56 pacientes) se prefirió la dosis reducida (dabigatrán 110 mg/12 h, rivaroxabán 15 mg/24 h, apixabán 2,5 mg/12 h).

Conclusiones: En la práctica clínica diaria, la mayoría de los pacientes con 80 años o más reciben anticoagulantes orales. Un tercio de ellos recibe nuevos anticoagulantes orales, siendo la dosis reducida la más empleada a pesar del relativamente bajo HASBLED medio y el escaso porcentaje de pacientes con insuficiencia renal severa.

419/109. ¿QUÉ FACTORES DETERMINAN LA ELECCIÓN DE NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR?

B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán², L. Pérez Benito¹ y M. Sánchez Chaparro³

¹Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga. ²Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal Antequera, Málaga. ³Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga.

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca sostenida más frecuente, la que con mayor frecuencia se diagnostica y la que más hospitalizaciones y gastos sanitarios origina. El tromboembolismo arterial es la complicación de mayor relevancia clínica. Los antagonistas de la vitamina K (AVK) han sido el tratamiento de elección durante décadas; sin embargo, presentan limitaciones que hacen que se prescriban de manera insuficiente. Por eso, se han desarrollado fármacos con mayor efectividad, seguridad y sencillez de uso, denominados genéricamente nuevos anticoagulantes orales (NACO). El objetivo de este estudio es identificar las características de los pacientes que condicionan el uso de NACO frente a AVK, con el fin de conocer el perfil clínico de los pacientes con FA que en la práctica clínica diaria reciben estos fármacos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes, realizado en nuestra área sanitaria-hospital comarcal. Se incluyen un total de 745 pacientes consecutivos con diagnóstico de FA no valvular que inician un tratamiento anticoagulante entre febrero 2013 y febrero 2016. Se analizaron las características clínicas, analíticas y ecocardiográficas de los pacientes que recibieron tratamiento con NACO vs. AVK.

Resultados: Se incluyeron 745 pacientes, de los cuales el 64% (477 p) recibían AVK, y el 36% (268 p) recibían NACO. La edad media de los pacientes que recibían NACO fue superior a aquellos pacientes que recibían AVK ($73,4 \pm 7,9$ vs. $76,7 \pm 8,2$, $p < 0,001$). No se observaron diferencias en el tratamiento asignado según sexo. En cuanto a los antecedentes, destaca la significativa mayor proporción de pacientes con hipertensión arterial en el grupo que recibe NACO (82% vs. 63,3%, $p < 0,001$), mayor prevalencia de diabetes mellitus (42,2% vs. 31%, $p < 0,001$), más antecedentes de insuficiencia cardíaca NYHA ≥ 2 (30,6% vs. 15,3%, $p < 0,001$), así como mayor número de pacientes con antecedentes de ACV/AIT (19% vs. 9%, $p < 0,001$). Por el contrario, se observó mayor prevalencia de enfermedad aterosclerótica de cualquier localización en el grupo que recibía AVK. En los parámetros analíticos, destaca la mayor frecuencia de insuficiencia renal en el grupo que recibe AVK (29,6% vs. 18,6%, $p = 0,002$).

Conclusiones: En la práctica clínica diaria, los pacientes ancianos, con mayor comorbilidad y un riesgo isquémico y hemorrágico mayor, son los que reciben con mayor frecuencia NACO. La presencia de disfunción renal y enfermedad aterosclerótica que requiera tratamiento antiagregante son los principales factores que se relacionan con la prescripción de AVK.

419/117. GRADO DE CONTROL Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DIABÉTICOS TIPO 2

A. Díaz Vera¹, A. Segura Frago¹, M. Leal Hernández² y J. Abellán Alemán¹

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

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar el grado de control y los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial (HTA) en diabéticos tipo 2.

Métodos: Estudio transversal realizado en centros de atención primaria. Se seleccionó una muestra ($n = 680$) aleatoria de la población con DM 2 de 18-85 años mediante un procedimiento polietápico. Se definió HTA si la TA era $\geq 140/90$ mmHg o recibían medicación antihipertensiva. Se utilizó como criterio de buen control si TA era $< 140/90$ mmHg o $< 150/90$ mmHg si edad era ≥ 80 años. Para el registro de la TA se realizaron tres mediciones de TAS y TAD, en tres visitas sucesivas, y con monitor de presión arterial validado. Para el análisis se utilizó la media de las tres mediciones. Se realizaron 3 determinaciones analíticas en ayunas de al menos 12 horas y se calculó la media de los tres valores. Se obtuvieron de la historia clínica y mediante entrevista, los datos de los factores de riesgo a estudio. Se analizó la asociación con el grado de control de HTA mediante regresión logística con las siguientes variables: edad, sexo, dislipemia (pacientes en tratamiento farmacológico o con cifras de CT ≥ 200 mg/dl, cLDL ≥ 100 mg/dl, cHDL < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl en mujeres TG ≥ 150 mg/dl), tratamiento farmacológico antidiabético, antecedente enfermedad vascular periférica, diabetes controlada (HbA1c era $< 7\%$ o $< 8\%$ si la edad era ≥ 80 años), HbA1c $> 7\%$, cociente albumina/creatinina, filtrado glomerular, antecedente de ECV, años de evolución DM, glucemia plasmática basal, CT, cLDL, cHDL, TG, creatinina y retinopatía.

Resultados: El grado de control de HTA fue del 53,6%. La edad media fue de 68,9 años, años de evolución de la diabetes 9,99 años, hombres 51,68%, dislipemia 96,2%, y HbA1c media de 6,96%. Se asoció en el análisis bivariado con el cociente albumina/creatinina > 300 mg/g. En el análisis multivariante los factores independientes fueron cociente albumina/creatinina mayor de 300 mg/g (OR = 0,424) y el antecedente de enfermedad cardiovascular (OR = 1,497).

Conclusiones: El grado de control de HTA hallado en la población diabética, comparada con estudios previos publicados es similar. Las variables asociadas de forma independiente fueron el cociente albumina/creatinina > 300 mg/g y el antecedente de ECV.

419/121. DIFERENCIAS ENTRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL Y SECUNDARIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

P. Fernández-Trujillo Comenge, A. Kuzior, M. Niveló Rivadeneira, A. Santana Suárez, C. Acosta Calero y F. Martínez Martín

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Descripción de las diferencias entre pacientes diagnosticados de hipertensión arterial esencial (HTAE), e hipertensión arterial secundaria (HTAS), en una Consulta monográfica de hipertensión.

Métodos: Revisión de historias clínicas.

Resultados: 49 pacientes < 20 años se derivaron a la consulta (1994-2018); 22 con HTAS (16 hiperaldosteronismo primario, 2 glomerulonefritis, 2 displasia arteria renal, 1 paraganglioma, 1 coartación de aorta), y 27 con HTAE. La edad y distribución de sexo era similar en ambos grupos. IMC (kg/m²): 18,9 ± 2,4 (HTAS); 27,8 ± 8,4 (HTAE); p < 0,0001. En el grupo de HTAS: 2 sobrepeso, ninguna obesidad; en el grupo HTAE: 14 sobrepeso y 8 obesos (3 obesidad mórbida), p < 0,0001 para sobrepeso + obesidad, p = 0,0056 para obesidad. Prediabetes: 1 (HTAS); 6 (HTAE); diabetes: ninguna (HTAS); 1 DM tipo 1 + 4 DM tipo 2 (HTAE); p < 0,0001 para disglucemia, p = 0,0561 para DM. Glucemia en ayunas (mg/dl): 79 ± 8 (HTAS); 98 ± 15 (HTAE); p < 0,0001. HbA1C (%): 4,9 ± 0,4 (HTAS); 5,8 ± 0,5 (HTAE); p < 0,0001. Índice HOMA2 de resistencia insulínica: 2,5 ± 0,4 (HTAS); 4,6 ± 1,8 (HTAE); p < 0,0001. FGe (ml/min/1,73 m²): 78,6 ± 15,4 (HTAS); 102,0 ± 31,4 (HTAE); p < 0,0025. Colesterol total (mg/dl): 168 ± 15 (HTAS); 216 ± 31 (HTAE); p < 0,0001. HDL (mg/dl): 55 ± 7 (HTAS); 36 ± 9 (HTAE); p < 0,0001. LDL (mg/dl): 89 ± 9 (HTAS); 133 ± 21 (HTAE); p < 0,0001. Triglicéridos (mg/dl): 118 ± 5 (HTAS); 234 ± 106 (HTAE); p < 0,0001. AST (IU/l): 23 ± 6 (HTAS); 38 ± 9 (HTAE); p < 0,0001. ALT (IU/l): 18 ± 5 (HTAS); 35 ± 8 (HTAE); p < 0,0001. GGT (IU/l): 29 ± 4 (HTAS); 67 ± 15 (HTAE); p < 0,0001. PCR (mg/l): 0,4 ± 0,1 (HTAS); 2,8 ± 1,2 (HTAE); p < 0,0001. Lesión órgano diana (LOD): 6 casos de FGe disminuido + 3 enfermedad CV (HTAS); 1 FGe disminuido (HTAE); p = 0,0027 globalmente, p = 0,0946 para deterioro FGe.

Conclusiones: En este grupo de edad de pacientes hipertensos, casi la mitad padecían HTAS, siendo el hiperaldosteronismo primario la causa más frecuente. El síndrome metabólico (sobrepeso y obesidad, disglucemia, dislipemia, elevación de transaminasas sugestiva de esteatosis hepática, e inflamación crónica) se asoció con más frecuencia al grupo de HTAE. La prevalencia de LOD fue mayor en HTAS.

419/126. MORTALIDAD CARDIOVASCULAR Y FRECUENCIA CARDIACA. ESTUDIO DESCRIPTIVO BASAL DE VIABILIDAD

C. Puig Pera¹, G. Dausà Paniagua¹, Q. Province López¹, L. García-Faría Coll², M. Sánchez Corral² y F. Fernández Segura²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, CAP La Mina, Barcelona.

²Medicina Familiar y Comunitaria, CAP La Pau, Barcelona.

Objetivos: Una frecuencia cardiaca (FC) basal elevada se ha asociado a mayor morbimortalidad cardiovascular. Queremos evaluar la viabilidad de un futuro estudio caso-control y describir la distribución de la FC basal y prevalencia de la FC basal elevada en relación a exitus de origen cardiovascular (CV) o no-CV, así como conocer las variables asociadas a muerte CV.

Métodos: Realización de un estudio descriptivo, con inclusión de todos los pacientes mayores de 18 años, éxitos por cualquier causa, del registro de mortalidad de un centro de salud, entre 2006-2017, y con al menos una FC disponible en la historia clínica electrónica, analizando sólo la primera FC registrada. La causa fundamental de muerte se ha consensuado en sesiones regulares de mortalidad desde 1986. Se define muerte cardiovascular como ictus, enfermedad coronaria, arteriopatía periférica o insuficiencia cardíaca. Exclusión de los pacientes sin información o con discrepancias. Análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión. Comparación de variables cualitativas y cuantitativas con la chi cuadrada y la t Student Fischer, respectivamente. Introducción de las variables en el modelo de regresión logística.

Resultados: De los 942 éxitos del periodo seleccionado, se han incluido 466 (49,5%), un 57,3% de los cuales son hombres. Como comorbilidades más frecuentes un 69,1% son hipertensos, 46,1% presentan cardiopatía isquémica, 39,7% diabéticos, 19,1% obesos y 36,5% fumadores. La FC media global y la de los exitus cardiovasculares es 81,04 (18,04), y 78,58 (19,13) lpm, respectivamente. Los exitus con antecedentes de tabaquismo, cirrosis, dependencia al alcohol o serologías positivas de VIH presentan FC basales significativamente más elevadas. La prevalencia de muerte cardiovascular por cuartil de FC global es: 34,7% (1.º cuartil: 38-68 lpm), 27,4% (2.º cuartil: 69-79 lpm), 24,1% (3.º cuartil: 80-90 lpm) y 24,1% (4.º cuartil: 91-140 lpm). Se observa mayor FC (84 lpm) en muerte no-CV que en muerte CV (79 lpm), así como menor edad de defunción (73 y 76 años respectivamente). En el análisis de regresión logística ninguna variable se asoció significativamente a mortalidad CV.

Conclusiones: Ni la FC basal ni otra variable se asocian significativamente a muerte CV, en comparación con muerte no-CV. Han interferido en los resultados factores de confusión no evaluados (fármacos, patologías), así como un porcentaje elevado de pérdidas o datos aún no procesados. Hay que mejorar estos aspectos previamente a la selección de los controles.

419/133. LOS PACIENTES OBESOS HIPERTENSOS TIENEN MÁS ELEVADA LA RIGIDEZ ARTERIAL, LA PRESIÓN DIASTÓLICA Y LA RESISTENCIA PERIFÉRICA TOTAL, Y NECESITAN MÁS FÁRMACOS PARA SU CONTROL QUE LOS HIPERTENSOS NO OBESOS

R. Cabrera Sole, L. Urrego Rivera, S. García Ruiz, D. Martínez, A. Núñez Galdámez y M. Aguilera

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Objetivos: La obesidad es un problema de salud pública en la mayoría de los países occidentales, y en España, está empezando su escalada. Alrededor del 9% de los niños tienen obesidad y cerca del 25% tiene sobrepeso. En adultos estas cifras son aún peores. A la obesidad se asocian varias enfermedades como la diabetes, y la hipertensión arterial (HTA), entre otras. De allí el interés en tener más información acerca del mejor tratamiento de estos pacientes. Los objetivos son evaluar y comparar las diferencias en las características de la HTA y el tratamiento en pacientes hipertensos obesos respecto a los no obesos.

Métodos: Estudiamos a 686 pacientes mayores de 50 años (P), con HTA a los que hemos dividido según su índice de masa corporal (IMC) en tres grupos: grupo I con IMC < 25: 95 P, grupo II, IMC 25-30: 430 P y grupo III, IMC > 30: 111 P. Todos eran controlados por su MAP, para mantener la TA < 140/90 (TAD, TAS) y se les realizó un MAPA con tratamiento al inicio, así como un estudio de rigidez arterial mediante el índice de aumento (IA) y la velocidad de onda de pulso (VOP), midiéndose también la resistencia periférica total (RPT) en todos ellos (Mobil Ograph[®]), valorándose el número de fármacos

que tomaban y el número de controles que precisaron en el último año. Se excluyeron 50 P con diabetes o infarto de miocardio previo.

Resultados: Las TAS y TAD, fueron significativamente mayores en el grupo I 137 ± 4 vs. 125 ± 3 y 129 ± 4 sistólica y 91 ± 5 vs. 79 ± 4 y 82 ± 4 de TAD de los grupos I y II respectivamente ($p < 0,05$). La IA fue de 34 ± 5 en grupo III vs. 79 ± 4 y 82 ± 4 de los otros dos grupos ($p < 0,05$). La VOP fue de 11 ± 3 en grupo III vs. 6 ± 2 y 8 ± 2 de los otros grupos ($p < 0,05$). Respecto a la RPT fue significativamente mayor en grupo III $1,98 \pm 0,6$ vs. $0,95 \pm 0,3$ y $1,001 \pm 0,3$ del grupo I y II ($p < 0,05$). Finalmente el n.º de fármacos para mantener controlados a estos P fue de 6 ± 1 en grupo III y de $1,8 \pm 1$ y $2,1 \pm 2$ en los otros ($p < 0,05$).

Conclusiones: Según nuestros datos, en los pacientes obesos o con sobrepeso con HTA, las tensiones sistólica y diastólica están significativamente más elevadas que en los pacientes sin obesidad, así como los datos de rigidez arterial y la RPT, lo cual debe incentivarlos a manejar mejor el control ponderal de nuestros pacientes.

419/143. CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN AP

R. Bartolomé Resano¹, F. Bartolomé Resano², M. Artieda Lanás³, Y. Martínez Fernández⁴ y M. Lerena Rivas⁵

¹Medicina Familiar, Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra. ²Medicina Familiar, Centro de Salud de Villava, Navarra. ³Medicina Familiar, Centro de Salud de Sangüesa, Navarra. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud de Lumbier, Sangüesa, Navarra. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud de Abárzuza, Villatuerta, Navarra.

Objetivos: Valorar el control de la HTA en nuestros pacientes con Diabetes mellitus tipo2 (DM) en prevención primaria. Valorar el perfil de riesgo cardiovascular (RCV) de nuestros pacientes con DM como “alto” o “muy alto” según la 6.ª Guía Europea de Prevención Cardiovascular de la SEC 2016. Valorar si existen diferencias en el control entre ambos grupos de RCV.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de historias. Emplazamiento: Atención Primaria (AP). Un centro de salud urbano y tres rurales. Participantes: Seleccionamos todos los pacientes con diagnóstico de DM de cuatro cupos de AP, excluyendo aquellos con enfermedad cardiovascular (ECV), que eran 92, dado que al ser prevención secundaria tienen protocolo propio y su HTA es controlada más estrechamente. Se eliminaron 20 pacientes que no acudían a controles. N = 232 pacientes (60,8% varones, 39,2% mujeres); edad (años): $x = 68,4$, $s = 12,5$.

Resultados: Control global de la HTA: TA < 140/90 mm Hg = 87%. TA < 140/85 mm Hg: 79,3%. TAS (mm Hg): $x = 131,2$; $s = 12$. TAD (mm Hg): $x = 76,1$; $s = 9,3$. RCV como “muy alto” (con alguno de éstos): lesión de órgano diana-proteinuria (33,3%), tabaco (15,4%), HTA con > 140/90 mmHg sin tratamiento (70,4%), hiperlipidemia con LDL > 160 mg/dl sin tratamiento (72,2%), ERC con FG < 30 ml/min (0%), SCORE $\geq 10\%$ (0,6%). Total: 162 (69,8%). Control de cifras de TA: TAS (mmHg): $x = 131,8$; $s = 12$. TAD (mmHg): $x = 76,3$; $s = 9,4$. Pacientes con TA < 140/90 mmHg = 85,8%. Pacientes con TA < 140/85 mmHg = 79%. RCV como “alto”: resto. Total: 70 (30,2%). Control de cifras de TA: TAS (mmHg): $x = 129,9$; $s = 11,9$. TAD (mmHg): $x = 75,7$; $s = 9,1$. Pacientes con TA < 140/90 mmHg = 90%. Pacientes con TA < 140/85 mmHg = 80%. No hubo diferencias significativas en el control de cifras entre ambos grupos con comparación de medias (t Student) ni en el porcentaje de control (χ^2).

Conclusiones: Se ha interiorizado la importancia del control de cifras tensionales en los diabéticos y se ha conseguido llegar al objetivo en un importante porcentaje, aunque habría que intentar alcanzarlo también en los que quedan. No parece que sea tan conocido que el objetivo de la guía en DM es 140/85 mmHg, y no 140/90 mmHg. No parece haberse tenido en cuenta el RCV para intensi-

ficar tratamientos, ya que el porcentaje de control es similar. La guía no especifica claramente qué pacientes deben beneficiarse de un objetivo menor de 130/80 mmHg, al indicar que solo pacientes jóvenes seleccionados de elevado RCV se benefician.

Hipertensión arterial y mujer

419/85. ENFERMEDAD RENAL Y MUJER. ESTUDIO IBERICAN

V. Pallarés-Carratalá¹, M. Turégano Yedro², M. Esteban Rojas³, C. Santos Altozano⁴, J. Polo García⁵ y M. Frías Vargas⁶

¹Unión de Mutuas, Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón. ²Medicina Familiar, Centro de Salud San Jorge, Badajoz. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Zona Centro, Badajoz. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Suerte de Saavedra, Badajoz. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Casar, Cáceres. ⁶Medicina Familiar, Centro de Salud Campoverde, Madrid.

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedad renal en las mujeres incluidas en el estudio.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de Atención Primaria en España y que serán seguidos durante al menos 5 años. Se analizaron 1062 mujeres con enfermedad renal (ER). Se asumió ER a través de la estimación del FG (fórmulas CKD-EPI, KDIGO y MDRD); también se calculó la albuminuria a través del cociente albúmina/creatinina en orina (microalbuminuria/proteinuria) y el riesgo renal.

Resultados: Las mujeres representan el 54,2% de la muestra. La edad media fue mayor en varones que mujeres ($58,63 \pm 14,33$ vs. $57,11 \pm 15,06$, $p < 0,001$). La prevalencia de ER (CKD-EPI) < 60 con albuminuria (ALB) fue mayor en hombres que mujeres (2,5 vs. 1,4%, $p < 0,001$) y ER (CKD-EPI < 60 sin ALB) fue mayor en mujeres (7,3 vs. 5,5%, $p < 0,001$). En relación a KDIGO < 60 fue mayor en mujeres (8,7 vs. 8%, $p < 0,02$) y según MRD < 60 con ALB fue mayor en varones (2,6% vs. 1,6%, $p < 0,001$), y < 60 sin ALB fue mayor en varones (9,2% vs. 6,2%, $p < 0,001$) con riesgo renal mayor en mujeres de bajo riesgo (86,8 vs. 83,7%) y mayor en hombres de moderado riesgo (11,8 vs. 9,2%), $p < 0,03$.

Conclusiones: Las mujeres en el IBERICAN con enfermedad renal presentan una menor edad, mayor prevalencia de ER mediante las estimaciones de CKD-EPI y KDIGO, siendo su riesgo renal global de bajo riesgo.

419/93. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO. ¿EXISTEN DATOS DE AFECTACIÓN VASCULAR TRAS LA RESOLUCIÓN DE ESTOS?

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

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

Objetivos: La preeclampsia (PE) es un trastorno hipertensivo del embarazo que se asocia, entre otros a un mayor riesgo de hipertensión crónica, enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. Nuestro objetivo es evaluar, si meses tras resolución del trastorno hipertensivo del embarazo, se observan datos sugestivos de rigidez arterial o afectación vascular periférica que hagan presuponer in-

cremento de riesgo a largo plazo de hipertensión arterial crónica y enfermedad cardiovascular.

Métodos: Se seleccionaron 75 pacientes consecutivas con antecedentes de trastorno hipertensivo del embarazo. Se realizó evaluación de las mismas 6 meses tras el parto, una vez resuelta la hipertensión y desaparecida la proteinuria en los casos de preeclampsia. Se registraron variables demográficas, así como datos de gestación. Se llevó a cabo determinación de índice tobillo-brazo (ITB) y velocidad onda de pulso (VOP) para evaluar el estado vascular. Se consideraron valores normales, un ITB > 0,9 y respecto a VOP, los valores medios descritos para población sana según grupo de edad (< 30 años: 6,2 m/s; de 30-39 años: 6,5 m/s y 40-49 años: 7,2 m/s).

Resultados: Fueron incluidas un total de 75 mujeres, con edad media, 34,2 ± 5,5 años, IMC: 27,5 ± 4,9 kg/m², perímetro abdominal: 96,4 ± 11,0 cm, PAS: 119,9 ± 9,7 mmHg, PAD: 78,5 ± 8,2 mmHg. De todas ellas, el 53,3% eran primíparas, el 34,7% tenían antecedente previo de aborto, el 9,3% tuvo embarazo múltiple, en un 12,0% la gestación se llevó a cabo mediante técnicas de reproducción asistida y en un 54,7% de los casos el parto se produjo mediante cesárea. Del total de las pacientes evaluadas, 22 habían presentado HTA gestacional durante su embarazo y 53 preeclampsia. Los valores medios de ITB derecho/izquierdo, en ambos grupos fueron: 1,2 ± 0,3 / 1,0 ± 0,2 vs. 1,1 ± 0,3 / 1,1 ± 0,2, en los grupos de HTA gestacional y preeclampsia, respectivamente. Un total de 20 mujeres presentaron ITB alterado, 7 en el grupo de HTA gestacional y 13 en el grupo de preeclampsia. La VOP fue de 9,1 ± 1,8 m/s, reflejando valores superiores a la media del grupo de edad correspondiente en el 100% de las pacientes con HTA gestacional y en el 97,9% de las preeclámpticas.

Conclusiones: Observamos en nuestra cohorte, un elevado porcentaje de pacientes con VOP alterado, y en menor medida del ITB, datos sugestivos de afectación vascular e incremento de riesgo de desarrollo de hipertensión arterial y enfermedad vascular.

419/113. ANÁLISIS DE CONTENIDO SOBRE DIABETES GESTACIONAL Y PREECLAMPSIA EN TWITTER

M. María Tablado¹ y T. Méndez García²

¹Medicina Familiar, Consultorio Perales de Tajuña, Madrid.

²Medicina Familiar, Consultorio Local de Burujón, Toledo.

Objetivos: En los últimos años la red social Twitter se ha convertido en un nuevo motor de búsqueda de datos, citas y resúmenes de artículos de investigación médica, hasta el punto de ser considerada por algunos como el nuevo PubMed, pero con el valor añadido de los contenidos que se suelen enlazar a los tuits, hilos y conversaciones. Con el presente estudio, analizamos la presencia de la diabetes gestacional y la preeclampsia en dicha red social y la variedad de contenidos asociados con la finalidad de evidenciar su utilidad como buscador.

Métodos: Mediante la estrategia de búsqueda avanzada en Twitter, como texto libre, de los siguientes términos en inglés y asociados "preeclampsia, diabetes y gestacional", realizada de manera independiente y por dos revisores con fecha 6 de diciembre de 2018, se recogieron las 100 menciones, más recientes, con fechas comprendidas entre el 6 de septiembre y el 5 de diciembre de 2018, registrando el tipo de perfil y número de seguidores, número de retuit, me gusta y comentarios, posibles enlaces asociados y contenidos.

Resultados: De las 100 menciones recogidas, con 315.057 usuarios potenciales o seguidores, que participaron con un total de 134 retuit, 547 me gusta y 63 comentarios, lo que supone la realización de un 0,04% de retuit, 0,17% de me gusta y 0,02% de comentarios, destacamos la presencia de numerosos enlaces y comentarios sobre estos temas, generalmente en relación a debates sobre obesidad, dietas y ejercicio físico en el embarazo.

Conclusiones: Twitter se ha convertido en una de las redes sociales más utilizadas por los profesionales sanitarios para permanecer actualizados. La búsqueda realizada permite evidenciar su utilidad para difundir contenidos, en cuanto a usuarios potenciales y generación de tráfico a webs, así como para encontrar enlaces de interés suministrados por otros usuarios, e incluso escuchar de forma activa los principales intereses y preocupaciones de los pacientes sobre el tema.

419/114. CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE UN ÁREA DE SALUD

G. Mediavilla Tris¹, J. Iturralde Iriso², J. Alberdi Alcorta², E. Gómez Vadillo³, M. Ortega Horrillo⁴ y J. Calleja Pasual⁵

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Aranbizkarra, Vitoria-Gasteiz. ²Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Habana-Cuba, Vitoria-Gasteiz. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Zabalzana, Vitoria-Gasteiz. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Olaguibel, Vitoria-Gasteiz. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Lakuabizkarra, Vitoria-Gasteiz.

Objetivos: Comprobar como tenemos controlada la tensión arterial en una población femenina de un área de salud.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se utilizan todos los usuarios femeninos asignados a un área de salud urbano mayores de 14 años. El corte para realizar el estudio se realiza en el mes de diciembre del 2018. Se utiliza un análisis de la base de datos del programa OSABIDE.

Resultados: Son resultados recogidos de la historia clínica informatizada. La población femenina estudiada son 125.683 mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) es del 18,24%. Realizamos el cribado de HTA cada 4 años en población menor de 40 años al 57,59% y en mayores de 40 años cada 2 años al 45,84%. Consta que se ha realizado el estudio analítico básico inicial al 91,37% y el estudio analítico trienal al 68,39%. Tienen calculado el Riesgo cardiovascular anualmente el 47,37%. El control de enfermedad que incluye consejos de dieta y ejercicio, control anual de peso, tensión arterial semestral y efectos secundarios de fármacos y toma de medicación el 37,85%. Tienen registrado un electrocardiograma realizado en los últimos 5 años el 76,94%. Buen control de tensión arterial que incluye cifras menores de 140/80 el 39,06%.

Conclusiones: Gracias al programa OSABIDE, sabemos en todo momento el control de nuestra población femenina hipertensa. Debemos tener en cuenta el sesgo que puede suponer no registrar bien los resultados en los formularios diseñados para tal fin. Son resultados que deben ser mejorados por el riesgo que tiene esta población de sufrir complicaciones por el mal control de su hipertensión.

419/124. MUJERES, COMORBILIDAD E INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Úbeda Pastor¹, A. Dalfó Pibernat¹, M. Pallarés Sanz¹, N. Jdid Rosas¹, J. Montiel Dacosta² y M. Casanova Gil¹

¹Medicina Familiar, CAP Horta, Barcelona. ²Medicina Familiar, Hospital de Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Conocer el perfil clínico de las mujeres que padecen insuficiencia cardiaca en AP y comparar si existen diferencias estadísticas significativas (DES) en los 3 nuevos subgrupos de clasificación de la insuficiencia cardiaca (IC) en función de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI): FEVI reducida < 40, FEVI intermedia 40-49, FEVI preservada ≥ 50.

Métodos: Pacientes de un centro de atención primaria (CAP) con diagnóstico de IC registrados en eCAP con registro de ecocardiograma. Variables: sociodemográficas (edad/género), clínicas (HTA,

DM, cardiopatía isquémica (CI), fibrilación auricular (ACxFA), estadio NYHA, hipertrofia ventricular izquierda (HVI), tratamiento y datos analíticos (filtrado glomerular (FG) i cociente albúmina/creatinina en orina (CAC). Se excluyeron mal registrados, defunciones y trasladados. Análisis estadístico: SPSS 22.0.

Resultados: De los 23.946 pacientes asignados al CAP se obtiene una muestra de 316 diagnosticados de IC (1,3%), con ecocardiografía. Edad media: 77,7 años (DE 9,8). El 50,2% (159) son mujeres, de los que el 12% (19) tienen IC con FEVI < 40%, 7,5% (12) intermedia y 80,5% (128) preservada. El 49,5% (157) son hombres, de los que el 21,6% (34) tienen IC con FEVI < 40%, 13,7% (21) intermedia y 64,9 (102) preservada. En el subgrupo FEVI < 40 los hombres tienen mas HTA (61,15% vs. 38,5%), mas DM (73,1% vs. 26,9%), mas CI (80% vs. 20%), mas HVI (71,4% vs. 26,8%) y ACxFA (83,3% vs 16,7%). En el subgrupo FEVI 40-49 los hombres tienen mas HTA (64% vs. 36%), mas DM (71,4% vs. 28,6%), mas CI (77,8% vs. 22,2%), mas HVI (66,7% vs. 33,3%) y mas ACxFA (64,3% vs. 35,7%). En el subgrupo FEVI ≥ 50 los hombres tienen menos HTA (43,6% vs. 56,4%), mas DM (51,7% vs. 48,3), más CI (60% vs. 40%), menos HVI (48% vs. 52%), menos ACxFA (46,6% vs. 53,4%). No existen diferencias significativas en relación a: edad, IMC, CAC, FG, HbA1c y LDL en los 3 subgrupos entre hombres y mujeres.

Conclusiones: Existe baja prevalencia de IC probablemente por falta de registro y lista de espera en realización de ECO-cardiograma. La mayoría de pacientes tienen FEVI preservada tanto Hombres como mujeres. La mayoría con FEVI reducida e intermedia son Hombres. Existe una mayor relación entre ser mujer, menor comorbilidad y tener una FEVI preservada.

Síndrome metabólico, prediabetes y diabetes

419/6. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING PARA CARACTERIZAR EL DÉFICIT DE VITAMINA D EN UNA POBLACIÓN OBESA E HIPERTENSA

R. García Carretero¹, O. Vázquez Gómez¹, L. Vigil Medina¹ e I. Mora Jiménez²

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

Objetivos: Más allá de su papel en la homeostasis del calcio, los niveles de vitamina D se correlacionan inversamente con la aparición de riesgo cardiovascular. Así, puede ser considerada como un predictor de eventos cardiovasculares, dada su asociación con obesidad, hipertensión y diabetes tipo 2. En el presente estudio, investigamos los predictores asociados al déficit de vitamina D en nuestros pacientes hipertensos.

Métodos: Se incluyeron 221 pacientes con un período de seguimiento de 11 años. Se utilizaron métodos descriptivos y estadística analítica convencional, como regresión logística. Además, se introdujeron métodos de machine learning (Elastic Net y Random Forest) para construir un modelo predictivo con las variables clínicas y de laboratorio de los pacientes.

Resultados: El modelo de Elastic Net produjo mejor rendimiento que el modelo de regresión logística, tanto en área bajo la curva (76% vs. 64%) como en error de clasificación (18% frente al 25%). El modelo de Random Forest identificó un modelo formado por edad, presión sistólica y diastólica, LDL colesterol y proteína C reactiva.

Conclusiones: Ni la obesidad ni el sobrepeso, cuantificados como IMC y perímetro de cintura, síndrome metabólico o diabetes tipo 2 se asociaron con el déficit de vitamina D en nuestro pacientes. Consideramos que las técnicas de machine learning suponen una

alternativa a las técnicas estadísticas convencionales cuando se maneja gran cantidad de variables.

419/7. PREDICCIÓN DEL DESARROLLO DE DIABETES TIPO 2 UTILIZANDO SERIES TEMPORALES Y K-NEAREST NEIGHBOURS EN PACIENTES HIPERTENSOS

R. García Carretero¹, C. Morcate Fernández¹, L. Vigil Medina¹ y C. Soguero Ruiz²

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

Objetivos: La prediabetes es una condición de glucemia alterada en la que la glucemia sanguínea está por encima de lo normal, pero sin llegar al umbral de diagnóstico de diabetes tipo 2 (DM2). Aunque no se ha postulado como una enfermedad, los pacientes prediabéticos presentan un riesgo aumentado de desarrollar DM2. Nuestro objetivo es desarrollar un modelo para predecir el desarrollo de DM2 en dos años usando varias variables clínicas y de laboratorio.

Métodos: En un estudio retrospectivo se incluyeron 1647 pacientes obesos e hipertensos para realizar un análisis de series temporales y con técnicas de machine learning, específicamente K-nearest neighbours (KNN) y Random Forest (RF) para identificar los pacientes en riesgo. El período de observación fue de 13 años. Los datos se limitaron a dos años previos al diagnóstico de DM2, para establecer si el modelo desarrollado podría predecir la aparición de DM2 en pacientes con los que no se había desarrollado el modelo (validación externa).

Resultados: El modelo de clasificación de KNN fue capaz de clasificar los pacientes en un 96% de los casos, con una sensibilidad de 98%, una especificidad de 78%, un valor predictivo positivo de 96% y un valor predictivo negativo de 94%. Finalmente, RF identificó los niveles de insulina y el índice de resistencia insulínica HOMA como los predictores más importantes de desarrollo de DM2 en dos años.

Conclusiones: Hemos construido un modelo pronóstico para pacientes hipertensos y obesos que fue capaz de identificar a los pacientes que desarrollarán DM2 en dos años. HOMA e insulina se mostraron como los predictores de más peso en el desarrollo de DM2 en estos pacientes. Los clínicos tienen la oportunidad de usar machine learning como alternativa a los métodos estadísticos convencionales para valorar mejor el riesgo de desarrollo de DM2 y proveer un mejor manejo en estos pacientes.

419/24. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

P. Tarraga López¹, M. Tarraga Marcos², J. Panisello Royo³, F. Madrona Marcos¹, M.I. Sadek¹ y C. Celada Roldán⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Zona 5A Albacete, Albacete. ²Servicio de Enfermería, Hospital Clínico Zaragoza, Zaragoza. ³Medicina Interna, Unidad de Lípidos y Riesgo Cardiovascular, Policlínica San Carlos, Igualada, Barcelona. ⁴Medicina Familiar, Cartagena.

Objetivos: Analizar la evolución de un programa de actividad física motivada para el tratamiento de la obesidad.

Métodos: Estudio casos-control longitudinal, aleatorizado y controlado, con 2 brazos, 12 meses de seguimiento y una ratio de asignación 1:1. La recogida de datos se hizo entre julio del 2017 y julio del 2018. Los pacientes, mujeres y varones, debían haber sido derivados de sus médicos de empresa con el diagnóstico de sobrepeso u obesidad y una edad entre 25 y 70 años. Se analizan parámetros antropométricos, lipídicos y seguimiento del programa.

Resultados: Han participado 123 pacientes obesos o con sobrepeso (61 en G1 intervención y 62 G2 control usual care) de los que finalizan el estudio 107 (60 en G1 y 47 en G2). Edad Media 45,55 ± 12,83 DE. Sexo: 57,2% mujeres y 42,8% hombres. El seguimiento de los pacientes en el programa es muy superior al grupo control y los abandonos son insignificativos, solo uno. Se puede observar cómo tanto el peso como el índice de masa corporal como los principales parámetros lipídicos se reducen en el grupo de estudio de forma significativa con respecto al grupo control. La actividad física del grupo con intervención de programa de actividad física motivada es tres veces más superior al grupo sin intervención. Se aprecia una relación significativa entre el aumento de la actividad y la reducción de peso ($p < 0,001$), también entre esta y la reducción de Colesterol y Triglicéridos.

Conclusiones: En nuestro estudio un programa de motivación para la actividad física resulta tener más seguimiento y por tanto mejora los parámetros antropométricos y lipídicos.

419/25. EFECTO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA MOTIVADA EN LOS PARÁMETROS LIPÍDICOS DE PACIENTES CON OBESIDAD Y/O SOBREPESO

P. Tarraga López¹, J. Panisello Royo², M. Tárrega Marcos³, F. Madrona Marcos¹, M.I. Sadek¹ y C. Celada Roldán⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Zona 5A Albacete, Albacete. ²Medicina Interna, Unidad de Lípidos y Riesgo Cardiovascular, Policlínica San Carlos, Igualada, Barcelona.

³Servicio de Enfermería, Hospital Clínico Zaragoza, Zaragoza.

⁴Medicina Familiar, Cartagena.

Objetivos: Valorar el efecto de un programa de actividad física motivada sobre los parámetros lipídicos más relacionados con el exceso de peso (triglicéridos [TG] y colesterol de las lipoproteínas de alta densidad [cHDL]) en una intervención para reducir peso en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Métodos: Ensayo clínico, aleatorizado y controlado, doble ciego, con 2 brazos y un seguimiento de 12 meses. Los pacientes incluidos en el estudio fueron aleatorizados en 2 grupos de intervención: Intervención motivacional de obesidad con enfermera entrenada previamente (G1), grupo motivacional, con apoyo de plataforma digital y programa de actividad física motivada (iwo-pi [G2]). Las variables antropométricas medidas fueron estatura, peso, índice masa corporal (IMC) y las analíticas, colesterol total, TG y cHDL.

Resultados: Han participado en el estudio 123 pacientes de los que 61 fueron aleatorizados al G1 y 62 al G2. Todos los grupos disminuyeron significativamente el peso al final del estudio, siendo la disminución en el G1 (-4,898 kg) y del G2 (-6,292 kg). También todos los grupos disminuyeron significativamente ($p < 0,05$) el colesterol total y los TG y aumentaron el cHDL, siendo estos cambios más intensos en el grupo G2, el grupo que más peso perdió.

Conclusiones: La reducción de peso se acompaña de cambios favorables en los parámetros lipídicos relacionados con el sobrepeso y la obesidad, siendo más intensos cuanto mayor es la pérdida de peso.

419/26. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON CANAGLIFOZINA EN LOS DIABÉTICOS MAL CONTROLADOS

P. Tarraga López¹, M. Tárrega Marcos², J. Panisello Royo³, F. Madrona Marcos¹, M.I. Sadek¹ y C. Celada Roldán⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria, EAP Zona 5A Albacete, Albacete. ²Servicio de Enfermería, Hospital Clínico Zaragoza, Zaragoza. ³Medicina Interna, Unidad de Lípidos y Riesgo Cardiovascular, Policlínica San Carlos, Igualada, Barcelona.

⁴Medicina Familiar, Cartagena.

Objetivos: Valorar la evolución metabólica en pacientes con mal control previo después de iniciar tratamiento con canagliflozina.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con mal control glucémico de varios centros de salud de Albacete y Cuenca en los que se ha iniciado tratamiento con canagliflozina después de 6 meses. Se analizan variables: edad, sexo, peso, talla, IMC. Variables analíticas: glucemia, hemoglobina glucosilada, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, úrico, proteína C reactiva, urea, creatinina, proteinuria.

Resultados: Han participado 107 pacientes diabéticos, 45,5% hombres. Edad media 61,16 ± 23 años. Variable basal 6 meses nivel signif glucemias ayunas 157,41-126,89 $p > 0,002$; hemoglob glucosilada 8,55 6,91 $p > 0,003$ peso 84,31 80,21 $p > 0,002$ IMC 31,66 30,04 $p > 0,04$ colesterol T 199,05 188,61 $p > 0,03$ LDL 113,36 97,102 $p > 0,05$ TG 195,18 176,80 $p > 0,05$.

Conclusiones: El tratamiento con canagliflozina 100 ha resultado efectivo para el control metabólico de pacientes diabéticos previamente mal controlados.

419/66. CAMBIOS EN EL PERFIL GLUCÉMICO INDUCIDOS POR EL TRATAMIENTO CON AGONISTAS DEL GLP1 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

L. Vigil Medina, A. Colas Herrera, B. Vargas Rojo, C. Rodríguez de Castro, R. García Carretero y M. Varela Entrecanales

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

Objetivos: La HbA1c se asocia con complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), pero no refleja la variabilidad glucémica (VG) ni la complejidad glucémica (CG), que pueden empeorar el pronóstico. Analizamos si un tratamiento con agonistas del receptor de GLP1 (AR-GLP1) puede reducir la VG y aumentar la CG, junto con el descenso en los niveles de HbA1c.

Métodos: Incluimos 17 pacientes (18-80 años) diagnosticados de DM2 e HTA esencial, con un IMC ≥ 30 y una HbA1c $\geq 7\%$ y $< 9\%$, en tratamiento con uno o más fármacos antidiabéticos (excluida la insulina). Realizamos una monitorización continua de glucosa (MCG) de 72 horas, al inicio del estudio y 6 meses después del tratamiento con un AR-GLP1 de acción prolongada. Se evaluaron los índices de VG y CG en la MCG, el IMC y los parámetros de control glucémico. El objetivo principal fueron los cambios en los índices de VG (media del promedio de excursiones de glucosa -MAGE- y coeficiente de variación -CV- de la media de glucosa), CG (análisis de fluctuación de tendencias -DFA-) y picos glucémicos (área de glucosa superior a 180 mg/dl -AO 180-) en la MCG, desde el inicio hasta los 6 meses y sus relaciones con los cambios antropométricos (IMC) y metabólicos (glucosa en ayunas y HbA1c).

Resultados: Al inicio, la media de HbA1c y de la glucosa en ayunas fueron 7,74 (0,63)% y 160 (35) mg. y a los seis meses 6,88 (0,61)% y 132 (27) mg, respectivamente. En la MCG solo los cambios (basales vs. 6 meses después del tratamiento) en el indicador de manejo de glucosa (IMG) -un equivalente de la HbA1c en la MCG- y en el AO180 mostraron correlaciones significativas con la mejoría metabólica (HbA1c y glucosa en ayunas). En el análisis multivariado, solo el AO180 (mostrando diferencias con la glucosa en ayunas) y el IMG (mostrando diferencias con la HbA1c) permanecieron significativos. Los cambios en el IMG (basal vs. 6 meses) entre el primer y tercer tercil del AO180 basal, fueron también factores predictivos significativos de la mejoría metabólica.

Conclusiones: La mejoría metabólica inducida por el tratamiento con un AR-GLP1 de acción prolongada parece depender del control fásico, representado por AO180, en la MCG. Un AO180 basal más alto también predice un mejor control metabólico tras el tratamiento con un AR-GLP1. La MCG puede resultar una herramienta útil para seleccionar pacientes para el tratamiento con estos fármacos.

419/70. DEFICIT DE VITAMINA D Y PREDIABETES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

L. Vigil Medina, R. García Carretero, C. Rodríguez de Castro, A. Colas Herrera, B. Vargas Rojo y M. López Jiménez

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

Objetivos: El déficit de vitamina D se asocia con una disminución de la liberación de insulina, de resistencia a la insulina y de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) en estudios epidemiológicos. Nuestro objetivo fue investigar la asociación de este déficit en pacientes hipertensos con prediabetes.

Métodos: Estudio observacional, transversal. Incluimos 432 pacientes con hipertensión arterial. Aquellos con DMT2 fueron excluidos. Definimos la prediabetes según criterios de ADA (HbA1c \geq 5,7% y/o glucosa en ayunas \geq 100 mg/dl). En todos los pacientes medimos la 25-hidroxi-vitamina D3 (25 (OH) D3 (ECLIA, Roche Diagnosis) y se consideró como déficit $<$ 20 ng/ml.

Resultados: Incluimos 432 pacientes (51% mujeres) con edad de 56 (13) años, IMC 30 (5) y una mediana de 25 (OH) D3 de 24 ng/ml (RIC 15-31). El 59% tenía prediabetes (46% por HbA1c, 39% por glucosa en ayunas y 26% por ambos criterios) y el 40% un déficit de vitamina D. Los niveles de 25 (OH) D3 se correlacionaron positivamente con la edad ($\rho = 0,155$, $p = 0,001$) y con el colesterol HDL ($\rho = 0,171$, $p = 0,001$) y negativamente con el perímetro abdominal ($\rho = -0,112$, $p = 0,028$), los triglicéridos ($\rho = -0,134$, $p = 0,005$), la glucosa en ayunas ($\rho = -0,097$, $p = 0,045$), el FGe-EPI-creatinina ($\rho = -0,221$, $p = 0,047$), la PCR-us ($\rho = -0,201$, $p < 0,0001$), la HbA1c ($\rho = -0,122$, $p = 0,016$), el índice de HOMA ($\rho = -0,182$, $p = 0,001$) y el IMC ($\rho = -0,182$, $p < 0,0001$). Los niveles de vitamina D fueron más bajos en aquellos pacientes con prediabetes que sin ella (22 vs. 25 ng/ml, $p = 0,015$) y el déficit de vitamina D se asoció con la presencia de prediabetes ($p = 0,05$). En el análisis multivariado, el único predictor independiente de los niveles de 25 (OH) D3 (regresión lineal) fue el índice de HOMA ($\beta = -2,36$, $p = 0,002$) y del déficit de vitamina (regresión logística) los niveles de HbA1c ($\beta = 5$, $p = 0,043$).

Conclusiones: En nuestros pacientes hipertensos, con una alta prevalencia de prediabetes, el déficit de vitamina D fue muy común y se asoció significativamente con la presencia de prediabetes y con los niveles de HbA1c. Además, los niveles de vitamina D se asociaron independientemente con la resistencia a la insulina. Por lo tanto, la medición de la 25 (OH) D3 sérica puede ser útil en pacientes hipertensos con prediabetes.

419/75. RESISTENCIA A LA INSULINA Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DEL ESTUDIO ENRICA

M. Gijón Conde¹, M. Alvargonzález Arrancudiaga¹, A. Graciani², J. de la Cruz² y J. Banegas Banegas²

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Cerro del Aire, Majadahonda, Madrid. ²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: Estimar la prevalencia de resistencia a la insulina y analizar su relación con factores de riesgo cardiovascular en la población española del estudio ENRICA (Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular).

Métodos: Estudio transversal realizado de 2008 a 2010 sobre 11.640 individuos representativos de la población española de 18 y más años. La información se obtuvo mediante examen físico estandarizado y las analíticas se realizaron en un laboratorio central. La resistencia a la insulina se estimó con el modelo HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment-Insulin Resistance). Se consideró resistencia a la insulina si la HOMA-IR fue superior al percentil 75 (p75). Se usó correlación de Spearman y análisis de regresión lo-

gística multinomial para evaluar las asociaciones de la HOMA-IR con factores de riesgo cardiovascular (edad, sexo, índice de masa corporal [IMC], tabaquismo, inactividad física, obesidad general y abdominal, diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, colesterol-HDL bajo [$<$ 40 mg/dl en varones y $<$ 50 en mujeres], hipertensión arterial y proteína C reactiva [PCR]).

Resultados: La edad media de los participantes fue 46,9 (\pm 17) años. El 25,6% de los varones (HOMA-IR \geq 2,78) y el 25,2% de las mujeres (HOMA-IR \geq 2,47) tenían resistencia a la insulina. La edad, el IMC, la presión arterial sistólica y diastólica, la PCR y la proporción de sujetos con obesidad general y abdominal, diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipo-HDL-colesterolemia e hipertensión aumentaron al aumentar HOMA-IR ($p < 0,001$); mientras que la proporción de fumadores y de sujetos que cumplían la recomendación OMS de actividad física disminuyeron al aumentar HOMA-IR ($p < 0,001$). Tras el ajuste multivariable, el odds ratio [OR] de tener insulin-resistencia (cuartil más alto de HOMA-IR [$>$ 2,61] vs. cuartil más bajo [$<$ 1,09]) fue significativamente mayor con la edad (OR = 1,01), en mujeres (OR = 1,34), o si se padecía diabetes (OR = 8,64), obesidad general (OR = 4,01), obesidad abdominal (OR = 4,19), hipercolesterolemia (OR = 1,15), hipertrigliceridemia (OR = 4,16), colesterol HDL bajo (OR = 2,67) e hipertensión arterial (OR = 1,70) (todos con $p < 0,001$). Al contrario, había menor OR de IR en fumadores (OR = 0,55) y si se cumplía la recomendación OMS de actividad física (OR = 0,77).

Conclusiones: Uno de cada cuatro adultos tiene resistencia a la insulina determinada por HOMA-IR en la población española, lo cual se asocia positivamente con los principales factores de riesgo cardiovascular y negativamente con el tabaco y la actividad física.

419/78. ADHESIÓN A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES DIABÉTICOS CON MAL CONTROL

F. Madrona Marcos¹, M. Tárraga Marcos², C. Celada Roldán³, I. Sadek¹, P. Tárraga López¹ y A. Celada Rodríguez⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Zona V, Albacete. ²Servicio de Enfermería, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Los Dolores, Cartagena. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Zona VI, Albacete.

Objetivos: Analizar la relación entre el grado de adhesión a la Dieta Mediterránea (DMed) y el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Métodos: Estudio observacional descriptivo en pacientes con mal control glucémico de varios centros de salud de Albacete y Cuenca. Se incluyeron pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo II con índice masa corporal (IMC) superior a 25 y que estuvieran en seguimiento en el centro de salud en el periodo comprendido entre enero de 2017 a mayo de 2018. Se les pasa Encuesta de Grado de Adherencia a Dieta Mediterránea al inicio y después de 6 meses tras hacer educación sobre DMed en consultas de médico y enfermería de Atención Primaria. Se analizan variables: edad, sexo, peso, talla, IMC. Variables analíticas: glucemia, hemoglobina glucosilada, colesterol total, HDL, cLDL, triglicéridos, ácido úrico, proteína C reactiva, urea, creatinina, proteinuria. Se relaciona variable principal "Adhesión a Dieta Mediterránea" con el resto de las variables, antes y después.

Resultados: Inicialmente la puntuación de la encuesta de "Adhesión a Dieta Mediterránea" fue relativamente baja: 6,22. Tanto el exceso de peso como tener un IMC alto están en relación con baja adherencias a DMed ($p < 0,002$ y $p < 0,02$, respectivamente). El HDL aumenta con mayor adherencia $p < 0,0405$. El cLDL y colesterol total altos están en relación con menor adherencia a la DMed ($p < 0,012$ y $p < 0,05$ respectivamente), al igual que los triglicéridos elevados ($p < 0,000$). Las cifras altas de glucemia basal también

están en relación con la baja adherencia a la DMed ($p < 0,043$) y la hemoglobina glicada tiene tendencia a mala adherencia. ($p < 0,064$). Los FRCV, en consonancia también, aumentan con la baja adherencia ($p < 0,085$). Tras la intervención educacional vemos un moderado aumento de la cumplimentación a la DMed (6,84) y una moderada mejoría en el control de los FRCV.

Conclusiones: El aumento de adhesión a la DMed está en relación con el mejor control de los FRCV.

419/87. DIABÉTICOS TIPO 2 CON LEUCOCITOSIS: TABAQUISMO COMO PROTAGONISTA PRINCIPAL

J. Gómez Castaño¹, M. Leal Hernández² y J. Abellán Alemán³

¹Médico de Familia, Centro de Salud San Andrés, Murcia.

²Cátedra de Riesgo Cardiovascular; ³Departamento de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivos: Conocer cuáles son las causas principales de leucocitosis (definida como 10.000 u/l o más leucocitos) en una población de diabéticos tipo 2 (DB 2) y su relación con el tabaquismo.

Métodos: Estudiamos todos los DB 2 de un cupo de atención primaria compuesto por 1.400 pacientes. Se realizaron 2 analíticas durante 2 años consecutivos a 132 pacientes DB 2, con 68 años de edad media (38-95) con una mayoría de 71 varones (54%).

Resultados: Entre los 132 pacientes DB 2, encontramos 25 (casi 1 de cada 5) que presentaban en dos hemogramas cifras superiores a 10.000 u/l leucocitos y no existía elevación de su V.S.G. para descartar proceso infeccioso y/o inflamatorio en actividad. Destaca la presencia de tabaquismo: 19 pacientes o 3 de cada 4 (16 fumadores en activo y 3 ex-fumadores importantes) como protagonista principal. Los 6 restantes era 1 asma, 2 neoplasia de vejiga, 3 l. linfática crónica, 4 ins. renal y 5-6 de causa desconocida.

Conclusiones: El tabaquismo es la causa principal de leucocitosis mantenida en DB 2 lo que añade un "plus" de riesgo cardiovascular según la teoría inflamatoria de la arteriosclerosis.

419/91. EXPERIENCIA DEL USO DE GLUCOSÚRICOS EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ELEVADO RIESGO CARDIOVASCULAR

L. Belmar Vega, G. Fernández Fresnedo, L. Martín Penagos, E. Rodrigo Calabía, C. López del Moral Cuesta y J. Ruiz San Millán

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: La nefropatía diabética es una de las causas más frecuentes de enfermedad renal terminal. Los nuevos fármacos inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (i-SGLT2) se están mostrando eficaces y seguros en el tratamiento de pacientes con enfermedad renal leve/moderada y DM2. Estos fármacos mejoran el control glucémico, reduciendo la hiperglucemia al inducir glucosuria sin causar hipoglucemia. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia de los fármacos i-SGLT2 en pacientes con mal control metabólico, así como la repercusión del inicio del tratamiento en relación al control lipídico y tensional, y su influencia nivel renal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre pacientes con DM2 con mal control metabólico a los que se optimizó el tratamiento asociando i-SGLT2. Como variables demográficas se analizó, sexo y edad y como variables analíticas se analizaron los niveles basales y a los seis meses tras el inicio de tratamiento de: HbA1c, LDL, PAS/PAD, creatinina, filtrado glomerular, albúmina y proteína.

Resultados: Se evaluaron 36 pacientes, 77,8% varones, con edad media de $61 \pm 8,2$ años. Tras 6 meses de tratamiento se observaron diferencias, estadísticamente significativas, en los valores medios

de los siguientes parámetros: peso: $-1,9$ kg ($p < 0,001$); LDL: $-7,2$ mg/dl ($p = 0,007$); proteinuria: $-285,4$ mg/día ($p = 0,0047$), PAS: $-6,4$ mmHg ($p = 0,008$) y HbA1c: $-0,5\%$ ($p = 0,003$). Los diferencias en el resto de parámetros evaluados: creatinina ($+0,03$ mg/dl), filtrado glomerular ($-2,1$ ml/min/1,73 m²), albúmina ($+0,06$ g/l), ácido úrico ($-0,1$ mg/dl), triglicéridos ($-0,8$ mg/dl) y PAD ($-2,7$ mmHg), no resultaron estadísticamente significativas.

Conclusiones: A pesar de los avances en el control de los factores de riesgo de la enfermedad renal, como la hipertensión o la hiperglucemia, la nefropatía diabética, sigue constituyendo uno de las principales causas etiológicas de enfermedad renal terminal. El uso de i-SGLT2 en pacientes en estadios leves/moderados de ERC, muestra eficacia en el control glucémico, lipídico y tensional, otorgándoles al mismo tiempo un buen perfil como agentes nefroprotectores al reducir la proteinuria, manteniendo prácticamente estable el filtrado glomerular basal. Está demostrado que su eficacia depende de la función renal, estando reducida en pacientes en estadios leves/moderados de ERC y siendo prácticamente nula en estadios avanzados de la enfermedad.

419/116. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y NUTRICIÓN

H. Contreras Mármol, L. Rodríguez Padial, A. Cebollada Cameo, P. Sánchez-Aguilera Sánchez-Paulete, F. Sabatel Pérez y A. Carreras Gómez

Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivos: La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Existen numerosos factores que intervienen en el desarrollo de la misma, entre ellos, la obesidad. El aumento de peso excesivo se asocia con HTA, por tanto, se recomienda la reducción de peso en pacientes obesos e hipertensos para reducir el riesgo cardiovascular que suman ambos, y mejorar la eficacia de los fármacos antihipertensivos, así como en pacientes no hipertensos para prevenir el desarrollo de la hipertensión. Las nuevas tecnologías juegan un papel importante para facilitar el acceso a los diferentes tipos de dietas y mejorar el cumplimiento de las mismas. Existen aplicaciones para dispositivos móviles que permiten elaborar un plan de alimentación equilibrado, variado y personalizado para llevar un estilo de vida saludable, lo cual puede ser de utilidad en estrategias de pérdida de peso. Nuestro objetivo en este trabajo ha sido analizar el empleo de estas aplicaciones y las características de la población que hace uso de las mismas.

Métodos: Hemos utilizado la aplicación Planifood y a partir de la misma se han analizado las características de los usuarios.

Resultados: El número de personas que se descargaron la aplicación fue 25.554, de los cuales el 95% ($n = 24.287$) la han usado alguna vez y el 15,1% ($n = 3.875$) la usan habitualmente. En cuanto a las características basales de los usuarios, el 66% fueron hombres y el 34%, mujeres. La edad media fue de 33 años, y aproximadamente, el 2,3% ($n = 607$) tenían menos de 18 años. El peso medio fue de 55 kg. En cuanto al tipo de dieta elegida por los usuarios, la más frecuente ha sido la dieta mediterránea (82%, $n = 20.980$) y la segunda más frecuente ha sido la dieta de adelgazamiento para personas con sobrepeso (5,4%, $n = 1.402$), seguida de una dieta de mantenimiento (1,42%, $n = 364$). Otros tipos de dietas han sido la dieta mediterránea para niños ($n = 288$), para personas con obesidad ($N = 231$), ovo-lacto-vegetariana ($n = 159$), para pacientes diabéticos ($n = 149$).

Conclusiones: Esta aplicación tiene una amplia aceptación por un grupo amplio de población. La ayuda que aporta en la confección de una dieta sana y equilibrada puede contribuir a conseguir un peso adecuado, evitando el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes mellitus, o contribuyendo a mejorar el control de estas patologías.

Lesión de órgano diana

419/9. BRONCOPATÍA MODERADA-GRAVE Y SU IMPLICACIÓN EN LA REDUCCIÓN DE LA RESPUESTA CARDIACA AL EJERCICIO

N. Uribe Heredia¹, J. Balaguer Recena², L. Piccone Saponara², J. Benítez Peyrat¹, C. Solórzano Guillén¹ y B. García Magallón²

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara.

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

Objetivos: Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene mayor riesgo de morbimortalidad cardiovascular, siendo la cardiopatía isquémica la principal causa de muerte entre estos pacientes. Por su importancia, este estudio se ha desarrollado con la intención de aportar información sobre la eficiencia cardiaca al ejercicio en este tipo pacientes.

Métodos: Estudio transversal. 162 pacientes sometidos a ergometría con consumo de oxígeno, con diagnóstico de cardiopatía isquémica a quienes se les realizó un cateterismo cardiaco y revascularización coronaria por un síndrome coronario agudo, entre 2 y 3 meses antes de la prueba, siendo excluidos aquellos con resultado positivo para isquemia miocárdica. El diagnóstico de broncopatía se estableció mediante espirometría en reposo. Se evaluaron variables demográficas, angioplastia percutánea, electrocardiográficas, medidas antropométricas, ecocardiográficas, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades. Los resultados de los diferentes parámetros del consumo de oxígeno se ajustaron según masa magra.

Resultados: Se evaluó un total de 162 pacientes, la edad media fue de 57,8 + 8,8 años, 24 pacientes (14,8%) tenían EPOC moderada-severa, 13% (21pctes) mujeres, FEVI media 55,6 + 10,2%. Se dividieron los pacientes en 2 grupos (grupo 1 con EPOC y grupo 2 sin EPOC). Entre las características basales de ambos grupos, encontramos que los broncopatas tenían un mayor IMC ($p = 0,002$) y una saturación de oxígeno a máximo esfuerzo menor ($90 + 2\%$ vs. $95 + 2,5\%$, $p = 0,003$), sin encontrar diferencias en otros FRCV, comorbilidades y parámetros ecocardiográficos. En el análisis multivariante la broncopatía crónica moderada-severa se asoció de manera independiente a una peor capacidad aeróbica (OR: 3,23 [IC 95%, 1,96-9,09], $p = 0,003$).

Conclusiones: En nuestro estudio, la broncopatía crónica moderada-severa se asoció de manera independiente a una peor capacidad aeróbica, con una menor respuesta cardiaca al ejercicio expresado en un menor pulso de oxígeno, a pesar de no mostrar diferencias significativas en la FEVI por ecocardiograma; además, se observó mayor presencia de extrasístoles ventriculares inducidas al esfuerzo, los parámetros ventilatorios se mostraron alterados con peor relación de la ventilación/perfusión.

419/21. HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO

J. Osuna Sánchez¹, I. Pérez Hernández², N. González Cruces³ y J. Ampuero Ampuero²

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla.

²FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

³FEA Cardiología, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna con el diagnóstico de síndrome coronario agudo, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no hipertensos para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo en medicina interna a lo largo del año 2017 separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no son hipertensos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad, realizando posteriormente un estudio bivalente no paramétrico.

Resultados: Se estudiaron 103 pacientes (62,1% varones) con media de edad 70,54 ± 11,7 años. Un 47,6% era de etnia caucásica y un 52,4% bereber. Con respecto a FRCV 73,8% eran HTA; 56,1% diabéticos; 57,4% dislipémicos y un 42,7% padecían una cardiopatía isquémica previa. En cuanto al motivo de ingreso: 52,4% SCASEST, 35,3% SCACEST, 12,6% ángor inestable y 3,9% ángor estable. Un 45,1% de los pacientes ingresó en UCI en el momento del diagnóstico, a un 14,6% se les realizó fibrinólisis y a un 56,6% coronariografía. La mortalidad durante el ingreso fue de un 5,9%. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no hipertensión arterial nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en la edad (74,63 vs. 63,78, $p < 0,043$) y DLP (75 vs. 12%, $p < 0,000$), no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad (6,67 vs. 12%, $p < 0,581$) ni en la mortalidad en los siguientes 30 días al evento (22,58% vs. 33,3%, $p < 0,457$).

Conclusiones: Los pacientes con SCA ingresados en nuestro centro son en su mayoría de etnia bereber que acuden por SCASEST con un nivel de comorbilidad muy alto, hemos observado una tendencia a la mayor mortalidad en los hipertensos, pero en el análisis no lo hemos podido demostrar estadísticamente, probablemente porque la muestra tiene un número muy limitado.

419/57. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN ÍNDICE DE RESISTENCIA INTRARENAL ELEVADO

E. Rubio González, A. Huerta Arroyo, M. Marques Vidas, B. Durá Gúrpide, M. Serrano Salazar y J. Portoles Pérez

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

Objetivos: El índice de resistencia (IR) de las arterias renales es aceptado como indicador de las resistencias vasculares renales (RVR) de la fracción de filtración y flujo plasmático renal efectivo. Su incremento podría ser un predictor de riesgo para enfermedad cardiovascular ya que ha sido correlacionado con varios factores de riesgo y con signos de daño de órgano blanco, como microalbuminuria, hipertrofia ventricular izquierda y presencia de aterosclerosis. Conocer las características clínicas y analíticas de los pacientes que presentan IR elevados.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo de todos los estudios doppler realizados en 2016 pedidos por nefrología. Se registran las características demográficas, pruebas complementarias y medicación concomitante y los datos de los informes de las ecografías doppler teniendo en cuenta si la ecografía y la onda de flujo doppler era patológica o normal y si presentaban aumento de el índice de resistencia intrarrenal ($> 0,7$). Comparamos estos parámetros entre pacientes con IR elevado vs. normal.

Resultados: Recogimos los datos de 203 Doppler solicitados por nefrología en el año 2017. Características de los pacientes: 69% de hombres, 35,2% eran diabéticos, un 65,5% tomaban ISRAA. El 13,1% tenía FGe < 30 ml/min; el 39,9% FGe entre 30-60 ml/min y el 47% tenía FGe > 60ml/min. Casi el 75% de los pacientes tomaban 2 o mas antihipertensivos. Encontramos onda doppler renal patológica

en el 6% de los pacientes estudiados. Y en el 12.5% de los casos se encontró alteración morfológica de los riñones. Cabe resaltar que el motivo de petición que más estenosis de arteria renal encontró (10%) fue “deterioro de la función renal” frente a un 3,4% cuando el motivo era “HTA”. El 32% de los estudios presentaban ELEVACIÓN DEL IR. Las diferencias encontradas entre IR elevado vs. normal fueron: media de edad (años): 53 (DE 14,4) vs. 72 (DE 7,3); número de fármacos hta: 1,9 vs. 2,9; FGe (MDRD) medio (ml/min): 78 (DE 29) vs. 47.9 (DE 24,6); CAC: 160 vs. 499; grosor VI (cm): 1,25 vs. 1.17; dm: 23,3% vs. 60,9%; tomaban ISRAA: 65,4% vs. 83,1; en estos pacientes encontramos correlación significativa entre el grosor del VI y la albuminuria.

Conclusiones: En los Doppler realizados durante un año hemos encontrado que sólo un tercio presentaban IR elevados y estos pacientes tenían de forma significativa, más edad, peor función renal, mayor albuminuria y tomaban mayor cantidad de fármacos antihipertensivos. No encontramos relación del grosor de VI con IR elevado, pero sí una correlación significativa con la albuminuria.

419/67. VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO Y ENFERMEDAD RENAL

L. Vigil Medina, R. García Carretero, M. López Jiménez, A. Colas Herrera, B. Vargas Rojo y C. Rodríguez de Castro

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

Objetivos: La velocidad de la onda del pulso (VOP) aórtico es una medida de la rigidez arterial y ha demostrado ser útil para predecir la morbilidad y mortalidad cardiovascular en varias poblaciones, incluidos los pacientes hipertensos y aquellos con enfermedad renal terminal. Existen pocos datos que caracterizan la rigidez aórtica en pacientes con función renal preservada o con enfermedad renal crónica que no están recibiendo diálisis y del efecto de la función renal reducida en la VOP aórtica.

Métodos: Estudio prospectivo, transversal, en pacientes con HTA esencial. Realizamos mediciones de la VOP aórtico para determinar los factores que predicen su aumento en relación con la función renal. La insuficiencia renal crónica (IRC) se definió como un filtrado glomerular estimado (FGe) -EPI-creatinina < 60 ml/min/1,73 m² y la albuminuria como un cociente albúmina/creatinina > 30 mg/g. La VOP carótido-femoral se midió mediante SphygmoCor®.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes (varones 68%), edad 55,2 ± 16,8 años. 31 pacientes (35%) tenían DM tipo 2. La albuminuria (mediana) fue 5 mg/g. (RIC: 3-22) y el FGe 84 ± 20 ml/min/1,73 m². 15 pacientes (17%) tenían albuminuria y 9 pacientes (10%) IRC. La VOP fue de 9,9 ± 3,3 m/s y mostró correlaciones positivas con la edad (r = 0,616, p < 0,0001), con el perímetro abdominal (r = 0,456, p < 0,0001), con la PAS en la MAPA-24 h (r = 0,274, p = 0,026), con la glucosa en ayunas (r = 0,458, p < 0,0001), con el IMC (r = 0,245, p = 0,034) y con la albuminuria (r = 0,249, p = 0,014) y una correlación negativa con el FGe (r = -0,246, p = 0,040). La VOP se asoció con la presencia de albuminuria (12,2 m/s vs. 9,5 m/s, p = 0,035) pero no con la IRC (10,9 m/s vs. 9,6 m/s, p = ns). La regresión multivariable identificó asociaciones positivas significativas de la VOP con la edad (coef.-B = 0,85, p < 0,0001), con el perímetro abdominal (coef.-B = 0,210, p < 0,0001) y con la albuminuria (coef.-B = 0,016, p = 0,001). El FGe resultó excluido en el modelo final (r² = 0,582).

Conclusiones: En nuestros pacientes, con una función renal promedio bien conservada, la VOP se asoció de forma independiente con la albuminuria pero no con el FGe ni con la presencia de una función renal disminuida. Así, la rigidez arterial puede ser un componente importante del aumento del riesgo cardiovascular relacionado con la albuminuria.

419/68. IDENTIFICACIÓN DE UN PATRÓN MOLECULAR EN ORINA CON CAPACIDAD PREDICTORA DE RESPUESTA A LA ESPIRONOLACTONA EN LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE

P. Martínez González¹, M. Martín-Lorenzo¹, J. Segura², M. González Barderas³, L. Ruilope⁴ y G. Álvarez-Llamas¹

¹IIS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Departamento de Fisiopatología Vascul, Hospital Nacional de Parapléjicos-SESCAM, Toledo. ⁴Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Una exposición prolongada a un control sub-óptimo de la presión arterial (PA) supone un aumento del riesgo cardiovascular y del daño orgánico. La espirolactona es el tratamiento más efectivo de la hipertensión resistente una vez que falla la terapia triple incluyendo un diurético. Sin embargo, cuenta con efectos secundarios no despreciables y no en todos los pacientes se consigue controlar la PA. Actualmente no es posible predecir qué pacientes tendrán una respuesta favorable. El objetivo del trabajo es investigar cambios moleculares detectables en orina e identificar aquellos con capacidad predictora de respuesta a espirolactona.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo recogiendo muestras de orina basal de 29 pacientes con hipertensión resistente antes de ser tratados con espirolactona. Criterios de inclusión: ≥ 18 años, MAPA > 130/80 en tratamiento con ≥ 3 fármacos a dosis adecuadas. Criterios de exclusión: hipertensión secundaria. Se les administró con 25/50 mg/día de espirolactona y se hizo seguimiento a los dos meses. Pacientes con disminución de la PA en ≥ 20 mmHg o que alcanzaron valores de PA sistólica ≤ 130 mmHg postratamiento se consideraron respondedores. Se realizó un análisis proteómico de cuantificación masiva por espectrometría de masas (MS) y las proteínas identificadas como diferenciales entre respondedores y no respondedores se confirmaron por ELISA y ensayos de MS dirigidos.

Resultados: Se identificaron un total de 3.310 proteínas, de entre las cuales haptoglobina (HP) y proteína relacionada con haptoglobina (HPR) mostraron la mayor variación en sus niveles en orina entre pacientes respondedores y no respondedores en orina basal (pretratamiento). Se realizó un análisis de enriquecimiento funcional que permite evaluar respuestas coordinadas de proteínas a un proceso fisiopatológico como la hipertensión resistente, revelando estrés oxidativo, respuesta inflamatoria crónica, coagulación, activación del sistema complemento y regulación de adhesiones focales como principales mecanismos biológicos subyacentes.

Conclusiones: Las proteínas HP y HPR tienen capacidad predictora de respuesta a espirolactona en pacientes con hipertensión resistente, mostrando alteraciones significativas en orina basal recogida antes del tratamiento. Estos resultados, una vez confirmados en cohortes mayores e independientes, contribuirán a optimizar el manejo terapéutico de estos pacientes.

419/72. GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR TRATADOS CON ACENOCUMAROL E ÍNDICE DE ROSENDAAL ALTERADO

M. Leal Hernández¹, P. Gómez Jara¹, J. Gómez Castaño², A. Hernández Costa¹, A. Velasco Soria¹ y J. Abellán Alemán³

¹Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia. ²Medicina Familiar, Centro de Salud San Andrés, Murcia. ³Departamento de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica, Murcia.

Objetivos: Analizar el grado de control de la presión arterial en pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con acenocumarol e Índice de Rosendaal < 65%.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, realizado en consulta de atención primaria de un centro de salud. Se seleccionaron aleatoriamente a 120 pacientes con fibrilación auricular anticoa-

gulados con acenocumarol. Se les citó en consulta médica y se les determinó la presión arterial en consulta. También se visualizó su Índice de Rosendaal a través del programa informático SELENE. Se consideró mal control si dicho índice era inferior al 65%.

Resultados: De los 120 de pacientes analizados, 38 (31,67%) presentaban un índice de Rosendaal inferior al 65%. La media de presión arterial sistólica en estos pacientes (Rosendaal < 65%) fue de 144,8 ± 16,4 mm Hg. La diastólica media fue de 94,2 ± 9,8 mmHg. En los pacientes con Rosendaal 65% o superior, la presión arterial sistólica media fue de 132,5 ± 15,4 mmHg y la diastólica media fue de 89,8 ± 8,9 mmHg. La comparación entre ambos grupos mostró diferencias significativas en la presión arterial sistólica ($p < 0,05$), no mostrando diferencias respecto a la diastólica (ns).

Conclusiones: Los pacientes con fibrilación auricular anticoagulados con acenocumarol con un índice de Rosendaal que indica mal control presentan una presión arterial sistólica significativamente más elevada que los que presentan dicho índice en niveles de 65% o superior.

419/84. LESIÓN DE ÓRGANO DIANA EN LA MUJER. ESTUDIO IBERICAN

V. Pallarés-Carratalá¹, L. García Matarín², S. Cinza Sanjurjo³, A. Romero Secin⁴, F. Cabezudo Moreno⁵ y J. Llisterri Caro⁶

¹Unión de Mutuas, Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón. ²Medicina Familiar, UGC El Parador, Almería. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Porto do Son, La Coruña. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Tineo, Oviedo. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Zona Centro, Cáceres. ⁶Medicina Familiar, Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia.

Objetivos: Analizar la prevalencia de la lesión de órgano diana (LOD) en las mujeres en el estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. Se presentan la prevalencia de la lesión de órgano diana de 3.866 mujeres.

Resultados: Las mujeres representan el 54,2% de la muestra. La edad media fue mayor en varones que mujeres (58,63 ± 14,33 vs. 57,11 ± 15,06, $p < 0,001$). En relación a la presión de pulso (PP) > 60 mmHg en > 65 años se objetivó menor prevalencia en mujeres (16% vs. 17,3%, $p < 0,001$), así como microalbuminuria (MAU) (5,7 vs. 10,6%, $p < 0,001$). La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) se objetivó con menor prevalencia en mujeres (2,8 vs. 5,3%, $p < 0,001$). La prevalencia de un índice tobillo brazo (ITB) patológico (< 0,9) fue mayor en hombres (2 vs 1,5%, $p = 0,18$).

Conclusiones: Las mujeres en el estudio IBERICAN presentan una menor edad con menor prevalencia de PP, MAU, HVI e ITB patológico.

419/110. CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AL AÑO DEL DIAGNÓSTICO: ¿SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS?

L. Pérez Benito¹, B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán² y M. Sánchez Chaparro³

¹Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga. ²Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal Antequera, Málaga. ³Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga.

Objetivos: El mejor control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la consecución de los objetivos pautados por las diferentes guías ha contribuido a disminuir la mortimortalidad en la cardiopatía isquémica. A pesar de ello, el último Euroaspire nos muestra datos desalentadores en término de control de estos FRCV en prevención secundaria. El objetivo de este estudio es analizar los objetivos alcanzados en prevención secundaria en pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica en nuestra área.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en un único centro - Hospital Comarcal. Se revisaron las historias clínicas, las analíticas y el tratamiento prescrito de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica de novo desde mayo-2015 hasta mayo-2016.

Resultados: Se incluyeron un total de 210 pacientes, con una edad media de 65,2 ± 11 años, con un predominio de sexo masculino (76,7%). Se observaron antecedentes de hipertensión arterial en el 71,9% (151 p), de diabetes mellitus en el 39% (82 p), de dislipemia en el 56,2% (118 p) y el 28% eran fumadores (59 p). El 52,8% había sufrido un SCASEST (111 p), el 28,1% un SCACEST (59 p) y el 19,1% angor inestable (40 p). En cuanto al tratamiento que recibían nuestros pacientes, el 94,3% (198 p) tomaba ácido acetilsalicílico, el 87,1% betabloqueantes (183 p), el 68,1% IECAS o ARA II (143 p), 70,9% estatinas de alta intensidad (149 p) definidas como atorvastatina 80 mg/dl, rosuvastatina 20 mg, o combinación con ezetimiba 10 mg (vs 86,2% que recibían dicho tratamiento al alta del ingreso hospitalario, $p < 0,005$). En los parámetros analíticos destaca que sólo el 38,1% (80 p) tenía el LDL < 70 mg/dl, el 43,8% (92 p) de los diabéticos tenía HbA1c < 7%, y el 23,8% (50 p) tenía normopeso (IMC < 25).

Conclusiones: El control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes en prevención secundaria de nuestra área sanitaria es deficiente. El tratamiento médico que reciben en general es idóneo, aunque existe una inercia terapéutica e incluso una tendencia a la disminución de la intensidad del tratamiento con estatinas al año del diagnóstico de c. isquémica.

419/111. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES JÓVENES INGRESADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE SEXOS?

L. Pérez Benito¹, B. Pérez Villardón¹, J. Rodríguez Capitán² y M. Sánchez Chaparro³

¹Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez-Málaga, Málaga. ²Servicio de Cardiología, Hospital Comarcal Antequera, Málaga. ³Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Universidad de Málaga, Málaga.

Objetivos: El síndrome coronario agudo (SCA) es una entidad poco frecuente en la población joven, estimándose en torno al 6-10% de los ingresados por este motivo. Estudios previos han sugerido que existen diferencias clínicas y evolutivas entre varones y mujeres jóvenes que sufren un evento coronario, quedando aún mucho por conocer.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes varones < 45 años y mujeres < 55 años que ingresaron por SCA en nuestro centro sanitario entre 2010 y 2015. Se estudiaron los factores de riesgo cardiovascular, el tipo de enfermedad coronaria y la estrategia de tratamiento, así como la mortalidad y los eventos en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 270 pacientes, el 62,2% eran varones (168 p) (37,8% mujeres - 102 p). Los antecedentes de hipertensión arterial y de diabetes mellitus fueron más frecuentes entre las mujeres (32,7% vs. 48,1%, y 11,3% vs. 28,4%, respectivamente, ambos $p < 0,005$), mientras que entre los varones destaca el mayor consumo de tabaco (89,2% vs. 63,7%, $p < 0,005$) y de cocaína (16%

vs. 1,9%, $p < 0,005$). Los varones recibieron más frecuentemente tratamiento de revascularización (89,2% vs. 73,5%, $p < 0,005$). El seguimiento medio fue de $48,3 \pm 16,2$ meses; la mortalidad a largo plazo fue superior entre las mujeres (1,8% vs. 3,9%, $p = 0,06$).

Conclusiones: Observamos diferencias significativas en la distribución de los factores de riesgo cardiovascular entre sexos en los pacientes jóvenes que ingresan por SCA. Además, existen diferencias en el tratamiento que reciben según sexo. La mortalidad a largo plazo muestra una tendencia a ser superior entre las mujeres.

419/127. LESIÓN DE ÓRGANO SUBCLÍNICA EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DEL ESTUDIO IBERICAN

A. Romero Secin¹, A. Barquilla García², A. Piera Carbonell³, V. Pallarés-Carratalá⁴, R. Sánchez Rodríguez⁵ y S. Cinza Sanjurjo⁶

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Tineo, Oviedo. ²Medicina Familiar, Centro de Salud Trujillo, Cáceres. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Luanco, Asturias. ⁴Unión de Mutuas, Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón. ⁵Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Siero, Sariego, Asturias. ⁶Medicina Familiar, Centro de Salud Porto do Son, La Coruña.

Objetivos: Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de lesión de órgano subclínica (LOS) en los diabéticos respecto de los no diabéticos en el Estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de atención primaria en España. Actualmente el tamaño es de 7.193 pacientes, alcanzando el tamaño muestral objetivo, que serán seguidos durante al menos 5 años. Para este subanálisis fueron validos 7.121 pacientes. Se considero LOD según los criterios de la Guía ESH 2103: presión de pulso en ancianos ≥ 60 mmHg, índice tobillo/brazo $< 0,9$, microalbuminuria: cociente albumina/creatinina entre 30-299 mg/g, filtrado glomerular (CDK-EPI < 60 ml/min), hipertrofia de ventrículo izquierdo.

Resultados: 1.434 pacientes eran diabéticos (20,1%), 56,4% hombres. EL 44,8% de los pacientes diabéticos presentaba LOS. De los pacientes conLOS, la media de IMC $31,7 \pm 9,6$ kg/m². Por tipo de LOS: presión de pulso en ≥ 60 mmHg: 29,2%; índice tobillo/brazo $< 0,9$: 3,0%; microalbuminuria: 17,0%; hipertrofia de ventrículo izquierdo: 7,0%. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos con LOS respecto a no LOS fue de: hipertensión 84,8% vs. 68,4%, $p < 0,001$; dislipemia 78,2% vs. 71,6%, $p < 0,01$; obesidad 52,0% vs. 49,7% $p = 0,376$; consumo de alcohol 17,0% vs. 15,2% $p = 0,369$; tabaquismo 12,4% vs. 14,7%, $p = 0,202$; sedentarismo 38,5% vs. 33,7%, $p = 0,061$.

Conclusiones: La prevalencia de LOS en los pacientes diabéticos atendidos en atención primaria es elevada, la mitad de los pacientes. Por tipo de LOS la presión de pulso elevada en ancianos y la microalbuminuria fueron los más prevalentes. La hipertensión arterial y la dislipemia fueron más prevalentes en los pacientes que tienen LOS.

419/128. LESIÓN DE ÓRGANO SUBCLÍNICA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL ESTUDIO IBERICAN

A. Romero Secin¹, R. Genique Martínez², F. Sanz García³, G. Nieto Barco⁴, B. Riesgo Escudero³ y M. Prieto Díaz⁵

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Tineo, Oviedo. ²Medicina Familiar, Centro de Salud Sant Carles de la Ràpita, Tarragona. ³Medicina Familiar, ABS Campo del Arpa, Barcelona. ⁴Medicina

Familiar, Cons. Local La Coronada, Badajoz. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Vallóbin-La Florida, Oviedo.

Objetivos: Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de lesión de órgano subclínica (LOS) en los hipertensos (HTA) respecto de los no HTA en el Estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo pacientes de 18 a 85 años atendidos en las consultas de atención primaria en España. Actualmente el tamaño es de 7.193 pacientes, alcanzando el tamaño muestral objetivo, que serán seguidos durante al menos 5 años. Para este subanálisis fueron validos 7.121 pacientes. Se considero LOS según los criterios de la Guía ESH 2103: presión de pulso en ancianos ≥ 60 mmHg, índice tobillo/brazo $< 0,9$, microalbuminuria: cociente albumina/creatinina entre 30-299 mg/g, filtrado glomerular (CDK-EPI < 60 ml/min), hipertrofia de ventrículo izquierdo.

Resultados: 3.445 pacientes eran HTA (48,3%), su edad media fue de $65,1 \pm 11$ años, 49,3% mujeres, antigüedad de HTA $9,5 \pm 6,9$ años, IMC $31,1 \pm 9,3$ kg/m². La prevalencia de LOS global entre HTA vs. no HTA fue de 39,1% vs. 13,3%, $p < 0,001$. Por tipo de LOS: presión de pulso en ≥ 60 años: 26,7% vs. 6,2%, $p < 0,001$; índice tobillo/brazo $< 0,9$: 2,4% vs. 1,2%, $p = 0,511$, NS; microalbuminuria: 11,6% vs. 4,6%, $p < 0,001$; filtrado glomerular (CDK-EPI < 60 ml/min): 13,9% vs. 3,2%, $p < 0,001$; hipertrofia de ventrículo izquierdo: 6,8% vs. 1,3%, $p < 0,001$.

Conclusiones: Los pacientes con hipertensión arterial en Atención Primaria, tienen una mayor prevalencia de LOS que los pacientes no hipertensos, tanto de forma global, como por cada uno de los tipos LOS contemplados en la Guía ESH 2013. Es importante la realización de pruebas para el diagnóstico de esta LOS, dado que son pacientes de alto riesgo cardiovascular y se encuentran en una etapa previa a tener un evento cardiovascular.

Estratificación del riesgo

419/19. HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON UROCULTIVO POSITIVO EN UN HOSPITAL TRANSFRONTERIZO

J. Osuna Sánchez¹, I. Pérez Zapata², S. Saavedra Casado¹ y J. Ampuero Ampuero³

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla. ²FEA Microbiología, Hospital Comarcal de Melilla. ³FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna por cualquier motivo con urocultivo positivo, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no hipertensos para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por cualquier motivo en medicina interna con urocultivo positivo a lo largo de 4 años sucesivos separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no hipertensos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo

de muestra viendo si seguían o no la normalidad, realizando posteriormente un estudio bivariante no paramétrico para analizar la mortalidad comparada de ambos grupos de estudio.

Resultados: Hubo un total de 303 pacientes ingresados con urocultivo positivo. De los cuales un 67,7% eran mujeres. La media de edad fue de $78,15 \pm 12,99$. Un 14,6% de los pacientes estaban institucionalizados. Un 63,9% era de etnia caucásica, un 35,4% bereber y un 0,7% eran judíos. Con respecto a los antecedentes personales un 68,9% eran HTA; 52,6% DM; 31,5% ICC; 9,9% cardiopatía isquémica previa; 18,5% FA; 9,3% EPOC; 29,1% dislipemia; 9,9% arteriopatía periférica; un 26,8% neoplasia (activa o no); y hasta un 85,8% de los pacientes presentaban 2 o más enfermedades crónicas. El aparato más afectado fue el urológico con un 19,8%. El microorganismo más frecuente fue *Escherichia coli* con 17,8%. La estancia media fue de $24,50 \pm 21,79$ con una mortalidad del 20,6%. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no hipertensión arterial nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en la obesidad (14,70% vs. 3,45%, $p < 0,000$), demencia (51,06% vs. 31,73%, $p < 0,001$), DM (61,48% vs. 32,73%, $p < 0,001$), FA (23,55% vs. 7,44%, $p < 0,002$), DLP (37,04% vs. 11,70%, $p < 0,001$), ICC (45,84% vs. 9,57%, $p < 0,000$) y enfermedad coronaria (29,80% vs. 12,76%, $p < 0,000$), sin embargo no existían diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad (22,70% vs. 15,95%, $p < 0,116$).

Conclusiones: Los pacientes con urocultivos positivos que presentan hipertensión tienen mucha más comorbilidad añadida, pero no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la mortalidad.

419/20. HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMOCULTIVO POSITIVO

J. Osuna Sánchez¹, I. Pérez Zapata², S. Saavedra Casado¹ y J. Ampuero Ampuero³

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Comarcal de Melilla. ²FEA Microbiología, Hospital Comarcal de Melilla. ³FEA Medicina Interna, Hospital Comarcal de Melilla.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Medicina Interna por cualquier motivo con hemocultivo positivo, separándolos en subgrupos dependiendo de si eran o no hipertensos para comparar posteriormente la mortalidad de ambos grupos.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo transversal e inferencial de los pacientes ingresados por cualquier motivo en medicina interna con hemocultivo positivo a lo largo de 4 años sucesivos separándolos en subgrupos dependiendo de si son o no son hipertensos para posteriormente realizar un análisis estadístico y observar si existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad se refiere. Hemos analizado los informes de alta de nuestro servicio junto con la revisión de historias clínicas. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de las características de los pacientes utilizando medidas de frecuencia, analizando el tipo de muestra viendo si seguían o no la normalidad, realizando posteriormente un estudio bivariante no paramétrico para analizar la mortalidad comparada de ambos grupos de estudio.

Resultados: Hubo un total de 174 pacientes ingresados con urocultivo positivo. De los cuales un 44,3% eran mujeres. La media de edad fue de $69,73 \pm 18,69$. Un 9,8% de los pacientes estaban institucionalizados, un 42,5% eran dependientes para todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con un 29,9% de demencia de algún grado. Un 42,2% era de etnia caucásica, un 56,6% bereber y un 1,2% eran judíos. Con respecto a los antecedentes personales un 54% eran HTA; 37,4% DM; 15,5% ICC; 12,1% cardiopatía isquémica previa; 9,8% FA; 12,1% EPOC; 28,7% dislipemia; y hasta un 62,1%

de los pacientes presentaban 2 o más enfermedades crónicas. El aparato más afectado fue el neumológico con un 44,8%. La estancia media fue de $37,35 \pm 22,86$ con una mortalidad del 42,6%. Al separar los pacientes en grupos atendiendo a si padecían o no hipertensión arterial nos encontramos que existían diferencias estadísticamente significativas en la edad (77,01 vs. 61,18, $p < 0,000$), DM (53,19% vs. 18,75, $p < 0,001$), FA (13,82% vs. 5,06%, $p < 0,045$), DLP (50% vs. 6,75%, $p < 0,000$), anemia (63,82% vs. 43,75%, $p < 0,000$), ICC (27,65% vs. 6,25%, $p < 0,000$), y la mortalidad (48,93% vs. 33,75%, $p < 0,031$).

Conclusiones: Los pacientes con hemocultivos positivos que presentan hipertensión tienen mucha más comorbilidad añadida y presentan una mortalidad más elevada.

419/39. DEFINICIÓN DE UN NUEVO PERFIL MOLECULAR EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: DESDE POBLACIÓN JOVEN A ANCIANA

N. Corbacho Alonso¹, P. Martínez², G. Álvarez Llamas², G. Ruiz Hurtado³, L. Ruilope⁴ y M. González Barderas⁵

¹Departamento de Fisiopatología Vascul, Hospital Nacional de Parapléjicos-SESCAM, Toledo. ²Departamento de Inmunología, ISS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ³Unidad de Hipertensión; ⁴Laboratorio Traslacional Cardiorrenal, Instituto de Investigación i+12, Hospital 12 de Octubre, Madrid. ⁵Laboratorio de Fisiopatología Vascul, Hospital Nacional de Parapléjicos, Toledo.

Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de mortalidad en países desarrollados y presentan una creciente prevalencia en países en vías de desarrollo. Existen diferentes ecuaciones para calcular el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares a corto y medio plazo, sin embargo, la estimación a lo largo de la vida, llamado cálculo del "lifetimerisk" (LTR), sigue siendo una necesidad clínica no resuelta. El objetivo de este estudio se basa en la identificación de un panel molecular mediante estrategias multi-proteómicas en plasma asociado a individuos con alto LTR comparado con individuos con bajo LTR en una cohorte joven y adulta, además de determinar si existe un patrón coincidente y otro diferencial de riesgo CV entre poblaciones jóvenes y ancianas.

Métodos: Se llevó a cabo una estrategia multiproteómica en plasma de individuos de diferentes grupos de edad: jóvenes (30-50 años), mediana edad (50-70 años) y ancianos (> 70); los cuales fueron clasificados a su vez en 3 grupos de estudio según su riesgo CV (controles sanos, individuos con factores de riesgo cardiovascular e individuos con evento CV documentado en los últimos 3 años). Las variaciones significativas obtenidas mediante proteómica clásica realizando marcaje isobárico de masas en tándem (TMT 10-plex) fueron confirmadas en una cohorte independiente de pacientes mediante monitorización de reacción seleccionada (SRM) y turbidimetría, técnica empleada en el diagnóstico clínico.

Resultados: Esta estrategia permitió definir un perfil molecular común entre la población joven y adulta relacionado con la estratificación CV y daño orgánico compuesto por proteínas implicadas en la regulación de los niveles de lipoproteínas en plasma, inflamación y coagulación. Los resultados obtenidos muestran un panel de proteínas diferencial entre pacientes con alto LTR y controles sanos, constituyendo un perfil predictor de eventos CV.

Conclusiones: Los resultados obtenidos no solo proporcionan un mayor conocimiento de los mecanismos moleculares alterados en la patogénesis de la enfermedad CV en un estado temprano, sino que estas proteínas nos permitirían estratificar a los pacientes en función del riesgo CV y la edad.

419/40. IDENTIFICACIÓN DE UN PANEL MOLECULAR EN ORINA QUE REFLEJA PROGRESIÓN DE ALBUMINURIA SUBCLÍNICA EN PACIENTES HIPERTENSOS BAJO SUPRESIÓN CRÓNICA DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA

A. Santiago Hernández¹, P. Martínez¹, J. López², J. Segura³, L. Ruilope⁴ y G. Álvarez Llamas⁵

¹Laboratorio de Inmunoalergia y Proteómica, ISCIII-Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Laboratorio de Proteómica Cardiovascular, CNIC, Madrid. ³Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Laboratorio de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular, Instituto de Investigación i+12, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Departamento de Inmunología, ISS-Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: La albuminuria está asociada a una pérdida progresiva de función renal y es un indicador de riesgo cardiovascular (CV). A menudo se desarrolla en pacientes hipertensos incluso estando bajo tratamiento crónico (supresión del sistema renina-angiotensina, SRA). Con la intención de anticiparnos a ese desarrollo subclínico de albuminuria y a su correspondiente incremento de riesgo CV y renal, el objetivo del estudio fue identificar marcadores moleculares capaces de predecir la progresión de albuminuria en pacientes hipertensos controlados.

Métodos: Reclutamos 53 pacientes hipertensos con supresión del SRA durante un mínimo de dos años. Realizamos un seguimiento clínico para evaluar su progresión en los niveles de albuminuria. Se recogieron muestras de orina a tiempo 0 (basal), a los 6 meses y a los 12 meses y los pacientes fueron clasificados según su ratio albumina/creatinina en tres grupos; A) normoalbuminúricos (control) (< 10 mg/g) en los que no se espera un desarrollo en sus niveles de albuminuria; B) normo-high (NH) (10-30 mg/g); C) microalbuminúricos (30-200 mg/g). Realizamos un análisis proteómico mediante marcaje isobárico con TMTplex seguido de una cuantificación dirigida por espectrometría de masas (SRM-LC-MS/MS). De modo complementario, analizamos potenciales variaciones en el nivel de un conjunto de metabolitos previamente asociados a riesgo CV, identificados en nuestro laboratorio.

Resultados: Se identificaron un total de 2.709 proteínas, de las cuales, 481 muestran una variación significativa en abundancia entre los grupos NH y control (301 aumentadas y 180 disminuidas). Basándonos en criterios de sensibilidad y reproducibilidad, destacamos 51 proteínas relacionadas con respuesta inmune, metabolismo y sistema de coagulación. Por otro lado, identificamos una respuesta metabólica específica asociada a riesgo CV en aquellos pacientes que desarrollan albuminuria.

Conclusiones: Identificamos un perfil molecular en orina capaz de detectar diferencias subclínicas en pacientes hipertensos dentro de la condición de normoalbuminuria. Este nuevo panel de biomarcadores contribuirá a una mejor prognosis y predicción del riesgo CV y a la utilización de herramientas terapéuticas de una manera temprana y más eficiente para este tipo de pacientes.

419/61. DIABÉTICOS TIPO 2 CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR DE 3 CUPOS DE AP. ¿RIESGO EXTREMO?

R. Bartolomé Resano¹, M. Lerena Rivas², Y. Martínez Fernández³ y F. Bartolomé Resano⁴

¹Medicina Familiar, Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra. ²Medicina Familiar, Centro de Salud de Abárzuza, Villatuerta, Navarra. ³Medicina Familiar, Centro de Salud de Lumbier, Sangüesa, Navarra. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud de Villava, Villava, Navarra.

Objetivos: Valorar el perfil de nuestros pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV) y diabetes mellitus tipo 2 (DM). Valorar el control del colesterol LDL con objetivo de LDL de 55 mg/dl re-

comendado al considerarlos como de riesgo extremo, o al menos de 70 mg/dl recomendado anteriormente. Valorar en cuantos de nuestros pacientes habría que intentar aumentar la intensidad del tratamiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de historias clínicas. Emplazamiento: atención primaria (AP). Participantes: seleccionamos todos los pacientes con diagnóstico de DM y ECV de tres cupos de AP (un centro de salud urbano y dos rurales). N = 66 pacientes (71,2% varones, 28,8% mujeres; edad [años]: \bar{x} = 76,1, s = 10,3).

Resultados: Colesterol LDL (md/dl): media = 80; desv.st. = 24,6. LDL < 100 mg/dl = 89,4%. LDL < 70 mg/dl = 62,1%. LDL < 55 mg/dl = 19,7%. Tratamientos (EAI + E = estatina de alta intensidad con ezetimiba, EAI = estatina de alta intensidad, EMI = estatina de moderada intensidad, EBI = estatina de baja intensidad): Global: EAI + E (19,7%), EAI (27,3%), EMI (33,3%), EBI (4,5%), sin fármacos (15,2%). Cumplían objetivo de 70 mg/dl (41 pacientes, 62,1%): EAI + E (26,8%), EAI (24,4%), EMI (34,1%), EBI (7,3%), sin fármacos (7,3%). Cumplían objetivo de 55 mg/dl (13 pacientes, 19,7%): EAI + E (61,5%), EAI (23,1%), EMI (15,4%). No cumplían objetivo de 70 mg/dl (25 pacientes, 37,8%): EAI + E (8%), EAI (32%), EMI (32%), sin fármacos (28%). Podríamos intensificar: 92%. No cumplían objetivo de 55 mg/dl (54 pacientes, 81,8%): EAI + E (11,1%), EAI (27,8%), EMI (37%), EBI (5,6%), sin fármacos (18,5%). Podríamos intensificar: 88,9%. En los mayores de 75 años (62,1%) eran frágiles un 43,9%, es decir 30,3% del total. Evaluando los últimos eliminando los frágiles, el resultado varía levemente: No cumplían objetivo de 70 mg/dl: EAI + E (7,1%), EAI (50%), EMI (28,6%), sin fármacos (14,3%). Podríamos intensificar: 92,9%. No cumplían objetivo de 55 mg/dl: EAI + E (10,8%), EAI (35,1%), EMI (35,1%), EBI (8,1%), sin fármacos (10,8%). Podríamos intensificar: 89,2%.

Conclusiones: Se ha conseguido un importante porcentaje de pacientes por debajo de 70 mg/dL de LDL pero es muy escaso el número de pacientes por debajo de 55 mg/dL, objetivo reciente que parece no tenemos interiorizado. No parece que estemos convencidos del riesgo extremo. Antes de plantear objetivos muy ambiciosos vemos que todavía queda margen para alcanzar al menos el objetivo de 70 mg/dl, dado que en los que no se consiguió se podría probar a intensificarlo, si lo tolerasen. Parece que todavía no hemos asumido que los diabéticos con ECV el objetivo no es 100 mg/dl como el resto de diabéticos, sino 70 mg/dL, y habría que empezar por ello.

419/64. PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PLACA DE CARÓTIDA NO OBSTRUCTIVA (PC) QUE SUFRIERON UN EVENTO CARDIOVASCULAR (ECV) EN UN PERIODO DE 5 AÑOS POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO

M. Navarro Echeverría¹, C. Fernandes Suárez², B. Escalera¹, E. Domenech³, M. Guillén Mesalles³ y M. Cunillera Batlle³

¹Medicina Familiar, CAP Borges Blanques, Lleida. ²Medicina Familiar y Comunitaria, Borges Blanques, Lleida. ³Servicio de Enfermería, CAP Borges Blanques, Lleida.

Objetivos: Introducción: De una muestra de 282 pacientes con Riesgo cardiovascular bajo o moderado (no diabéticos) se les realizó una ecografía carótida/femoral (ECF), detectándose 57 pacientes con PC que se definieron como pacientes con enfermedad de pared arterial y se consideró que debían ser tratados como enfermedad cardiovascular silente, aplicando todas las recomendaciones para el paciente en prevención secundaria. A pesar de los cambios en el tratamiento de los 57 pacientes 12 pacientes presentaron un evento cardiovascular (IAM/AVC). Objetivos: El objetivo principal es describir la evolución de los diferentes factores de RCV hasta la presentación del Evento. Objetivos secundarios: Comprobar si se habían alcanzado los objetivos inicialmente propuestos. Si se ha-

bían realizado los cambios oportunos para la consecución de dichos objetivos. Si se habían añadido nuevos FRCV cuando se produjo el evento.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional de una población rural.

Resultados: RCV: score: < 2% 3p; 2-5% 4p; > 5% 5p. N = 282 pacientes; 57p PC. 12p sufrieron un ECV: 10 hombres. 3p LDL ≤ 70; 3p LDL ≤ 100; 6p LDL > 100. 6p continuaban fumando, 4p exfumadores. 6p IAM; 6p AVC. 4p antiagregados.

Conclusiones: A pesar del diagnóstico de enfermedad arterial silente el 50% de los pacientes que presentaron ECV continuaban fumando y con un colesterol LDL superior a 100. Destaca que el 90% de los pacientes no descendió el grado de obesidad según IMC y que el 83,3% de los pacientes son hombres. 67% de estos pacientes no estaba anti agregado. Las guías sobre RCV; HTA y dislipidemias más actuales (Europeas/americana/Fisterra/etc) difieren en la clasificación del riesgo cardiovascular con el hallazgo de placa de carótida. Al momento de este estudio el 4% de nuestra población tuvo un EVC de 1 a 5 años del diagnóstico PC.

419/118. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, PREVALENCIA Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN INCLUIDA EN EL ESTUDIO IBERICAN

F. Valls Roca¹, J. Llisterri Caro², J. División Garrote³, F. Molina Escribano⁴, O. García Vallejo⁵ y V. Pallarés-Carratalá⁶

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Benigànim, Valencia. ²Medicina Familiar, Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia.

³Medicina Familiar, Centro de Salud Fuentealbilla, Albacete.

⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Ibáñez, Albacete. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Comillas, Madrid.

⁶Unión de Mutuas, Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón.

Objetivos: Conocer la prevalencia y características clínicas de la población con enfermedad renal crónica (ERC) en el estudio IBERICAN.

Métodos: Estudio epidemiológico observacional y multicéntrico en pacientes de 18 a 85 años reclutados consecutivamente por médicos de familia de toda España. Se consideró ERC (KDIGO 2012) la presencia de albuminuria elevada (≥ 30 mg/g) y/o filtrado glomerular estimado (FGe) por CKD-EPI < 60 ml/min/1,73 m². Se clasificó la ERC en estadio 3a (FGe de 45-59), estadio 3b (30-45) estadio 4 (15-29) y estadio 5 (< 15). Se analizó las características clínicas de interés y las variables asociadas a tener ERC. El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Resultados: Se incluyó a 6.893 pacientes, edad media 61,5 (13,8) años, de los cuales el 14,6% (IC95%: 13,8-15,4) presentaba ERC (16,2% mujeres, 13,1% varones; p < 0,01). La prevalencia se incrementó con la edad, desde el 5,4% en < 50 años, al 11,5% entre 50 y 70 años y al 25,0% en > 70 años (p < 0,001). 447 pacientes (6,5%; IC95%: 5,9-7,0) tenían FG bajo (< 60) con albuminuria normal, 429 (6,2%; IC95%: 5,7-7,1) albuminuria con FG > 60 y 133 (1,9%; IC95%: 1,6-2,2) FG bajo y albuminuria. Por estadios 316 (5,6%) estaba en estadio 3a, 79 (1,5%) estadio 3b, 18 (0,5%) estadio 4 y 34 (0,6%) estadio 5. Los pacientes con ERC comparados con los pacientes sin ERC tenían más hipertensión, diabetes, dislipemia y enfermedad cardiovascular (p < 0,001). Las variables asociadas de forma independiente a la probabilidad de tener ERC, fueron la edad (OR: 1,04), hipertensión (OR: 1,58), diabetes (OR: 1,68), tener hipertrofia ventricular izquierda (OR: 2,03) y presencia de síndrome metabólico (OR: 1,39).

Conclusiones: Los resultados de este estudio indican que catorce (14,6) de cada 100 pacientes incluidos en el estudio IBERICAN presenta ERC; en mayores de 70 años 25 de cada 100. La probabilidad de presentar ERC se relacionó con la hipertrofia ventricular

izquierda, diabetes, hipertensión arterial, edad y presencia de síndrome metabólico.

419/119. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, PRONÓSTICO SEGÚN LAS CATEGORÍAS DE FILTRADO GLOMERULAR Y DE ALBUMINURIA EN LA POBLACIÓN INCLUIDA EN EL ESTUDIO IBERICAN

F. Valls Roca¹, J. Llisterri Caro², E. Carrasco Carrasco³, A. García Lerín⁴, M. Seoane Vicente⁵ y A. Piera Carbonell⁶

¹Medicina Familiar, Centro de Salud Benigànim, Valencia. ²Medicina Familiar, Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia.

³Medicina Familiar, Centro de Salud Abarán, Murcia. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Almendrales, Madrid. ⁵Medicina Familiar, Centro de Salud Acequión, Torrevieja, Alicante. ⁶Medicina Familiar, Centro de Salud Luanco, Asturias.

Objetivos: Conocer el pronóstico de la enfermedad renal crónica (ERC) según categorías de filtrado glomerular (FG) y albuminuria de los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN.

Métodos: Estudio epidemiológico observacional y multicéntrico en pacientes de 18 a 85 años reclutados consecutivamente por médicos de familia de toda España. Se consideró ERC (KDIGO 2012) la presencia de albuminuria elevada y/o filtrado glomerular estimado (FGe) por CKD-EPI < 60 ml/min/1,73 m². Se clasificó los pacientes según el FG en estadio 1 (FG ≥ 90), 2 (60-89), 3a (45-59), estadio 3b (30-45) estadio 4 (15-29) y estadio 5 (< 15) y según la albuminuria en normal o ligeramente elevada (< 30 mg/g), moderadamente elevada (30-300 mg/g) y gravemente elevada (> 300 mg/g). El riesgo de complicaciones específicas de la enfermedad renal, riesgo de progresión y riesgo cardiovascular se categorizó en riesgo de referencia, riesgo moderado, riesgo alto y riesgo muy alto. El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Resultados: Se incluyó a 6.886 pacientes, edad media 57,8 (± 14,7) años, de los cuales 1.009 (14,6%; IC95%: 13,8-15,4) presentaba ERC (16,2% mujeres, 13,1% varones; p < 0,01). La probabilidad de presentar ERC se relacionó con la hipertrofia ventricular izquierda, diabetes, hipertensión arterial y edad. Por estadios 3.446 (50,0%) estaba en estadio 1, 2.867 (41,6%) en estadio 2, 396 (5,7%) estadio 3a, 109 (1,6%) estadio 3b, 36 (0,5%) estadio 4 y 39 (0,6%) estadio 5. 6.324 pacientes (91,8%) eran normoalbuminúricos, 514 pacientes (7,4%) tenían microalbuminuria y 48 (0,7%) macroalbuminuria. 5.884 pacientes (85,4%) presentaban un riesgo bajo (FG > 60 y albuminuria < 30 mg/g), 722 (10,4%) riesgo moderado, 168 (2,4%) riesgo alto y 119 (1,7%) riesgo muy alto.

Conclusiones: Los resultados indican que 15 de cada 100 pacientes incluidos en el estudio IBERICAN tienen riesgo renal. Como era de esperar, la edad y los principales factores de riesgo, especialmente tener HTA o diabetes, determinan un peor pronóstico en la estratificación de este riesgo.

Tratamiento, cumplimiento e inercia terapéutica

419/44. PRESENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL CONGRESO AHA 18. ANÁLISIS DESDE TWITTER

M. María Tablado¹ y T. Méndez García²

¹Medicina Familiar, Consultorio Perales de Tajuña, Madrid.

²Medicina Familiar, Consultorio Local de Burujón, Toledo.

Objetivos: Internet se ha transformado en un instrumento revolucionario de divulgación científica. Con el presente estudio, ana-

lizamos la presencia y repercusión de la hipertensión arterial en la red social Twitter en relación al Congreso de la American Heart Association (AHA) de 2018 con sede en Chicago, con la finalidad de objetivar la escasa presencia de la misma en dicha jornada científica.

Métodos: Mediante la estrategia de búsqueda avanzada en Twitter: #AHA18 hipertension realizada de manera independiente y por dos revisores con fecha 6 de diciembre de 2018, se recogieron el total de las 101 menciones, más recientes, con fechas comprendidas entre el 2 de mayo y el 30 de noviembre de 2018. En contraposición a la fuerte presencia en dicha red social del hashtag #AHA18, según los datos registrados mediante la herramienta Symplur, de monitorización de hashtags en el ámbito de la salud, con un promedio de 58 tweets/hora, 10.311 participantes, 43.456 tweets y 251.871 M de impresiones en todo el mundo.

Resultados: Se objetivaron un total de 101 menciones, el 99% expresadas en inglés, originarias en su mayoría en Estados Unidos, con 546.317 usuarios potenciales o seguidores, que participaron con un total de 303 RT, 522 me gusta y 29 comentarios, lo que supone la realización de un 0,06% de RT, 0,10% de me gusta y 0,01% de comentarios, muy escasa, en contraposición al peso que tuvo el hashtag #AHA18 según la herramienta Symplur.

Conclusiones: El ámbito de la salud se ha adaptado a las redes sociales y a la divulgación científica a través de ellas. Ninguna sociedad científica pone en duda la importancia de la presencia en dichas redes y la necesidad de comunicarse a través de ellas con usuarios o followers de todo el mundo. Twitter es una de las redes sociales más utilizadas por los profesionales sanitarios para permanecer actualizados. La búsqueda realizada pone de manifiesto la escasa presencia de la hipertensión arterial en el contexto del último congreso de la AHA, de ahí nuestro interrogante, ¿qué ha pasado con el interés por la hipertensión arterial?

419/51. SISTEMA EXPERTO PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN SUJETOS DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

E. Calvo Bonacho¹, A. Fernández Meseguer², P. Martínez Muñoz², C. Catalina Romero³, L. Quevedo Aguado⁴ y L. Ruilope Urioste⁵

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

Objetivos: Cada vez existe mayor evidencia sobre el uso de sistemas expertos (SE) con el fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria ayudando al profesional en la toma de decisiones y fomentando las buenas prácticas clínicas, disminuyendo al mismo tiempo posibles errores médicos y eventos adversos (EA). El propósito del estudio fue optimizar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en los trabajadores con riesgo cardiovascular (RCV) muy alto con la implementación de un SE.

Métodos: Se desarrolló un SE que valora los factores de RCV (FRCV) que no están controlados, clasificando de forma paralela el nivel de RCV y proponiendo un esquema terapéutico ad hoc. Se establecieron los objetivos correspondientes relativos a los FRCV y se realizó un seguimiento al año donde se valoró el grado de cumplimiento de los mismos. Se consideró alto RCV cuando SCORE \geq 10% de acuerdo a la guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 148 pacientes varones donde la edad media fue de 64,5 \pm 8,3 años. El 73,6% tenían hipertensión y el 55,2% dislipidemia, pero sólo el 50,7% y el 34,3% de ellos estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo e hipolipemiente al inicio del estudio, respectivamente. Tras un año de

seguimiento, se observaron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que cumplían el objetivo de control de la tensión arterial y el colesterol.

Conclusiones: Pese a que los resultados son preliminares, la implementación de un Sistema Experto parece resultar exitosa y podría ayudar a alcanzar los objetivos terapéuticos en pacientes con RCV muy alto.

419/65. CREANDO REDES CON PASEOS SALUDABLES

E. Gil González¹ y Y. Vicente Prior²

¹Servicio de Enfermería, Centro de Salud La Fuencisla, Segovia.

²Servicio de Enfermería, Centro de Salud Brunete, Madrid.

Objetivos: Identificar los beneficios del ejercicio físico así como sus recomendaciones. Mantener el estado de salud y prevenir el declive funcional de las personas mayores. Aprender ejercicios básicos que pueden realizar en su domicilio o en la calle. Mejorar la función cerebral y el sueño, reduciendo los estados depresivos y favoreciendo la sensación de bienestar. Aumentar la capacidad funcional como el equilibrio, la agilidad, la destreza y la coordinación. Ejecutar los procesos cognitivos básicos: memoria, atención, lenguaje, etc. Fomentar la socialización, crear una red de apoyo con los integrantes del grupo.

Métodos: Se realizaron 4 sesiones de aproximadamente 60 minutos con un grupo reducido de 8/10 personas de edades comprendidas entre los 70 y 80 años. Las sesiones se realizaron en el centro de salud de Villanueva de la Cañada compaginando actividades en la sala multiusos del centro y en el exterior, aprovechando la senda ciclable del municipio. En cada una de las sesiones combinamos la parte teórico-práctica de nuestro proyecto. Tuvimos la oportunidad de realizar charlas sobre ejercicios de calentamiento, los beneficios del ejercicio físico, ejercicios individualizados en función de las patologías que presentasen nuestros pacientes y ejercicios de estiramiento. Pero para poder amenizarlo, incluimos paseos saludables por los alrededores de Villanueva de la Cañada para extrapolar lo que habíamos aprendido con la teoría.

Resultados: De todos es bien conocido los beneficios que tiene el ejercicio físico para nuestra salud como el descenso de la TA, reducción del peso corporal, menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas y un largo etc. Pero el mayor progreso logrado a corto plazo, fue la creación de una red de personas con las que combatir el aislamiento social, la depresión y un cambio en el estilo de vida.

Conclusiones: Al finalizar las sesiones, todo el mundo quería seguir manteniéndose activo junto al mismo grupo y llevar a cabo un estilo de vida más saludable. Este grupo actualmente se mantiene activo, se comunican por whatsapp y realizan caminata semanal.

419/76. EXPERIENCIA DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS EN MAYORES DE 75 AÑOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

R. Bartolomé Resano¹, F. Bartolomé Resano², C. Palacios Palomares¹, A. Nieto Molinet³ y A. Portu Iparraguirre¹

¹Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra. ²Medicina Familiar, Centro de Salud de Villava, Navarra. ³Medicina Familiar, Centro de Salud de Viana, Navarra.

Objetivos: Mostrar un programa de ayuda a la prescripción de estatinas en prevención primaria en mayores de 75 años. Evaluar que supondría su aplicación en un cupo de Atención Primaria.

Métodos: Se formó un comité con farmacéuticos, geriatras y médicos de familia consensuando los criterios de prescripción de estatinas en ancianos. Eliminamos aquellos con prevención secun-

daria, códigos CIAP2: K74, K75, K76, K89, K90, K91 (Isquemia cardiaca con angina, Infarto agudo de miocardio, Isquemia cardiaca sin angina, Isquemia cerebral transitoria, Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía, Enfermedad cerebrovascular). También aquellos con diabetes mellitus tipo 2, y los que tenían antiagregantes, antidiabéticos y anticoagulantes, para contemplar aquellos que pudieran tener otros procesos similares a los eventos cardiovasculares. La estrategia generó 8.747 propuestas en la comunidad autónoma en diciembre de 2018, que serán valoradas en 2019, al mostrar al médico un mensaje al entrar en las prescripciones del paciente. Para mostrar su aplicación realizamos un estudio observacional retrospectivo en un cupo de AP, dado que la herramienta solo ofrecerá datos de aceptación o rechazo de propuestas. Emplazamiento: atención primaria (AP). Centro de salud urbano. Participantes: Todos los pacientes que la herramienta había seleccionado como candidatos a deprescribir estatina de un cupo de AP de 1.600 pacientes.

Resultados: N = 27 pacientes (33,3% varones, 66,7% mujeres); edad (años): $x = 77,6$, $s = 3,2$. Años de tratamiento: $x = 7,6$; $S = 4,4$. Estatinas: simvastatina 10 mg (11, 40,7%), atorvastatina 20mg (4, 14,8%), atorvastatina 10 mg (4, 14,8%), simvastatina 20 mg (3, 11,1%), atorvastatina 40 mg (2, 7,4%), otras (3, 11,1%). Los de atorvastatina 40 mg tenían actualmente LDL > 140 mg/dl. Indicación de tratamiento: AP (24, 88,9%), cardiología (3, 11,1%). LDL previo (mg/dl): $x = 180,1$; $S = 24,3$. No disponible en 3 con tratamiento antes de informatización. LDL actual (mg/dl): $x = 114,1$; $S = 20,3$. LDL extrapolado con la potencia media de su estatina (mg/dL): $x = 181,7$; $S = 46$. Se rechazarían 19 casos, y otros 2 serían dudosos (21, 77,8%), si consideramos tener colesterol LDL previo y/o extrapolado > 160 mg/dl o colesterol LDL actual > 115 mg/dl (no controlado). Se aceptaría suspender la estatina en 5 casos con 1 dudoso (6, 22,2%), si consideramos LDL extrapolado < 130 mg/dl. De ellos 2 casos había sido indicada en cardiología por Insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: La mayoría de los ancianos llevaban estatinas de baja o moderada potencia, lo que reduce los efectos secundarios, y en general estaban correctamente indicadas. La herramienta parece bastante útil, dado que hasta ahora no había ninguna posibilidad de conocer quién estaba en tratamiento con estatinas en prevención primaria, pero debe mantenerse a criterio del clínico, que puede valorar más factores y conoce al paciente.

419/82. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRATAMIENTO Y GRADO DE CONTROL EN LAS MUJERES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO IBERICAN

V. Pallarés-Carratalá¹, I. Gil Gil², F. Alonso Moreno³, A. Ruiz García⁴, T. Rama Martín⁵ y A. Moya Amengual⁶

¹Unión de Mutuas, Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón. ²Medicina Familiar, Centro de Salud Vielha, Lleida. ³Medicina Familiar, Centro de Salud Sillera, Toledo. ⁴Medicina Familiar, Centro de Salud Pinto, Madrid. ⁵Medicina Familiar, CAP El Masnou-Alella, Barcelona. ⁶Medicina Familiar, Centro de Salud Santa Catalina, Islas Baleares.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar las características de los fármacos antihipertensivos y su grado de control de las mujeres incluidas en el estudio IBERICAN.

Métodos: IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. La cohorte obtenida se seguirá anualmente durante al menos 5 años. Son analizan 1.697 mujeres hipertensas de 7.120 sujetos incluidos en el estudio. El grado de control de la hipertensión arterial se ha definido por las guías europeas ESH/ESC 2018.

Resultados: Las mujeres representan el 54,2% de la muestra. La edad media fue mayor en varones que mujeres ($58,63 \pm 14,33$ vs. $57,11 \pm 15,06$, $p < 0,001$). La prevalencia de HTA fue menor en las mujeres (43,8% vs. 53,5% que hombres, $p < 0,001$). El buen control de HTA fue mayor en mujeres (59,6% vs. 55,5%), $p < 0,03$. En relación al tratamiento antihipertensivo se observa: mayor uso de diuréticos tiazídicos (31,5% vs. 26,3%, $p < 0,001$), de asa (6,2% vs. 5,4%, ns), ahorrador de potasio (2,9% vs. 2,8%, ns) y de acción central (0% vs. 0,1%, ns) en mujeres; y mayor uso de antagonista de calcio (24,2% vs. 21,2%, $p < 0,02$), betabloqueantes (19,8% vs. 18,4%, $p = 0,14$), alfa bloqueantes (4,7 vs. 1,4%, $p < 0,001$), e IECA (40,7 vs. 34,5%, $p < 0,001$) en hombres; y similar uso de ARA II (42,5 vs. 42,5%, $p = 0,84$). La media de fármacos utilizados fue mayor en mujeres (1.680,93 vs. 1.751, $p < 0,004$). La media de años de antigüedad de HTA (hombres-mujeres): < 5 años y > 5 años, 34,2% vs. 28,4% y > 5 años 65,9% vs. 71,6%, $p < 0,03$, respectivamente.

Conclusiones: Las mujeres hipertensas en el estudio IBERICAN, presentan una menor de edad, menor prevalencia de HTA con una media de más de 5 años desde el diagnóstico y mejor control antihipertensivo comparado con los hombres. Utilizan una estrategia preferentemente basada en diuréticos y fármacos de acción central y con una media de fármacos mayores.

419/100. EXPERIENCIA EN DENERVACIÓN RENAL CON CATÉTER SIMPLE Y MULTIELECTRODO

J. García-Donaire¹, I. Núñez-Gil², M. Abad Cardiel¹, O. Vedia-Cruz², A. Fernández-Ortiz² y N. Martell-Claros¹

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

²Cardiología Intervencionista, Instituto Cardiovascular, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Los primeros ensayos de denervación renal (DR) demostraron una reducción significativa de la presión arterial (PA), que persistía hasta 3 años. Sin embargo, el ensayo aleatorio controlado simulado (Symplicity HTN-3) no mostró diferencias significativas en la reducción de la PA entre los pacientes denervados y los controles. Los operadores sin experiencia en DR y la falta de denervación arterial circunferencial bilateral en la mayoría de los casos fueron posibles razones para explicar la denervación insuficiente en Symplicity HTN-3. Desde su primera aplicación clínica, la tecnología de DR ha evolucionado rápidamente para mejorar las modalidades de ablación y los métodos de suministro de energía (RF). Se informaron resultados positivos utilizando sistemas de RF de electrodo único y de electrodo múltiple. No obstante, aún no se han publicado estudios sobre la eficacia clínica de los sistemas de electrodo único frente a los de múltiples electrodos. El objetivo fue evaluar los resultados, en la práctica clínica real, de ambas técnicas. Analizamos los resultados de los procedimientos de denervación renal realizados en nuestro centro.

Métodos: Dividimos a los pacientes en 2 grupos cronológicos, el primero (procedimientos de la etapa I: 9 / pacientes, de 2011 a 2013) utilizando un catéter con 1-2 electrodos y el segundo (procedimientos de la etapa II: 18, 17 pacientes, de 2016 a 2018) en el que el procedimiento se llevó a cabo siguiendo las últimas recomendaciones y utilizando un catéter con 4 electrodos (SYMPPLICITY SPYRAL, Medtronic, Minneapolis, EE.UU.).

Resultados: Se realizaron más ablaciones en la etapa II con un tiempo de procedimiento promedio más bajo ($92,2 \pm 39,3$ vs. $79,4 \pm 24,3$ min), disminuciones más marcadas en la presión arterial (PAS: $-5,6 \pm 20,3$ vs. $-32,0 \pm 25,2$; $p = 0,021$; DBP: $-4,8 \pm 11,1$ vs. $-21,2 \pm 16,6$, $p < 0,001$) y número de medicamentos (etapa I: de $4,8 \pm 0,7$ a $4,3 \pm 1,4$; etapa II de $5,2 \pm 1,6$ a $4,5 \pm 1,1$) con una mayor tasa de responderos (55,5 vs. 88,8%).

Conclusiones: En RAD, un mayor número de aplicaciones puede asociarse con un aumento en el logro de un procedimiento más exitoso.

419/103. PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA GRUPAL EN HIPERTENSOS. ¿NECESARIO EN LA COMUNIDAD?

A. Eguiluz Ocerinjuregui¹, N. Beltrán Mateo¹, T. Sopolana Rozas², M. Álvarez Hidalgo², M. Hernandez Lafuente² y G. Cairo Rojas³

¹Medicina Familiar y Comunitaria; ²Servicio de Enfermería, Centro de Salud Ortuella, Bizkaia. ³Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Deusto, Bizkaia.

Objetivos: Ante la baja adhesión a la prescripción de actividad física individual en pacientes hipertensos, nos propusimos realizar grupos de actividad física colectiva para valorar: mejoras en los parámetros de riesgo CV; el grado de adhesión; y el grado de satisfacción.

Métodos: Diseño: descriptivo longitudinal con componentes analíticos. Ámbito: C.S urbano. Sujetos: pacientes hipertensos con obesidad y/o sedentarismo, de 55-70 años. Muestra: de conveniencia hasta completar dos grupos de 15 pacientes cada uno, total 30. Captación en la consulta de enfermería. Intervención: 1 h, 2 días por semana, ejercicios grupales de motricidad (aeróbicos, equilibrio, fuerza y resistencia) supervisados por monitor especializado en el marco de un programa comunitario de colaboración entre servicio de salud-polideportivo municipal. Duración total 6 meses. Mediciones: al inicio (1), a los 6 meses (2) y a los 2 años (3). **Variables cuantitativas:** parámetros físicos: peso, IMC, PAS, PAD. Biológicos: glucosa, colesterol total y HDL. Test físicos: equilibrio sobre cada pie (segundos), agilidad (Timed up and go. Seg.), fuerza inferior-sentadillas (Chair stand test. n.º de sentadillas/30 s), fuerza superior (Arm curl test. n.º flexiones brazo/30 s), resistencia (minute walk test. metros/6 min). Grado de satisfacción: cuestionario ad hoc valoración cualitativa. Análisis estadístico. Programa SPSS.V23. Análisis de contenido (respuestas cualitativas).

Resultados: Edad: 62 ± 6 años. 50% mujeres. 25 pacientes de 30 completaron la intervención. IMC (1): 33 ± 4, IMC (2): 32 ± 4, IMC (3): 31 ± 4. PAS (1): 139 ± 14, PAS (2): 131 ± 13, PAS (3): 132 ± 15. PAD (1): 85 ± 10, PAD (2): 80 ± 8, PAD (3): 82 ± 9. Colesterol total (colesterolt) (1): 190 ± 32, colesterolt (2): 190 ± 31, colesterolt (3): 194 ± 33. HDL (1): 49 ± 10, HDL (2): 49 ± 10, HDL (3): 46 ± 8. Equilibrio (1): 16 s, equilibrio (2): 21 s, equilibrio (3): 27s. Agilidad (1): 8 s, agilidad (2): 9 s, agilidad (3): 8 s. Fuerza inf (inferior) (1): 11, fuerza inf (2): 13, fuerza inf (3): 14. Fuerza sup (superior) (1): 15, fuerza sup (2): 17, fuerza sup (3): 20. Resistencia (1): 386 m, resistencia (2): 457 m, resistencia (3): 482 m. Se observaron diferencias estadísticamente significativas (IC95% y p < 0,05), entre PAS (1)-PAS (2) y PAD (1)-PAD (2), pero no con las mediciones de PAS (3) y PAD (3). Aunque la diferencia rozaba la significación (p < 0,068). Claras diferencias en mediciones de equilibrio, fuerza inf, fuerza sup y resistencia (p < 0,05). Resto de parámetros, sin diferencias. Alta satisfacción entre los pacientes con el proyecto, destacando la sensación de mejora física y el ambiente de compañerismo generado en los grupos.

Conclusiones: La realización de ejercicio físico en grupo, mejora claramente la funcionalidad de los pacientes y favorece la mejoría de las cifras de TA. La adherencia y la satisfacción con el programa son muy altas. Se necesitan más iniciativas de este tipo en AP y mantenerlas en el tiempo para comprobar mejoras mantenidas de cifras de PA.

419/123. ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

J. Castro Cuesta¹, A. Martínez Pastor¹, M. Leal Hernández² y J. Abellán Alemán¹

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

Objetivos: Conocer la frecuencia y distribución de los factores de riesgo cardiovasculares ligados a los estilos de vida (EV) en los estudiantes universitarios (EU).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de los alumnos de nuevo ingreso de la Universidad, con el fin de estudiar los estilos de vida relacionados con la enfermedad cardiovascular, y su relación con el sexo y el tipo de estudio cursado. De los 1.904 EU de primer curso, se seleccionaron aleatoriamente 685, distribuidos en cuatro grupos de carreras (sanitarias, humanísticas, técnicas y ciencias de la actividad física) A todos ellos se les valoró sus hábitos tabáquico y enólico y cumplieron una encuesta de salud y hábitos alimentarios, utilizando un score de adherencia a la dieta mediterránea (0-10 puntos).

Resultados: De los estudiantes encuestados: el 86,4% consumen bebidas alcohólicas; el 30,4% son fumadores y 23,2% lo han sido; el 32% son sedentarios. Al comparar los estilos de vida según el sexo: no se detectan diferencias en el consumo de tabaco (p = 0,084); el 83,3% de los hombres realizan ejercicio físico frente al 54,8% de las mujeres (p < 0,001). Con relación a la adherencia a la dieta mediterránea, la población estudiada presentó una puntuación media de 4,9 ± 1,2 puntos de 10, presentando los estudiantes de las carreras humanísticas (4,7 ± 1,2) la menor puntuación.

Conclusiones: Las mujeres realizan menos ejercicio físico que los hombres y no se diferencian en el consumo de tabaco. El seguimiento de la dieta mediterránea es escaso. El tipo de carrera estudiada se asocia con los EV presentando mejores hábitos los estudiantes de ciencias de la actividad física.

419/135. ESTUDIO "KNOW YOUR PULSE" 2018, ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LA FA Y OTRAS ARRITMIAS EN LA FARMACIA COMUNITARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

Z. Perseguer Torregrosa¹, R. Prats Mas¹, I. Mera Gallego¹, S. Tous Trepas², J. Fornos Pérez¹ y E. Gil Sainz¹

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

Objetivos: Introducción: La Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) en colaboración con la Atrial Fibrillation Association (AFA) y la International Pharmacists Anti Coagulation Taskforce (IPACT), desarrolla en España este proyecto piloto internacional, para valorar su eficacia en la mejora de la detección de la fibrilación auricular asintomática, la reducción de sus posibles consecuencias y contribuir al correcto tratamiento de las arritmias y sus riesgos. **Objetivos:** Evaluar el tratamiento de los pacientes detectados de pulso irregular, diagnosticados de FA y otras arritmias.

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

Resultados: De los 977 pacientes, 37 (3,8%) tienen IC, 152 (15,6%) diabetes, 39 (4,0%) enf.arterial periférica. Han tenido IC-

TUS/ACV 28 (2,9%), tromboembolismo 9 (0,9%), infarto 32 (3,3%). De los 977 individuos, 101 (10,3%) tienen tratamiento anticoagulante/antiagregante (95 un medicamento y 6 dos medicamentos). Los grupos terapéuticos más utilizados: NO2BA 62 (57,9%); BO1AA 20 (18,7%); BO1AC 14 (13,1%); BO1AF 10 (9,3%), de 107 p.a. De los pacientes diagnosticados de FA 22 (2,2%), 12 (54,5%) están con tratamiento anticoagulante/antiagregante; 8 (23,5%) de los diagnosticados de otras arritmias (34 (3,4%) y 81 (8,1%) del resto. Dentro del resto de enfermedades con tratamiento A/A son: 12 (14,8%) IC; 3 (3,7%) tromboembolismo; 15 (18,5%) ictus; 11 (13,6%) enfermedad

arterial periférica; 24 (29,6%) infarto y 16 (19,8%) otras. Con tratamiento antiarrítmico 46 (4,7%) y de estos, 42 con 1 medicamento y 2 con 2 medicamentos antiarrítmicos. El grupo C07AB 29 (63,1%), del cual, el bisoprolol 23 (50,0%) del total. C01BD 4 (8,7%) y C01BC y C01EB 3 (6,5%) cada uno. Del total 20 (2,1%) tienen tratamiento anticoagulante/antiagregante y también antiarrítmico.

Conclusiones: Un elevado número de pacientes diagnosticados de FA y otras arritmias están sin tratamiento. Es fundamental la revisión y optimización de la medicación por parte del farmacéutico comunitario.