



www.svhta.com

HTAyRV Valencia
2009

Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular

***XVIII Jornadas de la Sociedad
Valenciana de Hipertensión
y Riesgo Vascular***

“Abordaje Multidisciplinar del Riesgo Cardiovascular”

HOTEL ÓPERA · Valencia 12, 13 y 14 de Febrero de 2009

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad
Valenciana (CECOVA)

Imprime: Gráficas Estilo - Alicante
Distribuye: IMTEXMA - Alicante

I.S.B.N.: 978-84-691-9101-9
Depósito Legal: A-81-2009



www.svhta.com

COMITÉ DE HONOR

ILMA. SRA. DÑA. RITA BARBERÁ NOLLA
Alcaldesa de Valencia

HONORABLE SR. D. MANUEL CERVERA TAULET
Conseller de Sanitat

ILMO. SR. D. ALFONSO RUS
Presidente de la Diputación Provincial de Valencia

ILMO. SR. D. VICENTE ALAPONT RAGA
Presidente del Il. Colegio Oficial de Médicos de Valencia

ILMO. SR. D. JUAN JOSE TIRADO DARDER
Presidente del Il. Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

ILMO. SR. D. FRANCISCO J. CLIMENT GRAU
Presidente del Il. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia

SR. D. ALBERTO MARTIN HIDALGO
Presidente SVHTA y RV



www.svhta.com

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE

Alberto Martín Hidalgo

SECRETARIA

Mar Piedecausa Selfa

TESORERO

Tomás Sánchez Ruiz

VICEPRESIDENTE

Alicante: José María Cepeda Rodrigo

Castellón: Ginés Gascón Ramón

Valencia: José Luis Llisterri Caro

VOCALES

Francisco Cabades O'Callaghan

José Antonio Costa Muñoz

Rafael Durá Belinchón

Pedro Ferriz Moreno

Vicente Gil Guillen

José Luis Górriz Teruel

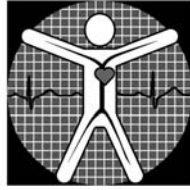
Pedro Morillas Blasco

Jorge Navarro Pérez

Vicente Pallarés Carratalá

Carlos Sanchis Doménech

Francisco Valls Roca



www.svhta.com

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE: Tomás Sánchez Ruiz

VICEPRESIDENTE 1º: Alberto Martín Hidalgo

VICEPRESIDENTE 2º: Ginés Gascón Ramón

SECRETARIO: Francisco Valls Roca

TESORERO: Mar Piedecausa Selfa

VOCALES:

Juan José Tirado Darder

Jaime Giner Martínez

Rafael Durá Belinchón

José María Cepeda Rodrigo

José Antonio Costa Muñoz

Pedro Ferriz Moreno

José Ramón Calabuig Alborch

Antonio Vicente Casanova

Francisco Cabades O'Callaghan



www.svhta.com

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE: José Luís Llisterri Caro

SECRETARIO: José Luis Górriz Teruel

VOCALES:

Vicente Pallarés Carratalá

Carlos Sanchis Doménech

Jorge Navarro Pérez

Vicente Gil Guillen

Pedro Morillas Blasco

Vicente Giner Galvañ

Juanjo Tamarit García

Diego Godoy Rocatí

Lorenzo Facila Rubio

Eduardo Rovira Daudí

Enrique Rodilla Sala

Patricia Giménez Monzó

Residente M. Familia

Irene Calatayud Marín

Residente M. Interna

Feliciano Motilla

Diplomado Enfermería

Rafael Jordá Requena

Farmacéutico Comunitario



HTA y RV ^{Valencia} **2009**
Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular

www.svhta.com

Queridos amigos/as:

Los Comités Organizador y Científico designados por la Sociedad Valenciana de Hipertensión y Riesgo Vascular estamos preparando las XVIII Jornadas que se celebrarán en Valencia los días 12, 13 y 14 de febrero de 2009. Una vez más os invitamos a participar activamente en las mismas y a contribuir con vuestra presencia, como en pasadas ediciones, en el alto nivel científico alcanzado, haciendo que estas Jornadas constituyan cita obligada anual de formación y actualización en las enfermedades cardiovasculares.

Esta nueva edición está enfocada bajo el prisma del abordaje multidisciplinar y de un punto de encuentro entre Atención Primaria y otras especialidades implicadas en el manejo del paciente hipertenso. Así mismo, es el lugar donde otras profesiones sanitarias contribuyen con sus aportaciones para el mejor manejo del paciente con riesgo cardiovascular.

Para ello, hemos elaborado un programa en el que se abordan los temas más relevantes y actuales sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular, intentando fomentar, en todo momento la participación y el debate.

Como en Jornadas anteriores, mención especial merece la relevancia que nuestra Sociedad da a la investigación en hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares en la Comunidad Valenciana, a la que contribuyen de manera decisiva las comunicaciones y los casos clínicos aportados por todos vosotros y que serán debatidos en sesión monográfica por todos los investigadores. En la página web de la Sociedad (svhta.com) se puede consultar toda la información de las XVIII Jornadas, gestionar el envío de comunicaciones y formalizar la inscripción "on line".

Estas Jornadas están acreditadas por la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES) y tiene la declaración de interés científico-sanitario de la Dirección General de Ordenación Sanitaria, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat.

Queremos agradecer a los ponentes, colaboradores y asistentes su aportación en el desarrollo de las Jornadas y animaros a disfrutar juntos del Programa que hemos preparado.

Tomás Sánchez Ruiz
*Presidente Comité
Organizador*

Alberto Martín Hidalgo
*Presidente de la
SVHTA y RV*

José Luis Llisterri Caro
*Presidente Comité
Científico*



HTAyRV Valencia
2009
Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular

www.svhta.com

PROGRAMA

Jueves 12 de febrero

TARDE

15:30 a 16:00 h. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

16:00 a 18:00 h. CURSO PRECONGRESUAL DE FORMACIÓN CONTINUADA

“IDENTIFICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON PRESIÓN ARTERIAL NORMAL-ALTA QUE PUEDEN PRESENTAR ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: PROGRAMA DIABES”

16:00 h.

Presentación del Programa DIABES. Identificación en la práctica clínica de los pacientes con PA normal-alta que pueden presentar alto riesgo cardiovascular. “Documento de Consenso”.

Dr. Alberto Martín Hidalgo.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elche.

16:10 h.

Evaluación diagnóstica para determinar que un paciente con PA normal-alta presenta alto riesgo cardiovascular. Microalbuminuria.

Dr. José Luis Gorriz Teruel.

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

16:30 h.

Evaluación diagnóstica para determinar que un paciente con PA normal-alta presenta alto riesgo cardiovascular. HVI por electrocardiograma.

Dr. José Luis Llisterri Caro.

Médico de Familia. CS Joaquín Benlloch. Valencia.

16:50 h.

Evaluación diagnóstica para determinar que un paciente con PA normal-alta presenta alto riesgo cardiovascular. Índice tobillo/brazo.

Dr. Rafael Durá Belinchón.

Médico de Familia. CS Burjassot. Valencia.

17:10 h.

Recomendaciones de objetivos de control, plan terapéutico y seguimiento en pacientes con PA normal-alta.

Dr. Tomás Sánchez Ruiz.

Médico de Familia. CS J. Benlloch. Valencia.

17:30 h.

Papel de la enfermería en el manejo del paciente con PA normal-alta

Dña. Carmen Castillo Peris.

Enfermera. Hospital Lluís Alcanyís de Xativa. Valencia.

Patrocinado por Abbott Laboratorios

18:30 a 19:30 h. FORO DE DEBATE

Terapia combinada en la HTA: ¿cuál es la mejor combinación?

Moderador:

Dr. José Luis Gorriz.

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Dr. Josep Redón i Mas.

Catedrático de Medicina. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Dr. Francisco Morales Olivas.

Departamento de Farmacología de la Universidad de Valencia

Patrocinado por Laboratorios Esteve

19:30 a 20:30 h. FORO DE INVESTIGACIÓN 2009

Estudios promovidos por la Sociedad Valenciana de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular

Moderador:

Dr. Vicente Giner Galvañ.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy.

Importancia de la relación entre HTA y FA. Objetivos y diseño del estudio FAPRES.

Dr. Vicente Pallarés Carratalá.

Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón.

Estudio FAPRES: Principales resultados.

Dr. Pedro J. Morillas Blasco.

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Protocolo derivación en la Hipertensión desde las Farmacias a Medicina de Familia.

D. Luis Salar Ibañez. Farmacéutico Comunitario.
Valencia. Presidente de la SFAC-CV.

Con la colaboración de Laboratorios Lacer

20:30 a 21:00 h. CONFERENCIA INAUGURAL

Presentación:

Dr. Alberto Martín Hidalgo.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elche.

Dr. Tomás Sánchez Ruiz.

Médico de Familia. CS J. Benlloch. Valencia.

Estrategias de futuro en la prevención y el control de la hipertensión en España y sus implicaciones para la política sanitaria.

Profesor Luis Miguel Ruilope Urioste.

Jefe de la Unidad de Hipertensión. Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Con la colaboración de Novartis Farmacéutica

21:00 h. ACTO INAUGURAL

21:30 h. Vino de bienvenida

Viernes 13 de febrero

MAÑANA

08:30 a 10:00 h. Talleres Simultáneos

10:00 a 11:30 h. SESIÓN PLENARIA 1.

MESA REDONDA: Tratamiento intensivo en el paciente de alto riesgo cardiovascular: ¿hasta cuánto bajar la PA?, ¿y el colesterol, ¿y la glucemia?

Moderador:

Dr. Alberto Martín Hidalgo.

Jefe Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elche.

Descenso de la presión arterial.

Dr. Enrique Rodilla Sala.

Unidad de Hipertensión. Hospital de Sagunto. Valencia

Descenso del colesterol.

Dr. José María Pascual Izuél.

Unidad de Hipertensión. Hospital de Sagunto. Valencia.

Descenso de la glucemia.

Dr. Antonio Robles Iniesta.

Hospital de Requena. Valencia

Patrocinado por laboratorios MSD

11:30 a 12:30 h. PAUSA CAFÉ Y DEFENSA DE PÓSTERS.

Moderadores Medicina:

Dr. José Antonio Costa Muñoz.

Unidad HTA y RV. Hospital Sagunto.

Dr. Antonio Vicente Casanova.

Unidad HTA. Hospital Clínico. Valencia.

1. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACION QUE DEMANDA CONSULTA EN ATENCION PRIMARIA DE LOS DEPARTAMENTOS 12 Y 14 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. ESTUDIO VAL-EPI 2007

Francisco Valls Roca¹. Vicente Gil². Vicente Pallarés³. José Luís Llisterri⁴. Tomás Sánchez⁴. Tomás Fuster⁵.

¹CS Benigànim, Benigànim (Valencia) - ²Unidad de Investigación. Hospital de Elda (Alicante) - ³Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas (Castellón) - ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia) - ⁵CS Gandía-1. Beniopa-Gandía (Valencia)

2. DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN MÉTODOS DE MEDIDA EN PACIENTES MUY ANCIANOS. PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES.

Patricia Gimenez Monzó¹. Sofia Machado Ortiz.¹ Fernando Sánchez Diez¹. - Isabel Carbonell Casañ¹. - Francisco Garcia Tolosa¹. - Sandra Vera Garcia¹. Javier González Aliaga¹. Rosa Moreno Ballester¹. José Luis Llisterri Caro¹. Luis Miguel Ruilope urioste².

¹Centro de salud Ingeniero Joaquin Benlloch - ²Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

3. AFECTACIÓN CAROTIDA EN EL PACIENTE HIPERTENSO REMITIDO A UNA UNIDAD DE REFERENCIA.

Helder Andrade. - Pedro Morillas. - Jesús Castillo. - Julián Roldán. - Raquel Andrés. - Daniel Núñez. Silvia Guillén - Pilar Agudo - Juan Quiles - Vicente Bertomeu.

Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan de Alicante

4. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS EN PACIENTES HIPERTENSOS SOMETIDOS A LA REALIZACIÓN DE UNA MAPA.

Manuel Pérez Alonso². Lorenzo Facila Rubio¹. Vicente Pallarés Carratalá³.

¹Consorcio Hospitalario Provincial De Castellón, ²Consultorio de Vilafranca del Cid, ³Unión de Mutuas de Castellón

5. ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y ALTERACIÓN DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO EN ERC ESTADIOS 4 Y 5 K-DOQI NO EN DIÁLISIS

Verónica Escudero Quesada¹. José Luis Gorriz Teruel¹. Bader Al-Raies Bolaños². Amelia García Hervás¹. Cristina Cáceres Borrero¹.

¹Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset. ²Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Univ. Dr Peset. Valencia.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL POR REGISTRO AMBULATORIO SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES (SEH-LELHA).

Francisco García Tolosa¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Sandra Vera Garcia¹. Fernando Sánchez Diez¹. Javier González Aliaga¹. Rosa Moreno Ballester¹. Emilio López Torres¹. Tomás Sánchez Ruiz¹. José Luis Llisterri Caro¹. Luis Miguel Ruilope Urioste².

¹CS Ingeniero Joaquin Benlloch. ²Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

7. UTILIDAD DEL NT-proBNP COMO MARCADOR PLASMÁTICO DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN EL PACIENTE HIPERTENSO.

Julián Roldán. Pedro Morillas. Jesús Castillo. Helder Andrade. Daniel Núñez. Silvia Guillén. Raquel Andrés. Irene Mateo. Juan Quiles. Vicente Bertomeu.

Hospital Universitario San Juan - Alicante

8. PATRONES DEL PERFIL CIRCADIANO EN POBLACIÓN MUY ANCIANA. PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES.

Sofía Machado Ortiz¹. Patricia Gimenez Monzó¹. Javier González Aliaga¹. Fernando Sánchez Diez¹. Rosa Moreno Ballester¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Francisco García Tolosa¹. Karim Mata Beltrán¹. José Luis Llisterri Caro¹. Luis Miguel Ruilope Urioste².
¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. ²Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

9. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DEL COLESTEROL-LDL Y CAMBIOS EN LA PROTEÍNA C REACTIVA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CORONARIO.

José Antonio Costa Muñoz¹. Enrique Rodilla Sala¹. Francisco Pérez Lahiguera¹. Sandra Mares¹. Carmen Gonzalez². José María Pascual Izuel¹.
¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt.

10. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN EL GÉNERO DE LOS PACIENTES? ESTUDIO PRESCAP 2006.

Isabel Carbonell Casañ¹. Francisco García Tolosa¹. Sandra Vera Garcia¹. Francisco Valls Roca². Rafael Durá Belinchón³. Vicente Pallarés Carratalá⁴. José Luis Gorriz Teruel⁵. Tomás Sánchez Ruiz¹. Francisco Javier Alonso Moreno⁶. José Luis Llisterri Caro¹.
¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ²Centro de Salud de Beniganim. Valencia. ³Centro de Salud de Burjassot. Valencia. ⁴Unión de Mutuas. Castellón. ⁵Servicio de Nefrología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁶Centro de Salud Sillería. Toledo.

11. DIFICULTAD EN EL GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE PROGRESION RENAL EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA.

José Luis Gorriz Teruel¹. Amelia García Hervas¹. Verónica Escudero Quesada¹. Cristina Cáceres Borrero¹. Cristian Gómez Torrijos². Eduardo Alcoy Hervas¹. Carlos Aboud Garcia¹. Luis M. Pallardó Mateu¹.
¹Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr Peset. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital La Plana. Villarreal.

12. COMPARACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL ENTRE PACIENTES HIPERTENSOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y DEL RESTO DEL ESTADO ESPAÑOL. ESTUDIO PRESCAP 2006.

Francisco García Tolosa¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Sandra Vera Garcia¹. Francisco Valls Roca². Rafael Durá Belinchón³. Vicente Pallarés Carratalá⁴. José Luis Gorriz Teruel⁵. Tomás Sánchez Ruiz¹. Francisco Javier Alonso Moreno⁶. José Luis Llisterri Caro¹.

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ²Centro de Salud de Beniganim. Valencia. ³Centro de Salud de Burjassot. Valencia. ⁴Unión de Mutuas. Castellón. ⁵Servicio de Nefrología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁶Centro de Salud Sillería. Toledo.

13. USO DE TERAPIA COMBINADA EN HIPERTENSOS OBESOS VERSUS HIPERTENSOS CON NORMOPESO. ESTUDIO PRESCAP 2006

Rafael Durá Belinchón¹. Francisco Javier Alonso Moreno². Juan Antonio Divisón Garrote³. Miguel Ángel Prieto Díaz⁴. M. Teresa Rama Martínez⁵. Pere Beato Fernández⁵. José Luis Llisterri Caro⁶. Eduardo Carrasco Carrasco⁷. Gustavo C. Rodríguez Roca⁸.

¹Centro de Salud de Burjassot (Valencia). ²Centro de Salud Sillería. (Toledo). ³Centro de Salud de Casas Ibáñez (Albacete). ⁴Centro de Salud Vallobín-La Florida. (Oviedo). ⁵CAP El Masnou, Alella, Teià (Barcelona). ⁶Centro de Salud Joaquín Benlloch (Valencia). ⁷Centro de Salud de Abarán (Murcia). ⁸Centro de Salud de La Puebla de Montalbán.

Moderadores Farmacia-Enfermería:

Rosa Sanchis Berenguer.

Farmacéutica Comunitaria. Vocal del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.

D^a. Dolores Larrey Aliaga

Enfermera. C.S. Benimaclet. Valencia.

1. GASTO ECONÓMICO PRODUCIDO POR LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y LA PERMANENTE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA

M^a Isabel Martínez Martínez¹. Ana Carrasco Abad². José Luis Alfonso Sánchez³

¹Universidad CEU Cardenal Herrera. ²Centro Salud Pública Benidorm. Unidad de Higiene de los Alimentos, Consellería de Sanidad. ³Universitat de València.

2. ESTUDIO DE COSTES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN PRIMARIA Y PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DERIVADOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA EN 2004

M^a Isabel Martínez Martínez¹. Ana Carrasco Abad². José Luis Alfonso Sánchez³.

¹Universidad CEU Cardenal Herrera. ²Centro Salud Pública Benidorm. Unidad de Higiene de los Alimentos. Consellería de Sanidad. ³Universitat de València.

12:30 a 14:00 h. PUESTA AL DIA

Novedades en el tratamiento de la HTA (I)

Moderador:

Dr. Tomás Sánchez Ruiz.

Médico de Familia. CS J. Benlloch. Valencia

Conducta ante un adolescente hipertenso.

Dra. Empar Lurbe Ferrer.

Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario. Valencia.

Nuevas aportaciones en la inhibición del eje renina-angiotensina-aldosterona.

Profesor Jaime Merino Sánchez.

Catedrático de Medicina. Hospital Universitario de San Juan. Alicante.

Inhibidores directos de la renina: evidencias actuales y perspectivas futuras.

Dr. José Luis Gorriz Teruel.

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Patrocinado por Novartis Farmacéutica

14:00 a 16:00 h. COMIDA DE TRABAJO.

TARDE

16:00 a 18:00 h. SESIÓN PLENARIA 2.

MESA REDONDA: Abordaje multidisciplinar en la prevención global del riesgo cardiovascular

Moderadores:

Dra. Mar Piedecausa Selfa.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elche.

D. Rafael Jordá Requena.

Farmacéutico Comunitario. Onteniente.

Vocal del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.

Papel del farmacéutico:

D^a. Victoria Ibáñez Cuevas.

Departamento de Información de Medicamentos y Atención Farmacéutica. Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.

Papel de enfermería:

D^a. M^a Dolores Revert Vidal.

C.S. de Alboraiá. Valencia.

Papel del médico de atención primaria:

Dr. José Vte. Lozano Vidal.

C.S. Serrería II. Valencia.

Papel del médico especialista:

Dr. Ginés Gascón Ramón.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Castellón.

Patrocinado por Sociedad Valenciana de HTA y RV/Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia/Muy Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (Consejo de Enfermería- CECOVA).

18:00 a 18:30 h. PAUSA CAFÉ.

18:30 a 20:30 h. PUESTA AL DÍA.

Novedades en el tratamiento de la HTA y de otros FRCV (II)

Moderadores:

Dr. José María Cepeda Rodrigo.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Torrevieja. Alicante.

Dr. José Luis Llisterri Caro.

Médico de Familia. C.S. Joaquín Benlloch. Valencia.

¿Control estricto o menos estricto de la PA en la prevención de la ECV en el paciente diabético?.

Dr. Alberto Martín Hidalgo.

Jefe Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elche. Alicante.

¿Control estricto o menos estricto de la glucosa en la prevención de la ECV en el paciente diabético?

Dr. Carlos Morillas Ariño.

Servicio de Endocrinología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Tratamiento antihipertensivo en el paciente muy anciano: ¿qué hay de nuevo?

Dr. Pedro Ferriz Moreno.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Elda. Alicante.

Frecuencia cardíaca y enfermedad cardiovascular: ¿dónde estamos?

Dr. Francisco Sogorb Garri.

Jefe del Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario. Alicante.

Patrocinado por Laboratorios Servier

20:30 a 21:00 h. PUESTA AL DÍA.

Significado clínico de las nuevas evidencias en microcirculación: Programa DIRECT

Moderador:

Dr. Arturo Artero Mora.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Programa DIRECT.

Dr. Carlos Morillas Ariño.

Servicio de Endocrinología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Patrocinado por Laboratorios Astra-Zeneca

Sábado 14 de febrero

MAÑANA

8:30 a 10:00 h. Talleres Simultáneos

10:00 a 11:30 h. SESIÓN PLENARIA 3.

MESA REDONDA: Inercia terapéutica vs incumplimiento como causa del mal control en la hipertensión arterial.

Moderadores:

Dr. Francisco Valls Roca.

Médico de Familia. C.S. Beniganim. Valencia

D. JV Visconti Gijón.

Enfermero. PAC C.S. de Massamagrell. Valencia

Punto de vista del farmacéutico:

D. Vicente Baixauli Fernández.

Farmacéutico Comunitario. Mislata. Vocal del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.

Punto de vista de enfermería:

D^a. Vicenta Esteve Biot

C.S. Salvador Pau. Valencia.

Punto de vista del médico de atención primaria:

Dra. Ana Puertas Cabot.

Médico de Familia. C.S. Pobla del Duc. Valencia.

Patrocinado por Sociedad Valenciana de HTA y RV/Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia/Muy Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Valencia (Consejo de Enfermería- CECOVA).

11:30 a 12:30 h. PAUSA CAFÉ Y DEFENSA DE PÓSTERS.

Moderadores Medicina:

Dra. Patricia Gimenez Monzó.

Residente 4º año MFyC. CS J. Benlloch. Valencia

Dra. Irene Calatayud Marín.

Residente 5º año M. Interna. Hospital La Fe Valencia.

1. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE VARÓN HIPERTENSO CON DISLIPEMIA Y DIABETES TIPO 2

Juan Ramón Debon Aucejo¹. Gonzalo Aldana Nacher¹. Cayetano Puga Rodriguez¹. Alexander Sammel¹. Manuel Sánchez Urbano¹. Gines Gascón Ramón².

¹Hospital La Plana (Vila - Real). ²Consulta Alta Resolución. Hospital La Plana (Vila - Real).

2. UTILIZACIÓN DE EPLERENONA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE E INTOLERANCIA A ESPIRONOLACTONA

Enrique Rodilla Sala¹. Francisco Pérez Lahiguera¹. José Antonio Costa Muñoz¹
Sandra Mares¹. Carmen Gonzalez². José María Pascual Izuel¹.

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt.

3. VALOR PREDICTIVO DEL BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE (BNP) EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO PANAMA)

Pilar Alfaro Perea¹. José Luis Llisterri Caro¹. Vivencio Barrios Alonso². Francisco Ridocci Soriano³. Vicente Gil Guillen⁴. Isabel Carbonell Casañ¹. Francisco Antón García⁵. Arantxa Matalí Gilarranz⁶. Tomás Sánchez Ruiz¹. Jaime Merino Sánchez⁴.

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia). ²Hospital Ramón y Cajal (Madrid). ³Hospital General (Valencia). ⁴Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Alicante. ⁵Centro de Salud Fuensanta (Valencia). ⁶Departamento Médico Almirall (Barcelona).

4. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

M^a Del Rosario López Buitrago. Mar Piedecausa Selfa. Clara Escolano Hortelano. Víctor Cánovas García. Erika Ascuña Vasquez. Carlos Soler Portmann. Roberto Hurtado García. Elena Lorenzo Serrano. Antonia Mora Rufete. Alberto Martín Hidalgo.

Hospital General Universitario De Elche.

5. UTILIZACIÓN DE ESPIRONOLACTONA FRENTE A DOXAZOSINA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

Francisco Pérez Lahiguera¹. José Antonio Costa Muñoz¹. Enrique Rodilla Sala¹. Carmen Gonzalez². Sandra Mares Roger¹. José María Pascual Izuel¹.

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt.

6. CARACTERÍSTICAS DE LOS HIPERTENSOS QUE ESTÁN TRATADOS CON FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS

Juan Ramón Debón Aucejo. Cayetano Puga Rodríguez. Gonzalo Aldana Nacher. Alexander Sammel. Javier Fernández-Cuervo Lorente. Ginés Gascón Ramón. Ruben Darío Camargo Hincapié. Adriana Liceo Chaparro Rojas. Oana Daniela Ichim. Mercedes Jácome Piedra.

Hospital La Plana. Castellón

7. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DE PREDICCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL DE LAS FUNCIONES SCORE CALIBRADA Y REGICOR EN PACIENTES NO DIABÉTICOS.

Carmen Gonzalez². Enrique Rodilla Sala¹. José Antonio Costa Muñoz¹. Francisco Pérez Lahiguera¹. Sandra Mares Roger¹. José María Pascual Izuel¹.

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt.

8. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL HIPOTIROIDISMO EN UNA CONSULTA DE HTA.

Alexander Sammel, Juan Ramón Debón Aucejo, Cayetano Puga Rodríguez, Manuel Sánchez Urbano, Cristian Gómez Torrijos, Ginés Gascón Ramón.
Hospital de la Plana, Vila-Real, Castellón.

9. INTERACCIÓN ENTRE EL BAJO PESO AL NACER Y LA OBESIDAD EN LA PRESIÓN ARTERIAL Y LOS PARÁMETROS DE FUNCIÓN VASCULAR EN ADOLESCENTES

Eva Carvajal¹. María Isabel Torró^{1,2}. Francisco Aguilar^{1,2}. Julio Álvarez^{1,2}. Josep Redón^{2,3}. Empar Lurbe^{1,3}.

¹Unidad contra el Riesgo Cardiovascular en Niños y Adolescentes. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Universitat de Valencia. ²CIBER de Fisiopatología de Obesidad y Nutrición (CB06/03), Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ³Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universitat de Valencia.

10. VARÓN DE 42 AÑOS CON HIPERTENSIÓN REFRACTARIA Y ASOCIACIÓN DE FACTORES ETIOLÓGICOS

Manuel Sánchez Urbano. Alexander Sammel. Cayetano Puga Rodríguez. Juan Ramón Debón Aucejo. Gonzalo Aldana Nacher. Lilian Carla Ayllon Echalar. Sara Ashi Pascual. Rosalia torres Miravet. Inmaculada Piquer Franch. Ginés Gascón Ramón.

Hospital de la Plana, Vila-Real, Castellón.

11. INERCIA CLINICA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: EVALUACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

Vicente Gil-Guillén^{1,2,3}. Josep Redón^{4,7}. Domingo Orozco-Beltrán^{1,2}. Antonio Maiques-Galán³. Salvador Pertusa¹. Jorge Navarro^{2,4}. Luis Cea-Calvo⁶. Fernando Quince-Andrés^{1,2}. Jaime Merino-Sánchez^{1,6}. José Maria Martín-Moreno⁵.

¹Catedra Medicina de Familia. Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante. ²REDIAPP-CV, Unidad de Investigación, Docencia y Práctica Clínica Departamento 18 CV, Alicante. ³Centro de Salud de Manises, Valencia. ⁴Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico, Universidad de Valencia. ⁵Catedra de Medicina Preventiva, Universidad de Valencia. ⁶Departamento Médico MSD. Madrid. ⁷CIBERobn, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

12. VARÓN CON DISLIPEMIA Y ALTERACIONES DEL ECG ATRIBUIBLES A HIPOPOTASEMIA SECUNDARIA A SÍNDROME DE GITELMAN.

Javier Fernández-Cuervo Lorente. Juan Ramón Debon Aucejo. Cayetano Puga Rodríguez. Daniel Linares Aguilera. Lorena Agut Borrás. Gines Gascón Ramón.

Cristina Gómez Torrijos. Irene Sanz Acevedo. Teresa López Buades. Sara Ashi Pascual.

Hospital La Plana. Castellón

13. EPLERENONA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

José Luis Gorrioz Teruel¹. Amelia García Hervás¹. Verónica Escudero Quesada¹. Irene Sanz². Cristina Cáceres Borrero¹. Cristian Gómez Torrijos². Eduardo Alcoy Hervás¹. Luis M. Pallardo Mateu¹.

¹*Servicio de Necrología. Hospital Universitario Dr Peset.* ²*Servicio de Medicina Interna. Hospital La Plana. Vila.Real.*

14. MUJER DE 86 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO Y DISLIPEMIA DE LARGA EVOLUCIÓN, CON DISNEA DE EVOLUCIÓN RÁPIDA Y EXITUS

Alexander Sammel. Gonzalo Aldana Nácher. Cayetano Puga Rodríguez. Juan Ramón Debón Aucejo. Manuel Sánchez Urbano. Cristian Gómez Torrijos. Ginés Gascón Ramón. Beatriz Montero Balaguer. Ricardo Gil Edo.

Hospital de la Plana, Vila-Real, Castellón.

Moderadores Farmacia-Enfermería:

Rosa Sanchis Berenguer.

Farmacéutica Comunitaria. Vocal del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.

D^a. Dolores Larrey Aliaga

Enfermera. C.S. Benimaclet. Valencia.

1. M.A.P.A. Y EVIDENCIA ENFERMERA

Gabriel Belenguer Civera¹. Llorenç Benavent Vidal². Ignacio Belenguer Ricarte³. Ricardo Lequerica Llopis⁴.

¹*Centro Salud De Xativa.* ²*Centro salud de Gandia.* ³*Hospital de la Ribera (estudiante 1º enfermería).* ⁴*Centro salud de Mediana.*

2. RELACIÓN DE LA EDAD DE LOS HIPERTENSOS CON SU PESO Y OTRAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS.

Cayetano Puga Rodríguez. Juan Ramón Debón Aucejo. Alexander Sammel. Gonzalo Aldana Nacher. Oana Daniela Ichim. Ginés Gascón Ramón. Rosalía torres Miravet. Inmaculada Piquer Franch. Alfonso Maneu Juan.

Hospital La Plana - Vila Real. Castellón

12:30 a 14:00 h. PUESTA AL DIA.

Prevención de la morbimortalidad en el contínuum cardiovascular

Moderadores:

Dr. J. Luis Llisterri Caro.

Médico de Familia. CS J. Benlloch. Valencia

Dr. Carlos Sanchis Domenech.
Médico de Familia. CS de Algemesí. Valencia

Importancia del binomio HTA y colesterol en la enfermedad cardiovascular.

Dr. Pedro Aranda Lara.
Servicio de Nefrología. Hospital Carlos Haya. Málaga. Presidente de la SEH-LELHA.

Aspectos claves para una prevención eficaz de la enfermedad cardiovascular.

Dr. Josep Redón i Mas.
Catedrático de Medicina. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Beneficios del tratamiento farmacológico simultaneo de los factores de riesgo cardiovascular.

Dr. Vicente Bertomeu Martinez.
Jefe Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Con la colaboración de laboratorios Pfizer

14:00 a 16:00 h. COMIDA DE TRABAJO.

TARDE

16:00 a 18:00 h. INVESTIGACIÓN EN HTA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Discusión de las 9 mejores comunicaciones presentadas al congreso (3 de Atención Primaria, 3 de Atención Especializada y 3 de Residentes).

Moderadores:

Dr. Vicente Gil Guillen.
Médico de Familia. Departamento de Medicina. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Dr. Jorge Navarro Pérez.
Médico de Familia. C.S. Salvador Pau. Valencia.

Atención Primaria

1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN QUE ACUDE A CONSULTA DE LOS DEPARTAMENTOS 12 Y 14 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Francisco Valls Roca¹. Vicente Gil². Vicente Pallarés³. José Luíís Llisterri⁴. Tomás Sánchez⁴. Tomás Fuster⁵.

¹CS Benigànim. Benigànim (Valencia). ²Unidad de Investigación. Hospital de Elda (Alicante). ³Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas (Castellón). ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia). ⁵CS Gandía-1. Beniopa-Gandía (Valencia).

2. PREVALENCIA DE OBESIDAD Y GRADO DE CONTROL EN HIPERTENSOS ASISTIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO PRESCAP 2006.

Rafael Durá Belinchón¹. Francisco Javier Alonso². Juan Antonio División Garrote³. Miguel Ángel Prieto Díaz⁴. M. Teresa Rama Martínez⁵. Pere Beato Fernandez⁵. José Luis Llisterri Caro⁶. Eduardo Carrasco Carrasco⁷. Gustavo C. Rodríguez Roca⁸.

¹Centro de Salud de Burjassot (Valencia). ²Centro de Salud Sillería. (Toledo). ³Centro de Salud de Casas Ibáñez (Albacete). ⁴Centro de Salud Vallobín-La Florida. (Oviedo). ⁵CAP El Masnou, Alella, Teià (Barcelona). ⁶Centro de Salud Joaquín Benlloch (Valencia). ⁷Centro de Salud de Abarán (Murcia). ⁸Centro de Salud de La Puebla de Montalban (Toledo).

3. FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA EN PACIENTES HIPERTENSOS: PAPEL DE LA FRECUENCIA CARDIACA.

Lorenzo Facila Rubio¹. Vicente Pallarés Carratalá². Manuel Pérez Alonso³.

¹*Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.* ²*Unión de Mutuas de Castellón.* ³*Consultorio de Vilafranca del Cid.*

Atención Especializada

4. ÁCIDO ÚRICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADOLESCENTES

Carolina Torres¹. Julio Álvarez^{1,2}. Isabel Torró^{1,2}. Francisco Aguilar^{1,2}. Juan José Alcón^{1,2}. María Maravall^{1,2}. Joseph redón^{2,3}. Empar Lurbe^{1,2}.

¹*Hospital General Universitario de Valencia.* ²*CIBERobn, Instituto de Salud Carlos III. Madrid.* ³*Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico, Universitario, Universidad de Valencia.*

5. RELACIÓN ENTRE LOS PARAMETROS DE RIGIDEZ ARTERIAL OBTENIDOS FOR DIFERENTES MÉTODOS

Antonio Vicente. Fernando Martínez. Conrado Fernández. Elena Solaz. Oscar Calaforra. Josep Redón.

Unidad de Hipertensión, Medicina Interna, Hospital Clínico, Universidad de Valencia.

6. VALOR PRONÓSTICO DE LA OBESIDAD EN EL PACIENTE CON SINDROME CORONARIO AGUDO.

Jesús Castillo¹. Pedro Morillas¹. Juan Quiles¹. Alberto Cordero¹. Lorenzo Fácila². Ángel Llácer³. José Ramón González-Juanatey⁴. Vicente Bertomeu¹.

¹*Hospital Universitario San Juan. Alicante.* ²*Hospital Provincial. Castellón.* ³*Hospital Clínico. Valencia.* ⁴*Hospital Santiago de Compostela. A Coruña.*

Residentes

7. ALDOSTERONA PLASMÁTICA Y FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS CON FUNCIÓN RENAL CONSERVADA.

Julián Roldán. Pedro Morillas. Jesús Castillo. Helder Andrade. Daniel Núñez. Silvia Guillén. Irene Mateo. Juan Quiles. Alberto Cordero. Vicente Bertomeu.

Hospital Universitario San Juan - Alicante.

8. HIPOGLUCEMIA NEONATAL INDUCIDA POR TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL CON LABETALOL

Consuelo García-Vicent. Janna Herrmannova. Francisco Aguilar. Elena Crehuá. Cristina Morales. Jose Luis Fayos. Empar Lurbe.

Servicio de Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario. Universitat de Valencia.

9. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN POBLACIÓN DIABÉTICA ASISTIDA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

Francisco García Tolosa¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Laura Sánchez Suárez². José Luís Llisterrí Caro¹. Tomás Sánchez Ruíz¹. Patricia Giménez Monzó¹. Sofía Machado Ortiz¹. Carmen Sala Sáinz³. Carmen Francés Gassó². José Manuel Giner Morales³.

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. ²Centro de Salud Fuente de San Luís.

³Centro de Salud Castellar.

18:00 a 18:30 h. PAUSA CAFÉ.

18:30 a 20:00 h. SESIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Discusión de los 6 mejores casos clínicos. Selección del representante de la SVHTA a la Fase Nacional (SEH-LELHA 2009, Málaga).

Moderadores:

Dr. José Ramón Calabuig Albor.

Jefe Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Dr. Diego Godoy Rocati.

Unidad Lípidos y Riesgo Vascular. Hospital General Universitario. Valencia

1. DOCTOR, ME DUELE EL PECHO Y NO ES UN INFARTO...

Agudo P, Mateo I, Roldán J, Andrade HJ, Núñez D, Guillen S, Castillo J, Morillas P, Bertomeu V.

Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de San Juan (Alicante).

2. PSEUDOFEOCROMOOCITOMA. RESPUESTA INCOMPLETA A BLOQUEO ALFA Y BETA. CONTROL ÓPTIMO AL ASOCIAR METIROSINA.

Verónica Escudero Quesada¹. José Luis Gorriz Teruel¹. Alejandro Salanova Penalba³.

Amelia García Hervas¹. Cristina Cáceres Borrero¹. Carlos Aboud Llopis¹. Belen Alemany¹.

¹Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr Peset. ²C.S. Fuente San Luis. Valencia.

3. CRISIS HIPERTENSIVA Y ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA ¿UNA EXTRAÑA CONEXIÓN?

Jesús Castillo Castillo, Julián Roldán Morcillo, Hélder Jorge Andrade Gómes, Raquel Andrés Navarro, Silvia Guillén García, Daniel Núñez Pernas, Irene Mateo Rodríguez, Pilar Agudo Quilez, Pedro Morillas Blasco y Vicente Bertomeu Martínez.

Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de San Juan (Alicante).

4. UTILIDAD DEL ITB EN PACIENTE APARENTEMENTE NORMOTENSO CON LUMBOCIATALGIA CRÓNICA Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL.

Mercé Colomina Pascual¹. Vicente Giner Galvañ². María José Esteban Giner². Carmen Sánchez Jódar³. Vanesa Blanes Castañer³. Lidia Olcina Tendero³. Silvia Martínez Tudela². Tomás Francisco Marco Domingo². José Antonio Morant Ciscar². Antonio Pastor Jordá².

¹RI Cirugía General y Digestiva. ²FEA Medicina Interna. ³Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Sección de Medicina Interna. Hospital Verge dels Lliris. Alcoi (Alacant).

5. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA EN MUJER JOVEN TRAS POLI-TRAUMATISMO.

Hélder Andrade Gomes, Julian Roldán, Jesús Castillo, Silvia Guillén, Irene Mateo, Pilar Agudo, Juan Quiles, Alberto Cordero, Pedro Morillas, Vicente Bertomeu.

Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

6. CRISIS HIPERTENSIVA POR SÍNDROME DE CUSHING DE RÁPIDA EVOLUCIÓN POR SECRECIÓN ECTÓPICA DE ACTH COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN HIPERNEFROMA.

Rafael Matoses Marco¹. Vicente Giner Galvañ². Tomás Francisco Marco Domingo². María José Esteban Giner². Carlos Pardo Ruiz³. Vanesa Blanes Castañer⁴. Carmen Sánchez Jódar⁴. José Antonio Morant Ciscar⁴.

¹Centro de Salud de Ibi. Departamento 15. Alacant. ²Sección de Medicina Interna. Hospital Verge dels Lliris. Alcoi. Alacant. ³Sección de Endocrinología. Hospital Verge dels Lliris. Alcoi. Alacant. ⁴Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento 15. Alacant.

20:00 a 20:30 h. ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA.

20:30 a 21:30 h. ASAMBLEA GENERAL DE LA SVHTA Y RV

Viernes 13 de Febrero

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA ENFERMERÍA

10:30 a 14:00 h. ENFERMERÍA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

10:30 a 10:35 h. Presentación y objetivos de la Jornada

D^a. Carmen Castillo Peris.

Enfermera. Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva. Valencia.

Dr. Francisco Valls Roca.

Centro de Salud de Beniganim. Valencia.

10:35 a 11:30 h. Proyecto CARDIORISC

10:35 a 11:10 h. Metodología y aportaciones del proyecto AMPAPRES

Dr. Francisco Valls Roca.

Centro de Salud de Beniganim. Valencia.

Dr. Vicente Pallarés Carratalá.

Unión de Mutuas. Castellón.

11:10 a 11:30 h. Metodología y aportaciones del proyecto MAPAPRES

D^a. Carmen Castillo Peris.

Enfermera. Hospital Lluís Alcanyís de Xativa. Valencia.

11:30 a 12:30 h. PAUSA CAFÉ Y DEFENSA DE PÓSTERS.

12:30 a 14:00 h. Enfermería y riesgo cardiovascular:

12:30 a 12:50 h. Cálculo del riesgo cardiovascular: ¿qué tablas?

D. Carlos Herrero Gil.

Enfermero. CS de Carlet. Valencia.

12:50 a 13:10 h. Paciente de alto riesgo cardiovascular

D. Salvador Varea Tórtola.

Enfermero. C.S. Miguel Servet. Valencia.

13:10 a 14:00 h. Discusión caso clínico

D. José Millet Pérez.

C.S. de Beniopa. Gandia

D^a. Yolanda Jaen Gomariz.

C.S. Pintor Stolz

Con la colaboración de Peróxidos Farmacéuticos, S.A. ,Lacer, S.A. Grupo EHRICA

Viernes 13 de Febrero

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA PARA FARMACEÚTICOS

10:30 a 14:00 h. FARMACÉUTICOS Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

10:30 a 10:40 h. Presentación y objetivos de la Jornada

D. Jaime Giner Martínez.

Farmacéutico Comunitario. Aiello de Malferit. Vocal del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.

Dr. Rafael Durá Belionchón.

Médico de Familia. CS Burjassot. Valencia

10:40 a 11:30 h. Nutrición y riesgo cardiovascular

10:40 a 11:05 h. Nutrición y salud

D. Marino Ojeda Peiro.

Farmacéutico Comunitario. Gandia. Vocal del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos. Valencia

11:05 a 11:30 h. Aportaciones del proyecto NUTRIRED

D. Gabriel Belenguer Civera. Enfermero. CS de Xativa

11:30 a 12:30 h. PAUSA CAFÉ Y DEFENSA DE PÓSTERS.

12:30 a 14:00 h. Automedida de la presión arterial (AMPA)

12:30 a 12:50 h. Dispositivos automáticos para la AMPA: indicaciones actuales

Dr. Antonio Vicente Casanova.

Unidad HTA. Hospital Clínico. Valencia.

12:50 a 13:10 h. Dispositivos automáticos para la AMPA: ¿cuáles recomendar?

Dr. Francisco Carbonell Franco.

Médico de Familia. C.S. Mislata

13:10 a 13:50 h. AMPA: Papel de farmacia en su optimización.

D^a. Laura Gandia Cerda.

Farmacéutica Comunitaria. Ontinyent.

13:50 a 14:00 h. AMPA: Coordinación médico-farmacia en la toma de decisiones.

Dr. Rafael Durá Belionchón.

Médico de Familia. CS Burjassot. Valencia.

Con la colaboración de Peróxidos Farmacéuticos, S.A., Lacer, S.A. y Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.

TALLERES CONJUNTOS MÉDICOS/ENFERMEROS/FARMACEÚTICOS

Se desarrollarán de 8:30 a 10:00 horas los días 13 y 14 de Febrero.

TALLER N° 1: HTA refractaria

Dr. Francisco Pérez Lahiguera

Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Valencia.

Dr. Eduardo Rovira Daudí.

Unidad de Hipertensión. Servicio de Medicina Interna. Hospital La Ribera. Alzira.

Valencia.

Con la colaboración de Almirall

TALLER N° 2: Manejo del paciente diabético

Dr. Jorge Navarro Pérez.

Médico de Familia. C.S. Salvador Pau. Valencia

D.Salvador Varea Tórtola.

Enfermero. C.S. Miguel Servet. Valencia.

Patrocinado por laboratorios Novo Nordisk

TALLER N° 3: Taller deshabituación tabáquica

Dr. Francisco Cabades O'Callaghan.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaroz. Castellón.

D. Vicente Colomer Molina.

Farmacéutico Comunitario. Bocairent. Vocal del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.

Patrocinado por Laboratorios Pfizer

TALLER N° 4: Valoración y significado del índice de presión arterial tobillo-brazo

Dr. Juanjo Tamarit García.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Dr. Lorenzo Facila Rubio.

Servicio de Cardiología. Consorcio Hospitalario. Hospital Provincial de Castellón. Castellón.

INFORMACIONES DE INTERÉS

SEDE DEL CONGRESO

HOTEL OPERA VALENCIA ****

HORARIOS SECRETARÍA

JUEVES 12. 15.30 - 20.30h

VIERNES 13. 08.30 - 13.30h
15.30 - 20.00h

SABADO 14. 08.30 - 13.30h
16.30 - 20.00h

EXPOSICIÓN COMERCIAL

El Hall a la Sala Plenaria albergará durante los días del congreso una exposición comercial en la que participarán las empresas colaboradoras.

HORARIO:

JUEVES 12. 16.00 - 20.00h

VIERNES 13. 09.00 - 20.00h

SABADO 14. 09.30 - 16.00h

ALMUERZO DE TRABAJO

Será Almuerzo Buffet, será imprescindible la presentación de la identificación correspondiente para poder asistir a los almuerzos de trabajo los días 13 y 14.

RECEPCIÓN DE PONENCIAS

Las ponencias y comunicaciones orales han de ser entregadas en la Secretaría Técnica como mínimo 2 horas antes de que comiencen las sesiones, en caso de que la presentación tenga lugar a 1ª hora de la mañana, el día anterior.

Horario: 9.30 - 19.30h

IDENTIFICACIÓN

Cada congresista dispondrá de una tarjeta de identificación individual e intransferible. Es imprescindible para acceder a las sesiones y para poder pasar los controles para la obtención de créditos de formación continuada.

ACREDITACIONES

Declarada Jornada de Interés científico-Sanitario por la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Consellería de Sanitat.

*Solicitada Acreditación por la Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES).
Para la obtención de los créditos es imprescindible pasar el control de asistencia presencial.*

Declarado Reconocimiento de Interés Profesional por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

PREMIOS COMUNICACIONES

Premio SEH-LELHA al mejor caso clínico: 600

Premio SEH-LELHA a caso clínico clasificado en 2º lugar: 300

Premio a la mejor Comunicación en Atención Primaria: 500

Premio a la mejor Comunicación en Atención Especializada: 500

Premio al mejor Póster de Médicos: 300 .

Premio al mejor Poster de Enfermería: 300

Premio al mejor Poster de Farmacéuticos: 300

(El mejor caso clínico representará a la Sociedad Valenciana de HTA y RV en la Fase Nacional a celebrar en el Congreso de la SEH-LELHA 2009 (Málaga)).

PATROCINADORES

ABBOTT LABORATORIES, S.A
ALMIRALL PRODEFARMA, S.A
ASTRA-ZENECA FARMACEUTICA SPAIN S.A
BOEHRINGER-INGELHEIM ESPAÑA
BRISTOL MYERS SQUIBB, S.L
CHIESI ESPAÑA, S.A
J.URIACH Y COMPAÑIA, S.A
LABORATORIOS ESTEVE
LABORATORIOS SERVIER, S.L
LACER S.A
MERCK SHARP & DHOME DE ESPAÑA, S.A
M.I.COLEGIO. OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE VALENCIA
NOVARTIS FARMACEUTICA, S.A
NOVO NORDISK PHARMA, S.A
PERÓXIDOS FARMACÉUTICOS, S.A
PFIZER, S.A
RECORDATI ESPAÑA, S.L

COLABORADORES

CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
(CECOVA)
DAIICHI SANKYO ESPAÑA S.A
FERRER INTERNACIONAL, S.A
LILLY,S.A

Colabora



Organiza

SECRETARÍA TÉCNICA

Gran Vía Ramón y Cajal, 61. 46007. Valencia
Tel: +34 96 382 61 64. Fax: + 34 96 382 63 28
e-mail:secretariasvhta@viajesiberia.com
www.svhta.com





www.svhta.com

HTAyRV Valencia
2009
Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular

**COMUNICACIONES CIENTÍFICAS
DE LAS XVIII JORNADAS
DE LA SOCIEDAD VALENCIANA
DE HIPERTENSIÓN
Y RIESGO VASCULAR**

<i>Comunicaciones orales</i>	37
<i>Casos clínicos</i>	49
<i>Posters</i>	63

COMUNICACIONES ORALES

1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN QUE ACUDE A CONSULTA DE LOS DEPARTAMENTOS 12 Y 14 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Francisco Valls Roca¹. Vicente Gil². Vicente Pallarés³. José Luíís Llisterri⁴. Tomás Sánchez⁴. Tomás Fuster⁵.

¹CS Benigànim. Benigànim (Valencia). ²Unidad de Investigación. Hospital de Elda (Alicante). ³Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas (Castellón). ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia). ⁵CS Gandía-1. Beniopa-Gandía (Valencia).

OBJETIVOS:

Valorar el grado de conocimiento y aplicación de los clínicos en las tablas de riesgo que habitualmente refieren utilizar. Valorar la consistencia entre estimación de riesgo alto en consulta y cálculo posterior con las escalas de riesgo. Conocer los factores que influyen en la identificación de riesgo alto.

METODOLOGÍA:

Diseño observacional-transversal. La muestra calculada fue de 1.200 pacientes que 60 médicos reclutaron seleccionando el número de orden 7 y 14 en lista de consulta de población demandante de dos departamentos de la Comunidad Valenciana, durante el periodo de estudio. Se realizó una encuesta donde se valoró conocimientos y aplicabilidad de escalas de riesgo en práctica clínica. Posteriormente las estimaciones de riesgo alto se compararon con Score, Regidor y Guías Europeas.

RESULTADOS:

En 61,1% de las consultas se conoce alguna escala, se aplican en un 52,8%. Las más conocidas son Score (70,1%) y Framingham-Anderson (55%). Solo se estima el riesgo en el 54,8%, este se subestima al comparar con Guías Europeas y se sobreestima con Regidor siendo mejor estimado si se compara con Score. No existen diferencias en el riesgo cardiovascular alto entre pacientes de médicos que utilizan o no alguna escala.

CONCLUSIONES:

Existe un importante desconocimiento de las tablas de riesgo e insuficiente utilización en los pacientes. Su aplicación no disminuye el porcentaje de RCV alto obtenido por escala. El conocimiento y su aplicación de escalas no son factores protectores en la obtención en sus pacientes de menores porcentajes de riesgo elevado, definiéndose el concepto de inercia clínica razón.

2. PREVALENCIA DE OBESIDAD Y GRADO DE CONTROL EN HIPERTENSOS ASISTIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO PRESCAP 2006.

Rafael Durá Belinchón¹. Francisco Javier Alonso². Juan Antonio Divisón Garrote³. Miguel Ángel Prieto Díaz⁴. M. Teresa Rama Martínez⁵. Pere Beato Fernandez⁵. José Luis Llisterri Caro⁶. Eduardo Carrasco Carrasco⁷. Gustavo C. Rodríguez Roca⁸.

¹Centro de Salud de Burjassot (Valencia). ²Centro de Salud Sillería. (Toledo). ³Centro de Salud de Casas Ibáñez (Albacete). ⁴Centro de Salud Vallobín-La Florida. (Oviedo). ⁵CAP El Masnou, Alella, Teià (Barcelona). ⁶Centro de Salud Joaquín Benlloch (Valencia). ⁷Centro de Salud de Abarán (Murcia). ⁸Centro de Salud de La Puebla de Montalbán (Toledo).

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de obesidad y grado de control de la presión arterial en hipertensos atendidos en Atención Primaria.

MÉTODOS:

Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, realizado en pacientes hipertensos españoles atendidos en Atención Primaria. Se consideró que existía buen control de la HTA cuando la PA era <140/90 mmHg (<130/80 en diabetes). Las variables analizadas fueron: peso, talla, circunferencia de la cintura (CC), presión arterial (PA) e índice de masa corporal (IMC) clasificándose a los pacientes en, hipertensos con normopeso (IMC <25) sobrepeso (IMC: 25-29,9) y obesos (IMC > 30). Obesidad grado 1 (IMC: 30-34,9), grado 2 (IMC 35-39,9) y grado 3 (IMC > 40) según los criterios de la SEEDO 2007.

RESULTADOS:

Se incluyeron 9.903 pacientes con una edad media de 64,6 (DE: 11,2) años (53,9% mujeres). La prevalencia de normopeso era del 16,4% (14,7% en hombres y 18% en mujeres), de sobrepeso del 46,7% (51,8% en hombres y 41,7% en mujeres), de obesidad en general fué del 36,9% (IC 95%; 35,9-37,9) y los porcentajes según su grado de obesidad era de, obesidad grado 1 del 27% (26,4% en hombres y 27,6% en mujeres), obesidad grado 2 del 7,6% (5,6% en hombres y 9% en mujeres) y obesidad grado 3 del 2,3% (1,5% en hombres y 3,1% en mujeres). En los hipertensos obesos, el grado de control de la PA resultó del 33,2% (IC 95%; 31,7-34,7) y en función del IMC el grado de control observado era en pacientes con normopeso del 49,1%, con sobrepeso del 43,3%, con obesidad grado 1 del 37,4 %, obesidad grado 2 del 30,6 % y obesidad grado 3 del 31,5%. La diferencia observada en los valores medios de PA de los hipertensos obesos con respecto a los que tienen normopeso fue 4 mmHg de PAS y 4 mmHg de PAD.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de obesidad en pacientes hipertensos es elevada y el exceso de peso condiciona un peor control en ellos.

3. FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE LESIÓN DE ÓRGANO DIANA EN PACIENTES HIPERTENSOS: PAPEL DE LA FRECUENCIA CARDIACA.

Lorenzo Facila Rubio¹. Vicente Pallarés Carratalá². Manuel Pérez Alonso³.

¹Consortio Hospitalario Provincial de Castellón. ²Unión de Mutuas de Castellón.

³Consultorio de Vilafranca del Cid.

INTRODUCCIÓN:

Determinar la presencia de lesión de órgano diana (LOD) en el paciente hipertenso (pHTA), es muy importante para el pronóstico y manejo. Obtener datos que predigan que pHTA presentarán LOD es fundamental para optimizar su estudio. Por otro lado, la frecuencia cardiaca (FC) se está erigiendo como un predictor pronóstico importante en los pacientes con enfermedad cardiovascular. Sin embargo son pocos los estudios que la evalúan en pHTA. El objetivo de este estudio es ver que factores se relacionan con la presencia de LOD, haciendo hincapié en la FC.

MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal que incluye 566 pHTA, a los que se les realiza estudio MAPA entre Enero 2005 y Noviembre del 2008. El registro se realiza con monitor Spacelabs 90207 durante 24 horas (mediciones de PA y FC cada 20 minutos en periodo de actividad y cada 30 minutos en periodo de descanso). Se analizan las variables epidemiológicas clásicas, y se estratifica a la población según presenten o no LOD. Se realizó una regresión logística binaria para analizar los predictores independientes de LOD.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes incluidos fue de 59 ± 14 (55,8% varones). El 18,4% fueron diabéticos, 37,8% dislipémicos, 14,7% tenían antecedentes de tabaquismo y el 12,7% de enfermedad cardiovascular. El 12,4% de los pacientes presentaban antecedentes de LOD. Los pacientes con LOD eran mayores (62,4 vs 59,6 años), con más antecedentes de diabetes (32,9% vs 16,3%), dislipemia (54,3% vs 35,5%), tabaquismo (22,9% vs 13,5%), un perfil de riesgo alto y muy alto mayor (88,6% vs 33,7%), y un mayor porcentaje de FC media nocturna >65 lpm (57,1% vs 39%). En el análisis multivariado los únicos predictores clínicos de presencia de LOD en pHTA (tratados o no) fueron los antecedentes de DM, DL y tabaquismo (OR 2,19, 1,81 y 2,14 respectivamente, y la FC en el periodo de descanso > 65 lpm (OR 1,97)

CONCLUSIONES:

Una frecuencia cardiaca en el periodo de descanso mayor de 65 lpm se relaciona independientemente con la presencia de LOD en pacientes hipertensos.

4. ÁCIDO ÚRICO Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADOLESCENTES

Carolina Torres¹. Julio Álvarez^{1,2}. Isabel Torró^{1,2}. Francisco Aguilar^{1,2}. Juan José Alcón^{1,2}. María Maravall^{1,2}. Joseph redón^{2,3}. Impar Lurbe^{1,2}.

¹Hospital General Universitario de Valencia. ²CIBERobn, Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ³Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico, Universitario, Universidad de Valencia.

En adultos se ha demostrado una relación entre la hiperuricemia y el riesgo cardiovascular, sin embargo son escasos los estudios que han analizado esta relación en adolescentes.

OBJETIVO:

Estudiar los factores de riesgo cardiovascular relacionados con los valores de ácido úrico en adolescentes con y sin obesidad.

SUJETOS Y MÉTODOS:

Se incluyeron 118 adolescentes (91 obesos) de ambos sexos entre 10 y 18 años de edad (edad media 12.6±1.6; 68 varones). Se definió obesidad en base al IMC z score > 2 (método Cole's LMS). La PA ambulatoria de 24 horas se midió mediante un monitor oscilométrico (Spacelabs 90207). Se determinó la glucosa e insulina en ayunas y se calculó el índice de HOMA. Así mismo se determinaron el perfil lipídico y el ácido úrico.

RESULTADOS:

Los adolescentes obesos tenían valores mas elevados de ácido úrico que los no obesos. Controlando por edad y sexo, el ácido úrico se relacionaba de forma significativa con el índice de masa corporal (IMC) $r=0.37$ ($p<0.001$), perímetro abdominal $r=0.40$ ($p<0.001$), índice de HOMA $r=0.25$ ($p=0.007$), HDL colesterol $r=-0.20$ ($p=0.032$), log TG $r=0.21$ ($p=0.027$), PAS clínica $r=0.27$ ($p=0.003$), PAS de 24 horas $r=0.36$ ($p<0.001$), PAS de actividad $r=0.31$ ($p<0.001$) y PAS de sueño $r=0.33$ ($p<0.001$). En una regresión líneal múltiple el ácido úrico se asociaba independientemente con el sexo ($p=0.046$) y con la PAS clínica y ambulatoria ($p=0.003$) cuando la edad, el IMC zscore, cintura e índice de HOMA estaban incluidos en el modelo (R^2 0.32).

CONCLUSIONES:

En adolescentes los valores de ácido úrico se asocian con factores de riesgo cardiovascular, metabólicos y hemodinámicos. Aún cuando existe una asociación positiva de los valores de ácido úrico con la grasa abdominal y el índice de HOMA, los factores más determinantes fueron el sexo y la PA sistólica.

5. RELACIÓN ENTRE LOS PARÁMETROS DE RIGIDEZ ARTERIAL OBTENIDOS POR DIFERENTES MÉTODOS

Antonio Vicente. Fernando Martínez. Conrado Fernández. Elena Solaz. Oscar Calaforra. Josep Redón.

Unidad de Hipertensión, Medicina Interna, Hospital Clínico, Universidad de Valencia.

Existen diferentes métodos para valorar la rigidez arterial, entre los que se encuentran el augmentation index (Aix), la velocidad de onda de pulso entre las arterias carótida y femoral (VOP c-f) y el echo-tracking (ET) carotídeo. La relación entre parámetros obtenidos por distintas técnicas no está claramente definida.

OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo es valorar la relación entre el Aix aórtico y el Aix carotídeo, obtenidos por tonometría por aplanamiento y ET, respectivamente y la relación entre la velocidad de onda de pulso obtenida entre dos puntos del sistema arterial (VOP c-f) y la obtenida en un solo punto (VOP carotídea) por ET.

MÉTODOS:

La velocidad de onda de pulso (VOP) entre dos puntos, carótida y femoral, se realizó con el dispositivo Complior. La velocidad de onda de pulso en un solo punto se realizó mediante echo-tracking (ET) a nivel de la arteria carótida común derecha con una sonda lineal de alta frecuencia utilizando el ecógrafo Aloka Prosound Alpha 10. El augmentation index (Aix) a nivel carotídeo se determinó también por ET y el aórtico mediante tonometría por aplanamiento radial utilizando el dispositivo SphygmoCor. La presión arterial se determinó con un dispositivo OMRON M6.

RESULTADOS:

La muestra incluyó 43 pacientes, 31 varones (72,1%), edad media $43,4 \pm 13,7$ años (rango 20-66 años), IMC $28,5 \pm 5,5$ kg/m², PAS media 136 ± 16 mmHg, PAD media 83 ± 14 mmHg. La gran mayoría, 34 (79,1%), eran hipertensos en tratamiento. La media de VOP c-f fue de $9,51 \pm 2,20$ m/s; media de VOP carotídea por ET $6,25 \pm 1,52$ m/s, $r = 0,617$ (p-valor $< 0,001$). La gráfica de Bland-Altman pone de manifiesto que a mayores valores de VOP, mayor es la discrepancia entre los 2 métodos. El 91% de las diferencias estuvieron situadas entre la media ± 2 DS. La media de Aix aórtico por SphygmoCor fue de $21,12 \pm 12,28\%$ y de Aix carotídeo por ET fue de $19,46 \pm 15,72\%$, $r = 0,493$ (p-valor $0,001$). La gráfica de Bland-Altman demuestra mayores discrepancias entre ambos métodos en valores extremos, altos o bajos. El 93% de las diferencias estaban comprendidas entre la media ± 2 DS. Mientras que existe una correlación lineal significativa entre los parámetros de rigidez arterial obtenidos por ET (Ep, β y AC) y la VOP por ambos métodos, no existe correlación entre el Aix obtenido por cualquiera de los 2 métodos y los parámetros de rigidez arterial obtenidos por ET.

CONCLUSIÓN:

Aunque existe cierta concordancia entre los parámetros de rigidez arterial obtenidos por distintos métodos, éstos nos son superponibles sino complementarios. Las discrepancias entre los métodos son especialmente manifiestas a valores extremos de las medidas. La VOP valora mejor la rigidez arterial que el Aix.

6. VALOR PRONÓSTICO DE LA OBESIDAD EN EL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Jesús Castillo¹. Pedro Morillas¹. Juan Quiles¹. Alberto Cordero¹. Lorenzo Fácila². Ángel Llácer³. José Ramón González-Juanatey⁴. Vicente Bertomeu¹.

¹Hospital Universitario San Juan. Alicante. ²Hospital Provincial. Castellón. ³Hospital Clínico. Valencia. ⁴Hospital Santiago de Compostela. A Coruña.

OBJETIVO:

La obesidad es un factor de riesgo establecido para enfermedad coronaria, pero su efecto en la evolución clínica de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio (IAM) no es bien conocido y, en ocasiones, los resultados son contradictorios. El objetivo del presente trabajo es analizar la influencia del índice de masa corporal (IMC) en el pronóstico a 1 año de los pacientes que han sobrevivido un IAM en nuestro país.

METODOLOGÍA:

Se han analizado de manera consecutiva 1.014 pacientes dados de alta tras superar un IAM e incluidos en el registro multicéntrico PAMISCA, a los que se les realizó un seguimiento medio de 389 días. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos de acuerdo a su IMC: normopeso (20-24,9 kg/m²), sobrepeso (25-29,9 kg/m²) y obesos (≥ 30 kg/m²). Solo 4 pacientes presentaron un IMC <20 kg/m², por lo que no se incluyeron en el análisis.

RESULTADOS:

El 29,3% de los pacientes presentaban obesidad, 47,3% sobrepeso y sólo el 23,4% tenían un IMC normal. Los pacientes obesos tenían una mayor prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes, por el contrario la prevalencia de tabaquismo fue menor. No hubo diferencias en el manejo terapéutico agudo de las poblaciones, con tasas de revascularización percutánea y fibrinólisis similares. Los porcentajes de empleo de estatinas, antiagregantes o betabloqueantes al alta también fueron similares en las poblaciones. Durante el seguimiento, no hubo diferencias significativas en la incidencia de angina, re-IAM o ingreso por insuficiencia cardiaca. La mortalidad global fue de 57 pacientes (45 de origen cardiovascular). El análisis multivariado, tras ajustar por los principales factores de riesgo, mostró un riesgo similar de muerte cardiovascular entre las distintas poblaciones, con un OR respecto al peso normal de 1.24 para sobrepeso y 1.37 para obesidad (no significativo).

CONCLUSIONES:

La obesidad no tiene un impacto significativo sobre la morbi-mortalidad cardiovascular a medio plazo en los pacientes tras un IAM.

7. ALDOSTERONA PLASMÁTICA Y FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS CON FUNCIÓN RENAL CONSERVADA.

Julián Roldán. Pedro Morillas. Jesús Castillo. Helder Andrade. Daniel Núñez. Silvia Guillén. Irene Mateo. Juan Quiles. Alberto Cordero. Vicente Bertomeu.

Hospital Universitario San Juan -Alicante.

OBJETIVOS:

En los últimos años existe un interés creciente en el papel de la aldosterona en la fisiopatología de la hipertensión arterial (HTA), la enfermedad cardiovascular y el deterioro de la función renal. De hecho, en fases avanzadas de insuficiencia renal, los niveles de aldosterona se encuentran aumentados de forma significativa a medida que se reduce el filtrado glomerular, debido a la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, lo que contribuye a un mayor daño orgánico, tanto a nivel renal como cardíaco. Sin embargo, en pacientes hipertensos con función renal conservada, no existen publicaciones que hayan estudiado específicamente su asociación. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la relación entre la aldosterona y el filtrado glomerular (FG) en pacientes hipertensos con función renal conservada.

METODOLOGÍA:

Hemos estudiado 186 pacientes hipertensos consecutivos remitidos a nuestra unidad de HTA a los que se les determinaron los niveles plasmáticos de aldosterona y el FG mediante la fórmula MDRD. Se excluyeron aquellos pacientes con filtrado renal <60 ml/min y/o hiperaldosteronismo primario. Los pacientes fueron agrupados según el FG se situara entre 60-89 ml/min y >90 ml/min.

RESULTADOS:

Del total de pacientes reclutados, 77 pacientes presentaron un FG >90 ml/min, mientras que 109 tenían un FG entre 60-89 ml/min. Los pacientes con un FG entre 60-89 ml/min presentaban unos niveles de aldosterona significativamente más elevados que el grupo con FG >90 ml/min (20,02 ng/dl vs. 15,3 ng/dl; $p < 0,05$). Se obtuvo una correlación negativa significativa entre los niveles plasmáticos de aldosterona y el FG ($r = -0.196$; $p < 0,01$), de tal manera que cifras más elevadas de aldosterona plasmática se asociaban con un menor filtrado glomerular. En el análisis multivariante, tras ajustar por diversas variables, se confirmaba esa asociación independiente entre los niveles séricos de aldosterona y el FG en nuestros pacientes hipertensos ($B = -6,13$; $p < 0,01$).

CONCLUSIONES:

En los pacientes hipertensos con función renal conservada se observa un aumento de la aldosterona plasmática a medida que disminuye el FG.

8. HIPOGLUCEMIA NEONATAL INDUCIDA POR TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL CON LABETALOL

Consuelo García-Vicent. Janna Herrmannova. Francisco Aguilar. Elena Crehuá. Cristina Morales. José Luis Fayos. Empar Lurbe.

Servicio de Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario. Universitat de Valencia.

La frecuencia de hipertensión arterial en el embarazo aumenta con el incremento de la edad media de gestación. Como consecuencia la exposición de los recién nacidos al efecto de los fármacos antihipertensivos es cada vez mas frecuente y el conocimiento de su seguridad continua siendo incierto. El diagnóstico de hipoglucemia severa con convulsiones en un neonato cuya madre recibía tratamiento antihipertensivo con labetalol motivo a establecer un protocolo de vigilancia de efectos secundarios en los neonatos nacidos de madres hipertensas que recibían labetalol en el periodo perinatal.

SUJETOS Y MÉTODOS:

Recién nacidos producto de embarazo a termino (>37 semanas) cuya madre recibía labetalol durante el parto, con o sin continuidad posterior. A todos ellos se les realizó vigilancia clínica, medida de parámetros antropométricos, monitorización del tipo de alimentación, presión arterial y frecuencia cardiaca (cada 8 horas) así como glucemias (cada 6 horas) durante 72 horas.

RESULTADOS:

En un periodo de 9 meses, se incluyeron 12 niños (2 niñas; edad gestacional 38 semanas; PN 3.145 g) de los cuales 1 presentó hipoglucemia severa (<20 mg/dl) sintomática al cuarto día de vida que requirió hospitalización y tratamiento endovenoso durante 48 horas. El resto aunque no desarrollaron síntomas se detectó hipoglucemia en seis. El único caso con hipoglucemia severa correspondía a un neonato que tomaba lactancia materna y la madre seguía recibiendo labetalol en el postparto.

CONCLUSIÓN:

Cuando la madre requiera la administración continuada de labetalol, la lactancia materna deberá suprimirse temporalmente para evitar el elevado riesgo de efectos secundarios severos.

9. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN POBLACIÓN DIABÉTICA ASISTIDA EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

Francisco García Tolosa¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Laura Sánchez Suárez². José Luís Llisterri Caro¹. Tomás Sánchez Ruíz¹. Patricia Giménez Monzó¹. Sofía Machado ortiz¹. Carmen Sala Sáinz³. Carmen Francés Gassó². José Manuel Giner Morales³.

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. ²Centro de Salud Fuente de San Luís.

³Centro de Salud Castellar.

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes diabéticos mayores de 65 años y los factores asociados a la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y transversal en pacientes diabéticos ≥ 65 años seleccionados por muestro aleatorio simple a partir de las historias clínicas informatizadas de los cupos de 4 tutores de residentes de Medicina de Familia de un Centro de Salud Urbano. Tamaño muestral: para una proporción esperada del 31.1%, nivel de confianza del 95% y precisión de 0.05, el tamaño muestral preciso es de 134 pacientes (más un 20% para compensar posibles pérdidas). Los datos de los pacientes se obtuvieron por acceso a la historia informatizada, registrando variables socio-demográficas, clínicas y analíticas. Se consideró ERC si la creatinina sérica era $\geq 1,5$ mg/dl en varones y $\geq 1,4$ mg/dl en mujeres o cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) era inferior a 60 ml/min/1,73 m² (fórmula MDRD abreviada). Se evaluaron datos socio-demográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), características de la diabetes, estadio funcional de ERCO y tratamientos farmacológicos.

RESULTADOS:

Se incluyó a 160 pacientes (54.4 % mujeres), edad media (DE) 75,4 (6,9) años y un índice de masa corporal medio de 29,19 (4,1) kg/m². Los principales FRCV asociados fueron la hipertensión arterial (66.9%) y la dislipemia (28.1%). Un 8,8% de los pacientes tenían antecedentes de cardiopatía isquémica. Los fármacos más prescritos fueron los antidiabéticos orales (76,2%), hipolipemiantes (33,7%) y la insulina (18,7%). 13 pacientes (13%) presentaron ERC por valores de creatinina sérica y 35 (24,2%) una TFG < 60 ml/min/1,73 m². El 62,8% (91 pacientes) estaban en un estadio 2 de la National Kidney Foundation (NFK). La prevalencia de ERC oculta (creatinina normal con TFG < 60 ml/min) fue del 15,1%. La probabilidad de presentar ERC se relacionó con el género femenino, la HTA y la dislipemia.

CONCLUSIONES:

Los resultados de nuestro estudio indican que 2 de cada 10 pacientes diagnosticados de diabetes y atendidos en un centro de salud urbano presentan ERC. La creatinina plasmática sobreestima el grado de función renal y no es adecuado su utilización como único marcador para la valoración de la ERC.

CASOS CLÍNICOS

1. DOCTOR, ME DUELE EL PECHO Y NO ES UN INFARTO...

Agudo P, Mateo I, Roldán J, Andrade H. J, Núñez D, Guillen S, Castillo J, Morillas P, Bertomeu V.

Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de San Juan (Alicante).

PRESENTACIÓN:

Mujer de 72 años, hipertensa y diabética, que acude a urgencias por presentar dolor centrotorácico opresivo, de instauración brusca, en reposo, no acompañado de cortejo vegetativo pero sí de disnea rápidamente progresiva. Como antecedentes destaca infarto agudo de miocardio hace 2 meses objetivándose en el cateterismo obstrucción de arteria coronaria derecha y procediéndose a angioplastia percutánea e implantación de stent coronario. Asintomática para angina desde entonces. A su llegada la presión arterial era de 204/122 mmHg, Saturación de oxígeno 86%, con afectación del estado general y taquipnea. El resto de la exploración física fue normal, incluyendo la auscultación cardiaca y los pulsos periféricos.

El ECG mostraba ritmo sinusal, con necrosis inferior residual y sin cambios respecto al ECG de hace 2 meses. La radiografía de tórax mostraba hiliis congestivos con redistribución vascular. Los marcadores de necrosis cardiacos seriados fueron normales. En la bioquímica destacaba una creatinina de 3 mg/dl, no existente en el ingreso previo y elevación del Dímero D (1171mcg/L). El hemograma y los parámetros de coagulación resultaron normales. Con la instauración de tratamiento diurético y vasodilatador, la paciente presenta mejoría clínica e ingresa en planta de Cardiología.

Se realiza ecocardiograma transtoracico urgente que muestra una acinesia inferior y una función ventricular izquierda ligeramente deprimida, sin derrame pericardio y sin objetivar alteraciones en aorta torácica ascendente. Ante la sospecha de Síndrome Aortico Agudo se realiza inmediatamente un ecocardiograma transesofágico donde se apreció una gran placa ulcerada a nivel de pared anterior de aorta torácica descendente, cercana al cayado, complicada con imagen de trombo móvil de 6mm, sin objetivar una clara imagen de disección a nivel distal ni en aorta torácica ascendente. El estudio se completó con un Angio-TC tóraco-abdominal donde se objetiva una aorta ateromatosa, de calibre normal, con irregularidades e imagen de trombo mural a nivel de aorta torácica descendente en varios niveles, en relación con placas de ateroma ulceradas (Figura). No se observan dilataciones aneurismáticas ni signos de disección Aórtica; las arterias renales eran normales.

La paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos. Se consulta con el servido de Cirugía Cardiaca de Hospital de referencia que aconseja tratamiento médico y control hemodinámico. Se inicia tratamiento con labetalol IV, nitroglicerina IV, diuréticos y anticoagulación.

La paciente evoluciona favorablemente con desaparición del dolor, manteniendo diuresis, y discreta mejoría de función renal, siendo trasladada de nuevo a planta de Cardiología. En el ecocardiograma transesofágico de control realizado al 4º día se objetiva una reducción significativa del trombo en aorta, sin imágenes de disección. Finalmente la paciente es trasladada a Nefrología por presentar empeoramiento progresivo de función renal, con creatinina de 6 mg/dl, oligoanuria y edema agudo de pulmón refractario, atribuido a nefropatía por contraste (cateterismo previo y angio-TAC). Actualmente la paciente está asintomática, en programa de pre-dialisis.

DISCUSIÓN:

Nuestra paciente es un caso que nos debe hacer reflexionar a la hora de establecer el diagnóstico diferencial del dolor torácico. Ante un paciente con factores de riesgo cardiovascular, en el que el riesgo de aterosclerosis difusa es elevado, la presencia de un dolor de estas características, con un electrocardiograma normal, así como unas cifras de presión arterial elevadas, y un empeoramiento de la función renal en

un intervalo corto de tiempo, debemos de sospechar un síndrome aórtico agudo (SAA), realizando las pruebas pertinentes para su confirmación en la mayor brevedad posible de tiempo por el alto riesgo vital del paciente.

En el diagnóstico diferencial del síndrome aórtico agudo (SAA), se deben considerar todas las variantes del mismo, teniendo en cuenta además de la disección clásica que supone el 80 % de los casos, el hematoma intramural que es el 15% y la úlcera aterosclerosa penetrada el 5% (como ocurrió en nuestra paciente).

La úlcera aterosclerosa penetrada resulta de la erosión progresiva de una placa de aterosclerosis de la pared de la aorta, que engrosa la íntima y debilita la media. De localización principalmente en el tercio distal de la aorta torácica descendente, es infrecuente en el cayado, o cerca de éste. Afecta con mayor frecuencia a pacientes mayores de 50 años, con factores de riesgo cardiovascular, siendo los principales la aterosclerosis difusa y la hipertensión arterial.

La progresión de esta patología sometida a mal control de la tensión arterial, puede ocasionar complicaciones graves como, aneurisma, pseudoaneurisma, disección Aórtica (clásica, traumática, circunscrita), hemorragia y hematoma intramural con riesgo de embolismos de material trombótico.

Los métodos de imagen más empleados para su diagnóstico son el ecocardiograma transesofágico, con una alta sensibilidad y especificidad, que pueden ser empleados en la toma de decisiones en urgencias. Ante la necesidad de mayor resolución espacial, son de elección el angioTAC y la resonancia magnética por su alta sensibilidad.

La úlcera aterosclerótica penetrada aguda y sintomática tiene un riesgo de complicaciones igual o superior a la disección, sobre todo las localizadas en aorta ascendente. Un 57% evolucionan a disección o ruptura. El tratamiento médico se basa en control de cifras tensionales entre 100 y 110 mmHg con β -bloqueantes y analgesia. Se opta por un tratamiento invasivo dependiendo de su localización ascendente o descendente con posibles complicaciones.

Estos casos presentan una alta mortalidad precoz, la sospecha clínica que nos encamine a la realización de pruebas de imagen que confirmen el diagnóstico, así como el control del dolor y la tensión arterial mediante tratamiento médico en fase aguda serán pues fundamentales para evitar eventos fatales.



2. CRISIS HIPERTENSIVA Y ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA ¿UNA EXTRAÑA CONEXIÓN?

Jesús Castillo Castillo, Julián Roldán Morcillo, Hélder Jorge Andrade Gómes, Raquel Andrés Navarro, Silvia Guillén García, Daniel Núñez Pernas, Irene Mateo Rodríguez, Pilar Agudo Quilez, Pedro Morillas Blasco y Vicente Bertomeu Martínez.

Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario de San Juan (Alicante).

PRESENTACIÓN:

Varón de 48 años dislipémico y fumador de 2 paquetes diarios durante los últimos 30 años, remitido a nuestra consulta de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular por presentar durante los últimos 3 meses varios episodios de crisis hipertensivas (TA > 200/100 mmHg) que requirieron tratamiento en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. El paciente refiere además claudicación intermitente al caminar menos de 200 metros y disfunción eréctil durante el último año.

En la exploración física destaca una cifra de TA de 148/92 mmHg bajo tratamiento con tres fármacos antihipertensivos, aunque el MAPA mostró un control adecuado de las cifras de TA. Se objetivaron datos de daño en órgano diana a nivel vascular periférico obteniendo un Índice Tobillo Brazo de 0,5 en ambas piernas así como un incremento bilateral del Índice Media-Íntima Carotídeo en el estudio ecográfico. Tanto el electrocardiograma como el ecocardiograma descartaron la presencia de afectación a ese nivel. El hemograma y los parámetros de coagulación resultaron normales. Sin embargo, los parámetros bioquímicos detectaron un deterioro incipiente de la función renal con un filtrado glomerular estimado de 66 ml/min/1,73 m² y una actividad de la renina de 180 ng/ml/h (límite superior de 3.63 ng/ml/h).

Ante estos hallazgos de inició un estudio para descartar la presencia de hipertensión arterial vasculorrenal. En primer lugar se realizó una ecografía doppler de arterias renales que detectó una disminución marcada del tamaño del riñón derecho junto con adelgazamiento cortical, sin que se pudieran determinar las velocidades de doppler a ese nivel. A continuación se solicitó un angioTAC de arterias renales con el objetivo de definir la anatomía de las arterias renales, especialmente de la arteria renal derecha. Este mostró una aorta abdominal de tamaño normal, objetivando una ausencia de realce endoluminal distal a la salida de las arterias renales y en el origen de ambas arterias ilíacas comunes, hallazgos en relación con trombosis aortoiliaca y de arteria renal derecha (Imagen 1). Asimismo se confirmó la presencia de un riñón derecho atrófico con adelgazamiento difuso de la cortical. No se detectaron anomalías de la arteria renal y riñón izquierdo, ni a nivel de las glándulas suprarrenales.

DISCUSIÓN:

Presentamos a un paciente joven con hipertensión arterial estadio IV de origen vasculorrenal en el contexto de un síndrome de Leriche. Desde un punto de vista conceptual, el desarrollo de hipertensión arterial en este paciente viene marcado por la obstrucción al flujo en la arteria renal derecha que conduce a una activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, lo que se va a traducir en una elevación de las cifras de tensión arterial como resultado de la vasoconstricción periférica y la retención de sodio por el otro riñón. Progresivamente, la obstrucción causa isquemia renal,

iniciándose un proceso de cambios estructurales y funcionales intrarrenales con pérdida progresiva de masa y función renal. Las causas más frecuentes son la enfermedad aterosclerótica en pacientes más añosos y la displasia fibromuscular en pacientes jóvenes. Sin embargo, lo extraordinario del caso viene marcado porque la obstrucción de la arteria renal ocurre como consecuencia de otra entidad clínica, un síndrome de Leriche debido a una trombosis crónica a nivel aortoilíaco, que llega a afectar a la arteria renal derecha.

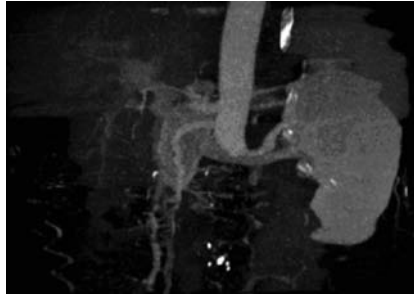


Imagen 1. Angio-TAC abdominal que muestra la presencia de una trombosis aortoilíaca y de la arteria renal derecha. Obsérvese la disminución del tamaño del riñón derecho y el desarrollo de circulación colateral.

El síndrome de Leriche es un proceso caracterizado por claudicación intermitente y por impotencia para la erección. Los hallazgos patológicos subyacen en lesiones ateroscleróticas a nivel aortoilíaco que dan lugar a fenómenos trombóticos regionales. Cuando, como ocurre en nuestro caso, el trombo crece en dirección proximal puede obstruirse una de las arterias renales dando lugar a la aparición de hipertensión. El dolor y la claudicación intermitente se presentan como manifestación inicial en una gran mayoría de pacientes, y a pesar de las características distintivas de la claudicación intermitente algunos de estos pacientes son tratados de patologías como artritis degenerativas de la columna lumbar, neuritis periférica o ruptura del disco intervertebral durante bastante tiempo antes de que se realice el diagnóstico correcto. En este sentido nuestro paciente refería síntomas de claudicación intermitente de un año de evolución, sin embargo únicamente había sido valorado en consultas de traumatología y rehabilitación sin que se hubiera llegado a ningún diagnóstico concreto.

Aunque la aparición de hipertensión arterial en este paciente no fue el primer signo de la enfermedad subyacente, se convirtió en el hilo conductor que permitió un diagnóstico correcto. Este caso enfatiza la importancia de determinar la afectación de daño en órgano diana a todos los niveles. La medición del ITB junto con la determinación de la actividad de la renina plasmática permitió realizar un diagnóstico de presunción probable y dirigir el resto de pruebas a confirmar el origen vasculorrenal de la hipertensión como consecuencia de una trombosis crónica aortoilíaca.

3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA EN MUJER JOVEN TRAS POLI-TRAUMATISMO.

Hélder Andrade Gomes, Julian Roldán, Jesús Castillo, Silvia Guillén, Irene Mateo, Pilar Agudo, Juan Quiles, Alberto Cordero, Pedro Morillas, Vicente Bertomeu.

Unidad de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan. Alicante.

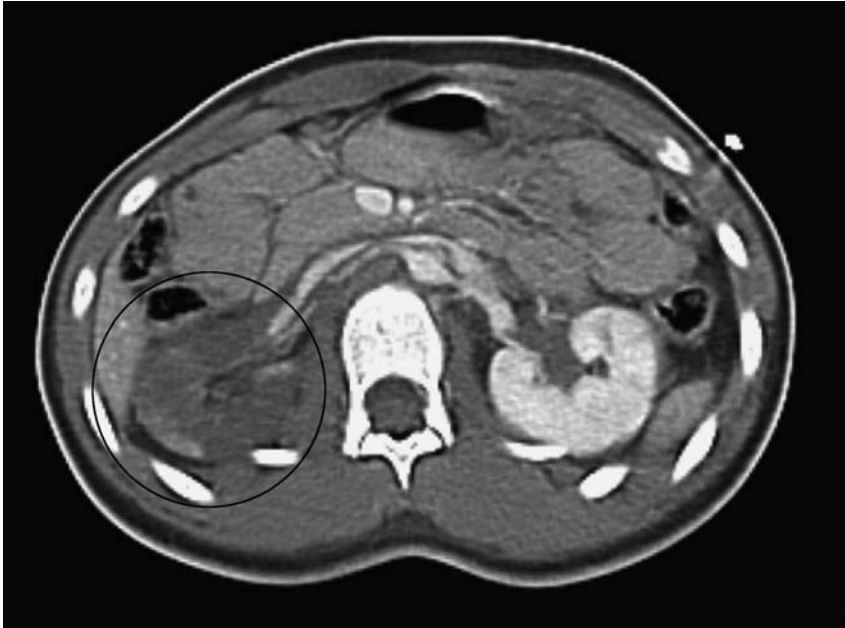
CASO CLÍNICO:

Mujer de 15 años, sin antecedentes de interés, que ingresa en nuestro hospital tras politraumatismo por precipitación voluntaria con ideación autolítica desde un 5º piso. Presentó fractura compleja de pelvis y traumatismo abdominal cerrado con contusión renal bilateral y parámetros de insuficiencia renal aguda que se resuelven con tratamiento conservador.

Tras los primeros cuatro días en la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilización clínica y reducción e inmovilización con fijador externo de la pelvis, pasa a planta de Traumatología para seguimiento evolutivo y corrección quirúrgica de las fracturas de pelvis. A partir del 6º día postoperatorio la paciente empieza a presentar cifras de tensión arterial por encima de 160/90 mmHg, trastorno del comportamiento, desorientación en tiempo y espacio y cefalea progresiva acompañada de náuseas, vómitos y visión borrosa. A partir del 10º día postoperatorio, la paciente presenta empeoramiento de la clínica con crisis convulsiva tónico-clónica compleja, por lo que vuelve a ingresar en UCI con TA 180/100 mmHg, fiebre, taquicardia sinusal y disminución del nivel de conciencia.

En el TAC de cráneo se observan varias zonas hipodensas corticales en áreas occipital, parietal y frontal bilaterales así como temporal derecha sugestivos de proceso embólico. En el TAC abdomino-pélvico se aprecian cambios de atrofia y ausencia de perfusión renal derecha (figura). La paciente evoluciona hemodinámicamente inestable con tendencia a la hipertensión a pesar de perfusión endovenosa de urapidilo, doxazosina, amlodipino y bisoprolol a dosis crecientes. Se realiza arteriografía renal que muestra oclusión de la arteria renal derecha, próximo al ostium de salida, sin que se logre progresión de la guía impidiendo la realización de procedimientos endovasculares. Inicialmente se decide por actitud expectante por parte de Nefrología y Urología dado que se trata de un riñón no recuperable.

Tras tres semanas de la intervención quirúrgica en la fractura de pelvis, la paciente seguía presentando hipertensión arterial mal controlada a pesar de 4 fármacos y perfusión IV de urapidilo, por lo que se comenta en comité médico-quirúrgico de Urología, decidiéndose nefrectomía derecha vía laparoscópica que se realiza en la cuarta semana sin complicaciones. Tras ello se nos solicita seguimiento de las cifras de presión arterial. En los días siguientes se objetiva una mejoría del control tensional progresiva hasta la retirada de los fármacos excepto bisoprolol a dosis de 5mg/día. A los dos meses se realiza seguimiento en la consulta y la paciente presenta un excelente control de cifras de presión arterial bajo tratamiento con bisoprolol, por lo que se decide su retirada y se realiza un estudio MAPA sin medicación que muestra cifras tensionales normales.



DISCUSIÓN:

La elevación de las cifras de tensión arterial en nuestra paciente se dio por la obstrucción trombótica aguda postraumática de la arterial renal derecha, que condujo a una activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, con la consecuente elevación de las cifras de tensión arterial como resultado de la vasoconstricción periférica y la retención de sodio por el riñón izquierdo perfundido.

Las causas más frecuentes de hipertensión por obstrucción de la arteria renal son la enfermedad aterosclerótica en pacientes más añosos y la displasia fibromuscular en pacientes jóvenes. Sin embargo, una causa relativamente frecuente sobre todo en pacientes jóvenes y pediátricos es el traumatismo abdominal.

La hipertensión arterial secundaria a la lesión isquémica aguda del riñón se manifiesta como una entidad de difícil manejo necesitando para su control varios fármacos a dosis altas. A pesar del tratamiento intensivo con cuatro fármacos y perfusión intravenosa de urapidilo, la paciente seguía presentando cifras elevadas de presión arterial y síntomas (cefalea, náuseas, vómitos, visión borrosa), por lo que se optó por nefrectomía del riñón derecho.

La nefrectomía laparoscópica del riñón no perfundido, atrófico y, por lo tanto, no recuperable resultó en el control a corto-medio plazo de las cifras de tensión arterial sin la necesidad de fármacos, por lo que se muestra como una opción en pacientes seleccionados con elevado riesgo de complicaciones agudas graves de la hipertensión arterial mal controlada con el tratamiento conservador.

4. CRISIS HIPERTENSIVA POR SÍNDROME DE CUSHING DE RÁPIDA EVOLUCIÓN POR SECRECIÓN ECTÓPICA DE ACTH COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN HIPERNEFROMA.

Rafael Matoses Marco¹, Vicente Giner Galvañ², Tomás Francisco Marco Domingo², María José Esteban Giner², Carlos Pardo Ruiz³, Vanesa Blanes Castañer⁴, Carmen Sánchez Jódar⁴, José Antonio Morant Ciscar⁴.

¹Centro de Salud de Ibi. Departamento 15. Alacant. ²Sección de Medicina Interna. Hospital Verge dels Lliris. Alcoi. Alacant. ³Sección de Endocrinología. Hospital Verge dels Lliris. Alcoi. Alacant. ⁴Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento 15. Alacant.

INTRODUCCIÓN:

En contra de lo habitualmente pensado es escaso el porcentaje de hipertensos portadores de formas secundarias, siendo las relacionadas con la toma de sustancias, por disfunción renal y las endocrinológicas las que deben captar nuestra atención por frecuencia y reversibilidad potencial. También en contra de lo pensado, el despistaje de las HTAs requiere de escasos medios, pudiendo realizarse desde Atención Primaria (AP).

CASO CLÍNICO:

Varón de 72 años fumador de unos 30 años/paquete hasta hacía seis años, con HTA crónica conocida desde hacía seis años en ausencia de afectación orgánica y con adecuados controles con enalapril+nitrendipino En el mes y medio previo su médico de cabecera (MC) objetiva elevación tensional sin causa aparente, siendo valorado en el Servicio de Urgencias hospitalarias por dos crisis hipertensivas (200/100 mmHg y 215/100 mmHg) días antes de su ingreso hospitalario. Durante ese período su MC detecta de forma sincrónica hiperglucemia mantenida, hiperlipidemias mixta e hipokaliemia, solicitando estudio hormonal e iniciando espironolactona 25 mg. Finalmente contacta con la Consulta de Conexión con Atención primaria de nuestro servicio para ingreso hospitalario preferente. En la exploración física al ingreso destacaba PA de 119/979 mmHg en paciente con buen estado general, y subedemas maleolares. La analítica al ingreso manifestaba hallazgos semejantes a los obtenidos por el MC: Glucemia basal 367 mg/dl, HbA1c 8,4%, Creatinina 1,29 mg/dl, FGe (MDRD4) 55 ml/min/1,73 m², Na⁺ plasmático 148 mmol/dl, K⁺ plasmático 3,2 mmol/dl, NTproBNP 8637 pg/ml, Colesterol total 256 mg/dl, Triglicéridos 238 mg/dl, junto a una alcalosis metabólica mantenida. La súbita elevación tensional en hipertenso previamente bien controlado hizo plantear la existencia de una HTAs, y la presencia “de novo” de hiperglucemia, dislipidemia, hipopotasemia y alcalosis metabólica llevó a la sospecha de una HTA por exceso mineralcorticoide, probablemente por exceso de cortisol dando el gran componente metabólico. En el estudio hormonal destacó:

	Cortisoluria $\mu\text{g}/24\text{h}$ (vn 35-289)	Cortisol $\mu\text{g}/\text{dl}$ (vn 6-30)	ACTH plasma pg/ml (vn 9-52)
Basal	1268	63,4	279
Frenación 1 mg Dexam.	-	63,4	279

El MC objetivó él mismo mediante ecografía una masa en polo superior renal izquierdo, cuyo estudio completamos con urografía, TAC y RM, que mostraron masa de 8,1 cm confinada a cápsula renal, que abarcaba infundíbulos y cálices superiores y medios, hipointensa y con menor realce que cortical, junto a múltiples adenopatías retroperitoneales e hiperplasia suprarrenal bilateral. Se controló parcialmente la PA con espirolactona 100 mg/8h+enalapril 20 mg/día+furosemida 40mg/12h+ketoconazol 400 mg/12h. Una PAAF fue diagnóstica de carcinoma renal (CR). Poco después desarrolló un edema agudo de pulmón en el contexto de neumonía nosocomial. Al ser dado de alta de UCI se trasladó a otro centro para nefrectomía, falleciendo al poco de su traslado.

DISCUSIÓN:

Existe una estrecha relación entre HTA y CR. La incidencia parece relacionarse con la presencia previa de HTA e incluso con el uso de antiHTA, sobre todo diuréticos. Una de las forma de expresión del CR es la elevación de la PA, generalmente por síntesis autónoma de renina o, más comúnmente, secundaria a la isquemia por compresión. No hemos hallado en la literatura ningún caso descrito de secreción ectópica de ACTH por un CR, que como vemos se asocia a HTA de evolución muy agresiva.

CONCLUSIÓN:

La detección y manejo inicial de la HTAs puede (y debe) realizarse desde cualquier nivel asistencial sin requerimientos tecnológicos importantes. Un grave impedimento para el desarrollo de esta actividad desde AP es la ausencia de cauces fluidos de comunicación con Atención Especializada.

5. PSEUDOFEOCROMOCITOMA. RESPUESTA INCOMPLETA A BLOQUEO ALFA Y BETA. CONTROL ÓPTIMO AL ASOCIAR METIROSINA.

Verónica Escudero Quesada¹. José Luis Gorriz Teruel¹. Alejandro Salanova Penalba². Amelia García Hervás¹. Cristina Cáceres Borrero¹. Carlos About Llopis¹. Belén Alemany¹.

¹Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr Peset. ²C.S. Fuente San Luis. Valencia.

La hipertensión arterial paroxística, sintomática y grave genera la sospecha diagnóstica de feocromocitoma. Si se descarta dicho diagnóstico, la causa resulta incierta, el tratamiento dificultoso y puede llegar a causar incapacidad crónica definiéndose esta cuadro como pseudofeocromocitoma. Presentamos un caso de pseudofeocromocitoma con respuesta parcial a tratamiento con bloqueo alfa y beta + antidepressivos y que mostró una excelente respuesta al asociar metirosina, fármaco utilizado en el tratamiento del feocromocitoma y que interfiere en la conversión de tiroxina a dopa, reduciendo la síntesis de catecolaminas.

Varón de 57 años con antecedentes de HTA diagnosticada a los 45 años, dislipemia, SAOS con CPAP nocturna en situación estable, síndrome depresivo y mielopatía cervical (placa de fijación interna) y tratamiento con venlafaxina retard, gabapentina y parches de buprenorfina. Es remitido por su médico de atención Primaria para descartar feocromocitoma por HTA. AMPA: 168/98 mmHg. Se había realizado 2 mediciones con MAPA. La última recibiendo valsartan 160 mg, hidrocortisida 25 mg y amlodipino 10 mg detectando cifras de 141/81 mmHg global, 149/85 en actividad y 120/69 en descanso. En el registro se presenta elevación episódica vespertina de 5 horas de duración con ascenso de la PA a 180 mmHg. Las catecolaminas en orina fueron normales.

En los últimos meses presenta frecuentes crisis de palpitaciones, taquicardia y sudación con elevación de la presión arterial hasta 168/100 mmHg. Exploración: PA, 195/95 mmHg, IMC: 33. Resto normal. Analítica: creatinina 0,9 mg/dl, albuminuria 31 mg/g, LDL 107 mg/dl resto normal. Se repiten catecolaminas, siendo sólo las normetanefrinas positivas (valores 2 veces discretamente por encima del rango alto de la normalidad: 556 mcg/d, vn: 440) de forma intermitente (una de ellas en periodo de crisis). Las metanefrinas y ácido vanilmandélico fueron normales en 4 determinaciones. El estudio de imagen secuencial con TAC, RMN total body y gammagrafía con MIBG es negativo para feocromocitoma. Ácido hidroxindol acético, hormonas tiroideas, cortisol, calcio y PTH normales.

Se añade bloqueo alfa y beta a dosis crecientes (Doxazosina 8 mg y atenolol 100 mg) (se suspende amlodipino), sin acabar de llegar a un buen control de cifras tensionales y persistiendo algún episodio con síntomas clínicos. Finalmente se decide añadir metirosina al tratamiento, en dosis de 250 mg cada 6h, consiguiéndose un buen control clínico y de TA (130/60 mmHg) y sin las crisis previas, con reducción de la dosis de doxazosina y betabloqueantes.

Los datos clínicos y la negatividad de las exploraciones complementarias sugirieron el diagnóstico de pseudofeocromocitoma. En nuestro paciente la falta de respuesta óptima indicó la adición de metirosina (bloqueo de catecolaminas vía dopaminérgica) con óptima respuesta. Esta situación sugiere la participación de la vía dopaminérgica como mecanismo patogénico coadyuvante en el pseudofeocromocitoma.

6. UTILIDAD DEL ITB EN PACIENTE APARENTEMENTE NORMOTENSO CON LUMBOCIATALGIA CRÓNICA Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL.

Mercé Colomina Pascual¹, Vicente Giner Galvañ², María José Esteban Giner², Carmen Sánchez Jódar³, Vanesa Blanes Castañer³, Lidia Olcina Tendero³, Silvia Martínez Tudela², Tomás Francisco Marco Domingo², José Antonio Morant Ciscar², Antonio Pastor Jordá².

¹RI Cirugía General y Digestiva. ²FEA Medicina Interna. ³Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Sección de Medicina Interna. Hospital Verge dels Lliris. Alcoi (Alacant).

INTRODUCCIÓN:

El actual manejo del paciente hipertenso encuentra en la visión de globalidad y detección precoz de daño orgánico su base. Ello exige no sólo aplicar técnicas sencillas como el Índice Tobillo/Brazo (ITB), si no algo tan sencillo e infrecuente como la adecuada toma e interpretación de los valores de Presión Arterial (PA) y la integración de los hallazgos.

CASO CLÍNICO:

Varón de 60 años de edad fumador de 80 años/paquete. Revisiones laborales anuales normales (Gráfico). Hemorragia digestiva alta por AINEs en 1993 con torcargas esporádicas inespecíficas con HVI por ecocardiograma y prueba de esfuerzo con dipiridamol negativa 6 meses antes. Disfunción eréctil refractaria a sildenafil estudiada en 2002 por Urología. Ese año estudiado por Reumatología por dolor glúteo de predominio izquierdo con diagnóstico de lumbociática en el contexto de artrosis. Remitido a nuestra Unidad desde Urgencias por cefalea holocraneal y PA 210/110 mmHg. En el interrogatorio dirigido refería dolor glúteo de predominio izquierdo tras 5 minutos de deambulación que calmaba con el reposo. Añadía en los últimos 2-3 meses PA alrededor de 180-190/90-100 mmHg tanto en su Centro de Salud como en domicilio. La exploración Física mostró: PA 210/90 mmHg. FC 89 lpm. IMC 24,9 Kg/m². No soplos periumbilicales ni masas abdominales. Pulsos humerales y radiales conservados. Pulsos femoral y poplíteo derechos conservados (3/3), pedio disminuído (2/3). ITB derecho 0,9. Pulso femoral izquierdo disminuído (2/3), poplíteo y pedio no palpables (1/3) con ITB 0,32. La analítica fue normal incluyendo excreción urinaria de albúmina. La radiografía simple de tórax mostró patrón enfisematoso, y el EKG criterios de HVI con sobrecarga sistólica. Ante la sospecha de una estenosis arterial proximal y queriendo descartar estenosis arterial renal concomitante, se realizó angioRM que mostró estenosis del 70% de arteria ilíaca común (A) y del 40% de la arteria renal principal (B) izquierdas con silueta renal conservada. Tras colocación de stent sobre ilíaca desapareció el dolor glúteo y mejoró significativamente la disfunción eréctil. Dos años después de doble antiagregación, abstinencia tabáquica y adecuado control tensional comprobado con MAPA, los ITB fueron de 1,01 y 0,99.

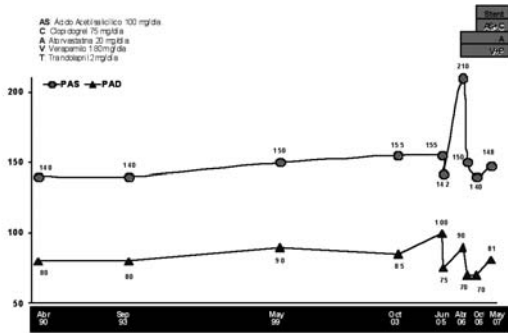


Gráfico: Evolución de las cifras de PA.

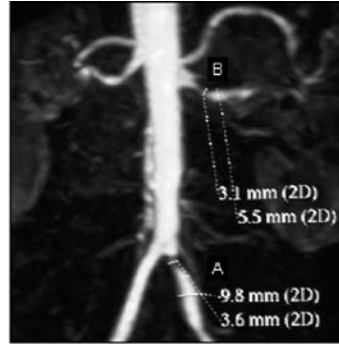


Imagen: angiRM.

DISCUSIÓN:

- 1.- ITB como detector precoz de daño vascular.
- 2.- Daño vascular periférico como nexa de distintas patologías (disfunción eréctil, claudicación intermitente, estenosis arterial renal).
- 3.- Efectividad manejo farmacológico de la estenosis arterial renal.
- 4.- Inadecuada interpretación de la medición de la PA (redondeo) como FRCV (Gráfico).

CONCLUSIÓN:

El manejo de la HTA debe centrarse en la detección precoz del paciente de riesgo, requiriendo para ello visión de globalidad y aplicación de maniobras sencillas de detección precoz de LOD como el ITB y la correcta valoración de las cifras de PA.

POSTERS

1. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN LA POBLACIÓN QUE DEMANDA CONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS DEPARTAMENTOS 12 Y 14 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. ESTUDIO VAL-EPI2007

Francisco Valls Roca¹. Vicente Gil². Vicente Pallarés³. José Luís Llisterri⁴. Tomás Sánchez⁴. Tomás Fuster⁵.

¹CS Benigànim. Benigànim (Valencia). ²Unidad de Investigación. Hospital de Elda (Alicante). ³Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas (Castellón). ⁴CS Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia). ⁵CS Gandía-1. Beniopa-Gandía (Valencia).

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia del Síndrome Metabólico (SM) en población demandante que acude a los centros de salud de dos departamentos de la Comunidad Valenciana, su relación con los antecedentes de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV), control unifactorial de estos factores, existencia de Enfermedad Cardiovascular (ECV) y los tratamientos.

METODOLOGÍA:

Estudio epidemiológico transversal y multicéntrico en condiciones de práctica clínica habitual. La muestra calculada fue de 1.200 pacientes que 60 médicos reclutaron seleccionando el número de orden 7 y 14 de su lista de consulta, si cumplían criterios, durante el periodo de estudio. El protocolo de diagnóstico de SM se basó en criterios ATPIII. Se realizó análisis bi-multivariante junto con correspondencia simple. Se calculó un límite de confianza al 95% en las variables clínicas más relevantes.

RESULTADOS:

La prevalencia de SM fue del 40,9% (38,1-43,7). Los modelos multivariantes fueron muy significativos ($p=0,000$) y explicó la variabilidad en un 72,9% y 73,2%. En el primero mantuvieron significación estadística la edad, obesidad, HTA, dislipemia y DM. En el segundo, la DM, dislipemia, obesidad, mal control de PA y tratamiento hipolipemiante en monoterapia y terapia combinada frente a medidas higiénico-dietéticas. Se observó un aumento lineal de SM con la edad.

CONCLUSIONES:

Alta presencia del SM en las consultas de atención primaria, sobre todo a partir de los 60 años, en que coexisten 3, 4 y 5 de los componentes. Alta asociación con componentes del SM más prevalentes lo que indica una detección y/o tratamiento insuficiente.

2. DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN MÉTODOS DE MEDIDA EN PACIENTES MUY ANCIANOS. PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES.

Patricia Gimenez Monzó¹. Sofía Machado Ortiz¹. Fernando Sánchez Diez¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Francisco García Tolosa¹. Sandra Vera García¹. Javier González Aliaga¹. Rosa Moreno Ballester¹. José Luis Llisterri Caro¹. Luis Miguel Ruilope urioste².

¹Centro de salud Ingeniero Joaquín Benlloch. ²Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

OBJETIVOS:

La hipertensión arterial (HTA) afecta a la mayoría de la población muy anciana. Sin embargo, los datos epidemiológicos y clínicos acerca de la HTA en esta franja de edad son muy escasos. El objetivo de este estudio fue estimar el grado de control de la HTA según se registre la presión arterial (PA) por medida en la consulta o por monitorización ambulatoria de PA (MAPA).

PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal y multicéntrico sobre pacientes hipertensos de edad igual o mayor de 80 años con tratamiento farmacológico antihipertensivo incluidos en el proyecto CARDIORISC - MAPAPRES. Entre junio 2004 y abril 2007 se obtuvo una base de datos de 33.829 registros de MAPA que cumplieron estándares de calidad preestablecidos. Se definió como buen control clínico valores de PA <140/90 mmHg y buen control ambulatorio valores de PA por MAPA en periodo de 24 horas <130/80 mmHg.

RESULTADOS:

Se identificaron 2.311 pacientes (6,8%) de edad igual o mayor a 80 años. La edad media (DE) fue 83,1 (3,2) años y un 63% fueron mujeres. El 21,5% (IC95%:19,1-23,9) presentó una PA clínica <140/90 mmHg y un 42,1% (IC95%:39,7-45,3) una PA ambulatoria de 24 horas <130/80 mmHg (p<0,001). El 14,5% (IC95%:13,1-15,9) de los pacientes cumplían criterios de buen control clínico y ambulatorio. La prevalencia de HTA enmascarada fue del 7,0% (IC95%:6,0-8,0) y de resistencia aislada en la clínica (“bata blanca”) del 27,6%(IC95%:25,7-29,4). La diabetes, la enfermedad renal crónica y la duración de la HTA fueron los factores más asociados al mal control de la HTA (p<0,001) en la MAPA de 24 horas.

CONCLUSIONES:

Sólo 2 de cada 10 pacientes muy ancianos hipertensos tuvieron controlada adecuadamente su HTA por medida casual. Sin embargo, prácticamente el doble estaban controlados con el criterio de la MAPA. Estos hallazgos justifican un uso más amplio de la MAPA en el paciente hipertenso de edad muy avanzada.

Palabras claves: presión arterial, ancianos, monitorización ambulatoria de la presión arterial.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL POR REGISTRO AMBULATORIO SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES (SEH-LELHA).

Francisco García Tolosa¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Sandra Vera Garcia¹. Fernando Sánchez Díez¹. Javier González Aliaga¹. Rosa Moreno Ballester¹. Emilio López Torres¹. Tomás Sánchez Ruiz¹. José Luis Llisteri Caro¹. Luis Miguel Ruilope Urioste².
¹CS Ingeniero Joaquín Benlloch. ²Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

OBJETIVOS:

La variabilidad y el control de la presión arterial (PA) se ven influidas por la edad de los pacientes. El objetivo de este estudio fue valorar las principales características de la PA registrada por monitorización ambulatoria de PA (MAPA) en función del grupo etario al que pertenecen los pacientes.

PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal y multicéntrico sobre pacientes hipertensos estratificados en tres grupos de edad (< 60 años, 60-79 años y ≥ 80 años) y con tratamiento farmacológico antihipertensivo, que estaban incluidos en el proyecto CARDIORISC - MAPAPRES. Entre junio 2004 y abril 2007 se obtuvo una base de datos de 33.829 registros de MAPA que cumplieron estándares de calidad preestablecidos. Se definió como buen control clínico valores de PA <140/90 mmHg y buen control ambulatorio valores de PA por MAPA en periodo de 24 horas <130/80 mmHg.

RESULTADOS:

Se identificaron 13,698 (40,6%) de pacientes menores de 60 años (29,4% varones), 17,779 (52,6%) entre 60-79 años (29,6% varones) y 2.311 (6,8%) de edad ≥ 80 años (28,2% varones). El principal factor de riesgo cardiovascular en los tres grupos fue la obesidad abdominal (41,4%, 50,7% y 45,8%, respectivamente) (p<0,001). Los valores medios de PAS/PAD para los tres grupos fueron de 132 ±14.8/83.2±10.1 mmHg, 134±15.5/75.6±9.9 mmHg y 135.8±16.9/70.2±9.6 mmHg (p< 0,001) y el porcentaje de pacientes bien controlados (MAPA 24 horas) fue del 42,8%, 45,5% y 42,1% (p<0,001), respectivamente. El cociente noche/día (PAS) se incrementó significativamente desde el grupo de menos edad (0.90 ± 0,7) al de 60-79 años (0.93 ± 0.09) y al de mayor edad (0.96 ± 0.10). Se encontraron diferencias significativas (p<0,001) entre los tres grupos en las cuatro categorías del perfil circadiano (dipper, extrem dipper, non dipper y riser).

CONCLUSIONES:

Encontramos importantes diferencias en la variabilidad y en el control de la PA según grupos de edad. La población de más edad es la que presenta mayores valores de PAS, mayor cociente noche/día y más alteraciones en el perfil circadiano.

Palabras claves: presión arterial, variabilidad, monitorización ambulatoria de la presión arterial.

4. PATRONES DEL PERFIL CIRCADIANO EN POBLACIÓN MUY ANCIANA. PROYECTO CARDIORISC-MAPAPRES.

Sofía Machado Ortiz¹. Patricia Gimenez Monzó¹. Javier González Aliaga¹. Fernando Sánchez Díez¹. Rosa Moreno Ballester¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Francisco García Tolosa¹. Karim Mata Beltrán¹. José Luis Llisterra Caro¹. Luis Miguel Ruilope Urioste².
¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. ²Servicio de Nefrología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

OBJETIVOS:

La ausencia de descenso nocturno de la presión arterial (PA) se asocia con un peor pronóstico cardiovascular tanto en hipertensos como en población general. Los objetivos de este estudio fueron conocer los patrones del perfil circadiano en población hipertensa muy anciana.

PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal y multicéntrico sobre pacientes hipertensos de edad igual o mayor a 80 años con tratamiento farmacológico antihipertensivo incluidos en el proyecto CARDIORISC - MAPAPRES. Entre junio 2004 y abril 2007 se obtuvo una base de datos de 33.829 registros de MAPA que cumplieron estándares de calidad preestablecidos. El patrón circadiano de descenso normal de la PA nocturna (patrón dipper) se definió como una reducción de la PAS nocturna media superior al 10% con respecto a la PAS diurna media y el patrón dipper extremo cuando este porcentaje fue superior al 20%. La ausencia de descenso adecuado de la PA nocturna, patrón no dipper, se definió cuando la PAS nocturna media fue menos del 10% menor que la PAS diurna media. Cuando la PAS nocturna fue más elevada que la diurna el caso se etiquetó como riser.

RESULTADOS:

Se identificaron 2.311 pacientes (6,8%) de edad igual o mayor a 80 años. La edad media (DE) fue 83,1 (3,2) años y un 63% fueron mujeres. Los valores medios de PAS/PAD, respectivamente, fueron de 134,3(16,6)/68,2(9,4) mmHg en el periodo de 24 horas, 135,8 (16,9)/70,2 (9,6) mmHg en el periodo de actividad y de 130,7(19,2)/63,4(10,6) en el periodo de descanso. Un 43,2% de los pacientes presentaba un perfil no dipper, 33,1% riser, 19,7 dipper y 3,9% un perfil dipper extremo. El cociente noche/día para la PAS (130,7/135,8) fue de 0,96 (0,10). Los pacientes con mal control de la HTA por MAPA de 24 horas (57,9%) presentaron un porcentaje de ritmo circadiano riser en una mayor proporción que los controlados (34,9% vs 30,7%) ($p < 0,01$). No se encontraron diferencias entre controlados y no controlados en las prevalencias de perfil dipper (20,5% vs 19,2%), no dipper (44,6% vs 42,2%) y dipper extremo (4,2% vs 3,7%).

CONCLUSIONES:

La realización de la MAPA en la población muy anciana permite identificar una alta prevalencia de anomalías en la PA de 24 horas y en el patrón circadiano. Solamente 2 de cada 10 pacientes presentan un descenso normal nocturno de PA (perfil dipper).

Palabras claves: presión arterial, perfil circadiano, ancianos, monitorización ambulatoria de la presión arterial.

5. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN EL GÉNERO DE LOS PACIENTES? ESTUDIO PRESCAP 2006.

Isabel Carbonell Casañ¹. Francisco García Tolosa¹. Sandra Vera García¹. Francisco Valls Roca². Rafael Durá Belinchón³. Vicente Pallarés Carratalá⁴. José Luis Gorriz Teruel⁵. Tomás Sánchez Ruiz¹. Francisco Javier Alonso Moreno⁶. José Luis Llisterri Caro¹.

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ²Centro de Salud de Beniganim. Valencia. ³Centro de Salud de Burjassot. Valencia. ⁴Unión de Mutuas. Castellón. ⁵Servicio de Nefrología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁶Centro de Salud Sillería. Toledo.

OBJETIVOS:

Analizar las diferencias entre mujeres (M) y varones (V) en el grado de control de la presión arterial (PA), factores de riesgo asociados y enfoque terapéutico de la hipertensión arterial (HTA).

MÉTODOS:

Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico que incluyó pacientes de 18 ó más años de edad diagnosticados de HTA y tratados farmacológicamente con antihipertensivos durante al menos los 3 últimos meses. Se consideró que existía buen control de la HTA cuando la PA era <140/90 mmHg (<130/80 en diabetes). Se registraron factores de riesgo cardiovascular, presencia de diabetes (DM), lesión subclínica de órganos y/o enfermedad cardiovascular o renal establecida, así como los tratamientos farmacológicos para la HTA.

RESULTADOS:

Se incluyeron 10.358 hipertensos (53,7% M), con una edad media de 65,8±11,0 años en M y de 63,2±11,4 en V (p<0,0001). Los valores medios de PA sistólica/PA diastólica fueron de 137,9/80,3 en M y de 138,2/81,4 en M (p<0,0001 para PA diastólica). El 42,9% (IC 95%; 41,6-44,2) de las M presentó buen control de la HTA frente al 39,7% (IC 95%; 38,3-41,1) de los V (p=0,001). Las M presentaron mayor prevalencia de sedentarismo, obesidad y obesidad abdominal (p<0,001). No se encontraron diferencias en los porcentajes de monoterapia (45,1% M vs 43,6% V) o combinaciones de dos fármacos (54,9% M vs 56,4% V), pero sí en la utilización de combinaciones de tres fármacos (22,0% M vs 20,3% V) (p=0,004). Los fármacos más utilizados en las M fueron los ARAII (32,2%), seguidos de los IECA (29,7%) y de los diuréticos (19,7%), mientras que en los V fueron los ARAII (35,4%), seguidos de los IECA (33,3%) y de los calcioantagonistas (11,0%).

CONCLUSIONES:

Los resultados del estudio PRESCAP 2006 indican que existen diferencias apreciables entre M y V en el grado de control de la PA, en los factores de riesgo asociados y en las estrategias terapéuticas utilizadas.

Palabras clave: hipertensión arterial, mujer, control presión arterial

6. COMPARACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL ENTRE PACIENTES HIPERTENSOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y DEL RESTO DEL ESTADO ESPAÑOL. ESTUDIO PRESCAP 2006.

Francisco García Tolosa¹. Isabel Carbonell Casañ¹. Sandra Vera García¹. Francisco Valls Roca². Rafael Durá Belinchón³. Vicente Pallarés Carratalá⁴. José Luis Gorriz Teruel⁵. Tomás Sánchez Ruiz¹. Francisco Javier Alonso Moreno⁶. José Luis Llisterri Caro¹.

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ²Centro de Salud de Beniganim. Valencia. ³Centro de Salud de Burjassot. Valencia. ⁴Unión de Mutuas. Castellón. ⁵Servicio de Nefrología. Hospital Dr. Peset. Valencia. ⁶Centro de Salud Sillería. Toledo.

OBJETIVOS:

Comparar el grado de control de la presión arterial (PA), los fármacos antihipertensivos más prescritos y la conducta del médico ante el mal control entre los pacientes hipertensos atendidos en los Centros de Atención Primaria (AP) de la CCAA Valenciana y los atendidos en el resto del Estado Español.

PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio transversal y multicéntrico que incluyó hipertensos de 18 años o más, que seguían tratamiento farmacológico antihipertensivo desde al menos 3 meses antes, reclutados consecutivamente por 274 médicos de AP de la CCAA Valenciana y 2.576 del resto de España. La medida de PA se realizó siguiendo normas estandarizadas según el horario de consulta (matutina o vespertina) y se calculó la media aritmética de dos tomas sucesivas, considerándose que existía buen control cuando el promedio era inferior a 140/90 mmHg en general, y menor de 130/80 mmHg en pacientes con diabetes, insuficiencia renal o enfermedad cardiovascular.

RESULTADOS:

Se incluyeron 10.520 pacientes hipertensos en toda España, de los cuales 1.054 (55% mujeres), con edad media (DE) de 64,5 (11,2) años correspondieron a la CCAA Valenciana. En toda España se observó buen control de PA en el 41,4% (IC 95%: 40,5-42,3), Los fármacos antihipertensivos más prescritos fueron los ARA II (33,5%), IECA (31,5%), diuréticos (15%) y antagonistas del calcio (10,8%). El 44,4% de hipertensos están tratados con monoterapia y el 30,2% de los médicos modificó el tratamiento ante el mal control. En la CCAA Valenciana se observó buen control de la PA en el 40,0% (IC 95%: 37,1-42,9) de los pacientes, siendo la monoterapia utilizada en el 44% de los pacientes. Los fármacos más prescritos fueron los ARAII (41,1%), IECA (31,1%), diuréticos (10,6%) y antagonistas del calcio (8,3%). En caso de control de PA inadecuado el médico valenciano modificó el tratamiento en el 32,7% de los pacientes.

CONCLUSIONES:

Los resultados del estudio PRESCAP 2006 indican que el control de los hipertensos atendidos en los Centros de Atención Primaria de la CCAA Valenciana es ligeramente inferior a la media española. Encontramos diferencias entre los fármacos más prescritos, pero no en la actitud ante el mal control de la HTA.

Palabras clave: hipertensión arterial, control, comunidades autónomas

7. AFECTACIÓN CAROTIDA EN EL PACIENTE HIPERTENSO REMITIDO A UNA UNIDAD DE REFERENCIA.

Helder Andrade, Pedro Morillas, Jesús Castillo, Julián Roldán, Raquel Andrés, Daniel Núñez, Silvia Guillén, Pilar Agudo, Juan Quiles, Vicente Bertomeu.

Unidad de Hipertensión Arterial. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario San Juan de Alicante

OBJETIVOS:

Las recientes guías de Hipertensión Arterial recomiendan la determinación del grosor intima-medio carotídeo (GIM) en la valoración del paciente hipertenso con el objetivo de identificar la presencia de lesión de órgano-diana (GIM>0.9mm). El propósito de este trabajo es conocer la prevalencia de un GIM patológico en una población hipertenso remitida a una Unidad de Referencia y analizar cuales son los factores que se asocian a un GIM aumentado.

METODOLOGÍA:

Se han estudiado 130 pacientes hipertensos remitidos de manera consecutiva a nuestra Unidad de Hipertensión Arterial. A todos ellos se les determinó el GIM máximo mediante sonda vascular (General Electric VIVID 7©) en la pared posterior de ambas carótidas comunes, próximo al bulbo carotídeo, seleccionando el valor máximo entre ambas carótidas. Se recogieron los principales factores de riesgo cardiovascular.

RESULTADOS:

La edad media de la población era de 57,4 años, con un 72,3% varones, 58,5% con antecedentes de tabaquismo (activo o previo), 45,4% dislipémicos y 27,7% diabéticos. Del total, 95 pacientes presentaron un GIM >0.9 mm (73,1%). Estos pacientes tenían una mayor edad (60,74 años vs. 48,32 años; $p<0.001$), mayor severidad de la HTA (51,5% vs. 34,3%; $p<0.05$), peor filtrado renal (80,35 ml/min vs. 96,56 ml/min, $p<0.001$), mayor prevalencia de dislipemia (51,6% vs. 28,6%; $p<0.05$), varones (76,8% vs. 60%; $p=0.07$), y tabaquismo (62,1% vs. 48,6%; próximo a la significación). No se encontraron diferencias en la prevalencia de diabetes entre ambas poblaciones. En el análisis multivariante, los principales factores asociados a un GIM patológico fueron la edad (OR: 1.09; IC 95%: 1.04-1.15; $p<0.001$), el sexo varón (OR: 3.82; IC 95%: 1.28-11.41; $p<0.05$), el tabaquismo (OR 3.5; IC 95%: 1.18-10.34; $p<0.05$), los niveles de colesterol total (OR: 1.01, IC 95%: 1-1.03; $p<0.05$) y el filtrado glomerular (OR: 0.97; IC 95%: 0.95-1; $p<0.05$).

CONCLUSIONES:

La presencia de un GIM patológico es muy elevada en nuestra población hipertenso. Es importante la utilización rutinaria de esta técnica en la valoración del riesgo del paciente hipertenso, especialmente en los varones y aquellos con antecedentes de tabaquismo.

8. UTILIDAD DEL NT-proBNP COMO MARCADOR PLASMÁTICO DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA EN EL PACIENTE HIPERTENSO.

Julián Roldán, Pedro Morillas, Jesús Castillo, Helder Andrade, Daniel Núñez, Silvia Guillén, Raquel Andrés, Irene Mateo, Juan Quiles, Vicente Bertomeu.

Hospital Universitario San Juan - Alicante

OBJETIVO:

Las guías de Hipertensión Arterial (HTA) recomiendan la búsqueda de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en el paciente hipertenso con el propósito de identificar una población de alto riesgo cardiovascular. El ecocardiograma es el procedimiento más sensible para su identificación, si bien su accesibilidad es limitada. El objetivo del presente trabajo es analizar la utilidad de los niveles plasmáticos de NT-proBNP como marcador para el diagnóstico de la HVI en el paciente hipertenso.

METODOLOGÍA:

Se han analizado de manera consecutiva 223 pacientes hipertensos remitidos a una unidad de referencia a los que se les realizó un ecocardiograma para el cálculo de la masa ventricular izquierda (MVI) mediante la fórmula de Penn y se les determinaron los niveles plasmáticos de Nt-proBNP. Pacientes en fibrilación auricular o con disminución de la fracción de eyección (<50%) fueron excluidos.

RESULTADOS:

La edad media de la población era de 55,8 años, de los que el 60,5% eran varones, 40,4% dislipémicos, 26,1% fumadores y 19,3% diabéticos. De la población analizada, 43 pacientes presentaron HVI en el estudio ecocardiográfico (19,3%). Estos pacientes tenían concentraciones plasmáticas de Nt-proBNP significativamente más elevadas que los pacientes sin HVI (269,2 pg/ml vs. 120,4 pg/ml, $p<0.05$). Se encontró una correlación significativa entre los valores plasmáticos de NT-proBNP y la MVI ajustada por superficie corporal ($r=0.337$; $p<0.001$). El área bajo la curva ROC del Nt-proBNP para el diagnóstico de HVI fue de 0,67 (IC 95%: 0,56 - 0,77; $p<0.001$).

CONCLUSIONES:

Los niveles plasmáticos de NT-proBNP pueden ser útiles para identificar pacientes con hipertrofia ventricular izquierda y fracción de eyección conservada.

9. USO DE TERAPIA COMBINADA EN HIPERTENSOS OBESOS VERSUS HIPERTENSOS CON NORMOPESO. ESTUDIO PRESCAP 2006

Rafael Durá Belinchón¹. Francisco Javier Alonso Moreno². Juan Antonio Divisón Garrote³. Miguel Ángel Prieto Díaz⁴. M. Teresa Rama Martínez⁵. Pere Beato Fernández⁵. José Luis Llisterri Caro⁶. Eduardo Carrasco Carrasco⁷. Gustavo C. Rodríguez Roca⁸.

¹Centro De Salud de Burjassot (Valencia). ²Centro de Salud Sillería. (Toledo). ³Centro de Salud de Casas Ibáñez (Albacete). ⁴Centro de Salud Vallobín-La Florida. (Oviedo). ⁵CAP El Masnou, Alella, Teià (Barcelona). ⁶Centro de Salud Joaquín Benlloch (Valencia). ⁷Centro de Salud de Abarán (Murcia). ⁸Centro de Salud de La Puebla de Montalbán.

OBJETIVOS:

Conocer los porcentajes de utilización de terapia combinada en pacientes con normopeso y en pacientes obesos.

MÉTODOS:

Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico, realizado en pacientes hipertensos españoles atendidos en Atención Primaria, de ambos sexos, ≥ 18 años de edad, en tratamiento farmacológico, durante al menos los 3 últimos meses. Se consideró que existía buen control de la HTA cuando la PA era $<140/90$ mmHg ($<130/80$ en diabetes). Las variables analizadas fueron: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), presión arterial (PA) y los tratamientos farmacológicos para la HTA.

RESULTADOS:

Se incluyeron 9.903 pacientes con una edad media de 64,6 (DE: 11,2) años (53,9% mujeres). La prevalencia de normopeso era del 16,4% (14,7% en hombres y 18% en mujeres), de sobrepeso del 46,7% (51,8% en hombres y 41,7% en mujeres), de obesidad (IMC > 30 Kg/m²) fue del 36,9% (IC 95%; 35,9-37,9) y los porcentajes según su grado de obesidad era de, obesidad grado 1 del 27% (26,4% en hombres y 27,6% en mujeres), obesidad grado 2 del 7,6% (5,6% en hombres y 9% en mujeres) y obesidad grado 3 del 2,3% (1,5% en hombres y 3,1% en mujeres). En los hipertensos obesos, el grado de control de la PA resultó del 33,2% (IC 95%; 31,7-34,7) y en normopeso del 49,1%. El porcentaje de utilización de terapia combinada en hipertensos con normopeso fue del 37,4% (2 fármacos), 8,9% (3 fármacos) y 1,2 % (>3 fármacos). En obesos fue del 42,6% (2 fármacos), 16,5% (3 fármacos) y 4,8% (>3 fármacos).

CONCLUSIONES:

La obesidad aumenta la necesidad de terapia combinada para el control de la presión arterial, observándose un aumento en la utilización de 2 o más fármacos según va incrementándose el IMC de los pacientes.

10. DIFERENCIAS ENTRE SEXOS EN PACIENTES HIPERTENSOS SOMETIDOS A LA REALIZACIÓN DE UNA MAPA

Manuel Pérez Alonso². Lorenzo Facila Rubio¹. Vicente Pallarés Carratalá³.

¹*Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.* ²*Consultorio de Vilafranca del Cid.*

³*Unión de Mutuas de Castellón.*

OBJETIVOS:

Estudiar las diferencias entre sexos en cuanto a factores de riesgo, datos de la MAPA perfil bioquímico, tratamiento farmacológico y control en los pacientes hipertensos (pHTA).

MÉTODOS:

Estudio descriptivo transversal que incluye 566 pHTA, a los que se les realiza estudio MAPA entre Enero 2005 y Noviembre del 2008. El registro se realiza con monitor Spacelabs 90207 durante 24 horas (mediciones de PA y FC cada 20 minutos en periodo de actividad y cada 30 minutos en periodo de descanso). Se analizan las variables epidemiológicas clásicas, bioquímicas y resultados de la MAPA y se estratifica a la población según el sexo.

RESULTADOS:

La edad media de los pacientes incluidos fue de 59 ± 14 (55,8% varones). El 18,4% fueron diabéticos, 37,8% dislipémicos, 14,7% tenían antecedentes de tabaquismo y el 12,7% de enfermedad cardiovascular. El 12,4 % de los pacientes presentaban antecedentes de LOD. Las mujeres tenían una edad media mayor (62,9 vs 57,5), más antecedentes de dislipemia (42,4% vs 34,2%), y menos de tabaquismo (6,4% vs 21,2%). Además presentaban una glucemia basal más alta y un HDL, y cociente alb/cr más bajo. En cuanto a la MAPA, los pacientes del sexo femenino tenían una PAs en periodo de descanso menor, sin embargo tenían un mayor porcentaje de FC nocturna mayor de 65 lpm (46,8% vs 36,9% en varones). En relación al tratamiento, solo existieron diferencias en cuanto al uso de diuréticos que fue mayor en éstas (36% vs 25%). En cuanto al control tensional, no existieron diferencias en cuanto a sexos en el control de PA clínico y sí en la MAPA, siendo mejor en mujeres que en hombres (55,8% vs 44,2%)

CONCLUSIONES:

Según los resultados de nuestro registro, existen escasas diferencias entre sexos en cuanto la perfil epidemiológico, bioquímico y de tratamiento en los pHTA. Sin embargo sí que existe una importantes diferencias en cuanto a los datos control de la PA obtenidos mediante la MAPA que son mejores en mujeres.

11. DIFICULTAD EN EL GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y FACTORES DE PROGRESION RENAL EN UNA CONSULTA DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

José Luis Gorriz Teruel¹. Amelia García Hervas¹. Verónica Escudero Quesada¹. Cristina Cáceres Borrero¹. Cristian Gómez Torrijos². Eduardo Alcoy Hervas¹. Carlos About Garcia¹. Luis M. Pallardó Mateu¹.

¹Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr Peset. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital La Plana. Villarreal.

OBJETIVO:

El objetivo de este estudio es analizar el grado de cumplimiento sobre control de la presión arterial, tratamiento de la dislipemia y otras recomendaciones de control de factores de riesgo cardiovascular y progresión renal en pacientes con ERC avanzada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal en Octubre-Diciembre de 2008 que ha incluyendo 128 pacientes consecutivos con ERC estadio K/DOQI 4 (Filtrado glomerular estimado por MDRD entre 15- 30 ml/min/1.73 m²) que estaban en seguimiento en consulta.

64 % varones, 36% mujeres. Edad media 68 ±11 años (r: 25-91). El 44 % eran diabéticos. Creatinina sérica media 3.0 ± 0.8 mg/dl, MDRD: 20 ± 5 ml/min/1.73m² y proteinuria media 1.1 ± 1.7 g/dia. El 42.5 % presentaba enfermedad cardiovascular (coronaria, cerebrovascular, arterial periférica o insuficiencia cardiaca). El 22 % presentaban antecedentes de enfermedad coronaria, 13.4 % enfermedad cerebrovascular, 17.3 % enfermedad arterial periférica, y el 10.2 % insuficiencia cardiaca.

RESULTADOS:

La presión arterial sistólica media fue de 131 ±17 mmHg y la diastólica de 72 ±10 mmHg. Se consiguió el objetivo de PA sistólica (d 130 mmHg) en el 49.6 % de los pacientes y de PA diastólica (d 80 mmHg) en el 74.8 % de los pacientes. El control óptimo de la PA (d 130/80 o 125/75 mmHg si presenta proteinuria > 1 g/dia) se consiguió en el 47.2 % de los pacientes, siendo esta cifra en los diabéticos del 46.4 %. El 83.5 % recibía fármacos para bloquear el SRAA. El nº medio de antihipertensivos fue de 2.6 ± 1.4. El 55 % de los pacientes llevaba 3 o mas antihipertensivos. La proteinuria era < 0.5 g/dia en el 49 % de los pacientes.

El 56 % recibía estatinas, pero solo el 48 % presentaban LDL-c < 100 mg/dl. El 31 % presentaba niveles de HDL-c adecuados (> 40 v , > 48 m). Solo el 43 % presentaba triglicéridos < 150 mg/dl. Entre los diabéticos, el 58 % presentaban HbA1c < 7 %. El 18.1 % era fumador activo. El 71.1 % presentaba obesidad (24.6 %) o sobrepeso (46.5 %). El 63 % presentaban obesidad abdominal (perímetro de la cintura abdominal > 102 v, > 88 m). El 45 % de la serie recibía tratamiento antiagregante. De los pacientes con indicación solo el 60.5 % recibía algún tratamiento antiagregante.

CONCLUSION:

Un importante número de pacientes con ERC presenta un inadecuado control de los factores de riesgo cardiovascular y progresión renal. Ello pudiera estar relacionado con la dificultad en su control en estos pacientes o con cierto nihilismo terapéutico. Su monitorización puede ser el primer paso para ayudar a un mejor conocimiento y concienciación para conseguir un estricto control y cumplimiento de las recomendaciones actuales.

12. ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA Y ALTERACIÓN DEL GROSOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO EN ERC ESTADIOS 4 Y 5 K-DOQI NO EN DIÁLISIS

Verónica Escudero Quesada¹. José Luis Gorriz Teruel¹. Bader Al-Raies Bolaños². Amelia García Hervas¹. Cristina Cáceres Borrero¹.

¹Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr Peset. ²Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Univ. Dr Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN:

Las guías de práctica clínica sobre la hipertensión arterial han incorporado la enfermedad arterial periférica (EAP) y la alteración del grosor íntima-media carotídeo como lesión subclínica de órganos diana. La enfermedad renal crónica (ERC) se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, pero son escasos los estudios que analicen la prevalencia de estas dos patologías en la ERC avanzada. Objetivo: Analizar la prevalencia de EAP y alteración del grosor íntima-media carotídeo en pacientes con ERC estadios 4 y 5 K-DOQI no en diálisis.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se han estudiado 67 pacientes con ERC estadios 4 y 5 (filtrado glomerular estimado < 30 ml/min/1.73m²). En ellos se ha realizado determinación de índice tobillo-brazo (ITB) y medición del grosor íntima-media (GIM) de la pared carotídea. La determinación del ITB se realizó con Doppler-continuo y posteriormente con el oscilómetro automatizado. Se diagnosticó EAP cuando el ITB era < 0.9 . Se analizó igualmente la prevalencia de EAP asintomática y se realizó un análisis de concordancia entre los resultados del diagnóstico de ITB mediante doppler u oscilómetro. Se consideró alteración del GIM carotídeo cuando éste era > 0.9 mm.

RESULTADOS:

El 27.3% de los pacientes presentó EAP mediante determinación con Doppler continuo. En el 50% de ellos era asintomática. Cuando el diagnóstico se realizó mediante oscilómetro automático, se detectó en el 32.3%. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0.78 y 0.79 respectivamente para miembro inferior izquierdo y derecho, mostrando una concordancia excelente entre ambos métodos de medida. El 40.9% de los pacientes presentaron un GIM > 0.9 mm.

CONCLUSIONES:

Tanto la EAP como la alteración del GIM carotídeo presentan una alta prevalencia en pacientes con ERC estadios 4 y 5. La medición del ITB mediante oscilometría permite el diagnóstico de EAP con una eficiencia razonable y un mínimo coste.

13. CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DEL COLESTEROL-LDL Y CAMBIOS EN LA PROTEÍNA C REACTIVA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CORONARIO

José Antonio Costa Muñoz¹. Enrique Rodilla Sala¹. Francisco Pérez Lahiguera¹. Sandra Mares¹. Carmen Gonzalez². José María Pascual Izuel¹.

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVO:

Medir los efectos de la asociación de ezetimibe y estatina respecto a la duplicación de la dosis de estatina, en la consecución de los objetivos terapéuticos de colesterol LDL según las recomendaciones del Adult Treatment Panel III y en la modificación de la proteína C reactiva.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio longitudinal retrospectivo de pacientes con dislipemia en tratamiento con estatina y control lipídico insuficiente. Se incluyeron 111 pacientes; a 59 pacientes se les duplicó la dosis de estatina previa y a 52 se les añadió ezetimibe a la estatina. Se calcularon las diferencias en lípidos y la proteína C reactiva.

RESULTADOS:

La asociación de ezetimibe a estatina, comparada con la duplicación de la dosis de estatina, produjo una mayor reducción en los niveles de colesterol LDL (38% vs 18,1%, $p < 0,001$). Una mayor proporción de pacientes con riesgo elevado y muy elevado a quienes se asoció ezetimibe, alcanzó los objetivos terapéuticos de colesterol LDL (< 100 mg/dl, 47% vs 18%, $p < 0,001$ y < 70 mg/dl, 43% vs 2%, $p < 0,001$). Una mayor proporción de pacientes alcanzaron el objetivo combinado de control lipídico y proteína C reactiva < 3 mg/l (19% vs 3%, $p = 0,002$).

CONCLUSIONES:

La adición de ezetimibe a una estatina puede mejorar el manejo de los pacientes de alto y muy alto riesgo coronario que no alcanzan los objetivos terapéuticos lipídicos con dosis submáximas de estatina. En este estudio, se produjo un mayor descenso de la proteína C reactiva en el grupo de pacientes al que se añadió ezetimibe.

14. UTILIZACIÓN DE EPLERENONA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE E INTOLERANCIA A ESPIRONOLACTONA

Enrique Rodilla Sala¹. Francisco Pérez Lahiguera¹. José Antonio Costa Muñoz¹. Sandra Mares¹. Carmen Gonzalez². José María Pascual Izuel¹.

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO:

Valorar la utilidad de añadir eplerenona al tratamiento de pacientes con hipertensión arterial resistente (HTAR) que han presentado intolerancia a espironolactona.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional retrospectivo de 26 pacientes con HTAR y con creatinina <1,6 en varones y <1,4 mg/dl en mujeres.

RESULTADOS:

Al sustituir la espironolactona por eplerenona no hubo diferencias significativas en los valores alcanzados de PAS ni PAD, ni cambios en los electrolitos ni la creatinina. El 34% de los pacientes consiguió controlar la PA, sin los efectos secundarios de la espironolactona.

CONCLUSIONES:

En el presente estudio en una muestra de hipertensos con HTAR respuesta antihipertensiva con eplererona es similar a la de la espironolactona sin aparición de los efectos secundarios característicos hormono dependientes.

15. UTILIZACIÓN DE ESPIRONOLACTONA FRENTE A DOXAZOSINA EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA

Francisco Pérez Lahiguera¹. José Antonio Costa Muñoz¹. Enrique Rodilla Sala¹. Carmen Gonzalez². Sandra Mares Roger¹. José María Pascual Izuel¹.

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Valorar la utilidad de añadir espironolactona o doxazosina al tratamiento de pacientes con hipertensión refractaria y caracterizar a los que consiguen buena respuesta al tratamiento.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo comparativo de 181 pacientes con hipertensión arterial refractaria (tratados con tres fármacos a dosis habituales, uno de ellos diurético, sin control tensional aceptable) con creatinina <1,6 mg/dl en varones y <1,4 mg/dl en mujeres, a quienes se añadió espironolactona (88 casos) o doxazosina (93 casos).

RESULTADOS:

La presión arterial sistólica se redujo 28 mm Hg (intervalo de confianza 95%, 24-32 mm Hg ; $p<0,001$), y la diastólica 12 mm Hg (9-14 mm Hg; $p<0,001$) en los tratados con espironolactona, y 16 mm Hg (13-20 mm Hg; $p<0,001$), y 7 mm Hg (5-9 mm Hg; $p<0,001$) respectivamente con doxazosina. La espironolactona causa mayor descenso de la presión arterial sistólica ($p=0,001$) y diastólica ($p=0,003$). El 30% de los pacientes lograron el control tensional, siendo mayor con espironolactona (39%) que con doxazosina (23%) $p=0,02$. Tras el análisis de regresión logística la diabetes mellitus (odds ratio multivariante = 0,17; intervalo de confianza 95%; 0,08-0,38; $p<0,001$), y la presión arterial sistólica inicial <165 mm Hg (odds ratio multivariante 2,56; 1,11-5,90; $p=0,03$) influían significativamente en alcanzar el control de presión arterial.

CONCLUSIONES:

En pacientes con hipertensión arterial refractaria, añadir espironolactona o doxazosina consigue un significativo descenso de la presión arterial, que parece ser mayor con espironolactona. La diabetes dificulta el control de la presión arterial.

16. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD DE PREDICCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR TOTAL DE LAS FUNCIONES SCORE CALIBRADA Y REGICOR EN PACIENTES NO DIABÉTICOS

Carmen Gonzalez². Enrique Rodilla Sala¹. José Antonio Costa Muñoz¹. Francisco Pérez Lahiguera¹. Sandra Mares Roger¹. José María Pascual Izuel¹.

¹Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Hospital de Sagunto. ²Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Sagunt.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo es comparar la capacidad de predicción del riesgo cardiovascular total de las funciones SCORE calibrada y REGICOR en pacientes no diabéticos en prevención primaria.

PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio observacional de cohortes de 1642 pacientes de 20 a 79 años no diabéticos sin enfermedad cardiovascular establecida, atendidos en una Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular seguidos un tiempo mediano de 3,8 años (Intervalo intercuartílico 2,1-5,7 años). Se registraron todos los episodios cardiovasculares mayores. Se calculó el riesgo predicho individual utilizando los algoritmos SCORE calibrada y REGICOR. Se analizó su concordancia para clasificar en grupos de riesgo utilizando los puntos de corte $\geq 5\%$ en SCORE calibrada y $\geq 10\%$ en REGICOR. Mediante análisis de Kaplan-Meier se comparó la incidencia en los grupos de riesgo obtenidos al aplicar ambos algoritmos.

RESULTADOS:

SCORE calibrada clasificó de alto riesgo a un 13,5% y REGICOR a un 3,5% con una concordancia débil ($Kappa=0,34$). Durante el seguimiento 74 pacientes presentaron un primer ECV, un 41% en el grupo de alto riesgo SCORE calibrada, frente a un 15% en el grupo de alto riesgo REGICOR. SCORE calibrada seleccionó un 10,3% más de pacientes que REGICOR con una probabilidad acumulada a 5 años de 14,2% (8,7-23,3) y a un 0,4% menos, con una probabilidad acumulada a 5 años de 25,0% (3,5-100,0).

CONCLUSIÓN:

SCORE calibrada es el algoritmo que selecciona a un mayor número de pacientes con una incidencia de ECV aumentada.

17. CARACTERÍSTICAS DE LOS HIPERTENSOS QUE ESTÁN TRATADOS CON FÁRMACOS ANTIDIABÉTICOS

Juan Ramón Debón Aucejo. Cayetano Puga Rodríguez. Gonzalo Aldana Nacher. Alexander Sammel. Javier Fernández-Cuervo Lorente. Ginés Gascón Ramón. Ruben Darío Camargo Hincapié. Adriana Liceo Chaparro Rojas. Oana Daniela Ichim. Mercedes Jácome Piedra.

Hospital La Plana. Castellón.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Se pretende analizar la frecuencia con la que los pacientes hipertensos son además diabéticos que precisan tratamiento farmacológico.

METODOLOGÍA:

Estudio prospectivo observacional de 100 hipertensos seleccionados de forma aleatoria, seleccionando los que llevan tratamiento antidiabético. En ellos se han valorado edad, talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura (PC) y la presencia de albuminuria (MAU).

RESULTADOS:

El 75% de los varones tienen un PC > 102. Todas las mujeres tienen PC > 88.

CONCLUSIONES:

1. Todos los pacientes con diabetes asociada a la hipertensión tienen sobrepeso u obesidad, y la gran mayoría tienen además obesidad abdominal.
2. El tabaquismo sigue siendo un problema frecuente, especialmente en hombres.
3. El 80% tienen MAU.

18. INTERACCION ENTRE EL BAJO PESO AL NACER Y LA OBESIDAD EN LA PRESIÓN ARTERIAL Y LOS PARAMETROS DE FUNCION VASCULAR EN ADOLESCENTES

Eva Carvajal¹. María Isabel Torró^{1,2}. Francisco Aguilar^{1,2}. Julio Álvarez^{1,2}. Josep Redón^{2,3}. Empar Lurbe^{1,3}.

¹Unidad contra el Riesgo Cardiovascular en Niños y Adolescentes. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Universitat de Valencia. ²CIBER de Fisiopatología de Obesidad y Nutrición (CB06/03), Instituto de Salud Carlos III. Madrid. ³Unidad de Hipertensión Arterial. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universitat de Valencia.

OBJETIVO:

Analizar la interacción entre el bajo peso al nacer (BPN) y el sobrepeso/obesidad (OB) en la presión arterial (PA) y los parámetros de función vascular estimados por la PA aórtica y la magnitud de la onda refleja (augmentation index, AI) en adolescentes.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se incluyeron 240 adolescentes con edades entre 11 y 18 (edad media 13.1±1.8), nacidos tras un embarazo a término sin patología. El PN se obtuvo de las historias clínicas y se consideró BPN aquellos niños nacidos con un PN < Percentil 10 para la edad gestacional. En el momento del estudio se consideró sobrepeso cuando el IMC estuvo entre el Percentil 85 y el Percentil 97 y obesidad cuando fue > Percentil 97. Los adolescentes se agruparon en: Grupo 1 PN normal y no OB (n=60); Grupo 2 BPN y no OB (n=29); Grupo 3 PN normal y OB (n=114); y Grupo 4 BPN y OB (n=37). La magnitud de la onda refleja se estimó mediante el cálculo del AI, definido por la contribución de la onda de retorno a la amplitud del pulso a nivel aórtico (tonometría, por aplanamiento método de O'Rourke).

RESULTADOS:

Entre los grupos sin OB, 1 y 2 no existían diferencias en el IMC, tampoco entre los grupos con OB, 3 y 4. Respecto al PN no fue diferente entre los grupos con BPN, 2 y 4, ni entre los de PN normal, 1 y 3. Ajustados por edad, sexo y talla se encontraron diferencias significativas entre los grupos para la PA sistólica clínica (103.4±1.4; 105.8±1.9; 108.8±0.9 y 109.8±1.7 mmHg; p=0.005) y aórtica (86.3±1.1; 91.5±1.6; 91.4±0.8 y 92.9±1.4 mmHg; p=0.001), así como para el AI (-0.9±6.9; 3.4±1.0; -0.02±0.4 y -0.05±0.9; p=0.007). Mientras que el PN y la OB tienen un efecto aditivo en los valores de PA, se observa una interacción significativa para el AI (p=0.04). Los valores más elevados de PA se encontraron en los OB con BPN (grupo 4). Por el contrario el AI fue más elevado en los adolescentes con BPN (grupo 2). En aquellos que nacieron con BPN y desarrollaron obesidad, a pesar de valores más altos de PA, se observó una atenuación en la onda de retorno.

CONCLUSIONES:

La programación fetal y la obesidad interaccionan no sólo en los valores de PA sino también en la magnitud de la onda de retorno. El aumento del volumen intravascular característico de la obesidad podría explicar la atenuación de la onda refleja observada.

19. INERCIA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: EVALUACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

Vicente Gil-Guillén^{1,2,3}. Josep Redón^{4,7}. Domingo Orozco-Beltrán^{1,2}. Antonio Maiques-Galán³. Salvador Pertusa¹. Jorge Navarro^{2,4}. Luis Cea-Calvo⁶. Fernando Quince-Andrés^{1,2}. Jaime Merino-Sánchez^{1,6}. José María Martín-Moreno⁵.

¹*Catedra Medicina de Familia. Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante.*

²*REDIAPP-CV, Unidad de Investigación, Docencia y Práctica Clínica Departamento 18 CV, Alicante.* ³*Centro de Salud de Manises, Valencia.* ⁴*Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico, Universidad de Valencia.* ⁵*Catedra de Medicina Preventiva, Universidad de Valencia.* ⁶*Departamento Médico MSD. Madrid.* ⁷*CIBERobn, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.*

OBJETIVOS:

Cuantificar la presencia de inercia diagnóstica y terapéutica durante un examen de salud en la Comunidad Valenciana y valorar los factores asociados.

SUJETOS Y MÉTODOS:

Estudio transversal, multicentrico con 35424 individuos, llevado a cabo en 428 Centros de Salud o Consultas de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana, durante una actividad preventiva llevada a cabo entre 2003 y 2004. La Inercia Diagnóstica se detectó cuando un paciente sin hipertensión conocida tenía PA elevadas y fue catalogado como normotenso por el médico que realizó el examen. La Inercia Terapéutica se detectó cuando no se modificó el tratamiento en un paciente previamente diagnosticado de hipertensión y con valores elevados durante la visita. Análisis univariados y divariados se utilizaron para identificar las características de los pacientes en los que se incurrió en inercia.

RESULTADOS:

Se detectó inercia diagnóstica en 32.5% (95% CI, 31.4-33.6) e inercia terapéutica en 37.0% (95% CI, 35.6-38.5) de los casos. Ambos tipos de inercia fueron más frecuentes en los casos de elevación aislada de la PA sistólica o diastólica. Los factores asociados a la inercia diagnóstica en modelos multivariantes fueron la presencia de diabetes ($p=0.041$), no fumadores ($p=0.004$), enfermedad coronaria ($p=0.001$), valores de PA ($p<0.001$) e índice de masa corporal ($p=0.031$). Los asociados a la inercia terapéutica fueron la presencia de diabetes ($p=0.003$), enfermedad coronaria ($p=0.016$) o ictus ($p<0.001$) y los valores de PA ($p<0.001$).

CONCLUSIONES:

La inercia clínica, bien diagnóstica o terapéutica, estuvo presente en uno de cada tres pacientes con PA elevada. Los factores más frecuentes asociados con la inercia clínica fueron la presencia de condiciones que requieren umbrales de PA más bajos de control y los valores de PA más cercanos a los valores de normalidad.

20. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE VARON HIPERTENSO CON DISLIPEMIA Y DIABETES TIPO 2

Juan Ramón Debon Aucejo¹. Gonzalo Aldana Nacher¹. Cayetano Puga Rodriguez¹. Alexander Sammel¹. Manuel Sánchez Urbano¹. Gines Gascón Ramón².

¹Hospital La Plana (Vila - Real). ²Consulta Alta Resolución. Hospital La Plana (Vila - Real).

Varon de 40 años, remitido a Consulta de Prevención Cardiovascular de nuestro hospital en 1997 por HTA refractaria, cardiopatía hipertensiva, microalbuminuria, diabetes tipo 2 de reciente diagnostico, dislipemia mixta y obesidad.

Se realiza seguimiento y tratamiento de dichos FRCV, observandose fenómeno de inercia terapéutica y fracaso terapéutico al intentar mantener HbA1c inferiores a 7%.

Durante los 10 años observados, hemos recopilado los tratamientos empleados, así como las pruebas diagnosticas realizadas; llegando a la conclusion de la necesidad de un abordaje multifactorial de dichos FRCV, en la linea de los estudios Steno 2 y Accord.

21. VARÓN CON DISLIPEMIA Y ALTERACIONES DEL ECG ATRIBUIBLES A HIPOPOTASEMIA SECUNDARIA A SÍNDROME DE GITELMAN

Javier Fernández-Cuervo Lorente. Juan Ramón Debon Aucejo. Cayetano Puga Rodríguez. Daniel Linares Aguilera. Lorena Agut Borrás. Gines Gascón Ramón. Cristina Gómez Torrijos. Irene Sanz Acevedo. Teresa López Buades. Sara Ashi Pascual.

Hospital La Plana. Castellón.

Varón de 42 años, fumador de 4-5 cigarrillos al día, con hipercolesterolemia, que se trató con atorvastatina. En ECG se observó aplanamiento difuso de las ondas T, y cifras de K de 2,5 meq (confirmadas). No refería consumo de diuréticos ni de laxantes ni había sufrido diarreas o vómitos de repetición. Tampoco consumía regaliz ni derivados, ni productos de herboristería de ningún tipo. Sufría cansancio crónico con debilidad, que mejoraron tras corregir la hipopotasemia.

EXPLORACIÓN:

Normal. IMC: 27,2 Kg/m². PA 118/65 mm Hg.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

ECG en ritmo sinusal con ondas T aplanadas de forma difusa.

Análisis: Glucosa 100 mg/dL; Creatinina 0.7 mg/dL; Colesterol 218; Col HDL 41; Trglicéridos 143; Bilirrubina Esterificada 0.29; Bilirrubina No Esterificada 0.93 mg/dL; Sodio 141 mmol/L; Potasio 2.5 mmol/L; Magnesio 0.55 mmol/L Calcio Total 8.9 mg

Orina de 24 h: Calcio (/24h) 7 mg/d; Sodio (/24h) 134 mmol/d; Potasio (/24h) 102 mmol/d

Gasometría venosa: pH 7.44; pCO₂ 48.6 mmHg; HCO₃ 32.40 mmol/L. Aldosterona normal (151.62 pg/mL) y Actividad Renina Plasmática elevada (18.80ng/mL/h)

TAC RENAL:

Agnesia renal izquierda, con riñón derecho grande de tipo compensador.

DIAGNÓSTICOS:

Síndrome de Gitelman. Agnesia renal izquierda. Hipercolesterolemia

COMENTARIOS:

El síndrome de Gitelman es una enfermedad autonómica recesiva caracterizada por pérdida de Na, cifra de PA bajas, hiperaldosteronismo secundario, hipopotasemia, alcalosis metabólica e hipocalciuria. Su prevalencia se calcula en 2,5 por 100.000 habitantes.

Los pacientes pueden referir cansancio, con molestias articulares, y síntomas neuromusculares. Estos hallazgos son similares a los efectos adversos de los diuréticos tiazídicos. La pérdida de sal produce una cierta depleción de volumen, lo que activa el sistema renina angiotensina aldosterona. La combinación de hiperaldosteronismo

con aumento del flujo distal en los tubulos colectores distales, incrementa la excreción de K e hidrogeno, ocasionando hipopotasemia y alcalosis metabólica. Esta tendencia a la pérdida de sal podría explicar que los pacientes con síndrome de Gitelman tengan cifras de PA más bajas que la población general, y que los familiares heterocigotos estuviesen “protegidos” contra el desarrollo de hipertensión.

El tratamiento de estos pacientes se basa en la combinación de AINEs con fármacos antialdosteronicos (espirolactona, amiloride, eplerenona) a dosis más altas de las habituales, para intentar reducir las pérdidas de K, que no llegan a corregirse totalmente por lo que se les suele asociar suplementos orales de K y Mg. También puede utilizarse IECAs, comenzando con bajas dosis para evitar síntomas de hipotensión.

22. EPLERENONA EN HIPERTENSION ARTERIAL REFRACTARIA

José Luis Gorrioz Teruel¹, Amelia García Hervas¹, Verónica Escudero Quesada¹, Irene Sanz², Cristina Cáceres Borrero¹, Cristian Gómez Torrijos², Eduardo Alcoy Hervas¹, Luis M. Pallardo Mateu¹.

¹Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Dr Peset. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital La Plana. Vila-Real.

Algunos estudios han mostrado que el aldosteronismo puede ser un mecanismo patogénico en la HTA refractaria detectando beneficio al asociar eplerenona en estos pacientes.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Analizar el efecto sobre el control de la presión arterial y número de fármacos utilizados y logro de objetivo de presión arterial tras añadir eplerenona en pacientes con HTA refractaria, al cabo de 6 meses de seguimiento.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se incluyeron 25 pacientes con HTA refractaria (>140/90 mmHg en tratamiento con 3 fármacos, uno de ellos diurético a dosis plena o >130/80 mmHg en el caso de diabetes o enfermedad renal crónica).

Todos habían sido estudiados para descartar HTA secundaria (a todos se le realizó eco doppler renal). En todos se realizó estudio de renina aldosterona y TAC suprarrenal. En dicho estudio se detectaron 2 adenomas, 3 casos de hiperplasia suprarrenal y 3 incidentalomas con estudio renina aldosterona normal. Los adenomas e hiperplasias se descartaron del análisis, quedando 20 pacientes para el estudio (65 % varones, 35 % mujeres), edad media 59 ± 11 años (r: 42-89), PA sistólica inicial: 149 ± 12 mmHg, y PA diastólica inicial 87 ± 8 mmHg. Se realizó MAPA en 10 pacientes, IMC: 29 ± 3 (50 % sobrepeso, 30 % obesidad). Diabetes: 40 %, Enf Renal crónica: 25 %. En el 81 % la renina estaba suprimida (< 0.3). Nº de fármacos 4 ± 1 .

A todos se le añadió a su régimen antihipertensivo, eplerenona (12,5 mg/día que se incrementó a 25 mg/día en una semana). Según respuesta y evolución clínica se valoraba aumentar eplerenona a 50 mg/día. Se solicitó el uso compasivo del fármaco. Se realizó evaluación a los 6 meses de tratamiento.

RESULTADOS:

A los seis meses de tratamiento 16 pacientes continuaban con tratamiento con eplerenona (80 %). Uno los dejó por intolerancia, uno se suspendió por hiperpotasemia y en dos casos el paciente lo dejó sin motivo conocido). 2 pacientes recibían 50 mg de eplerenona y el resto 25 mg/día. De los 16 pacientes analizados, en 14 se redujeron las cifras de presión arterial sistólica (133 ± 13 mmHg, $p=0.001$) y diastólica (75 ± 8) ($p=0.01$). En 11 (68 %) se consiguió reducir el número de fármacos ($p<0.01$) y en 10 (62.5) se consiguieron cifras de presión arterial objetivo sin cambios significativos en el peso de los pacientes. Un paciente presentó hiperpotasemia ($> 5,5$ mEq/l).

La adición de eplerenona al régimen antihipertensivo habitual en HTA refractaria consigue una adecuada reducción de la presión arterial en un porcentaje importante de pacientes sin efectos secundarios significativos. Se requieren más estudios para comprobar estas observaciones. No obstante eplerenona deberá ser considerada como una posibilidad en el esquema terapéutico de la HTA refractaria.

23. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL HIPOTIROIDISMO EN UNA CONSULTA DE HTA

Alexander Sammel, Juan Ramón Debón Aucejo, Cayetano Puga Rodríguez, Manuel Sánchez Urbano, Cristian Gómez Torrijos, Ginés Gascón Ramón.

Hospital de la Plana, Vila-Real, Castellón.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Se pretende analizar la frecuencia de presentación y las características clínicas del hipotiroidismo en una consulta de prevención cardiovascular, pues el hipotiroidismo por sí mismo es una situación que aumenta el riesgo cardiovascular.

METODOLOGÍA:

Estudio prospectivo observacional de 100 hipertensos seleccionados de forma aleatoria, seleccionando los que tenían diagnóstico de hipotiroidismo. En ellos se han valorado edad, talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura (PC) y la presencia de albuminuria (MAU). La determinación de TSH se ha realizado en los pacientes que tienen síntomas de hipotiroidismo, y en los que tenían dislipemia, especialmente si se planteaba tratamiento farmacológico.

RESULTADOS:

Tabla 1. Características de las pacientes hipotiroideas.

Edad	Dosis Tiroxina	Dislipemia	SM	Diabetes	Otros	IMC	Nº fármacosHTA
62	100 mg	Si	Si	Si		105 29,05	Si 5
64	0 mg	Si	Si	Si		106 33,08	Si 4
56	50 mg	Si	Si	No	SAOS	103 32,89	Si 8
85	100 mg	Si	Si	No		108 34,05	No 1
67	50 mg	No	No	No		131 47,23	No 5

Tabla 2. Datos del conjunto de los hipertensos y de los hipotiroideos.

	Nº	Edad	Género	PC	IMC	MAU
Todos los hipertensos	100	54,1 (12,8)	64% varones 36% mujeres	106,2 (16,2)	30,89 (4,88)	68%
Hipotiroideos	5	66,60 (10,52)	0% varones 13,8% mujeres	110,60 (11,5)	35,26 (6,96)	60%

El grupo de pacientes hipotiroideas es de mayor edad que el promedio nuestros hipertensos (66,60 frente a 54,1), y también presentan mayor adiposidad global (IMC de 35,26 frente a 30,89) y abdominal (PC de 110,60 frente a 106,2 de media del grupo). De las 5 pacientes solo una de ellas tiene hipotiroidismo subclínico, llevando el resto tratamiento con Tiroxina. El 80% tienen dislipemia; el 80% SM; el 40% diabetes con tratamiento farmacológico, y el promedio de fármacos antihipertensivos que toman es de 4,6.

CONCLUSIONES:

1. El hipotiroidismo afecta al 13,8 de las mujeres valoradas en una consulta de hipertensión. Sin embargo, no había ninguno hipotiroideo entre los 64 varones seleccionados al azar.
2. Estas pacientes hipotiroideas sufren gran exceso de peso, y muestran una asociación elevada de factores de riesgo, además de precisar un promedio de 4,6 fármacos para el tratamiento de su HTA.
3. Dada la elevada frecuencia de hipotiroidismo observada, y la agrupación de factores de riesgo que presentan, sería conveniente confirmarlo en otras series de pacientes, con objeto de establecer objetivos de intervención adecuados.

24. MUJER DE 86 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO Y DISLIPEMIA DE LARGA EVOLUCIÓN, CON DISNEA DE EVOLUCIÓN RÁPIDA Y EXITUS

Alexander Sammel. Gonzalo Aldana Nácher. Cayetano Puga Rodríguez. Juan Ramón Debón Aucejo. Manuel Sánchez Urbano. Cristian Gómez Torrijos. Ginés Gascón Ramón. Beatriz Montero Balaguer. Ricardo Gil Edo.

Hospital de la Plana, Vila-Real, Castellón.

ANTECEDENTES:

Mujer de 86 años con Dislipemia mixta seguida en la consulta de riesgo cardiovascular desde 1996, fecha en la que se diagnosticó hipotiroidismo a raíz de empeoramiento de dislipemia. Durante esos diez años ha mantenido una calidad de vida óptima. Se trataba con tiroxina, dieta, asociación de antihipolipemizantes atorvastatina y ezetimiba.

EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DOS MESES:

Dos meses antes de fallecer, ingresó por edema agudo de pulmón precipitado por un flutter auricular con conducción 2:1. En la ecocardiografía se observó disfunción diastólica severa de ventrículo izquierdo secundaria a una anomalía de relajación. Previamente en ningún control había presentado signos de cardiopatía ni disnea. Al alta se añadió a su tratamiento habitual betabloqueante y diurético. Veinte días antes de fallecer sufrió gastroenteritis aguda y disnea a mínimos esfuerzos. En el ECG se halló un ritmo sinusal y bloqueo completo de rama izquierda y se desestimó ingreso hospitalario.

La trajeron a urgencias por disnea brusca con palidez intensa y sudoración, pero llegó en parada cardiorespiratoria.

LA AUTOPSIA desveló una pericarditis constrictiva y un infarto reciente por oclusión de la arteria circunfleja.

DIAGNÓSTICO:

Exitus letalis por infarto de miocardio con pericarditis constrictiva en paciente con hipotiroidismo, dislipemia e hipertensión de larga evolución.

COMENTARIOS:

1. El hipotiroidismo es un factor de riesgo cardiovascular independiente, y además puede manifestarse por una elevación de los lípidos.
2. Pensamos que nuestra paciente sufrió infarto de miocardio, que clínicamente pasó inadvertido. Las complicaciones pericárdicas asociadas con el infarto miocárdico son la pericarditis precoz, el derrame-taponamiento cardiaco y el síndrome de Dressler. La constricción pericárdica de evolución aguda es una entidad poco frecuente, y cuya causa más habitual sigue siendo la pericarditis idiopática, y la causa isquémica es excepcional.
3. Nuestra paciente, con un adecuado control de los factores de riesgo, consiguió alcanzar una edad avanzada, con una excelente calidad de vida, falleciendo a consecuencia de una complicación inaudita del infarto de miocardio.

25. VARÓN DE 42 AÑOS CON HIPERTENSIÓN REFRACTARIA Y ASOCIACIÓN DE FACTORES ETIOLÓGICOS

Manuel Sánchez Urbano. Alexander Sammel. Cayetano Puga Rodríguez. Juan Ramón Debón Aucejo. Gonzalo Aldana Nacher. Lilian Carla Ayllon Echalar. Sara Ashi Pascual. Rosalia Torres Miravet. Inmaculada Piquer Franch. Ginés Gascón Ramón.

Hospital de la Plana, Vila-Real, Castellón.

ANAMNESIS:

Remitido por HTA resistente al tratamiento con cuatro fármacos. SAOS con CPAP nocturna. Trabaja a turnos. Separado con dos hijas. Padre falleció a los 62 años, tras 4 años de diálisis. Dos hermanos (no sabe si HTA). Dos sobrinas quistes renales. Diagnosticado HTA en 2005, y tratamiento irregular. Posteriormente empeoró con cifras superiores a 250/140, comprobado en diferentes ocasiones. En 2006 se le aumentó el tratamiento: Labetalol 300 mg; Telmisartan 80 con Hidroclorotiazida 12,5 /24 h, y Amlodipino 10 mg. A pesar de ello frecuentemente PA > 200/100 mm Hg

EXPLORACIÓN:

Normal. PA (tomando los 4 fármacos) con cifras alrededor de 200-205/100-122 mm Hg. Peso 85. Talla 170. IMC: 29,4 Kg/m².

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

ECG con criterios de hipertrofia ventricular izquierda. Análisis: Glucosa 93 mg/dL; Creatinina 0.9 mg/dL; colesterol 218, triglicéridos 300; HDL 50; LDL 108; Cociente MALB/Creatinina 44. Cociente Aldosterona/ARP normal; catecolaminas y metanefrinas en orina de 24 horas, normales.

Mediante Eco Doppler y angio RM se descartó estenosis de arteria renal. En la TAC se observaban varios quistes en ambos riñones.

EVOLUCIÓN:

Se sustituyó Labetalol 300 por Nebivolol 10 mg. Se añadió Doxazosina 8 mg; Minoxidilo 20 mg y Torasemida 10 mg. Ensayo infructuoso con Espironolactona.

MAPA tras introducir Minoxidil: PA media de 24 h de 172/107 mm Hg (PA media de 24 h de 159/93 mm Hg, en MAPA previo). Refería que con el descenso de la PA se encontraba con menos vitalidad. Asimismo, confesó que solo tomaba la dosis matutina de Minoxidil, que estaba mejor cuando en los controles mediante AMPA las determinaciones de PA estaban entre 160-180. En los seis primeros meses adelgazó tres Kg.

DIAGNÓSTICOS:

Hipertensión arterial resistente. Poliquistosis renal. Síndrome de apnea obstructiva del sueño. Probable cumplimiento deficiente del plan terapéutico.

COMENTARIOS:

No parece recomendable el estudio genético o con técnicas de imagen a niños asintomáticos, puesto que no existe ninguna intervención terapéutica que haya

demostrado su eficacia para prevenir la formación de los quistes. El saber que son portadores de una enfermedad crónica puede generar una angustia innecesaria. Pero al tratarse de una enfermedad autosómica dominante, se debe ofrecer screening a mayores de 18 años si desean tener descendencia. El diagnóstico precoz en la edad adulta ofrece la posibilidad teórica de planificar la gestación y mediante técnicas genéticas evitar la transmisión de la enfermedad.

26. LAS APARIENCIAS ENGAÑAN

M^a Del Rosario López Buitrago. Mar Piedecausa Selfa. Clara Escolano Hortelano. Víctor Cánovas García. Erika Ascuña Vasquez. Carlos Soler Portmann. Roberto Hurtado García. Elena Lorenzo Serrano. Antonia Mora Rufete. Alberto Martín Hidalgo.

Hospital General Universitario de Elche.

Mujer de 53 años de edad que refiere en el mes previo a su ingreso, episodio autolimitado de dolor lumbar derecho irradiado a pelvis acompañado de hematuria, siendo diagnosticada de cólico nefrítico. Ante deterioro de la función renal y mal control tensional, es remitida a consultas externas de Medicina Interna por su médico de Atención Primaria, donde se decide ingreso preferente para control y estudio.

ANTECEDENTES:

HTA de 20 años de evolución. Dislipemia mixta. Fumadora de 15 años /paquete. Cardiopatía isquémica crónica. Insuficiencia renal crónica leve. Madre hipertensa.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

PA 180/90, IMC 39, lesiones papulosas faciales. Auscultación cardiopulmonar, abdomen y extremidades dentro de la normalidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ANALÍTICA: Cr 2.25 LDL 146 HDL 33 TAG 243 GOT 87 GPT 108 GGT 333, proteínas en orina de 24 h 1.3 g/l, Aclaramiento de Cr: 37.22 ml/min, resto dentro de la normalidad.

RMN ABDOMINAL: quistes y angiomiolipomas renales bilaterales.

TAC CRANEAL: nódulo subependimario parcialmente calcificado, periventricular izquierdo.

IC DERMATOLOGÍA: angiofibromas perinasales.

FONDO DE OJO , ECG Y ECOCARDIOGRAFÍA: normal.

Tras realizar estas pruebas complementarias se diagnostica de ESCLEROSIS TUBEROSA, al cumplir tres criterios mayores y uno menor, de los criterios clínicos diagnósticos de esta enfermedad.

DISCUSIÓN:

La esclerosis tuberosa denominada actualmente complejo de esclerosis tuberosa, es una rara enfermedad de origen hereditario, autosómica dominante, aunque también hay casos de mutaciones espontáneas. En ella, se produce un trastorno en la proliferación y diferenciación celular del tejido neuroectodérmico y mesodérmico, con aparición de hamartomas (aunque en ocasiones se produce transformación neoplásica maligna), sobre todo a nivel cerebral y cutáneo. Por ello, en 1908 Vogt describe la triada clásica que comprende epilepsia, retraso mental y angiofibromas faciales; apareciendo sobre todo en niños. Sin embargo, actualmente se conoce que su expresividad clínica es muy variable pudiéndose también encontrar formas paucisintomáticas o incluso asintomáticas, implicándose la afectación de múltiples órganos. Tanto es así, que en la actualidad, el diagnóstico se basa en los numerosos criterios clínicos

de consenso descritos por Roach y colaboradores en 1998. La afectación renal en forma de quistes y angiomiolipomas, puede originar HTA secundaria de difícil control, insuficiencia renal progresiva y sangrado retroperitoneal, siendo la segunda causa de mortalidad en estos pacientes, que se podría evitar mediante tratamiento quirúrgico o embolización arterial. Por todo ello, es importante un diagnóstico precoz con seguimiento muy estricto, para evitar el desarrollo de complicaciones y tumores malignos. Se debe descartar esta enfermedad en todo paciente, con sospecha de HTA secundaria, aunque sea adulto, sin antecedentes familiares, no tenga manifestaciones neurológicas y la afectación cutánea sea poco relevante, como en el caso de nuestra paciente, con el fin de evitar que, a veces, las apariencias nos engañen y ensombrezcan mucho su pronóstico.

27. VALOR PREDICTIVO DEL BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE (BNP) EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA (ESTUDIO PANAMA)

Pilar Alfaro Perea¹. José Luis Llisterra Caro¹. Vivencio Barrios Alonso². Francisco Ridocci Soriano³. Vicente Gil Guillen⁴. Isabel Carbonell Casañ¹. Francisco Antón García⁵. Arantxa Matalí Gilarranz⁶. Tomás Sánchez Ruiz¹. Jaime Merino Sánchez⁴.

¹Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch (Valencia). ²Hospital Ramón y Cajal (Madrid). ³Hospital General (Valencia). ⁴Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Alicante. ⁵Centro de Salud Fuensanta (Valencia). ⁶Departamento Médico Almirall (Barcelona).

OBJETIVOS:

Evaluar la validez predictiva de la determinación del brain natriuretic peptide (BNP) en el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca (IC) por disfunción sistólica (DS) o diastólica (DD) en el ámbito de la atención primaria (AP).

METODOLOGÍA:

Estudio piloto, transversal, multicéntrico, simple ciego, de evaluación de funcionamiento de un producto sanitario para diagnóstico in vitro (R.D. 1662/2000, de 29 de septiembre) realizado por facultativos de dos centros de AP del ámbito urbano de Valencia que seleccionaron por muestro consecutivo pacientes mayores de 17 años con sospecha de padecer IC (criterios de Framingham) y que otorgaron su consentimiento informado por escrito. A todos los pacientes se les realizó exploración clínica, analítica, ECG, Rx tórax, BNP (inmunoensayo de fluorescencia mediante el TriageÆ Meter) y ecocardio. Se utilizó como patrón oro la ecocardiografía y la prueba a validar es la concentración plasmática de BNP, utilizando como punto de corte valores > 100 pg/ml. La hipótesis de trabajo fue valorar si la concentración plasmática de BNP elevado puede sustituir a la ecocardiografía como marcador fiable en el diagnóstico de la IC. Se calcularon los siguientes indicadores de validez: Sensibilidad, Especificidad, Valor predictivo positivo (Vp+) y Valor predictivo negativo (Vp-).

RESULTADOS:

Se incluyeron 70 pacientes de los cuales 53 (74,6%) fueron mujeres, con edad media (DE) de 75,1 (8,7) años. Los principales signos/síntomas fueron la disnea de esfuerzo (100%), seguido de la cardiomegalia (90,2%), los edemas de miembros inferiores (67,3%) y los crepitantes basales (56,5%). Los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes fueron la HTA (75,6%) y la dislipemia (64,4%). Se observaron alteraciones de la repolarización e hipertrofia ventricular izquierda (ECG) en un 41,3% y en un 26,1% de los casos, respectivamente. Los valores medios de BNP fueron de 73,3 (76,1) pg/ml (rango 0,5-328,0). La ecocardiografía determinó DD en el 61% de los pacientes, no encontrándose ninguna DS. En la tabla 2x2 se muestran los indicadores de validez de la determinación del BNP en el diagnóstico de IC:

	ECOCARDIO		Indicadores de Validez
	+	-	
BNP			S = 25 % (IC 95%, 11,1-38,9) E = 80% (IC 95%, 63,7-97,8)
+	11	5	Vp+ = 68,8% (IC 95%, 42,9-94,6)
-	33	21	Vp- = 38,9% (IC 95%, 25,0-52,8)

CONCLUSIONES:

Los resultados del estudio PANAMA muestran que 6 de cada 10 pacientes con sospecha de IC en AP presentan alteraciones de la función diastólica en la ecocardiografía. El BNP (punto de corte) >100 es una prueba que tiene una especificidad muy alta para diagnosticar IC. En caso de BNP<100 no descarta la enfermedad.

Palabras clave: insuficiencia cardiaca, BNP, atención primaria

ENFERMERÍA

28. M.A.P.A. Y EVIDENCIA ENFERMERA

Gabriel Belenguer Civera¹. Llorenç Benavent Vidal². Ignacio Belenguer Ricarte³. Ricardo Lequerica Llopis⁴.

¹Centro Salud De Xativa. ²Centro salud de Gandia. ³Hospital de la Ribera (estudiante 1º enfermería). ⁴Centro salud de Mediana.

INTRODUCCIÓN:

Dentro de las actividades que desarrolla la Enfermería, en la Atención Primaria es significativo el estudio destinado a la medida de la P.A el cual sirve de base inicial para el control,prevención,diagnostico y tratamiento de la HTA.

Las constantes evoluciones tecnológicas en aparatos de medición de la T.A ,así,como el aumento de los factores desencadenantes del aumento de esta, como pudieran ser estados bilogicos,sociales,familiares,laborales,dieteticos,alertas y patologías asociadas , han dado paso a la conjunción de ambos elementos como de necesario estudio y aplicación para l@s usuarios afectados, siendo actualmente recomendadas sus aplicaciones por parte de organismos de índole internacional,estatal ó local , con la necesidad de realizar estudios destinados a la prevención y control, de la T.A y sus oscilaciones, mediante la realización de una M.A.P.A.

METODOLOGÍA:

Debido a los aspectos de conceptos variables que pueden afectar a las cifras de T.A. durante una jornada(24 h.) se puede entender ,que la opción mayoritaria de la medición de esta T.A.,sería aquella que recogiese su actividad mediante la toma alternativa en tiempos ponderados , los cuales pudiesen ser reflejados en un aparato acumulativo de reserva y el cual se dispone en centros sanitarios por cesión de uso por parte de Laboratorios Lacer.

RESULTADOS:

Con la protocolización de las actuaciones enfermeras ante la instauración protocolizada de una M.A.P.A., con las precauciones observadas por las metodologías estandarizadas, se ha conseguido el desarrollo de múltiples estudios que reconocen la necesidad de esta practica como base del estudio del tratamiento farmacológico de la H.T.A.

Cabria revisar bibliografías y estudios,donde no se han descrito errores ó mala praxis en su técnica de implantación inicial ó retirada final , por lo que a continuación se visionan y explicitan situaciones de deficiente colocación ó estado final previa a la retirada del manguito insuflador y el estado de la zona de ubicación de este , (se adjuntan fotografías demostrativas),donde se observan los hematomas superficiales /profundos derivados de la insuflación del manguito de presión , lo cual ha significado en algunos casos un diagnostico erróneo del resultado informático de la M.A.P.A.

CONCLUSIONES:

- Necesidad de elección de un manguito insuflador acorde al perímetro braquial.
- Incidir en las recomendaciones enfermeras ante y durante la realización de la M.A.P.A.
- Cumplimiento de protocolos en lo referente a tiempos y técnicas de inicio de la M.A.P.A.
- Evidenciar las actuaciones enfermeras en referencia a la M.A.P.A. basadas en la práctica clínica.
- Incluir las negatividades de las actuaciones profesionales en los registros de Enfermería.

FARMACIA

29. GASTO ECONÓMICO PRODUCIDO POR LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y LA PERMANENTE DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA

M^a Isabel Martínez Martínez¹. Ana Carrasco Abad². José Luis Alfonso Sánchez³.

¹Universidad CEU Cardenal Herrera. ²Centro Salud Pública Benidorm. Unidad de Higiene de los Alimentos, Consellería de Sanidad. ³Universitat de València.

OBJETIVO:

La estimación del gasto económico de la hipertensión arterial (HTA) constituye, un dato fundamental para el análisis comparativo de la magnitud de los problemas de salud y para la asignación de recursos sanitarios, humanos y materiales. El objetivo es el cálculo de los gastos económicos producidos por la incapacidad temporal y la permanente generados para los códigos diagnósticos 401-405 de la clasificación internacional de enfermedades CIE9-MC.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio descriptivo, transversal, de estimación de gastos correspondientes a la incapacidad temporal (IT) y permanente (IP), para el periodo de tiempo que comprende de Enero a Diciembre del 2004 en el territorio español.

RESULTADOS:

El resultado del cálculo de los costes originados por el absentismo laboral consecuente de la enfermedad hipertensiva según provincias y comunidades autónomas despuntan las provincias de Madrid y Barcelona como los territorios donde el paciente hipertenso genera un mayor coste por incapacidad temporal con 70.601.164,39 y 77.831.864,00 respectivamente, versus Ceuta y Melilla con un coste de 599.407,49 y 547.666,98 respectivamente.

Destacan las autonomías catalana y andaluza con 6.312.436,25 días y 5.666.701,95 días de incapacidad, lo que suponen un coste de 6.312.436,25 y 92.707.243,84 respectivamente. Frente a las autonomías de Ceuta y Melilla con 36.638,60 días y 33.475,98 días de absentismo que suponen 599.407,49 y 547.666,98 respectivamente. Entre los datos obtenidos cada 1000 habitantes destaca Galicia con 1.217,59 días de absentismo durante el 2004, lo que supone 19.919,75 /1000 habitantes como la comunidad con mayor absentismo frente a Ceuta y Melilla con 488,96 días de absentismo por cada mil habitantes, suponiendo un coste de 7.999,46 .

CONCLUSIONES:

- La incapacidad temporal por HTA supuso 38.927.720 días de absentismo laboral (106.651 años), lo que significa un total de 636,86 millones de .
- La incapacidad permanente por HTA originó cerca de 2,5 millones de años de absentismo laboral, lo que significa un total de cerca de 17.000 millones de .

30. ESTUDIO DE COSTES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN PRIMARIA Y PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DERIVADOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA EN 2004

M^a Isabel Martínez Martínez¹. Ana Carrasco Abad². José Luis Alfonso Sánchez³.

¹Universidad CEU Cardenal Herrera. ²Centro Salud Pública Benidorm. Unidad de Higiene de los Alimentos. Consellería de Sanidad. ³Universitat de València.

OBJETIVOS:

La hipertensión arterial (HTA), supone, por su magnitud y trascendencia socioeconómica, un problema de Salud Pública de primer orden para el sistema sanitario de nuestro país. El objetivo de nuestro estudio es la estimación del coste socioeconómico de la HTA, que constituye un dato fundamental para el análisis comparativo de la magnitud de los problemas de salud ocasionados por la patología de HTA (Códigos CIE9-MC 401-405) en el año 2004 en España según comunidad autónoma.

METODOLOGÍA:

Es un estudio descriptivo, transversal, de estimación de costes para el periodo de tiempo que comprende de Enero a Diciembre del 2004 en el territorio español según comunidad autónoma. Los costes corresponden a la atención especializada, la atención primaria y la prestación farmacéutica del Servicio Nacional de Salud (SNS).

RESULTADOS:

En el año 2004 se dedicaron más de 1.800 millones de € a la atención especializada para el cuidado de la HTA. El 97% de este capital destinado a la asistencia especializada se dedicó a las consultas externas y otros servicios ambulatorios manteniendo la proporción que se describe: 23% Cardiología, 14% Nefrología, 13% Urgencias, 10% Oftalmología, 7% Endocrinología, 4% UHD, 2% M. Interna, 24% Otras Especialidades. El coste destinado a la atención primaria para el cuidado de la HTA supuso para el año 2004 un total de 458 millones de € que se distribuyeron: 84% Médico General, 16% Enfermería. El coste de prestación farmacéutica dedicado a la patología hipertensiva supuso para el año 2004 más de 1.500 millones de €.

CONCLUSIONES:

- Los costes directos de la HTA para el año 2004 supusieron cerca de 3.700 millones de € que se distribuyeron: 48% Atención Especializada, 40% Prestación Farmacéutica y 12% Atención Primaria.- El coste en el 2004 de atención especializada por paciente supuso 341,82 €, el de atención primaria por paciente supuso 87,42 € y el de la prestación farmacéutica por paciente supuso 285,85 €.

31. RELACIÓN DE LA EDAD DE LOS HIPERTENSOS CON SU PESO Y OTRAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS

Cayetano Puga Rodríguez. Juan Ramón Debón Aucejo. Alexander Sammel. Gonzalo Aldana Nacher. Oana Daniela Ichim. Ginés Gascón Ramón. Rosalía torres Miravet. Inmaculada Piquer Franch. Alfonso Maneu Juan.

Hospital La Plana - Vila Real. Castellón.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En la población general el peso aumenta con la edad, lo que se acompaña de un incremento de los factores de riesgo cardiovascular. Se pretende analizar la relación entre la edad y el peso en hipertensos.

METODOLOGÍA:

Estudio prospectivo observacional de 100 pacientes seleccionados de forma aleatoria en el que se registran edad, talla, peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura (PC). Para valorar la relación de la edad con la talla, peso, IMC, y PC se ha utilizado un modelo de regresión lineal, y se han obtenido los valores del coeficiente de correlación R.

RESULTADOS:

En la muestra han predominado los varones (64%). La edad media es de 54,51(12,8) años, su peso de 84,37 (12,5) Kgm, y la talla media de 165,6 (8,9) cm. El perímetro de cintura (PC) es de 106,2 (16,2) cm, y el IMC de 30,89 (4,88) Kg/m². Los cuartiles correspondientes son: p25 con 47 años, p50 con 57 años y p75 con 64 años (los pacientes mas jóvenes son de mayor estatura, y esta diferencia es mayor en varones: Talla de varones =181,99 - Edad x 0,227; R = 0,513; Talla de mujeres =162,12 - Edad x 0,08; R = 0,118)

El peso aumenta 6,5 kg por cada 10 años en el grupo de 17 a 46 años (edad media de 35,6 años). A partir de esa edad la relación entre la edad y el peso es escasa: Entre los 47 y los 56 años pierden un kg por cada 10 años y a partir de los 57 años la relación del peso con la edad es aún menor. Los valores obtenidos para el IMC y el PC se detallan en la tabla 1.

CONCLUSIONES:

1. Los mayores tienen una talla menor que los más jóvenes, pero el IMC y el PC tienden a aumentar con la edad.
2. El peso es normal solo en el 10% de los pacientes; el 32 % tienen sobrepeso y el 58% son obesos.

COMENTARIOS:

El peso de nuestros pacientes se relaciona directamente con la edad hasta los 46 años. A partir de esa edad el peso no se relaciona con la edad. Sin embargo a partir de los 57 años sigue aumentando el IMC y el PC, ambos muy relacionados con los factores de riesgo cardiovascular. Convendría ratificar estos resultados con otros grupos de hipertensos y, si éstos se confirman, habría que estudiar sus causas y establecer programas de intervención específicos, adaptados a cada grupo de edad, para reducir la progresión del IMC y PC.

