

# Jornadas Cardiovasculares SEMERGEN

**7<sup>as</sup> Jornadas Nacionales Cardiovasculares SEMERGEN**  
Salamanca, 21-23 de mayo de 2015

## Prevención Cardiovascular en Atención Primaria



Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión  
Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial

Proyecto declarado de interés científico por la Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LEHLA). Jornadas Nacionales Cardiovasculares SEMERGEN



Actividad declarada de interés científico por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)



Actividad declarada de interés científico por la Sociedad Española de Cardiología. Sección de Cardiología Clínica y Extrahospitalaria



Actividad declarada de interés científico por la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA).

## EDITORES

Alfonso Barquilla García  
Francisco Javier Alonso Moreno  
Vivencio Barrios Alonso  
Pere Beato Fernández  
Juan Antonio Divisón Garrote  
José Luis Llisterri Caro

Vicente Pallares Carratalá  
Miguel Ángel Prieto Díaz  
Gustavo C. Rodríguez Roca

## COMITÉ EDITORIAL

Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno  
Dr. D. Ignacio Araujo Ramos  
Dr. D. Alfonso Barquilla García  
Dr. D. Pablo Gregorio Baz Rodríguez  
Dr. D. Vivencio Barrios Alonso  
Dr. D. Pere Beato Fernández  
Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco  
Dr. D. Sergio Cinza Sanjurjo  
Dr. D. José Manuel Comas Samper  
Sra. D<sup>a</sup>. Marina Cordón Rodríguez  
Dr. D. José María de Dios Hernández  
Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz  
Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez  
Dr. D. José Antonio Divisón Garrote  
Dra. D<sup>a</sup>. Inocencia Domínguez Polo  
Dr. D. Carlos Escobar Cervantes  
Dr. D. Jacinto Espinosa García  
Dra. D<sup>a</sup>. Aurora García Lerín  
Dr. D. Lisardo García Matarín  
Dra. D<sup>a</sup>. Olga García Vallejo  
Dr. D. Ignacio González Casado

Dra. D<sup>a</sup>. María Herrero Hernández  
Dr. D. José Luis Llisterri Caro  
Dra. D<sup>a</sup>. María Luisa López Díaz-Ufano  
Dr. D. Juan Carlos Martí Canales  
Dr. D. Vicente Martín Sánchez  
Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo  
Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá  
Dra. D<sup>a</sup>. Beatriz Peleteiro Cobo  
Dr. D. José Polo García  
Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz  
Dr. D. José Ignacio Prieto Romo  
Dra. D<sup>a</sup>. María Antonia Rascón González  
Dra. D<sup>a</sup>. Teresa Rama Martínez  
Dr. D. Daniel Rey Aldana  
Dra. D<sup>a</sup>. Elena Rodilla Rodilla  
Dr. D. Gustavo C. Rodríguez Roca  
Dr. D. Feliciano Sánchez Domínguez  
Dra. D<sup>a</sup>. Carmen Sánchez Peinador  
Dr. D. Francisco Valls Roca  
Dr. D. Ángel Vicente Molinero

Editor: Atención Primaria de Congresos S.L.

Depósito Legal: GR 232-2014  
ISSN: 2341-457X

Copyright 2015. Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total ó parcial de éste material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia ó cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del Copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información obtenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.

## SALUTACIÓN

Salamanca, 21 de mayo de 2015

*“Advierte hija mía, que estás en Salamanca. Que es llamada en todo el mundo madre de las ciencias. Y que de ordinario cursan en ella y habitan diez o doce mil estudiantes. Gente moza, antojadiza, arrojada, libre aficionada, gastadora, discreta, diabólica y de buen humor”. El licenciado vidriera. Miguel de Cervantes*

Estimados compañeros:

Salamanca acogerá los días 21, 22 y 23 de mayo del 2015 las séptimas Jornadas Cardiovasculares de la Sociedad Española de Atención Primaria (SEMERGEN).

Es una actividad promovida y organizada por el Grupo de Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), con la colaboración de todos los grupos relacionados con el área cardiovascular de la Sociedad.

El programa en el que estamos trabajando pretende incorporar tanto sesiones científicas, que sirvan para revisar los últimos avances en las enfermedades cardiovasculares que afecten al ámbito de la atención primaria y los resultados de los estudios de investigación más recientes, como talleres prácticos para grupos reducidos que nos ayuden a mejorar las habilidades que necesitamos cada día en nuestro quehacer diario.

Queremos realizar unas jornadas integradoras en las que participen todos los actores implicados en su abordaje desde la atención primaria, médicos de familia, cardiólogos, residentes de la especialidad, enfermeros, y por supuesto la población destinataria de nuestros cuidados.

Hemos escogido como sede la ciudad universitaria por excelencia, la más antigua de España, y además nos cobijaremos en las magníficas instalaciones de la Hospedería Fonseca, que incluye las antiguas aulas, ya remozadas, de la vieja Facultad de Medicina en la que algunos de nosotros iniciamos nuestros primeros pasos de esta apasionante profesión guiados por insignes maestros como Sisinio de Castro o Sánchez Granjel.

Nos vemos en Mayo iluminados por los reflejos de la piedra de Villamayor, arropados por una inmensa tradición humanística plagada de nombres ilustres como Fray Luis de León, Francisco de Vitoria, Miguel de Unamuno o Torrente Ballester.

Es una magnífica oportunidad de conciliar ciencia y cultura facilitada por la situación privilegiada de la zona de trabajo y de los alojamientos previstos, a tiro de piedra tanto del magnífico muestrario artístico que nos ofrece esta hermosa ciudad, Patrimonio de la Humanidad desde 1988: el Palacio de Monterrey, la Plaza Mayor, la Clerecía, las Conchas, San Esteban, las Catedrales, el Paraninfo, el Patio de Escuelas, la Casa Lys, como de las zonas de ocio de una de las urbes más animadas de España.

Contaremos como siempre con compañeros de reconocido prestigio para la labor de divulgación pero lo que le da realmente valor a una actividad científica es la presencia y participación activa de los congresistas. El protagonista eres tú. Te esperamos.



**Alfonso Barquilla García**  
Presidente Comité Organizador



**Francisco Javier Alonso Moreno**  
Presidente Comité Científico

## COMITÉ DE HONOR

### Presidencia de Honor

Su Majestad la Reina de España  
*D<sup>a</sup>. Letizia*

### Miembros

**Excmo. Sr. Presidente de la Junta de Castilla y León**  
*D. Juan Vicente Herrera*

**Sr. Ministro de Sanidad, Política Social e Igualdad**  
*D. Alfonso Alonso Aranegui*

**Excmo. Sr. Alcalde de Salamanca**  
*D. Alfonso Fernández Mañueco*

**Excmo. Sr. Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León**  
*D. Antonio María Sáez Aguado*

**Sr. Rector Magnífico de la Universidad de Salamanca**  
*D. Daniel Hernández Ruipérez*

**Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Salamanca**  
*Dr. D. Manuel Gómez Benito*

**Sr. Presidente Nacional de SEMERGEN**  
*Dr. D. José Luis Llisterra Caro*

**Sr. Presidente de SEMERGEN Castilla y León**  
*Dr. D. Vicente Martín Sánchez*

## COMITÉ ORGANIZADOR

### Presidente

**Dr. D. Alfonso Barquilla García**

*Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria de Trujillo. Cáceres.*

### Vicepresidente

**Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.*

### Miembros

**Dr. D. Pablo Gregorio Baz Rodríguez**

*Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca.*

**Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco**

*Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia.*

**Dr. D. Sergio Cinza Sanjurjo**

*Médico de Familia. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela. La Coruña.*

**Sra. D<sup>a</sup>. Marina Cordón Rodríguez**

*Enfermera. Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca.*

**Dr. D. José María de Dios Hernández**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Pizarrales. Salamanca.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Inocencia Domínguez Polo**

*Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.*

**Dr. D. Ignacio González Casado**

*Médico de Familia. Centro de Salud M<sup>a</sup> Auxiliadora. Béjar. Salamanca.*

**Dr. D. José Luis Llisterri Caro**

*Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.*

**Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo**

*Médico de Familia. Centro Salud Burgos Rural. Burgos.*

**Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá**

*Unidad de vigilancia de la salud. Unión de mutuas. Castellón.  
Profesor asociado departamento Medicina Universitat Jaume I de Castellón.*

**Dr. D. José Polo García**

*Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres.*

**Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz**

*Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Área Sanitaria IV. Oviedo.*

**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Navalmoral de la Mata. Cáceres.*

**Dra. D<sup>a</sup>. María Antonia Rascón González**

*Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.  
Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte. Badajoz.*

**Dr. D. Gustavo C. Rodríguez Roca**

*Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.*

# 7<sup>as</sup> Jornadas Cardiovasculares

de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

---

**Dr. D. Feliciano Sánchez Domínguez**

*Médico de Familia. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital de los Montalvos. Salamanca.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Carmen Sánchez Peinador**

*Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.*

## COMITÉ CIENTÍFICO

### Presidente

**Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno**  
*Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.*

### Vicepresidente

**Dr. D. Vicente Martín Sánchez**  
*Profesor Titular de Universidad. Universidad de León. León.*

### Miembros

**Dr. D. Ignacio Araujo Ramos**  
*Médico de Familia. Coordinador del Centro de Salud de Jaraíz de la Vera. Cáceres.*

**Dr. D. Vivencio Barrios Alonso**  
*Cardiólogo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Presidente de la Sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología.*

**Dr. D. Pere Beato Fernández**  
*Médico de Familia. Consultorio del Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona.*

**Dr. D. José Manuel Comas Samper**  
*Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.*

**Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz**  
*Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara - Periférico. Guadalajara.*

**Dr. D. José Antonio División Garrote**  
*Médico de Familia. Centro de Salud de Casas Ibáñez. Consultorio de Fuentealbilla. Albacete.*

**Dr. D. Carlos Escobar Cervantes**  
*Cardiólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Dr. D. Jacinto Espinosa García**  
*Médico de Familia. Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Aurora García Lerín**  
*Médico de Familia. Directora del Centro de Salud de Almendrales. Madrid.*

**Dr. D. Lisardo García Matarín**  
*Médico de Familia. Doctor en Medicina. Centro de Salud El Parador. Almería.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Olga García Vallejo**  
*Médico de Familia. Centro de Salud de Comillas. Madrid*

**Dra. D<sup>a</sup>. María Herrero Hernández**  
*Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Plasencia. Cáceres.*

**Dra. D<sup>a</sup>. María Luisa López Díaz-Ufano**  
*Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. San Sebastián de los Reyes. Madrid.*

**Dr. D. Juan Carlos Martí Canales**  
*Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Motril-San Antonio. Granada. Clinical Hypertension Specialist (European Hypertension Society).*

**Dra. D<sup>a</sup>. Beatriz Peleteiro Cobo**  
*Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.*

# 7<sup>as</sup> Jornadas Cardiovasculares

de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

**Dra. D<sup>a</sup>. Teresa Rama Martínez**

*Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona.*

**Dr. D. Daniel Rey Aldana**

*Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra*

**Dra. D<sup>a</sup>. Elena Rodilla Rodilla**

*Médico de Familia. Centro de Salud José Marvá. Madrid.*

**Dr. D. Francisco Valls Roca**

*Médico de Familia. Centro de Salud de Benigàmin. Valencia*

**Dr. D. Ángel Vicente Molinero**

*Médico de Familia. Urgencias del Hospital Royo Villanova. Zaragoza. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.*

## PATROCINADORES



Bristol-Myers Squibb



People and ideas for innovation in healthcare



Trabajando juntos por un mundo más sano



## COLABORADORES



## TRANSPORTISTAS



## INFORMACIÓN GENERAL

### Fecha de celebración y sedes

21 - 23 de mayo de 2015

**Colegio Arzobispo Fonseca y Abba Fonseca Hotel (Aula Cardiovascular enfermería)**

Web: [www.jornadascardiovasculares.com](http://www.jornadascardiovasculares.com) | E-mail: [info@jornadascardiovasculares.com](mailto:info@jornadascardiovasculares.com)

### Secretaría Técnica

**AP Congress.** C/ Narváez. 15-1º Izq. 28009 Madrid

Tfno.: 902 430 960 | Fax: 902 430 959 | E-mail: [info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)

### Secretaría Técnica para asistencia al congresista

**Ubicación:** La Secretaría Técnica se encuentra situada **en el Colegio Arzobispo Fonseca** para, entre otras funciones, entrega de documentación, información, incidencias, nuevas inscripciones, ponentes, expositores, prensa y objetos perdidos.

#### Horario de Secretaría Técnica:

**Jueves 21 de mayo: 15.00 h – 21.00 h.**

**Viernes 22 de mayo: 8.30 h –14.30h. / 16.00h – 21:00 h.**

**Sábado 23 de mayo: 8.30 h – 14.30 h.**

### Entrega de presentaciones

La entrega y recogida de presentaciones se realizará en la zona habilitada para ello. Las presentaciones deberán ser entregadas al menos 2 horas antes del comienzo de su exposición. Se aconseja entreguen sus presentaciones (CD Rom o Pendrive) nada más llegar a la sede, aún incluso en el caso de que su ponencia tenga lugar al día siguiente.

### Notas importantes

- La documentación se entregará en la Secretaría Técnica a partir del **Jueves 21 de mayo a las 15.00 h.** Le rogamos compruebe que dispone de todos los documentos que le corresponden.
- Los congresistas deberán llevar su acreditación en lugar visible para acceder a la sede y a las sesiones científicas.
- Los teléfonos móviles deberán permanecer desconectados en todas las salas con actividades científicas.
- Cualquier variación del programa oficial o novedad que pudiera surgir será anunciada oportunamente a través del tablón de anuncios y de la propia Secretaría Técnica.
- La presentación al personal auxiliar de las invitaciones o tickets de cualquier acto será obligatoria para poder acceder a todos los actos sociales que así lo requieran.

## ACREDITACIÓN

### Actividades Acreditadas

Actividad declarada de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subsecretaría Gabinete Técnico.

Solicitada acreditación a la Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias en Castilla y León.

Solicitada Validación de la actividad a la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN.

### Avales científicos:

Proyecto declarado de interés científico por la Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LEHLA). Jornadas Nacionales Cardiovasculares SEMERGEN.

Actividad declarada de interés científico por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC).

Actividad declarada de interés científico por la Sociedad Española de Cardiología. Sección de Cardiología Clínica y Extrahospitalaria.

Actividad declarada de interés científico por la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA).

## CONTROL DE ACCESO

La asistencia a las actividades se controlará en la entrada y salida a las salas mediante Arcos de Control de Acceso. Para ello deberá llevar en lugar visible su tarjeta de acreditación. Sin ella, el sistema de seguridad no registrará su acceso a las salas.

El arco controla el tiempo de estancia en sala. Para recibir el certificado de Reconocimiento de Créditos de las diferentes actividades, el asistente deberá permanecer al menos el 80% del tiempo de duración de la sesión en la sala.

Si tiene cualquier duda o consulta, dispondremos azafatas desde 10 minutos antes del comienzo y hasta 10 minutos después del mismo en las puertas de las salas.

### Inscripción a Talleres y Aula

La inscripción a talleres y/o aula ha podido realizarse a través de la página web de las Jornadas. En sede, podrá comprobar todo lo relativo a talleres en los mostradores de Inscripción y Consulta de Talleres y Aula, ubicados en la zona habilitada para ello en la Secretaría Técnica.

# 7<sup>as</sup> Jornadas Cardiovasculares

de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

En ellos podrá ver los talleres / aula a los que está inscrito e inscribirse en tiempo real a aquellos talleres / aula con plazas disponibles. Si algún taller / aula en el que está interesado está completo, puede inscribirse en la lista de espera de manera que si se producen bajas o el ponente decide ampliar plazas, las personas de tal lista pueden acceder al taller / aula.

Le rogamos respete la política de talleres / aula impuestos por la organización:

- Es requisito indispensable estar inscrito a las Jornadas previamente para efectuar su inscripción a talleres / aula.
- Los talleres / aula están limitados en plazas según indicaciones de cada ponente o características de la sala. Por ello, en la inscripción a talleres se respetará estrictamente el orden de inscripción para la asignación de plazas.
- Si algún taller / aula no se completara por ser el número de inscritos insuficiente para la operatividad del mismo, el Comité Científico se reserva el derecho de anularlo. En tal caso, la Secretaría Técnica contactará con las personas inscritas al taller en cuestión para informarles de las plazas disponibles en los demás talleres para proceder a su recolocación.
- Si usted ha elegido los talleres / aula por orden de preferencia, la Secretaría Técnica le asignaría el siguiente taller en su lista donde quedasen plazas vacantes
- Las inscripciones tipo Enfermería y EIR (inscripción completa a las jornadas) podrán inscribirse a todas las actividades de las jornadas.
- Las inscripciones Enfermería y EIR (solo jornada del viernes) sólo podrán acceder a las actividades científicas correspondientes al Aula Cardiovascular Enfermería.

## INSCRIPCIÓN A LAS JORNADAS

CUOTA INSCRIPCIÓN	HASTA EL 14/04/2015	A PARTIR DEL 15/04/2015
<b>SOCIOS DE SEMERGEN</b>	295,00€	325,00€
<b>NO SOCIOS</b>	375,00€	400,00€
<b>RESIDENTES SOCIOS DE SEMERGEN(*)</b>	130,00€	150,00€
<b>RESIDENTES NO SOCIOS (*)</b>	200,00€	220,00€
<b>ENFERMERÍA Y EIR (Inscripción completa a las jornadas)</b>	130,00€	130,00€
<b>ENFERMERÍA Y EIR (Solo jornada del viernes) (**)</b>	100,00€	100,00€

Los precios incluyen el 21% de IVA.

(\*) Imprescindible adjuntar Certificado oficial de Residencia o del tutor/a que lo acredite.

La inscripción al Congreso incluye: documentación del Congreso, acceso a todas las sesiones científicas, almuerzo de trabajo, cafés-pausa.

(\*\*) La inscripción al Congreso incluye para Enfermería y EIR la Jornada del Viernes incluye: documentación del Congreso, actividades Hotel ABBA solo del viernes, cafés, almuerzo del viernes.

## Procedimiento

- Las inscripciones podrán efectuarse directamente desde la página Web o bien remitiendo el formulario de inscripción a la Secretaría Técnica junto con el justificante del pago o la autorización por tarjeta de crédito. Dicho formulario puede obtenerlo descargándoselo en la propia Web (apartado inscripciones).
- Los cambios de nombre de los congresistas estarán permitidos hasta el 13 de abril de 2014, no admitiendo ningún cambio tras dicha fecha.
- Si requiere factura le rogamos lo indique expresamente en el campo de observaciones detallando empresa/persona que factura, NIF/CIF y dirección postal.

Una vez esté inscrito, puede acceder a su área personal (inscripciones>ir al formulario de inscripción>área personal) con el usuario y clave que recibió en su correo electrónico y podrá consultar los servicios adquiridos. Si usted no recuerda dichas claves puede solicitarlas en [info@jornadascardiovasculares.com](mailto:info@jornadascardiovasculares.com).

**IMPORTANTE:** No se cursará ninguna inscripción sin previo abono.

Para obtener información sobre la política de cancelaciones, por favor consulte la página web:

**[www.jornadascardiovasculares.com](http://www.jornadascardiovasculares.com)**

## RESERVAS DE HOTEL

Informamos que las reservas de hoteles han sido realizadas con riesgo económico y están sometidas a un régimen de cancelaciones impuesto por los propios establecimientos. Pueden consultar la política de anulaciones en la página web. Por esta razón sólo podemos considerar reserva confirmada en firme si ha realizado el pago, bien por tarjeta de crédito, por cheque o por transferencia.

**IMPORTANTE:** desde el momento en que se realice la reserva, dispondrá de un plazo de 10 días para realizar el pago y comunicarlo a la Secretaría Técnica (por mail a [reservas@jornadascardiovasculares.com](mailto:reservas@jornadascardiovasculares.com), o fax al 902 430 959). En caso contrario, dicha reserva se cancelará automáticamente.

HOTEL	CAT.	HAB. DUI	HAB. DOBLE
Colegio Arzobispo Fonseca	3*	45€	65€
Hotel Abba Fonseca	4*	80€	88€

*Precios por habitación y noche en régimen de alojamiento y desayuno. IVA incluido.*

## Condiciones de Reservas individuales

- Las reservas se efectuarán a través de la página web del Congreso o enviando el boletín de reserva a la Secretaría Técnica.
- Las reservas de hotel sólo se considerarán confirmadas si se ha efectuado el pago y se ha comunicado a la Secretaría Técnica.
- Usted podrá estar seguro de que su reserva ha sido procesada SÓLO si recibe su número de confirmación al final del proceso.
- Por favor, tome nota de ese número ya que lo necesitará para cualquier revisión o modificación de sus datos que quiera hacer en el futuro.
- Es indispensable una dirección de correo electrónico válida para confirmar su reserva.

## Política de cancelación

- Las cancelaciones que se produzcan antes del 21 de marzo no tendrán ningún tipo de gastos.
- Las cancelaciones que se produzcan después del 21 de marzo tendrán un 50 % de gastos.
- Las cancelaciones que se produzcan después del 21 de abril tendrán un 75% de gastos.
- Las cancelaciones que se produzcan después del 5 de mayo tendrán un 100% de gastos.
- Las cancelaciones deben ser por escrito y comunicadas a la Secretaría del Congreso: cancelaciones@jornadascardiovasculares.com

## Formas de pago de inscripciones y reservas

- Mediante transferencia bancaria (Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al email info@jornadascardiovasculares.com, indicando congreso y congresista. Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la reserva por e-mail

Titular de la Cuenta: Viajes Genil, S.A.

Entidad: Ibercaja

IBAN: ES22 2085 8378 4603 3002 0642

BIC: CAZRES2ZXXX

- Mediante tarjeta de crédito: en este caso, deberá indicar:

Tipo de tarjeta: VISA, MASTERCARD o AMEX

Titular

Número

Vencimiento

**Nota:** los gastos de transferencia y cambio de moneda serán por cuenta del congresista.

### Para reservas de grupo, consultar con la secretaria técnica

*En cumplimiento de la Ley 15/1999 LOPD le informamos que sus datos serán incluidos en un fichero propiedad de SEMERGEN para su tratamiento con finalidades operativas de la Sociedad. (\*)Las respuestas tienen carácter obligatorio. Puede ejercer sus derechos de acceso a los datos, rectificación y cancelación mediante carta dirigida a SEMERGEN C/ Goya nº 25 - 5º Izda. de Madrid C.P.28001, o a la dirección de correo electrónico secretaria@semergen.es adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.*

## PROGRAMA SOCIAL

### Viernes 22 de mayo

#### 14:30h. Almuerzo de trabajo

Colegio Arzobispo Fonseca. Restaurante.

C/ Fonseca 2, Salamanca

#### Jornadas de Enfermería:

#### 14:30h. Almuerzo de trabajo

Hotel Abba Fonseca.

Plaza de San Blas 2, Salamanca

*\*Por motivos organizativos, los almuerzos de trabajo se distribuirán en varios espacios, el Colegio Arzobispo Fonseca y el hotel Abba Fonseca. Disculpen las molestias.*

## NORMATIVA DE ENVÍO DE COMUNICACIONES

Última hora: fecha límite de admisión: 11 de mayo de 2015 a las 23.59 horas.

### Normas Generales

1. Sólo se aceptarán originales que no hayan sido objeto de publicación en revistas ni de comunicaciones en otros congresos.
2. Se limita a 10 el número máximo de firmantes por comunicación, incluyendo al autor principal o presentador de la comunicación. Indicar en negrita el nombre del autor que vaya a presentar la comunicación.
3. Al menos 1 de los autores de la comunicación deberá estar inscrito en las Jornadas antes del **19 de mayo de 2015**.
4. No se admitirán cambios en las comunicaciones después del **11 de mayo de 2015 a las 23.59 horas**.
5. El nombre del autor y co-autores deberá aparecer con los dos apellidos precedido del nombre. El orden en el que figuren los autores será el que se utilice para la posterior edición de los certificados de comunicaciones que se entregarán en las Jornadas así como en las publicaciones donde aparezcan los trabajos.
6. El envío del resumen de comunicación presupone la aceptación íntegra de estos criterios. El resultado de la evaluación de las Comunicaciones por parte del Comité Científico será inapelable. La Organización rechazará las comunicaciones que no se adapten a las normas expuestas.
7. Todas las notificaciones se realizarán vía web / e-mail por lo que será requisito indispensable **indicar** claramente la **dirección de correo electrónico y teléfono de contacto (móvil)** de la persona que presente y/o defienda la comunicación.
8. La aceptación o rechazo de las comunicaciones se notificará por e-mail a los autores. Posteriormente se comunicará el día y la hora de su exposición. Las normas de presentación y detalles de planificación serán incluidos en dicho envío y envíos siguientes.
9. Se admitirán casos clínicos.
10. Se diferenciarán las comunicaciones presentadas entre las **categorías de Médicos de Familia y Enfermería** quedando establecidas dos modalidades en cada una: **Comunicación y Caso Clínico** que podrán ser presentadas **como Comunicación Oral**
11. **Cada autor podrá hacerse cargo de la exposición de dos comunicaciones como máximo sin que esto limite el número de comunicaciones en las que figure como autor.**
12. **Serán defendidas aquellas comunicaciones de cada modalidad seleccionadas por el Comité Científico.**
13. **Para las comunicaciones de Médicos Residentes, el primer firmante y el presentador deben ser Médicos Residentes. Al menos la mitad de los autores de la comunicación deben ser Médicos Residentes.**
14. **Para las comunicaciones de Enfermería, el primer firmante y el presentador deben ser enfermeros. Al menos la mitad de los autores de la comunicación deben ser Enfermeros.**

### Presentación de las Comunicaciones

#### Orales:

1. Tiempo de presentación: 5 minutos, más 2 minutos para comentarios y discusión.
2. Presentación: sistema informático Power Point (versión compatible) PC con proyección. Será optativo utilizar la Plantilla Oficial de presentaciones Power Point del Congreso.
3. Material: CD ROM o Pen Drive. Deberá entregarse en la Secretaría de Audiovisuales al menos cuatro horas antes de su exposición, en caso de presentaciones a primera hora de la mañana la entrega deberá realizarse el día anterior, aunque le recomendamos que lo entregue nada más recoger su documentación. No se aceptarán presentaciones con ordenador portátil.

## PREMIOS

Se instaurarán los siguientes premios:

- **Premio Dr. Miguel Ángel Pérez Llamas a la Mejor Comunicación (Trabajo de Investigación) Médico de Familia: 350 euros**
- **Mejor Comunicación (Trabajo de Investigación) Médico Residente: 350 euros**
- **Mejor Comunicación (Caso Clínico) Médico de Familia: Inscripción Octavas Jornadas Cardiovasculares (Santander 2016)**
- **Mejor Comunicación (Caso Clínico) Médico Residente: Inscripción Octavas Jornadas Cardiovasculares (Santander 2016)**
- **Mejor Comunicación Enfermería: 150 euros**

### Premios están patrocinados por Laboratorios VIR.

Durante el Acto de Clausura del Congreso se hará público el fallo y se realizará la entrega de Premios, por lo cual le rogamos su presencia en dicho acto.

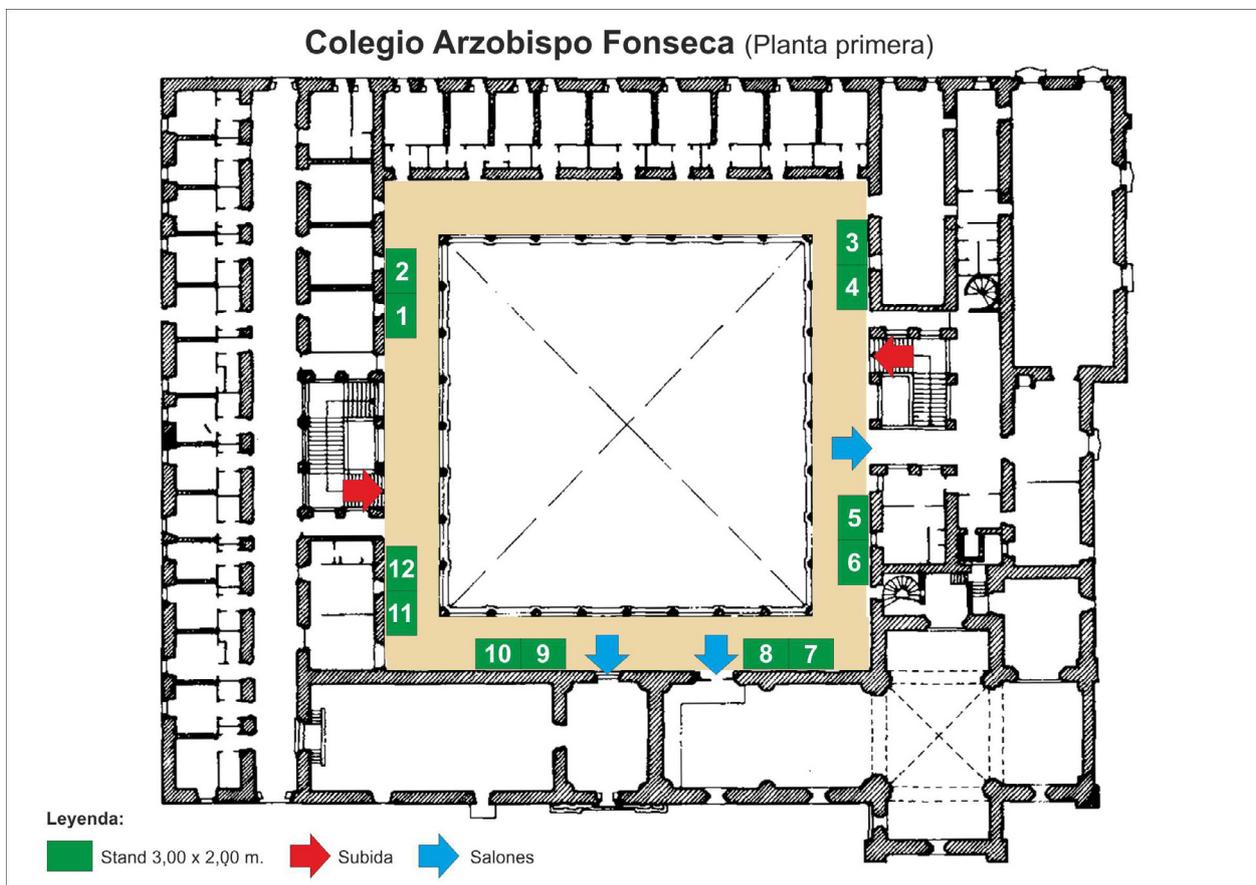
**Nota 1:** Los premios previstos o alguna de sus categorías para esta edición podrán ser declarados desiertos en el caso que el Comité Científico lo considere oportuno.

**Nota 2:** Los premios están sujetos a las retenciones de IRPF fijados por la Agencia Tributaria, asumiendo dichas retenciones el premiado.

## LEYENDA DE ACREDITACIONES

-  Rojo: Comité |  Azul: Ponente |  Verde: Congresista |  Amarillo: Invitado
-  Naranja: Inscripción de un día (sábado) |  Rosa: Inscripción de un día (viernes)
-  Malva: Expositor |  Gris: Prensa |  Blanco: Secretaría Técnica

## EXPOSICIÓN COMERCIAL



**Leyenda de stand:**

STAND	EMPRESA
6	CENTRAL LECHERA ASTURIANA
7	CHIESI
8	ASTRAZENECA
9	DAVUR

## PROGRAMA CIENTÍFICO

### Jueves 21 de mayo 2015

16.00 - 16.30 h.

#### **Inauguración y Metodología del Aula Cardiovascular** **Salón de las Pinturas**

*Aula Cardiovascular*

Coordinadores:

**Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz** *Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida.*

**Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá** *Médico de Familia. Unidad de vigilancia de la salud. Unión de mutuas. Castellón.*

16.30 – 21.00 h.

#### **Estación 1: Grosor íntima-media.**

*Salón de las Pinturas*

Ponentes:

**Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá** *Médico de Familia. Unidad de vigilancia de la salud. Unión de mutuas. Castellón.*

**Dr. D. José María Fernández Toro** *Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres.*

#### **Estación 2: Índice tobillo/brazo.**

*Salón de Actos*

Ponentes:

**Dra. D<sup>a</sup>. Inés Gil Gil** *Médico de Familia. CAP Viella. Lleida.*

**Dr. D. Ángel Vicente Molinero** *Médico de Familia. Urgencias del Hospital Royo Villanova. Zaragoza.*

#### **Estación 3: AMPA/MAPA.**

*Salón Cúpula*

Ponentes:

**Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz** *Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo.*

**Dr. D. Tomás Sánchez Ruiz** *Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.*

#### **Estación 4: ECG.**

*Sala Biblioteca*

Ponentes:

**Dr. D. Roberto Genique Martínez** *Médico de Familia. CAP Sant Carles de la Ràpita. Tarragona.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Sonsoles Velilla Zancada** *Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.*

### Viernes 22 de mayo de 2015

09.00 – 10.15 h.

#### **Taller: Herramientas para disminuir la inercia y mejorar la adherencia terapéutica. Sesión 1.**

*Salón de las Pinturas*

Ponentes:

**Dr. D. Jacinto Espinosa García** *Médico de Familia. Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte. Badajoz.*

**Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo** *Médico de familia. Centro de Salud Burgos Rural.*

#### **Taller: Bases de la Ecocardiografía en Atención Primaria.**

*Salón de Actos*

Ponente:

**Dr. D. Carlos Escobar Cervantes** *Cardiólogo. Servicio de Cardiología. Hospital La Paz. Madrid.*

10.15 - 11.30 h.

**Taller: Casos Clínicos interactivos. Análisis causa-raíz en HTA: ¿Qué paso? ¿Se pudo evitar? ¿Podría haber hecho más por el paciente?**

*Salón de las Pinturas*

Ponentes:

**Dr. D. Daniel Rey Aldana** *Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Aurora García Lerín** *Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid.*

**Taller: Seguridad en el paciente anticoagulado. Sesión 1.**

*Salón de Actos*

Moderador:

**Dr. D. José Luis Carrasco Martín** *Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Estepona, Málaga.*

Ponentes:

**Dr. D. Alberto Calderón Montero** *Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid.*

**Dr. D. José Polo García** *Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres.*

**Taller: Abordaje del tabaquismo**

*Sala Biblioteca*

Ponentes:

**Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz** *Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara - Periférico. Guadalajara.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Carmen Sánchez Peinador** *Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de La Alamedilla. Salamanca.*

12.00 - 13.15 h.

**Mesa 1: ¿Con qué Guía del manejo de las dislipemias nos quedamos?**

*Salón de las Pinturas*

Moderador:

**Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno** *Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.*

Temas y ponencias:

**Guías Europeas.**

**Dr. D. Serafín de Abajo Olea** *Médico de Familia. Centro de Salud de San Andrés de Robanedo. León.*

**Guías Americanas.**

**Dr. D. Francisco Javier García-Norro Herreros** *Médico de Familia. Centro de Salud Condesa de León.*

**Posicionamiento del CEIPC sobre las Guías de dislipemias.**

**Dr. D. Antonio Ruíz García** *Médico de Familia. Centro de Salud Pinto. Madrid.*

13.15-14.30 h.

**Mesa: Prevención secundaria cardiovascular: Nuevas oportunidades en el abordaje global del paciente.**

*Salón de las Pinturas*

Moderadores:

**Dr. D. Alfonso Barquilla García** *Médico de Familia. Centro de Salud Trujillo. Cáceres.*

**Dr. D. José Luis Llisterri Caro** *Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia.*

Temas y Ponentes:

**Situación actual de la prevención secundaria cardiovascular: La falta de adherencia como problema de fondo.**

**Dr. D. Lisardo García Matarín** *Médico de Familia. Centro de Salud El Parador. Almería.*

**Promover la salud CV: el objetivo de la polipíldora.**

**Dr. D. Luis Rodríguez Padial** *Cardiólogo. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**¿Y quiénes de mis pacientes se pueden beneficiar de una polipíldora cardiovascular?**

**Dr. D. Luis Rodríguez Padial** *Cardiólogo. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

14.30 – 16.30 h.

## **Almuerzo de trabajo**

16.30 - 17.45 h.

## **Taller: Seguridad en el paciente anticoagulado. Sesión 2.**

*Salón de las Pinturas*

Moderador:

**Dr. D. José Luis Carrasco Martín** *Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Estepona, Málaga.*

Ponentes:

**Dr. D. Alberto Calderón Montero** *Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid.*

**Dr. D. José Polo García** *Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres.*

## **Taller: Prevención de la Enfermedad Neumocócica en el paciente con patología cardiovascular.**

*Salón de Actos*

Moderador:

**Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno** *Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.*

Ponentes:

**Dra. D<sup>a</sup>. Esther Redondo Margüello** *Médico de Familia. Centro de Vacunación y Salud Internacional. Madrid Salud.*

**Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz** *Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara - Periférico. Guadalajara.*

## **Taller: Prevención del tromboembolismo pulmonar.**

*Sala Biblioteca*

Ponentes:

**Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco** *Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Elena Klusova** *Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Guayaba. Madrid.*

17.45 - 18.15 h.

## **Inauguración oficial de las Jornadas.**

*Salón de las Pinturas*

18.15 - 19.30 h.

## **Mesa: Proyecto Vinci GOAL LDL: ¿Cómo llegar a objetivos terapéuticos en el paciente con riesgo vascular?**

*Salón de las Pinturas*

Moderador:

**Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez** *Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.*

Temas y ponentes:

**Aplicación metodológica.**

**Dra. D<sup>a</sup>. Clotilde Morales Coca** *Internista. Hospital Sant Joan de Déu Althaia. Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa. Barcelona.*

**¿Cómo llevarlo a la práctica clínica en Atención Primaria?**

**Dr. D. Vicente Pascual Fuster** *Médico de Familia. Centro de Salud Palleter. Castellón.*

19.30 – 19.45 h.

## **Presentación Estudio Iberican**

*Salón de las Pinturas*

Ponente:

**Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez** *Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.*

19.45 – 21.00 h.

## **Defensa de Comunicaciones. Sesión 1.**

*Salón de las Pinturas.*

Moderadores:

**Dr. Ignacio Araujo Ramos** *Médico de Familia. Coordinador del Centro de Salud de Jaraíz de la Vera. Cáceres.*

**Dr. D. Ignacio Benigno González Casado** *Médico de Familia. Centro de Salud M<sup>a</sup> Auxiliadora. Béjar. Salamanca.*

- 19.45 – 21.00 h. **Defensa de Comunicaciones. Sesión 2.**  
*Salón de Actos.*  
 Moderadores:  
 Dr. D. Francisco Valls Roca Médico de Familia. Centro de Salud de Benigàmin. Valencia.  
 Dr. D. Pablo Gregorio Baz Rodríguez Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca.
- 19.45 – 21.00 h. **Defensa de Comunicaciones. Sesión 3.**  
*Sala Cúpula*  
 Moderadores:  
 Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara - Periférico. Guadalajara.  
 Dr. D. José María de Dios Hernández Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.
- 19.45 – 21.00 h. **Defensa de Comunicaciones. Sesión 4.**  
*Salón Biblioteca.*  
 Moderadores:  
 Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Olga García Vallejo Médico de Familia. Centro de Salud de Comillas. Madrid.  
 Dra. D<sup>a</sup>. Inocencia Domínguez Polo Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.
- 19.45 - 21.00 h. **Defensa comunicaciones orales. Sesión 5.**  
*Sala Lazarillo*  
 Moderadores:  
 Dr. D. Ángel Vicente Molinero Médico de Urgencias del Hospital Royo Villanova. Zaragoza.  
 Dr. D. Tomas Sánchez Ruiz Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.
- 19.45 - 21.00 h. **Defensa comunicaciones orales. Sesión 6.**  
*Sala Unamuno*  
 Moderadores:  
 Dr. D. Vicente Martín Sánchez Profesor Titular de Universidad. Universidad de León. León.  
 Dra. D<sup>a</sup>. Aurora García Lerín Médico de Familia. Centro de Salud de Almendrales. Madrid.

## Sábado 23 de mayo de 2015

- 9.00 -10.15 h. **Taller: Electrocardiografía práctica y uso de nuevos anticoagulantes en la consulta de Atención Primaria. Primera Parte.**  
*Salón de las Pinturas.*  
 Ponentes:  
 Dr. D. Sergio Cinza Sanjurjo Médico de Familia. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela. La Coruña.  
 Dr. D. Daniel Rey Aldana Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.
- Taller: Herramientas para disminuir la inercia y mejorar la adherencia terapéutica. Sesión 2.**  
*Salón de Actos.*  
 Ponentes:  
 Dr. D. Jacinto Espinosa García Médico de Familia. Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte. Badajoz.  
 Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural.
- 10.00 – 14.00 h. **Actividades con la comunidad**  
*Plaza del Liceo. Salamanca.*  
 Integrantes:  
 Sra. D<sup>a</sup>. Marina Córdón Rodríguez Enfermera. Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca.  
 Dr. D. Pablo Gregorio Baz Rodríguez Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca.  
 Dr. D. Ignacio Benigno González Casado Médico de Familia. Centro de Salud M<sup>a</sup> Auxiliadora. Béjar. Salamanca

- 10.15 - 11.30 h.
- Dr. D. José María de Dios Hernández** *Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.*  
**Dr. D. José Ignacio Prieto Romo** *Médico de Familia. Centro de Salud de Naval Moral de la Mata. Cáceres*  
**Sr. D. Jesús Alberto Molina Hernando** *Enfermero. Centro de Salud M<sup>ra</sup> Auxiliadora. Béjar. Salamanca.*  
**Dr. D. Ignacio Araujo Ramos** *Médico de Familia. Coordinador del Centro de Salud de Jaraíz de la Vera. Cáceres.*  
**Sr. D. Luis Sánchez Solís** *Enfermero. EAP Valdefuentes. Cáceres.*
- Taller: Electrocardiografía práctica y uso de nuevos anticoagulantes en la consulta de Atención Primaria. Segunda parte.**  
*Salón de las Pinturas.*  
Ponentes:  
**Dr. D. Sergio Cinza Sanjurjo** *Médico de Familia. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela. La Coruña.*  
**Dr. D. Daniel Rey Aldana** *Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.*
- Taller: Prescripción Ejercicio Físico en Atención Primaria.**  
*Salón de Actos.*  
Ponentes:  
**Dr. D. Pere Beato Fernández** *Médico de Familia. Consultorio del Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona.*  
**Dra. D<sup>a</sup>. Teresa Rama Martínez** *Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona.*
- Taller: La prevención de la Salud CV desde la consulta de AP. Movimiento de los Corazones Contentos.**  
*Sala Biblioteca*  
Temas y ponentes:  
**Prescripción de un Plan dietético. Beneficios del consumo de los Ácidos grasos Omega 3 y Oleico.**  
**Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá** *Médico de Familia. Unidad de vigilancia de la salud. Unión de mutuas. Castellón.*  
**SEMERGEN en el Movimiento de los Corazones Contentos.**  
**Dr. D. José Polo García** *Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres.*
- 12.00-13.15 h.
- Mesa: Hipoglucemiantes, Edad Vascul ar y Bajo Control Lipídico. Una realidad Cardiovascular de nuestro día a día.**  
*Salón de las Pinturas.*  
Moderadores:  
**Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez** *Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.*  
**Dr. D. Gustavo C. Rodríguez Roca** *Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.*  
Temas y ponentes:  
**Estrategias para afrontar la historia natural de la Diabetes Tipo 2.**  
**Dr. D. Javier Escalada San Martín** *Endocrino. Clínica Universitaria de Navarra.*  
**Nuevas herramientas de valoración del riesgo cardiovascular.**  
**Dr. D. Leopoldo Pérez de Isla** *Cardiólogo. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*  
**Dr. D. José Ignacio Cuende Melero** *Internista. Complejo Hospitalario de Palencia.*  
**La herramienta del LDL en 2 pasos.**  
**Dr. D. Adalberto Serrano Cumplido** *Médico de Familia. Centro de salud de Repelega. Portugalete. Vizcaya.*
- 13.15 – 14.30 h.
- Mesa: Controversias en el abordaje de la Hipertensión Arterial**  
*Salón de las Pinturas.*  
Moderador:  
**Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz** *Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida.*

Temas y ponentes:

¿Con qué cifras iniciar tratamiento? Urgencia hipertensiva ¿cuándo actuar y cómo?

Dr. D. Francisco Valls Roca *Médico de Familia. Centro de Salud de Benigàmin. Valencia.*

¿Hasta dónde debemos llegar en los pacientes ancianos, diabéticos, nefrópatas?

Dr. D. Luis Miguel Artigao Rodenas *Médico de Familia. Centro de Salud Albacete III.*

Medición aislada en consulta, AMPA, MAPA,... ¿cómo predecimos mejor el riesgo?

Dr. D. Juan Antonio Divisón Garrote *Profesor de la UCAM. Grupo GEVA. Atención Primaria. Albacete.*

14.30 h. **Clausura de las Jornadas y entrega de Premios**

## AULA CARDIOVASCULAR ENFERMERÍA

*Hotel ABBA Fontseca, Salamanca*

Coordinadores:

Sra. D<sup>a</sup>. Marina Cordón Rodríguez *Enfermera. Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca.*

Sr. D. Luis Sánchez Solís *Enfermero. EAP Valdefuentes. Cáceres.*

## Viernes 22 mayo de 2015

09.00-09.30 h. **Inauguración oficial**

*Sala Lazarillo*

09.30-10.30 h. **Taller: Exploración vascular del pie (ITB). Sesión 1.**

*Sala Lazarillo*

Ponentes:

Sra. D<sup>a</sup>. Cristina Martín Martín *Enfermera. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.*

Sra. D<sup>a</sup>. Lorena García Fraile *Enfermera. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.*

Dra. D<sup>a</sup>. María Herrero Hernández *Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Plasencia. Cáceres.*

**Taller: Exploración Neurológica del pie en el diabético. Sesión 1.**

*Sala Unamuno*

Ponentes:

Sra. D<sup>a</sup>. Marina Cordón Rodríguez *Enfermera. Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca.*

Dra. D<sup>a</sup>. María Antonia Rascón González *Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte. Badajoz.*

10.30-11.30 h. **Taller: Exploración vascular del pie (ITB). Sesión 2.**

*Sala Lazarillo*

Ponentes:

Sra. D<sup>a</sup>. Cristina Martín Martín *Enfermera. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.*

Sra. D<sup>a</sup>. Lorena García Fraile *Enfermera. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.*

Dra. D<sup>a</sup>. María Herrero Hernández *Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Plasencia. Cáceres.*

**Taller: Exploración Neurológica del pie en el diabético. Sesión 2.**

*Sala Unamuno*

Ponentes:

Sra. D<sup>a</sup>. Marina Cordón Rodríguez *Enfermera. Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca.*

Dra. D<sup>a</sup>. María Antonia Rascón González *Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte. Badajoz.*

11.30-12.00 h. **Pausa-Café**

12.00-13.00 h.

## Taller: RCP Básica. Sesión 1.

*Sala Lazarillo*

Ponentes:

**Sr. D. Luis Sánchez Solís** *Enfermero. EAP Valdefuentes. Cáceres.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Beatriz Peleteiro Cobo** *Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.*

**Dr. D. Enrique Méndez Rodríguez** *Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.*

## Taller: Patrones básicos del ECG. Sesión 1.

*Sala Unamuno*

Ponentes:

**Sr. D. Tomás Fernández Esteban** *Enfermero. Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Sonsoles Velilla Zancada** *Médico de Familia. Centro de Salud Ancin. Navarra.*

13.00-14.00 h.

## Taller: RCP Básica. Sesión 2.

*Sala Lazarillo*

Ponentes:

**Sr. D. Luis Sánchez Solís** *Enfermero. EAP Valdefuentes. Cáceres.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Beatriz Peleteiro Cobo** *Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.*

**Dr. D. Enrique Méndez Rodríguez** *Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.*

## Taller: Patrones básicos del ECG. Sesión 2.

*Sala Unamuno*

Ponentes:

**Sr. D. Tomás Fernández Esteban** *Enfermero. Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Sonsoles Velilla Zancada** *Médico de Familia. Centro de Salud Ancin. Navarra.*

14.30-16.30 h.

## Almuerzo de trabajo

16.30-17.30 h.

## Mesa: Midiendo la Tensión Arterial: En consulta, AMPA, MAPA.

*Sala Lazarillo*

Moderadora:

**Sra. D<sup>a</sup>. Cristina Agudo Conde** *Enfermera. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.*

Temas y ponentes:

**Medida de la presión arterial en la consulta.**

**Sr. D. José Ignacio Recio Rodríguez** *Enfermero. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.*

**AMPA y MAPA en el diagnóstico y tratamiento de la HTA.**

**Dr. D. Luis Miguel Artigao Ródenas** *Médico de Familia. Centro de Salud Albacete III.*

17.30-18.30 h.

## Taller: Prescripción de Ejercicio Físico en Atención Primaria.

*Sala Lazarillo*

Ponentes:

**Dr. D. Pere Beato Fernández** *Médico de Familia. Consultorio del Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona.*

**Dra. D<sup>a</sup>. Teresa Rama Martínez** *Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona.*

18.30-20.00 h.

## Defensa de comunicaciones

*Sala Lazarillo*

Moderadores:

**Sra. D<sup>a</sup>. Marina Córdón Rodríguez** *Enfermera. Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca.*

**Sr. D. Luis Sánchez Solís** *Enfermero. EAP Valdefuentes. Cáceres.*

**Dr. D. Vicente Martín Sánchez** *Profesor Titular de Universidad. Universidad de León. León.*

## ACTIVIDAD COMUNITARIA

### PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Identificación y prevención de los factores de riesgo para la población

El objetivo principal de esta actividad comunitaria dirigida a la población de Salamanca, en el contexto de las 7ª Jornadas Nacionales Cardiovasculares, que la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) celebrará en esta ciudad del 21 al 23 de Mayo de 2015, es la difusión de los factores de riesgo que pueden dar lugar a la aparición de ECV, conocer el riesgo personal y proporcionar a los ciudadanos información sobre las modificaciones en su estilo de vida, que pueden disminuir su riesgo cardiovascular y por tanto la aparición de complicaciones o eventos cardiovasculares.

### OBJETIVO GENERAL:

Difundir los factores de riesgo más importantes en la aparición de las enfermedades CV

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Informar sobre los factores de riesgo cardiovascular
- Asesorar a la población acerca de la detección y el tratamiento precoz de los factores de riesgo
- Informar sobre los beneficios de los cambios de estilo de vida y la adquisición de hábitos saludables
- Incidir sobre la importancia de la disminución del RCV con la intervención sobre factores de riesgo modificables.

### DESARROLLO:

Se establecerán 3 mesas de información. En cada una de ellas habrá médicos y enfermeras que se encargaran de:

1. Identificación de los factores de RCV
2. Realizar Controles de TA, glucemia
3. Educación sanitaria aportando información, consejos y folletos por escrito sobre la prevención y el control de los principales factores de RCV.

## ANEXO I. AULA CARDIOVASCULAR

### Aula Cardiovascular

Planning horario del Aula Cardiovascular SEMERGEN (a cada grupo de 15-20 alumnos se le asigna un número de grupo y va rotando según este planning por las cuatro estaciones).

Jueves 21 de mayo	Salón de las Pinturas	Salón de Actos	Salón Cúpula	Sala Biblioteca
Horario	Estación 1: Grosor íntima-media	Estación 2: Índice Tobillo / Brazo	Estación 3: AMPA-MAPA	Estación 4: Velocidad de Onda de Pulso
16:00-16:30 horas	Inauguración del Aula Cardiovascular (Salón de las Pinturas)			
16:30-17:30 horas	Grupo Rojo	Grupo Amarillo	Grupo Verde	Grupo Azul
17:30-18:30 horas	Grupo Amarillo	Grupo Rojo	Grupo Azul	Grupo Verde
18:30-19:00 horas	Pausa-Café			
19:00-20:00 horas	Grupo Verde	Grupo Azul	Grupo Rojo	Grupo Amarillo
20:00-21:00 horas	Grupo Azul	Grupo Verde	Grupo Amarillo	Grupo Rojo
21:00 horas	Clausura del Aula (Salón de las Pinturas)			

## ANEXO 2. COMUNICACIONES ORALES MÉDICO DE FAMILIA

Viernes 22 de Mayo de 2015

19.45-21.00 h.

### Defensa comunicaciones orales. Sesión 1.

*Sala de las pinturas*

Moderadores:

**Dr. Pere Beato Fernández** Médico de Familia. Consultorio del Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona.

**Dr. Ignacio Araujo Ramos** Médico de Familia. Coordinador del Centro de Salud de Jaraíz de la Vera. Cáceres.

#### 151/1. ¿Viven diferentes acontecimientos vitales estresantes los hipertensos?

**Autores:** (1) Beato Fernández, Pere; (2) Aragonés Gordi, Montserrat; (3) Rama Martínez, Teresa; (4) Valero López, Belén; (5) Ferrández Ferranz, Montserrat; (6) Vilchez Valdés, María; (6) Pérez Lianes, Josefa; (7) Ardila Salazar, Iolanda; (8) Azcona Escolano, Asunción; (8) Valls Martínez, Ana.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (2) Enfermera. Consultori Barri Cotet de Premià de Dalt. Barcelona; (3) Médico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona; (4) CAP de Premià de Mar. Barcelona; (5) Enfermera. Consultori de l'Enllaç de Premià de Dalt. Barcelona; (6) Enfermera. Consultori Barri Cotet de Premià de Dalt. Barcelona; (7) Médico de Familia. ABS Vall de Tenes. Barcelona; (8) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet de Premià de Dalt . Barcelona.

#### 151/21. Estudio de prevalencia de Hipotensión Ortostática en hipertensos mayores de 65 años atendidos en un centro de salud y su confirmación mediante M.A.P.A.

**Autores:** (1) Campillos Páez, Teresa; (2) Santamaría Calvo, María Yolanda Concepción; (3) Martínez Alonso de Armiño, Blanca María; (3) Melguizo Benavides, Rocío; (4) Castilla Suto, Fernando; (4) Llopart Nuñez, Llorent; (5) Navarro Ocaña, Bruno; (5) Jiménez Carrillo, Marta; (6) Lafuente Alonso, Luis; (7) Otero Budiño, Andrea.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Tutora. Centro de Salud Potes. Madrid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (4) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (6) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (7) Enfermera Interna Residente. Centro de Salud Potes. Madrid.

#### 151/27. Insuficiencia cardiaca: Experiencia en el servicio de Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario de Burgos en los años 2012 y 2013.

**Autores:** (1) Cevallos Silvera, Michelle Elena; (2) Ayala Lijerón, Karen; (1) López Católico, Hernán Camilo.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Torres. Burgos.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos.

#### 151/38. ¿Viven diferentes acontecimientos vitales los enfermos cardiovasculares?

**Autores:** (1) Beato Fernández, Pere; (2) Aragonés Gordi, Montserrat; (3) Rama Martínez, Teresa; (4) Valero López, Belén; (2) Ferrández Ferran, Montserrat; (4) Alcaraz Díaz, Rosa Mª; (2) Vilchez Valdés, María; (2) Pérez Lianes, Josefa; (1) Azcona Escolano, Asunción; (1) Valls Martínez, Ana.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (2) Enfermera. Consultori Barri Cotet Premià de Dalt. Barcelona; (3) Médico de Familia. ABS El Masnou- Alella. Barcelona; (4) Enfermera. CAP Premià de Mar. Barcelona.

## 151/40. Factores asociados al mal control de la presión arterial en atención primaria

**Autores:** (1) Díaz Rodríguez, Ángel; (2) De Abajo Larriba, Ana Beatriz; (3) Peleteiro Cobo, Beatriz; (3) Méndez Rodríguez, Enrique; (4) Minniti, Caterina; (4) Urraca Rodríguez, Aura Ligia; (4) Mahmoud Atoui, Omar; (4) Avedaño Corral, Harrison; (4) Veitia Suarez, Madeline Z.; (4) Félix Taveras, Indhira B.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (2) Médico especialista en Anestesiología. Clínica Universitaria de Navarra.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.

## 151/41. ¿La AMPA contribuye a mejorar el grado de control de la hipertensión arterial?

**Autores:** (1) Díaz Rodríguez, Ángel; (2) De Abajo Larriba, Ana Beatriz; (3) Méndez Rodríguez, Enrique; (3) Peleteiro Cobo, Beatriz; (4) Urraca Rodríguez, Aura Ligia; (4) Mahmoud Atoui, Omar; (4) Avedaño Corral, Harrison; (5) De Abajo Olea, Serafín; (6) Álvarez Domínguez, Rocío; (7) Álvarez López, M<sup>a</sup>. Jesús.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (2) Médico especialista en Anestesiología. Clínica Universitaria de Navarra.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Trobajo del Camino. León.; (6) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Bembibre. León.; (7) Diplomada Universitaria en Enfermería. Centro Ssalud de Bembibre. León.

## 151/46. Presión arterial nocturna y valor pronóstico en pacientes de alto riesgo cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2)

**Autores:** (1) Antelo Pais, Paula; (2) Rey Aldana, Daniel; (3) Cinza Sanjurjo, Sergio; (4) López Paz, Enrique; (4) Hermida Ameijeiras, Álvaro; (4) Calvo González, Gaila; (4) Calvo Gómez, Carlos.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada Santiago de Compostela.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (4) Unidad de Hipertensión y Riesgo cardiovascular Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

## 151/63. ¿Influyen las cifras de presión arterial, glucemia y lípidos en la calidad de vida de los pacientes con claudicación intermitente?. Estudio VITAL.

**Autores:** (1) Carrasco Carrasco, Eduardo; (2) Lozano Sánchez, Francisco J.; (3) March García, José Ramón; (4) Frías Vargas, Manuel; (5) García Vallejo, Olga; (6) Cabrera Ferriols, María Ángeles; (7) Barquilla López, Alfonso; (8) Aicart Bort, María Dolores; (8) Vázquez Sánchez, Natividad; (9) Díaz Sánchez, Santiago.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (2) Cirujano Vascular. Hospital Universitario de Salamanca; (3) Cirujano Vascular. Hospital de Getafe. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Campohermoso. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Comillas. Madrid; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Alicante; (7) Médico de Familia. centro de Salud de Trujillo. Cáceres; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Rafalafena. Moncófar. Castellón; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Pintores. Parla. Madrid.

### 151/68. Tratamientos basales de los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN

**Autores:** (1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Fernández Toro, José María; (4) Gil Gil, Inés; (5) Díaz Rodríguez, Ángel; (6) Carrasco Martín, José Luís; (7) García Criado, Emilio; (8) Genique Martínez, Roberto; (9) González Gamarra, Amelia; (10) Loizaga González, Esperanza.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro De Cáceres, Cáceres; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Vielha, Vielha; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (6) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla, Málaga; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba; (8) Médico de Familia. CAP Sant Carles de la Rápita. Tarragona; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid; (10) Médico de Familia Hospital Infanta Luisa. Sevilla.

### 151/69. Perfil metabólico de pacientes hipertensos con enfermedad arterial periférica. Estudio PRESCAP 2010

**Autores:** (1) Carrasco Carrasco, Eduardo; (2) Alonso Moreno, Francisco Javier; (3) Llisteri Caro, José Luis; (4) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (5) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (6) Cinza Sanjurjo, Sergio; (7) Klusova, Elena; (8) Calderón Montero, Alberto; (9) División Garrote, Juan Antonio; (10) Lou Arnal, Salvador.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Fuente Albilla. Albacete; (10) Médico de familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza.

19.45-21.00 h.

### Defensa comunicaciones orales. Sesión 2.

*Salón de Actos*

Moderadores:

**Dr. D. Francisco Valls Roca** Médico de Familia. Centro de Salud de Benigàmin. Valencia.

**Dr. D. Pablo Gregorio Baz Rodríguez** Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca.

### 151/15. Aportación de los parámetros de estructura vascular al RCV estimado con score en sujetos con RCV intermedio

**Autores:** (1) Martín Hernández, Cristina; (2) Gómez Sánchez, Leticia; (3) Sánchez Aguadero, Natalia; (3) Alonso Domínguez, Rosario; (4) Mora Simon, Sara; (5) Custodio García, María Josefa.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (2) Médico Residente. Centro de Salud Monovar Madrid.; (3) Enfermera Residente. Centro de Salud Garrido Sur.; (4) Unidad de investigación de la Alamedilla.; (5) Médico Residente. Centro de Salud La Alamedilla.

### 151/16. Aportación de los parámetros de función vascular al RCV estimado con Score en sujetos con RCV intermedio

**Autores:** (1) Martín Hernández, Cristina; (2) Gómez Sánchez, Leticia; (3) Sánchez Aguadero, Natalia; (3) Alonso Domínguez, Rosario; (4) Mora Simon, Sara; (5) Custodio García, María Josefa.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Monovar. Madrid; (3) Enfermera Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (4) Psicóloga. Colaboradora en la Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla . Salamanca.

## 151/18. Uso de las estatinas en prevención primaria

**Autores:** (1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera., María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

## 151/19. ¿Cuáles son los efectos de la cirugía para la pérdida de peso (bariátrica) en adultos obesos o con sobrepeso?

**Autores:** (1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera., María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

## 151/20. Fármacos de primera línea que inhiben el sistema renina angiotensina versus otras clases de hipotensores de primera línea para la hipertensión

**Autores:** (1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera., María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

## 151/35. Prevalencia de enfermedad renal oculta en población general de Toledo. Estudio RICARTO-ERO.

**Autores:** (1) Morocho Malho, Pablo; (2) Rodríguez Clérigo, Iratxe; (3) Gómez-Serranillos Reus, Manuel; (4) Fernández Conde, Julio; (5) Fernández Martín, Juan; (6) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (7) Villarín Castro, Alejandro; (8) Rodríguez Padial, Luis; (9) Segura Frago, Antonio; (10) Alonso Moreno, Francisco Javier.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (3) Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo; (4) Unidad Administrativa. Gerencia A. Primaria. Toledo; (5) Jefe de Servicio de Investigación. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Toledo.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (8) Jefe del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (9) Jefe de Servicio de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla La Mancha. Talavera de la Reina. Toledo.; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

### 151/36. Hábitos alimentarios en la población general de Toledo. Estudio RICARTO.

**Autores:** (1) Morocho Malho, Pablo; (2) Rabadán Velasco, Ana Isabel; (3) Catalán Pedraz, Irene; (3) Jiménez Catalán, Emma; (4) Menchén Herreros, Antonio; (5) Hernández Moreno, Julio; (6) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (7) Villarín Castro, Alejandro; (8) Rodríguez Padial, Luis; (9) Segura Fragoso, Antonio.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (3) Enfermera Estudio RICARTO; (4) Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Polán, consultorio Local de Argés. Toledo.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (8) Jefe del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (9) Jefe de Servicio de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla La Mancha. Talavera de la Reina. Toledo.

### 151/50. Prevalencia de enfermedad arterial periférica en pacientes con síndrome metabólico por dos métodos de medida.

**Autores:** (1) Mahmoud Atoui, Omar; (2) Méndez Rodríguez, Enrique; (2) Peleteiro Cobo, Beatriz; (3) De Abajo Larriba, Ana Beatriz; (4) Cuadra San Miguel, Rebeca; (5) Díaz Rodríguez, Ángel; (1) Minniti, Caterina; (1) Félix Taveras, Indhira B; (1) Veitia Suarez, Madeline Z.; (6) De Abajo Olea, Serafín.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (3) Médico especialista en Anestesiología. Clínica Universitaria de Navarra.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de Trabajo del Camino. León.

### 151/51. ¿Cómo manejamos la microalbuminuria los médicos españoles?.

**Autores:** (1) Mahmoud Atoui, Omar; (2) Peleteiro Cobo, Beatriz; (2) Méndez Rodríguez, Enrique; (3) Cuadra San Miguel, Rebeca; (4) De Abajo Larriba, Ana Beatriz; (1) Avendaño Corral, Harrison; (1) Urraca Rodríguez, Aura Ligia; (5) Díaz Rodríguez, Ángel; (6) Álvarez Lopez, Mª Jesús; (7) De Abajo Olea, Serafín.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (4) Médico especialista en Anestesiología. Clínica Universitaria de Navarra.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (6) Diplomada Universitaria en Enfermería. Centro Ssalud de Bembibre. León.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Trabajo del Camino. León.

### 151/53. Grado de control de la presión arterial y presencia de enfermedad ateromatosa. Estudio Nefrona.

**Autores:** (1) Fernández Toro, José María; (2) Pallarés Carratalá, Vicente; (3) Santos Altozano, Carlos; (4) Divisón Garrote, Juan Antonio; (5) Gil Gil, Inés; (6) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (7) Adán Gil, Francisco Manuel; (8) Gorriz Teruel, José Luis; (9) Fernández Giraldez, Elvira.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro De Cáceres, Cáceres; (2) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas, Castellón; (3) MEAP. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Vielha, Vielha; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Alfaro. La Rioja; (8) Nefrólogo. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia; (9) Nefróloga. Hospital Arnau Vilanova. LLeida.

## 151/66. Control de los factores de riesgo en los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN

**Autores:** (1) Llisterri Caro, José Luis; (2) Alonso Moreno, Francisco Javier; (3) Barrios Alonso, Vivencio; (4) Babiano Fernández, Miguel Ángel; (5) Serrano Berrocal, M<sup>a</sup> de la Luz; (6) Pombo Allés, Guillermo; (7) García Palencia, María; (8) González Cabrera, Antonio; (9) Torres Moraleda, José Ambrosio; (10) Bousquets Toral, Leandro.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal. Servicio de Cardiología. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Argamasilla de Calatrava. Ciudad Real.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Santiago de Alcántara. Cáceres; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Ocaña. Toledo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de Balazote. Albacete; (9) Médico de Familia Centro de Salud Palomarejos. Toledo; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Tineo. Tineo.

19.45 - 21.00 h.

## Defensa comunicaciones orales. Sesión 3.

*Sala Cúpula*

Moderadores:

**Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz** Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara - Periférico. Guadalajara.

**Dr. D. José María de Dios Hernández** Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

## 151/6. ¿Cuál es la evolución de nuestros pacientes con prehipertensión arterial? Datos de seguimiento a cinco años. Estudio Prevasturias.

**Autores:** (1) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (2) Rubiera Álvarez, Carlos; (3) Varela Suarez, Carmen; (4) Suarez García, Saúl; (5) González Corral, Dolores; (6) Tarrazo Suarez, José Antonio; (7) Martín López, Carmen; (8) Crespo García, Juan Ramón; (6) Abad Rodríguez, Rodrigo; (9) Marín Irazo, Rafael.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Severo Ochoa. Gijón; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Lugones. Siero; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Luanco. Luanco; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Siero; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de Laviada. Gijón; (9) Nefrólogo. Centro Médico de Asturias. Oviedo.

## 151/12. Infraestimación Del Riesgo Cardiovascular Según La Escala Regicor, Frente Al Riesgo Cardiovascular Total, En Pacientes Sin Enfermedad Cardiovascular. Estudio SIMETAP.

**Autores:** (1) Ruiz García, Antonio; (2) Martín de Dios, Claudia; (3) Enríquez Sánchez, Noelia; (3) Silva Monteiro, César Davidson; (4) Morales Cobos, Luis Enrique; (4) Lorenzo Borda, M<sup>a</sup> Soledad; (5) Sanz Velasco, Carmelina; (6) Cabello Igual, M<sup>a</sup> Pilar; (7) López Uriarte, Beatriz; (8) Sandín de Vega, Eloína.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Pinto. Pinto. Madrid.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Pinto. Pinto. Madrid.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla Madrid.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Sector III. Getafe. Madrid.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Parque Europa. Pinto. Madrid.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Humanes. Humanes de Madrid. Madrid.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Ciudades. Getafe. Madrid.

### 151/13. Infraestimación Del Riesgo Cardiovascular Según La Escala ATP III, Frente Al Riesgo Cardiovascular Total, En Pacientes Sin Enfermedad Cardiovascular. Estudio SIMETAP.

**Autores:** (1) Ruiz García, Antonio; (2) Enríquez Sánchez, Noelia; (2) Silva Monteiro, César Davidson; (3) Martín de Dios, Claudia; (4) Morales Cobos, Luis Enrique; (4) Lorenzo Borda, M<sup>a</sup> Soledad; (5) Arribas Álvaro, Pilar; (6) Vargas-Machuca Cabañero, Concepción; (7) Berbil Bautista, M<sup>a</sup> Luisa; (8) Redondo Sánchez, Mercedes.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Pinto. Unidad de Lípidos. Pinto Madrid.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla. Madrid.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Pinto. Pinto. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla Madrid.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Campamento. Madrid.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid.; (7) Enfermera. Centro de Salud Abrantes. Madrid.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Torito. Moratalaz. Madrid.

### 151/26. Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño y riesgo cardiovascular. ¿Los “más jóvenes” tienen menor riesgo?

**Autores:** (1) Rama Martínez, Teresa; (2) Maltas Hidalgo, Yolanda; (3) Nebot Molina, Eva; (4) Mendes Jastes, Sheila C; (3) Ocaña Padilla, Antonia; (5) Sierra Luján, Rosa M; (3) Valentín Moya, Esther; (6) Salvador Vinyoles, Oriol; (3) Palacios Camacho, Frank; (7) Tolo Solé, Jordi.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona; (2) Enfermera. Centro de Atención Primaria Alella. Barcelona; (3) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Ocata. El Masnou. Barcelona; (4) Enfermera Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona; (5) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Teià. Barcelona; (6) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Alella El Masnou. Barcelona; (7) Enfermero. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona.

### 151/34. Predicción del RCV en pacientes con ERC en España mediante técnicas de imagen y biomarcadores. Proyecto Nefrona.

**Autores:** (1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Divisón Garrote, Juan Antonio; (3) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (4) Dura Belinchón, Rafael; (5) Gil Gil, Inés; (6) Fernández Toro, José María; (7) Santos Altozano, Carlos; (8) Adán Gil, Francisco Manuel; (9) Gorriiz Teruel, José Luis; (10) Betriu Bars, Angels.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas, Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. albacete; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Godella. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Vielha, Vielha; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro De Cáceres, Cáceres; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca. Guadalajara; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Alfaró. La Rioja; (9) Nefrólogo. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia; (10) Nefrólogo. Servicio de Nefrología (UDETMA). Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

### 151/47. Evaluación del control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular atendiendo al riesgo cardiovascular de pacientes con fibrilación auricular en Atención Primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL

**Autores:** (1) Rey Aldana, Daniel; (2) Cinza Sanjurjo, Sergio; (3) Quintans Carballo, Rosario; (4) Rodríguez Moldes, Esperanza; (5) de Juan Prego, Jesús de Juan Prego; (6) Fariña Sabater, Carlos; (7) Casado Gorriiz, Inmaculada; (8) Rodríguez Sarandeses, Javier; (9) García Arcos, Francisco; (10) Díez Ponce, Mar.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud San José. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Os Mallos. A Coruña; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol; (6) Médico de Familia. Centro

de Salud de Becerreá. Lugo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Allariz. Ourense; (8) Médico de Familia. Centro de Salud A Guarda. Vigo; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Bolivia. Vigo; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Cuba. Vigo.

## 151/48. Evaluación de la calidad del control de la anticoagulación en pacientes con Fibrilación Auricular y enfermedad renal en el ámbito de Atención Primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL

**Autores:** (1) Rey Aldana, Daniel; (2) Cinza Sanjurjo, Sergio; (3) Pastor Gonzalo, M<sup>a</sup> Carmen; (4) Pérez Vázquez, Soledad; (5) García del Río, Elena; (6) Rodríguez Domínguez, M<sup>a</sup> Carmen; (7) Guerrero Jurado, María Dolores; (8) Bustillo Jurado, María; (9) Mosquera Nogueira, Jacinto; (10) Limeres González, Benito.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Betanzos. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ventorrillo. A Coruña; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Illas Canarias. Lugo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud O Carballiño. Ourense; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Lalín. Pontevedra; (9) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembrive. Vigo; (10) Médico de Familia. Centro de Salud A Doblada. Vigo.

## 151/49. Evaluación del control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular atendiendo al riesgo cardiovascular de pacientes con EPOC en Atención Primaria de Galicia. Estudio GALEPOC

**Autores:** (1) Rey Aldana, Daniel; (2) Cinza Sanjurjo, Sergio; (3) Grandal Amor, M<sup>a</sup> Cruz; (4) Lueiro Lores, Víctor; (5) Fidalgo González, Amparo; (6) Calvo Guerrero, Antonio; (7) Regueiro Martínez, Antonio; (8) Graña Martínez, Catalina; (9) Romero García, César; (10) Corpas Cobisa, Clara.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud A Parda. Vigo; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Mos. Vigo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Noia. Santiago de Compostela. A Coruña; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Vilanova de Arousa. Pontevedra; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de Cangas. Vigo; (9) Médico de Familia. Centro de Salud de Sanxenxo. Pontevedra; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Cruz. A Coruña.

## 151/55. ¿Qué escala de riesgo cardiovascular elegir en función de las características del individuo? Estudio RICARTO.

**Autores:** (1) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (2) Segura Fragoso, Antonio; (3) Rodríguez Padial, Luis; (4) Catalán Pedraz, Irene; (4) Jiménez Catalán, Emma; (5) Villarín Castro, Alejandro; (6) Fernández Martín, Juan; (7) Menchén Herrerros, Antonio; (8) Hernández Moreno, Julio; (9) Alonso Moreno, Francisco Javier.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (2) Jefe de Servicio de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla La Mancha. Talavera de la Reina. Toledo.; (3) Jefe del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (4) Enfermera Estudio RICARTO; (5) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (6) Jefe de Servicio de Investigación. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Toledo.; (7) Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de Polán, consultorio Local de Argés. Toledo.; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

## 151/67. Características basales de los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN

**Autores:** (1) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (2) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (3) Pallarés Carratalá, Vicente; (4) Leiva Cepas, Fernando; (5) Esturo Alcaine, Jon Iñaki; (6) Martínez García, Francisco Vicente; (7) Guerra Peguero, Francisco; (8) Lado Llerena, Ángel Luis; (9) Abad Rodríguez, Rodrigo; (10) Laborda Peralta, Miguel.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (3) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas, Castellón; (4) Médico de Familia. Consultorio de Villarrubia. Córdoba; (5) Médico de Familia. U.G.C.Montealegre. Cádiz; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de Astorga II. León; (7) Médico de Familia. Consultorio Huertas de Ánimas. Cáceres; (8) Médico de Familia Centro de Salud Serra de Outes. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Siero. Pola de Siero.; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Yepes. Toledo.

### 151/72. Características de los pacientes con proteinuria y enfermedad renal crónica. Estudio NEFRONA.

**Autores:** (1) División Garrote, Juan Antonio; (1) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (1) Pallarés Carratalá, Vicente; (1) García Vallejo, M<sup>a</sup> Olga; (1) Gil Gil, Inés; (1) Fernández Toro, José María; (1) Santos Altozano, Carlos; (1) Adán Gil, Francisco Manuel; (2) Gorriñ Teruel, José Luis; (3) Betriu Bars, Angels.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Grupo HTA SEMERGEN; (2) Nefrologo. Hospital Peset Valencia. Grupo HTA Semergen; (3) Nefrologa. Hospital Arnau de Vilanova Lleida.

19.45-21.00 h.

### Defensa comunicaciones orales. Sesión 4.

*Sala Biblioteca*

Moderadores:

**Dra. D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Olga García Vallejo** Médico de Familia. Centro de Salud de Comillas. Madrid.

**Dra. D<sup>a</sup>. Inocencia Domínguez Polo** Médico de Familia. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

### 151/3. Riesgo Cardiometabólico, grosor intima media carotídea y disfunción eréctil. Tres dianas que se superponen, pero que debemos tratar precozmente.

**Autores:** Saez Pérez, José Manuel.

**Centro de Trabajo:** Médico de Familia. Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

### 151/7. Mortalidad en los sujetos de Cantabria diagnosticados de hipotensión ortostática. Estudio HOMO.

**Autores:** (1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Manzano Espinosa, Luis; (4) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (5) Ramalle Gómara, Enrique; (6) Vara González, Luis.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (5) Jefe de sección de Información Sanitaria. Dirección general de Salud Pública y Consumo. Logroño; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

### 151/8. Mortalidad en los sujetos sedentarios de Cantabria diagnosticados de hipotensión ortostática. Estudio HOMO.

**Autores:** (1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (4) Manzano Espinosa, Luis; (5) Ramalle Gómara, Enrique; (6) Vara González, Luis.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (4) Médico Internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (5) Jefe de sección de información Sanitaria. Dirección general de Salud Pública y Consumo. Logroño; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

### 151/9. Mortalidad en los sujetos hipercolesterolémicos de Cantabria diagnosticados de hipotensión ortostática. Estudio HOMO.

**Autores:** (1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Manzano Espinosa, Luis; (4) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (5) Ramalle Gómara, Enrique; (6) Vara González, Luis.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico Internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (5) Jefe de Sección de Información Sanitaria. Dirección General de Salud pública y Consumo. Logroño; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

## 151/10. Mortalidad en los sujetos diabéticos de Cantabria diagnosticados de hipotensión ortostática. Estudio HOMO.

**Autores:** (1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (4) Manzano Espinosa, Luis; (5) Ramalle Gómara, Enrique; (6) Vara González, Luis.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (4) Médico internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (5) Jefe de sección de información sanitaria. Dirección general de Salud pública y consumo. Logroño; (6) Médico de familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

## 151/14. Infraestimación Del Riesgo Cardiovascular Según La Escala SCORE Frente Al Riesgo Cardiovascular Total, En Pacientes Sin Enfermedad Cardiovascular. Estudio SIMETAP.

**Autores:** (1) Ruiz García, Antonio; (2) Silva Monteiro, César Davidson; (3) Martín de Dios, Claudia; (4) Enríquez Sánchez, Noelia; (5) Morales Cobos, Luis Enrique; (6) Lorenzo Borda, M<sup>a</sup> Soledad; (7) Ciria de Pablo, Cristina; (8) Vargas-Machuca Cabañero, Concepción; (9) Montero Costa, Alejandra; (10) Sánchez Herráiz, Miriam.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Pinto. Unidad de Lípidos. Pinto Madrid.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla. Madrid.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Pinto. Pinto. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla Madrid.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Hoyo de Manzanares. Torreloa. Madrid.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Brújula. Torrejón de Ardoz. Madrid.

## 151/37. Hipertensos y diabéticos ... no hay problema. ¿Seguro?

**Autores:** (1) Santo González, Armando; (2) Caballero Cánovas, José; (3) de Mena Poveda, Rafael; (4) Guillen Pérez, Manuela.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Sangonera la Verde. Área 1. Murcia-Oeste; (2) Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Área 1. Murcia Oeste.

## 151/39. Cómo Teruel, la Enfermedad Renal Crónica también existe

**Autores:** (1) Santo González, Armando; (2) Caballero Cánovas, José; (3) de Mena Poveda, Rafael; (4) Guillen Pérez, Manuela.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Sangonera la Verde. Área 1. Murcia-Oeste; (2) Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Área 1. Murcia Oeste; (3) Médico de Familia. C.S. Sangonera la Verde. Área 1 Murcia Oeste.

## 151/42. Calculo de la edad vascular: una herramienta eficaz para cambiar los estilos de vida.

**Autores:** (1) Santamaría Calvo, Yolanda Concepción; (2) Campillos Páez, Teresa; (3) Martínez Alonso de Armiño, Blanca María; (4) Melguizo Benavides, Rocío; (5) Lafuente Alonso, Luis; (6) Navarro Hidalgo, Juan Francisco; (7) Arroyo Jiménez, Otilia; (8) Carrera Manchado, Concepción; (9) Prieto Arroyo, Gema; (10) Barroso Reimundez, Lorena.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico de Familia. Tutora. Centro de Salud Potes. Madrid.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Los Ángeles. Madrid.; (6) Enfermera Tutora. Centro de Salud Potes. Madrid; (7) Enfermera. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.; (8) EIR de enfermería. Centro de Salud Potes. Madrid.

### 151/45. Análisis del histórico de INR en el mal control de los pacientes anticoagulados en una cohorte de pacientes de atención primaria.

**Autores:** (1) Sánchez Corredoira, Ana; (1) García López, Marcos Gabriel; (2) Cinza Sanjurjo, Sergio; (3) Rey Aldana, Daniel; (4) Gestal Pereira, Enrique; (4) Allut Vidal, German; (4) Lires Rodríguez, Carmen; (4) García Rechou, Antonio; (4) Martínez Pérez, Beatriz; (4) De Blas Abad, Paula.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Noia. Santiago de Compostela.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña.

### 151/52. Relación del fibrinógeno con la incidencia de hipertensión arterial en población general

**Autores:** (1) Simarro Rueda, Marta; (2) Carbayo Herencia, Julio A.; (3) Molina Escribano, Francisca; (4) Ponce García, Isabel; (5) Torres Moreno, Pilar; (6) Navarro Sánchez, Lourdes; (3) Divisón Garrote, Juan Antonio; (7) González Lozano, Beatriz; (8) Martínez Ramírez, Miriam; (9) Urrego Rivera, Flor Liliana.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Zona 4. Albacete.; (2) Responsable Unidad de Lípidos. IDC Salud Hospital Albacete. Albacete.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Alcaidozo. Albacete.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Minglanilla. Cuenca; (6) Médico de familia. UCA. Albacete.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Zona 3. Albacete.; (8) Médico de Familia. Hospital General de Villarrobledo. Albacete.; (9) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 3. Albacete.

19.45 - 21.00 h.

### Defensa comunicaciones orales. Sesión 5.

*Sala Lazarillo*

Moderadores:

**Dr. D. Ángel Vicente Molinero** Médico de Familia. Urgencias del Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

**Dr. D. Tomas Sánchez Ruiz** Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

### 151/17. Cuando una patología depende del tiempo

**Autores:** (1) Cordovilla Moreno, Antonio Manuel; (2) Guillen León, Matilde; (3) Capel Minguez, Lorena; (4) Quesada Torres, Samuel; (5) Madrid Ferreiro, Vanesa María.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Consultorio de Benizar. Moratalla. Murcia; (2) Enfermera. Consultorio Benizar. Moratalla. Murcia; (3) Médico de Familia. Consultorio Benizar. Moratalla. Murcia; (4) Médico familia. Consultorio Benizar. Moratalla. Murcia.; (5) Médico familia. Hospital universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

### 151/24. Hematuria aguda en mujer adulta joven: a propósito de un caso.

**Autores:** (1) Campillos Páez, Teresa; (2) Santamaría Calvo, María Yolanda Concepción; (3) Melguizo Benavides, Rocío; (3) Martínez Alonso de Armiño, Blanca María; (4) Castilla Suyo, Fernando; (4) Llopart Nuñez, Llorent; (5) Navarro Ocaña, Bruno; (5) Jiménez Carrillo, Marta; (6) Lafuente Alonso, Luis; (7) Campillos Páez, María de los Ángeles.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Tutora. Centro de Salud Potes. Madrid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (4) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (6) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid. (7) Auxiliar de Enfermería. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

### 151/28. A propósito de un caso de hipertensión refractaria

**Autores:** (1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera, María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis

Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

## 151/31. Manejo de la FA de reciente diagnóstico.

**Autores:** (1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera, María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

## 151/32. Si compras papeletas te puede tocar la lotería

**Autores:** (1) Cuadra San Miguel, Rebeca; (2) Peleteiro Cobo, Beatriz; (3) Méndez Rodríguez, Enrique.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.

## 151/33. Sorpresa tras el código ictus

**Autores:** (1) Cuadra San Miguel, Rebeca; (2) Méndez Rodríguez, Enrique; (3) Peleteiro Cobo, Beatriz.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.

## 151/59. Dolor lumbar como manifestación de la patología aórtica aguda

**Autores:** (1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera, María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

## 151/60. Enfermedad de Ormond como causa secundaria de HTA.

**Autores:** (1) Antelo Pais, Paula; (2) Rey Aldana, Daniel; (3) Cinza Sanjurjo, Sergio; (4) Soutullo Lema, Leire; (5) Sánchez Corredoira, Ana; (5) Garcia López, Marcos Gabriel; (6) Tojo Mañá, Walter; (1) Lueiro González, Natalia.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada Santiago de Compostela.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada Santiago de Compostela.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Noya. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.; (6) Enfermero. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

19.45 - 21.00 h

**151/61. ¿Disnea? Ojo a la anamnesis y exploración clínica.**

**Autores:** (1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Perez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera, María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

**Defensa comunicaciones orales. Sesión 6.**

*Sala Unamuno*

**Moderadores:**

**Dr. D. Vicente Martín Sánchez** Profesor Titular de Universidad. Universidad de León. León.

**Dra. D<sup>a</sup>. Aurora García Lerín** Médico de Familia. Centro de Salud de Almendrales. Madrid.

**151/23. Una palpación interesante**

**Autores:** (1) Rama Martínez, Teresa; (2) Damas Pérez, Idaira; (2) Bagán Mezquita, Lluís; (3) Delgado Domínguez, Encarnación.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona.; (2) Médico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona; (3) Especialista en Radiología. SAP Badalona-Sant Adrià.

**151/25. ¡Esto no se me controla!**

**Autores:** (1) González Gamarra, Amelia; (2) López Álvarez, Begoña; (2) Salvador Calvo, Antonio; (3) Leal de Pedro, Eva; (4) Casado Pedro, Paloma; (2) Vicuña Castrejón, Begoña; (2) Montalvo Montero, Milagros.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Goya. Madrid; (3) Enfermera. Centro de Salud de Goya. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Velilla. Madrid.

**151/43. A quien mucho tiene más le viene.**

**Autores:** (1) Peleteiro Cobo, Beatriz; (1) Méndez Rodríguez, Enrique; (2) Cuadra San Miguel, Rebeca; (3) Gómez García, Estrella; (4) Rodríguez Díaz, Angel; (5) Mahmoud Atoui, Omar; (6) Álvarez Moya, Raquel; (7) Álvarez Domínguez, Rocío.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (3) Médico de Familia. Centro Salud Bembibre. León; (4) Médico adjunto. Centro Salud Bembibre. León; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.; (6) Médico Adjunto. Centro de Salud Bembibre. León.; (7) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Bembibre. León.

**151/54. Síndrome coronario agudo en mujer joven con tratamiento quimioterápico múltiple**

**Autores:** (1) Turégano Yedro, Miguel; (2) Gómez Barrado, José Javier; (3) Tobajas Belvís, Luis; (4) Jiménez Baena, Elena; (5) Turégano Albarrán, Soledad; (6) Romero Castro, María José; (4) Pérez Gómez, Laura.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres; (2) Cardiólogo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres; (3) Médico de Familia. Centro de Salud San Jorge. Cáceres; (4) Médico Residente de 1er año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; (5) Médico de Familia. Consultorio Local de Valdesalor. Cáceres; (6) Médico Residente de 1er año de Cardiología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

## 151/57. Doctor: mi tensión ha bajado porque como ajo negro.

**Autores:** (1) Santamaría Calvo, María Yolanda Concepción; (1) Campillos Páez, Teresa; (2) Martínez alonso de Armiño, Blanca María; (3) Lafuente Alonso, Luis; (4) Jiménez Carrillo, Marta; (2) Melguizo Benavides, Rocío; (5) Llopart Núñez, Lloren; (6) Arroyo Jiménez, Otilia; (7) Prieto Arroyo, Beatriz; (6) Rodríguez Codesal, Rebeca.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (5) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (6) DUE. Centro Salud Potes. Madrid.; (7) Auxiliar clínica. Hospital Niño Jesús. Madrid.

## 151/58. No infravaloremos nuestras mejores armas: anamnesis y exploración, pilares imprescindibles para un buen diagnóstico.

**Autores:** (1) García Espada, Sara; (2) Rocha Giraldo, Amanda; (2) Oreja Durán, Zoraida; (3) García Espada, David; (4) Cantillo Gutiérrez, María Teresa; (5) Rangel Tarifa, María Jesús.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz; (3) Médico Residente de 1er año de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz; (4) Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caderea de León. Badajoz; (5) Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

## 151/64. Varón con molestias

**Autores:** (1) Sánchez-Monge Ruiz, M<sup>a</sup> Dolores; (2) Montiel Moreno, Andrea; (1) España Peña, M<sup>a</sup> Fernanda.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca.

## 151/65. Joven deportista con dolor

**Autores:** (1) Sánchez-Monge Ruiz, M<sup>a</sup> Dolores; (2) Montiel Moreno, Andrea; (1) España Peña, M<sup>a</sup> Fernanda.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca.

## 151/70. Tan solo un dudoso nodulito

**Autores:** (1) Estacio García, Mónica; (2) Vargas Romero, Jesús; (3) Longinos Rodríguez, Paloma; (4) Santos Altozano, Carlos.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara; (3) PEAC. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara; (4) MEAP. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.

## 151/71. Como salvar una vida: DESA

**Autores:** (1) Torres Serrano, Leticia; (1) Montero Milanés, Gemma; (1) Gómez Martínez, Pablo Rafael; (1) Salguero Abrego, Glenda; (2) Gamero Samino, María José; (2) Carpi Abad, Manuel; (3) Peinado, Antonio.

**Centro de Trabajo:** (1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Hospitalario Infanta Cristina. Badajoz.; (2) Tutor de Medicina Familiar y comunitaria del Área Badajoz-Zafra-Llerena.; (3) Enfermero de Equipo de AP. Centro de Salud Pueblo Nuevo. Badajoz.

## ANEXO 2. COMUNICACIONES ORALES ENFERMERÍA

Viernes 22 de mayo

18.30 - 19.00 h.

### Defensa comunicaciones orales Enfermería.

Moderadores:

Sra. D<sup>a</sup>. Marina Córdón Rodríguez *Enfermera. Centro de Salud Universidad Centro. Salamanca.*

Sr. D. Luis Sánchez Solís *Enfermero. EAP Valdefuentes. Cáceres.*

Dr. D. Vicente Martín Sánchez *Profesor Titular de Universidad. Universidad de León. León.*

### 151/11. Estado de la vacunación antineumocócica en los pacientes cardiopatas de una zona básica de salud.

**Autores:** (1) Bueno Juan, M<sup>a</sup> Isabel; (2) Aparicio Aparicio, M<sup>a</sup> Teresa; (2) Llongo Jorge, M<sup>a</sup> Asunción.

**Centro de Trabajo:** (1) Enfermera. Centro de Salud Nou Moles, Valencia.; (2) Enfermera. Centro de Salud Moles. Valencia.

### 151/22. ¿Estamos infraestimando la fracción atribuible poblacional de HTA debida a la obesidad?

**Autores:** (1) Dávila Batista, Verónica; (2) Fernandez-Villa, Tania; (2) Garcia-Martinez, Lidia; (3) Dierssen Sotos, Trinidad; (4) Gómez Acebo, Inés; (5) Blasco Carmona, María Jose; (6) Pintor Rey, Marina; (7) Molina de la Torre, Antonio J; (8) Vilorio Marques, Laura; (9) Martín Sánchez, Vicente

**Centro de Trabajo:** (1) Graduada en Enfermería. Personal Investigador en Formación. Universidad de León.; (2) Grado de Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León; (3) Doctora en Medicina. Profesora titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cantabria.; (4) Diplomada en Enfermería. Profesora contratada doctora en el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cantabria.; (5) Diplomada en Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León.; (6) Grado de Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León.; (7) Licenciado en Biología. Profesor contratado doctor del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.; (8) Licenciado en Biología. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS); (9) Doctor en Medicina. Profesor titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.

### 151/56. Fracción atribuible poblacional de hipertensión debida a la obesidad según diferentes métodos antropométricos

**Autores:** (1) Dávila Batista, Verónica; (2) Fernández-Villa, Tania; (2) García-Martínez, Lidia; (3) Dierssen Sotos, Trinidad; (4) Gómez Acebo, Inés; (5) Blasco Carmona, María Jose; (6) Pintor Rey, Marina; (7) Molina de la Torre, Antonio J; (8) Vilorio-Marques, Laura; (9) Martín Sánchez, Vicente.

**Centro de Trabajo:** (1) Graduada en Enfermería. Personal Investigador en Formación. Universidad de León.; (2) Grado de Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León; (3) Doctora en Medicina. Profesora titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cantabria.; (4) Diplomada en Enfermería. Profesora contratada doctora en el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cantabria.; (5) Diplomada en Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León.; (6) Grado de Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León.; (7) Licenciado en Biología. Profesor contratado doctor del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.; (8) Licenciado en Biología. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León; (9) Doctor en Medicina. Profesor titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.

## COMUNICACIONES

### Comunicaciones Orales Médico de Familia

#### 151/1. ¿Viven diferentes acontecimientos vitales estresantes los hipertensos?

##### AUTORES:

(1) Beato Fernández, Pere; (2) Aragonés Gordi, Montserrat; (3) Rama Martínez, Teresa; (4) Valero López, Belén; (5) Ferrández Ferranz, Montserrat; (6) Vilchez Valdés, María; (6) Pérez Lianes, Josefa; (7) Ardila Salazar, Iolanda; (8) Azcona Escolano, Asunción; (8) Valls Martínez, Ana.

##### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (2) Enfermera. Consultori Barri Cotet de Premià de Dalt. Barcelona; (3) Médico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona; (4) CAP de Premià de Mar. Barcelona; (5) Enfermera. Consultori de l'Enllaç de Premià de Dalt. Barcelona; (6) Enfermera. Consultori Barri Cotet de Premià de Dalt. Barcelona; (7) Médico de Familia. ABS Vall de Tenes. Barcelona; (8) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet de Premià de Dalt. Barcelona.

##### RESUMEN:

###### Objetivos

Comparar el número, tipo e importancia de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) que viven los pacientes hipertensos con los que viven los normotensos

###### Metodología

Estudio descriptivo transversal

Ambito: Pacientes que acuden a 5 consultas de medicina y/o enfermería de 3 centros.

Medidas: Respuestas al cuestionario de AVE de Holmes y Rahe que valora 43 situaciones estresantes que puede vivir una persona en el último año. Se valora su importancia en unidades de cambio vital (UCV).

Variables: Edad, sexo, pacientes diagnosticados o no de HTA en la historia clínica, número, tipo e importancia de los AVE vividos en UCV.

Cálculos: Porcentajes y medias.

###### Resultados

428 pacientes (55,61% mujeres), 35,98% hipertensos, edad media 67,1 años. 64,02% no hipertensos (48,3 a.)

Algunas diferencias:

	Hipertensos	No hipertensos
Media de AVE	2,31	2,71
Media de UCV	90,51	99,63
Media del valor de los AVE en UCV	39,18	36,76
Porcentajes según algunos tipos de AVE		
Muerte de familiar	20,77%	22,26%

Lesión o enfermedad personal	29,87%	21,16%
Jubilación	9,09%	2,55%
Cambio de salud en familiar	23,37%	25,54%
Cambio de situación económica	16,88%	29,56%
Hijo/a que deja el hogar	8,44%	4,01%
Muerte de un amigo	11,68%	8,75%
Navidad estresante	8,44%	13,13%

### Conclusiones

- Los hipertensos viven menos AVE pero de más importancia.
- Sufren más enfermedades, jubilaciones, emancipaciones de los hijos y muertes de amigos.
- Probablemente la edad influye en que sucedan estos acontecimientos.

## 151/3. Riesgo Cardiometabólico, grosor intima media carotidea y disfunción eréctil. Tres dianas que se superponen, pero que debemos tratar precozmente.

### AUTORES:

Saez Pérez, José Manuel.

### CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

### RESUMEN:

#### Objetivos

La disfunción eréctil (DE) de causa vascular arterial es la más común en sujetos mayores de 50 años. Tanto la American Heart Association como la Internacional Diabetes Federation ponen de relieve que un porcentaje alto (52%) de pacientes con DE, tienen factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos, que a su vez y de una manera silente conllevan las lesiones de órgano diana (LOD). Dentro de las mismas, el grosor intima-media carotideo (GIMC) es un marcador de arteriosclerosis subclínica. Numerosos estudios han demostrado que el GIMC se asocia a los FRCV tradicionales, y en forma independiente, a eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, como infarto de miocardio y accidente vascular encefálico isquémico, aun después de ajustar por los FRCV tradicionales. El objetivo de este trabajo fue demostrar que, en sujetos que consultan por DE, presentan cambios en el GIMC y que dicha LOD aumenta según la agregación de FRCV clásicos y cuales pueden tener mayor repercusión endovascular.

#### Metodología

Estudio descriptivo, transversal en pacientes que consultan por DE en un Centro de Salud Urbano. Mayores de 50 años, a los cuales se les pasó cuestionario de salud sexual para varones (SHIM), se determinó el GIMC por ecografía de carótidas, con ecógrafo General Electric Logic 500 con sonda lineal multifrecuencia de 6-9 Mhz, provisto de doppler color y protocolo de flujo, que a su vez sirvió para estudio de la velocidad pico sistólica (VPS) del flujo sanguíneo penéneo (FSP) en arterias cavernosas. Se realizaron determinaciones sanguíneas de Colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos, Testosterona, Prolactina y Hormonas tiroideas (T3, T4, TSH, T4L). Se consideraron comorbilidades de riesgo cardiovascular (HTA, Obesidad, Diabetes Mellitus), así como hábitos tóxicos (Tabaquismo y consumo de Alcohol). El análisis estadístico incluyó regresión lineal de Pearson para variables numéricas y regresión lineal múltiple considerando como variable dependiente al GIMC.

## Resultados

En el estudio se incluyeron 48 pacientes. El GIMC promedio fue  $0,78 \pm 0,18$  mm en la arteria carótida común y  $0,74 \pm 0,12$  mm en la arteria carótida interna. La VPS promedio fue de  $15,25 \pm 3,18$  cm/s. Se consideró normal el grosor de GIMC menor a 0,9 mm y la VPS de 21 cm/s. El análisis de regresión lineal múltiple mostró asociación entre el GIMC de la carótida interna y la edad, tabaquismo y colesterol HDL.

## Conclusiones

Los pacientes con DE, pueden tener mas riesgo cardiovascular, determinado por la presencia de LOD a nivel carotideo. Esto nos hace pensar que deberemos preguntar mas sobre este aspecto y cuando este presente estudiarlo de una manera mas amplia, tanto a nivel sexual como de riesgo global cardiovascular.

## 151/6. ¿Cuál es la evolución de nuestros pacientes con prehipertensión arterial? Datos de seguimiento a cinco años. Estudio Prevasturias.

### AUTORES:

(1) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (2) Rubiera Álvarez, Carlos; (3) Varela Suarez, Carmen; (4) Suarez García, Saúl; (5) González Corral, Dolores; (6) Tarrazo Suarez, José Antonio; (7) Martín López, Carmen; (8) Crespo García, Juan Ramón; (9) Abad Rodriguez, Rodrigo; (9) Marín Iranzo, Rafael.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Severo Ochoa. Gijón; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Lugones. Siero; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Luanco. Luanco; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Siero; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de Laviada. Gijón; (9) Nefrólogo. Centro Médico de Asturias. Oviedo.

### RESUMEN:

#### Objetivos

El objetivo del trabajo es conocer la proporción de sujetos que progresan de prehipertensión a hipertensión arterial mantenida (HTA).

#### Metodología

Estudio multicéntrico, observacional, prospectivo, 5 años de seguimiento. Basalmente se incluyeron 682 sujetos, entre 40 y 65 años y PA normal-alta (130-139/85-89 mmHg). Se excluyeron sujetos diabéticos. En cada paciente se analizaron los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): incluyendo nuevos diagnósticos de HTA y de diabetes; lesión subclínica de órgano (LSO); patología cardiovascular (CV) o renal. Se analizan los datos al quinto año de seguimiento.

#### Resultados

La muestra inicial en visita basal fue de 682 casos. Tras 5 años de seguimiento el número de casos es de 603 (301 hombres y 302 mujeres), 79 perdidas (11,5%). Edad media:  $57,3 \pm 6,9$  años. 192 sujetos prehipertensos (32,1%) han evolucionado a HTA y 5,7% nuevos diabéticos. La prevalencia de otros FRCV entre visita inicial y final: hipercolesterolemia 40,5% vs 56,6% ( $p=0,000$ ); obesidad 31,5% vs 34% NS; hábito tabáquico 22% vs 15,2 ( $p=0,005$ ); HVI 0,7% vs 0,7% NS; microalbuminuria 2,1% vs 2,1% NS; filtrado glomerular disminuido 3,1% vs 3,5% NS; cardiopatía isquémica 1,8% vs 1,8% NS; ACV 0,7% vs 0,7% NS; insuficiencia cardiaca 0,1% vs 0,3% NS; arteriopatía periférica 0,6% vs 0,2% NS. El riesgo cardiovascular alto o muy alto: 41,9% vs 53,9% ( $p=0,000$ ).

#### Conclusiones

En 5 años de seguimiento un 32% de sujetos prehipertensos desarrollan hipertensión arterial. Hemos encontrado diferencias a favor de mayor prevalencia de diabetes e hipercolesterolemia, así como una mayor prevalencia de riesgo cardiovascular alto o muy alto.

## 151/7. Mortalidad en los sujetos de Cantabria diagnosticados de hipotensión ortostática. Estudio HOMO.

### AUTORES:

(1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Manzano Espinosa, Luis; (4) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (5) Ramalle Gómara, Enrique; (6) Vara González, Luis.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (5) Jefe de sección de Información Sanitaria. Dirección general de Salud Pública y Consumo. Logroño; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Determinar el pronóstico de la hipotensión ortostática (HO) sobre la mortalidad por todas las causas en la población de Cantabria.

#### Metodología

Se ha realizado un estudio de cohortes ambispectivo del que formaron parte 1176 sujetos mayores de 18 años, residentes en Cantabria, a los que se midió la presión arterial (PA) en sedestación, y tras uno y tres minutos de bipedestación, entre los años 2002 y 2005. Se realizó un seguimiento de  $9,3 \pm 2$  años de media. Las variables incluidas fueron edad, sexo, tabaco, alcohol, diabetes, índice de masa corporal (IMC), hipercolesterolemia, sedentarismo, hipertensión, PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) basal, tratamiento farmacológico, frecuencia cardiaca basal, presencia de enfermedad cardiaca, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y cefalea. Se definió la HO como el descenso de la PA basal, tomada en sedestación,  $\geq 20$  mmHg en PAS, y/o  $\geq 10$  mmHg en PAD, tras uno y/o tres minutos en bipedestación.

#### Resultados

Presentaban HO 87 sujetos (7,4%). La media de edad fue de  $48,5 \pm 18,5$  años. Se encontró asociación con la HO para edad, IMC, PAS y PAD basal, diabetes, hipertensión, tratamiento farmacológico, cardiopatía y enfermedad cerebrovascular. El 11,5% de los sujetos fallecía durante el seguimiento. En modelos no ajustados la HO aumentaba el riesgo de morir (HR: 2,50;  $p < 0,001$ ). Esta asociación desaparecía tras el ajuste por las variables independientes predictoras de mortalidad (HR: 1,23;  $p = 0,448$ ) que eran el tabaco, la arteriopatía, la arritmia y la edad.

#### Conclusiones

La HO no se asocia con la mortalidad global. Las variables tabaco, arteriopatía, arritmia y edad predicen la mortalidad en esta población.

## 151/8. Mortalidad en los sujetos sedentarios de Cantabria diagnosticados de hipotensión ortostática. Estudio HOMO.

### AUTORES:

(1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (4) Manzano Espinosa, Luis; (5) Ramalle Gómara, Enrique; (6) Vara González, Luis.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (4) Médico

Internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (5) Jefe de sección de información Sanitaria. Dirección general de Salud Pública y Consumo. Logroño; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

## RESUMEN:

### Objetivos

Determinar el pronóstico de la hipotensión ortostática (HO) sobre la mortalidad por todas las causas en los sujetos sedentarios de Cantabria.

### Metodología

Se ha realizado un estudio de cohortes ambispectivo del que formaron parte 398 sujetos sedentarios de 18 años o más, residentes en Cantabria, a los que se midió la presión arterial (PA) en sedestación, y tras uno y tres minutos de bipedestación, entre los años 2002 y 2005. Se realizó un seguimiento de  $9,1 \pm 2$  años. Las variables incluidas fueron edad, sexo, tabaco, alcohol, diabetes, índice de masa corporal (IMC), hipercolesterolemia, hipertensión, PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) basal, tratamiento farmacológico, frecuencia cardiaca basal, presencia de enfermedad cardiaca, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y cefalea. Se definió la HO como el descenso de la PA basal, tomada en sedestación,  $\geq 20$  mmHg en la PAS, y/o  $\geq 10$  mmHg en la PAD, tras uno y/o tres minutos en bipedestación.

### Resultados

Presentaban HO 31 sujetos (7,8%). La media de edad fue de  $50,6 \pm 19,6$  años. Se encontró asociación con la HO para edad, IMC, PAS y PAD basal, hipertensión, tratamiento y enfermedad cerebrovascular. El 15,8% de los sujetos fallecía durante el seguimiento. En modelos no ajustados la HO aumentaba el riesgo de morir (HR: 3,15;  $p < 0,001$ ). Tras el análisis multivariante la HO era un factor de riesgo de mortalidad (HR: 2,53;  $p = 0,008$ ) junto con la arritmia, la hipercolesterolemia y la edad.

### Conclusiones

La HO se asocia con la mortalidad global. Se necesitan futuros estudios para ver si la HO es un nuevo factor de riesgo cardiovascular en los sujetos sedentarios.

## 151/9. Mortalidad en los sujetos hipercolesterolémicos de Cantabria diagnosticados de hipotensión ortostática. Estudio HOMO.

### AUTORES:

(1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Manzano Espinosa, Luis; (4) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (5) Ramalle Gómara, Enrique; (6) Vara González, Luis.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico Internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (5) Jefe de Sección de Información Sanitaria. Dirección General de Salud pública y Consumo. Logroño; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

## RESUMEN:

### Objetivos

Determinar el pronóstico de la hipotensión ortostática (HO) sobre la mortalidad por todas las causas en los sujetos hipercolesterolémicos de Cantabria.

### Metodología

Se ha realizado un estudio de cohortes ambispectivo del que formaron parte 271 sujetos hipercolesterolémicos de 18 años o más, residentes en Cantabria, a los que se midió la presión arterial (PA) en sedestación, y

tras uno y tres minutos de bipedestación, entre los años 2002 y 2005. Se realizó un seguimiento de  $9,3\pm 2$  años. Las variables incluidas fueron edad, sexo, tabaco, alcohol, diabetes, índice de masa corporal (IMC), sedentarismo, hipertensión, PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) basal, tratamiento farmacológico, frecuencia cardiaca basal, presencia de enfermedad cardiaca, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y cefalea. Se definió la HO como el descenso de la PA basal, tomada en sedestación,  $\geq 20$  mmHg en la PAS, y/o  $\geq 10$  mmHg en la PAD, tras uno y/o tres minutos en bipedestación.

### Resultados

Presentaban HO 22 sujetos (8,1%). La media de edad fue de  $56,4\pm 16,5$  años. Se encontró asociación con la HO para edad, IMC, PAS y PAD basal e hipertensión. El 14,0% fallecía durante el seguimiento. En modelos no ajustados la HO aumentaba el riesgo de morir (HR: 2,88;  $p=0,012$ ). Tras el ajuste por las variables independientes predictoras de mortalidad, que eran sedentarismo, arteriopatía, PAS basal y edad; estos sujetos tenían una mayor tendencia a fallecer (HR: 2,52;  $p=0,051$ ).

### Conclusiones

La HO tiende a ser un factor predictor de la mortalidad. El sedentarismo, la arteriopatía, la PAS basal y la edad se asocian con la mortalidad en los sujetos con hipercolesterolemia.

## 151/10. Mortalidad en los sujetos diabéticos de Cantabria diagnosticados de hipotensión ortostática. Estudio HOMO.

### AUTORES:

(1) Velilla Zancada, Sonsoles María; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (4) Manzano Espinosa, Luis; (5) Ramalle Gómara, Enrique; (6) Vara González, Luis.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Ancín. Navarra.; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (4) Médico internista. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.; (5) Jefe de sección de información sanitaria. Dirección general de Salud pública y consumo. Logroño; (6) Médico de familia. Centro de Salud Castilla-Hermida. Santander.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Determinar el pronóstico de la hipotensión ortostática (HO) sobre la mortalidad por todas las causas en los sujetos diabéticos de Cantabria.

#### Metodología

Se ha realizado un estudio de cohortes ambispectivo del que formaron parte 91 sujetos diabéticos mayores de 18 años, residentes en Cantabria, a los que se midió la presión arterial (PA) en sedestación, y tras uno y tres minutos de bipedestación, entre los años 2002 y 2005. Se realizó un seguimiento de  $8,3\pm 3$  años de media. Las variables incluidas fueron edad, sexo, tabaco, alcohol, índice de masa corporal (IMC), hipercolesterolemia, sedentarismo, hipertensión, PA sistólica (PAS) y diastólica (PAD) basal, tratamiento farmacológico, frecuencia cardiaca basal, presencia de enfermedad cardiaca, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica y cefalea. Se definió la HO como el descenso de la PA basal, tomada en sedestación,  $\geq 20$  mmHg en la PAS, y/o  $\geq 10$  mmHg en la PAD, tras uno y/o tres minutos en bipedestación.

#### Resultados

Presentaban HO 12 sujetos (13,2%). La media de edad fue de  $64,1\pm 15,8$  años. Se encontró asociación entre la HO y la PAS y PAD basal, la hipertensión arterial y la cardiopatía. El 31,9% de los sujetos fallecía durante el seguimiento. En modelos no ajustados la HO no aumentaba el riesgo de morir (HR: 1,07;  $p=0,896$ ). Tampoco se encontró asociación tras el ajuste por las variables independientes predictoras de mortalidad (HR: 0,93;  $p=0,893$ ) que eran la enfermedad cerebrovascular y la edad.

## Conclusiones

La HO no se asocia con la mortalidad en los sujetos diabéticos, si lo hacen la enfermedad cerebrovascular y la edad.

## 151/12. Infraestimación Del Riesgo Cardiovascular Según La Escala Regicor, Frente Al Riesgo Cardiovascular Total, En Pacientes Sin Enfermedad Cardiovascular. Estudio SIMETAP.

### AUTORES:

(1) Ruiz García, Antonio; (2) Martín de Dios, Claudia; (3) Enríquez Sánchez, Noelia; (3) Silva Monteiro, César Davidson; (4) Morales Cobos, Luis Enrique; (4) Lorenzo Borda, M<sup>a</sup> Soledad; (5) Sanz Velasco, Carmelina; (6) Cabello Igual, M<sup>a</sup> Pilar; (7) López Uriarte, Beatriz; (8) Sandín de Vega, Eloína.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Pinto. Pinto. Madrid.; (2) Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Pinto. Pinto. Madrid.; (3) Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla Madrid.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Sector III. Getafe. Madrid.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Parque Europa. Pinto. Madrid.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Humanes. Humanes de Madrid. Madrid.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Ciudades. Getafe. Madrid.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Comparar el riesgo cardiovascular total (RCVT) con el riesgo cardiovascular (RCV) estimado por la escala Regicor, en pacientes entre 40 y 65 años sin enfermedad cardiovascular (ECV).

#### Metodología

Estudio observacional transversal realizado en Centros de Salud (SERMAS). Análisis estadístico bivariante. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio sobre 1.907 pacientes (base poblacional). Población muestral: 1.516. Exclusiones: ECV: 8,19%; sin datos: 43,46%. Modificadores de RCV (MRCV): Antecedente familiar ECV prematura; obesidad; sedentarismo; etilismo; hipertrigliceridemia; síndrome metabólico. RCVT: RCV según Guía Europea de Prevención Cardiovascular 2012 aumentado un grado si coexisten dos ó más MRCV.

#### Resultados

La media (+-DE) de edad de la población de estudio (n= 733) fue 53,86 (+-6,92) años, siendo masculina el 48,98% (45,30-52,66).

Prevalencias % (IC): Hipercolesterolemia; 62,21 (58,59-65,73); C-HDL bajo: 30,29 (26,98-33,76); C-HDL alto: 28,38 (25,14-31,79); Hipertrigliceridemia: 34,79 (31,34-38,36); Diabetes: 13,78 (11,37-16,49); Hipertensión: 37,11 (33,60-40,72); Tratamiento antihipertensivo: 32,47 (29,09-35,99); Obesidad: 29,20 (25,92-32,63); Síndrome Metabólico: 46,38 (42,73-50,07); Tabaquismo: 22,24 (19,28-25,42); Etilismo: 11,87 (9,62-14,43); Sedentarismo: 48,02 (44,35-51,71); FRCV muy elevado: 6,82 (5,10-8,89); A.F. ECV prematura: 2,73 (1,67-4,18); E.R.C.: 5,59 (4,04-7,51).

Percentiles 10, 25, 50, 75, 90: Puntuación Regicor: 0; 0; 2; 3; 6. RCV Regicor: Bajo; Bajo; Bajo; Bajo; Moderado. RCVT: Bajo; Moderado; Alto; Alto; Muy alto.

Diferencias significativas (p <0,0001) de prevalencias categorías de RCV entre Regicor vs RCVT: RCV Bajo: 85,40%-19,92%; RCV Moderado: 13,92%-20,60%; RCV Alto: 0,68%-45,29%; RCV Muy Alto: 0,00%-14,19%.

#### Conclusiones

En la población entre 40 y 65 años sin enfermedad cardiovascular, la escala Regicor infraestima muy significativamente el RCVT al no considerar los modificadores de RCV disponibles en A.P.

## 151/13. Infraestimación Del Riesgo Cardiovascular Según La Escala ATP III, Frente Al Riesgo Cardiovascular Total, En Pacientes Sin Enfermedad Cardiovascular. Estudio SIMETAP.

### AUTORES:

(1) Ruiz García, Antonio; (2) Enríquez Sánchez, Noelia; (2) Silva Monteiro, César Davidson; (3) Martín de Dios, Claudia; (4) Morales Cobos, Luis Enrique; (4) Lorenzo Borda, M<sup>a</sup> Soledad; (5) Arribas Álvaro, Pilar; (6) Vargas-Machuca Cabañero, Concepción; (7) Berbil Bautista, M<sup>a</sup> Luisa; (8) Redondo Sánchez, Mercedes.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Pinto. Unidad de Lípidos. Pinto Madrid.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla Madrid.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Pinto. Pinto. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla Madrid.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Campamento. Madrid.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid.; (7) Enfermera. Centro de Salud Abrantes. Madrid.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Torito. Moratalaz. Madrid.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Comparar el riesgo cardiovascular total (RCVT) con el riesgo cardiovascular (RCV) estimado por la escala ATP III, en pacientes entre 40 y 65 años sin enfermedad cardiovascular (ECV).

#### Metodología

Estudio observacional transversal realizado en Centros de Salud (SERMAS). Análisis estadístico bivariante. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio sobre 1.907 pacientes (base poblacional). Población muestral: 1.516. Exclusiones: ECV: 8,19%; sin datos: 43,46%. Modificadores de RCV (MRCV): Antecedente familiar ECV prematura; obesidad; sedentarismo; etilismo; hipertrigliceridemia; síndrome metabólico. RCVT: RCV según Guía Europea de Prevención Cardiovascular 2012 aumentado un grado si coexisten dos ó más MRCV.

#### Resultados

La media (+-DE) de edad de la población de estudio (n= 733) fue 53,86 (+-6,92) años, siendo masculina el 48,98% (45,30-52,66).

Prevalencias % (IC): Hipercolesterolemia; 62,21 (58,59-65,73); C-HDL bajo: 30,29 (26,98-33,76); C-HDL alto: 28,38 (25,14-31,79); Hipertrigliceridemia: 34,79 (31,34-38,36); Diabetes: 13,78 (11,37-16,49); Hipertensión: 37,11 (33,60-40,72); Tratamiento antihipertensivo: 32,47 (29,09-35,99); Obesidad: 29,20 (25,92-32,63); Síndrome Metabólico: 46,38 (42,73-50,07); Tabaquismo: 22,24 (19,28-25,42); Etilismo: 11,87 (9,62-14,43); Sedentarismo: 48,02 (44,35-51,71); FRCV muy elevado: 6,82 (5,10-8,89); A.F. ECV prematura: 2,73 (1,67-4,18); E.R.C.: 5,59 (4,04-7,51).

Percentiles 10, 25, 50, 75, 90: Puntuación ATPIII: 0; 0; 5; 11; 13. RCV ATP III: Bajo; Bajo; Bajo; Moderado; Moderado. RCVT: Bajo; Moderado; Alto; Alto; Muy alto.

Diferencias significativas (p <0,0001) de prevalencias categorías de RCV entre ATPIII vs RCVT: RCV Bajo: 65,89%-19,92%; RCV Moderado: 28,79%-20,60%; RCV Alto: 4,09%-45,29%; RCV Muy Alto: 1,23%-14,19%.

#### Conclusiones

En la población entre 40 y 65 años sin enfermedad cardiovascular, la escala ATP III infraestima muy significativamente el RCVT al no considerar los modificadores de RCV disponibles en A.P.

## 151/14. Infraestimación Del Riesgo Cardiovascular Según La Escala SCORE Frente Al Riesgo Cardiovascular Total, En Pacientes Sin Enfermedad Cardiovascular. Estudio SIMETAP.

### AUTORES:

(1) Ruiz García, Antonio; (2) Silva Monteiro, César Davidson; (3) Martín de Dios, Claudia; (2) Enríquez Sánchez, Noelia; (4) Morales Cobos, Luis Enrique; (4) Lorenzo Borda, M<sup>a</sup> Soledad; (5) Ciria de Pablo, Cristina; (6) Vargas-Machuca Cabañero, Concepción; (7) Montero Costa, Alejandra; (8) Sánchez Herráiz, Miriam.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Pinto. Unidad de Lípidos. Pinto Madrid.; (2) Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla Madrid.; (3) Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitario Pinto. Pinto. Madrid.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Las Américas. Parla Madrid.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Hoyo de Manzanares. Torreldones. Madrid.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Brújula. Torrejón de Ardoz. Madrid.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Comparar el riesgo cardiovascular total (RCVT) con el riesgo cardiovascular (RCV) estimado por la escala SCORE, en pacientes entre 40 y 65 años sin enfermedad cardiovascular (ECV).

#### Metodología

Estudio observacional transversal realizado en Centros de Salud (SERMAS). Análisis estadístico bivariante. Población de estudio: Muestreo simple aleatorio sobre 1.907 pacientes (base poblacional). Población muestral: 1.516. Exclusiones: ECV: 8,19%; sin datos: 43,46%. Modificadores de RCV (MRCV): Antecedente familiar ECV prematura; obesidad; sedentarismo; etilismo; hipertrigliceridemia; síndrome metabólico. RCVT: RCV según Guía Europea de Prevención Cardiovascular 2012 aumentado un grado si coexisten dos ó más MRCV.

#### Resultados

La media (+-DE) de edad de la población de estudio (n= 733) fue 53,86 (+-6,92) años, siendo masculina el 48,98% (45,30-52,66).

Prevalencias % (IC): Hipercolesterolemia; 62,21 (58,59-65,73); C-HDL bajo: 30,29 (26,98-33,76); C-HDL alto: 28,38 (25,14-31,79); Hipertrigliceridemia: 34,79 (31,34-38,36); Diabetes: 13,78 (11,37-16,49); Hipertensión: 37,11 (33,60-40,72); Tratamiento antihipertensivo: 32,47 (29,09-35,99); Obesidad: 29,20 (25,92-32,63); Síndrome Metabólico: 46,38 (42,73-50,07); Tabaquismo: 22,24 (19,28-25,42); Etilismo: 11,87 (9,62-14,43); Sedentarismo: 48,02 (44,35-51,71); FRCV muy elevado: 6,82 (5,10-8,89); A.F. ECV prematura: 2,73 (1,67-4,18); E.R.C.: 5,59 (4,04-7,51).

Percentiles 10, 25, 50, 75, 90: Puntuación SCORE: 0; 0; 1; 2; 3. RCV SCORE: Bajo; Bajo; Moderado; Moderado; Moderado. RCVT: Bajo; Moderado; Alto; Alto; Muy alto.

Diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ) de prevalencias categorías de RCV entre ATP III vs RCVT: RCV Bajo: 49,80%-19,92%; RCV Moderado: 47,20%-20,60%; RCV Alto: 3,00%-45,29%; RCV Muy Alto: 0,00%-14,19%.

#### Conclusiones

En la población entre 40 y 65 años sin enfermedad cardiovascular, la escala SCORE infraestima muy significativamente el RCVT al no considerar los modificadores de RCV disponibles en A.P.

## 151/21. Estudio de prevalencia de Hipotensión Ortostática en hipertensos mayores de 65 años atendidos en un centro de salud y su confirmación mediante M.A.P.A.

### AUTORES:

(1) Campillos Páez, Teresa; (2) Santamaría Calvo, Maria Yolanda Concepción; (3) Martínez Alonso de Armiño, Blanca María; (3) Melguizo Benavides, Rocío; (4) Castilla Suto, Fernando; (4) Llopart Nuñez, Llorent; (5) Navarro Ocaña, Bruno; (5) Jiménez Carrillo, Marta; (6) Lafuente Alonso, Luis; (7) Otero Budiño, Andrea.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Tutora. Centro de Salud Potes. Madrid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (4) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (6) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (7) Enfermera Interna Residente. Centro de Salud Potes. Madrid.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Principal: Estimar prevalencia hipotensión ortostática (HO) en hipertensos > 65 años en AP. Secundarios: Concordancia de HO mediante monitorización ambulatoria presión arterial (MAPA): confirmación diagnóstica.

#### Metodología

Diseño: descriptivo, transversal. Muestra: 193 pacientes (prevalencia HO 15%, error 5%, IC 95%). Muestreo aleatorio (1 de cada 5 hipertensos). Ámbito: Centro salud. Cribado de HO: medimos PA tras 5 minutos reposo, en sedestación, y posteriormente tras 1-5 minutos de bipedestación. Variables: Edad, sexo, antecedentes, tratamiento antihipertensivo, control PA en último año, síntomas HO. Si cribaje positivo: MAPA para confirmar. Análisis estadístico: SPSS

#### Resultados

193 pacientes > 65 años hipertensos. De 193 pacientes, 4 no toleran cribado. Mujeres (132, 68,4%), edad media: 75.12 años (desviación estándar 5.3). No registro tensional en último año: 43.5%. Prevalencia de HO, tras cribado, 13 % (25 pacientes: 80% mujeres, edad media 78,28 años). A estos ofertamos MAPA (solo realizan MAPA 19 pacientes). De estos 19, confirmamos HO en 80% (15 pacientes), 10% (2) PA elevada y 10% (2) PA normal. De 15 pacientes con HO confirmada por MAPA: 79% (12 pacientes) presentan sobredosificación farmacológica, 7% (1) causa cardiológica, 7% (1) neurológica y 7% (1) hematológica. Síntomas ortostatismo: 28% mujeres y 8% hombres.

#### Conclusiones

Prevalencia de HO: 13 %, es alta y justifica cribado sistemático de HO en mayores de 65 años HTA en AP, por consecuencias clínicas y si fuese positivo, confirmarlo con M.A.P.A.

M.A.P.A confirma 80% de casos de HO. M.A.P.A es muy útil en AP para descubrir HTA enmascaradas, HTA de bata blanca y, por supuesto, HO.

## 151/26. Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño y riesgo cardiovascular. ¿Los “más jóvenes” tienen menor riesgo?

### AUTORES:

(1) Rama Martínez, Teresa; (2) Maltas Hidalgo, Yolanda; (3) Nebot Molina, Eva; (4) Mendes Jastes, Sheila C; (3) Ocaña Padilla, Antonia; (5) Sierra Luján, Rosa M; (3) Valentín Moya, Esther; (6) Salvador Vinyoles, Oriol; (3) Palacios Camacho, Frank; (7) Tolo Solé, Jordi.

## **CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona; (2) Enfermera. Centro de Atención Primaria Alella. Barcelona; (3) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Ocata. El Masnou. Barcelona; (4) Enfermera Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona; (5) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Teià. Barcelona; (6) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Alella El Masnou. Barcelona; (7) Enfermero. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona.

## **RESUMEN:**

### **Objetivos**

Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular FRCV y su grado de control en pacientes de 55 años o menores diagnosticados de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) atendidos en Atención Primaria.

### **Metodología**

Estudio descriptivo transversal que incluyó a todos los pacientes mayores de 15 años diagnosticados de SAOS atendidos en los dos últimos años en cuatro Centros de Salud semiurbanos. Se excluyeron pacientes institucionalizados, desplazados o sin diagnóstico de SAOS confirmado. Variables analizadas: Edad, sexo, antecedentes de cardiopatía, enfermedad cerebrovascular (AVC), nefropatía. FRCV: Hipertensión arterial (HTA), arritmia cardiaca por fibrilación auricular (ACXFA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol. Presión arterial sistólica (PAS), Presión arterial diastólica (PAD), HbA1c (si DM), colesterol total (CT), LDL-colesterol, triglicéridos (TG), Índice de Masa Corporal (IMC). Fuente: Historia Clínica informatizada (programa ECAP). Se consideró buen control: PA <140/90 mmHg, HbA1c <7% (si DM), CT <200 mg/dl, LDL <130mg/dl, TG <150 mg/dl.

### **Resultados**

Se obtuvieron 100 pacientes diagnosticados de SAOS con edad menor o igual a 55 años, el 73% eran hombres, edad media; 48 años. Antecedentes de cardiopatía: 7%, AVC: 1%, ACxFA: 3%, nefropatía: 4%. Prevalencia de FRCV: HTA: 34%, DM 14%, dislipemia: 47%, IMC  $\geq$  30: 68%, tabaquismo: 46%, consumo excesivo de alcohol: 8%. Porcentaje de control de FRCV: PA: 85 %, HbA1c (si DM) 50 %, CT: 45%, LDL-colesterol: 43%, TG: 51%.

### **Conclusiones**

Los pacientes “jóvenes” diagnosticados de SAOS atendidos en Atención Primaria tienen un riesgo cardiovascular elevado que se debería reducir lo antes posible.

## **151/34. Predicción del RCV en pacientes con ERC en España mediante técnicas de imagen y biomarcadores. Proyecto Nefrona.**

### **AUTORES:**

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Divisón Garrote, Juan Antonio; (3) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (4) Dura Belinchón, Rafael; (5) Gil Gil, Inés; (6) Fernández Toro, José María; (7) Santos Altozano, Carlos; (8) Adán Gil, Francisco Manuel; (9) Gorrioz Teruel, José Luis; (10) Betriu Bars, Angels.

### **CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas, Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. albacete; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Godella. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Vielha, Vielha; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro De Cáceres, Cáceres; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca. Guadalajara; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Alfaro. La Rioja; (9) Nefrólogo. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia; (10) Nefrólogo. Servicio de Nefrología (UDETMA). Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

**RESUMEN:****Objetivos**

Evaluar la predicción de la enfermedad cardiovascular (ECV) en la enfermedad renal crónica (ERC) en España mediante la utilización de técnicas de imagen y biomarcadores.

**Metodología**

Estudio prospectivo. Pacientes asintomáticos con ERC estadios 3-5D procedentes de consultas ambulatorias de nefrología y centros de diálisis, con un grupo control sin ERC procedentes de Atención Primaria (AP). Se analizan los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y se establece una clasificación de enfermedad ateromatosa (EA) con 4 estadios según la ecografía carotídea (GIM) y el índice tobillo/brazo (ITB): EA0: ITB >0,9 y GIM carotídeo <80%; EA1: ITB entre 0,7-0,9 y/o GIM carotídeo >80%; EA2: placa carotídea con estenosis <125 cm/s; EA3: ITB <0,7 y/o placa carotídea con estenosis >125 cm/s. Prospectivamente se analizan los datos de nuevos eventos cardiovasculares y mortalidad.

**Resultados**

3004 pacientes incluidos (2472 procedentes de nefrología y 532 de AP); 60,1% hombres; Edad media 57 ± 12 años; presión arterial sistólica 141 ± 21 mmHg; presión arterial diastólica 81 ± 11 mmHg; filtrado glomerular 38 ± 30 ml/min; hipertensión 80,7%; diabetes 22,7%; dislipemia 60,3%; tabaquismo 56,9%; proteinuria 32,3%; microalbuminuria 36,1%. Lesiones ateromatosas: GIM medio 0,72 ± 0,14 mm; ITB patológico 25,1% (ITB medio 1,09 ± 0,33); placa aterosclerótica presente 66,7%; Estadios de EA: EA0 17,3%; EA1 14,2%; EA2 64%; EA3: 4,5%.

**Conclusiones**

El proyecto NEFRONA se inicio con una población importante que será seguida prospectivamente. La prevalencia de FRCV es elevada, así como la EA, lo que permitirá ver su relación de forma prospectiva.

## 151/35. Prevalencia de enfermedad renal oculta en población general de Toledo. Estudio RICARTO-ERO.

**AUTORES:**

(1) Morocho Malho, Pablo; (2) Rodríguez Clérigo, Iratxe; (3) Gómez-Serranillos Reus, Manuel; (4) Fernández Conde, Julio; (5) Fernández Martín, Juan; (6) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (7) Villarín Castro, Alejandro; (8) Rodríguez Padial, Luis; (9) Segura Frago, Antonio; (10) Alonso Moreno, Francisco Javier.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (3) Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo; (4) Unidad Administrativa. Gerencia A. Primaria. Toledo; (5) Jefe de Servicio de Investigación. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Toledo.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (8) Jefe del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (9) Jefe de Servicio de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla La Mancha. Talavera de la Reina. Toledo.; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

**RESUMEN:****Objetivos**

Conocer la prevalencia de enfermedad renal oculta (ERO) crónica en una muestra de población general de Toledo.

## Metodología

Estudio epidemiológico transversal con emplazamiento en Centros de Salud de Toledo, realizado en población general  $\geq 18$  años aleatorizada por edad y sexo según tarjeta sanitaria. Se consideró enfermedad renal crónica (ERC) oculta si la creatinina sérica era  $<1,3$  en varones y  $<1,2$  mg/dl en mujeres con ausencia de enfermedad renal documentada, y cuando la tasa de filtrado glomerular (TFG) era inferior a  $60$  ml/min/1,73m<sup>2</sup> por las fórmulas de MDRD abreviada y CKD-EPI. Se clasificó la ERC en grado 1 (TFG  $\geq 90$ ), grado 2 (TFG 60-89), grado 3 (TFG 30-59), grado 4 (TFG 15-29) y grado 5 (TFG  $< 15$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>) por la fórmula CKD-EPI. Fue utilizada estadística descriptiva.

## Resultados

Se incluyeron a 809 personas, (edad media  $47,3 \pm 15,7$  años, (55,5% mujeres). Tasa de respuesta global 42,4%.

Los valores promedio de TFG estimado fueron  $92,9 \pm 18,4$ , y  $94,4 \pm 17,3$ , según los distintos métodos (MDRD abreviado, CKD-EPI, respectivamente);  $p < 0,0001$ .

La prevalencia de ERO fue del 2,1% (IC 95%:1,3-3,4) por MDRD abreviado y 2,4% (IC 95%:1,5-3,7) por CK-DEPI. Según la clasificación de ERC con la fórmula CKD-EPI un 35,4% de la muestra presentaba grado 2 y un 2,4% grado 3.

El valor promedio obtenido para la TFG (CKD-EPI) fue de  $80,6 \pm 15,3$  y  $100,7 \pm 14,1$  para mayores y menores de 55 años respectivamente;  $p < 0,0001$ . En cuanto al sexo, no se encontraron diferencias significativas, siendo el resultado promedio de  $94,9 \pm 17,3$  y  $93,8 \pm 17,2$  para mujeres y hombres respectivamente.

## Conclusiones

Aproximadamente dos de cada cien personas, sin antecedentes de enfermedad renal y con cifras de creatinina sérica normal, presentan ERO crónica.

## 151/36. Hábitos alimentarios en la población general de Toledo. Estudio RICARTO.

### AUTORES:

(1) Morocho Malho, Pablo; (2) Rabadán Velasco, Ana Isabel; (3) Catalán Pedraz, Irene; (3) Jiménez Catalán, Emma; (4) Menchén Herreros, Antonio; (5) Hernández Moreno, Julio; (6) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (7) Villarín Castro, Alejandro; (8) Rodríguez Padial, Luis; (9) Segura Frago, Antonio.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (3) Enfermera Estudio RICARTO; (4) Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Polán, consultorio Local de Argés. Toledo.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (8) Jefe del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (9) Jefe de Servicio de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla La Mancha. Talavera de la Reina. Toledo.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Determinar los hábitos alimentarios en una muestra de población general de Toledo (RICARTO).

#### Metodología

Estudio epidemiológico transversal realizado en población general  $\geq 18$  años de Toledo, aleatorizada según tarjeta sanitaria en 2011. Variables analizadas: edad, sexo, componentes principales de la dieta mediterránea

(cereales no refinados, frutas, verduras, patatas, legumbres, aceite de oliva, pescado, carne roja, aves de corral, productos lácteos enteros y alcohol). Mediante encuesta dietética, para patrón de dieta mediterránea, se establecieron las puntuaciones 0, 1, 2, 3, 4 y 5 (consumo raro, frecuente, muy frecuente, semanal y diario) respectivamente. Para el consumo de alimentos lejos de este patrón se asignaron puntuaciones en escala inversa (bebidas alcohólicas, carnes rojas, aves y productos lácteos enteros). Se calculó una puntuación total de 0-55 puntos. Se realizó estadística descriptiva.

### Resultados

809 personas, (edad media  $47,3 \pm 15,7$  años, (55,5% mujeres). Tasa de respuesta global 48 %.

Los resultados de la encuesta se presentan en la tabla. Destacaba alto consumo de productos lácteos enteros 86,5% y el uso a diario de aceite de oliva para cocinar 96,3%. El valor promedio de la encuesta dietética fue de  $31,7 \pm 3,9$  ( $31,2 \pm 4,0$  y  $32,1 \pm 3,8$ ;  $p=0,001$ ; valores superiores a los del estudio ATTICA,  $p<0,0001$ , realizado en poblaciones rurales y urbanas de Grecia ( $25,5 \pm 2,9$  y  $27,2 \pm 3,2$ ;  $p=0,001$ ) respectivamente para hombres y mujeres en ambos casos.

El valor promedio de la encuesta fue de  $31,9 \pm 4,0$  vs  $31,6 \pm 3,9$  para la zona rural y urbana respectivamente, sin alcanzar significación estadística. El resultado fue mayor para la población de 55 o más años:  $32,4 \pm 3,2$  y  $31,4 \pm 4,2$ ;  $p=0,001$ .

### Conclusiones

La población general rural y urbana de Toledo obtiene un valor promedio en la encuesta superior a la población del estudio ATTICA en Grecia. Destaca un alto consumo de productos lácteos enteros y de aceite de oliva para cocinar. La población mayor de 55 años presentaba mejor resultado en la encuesta de dieta mediterránea.

## 151/37. Hipertensos y diabéticos ... no hay problema. ¿Seguro?

### AUTORES:

(1) Santo González, Armando; (2) Caballero Cánovas, José; (2) de Mena Poveda, Rafael; (1) Guillen Pérez, Manuela.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Sangonera la Verde. Área 1. Murcia-Oeste; (2) Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Área 1. Murcia Oeste.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Evaluar la calidad en el manejo de los principales FRCV en pacientes con HTA/DM mayores de 60 años en nuestro centro de salud

#### Metodología

Estudio de evaluación de la calidad. Muestra aleatoria de 123 pacientes. Se evaluó el cumplimiento de criterios construidos en base a recomendaciones ADA-2015 para el control de los FRCV en diabéticos obteniendo estimación puntual e intervalo de confianza (95%) Estándar establecido: 70% en los indicadores de proceso y 50% en los de resultado. Umbral del 30%.

#### Resultados

Prevalencia HTA/DM: 30,5%. El seguimiento correcto según niveles HbA1c se cumplió en el 11,1%(IC:11,2) Niveles de HbA1c  $<7\%$  en el último año se cumplió en el 5%(IC:7,8) Control tensional en el último año se cumplió en el 75,6%(IC:15,4) Se alcanzaron cifras de control ( $<140/90$  mmHg) en el 31,7%(IC:16,6) EL control lipídico se cumplió en el 45%(IC:17,8) y se alcanzaron cifras  $<100$  mg/dl de LDL en el 25%(IC:15,5) Evaluación de la función renal se cumplió en el 52,2%(IC:17,9)

## Conclusiones

EL nivel de calidad alcanzado es francamente mejorable alcanzando sólo cifras superiores a los estándares en los indicadores de proceso, no así en los resultado. Preocupa que el seguimiento del paciente diabético en base a sus cifras de HbA1c se encuentre por debajo del umbral establecido. Así mismo, situarnos bajo el umbral en los objetivos de control de HbA1c, TA y LDL nos obliga a plantear un estudio da causas y emprender un plan de mejora. Estudios de este tipo ayudan a descubrir situaciones problema no consideradas como tales hasta su confrontación.

## 151/38. ¿Viven diferentes acontecimientos vitales los enfermos cardiovasculares?

### AUTORES:

(1) Beato Fernández, Pere; (2) Aragonés Gordi, Montserrat; (3) Rama Martínez, Teresa; (4) Valero López, Belen; (2) Ferrández Ferran, Montserrat; (4) Alcaraz Díaz, Rosa M<sup>a</sup>; (2) Vilchez Valdés, María; (2) Pérez Lianes, Josefa; (1) Azcona Escolano, Asunción; (1) Valls Martínez, Ana.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia.Consultori Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (2) Enfermera. Consultori Barri Cotet Premià de Dalt. Barcelona; (3) Médico de Familia. ABS El Masnou- Alella. Barcelona; (4) Enfermera. CAP Premià de Mar. Barcelona.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Comparar el número y la importancia de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) que viven los pacientes con enfermedades cardiovasculares (ECV) con los que viven el resto.

#### Metodología

Estudio descriptivo transversal.

Ambito: Pacientes atendidos en 5 consultas de medicina y/o enfermería de 3 centros de atención primaria.

Medidas: Respuestas al cuestionario de AVE de Holmes y Rahe que valora 43 situaciones estresantes que vive una persona en el último año. Valora su importancia en unidades de cambio vital (UCV).

Variables: Edad y sexo. Diagnósticos en la historia clínica de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, ictus, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica y/o arteriopatía periférica.

Cálculos: Porcentajes y medias.

#### Resultados

- 428 pacientes (55,61% mujeres).

89 con ECV (20,79%) Edad media 70,31 años.

339 sin ECV (79,21%) Edad media 51,06 años.

Destaca:

	Sin ECV	Con ECV
Media de AVE	2,67	2,16
Media de UCV	98,41	89,88
Media del valor de los AVE en UCV	36,85	41,61

Porcentajes según algunos tipos de AVE

	Sin ECV	Con ECV
Muerte de familiar	21,23%	23,59%
Lesión/enfermedad personal	20,64%	38,2%
Cambio de salud en familiar	25,36%	22,47%
Disfunción sexual	10,61%	12,35%
Cambio de situación económica	26,25%	20,22%
Mala relación conyugal	5,89%	6,74%
Muerte de amigo	9,73%	10,11%
Navidad estresante	12,68%	6,74%

### Conclusiones

- En general no hay muchas diferencias.
- Los pacientes con ECV sufren menos AVE pero más importantes.
- Los AVE más frecuentes se relacionan con la salud personal, de familiares y amigos.
- Conocer los AVE puede ayudarnos a tratar sus patologías.

## 151/39. Cómo Teruel, la Enfermedad Renal Crónica también existe

### AUTORES:

(1) Santo González, Armando; (2) Caballero Cánovas, José; (2) de Mena Poveda, Rafael; (3) Guillen Pérez, Manuela.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Sangonera la Verde. Área 1. Murcia-Oeste; (2) Médico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Área 1. Murcia Oeste; (3) Médico de Familia. C.S. Sangonera la Verde. Área 1 Murcia Oeste.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Evaluar la calidad del diagnóstico de ERC en mayores de 60 años hipertensos y diabéticos y la actitud de nefroprotección presente

#### Metodología

Estudio observacional retrospectivo transversal. Revisión de una muestra aleatoria de 123 HC del listado de 566 pacientes hipertensos y diabéticos. Se registraron datos sobre FRCV, analíticas y dosis de AINEs prescritos en el último año. Se definió la ERC como  $FGe < 60 \text{ ml/min/1,72m}^2$  estableciendo dos grupos, ERC y NOERC. Establecemos tres niveles de prescripción de AINEs en DDD/año: ocasional ( $< 30$ ) habitual (30-90) y crónico ( $> 90$ ) Entendemos nefroprotección como alcanzar el control de las cifras de TA, HbA1c y prescripción de AINEs

#### Resultados

El 51% eran mujeres y media de edad de 69,5 años. Prevalencia de ERC diagnosticada del 6,5% (8 casos). Tras cálculo del FGe, prevalencia real fue 20,3%. (25 casos; ERC oculta de un 24%) Nivel de control de HbA1c en el 7,7% de los NOERC frente al 4% de ERC ( $p=0,5187$ ) de TA ( $< 140/90$ ) el 34,1% frente al 28,0% ( $p=0,5671$ ). El 90% recibieron prescripción de AINE en el último año. Al 10,4% de los NOERC de forma crónica frente al 8% en los ERC ( $p=0,4807$ ), de forma habitual en el 27,0% frente al 24% ( $p=0,3388$ ) y de modo ocasional el 43,5% frente al 40% ( $p=0,1853$ )

## Conclusiones

Existe infradiagnóstico de ERC y bajo nivel de control de los principales FRCV. La prescripción de AINEs es elevada y no se modifica por la presencia de ERC. El concepto de nefroprotección no está arraigado en nuestro centro

## 151/40. Factores asociados al mal control de la presión arterial en atención primaria

### AUTORES:

(1) Díaz Rodríguez, Ángel; (2) De Abajo Larriba, Ana Beatriz; (3) Peleteiro Cobo, Beatriz; (3) Méndez Rodríguez, Enrique; (4) Minniti, Caterina; (4) Urraca Rodríguez, Aura Ligia; (4) Mahmoud Atoui, Omar; (4) Avedaño Corral, Harrison; (4) Veitía Suarez, Madeline Z.; (4) Félix Taveras, Indhira B.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (2) Médico especialista en Anestesiología. Clínica Universitaria de Navarra.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Estimar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesiones orgánicas subclínicas (LOSC) y enfermedades cardiovasculares (ECV) asociadas a un peor control de la PA en el El Bierzo (León).

#### Metodología

Estudio epidemiológico transversal, multicéntrico y aleatorizado de 1112 pacientes hipertensos tratados. Se consideró control óptimo PA<140/90 en población general, diabéticos, LOS y ECV establecida; PA<125/75, si proteinuria >3gr. Las LOSC se determinaron por electrocardiograma, ecocardiograma, cociente albúmina/creatinina e Índice Tobillo/brazo. Se registraron las ECV. Los resultados se expresan como medias con desviación típica y porcentajes con IC del 95 %.

#### Resultados

N=1112(61,4% mujeres), edad media: 68±9,48 años. PAS media: 142,31(140,3-144,3), PAD media: 80,69 (79,73- 81,75). El 47,7% están bien controlados (PA<140/90). La media de fármacos prescritos fue 2,28 (2,10 -2,31),p<0,0001.

FRCV asociados: 18,8% antecedentes familiares de ECV precoz, 9,7% tabaquismo, 30% diabetes tipo 2, 53,4% hipercolesterolemia, 31,4% hiperuricemia, 43% obesos y 39% síndrome metabólico.

LOSC: HVI: 14,4%(13,38-15,42), microalbuminuria: 30,3%(29,40-31,20), ITB < 0,9: 10,5 % (9,93-11,07).

ECV establecida: 22,9% cardiopatía isquémica, 15,5% Insuficiencia Cardíaca, 11,4 % insuficiencia renal crónica, 16,2% enfermedad cerebrovascular y 10,9% EAP.

Los factores asociados a peor control (regresión logística) fueron: edad(p<0,0001), microalbuminuria(p<0,0001), diabetes tipo 2(p<0,0001), Síndrome Metabólico(p<0,0001), Insuficiencia Cardíaca(p<0,0001), HVI(p<0,0001), hiperuricemia(p<0,001), tabaco(p<0,009), arteriopatía periférica(p<0,02) y obesidad(p<0,01).

## Conclusiones

Existen muchos factores asociados al mal control de la PA en los pacientes estudiados. Su búsqueda activa podría mejorar el grado de control del paciente hipertenso en atención primaria y evitar la aparición de ECV. Estos pacientes están infratratados y se podría conseguir un mejor control con tratamientos más agresivos.

## 151/41. ¿La AMPA contribuye a mejorar el grado de control de la hipertensión arterial?

### AUTORES:

(1) Díaz Rodríguez, Ángel; (2) De Abajo Larriba, Ana Beatriz; (3) Méndez Rodríguez, Enrique; (3) Peleteiro Cobo, Beatriz; (4) Urraca Rodríguez, Aura Ligia; (4) Mahmoud Atoui, Omar; (4) Avedaño Corral, Harrison; (5) De Abajo Olea, Serafín; (6) Álvarez Domínguez, Rocío; (7) Álvarez López, M<sup>a</sup>. Jesús.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (2) Médico especialista en Anestiosología. Clínica Universitaria de Navarra.; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Trobajo del Camino. León.; (6) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Bembibre. León; (7) Diplomada Universitaria en Enfermería. Centro Ssalud de Bembibre. León.

### RESUMEN:

#### Objetivos

La automedida de presión arterial (AMPA) puede asociarse a un mejor control de la presión arterial (PA). Los objetivos de este estudio fueron conocer el grado de control con dos métodos de medida (PA clínica y AMPA) y determinar los factores asociados a su mal control.

#### Metodología

Estudio transversal, multicéntrico y aleatorizado realizado en hipertensos diagnosticados y tratados en atención primaria. Se registraron datos sociodemográficos, antecedentes personales, analítica básica y medición por AMPA y PA clínica (PAC). Se consideran objetivos de control con AMPA (<135/85 mmHg) y de PAC (<140/90 mmHg). Los datos se expresan en porcentajes y medias con su IC 95%.

#### Resultados

Se incluyeron 514 pacientes (59,3% mujeres), con edad media de 70,84 (80,01-61,67) años y 10,37 (14-87-5,62) años de evolución de la HTA. El grado de control con AMPA es de 84,67% (83,58-85,76), con PAC del 68,54% (67,31-69,77),  $p < 0,0001$ . Los pacientes controlados con AMPA toman 2,58 (1,65-3,51) frente a 2,97 (2,11-3,83) con PAC,  $p < 0,001$ , siendo más frecuente el uso de combinaciones fijas. Obesidad, diabetes, hiperlipemia, ECV, gravedad de la HTA, método de medida, número de fármacos y la antigüedad se asociaron a un peor control del la PA,  $p < 0,001$ .

#### Conclusiones

El grado de control con AMPA es muy alto, en comparación con el control ambulatorio, con importante significación clínica. Aunque por las características de este estudio no se pueda inferir causalidad, este hallazgo refuerza las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de utilizar la AMPA de forma habitual en nuestras consultas, en mayor medida.

## 151/42. Calculo de la edad vascular: una herramienta eficaz para cambiar los estilos de vida.

### AUTORES:

(1) Santamaría Calvo, Yolanda Concepción; (2) Campillos Páez, Teresa; (3) Martínez Alonso de Armiño, Blanca María; (3) Melguizo Benavides, Rocío; (4) Lafuente Alonso, Luis; (5) Navarro Hidalgo, Juan Francisco; (6) Arroyo Jiménez, Otilia; (6) Carrera Manchado, Concepción; (7) Prieto Arroyo, Gema; (8) Barroso Reimundez, Lorena.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico de Familia. Tutora. Centro de Salud Potes. Madrid.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (4)

Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Los Ángeles. Madrid.; (6) Enfermera Tutora. Centro de Salud Potes. Madrid; (7) Enfermera. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.; (8) EIR de enfermería. Centro de Salud Potes. Madrid.

## RESUMEN:

### Objetivos

Principal: Disminuir el riesgo cardiovascular modificando el estilo de vida. Secundarios: Ayudar al personal sanitario a comunicar el estado de riesgo del paciente. Promover el cumplimiento de las estrategias terapéuticas.

### Metodología

Aplicación de las escalas del sistema SCORE a la edad vascular mediante un método visual que ilustra los años que el paciente puede ganar o perder según controle o no sus factores de riesgo mediante las variables: edad, sexo, colesterol total, HDL, tabaquismo, presión arterial sistólica y diabetes.

### Resultados

Se pone en práctica en mujer de 57 años, que no suele acudir a sus citas y tiene poca adherencia al tratamiento. Fumadora, diabética, hipertensa, dislipémica y obesa.

El cálculo de la edad vascular en su primera consulta es de 86,7 con un riesgo Score del 10,9%; ante el asombro de la paciente pactamos unos objetivos (dejar de fumar, control del colesterol y presión arterial) y a los 3 meses y aunque no ha dejado de fumar su edad media es de 80,3. Se insiste que debe dejar de fumar y a los 3 meses consigue que su edad sea de 72,7 con un Score de 3,4.

### Conclusiones

La aplicación de las escalas del sistema SCORE a la edad vascular es un nuevo concepto que permite evaluar el riesgo cardiovascular de una forma más práctica y más comprensible para el paciente, de modo que es una herramienta útil en el manejo de los pacientes mediante la educación sanitaria para conseguir disminuir el riesgo cardiovascular.

## 151/47. Evaluación del control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular atendiendo al riesgo cardiovascular de pacientes con fibrilación auricular en Atención Primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL

### AUTORES:

(1) Rey Aldana, Daniel; (2) Cinza Sanjurjo, Sergio; (3) Quintans Carballo, Rosario; (4) Rodríguez Moldes, Esperanza; (5) de Juan Prego, Jesús de Juan Prego; (6) Fariña Sabater, Carlos; (7) Casado Gorriz, Inmaculada; (8) Rodríguez Sarandeses, Javier; (9) García Arcos, Francisco; (10) Díez Ponce, Mar.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud San José. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Os Mallos. A Coruña; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de Becerreá. Lugo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Allariz. Ourense; (8) Médico de Familia. Centro de Salud A Guarda. Vigo; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Bolivia. Vigo; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Cuba. Vigo.

## RESUMEN:

### Objetivos

Conocer cuál es el grado de control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con enfermedad renal en los pacientes del estudio ANFAGAL.

**Metodología**

El estudio ANFAGAL es un transversal que incluyó pacientes mayores de 65 años, diagnosticados de Fibrilación Auricular No Valvular, anticoagulados durante al menos un año. Además de las variables recogidas para el estudio de anticoagulación, se registraron antecedentes patológicos de interés, factores de riesgo cardiovascular, variables analíticas y de exploración física para conocer el grado de control de aquéllos. Se clasificó el riesgo cardiovascular (RCV) por Score en cada paciente y atendiendo a la escala de riesgo del consenso EAS/ESC 2011.

**Resultados**

Se incluyeron 511 pacientes, 122 pacientes (22,0%) fueron clasificados de bajo o moderado riesgo cardiovascular, 156 pacientes (28,2%) de alto riesgo cardiovascular y 233 pacientes (42,1%) de muy alto riesgo cardiovascular. El 19,4% de los pacientes presentaron HTA mal controlada, el 7,6% mal control de la DM y el 46,4% mal control del LDL-colesterol. En pacientes de muy alto riesgo presentaron el 24% mal control de HTA ( $p=0,04$ ), el 16,3% mal control de la DM ( $p<0,0001$ ) y el 60,9% mal control del LDL-colesterol ( $p<0,0001$ ).

**Conclusiones**

El grado de control de la HTA y DM es mejor que el publicado por estudios realizados en Atención Primaria, el grado de control del LDL-colesterol es francamente mejorable. Además, los tres factores de riesgo presentan peor control en los pacientes de más alto riesgo.

## 151/48. Evaluación de la calidad del control de la anticoagulación en pacientes con Fibrilación Auricular y enfermedad renal en el ámbito de Atención Primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL

**AUTORES:**

(1) Rey Aldana, Daniel; (2) Cinza Sanjurjo, Sergio; (3) Pastor Gonzalo, M<sup>a</sup> Carmen; (4) Pérez Vázquez, Soledad; (5) García del Río, Elena; (6) Rodríguez Domínguez, M<sup>a</sup> Carmen; (7) Guerrero Jurado, María Dolores; (8) Bustillo Jurado, María; (9) Mosquera Nogueira, Jacinto; (10) Limeres González, Benito.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Betanzos. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ventorrillo. A Coruña; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Illas Canarias. Lugo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud O Carballiño. Ourense; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Lalín. Pontevedra; (9) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembrive. Vigo; (10) Médico de Familia. Centro de Salud A Doblada. Vigo.

**RESUMEN:****Objetivos**

Conocer cuál es el grado de control de los pacientes con enfermedad renal en los pacientes del estudio ANFAGAL.

**Metodología**

El estudio ANFAGAL es un transversal que incluyó pacientes mayores de 65 años, diagnosticados de Fibrilación Auricular No Valvular, anticoagulados durante al menos un año. Se consideró buen control cuando el Tiempo en Rango Terapéutico era superior al 65% calculado por Rosendaal o 60% estimado por el número de controles. Se consideró insuficiencia renal en los casos en los que el Filtrado Glomerular estimado por MDRD-4 era inferior a 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

**Resultados**

Se incluyeron 511 pacientes, de los cuales el 40,4% presentaron criterios de insuficiencia renal en el análisis de sangre aportado. Globalmente, en la muestra, el 42,7% mostraron un TRT<65%, calculado por la fórmula

de Rosendaal. La prevalencia de enfermedad renal fue de 44,9% en los pacientes con mal control y 34,9% en los de buen control ( $p=0,02$ ). En el análisis multivariante se observó que la enfermedad renal y la puntuación en la escala de riesgo hemorrágico (HAS-BLED) se asociaron a peor calidad en el grado de control de los pacientes anticoagulados.

## Conclusiones

La enfermedad renal condiciona en los pacientes gallegos anticoagulados peor calidad en el control de la anticoagulación.

## 151/49. Evaluación del control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular atendiendo al riesgo cardiovascular de pacientes con EPOC en Atención Primaria de Galicia. Estudio GALEPOC

### AUTORES:

(1) Rey Aldana, Daniel; (2) Cinza Sanjurjo, Sergio; (3) Grandal Amor, M<sup>a</sup> Cruz; (4) Lueiro Lores, Víctor; (5) Fidalgo González, Amparo; (6) Calvo Guerrero, Antonio; (7) Regueiro Martínez, Antonio; (8) Graña Martínez, Catalina; (9) Romero García, César; (10) Corpas Cobisa, Clara.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud A Parda. Vigo; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Mos. Vigo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Noia. Santiago de Compostela. A Coruña; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Vilanova de Arousa. Pontevedra; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de Cangas. Vigo; (9) Médico de Familia. Centro de Salud de Sanxenxo. Pontevedra; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Cruz. A Coruña.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Conocer cuál es el grado de control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica del estudio GALEPOC.

#### Metodología

El estudio GALEPOC es un transversal que incluyó pacientes diagnosticados de EPOC. Dada la elevada coexistencia de la EPOC con patología cardiovascular, se registraron antecedentes patológicos de interés, factores de riesgo cardiovascular, variables analíticas y de exploración física para conocer el grado de control de aquéllos. Se clasificó el riesgo cardiovascular (RCV) por Score.

#### Resultados

Se incluye el análisis de los primeros 179 pacientes, de los cuales 46 (26,1%) tienen bajo-moderado riesgo cardiovascular, 58 (33,0%) tienen alto riesgo cardiovascular y 72 (40,9%) muy alto riesgo cardiovascular. La prevalencia de mal control era de 27,3% para HTA, el 3,4% en HbA1c y 27,8% el LDL-colesterol elevado. Comparando pacientes de muy alto riesgo con los de bajo riesgo, la presión arterial estaba elevada en el 32,0% vs 21,8% ( $p=0,81$ ), la HbA1c en el 8,3% vs 0,0% ( $p=0,01$ ) y el LDL-colesterol en el 5,6% vs 55,2% ( $p<0,0001$ ).

#### Conclusiones

El grado de control de la HTA y DM es mejor que el publicado por estudios realizados en Atención Primaria, sin embargo sigue siendo peor en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular. El LDL colesterol está elevado en la mitad de la muestra, aunque el control es claramente mejor en pacientes de muy alto riesgo.

## 151/50. Prevalencia de enfermedad arterial periférica en pacientes con síndrome metabólico por dos métodos de medida.

### AUTORES:

(1) Mahmoud Atoui, Omar; (2) Méndez Rodríguez, Enrique; (2) Peleteiro Cobo, Beatriz; (3) De Abajo Larriba, Ana Beatriz; (4) Cuadra San Miguel, Rebeca; (5) Díaz Rodríguez, Ángel; (1) Minniti, Caterina; (1) Félix Taveras, Indhira B; (1) Veitía Suarez, Madeline Z.; (6) De Abajo Olea, Serafín.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (3) Médico especialista en Anestesiología. Clínica Universitaria de Navarra.; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de Trobajo del Camino. León.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Evaluar la prevalencia de enfermedad arterial periférica(EAP) sintomática y asintomática en pacientes con síndrome metabólico(SM) y medir la correlación de la EAP con distintos factores de riesgo.

#### Metodología

Estudio transversal, multicéntrico(10 centros AS Bierzo), aleatorizado de 432 pacientes con SM(criterios de la ATP III). Se determinó el riesgo cardiovascular(RCV) mediante SCORE, EAP mediante el cuestionario de Edimburgo y la medición del Índice Tobillo/Brazo, por método oscilométrico automático (Microlife) para screening, por Doppler portátil para confirmación, se registraron FRCV y una determinación analítica(glucemia, perfil lipídico, hepático, renal y TSH), durante el año 2014. Los resultados se expresan en porcentajes y en medias con IC 95%.

#### Resultados

N=432, el 68% varones, edad media de 65 años(55-72), 93% dislipemia, 98% hipertensión, 36% tabaquismo, 87% obesidad, 32% glucemia basal alterada(GBA), 14% diabetes, 39% hipertrigliceridemia, 21% cHDL bajo. EL 34% tenían un RCV moderado, el 15% alto y el 37% muy alto. El 15% presentó ITB <0.9, el 19% un ITB>1.4, mediante método oscilométrico. Se confirmó mediante doppler ITB <0,9: 16,4%, ITB>1,4: 21,5%,  $p < 0,35$ . Solamente el 20% de pacientes detectados y diagnosticados de EAP estaban sintomáticos. En el análisis de regresión logístico, se asociaron a EAP fueron la edad( $p < 0,001$ ), sexo varón( $p < 0,05$ ), diabetes mellitus( $p < 0,001$ ), tabaco( $p < 0,001$ ), hipertensión( $p < 0,01$ ), y dislipemia( $p < 0,01$ ).

#### Conclusiones

El 16,4% presenta un ITB <0.9 indicativo de EAP, que obligaría a reclasificarles y tratarles en muy alto/alto RCV. Solamente una quinta parte son sintomáticos, por lo que la realización del ITB es muy útil en la detección precoz de la EAP en atención primaria.

## 151/51. ¿Cómo manejamos la microalbuminuria los médicos españoles?.

### AUTORES:

(1) Mahmoud Atoui, Omar; (2) Peleteiro Cobo, Beatriz; (2) Méndez Rodríguez, Enrique; (3) Cuadra San Miguel, Rebeca; (4) De Abajo Larriba, Ana Beatriz; (1) Avendaño Corral, Harrison; (1) Urraca Rodríguez, Aura Ligia; (5) Díaz Rodríguez, Ángel; (6) Álvarez Lopez, M<sup>a</sup> Jesús; (7) De Abajo Olea, Serafín.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (4) Médico especialista en Anestesiología. Clínica Universitaria de Navarra.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (6) Diplomada Universitaria en Enfermería. Centro Ssalud de Bembibre. León.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Trobajo del Camino. León.

## RESUMEN:

### Objetivos

Estimar el grado de conocimiento sobre prevención de microalbuminuria en pacientes hipertensos diabéticos normoalbuminúricos en atención primaria.

### Metodología

Encuesta de ámbito nacional (20 preguntas) autoadministrada a Médicos Familia(MF) en ejercicio profesional que traten a pacientes hipertensos con diabetes tipo 2 normoalbuminúricos, con recogida a los 3 meses (2º trimestre de 2010). Se midieron variables de edad, sexo, años de ejercicio, grado de conocimiento y actitud terapéutica para prevenir la aparición de microalbuminuria. Los resultados se expresan en porcentajes con IC del 95%.

### Resultados

N=456 (64% varones, con 21 a 30 años de ejercicio). Los MF conocen que la microalbuminuria se asocia con mayor RCV en diabéticos e hipertensos(99%), representa LO subclínica(97%), para su detección se prefiere la muestra de orina aislada(47%), una vez al año(35%). El 75% realiza 2-3 determinaciones previas al diagnóstico en un periodo de 3-6 meses. El 91% cree que al aparecer microalbuminuria el control estricto de la PA es lo más importante. Los ARAll son de elección en este tipo de pacientes(48%), cuando se necesite terapia combinada a dosis fijas se prefieren ARAll+CA(48%). Las HTA refractarias son remitidas al nefrólogo(38%) o a las unidades de HTA(37%).

### Conclusiones

Los médicos españoles tienen un alto grado de conocimiento en la prevención de microalbuminuria en pacientes hipertensos con diabetes tipo 2, si bien este grado de conocimiento no se corresponde con un porcentaje mayor de pacientes hipertensos controlados.

## 151/52. Relación del fibrinógeno con la incidencia de hipertensión arterial en población general

### AUTORES:

(1) Simarro Rueda, Marta; (2) Carbayo Herencia, Julio A.; (3) Molina Escribano, Francisca; (4) Ponce García, Isabel; (5) Torres Moreno, Pilar; (6) Navarro Sánchez, Lourdes; (3) Divisón Garrote, Juan Antonio; (7) González Lozano, Beatriz; (8) Martínez Ramírez, Miriam; (9) Urrego Rivera, Flor Liliana.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Zona 4. Albacete.; (2) Responsable Unidad de Lípidos. IDC Salud Hospital Albacete. Albacete.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Alcadozo. Albacete.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Minglanilla. Cuenca; (6) Médico de familia. UCA. Albacete.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Zona 3. Albacete.; (8) Médico de Familia. Hospital General de Villarrobledo. Albacete.; (9) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 3. Albacete.

## RESUMEN:

### Objetivos

Valorar la relación entre los niveles de fibrinógeno y la aparición de hipertensión arterial (HTA) en una muestra de población general tras 11 años de seguimiento, buscando demostrar que los niveles de fibrinógeno se asocian, por diferentes mecanismos, a mayor riesgo cardiovascular.

**Metodología**

Estudio de cohortes prospectivo en una muestra seleccionada aleatoriamente en la provincia de Albacete con un seguimiento de 11,0 años (DE= 1,2). Se han considerado los participantes no hipertensos en el primer examen, en los cuales se ha valorado la aparición de HTA durante el seguimiento. La relación entre los niveles de fibrinógeno y la aparición de HTA se ha analizado con un modelo de regresión logística; las variables incluidas en el ajuste han sido edad, sexo, obesidad, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, cociente entre el colesterol de las HDL y los triglicéridos, tabaquismo y frecuencia cardiaca. Se ha considerado significativo un valor de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados**

Han participado en el estudio 478 individuos; 287 (60%) eran mujeres. La edad media ha sido de 38,8 años (DE= 13,9; rango:18 a 79 años). Han desarrollado HTA durante el seguimiento 116 participantes (24,3%), 49 entre los varones (25,7%) y 67 (23,3%) entre las mujeres. Tras ajustar por las variables citadas, por cada 50 mg/dl de aumento del fibrinógeno, el riesgo de desarrollar HTA ha aumentado el 22,1% [OR:1,22 (IC:1,005 a 1,417)].

**Conclusiones**

Los niveles de fibrinógeno se encuentran asociados con la aparición de HTA tras 11 años de seguimiento en una muestra de origen poblacional.

## 151/53. Grado de control de la presión arterial y presencia de enfermedad ateromatosa. Estudio Nefrona.

**AUTORES:**

(1) Fernández Toro, José María; (2) Pallarés Carratalá, Vicente; (3) Santos Altozano, Carlos; (4) Divisón Garrate, Juan Antonio; (5) Gil Gil, Inés; (6) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (7) Adán Gil, Francisco Manuel; (8) Gorriz Teruel, José Luis; (9) Fernández Giraldez, Elvira.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro De Cáceres, Cáceres; (2) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas, Castellón; (3) MEAP. CEDT Azuqueca de Henares. Guadalajara.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Vielha, Vielha; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Alfaro. La Rioja; (8) Nefrólogo. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia; (9) Nefróloga. Hospital Arnau Vilanova. LLeida.

**RESUMEN:****Objetivos**

Estudiar el grado de control de la presión arterial (PA) en pacientes con insuficiencia renal y la influencia de la hipertensión en la presencia de proteinuria, y enfermedad ateromatosa (EA).

**Metodología**

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico. Muestreo consecutivo. Pacientes con ERC (filtrado glomerular estimado  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), en estadios 3-5, de consultas ambulatorias de nefrología y centros de diálisis. Se incluyeron sujetos sin ERC (grupo control) de centros españoles de atención primaria, solo visita basal. Se presentan datos de un corte transversal de dicho estudio.

La EA se clasificó (EA0: ITB  $> 0,9$  y GIM carotídeo  $< 80\%$ ; EA1: ITB entre 0,7-0,9 y/o GIM carotídeo  $> 80\%$ ; EA2: placa carotídea con estenosis  $< 125$  cm/s; EA3: ITB  $< 0,7$  y/o placa carotídea con estenosis  $> 125$  cm/s) en pacientes asintomáticos con ERC estadios 3-5D.

## Resultados

3004 pacientes, 2472 (Hospitales) y 532 (Atención Primaria), edad media  $57 \pm 12$  años (61,1% hombres). 2.484 (85,7%) eran hipertensos. 32,3% presentaban proteinuria (21,5% hombres vs 10,7% mujeres),  $p=0,003$ . 30,7% de los hipertensos presentó proteinuria, frente al 1,6% de los no hipertensos,  $p<0,0001$ . La media de PA sistólica y diastólica fueron  $146,9 \pm 21,5$  vs  $140,4 \pm 20,7$  y  $83,7 \pm 11,1$  vs  $81,6 \pm 10,8$  mmHg;  $p<0,0001$  respectivamente para pacientes con y sin proteinuria. Tenían controlada la hipertensión el 42,7% (IC 95%: 40,8-44,7). 21,7% en pacientes con proteinuria vs 52,8% en pacientes sin proteinuria),  $p<0,0001$ . Los pacientes hipertensos presentaron más EA: 81,6 vs 18,4;  $p<0,0001$

## Conclusiones

Cuatro de cada diez pacientes con ERC tienen controlada la PA. Los hipertensos presentan más proteinuria y EA.

## 151/55. ¿Qué escala de riesgo cardiovascular elegir en función de las características del individuo? Estudio RICARTO.

### AUTORES:

(1) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (2) Segura Fragoso, Antonio; (3) Rodríguez Padial, Luis; (4) Catalán Pedraz, Irene; (4) Jiménez Catalán, Emma; (5) Villarín Castro, Alejandro; (6) Fernández Martín, Juan; (7) Menchén Heróles, Antonio; (8) Hernández Moreno, Julio; (9) Alonso Moreno, Francisco Javier.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (2) Jefe de Servicio de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla La Mancha. Talavera de la Reina. Toledo.; (3) Jefe del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (4) Enfermera Estudio RICARTO; (5) Médico de Familia. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (6) Jefe de Servicio de Investigación. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Toledo.; (7) Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de Polán, consultorio Local de Argés. Toledo.; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Estudiar la relación del riesgo cardiovascular (RCV), estimado con diferentes escalas, con parámetros bioquímicos y antropométricos de una muestra de población general del Área Sanitaria de Toledo.

#### Metodología

Estudio epidemiológico transversal que analizó a sujetos  $\geq 18$  años aleatorizados según tarjeta sanitaria de los Centros de Salud de Toledo capital, Polán, Argés, Mocejón y Olías del Rey. Mediciones principales: RCV con escalas de Framingham, SCORE total a 10 años, Q-Risk, PCEF (Pooled Cohort Equations), ERICE y Framingham calibrado; perímetro de cintura (PC), índice de masa corporal (IMC), triglicéridos (TG), hemoglobina glucosilada (HbA1C), microalbuminuria, cociente microalbúmina-creatinina y tasa de filtrado glomerular (TFG) calculada mediante Cockcroft Gault corregida por superficie corporal, MDRD 4 abreviado y CKD-EPI. Se realizó análisis de correlación de Pearson. Para el nivel de significación se utilizó la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

#### Resultados

Se analizaron a 809 sujetos (edad media  $47,3 \pm 15,7$  años, (55,5% mujeres). La tasa de respuesta global fue del 42,4%. Se hallaron las siguientes correlaciones:

#### Conclusiones

Algunas características de la población pueden influir en el RCV calculado por diferentes escalas. Framingham correlaciona mejor el RCV con TFG, TG, HbA1C y PC, SCORE bajo riesgo con TFG, HbA1C, TG y PC, QRisk con HbA1C, CKD-EPI, TFG y PC, PCEF con HbA1C, CKD-EPI, PC y TFG, ERICE con CKD-EPI, FG, HbA1C, y Framingham calibrado con TFG, HbA1C, PC y TG.

Este estudio ha sido financiado por el Gobierno de Castilla-La Mancha mediante la convocatoria de Ayudas de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha a la investigación de Biomedicina y Ciencias de la Salud, nº de expediente PI- 2010/043.

## 151/63. ¿Influyen las cifras de presión arterial, glucemia y lípidos en la calidad de vida de los pacientes con claudicación intermitente?. Estudio VITAL.

### AUTORES:

(1) Carrasco Carrasco, Eduardo; (2) Lozano Sánchez, Francisco J.; (3) March García, José Ramón; (4) Frías Vargas, Manuel; (5) García Vallejo, Olga; (6) Cabrera Ferriols, María Ángeles; (7) Barquilla López, Alfonso; (8) Aicart Bort, María Dolores; (8) Vázquez Sánchez, Natividad; (9) Díaz Sánchez, Santiago.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (2) Cirujano Vascular. Hospital Universitario de Salamanca; (3) Cirujano Vascular. Hospital de Getafe. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Campohermoso. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Comillas. Madrid; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Alicante; (7) Médico de Familia. centro de Salud de Trujillo. Cáceres; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Rafalafena. Moncófar. Castellón; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Pintores. Parla. Madrid.

### RESUMEN:

#### Objetivos

En España, la prevalencia de enfermedad arterial periférica (EAP) es del 8,03%. La claudicación intermitente (CI) produce una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Es necesario conocer qué factores influyen en esta pérdida para actuar sobre ellos. El objetivo de este estudio es analizar si existe relación entre las cifras de presión arterial, glucemia y perfil lipídico y la CVRS.

#### Metodología

Estudio prospectivo, observacional, transversal, multicéntrico y no aleatorizado, sobre pacientes con CI de 45-85 años, en toda España. Se analizaron variables clínicas, analíticas y sociodemográficas. Los pacientes autocumplimentaron el cuestionario europeo de calidad de vida (EQ-5D). Se utilizó el coeficiente de Pearson para evaluar la relación entre variables cuantitativas. Este parámetro puede tomar valores entre -1 y 1 (0=no correlación). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 19.0.

#### Resultados

Se analizaron 1.641 pacientes (75% hombres) de 68,3±9,4 años con EAP en fase de claudicación. El ITB medio de la serie total fue de 0,66± 0,19. La puntuación EQ-5D media de la serie fue de 0,57 ± 0,21 (0-1: peor-mejor calidad de vida). Se halló una correlación negativa estadísticamente significativa entre PAS ( $p<0,001$ ), PAD ( $p<0,05$ ), glucemia ( $p<0,001$ ), colesterol LDL ( $p<0,05$ ) triglicéridos ( $p < 0,05$ ) y EQ-5D. Hubo una correlación negativa, no significativa, entre colesterol total y EQ-5D ( $p=0,149$ ). No se encontró ninguna correlación con HDL.

#### Conclusiones

A medida que aumentan las cifras de presión arterial, glucemia, colesterol-LDL y triglicéridos, disminuye la CVRS de los pacientes claudicantes.

## 151/66. Control de los factores de riesgo en los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN

### AUTORES:

(1) Llisterri Caro, José Luis; (2) Alonso Moreno, Francisco Javier; (3) Barrios Alonso, Vivencio; (4) Babiano Fernández, Miguel Ángel; (5) Serrano Berrocal, M<sup>a</sup> de la Luz; (6) Pombo Allés, Guillermo; (7) García Palencia, María; (8) González Cabrera, Antonio; (9) Torres Moraleda, José Ambrosio; (10) Bousquets Toral, Leandro.

## **CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal. Servicio de Cardiología. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Argamasilla de Calatrava. Ciudad Real.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Santiago de Alcántara. Cáceres; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Ocaña. Toledo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de Balazote. Albacete; (9) Médico de Familia Centro de Salud Palomarejos. Toledo; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Tineo. Tineo.

## **RESUMEN:**

### **Objetivos**

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares. Se presentan los datos relativos al control de los factores de riesgo cardiovascular del primer corte (n=830).

### **Metodología**

En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se han considerado como criterios de adecuado control de hipertensión arterial los de las guías europeas de 2013, para el control del colesterol-LDL los de las guías europeas de prevención cardiovascular de 2012, y para la diabetes una HbA1c <7%.

### **Resultados**

La edad media de los sujetos incluidos es de 57,9±14,1 años. El 54,1% tienen dislipemia, el 47,5% hipertensión arterial, el 17,7% diabetes, el 10,8% antecedentes de cardiopatía isquémica y el 7,9% un filtrado glomerular (MDRD) <60 ml/min. De los pacientes hipertensos, el 59,9% tenían la presión arterial adecuadamente controlada. De los pacientes con dislipemia, el 35,6% lograron los objetivos de control de colesterol-LDL, y de los pacientes diabéticos, el 51,4% tenían la HbA1c en objetivos.

### **Conclusiones**

El grado de control actual de los factores de riesgo cardiovascular en Atención Primaria en España es muy mejorable.

## **151/67. Características basales de los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN**

### **AUTORES:**

(1) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (2) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (3) Pallarés Carratalá, Vicente; (4) Leiva Cepas, Fernando; (5) Esturo Alcaine, Jon Iñaki; (6) Martínez García, Francisco Vicente; (7) Guerra Peguero, Francisco; (8) Lado Llerena, Ángel Luis; (9) Abad Rodríguez, Rodrigo; (10) Laborda Peralta, Miguel.

## **CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (3) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas, Castellón; (4) Médico de Familia. Consultorio de Villarrubia. Córdoba; (5) Médico de Familia. U.G.C.Montealegre. Cádiz; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de Astorga II. León; (7) Médico de Familia. Consultorio Huertas de Ánimas. Cáceres; (8) Médico de Familia Centro de Salud Serra de Outes. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Siero. Pola de Siero.; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Yepes. Toledo.

**RESUMEN:****Objetivos**

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Los objetivos generales de IBERICAN son determinar la prevalencia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en España, así como de los eventos cardiovasculares.

**Metodología**

En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Los pacientes serán seguidos por lo menos cada 6 meses, y durante un periodo mínimo de 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se estima que la población global alcance los 15.000 individuos. Se presentan las características basales del primer corte (n=830).

**Resultados**

La edad media de los sujetos incluidos es 57,9±14,1 años, y el 57,1% mujeres. El 48,7% vive en un hábitat urbano, y el 59,2% tiene estudios primarios. El 54,1% tienen dislipemia, el 50,1% tienen obesidad abdominal, el 47,5% hipertensión arterial, el 29,8% no practica ningún ejercicio físico, el 17,7% tienen diabetes, y el 15,9% son fumadores activos. El 10,8% tienen antecedentes de cardiopatía isquémica, el 7,9% un filtrado glomerular (MDRD) <60 ml/min, el 5,3% de ictus, el 2,4% de fibrilación auricular y el 1,9% de insuficiencia cardiaca.

**Conclusiones**

A pesar de que la población atendida en Atención Primaria es relativamente joven, la prevalencia de factores de riesgo es muy elevada, lo que tendrá un impacto importante en el desarrollo futuro de enfermedad cardiovascular.

## 151/68. Tratamientos basales de los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN

**AUTORES:**

(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Fernández Toro, José María; (4) Gil Gil, Inés; (5) Díaz Rodríguez, Ángel; (6) Carrasco Martín, José Luís; (7) García Criado, Emilio; (8) Genique Martínez, Roberto; (9) González Gamarra, Amelia; (10) Loizaga González, Esperanza.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (2) Médico Cardiólogo. Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro De Cáceres, Cáceres; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Vielha, Vielha; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre, Bembibre; (6) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla, Málaga; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba; (8) Médico de Familia. CAP Sant Carles de la Rápita. Tarragona; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid; (10) Médico de Familia Hospital Infanta Luisa. Sevilla.

**RESUMEN:****Objetivos**

IBERICAN es un estudio longitudinal, observacional, y multicéntrico en el que se están incluyendo a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en España. Se presentan los datos correspondientes a los tratamientos basales (n=830).

**Metodología**

En IBERICAN se están incluyendo a sujetos entre 18 y 85 años de edad, atendidos diariamente en las consultas de Atención Primaria. Los pacientes serán seguidos por lo menos cada 6 meses, y durante un periodo mínimo de 5 años. El tratamiento de los pacientes se realizará de acuerdo a los criterios clínicos del médico investigador. Se estima que la población global alcance los 15.000 individuos.

## Resultados

Edad media 57,9±14,1 años, 57,1% mujeres. El 54,1% tienen dislipemia, el 47,5% hipertensión, y el 17,7% diabetes. Los tratamientos basales se muestran en la siguiente tabla.

INSERTAR TABLA

## Conclusiones

A pesar de las evidencias actualmente existentes acerca de la importancia que tiene el adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular, una importante proporción de sujetos no está tomando el número de fármacos adecuados.

## 151/69. Perfil metabólico de pacientes hipertensos con enfermedad arterial periférica. Estudio PRESCAP 2010

### AUTORES:

(1) Carrasco Carrasco, Eduardo; (2) Alonso Moreno, Francisco Javier; (3) Llisterri Caro, José Luis; (4) Rodríguez Roca, Gustavo C.; (5) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (6) Cinza Sanjurjo, Sergio; (7) Klusova, Elena; (8) Calderón Montero, Alberto; (9) Divisón Garrote, Juan Antonio; (10) Lou Arnal, Salvador.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Joaquín Benlloch. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Fuente Albilla. Albacete; (11) Médico de familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza.

### RESUMEN:

#### Objetivos

La asociación de hipertensión arterial y enfermedad arterial periférica (EAP) multiplica el riesgo cardiovascular. Es necesario disponer de información actualizada sobre las características de estos pacientes en condiciones reales de práctica clínica para poder actuar sobre ellas. Este estudio pretende conocer el grado de control metabólico de pacientes con esta asociación en Atención Primaria (AP).

#### Metodología

Estudio transversal y multicéntrico en pacientes hipertensos  $\geq 18$  años de acuerdo a la metodología del estudio PRESCAP 2010. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de pacientes con antecedentes de EAP (ITB<0,9) que firmaron el consentimiento informado y se registraron en un cuestionario cumplimentado por el médico a partir de los datos de la historia clínica. La significación estadística fue considerada si  $p \leq 0,05$ . El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 15.0.

#### Resultados

El estudio PRESCAP 2010 alcanzó una muestra final de 12.961 pacientes hipertensos con las características de la tabla 1, de los que se analizaron 509 pacientes (3,9% del total), 68,2% hombres, de una edad media de 71,2±9,6 años, con EAP. La presión arterial de esta muestra fue de 136,9±16/77,5±10,6 mmHg. Presentaron una glucemia media de 121,5±38 mg/dl, colesterol total 196,3±43,6 mg/dl, HDL-colesterol 50,3±14,8 mg/dl, LDL-colesterol 118±36 mg/dl, Triglicéridos 148,8±74,6 mg/dl, Creatinina 1,12±0,4 mg/dl, HbA1c 7±1,2 y filtración glomerular (MDRD-4) de 71,4±24,6 ml/min/1,73m<sup>2</sup>.

#### Conclusiones

En comparación con hipertensos sin EAP, los pacientes hipertensos con EAP presentan una glucemia, trigliceridemia, creatinina y hemoglobina glicada superiores, con HDL-colesterol, LDL-colesterol y filtración glomerular más bajos, lo que demuestra el mal control metabólico de estos pacientes de mayor riesgo cardiovascular en algunos parámetros medidos.

## 151/72. Características de los pacientes con proteinuria y enfermedad renal crónica. Estudio NEFRONA.

### AUTORES:

(1) División Garrote, Juan Antonio; (1) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (1) Pallarés Carratalá, Vicente; (1) García Vallejo, M<sup>a</sup> Olga; (1) Gil Gil, Inés; (1) Fernández Toro, José María; (1) Santos Altozano, Carlos; (1) Adán Gil, Francisco Manuel; (2) Gorriz Teruel, José Luis; (3) Betriu Bars, Angels.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Grupo HTA SEMERGEN; (2) Nefrologo. Hospital Peset Valencia. Grupo HTA Semergen; (3) Nefrologa. Hospital Arnau de Vilanova Lleida.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Evaluar la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y lesión aterosclerótica en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en España.

#### Material y metodos

Análisis transversal del estudio prospectivo NEFRONA. Se analizó los FRCV y estadios de enfermedad aterosclerótica (EA0: ITB >0,9 y GIM carotídeo <80%; EA1: ITB entre 0,7-0,9 y/o GIM carotídeo >80%; EA2: placa carotídea con estenosis <125 cm/s; EA3: ITB <0,7 y/o placa carotídea con estenosis >125 cm/s) en pacientes asintomáticos con ERC estadios 3-5D.

#### Resultados

Se incluyeron 3004 pacientes (2472 procedentes de nefrología y 532 de AP); el 60,1% hombres y una edad media 57±12 años; de los cuales 466 (32,3%) presentaba proteinuria. En los pacientes con proteinuria fue más frecuente la presencia de HTA (95,1% vs 81,2%), DM (31,5% vs 23,0%), dislipemia (76,4% vs 61,7%) y tabaquismo (60,7% vs 53,3%). El ITB fue patológico en ambos grupos de forma similar (25,4% vs 25,1%; p=0,476), así como el GIM (0,72±0,3 vs 0,73±0,2; p=0,427). Estadios de EA: EA0 16,1% vs 17,4%; EA1 17,0% vs 10,5%; EA2 67,4% vs 60,7%; EA3: 5,9% vs 4,9% (p=0,025).

#### Conclusiones

Los pacientes con proteinuria representaron 1 de cada 3 pacientes del proyecto NEFRONA y presentaron prevalencias mayores de FRCV y de los estadios más avanzados de enfermedad aterosclerótica.

## CASOS CLÍNICOS MÉDICO DE FAMILIA

### 151/17. Cuando una patología depende del tiempo

#### AUTORES:

(1) Cordovilla Moreno, Antonio Manuel; (2) Guillen León, Matilde; (3) Capel Minguez, Lorena; (4) Quesada Torres, Samuel; (5) Madrid Ferreiro, Vanesa María.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Consultorio de Benizar. Moratalla. Murcia; (2) Enfermera. Consultorio Benizar. Moratalla. Murcia; (3) Médico de Familia. Consultorio Benizar. Moratalla. Murcia; (4) Médico familia. Consultorio Benizar. Moratalla. Murcia.; (5) Médico familia. Hospital universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

#### RESUMEN:

##### Descripción del Caso

Mujer de 68 años con antecedentes de Diabetes tipo 2 tratamiento con antidiabéticos e insulina (con mal control metabólico, última HbA1c >9% en 2013 sin registros posteriores). Acude al consultorio por debilidad, mareo y dificultada para la articulación de la palabra, comenzando la clínica a las 14:15 horas mientras

cocinaba. No refiere fiebre, no cuadro catarral previo. Ante la clínica y exploración de la paciente se contacta telefónicamente con el Neurólogo de referencia (a las 15 horas) y se activa Código Ictus extrahospitalario y traslado mediante Unidad móvil especializada. Durante la estancia en el consultorios se constatan cifras de Tensión Arterial (TA) elevadas 200/100 mmHg aunque por el momento se decidió no tratarlas al encontrarse por debajo de 220/120 mmHg. A las 16 horas la paciente es trasladada al hospital con neurólogo de referencia, siendo recibida en el hospital receptor a las 17.35 horas.

## Exploración y Pruebas Complementarias

TA: 208/86 mmHg. Frecuencia cardíaca: 80 lpm. Auscultación cario-pulmonar: Rítmica sin soplos, murmullo vesicular sin ruidos añadidos. Exploración Neurológica: Cociente, alerta, orientada en las 3 esferas. lenguaje fluente, sin elementos afásicos. Disartria moderada. Campimetría por confrontación normal. No negligencias. Mínima paresia facial supranuclear derecha, resto pares craneales normales. Fuerza 3/5 en extremidades derechas y 5/5 en izquierdas. Reflejos osteotendinosos ++/++++ simétricos. reflejo cutáneoplantar derecho indiferente y flexor izquierdo. Anestesia hemicuerpo derecho. Escala NIHSS 8. TAC craneal: protocolo imagen código Ictus: hematoma en estadía agudo, en ganglios basales izquierdos posible origen Hipertensivo.

## Juicio Clínico

ICTUS HEMORRÁGICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

## Diagnóstico Diferencial

Encefalopatía hipertensiva, Crisis comicial, Tumor cerebral, Migraña con focalidad. trastornos metabólicos, Infecciones del Sistema nervioso central.

## Comentario Final

Se denomina Ictus al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o parcialmente la función de una determinada región del encéfalo. Es una patología dependiente de edad puesto que su frecuencia es mayor a partir de los 55 años de edad. Entre los factores de Riesgo: a parte de la edad, existen otros como la hipertensión arterial, las arritmias cardíacas u otras enfermedades del corazón, la diabetes mel-litus, la dislipemia, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, entre otros.

Al hablar de Ictus nos referimos a una emergencia médica tiempo dependiente, y es que por cada 30 minutos de retraso en el tratamiento, disminuye un 10% las opciones de recuperación funcional del paciente.

En nuestro caso podemos comprobar como desde el comienzo de los síntomas hasta la llegada al Hospital pasaron 3 horas y es que es una patología que tenemos que tener bien presente en su diagnóstico ya que puesto que nos encontramos con un límite de tiempo, no podemos demorarnos en el traslado para su tratamiento, sobretodo en centros que nos encontramos a bastante distancia.

Importante mención al correcto control de de Factores de riesgo cardiovascular (CV) de nuestros paciente ya que de ello dependerá de que estemos realizando correcta prevención primaria y no haya que pasar al escalón de la prevención secundaria de las enfermedades CV.

## BIBLIOGRAFÍA

Andrés Pineda Martínez. Atención integral al paciente con Ictus. [www.semfyc.es/granada](http://www.semfyc.es/granada) 2013

## 151/23. Una palpación interesante

### AUTORES:

(1) Rama Martínez, Teresa; (2) Damas Pérez, Idaira; (2) Bagán Mezquita, Lluís; (3) Delgado Domínguez, Encarnación.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona.; (2) Médico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona; (3) Especialista en Radiología. SAP Badalona-Sant Adrià.

**RESUMEN:****Descripción del Caso**

Varón de 62 años, médico de profesión, fumador de 20 cigarrillos/día desde hace 40 años. Antecedentes: Dislipemia en tratamiento con simvastatina, esofagitis por reflujo, en tratamiento con lansoprazol, hemibloqueo de rama derecha. Motivo de consulta: Desde hace meses en decúbito supino se palpa una masa pulsátil a nivel de aorta abdominal.

**Exploración y Pruebas Complementarias**

En la exploración física destaca la palpación de masa centroabdominal pulsátil. Resto de exploración normal, con pulsos periféricos presentes y simétricos. Se solicita ecografía abdominal que muestra gran aneurisma. Se aconseja cesación tabáquica, se pauta ácido acetilsalicílico 100mg/día, solicitándose Tomografía Computarizada (TC) y valoración por el servicio de cirugía vascular. El TC evidencia aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 77 mm de diámetro máximo. Se interviene mediante bypass aorto-aórtico con buena evolución.

**Juicio Clínico**

Aneurisma de aorta abdominal (AAA).

**Diagnóstico Diferencial**

Masa abdominal: Hernia, lipoma, etc.

**Comentario Final**

Se acepta que el AAA es el hallazgo de la arteria, generalmente a nivel infrarrenal, con diámetro anteroposterior o transversal  $\geq 3$  cm. Su importancia radica en el riesgo de ruptura, que comporta una mortalidad superior al 70%. La incidencia anual de AAA oscila entre 15 y 37 por 100.000 habitantes, con una prevalencia alrededor del 5% según series. La etiología principal del AAA es degenerativa, aunque suele asociarse a enfermedad aterosclerótica. Los principales factores de riesgo son: la edad, el sexo masculino, el tabaco- el más importante- y los antecedentes familiares de AAA. Respecto a la clínica, la mayoría de pacientes con AAA están asintomáticos y el diagnóstico es un hallazgo casual. Algunos pacientes refieren un “pulso” o “masa pulsátil” en el abdomen. Menos frecuentes son otros síntomas, como lumbalgia por compresión. El diagnóstico se puede realizar mediante ecografía abdominal, con sensibilidad y especificidad casi del 100%. La evolución natural de los aneurismas es hacia el crecimiento y ruptura. El riesgo de ruptura depende de la velocidad de crecimiento y ésta aumenta exponencialmente con el diámetro del aneurisma. Se sospechará ruptura en caso de dolor abdominal brusco, hipotensión, anemización y/o shock. La Guía Europea de Cardiología recomienda el cribado poblacional de AAA con ecografía en varones  $> 65$  años (clase de recomendación I, grado de evidencia A). Se harán controles ecográficos del AAA periódicos según su diámetro en los no candidatos a cirugía. Tratamiento médico: Abstención tabáquica y control estricto de otros factores de riesgo cardiovascular. Se aconseja tratar con ácido acetilsalicílico y estatina. Tratamiento quirúrgico: Si el diámetro máximo del AAA es superior a 5 cm y/o su crecimiento es superior a 10 mm/año (clase de recomendación I, grado de evidencia B). Se puede realizar cirugía abierta o reparación endovascular.

**BIBLIOGRAFÍA**

Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Di Bartolomeo R, Eggebrecht H, et al. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. *European Heart Journal* (2014) 35, 2873–2926.

Takagi H, Goto SN, Matsui M, Manabe H, Umemoto T. A further meta-analysis of population-based screening for abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg*. 2010;52:1103–8

**151/24. Hematuria aguda en mujer adulta joven: a propósito de un caso.****AUTORES:**

(1) Campillos Páez, Teresa; (2) Santamaría Calvo, María Yolanda Concepción; (3) Melguizo Benavides, Rocío; (3) Martínez Alonso de Armiño, Blanca María; (4) Castilla Suyo, Fernando; (4) Llopart Nuñez, Llorent; (5) Navarro Ocaña, Bruno; (5) Jiménez Carrillo, Marta; (6) Lafuente Alonso, Luis; (1) Campillos Páez, Teresa.

## CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Tutora. Centro de Salud Potes. Madrid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (3) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (4) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (5) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.; (6) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid.

## RESUMEN:

### Descripción del Caso

Mujer 34 años, microhematuria de larga evolución. Preeclampsia. Púrpura miembros inferiores con 23 años. No alergias. No hábitos tóxicos. Acude a AP por hematuria macroscópica de 24 horas de evolución, en toda la micción. Afebril. No síndrome miccional ni datos de infección respiratoria. No dolor articular ni lesiones cutáneas.

### Exploración y Pruebas Complementarias

Exploración física (TA 110/70, auscultación cardiopulmonar normales). Puño percusión negativa. No edemas. Sistemático de orina: sedimento con intensa hematuria, leucos y nitritos negativos. Hemograma y bioquímica (incluida función renal) normal. La hematuria se autolimita en 3 días. Pedimos ecografía y citología de vías urinarias: ambas normales. Descartado de manera razonable infección urinaria y neoformación de vías urinarias se deriva al nefrólogo de zona. Tras anamnesis exhaustiva, exploración física y analítica (bioquímica: Crs: 0.95, Na: Ca: 8.7, P: 3.1, ac.úrico: 5.4, Glucemia: 95. Orina: Proteinuria: 2.1 gr/24h. Sedimento: hematuria discreta. Algún cilindro hialino. Ccr: 99 ml/min. IgG: 1410, IgA: 421, IgM: 141. C3: 129, C4: 20. ANA, ANCA: (-). Anti streptolisina O: 33) es diagnosticada de Glomerulonefritis por Ig A.

### Juicio Clínico

Glomerulonefritis por Ig A (enfermedad de Berger).

### Diagnóstico Diferencial

Diagnostico diferencial de hematuria:

1. Falsas hematurias: hemorragia vaginal, alimentos (remolacha, setas, zarcas, zarzamoras...), fármacos (antibióticos -rifampicina, metronidazol-, antiparkinsonianos -metildopa-, antiepilépticos -fenitoína- y sustancias endógenas (mioglobina, hemoglobina, porfirinas...)

2. Hematurias de causa urológica:

- Infecciones urinarias
- Litiasis urinarias
- Tumores de vía urinaria
- Traumatismos
- Tuberculosis
- Cuerpos extraños

3. Hematurias de causa no urológica:

- Enfermedades hematológicas
- Causas metabólicas: hipercalciuria, hiperuricosuria
- Hematuria glomerular: nefropatía por Ig A, síndrome de Alport, enfermedad de Goodpasture, glomerulonefritis rápidamente progresivas...
- Enfermedades sistémicas: LES, vasculitis, hepatitis, endocarditis...
- Tóxicos: benceno
- Fármacos: antibióticos, anticoagulantes, inmunosupresores, alopurinol, clorpromazina...

### Comentario Final

La paciente ha presentado varias recurrencias coincidiendo con procesos infecciosos de vías altas y actualmente está con proteinuria menor a 300 mg/24 horas y sigue tratamiento con con candesartan 8 mg/12 horas.

La enfermedad Berger (nefropatía por IgA) se caracteriza por un depósito mesangial de IgA, con grados variables de proliferación mesangial. La clínica típica incluye hematuria microscópica con o sin proteinuria, con episodios de hematuria franca. Aproximadamente 30% desarrollan insuficiencia renal crónica. Patogénesis desconocida. Parece que anomalías estructurales de la O-glicosilación de la región bisagra de la IgA1 juegan un papel clave en el depósito mesangial. La enfermedad afecta a más del 1% de la población en todo el mundo y corresponde al 25-50% de los diagnósticos de biopsia renal. Un subconjunto de pacientes presentan rasgos clínicos de pronóstico adverso, como hipertensión, proteinuria 1 g/ 24 horas, insuficiencia renal progresiva, y cambios histológicos severos. El objetivo del tratamiento es prevenir o retrasar la insuficiencia renal crónica. Los antihipertensivos (inhibidores de enzima convertidora de angiotensina y bloqueadores de los receptores de angiotensina) son los indicados para el tratamiento. La forma más importante de retrasar el daño renal es controlando la presión arterial.

#### BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000466.htm>
- <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/680>
- Bartosik LP, Lajoie G, Sugar L, Cattran DC. Predicting progression in IgA nephropathy. Am J Kidney Dis. 2001;38(4):728-35

### 151/25. ¡Esto no se me controla!

#### AUTORES:

(1) González Gamarra, Amelia; (2) López Álvarez, Begoña; (2) Salvador Calvo, Antonio; (3) Leal de Pedro, Eva; (4) Casado Pedro, Paloma; (2) Vicuña Castrejón, Begoña; (2) Montalvo Montero, Milagros.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Goya. Madrid; (3) Enfermera. Centro de Salud de Goya. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Velilla. Madrid.

#### RESUMEN:

##### Descripción del Caso

Paciente de 69 años diagnosticada de diabetes tipo 2, dislipemia, hipertensión, esteatosis hepática, episodios paroxísticos de fibrilación auricular y síndrome ansioso-depresivo.

Acude por haber sido llevado a urgencias por su hija por cuadro de desorientación quejándose la paciente fundamentalmente de mareo.

En los AP destaca fumadora de 30-40 cigarrillos al día, en tratamiento con lisinopril, amlodipino, hidroclorotiazida, sitagliptina, metformina, glimepirida, ácido acetil-salicílico y atorvastatina.

##### Exploración y Pruebas Complementarias

En la exploración física destaca auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos; auscultación pulmonar: estertores crepitantes basales bilaterales. TA: 146/91, IMC 28,9. No datos de focalidad neurológica. Test de MEC (Lobo) 23. Analítica: Gluc 176, HbA1c 8,2, Colest total 269, LDL 189, HDL 41, Tg 196, Creat 1,1, Microalbuminuria 46, Got 43, GPT 49, GGT 74. ECG: ritmo sinusal, alteraciones inespecíficas de repolarización (en urgencias estaba en FA rápida). TAC: lesiones hipodensas compatibles con infartos lacunares periventriculares antiguos.

##### Juicio Clínico

A la paciente se le anticoaguló con acenocumarol a raíz de ese episodio, siendo muy difícil su control oscilando el INR tan pronto entre 1,2 y 6 sin presentar nuevas complicaciones trombóticas o hemorrágicas.

Se comprobó la falta de adherencia terapéutica y la familia objetivo que bebía unos 2 litros de cerveza al día, destacando la gran irritabilidad que presentaba.

Se trata por tanto de una paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular, con mala adherencia terapéutica y difícil control de la anticoagulación, con un cuadro ansioso-depresivo, y un posible deterioro cognitivo asociado de etiología múltiple.

Las mujeres no suelen confesar la dependencia enólica lo que dificulta su manejo.

## Diagnóstico Diferencial

La fibrilación auricular puede estar agravada por el alcohol y aunque en todas las guías aconsejan su uso moderado o al menos en la misma cantidad diaria hay muy poca bibliografía al respecto.

El consumo crónico puede provocar la falta de respuesta de la anticoagulación y el consumo puntual episodios hemorrágicos al interferir con su metabolización.

El test de MCE es de despistaje de deterioro cognitivo; las lesiones de pequeño vaso en el TAC son inespecíficas y aunque este cuadro pueden ser por una demencia multiinfarto silente es necesario descartar una pseudodemencia por la depresión, o patología neurológica asociada al consumo de alcohol.

## Comentario Final

En algunas revisiones destaca que la principal causa además de la edad para no anticoagular a los pacientes en fibrilación es el consumo crónico de alcohol, no obstante llama la atención la escasa bibliografía al respecto.

Solo destaca el mayor riesgo hemorrágico en la escala de HAS-BLED.

Las fichas técnicas de los nuevos anticoagulantes no dicen nada específico del alcohol, aunque se desaconseja su uso en pacientes con antecedente de mal cumplimiento de tratamientos.

El dabigatran, rivaroxaban y apixaban no interactúan con el alcohol.

## BIBLIOGRAFÍA

1. January CT, Wann LS, et al.: 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society.

*J Am Coll Cardiol* 2014, 64(21):e1-76

2. Maes F, Dalleur O, et al. Risk scores and geriatric profile: can they really help us in anticoagulation decision making among older patients suffering from atrial fibrillation? *Clin Interv Aging*. 2014, 9:1091-9

## 151/57. Doctor: mi tensión ha bajado porque como ajo negro.

### AUTORES:

(1) Santamaría Calvo, María Yolanda Concepción; (1) Campillos Páez, Teresa; (2) Martínez Alonso de Armiño, Blanca María; (3) Lafuente Alonso, Luis; (4) Jiménez Carrillo, Marta; (2) Melguizo Benavides, Rocío; (5) Llopart Núñez, Lloren; (6) Arroyo Jiménez, Otilia; (7) Prieto Arroyo, Beatriz; (6) Rodríguez Codesal, Rebeca.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (4) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (5) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (6) DUE. Centro Salud Potes. Madrid.; (7) Auxiliar clínica. Hospital Niño Jesús. Madrid.

### RESUMEN:

#### Descripción del Caso

Mujer 60 años, Antecedentes hipercolesterolemia e HTA con componente bata blanca, intervenida de adenoma suprarrenal hace 3 meses con buen control de su presión arterial. Tratamiento Enalapril 10 mg /24h. y Simvastatina 40 mg. En los últimos 30 días ha acudido en 5 ocasiones a urgencias del Centro de Salud por presión arterial media de 170/75. Se ajusta la dosis de Enalapril a 10 mg /12 horas. Desde hace 15 días la paciente ha acudido en 2 ocasiones por mareos durante la tarde de 1 semana de evolución. Se cita para realizar M.A.P.A.

**Exploración y Pruebas Complementarias**

TA 130/73. IMC 31. Auscultación cardiovascular normal , Creatinina .99 mg/dl, Sodio 145 mEq/l, Potasio 4.6 mEq/l. Resto normal

En M.A.P.A. presenta PA 24 horas 107/75, actividad 112/80 y descanso 103/69. Tras ajustar dosis (Enalapril 10 mg/ 24 h.) la paciente comenta que desde hace 15 días come 2 dientes de ajo negro para la HTA recomendado por un familiar y que no lo va a dejar de tomar por no tener la tensión alta.

**Juicio Clínico**

Hipotensión arterial sistólica por sobredosificación del tratamiento antihipertensivo y posible toma de ajo negro

**Diagnóstico Diferencial**

Existen alimentos y nutrientes efectivos en casos de hipertensión arterial que el paciente recurre a ellos y que el médico debe conocer: Fruta y verduras como la pera , pomelo .Legumbres que contienen potasio, magnesio y calcio, minerales y fibra. Ajo ( vasodilatador e hipotensor). Calabaza. Ácidos grasos esenciales: ácido linoleico . Bioflavonoides y vitamina C .Vitamina E. .Fitoterapia: olivo, espino blanco, muérdago.

**Comentario Final**

Desde los efectos del ajo crudo como antibiótico, antifúngico y antiparasitario ya descritos en 1921 por Loepery Debray hasta nuestros días , donde en las ultimas decadas se han publicado más de un millar de trabajos científicos ,destacando efectos antioxidantes , hipolipemiantes , anticancerígenos y como novedad estudios sobre el ajo negro, que se suma a la evidencia existente a los posibles beneficios cardiovasculares , al reducir la agregación plaquetaria, la hipertensión arterial por la acción de los componente azufrados ( alicina y enzima convertidora de angiotensina) o como diurético por ser rico en potasio. Y aunque también hay posiciones, en contra ,como la Guía 2007 sobre la hipertensión arterial, de la ESC, ESH y SEH-LELHA, que incluye una referencia sobre el uso de complementos dietéticos, en muchos casos, sin evidencias científicas que lo sustenten, serán necesarios futuros estudios

**BIBLIOGRAFÍA**

1. *Aged garlic extract lowers blood pressure in patients with treated but uncontrolled hypertension: A randomised controlled trial.* Ried K, Frank OR, Stocks NO. *Maturitas* 2010;67(2):144-150
2. *Garlic and cardioprotection: insights into the molecular mechanisms.* Khatua TN, Adela R, Banerjee SK. *Can J Physiol Pharmacol.* 2013 Jun; 91(6):448-58. doi: 10.1139/cjpp-2012-0315. Epub 2013 Mar 6. Review.
3. *Potential of garlic (Allium sativum) in lowering high blood pressure: mechanisms of action and clinical relevance .* Ried K , Fakler, P. *Integrated Blood Pressure Control.* 2014; 7(7)

**COMUNICACIONES MÉDICO RESIDENTE****151/15. Aportación de los parámetros de estructura vascular al RCV estimado con score en sujetos con RCV intermedio****AUTORES:**

(1) Martín Hernández, Cristina; (2) Gómez Sánchez, Leticia; (3) Sánchez Aguadero, Natalia; (3) Alonso Domínguez, Rosario; (4) Mora Simon, Sara; (5) Custodio García, María Josefa.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (2) Médico Residente. Centro de Salud Monovar Madrid.; (3) Enfermera Residente. Centro de Salud Garrido Sur.; (4) Unidad de investigación de la Alamedilla.; (5) Médico Residente . Centro de Salud La Alamedilla.

## RESUMEN:

### Objetivos

El objetivo del estudio es analizar el porcentaje de sujetos de riesgo intermedio que pasarían a riesgo CV alto analizando la estructura vascular.

### Metodología

Estudio trasversal. 500 pacientes, edad 35-74 años (media: 60,3±8,4), 45,6% mujeres. Medición: el RCV fue estimado con SCORE. Con VASERA medimos: el índice tobillo brazo (ITB). Con ecografía de carótida común evaluamos el GIM medio promedio y la presencia de placas. Los puntos de corte utilizados para considerar lesión de órgano diana fueron: ITB: >0.90 y LOD carotidea si presenta GIM >0.90 mm, o presencia de placas definidas como diámetro superior a 1.5 mm, o incremento de 0.5 mm o del 50% del GIM adyacente.

### Resultados

Presentaban PA superior a 140/90 mmHg o tratamiento con antihipertensivos 401 el 80%; diabéticos: 138 el 27%; obesos 140 el 28%, fumadores 117 el 23% y colesterol superior a 200 o tratamiento con estatinas 418 el 84%. Riesgo medio con SCORE fue 3,44±3,20. El valor medio del GIM fue = 0,740±0,09, presentaban placas 12 sujetos 2.4%. Presentaban valores de GIM medio promedio > 0.90mm 75 sujetos el 15%; LOD carotidea 85 sujetos un 17.1% y LOD en extremidades inferiores 11 sujetos el 2.2%. Presentaban alguno de las 2 LOD 91 sujetos el 18.2%.

### Conclusiones

Utilizando los dos LOD que valoran estructura vascular en sujetos de RCV intermedio con SCORE el 18.2% de los sujetos pasarían a tener un RCA alto. La prueba más eficiente y por lo tanto la primera que debemos realizar es la ecografía carotidea.

## 151/16. Aportación de los parámetros de función vascular al RCV estimado con Score en sujetos con RCV intermedio

### AUTORES:

(1) Martín Hernández, Cristina; (2) Gómez Sánchez, Leticia; (3) Sánchez Aguadero, Natalia; (3) Alonso Domínguez, Rosario; (4) Mora Simon, Sara; (5) Custodio García, Maria Josefa.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Monovar. Madrid; (3) Enfermera Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (4) Psicóloga. Colaboradora en la Unidad de Investigación La Alamedilla. Salamanca; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

## RESUMEN:

### Objetivos

El objetivo del estudio es analizar el porcentaje de sujetos de riesgo intermedio que pasarían a riesgo CV alto realizando parámetros de función vascular.

### Metodología

Estudio trasversal. 500 pacientes, edad 35-74 años (media: 60,3±8,4), 45,6% mujeres. Medición: el RCV fue estimado con SCORE. Con VASERA medimos: la Velocidad Onda de Pulso Brazo Tobillo (ba-VOP) y Cardiovascular Índice Tobillo (CAVI) y ConMobil-O-Graph: la Velocidad Onda de Pulso Carotida femoral (cf-VOP). Los puntos de corte utilizados para considerar arterioesclerosis fueron: ba-VOP: >17.5 m/seg; CAVI: ≥ 9 y cf-VOP > 10 m/seg.

**Resultados**

Presentaban presión arterial superior a 140/90 mmHg o tratamiento con antihipertensivos 401 el 80%; diabéticos: 138 el 27%; obesos 140 el 28%, fumadores 117 el 23% y colesterol superior a 200 o tratamiento con estatinas 418 el 84%. Riesgo medio con SCORE fue  $3,44 \pm 3,20$ . El valor medio del CAVI fue  $= 8,59 \pm 1,1$ , de la ba-PWV  $= 14,3 \pm 2,4$  y la cf-VOP:  $8.6 \pm 1,6$ . Presentaban valores de arteriosclerosis,  $CAVI \geq 9$ , 155 sujetos el 31,3%; cf-VOP  $> 10$  m/seg 74 sujetos el 15% y ba-VOP:  $> 17.5$  m/seg 65 sujetos el 13,1%. Presentaban alguno de los 3 parámetros alterados 190 sujetos el 39%.

**Conclusiones**

Utilizando los tres parámetros de función vascular en sujetos de RCV intermedio con SCORE el 39% de los sujetos pasarían a tener un RCA alto. La prueba mas eficiente y por lo tanto la primera que debamos realizar es el CAVI.

**151/18. Uso de las estatinas en prevención primaria****AUTORES:**

(1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera., María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

**RESUMEN:****Objetivos**

Evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales de las estatinas en personas sin antecedentes de Enfermedad Cardiovascular

**Metodología**

Revisión sistemática. Se hicieron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), en The Cochrane Library, en MEDLINE OVID y en EMBASE OVID. Se incluyeron ensayos controlados aleatorios de estatinas versus placebo o la atención habitual con una duración mínima de un año y seguimiento de seis meses, en adultos sin restricciones en el nivel de colesterol total, LDL, HDL y en los que no tenían antecedentes de Enfermedad Cardiovascular.

**Resultados**

Los ensayos incluidos en esta revisión sistemática mostraron reducciones en la mortalidad por todas las causas, las variables principales de evaluación compuestas de enfermedades cardiovasculares (EC), los eventos de EC mortales y no mortales considerados por separado, el colesterol total y de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y las revascularizaciones. Estos hallazgos se asociaron con disminuciones en el colesterol total y LDL en todos los ensayos que informaron estos resultados. No se encontró un exceso de eventos adversos combinados, cáncer, miopatía, rabdomiólisis, accidente cerebrovascular hemorrágico, elevación de las enzimas hepáticas, disfunción renal ni artritis.

**Conclusiones**

Actualmente la totalidad de las pruebas apoya los beneficios de las estatinas para la prevención primaria. Los metanálisis aportan pruebas sólidas para apoyar su uso en pacientes en bajo riesgo de enfermedades cardiovasculares. Se necesitan análisis adicionales del costo-eficacia para guiar la ampliación del uso a estos grupos de bajo riesgo.

## 151/19. ¿Cuáles son los efectos de la cirugía para la pérdida de peso (bariátrica) en adultos obesos o con sobrepeso?

### AUTORES:

(1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera., María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Evaluar los efectos de la cirugía bariátrica para el sobrepeso y la obesidad, incluido el control de las comorbilidades.

#### Metodología

Los estudios se obtuvieron a partir de búsquedas en numerosas bases de datos, complementadas con búsquedas en las listas de referencias y consultas con expertos en investigación de la obesidad. Ensayos controlados aleatorios (ECA) que compararan intervenciones quirúrgicas versus tratamiento no quirúrgico de la obesidad o el sobrepeso o que compararan diferentes procedimientos quirúrgicos.

#### Resultados

Se encontró que la cirugía dio lugar a una mejoría mayor en los resultados de la pérdida de peso y algunas comorbilidades asociadas con el peso en comparación con las intervenciones no quirúrgicas, de forma independiente al tipo de procedimiento utilizado. Cuando se los comparó entre sí, determinados procedimientos dieron lugar a mejores resultados de la pérdida de peso que otros, aunque no todos los procedimientos se compararon entre sí y algunos sólo fueron realizados en pacientes con un IMC relativamente bajo o relativamente alto. Los eventos adversos no se informaron de forma consistente en las publicaciones de los estudios. La mayoría de los estudios realizaron el seguimiento de los participantes durante sólo uno o dos años, por lo tanto, aún no se conocen los efectos a largo plazo de la cirugía.

#### Conclusiones

La cirugía da lugar a una mejoría mayor en los resultados de la pérdida de peso y en las comorbilidades asociadas al peso en comparación con las intervenciones no quirúrgicas, de forma independiente del tipo de procedimientos utilizados.

## 151/20. Fármacos de primera línea que inhiben el sistema renina angiotensina versus otras clases de hipotensores de primera línea para la hipertensión

### AUTORES:

(1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera., María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

**RESUMEN:****Objetivos**

Evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales de los inhibidores del SRA de primera línea en comparación con otros fármacos hipotensores de primera línea en pacientes con hipertensión.

**Metodología**

Se buscó en el registro especializado del Grupo Cochrane de Hipertensión (Cochrane Hypertension Group), MEDLINE, MEDLINE In-Process, EMBASE y en ClinicalTrials.gov, para encontrar ensayos controlados aleatorios y en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials).

Se incluyeron estudios aleatorios, con control activo y doble ciego con al menos seis meses de seguimiento en pacientes con presión arterial elevada primaria ( $\geq 130/85$  mmHg), que compararon inhibidores del SRA de primera línea con otras clases de fármacos hipotensores de primera línea y que informaron la morbilidad y la mortalidad o los resultados de la presión arterial. Se excluyó a los pacientes con hipertensión secundaria comprobada.

**Resultados**

Los resultados de la investigación mostraron pruebas de calidad de moderada de que:

1. las tiazidas causaron menos insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular que los inhibidores del SRA;
2. Los inhibidores del SRA causaron menos insuficiencia cardíaca pero más accidente cerebrovascular que los BCC, sin embargo la reducción de la insuficiencia cardíaca fue considerablemente mayor que el aumento del accidente cerebrovascular.

Los resultados menos consistentes indicaron que los inhibidores del SRA redujeron los ataques cardíacos y el accidente cerebrovascular en comparación con los betabloqueantes. Los diferentes fármacos produjeron diferencias pequeñas en el efecto sobre la presión arterial, aunque las mismas no parecieron estar relacionadas con el número de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y problemas renales.

**Conclusiones**

Se necesitan más ensayos para fortalecer los resultados de esta revisión.

## 151/27. Insuficiencia cardíaca: Experiencia en el servicio de Hospitalización a domicilio del Hospital Universitario de Burgos en los años 2012 y 2013.

**AUTORES:**

(1) Cevallos Silvera, Michelle Elena; (2) Ayala Lijerón, Karen; (1) López Católico, Hernán Camilo.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Torres. Burgos.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos.

**RESUMEN:****Objetivos**

Conocer el alcance Hospitalización a domicilio (HAD) en la atención de pacientes con Insuficiencia cardíaca (IC) y comparar variables clínicas y demográficas con una muestra de pacientes atendidos bajo hospitalización convencional (HC)

**Metodología**

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo con 70 ingresos en grupo HAD y 135 en el grupo HC.

**Resultados**

El HUBU atendió 4.966 casos (8,3%) con IC. En HAD 1.100, de ellos 73 (6,7%) tenían IC y fueron atendidos previamente en Urgencias u otro servicio de HC. En el grupo HAD el 55,7% eran mujeres y 44,3% hombres, con una edad media de 83,5 años. El 70% mayores de 80 años. La estancia hospitalaria media en HAD fue 23,21 días (DS 18,22) y en HC 11,43 días (DS 12). Las comorbilidades más comunes: Hipertensión arterial, arritmias, dislipemia y anemia, además con mayor porcentaje Hipertensión pulmonar, dislipemia, cardiopatía e hipertensiva al comparar con HC. Los fármacos más utilizados fueron los diuréticos de asa. Al ingreso un 51,4% tenían una clase funcional de IC de IV grado. La infección respiratoria fue el precipitante más común (48,6%). El grupo HAD tuvo más casos de éxitus (21,4% vs 15,6%). Un 17,1% requirieron reingreso bajo el régimen convencional.

## Conclusiones

Los casos del grupo HAD en su mayoría fueron pacientes con Insuficiencias cardíacas crónicas terminales, con peor pronóstico, mayor tendencia a la reagudización y complicaciones. La HAD permite un tratamiento estabilizador de las reagudizaciones, así como tratamiento sintomático para los pacientes sin opción a tratamiento corrector, haciendo de puente entre el hospital, la Atención primaria y/o cuidados paliativos.

## 151/45. Análisis del histórico de INR en el mal control de los pacientes anticoagulados en una cohorte de pacientes de atención primaria.

### AUTORES:

(1) Sánchez Corredoira, Ana; (1) García López, Marcos Gabriel; (2) Cinza Sanjurjo, Sergio; (3) Rey Aldana, Daniel; (4) Gestal Pereira, Enrique; (4) Allut Vidal, German; (4) Lires Rodríguez, Carmen; (4) García Rechou, Antonio; (4) Martínez Pérez, Beatriz; (4) De Blas Abad, Paula.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Noia. Santiago de Compostela.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña.

### RESUMEN:

#### Objetivos

Conocer las variables que influyen en el TRT, y de forma especial la tendencia temporal en los pacientes con insuficiente TRT

#### Metodología

Se plantea un estudio longitudinal a partir de una muestra no seleccionada de todos los pacientes atendidos en un Centro de Salud rural a lo largo de 3 años. Se seleccionaron pacientes, que recibieran anticoagulación con antivitamina K al menos durante 6 meses, por una FA no valvular obteniendo una muestra final fue de 130 pacientes.

#### Resultados

El 53,1% eran varones, con una edad media de  $77,0 \pm 1,5$  años. La prevalencia de HTA y de DM fue del 90% y del 33,8% respectivamente, y el 11,5% y 14,9% había presentado una insuficiencia cardíaca o un ACV. El número medio de fármacos consumidos por los pacientes fue de  $7,6 \pm 0,6$ . La prevalencia del insuficiente control del TRT, calculado por Rosendaal, fue del 60,2% en 2011, 54,2% en 2010 y 43,4% en 2012. Analizando el comportamiento del TRT en pacientes con insuficiente control en el primer trimestre de seguimiento, se observó que se mantendría bajo en los años siguientes (69,7% vs 55%,  $p=0,0005$ , en 2011), (71,9% vs 59,3%,  $p=0,0015$ , en 2012) y (74,7% vs 60,0%,  $p<0,0005$ , en 2013).

#### Conclusiones

Nuestro estudio muestra que los pacientes con mal control en el INR presentan una tendencia temporal a no alcanzar el objetivo terapéutico, por lo que planteamos la necesidad de tomar precozmente decisiones clínicas en los pacientes anticoagulados dadas las consecuencias pronósticas de la fibrilación auricular

## 151/46. Presión arterial nocturna y valor pronóstico en pacientes de alto riesgo cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2)

### AUTORES:

(1) Antelo Pais, Paula; (2) Rey Aldana, Daniel; (3) Cinza Sanjurjo, Sergio; (4) López Paz, Enrique; (4) Hermida Ameijeiras, Álvaro; (4) Calvo González, Gaila; (4) Calvo Gómez, Carlos.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada Santiago de Compostela.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (4) Unidad de Hipertensión y Riesgo cardiovascular Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

**RESUMEN:****Objetivos**

La Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) define la variación circadiana y es el método de medida de la PA que mejor define el riesgo cardiovascular (CV). Los pacientes con Diabetes Mellitus (DM), se caracterizan por presentar alteraciones en el perfil circadiano de la PA ambulatoria. El objetivo fue analizar el valor pronóstico de la MAPA en una cohorte de pacientes diabéticos, después de 10 años de seguimiento.

**Metodología**

Estudio de cohortes en una muestra no seleccionada de 766 pacientes diagnosticados de DM e HTA esencial. En todos los casos se realizó una evaluación clínico-biológica y MAPA-24h; y el seguimiento se realizó mediante revisión de historias clínicas, registrando el tipo de evento y la fecha del mismo.

**Resultados**

Se completó el seguimiento de 715 pacientes, durante el cual se registraron 319 eventos. La presencia de enfermedad cardiovascular y nefropatía diabética influyen negativamente en el pronóstico CV e incrementan la incidencia de eventos. De los valores de la MAPA, los de mayor correlación pronóstica fueron la PA nocturna y los perfiles circadianos en los que se objetiva una disminución o pérdida de la profundidad de la presión arterial ambulatoria,  $p < 0,0001$ . Los perfiles riser y no dipper son los que presentan menor tiempo libre de eventos

**Conclusiones**

La PA nocturna y la disminución o pérdida de la profundidad de PA objetivadas mediante MAPA, junto con la presencia de enfermedad cardiovascular previa se relacionan con un peor pronóstico cardiovascular de los pacientes diabéticos hipertensos, lo que confirma la importancia del pronóstico de la MAPA.

**CASO CLÍNICO MÉDICO RESIDENTE****151/28. A propósito de un caso de hipertensión refractaria****AUTORES:**

(1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera, María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

**RESUMEN:****Descripción del Caso**

Mujer de 60 años de edad, fumadora de 15 cigarrillos al día, con antecedentes familiares de HTA en padre y hermana, remitido a medicina interna de hipertensión arterial por presentar HTA de unos 15 años de evolución, resistente a 3 fármacos antihipertensivos a dosis plenas (hidroclorotiazida, bisoprolol y valsartan). intolerancia a los calcio antagonistas. Hace 10 años se le realizó una ecocardiografía por presentar cifras elevadas de PA, siendo diagnosticado de hipertrofia ventricular con fracción de eyección conservada y sin alteraciones valvulares. Posteriormente, fue evaluado de nuevo para descartar HTA secundaria, realizándose la eco-doppler renal, angioTAC suprarrenal y renal que fueron informadas como normales. Cociente Aldosterona plasmática /ARP de 13 (normal).

Ha sido vista en urgencias en diversas ocasiones por elevación de la PA >200/108 mmHg , con dolor torácico, sin cambios en el ECG, y troponinas negativas.

f Fue vista en cardiología hace 3 años, y se le realizó una prueba de esfuerzo, tomografía de perfusión miocárdica que fue negativa y cateterismo cardiaco (estenosis no significativas en la DA y CX). Se le añadió al tratamiento adiro 100 mg/día y rosuvastatina de 20 mg/día y se mantuvo el tratamiento con Valsartan 320 mg, Hidroclorotiacida 25 mg y Bisoprolol 5 mg/día.

## Exploración y Pruebas Complementarias

Talla 1,65 Peso: 80 kg IMC 29,38 kg/m<sup>2</sup>. Perímetro cintura: 95 cm

f PA clínica: f Brazo derecho: 185/108 mmHg (media de 3 determinaciones)

f FC basal: 59 lpm (media de 3 determinaciones)

f Exploración física por aparatos dentro de la normalidad

f Fondo de ojo: Retinopatía hipertensiva grado 2 .

Analítica: Creatinina de 0,82 mg/dl con FGe (MDRD) > 60 ml/min/ Na: 144 mmol/l K: 4,3 mmol/l Colesterol total: 160 mg/dl, HDLc 31 mg/dl, LDLc 72 mg/d 78 mg/d triglicéridos: 150 mg/dl. Uricemia: 6,8 mg/dl.

Excreción urinaria de albúmina (media de 2 determinaciones): 14 mg/g. Eco dopler renal y ECG dentro de la normalidad.

## Juicio Clínico

¿Estamos ante una Hipertensión Arterial Resistente?.

## Diagnóstico Diferencial

Se trata de una HTA esencial con persistencia de cifras > 140/ 90 Se trata de una HTA esencial con persistencia de cifras > 140/ 90 mmHg a pesar de un tratamiento con 3 fármacos antihipertensivos (incluyendo un diurético).

Se decidió añadir a su tratamiento habitual amlodipino 5 mg/d a su tratamiento habitual , se le dio consejo para cesación del habito tabáquico, disminuir el consumo de sal y se e solicitó una MAPA. f f Tras la valoración de la MAPA, se añadió espironolactona 25 mg/d.

## Comentario Final

Resaltar la importancia de los cambios de estilo de vida ( ingesta de sal, control de la obesidad, reducción de la ingesta de alcohol etc), especialmente en estos pacientes con HTA refractaria.

Los antagonistas de la aldosterona ( espironolactona o eplerenona) son útiles para el control de la HTA refractaria a 3-4 fármacos), aunque estarían contraindicados si el FGe es < 30 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> o en casos de hiperkalemia. Es necesaria la monitorización de la función renal y del ionograma, y no dar concomitantemente otros fármacos que puedan causar hiperpotasemia. Además de debe evitar AINEs.

## BIBLIOGRAFÍA

1.- Fursov AN, Chernetsov VA, Chernov SA, Potekhin NP, Sokolianski NV, Zakharova EG, Liapkova NB. Refractory hypertension: diagnosis and treatment optimization. *Voen Med Zh.* 2014 May;335(5):22-5. Review. Russian. PMID: 25286559

## 151/31. Manejo de la FA de reciente diagnóstico.

### AUTORES:

(1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carerra, María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

**RESUMEN:****Descripción del Caso**

Paciente de 57 años con antecedente personales de: fumador severo y hábito OH moderado. Resección de úvula por SAOS hace 18 años. Antecedentes familiares de fibrilación auricular e ictus.

ENFERMEDAD ACTUAL: Referido desde atención primaria por sensación de opresión suave en precordio sin claras palpitaciones refiriendo llevar una temporada cansado, con el pulso rápido, sin otros síntomas asociados, y ECG compatible con FA. En el hospital se confirma el diagnóstico de fibrilación auricular decidiendo el paciente acudir a su Centro de Referencia. Le valoramos el 11/11/14 decidiendo su ingreso hospitalario para completar estudio.

**Exploración y Pruebas Complementarias**

- TA: 114/89. FC: 125 l.p.m. PVY : normal. - AC: taquiarrítmico con soplo regurgitante en ápex, sin 3R. - AP: normoventilación. - EEII: sin edemas, con pulsos presentes.

- Analítica: hemograma, coagulación, dímero D, hormonas tiroideas, bioquímica y troponina normales. TFG>60. - Rx tórax: ICT normal. Alguna línea B. - ECG: FA a 130 l.p.m. Al alta: FA a 75 l.p.m. - ETT: VI no dilatado (DTD VI: 56 mm) sin hipertrofia, con FEVI del 45 % por hipoquinesia difusa. VD normal. Al 47 mm. IM e IT leves, funcionales. Válvula aórtica normal. - ETE: imagen hiperecogénica en orejuela izquierda sugestiva de trombo.

**Juicio Clínico**

- Tabaquismo. Hábito OH. - FA de reciente diagnóstico con disfunción sistólica ligera de VI. Probable taquimiocardiopatía.

**Diagnóstico Diferencial**

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: Ante la evidencia de posible trombo en orejuela visualizada en ETE se decide posponer la cardioversión eléctrica hasta completar la pauta de anticoagulación óptima y repetir ETE.

TRATAMIENTO: - Eliquis 5: 1 comp c/12 horas. - Bisoprolol 2.5: 1 comp al desayuno y 1 comp a la cena. - Digoxina: 1 comp al desayuno descansando sábados y domingos. - Enalapril 2.5: 1 comp al desayuno y 1 comp a la cena.

**Comentario Final**

Los NACO están indicados en pacientes con FA no valvular: fichas técnicas (~ CHADS2). Las recomendación uso preferente NACO son:

- Alergia o intolerancia a los AVK.
- Antecente de AVC hemorrágico o riesgo elevado hemorragia intracraneal.
- Mal control de INR (< 60% en rango), asegurando cumplimiento.
- Seguimiento INR dificultoso.
- Pacientes que con INR correcto presenten complicaciones tromboembólicas.

**BIBLIOGRAFÍA**

1.- *Criterios y recomendaciones para el uso de NACO en prevención de ictus y embolia sistémica en pacientes con FA no valvular. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios.*

## 151/32. Si compras papeletas te puede tocar la lotería

### AUTORES:

(1) Cuadra San Miguel, Rebeca; (2) Peleteiro Cobo, Beatriz; (3) Méndez Rodríguez, Enrique.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León; (3) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.

### RESUMEN:

#### Descripción del Caso

Varón de 63 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia (última analítica sanguínea: LDL 213, HDL 35, colesterol total 289) y diabetes mellitus tipo II con mal control metabólico (última hemoglobina glicosilada 9.8). Inadecuado cumplimiento terapéutico, tanto de las medidas higiénico-dietéticas como de las farmacológicas. Dificultad de seguimiento desde Atención Primaria, por irregular asistencia a consulta.

Acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por cuadro de 24 horas de evolución de dificultad expresiva dominado por alteración del lenguaje y pérdida de fuerza en miembro superior derecho, sin otra clínica acompañante.

#### Exploración y Pruebas Complementarias

Se objetiva importante disartria, paresia facial central derecha y paresia comparativa miembro superior derecho. Reflejos osteotendinosos simétricos. Reflejos cutáneos plantares flexores. Resto de exploración por aparatos, sin hallazgos patológicos.

Se deriva al Hospital de referencia donde se realiza:

- Analítica sanguínea: sin alteraciones relevantes de patología.
- ECG: ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización.
- Rx tórax: normal.
- TAC craneal: sin evidencia de patología aguda.
- ECO-doppler de troncos supra-aórticos: ateromatosis bicarotídea con placas fibrosas sin producir efecto hemodinámico significativo.
- RMN cerebral: área hiperintensa en brazo posterior de la cápsula interna izquierda y corona radiata, que es compatible con lesión isquémica de menos de 10 días de evolución.

#### Juicio Clínico

Ictus isquémico de perfil aterotrombótico en territorio profundo de arteria cerebral media izquierda. Infarto ganglios basales izquierdos.

#### Diagnóstico Diferencial

La AHA/ASA indica que el diagnóstico diferencial del ictus isquémico debe realizarse con otras patologías que cursan con manifestaciones clínicas similares, entre las que se encuentran:

- Hemorragia intracraneal (ictus hemorrágico)
- Convulsiones
- Migraña
- Hipoglucemia

- Encefalopatía hipertensiva
- Trastorno por conversión

### Comentario Final

De todos los factores de riesgo que contribuyen al accidente cerebrovascular (ACV), el más poderoso es la hipertensión arterial, con un riesgo relativo 6 veces superior a las personas no hipertensas. Un nivel elevado de colesterol también predispone al riesgo de ACV, al igual que ocurre con la diabetes mellitus, la fibrilación auricular, el tabaquismo...

Cuando estos factores de riesgo cardiovascular no se encuentran bien controlados, la probabilidad de sufrir un ictus se incrementa considerablemente.

Es por ello, por lo que el papel del médico de familia en la prevención primaria de la patología trombo-embólica es fundamental.

En nuestro paciente los esfuerzos fueron en vano, pues a pesar de las intervenciones individuales y comunitarias realizadas, persistió un mal control metabólico que culminó en un ictus isquémico.

### BIBLIOGRAFÍA

- Factores de riesgo cardiovascular. En: [www.fundaciondelcorazon.com](http://www.fundaciondelcorazon.com)
- Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clin 124, 16-2005 (606-612).

## 151/33. Sorpresa tras el código ictus

### AUTORES:

(1) Cuadra San Miguel, Rebeca; (2) Méndez Rodríguez, Enrique; (3) Peleteiro Cobo, Beatriz.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.;  
 (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.;  
 (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.

### RESUMEN:

#### Descripción del Caso

Varón de 33 años con antecedentes personales de trastorno bipolar, en tratamiento con trileptal 600 mg, quetiapina 100 mg, rezer 30 mg y escitalopram 20 mg, y cuadros de hemiparesia y pérdidas de conocimiento repetidos, con exploración neurológica poco congruente y con estudio neurológico amplio incluyendo RM, angio-RM y EEG normales, catalogados de etiología funcional. No factores de riesgo cardiovascular.

Es traído por el servicio de emergencias, al hospital de referencia, por haber presentado cuadro brusco, al levantarse, de mareo con pérdida de conocimiento y posterior hemiplejía derecha. Al igual que en los episodios similares ya estudiados, el cuadro ha sido coincidente con situación estresante tras discusión familiar.

#### Exploración y Pruebas Complementarias

Exploración física: Constantes normales, lenguaje normal, consciente, orientado, hemiparesia derecha fluctuante y con datos de posible afectación funcional por variación en grado de fuerza, sin piramidalismo. Anestesia en extremidades derechas. ROT presentes, RCP flexores, resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea: normal. TAC craneal: sin datos sugestivos de patología aguda. Rx tórax: compatible con la normalidad.

#### Juicio Clínico

Episodio de hemiparesia derecha de características funcionales en paciente con diagnóstico de trastorno bipolar.

## Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial de la patología cerebro-vascular aguda debe realizarse con: crisis comiciales, estados confusionales (tóxicos, metabólicos, psiquiátricos, postraumáticos), síncope, migraña, vértigo, ansiedad, tumores, encefalopatía...

## Comentario Final

- El ACV es un déficit neurológico agudo, con etiología muy variada, y una elevada morbi-mortalidad.
- Las secuelas de una patología cerebro-vascular aguda se pueden minimizar con una actuación rápida de los profesionales sanitarios; es por ello por lo que se han establecido protocolos de Código Ictus en la mayoría de los hospitales de nuestro país.
- Ante un paciente con manifestaciones clínicas de ACV, con exploración física no congruente y ausencia de factores de riesgo cardiovasculares, debemos pensar en causas psicógenas.

## BIBLIOGRAFÍA

*Biller J, Love BB, Schneck MJ. Vascular diseases of the nervous system: ischemic cerebrovascular disease. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice*

*Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke*

## 151/43. A quien mucho tiene más le viene.

### AUTORES:

(1) Peleteiro Cobo, Beatriz; (1) Méndez Rodríguez, Enrique; (2) Cuadra San Miguel, Rebeca; (3) Gómez García, Estrella; (4) Rodríguez Díaz, Angel; (5) Mahmoud Atoui, Omar; (6) Alvaréz Moya, Raquel; (7) Álvarez Domínguez, Rocío.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León.; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ponderada II. León.; (3) Médico de Familia. Centro Salud Bembibre. León.; (4) Médico adjunto. Centro Salud Bembibre. León.; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembibre. León.; (6) Médico Adjunto. Centro de Salud Bembibre. León.; (7) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Bembibre. León.

### RESUMEN:

#### Descripción del Caso

Varón 68 años, acude a nuestra consulta debido a dolor torácico central no irradiado de dos minutos de duración en relación con el esfuerzo. Desde hace 8 días. El dolor se ha repetido casi todos los días por la noche con las mismas características. Decide acudir ya que esta mañana comenzó con dolor al despertarse. Antecedentes personales NOAMC. Dm tipo II. Dislipemia. Exfumador. En tratamiento: Metformina, hidroclorotiazida, hidrosalutero, ventolin

#### Exploración y Pruebas Complementarias

TA 150/90 FC 80 lpm. Sat 98, afebril, BEG; COC, Eupneico.

ACP: RsRsCS, no soplos. Abdomen sin hallazgos. EEII pulsos pedios conservados, no signos de TVP, no edemas.

ECG descenso de ST en II III AVF y V6

El paciente está asintomático, pero se decide trasladarlo al hospital. En EcG a su llegada presenta onda T negativas de V1 a V6. Se decide ingreso en UCÍ.

Analítica y Rx tórax: Sin hallazgos.

ECG (Ucl): RS. Ondas T bifásicas de V1a V6.

Ecocardiograma: gradiente AD-VD de al menos 50 mmHg. PVC estimada de 10-15 mmHg. Ligeramente hipocontractilidad del septo medio distal y cara anterior baja, IM leve. FEVI conservada.

Se comienza con doble antiagregación y anticoagulación. El paciente permanece estable termodinámicamente, con marcadores enzimáticos dentro de la normalidad.

Se realiza cateterismo cardiaco: Enfermedad coronaria de un vaso: TCI sin estenosis significativas, DA buen calibre y desarrollo de estenosis crítica ostial. CX y CD normal. Se realiza ACTP con balón sobre lesión de la DA seguido de implante de stent con buen resultado

#### Juicio Clínico

- Angina inestable
- Enfermedad de un vaso: estenosis crítica ostial de DA con revascularización total mediante implante de stent. Función ventricular izquierda conservada.

#### Diagnóstico Diferencial

- Pericarditis
- Angina inestable
- RGE
- Dolor muscular.
- Disección aortica.

#### Comentario Final

Es importante la correcta realización de una dieta, ejercicio físico y el tener o no FRCV. Se puede ver como en los países más desarrollados mueren muchos pacientes debido a enfermedades cardiovasculares que se podían haber evitado. El stress, el tabaco y alcohol también influyen. En cuanto a la edad es la única causa frente a la que no podemos luchar, pero si seguimos una pauta adecuada a lo largo de la vida no lamentaremos este tipo de patologías.

#### BIBLIOGRAFÍA

1: Corbalán R, Nazzari C, Eggers G, Bartolucci J, Prieto JC, Alcaíno M, Stockins B, Campos P, Dapelo A; Grupo de Angina Inestable, Departamento de Estudios Multicéntricos, Sociedad Chilena de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

1: Maron BJ, Rowin EJ, Casey SA, Link MS, Lesser JR, Chan RH, Garberich RF, Udelson JE, Maron MS. Hypertrophic Cardiomyopathy in Adulthood Associated With Low Cardiovascular Mortality With Contemporary Management Strategies. *J Am Coll Cardiol*.

1: Liang XC, Guo SS, Wang XD. [Study on relationship of lipid peroxide in coronary heart disease with and without diabetes]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*.

## 151/54. Síndrome coronario agudo en mujer joven con tratamiento quimioterápico múltiple

#### AUTORES:

(1) Turégano Yedro, Miguel; (2) Gómez Barrado, José Javier; (3) Tobajas Belvís, Luis; (4) Jiménez Baena, Elena; (5) Turégano Albarrán, Soledad; (6) Romero Castro, María José; (4) Pérez Gómez, Laura.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres; (2) Cardiólogo. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres; (3) Médico de Familia. Centro de Salud San Jorge. Cáceres; (4) Médico Residente de 1er año de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla; (5) Médico de Familia. Consultorio Local de Valdesalor. Cáceres; (6) Médico Residente de 1er año de Cardiología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

## RESUMEN:

### Descripción del Caso

Se trata de una mujer de 54 años, alérgica al tramadol y sin factores de riesgo cardiovascular (FRCV), que tres años atrás fue diagnosticada de adenocarcinoma de colon infiltrante, realizándose sigmoidectomía. Tres meses más tarde se objetivaron metástasis, por lo que se inició tratamiento quimioterápico con CPT 11 (irinotecan), capecitabina oral y bevacizumab cada 21 días. A los tres días de iniciar el nuevo tratamiento, acudió a Urgencias por presentar dolor opresivo retroesternal irradiado a cuello que no cedió con la toma de analgésicos. La presión arterial al ingreso fue de 102/70 y la auscultación cardiopulmonar era normal. La analítica mostró una curva enzimática de troponina T ultrasensible con un pico de 405.9 ng/L con el resto de enzimas cardíacas normales. El electrocardiograma (Figura 1) estaba en ritmo sinusal a 60 lpm con ondas T negativas de V2 a V6, y la radiografía de tórax no objetivaba hallazgos significativos. Por tanto, se diagnosticó a la paciente de SCASEST.

Durante su ingreso hospitalario se realizó un ecocardiograma que mostró un ventrículo izquierdo no dilatado con hipoquinesia anteroseptoapical y FEVI del 43%, e insuficiencia mitral leve. La coronariografía reveló unas arterias coronarias angiográficamente normales.

La evolución de la paciente fue favorable, siendo dada de alta a los cuatro días. En la consulta de revisión a la que acudió tres meses después se encontraba asintomática.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La cardiotoxicidad es un efecto adverso conocido de la quimioterapia y puede manifestarse por la combinación de fármacos cardiotóxicos.

El hecho de ser mujer joven, sin FRCV, y con arterias coronarias epicárdicas normales hace muy improbable que la causa fuera la aterosclerosis, y apoya la idea de un efecto secundario de antineoplásicos.

La aparición de cardiopatía isquémica aguda con el uso de capecitabina se ha relacionado con insuficiencia renal previa, edad avanzada, enfermedad cardiovascular previa o tratamiento concomitante con radioterapia y otros agentes cardiotóxicos<sup>1</sup>.

La cardiotoxicidad de la capecitabina se ha relacionado con diversos mecanismos; el más aceptado es el vasoespasmo coronario<sup>2</sup>.

En cuanto a posibles etiologías, con el irinotecan no se han descrito efectos adversos cardiológicos, y el bevacizumab se ha relacionado con hipertensión arterial severa y eventos trombóticos arteriales, hallazgos no objetivados en la paciente. Por tanto, parece como causa más probable la capecitabina, ya que al valorar la relación causalidad fármaco-reacción adversa (capecitabina-Síndrome coronario agudo) mediante el algoritmo de Karch y Lasagna (Figura 2) determinamos la relación como probable.

Durante el tratamiento quimioterápico es necesaria una monitorización cardiológica que, en caso de aparición de evento cardiotóxico, deberá suspenderse definitivamente<sup>3</sup>.

### Exploración y Pruebas Complementarias

#### Juicio Clínico

#### Diagnóstico Diferencial

#### Comentario Final

### BIBLIOGRAFÍA

1. Le Brun-Ly V, Martin J, Venat-Bouvet L, Darodes N, Labourey JL, Genet D, et al. Cardiac toxicity with capecitabine, vinorelbine and trastuzumab therapy: case report and review of fluoropyrimidine-related cardiotoxicity. *Oncology*. 2009; 76: 322-5.
2. Südhoff T, Enderle MD, Pahlke M, Petz C, Teschendorf C, Graeven U. 5-Fluorouracil induces arterial vasoconstrictions. *Ann Oncol*. 2004; 15: 661-4.
3. Cianci G, Morelli MF, Cannita K, Morese R, Riceveuto E, Di Rocco ZC, et al. Prophylactic options in patients with 5-fluorouracil-associated cardiotoxicity. *Br J Cancer* 2003; 28: 1507-9.

## 151/58. No infravaloremos nuestras mejores armas: anamnesis y exploración, pilares imprescindibles para un buen diagnóstico.

### AUTORES:

(1) García Espada, Sara; (2) Rocha Giraldo, Amanda; (2) Oreja Durán, Zoraida; (3) García Espada, David; (4) Cantillo Gutiérrez, María Teresa; (5) Rangel Tarifa, María Jesús.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz; (3) Médico Residente de 1er año de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz; (4) Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cadera de León. Badajoz; (5) Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

### RESUMEN:

#### Descripción del Caso

Paciente varón de 89 años hipertenso, dislipémico, diabético, (FA) fibrilación auricular paroxística anticoagulado con Sintrom, hace un año litotricia por litiasis renal izquierda. Independiente, buen cumplidor de sus tratamientos crónicos. Atendido en urgencias de AP (Atención Primaria) por dolor lumbar irradiado a hipogastrio diagnosticándose de (CRU) cólico renoureteral izquierdo. Tras 48 h acude a consulta de AP por dolor generalizado en hemiabdomen izquierdo que se ha intensificado en la última hora sin ninguna otra sintomatología acompañante. La exploración es rigurosamente normal salvo mínimo hematoma lineal infraumbilical y cifras bajas de TA; no refiere traumatismo, si importante sintomatología catarral con golpes de tos hace aproximadamente 7 días. Decidimos derivación a urgencias hospitalarias, quedando ingresado en Medicina Interna con diagnóstico de hematoma en vacío izquierdo secundario a cuadro de tos en el contexto de paciente anticoagulado sobredosificado

#### Exploración y Pruebas Complementarias

La exploración en consulta de AP el paciente presenta muy buen estado general, TA 100/54, mínimo hematoma lineal infraumbilical de 2cm de longitud en zona coincidente con hebilla del cinturón, resto de exploración anodina.. Se deriva a urgencias hospitalarias y se objetiva Hemoglobina 7,7 gr (que precisó transfusión de tres concentrados de hematies) INR 6,26 y leucocitosis 17.800 (85% neutrófilos). Electrocardiograma:FA con respuesta ventricular controlada. Ecografía abdominal: hematoma de pared en vacío izquierdo e hipogastrio de 12x5cm. Rx tórax, abdomen, sistemático de orina sin alteraciones. Se administra vitamina K, suspendemos Acenocumarol e inicio de HBPM.. Ingreso en Medicina Interna tras ser desestimada intervención por Cirugía General. Buena respuesta clínica.TC abdomen de control a las 48 h donde no existe progresión del hematoma, analítica de control con hb 12,1 gr, INR 1,08 y normalización de leucocitosis por lo que se procede al alta domiciliaria con HBPM y cita en consultas de Hematología

#### Juicio Clínico

Hematoma en pared abdominal con datos de infección, probablemente secundario a golpe de tos.

#### Diagnóstico Diferencial

Cólico renoureteral izquierdo, diverticulitis, obstrucción intestinal, sigmoiditis.

#### Comentario Final

La FA es la arritmia cardíaca crónica más frecuente en nuestro medio afectando al 8,5% población mayor de 60 años y quintuplicando el riesgo de ACVA. La indicación de establecer anticoagulación viene determinada por una puntuación mayor o igual de 2 en CHA2DS2-VASc. En el paciente que presentamos el antecedente de CRU ipsilaterales a la clínica puede desviar nuestra atención inicialmente y orientar el diagnóstico de forma

errónea. Es una obviedad afirmar que un pilar fundamental de nuestra praxis profesional es la exploración clínica pero en este caso se constata. En el momento que valoramos al paciente y observamos el minúsculo hematoma sin historia de traumatismo pero con golpes de los días previos hace que pensemos en la posibilidad de estar sobredosificado de sintrom y por tanto el diagnóstico inicial de CRU podía tener otra base mucho más complicada, como así fue

## BIBLIOGRAFÍA

1. Eikelboom JW, Connolly SJ, Brueckmann M, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with mechanical heart valves. *N Engl J Med* 2013; 369:1206.
2. Gallagher AM, van Staa TP, Murray-Thomas T, et al. Population-based cohort study of warfarin-treated patients with atrial fibrillation: incidence of cardiovascular and bleeding outcomes. *BMJ Open* 2014; 4:e003839.
3. Johnsen SP, Svendsen ML, Hansen ML, et al. Preadmission oral anticoagulant treatment and clinical outcome among patients hospitalized with acute stroke and atrial fibrillation: a nationwide study. *Stroke* 2014; 45:168.
4. You JJ, Singer DE, Howard PA, et al. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141:e531S.

## 151/59. Dolor lumbar como manifestación de la patología aórtica aguda

### AUTORES:

(1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Pérez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera, María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria.

### RESUMEN:

#### Descripción del Caso

varón de 55 años con factores de riesgo cardiovascular: HTA, DLP, fumador, bebedor de 30 gr. etanol/día, Obesidad II, SAHOS moderado-severo, tratamiento con norvas, lovastatina y Aines. Acude a urgencias por dolor lumbar de 3 días y dado de alta por infección urinaria. Dos días después en su domicilio presenta episodio sincopal siendo auxiliado por médicos del SUAP, donde lo encuentran hipotenso, administrándole 2000 SSF revirtiendo la hipotensión y enviado al hospital. A su llegada al hospital refiere el episodio sincopal, dolor abdominal que se irradia a espalda y masa pulsátil en flanco izquierdo.

#### Exploración y Pruebas Complementarias

paciente consciente, orientado, eupneico, BEG. TA:12/60, FC:80/min, sato2:96%, afebril. aparato cardiopulmonar: normal, RC rítmicos, soplo sistólico foco aórtico. abd: masa pulsátil en flanco derecho y ombligo, leve dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. resto examen anodino. Analítica: Hb:12,5 (Previa 14), leucocitos normales, dímero D:590, RX torax:normal, RX Abdomen:borramiento del psoas izquierdo, ECG: RS a 60/min, HVI. TAC: hematoma retro peritoneal de 25\*9 cm, secundario a rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarenal, de 9,3 cm de diámetro, que se extiende 13 cm sobre la bifurcación iliaca. el hematoma desplaza toda la celda renal izquierda

**Juicio Clínico**

Hematoma retroperitoneal secundario a rotura de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal.

**Diagnóstico Diferencial**

Ante un paciente con antecedentes de tabaquismo e HTA, clínica de dolor abdominal, hipotensión arterial y masa pulsátil abdominal la primera sospecha diagnóstica es rotura de aneurisma. El 70-75% de los casos son asintomáticos, detectándose como hallazgo fortuito en la exploración clínica o en pruebas imagen. La aparición de clínica se asocia con la presencia de complicaciones (dolor abdominal difuso por compresión de estructuras vecinas, ateroembolismo de miembros inferiores, o isquemia aguda de hemicuerpo inferior por trombosis del aneurisma). El cuadro de mayor gravedad es la rotura del aneurisma, que representa una urgencia vital. Se presenta como dolor abdominal o lumbar (muy intenso, con irradiación variable), shock hemorrágico y evidencia en la exploración de una masa abdominal pulsátil.

**Comentario Final**

Los Aneurismas de Aorta abdominal son asintomáticos y siendo el dolor lumbar el síntoma más frecuente cuando este se complica (rotura y/o por compresión de estructuras vecinas). Ante un paciente hipertenso, fumador y obeso con clínica de dolor lumbar, shock y una masa abdominal pulsátil se debe sospechar un Aneurisma de Aorta; para confirmar o descartar se debe realizar un TAC de abdomen. La patología aórtica aguda es una situación clínica crítica cuyo pronóstico depende de un diagnóstico y tratamiento temprano.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Joergensen TM, Houlind K, Green A, Lindholt JS. Abdominal aortic diameter is increased in males with a family history of abdominal aortic aneurysms: results from the Danish VIVA-trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2014;48(6):669-75. doi: 10.1016/j.ejvs.2014.09.005.

**151/60. Enfermedad de Ormond como causa secundaria de HTA.****AUTORES:**

(1) Antelo Pais, Paula; (2) Rey Aldana, Daniel; (3) Cinza Sanjurjo, Sergio; (4) Soutullo Lema, Leire; (5) Sánchez Corredoira, Ana; (6) García López, Marcos Gabriel; (7) Tojo Mañá, Walter; (8) Lueiro González, Natalia.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada Santiago de Compostela.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada Santiago de Compostela.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.; (5) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Noya. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.; (6) Enfermero. Centro de Salud A Estrada. Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.

**RESUMEN:****Descripción del Caso**

Varón de 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial de reciente diagnóstico por su médico de atención primaria. A tratamiento con Ramipril 5 mg desde hace 7 días.

Acude a urgencias por dolor abdominal de 5 días de evolución que se inició a nivel de ambas fosas renales irradiándose anteriormente llegando a afectar a región testicular. Refiere haber presentado episodios previos similares por los que no ha consultado. Asimismo refiere molestias a nivel suprapúbico y disminución de diuresis progresiva; y desde hace 48 horas anuria.

**Exploración y Pruebas Complementarias**

A la exploración física destaca dolor a la palpación a nivel suprapúbico, puño percusión renal bilateral positiva y sonda vesical con bolsa vacía. A nivel de extremidades inferiores presenta edemas pretibiales. Resto de exploración física sin hallazgos significativos.

Se realiza una analítica sanguínea en la que destaca una urea de 167, una creatinina de 11,07 y una hemoglobina de 12. Hace 4 meses analítica sanguínea con función renal normal.

A continuación se realiza radiografía de tórax y de abdomen que no muestran alteraciones; y una ecografía abdominal en la que los riñones son de tamaño y ecoestructura conservada pero no pueden verse los uréteres en su totalidad por no encontrarse la vejiga repleccionada.

Ante la sospecha de fracaso renal agudo de causa obstructiva no filiada se decide realizar tomografía computarizada abdominopélvica con contraste en la que se evidencia Fibrosis Retroperitoneal que engloba bifurcación aortoiliaca, arterias ilíacas y uréteres.

## Juicio Clínico

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos diagnosticamos al paciente de Fibrosis Retroperitoneal, e insuficiencia renal secundaria. Probablemente esta insuficiencia renal se puso de manifiesto al administrar el Ramipril, ya que al disminuir la tensión disminuyó también la perfusión renal.

Una vez ingresado se amplía el estudio para descartar causas secundarias de fibrosis retroperitoneal por lo que concluimos que se trata de una Enfermedad de Ormond o fibrosis retroperitoneal idiopática.

## Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial clínicamente debe establecerse con la nefrolitiasis mientras que radiológicamente se establecerá con procesos malignos (linfomas, sarcomas) e infecciosos (tuberculosis) que son causas secundarias de fibrosis retroperitoneal.

## Comentario Final

La fibrosis retroperitoneal es una enfermedad infrecuente, más frecuente en varones, con una prevalencia de 1,4 por 100 000 habitantes, que se caracteriza por la presencia de inflamación y fibrosis del tejido retroperitoneal, que frecuentemente engloba a los uréteres u órganos abdominales.

El 70% de las formas de fibrosis retroperitoneal son de causa desconocida; como causas secundarias se han identificado drogas (derivados ergotamínicos, metisergida), neoplasias malignas, infecciones, radioterapia o cirugía previa, exposición al asbesto y el tabaco.

El dolor en la parte baja de la espalda, abdomen o en los flancos es la forma de presentación más frecuente, irradiándose a zona inguinal hasta escroto. Otra manifestación clínica importante es la hipertensión arterial.

Para el diagnóstico la prueba de imagen de elección es el TC, pero el diagnóstico definitivo requiere de biopsia.

En cuanto al tratamiento los fármacos más utilizados son los corticoides y los inmunosupresores. Su finalidad es preservar el funcionamiento renal y evitar la progresión de la obstrucción

## BIBLIOGRAFÍA

*Medicina Interna, Farreras Rozman. Decimosexta edición.*

*Página web UPTODATE.*

## 151/61. ¿Disnea? Ojo a la anamnesis y exploración clínica.

### AUTORES:

(1) Díaz Vera, Alcibiades Segundo; (2) Kostyrya, Tetyana; (2) Dalle Dalle, Abdallah Jamil; (2) Reyes Mateo, Carmen Antonia; (2) Aganzo Perez, Yolanda; (2) Blanco Siendones, Lorena; (2) Rodríguez Fernández, Blanca; (2) Riaño Carrera, María Ángeles; (3) Díaz Vera, Luis Alberto; (4) Guelai, Najoua.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.; (2) Médico Sustituto. Servicio Cántabro de Salud. Santander.; (3) Médico Adjunto. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (H.N.E.R.M.). Lima. Perú.; (4) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Cántabro de Salud.Cantabria.

**RESUMEN:****Descripción del Caso**

Mujer de 21 años que consulta derivada desde atención primaria por tos con expectoración amarillenta de 15 días que no mejora con el tratamiento antibiótico, disminución de 6 kg de peso en los últimos 6 meses y disnea con esfuerzos moderados desde hace 2 años.

Antecedentes personales: Fumadora de menos 10 cigarrillos al día, y varios ingresos por intento autolítico.

**Exploración y Pruebas Complementarias**

Consciente y orientada, eupneica, normocoloreada,

REG, hidratada y perfundida. PA: 120/70 mmHg; FC: 80

lpm; T: 36,5 °C y SO<sub>2</sub>: 94%. Auscultación cardiopulmonar:

aparentemente normal, sin soplos. Resto del examen normal. Con una Rx tórax con un engrosamiento hilar importante, aparentemente de origen vascular llevándose a cabo un TAC torácico que muestra una dilatación de tronco de la arteria pulmonar principal de 45 mm, así como dilatación de las arterias pulmonares, dilatación de VD y sin datos de enfermedad tromboembólica. Ante estos hallazgos se consulta a cardiología para descartar hipertensión pulmonar por cardiopatía .

Se realizó un Eco transtorácica: VI de tamaño y función normal con válvula auricular trivalva y válvula

mitral normal con un discreto prolapso de velo anterior e IM en rango ligero-moderado; hipertrofia moderada VD, función VD está en los límites bajos de la normalidad; IT con PAP sistólica de 100 mmHg; dilatación tronco pulmonar y sus ramas; se objetiva un defecto del tabique interauricular OS, que confirma la

Eco transesofágica. RM: CIA tipo OS muy amplia con shunt izquierda

derecha 2:1. VD gravemente dilatado e hipertrófico con

datos de sobrecarga. Dilatación grave del tracto de salida del VD,

arteria pulmonar y ramas principales y segmentarias.

**Juicio Clínico**

Comunicación interauricular tipo ostium secundum con práctica ausencia de tabique interauricular que condiciona una hipertensión pulmonar sistémica y disfunción ligera de VD con insuficiencia tricuspídea también importante.

**Diagnóstico Diferencial**

La RM confirma lo descrito. El cateterismo cardíaco muestra hipertensión pulmonar; cortocircuito I-D 40 % y Qp:Qs: 1.6:1. La paciente recibió tratamiento con bosentán para disminuir las resistencias vasculares pulmonares de cara a la cirugía. Posteriormente se intervino quirúrgicamente con evolución favorable.

**Comentario Final**

La CIA es la cardiopatía congénita a cianótica más frecuente en el adulto. Aproximadamente 70% de los casos son susceptibles de cierre percutáneo y para valorarlo debe tenerse en cuenta la repercusión clínica, el tamaño del defecto y su localización anatómica. La evolución clínica del paciente tiene un periodo asintomático y, a partir de los 20 años hasta 50% pueden padecer infecciones respiratorias repetitivas, fatiga, disnea de esfuerzo, cianosis o hemoptisis, arritmias auriculares, hipertensión arterial pulmonar o insuficiencia cardíaca derecha. Que nuestra paciente ha pasado desapercibida varios años sin ser advertida en las exploraciones previas, puede ser explicada en parte por el tipo de CIA tipo OS muy amplia, con práctica ausencia del tabique interauricular. Ello quizás ha contribuido a que no se haya podido objetivar. La CIA es un defecto que sigue apareciendo en el adulto y que para su diagnóstico se requiere un elevado índice de sospecha.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes-Téllez Girón J, López-Cuéllar M, Díaz-Arauzo A. División anatómo-embriológica de los ventrículos. Concepto que debe incorporarse en la enseñanza de la anatomía. *RevMexCardiol*2008; 14(2):61-63.

## 151/64. Varón con molestias

### AUTORES:

(1) Sánchez-Monge Ruiz, M<sup>a</sup> Dolores; (2) Montiel Moreno, Andrea; (1) España Peña, M<sup>a</sup> Fernanda.

### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (2) Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca.

### RESUMEN:

#### Descripción del Caso

Varón de 60 años que acude a la consulta de Centro de Salud por molestias/opresión a nivel precordial autolimitados desde hace 1 semana, de 10-15 minutos de duración y entumecimiento de miembro superior izquierdo (algunos en reposo). En una ocasión toma de nitroglicerina con desaparición del dolor. Sigue revisiones habituales cada 6 meses, la última hace 3 meses

Antecedentes personales: No hipertenso, no diabético, no dislipémico, ex-fumador desde hace 15 años, Asma bronquial. Cardiopatía isquémica (1999) revascularizado con 3 stents, y otra en (2007) revascularizado con 2 stents

Tratamiento: Clopidogrel, Unimasdil, Lipemol, Seretide y Montelukast, Pantoprazol, vernies si precisa

#### Exploración y Pruebas Complementarias

-ECG: ritmo sinusal eje -30°QRS estrecho, elevación ST en III, T - en II, III, AVF Y de V3-V6

-Constantes normales

-Exploración cabeza, cuello, cardio-pulmonar, abdominal, extremidades inferiores, normal

-Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación Normales

CK 99, CK-MB5.5, Troponina 88

-Cateterismo: Tronco común sin lesiones, DA estenosis grave en tercio proximal, estenosis del 70% en tercio medio, Cx estenosis grave de tercio proximal y medio, Cd estenosis de 90% en tercio medio entre 2 stent anteriores y estenosis crítica en tercio distal. Se implantan 5 stents

#### Juicio Clínico

Cardiopatía isquémica, síndrome coronario agudo sin elevación de ST Tipo angina inestable. Afectación arterial coronaria de 3 vasos. Revascularización percutánea completa de DA, CX, yCD

#### Diagnóstico Diferencial

Dolor pleurítico, dolor pericárdico, dolor por disección de aorta, dolor esofágico, dolor psicógeno, dolor musculoesquelético

#### Comentario Final

Paciente con dolor precordial autolimitado y sensación de malestar de días de evolución, el ECG con poca variación respecto a los previos, que aporta, se deriva a urgencias por los antecedentes personales para realizar analítica e interconsulta con Cardiología. Allí le deciden realizar cateterismo que se hace en 2 tiempos, evolucionando dentro de la normalidad.

Se da alta hospitalaria con cambio en la medicación y control por Cardiología y por su Médico de Atención Primaria

**BIBLIOGRAFÍA**

- Kereiakes DJ. *Improving adjunctive pharmacotherapy for primary percutaneous coronary intervention in ST-segment elevation myocardial infarction: beyond the HORIZONS-AMI trial.* *RevCardiovascMed.* 2009 Spring; 10(2):72-82.
- Horan LG, Flowers NC. *Right ventricular infarction: specific requirements of management.* *Am FamPhysician.* 1999 Oct 15; 60(6):1727-34grafía
- J. Caballero-Borrego, J.M. Hernández-García, J. Sanchis-Fores. *Complicaciones mecánicas en el infarto agudo de miocardio. ¿Cuáles son, cuál es su tratamiento y qué papel tiene el intervencionismo percutáneo?* *Rev Esp Cardiol.* 2009; 09(Supl.C):62-70.

**151/65. Joven deportista con dolor****AUTORES:**

(1) Sánchez-Monge Ruiz, M<sup>a</sup> Dolores; (2) Montiel Moreno, Andrea; (1) España Peña, M<sup>a</sup> Fernanda.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Medico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca; (2) Medico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca.

**RESUMEN:****Descripción del Caso**

Varón de 21 años que acude, porque en el día de hoy mientras entrenaba ha presentado dolor centro-torácico opresivo irradiado a espalda, aumenta con la tos y al inspirar, nota mejoría al inclinarse hacia delante. Refiere catarro hace 10 días, con febrícula que desapareció y mialgias

Antecedentes personales Sin interés

Antecedentes familiares No presenta

Tratamiento Ninguno

No fumador

**Exploración y Pruebas Complementarias**

Constantes TA 110/60, FC 66, Temperatura 36,7°C, Saturación 100%

ECG Ritmo sinusal a 60 lpm, eje 60°, elevación de ST de concavidad superior de V1-V4, ondas T altas y picudas

Exploración Cabeza, cuello, cardio-pulmonar, Abdomen, Extremidades inferiores Normal

Analítica: hemograma , Bioquímica ( ligera leucocitosis), Coagulación Normales

CK-MB 182, Troponina 30,1

RX torax Normal

Ecocardiograma No se aprecian alteraciones Ventrículo izquierdo normal con Fracción de eyección conservada, no se ve líquido libre

**Juicio Clínico**

Miopericarditis

**Diagnóstico Diferencial**

Con todas las causas de dolor precordial: dolor isquémico, dolor pleurítico, TEP, dolor por disección de aorta, dolor esofágico, dolor psicógeno, dolor musculoesquelético

**Comentario Final**

Los antecedentes de joven, cuadro catarral los días previos, el ECG y la elevación de enzimas cardíacos nos acercan al diagnóstico de pericarditis, se realiza Ecocardiograma para descartar que exista derrame pericardíaco por el que precise ingreso hospitalario. Se pone tratamiento con reposo, Ibuprofeno 600 mg/8 horas, Omeprazol 20 mg/24 horas.

Seguimiento por su Médico de Atención Primaria y por el Cardiólogo

## BIBLIOGRAFÍA

LeWinter MM, Tischler MD. Pericardial diseases. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine

LeWinter MM, Tischler MD. Pericardial diseases. In: Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P, eds. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011:chap 75.

## COMUNICACIONES ENFERMERIA

### 151/11. Estado de la vacunación antineumocócica en los pacientes cardiopatas de una zona básica de salud.

#### AUTORES:

(1) Bueno Juan, M<sup>a</sup> Isabel; (2) Aparicio Aparicio, M<sup>a</sup> Teresa; (2) Llongo Jorge, M<sup>a</sup> Asunción.

#### CENTRO DE TRABAJO:

(1) Enfermera. Centro de Salud Nou Moles, Valencia.; (2) Enfermera. Centro de Salud Moles. Valencia.

#### RESUMEN:

##### Objetivos

Valorar el estado vacunal antineumocócico de la población cardiopata mayor de 14 años, de la zona básica de salud correspondiente al CS Nou Moles de Valencia.

##### Metodología

Revisión de los datos de vacunación antineumocócica del 2014 en una muestra de pacientes codificados con diagnósticos relacionados con la patología cardíaca (n=1881) a través del programa ABUCASIS y del Registro Nominal de Vacunas de Salud Pública.

##### Resultados

Tan sólo 37 pacientes de todo el universo de la muestra, tienen alguna vacuna antineumocócica administrada (conjugada, polisacárida, o ambas), pese a las recomendaciones de SEMERGEN y SEMPSPH para este grupo de riesgo.

##### Conclusiones

- La vacunación antineumocócica del paciente cardiopata es prácticamente inexistente para este grupo de población y en esta zona básica de salud.
- Puesto que la ENI es la primera causa de muerte prevenible por vacunación (según la OMS), es de vital importancia la correcta administración de esta vacuna.
- El papel de enfermería para informar y recomendar el acto vacunal (prevención y promoción de la salud) es un eslabón fundamental para conseguir una buena cobertura vacunal.
- Es necesario concienciar a los profesionales y a la población sobre la importancia de estar bien vacunado en la edad adulta, sobre todo cuando hay patologías de base concomitantes.

### 151/22. ¿Estamos infraestimando la fracción atribuible poblacional de HTA debida a la obesidad?

#### AUTORES:

(1) Dávila Batista, Verónica; (2) Fernandez-Villa, Tania; (2) Garcia-Martinez, Lidia; (3) Dierssen Sotos, Trinidad; (4) Gómez Acebo, Inés; (5) Blasco Carmona, María Jose; (6) Pintor Rey, Marina; (7) Molina de la Torre, Antonio J; (8) Vilorio Marques, Laura; (9) Martín Sánchez, Vicente.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Graduada en Enfermería. Personal Investigador en Formación. Universidad de León.; (2) Grado de Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León; (3) Doctora en Medicina. Profesora titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cantabria.; (4) Diplomada en Enfermería. Profesora contratada doctora en el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cantabria.; (5) Diplomada en Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León.; (6) Grado de Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León.; (7) Licenciado en Biología. Profesor contratado doctor del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.; (8) Licenciado en Biología. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS).; (9) Doctor en Medicina. Profesor titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.

**RESUMEN:****Objetivos**

La carga de enfermedad cardiovascular atribuible a la obesidad se calcula normalmente a partir del índice de masa corporal (IMC). Sin embargo, se informa que el IMC presenta problemas de correlación con el porcentaje de grasa corporal (%GC) pues depende del sexo y la edad y tampoco valora la distribución de la grasa corporal. El objetivo fue comparar la carga de hipertensión (HTA) atribuible a la obesidad según tres diferentes maneras de valorar el %GC: IMC, el perímetro de la cintura (PC) y el CUN-BAE.

**Metodología**

Muestra representativa de la población adulta española (proyecto ENRICA). Las medidas antropométricas fueron recogidas por personal cualificado. Criterios de HTA: PAS $\geq$ 130 mmHg o PAD $\geq$ 85 mmHg o recibir fármacos antihipertensivo. Se calculó la fracción atribuible poblacional (FAP) de hipertensión debida a la obesidad según las categorías de adiposidad del IMC, el PC y el CUN-BAE. Se estratificó por sexo.

**Resultados**

Se incluyeron 12122 individuos, 5749 hombres (47,3  $\pm$ 16,5 años) y 6373 mujeres (47,7  $\pm$ 16,9). La prevalencia de hipertensión fue del 32,4% y de obesidad del 22,0%. La prevalencia de HTA en los grupos de referencia de adiposidad fueron: 4,6%, 3,6% y 1,3% en hombres y 0,4%,1,4%, 1,6% en mujeres y la FAP de HTA atribuible a la adiposidad fue de 0,54; 0,28 y 0,82 en hombres y 0,49; 0,39 y 0,96 en mujeres, (IMC, PC y CUN-BAE respectivamente).

**Conclusiones**

La carga de HTA que se atribuye en la población a la obesidad podría estar fuertemente infraestimada al valorarla mediante el IMC.

## 151/56. Fracción atribuible poblacional de hipertensión debida a la obesidad según diferentes métodos antropométricos

**AUTORES:**

(1) Dávila Batista, Verónica; (2) Fernández-Villa, Tania; (2) García-Martínez, Lidia; (3) Dierssen Sotos, Trinidad; (4) Gómez Acebo, Inés; (5) Blasco Carmona, María Jose; (6) Pintor Rey, Marina; (7) Molina de la Torre, Antonio J; (8) Vilorio-Marques, Laura; (9) Martín Sánchez, Vicente.

**CENTRO DE TRABAJO:**

(1) Graduada en Enfermería. Personal Investigador en Formación. Universidad de León.; (2) Grado de Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León; (3) Doctora en Medicina. Profesora titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cantabria.; (4) Diplomada en Enfermería. Profesora contratada doctora en el Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Cantabria.; (5) Diplomada en Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente

y salud (GIGAS). Universidad de León.; (6) Grado de Enfermería. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León.; (7) Licenciado en Biología. Profesor contratado doctor del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.; (8) Licenciado en Biología. Grupo de investigación interacción gen-ambiente y salud (GIGAS). Universidad de León.; (9) Doctor en Medicina. Profesor titular del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.

## RESUMEN:

### Objetivos

El índice de masa corporal (IMC) y el perímetro de la cintura (PC) son los métodos más empleados para estimar los casos de hipertensión (HTA) que pueden ser atribuidos a la obesidad; no obstante, el IMC infraestima la prevalencia de obesidad. El CUN-BAE como estimador del porcentaje del grasa corporal incorpora sexo y edad. El objetivo fue comparar la carga de hipertensión (HTA) atribuible a la obesidad según tres maneras diferentes de medición: IMC, PC y el CUN-BAE.

### Metodología

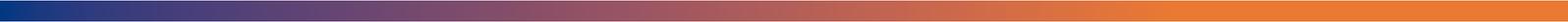
Fueron incluidos los controles caucásicos con un IMC  $\geq 18,5$  kg/m<sup>2</sup> del proyecto MCC-Spain. Las medidas fueron recogidas por personal cualificado. Se estimaron los riesgos de HTA mediante regresión logística no condicional ajustando por nivel de estudios, estado civil, tabaco y alcohol. Se calculó la fracción atribuible poblacional (FAP) de HTA debida a la obesidad según las categorías de adiposidad del IMC, PC y CUN-BAE. Se estratificó por sexo.

### Resultados

Se incluyeron 3638 individuos, 1905 hombres (66,3  $\pm$  9.5 años) y 1733 mujeres (59.0  $\pm$  12.9). La prevalencia de HTA fue del 37,2% y de obesidad del 20,5%. La prevalencia de HTA en los grupos de referencia de adiposidad fueron: 31,8%; 36,3% y 21,9% en hombres y 18,2%; 17,4% y 10,5% en mujeres y la FAP de hipertensión atribuible a la adiposidad fue de 0,45; 0,29 y 0,62 en hombres y 0,31; 0,33 y 0,48 en mujeres (IMC, PC y CUN-BAE respectivamente).

### Conclusiones

La carga de HTA que se atribuye en la población a la obesidad podría estar infraestimada al valorarla mediante el IMC y el PC.



## ORGANIZA



[www.jornadascardiovasculares.com](http://www.jornadascardiovasculares.com)

[info@jornadascardiovasculares.com](mailto:info@jornadascardiovasculares.com)



## SECRETARÍA TÉCNICA



C/Narvéez 15-1<sup>izq</sup>  
28009 · Madrid  
tel : 902 430 960  
fax : 902 430 959  
[info@apcongress.es](mailto:info@apcongress.es)