

Riesgo Vascular

Revista Oficial de la **Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular**

33º Congreso Médico SAHTA

20^{as} Jornadas de Enfermería

18^{as} Jornadas de Farmacéuticos

Junta Directiva SAHTA

PPresidente

Dr. D. Luis Castilla Guerra

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Presidente Ex Oficio

Dra. D^a. María Dolores Martínez Esteban

Nefrología. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Vicepresidente

Dra. D^a. María del Pilar Segura Torres

Nefrología. Hospital Universitario de Jaén.

Secretario

Dr. D. Jesús Vergara Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Médico Bayyana. Almería.

Tesorero

Fernando Jaén Águila

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Vocal de Almería

Dra. D^a. M.^a Adoración Martín Gómez

Nefrología. Hospital de Poniente, El Ejido. Almería.

Vocal de Cádiz

Dra. D^a. Patricia Rubio Marín

Medicina Interna. Hospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Vocal de Córdoba

Javier López Moreno

Centro de salud de Palma del Río. Palma del Río. Córdoba

Vocal de Granada

Dra. D^a. María Josefa Antolinos Pérez

Cardiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Vocal de Huelva

Dra. D^a. Begoña Merelo Ruiz

Hospital Comarcal Infanta Elena. Huelva

Vocal de Jaén

Dra. D^a. María Jesús Martínez Soriano

Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén.

Vocal de Málaga

Dra. D^a. M^a Dolores López Carmona

Medicina Interna. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga

Vocal de Sevilla

Dr. D. Luis Matias Beltrán Romero

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Vocal MIR

Pablo Astudillo Ortega

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Vocal de Enfermería

Sra. D^a. Ana Belén Arrabal Téllez

Enfermera. Atención primaria UGC Nerja. Málaga

Vocal de Farmacia

Dr. D. Emilio García Jiménez

Vocal de Farmacia de la SAHTA. Farmacéutico Comunitario. Granada.

Vocal de Investigación, Docencia y Formación

Antonio Espino Montoro

Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Vocal de Investigación y Docencia hospitalaria

Dr. D. Juan Diego Mediavilla García

Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Vocal de Investigación y Docencia primaria

Dr. D. Francisco Villalba Alcalá

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Osuna. Osuna. Sevilla.

Vocal Relaciones Institucionales

Dr. D. José Francisco Frías Rodríguez

*Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de sección de urgencias.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.*

Revista Riesgo Vascular

Editor: Fase 20 S.L.

Lugar de Edición: Granada

Depósito Legal: GR 3416-2009

ISSN: 2792-6427

Copyright 2017. Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (SAHTA)

Reservados todos los derechos de la edición.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito de los titulares del Copyright.

A los efectos previstos en el artículo 32.1, párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Riesgo Vascular con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier acto de explotación de la totalidad o parte de las páginas de Riesgo Vascular con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales necesitarán oportuna autorización.

Carta presentación

Noviembre de 2024

Nuestra Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular (SAHTA) celebra su 33º Congreso en este año 2024 con la ilusión de que sea un éxito. La SAHTA pretende ser el punto de encuentro multidisciplinar, donde diferentes profesionales sanitarios implicados en el Riesgo Vascular puedan aportar una actualización de conocimientos a la comunidad científica. Este año contamos con un ambicioso programa lleno de contenidos, aspectos novedosos y de interés en la práctica clínica.

Con nuestra Revista pretendemos crear un hueco que sea el órgano de expresión y donde tenga cabida todo tipo de cuestiones, desde las meramente fisiopatológicas a la gran variedad de técnicas diagnósticas, así como los diferentes tratamientos unidos a las posibles controversias en el paciente con riesgo vascular elevado y que puedan ser útiles para la práctica de la Medicina Cardiovascular.

Debido a la gran cantidad de factores de riesgo vascular que existen (hipertensión, diabetes, hiperlipemia, tabaquismo, obesidad, etc.) y a la afectación de órganos diana como consecuencia de la actuación de los factores de riesgo (corazón, cerebro, riñón, retina) es por lo que en esta Sociedad diferentes especialistas (cardiólogos, nefrólogos, endocrinos, internistas, neurólogos y oftalmólogos) así como médicos de familia y generalistas pueden enviar sus experiencias así como los resultados de sus investigaciones tanto a nivel básico, epidemiológico y/o clínico.

Quiero recordar que a fecha de hoy, la enfermedad cardiovascular no solo es la primera causa de muerte en nuestro país sino que además en términos clínicos y socioeconómicos supone un importante volumen debido a que más de 10 millones de españoles son hipertensos (de los cuales bien controlados no llegan al 40%), más de 1 millón de ciudadanos presentan un síndrome cardiovascular dismetabólico, la incidencia anual de ictus es de 100.000 pacientes y la enfermedad cardiovascular va a ser la responsable de 20.000 muertes anuales.

Son datos que nos tienen que hacer reflexionar.

Continuando con la línea de años anteriores, aparece el nuevo número de nuestra revista oficial denominada "Riesgo Vascular" coincidiendo con el 33º Congreso Anual de la SAHTA que se va a celebrar en Almería, del 14 al 16 de noviembre de 2024. Aprovechando la filosofía de nuestra revista, que es poner a disposición de la comunidad científica artículos originales, revisiones, presentación de ponencias y comunicaciones al Congreso por parte de todas aquellas personas que estén interesadas, en este número se presentan los resúmenes de las diferentes ponencias, así como todas las comunicaciones y casos clínicos aceptados a nuestra Reunión Anual.

Además, en este mismo Congreso se van a celebrar las 18as Jornadas de Farmacéuticos y 20as Jornadas de Enfermería, dejando plasmado en nuestra revista por parte de los profesionales sus comunicaciones.

A mí como director de la revista no me queda más que decir que año tras año estamos viendo como nuestra Sociedad está creciendo y la calidad de las comunicaciones en cuanto al contenido científico está aumentando.

En definitiva con esta publicación lo que pretendemos es intentar conocer la investigación que se lleva a cabo por los diferentes grupos de trabajo a nivel andaluz y en las diferentes provincias así como por distintas especialidades en relación con la hipertensión arterial y el riesgo vascular, estimular la investigación e incrementar y profundizar los conocimientos sobre diferentes aspectos de la enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo vascular a la que se enfrentan a diario además de informar de los nuevos tratamientos que van surgiendo así como ayudar a mejorar su práctica clínica. De esta forma se podrá intercambiar conocimientos y apoyar a diferentes grupos que estén trabajando en líneas similares.

Finalmente, para ser un buen profesional de la medicina es fundamental no solo aplicar los conocimientos científicos adquiridos, sino que también enseñar las experiencias como pueden ser los resultados de investigación básica y clínica. Espero que el contenido científico de la revista sea de utilidad práctica, fuente de conocimientos, encienda la luz sobre posibles ideas y nuevos proyectos de investigación a cualquier lector de la revista y ello suponga un estímulo a nivel personal para llevar a cabo una investigación cada vez más profunda de prestigio.

Esperamos que los contenidos de la revista despierten el interés de sus lectores.

Reciban un cordial saludo de antemano.

Atentamente.

Dr. D. Antonio Espino Montoro

Editor de la Revista

Comités

Comité Organizador y Científico Medicina

Presidenta

Dra. D^a. M^a Adoración Martín Gómez

Nefrología. Hospital Universitario de Poniente. El Ejido. Almería.

Vicepresidente

Dr. D. Jesús Vergara Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bayyana. Almería.

Vocales

Dr. D. Daniel Sebastián Bravo Bustos

Cardiología. Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa. Almería.

Dr. D. Lisardo García Matarín

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Almería.

Dr. D. Carlos Federico Gómez Navarro

Cardiología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Dr. D. Francisco Javier Guerrero Camacho

Nefrología. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Dr. D. Guillermo Jiménez Portillo

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Poniente. El Ejido. Almería.

Dr. D. Gádor López Martín

Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Poniente. El Ejido. Almería.

Dr. D. Juan Antonio Montes Romero

Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Dr. D. Manuel Jesús Soriano Pérez

Medicina Interna. Hospital Universitario de Poniente. El Ejido. Almería.

Comité Organizador Farmacia

Presidenta

Sra. D^a. Gema Martínez Soler

Presidenta Colegio Oficial de Farmacéuticos de Almería.

Secretario

Sr. D. Diego Martín-Gómez Coronado

Farmacéutico. Almería.

Vocales

Sr. D. Eloy Ruiz Huelves

Farmacéutico. Abrucena. Almería.

Sr. D. Joaquín Urda Romacho

Farmacéutico. Hospital Universitario de Poniente. El Ejido. Almería.

Sra. D^a. Rocío Gázquez

Farmacéutica. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Comité Científico Farmacia

Presidente

Sr. D. Pepe Espejo Guerrero

Farmacéutico Comunitario. Adra. Almería

Secretario

Sr. D. Emilio García Jiménez

Farmacéutico Comunitario. Granada. Vocal de Farmacia de SAHTA.

Vocales

Sr. D. Francisco Javier Hernández de Haro

Farmacéutico. Distrito Almería.

Sra. D^a. Alba Martos Rosa

*Farmacéutica. Hospital Universitario Poniente. Almería.
Vocal Farmacia Hospitalaria del Colegio de Farmacéuticos.*

Sr. D. Domingo Ortega López

Farmacéutico Comunitario. Écija. Sevilla.

Comité Organizador Enfermería

Presidenta

Sra. D^a. Ana Belén Arrabal Téllez

Enfermería. UGC Nerja- AGS Este Málaga-Axarquía. Miembro del equipo de la web de la Asociación de enfermería Comunitaria. Tutora formación en ANDAVAC. Presidenta Comité Organizador 19^a Jornadas Enfermería y vocal de enfermería de la SAHTA.

Vocales

Sra. D^a. Teresa Belmonte

Enfermería. Profesora directora. Antropóloga. Universidad de Almería.

Sra. D^a. Inmaculada Cid

Enfermería. Colegio Enfermería. Hospital Universitario Poniente. Almería.

Sr. D. Matías Correa Casado

Enfermería. Profesor Universidad de Almería.

Sra. D^a. María José Jiménez Liria

Enfermería Atención Primaria.

Sra. D^a. Rocío Miranda González

Enfermería. Hospital de Día Cardiológico. Hospital Universitario Poniente. Almería.

Sra. D^a. Alba Serrano Espigares

Enfermería. Hospital Universitario de Poniente. El Ejido. Almería.

Comité Científico Enfermería

Presidenta

Sra. D^a. Ana Belén Arrabal Téllez

Enfermería. UGC Nerja- AGS Este Málaga-Axarquía. Miembro del equipo de la web de la Asociación de enfermería Comunitaria. Tutora formación en ANDAVAC. Presidenta Comité Organizador 19^a Jornadas Enfermería y vocal de enfermería de la SAHTA.

Vocales

Sra. D^a. Julia Barrera Barrera

Enfermería. Unidad de Riesgo Vascular. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Sr. D. Matías Correa Casado

Enfermería. Profesor Universidad de Almería. Almería.

Sra. D^a. Arianna Lorenzo Arrabal

Enfermería. Hospital Vithas Xanit Internacional. Benalmádena. Málaga.

Sra. D^a. Iris María Muñoz del Pino

Enfermería. Unidad de Riesgo Vascular. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Sra. D^a. Juana Ponce Domínguez

Enfermería. Referente Centros Educativos. UGC de Aljaraque. Huelva.

Sra. D^a. Ana Belén Romero Cañadillas

Enfermería. Zona Básica de Salud Osuna. Sevilla.

SUMARIO

Resúmenes

Medicina.....	10
Farmacia.....	19
Enfermería.....	22

Comunicaciones

Medicina.....	24
Farmacia	94
Enfermería	111

Revista Riesgo Cardiovascular

Medicina

33º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

Presentación: del Documento de Consenso sobre Tabaquismo y Riesgo Cardiovascular

Ponente:

Dr. José Abellán Alemán

El tabaquismo es considerado por la OMS como un trastorno mental de comportamiento, por lo tanto, es una enfermedad y no un simple hábito nocivo. El 22% de la población española se declara fumadora diaria. La prevalencia global de fumadores es mayor en hombres. En España en la franja de edad entre 15 y 25 años las mujeres fuman igual o más que los hombres. El impacto económico, social y sanitario, es muy importante recayendo sobre el fumador, la familia, la sociedad y las empresas. Deben contemplarse las nuevas formas de uso, en las que se evita la combustión directa del tabaco: cigarrillos electrónicos o vapores, pipas de agua, y dispositivos de calentamiento sin llegar a la combustión. El diagnóstico del fumador es una pregunta (fuma o no fuma), pero se deberá valorar: La dependencia física de la nicotina (test de Fagerström). La dependencia social y psicológica, (test de Glover Nilsson). La motivación para abandonar el hábito (test de Richmond). Las probabilidades de éxito de las terapias con el test de Henri-Mondor y Michael-Fiore y la etapa evolutiva del cambio de conducta en la que se encuentra (Prochaska y DiClementi). El consejo antitabaco es muy costo-efectivo y debe darse siempre. La cooximetría, ayuda a motivar la deshabituación tabáquica. El tabaquismo es un factor potenciador del riesgo cardiovascular ya que es un agente patógeno para el desarrollo de arteriosclerosis. Facilita una disfunción endotelial, promueve una inflamación de bajo grado, genera una dislipemia aterogénica, acelera la oxidación de la LDL y es un factor trombogénico. Por lo tanto, está íntimamente ligado al desarrollo de cardiopatía isquémica, ictus y arteriopatía periférica. El consumo de tabaco acelera la progresión de enfermedad renal crónica. El tabaco tiene un impacto perjudicial en la salud pulmonar, aumentando el riesgo de enfermedades pulmonares crónicas como la EPOC. Un tercio de las muertes por cáncer se deben al tabaquismo y es la causa más importante y prevenible de muerte por cáncer. El consumo de tabaco está relacionado no sólo con cáncer de pulmón, también con cáncer genital femenino, cáncer de laringe, orofaringe, vejiga, boca, esófago, hígado y vías biliares y estómago, entre otros. En el humo del tabaco se han detectado más de 50 agentes cancerígenos que afectan a genes críticos como oncogenes y genes supresores de tumores, teniendo que pasar años tras el abandono del tabaco para que el riesgo de padecer ciertos cánceres se iguale con los individuos que nunca han fumado. El hábito tabáquico entre las mujeres está creciendo y genera un aumento de complicaciones cardiovasculares, osteoporosis y trastornos de la fertilidad. 2.- Debe evitarse el uso de anticonceptivos orales combinados en las mujeres fumadoras mayores de 35 años por el mayor riesgo de procesos cardiovasculares y tromboembolismos. El abordaje de la deshabituación tabáquica en el paciente fumador necesita la colaboración multidisciplinar de médicos, enfermeros psicólogos etc., así como la propia implicación del paciente. La detección precoz del problema puede y debe realizarse en Atención Primaria. El abordaje temprano con las medidas no farmacológicas y el seguimiento adecuado del paciente son claves para el cese del hábito tabáquico. Disponemos de tratamientos eficaces para ayudar a la deshabituación del tabaco. En general, es preferible realizar tratamiento combinado cuando la dependencia del fumador es elevada. Para los individuos que no consiguen dejar de fumar, una estrategia basada en la gestión del daño por tabaquismo y apoyada por la ausencia de combustión con el cambio total a productos sin humo, podría ser una alternativa menos peligrosa para su salud que seguir fumando.

Mesa Redonda: Hipertensión Arterial. Protagonista.

Temas y Ponentes:

Terapias no farmacológicas para el control de la HTA refractaria.

Dr. Juan José Macancela Quiñones

Dr. Fernando Jaén Águila

La hipertensión arterial resistente (HTA-R) se define como la incapacidad para controlar adecuadamente la presión arterial a pesar del uso de al menos tres medicamentos antihipertensivos, que incluyan un diurético, en dosis óptimas. Es un problema clínico significativo debido a su alta prevalencia y su asociación con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares. Entre las causas subyacentes de la HTA-R se incluyen factores genéticos, problemas del estilo de vida (como la ingesta de sodio y el sobrepeso), además de afecciones secundarias como la apnea obstructiva del sueño, enfermedad renal crónica y aldosteronismo primario.

Diagnóstico y Tratamiento de la HTA-R

El manejo adecuado de la hipertensión resistente comienza con una evaluación detallada para descartar causas secundarias de hipertensión y asegurar que los pacientes cumplan con el tratamiento prescrito. El diagnóstico también debe excluir la hipertensión de bata blanca, en la cual los pacientes muestran elevaciones en la presión arterial solo en un entorno clínico. El monitoreo ambulatorio de la presión arterial puede ayudar a diferenciar esta condición.

Una vez que se ha confirmado la HTA-R, el tratamiento puede involucrar ajustes en la terapia farmacológica, como la adición de medicamentos como los antagonistas de los receptores de aldosterona (ej. espironolactona), que han demostrado ser efectivos para mejorar el control de la presión arterial en pacientes con HTA-R. Sin embargo, un número significativo de pacientes sigue presentando una presión arterial no controlada, a pesar de estos ajustes.

Denervación Renal: Un Tratamiento Alternativo

En este contexto, la denervación renal (DR) ha emergido como una opción prometedora para el tratamiento de la HTA-R. La denervación renal es un procedimiento mínimamente invasivo que utiliza energía de radiofrecuencia para ablacionar los nervios simpáticos en las arterias renales. Estos nervios juegan un papel importante en la regulación de la presión arterial a través del sistema nervioso simpático. Al reducir la actividad simpática renal, se busca disminuir la presión arterial en los pacientes con HTA-R.

Los primeros estudios sobre la denervación renal, como el ensayo SYMPPLICITY HTN-2, mostraron resultados alentadores, con reducciones significativas en la presión arterial. Sin embargo, estudios posteriores, como el SYMPPLICITY HTN-3, no lograron demostrar una diferencia significativa entre la denervación renal y un procedimiento simulado (placebo), lo que generó dudas sobre su eficacia en la práctica clínica general.

Evolución Reciente y Perspectivas Futuras

A pesar de los resultados contradictorios, la investigación sobre la denervación renal ha continuado. Los avances en la tecnología y el refinamiento de los criterios de selección de pacientes han llevado a resultados más prometedores en estudios recientes. En particular, ensayos como SPYRAL HTN-ON MED y SPYRAL HTN-OFF MED han mostrado que la denervación renal puede reducir significativamente la presión arterial, tanto en pacientes que toman medicación como en aquellos que no lo hacen.

El perfil de seguridad de la denervación renal ha sido consistente a lo largo de los estudios, con pocos eventos adversos graves reportados. Sin embargo, aún quedan interrogantes sobre la duración de sus efectos y la identificación precisa de los pacientes que más se beneficiarán del procedimiento. Algunos expertos sugieren que la denervación renal podría ser más efectiva cuando se combina con otras terapias, como los cambios intensivos en el estilo de vida y la optimización de la terapia farmacológica.

En conclusión, la hipertensión arterial resistente sigue siendo un desafío clínico considerable. Aunque la denervación renal ofrece una opción de tratamiento adicional, su uso aún no está completamente establecido y requiere una evaluación cuidadosa en cada paciente. La investigación futura debe centrarse en identificar a los candidatos ideales para la denervación renal y en establecer pautas claras para su uso clínico.

Bibliografía

1. Townsend, R. R., & Taler, S. J. (2020). Resistant hypertension: Diagnosis, evaluation, and treatment. *Hypertension*, 75(5), 1013-1023.
2. Mahfoud, F., Lobo, M. D., & Schmieder, R. E. (2021). Renal denervation in high-risk patients with hypertension. *The Lancet*, 398(10299), 986-995.

3. Kandzari, D. E., Bohm, M., & Mahfoud, F. (2019). SPYRAL HTN-ON MED Trial: A randomized study of renal denervation in the presence of antihypertensive drugs. *Circulation*, 139(14), 1401-1410.
4. Symplicity HTN-2 Investigators. (2010). Renal sympathetic denervation in patients with treatment-resistant hypertension (The Symplicity HTN-2 Trial). *Lancet*, 376(9756), 1903-1909.

Guías de Hipertensión 2024.

Dr. Luis Castilla Guerra

En diciembre de 2023 se publicaron las últimas Guías para el Manejo de la Hipertensión Arterial de la European Society of Hypertension (Guías ESH 2023 1), manteniendo el ritmo de actualización habitual de ciclos de cinco años. Se trata de una obra muy exhaustiva con una extensión de 198 páginas que profundiza en todos los aspectos de la hipertensión arterial (HTA), pero excesivamente compleja para realizar consultas rápidas en el día a día del manejo de pacientes. Esta constatación motivó a la propia ESH a redactar un nuevo documento, conciso y a la vez riguroso, diseñado como herramienta de uso diario para tomar decisiones en Atención Primaria, la primera línea del manejo de la HTA. En su redacción han participado mayoritariamente especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y el resultado han sido las 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension (Guías ESH 2024).

Recientemente se ha realizado un consenso de las tres sociedades científicas que representan a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España (SEMERGEN, SEMFYC, SEMG) y de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), desde una perspectiva de colaboración multidisciplinar en la Sociedad Española de Hipertensión, SEHLELHA, el Documento de Posicionamiento sobre las Guías de Práctica Clínica de la ESH 2024 para el Manejo de la Hipertensión Arterial en España que está pendiente de publicación.

En septiembre de este mismo año, la Sociedad Europea de Cardiología ha presentado sus nuevas guías de 2024, con algunas novedades que se comentarán en la reunión.

El objetivo de esta ponencia es conocer y actualizar nuestros conocimientos en HTA con las novedades de estas guías.

Mesa Redonda: Poblaciones Especiales/Comorbilidades.

Ponentes:

Dra. Inés Pérez Camacho

Dr. José Calvo Bonachera

La EPOC es una enfermedad compleja, multidimensional, que tiene afectación sistémica y que se asocia a múltiples comorbilidades extrapulmonares, muchas de ellas cardiovasculares, influyendo en el pronóstico. La EPOC debe ser considerada una enfermedad de alto riesgo cardiovascular.

La coexistencia de enfermedad cardiovascular (ECV) y EPOC es frecuente. Los pacientes con EPOC presentan de 2 a 5 veces más riesgo de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arritmia o enfermedad vascular periférica que los pacientes sin EPOC. El riesgo de fibrilación auricular es aproximadamente 5 veces más frecuente en pacientes con EPOC que en aquellos sin esta enfermedad.

La asociación EPOC-ECV conlleva peor estado de salud, mayor riesgo de hospitalización y peor pronóstico.

La coexistencia de ambas enfermedades dificulta el diagnóstico. Ambas enfermedades comparten factores de riesgo comunes (tabaquismo, sedentarismo...) y datos clínicos parecidos, lo que dificulta el diagnóstico.

Tras una exacerbación de EPOC los pacientes tienen un riesgo del 280% mayor de padecer eventos cardiovasculares en los primeros 30 días y de un 90 % al año. Cuando una exacerbación requiere hospitalización, el riesgo de tener un evento cardiovascular es más de 2 veces mayor.

Hay que tener en cuenta que casi un tercio de las muertes de pacientes con EPOC se pueden atribuir a causa cardiovascular.

La comorbilidad cardiovascular en la EPOC, por las repercusiones negativas en la calidad de vida y supervivencia del paciente, debe ser identificada y tratada de manera adecuada.

Los tratamientos para EPOC con triple terapia que incluyen dos broncodilatadores y un corticoide inhalado han mostrado en distintos estudios reducción del riesgo de muerte por cualquier causa y reducción de la mortalidad por causa cardiovascular.

Mesa Conjunta: Abordaje Holístico del Riesgo Cardiovascular.

Temas y Ponentes:

Aspectos psicológicos en Hipertensión Arterial, Obesidad y Riesgo Cardiovascular.

Dra. Melina Costa Zaguirre

En 2021 murieron aproximadamente 20.5 millones de muertes por enfermedades vasculares, lo que las convierte en la principal causa de muerte a nivel mundial. La hipertensión arterial, la obesidad y el riesgo vascular están intrínsecamente relacionados con múltiples factores psicológicos. Esencialmente, el estrés crónico, la ansiedad y la depresión pueden influir en estos problemas de salud. La presión arterial alta, no solo es un indicador de mala salud física, sino que también puede ser un reflejo de estados emocionales perturbados. Las emociones negativas pueden desencadenar respuestas fisiológicas, como el aumento de la presión arterial, que con el tiempo se convierten en hipertensión crónica.

El estrés sostenido activa el sistema nervioso simpático, resultando en la liberación continua de adrenalina y cortisol. Estos químicos, a largo plazo, pueden dañar los vasos sanguíneos, incrementando así la presión arterial. Además, el estrés y la ansiedad pueden llevar a comportamientos poco saludables, como una dieta inadecuada y el sedentarismo, que son factores de riesgo conocidos para la hipertensión y la obesidad.

La obesidad, por su parte, también está influenciada por factores psicológicos. La relación entre la mente y el cuerpo se observa claramente en los patrones alimenticios emocionales, donde la ansiedad y la depresión conducen al consumo excesivo de alimentos ricos en calorías. Este fenómeno no solo provoca un aumento de peso, sino que también agrava el riesgo de desarrollar hipertensión y otros problemas vasculares.

El riesgo vascular, además, no solo se mide en términos de presión arterial y peso corporal, sino también en cómo estos están interrelacionados con el bienestar psicológico. La depresión, por ejemplo, es un predictor significativo de eventos cardíacos adversos, pues puede afectar el funcionamiento del corazón y la circulación sanguínea. Las personas con enfermedades cardíacas que también sufren de depresión tienen peor pronóstico y mayor mortalidad.

Asimismo, los trastornos del sueño, como el insomnio y la apnea del sueño, que frecuentemente acompañan a la hipertensión y la obesidad, tienen un componente psicológico importante. La falta de sueño adecuado puede llevar a un círculo vicioso donde el estrés y la mala salud mental contribuyen a la mala salud física y viceversa.

El manejo integral de estos problemas de salud debe considerar tanto los aspectos físicos como los mentales. Las intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, pueden ser eficaces para tratar la ansiedad y la depresión, ayudando a reducir los niveles de estrés y mejorando los hábitos de vida. La gestión del estrés a través de técnicas de relajación, meditación y ejercicio regular también es crucial para controlar la hipertensión y la obesidad.

En resumen, los factores psicológicos y emocionales son componentes esenciales en el desarrollo y el manejo de la hipertensión arterial, la obesidad y el riesgo vascular. Un enfoque holístico que aborde tanto la salud mental como la física es crucial para mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de las personas afectadas por estas condiciones. Al comprender y tratar las raíces psicológicas de estos problemas, es posible no solo controlar la enfermedad, sino también promover un bienestar global.

Prescripción de actividad en diferentes escenarios con Riesgo Cardiovascular.

Dra. Blanca Gavilán Carrera

Se estima que el 70% de las muertes por enfermedad cardiovascular son atribuibles a factores de riesgo cardiovascular modificables, ocupando la inactividad física el cuarto lugar entre ellos¹. Sin embargo, el 25% de la población no cumple con las recomendaciones actuales de actividad física² and has a negative effect on mental health and quality of life. We describe levels of insufficient physical activity across countries, and estimate global and regional trends. Methods: We pooled data from population-based surveys reporting the prevalence of insufficient physical activity, which included physical activity at work, at home, for transport, and during leisure time (ie, not doing at least 150 min of moderate-intensity, or 75 min of vigorous-intensity physical activity per week, or any equivalent combination of the two). Además, el 36,4% dedica su tiempo libre a actividades predominantemente sedentarias³, siendo el sedentarismo un emergente factor de riesgo cardiovascular⁴. Incrementar la actividad física diaria, reducir el sedentarismo y mejorar la condición física (especialmente la fuerza muscular y la capacidad cardiorrespiratoria^{5,6} chronic obstructive pulmonary disease, renal disease, and metabolic and vascular diseases, and in critically ill hospitalized patients. Design: A systematic review and random-effects meta-analysis of prospective cohort studies was performed. Setting and participants: The databases Medline, Embase, Clinical Trial Register, and Cochrane Trial Register were searched from inception until September 30, 2018. The systematic literature review yielded 39 studies with a total of 39,852 participants. Results: Lowest vs highest category of muscular strength revealed a statistically significant increased risk of all-cause mortality with a hazard ratio (HR) son medidas clave para proteger la salud cardiovascular. Debido al elevado coste económico que la inactividad física y las enfermedades cardiovasculares suponen para el sistema sanitario, abordar este problema cobra una relevancia tanto clínica como económica.

Este trabajo presenta el funcionamiento de una consulta multidisciplinar de Educación para la Salud Vascular del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada). El objetivo principal es el tratamiento no farmacológico de los principales factores de riesgo cardiovascular mediante la integración de la actividad física en la vida diaria de los pacientes con riesgo cardiovascular, optimizando su calidad de vida y reduciendo la necesidad de medicación y hospitalizaciones. El enfoque del equipo se centra en la evaluación integral de cada paciente para diseñar un programa de movimiento personalizado, ajustado a sus necesidades y factores de riesgo cardiovascular.

Siguiendo un enfoque progresivo⁷, las fases iniciales se centran en reducir el comportamiento sedentario (reducir tiempo total e incluir interrupciones de periodos prolongados sedentarios) y aumentar el nivel de actividad física a través del aumento del número de pasos diarios. Además, se sigue un enfoque basado en los criterios FITT (Frecuencia, Intensidad, Tiempo y Tipo de ejercicio) que maximicen la mejora de los diferentes componentes de la condición física (fuerza muscular, capacidad cardiorrespiratoria y rango de movimiento). Estos criterios FITT son adaptados a los principales factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia y obesidad) y otras posibles condiciones médicas. El programa se ajusta a las capacidades y limitaciones físicas de cada paciente, con el objetivo de mejorar su condición física de manera gradual. La adherencia al programa de ejercicio se identifica como un factor fundamental para el éxito de cualquier intervención. Por ello, el programa enfatiza la importancia de adaptar los ejercicios al contexto, gustos y preferencias del paciente para asegurar su realización de forma constante y prolongada.

Referencias:

1. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mente A, Hystad P, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2020;395:795-808.
2. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Heal*. 2018;6:e1077-86.
3. Encuesta Europea de Salud en España 2020. Tendencias s. f. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuro-pea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evo_princip_result.pdf
4. Stamatakis E, Gale J, Bauman A, Ekelund U, Hamer M, Ding D. Sitting Time, Physical Activity, and Risk of Mortality in Adults. *J Am J Cardiol*. 2019;73.
5. Jochem C, Leitzmann M, Volaklis K, Aune D, Strasser B. Association Between Muscular Strength and Mortality in Clinical Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20:1213-23.
6. Mandsager K, Harb S, Cremer P, Phelan D, Nissen SE, Jaber W. Association of Cardiorespiratory Fitness With Long-term Mortality Among Adults Undergoing Exercise Treadmill Testing. *JAMA Netw open*. 2018;1:e183605.
7. Dogra S, Copeland JL, Altenburg TM, Heyland DK, Owen N, Dunstan DW. Start with reducing sedentary behavior: A stepwise approach to physical activity counseling in clinical practice. *PATIENT Educ Couns*. 2022;105:1353-61

Mesa Conjunta: Esteatosis hepática, diabetes y obesidad.

Ponentes:

Dra. Teresa Jordán Madrid

Dr. Cristóbal Morales Portillo

Dra. Rocío Fernández Jiménez

La esteatosis hepática metabólica (EHMET), conocida también como enfermedad hepática esteatósica (SLD) por sus siglas en inglés, representa un espectro de trastornos hepáticos que va desde la acumulación simple de grasa (esteatosis) hasta la esteatohepatitis no alcohólica (NASH), con potencial progresión a cirrosis y carcinoma hepatocelular (HCC). La EHMET es reconocida como la manifestación hepática del síndrome metabólico y está estrechamente asociada con la obesidad, la diabetes tipo 2 y otros factores.

El mecanismo patogénico subyacente de la EHMET implica una interacción compleja de factores genéticos y ambientales que conducen a un desequilibrio entre la acumulación de lípidos y su oxidación/metabolización. La resistencia a la insulina juega un rol central, conduciendo a una mayor lipólisis en el tejido adiposo periférico, aumento del aporte de ácidos grasos libres al hígado, y a una sobreproducción de triglicéridos y VLDL por el hígado. La inflamación, el estrés oxidativo y la producción de citoquinas proinflamatorias contribuyen al daño hepático y progresión de la enfermedad.

El diagnóstico de EHMET se realiza mediante la exclusión de consumo significativo de alcohol y otras causas secundarias de acumulación de grasa hepática. Las herramientas de diagnóstico incluyen pruebas bioquímicas, marcadores serológicos, técnicas de imagen como la ecografía, elastografía hepática y la resonancia magnética, y la confirmación histológica mediante biopsia hepática, especialmente para identificar la presencia de NASH y fibrosis.

El manejo de la EHMET se enfoca en el tratamiento de las comorbilidades subyacentes y cambios en el estilo de vida. La pérdida de peso mediante dieta y ejercicio es la piedra angular del tratamiento, con una reducción del 7-10% del peso corporal que puede mejorar tanto la esteatosis como la inflamación hepática. El control óptimo de la glucosa, los lípidos y la presión arterial es fundamental. Recientemente se ha aprobado por la FDA una terapia farmacológica específica que está pendiente de aprobación por la EMA y probablemente en un futuro más o menos inmediato se dispongan de otras terapias con el objetivo de mejorar la esteatohepatitis y conseguir la regresión de la fibrosis.

La investigación actual en NAFLD está dirigida hacia la comprensión de la patogénesis a nivel molecular, la identificación de biomarcadores para el diagnóstico y seguimiento, y el desarrollo de terapias dirigidas.

Taller: ¿Cómo medir la rigidez arterial?

Ponente:

Dr. Pablo González Bustos

El icosapenteno de etilo (IPE) es una forma purificada del ácido eicosapentaenoico (EPA), un ácido graso omega-3, derivado del aceite de pescado, utilizado principalmente en la reducción de triglicéridos en pacientes con hipertrigliceridemia severa. Sin embargo, su relevancia clínica ha crecido significativamente tras los resultados de estudios que han demostrado que el IPE no solo reduce los niveles de triglicéridos, sino que también disminuye el riesgo de eventos cardiovasculares graves. Los efectos del IPE parecen extenderse más allá de la simple reducción lipídica, ya que también tiene propiedades antiinflamatorias, antioxidantes y estabilizadoras de membranas celulares, factores clave en la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Los efectos del IPE se basan en varios mecanismos que incluyen: 1) la reducción de la producción hepática de triglicéridos, 2) la mejoría de la eliminación de quilomicrones y triglicéridos del plasma, 3) la disminución de la inflamación y la oxidación de las partículas LDL. Estos efectos contribuyen a la estabilización de las placas ateroscleróticas y a la mejoría de la función endotelial, lo que ayuda a prevenir la progresión de la enfermedad cardiovascular.

Dos estudios clínicos han sido fundamentales para posicionar al IPE como un tratamiento clave en la prevención de eventos cardiovasculares. Entre ellos destacó el estudio JELIS en población japonesa y posteriormente el estudio pivotar REDUCE-IT (Reduction of Cardiovascular Events with Icosapent Ethyl-Intervention Trial). El estudio REDUCE-IT fue un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, que incluyó a más de 8,000 pacientes con triglicéridos elevados que ya estaban recibiendo tratamiento con estatinas. El objetivo fue evaluar si el IPE podía reducir los eventos cardiovasculares mayores. Los resultados del estudio, publicados en 2019, mostraron que el IPE redujo el riesgo relativo de eventos cardiovasculares mayores en un 25% en comparación con el placebo, con un llamativo NNT de 21. Este hallazgo fue significativo, ya que demostró que el IPE podía prevenir eventos como infarto de miocardio, ictus, revascularización coronaria y muerte cardiovascular en una población de alto riesgo. En cuanto a la seguridad y efectos adversos, el IPE ha demostrado ser bien tolerado en la mayoría de los pacientes. Los eventos adversos más comunes incluyen dolor articular, retención de líquidos y, con menor incidencia el desarrollo de fibrilación auricular. También puede aumentar levemente el riesgo de sangrado, dado su inhibición en la agregación plaquetaria, aunque en la mayoría de los casos fueron leves e infrecuentes. Actualmente está aprobado por el Sistema Nacional de Saldu y está indicado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad arteriosclerótica y con un riesgo alto de eventos cardiovasculares, con tratamiento optimizado y valores de C-LDL de entre > 40 mg/dL y ≤ 100 mg/dL y en los que los valores de TG persisten elevados (> 150 mg/dL) a pesar del tratamiento con estatinas +/- otros hipolipemiantes a dosis máximas toleradas"

Conclusiones:

El icosapento de etilo ha demostrado ser una opción terapéutica importante para pacientes con triglicéridos elevados que presentan un riesgo cardiovascular elevado, incluso cuando ya están siendo tratados con estatinas. Los estudios REDUCE-IT y JELIS son la base de la evidencia que respalda su uso. Gracias a sus mecanismos antiinflamatorios, antioxidantes y de estabilización de membranas, el IPE se posiciona como un tratamiento complementario a las estatinas en la prevención de eventos cardiovasculares.

Referencias Bibliográficas:

1. Bhatt DL, Steg PG, Miller M, et al. (2019). "Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia." *New England Journal of Medicine*, 380(1), 11-22. doi: 10.1056/NEJMoa1812792.
2. Yokoyama M, Origasa H, Matsuzaki M, et al. (2007). "Effects of eicosapentaenoic acid on major coronary events in hypercholesterolaemic patients (JELIS): a randomised open-label, blinded endpoint analysis." *Lancet*, 369(9567), 1090-1098. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60527-3.

Taller: Valoración morfofuncional.

Ponente:

Dra. Rocío Fernández Jiménez

Dra. Mar Amaya Campos

La evaluación morfofuncional es una herramienta clave en el abordaje nutricional de pacientes con riesgo cardiovascular y enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes y la esteatosis hepática. Esta ponencia tiene como objetivo presentar las principales técnicas de valoración morfofuncional, incluyendo la dinamometría, test funcional de "levántate y anda" y sentadillas, la bioimpedanciometría y la ecografía muscular, resaltando su relevancia en la evaluación clínica y en la planificación de intervenciones personalizadas. La dinamometría, que mide la fuerza de agarre, es un indicador accesible y efectivo de la capacidad funcional y la masa muscular. Es especialmente útil en pacientes con sarcopenia o pérdida de masa magra, frecuente en la obesidad y patologías crónicas, donde la pérdida de masa muscular agrava el pronóstico. Estudios recientes han demostrado que la disminución de la fuerza de agarre se asocia con un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad en pacientes con hipertensión arterial y enfermedades metabólicas, convirtiéndose en una medida predictiva esencial. El test funcional de "levántate y anda" evalúa la movilidad, el equilibrio y la capacidad física general, midiendo el tiempo que un paciente tarda en levantarse de una silla, caminar tres metros, girar, regresar y sentarse de nuevo. Este test es especialmente útil en pacientes crónicos, ya que permite identificar rápidamente la pérdida de funcionalidad y la debilidad muscular, factores que afectan la movilidad y la calidad de vida. La prueba de sentadillas, que valora la fuerza y resistencia de los músculos de las piernas, es un indicador eficaz de la capacidad física y ayuda a predecir el riesgo de caídas y la independencia funcional, aspectos clave en la prevención de complicaciones en estos pacientes. La

bioimpedanciometría ofrece un análisis detallado de la composición corporal, permitiendo evaluar la masa grasa, masa magra y el contenido de agua corporal, en pacientes donde la distribución de la grasa corporal y la masa muscular impactan directamente en el riesgo cardiovascular y metabólico. Esta técnica facilita la monitorización de los cambios corporales durante las intervenciones nutricionales y de ejercicio, proporcionando una visión dinámica y continua de la evolución del paciente. La ecografía muscular, una técnica no invasiva y cada vez más utilizada en el entorno clínico, permite una valoración precisa del grosor y la calidad del músculo esquelético. Esto es particularmente relevante en pacientes obesos y en aquellos con esteatosis hepática, donde la pérdida de masa muscular y el aumento de la grasa visceral afectan negativamente la función metabólica y el control glucémico. La ecografía permite detectar alteraciones tempranas en la estructura muscular, optimizando las intervenciones nutricionales y físicas. En conclusión, la integración de estas técnicas de valoración morfofuncional en la práctica clínica mejora significativamente la capacidad de los profesionales para identificar, tratar y seguir de manera efectiva a pacientes con obesidad, diabetes, esteatosis hepática y riesgo cardiovascular. Estas herramientas permiten una evaluación integral que supera las limitaciones de los métodos tradicionales, mejorando los resultados clínicos y contribuyendo a la prevención de complicaciones a largo plazo con una medicina de precisión

Revista Riesgo Cardiovascular

Farmacia

33º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

Mesa Redonda: Conciliación y adherencia en los distintos niveles asistenciales en el paciente con riesgo vascular.

Ponentes:

Sr. Francisco Javier Hernández de Haro

Dr. José Espejo Guerrero

La conciliación de la medicación es un proceso que garantiza que los pacientes reciban los medicamentos necesarios y evita errores. Beneficia al reducir errores de medicación, mejorar la adherencia terapéutica y optimizar resultados clínicos.

Se realiza en momentos clave como transiciones asistenciales—ingreso y alta hospitalaria, cambios de niveles de atención—, cambios en el tratamiento como introducción de nuevos medicamentos o ajustes de dosis, y en pacientes de alto riesgo como polimedicados, ancianos y personas con enfermedades crónicas.

Los pasos para ejecutarla incluyen la recopilación de una lista completa de medicamentos, verificación comparando la medicación actual con nuevas prescripciones, identificación de discrepancias como dosis incorrectas, duplicidades e interacciones, resolución de discrepancias mediante comunicación con médicos y otros profesionales, y documentación e información al paciente y cuidadores.

La farmacia comunitaria aporta accesibilidad y confianza al ser el primer punto de contacto para muchos pacientes. Brinda educación y asesoramiento sobre el uso correcto y efectos secundarios, detecta problemas como interacciones y contraindicaciones, realiza seguimiento y monitorización del tratamiento, y coordina con otros profesionales de la salud para optimizar la terapia.

La adherencia terapéutica en enfermedades crónicas es un problema crítico, ya que aproximadamente el 50% de los pacientes no siguen sus tratamientos según lo prescrito, afectando negativamente los resultados clínicos y aumentando los costes sanitarios

Los factores que influyen en la adherencia incluyen:

- **Factores del paciente:** falta de comprensión de la enfermedad y el tratamiento, creencias erróneas sobre los medicamentos, depresión y barreras económicas.
- **Factores del sistema sanitario:** complejidad de los regímenes terapéuticos, fragmentación de la atención y mala comunicación médico-paciente.
- **Factores del tratamiento:** efectos adversos y pautas de dosificación complicadas.

Las estrategias para mejorar la adherencia abarcan la simplificación de tratamientos, la participación activa del paciente en decisiones terapéuticas, el uso de apoyo tecnológico como recordatorios electrónicos, sistemas personalizados de dosificación y el fomento del apoyo multidisciplinario.

Dra. Alba Martos Rosa

La conciliación de la medicación en el entorno hospitalario es un proceso fundamental que busca asegurar la continuidad y la seguridad del tratamiento farmacológico de los pacientes. Este proceso se lleva a cabo en diversas etapas, incluyendo el ingreso, la hospitalización y alta del paciente. Su objetivo principal es evitar errores de medicación, reducir interacciones entre fármacos y asegurar que el paciente reciba el tratamiento adecuado en cada fase de su atención y transición asistencial.

La conciliación de la medicación en urgencias y en el entorno quirúrgico es el eje de mi experiencia, especialmente en pacientes polimedicados y de alto riesgo cardiovascular, debido a la complejidad de las terapias, así como, la adecuación a la situación clínica del paciente en el momento del ingreso. Estos pacientes suelen tener múltiples comorbilidades y tratamiento con varios fármacos, lo que aumenta la probabilidad de interacciones medicamentosas y errores de medicación. En entornos de urgencias, los pacientes pueden presentar síntomas agudos y requerir intervenciones inmediatas. La conciliación sistemática ayuda a identificar y corregir problemas relacionados con los medicamentos en entornos críticos. La importancia de realizar un listado completo y actual-

lizado de los medicamentos que el paciente está tomando antes de su ingreso al hospital, incluye medicamentos prescritos, de venta libre y suplementos. La recopilación de esta información servirá para crear un perfil farmacológico esencial y preciso, que guiará las decisiones clínicas durante la hospitalización.

La necesidad de una comunicación efectiva entre los equipos de atención sanitaria, el paciente y sus familiares, es vital para garantizar que cualquier cambio en el tratamiento sea comprendido y aceptado por el paciente, lo que contribuye a la adherencia al tratamiento y a una mejor salud a largo plazo. El farmacéutico, como profesional del medicamento en todas sus áreas (hospital, primaria y comunitaria), juega un papel clave y transversal en la asistencia sanitaria y en la educación del paciente sobre la importancia de mantener una adherencia adecuada a sus tratamientos.

En resumen, la conciliación de la medicación es un proceso integral que requiere colaboración y comunicación interdisciplinaria, así como, tecnología para minimizar riesgos y mejorar la atención al paciente. La implementación de un enfoque sistemático en este proceso puede llevar a una reducción significativa en los errores de medicación, promoviendo así una atención más segura y efectiva en el entorno hospitalario y comunitario.

Revista Riesgo Cardiovascular

Enfermería

33º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

| Mesa: Insuficiencia Cardíaca.

Temas y Ponentes:

Seguimiento del paciente con Insuficiencia Cardíaca en UMIPIC.

Sr. Carlos Alberto Pazos Amodeo

Actualmente los pacientes con Insuficiencia Cardíaca en España, alcanza una incidencia del 16% en personas mayores de 75 años. En nuestras unidades de UMIPIC, existen pacientes longevos, pluripatológicos, con muchas comorbilidades, polimedicados y con una gran fragilidad, que les hacen reingresar en hospitales con elevada frecuencia ante eventos simples como una vacuna, una infección de orina o un simple resfriado, con todos los inconvenientes/desventajas que ello supone para el propio paciente, para la familia/cuidadores y para el propio sistema sanitario.

Por ello hacemos hincapié desde el punto de vista enfermero, la importancia de una adecuada asistencia sanitaria, para instruir al paciente y cuidadores de los principales signos y síntomas de alarma, para una vez que éstos aparezcan actuar de manera inmediata, evitando la evolución de la enfermedad y sus consecuencias.

Para que un paciente esté adecuadamente bien diagnosticado, ha de tener una serie de requisitos mínimos e indispensables, como son la presencia de signos y síntomas, un ECG anormal, una analítica con unos parámetros determinados y la realización de una Ecocardiografía, la cual indica que tipo de Insuficiencia cardíaca estamos tratando, pues en función de su etiología así será un tratamiento u otro.

La medicación en dicha enfermedad es crucial como lo es el conocimiento por parte del paciente y familia para poder conocer los posibles efectos adversos y como actuar ante ellos.

En definitiva, lo que nos proponemos, es hacer participes a los enfermos de Insuficiencia cardíaca, para que tomen parte activa de su proceso y poder ser lo mas autónomo e independiente posible.

Un paciente bien instruido, será un paciente con menos reingresos hospitalarios y menos recaídas de su enfermedad.

Cuidados Paliativos en la ICC.

Sra. Rocío Miranda González

Los cuidados paliativos son fundamentales en el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, una enfermedad crónica y progresiva que afecta gravemente la calidad de vida. La enfermería desempeña un rol crucial en la provisión de estos cuidados, centrados no solo en aliviar los síntomas físicos, sino también en atender las dimensiones emocionales, psicológicas y espirituales del paciente. La insuficiencia cardíaca provoca síntomas debilitantes como disnea, fatiga y dolor, que requieren un manejo constante para mejorar el bienestar del paciente. Aquí, la enfermería es esencial, ya que los profesionales son responsables de la administración de medicamentos, el monitoreo constante del estado clínico y la educación del paciente y su familia sobre la enfermedad y las opciones terapéuticas. Además, los enfermeros deben ser hábiles en la comunicación efectiva, ayudando al paciente y su familia a tomar decisiones informadas respecto a los tratamientos y el manejo del final de la vida. Los cuidados paliativos en insuficiencia cardíaca no buscan curar la enfermedad, sino mejorar la calidad de vida del paciente, aliviando el sufrimiento y proporcionando apoyo emocional y psicológico. Esto es especialmente relevante en las fases terminales, donde los pacientes pueden experimentar gran incertidumbre y angustia. En este contexto, los enfermeros no solo deben ser clínicamente competentes, sino también tener sensibilidad emocional y ética para abordar los aspectos complejos y delicados que surgen en el cuidado del paciente terminal.

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Medicina

33º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

791/2. EJERCICIO FÍSICO: MÁS ALLÁ DE LOS BENEFICIOS CARDIOVASCULARES.

Autores:

Sánchez Martínez, C.¹, Alcázar De Dios, J.², Orozco Martin, J.³, García Lacambra, D.³, Torres Espinosa, N.⁴, Fernandez Peinado, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) MIR Medicina Del trabajo Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur, (2) Enfermero del Trabajo. UPRL. Distrito Sanitario Jaén, (3) MIR Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba, (4) Enfermera. Distrito Sanitario Jaén, (5) EIR Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

En el campo de la Medicina del Trabajo, es crucial abordar no solo las condiciones físicas de los trabajadores, sino también su bienestar mental. Al explorar el nivel de actividad física y relacionarlo con enfermedades cardiovasculares, como hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DMII), así como su papel en la mejora de salud mental, se obtienen resultados importantes del beneficio de realizar de actividad física como prevención frente a todas estas patologías.

Demostrar los beneficios de la actividad física (AF) sobre los riesgos cardiovasculares (RC) y la salud mental (SM) de los Trabajadores de Distrito Sanitario de Atención Primaria Jaén-Jaén Sur con los datos obtenidos en los exámenes de salud.

Métodos

Estudio transversal sobre los trabajadores del ámbito sanitario pertenecientes a Distrito Sanitario de Jaén. Se ha realizado sobre una muestra final de 119 trabajadores sanitarios de diferentes ocupaciones (médicos, enfermeros, auxiliares, odontólogos, fisioterapeutas, celadores, farmacéuticos, trabajadores sociales y técnicos de rayos.

Resultados

Hemos observado de manera significativa la relación de padecer HTA y el estado ponderal, siendo las personas sedentarias la mayoría de las que tiene esta patología, así como lo hemos observado en relación a padecer DMII. Además, entre los trabajadores que padecen ansiedad y/o depresión, los que son físicamente activos o muy activos, muestran de manera significativa menos episodios de ansiedad y depresión que los trabajadores sedentarios..

Conclusiones

Hemos observado de manera significativa la relación de padecer hipertensión arterial (HTA) y el estado ponderal, siendo las personas sedentarias la mayoría de las que tiene esta patología, así como lo hemos observado en relación a padecer Diabetes Mellitus (DMII). Además, entre los trabajadores que padecen ansiedad y/o depresión, los que son físicamente activos o muy activos, muestran de manera significativa menos episodios de ansiedad y depresión que los sedentarios. Además debería servir para poder ser ejemplo de la sociedad actual y poder transmitirle esta importancia a nuestros pacientes a través de nuestras propias vivencias.

791/3. CUANDO LOS ANTECEDENTES PERSONALES SON LA CLAVE: DISECCIÓN CAROTÍDEA EN PACIENTE CON DISPLASIA FIBROMUSCULAR CONOCIDA.

Autores:

Luque Ambrosiani, A.¹, Manzano Hernández, L.¹, Villar Rodríguez, C.¹, Villagrán Sancho, D.¹, Hernández Chamorro, F.¹, Baena Palomino, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla., (2) Facultativo Especialista de Área de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 49 años con antecedente de HTA refractaria de origen renovascular secundaria a displasia fibromuscular que acudió a Urgencias por presentar mal control tensional (cifras de 185/105 mmHg) de 5 días de evolución, asociado a dolor en región del ángulo mandibular, facial y cervical derechos, así como hiperemia conjuntival derecha.

Pasados 3 días, volvió a consultar por presentar cifras tensionales elevadas, pese a aumento de antihipertensivos, así como persistencia de dolor craneocervical intenso en idéntica localización. En exploración sistémica se identificó anisocoria con miosis pupilar derecha, por lo que se realizó angioTC craneal y de TSA urgentes donde se apreció disección carotídea derecha. Se trató con doble antiagregación e ingreso en Unidad de Ictus, quedando asintomático tras varios días y sin complicaciones posteriores.

Ante dicho hallazgo, se revisó historia previa de displasia fibromuscular, apreciando que comenzó 13 años atrás con HTA, motivo por el que se realizó despistaje extenso de origen secundario, encontrándose arrosariamiento severo de arteria renales de predominio izquierdo en angioTC abdominal, diagnosticándose de displasia fibromuscular. En el seguimiento, se realizó renograma basal y postIECA donde no había datos de repercusión funcional, aunque al haberse objetivado estenosis severas y zonas de hipoperfusión parenquimatosa en renograma basal se indicó angioplastia para revascularización arterial renal izquierda, con buen resultado posterior. Se normalizaron tensiones arteriales, manteniendo excelente control llegando a suspender antihipertensivos.

Sin embargo, 9 años después, presentó nuevamente mal control tensional, por lo que se sospechó reestenosis arterial renal. Se repitió angioTC abdominal que confirmó la sospecha y se solicitó nuevo renograma que no mostró afectación funcional. Al mismo tiempo, se detectó bocio nodular tóxico que se trató quirúrgicamente, consiguiendo mejor control tensional, aunque manteniendo cifras tensionales elevadas de forma puntual. Dos semanas antes de la disección carotídea, se había indicado valorar nueva angioplastia arterial renal, aunque a la espera de realizar previamente determinación central de renina para ayudar a tomar la decisión.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física, únicamente se constató síndrome de Horner derecho, a expensas de miosis y ptosis incompleta, y tensión arterial de 160/100 mmHg.

En las pruebas complementarias, se encontró disección de la arteria carótida interna derecha en el angioTC craneal y de TSA. En el seguimiento previo, se apreció arrosariamiento severo de las arterias renales en angioTC abdominal, así como renogramas basales y postIECA sin repercusión funcional de la estenosis arterial renal.

Juicio clínico

Ictus isquémico hemisférico derecho de origen atípico por disección carotídea derecha, en paciente con displasia fibromuscular.

Comentario final

Las crisis hipertensivas pueden ser expresión de daño orgánico subyacente, con signos sutiles como el síndrome de Horner en el caso de la afectación carotídea, por lo que debemos realizar siempre una exploración sistémica (1,2).

Cuando identificamos una disección arterial, debemos priorizar el manejo con doble antiagregación y solo realizar tratamiento revascularizador en caso de oclusión y/o estenosis grave residual. Además, debemos buscar la causa, siendo una de ellas la displasia fibromuscular. No debemos olvidar estudiar en esta la vasculatura renal, así como realizar estudios seriados con angioTC abdominal en caso de empeoramiento de cifras tensionales. Si identificamos estenosis severa renal, debemos ofrecer angioplastia, sin dejarnos guiar por pruebas como el renograma de forma aislada que pueden darnos frecuentemente un resultado falso negativo, como ocurrió en nuestro caso (2,3).

Bibliografía

1. Elliot WJ, Varon J. Evaluation and treatment of hypertensive emergencies in adults. In: Forman JP, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2023.
2. Dabette S, Mazighi M, Bijlenga P, Pezzini A, Koga M, Bersano A, et al. ESO guideline for the management of extracranial and intracranial artery dissection. Eur Stroke J. 2021 Sep;6(3):XXXIX-LXXXVIII.
3. Olin JW. Clinical manifestations and diagnosis of fibromuscular dysplasia. In: Forman JP, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2023.

791/4. ICTUS HEMORRÁGICO BITALÁMICO RECURRENTE CON DEFECTO SEVERO EN LA HEMOSTASIA PRIMARIA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL MAL CONTROLADA Y ALFA TALA-SEMIA MINOR: REPORTE DE UN CASO.

Autores:

Manzano Hernández, L.¹, Manzano Hernández, L.¹, Villar Rodríguez, C.¹, Villagrán Sancho, D.¹, Luque-Ambrosiani, A.¹, Medina-Rodríguez, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Neurología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Facultativo Especialista de Neurología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen:**Descripción del caso**

Presentamos a un hombre de 55 años que ingresa de forma urgente en Junio del 2023, de forma súbita presenta debilidad en hemicuerpo derecho e imposibilidad para emitir lenguaje. Es trasladado por su esposa sin previo aviso a los sistemas extrahospitalarios de emergencia. El paciente no comenta cefalea, fiebre, ni sintomatología sistémica o infecciosa en los últimos días. Es natural de Nigeria, raza negra y reside 10 años en España. No RAMs ni hábitos tóxicos. Tiene HTA sin otro FRCV. Anemia microcítica hipocrómica en estudio. No cirugías. Escasa adherencia a los medicamentos. Diestro. En abril del 2023 ingresó en la Unidad de Ictus con diagnóstico de Hematoma intraparenquimatoso talámico derecho.

Exploración y pruebas complementarias

Aceptable estado general. TA en 190/130mmHg, FC de 100 lpm y SatO2 del 95% sin aportes. Alerta y consciente. No dice mes ni edad. Obedece órdenes simples. No emite lenguaje. Parálisis facial supranuclear derecha. Claudicación de miembros derechos. Leve claudicación de miembro izquierdos (residuales). Hemihipoalgesia derecha. NIHSS 15.

Figura 1.TC simple de Cráneo.Colección hemática intraaxial en tálamo izquierdo de densidad heterogénea.

Figura 2.RM cerebral. Estabilidad en hematomas talámicos derecho (crónico) e izquierdo en fase aguda resolutive con apertura al ventrículo lateral izquierdo, con leve edema perilesional. Contenido hemático en ambas astas occipitales.

Se excluye por estudios de neuro-imagen patologías vasculares intracraneales. El estudio de la función plaquetaria define una alteración severa de la hemostasia primaria sin déficit cuantitativo del Factor de Von Willebrand, es necesaria la transfusión de concentrados plaquetarios.

Juicio clínico

Cuadro de hemiparesia e hipoestesia derecha con alteración en el lenguaje de inicio agudo e instauración súbita en paciente con actual crisis hipertensiva con antecedente de hematoma intraparenquimatoso talámico derecho con clínica residual, AOS, anemia microcítica hipocrómica en estudio y mala adherencia terapéutica, a descartar alteraciones de la hemostasia por Ictus hemorrágico talámico recurrente.

Comentario final

Las intervenciones para mejorar el estilo de vida y el manejo de los antihipertensivos en la población negra serán el eje para prevenir la recurrencia de los Ictus hemorrágicos. Se iniciará doble tratamiento en un solo comprimido. Los de elección serán Calcioantagonista dihidropiridínico + Bajas dosis de Antagonista de los receptores de angiotensina II o Diurético tiazídico, (10) Tabla1. Ante la sospecha en defectos de la hemostasia primaria se descartará la plaquetopenia, que por sí sola representa la causa más frecuente de hemorragia. Si su contaje es normal se valorará causas cualitativas. La enfermedad de Von Willebrand (FvW) es la alteración congénita más frecuente de la coagulación. El tipo II (a y b) presenta niveles normales y la alteración estará en su estructura molecular, compatible a nuestro caso en el contexto de la HTA.

Bibliografía

1. Tokgoz S, et al. *Clinical Properties of Regional Thalamic Hemorrhages. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.*
2. Cordonnier C, *Intracerebral haemorrhage: current approaches to acute management. The Lancet.*
3. Roh D, Boehme A, et al. *Hematoma expansion is more frequent in deep than lobar intracerebral hemorrhage. Neurology.*
4. Goeldlin MB, et al. *Small vessel disease burden and risk of recurrent cerebrovascular events in patients with lacunar stroke and intracerebral haemorrhage attributable to deep perforator arteriopathy. European Stroke Journal.*
5. Wang X, *Blood Pressure and Stroke: A Review of Sex- and Ethnic/Racial-Specific Attributes to the Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Raised Blood Pressure. Stroke.*
6. Deere BP. *Hypertension and race/ethnicity. Current Opinion in Cardiology.*
7. Muscari A, et al. *Association of Left Ventricular Hypertrophy and Atrial Fibrillation with Hemorrhagic Evolution of Small Vessel Disease. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.*
8. Saliba AN, et al. *Thalassemia in the emergency department: special considerations for a rare disease. Ann Hematol.*
9. Roh D, et al. *Coagulation Differences Detectable in Deep and Lobar Primary Intracerebral Hemorrhage Using Thromboelastography. Neurosurg.*
10. Unger T, et al. *2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension.*

791/5. UNA CUESTIÓN DE TUBOS.

Autores:

De La Cueva Flores, I.¹, Iturralde Jara, A.², Arrebola Montes, A.³, Casas González, C.⁴, Esteban Martínez, M.⁴, López Jiménez, V.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente 4º, Nefrología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, (2) MIR 2, Nefrología, Hospital Regional de Málaga, Málaga, (3) MIR 4, Nefrología, Hospital Regional de Málaga, Málaga, (4) FEA, Nefrología, Hospital Regional de Málaga, Málaga, (5) Jefa de Servicio de Nefrología, Hospital Regional de Málaga, Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Paciente varón de 51 años, derivado a Nefrología para estudio ante la sospecha de Esclerosis Tuberosa (ET). Sin antecedentes familiares de interés. Constructor, fumador de 10 cigarrillos diarios y bebedor ocasional. Con antecedentes de angiomiolipomas múltiples renales, hamartoma subependimario calcificado, Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) infrarrenal e hipertenso en tratamiento con 4 fármacos, con mala adherencia terapéutica.

Exploración y pruebas complementarias

Presentaba dificultad para la concentración y ninguna conciencia de enfermedad. Negaba dolor torácico, disnea, palpitaciones, sudoración, edematización periférica o cambios en la orina. La PA en consulta fue de 160/95 mmHg. Función renal normal.

Se descartó estenosis de arterias renales mediante angio-TC. Las metanefrinas en orina y el estudio del eje RAA fueron normales. El perfil lipídico estaba elevado, iniciándose tratamiento con estatinas. El ecocardiograma no mostraba hipertrofia ventricular y la función biventricular estaba conservada. El MAPA mostró una PA media de 129/85 mmHg con patrón dipper.

Cirugía cardiovascular decidió, dado el aumento de tamaño de AAA, la colocación de endoprótesis y stents en tronco celíaco, arteria mesentérica superior y arteria renal derecha, dejándose para un segundo acto la arteria renal izquierda por anatomía compleja.

Durante su estancia en área de recuperación, comenzó con dolor lumbar súbito. El angio-TC urgente mostró infarto renal izquierdo, sin posibilidad de revascularización tras varios intentos fallidos. Presentó un FRA con Cr pico de 2.2 mg/dL. La función renal se estabilizó con Cr al alta de 1.9 mg/dL, ajustándose el tratamiento antihipertensivo para prevenir mayor daño renal por bajo gasto. En el estudio genético no se detectaron variantes patogénicas para ET.

Juicio clínico

Dada la edad del paciente, el sexo, el hábito tabáquico, el estilo de vida sedentario y el escaso cumplimiento terapéutico, la principal sospecha es que se tratase una HTA esencial mal controlada. Sin embargo, por un lado presentaba un fenotipo sugestivo de ET, cuyas afectaciones vasculares y renales pueden ser causas de HTA secundaria. Por otro lado se trataba de un paciente varón, con HTA grado 1-2, fumador activo, sedentario, situación socioeconómica de riesgo, y con lesión vascular establecida, y por lo tanto de alto riesgo cardiovascular.

Comentario final

La ET es una enfermedad hereditaria neurocutánea con presentación clínica variable y multiorgánica. En nuestro caso, el paciente presentaba un fenotipo sugestivo con angiomiolipomas renales, hipertensión de difícil control, lesión cerebral, déficit de atención evidenciado y lesión vascular con AAA. El diagnóstico y abordaje del paciente hipertenso ha de hacerse con una visión global del paciente. Por un lado, saber que la causa más frecuente es la HTA esencial, pero que no debemos dejar de estudiar las causas de HTA secundaria cuando la clínica, la evolución o el fenotipo del paciente así nos lo sugieran. Por otro lado, es importante estratificar el riesgo cardiovascular global para manejar integralmente los factores de riesgo cardiovascular, y así evitar complicaciones vasculares, desarrollo de enfermedad renal crónica o eventos cardiovasculares mayores.

Bibliografía

1. Gorostidi M, et al. *Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión -Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Hipertens Riesgo Vasc 2022;39:174-194.*
2. Mancia G, et al. *2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). Journal of Hypertension 2023; 41: 1874-2071.*

3. Whelton PK, et al. 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71:e127-e248.

791/7. OMALGIA CON SORPRESA.

Autores:

Cardona Herrera, A.¹, Valverde Entrena, V.¹, Navarro González, E.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico residente. Centro de salud de Berja. Almería., (2) Médica adjunta. Centro de salud de Berja. Almería.

Resumen:

Descripción del caso

+ Antecedentes Personales: NAMC, Fumadora 10 cig/día, migraña, Covid persistente (2021) en forma de astenia, pérdida de memoria con estudio neurológico normal (marzo), déficit de vitamina B12, pérdida de peso de 7 kg en 3 meses y diarrea en estudio por digestivo con sospecha de gastritis crónica (marzo) y por endocrinología por sd. Malabsortivo (abril).

Tto: Batidos hiperproteicos, Duloxetina, Cianocobalamina, Etonogestrel/Etinilestradiol anillo vaginal.

+ Enfermedad Actual (EA): Mujer de 38 años que refiere omalgia derecha desde hace 4 días, acudió a urgencias hospitalarias donde realizaron una radiografía de hombro y dieron de alta con analgésicos con diagnóstico de omalgia. No asocia la aparición del dolor con sobreesfuerzo, traumatismo ni movimientos repetitivos con miembro superior derecho (MSD). El dolor es irradiado a axila y mama con el movimiento y la palpación. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias

+ Exploración Física: Miembros superiores: Ligero eritema y aumento de tamaño en región proximal de MSD, dibujándose el sistema venoso bajo la superficie cutánea sin signos de ingurgitación, no apreciándose en miembro contralateral. Dolor a la palpación de MSD en cara interna próxima a axila, sutil induración lineal.

+ Radiografía de hombro (urgencias): cortical íntegra sin líneas de fracturas.

+ Ecografía clínica en consulta: Sistema venoso dilatado con contenido isoecoico no compresible y stop de doppler-color.

+ Analítica (urgencias tras valoración en consulta): Fibrinógeno 752 mg/dL, D-Dímero 1129 ng/mL.

+ Eco-Doppler (urgencias tras valoración en consulta): Trombosis aguda venosa profunda (TVP) afectando a la vena humeral, axilar y subclavia.

+ Ecografía mamaria y axilar (ingreso): No adenopatías sospechosa. Parénquima glandular denso, quiste simple mama derecha y un nódulo BI-RADS 2 en unión de cuadrantes externos de mama izquierda.

Juicio clínico

Trombosis Venosa Profunda.

Comentario final

El ecógrafo en atención primaria permite un diagnóstico precoz y preciso. Una formación básica para un uso clínico evita la demora en la solicitud de pruebas complementarias y mejora el criterio de derivación a las consultas externas especializadas. En este caso, pudimos realizar un estudio más completo en consulta, volviendo a derivar a la paciente a urgencias hospitalarias donde se confirmó el hallazgo, recibió tratamiento y fue ingresada para despistaje de neoplasia mamaria asociada.

Bibliografía

1. Ramírez Torres JM, López Téllez A, Gutiérrez Molina D. Ecografía vascular cuello, abdomen y trombosis venosa profunda. En: Trillo Fernández C, editor. *Guía de práctica clínica. Ecografía en atención primaria*. 2ª ed. Granada: SAMFyC; 2021. p. 403-418. Vaughan A, Hulkower S. Evaluation of the adult with shoulder complaints [Internet]. UpToDate: Grayzel J, editor. 2023 Nov 29 [2024 Apr; 2024 May]. Disponible en: <https://www.uptodate.com> Gos-hima K. Primary (spontaneous) upper extremity deep vein thrombosis [Internet]. UpToDate: Collins KA, editor. 2024 Mar 12 [2024 Apr; 2024 May]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

791/9. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TERAPIA CON ACTIVACIÓN DE BARORRECEPTORES: UNA ALTERNATIVA PARA PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO MÉDICO.

Autores:

Rico López, D.¹, Pérez García, S.², Bustos Merlo, A.³, Roa Chamorro, R.³, González Bustos, P.³, Jaén Águila, F.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) Residente. Centro de Salud Zaidin Sur. Granada, (3) Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión arterial (HTA) tiene una prevalencia entre el 40% y 60%, aumentando la morbi-mortalidad en aquellos pacientes que no logran un adecuado control. Hablamos de HTA refractaria (prevalencia 1,4%), cuando a pesar de cinco fármacos, incluyendo un diurético, no se logra descender la presión arterial (PA) <140/90 mmHg. Se han explorado terapias no farmacológicas como la denervación renal y la terapia de activación de barorreceptores (TAB), que mediante la estimulación del seno carotídeo aumenta el tono parasimpático, reduciendo la PA y la frecuencia cardíaca (FC). La TAB ha demostrado beneficios en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica con fracción de eyección reducida, mejorando su calidad de vida y clase funcional.

Métodos

Estudio transversal descriptivo sobre pacientes con HTA refractaria atendidos en consulta de riesgo cardiovascular desde el 1 de enero de 2018 al 31 de julio de 2024. Se incluyeron pacientes con al menos cinco fármacos, no respondedores a denervación renal y sometidos a TAB mediante Barostim neo. Se excluyeron pacientes no candidatos a cirugía por edad o comorbilidad y con ateromatosis carotídea. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas. Tras la activación se realizaron mediciones clínicas de PA así como automedida de la PA domiciliaria. Mediante SPSS se analizaron media y la desviación estándar (DE), proporciones y diferencia de medias.

Resultados

Del total de los 5 pacientes, la edad media fue de $56,8 \pm 5,40$ años, siendo el 60% hombres. Todos presentaban factores de riesgo cardiovascular como diabetes, tabaquismo, obesidad y dislipemia. Previamente a la implantación de TAB, la PA sistólica media fue de $179,80 \pm 16,96$ mmHg y PA diastólica media fue de $113,20 \pm 12,11$ mmHg con una FC media de $87,40 \pm 11,27$ latidos por minuto (lpm). Postimplantación (con una activación media de 3,64 mA), la PA sistólica media fue de $149,80 \pm 17,16$ mmHg, la PA diastólica media fue de $99,80 \pm 11,12$ mmHg y una FC media de $62,40 \pm 8,62$ lpm (tabla 1). Se consiguió un descenso medio de $30 \pm 7,68$ mmHg (IC 20,46-39,53; $p=0,001$) y $13,40 \pm 9,07$ mmHg (IC 2,13-24,66; $p=0,03$) de PA sistólica y diastólica respectivamente, con un descenso de FC de $25 \pm 9,13$ lpm (IC 13,65-36,34; $p=0,004$) (Figura 1). El descenso en las cifras de PA permitió una reducción en al menos dos fármacos, con una media de $5,2 \pm 0,83$ fármacos por persona. Hubo una mejoría de clase funcional, pasando aquellos pacientes que previamente tenían una clase funcional grado III a una clase funcional grado II. Ninguno de nuestros pacientes sufrió eventos adversos en el perioperatorio ni en el tiempo de seguimiento.

Conclusiones

En conclusión, la TAB es una opción terapéutica eficaz y segura para pacientes con HTA refractaria, logrando reducciones significativas de PA y una disminución del número de fármacos. En pacientes con ICC, mejora la calidad de vida y la sintomatología. A pesar de la limitación del número de pacientes candidatos y la necesidad de un equipo multidisciplinario experimentado, la TAB se presenta como una alternativa viable en estos casos.

791/11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE CON GLOMERULOPATÍA C3: ¿ESENCIAL O SECUNDARIA?

Autores:

Machado Álvarez, M.¹, Iturralde Jara, A.², Codina Álvarez, M.², Martínez Esteban, M.³, Toledo Rojas, R.³, León Fradejas, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) MIR de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, (3) FEA de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga., (4) FEA de Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Resumen:**Descripción del caso**

Presentamos un caso de una mujer de 38 años, con antecedentes de preeclampsia en el 2006, e Hipertensión arterial (HTA) pos parto en el 2012, que en el 2016 ingresa en Medicina Interna por crisis hipertensiva, con estudio de secundarismo negativo. Con función renal conservada hasta entonces, con solo indicios de proteinuria. Desde el 2017 sin analíticas. Acude a urgencias por edematización de miembros inferiores de una semana de evolución, presión arterial 220/150 mm Hg, deterioro de la función renal con creatinina de 4,5 mg/dl. No disnea, no artralgias, no erupciones cutáneas, no fiebre. No antecedente de toma de AINEs, antibióticos o regaliz. Si afirmando la toma errática de antihipertensivos desde el 2017, suspendiéndolos completamente hace por lo menos 5 meses. Ingresándola para estudio

Exploración y pruebas complementarias

La paciente con edemas periféricos hasta raíz de miembros e HTA severa, sin datos de alteración neurológica. En conjunto con sus pruebas complementarias se planteó como diagnósticos diferenciales como: -Síndrome nefrítico por creatinina 4,5 mg/dl, retención hidrosalina, CPC 3737 mg/gr, hematuria, hipertensión; -Hipertensión maligna por Daño órgano diana (renal y cardíaca) con NT-Pro BNP 199934 (<450 pg/ml), cardiomegalia, FEVI ligeramente deprimida; y Crisis hipertensiva en HTA crónica con mala adherencia al tratamiento al no tener otras causas claras de secundarismo (autoinmunidad normal, proteinograma normal, no signos de hemólisis, Renina elevada 238 Ui/ml (rango 4,4 -46,1). Se realiza biopsia renal evidenciando alteraciones compatibles con glomerulopatía C3 y lesiones vasculares de hipertensión maligna.

Juicio clínico

Fracaso renal agudo/subagudo en enfermedad renal crónica no estudiada, por HTA maligna en contexto a mala adherencia terapéutica y glomerulopatía C3 subyacente.

Comentario final

La paciente al alta se fue con tratamiento antihipertensivo, diurético, prednisona y micofenolato, pero con creatinina aun sin mejorar. Por los datos de la biopsia y la cronicidad de las lesiones se estableció como enfermedad renal crónica avanzada y pronta entrada en diálisis, aunque felizmente ha estado mejorando lentamente después de varios meses su función renal con creatinina actual de 2,4 mg, TFG 22/min/1.73m³, y proteinuria 0.22 gr/gr, con PA controladas y a nivel cardíaco con recuperación de su función sistólica ventricular. La crisis hipertensiva puede ser una manifestación de novo o complicación de una HTA esencial o secundaria. Las causas de una crisis hipertensiva pueden ser muy amplia, la más frecuente la falta de adherencia terapéutica, sin embargo, si es una emergencia hipertensiva se debe estudiar las causas y realizar un tratamiento oportuno, porque el pronóstico se ve empobrecido por la etiología subyacente. En esta paciente, el daño renal por la hipertensión arterial y la glomerulopatía C3 probablemente ya se estaba demostrando los años que la paciente no acudía a controles. Y ya sea por la edad y los antecedentes de la paciente, la HTA en ella podemos afirmar que sea de probable origen secundario, además del mal cumplimiento terapéutico

Bibliografía

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *Journal of Hypertension*. diciembre de 2023;41(12):1874.
2. Rossi GP, Bisogni V, Rossitto G, Maiolino G, Cesari M, Zhu R, et al. Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2020;27(6):547-60.
3. Heiderscheid AK, Hauer JJ, Smith RJH. C3 glomerulopathy: Understanding an ultra-rare complement-mediated renal disease. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. septiembre de 2022;190(3):344-57.

791/12. CEFALEA Y EMERGENCIA HIPERTENSIVA: CUANDO EL ICTUS NO ES EL ÚNICO TEMOR.

Autores:

de la Rosa Ortega, I.¹, Galvéz Ortigosa, S.¹, García Becerra, M.¹, Aomar Millán, I.², Martínez de Victoria Carazo, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente 1º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada., (2) Facultativo Especialista de Medicina Interna. Unidad de Riesgo Vascular. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen:**Descripción del caso**

Mujer de 82 años con antecedentes de obesidad e hipertensión arterial (HTA) que acude a Urgencias por hipertensión, cefalea y pérdida de visión. Los días previos había estado tomando antiinflamatorios no esteroideos por un catarro, lo que le provocó un mal control tensional. Ingresa en Neurología por disminución progresiva del nivel de conciencia, siendo trasladada finalmente a la UCI.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada, destacaba una tensión arterial (TA) de 236/145 mmHg. A la exploración se observó disfasia motora, amaurosis completa en la campimetría, y desviación de la mirada hacia la izquierda. Analíticamente destacaba una discreta alteración del perfil hepático y elevación de la proteína C reactiva (107 mg/l).

Se activó Código Ictus y se realizaron estudios de neuroimagen (TC sin contraste, angio-TC y TC de difusión) que fueron normales. Se realizó nuevo TC de control a los 2 días, donde se apreció hemorragia subaracnoidea en surcos frontales derechos no visible en la TC previa.

A su llegada a UCI, mantenía un Glasgow de 8/15 y TA de 226/65 mmHg. Se realizó una resonancia magnética (RM) craneal (figura 1), en la que se apreciaron lesiones hiperintensas T2 en la sustancia blanca parietooccipital compatibles con edema vasogénico, sugestivo de síndrome de encefalopatía posterior reversible. Tras intubación y sedoanalgesia se consiguieron cifras tensionales de 117/60 mmHg, y cuatro días después se repitió la RM craneal (figura 2), que informó resolución del edema vasogénico.

Juicio clínico

Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) en el contexto de emergencia hipertensiva.

Comentario final

El PRES es un síndrome neurológico caracterizado por hallazgos comunes en neuroimagen debidos a distintas etiologías, entre las cuales la más frecuente es la HTA, pero también se puede asociar a otras como la preeclampsia, la inmunosupresión o enfermedades autoinmunes sistémicas (1, 2). En cuanto a su patogenia, se han propuesto varios mecanismos, como fallos en la autorregulación del flujo cerebral y fenómenos de disfunción endotelial con liberación de citoquinas inflamatorias y extravasación de edema a nivel del tejido cerebral. Se postula que la causa son las grandes fluctuaciones de la TA, más que las cifras absolutas, por lo que puede producirse con cifras tensionales normales (1).

Se manifiesta de forma aguda con cefalea, alteración del estado mental y de la visión, pudiendo también producir signos neurológicos focales con menos frecuencia y convulsiones, sobre todo en el contexto de la preeclampsia.

La prueba de imagen de elección es la RM, cuyo hallazgo típico es el edema vasogénico de la sustancia blanca subcortical parietooccipital, ya que la parte posterior del cerebro es particularmente susceptible al aumento de la perfusión y a la HTA por la escasa inervación simpática (3).

El objetivo terapéutico es normalizar las cifras tensionales hasta niveles no excesivamente bajos por el riesgo de complicaciones, por lo que se recomiendan fármacos intravenosos con dosis fácilmente titulables.

Tras el alta, la paciente fue valorada en la Unidad de Riesgo Vascular donde se realizó estudio analítico y de imagen para descartar HTA secundaria, siendo el estudio normal.

La HTA y el síndrome PRES están íntimamente ligados y es fundamental la búsqueda de factores de riesgo asociados, ya que, en un porcentaje importante de los casos, ocurre en pacientes con HTA secundaria (causada por feocromocitoma, estenosis de arteria renal o hiperaldosteronismo primario) o por fármacos, como la toma de antiinflamatorios en pacientes hipertensos (1).

Bibliografía

1. Ando Y, Ono Y, Sano A, Fujita N, Ono S. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome: A Review of the Literature. *Intern Med.* 2022;61(2):135-141.
2. Triplett JD, Kutlubaev MA, Kermode AG, Hardy T. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES): diagnosis and management. *Pract Neurol.* 2022;22(3):183-9.
3. Fugate JE, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. *Lancet Neurol.* 2015;14:914-25.

791/13. APARICIÓN SÚBITA DE RIGIDEZ EN AMBAS MANOS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Autores:

Iturralde Jara, A.¹, Navas Vela, L.², Bautista Recio, C.³, Codina Álvarez, M.¹, Toledo Rojas, R.⁴, López Jiménez, V.⁴

Centro de Trabajo:

(1) MIR de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga., (2) MIR de Endocrinología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga., (3) FEA de Endocrinología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga., (4) FEA de Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 50 años, exfumadora de 20 cigarrillos al día. Sin antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes o dislipemia. En domicilio cifras habituales de presión arterial (PA) tendentes a la hipotensión. Diagnosticada de fibromialgia y endometriosis, intervenida de histerectomía y doble anexectomía. Como tratamiento habitual: tibolona, complejos multivitamínicos, magnesio, omega-3 y productos de herbolario.

La paciente acudió a urgencias por haber comenzado esa misma mañana con rigidez en ambas manos y parestesias en manos y periorales. En las dos semanas previas cuenta sensación de fasciculaciones musculares en distintas zonas del cuerpo, poliuria y polidipsia y tendencia al estreñimiento. Negaba sensación distérmica, vómitos, clínica neurológica, palpitations o dolor torácico.

Debido a la fibromialgia la paciente sufría dolores musculares crónicos, para paliarlos había recurrido a productos de herboristería y desde hacía un mes tomaba unas cápsulas "chinas" e infusiones que tenían sabor a regaliz.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada presentaba una PA de 190/85 mmHg. Afebril, con auscultación cardiorrespiratoria anodina y miembros inferiores sin edemas. Ambas manos con importante rigidez y contractura en flexión, con limitación de la movilización.

Analíticamente destacaba una hipopotasemia con un potasio que llegó a 1.9 mEq/L y alcalosis metabólica. Calcio y magnesio en rango. Función renal normal con potasio en orina por encima de 20 mEq/L. En el electrocardiograma ondas T aplanadas y presencia de ondas U.

Estudio hormonal con cortisol y ACTH en rango, test de Nugent negativo y aldosterona baja en 2.2 ng/dL, sin determinación de renina por error de laboratorio.

Tras tratamiento con aportes de potasio, espironolactona e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), y habiendo suspendido la ingesta de regaliz, se consiguió controlar el potasio y la PA. Posteriormente en domicilio se pudo suspender toda la medicación manteniendo cifras de potasio y PA normales.

Juicio clínico

Se trata de una HTA de nueva aparición asociada a hipopotasemia y alcalosis metabólica, por lo que habría que considerar como primera opción diagnóstica una HTA secundaria. Los niveles elevados de potasio en orina y la aldosterona baja orientan a un pseudohiperaldosteronismo, y dado el antecedente de consumo de regaliz llegamos al diagnóstico de pseudohiperaldosteronismo por regaliz. Esto se confirma con la resolución del cuadro tras dejar de consumir dicha sustancia.

Comentario final

La ingesta crónica de regaliz induce un pseudohiperaldosteronismo caracterizado por: HTA, hipopotasemia, alcalosis metabólica, baja actividad de renina plasmática y niveles bajos de aldosterona. Las arritmias, la parálisis musculoesquelética, la rabdomiólisis y la alteración de la conciencia son poco frecuentes, aunque potencialmente mortales(1).

La aldosterona y el cortisol actúan como activadores del receptor de mineralocorticoides, sin embargo, la actividad del cortisol está limitada por su degradación a través de la 11 β -hidroxiesteroide-deshidrogenasa tipo 2 (11 β -HSD2) (1). El regaliz contiene ácido glicirrético que inhibe la 11 β -HSD2(2), bloqueando así la degradación de cortisol y provocando la activación del receptor de mineralocorticoides(1).

El diagnóstico se basa en anomalías bioquímicas con el antecedente de ingesta de regaliz. La fuente de regaliz puede no ser obvia, está presente en chicles, tabaco de mascar, marihuana e infusiones(3). El cese de la ingesta de regaliz suele ser el único tratamiento necesario. Es posible que inicialmente se requieran suplementos de potasio o un diurético ahorrador de potasio, pero no deberían ser necesarios una vez que el efecto del regaliz haya desaparecido.

Bibliografía

1. Ceccuzzi G, Rapino A, Perna B, Costanzini A, Farinelli A, Fiorica I, et al. *Liquorice Toxicity: A Comprehensive Narrative Review. Nutrients.* 2023;15(18). Disponible en: [/pmc/articles/PMC10537237/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/410537237/)

2. Whorwood CB, Sheppard MC, Stewart PM. Licorice inhibits 11 beta-hydroxysteroid dehydrogenase messenger ribonucleic acid levels and potentiates glucocorticoid hormone action. *Endocrinology*. 1993;132(6):2287-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8504732/>
3. Apparent mineralocorticoid excess syndromes (including chronic licorice ingestion) - UpToDate [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/apparent-mineralocorticoid-excess-syndromes-including-chronic-licorice-ingestion>

791/14. EMPRESA SALUDABLE COMO PROMOTORA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL.

Autores:

Orozco Martin, J.¹, Fernandez Peinado, M.², García Lacambra, D.³, Sánchez Martínez, C.⁴, Espejo Velasco, M.⁵, Vilar Martin, N.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Residente Medicina Del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba, (2) EIR Enfermería del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba, (3) MIR Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba, (4) MIR Medicina Del Trabajo Distrito Sanitario Jaén Sur, (5) MIR Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Reina Sofia. Córdoba, (6) EIR Enfermería del Trabajo. Hospital Reina Sofia. Córdoba

Resumen:

Introducción y Objetivos

En España, los factores de riesgo cardiovascular presentan una alta prevalencia, igual o superior a la del resto de países de nuestro entorno europeo, con tendencia a aumentar, y el control de los mismos es, en muchas ocasiones, subóptimo. En los exámenes de salud realizados en nuestra unidad hemos podido observar que en nuestro centro son muchos los trabajadores que presentan estos factores de riesgo cardiovascular. Debido a ello, desde la Unidad de Salud Laboral de nuestro Hospital hemos implantado de un programa de promoción de la salud, el cual pretende desarrollar aquellas medidas que mejoren la salud de los trabajadores del hospital y sus familias, influyendo en sus conductas y en el entorno del mismo, promoviendo la obtención de información, el aprendizaje de habilidades y la creación de un entorno de trabajo que permita al trabajador elegir las conductas más saludables, asumiendo un mayor protagonismo en el control de su salud.

Métodos

1. Compromiso de la dirección
2. Formación de equipo de trabajo:
 - a. Unidad de Salud Laboral.
 - b. Representación de la dirección.
 - c. Representación de los mandos intermedios.
 - d. Representación de los trabajadores.
 - e. Profesionales de cada área de intervención.
3. Análisis de la situación de partida.
4. Sensibilización.
5. Información.
6. Intervención.
7. Evaluación y seguimiento.

Se estableció un grupo de trabajo en el cual se designó un representante para cada uno de las líneas de trabajo, las cuales se estructuraron. Se realizó posteriormente un cronograma para la implantación de los diferentes proyectos:

1. Alimentación saludable. Cartelería, reparto de fruta, talleres etiquetado y cesta de la compra.
2. Actividad física: Ejercicios previos al inicio de la jornada laboral.
3. Consulta deshabituación tabáquica: Consulta individual, así como talleres grupales.
4. Consulta FRCV:
 - HTA
 - DM2

- Dislipemia
- Obesidad

5. Programa meditación.

Resultados

Actividad Física:

Se han observado cambios estadísticamente significativos en:

Disminución de molestias, de toma de medicación y de necesidad de fisioterapia.

Meditación:

Disminución del estrés de manera significativa según los estudios realizados.

Tabaquismo:

Deshabitación tabáquica avanzada a 89 (51,22%) (El 73,8% dejó de fumar)

Resultados consulta FRCV: en curso.

Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos hasta la fecha podemos decir que la labor realizada por la Unidad de Salud Laboral del HURS ha contribuido de manera significativa a la prevención y a la mejora de salud de los trabajadores de nuestro centro, realizando un abordaje integral del riesgo cardiovascular y haciendo partícipes del cuidado de su propia salud a los mismos trabajadores a través de las herramientas proporcionadas y de las intervenciones dirigidas a la modificación de su estilo de vida y la adquisición de hábitos saludables, consiguiendo así incentivar tanto la realización de actividad física como el abandono del hábito tabáquico, logrando así una disminución del estrés y por ende una mejorara en el clima laboral.

Desde la Unidad de Salud Laboral creemos que podemos ser una importante herramienta en la prevención y detección precoz de FRCV, ayudando así al proyecto común de mantener la salud y mejorar la calidad de vida de nuestros trabajadores.

791/15. LA CRONODISRUPCIÓN COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN PACIENTES OBESOS. UN ANÁLISIS PROSPECTIVO.

Autores:

Muñoz Osuna, J.¹, Romero Cabrera, J.², García Ríos, A.², Rangel Zuñiga, O.², Membrives Obrero, A.², López Miranda, J.²

Centro de Trabajo:

(1) MIR Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba., (2) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La obesidad ha incrementado su prevalencia desde los años 80 convirtiéndose en un problema de salud pública y multiplicando el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular isquémico. A pesar de las estrategias actuales en la prevención de esta, la obesidad y los factores de riesgo cardiovascular asociados siguen creciendo. Por tanto, es necesario buscar nuevas estrategias de abordaje que complementen las actuales y que puedan ayudar a prevenir la actual pandemia. Estudios recientes apuntan a la cronodisrupción como factor responsable de la obesidad.

El objetivo de nuestro estudio fue estudiar los hábitos de vida basales (alimentación, sueño y actividad física) entre pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica antes de la misma, así como su relación con el cronotipo y la influencia de éste en el perfil lipídico y metabólico y en la pérdida de peso posterior tras la cirugía.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio prospectivo en una cohorte de 101 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Sofía (Córdoba, España). Se registraron los principales factores de riesgo cardiovascular tradicionales, se realizaron medidas antropométricas, se determinó el perfil lipídico, la glucemia y la resistencia a la insulina antes de la cirugía. También se analizaron los hábitos de vida y el cronotipo. Por último, se analizó la evolución del peso y del índice de masa corporal (IMC) tras la cirugía.

Resultados

Los pacientes vespertinos tenían un peso y un IMC preoperatorios superiores a los del grupo de cronotipo matutino ($p=0,04$, $p=0,03$ respectivamente). Al mismo tiempo, los pacientes vespertinos presentaban concentraciones más bajas de ApoA1 ($p=0,01$), niveles medios más bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) ($p=0,02$) y mayor resistencia a la insulina ($p=0,05$). Por el contrario, los pacientes matutinos mostraron una mayor actividad física vigorosa semanal ($p=0,02$) y una mayor adherencia a la dieta mediterránea ($p<0,01$) en comparación con los pacientes vespertinos. Además, se observó un menor porcentaje de pérdida de peso e IMC en los pacientes con un cronotipo vespertino en comparación con los de cronotipo matutino ($p=0,03$ y $p=0,04$ respectivamente) tras las dos primeras revisiones posteriores a la intervención.

Conclusiones

Los pacientes obesos con cronotipo vespertino presentan peor perfil cardiometabólico y hábitos de vida. Además, la pérdida de peso entre los pacientes obesos vespertinos tras la cirugía bariátrica fue menor en comparación con los pacientes obesos matutinos. Incluir la evaluación del cronotipo dentro del abordaje de pacientes obesos y con alto riesgo cardiovascular podría permitirnos proporcionar recomendaciones personalizadas para una mejor evolución y manejo multidisciplinar de estos pacientes.

791/17. REGISTRO DE ADHERENCIA A DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES DE LA CONSULTA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LÍPIDOS.

Autores:

Espildora Hernández, J.¹, Rioja Villodres, J.², Benítez Toledo, M.¹, Coca Prieto, I.¹, Ariza Corbo, M.², Sánchez Chaparro, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) **Facultativo Especialista Área Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga,** (2) **Laboratorio de Lípidos y Arteriosclerosis. Centro Investigaciones Médico-Sanitarias (CIMES). Málaga**

Resumen:

Introducción y Objetivos

Es bien conocida la relevancia y el impacto beneficioso de la dieta mediterránea en la salud cardiovascular, habiéndose demostrado tanto en prevención primaria (con la encuesta MEDAS validada en el estudio Predimed), como en prevención secundaria. Habitualmente atendemos pacientes en nuestras consultas con abundantes comorbilidades, candidatos a optimizar sus hábitos de vida y su riesgo cardiovascular. Encuestas poblacionales previas han arrojado una pobre adherencia a la dieta mediterránea, si bien la población diana era muy diferente, como estudiantes universitarios, con distinto perfil de edad y comorbilidades. Nuestro objetivo es analizar la adherencia en una cohorte de pacientes ambulatorios.

Métodos

En el periodo comprendido entre el 05/02/2024 y el 21/06/2024 se entregó a todos los pacientes citados en las Consultas de Hipertensión Arterial y Lípidos del Servicio de Medicina Interna del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga una encuesta que incluía el cuestionario MEDAS de adherencia a dieta mediterránea, así como unas preguntas adicionales: edad, sexo, nivel de estudios (superiores/ universitarios vs no superiores), peso/ talla (para elaboración del índice de masa corporal) y autopercepción sobre si su alimentación era o no adecuada.

Análisis estadístico: Las variables cuantitativas se muestran como la media \pm desviación estándar o como mediana (rango intercuartílico) cuando no siguen la normalidad tras aplicar el ajuste de la normalidad de las variables con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Las variables cualitativas se muestran como n (%). Para conocer si existían diferencias significativas entre ambos sexos, se llevó a cabo un análisis de las variables cuantitativas (t de Student o U de Mann Whitney) y cualitativas (χ^2) a través del programa IBM SPSS 26.0. Se consideró la significación estadística cuando $p < 0.05$.

Aspectos éticos: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Provincial de Málaga con fecha 24/09/2020. Se han seguido las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa sobre confidencialidad y protección de datos personales, así como las Normas de Buena Práctica Clínica. Todos los sujetos incluidos en el estudio firmaron el consentimiento informado.

Resultados

Un total de 349 pacientes realizaron la encuesta. El 56% (197) fueron mujeres. La edad media fue de 59 años y el IMC promedio de 26.8. El 79% (274) consideraron que seguían una alimentación saludable, aunque sólo el 52% (182)

cumplían la dieta mediterránea según el cuestionario MEDAS. Si desglosamos por formación académica recibida, observamos una mayor adherencia en la población con estudios universitarios (71%) vs no universitarios (47%) con una $p=0.001$. Ambos grupos supraestiman su nivel de alimentación saludable: 91% de los universitarios vs 75% de no universitarios ($p = 0.002$). El IMC fue mayor en pacientes sin formación superior (27.5 vs 25.4).

Conclusiones

Poco más de la mitad de los pacientes seguidos en nuestras consultas de Riesgo Vascular seguían una dieta mediterránea, si bien la gran mayoría piensa que cumplen con una alimentación saludable. El impacto de la formación académica recibida es un determinante conocido e influyente en los hábitos higiénico-dietéticos, y así se refleja en nuestra muestra.

791/18. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTE MONORRENO.

Autores:

Martínez Ramírez, R.¹, Iturralde Jara, A.², Codina Álvarez, M.², Machado Álvarez, M.¹, Hidalgo Gúzman, P.³, López Jiménez, V.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente 3º Año. Hospital Regional Universitario De Málaga, (2) Residente 2º Año. Hospital Regional Universitario De Málaga, (3) Fea Nefrología. Hospital Regional Universitario De Málaga, (4) Jefa De Servicio De Nefrología. Hospital Regional Universitario De Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 69 años

No alergias medicamentosas conocidas

Antecedentes médicos:

- Fumador activo (10 paquetes/año durante 40 años)
- Hepatitis crónica por virus C genotipo 1b. Recibió tratamiento con interferón + ribavirina, con recaída posterior. Sin tratamiento actual
- Monorreno izquierdo por ureteronefrectomía derecha debido a Carcinoma papilar urotelial intervenido en 2012
- Psoriasis con tratamiento tópico

El paciente acude derivado desde su centro de salud por edematización de miembros inferiores.

Refiere edematización progresiva desde hace 2 semanas. AMPA elevada con PAS en torno a 160-170 mmHg. Además, astenia de varios meses de evolución. No refiere recorte de diuresis, no sangre o espuma en orina. No clínica respiratoria ni cardíaca. Niega pérdida de apetito. Niega consumo de AINES.

Exploración y pruebas complementarias

A su llegada a urgencias se evidencia presión arterial 190/80 mmHg

En la exploración física destacan importantes edemas con fóvea. Auscultación pulmonar con crepitantes leves bibasales. Sin otros hallazgos de interés.

Analítica en urgencias:

- Deterioro de función renal con creatinina sérica 3.3 mg/dl FG 18 ml/min, en orina presenta proteinuria en rango nefrótico, sedimento con hematuria
- PCR negativa
- Hemograma y coagulación en rango

Ecografía de abdomen: Nefrectomía derecha. RI con pérdida de diferenciación corticomedular, sin dilatación pie-localicial. Sin otros hallazgos relevantes.

Tras hallazgos en PPCC se deriva de forma preferente a consultas de Nefrología.

En consultas de Nefrología el paciente refiere mal control de presión arterial en domicilio, a pesar de tratamiento con 2 fármacos (olmesartán y amlodipino). Por lo que se ajusta tratamiento domiciliario (aumentando dosis y añadiendo doxazosina) con buena respuesta.

Analítica en consulta:

- Descenso del complemento (C3 77 y C4 7)

- Proteinograma sin pico monoclonal
- Crioglobulinas positivas 70%
- Carga viral VHC positiva 92340 copias/ml

Se consulta con Enfermedades Infecciosas y se inicia tratamiento con 2 antivirales de acción directa.

Juicio clínico

Crioglobulinemia secundaria a VHC

Hipertensión arterial

Comentario final

La afectación renal en la crioglobulinemia se ha descrito en un 20-60% de los pacientes. La presentación clínica es variable, aunque lo más frecuente es: hematuria microscópica con proteinuria variable. Es frecuente la presencia de HTA en estos pacientes.

La crioglobulinemia es una enfermedad sistémica, los pacientes pueden presentar astenia y debilidad, lesiones cutáneas, musculoesqueléticas, neuropatías periféricas y síntomas respiratorios.

El tratamiento general de los pacientes con crioglobulinemia mixta moderada-grave debe incluir tratamiento específico de la enfermedad subyacente (en el caso de nuestro paciente la infección crónica por VHC) junto con una terapia inmunosupresora siendo de elección el rituximab.

Ante un paciente con HTA asociada a otros síntomas y signos como astenia y edemas, y que además presenta alteraciones de la función renal, debemos orientar el cuadro hacia enfermedades sistémicas. Hay que completar el estudio con una serie de pruebas complementarias, en este caso destacando autoinmunidad, estudio glomerular y serología.

En ocasiones puede ser necesario realizar una biopsia renal. En el caso de nuestro paciente, al ser monorreño, las consecuencias de una complicación al realizar la biopsia renal son mayores, por lo que será fundamental agotar toda la batería de pruebas diagnósticas antes de recurrir a una prueba invasiva, pero en caso de ser necesario se podría realizar.

Bibliografía

1. *Cacoub P, Comarmond C, Domont F, Savey L, Saadoun D. Cryoglobulinemia Vasculitis. Am J Med. 2015 Sep;128(9):950-5. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.02.017. Epub 2015 Mar 30. PMID: 25837517.*
2. *Obrîșcă B, Jurubiță R, Sorohan B, Iliescu L, Baston C, Bobeică R, Andronesi A, Leca N, Ismail G. Clinical outcome of HCV-associated cryoglobulinemic glomerulonephritis following treatment with direct acting antiviral agents: a case-based review. Clin Rheumatol. 2019 Dec;38(12):3677-3687. doi: 10.1007/s10067-019-04625-y. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31172367.*
3. *Pietrogrande M, De Vita S, Zignego AL, et al. Recommendations for the management of mixed cryoglobulinemia syndrome in hepatitis C virus-infected patients. Autoimmun Rev. 2011 Jun;10(8):444-54. doi: 10.1016/j.autrev.2011.01.008. Epub 2011 Feb 15. PMID: 21303705.*

791/19. DESAFÍO NEURO-ONCOLÓGICO EN PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVAS.

Autores:

Acosta Ayala, E.¹, Morra, S.², Gázquez Aguilera, E.², Pérez-Crespo Gilabert, J.³, Bonig Trigueros, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Medicina Interna R1. H.U Torrecardenas. Almería, (2) Medicina Interna FEA. Hospital Universitario Torrecardenas. Almería., (3) Medicina Interna R2. Hospital Universitario Torrecardenas. Almería.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 45 años sin antecedentes médicos de interés, salvo tabaquismo activo. Ingresó en Medicina Interna para estudio de lumbalgia y cuadro constitucional. Durante el ingreso experimentó un rápido deterioro: a) clínico, por encefalopatía hipertensiva; b) analítico, por trombocitopenia grave no inmune y sin esquistocitos en sangre periférica, y c) por imagen, con TAC craneal que evidenció imágenes sugestivas de Síndrome de Leucoencefalopatía Posterior Reversible (SLPR).

Presentamos un caso clínico complejo de encefalopatía hipertensiva con SLPR, en paciente con diagnóstico final de Leucemia Aguda Linfática (LAL) de tórpida evolución.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración física inicial presentaba dolor en zona lumbar, presión arterial de 140/85 mmHg, sin diferencias entre miembros y cefalea holocraneal sin déficits neurológicos, controlada con analgesia habitual. A nivel analítico destacaba una trombocitopenia no inmune, progresiva hasta 38.000 plaquetas, que precisó la administración de varios pools de plaquetas. La morfología en sangre periférica descartó esquistocitos y el aspirado de médula ósea confirmó una infiltración por blastos e inmunofenotipo compatible con LAL Ph+. Las pruebas complementarias básicas, RX de tórax y ECG, fueron normales.

En la evolución posterior, presentó un empeoramiento clínico por cefalea, elevación de cifras tensionales, llegando a convulsionar en varias ocasiones. Se inició tratamiento anticomicial y se realizó un TC craneal que mostró una pequeña hemorragia subaracnoidea parietal. Tras conseguir cierta estabilidad clínica y tensional con politerapia antihipertensiva, la paciente presentó nuevo deterioro neurológico por encefalopatía hipertensiva, confirmado en el electroencefalograma y precisando tratamiento con Urapidil endovenoso. Se repitió TC craneal que evidenció hallazgos sugestivos de SLPR confirmados en la RMN cerebral. La paciente ingresó en UCI iniciándose tratamiento con clevedipinio, con buena respuesta, permitiendo desescalar progresivamente hasta tratamiento antihipertensivo oral. En la UCI se realizó un Cytospin de LCR, que resultó positivo para células tumorales. Durante su estancia en UCI se inició quimioterapia intratecal con dexametasona e imatinib.

En los días posteriores, la paciente falleció por nueva encefalopatía hipertensiva y parada cardio-respiratoria.

Juicio clínico

- LAL Ph+ con carcinomatosis leptomeningea e hipertensión arterial progresiva severa
- SLPR potenciado (encefalopatía HTA y farmacológica)

Comentario final

El SLPR es un síndrome neurológico definido por características clínicas de aparición aguda (cefalea, confusión, alteraciones visuales e hipertensión) y radiológicas (alteración en la señal bilateral extensa en la sustancia blanca de predominio en regiones cerebrales posteriores bilaterales)¹. Entre las causas subyacentes que desencadenan este síndrome se encuentran la encefalopatía hipertensiva y el tratamiento con fármacos inmunosupresores, entre otros^{1,2}. El caso presentado podría obedecer a estos dos mecanismos. Por una parte, el mecanismo de la encefalopatía hipertensiva en una paciente sin HTA previa conocida, se explicaría porque la elevación súbita de la PA excede la capacidad de autorregulación de la circulación cerebral, dando lugar a una ruptura de la barrera hematoencefálica (BHE) con trasudación de fluido y hemorragias petequiales¹. (en nuestro caso, favorecido por la afectación previa de la BHE por infiltración tumoral). Por otra parte, el mecanismo de la toxicidad por fármacos, se postula por efecto tóxico sobre el endotelio vascular². El Imatinib es un inhibidor de la tirosín kinasa indicado en la LLA Ph+. Entre los efectos adversos que puede producir, se encuentra la HTA y la congestión sistémica³. La no resolución completa del SLPR previo, unido a la necesidad de inicio de tratamiento quimioterápico con potencial efecto presor, consideramos que fue el "trigger" que potenció el SLPR.

Aunque el SLPR tiene buen pronóstico, consideramos que la presencia de marcadores de mal pronóstico asociados a la LAL tales como, Ph+ y la infiltración tumoral del SNC, fueron determinantes en el desenlace final.

Bibliografía

1. 334: 494-500.
2. 54:775-80.
3. 253-258
4. UpToDate 2024

791/20. EL POTENCIAL DIAGNÓSTICO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA DE UN ASESINO SILENCIOSO: EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL.

Autores:

Moyano Moreno, C.¹, Fernández Toral, M.², Díaz Abad, J.³, Galvéz Ortigosa, S.³, Peregrina Rivas, J.⁴, de la Rosa Ortega, I.³

Centro de Trabajo:

(1) Médico residente. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada., (2) MIR de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid., (3) MIR de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada., (4) Facultativo Especialista de Área de M.Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen:**Descripción del caso**

Se presenta el caso de un hombre de 77 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular, incluyendo hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grado 2C, síndrome de apnea-hipopnea del sueño y enfermedad renal crónica (ERC) estadio IIIb. A pesar de ser independiente, su disnea le limitaba actividades como caminar.

Fue llevado a Urgencias por empeoramiento de su disnea basal hasta hacerse de reposo los cuatro días previos, en contexto de un catarro de vías altas, sin fiebre ni expectoración. A la anamnesis dirigida refería aumento de ortopnea habitual, precisando una almohada más para dormir, extensión de edemas bilaterales en miembros inferiores hasta las rodillas y nicturia de tres veces.

Finalmente se decidió su ingreso para intensificar el tratamiento, incluyendo terapia depleitiva, aerosolterapia, corticoterapia sistémica y tratamiento antibiótico empírico con azitromicina oral.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física, estable hemodinámicamente aunque precisando oxigenoterapia para mantener una saturación periférica de oxígeno adecuada. A la auscultación respiratoria presentaba roncus, sibilancias y crepitantes bilaterales.

En la analítica se constató un leve deterioro de la función renal, niveles de péptido atrial natriurético de 5300 pg/mL (8 - 300) y proteína C reactiva de 20 mg/L (0,4 - 5).

La radiografía de tórax mostró cardiomegalia con engrosamiento hilar y redistribución vascular, además un pinzamiento del seno costofrénico derecho sin condensaciones.

Durante su hospitalización el paciente mejoró progresivamente de la disnea y el estado congestivo. Una vez resuelto el episodio que motivó su ingreso, decidimos realizar una ecografía abdominal para cribado de aneurisma de aorta abdominal (AAA) encontrando una imagen redondeada y anecoica de seis centímetros con captación doppler-color, confirmada posteriormente por una angio-tomografía computerizada de aorta la presencia de un AAA infrarrenal.

Juicio clínico

Exacerbación de EPOC.

Insuficiencia cardíaca descompensada.

ERC reagudizada.

Aneurisma de Aorta Abdominal infrarrenal asintomático.

Comentario final

El paciente fue derivado a Angiología y Cirugía Vasculosa para una Reparación Endovascular del Aneurisma (EVAR) programada. Como tratamiento al alta, se reforzaron las medidas higiénico-dietéticas. Además, se intensificó el tratamiento hipolipemiente con rosuvastatina y ezetimibe, y se añadió dapagliflozina.

El aneurisma de aorta abdominal (AAA) es una dilatación de más del 50% del diámetro normal de la aorta, generalmente mayor de 3 cm en la aorta infrarrenal (1). Afecta a entre el 4% y 8% de los hombres mayores de 65 años, y está asociado a un aumento en la mortalidad (2).

La ruptura del AAA es una complicación grave, con una tasa de mortalidad del 85% fuera del hospital, pero si se detecta a tiempo y se realiza una reparación electiva, la mortalidad disminuye al 5% (3). El cribado con ecografía se recomienda en hombres de 65 a 75 años que hayan fumado o tengan antecedentes familiares de AAA (4).

En conclusión, el AAA es una entidad potencialmente mortal que por lo general cursa de forma asintomática hasta su eventual ruptura. Por lo tanto, se debe realizar despistaje con ecografía abdominal para su detección y tratamiento precoz. En este sentido, la ecografía a pie de cama supone una oportunidad para el cribado de pacientes que son hospitalizados por otros motivos, como ilustramos con nuestro caso.

Bibliografía

1. Dalman RL, Mell M. Overview of abdominal aortic aneurysm [Internet]. Uptodate.com. 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-aortic-aneurysm>.
2. Chung J. Epidemiology, risk factors, pathogenesis, and natural history of abdominal aortic aneurysm [Internet]. Uptodate.com. 2024. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-risk-factors-pathogenesis-and-natural-history-of-abdominal-aortic-aneurysm>.
3. Kniemeyer HW, Kessler T, Reber PU, Ris HB, Hakki H, Widmer MK. Treatment of ruptured aortic aneurysm, a permanent challenge or a waste of resources? Prediction of outcome using multi-organ dysfunction score. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. Febrero de 2000;19(2):190-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/ejvs.1999.0980>.
4. Creager MA. Screening for abdominal aortic aneurysm [Internet]. Uptodate.com. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-abdominal-aortic-aneurysm>.

791/22. LABILIDAD TENSIONAL Y DISAUTONOMÍA: LA IMPORTANCIA DEL AUREA MEDIOCRITAS.

Autores:

Díaz Abad, J.¹, Moyano Moreno, C.¹, Benavente Fernández, A.², López Rodríguez, S.², García Becerra, M.², Galvéz Ortigosa, S.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio, Granada., (2) FEA. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 60 años, independiente, exfumador de larga data, remitido a nuestro servicio para estudio de síncope de repetición.

En la anamnesis por aparatos destaca: Labilidad tensional, con alternancia entre hiper e hipotensión arterial, e importante ortostatismo asociado; Crisis de sudoración (en ausencia de hipoglicemia, dolor, fiebre o flushing, e independiente de las crisis de hipotensión o hipertensión, sugiriendo deterioro del control de la regulación de la temperatura corporal); Trastorno del sueño, con episodios de apneas; e incontinencia urinaria (como expresión de disfunción vesical).

Así pues, el enfoque clínico inicial fue el de una polineuropatía con disautonomía en grado moderado-grave (establecido mediante la escala COMPASS 31, con un resultado de 38 puntos).

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física general y por aparatos resulta anodina salvo un tilt test positivo.

Se planteó un amplio diagnóstico diferencial con procesos órgano específicos cardiológicos y multisistémicos de causa infecciosa, por depósito (Amiloidosis cardíaca, enfermedad de Fabry), carencial (déficit de B12 y ácido fólico), neoplásica (neuroendocrinos, feocromocitoma) y autoinmune (de placa motora). Los resultados de las pruebas analíticas, funcionales, histológicas y de imagen fueron, a estos efectos, negativas.

Una polisomnografía constató la presencia de apneas del sueño. El estudio urodinámico confirmó la presencia de disautonomía urinaria, sin causa mecánica.

A nivel cardíaco, un Holter-ECG mostró ausencia de arritmias o eventos asociados a la clínica del paciente. Se realizó además una monitorización de presión arterial ambulatoria (MAPA) que reveló la presencia de un patrón non dipper durante la medición nocturna.

Para completar el estudio, se solicitó una Gammagrafía cardíaca que únicamente evidenció una leve denervación. Sospechando que nos encontrábamos ante una entidad neurológica disautonómica, finalmente se solicitó una RMN cerebral y un SPECT-TC para valorar la presencia de lesiones y la actividad dopaminérgica en los ganglios basales, cuyo resultado fue compatible con un síndrome parkinsoniano neurodegenerativo incipiente.

Juicio clínico

Polineuropatía (sensitivo-motora mixta, simétrica, de miembros inferiores, axonal) y disautonomía (por afectación de fibra fina), compatible con Atrofia multisistémica tipo parkinsonismo (AMS-P). Previamente denominada Síndrome de Shy-Drager.

Comentario final

La Atrofia Multisistémica (AMS) constituye una enfermedad neurodegenerativa rara, con una prevalencia estimada de 1-9/100000 personas, caracterizada por la disfunción progresiva del sistema nervioso autónomo, motor y cerebeloso. Se clasifica en dos fenotipos principales: AMS-P (predominantemente parkinsoniana) y AMS-C (predominantemente cerebelosa).

La etiología es desconocida, si bien se sabe que existe un deterioro de estructuras nigroestriadas y olivoponto-cerebelosas. Histopatológicamente se caracteriza por la presencia de inclusiones gliales citoplasmáticas compuestas por alfa-sinucleína.

Esta entidad presenta una rápida evolución, con un pronóstico muy desfavorable; presentando una mediana de supervivencia de 7 a 10 años y un deterioro significativo de la calidad de vida.

La AMS representa un auténtico desafío que requiere una visión integral del amplio e inespecífico espectro sintomático del paciente. En este caso, tras consultar con varios especialistas por los distintos síntomas de forma disgregada, fue la valoración integral por Medicina Interna lo que permitió orientar su proceso diagnóstico.

La identificación precoz y el inicio de tratamiento temprano pueden marcar la diferencia en los pacientes afectados por esta enfermedad. A este respecto, en los últimos años se han llevado a cabo numerosos ensayos clínicos, incluyendo, en fase 3, un nuevo fármaco modulador de NMDA, con resultados prometedores.

Con el presente caso queremos poner de manifiesto la importancia del control de factores de riesgo vascular, destacando la labilidad tensional como clave diagnóstica principal, particularmente en el caso de enfermedades raras, como la AMS.

Bibliografía

1. Poewe W, Stankovic I, Halliday G, Meissner WG, Wenning GK, Pallecchia MT, et al. Multiple system atrophy. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):56.
2. Liu M, Wang Z, Shang H. Multiple system atrophy: an update and emerging directions of biomarkers and clinical trials. *J Neurol*. 2024;271(5):2324-44.

791/24. MÁS ALLÁ DE LA DIABETES TIPO 1 Y 2.

Autores:

Urrutia López, P.¹, Martínez Molina, L.¹, Rodríguez, E.¹, Flores Serrano, L.¹, Segura Díaz, M.¹, Galdeano Escánez, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 45 años. Antecedentes familiares de diabetes tipo 2. Sin antecedentes médicos de interés, hábitos tóxicos ni tratamiento habitual.

Acude al servicio de urgencias por clínica de dos semanas de confusión, poliuria y polidipsia. No clínica infecciosa.

Exploración y pruebas complementarias

PA102/55mmHg, FC 90 lpm, FR 30 rpm, satO₂ 95%. Presentaba deshidratación de piel y mucosas. Examen neurológico y resto de la exploración fue anodina.

Glucemia de 772mg/dl y niveles bajos de cetonas en sangre, glucosuria y cetonuria. Sedimento urinario negativo. En la GSV: pH 7,3, pCO₂ 30 mmHg, bicarbonato actual 17mmol/L. Radiografía de tórax y ECG sin hallazgos patológico.

IMC 32, no acantosis nigricans, HbA_{1c} de 13%, Péptido C 0.8ng/mL; Anticuerpos anti insulina: negativos, Ac anti-GAD65 (ácido glutámico descarboxilasa): Negativos.

Perfil lipídico: CT 1028mg/dl, LDL 286mg/dl, HDL 123mg/dl, TG 3017mg/dl.

Juicio clínico

Diabetes Flatbush, diabetes propensa a cetosis (KPD), diabetes tipo 1.5 o diabetes atípica.

Comentario final

La diabetes mellitus(DM) engloba una serie de alteraciones metabólicas que resultan en una hiperglucemia inapropiada debido a un defecto en la secreción, acción de la insulina o ambas. Es una de las enfermedades crónicas más comunes a nivel mundial. La DM tipo 2 es la más frecuente, en su patología destaca la resistencia a la insulina. Existen otros tipos como la diabetes tipo 1 con base autoinmune, diabetes juvenil de inicio en la madurez(MODY), pancreatogénica, gestacional, neonatal y secundaria. La patogénesis, etiología, presentación y tratamiento varían significativamente de un tipo a otro.

La cetoacidosis diabética es una emergencia médica potencialmente grave que consta de hiperglucemia, acidosis metabólica con desequilibrio aniónico por una deficiencia absoluta o relativa de insulina. Es más característica de los diabéticos tipo 1; pero puede presentarse en diabéticos tipo 2 ante condiciones estresantes, o ser la forma de presentación de un subtipo de pacientes propensos a esta situación sin factores desencadenantes denominados diabetes KPD.

La diabetes KPD ha sido ampliamente reconocida como entidad clínica desde 1984. Se define como un síndrome en el que la diabetes se presenta de forma aguda con hiperglucemia grave o cetoacidosis. La prevalencia es más alta en hombre entre los 30 y 50 años, afroamericanos e hispanos, suelen haber antecedentes familiares de DM2.

Su fisiopatología sigue sin estar clara. La teoría más aceptada es la toxicidad por elevación crónica de glucosa con incapacidad para estimular la célula beta produciendo una alteración funcional de esta. Cuando se consigue la normoglucemia, se recupera la funcionalidad de la células beta logrando en la mayoría de los pacientes la retirada de los antidiabéticos.

La diabetes diagnosticada a edades medias de la vida puede provocar confusión debido al aumento de diabetes tipo 2 en menores de 45 años obesos. No obstante, es importante reconocer causas poco comunes de diabetes, ya que el tratamiento dirigido puede provocar remisión o evitar complicaciones. En el caso de KPD, entidad infra-diagnosticada, es necesario un seguimiento estrecho ya que un manejo agresivo puede provocar hipoglucemias, con resultados adversos o fatales. Además es necesario el control de otros factores de riesgo cardiovascular y evaluar el impacto de tratamientos nuevos, como los inhibidores del transportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT-2), ya que pueden precipitar cetoacidosis.

Bibliografía

Antar S A, Ashour N A, Sharaky M, Khattb M, Ashour NA, Zaid RT, et al. Diabetes mellitus: Classification, mediators, and complications; A gate to identify potential targets for the development of new effective treatments. *Biomed&Pharma*.2023;168-115734.

Shankar M, Chowdhury T, Gousy N, Parthasarathi A. An Insight Into Flatbush Diabetes: A Rare Form of Diabetes. *Cureus*2022 Jan24;14(1):e21567.doi:10.7759/cureus.21567. PMID:35228926;PMCID:PMC8865986.

Raubenheimer PJ, Skelton J, Peya B, Dave JA, Levitt NS. Phenotype and predictors of insulin independence in adults presenting with diabetic ketoacidosis: a prospective cohort study. *Diabetologia*.2024 Mar;67(3):494-505.doi:10.1007/s00125-023-06067-3.Epub 2024 Jan 19.PMID:38240751;PMCID:PMC10844464.

791/25. MIOPATÍA POR ESTATINAS O... ¿HAY ALGO MÁS?

Autores:

Martínez Molina, L.¹, Murcia Casas, B.², Rodríguez Rodríguez, M.³, Flores Serrano, L.³, Segura Díaz, M.³

Centro de Trabajo:

(1) MIR Medicina Interna 5º año. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería., (2) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería., (3) MIR Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 64 años con diversos factores de riesgo vascular, que desde la infancia presenta de forma episódica mialgias y orinas oscuras ("como el vino tinto"), coincidiendo con la realización de actividad física. Ingresó en 2011 por cuadro de rabdomiólisis severa con mioglobulinuria asociado a cuadro viral. Segundo ingreso por cuadro similar en 2013, sin embargo, en ese episodio, la paciente estaba en tratamiento con estatinas, por lo que se asoció como causa subyacente de la rabdomiólisis y las suspendieron. En 2017, consulta por cuadro de mialgias intensas, astenia y presencia de orinas oscuras. Se descarta la toma de fármacos (especialmente estatinas, ya suspendidas previamente), consumo de tóxicos y ejercicio intenso en los días previos. Se orienta el caso como una posible miopatía de acuerdo con la historia clínica.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física resulta anodina. Como hallazgos analíticos destacables objetivamos elevación de parámetros de inflamación, así como creatin-quinasa elevada y elevación leve de transaminasas. En vista de los resultados, se decide nuevo ingreso hospitalario con diagnóstico de rabdomiólisis sin causa aparente.

Se amplió estudio analítico incluyendo autoinmunidad y múltiples serologías incluyendo *Toxoplasma*, *Brucella* y *Rickettsia* ya que la paciente vivía en un entorno rural. Todo dentro de la normalidad. En el ingreso previo se realizaron diversas pruebas de imagen (ecocardiograma y TAC toraco-abdominal) y electromiograma, sin alteraciones significativas. Realizando una anamnesis más exhaustiva, debemos destacar como antecedentes familiares el fallecimiento de su madre por rabdomiólisis secundaria a fractura de húmero, además de que su hijo y su sobrino presentan episodios similares de mialgias y orinas oscuras tras ejercicio intenso.

Juicio clínico

Nuestra paciente presenta un tercer episodio de rabdomiólisis aparentemente sin causa conocida (no tomaba estatinas). Se descartó origen paraneoplásico y autoinmune. Resulta interesante la acumulación intrafamiliar de casos con orinas oscuras y enfermedad muscular objetiva, por lo que se planteó que podría tratarse de un caso de miopatía metabólica de origen genético. La glucogenosis por déficit de fosforilasa muscular y la enfermedad de McArdle fueron las primeras hipótesis, ya que se tratan de las causas de miopatía metabólica más frecuentes. Durante el ingreso de 2017 se descartaron ambas entidades. En 2022 se revisó el caso de la paciente, que tenía un seguimiento estricto en la consulta de Riesgo Vascular por presencia de hipercolesterolemia severa y de difícil control. Se decidió derivar a la consulta específica de Enfermedades minoritarias y se extrajeron muestras con niveles de alfa-glucosidasa para descartar enfermedad de Pompe que resultaron normales. Se realizó finalmente

un estudio genético con panel de miopatías metabólicas mediante secuenciación masiva (NGS) detectándose una variante c.338C>T (p.Ser113Leu) clasificada como patogénica en homocigosis en el gen CPT2. Mutaciones patogénicas en este gen se han asociado a deficiencia de carnitina palmitoil transferasa II, forma miopática siguiendo un modelo de herencia autosómica recesiva, dándonos el diagnóstico definitivo.

Comentario final

El tratamiento se basa en dieta libre de ácidos grasos de cadena larga y alta en hidratos de carbono, evitando ejercicios físicos intensos, ayunos prolongados y todo tipo de aceites excepto aceite de ácidos grasos de cadena media.

No obstante, el control de su dislipemia sigue siendo un reto. Se añadió tratamiento con bezafibrato, un hipolipemiante que, en un estudio publicado recientemente, parece demostrar que estimula la expresión del gen mutado, mejorando la sintomatología y la calidad de vida de estos enfermos. Tras varios meses en tratamiento con bezafibrato, la paciente continuó con cifras elevadas de cLDL, por lo que, para tratar de optimizar el tratamiento se comenzó con inhibidores de PCSK9, en nuestro caso Alirocumab. Actualmente nuestra paciente muestra controles analíticos con perfil lipídico en rango y buen control de su enfermedad.

791/26. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON IPCSK9 EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

Autores:

Rodríguez Rodríguez, M.¹, Martínez Molina, L.², Segura Diaz, M.², Flores Serrano, L.², Montes Romero, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería., (2) Medico Residente. Hospital Universitario Torrecardenas. Almería, (3) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Resumen:

Introducción y Objetivos

Describir los resultados obtenidos en los pacientes en tratamiento con iPCSK9 en una consulta de riesgo cardiovascular y posibles efectos secundarios de su administración.

Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron a 30 pacientes en tratamiento con iPCSK9 en el Hospital Torrecárdenas desde junio de 2018 hasta junio de 2024.

Resultados

De los 30 pacientes incluidos, un 73% eran hombres y un 27% mujeres, con una media de edad de $63,3 \pm 9,15$ años. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, el más frecuente fue la hipertensión arterial, la presentaban un 46,7% (n= 14) de los pacientes, seguida de la diabetes, un 36,7% (n= 11). Valorando los antecedentes personales de la muestra, un 56,7% (n= 17) habían sufrido un infarto agudo de miocardio y un 10% (n=3) un accidente cerebrovascular. Además, un 10% (n=3) presentaba enfermedad vascular periférica, un 6,7% (n=2) tenía enfermedad pulmonar crónica, otro 6,7% tenía esteatosis hepática y solo un paciente tenía fibrilación auricular. Ninguno de nuestros pacientes tenía insuficiencia cardíaca, demencia ni insuficiencia renal.

En cuanto al tratamiento con iPCSK9, un 40% (n= 12) estaban en tratamiento con alirocumab de 75 mg, un 36,7% (n=11) con evolocumab de 140 mg y un 23.3% (n= 7) con alirocumab de 150 mg.

Un 76,7% (n=23) precisaba además tratamiento con otro hipolipemiante. La mitad de los pacientes estaba en tratamiento con estatinas, un 33,3% (n=10) con atorvastatina, un 13,3% (n=4) con rosuvastatina y un 3,3% (n=1) con pitavastatina. Además, un 53,3% (n= 16) tomaba ezetimibe, un 13,3% (n=4) un fibrato, un 10% (n=3) omega 3 y un 6,7% (n=2) ácido bempedóico.

Respecto a los resultados clínicos obtenidos, el valor de colesterol total medio en la primera visita era de 240 mg/dl mientras que en 2024 la media era de 149 mg/dl, con un porcentaje de reducción media de 31.7%. En cuanto a los niveles de colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), al inicio del seguimiento la media era de 147 mg/dl y en 2024 de 70 mg/dl, habiéndose conseguido un porcentaje de reducción media de 51.2%.

Únicamente 2 pacientes (6,7%) presentaron efectos secundarios al fármaco, un caso cefalea tras la administración de alirocumab y el otro caso presentó mialgias que relacionó con la administración de evolocumab.

Conclusiones

El tratamiento con iPCSK9 ha demostrado un importante efecto reductor del c-LDL, hecho que hemos podido corroborar en nuestro centro gracias a este estudio. Esto supone una alternativa eficiente en aquellos pacientes en los que no alcanzamos niveles objetivo de c-LDL a pesar de un tratamiento hipolipemiente óptimo o presenten intolerancia a estatinas. Respecto al perfil de seguridad, el 93,3% de los pacientes no presentaron ningún efecto secundario, y los que se registraron fueron leves, pudiendo afirmar que el beneficio clínico de este tratamiento supera sus riesgos.

791/28. PACIENTE CON HEMOFILIA B Y MUY ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR.

Autores:

Cuello Castaño, A.¹, Gallego López, L.², Daza Sánchez, M.², Sánchez Arribas, J.², García Calle, D.¹, Gálvez Cordero, R.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Medica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 52 años con antecedentes de fumador, bebedor importante, dislipemia familiar, hipertrigliceridemia, fibrilación auricular anticoagulado con aldocumar y hemofilia B con déficit de factor IX. Su padre y dos hermanos fallecieron en torno a los 50 años por infarto agudo de miocardio.

Ingresó en abril de 2023 por pancreatitis aguda de origen enólico. Durante la hospitalización, presentó un síndrome coronario agudo sin elevación del ST, realizándose una coronariografía que mostró oclusión en el tramo medio de la arteria descendente anterior, sin posibilidad de revascularización, y obstrucción distal de la arteria coronaria derecha tratada con stent farmacológico, iniciándose doble antiagregación con AAS y Clopidogrel durante 1 mes por alto riesgo hemorrágico. Un ecocardiograma evidenció insuficiencia cardíaca residual con fracción de eyección ventricular izquierda deprimida (38%).

En noviembre de 2023 acudió a Urgencias por dolor centrotorácico opresivo, irradiado al brazo izquierdo, de una semana de evolución, que aparecía con esfuerzo y cedía en reposo. Presentaba melenas y anemia con hemoglobina de 8.2 g/dl, ingresando en Medicina Interna para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Se observó palidez mucocutánea, pero buen estado general, hemodinámicamente estable y sin necesidad de oxigenoterapia. La auscultación cardio-pulmonar y la exploración abdominal fueron normales, con restos melánicos confirmados en tacto rectal.

Se transfundió 1 concentrado de hematíes y se realizó un estudio de factores de riesgo cardiovascular (RCV) con analítica reglada: colesterol total 284 mg/dl (LDL 200 mg/dl, HDL 61 mg/dl), triglicéridos en 168 mg/dl y apolipoproteína B en 151 mg/dl, a pesar de tratamiento con Atorvastatina 80 mg/Ezetimibe 10 mg al día. Se planteó un estudio endoscópico, pero tras consultar con Hematología por la hemofilia, se realizó un nuevo estudio de coagulación que mostró un factor IX del 9% (anteriormente > 30%). Dado el alto riesgo de sangrado, se retiró la anticoagulación y se mantuvo actitud expectante. El paciente se mantuvo estable, con hemoglobina en 11 g/dl, sin nuevos episodios de sangrado ni dolor torácico.

Debido al alto RCV, se propuso nueva coronariografía, pero tras evaluar riesgo/beneficio y sospechar angor hemodinámico secundario a anemia, se realizó un SPECT de perfusión miocárdica que mostró infarto anteroapical con hipoquinesia anterior, apical y septal, sin cambios respecto al ingreso previo.

Finalmente, fue dado de alta con intensificación del tratamiento hipolipemiente, añadiendo Ácido Bempedoico 180 mg/24 horas y revisión en consultas de RCV de Medicina Interna. El control analítico mostró colesterol elevado, principalmente por LDL, y apolipoproteína B, iniciándose tratamiento con anti-PCSK9 para alcanzar el objetivo de LDL en prevención secundaria (LDL < 55 mg/dl), en espera de evolución bajo seguimiento estrecho.

Juicio clínico

Enfermedad cardiovascular en paciente con Hemofilia B y múltiples factores de riesgo asociados.

Comentario final

El caso presentado ilustra la complejidad del manejo de un paciente con múltiples factores de RCV asociados, hemofilia B y antecedentes familiares significativos de enfermedad cardiovascular prematura. El paciente, a pesar

de estar bajo tratamiento con anticoagulantes e hipolipemiantes, experimentó eventos cardiovasculares graves y complicaciones hematológicas debido a su enfermedad que limitaron las opciones de intervención. La coexistencia de pancreatitis aguda y fibrilación auricular añadió una dimensión adicional de complejidad. Ello subraya la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario en la evaluación y tratamiento de estos pacientes que permita personalizar las estrategias de manejo en función de sus particularidades clínicas.

Bibliografía

1. *González Resina RM, Fernández Mosteirín N, Calvo Villas JM. Análisis clínico y revisión bibliográfica de la prevalencia de comorbilidades de pacientes con hemofilia. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2023.*

791/29. RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS LABORAL E HIPERTENSIÓN: IMPACTO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR.

Autores:

García Lacambra, D.¹, Orozco Martin, J.², Fernández Peinado, M.³, Sánchez Martínez, C.⁴, Espejo Velasco, M.⁵, Ferre Fuertes, A.³

Centro de Trabajo:

(1) MIR 4 Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (2) MIR R4 Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (3) EIR Enfermería del Trabajo R2. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, (4) MIR R4. Medicina del Trabajo. Distrito Sanitario Jaén Sur, (5) MIR R4 Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Resumen:

Introducción y Objetivos

El aumento de la tensión arterial puede originarse por una amplia gama de factores y situaciones, entre ellos, el estrés. El estrés psicosocial eleva más del doble el riesgo de desarrollar hipertensión arterial, y los factores más vinculados a él son el trastorno por estrés postraumático, la ansiedad y el estrés relacionado con el trabajo.

Las estrategias de prevención del estrés psicosocial individuales y colectivas pueden ser determinantes para disminuir la prevalencia de hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular.

En esta revisión se pretende determinar la relación entre el estrés laboral, medido mediante la escala de estrés laboral de la OIT-OMS, y los valores de tensión arterial y el diagnóstico de hipertensión.

Métodos

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron 103 trabajadores de un hospital de tercer nivel, que acudieron al servicio de Salud laboral para realizar el examen de salud y cuyos datos estaban registrados en el programa Winmedtra. Se empleó la escala de Estrés Laboral de la OIT-OMS de forma autónoma. Se realizó estudio estadístico vía SPSS.

Resultados

A pesar de conocer la importancia del estrés como factor de riesgo para la hipertensión arterial, considerando su papel en el origen y desarrollo de los trastornos hipertensivos, en nuestra muestra un 9.7% de los trabajadores presentaban hipertensión, un 33% tensión elevada y el 54.4% normotensos, aunque el 79.6% presentó niveles bajos de estrés laboral. De la población de hipertensos el 90% presentó nivel bajo de estrés y solo un 10% nivel intermedio, sin tener niveles altos de estrés.

Conclusiones

Los diferentes tipos de estrés psicosocial pueden incidir de forma diversa en la aparición de HTA o en el incremento del RCV, con la activación de los sistemas que responden al estrés. Especialmente cuando esta respuesta se mantiene en el tiempo. Sería conveniente continuar con el estudio y aumentar la muestra para poder encontrar correlaciones más significativas.

791/30. 'EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIA HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN.'

Autores:

Martínez Cámara, D.¹, Orozco Casado, M.¹, Ríder Reyes, E.¹, Romero Rodríguez, M.², Gómez Delgado, F.³

Centro de Trabajo:

(1) R3 de Medicina Interna. Unidad de Riesgo Vascular. Hospital Universitario de Jaén, España., (2) R4 de Medicina Interna. Unidad de Riesgo Vascular. Hospital Universitario de Jaén, España., (3) Unidad Riesgo Vascular, Hospital Universitario de Jaén, Grupo PAIDI CTS99. Universidad de Jaén. España

Resumen:

Introducción y Objetivos

El accidente cerebrovascular isquémico (ACV) es una de las manifestaciones del proceso arteriosclerótico, con una prevalencia elevada de morbimortalidad. Implementar precozmente el tratamiento hipolipemiente es esencial para evitar la recurrencia de nuevos eventos cardiovasculares. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la implementación de hipolipemiantes en pacientes que han sufrido un ACV isquémico agudo.

Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo en 320 pacientes hospitalizados por ACV isquémico agudo en 2022 en el Hospital Universitario de Jaén recolectando datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Al ingreso se evaluó el riesgo cardiovascular (RCV) utilizando el método Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE), y se comparó la terapia hipolipemiente al ingreso y al alta entre los diferentes grupos de RCV.

Resultados

De acuerdo con el RCV, entre los 19 pacientes con bajo riesgo, 13 (68,4%) fueron dados de alta con estatinas, de los cuales 11 (84,6%) las comenzaron durante su hospitalización. En los 94 pacientes con riesgo moderado, 67 (71,3%) recibían estatinas al alta, con 55 de ellos (82,1%) que las iniciaron durante el ingreso. En el grupo de alto riesgo, compuesto por 103 pacientes, 67 (65%) fueron dados de alta con estatinas, y 47 pacientes (70,1%), iniciaron tratamiento durante la hospitalización. En los 104 pacientes con muy alto riesgo, 70 (67,3%) se fueron con estatinas al alta, de los cuales 16 (53,3%) comenzaron la terapia durante su ingreso. En cuanto a ezetimibe, de los 19 pacientes con bajo riesgo, 2 (10,5%) recibieron ezetimibe al alta, y 1 (5,6%) lo inició durante la hospitalización. Entre los 89 pacientes de riesgo moderado, 4 (4,5%) fueron dados de alta con ezetimibe y comenzaron tratamiento durante el ingreso. De los 95 pacientes con alto riesgo, 4 (4,2%) se fueron con ezetimibe al alta, y 2 de ellos lo iniciaron durante el ingreso. Finalmente, de los 90 pacientes de muy alto riesgo, 18 (20%) recibieron ezetimibe al alta, y 6 (33,3%) de ellos iniciaron la terapia durante su hospitalización. Con respecto al tratamiento con iPCSK9, entre los pacientes de riesgo bajo, medio y alto (19, 89, y 95), ninguno lo tomaba en domicilio ni se prescribió al alta. Sin embargo, en los 90 pacientes de muy alto riesgo, sólo 1 (1,1%) lo tomaba previamente sin objetivarse asociación significativa. Con respecto a los fibratos, de los 19 pacientes de bajo riesgo, ninguno los tomaba. En los 89 de riesgo medio, 2 (2,2%) fueron prescritos al alta, y 1 de ellos lo inició durante el ingreso. En los 94 de alto riesgo, 1 (1,1%) mantuvo los fibratos al alta, y en los 90 de muy alto riesgo, 2 (2,2%) continuaron con su uso. Se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de pacientes que recibían tratamiento al ingreso y al alta con estatinas, ezetimibe ó fibratos respectivamente ($p=0,024$; $p=0,001$; $p=0,001$).

Conclusiones

Nuestros resultados revelan que la implementación de tratamiento hipolipemiente en pacientes con ACV isquémico agudo es insuficiente. Estos datos resaltan la importancia de intensificar precozmente el tratamiento hipolipemiente en eventos cardiovasculares agudos para optimizar el control lipídico y prevenir la recurrencia de futuros eventos.

791/31. RIESGO CARDIOVASCULAR Y SECRECIÓN AUTÓNOMA LEVE DE CORTISOL.

Autores:

Martínez Romera, I.¹, Galdeano Escáñez, A.², Sánchez López, P.³

Centro de Trabajo:

(1) Médico interno residente en Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería., (2) Médico interno residente en Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (3) Médico especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Resumen:**Descripción del caso**

Paciente varón de 41 años con antecedentes personales de obesidad troncular (IMC 35 kg/m²), fumador y poliposis adenomatosa familiar (PAF) con colectomía subtotal profiláctica a los 20 años en seguimiento por Digestivo.

Es derivado a Riesgo Vascular desde Atención Primaria por debut diabético detectado tras clínica de polidipsia y poliuria junto con dislipemia (DL) no conocida. En pruebas complementarias realizadas destaca glucosa 324 mg/dL, hemoglobina glicosilada (HbA1c) 11.61%, colesterol total 509 mg/dL, colesterol HDL 56 mg/dL, colesterol LDL 250 mg/dL y triglicéridos 1140 mg/dL. Además, anticuerpos antiIA2 positivos. Se establece el diagnóstico de dislipemia mixta grave y diabetes tipo LADA, iniciando tratamiento con medidas higienico-dietéticas, atorvastatina 80 mg diaria, metformina/empaglifozina cada 12 horas y dulaglutida semanal.

Por otro lado, desde Digestivo es derivado a Endocrinología ante imagen compatible con adenoma suprarrenal izquierdo visualizado en TAC de seguimiento por PAF (descartar tumor desmoides).

Exploración y pruebas complementarias

En analítica destaca un valor de cortisol en rango (7.03 µg/dL, 6.7-22.6) y niveles bajos de corticotropina (ACTH). Resto de catecolaminas y metanefrinas normales. Ante estos hallazgos, se realiza el test de supresión con 1 mg de dexametasona siendo negativo con valores de cortisol de 2.4 µg/dL (valor positivo menor de 1.8).

Juicio clínico

Ante estos resultados, se establece el diagnóstico de adenoma suprarrenal izquierdo funcionante con secreción autónoma leve de cortisol (MACS) con comorbilidades metabólicas asociadas (diabetes mellitus, dislipemia, obesidad y tabaquismo).

En siguientes revisiones, en la consulta de Riesgo Vascular, se ha controlado la diabetes con una HbA1c de 6.59%, así como la corrección de colesterol total a cifras de 184 mg/dL. En lo que respecta a Endocrinología, el adenoma se ha mantenido estable en resonancia abdominal de control y está pendiente de valoración de actitud quirúrgica.

Comentario final

La secreción autónoma leve de cortisol (MACS: Mild Autonomous Cortisol Secretion) es una condición en la que las glándulas suprarrenales producen cortisol de manera autónoma (sin la regulación normal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal), pero en niveles ligeramente elevados. Lo característico son niveles sanguíneos de cortisol normales con ACTH baja o suprimida por existir una producción autónoma. No llega a provocar los síntomas clásicos y severos del síndrome de Cushing, aunque sí puede conllevar problemas metabólicos o cardiovasculares si se mantiene en el tiempo, tales como hipertensión, diabetes, dislipemia y mayor riesgo cardiovascular (ictus e infartos cardíacos). En subanálisis del estudio EURINE-ACT se estimó que estos pacientes tenían el doble de riesgo. A menudo la MACS se detecta de manera incidental durante la evaluación de masas suprarrenales obligando a realizar estudios para verificar si ese tumor es secretor. Para diagnosticar la MACS, se realizan pruebas de cortisol en sangre u orina, niveles de ACTH, así como la prueba de supresión con dexametasona. En personas con MACS el cortisol no se suprime adecuadamente tras este test.

Dado que este paciente presenta síndrome metabólico, diabetes tipo LADA y MACS, es imprescindible control estrecho y estricto para evitar eventos cardiovasculares, teniendo en cuenta la juventud del paciente y la alta probabilidad de desarrollarlos en el futuro.

Nuestro caso nos parece interesante porque, aunque es una forma leve, la MACS puede tener efectos a largo plazo sobre la salud metabólica y cardiovascular. Por lo tanto, es importante el seguimiento estrecho de estos pacientes y considerar tratamientos para reducir los riesgos asociados, especialmente en personas con enfermedades metabólicas o hipertensión no controlada.

Nuestra conclusión es que todos los incidentalomas, más aún en pacientes con mal perfil metabólico, hay que solicitar ACTH para comprobar que está suprimida (no es suficiente con niveles de cortisol ya que pueden ser normales) para detectar MACS que puede duplicar el riesgo de diabetes e HTA.

791/36.

Autores:

Villar Rodríguez, C.¹, Villagran-Sancho, D.², Luque Ambrosiani, A.², Román Rueda, J.³, Lopez Lobato, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente 3er año. HUVR., (2) R4 Neurología. HUVR. Sevilla, (3) R2 Neurología. HUVR. Sevilla, (4) FEA Neuropediatría. HUVR. Sevilla

Resumen:**Descripción del caso**

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda e inmunomediada, con su forma más común siendo desmielinizante. Los síntomas iniciales incluyen parestesias y debilidad muscular simétrica. Hasta el 60% de los pacientes presentan disautonomía, que puede manifestarse con taquicardia, hipertensión y dificultades gastrointestinales en la fase aguda, y hipotensión ortostática durante la recuperación. Esta disfunción autonómica es crucial, ya que aumenta el riesgo de complicaciones, como arritmias y fluctuaciones severas de la presión arterial, lo que dificulta el manejo clínico. La interacción entre los tratamientos y los síntomas autonómicos puede complicar aún más la atención, resaltando la necesidad de un diagnóstico y manejo adecuados para minimizar la morbilidad y mejorar los resultados.

Exploración y pruebas complementarias

Se presenta el caso de un varón de 13 años que consulta por debilidad generalizada, dolor en extremidades e impotencia funcional tras 48 horas de evolución, acompañado de cefalea occipital intensa resistente a analgésicos. Once días antes, tuvo un cuadro febril autolimitado. En urgencias, tras una exploración sin hallazgos significativos y con presión arterial elevada, se le da tratamiento sintomático y se le da de alta. Regresa 24 horas después con mayor debilidad proximal en las extremidades, reflejos normales y con persistencia de HTA.

Juicio clínico

Inicialmente se sospecha un síndrome de Guillain-Barré, pero ante datos atípicos se plantea síndrome conversivo, por lo que se decide su ingreso para completar estudios diagnósticos.

Comentario final

El paciente inicialmente presentó debilidad, cefalea y paresia facial, con reflejos normales, pero posteriormente desarrolló hipertensión grave, bradicardia y dolor intenso. Tras confirmarse el diagnóstico de SGB mediante punción lumbar (disociación albumino-citológica) y electroneuromiografía, se inició tratamiento con inmunoglobulinas IV. Sin embargo, presentó una crisis tónico-clónica, se suspendió el tratamiento y fue ingresado en UCI por la hipertensión mantenida. En RM se objetivaron hallazgos compatibles con encefalopatía posterior reversible (PRES), probablemente secundaria a una hipertensión arterial mantenida asociada a disautonomía.

Tras control de la HTA con nitroprusiato y posteriormente con labetalol y amlodipino, mejoró y fue transferido a planta, presentando recuperación neurológica y siendo dado de alta tras 19 días. Al mes, logró retirarse la medicación antihipertensiva y pudo caminar y llevar una vida autónoma, aunque seguía en fisioterapia.

Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz y un manejo adecuado de la disautonomía en el Síndrome de Guillain-Barré (SGB), dado que su presencia aumenta el riesgo de complicaciones graves, como ingresos prolongados, necesidad de ventilación mecánica y mayor morbimortalidad. La encefalopatía posterior reversible (PRES), que puede desarrollarse en pacientes con disautonomía, se manifiesta con cefalea, convulsiones y edema vasogénico cerebral. En este paciente, se observó que los síntomas atribuibles al PRES comenzaron antes del tratamiento con inmunoglobulinas IV (IgIV), sugiriendo que la complicación ya estaba en desarrollo. Aunque la relación entre el PRES y la administración de IgIV no está claramente establecida, se decidió reiniciar el tratamiento tras la estabilización del paciente. El manejo de la disautonomía debe ser conservador, evitando precipitantes y utilizando medicamentos con precaución, ya que la hipotensión ortostática puede persistir tras la fase aguda, complicando la rehabilitación motora y prolongando la discapacidad.

Bibliografía

1. Garrido D, Martins J, Jordão M, Raimundo P, Jacinto R, Estevens R, et al. Triggers of posterior reversible encephalopathy in Guillain-Barre syndrome. *Clin Neurol Neurosurg.* noviembre de 2020;198:106250.
2. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) as a complication of Guillain-Barre' syndrome (GBS). *BMJ Case Rep.* 2016. doi:10.1136/bcr-2016-216757.

791/38. HTA E HIPOPOTASEMIA DE LARGA EVOLUCIÓN EN PACIENTE DE MEDIANA EDAD: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

Autores:

Ousti El Moussati, Y.¹, Ousti El Moussati, Y.¹, Borrego Hinojosa, J.², López Pérez, C.¹, Vargas Gómiz, O.¹, Polaina Rusillo, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén., (2) Facultativo Especialista Adjunto De Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén.

Resumen:**Descripción del caso**

Paciente mujer de 51 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) de difícil control desde 2011 e hipopotasemia crónica en tratamiento con Olmesartán 40mg, Amlodipino 10mg e Hidroclorotiazida 25mg.

Acude a Urgencias en febrero de 2024, derivada por su MAP, por hipopotasemia detectada en analítica rutinaria. Refiere astenia, hormigueos en brazos desde hace 5 años, sed continua desde hace 1 año y regurgitación alimentaria sin náuseas desde hace 8 meses.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física revela una paciente consciente, orientada, sin signos de dificultad respiratoria, con presión arterial (PA) 162/79 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 76 lpm, y saturación de oxígeno al 100%. El examen cardiovascular y abdominal no presenta alteraciones.

Las pruebas complementarias iniciales incluyen como datos significativos:

- Analítica general: hemograma sin alteraciones, bioquímica general con niveles de K⁺ 2 mEq/l, Na⁺ 145 mEq/l, Ca⁺⁺ corregido 7.7 mg/dl, gasometría venosa con alcalosis metabólica (pH 7,49, HCO₃ 33,7 mmol/l), aldosterona plasmática 43,7 ng/dl, renina 3 pg/ml, actividad de renina 0.39 ng/ml/h, cociente aldosterona/actividad de renina plasmática en 112 y hormonas en orina de 24 horas dentro de la normalidad.
- Análisis de orina: sin alteraciones.
- Ecografía Doppler de arterias renales: sin signos de estenosis de arterias renales.
- TAC abdominal: nódulo adrenal derecho de 17x12 mm con atenuación superior a 10 UH.
- Ecocardiograma: ligera dilatación auricular izquierda e índice de masa ventricular izquierda en límites altos de la normalidad.

Se prescribe tratamiento hipotensor con ARA II, antagonistas del calcio y suplementos de K⁺. Posteriormente, se inicia espironolactona y bisoprolol, logrando control de PA y normalización de K⁺.

Se discute el caso en un precomité de tumores neuroendocrinos y se recomienda cateterismo de venas adrenales para lateralización, seguimiento en unidad HTA y Endocrinología, y control continuo de K⁺.

Juicio clínico

Hiperaldosteronismo primario (HAP) secundario a adenoma suprarrenal derecho presentado por HTA de difícil control, alcalosis metabólica e hipopotasemia.

Comentario final

El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa más frecuente de HTA secundaria y está frecuentemente infradiagnosticado. La tríada clásica consiste en HTA, hipopotasemia y alcalosis metabólica. El cribado no se recomienda para todos los pacientes hipertensos, sino en aquellos con sospecha clínica específica.

La prueba recomendada para el cribado inicial es el cociente aldosterona plasmática/actividad de renina plasmática (ARR). Este se calcula con los niveles de aldosterona y renina plasmáticas obtenidos a primera hora de la mañana, con el paciente en sedestación. Un ARR superior a 20 (ng/dL)/(ng/mL/h) es indicativo de HAP.

El estudio de localización es fundamental para determinar el tratamiento adecuado a seguir. Las pruebas de imagen, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), suelen tener limitaciones. Por ello, el cateterismo de venas suprarrenales es considerado la prueba definitiva para el diagnóstico diferencial.

El tratamiento depende del hallazgo. Si se confirma adenoma, se recomienda la adrenalectomía laparoscópica; en caso de hiperplasia bilateral, el tratamiento es médico con antagonistas de los receptores de mineralocorticoides.

Un diagnóstico precoz del HAP es fundamental debido a su alta prevalencia y al mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular en comparación con los pacientes con HTA esencial, incluso con niveles similares de PA. La detección y tratamiento tempranos pueden mejorar el pronóstico y reducir las complicaciones a largo plazo.

Bibliografía

1. Araujo-Castro M, Parra-Ramírez P. Diagnóstico del hiperaldosteronismo primario. *Med Clin (Barc)* 2022;158(9):424–30.
2. Ares J, Diezandino MG, Gorostidi M. Hiperaldosteronismo primario [Internet]. *Nefrologíaaldía.org*.
3. Funder JW, Carey RM, Mantero F, Murad MH, Reincke M, Shibata H, et al. The management of primary aldosteronism: Case detection, diagnosis, and treatment: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2016;101(5):1889–916.

791/39. MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA LIMITADA A RIÑÓN SECUNDARIA A HTA.

Autores:

Siles Peña, C.¹, López Pérez, C.², Moriana Domínguez, C.³, Borrego Hinojosa, M.³, García Cortés, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) FEA Nefrología. Hospital de Jaén. Jaén, (2) MIR Nefrología. Hospital de Jaén. Jaén, (3) FEA Nefrología. Hospital de Jaén. Jaén., (4) Jefa de Servicio de Nefrología . Hospital de Jaén. Jaén

Resumen:

Descripción del caso

Paciente de 28 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias derivado por su Médico de Familia por hallazgo analítico de Cr 8 mg/dL; CACo 639 mg/g y microhematuria. A su llegada presenta cifras de TA de 226/146 mmHg. El paciente no realizaba tomas de TA en domicilio. No náuseas, cefalea, datos de encefalopatía ni signos/síntomas de edema pulmonar. Tampoco edemas en miembros inferiores, dolor torácico o defectos de visión. Analíticamente sin datos de hemólisis. Ingresa a cargo de Nefrología para estudio. Evolución inicial caracterizada por difícil control de TA con necesidad de ARaII, calcioantagonista y alfa bloqueante a dosis plenas, además de betabloqueante en perfusión intravenosa.

Exploración y pruebas complementarias

El resultado bioquímico del estudio de HTA secundaria en sangre y orina fue negativo. El estudio doppler de arterias renales no fue valorable, sin embargo no existían diferencias significativas de tamaño entre ambos riñones, que se describían de tamaño normal con cortical conservada, aunque hiperecogénica. Por todo ello, se interpretó el estudio de HTA secundaria como negativo. Se descartó la presencia de retinopatía hipertensiva mediante fondo de ojo. Se realizó ecocardiografía transtorácica, evidenciándose una cardiopatía hipertensiva en forma de disfunción diastólica y aumento del índice de masa del ventrículo izquierdo.

Dada la no mejoría de función renal se decide realizar biopsia renal percutánea y administrar 3 bolos de metilprednisolona de forma empírica. Posteriormente recibimos resultados del estudio inmunológico (ANA, ANCA, ENA, anticuerpos anti-DNA de doble cadena, anticuerpos anti-MBG, ASLO, complemento e inmunoglobulinas), que resultó negativo. El paciente presentó una mejoría inicial de función renal tras los bolos de corticoides, lo cual coincidió en el tiempo con un mejor control de cifras tensionales, para quedar posteriormente estancado en cifras de Cr de 6.7 - 7 mg/dL (lo que se corresponde con un Fge de 9 mL/min).

Juicio clínico

A los pocos días recibimos el informe de la biopsia renal en el que se describen "cambios de tipo microangiopatía trombótica en relación a hipertensión maligna (crisis hipertensiva), con afectación túbulointerstitial severa", por lo que se diagnostica de nefropatía hipertensiva crónica por MAT secundaria a HTA. Se explican al paciente las distintas opciones de TRS, decantándose éste por diálisis peritoneal.

Comentario final

La definición clásica de HTA maligna incluye el hallazgo de retinopatía hipertensiva grado III-IV, que nuestro paciente no presentaba. Sin embargo, recientemente se ha propuesto modificar esta definición y se sugiere que podríamos hablar de HTA maligna si el paciente tiene una HTA severa con daño multiorgánico (en el caso de nuestro paciente, daño renal y cardíaco). La MAT secundaria es una complicación que se asocia a HTA maligna entre un 5 - 46% de casos (según las series que se revisen). Es una entidad compleja en la que un factor precipitante (la presión arterial elevada) provoca un desequilibrio entre inmunidad, coagulación y complemento, lo que resulta en una lesión endotelial mediada por la activación local o sistémica del complemento. La afectación sistémica se caracteriza por la aparición de anemia hemolítica microangiopática con coombs negativo y compromiso multiorgánico. Sin embargo, tal y como ocurrió en el caso que acabamos de presentar, la afectación puede ser localizada en órganos como los riñones, lo cual dificulta el diagnóstico.

Bibliografía

1. *Cavero T, Auñón P, Caravaca-Fontán F, Trujillo H, Arjona E, Morales E, et al. Thrombotic microangiopathy in patients with malignant hypertension. Nephrology Dialysis Transplantation 2023;38(5):1217-1226.*
2. *Román E, Mendizábal S, Jarque I, De La Rubia J, Sempere A, Morales E, et al. Microangiopatía trombótica secundaria y eculizumab: una opción terapéutica razonable. Nefrología 2017;37(5):478-491.*
3. *Arango-Rivas AM, Nieto-Ríos JF, Luján-Piedrahíta M, Arias-Restrepo LF. Chronic gemcitabine-induced thrombotic microangiopathy in the kidneys. Acta Medica Colombiana 2022;47(2):39-42.*

791/40. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE SECUNDARIO A DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMÁTICO.

Autores:

Codina Álvarez, M.¹, Arrebola Montes, A.², De La Cueva Flores, I.², Moliz Cordón, C.³, Toledo Rojas, R.³

Centro de Trabajo:

(1) R2 Nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) R4 Nefrología Hospital Regional Universitario de Málaga., (3) FEA Nefrología Hospital Regional Universitario Málaga

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 18 años, antecedente de un abuelo con enfermedad de Raynaud, sin otros antecedentes familiares ni personales relevantes. Presentó edematización progresiva (+14Kg) de dos semanas e hipertensión. Sin recorte de diuresis.

Analíticamente destacar un fracaso renal agudo/subagudo no oligúrico con sedimento activo. Síndrome nefrótico completo con hipoalbuminemia, hipercolesterolemia y proteinuria 9g/24h. Anemia hemolítica autoinmune y plaquetopenia con Coombs positivo. Frotis con esquistocitos.

Se solicitó estudio glomerular, biopsia renal y se administraron 3 choques de 500 mg metilprednisolona.

El resultado fue una nefritis lúpica clase IV con ANA y antiDNA positivos. C3 y C4 bajos.

Mala evolución a pesar de tratamiento con prednisona 50mg/24h, micofenolato-mofetilo 1000mg/12h e hidroxilcloroquina.

Empeoró función renal y disminuyó diuresis. Requirió varias transfusiones. Y presentó una emergencia hipertensiva con HTA >180/110mmHg, cefalea, miedesopsias y crisis generalizada tónico-clónica. Se realizó TC de cráneo con datos de PRES. La paciente se trasladó a Unidad de Agudos y comenzó tratamiento con labetalol iv monitorizada hasta control de PA.

Dada la afectación renal, hematológica y neurológica y la mala tolerancia a Micofenolato, se decidió tratamiento con ciclofosfamida según pauta EuroLupus (500mgx6 separadas 15 días).

Mejoró función renal y aumentó diuresis con PA bien controlada, pero persistía anemia con necesidad de transfusión y plaquetopenia por lo que se optó por añadir al tratamiento Eculizumab (900mgx4 iv, semanalmente) consiguiendo frenar la anemia hemolítica microangiopática.

Posteriormente la evolución en consulta ha sido buena. Mantiene prednisona 5mg y terapia de mantenimiento con ácido micofenólico 720-720mg. Tras año y medio de seguimiento función renal conservada sin proteinuria. Mínima hematuria y leucocituria. Complemento normal. AntiDNA negativo.

Exploración y pruebas complementarias

--A su llegada al Hospital:

PA 145/95mmHg FC: 90lpm Sat O2 99% basal

Consciente y orientada. Eupneica.

Edema facial y de MMII

ACP: Rítmica sin soplos. MVC.

Abdomen anodino.

--AS y estudio glomerular: Creatinina 2,29 a 2,84 a 3,4 a 4,4mg/dL a posterior mejoría tras ciclofosfamida, CPC 8g/g a 20g/g, sistemático 2+ hematies, 1+ leucos. Cilindros hialinos, granulosos, céreos. Orina 24h: 1500cc, proteinuria 9g/24h.

Albúmina 1,55g/dL, LDL 175.

Gasometría venosa normal. Iones en rango, salvo potasio 5,7.

Hb 10,6 a 9,3 a 8,4 a 7,4 a 8,9 (transfusión) a 8 a 7,5 (transfusión), plaquetas 108.000 a 87.000, LDH 373, perfil hepático normal, haptoglobina 2, Coombs directo +. Frotis de sangre periférica 3% de esquistocitos.

ANA, Ac antiDNA, ENA, antiSm, antiRnp, y antiSS-A positivos. C3 31, C4 4. Resto normal.

--Rx de tórax normal

--Ecografía normal

- Ecocardiograma normal
- PET-TC: Derrame pleural y pericárdico izquierdo de escasa cuantía y actividad metabólica.
- TC de cráneo: Disminución de densidad de la sustancia blanca subcortical parietal posterior y occipital bilateral, con zonas de afectación cortical. Hallazgos de encefalopatía posterior reversible (PRES).
- Fondo de ojo normal.
- Estudio funcional complemento normal.
- ADAMS13: normal
- Estudio antifosfolípidos en límite alto de la normalidad
- Biopsia renal: Nefritis lúpica difusa clase IV. IA:12; IC:0
- Última AS consulta agosto/2024: Creatinina 0,87mg/dL, FG>90mL/min, iones en rango, Hb12,9, plaquetas 167.000, leucocitos 5.650. LDL 71, C3 102, C4 23, antiDNA negativo, ANA 1/160. Microalbuminuria negativa.

Juicio clínico

LES con afectación renal, hematológica y neurológica. Nefritis lúpica clase IV. PRES secundario. Anemia hemolítica autoinmune.

Comentario final

Resaltar la mala evolución inicial con emergencia hipertensiva. Es una crisis hipertensiva con afectación aguda de órgano diana, comprometiendo la vida y precisando tratamiento intravenoso para bajar la PA a cifras seguras de forma rápida, sin llegar a la corrección completa.

En este caso la lesión ha sido una encefalopatía hipertensiva, caracterizada por cefalea intensa, vómitos y alteraciones visuales. Puede aparecer convulsiones o deterioro del nivel de conciencia y puede ser mortal en ausencia de tratamiento correcto. La clínica mejora cuando mejora la PA. En la prueba de imagen aparece una leucoencefalopatía posterior parieto-occipital reversible tras el tratamiento rápido. Se recomienda bajar más del 25% la PA. También destacar la evolución tórpida con mejoría a partir del inicio de ciclofosfamida y la necesidad de añadir eculizumab para la anemia autoinmune.

Bibliografía

1. <https://www.revistanefrologia.com/es-urgencias-emergencias-hipertensivas-tratamiento-articulo-X1888970009000496>
2. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/01/KDIGO-2024-Lupus-Nephritis-Guideline.pdf>
3. <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/LES.pdf>

791/42. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR: AMILOIDOSIS TRANSTIRRETINA.

Autores:

Patiño Soriano, S.¹, Viñolo Díaz, L.², Murcia Casas, B.³

Centro de Trabajo:

(1) MIR 1 Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (2) MIR 3 Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (3) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 81 años con antecedentes de HTA mal controlada, DM tipo 2 y Flutter auricular, presenta disnea de varios meses de evolución y derrame pleural derecho. Tras estudio etiológico se detecta una hipertrofia ventricular con gammagrafía sugestiva de amiloidosis transtirretina, se realiza estudio genético del gen TTR resultando negativo y se descarta la presencia de amiloidosis AL con biopsias de glándula submaxilar, grasa abdominal y con la determinación de proteinograma y cadenas ligeras en sangre y orina. Se clasifica como amiloidosis transtirretina con afectación cardíaca. Se inicia tratamiento específico para revertir la progresión de la amiloidosis (Tafamidis), presentando mejoría clínica de la disnea y la astenia. Al mismo tiempo se realiza un adecuado control de los FRCV.

Exploración y pruebas complementarias

Se realiza una TC de tórax donde se visualiza derrame pleuropericárdico. En el ecocardiograma transtorácico se observa hipertrofia moderada-severa concéntrica del ventrículo izquierdo sin alteraciones de la contractilidad con FEVI conservada. Posteriormente se realiza una gammagrafía con Tc99 Difosfonatos, objetivando infiltración tisular en el seno de una amiloidosis cardiaca, por lo que se solicita el estudio del gen TTR, el cual resulta negativo. Se descarta la presencia de amiloidosis AL con biopsias de glándula submaxilar, grasa abdominal y con la determinación de proteinograma y cadenas ligeras en sangre y orina.

Juicio clínico

Amiloidosis cardiaca transtirretina Wild Type gen TTR negativo.

Comentario final

La hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) es una manifestación fenotípica que puede presentarse de manera secundaria a un aumento de presión o de volumen de forma crónica. La ecocardiografía es el procedimiento de elección para identificarla además de estimar la gravedad de ésta midiendo el grosor del ventrículo, así como aportar información acerca su etiología. La importancia del diagnóstico y tratamiento de la HVI radica en el aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares, así como la mortalidad que implica, independientemente de la causa que la origina.

Una de las causas de la HVI son las enfermedades infiltrativas, donde podemos englobar la amiloidosis cardiaca. Los tipos más comunes de amiloidosis cardiaca son la amiloidosis transtiretina (ATTR) y la amiloidosis de cadenas ligeras (AL). La ATTR resulta del mal plegamiento y la deposición de la proteína transtirretina, una proteína de síntesis hepática encargada del transporte de la hormona tiroidea y el retinol. Además, esta puede ser de origen genético, causada por mutaciones en el gen TTR, o de tipo salvaje (Wild Type TTR amiloidosis), causada por el mal plegamiento de la transtirretina salvaje, cuyo mecanismo es desconocido. La prueba inicial para su diagnóstico es la ecocardiografía. El derrame pleural y pericárdico es un hallazgo común. La gammagrafía con TC99 es muy específica para el amiloide cardiaco de tipo ATTR, siendo suficiente para el diagnóstico sin llegar a requerir biopsias tisulares.

Los criterios de tratamiento con Tafamidis sin necesidad de biopsia endomiocárdica son presentar forma nativa ATTRwt-CM a partir de 60 años, una FEVI preservada y evidencia de afectación cardiaca mediante ecocardiografía con grosor del tabique mayor de 12 mm, disnea clase I -II de NYHA, antecedentes de IC con al menos una hospitalización previa o sin hospitalización que requiera tratamiento diurético, presentar fenotipo cardiaco predominante, gammagrafía nuclear positiva, test de la marcha de 6 minutos mayor de 100 m, NT pro BNP mayor a 600, no haber recibido trasplante, no ser portador de DAI y no recibir otros tratamientos para la enfermedad ATTR; el paciente cumple todos los criterios para su inicio.

Bibliografía

1. Martín JL, García MMM, Más MMC, González BS, Toquero JT, Páez MS, et al. Diagnóstico diferencial de la HVI mediante resonancia magnética cardiaca. *seram*. 2024.
2. Gillmore JD, Maurer MS, Falk RH, Merlini G, Damy T, Dispenzieri A, et al. Nonbiopsy diagnosis of cardiac transthyretin amyloidosis. *2016;133(24):2404-12*.
3. González-López E, Gallego-Delgado M, Guzzo-Merello G, de Haro-Del Moral FJ, Cobo-Marcos M, Robles C, et al. Wild-type transthyretin amyloidosis as a cause of heart failure with preserved ejection fraction. *2015;36(38):2585-94*.

791/45. LOS EFECTOS DEL ESPEJO.

Autores:

Orti Cuerva, F.¹, Sánchez Zafra, R.², Massé Palomo, A.³, Jiménez Torres, J.⁴, Márquez López, L.⁵, Luque Caraballo, L.⁶

Centro de Trabajo:

(1) MIR 5 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla, (2) MIR 1 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío, (3) MIR 3 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío, (4) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío, (5) Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (6) MIR 2 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío

Resumen:

Descripción del caso

ANTECEDENTES:

Fumador. Crisis hipertensiva reciente sin tratamiento. Tratamiento habitual: Toma ciclos de esteroides anabólicos androgénicos (EAA) como testosterona, oxandrolona y estanozolol.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Varón de 40 años derivado por edemas en miembros inferiores, poliuria y deterioro de la función renal con FG de 23 mL/min/1.73m y un cociente albúmina/creatinina (CAC) en orina de 2,8 g/g.

Exploración y pruebas complementarias

EXPLORACIÓN:

Complejión atlética. Peso 102 kg, talla 192 cm, índice de masa corporal 27,7. Presión arterial 157-110 mmHg, frecuencia cardíaca 80 lpm, perímetro abdominal 90 cm. Resto sin hallazgos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Analítica: Hemograma normal. Cr 3,12 mg/dL, FG 24 mL/min/1.73m, Colesterol total 216 mg/dL, HDL 44 mg/dL, no HDL 172 mg/dL, Triglicéridos 96 mg/dL, CPK 395 U/L, iones y proteinograma normal, Lp(a) 75,2 mg/dL, proteína C reactiva 5,1 mg/L, HbA1c 5,3 %, tiroides normal, PTH 86 pg/ml, vitamina D (25 OH) 45,2 ng/mL, ANA y ANCAs negativos, inmunoglobulinas normales, ausencia de consumo de complemento, VIH, VHB y VHC negativo.
- Sistemático de orina: CAC 2.8 g/g. Hematuria negativa
- Orina 24h: CAC 0,47 g/g.
- Sedimento urinario: Ausencia de cilindros y de hematíes dismórficos.
- Ecografía renal: Sin alteraciones.
- MAPA: Presión arterial promedio de 160/106 mmHg, frecuencia cardíaca promedio de 68 lpm con patrón no Dipper (Figura 1).

Juicio clínico

Ante un fracaso renal de meses de evolución, es prioritario filiar la causa, establecer el grado de afectación y los marcadores de daño.

En nuestro caso estamos ante una enfermedad renal crónica (ERC) G4A3, presenta síntomas inespecíficos propios del síndrome urémico (astenia y retención hidrosalina), no pudiendo identificar en este caso un síndrome clínico específico que nos puedan orientar en el diagnóstico, pues no cumple características de síndrome nefrótico (proteinuria < 3,5g) ni de síndrome nefrítico (ausencia de hematuria), aunque sí presentaba HTA y dislipemia.

Tras descartar otras patologías y ante la admisión de consumo de ciclos de EAA nos orientan hacia un origen tóxico.

En conclusión, diagnosticamos a nuestro paciente de probable esclerosis focal y segmentaria adaptativa secundaria a uso de anabolizantes pendiente de confirmación histológica KFRE (Kidney Failure Risk Equation) 29% a 2 años y dislipemia e HTA de origen mixto renal/anabolizantes.

Comentario final

La alta prevalencia del uso de anabolizantes ha pasado desapercibida durante años, siendo actualmente un problema de salud mundial .

Los EAA producen una potenciación de las características sexuales masculinas y un aumento de la masa y fuerza del músculo esquelético y una disminución de la masa magra. Los efectos secundarios que producen son múltiples afectando a diversos órganos y sistemas.

En concreto a nivel renal la patogenia es mixta (Figura 2) (1):

- Lesión glomerular directa por los EAA. Se ha demostrado una disminución en la densidad glomerular, un aumento de los niveles de TNF- α y de inflamación intraglomerular con lesión podocitaria y un aumento de las acuoporinas, que origina un aumento de la reabsorción de agua y consecuentemente de la TA.
- Hiperfiltración debido al aumento de la masa corporal.
- Mioglobinuria en el contexto de la rabdomiólisis.
- Secundariamente debido a la hepatotoxicidad y los ácidos biliares, así como, a la hipercalcemia asociada a la toma de estos productos.

Existen estudios en series de pacientes con un hallazgo de un patrón de daño en forma de glomeruloesclerosis focal y segmentaria, aunque también se han reportado casos de nefrocalcinosis, nefritis tubulointersticial y hasta glomerulopatía membranosa de forma anecdótica.

La ERC suele ser asintomática durante mucho tiempo y el diagnóstico puede ser complejo debido a que el aumento de la masa muscular sobreestima los niveles plasmáticos de creatinina.

Bibliografía

1. Parente Filho SLA, Gomes PEAC, Forte GA, et al. Kidney disease associated with androgenic-anabolic steroids and vitamin supplements abuse: Be aware! *Nefrologia (Engl Ed)*. 2020 Jan-Feb;40(1):26-31.

791/49. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN FUNCIÓN DE HABER PRESENTADO PREVIAMENTE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Autores:

Lucena Torres, L.¹, García De Los Ríos, C.¹, Sierras Jiménez, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Virgen de las Nieves Granada

Resumen:

Introducción y Objetivos

Describir las características de los sujetos con fractura de cadera (FC) con interconsulta (HIC) solicitada por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología a Medicina Interna, y valorar las características diferenciales de aquellos que habían presentado previamente cardiopatía isquémica (CI).

Métodos

Estudio descriptivo, unicéntrico, retrospectivo. Se recopiló los datos clínico-epidemiológicos de las FC producidas entre enero y marzo 2023 en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resultados

50 sujetos con FC, 70% mujeres, edad media 83,8 años. 9 casos con CI (18%) y 41 sin CI (82%).

Los pacientes con CI tenían edad media 80 años, 55,6% hombres, 88,9% hipertensión arterial (HTA), 66,7% diabetes mellitus (DM), 66,7% hipercolesterolemia, ningún caso de tabaquismo activo, 66,7% insuficiencia cardíaca (IC), 33,3% fibrilación auricular (FA), 33,3% patología respiratoria crónica, ningún caso de enfermedad renal crónica (ERC) ni fracturas previas. El 44,4% trastorno psiquiátrico y ningún caso de demencia. En cuanto al resto de enfermedad cardiovascular (ECV) establecida, el 11,1% accidente cerebrovascular (ACV) y ningún caso de enfermedad arterial periférica (EAP). 33,3% anticoagulado con antivitamina K y el 11,1% anticoagulantes de acción directa (NACO), 100% antiagregación. 55,6% fractura pertrocantérea, y 44,4% subcapital.

El tiempo medio hasta la cirugía fue 3 días, con 4,6 días hasta la HIC desde el ingreso, y un tiempo de respuesta de la HIC de 0,3 días.

Motivos de consulta más frecuentes fueron descontrol de HTA y glucemias (44,4%), infección (22,2%) y pluripatología (18,4%). En ingreso 66,7% presentaron cuadro infeccioso, 11,1% descompensación IC y 44,4% patología respiratoria. 66,7% la HIC fue postquirúrgica. 11,1% fue éxitus.

Los pacientes sin CI tenían edad media 84,6 años, 50% mujeres, 73,2% HTA, 34,1% DM, 22% hipercolesterolemia, 7,3% fumador activo, 22% IC, 34,1% FA, 29,3% patología respiratoria crónica, 14,6% ERC y 12,2% fracturas previas. 17,1% trastorno psiquiátrico y 19,5% demencia. En cuanto ECV establecida, el 14,6% ACV y 4,9% EAP. 24,4% anticoagulado con antivitamina K y 12,2% NACO, el 29,2% antiagregados. 53,7% fractura pertrocantérea, 41,5% subcapital y 4,9% subtrocantérea.

El tiempo medio hasta la cirugía fue 2,5 días, con 3,9 días hasta la HIC desde el ingreso, y un tiempo de respuesta de la HIC de 0,2 días.

Motivos de consulta más frecuentes fueron disnea (31,7%), infección (12,2%) y pluripatología (17,1%). 12,2% descontrol de HTA. En ingreso 63,4% presentaron cuadro infeccioso, 29,3% descompensación IC, 22% FA y 12,2% patología respiratoria. 70,7% la HIC fue postquirúrgica. 9,8% fue éxitus.

Conclusiones

Los pacientes con FC son pluripatológicos y complejos. En nuestra serie, más del 20% presentaron antecedente de CI. Este hecho, no se tradujo en mayor mortalidad o descompensación de patología basal de forma retrospectiva, probablemente debido a un correcto seguimiento individualizado de forma multidisciplinar (1,2), aunque para ello se deberían diseñar estudios con muestras que incluyan mayor número de casos y de seguimiento prospectivo son necesarios.

791/50. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA EN FUNCIÓN DE SU CARÁCTER HIPERTENSO O NO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autores:

Lucena Torres, L.¹, García De Los Ríos, C.¹, Sierras Jiménez, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Virgen de las Nieves Granada

Resumen:

Introducción y Objetivos

Describir las características de los sujetos con fractura de cadera (FC) con interconsulta (HIC) solicitada por el servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología a Medicina Interna, y valorar las características diferenciales de aquellos que presentaban como antecedente personal la hipertensión arterial (HTA).

Métodos

Estudio descriptivo, unicéntrico, retrospectivo. Se recopilaron los datos clínico-epidemiológicos de las FC producidas entre enero y marzo 2023 en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resultados

50 sujetos con FC, 70% mujeres, edad media 83,8 años. 38 casos con HTA (78%) y 12 sin HTA (22%).

Los pacientes con HTA tenían edad media 85,3 años, 76,3% mujeres, 42,1% diabetes mellitus (DM), 34,2% hipercolesterolemia, 7,9% tabaquismo activo, 28,9% insuficiencia cardíaca (IC), 31,6% fibrilación auricular (FA), 31,6% patología respiratoria crónica, 13,2% enfermedad renal crónica (ERC) y 10,5% fracturas previas. El 23,7% trastorno psiquiátrico y el 7,9% demencia. En cuanto a enfermedad cardiovascular (ECV) establecida, el 21,1% cardiopatía isquémica (CI), 13,2% accidente cerebrovascular (ACV) y el 5,3% enfermedad arterial periférica (EAP). 28,9% anticoagulado con antivitamina K y el 7,9% anticoagulantes de acción directa (NACO), 34,2% antiagregación. 52,6% fractura pertrocantérea, el 42,1% subcapital y 5,3% subtrocantérea.

El tiempo medio hasta la cirugía fue 2,7 días, con 3,7 días hasta la HIC desde el ingreso, y un tiempo de respuesta de la HIC de 0,2 días.

Motivos de consulta más frecuentes fueron pluripatología (18,4%) y disnea (28,9%). Descontrol de HTA 15,8%. En ingreso 60,5% presentaron cuadro infeccioso, 26,3% descompensación IC y 18,4% patología respiratoria y FA. 68,4% la HIC fue postquirúrgica. 5,3% fue éxito.

Los pacientes sin HTA tenían edad media 79 años, 50% mujeres, 33,3% DM, 16,7% hipercolesterolemia, ningún fumador activo, 33,3% IC, 41,7% FA, 25%, patología respiratoria crónica, 8,3% ERC y 8,3% fracturas previas. 16,7% trastorno psiquiátrico y 41,7% demencia. En cuanto ECV establecida, el 8,3% CI, 8,6, 16,7% ACV y ningún caso de EAP. 16,7% anticoagulado con antivitamina K y 25% NACO, el 25% antiagregados. 58,3% fractura pertrocantérea y 41,7% subcapital.

El tiempo medio hasta la cirugía fue 2,5 días, con 4,9 días hasta la HIC desde el ingreso, y un tiempo de respuesta de la HIC de 0,1 días.

Motivos de consulta más frecuentes fueron disnea (16,7%), infección (16,7%) y pluripatología (16,7%). Ningún caso de descontrol de HTA. En ingreso 75% presentaron cuadro infeccioso, 25% descompensación IC, 16,7% patología respiratoria y 16,7% FA. SCA 50%. 75% la HIC fue postquirúrgica. 25% fue éxito.

Conclusiones

En nuestra serie, hemos observado cómo en los pacientes hipertensos con mayor ECV se ha realizado la HIC antes, y a pesar de tener mayor edad y mayor comorbilidad haber presentado menores tasas de éxito y SCA. Todo ello, refuerza la necesidad de modelos de asistencia compartida, como ya se ha propuesto en múltiples estudios en la literatura (1,2).

791/51. ANALIZANDO EL PRINCIPAL SOSPECHOSO.

Autores:

Lucena Torres, L.¹, González Bustos, P.¹

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Virgen de las Nieves Granada

Resumen:**Descripción del caso**

Hombre de 75 años con antecedentes personales de litiasis renal, espondiloartrosis e HTA de larga data y de perfil esencial (con buen control hasta ahora). Intervenido de hernia inguinal y varices en miembros inferiores. Niega antecedentes familiares de eventos cardiovasculares a edad temprana. En tratamiento con furosemida 40mg/24h, candesartan 32mg/24h, barnidipino 10mg/24h, doxazosina 4mg/24h, pregabalina 50mg/24h y omeprazol 20mg/24h. No hábitos tóxicos. Acude a consulta de Riesgo Cardiovascular derivado desde urgencias por mal control de cifras tensionales en las últimas semanas con algunas crisis hipertensivas. Nos comenta cifras de TA en domicilio de PAS 160-180mmHg y PAD 80-90mmHg pese al tratamiento (buena tolerancia y adherencia). No clínica asociada en ese contexto. Por órganos y aparatos lumbalgia de ritmo mecánico que controla con pregabalina + paracetamol, no toma de AINES ni corticoides. Niega palpitaciones, diaforesis, cefalea, dolor torácico, síncope, náuseas ni vómitos.

Exploración y pruebas complementarias

Presión arterial (PA) 138/81 mmHg (sin diferencias significativas entre los cuatro miembros) Frecuencia cardiaca (FC) 76 lpm Temperatura: 36.3°C Saturación periférica de O₂ (SpO₂) 98% aa Buen estado general, atento y orientado en las 3 esferas, neurológicamente sin alteraciones (Glasgow 15/15). Eupneico en reposo. -Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos -Abdomen sin hallazgos relevantes. No soplos. -Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Pulsos conservados simétricos. Pruebas complementarias: En urgencias -Hemograma sin alteraciones -Bioquímica sin alteraciones, iones en rango -GSV: pH 7,37, CO₂ 52, bicarbonato 30,6, lactico 1,5 -ECG: RS 80lpm, QRS estrecho, sin alteraciones en la repolarización -Radiografía de tórax: ICT < 0.5, sin condensaciones ni derrame pleural -Ecografía abdominal: Nódulo adrenal derecho sólido de 2,3 cm de diámetro. En consulta -Bioquímica: Colesterol total 150g/L, TG 83g/L, TSH 1,33uIU/ml, Cortisol 12ug/dl (6,7-22,6 ug/dl), Aldosterona 67,2ng/dl (38-150 ng/dl), Renina <0,3ng/L (1, 7-23,9 ng/dl), PCR 34,5 mg/L -Bioquímica orina: albumina 0,5mg/dl, creatinina 59mg/dl, albumina/creatinina 8,5mg/g, cortisol orina 24h 1,23ug/dl, cortisol excrección orina 24h 25ug/24h (5-62 ug/24h), cortisol/creatinina orina 24h 16ug/g, metanefrinas excrección en orina 24h 113ug/24h (3-40 ug/24h), normetanefrina excrección orina 24h 383ug/24h (74-297 ug/24h), metanefrina orina 24h 57ug/L (73-808 ug/L), normetanefrina orina 24h 191ug/L, metanefrina/creatinina orina 24h 76ug/g (10-450 ug/g), normetanefrina/creatinina orina 24h 256ug/g (100-750ug/g) -Hemograma sin alteraciones -RM glándulas suprarrenales: nódulo adrenal derecho 2.3 cm de diámetro mayor con características por RM sugestivas de adenoma

Juicio clínico

Tenemos un hombre de 75 años con hipertensión arterial no controlada y hallazgo en prueba de imagen de un nódulo adrenal derecho en el que habrá que realizar el estudio de hipertensión arterial secundaria. Dentro del diagnóstico diferencial de masa suprarrenal unilateral como es este caso debemos considerar el feocromocitoma, cáncer adrenocortical, adenoma productor de aldosterona y síndrome de cushing. Tras las pruebas complementarias básicas y la RMN realizada que ayuda a definir mejor este tipo de hallazgos, el diagnóstico de presunción más probable era de adenoma suprarrenal productor de aldosterona.

Comentario final

Las pruebas complementarias solicitadas en consulta confirmaron el hiperaldosteronismo primario y se descartó tanto el feocromocitoma como el síndrome Cushing. Por tanto se presentó el caso en comité junto con Cirugía general para incluir al paciente en lista de espera quirúrgica para adrenalectomía suprarrenal laparoscópica.

Bibliografía

1. Wu WC, Peng KY, Lu JY, et al. Cortisol-producing adenoma-related somatic mutations in unilateral primary aldosteronism with concurrent autonomous cortisol secretion: their prevalence and clinical characteristics. *Eur J Endocrinol* 2022; 187:519.
2. Umakoshi H, Sakamoto R, Matsuda Y, et al. Role of Aldosterone and Potassium Levels in Sparing Confirmatory Tests in Primary Aldosteronism. *J Clin Endocrinol Metab* 2020; 105.
3. Ng E, Gwini SM, Libianto R, et al. Aldosterone, Renin, and Aldosterone-to-Renin Ratio Variability in Screening for Primary Aldosteronism. *J Clin Endocrinol Metab* 2022; 108:33.
4. Nanba AT, Nanba K, Byrd JB, et al. Discordance between imaging and immunohistochemistry in unilateral primary aldosteronism. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2017; 87:665.
5. Young WF Jr. Diagnosis and treatment of primary aldosteronism: practical clinical perspectives. *J Intern Med* 2019; 285:126

791/54. DETERIORO AGUDO DE FUNCIÓN RENAL A TRAS FIBRINOLISIS DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO.

Autores:

Codina Álvarez, M.¹, Aviles Bueno, B.², Toledo Rojas, R.², Arrebola Montes, A.³, Iturralde Jara, A.⁴, López, V.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico interno residente de nefrología. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga, (2) FEA de nefrología en Hospital Universitario de Málaga, (3) Médico interno residente de nefrología en el Hospital Regional Universitario de Málaga, (4) Médico interno residente de nefrología en Hospital Universitario de Málaga

Resumen:**Descripción del caso**

Presentamos un varón de 43 años con antecedentes de psoriasis desde los 24, tratada con infliximab, rituximab y risankizumab. Seminoma testicular derecho a los 29, se realizó orquiectomía y quimioterapia con bleomicina, cisplatino y etopósido. En 2016, durante el estudio de lesión pulmonar, se detectó hipertensión arterial, intensa ateromatosis aortoiliaca con disminución de captación de contraste en arteria y riñón derecho. Tenía creatinina de 1.4 mg/dl, filtrado glomerular (FGe CKD-EPI) de 54 ml/min/1.73m².

En 2019, ingresó en Nefrología por fracaso renal agudo por trombosis aguda de la arteria renal izquierda. Se realizó trombectomía, fibrinólisis urgente y dilatación con implantación de stent en arteria renal izquierda. Precisó hemodiálisis urgente y recuperando función renal al alta (creatinina 1.5-1.9 mg/dl, FGe 44-50 ml/min). Durante 2019 presentó enfermedad arterial periférica colocando stents en ambas ilíacas en 2019 y en la arteria femoral izquierda en 2022. Los estudios de trombofilia en 2016 y 2019 fueron negativos.

Durante el seguimiento, mantuvo función renal estable y control de la presión arterial en 120-135/80-70 mmHg, precisando tratamiento con doxazosina, bisoprolol, moxonidina, amlodipino e hidroclorotiazida. Sin embargo, desde mayo de 2022 presentó peor control de PA a pesar de tener función renal estable, por lo que en febrero 23 se realizó un eco-doppler con un patrón de flujo normal con índice de resistencia de 0.7 en el riñón izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias

PA: 104-90-112/65-55 mmHg. Normohidratado. Frialidad en ambos MMII.

Analítica: Hb 17.2 g/dl; Leucos 8430; PLT 130.000; Gluc 93 mg/dl; creatinina 2,97 mg/dl (previa de 4 meses 1,63 mg/dl); FGe-CKD-EPI: 25 ml/min/1,73m² (previo 51); col-LDL 60; TG 123 mg/dl, Cociente proteína/creat orina: 82,5 mg/g, sedimento orina normal

Ecografía Doppler renal: riñón derecho atrófico. Riñón izdo de 11 cm de aspecto normal sin dilatación de vía urinarias. Se visualizan vasos intrarrenales presentando un patrón de onda doppler con un retraso de ascenso del pico sistólico así como un IR disminuido de 0.55. Hallazgos compatibles con estenosis del stent.

AngioTAC de arterias renales: stent de arteria renal izda permeable con flujo filiforme con riñón con cortical de grosor conservado y nefrograma con realce adecuado. Riñón derecho atrófico.

AngioTac con angioplastia en segundo tiempo: estenosis intrastent calcificada y en su borde.

Juicio clínico

Hipertensión renovascular con reestenosis de stent de arteria renal.

Comentario final

Se trata de un varón joven con arteriosclerosis severa e hipertensión renovascular. Tras un procedimiento endovascular, desarrolla un deterioro de función renal agudo. Entre los diagnósticos diferenciales consideramos la nefrotoxicidad por contraste, embolia o ateroembolia, microembolismos de colesterol, reestenosis de stent de arteria renal. La hipotensión y los episodios previos de crisis hipertensivas sugerían una reestenosis del stent, que podría haberse disuelto parcialmente tras la fibrinólisis. La tasa de reestenosis del stent en arterias renales se estima en un 14-25%, siendo el stent un tratamiento específico en los casos de hipertensión renovascular.

Bibliografía

1. Anderson JL, Halperin JL, Albert NM, Bozkurt B, Brindis RG, Curtis LH, et al. Management of patients with peripheral artery disease (compilation of 2005 and 2011 ACCF/AHA guideline recommendations): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2013; 127:1425-1443.
2. ASTRAL Investigators, Wheatley K, Ives N, Gray R, Kalra PA, Moss JG, Baigent C, et al. Revascularization versus medical therapy for renal-artery stenosis. *N Engl J Med* 2009; 361:1953-1962
3. Bax L, Woittiez AJ, Kouwenberg HJ, Mali WP, Buskens E, Beek FJ, et al. Stent placement in patients with atherosclerotic renal artery stenosis and impaired renal function: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 150:840-848
4. Cooper CJ, Murphy TP, Cutlip DE, Jamerson K, Henrich W, Reid DM, et al; CORAL Investigators. Stenting and medical therapy for atherosclerotic renal-artery stenosis. *N Engl J Med* 2014; 370:13-22.

791/55. TRÍADA CLÍNICA SOSPECHOSA DE UNA ENTIDAD INFRECUENTE.

Autores:

López Rodríguez, S.¹, Peregrina Rivas, J.², Jurado Fernández, E.³, Moyano Moreno, C.⁴, Díaz Abad, J.⁴, García Becerra, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Granada, (2) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico de San Cecilio. Granada, (3) MIR 2 Medicina de Familia. Centro de Salud de la Zubia. Granada, (4) MIR 2 Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, (5) MIR 1 Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 38 años de origen marroquí, con múltiples visitas al Servicio de Urgencias por cefalea y cifras tensionales elevadas. A pesar de tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida 20 mg/12.5 mg, acudió nuevamente con crisis hipertensiva y somnolencia. Tras descartar accidente cerebrovascular y conseguir estabilización de cifras tensionales, fue trasladada a planta de Medicina Interna para despistaje de hipertensión arterial secundaria.

Exploración y pruebas complementarias

A la anamnesis, refería paroxismos de cefalea, sudoración y palpitaciones tras algunas comidas, sin saber especificar. No refería semiología de insuficiencia cardíaca, somnolencia diurna ni disminución del ritmo de diuresis. En la exploración física los pulsos arteriales periféricos fueron simétricos dos a dos y no se objetivaron estigmas cushingoides. Se realizó un Holter de presión arterial durante el ingreso que mostró un patrón no dipper. Con ecografía-Doppler se descartó estenosis de arterias renales y mediante tomografía axial se detectó un adenoma suprarrenal izquierdo de 33 mm. En el estudio de funcionalidad se detectaron, en muestra de orina, un cociente cortisol/creatinina de 111 mcg/g (Valores normales: 3-40), metanefrina/ creatinina de 3985 mcg/g (Valores normales: 10-450) y normetanefrina/creatinina 1170 mcg/g (Valores normales: 1170). El cociente aldosterona/renina fue normal. Las pruebas confirmatorias de hipercortisolismo resultaron negativas y una gammagrafía metayodobencilguanidina mostró un depósito aumentado de radiotrazador en la glándula suprarrenal izquierda. Dada la alta sospecha de feocromocitoma, se instauró tratamiento con doxazosina 4 mg y bisoprolol 2,5 mg y se realizó adrenalectomía izquierda de forma programada. El estudio de la pieza quirúrgica confirmó la sospecha diagnóstica.

Juicio clínico

Emergencia hipertensiva secundaria a Feocromocitoma

Comentario final

El caso pone de manifiesto la importancia del diagnóstico de causas secundarias de hipertensión potencialmente reversibles en aquellos pacientes con una elevada sospecha diagnóstica, como son aquellos pacientes jóvenes, hipertensión severa o resistente a tratamiento o cuando existe lesión de órgano diana (1). El feocromocitoma es una entidad poco común, y por ello su diagnóstico requiere de una elevada sospecha diagnóstica. No obstante, la alta incidencia de morbimortalidad cardiovascular en estos pacientes, hace preciso su detección precoz y tratamiento quirúrgico (2). Algunos alimentos pueden producir la liberación de catecolaminas y causar una crisis hipertensiva en estos pacientes. En concreto, se han identificado como posibles desencadenantes los alimentos ricos en tiramina, como los quesos añejos, los alimentos ahumados o encurtidos, los productos fermentados y algunas bebidas alcohólicas como el vino tinto (3). Por otra parte, el hipercortisolismo detectado inicialmente podría ser secundario a la situación de estrés en el contexto del ingreso. La tríada clínica de sudoración, cefalea y palpitaciones fue clave para diferenciar esta condición del síndrome de Cushing, subrayando la relevancia de una adecuada anamnesis y exploración física en el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Rossi GP, Bisogni V, Rossitto G, Maiolino G, Cesari M, Zhu R, et al. Practice Recommendations for Diagnosis and Treatment of the Most Common Forms of Secondary Hypertension. *High Blood Press Cardiovasc Prev* 2020 Dec 1;27(6):547-560.
2. Martucci VL, Pacak K. Pheochromocytoma and paraganglioma: diagnosis, genetics, and treatment. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2023;60(5):365-372.
3. Eisenhofer G, Rivers G, Rosas AL, et al. Adverse drug reactions in patients with pheochromocytoma: incidence, prevalence, and management. *Drug Saf*. 2007;30(11):1031-1062

791/58. MÁS ALLÁ DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Autores:

Pérez García, S.¹, Rico López, D.², Fajardo Muñoz, A.³, Roa Chamorro, R.⁴, González Bustos, P.⁴, Jaén Águila, F.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Residente Medicina de familia y comunitaria. Hospital Virgen de las Nieves. Granada, (2) Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), (3) Residente de 3º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada), (4) Adjunto de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 57 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 6,9%; cardiopatía isquémica con intervención coronaria percutánea (ICP) en arteria circunfleja y lesión crónica en descendente anterior no revascularizada, síndrome de apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP, obesidad grado III e hipercolesterolemia. Acudió a consultas de nuestra unidad de Riesgo Cardiovascular derivada desde cardiología por hipertensión arterial refractaria a cinco fármacos a pesar de buen cumplimiento terapéutico. Se intensificó tratamiento consiguiendo mejoría de la obesidad y adecuado control lipídico y HbA1c, pero importante empeoramiento de cifras tensionales con AMPA >180/110 mmHg a pesar de optimización de tratamiento hipertensivo con 8 fármacos. Finalmente, la paciente fue intervenida de forma programada implantándose generador (Barostim) en carótida derecha con estimulación en el quirófano y respuesta clínica muy llamativa. En consulta de revisión se mantuvo estimulación a 2,2 miliamperios PA 130/79 mmHg y FC 55 lpm: - con ajuste de terapia antihipertensiva a cinco fármacos. En sucesivas revisiones, adecuado control con cifras tensionales hasta el día de hoy.

Exploración y pruebas complementarias

PA clínica de 156/108 mmHg y fc 102 lpm. Exploración sin hallazgos patológicos. Pruebas complementarias: - Glucemia basal 105 mg/dL, creatinina 1,5 mg/dL, urea 89 mg/dL, iones en rango - Colesterol total 195 mg/dL con LDL de 110 mg/dL - Orina con índice albúmina/creatinina normal - Renina y aldosterona en rango, catecolaminas en orina de 24 horas normales - Ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado con hipertrofia concéntrica moderada de paredes. Aurícula izquierda ligeramente dilatada. Resto normal. MAPA: PA media 152/87 mmHg y FC 75 lpm. PA diurna 157/91 mmHg con FC 81 lpm y nocturna 140/78 mmHg con FC 64 lpm. Patrón dipper. - Eco-doppler carótidas: bulbo carotídeo derecho con placa mixta de 1,3cm y bulbo carotídeo izquierdo con placa calcificada de 0,8 cm, ambas lesiones no hemodinámicamente significativas. - Angio-TC arterias renales: estenosis considerable de la luz de la arteria renal izquierda a unos cuatro mm de su origen, con longitud de seis mm, secundaria a engrosamiento focal de su pared, sin repercusión hemodinámica (imagen 1).

Juicio clínico

Hipertensión arterial refractaria grado 3, con lesión de órganos diana (nefropatía y cardiopatía) en paciente de muy alto riesgo cardiovascular.

Comentario final

La TAB aprovecha la desregulación simpática/parasimpática que existe en pacientes con hipertensión refractaria, a través de un dispositivo similar a un marcapasos que se implanta en la arteria carótida (imagen 2 y 3). Mediante la estimulación directa por impulsos eléctricos de los barorreceptores se incrementa el tono parasimpático sobre el simpático, estimulando el nervio vago y disminuyendo valores de PA y FC de forma mantenida (1). Indicada en pacientes con hipertensión arterial refractaria en los que previamente se han excluido causas secundarias y pseudoresistencias, tras optimización de terapia farmacológica. Un estudio observacional demostró que en hipertensión resistente en los que se implantó Barostim hubo una reducción de PAS 26 +/-4,4 y PAD 12,4 +/- 2,5 mmHg después de 6 meses, reduciendo incluso cifras de PA en pacientes con denervación renal previa (2). En un estudio de seguimiento a dos años de Barostim en pacientes con HTA resistente y una mediana de 7 fármacos antihipertensivos, se objetivó una reducción significativa de 25+/-33 / 9+/- 18 mmHg en PA clínica, reduciendo también el número de fármacos a una mediana de 5 (3). En definitiva, debería valorarse el uso de TAB en aquellos pacientes con hipertensión arterial refractaria en los que no se pueda hacer uso de la terapia de denervación renal o aquellos denervados pero no controlados. A pesar de ello, se necesitan mayor número de ensayos clínicos para seguir demostrando seguridad, así como el desarrollo de dispositivos que permitan una mejor implantación.

791/59. DESARROLLO DE PREECLAMPSIA E HIPERTENSIÓN POSTPARTO EN GESTANTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PONIENTE DURANTE 2022/2023.

Autores:

Claudio Delgado, M.¹, Abad Fernández, I.², Sánchez López, G.², Mellado Martín, R.², Navarro Navarro, M.², Martínez Agüero, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente segundo año de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Poniente. Almería, (2) Residente de enfermería comunitaria. Distrito Poniente. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

Analizar las características de las pacientes que desarrollaron preeclampsia durante la gestación y el desarrollo postparto de hipertensión crónica entre los años 2022 y 2023 en el Hospital Universitario Poniente.

Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Poniente (El Ejido, Almería) en una cohorte de pacientes que desarrollaron preeclampsia durante la gestación en un período de tiempo comprendido entre 2022 y 2023, analizándose los siguientes datos obtenidos de su historia clínica digital: edad, raza, paridad, obesidad, tabaquismo, hipertensión crónica, antecedente de preeclampsia en gestaciones previas, riesgo de preeclampsia en la gestación estudiada y tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) profiláctico, desarrollo de hipertensión gestacional, tratamiento antihipertensivo prescrito a lo largo de las semanas de gestación, método de concepción (espontánea o técnicas de reproducción asistida (TRA)), número de fetos en la gestación estudiada y desarrollo de retraso de crecimiento intrauterino fetal (RCIU), desarrollo de preeclampsia y su gravedad (leve, grave o preeclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica), método de finalización de la gestación (inducido o de inicio espontáneo), vía del parto (eutócico, cesárea o parto instrumental), y finalmente, el desarrollo posterior de hipertensión crónica.

Resultados

La cohorte estudiada fue de 56 mujeres gestantes con una media de edad de 35 años, siendo 22 el mínimo de edad entre las gestantes y 51 el máximo. En cuanto a la raza, la mayoría eran de raza blanca (58'93%) seguido de la magrebí (25%) y solo un 7'14% sudamericanas, siendo aproximadamente la mitad de ellas primigestas (55'36%) y un 16'07% múltiparas. La mayoría de las gestantes no eran fumadoras (83'93%) y el 46'43% se mantuvieron en rango de normopeso mientras que el 41'04% partía de una obesidad tipo I y tipo II. Solamente 6 pacientes partían de una hipertensión crónica (10'71%) y 8 tenían antecedente de preeclampsia en gestaciones previas. 49 de las gestaciones se obtuvieron de forma espontánea desarrollando en un 55'36% un alto riesgo de preeclampsia (ARPE) mientras que 7 pacientes lo hicieron con TRA desarrollando todas ellas un ARPE. Solo 27 gestantes recibieron tratamiento profiláctico con AAS y 9 tratamiento antihipertensivo (16'07%). El 92'86% de gestaciones fueron únicas siendo solo 4 múltiples, todas ellas primigestas de raza blanca y ARPE desarrollando tan solo en 6 casos un RCIU (10'72%). Del total de casos, el 75% desarrolló una preeclampsia leve finalizando la gestación de forma inducida con parto eutócico en un 87'50% situando la tasa de cesárea en un 35'71%. Finalmente, 50 púerperas (89'29%) no fueron diagnosticadas de hipertensión crónica postparto ya que no tuvieron un correcto seguimiento siendo tan solo las 6 gestantes que partían de una hipertensión crónica (10'71%) las que continuaron un correcto seguimiento puerperal de su hipertensión crónica.

Conclusiones

La preeclampsia continúa siendo un problema de salud frecuente durante la gestación. Con los datos analizados, ponemos sobre la mesa la necesidad de seguir un correcto diagnóstico y seguimiento postparto para evitar la morbimortalidad que conlleva esta entidad.

791/61. NEOPLASIAS Y SÍNDROME METABÓLICO: UN CONTINUUM SIN LÍMITES.

Autores:

García Becerra, M.¹, Peregrina Rivas, J.², Galvéz Ortigosa, S.¹, de la Rosa Ortega, I.¹, López Rodríguez, S.¹, Díaz Abad, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada., (2) FEA de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen:**Descripción del caso**

Varón de 75 años en seguimiento activo en consultas de Medicina Interna por hipertensión arterial (HTA) de larga data, prediabetes, obesidad mórbida y dislipemia. No era fumador ni superaba las 2 unidades de bebida estándar de alcohol diarias. Sin tratamiento activo en la actualidad.

En una de las revisiones en consulta refirió pérdida involuntaria de unos 8 kilos en los últimos seis meses, sin asociar sintomatología guía.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente presentaba estabilidad hemodinámica, se encontraba normocoloreado y el índice de masa corporal (IMC) en dicha revisión fue de 36 kg/m², compatible con obesidad grado II.

En la analítica destacaban una glucemia basal elevada (116 mg/dl) y cifras de HDL disminuidas (37 mg/dL) así como un patrón de colestasis disociada (gamma glutamiltranspeptidasa en 124 U/L y fosfatasa alcalina en 233 U/L, con bilirrubina normal) no presente en determinaciones previas.

A raíz de estos resultados se solicitó una TC abdominal con contraste en la que se objetivaron datos de hepatopatía crónica y una lesión ocupante de espacio de 2 cm de diámetro sospechosa de malignidad. Tras presentar el caso en sesión multidisciplinar se decidió intervención quirúrgica mediante hepatectomía parcial y resección completa de la lesión.

El estudio anatomopatológico fue compatible con un colangiocarcinoma intrahepático (CCI).

Juicio clínico

Colangiocarcinoma intrahepático en paciente con Síndrome Metabólico.

Comentario final

El Síndrome Metabólico (SM) y los elementos que lo componen, descritos en los criterios ATP-III, se han vinculado con neoplasias de diversas estirpes y localizaciones. Sobre esta relación, los tumores más frecuentemente estudiados han sido los del tracto digestivo, los tumores renales y el carcinoma hepatocelular (CHC), habitualmente asentado sobre una hepatopatía crónica cada vez más frecuentemente atribuida a la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MAFLD).

No obstante, a pesar de ser el CHC la neoplasia hepática primaria más frecuente en sujetos con SM, en los últimos años han aparecido nuevas evidencias sobre la relación del colangiocarcinoma intrahepático (CCI) y el SM. De hecho, diversas publicaciones destacan la obesidad como el principal factor de riesgo para esta neoplasia en el futuro inmediato¹ y se ha visto una prevalencia mayor de SM en pacientes con CCI comparado con controles sanos, habiéndose reportado un odds ratio que estima el doble de riesgo de desarrollar esta patología en pacientes con SM².

Diversos estudios apuntan al estado hiperinflamatorio crónico que subyace a la obesidad y la resistencia a la insulina como los factores predisponentes para el desarrollo de neoplasias, mediante la activación de diversas rutas metabólicas como la NF-kB o la vía MAPK3. Éstas podrían verse favorecidas por el aumento de las concentraciones de IGF-1, del cociente leptina/adiponectina o de diversas citoquinas proinflamatorias como el TNF-alfa o la IL-6, secretadas por el tejido adiposo blanco. Todo ello contribuye a perpetuar un estado proinflamatorio de antiapoptosis y proliferación celular.

Con este caso pretendemos hacer hincapié en la relación entre SM y procesos oncológicos, representados en este caso por el CCI. Así, el SM debe entenderse no sólo como la suma de diversos factores de riesgo vascular sino también como una entidad predisponente a procesos neoplásicos.

Bibliografía

1. Peña AMM, Sánchez AC, Botella ER, Rincón D. Colangiocarcinoma. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2020 Jun 1;13(12):666-77.*
2. Welzel TM, Graubard BI, Zeuzem S, El-Serag HB, Davila JA, McGlynn KA. Metabolic syndrome increases the risk of primary liver cancer in the United States: A study in the SEER-medicare database. *Hepatology. 2011 Jun 30;54(2):463-71.*
3. Daniel C, Elías G, Castilla J. Rutas metabólicas intracelulares que intervienen en el desarrollo tumoral en pacientes con síndrome metabólico. *Biociencias [Internet]. 2022;17(2):6.*

791/63. IMPORTANCIA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL A TRAVÉS DE UN CASO.

Autores:

Qiu, W.¹, Gonzalez Castrillo, L.², García Rodríguez, J.³, Valverde Entrena, V.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Las Norias, El Ejido. Almería, (2) Residente 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Berja. Almería, (3) Residente 2º año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Adra. Almería

Resumen:

Descripción del caso

Hombre de 60 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) mal controlada e infarto agudo de miocardio (IAM) sin elevación de ST en 2019, mala adherencia terapéutica y abandono de seguimiento que según refiere por "estar cansado de tantas pastillas". Acude a Urgencias por disnea de moderados esfuerzos de menos de 24 horas de evolución asociando con tensión arterial (TA) 200/110 mmHg, sin otros síntomas. Durante su estancia en urgencias se administran tratamientos antihipertensivos con control consiguiente de TA y resolución completa de la clínica. En pruebas complementarias de urgencias destaca movilización enzimática de troponina I de alta sensibilidad en 3 seriaciones (103.1-->193.6-->165 pg/mL), sin presentar alteración en ECG ni datos clínicos sugerentes de síndrome coronario agudo durante su estancia en Urgencias, por lo que se decide ingreso en Medicina Interna (MI) para evolución y estudio.

Exploración y pruebas complementarias

En Urgencias afebril, TA 200/110mmHg, 68 latidos cardiacos por minuto, saturación oxígeno basal 99%. Diuresis conservada. Buen estado general, consciente y orientado. Eupneico en reposo y al habla, normohidratado y perfundido. Agudeza visual sin cambios. Glasglow 15/15, sin focalidad neurológica. Tonos cardiacos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando depresible, sin masas ni organomegalias, no doloroso. Miembros inferiores sin edema ni signos de TVP.

- ECG: ritmo sinusal a 82lpm, eje izquierdo, PR normal, QRS estrecho, onda T negativa en V5-V6 (ya existentes en ECG previos 2019), sin alteración en la repolarización. ECG posteriores de control sin cambios.
- Radiografía de tórax: cardiomegalia, senos costofrénicos libres, parénquima pulmonar sin infiltrados.
- Analíticas en Urgencias: función renal e iones normales. Hemograma y coagulación normales. Movilización enzimática de troponina I en 3 seriaciones: 103.1-->193.6-->165 pg/mL. En planta MI: troponina I 63 pg/mL, hemoglobina glicosilada 5,48%, colesterol total 188mg/dL, HDL 40.1mg/dL, LDL 94.7mg/dL, triglicéridos 266mg/dL. Resto normal.
- Ecocardiograma transtorácico (ETT): ventrículo izquierdo dilatado e hipertrófico con disfunción sistólica global severa FEVI 30%. Dilatación moderada de aurícula izquierda. Insuficiencia mitral leve. Se compara con ETT de 2019, mismas alteraciones segmentarias pero mayor grado de afectación.

En planta el paciente es valorado por Cardiología y se decide no solicitar nueva valoración de anatomía coronaria debido a que no presentó nuevos episodios de disnea o dolor torácico tras control de TA, con adecuada tolerancia a deambulación, nivel de troponina I en descenso a 63 pg/mL y ECG posteriores sin cambios.

Al alta ajuste de tratamiento advirtiendo su importancia con recomendaciones en estilo de vida (dieta, ejercicio físico, hábitos tóxicos) y posterior revisión en consultas de Cardiología y MI.

Juicio clínico

Emergencia hipertensiva con movilización de troponina en este contexto y con empeoramiento de miocardiopatía en ETT en paciente mal cumplidor terapéutico.

Comentario final

La mala adherencia terapéutica en HTA se correlaciona con inadecuado control de TA y complicaciones cardiovasculares graves que hacen reducir la calidad de vida del paciente y aumentar significativamente los gastos sociosanitarios. Sin embargo actualmente no existe un protocolo estandarizado para detectar mala adherencia, todos los métodos existentes tienen sus limitaciones. Se recomienda su screening como evaluación de rutina en todas consultas de seguimiento, con colaboración de un equipo sanitario multidisciplinar y del propio paciente y de su entorno socio-familiar. Las principales intervenciones en mejorar la adherencia al tratamiento se basan en simplificar régimen terapéutico, usar telemedicina y recordatorios electrónicos, educar al paciente sobre su enfermedad y seguimiento regular.

Bibliografía

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewics A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023;41(12):1874-2071.

791/64. HIPERTENSIÓN E IONES: UN LOBO CON PIEL DE CORDERO.

Autores:

García Becerra, M.¹, Moreno Verdejo, F., Martínez De Victoria Carazo, J.², De La Rosa Ortega, I.¹, Galvéz Ortigosa, S.¹, Avilés Pérez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada., (2) FEA de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada., (3) FEA de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen:**Descripción del caso**

Mujer de 42 años, con antecedentes de hipotiroidismo gestacional y litiasis renal obstructiva en 2019 que se presenta en Urgencias por una crisis de cólico renal.

En la analítica se detecta hipopotasemia severa (2 mEq/L), que persiste a pesar de la reposición intravenosa y oral de potasio e incluso, con el uso de fármacos antialdosterónicos, lo que motiva consulta a Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias

El estudio inicial también revela una glucemia basal alterada (124 mg/dL), alcalosis metabólica y un potasio urinario elevado (38,5 mEq/L), por lo que se procede al ingreso.

Durante el primer día de ingreso inicia un cuadro de hipertensión arterial (HTA) persistente, por lo que se inicia el estudio diagnóstico con un angio-TC de arterias renales que descarta estenosis a dicho nivel. En esta prueba de imagen se evidencia además una hiperplasia adrenal bilateral. Por ello se inicia estudio hormonal, solicitando niveles de renina, angiotensina y aldosterona, así como su cociente dada la alta probabilidad en ese momento de hiperaldosteronismo primario, pero el estudio resulta negativo.

En este punto, con la continuidad de la HTA y la hipopotasemia aparece de manera pertinaz aumento del vello facial y unas estrías abdominales que suscitan la ampliación del estudio hormonal adrenal. Los resultados confirman un hiperkortisolismo endógeno severo: cortisol urinario en 24 horas >120 mcg, cortisol salival 15593 µg/dL, y niveles elevados de ACTH (395,9 pg/mL), sin supresión tras prueba con dexametasona.

Dada la agresividad clínica en forma de hirsutismo de rápida aparición, ante una RMN cerebral sin alteraciones se opta por realizar en ese momento un PET-TC a la mayor brevedad que revela una lesión hipermetabólica en el mediastino anterior, compatible con un timoma.

Finalmente se decide intervención quirúrgica tras la cual, el diagnóstico anatomopatológico confirma un tumor carcinoide mediastínico, cuya extirpación resultó en la resolución del Síndrome de Cushing (SC) y de la clínica hiperandrogénica asociada.

Juicio clínico

SC por producción de ACTH ectópica en tumor carcinoide mediastínico.

Comentario final

El SC constituye la segunda de HTA de origen endocrino, tras el hiperaldosteronismo primario. La HTA aparece en estos pacientes hasta en el 80% de los casos y representa una de las causas tratables de HTA que debemos tener en cuenta ante pacientes con características clínico-analíticas atípicas¹.

Las alteraciones iónicas en la HTA deben ser una guía sobre la que debemos incidir. Una leve alteración de las cifras de potasio puede pasar desapercibida en controles analíticos seriados, pero no debemos pasar por alto que puede traducir un trastorno endocrino subyacente como el SC. En nuestra paciente, además, la historia de cálculos renales de repetición es también un elemento a tener en cuenta ya que han sido descritos como clínica asociada al SC debido a la hipercalcemia inducida por el hiperkortisolismo.

Con este caso queremos denotar la importancia de hacer un estudio en profundidad en pacientes que muestren una presentación atípica de HTA ya que no debemos pasar por alto que las causas endocrinas son reversibles y su correcta detección y tratamiento puede contribuir a eliminar el daño producido por la HTA a largo plazo³.

Bibliografía

1. Barbot M, Ceccato F, Scaroni C. *The Pathophysiology and Treatment of Hypertension in Patients With Cushing's Syndrome. Frontiers in Endocrinology [Internet]. 2019 May 21;10.*
2. Faggiano A, Pivonello R, Melis D, Mariagiovanna Filippella, Carolina Di Somma, Petretta M, et al. *Nephrolithiasis in Cushing's Disease: Prevalence, Etiopathogenesis, and Modification after Disease Cure. 2003 May 1;88(5):2076-80.*
3. Rimoldi S, Scherrer U, Messerli F. *Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? Eur Heart J. 2014;35(19):1245-54.*

791/66. HIPERTENSIÓN Y ESTENOSIS RENAL: EL POSIBLE PAPEL DE LA LIPOPROTEINA A.

Autores:

Galvéz Ortigosa, S.¹, García Becerra, M.¹, de la Rosa Ortega, I.¹, García Pereña, L.², Aomar Millán, I.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente En Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, (2) Facultativo Especialista En Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada

Resumen:

Descripción del caso

Varón de 61 años sin antecedentes de interés ni tratamiento habitual que acude a urgencias por cefalea junto a mal control de cifras tensionales. Se constata TA 200/160mmHg (sin diferencias entre extremidades), auscultación cardiorrespiratoria y abdominal normales; así como electrocardiograma y marcadores cardíacos analíticos. En ese momento se controla la HTA con captopril 12.5mg, siendo altado una vez controladas las cifras con enalapril 20mg/24h y derivación a consulta de Riesgo Cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias

En el estudio ampliado en nuestra consulta realizamos analítica completa donde destaca un leve deterioro de la función renal (creatinina 1.27mg/dl, filtrado glomerular de 60.58ml/min), LDL colesterol en 166mg/dl, triglicéridos normales y lipoproteína A elevada en 138mg/dl. Se constata con Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA), el buen control tensional tras añadir Hidroclorotiazida 12.5mg a tratamiento previo con Enalapril 20mg. La ecografía Doppler renal muestra asimetría en el tamaño de los riñones y alteraciones en arterias intrarrenales izquierdas, que sugieren posible estenosis. El AngioTC confirma una reducción del calibre de la arteria renal izquierda del 70-80%. Ante estos hallazgos, se realiza angioplastia selectiva, confirmándose una estenosis del 90% e implantándose en ese momento, dos stents balón-expandibles. Por ello, se añaden al tratamiento Pitavastatina 1mg/24h, Pantoprazol 20mg/24h, AAS 100mg/24h, y Clopidogrel 75mg/24h. En las sucesivas revisiones se consigue retirar tratamiento hipotensor (manteniendo buen control tensional), teniendo que añadir Ezetimiba 10mg a la estatina por mal control del lipidograma (se solicita además estudio genético de hipercolesterolemia familiar), y pudiendo retirar clopidogrel tras 9 meses de doble antiagregación.

Juicio clínico

Hipertensión arterial secundaria a estenosis aterosclerótica de arteria renal izquierda, en relación con hiperlipoproteinemia A.

Comentario final

La aterosclerosis es la principal causa de hipertensión renovascular en pacientes de entre 50 y 70 años (1). En este contexto, se plantea la hipótesis de que los niveles elevados de lipoproteína A estén asociados con el desarrollo de estenosis aterosclerótica de las arterias renales, debido a sus efectos proaterogénicos y protrombóticos (2). Diversos estudios han demostrado que niveles elevados de lipoproteína A incrementan el riesgo de formar placas de ateroma en múltiples territorios vasculares,

especialmente en arterias coronarias y carótidas. Este mecanismo podría tener implicaciones similares en la estenosis de las arterias renales, promoviendo la inflamación vascular y acumulación lipídica a nivel endotelial. En consecuencia, esta situación puede provocar una reducción del flujo sanguíneo renal, contribuyendo así al desarrollo de hipertensión secundaria (2,3). Además, cabe destacar que los niveles elevados de lipoproteína A no

disminuyen a pesar de tratamientos hipolipemiantes usuales como estatinas o fibratos, complicando aún más su abordaje terapéutico (3).

Teniendo en cuenta la estabilidad de los niveles de lipoproteína A a lo largo de la vida, no es necesario realizar controles periódicos de los mismos, salvo en ocasiones determinadas (en el síndrome nefrótico, la diálisis peritoneal, o para evaluar la respuesta al tratamiento). Sin embargo, actualmente, de entre los hipolipemiantes de uso común, sólo los iPCSK9, tienen capacidad para reducir los niveles de lipoproteína A (reducciones de aproximadamente el 20%); es por ello que existen diversas líneas de investigación en busca de fármacos que disminuyan de forma específica los niveles de lipoproteína A (2).

Bibliografía

1. Singh AHP, Bowles GDR, et al. Renal artery stenosis and hypertension: when to screen and how to treat. *Medicine Today*. 2023;24(5):34-41.
2. Grupo de Trabajo sobre Lipoproteína (a) de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Consenso sobre lipoproteína (a): Sociedad Española de Arteriosclerosis. *Clin Investig Arterioscler*. 2024;15.
3. Lara A, Rivero B, Moreno JR, Vila J, Canales L, Castro A. Lipoproteína A ¿El nuevo factor de riesgo cardiovascular? *Rev Esp Cardiol*. 2023;76 (Supl 1):278

791/67. HOSPITALIZACIÓN COMO VENTANA DE OPORTUNIDAD PARA EL PACIENTE DIABÉTICO.

Autores:

Blanque Robles, M.¹, Bonilla Parejo, M.², Esteve Rodríguez, R.³, Castro Coca, L.⁴, Moya Ruiz, A.⁵, Soriano Pérez, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) MIR 2 Medicina Interna. Hospital Universitario Poniente. Almería, (2) MIR 1 Medicina Interna. Hospital Universitario Poniente. Almería, (3) MIR 3 Medicina Interna. Hospital Universitario Poniente. Almería, (4) MIR 5 Medicina Interna. Hospital Universitario Poniente. Almería, (5) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Poniente. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

La diabetes mellitus (DM) afecta al 13,8 % de la población en España y se estima que impacte a 629 millones de personas a nivel mundial en 2045. Es la principal causa de enfermedad cardiovascular, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputación no traumática en países desarrollados.

Un episodio de hospitalización del paciente diabético, más allá de implicar un periodo de importante vulnerabilidad, podría suponer una oportunidad para realizar una evaluación global de su enfermedad, actualizar su grado de control metabólico y optimizar el régimen terapéutico al alta acorde con objetivos individualizados.

Este estudio pretende evaluar si a los pacientes diabéticos hospitalizados en nuestro servicio de Medicina Interna se les actualiza la situación metabólica durante la misma y si, al alta, se modifica el tratamiento hipoglucemiante de acuerdo con esta situación y el grado de comorbilidad.

Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diabéticos ingresados por cualquier motivo en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital entre febrero y abril 2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas y se evaluó si durante la hospitalización se actualizaba el grado de control metabólico y si al alta se realizaba algún cambio en su esquema terapéutico hipoglucemiante. Se categorizaron estas modificaciones en intensificación, deprescripción y adecuación.

Resultados

Se incluyeron 159 pacientes diabéticos en el estudio de un total de 697 ingresos totales. La mayoría eran hombres (53.3%) con una edad media de 74.3 años. El 37.1% presentaba enfermedad renal significativa (FG<60 ml/min), el 49.7% padecía enfermedad microvascular (nefropatía 33.3 %, retinopatía 24.5 %, polineuropatía 8.2 %) y el 40.9% macrovascular (cardiopatía isquémica 22.2 %, enfermedad cerebrovascular 20.1 %, arteriopatía periférica 7.5 %). El 69.2% de los pacientes tenía un Índice de Comorbilidad de Charlson ≥ 3 .

En cuanto al tratamiento basal, el 4.4 % de los pacientes no recibía medicación, el 49.1% estaba en monoterapia y el 31.4% en biterapia. El resto, tenía un régimen de tratamiento múltiple. La metformina fue el fármaco más utilizado (55.3%), seguido de insulina (43.4%) e inhibidores de DPP-IV (36.5%).

A un 64.2% de los pacientes se les determinó la HbA1c% durante la hospitalización. Un 52,3% presentaban un control glucémico estándar adecuado (<7%), cifra que aumentaba a un 75% si el grado de control glucémico adecuaba al grado de comorbilidad. Al alta, el 39% de los pacientes experimentó modificaciones en el tratamiento hipoglucemiante: intensificación (43.5%), adecuación (30.6%) y deprescripción (29%). Un 22.2% de aquellos con deprescripción tenía una HbA1c por encima de los objetivos. Mientras que un 33.3% de los pacientes que tuvieron una intensificación tenían un buen grado de control.

Conclusiones

Este estudio subraya la importancia de optimizar la atención al paciente diabético y el tratamiento post-hospitalización. A un 35 % de los pacientes no se les determina la HbA1c% durante la hospitalización. Respecto a la adecuación del tratamiento al alta, un tercio de los pacientes con glucemias fuera de objetivos no reciben ajustes, mientras que otro tercio sufre intensificación pese a estar en objetivos. Además, un 20% de los que experimentan deprescripción presentan HbA1c% elevado.

791/68. UNAS PALPITACIONES DIFERENTES.

Autores:

Bravo Arrebola, I.¹, Fernández Martín, E.², Gómez Sáez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente 4 Año. Centro De Salud Berja. Almería, (2) Medica De MFYC. Centro De Salud Berja. Almería, (3) Enfermera De MFYC. Centro De Salud Berja. Almería

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 42 años acude a consulta de Atención Primaria por alteración de cifras tensionales en domicilio desde hace una semana. Además refiere que hace dos semanas aproximadamente tuvo una parálisis facial derecha resuelta en el momento de la consulta. Aporta Medición ambulatoria TA (AMPA) visualizando media matutina de 170/90 mmHg y media nocturna de 175/80 mmHg, por lo que se pauta tratamiento antihipertensivo con Enalapril 20 mg 1 comprimido al día y reevaluación en dos semanas con nuevo AMPA.

La paciente acude a revisión a las dos semanas con un registro de AMPA media matutina 125/50 mmHg y media nocturna 120/65 mmHg, nos refiere que ha presentado varios episodios de palpitaciones con registro en reloj inteligente de frecuencia cardiaca (FC) en torno a 130 ltm, no dolor torácico durante el episodio ni esfuerzo de alta intensidad.

Antecedentes personales: Lupus eritematoso sistémico con Síndrome de Sjogren en tratamiento con Hidroxicloroquina. HTA en tratamiento con Enalapril 20 mg. Obesidad.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración

Buen estado general. Eupneica en reposo y al habla. No bendopnea.

Constantes: TA 125/75 mmHG. FC 100 ltm. Saturación basal 97%.

Exploración neurológica; Glasgow 15/15. Sin signos de focalidad aguda.

Auscultación cardiopulmonar; Tonos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular preservado sin ruidos respiratorios asociados.

Miembro inferior; No edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias.

Analítica sanguínea: Hemograma; Glucosa 109 mg/dl, Creatinina 0,66 mg/dl, Sodio 1139 mEq/L, Potasio 4,56 mEq/L. Bioquímica; Colesterol 210 mg/dl, Colesteol HDL 55,4 mg/dl, Colesterol LDL 128,6 mg/dl. Tirotropina 3,576 uUI/ml.

Electrocardiograma en urgencias 15 días antes: Ritmo sinusal a 110 ltm. Eje normal. PR y QRS preservados. Sin alteraciones de la repolarización.

Electrocardiograma en consulta: Ritmo sinusal a 100 ltm. Eje normal. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.

Radiografía tórax: No cardiomegalia. Sin condensaciones ni infiltrados.

Juicio clínico

Hipertensión arterial. Taquicardia sinusal. Parálisis facial.

Comentario final

En nuestro caso se le pautó a la paciente Ivabradina 5mg ante la sintomatología de las palpitaciones, ya que con los antecedentes de nuestra paciente está poco indicado el tratamiento con Betabloqueantes porque son fármacos que pueden generar la aparición de un Lupus inducido por fármacos.

Es importante realizar un buen control de los factores de riesgo cardiovascular por su mayor riesgo de desarrollar en enfermedades cardiovasculares por la presencia de factores que promueven una inflamación crónica.

Bibliografía

1. Batún Garrido, JA de J. Radillo Alba, HA. Hernández Núñez, E. *Cardiovascular risk in systemic lupus erythematosus*. Elsevier. 2016; 23 (4): 242.249.
2. García-Villegas EA, Márquez-González H, Flores-Suárez LF, Villa-Romero AR. *El índice de masa de pulso como predictor de eventos cardiovasculares en mujeres con lupus eritematoso sistémico*. Med Clin (Barc). 20 de enero de 2017;148(2):57-62.
3. Aguirre Zamorano MA, López Pedrera R, Cuadrado Lozano MJ. *Lupus inducido por fármacos [Lupus inducido por fármacos]*. Med Clin (Barc). 19 de junio de 2010;135(3):124-9.

791/69. DOCTORA HE PERDIDO LA VISTA.

Autores:

Gonzalez Castrillo, L.¹, Valverde Entrena, V.², Qiu, W.³

Centro de Trabajo:

(1) Centro de salud Berja, Almería, (2) Centro de salud Berja, (3) Centro de salud Las Norias

Resumen:**Descripción del caso**

Varón 65 años que acude por amaurosis brusca de ojo izquierdo, con midesopsias, con recuperación espontánea después de 20 minutos, y posteriormente mareo con sensación de giro de objetos y cefalea hemicraneal izquierdo y región frontal residual, no pérdida de consciencia no disartria no náuseas, no episodios previos similares.

No alérgico a medicamentos. Hábitos tóxicos: no fumador, bebedor de 500ml de cerveza al día.

Antecedente personal: Hipertensión arterial (HTA) y dislipemia (DL). Hipotiroidismo. Quirúrgicos: Aneurisma de aorta abdominal.

Tratamiento con: Enalapril 20mg/ HCT 12,5mg, Simvastatina 40mg, Acido Acetil salicílico 100mg. Levotiroxina 50mcg

Exploración y pruebas complementarias

TA 180/106 mmHG, FC 75lpm SatO2 99% T° 36,7°C, FR 18. Neurológico anodino, Fondo de ojo (FO): poco campo visual se visualiza eritema generalizado con papila aparentemente normal. Resto anodino.

Exploraciones complementarias: Analítica anodina. TC de cráneo sin hallazgos patológico

Diagnóstico diferencial: enfermedad cerebro vascular, Glaucoma agudo, trombosis de vaso ocular, crisis hipertensiva.

Oftalmología realiza BCM compatible con la normalidad bilateral, FO postdilatación: ojo izquierdo: hemorragia mínima a nivel de arcada superior temporal que afecta vena secundaria. OCT OI: Edema en capas externas extramacular área fóvea conservada.

Tratamiento: Corticoides intraocular, y control de FRCV.

Evolución: Paciente se intensifica tratamiento para su HTA, DL. Agregando Amlodipino y ezetimibe 10mg, (para un control de LDL<55%), seguimiento cada 3 meses con oftalmología y atención primaria en conjunto.

Juicio clínico

Trombosis vena retiniana secundaria superior Ojo izquierdo

Comentario final

Tener en cuenta el diagnóstico diferencial en casos de pérdida de visión brusca, y se recomienda que desde atención primaria y urgencia realizar un buen control de los factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

1. Dennis P Han, MDBaserio Ahmad, MD. *Oclusión de la vena retiniana: epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico, tratamiento UPTODATE 2023*

791/70. INCIDENTALOMA EN PACIENTE CON SÍNDROME METABÓLICO SECUNDARIO A CARCINOMA SUPRARRENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Ortiz Campoy, J.¹, Jácome Pérez, A.², Urquizar Ayén, A.³

Centro de Trabajo:

(1) MIR R1 Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (2) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería, (3) MIR R2 Medicina Interna. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

Resumen:

Descripción del caso

Hombre de 47 años fumador de 60 cigarrillos/día, bebedor de 1L de cerveza/día, hipertenso, DMII (microalbuminuria cercana a rango nefrótico), dislipémico y obeso. Tratamiento con Novomix 25UI-10UI-20UI; Simvastatina 20mg (0-0-1); Metformina 1g/Empaglifozina 12.5mg (1-0-1); Enalapril 10mg (1-0-0); AAS 100mg (0-1-0).

Ingresó por edemas de miembros inferiores hasta pared abdominal e insuficiencia respiratoria global. Refería disnea MRC clase 3 y disnea paroxística nocturna de 2 años de evolución.

Durante el ingreso evolucionó favorablemente tras tratamiento diurético y VMNI, disminuyendo los edemas y saturando 92% basal.

Además, hallamos incidentalmente una masa suprarrenal derecha que, un año después, debido a crecimiento e imágenes que mostraban infiltración y trombosis de vena cava intrahepática, fue diagnosticada de carcinoma suprarrenal de alto grado con áreas mixoides y sarcomatoide aisladas pT4 (Trombo tumoral que llega a vena cava) N0M0, realizando suprarrenalectomía derecha, tromboectomía de cava inferior y colecistectomía.

Exploración y pruebas complementarias

En exploración inicial, presentaba TA 118/85mmHg, FC 95lpm, SatO₂ 90% VMK 8 litros, Murmullo Vesicular disminuido, edemas en pared abdominal, y en miembros inferiores lesiones de insuficiencia venosa crónica y edemas +++/+++ hasta pared abdominal.

Como alteraciones analíticas encontramos HbA1c 8.25%, LDH 424U/L, pro-BNP 828pg/mL, PCR 1.1mg/dL, Fibrinógeno 630mg/dL, Dímero D 769ng/dL. En orina objetivamos Albúmina 105.54mg/dL, cociente Albúmina/Creatinina 1334.26mg/g, glucosa ++++ y cuerpos cetónicos ++.

Además, una gasometría arterial mostró pH 7.27, pCO₂ 95.1mmHg y HCO₃ 43.3mmol/L. Las pruebas microbiológicas fueron negativas para bacterias y virus. Quantiferón negativo.

En relación a técnicas de imagen, primero realizamos una ecocardiografía con sospecha de pericarditis constrictiva, no obstante en TC de tórax no había calcificaciones, y en cateterismo cardiaco derecho no encontramos datos de constricción pericárdica, pero sí evidencia de hipertensión pulmonar moderada pre y poscapilar, descartando TEP por Angio-TC.

En TC de tórax observamos incidentalmente una masa suprarrenal derecha, ampliando con RMN de tórax, vislumbrando una masa de 6x6cm suprarrenal derecha de contornos bien definidos heterogénea en todas las secuencias, hiperintensa en T2 y sin caída de señal en secuencias fuera de fase.

Tras esto, iniciamos estudio de funcionalidad, descartándose feocromocitoma y presentando dos determinaciones de cortisol con supresión con dexametasona patológicas, hecho que, sumado a que tras un año la masa aumentó a 10x7.5cm, mostrando datos de malignidad e infiltración y trombosis tumoral parcial de la vena cava intrahepática, justificó su extirpación.

Juicio clínico

- Insuficiencia cardíaca descompensada (FEVI preservada).
- Carcinoma cortical adrenal de alto grado derecho pT4 (Trombo tumoral que llega a Vena cava) N0M0.
- Síndrome metabólico secundario a Cushing subclínico.
- HTA secundaria.

Comentario final

El carcinoma suprarrenal es un tumor raro descubierto habitualmente en fases tardías debido a tendencia a invadir estructuras vasculares, originando metastatización precoz; a dificultad diagnóstica, puesto que para ser palpable debe tener gran tamaño (estadios finales), a la inespecificidad de síntomas, siendo los más característi-

cos los presentes en un síndrome de Cushing (HTA, obesidad troncular, hirsutismo, cansancio...); y debido a que la mayoría de carcinomas suprarrenales no son funcionantes e incluso algunos casos como los de hipersecreción androgénica en varones quedan encubiertos clínicamente.

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, así como tratamiento adrenolítico post-quirúrgico en determinados casos.

Actualmente el paciente se encuentra estable, con pérdida de peso de 23kg y reduciendo tratamiento hipertensivo a Enalapril 2,5mg/24h.

Este es un ejemplo en el que no nos planteamos inicialmente una hipertensión arterial secundaria y asumimos que el síndrome metabólico es secundario al estilo de

vida, sin embargo después del proceso nos planteamos si parte de la sintomatología se debía a este tumor y cómo en pacientes en los que presuponemos ciertos hábitos de vida podemos infradiagnosticar estos tumores.

Bibliografía

1. Larrad Jiménez A. Carcinoma de la glándula suprarrenal. *Cir Esp [Internet]. 2000 [citado el 30/09/24];67(6):594-604. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-carcinoma-glandula-suprarrenal-10594>*
2. Carcinoma de corteza suprarrenal [Internet]. *Cancer.gov. 2023 [citado el 30/09/2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/pediatric-adult-rare-tumor/espanol/tumores-raros/tumor-endocrino-raro/carcinoma-corteza-suprarrenal>*

791/73. INCREMENTO DEL DIAGNOSTICO Y CODIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD MEDIANTE UNA ACTIVIDAD DOCENTE-ASISTENCIAL: MES DEL RIÑÓN.

Autores:

Ortega Marlasca, M.¹, Gutierrez Valle, F.², Novalbos Ruiz, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Médico De Familia En Cs Jerez Sur Del Servicio Andaluz De Salud. Tutor Clínico Del Grado De Medicina, (2) Enfermero. Unidad De Apoyo Asistencial. Area Sanitaria Jerez. Sas., (3) Profesor Titular. Area De Medicina Preventiva Y Salud Pública. Facultad De Medicina. Universidad Cad

Resumen:

Introducción y Objetivos

El presente estudio forma parte de los beneficiosos efectos de un Trabajo de Fin de Grado en la detección de nuevos casos de Enfermedad Renal Crónica (ERC) al que siguió una segunda prueba de confirmación tal y como viene reflejados en los manuales de diagnóstico de esta enfermedad tanto a nivel nacional como internacional.

El estudio denominó ADORNAP (Acción de Detección Oportunista del Riesgo de Nefropatía en Atención Primaria). El estudio de captación se realizó el pasado mes de noviembre de 2023 y la confirmación de los posibles casos se realizaron en los meses de marzo y abril de 2024.

Hemos contado con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de Cádiz desde el pasado día 3/10/2023 (Código de protocolo TFG-ADORNAP; nº de registro 105.23).

Métodos

Se ha obtenido de la Unidad de Apoyo asistencial del Área Sanitaria de Jerez la cuantía de casos existentes en todos los centros de salud de Jerez de la Frontera hasta el mes de noviembre de 2023 y posteriormente hasta abril de 2024, los nuevos casos codificados dentro de los relacionados con la Enf. Renal Crónica en el CIE-9: 403_10, 403_11, 403_90, 404_12, 404_13, 585, 585_1, 585_2, 585_3, 585_4, 585_5, 585_6, 585_9, 586.

En todos los pacientes tan solo se ha determinado un código único de diagnóstico.

Resultados

Hasta el 1/3/2023 se contaba en los centros de salud de Jerez con 1787 casos codificados de ERC. Desde ese día hasta 30/4//2024 se han codificado 171 nuevos casos, de los que 58 (33.9%) corresponden a nuestro centro.

Hasta que realizamos esta iniciativa éramos el segundo centro de Jerez en cuantía de casos detectados (322 frente a los 336 del primero), pasando ya al primer lugar (380 frente a 364 del segundo centro).

Hemos subido un 0'26% la prevalencia de la ERC, pasando del 1,46% al 1,73% de la población mayor de 18 años.

Conclusiones

La Enfermedad Renal Crónica está infradiagnosticada y el cribado oportunista y sistematizado mejoraría el manejo terapéutico de los pacientes con riesgo cardiovascular alto en atención primaria, atenuando los efectos de la ERC sobre la morbimortalidad vascular y facilitando un impacto positivo en su calidad y esperanza de vida a corto-medio plazo.

Sería interesante la realización de acciones formativas en todos nuestros centros para recordar la importancia del diagnóstico y codificación correcta y elevar hasta el 15% de la población afecta que se referencia en los últimos manuales.

791/75. IMPACTO EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UN CENTRO DE SALUD DE UNA ACTIVIDAD DOCENTE-ASISTENCIAL: MES DEL RIÑÓN.

Autores:

Ortega Marlasca, M.¹, Gutiérrez Valle, F.², Novalbos Ruiz, J.³

Centro de Trabajo:

(1) Médico De Familia. Cs Jerez Sur. SAS. Facultad De Medicina Univ. Cádiz, (2) Enfermero. Unidad De Apoyo Asistencial. Área Sanitaria Jerez. SAS., (3) Profesor Titular. Área De Medicina Preventiva Y Salud Pública. Facultad De Medicina. Universidad Cádiz.

Resumen:

Introducción y Objetivos

Analizamos el impacto en la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) de una actividad investigadora/asistencial realizada en un centro de salud con ocasión del mes del riñón que emplea como indicadores el incremento en la codificación y registro.

Este estudio se deriva de un Trabajo Fin de Grado que pretendía la detección oportunista de casos nuevos de ERC a pacientes con peticiones analíticas seguido por una prueba de confirmación (Guía KDIGO 2024).

Este estudio denominado ADORNAP (Acción de Detección Oportunista del Riesgo de Nefropatía en Atención Primaria) contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación (protocolo TFG-ADORNAP; n° registro 105.23).

Métodos

Con ocasión del mes del riñón (noviembre 2023) se realizó un estudio transversal para determinar la prevalencia de ERC oculta en los pacientes que se iban a realizar determinaciones analíticas. En este cribado oportunista, participaron 17 médicos de familia del Centro de Salud, y se detectaron 105 posibles casos de enfermedad. En los meses de marzo y abril de 2024 se procedió a la confirmación de los posibles casos.

Para determinar el impacto de esta actividad en la detección de ERC, solicitamos a la Unidad de Apoyo asistencial del Área Sanitaria de Jerez cuantificar el total de casos de ERC registrados en los CS hasta noviembre de 2023 y posteriormente hasta abril de 2024. Se han considerado ERC, aquellos casos con los códigos CIE9 relacionados con la ERC: 403_10, 403_11, 403_90, 404_12, 404_13, 585, 585_1, 585_2, 585_3, 585_4, 585_5, 585_6, 585_9, 586. En todos los pacientes se ha determinado un único código diagnóstico.

Resultados

La codificación de ERC en los historiales de AP de la población adulta de Jerez ronda el 1%. El CS Jerez Sur era el tercero con mayor prevalencia (322 casos, prevalencia de 1,46%). Con ocasión del mes de riñón se realiza una actividad de concienciación dirigida a pacientes y profesionales que se complementa con el cribado oportunista de esta enfermedad en nuestro centro.

El 1/3/2023 en los CS de Jerez de la Frontera, un total de 1787 pacientes tenían códigos diagnósticos relacionados con ERC. Seis meses después de la actividad formativa se han codificado 171 nuevos casos, de los que 58 (33.9%) corresponden a nuestro centro con lo que hemos pasado a ser el centro con mayor número pacientes con diagnósticos de ERC codificados en la historia clínica. En nuestro centro, esta actividad ha supuesto un incremento del 0'26% de prevalencia, pasando del 1,46% al 1,73% en población ≥18 años.

Conclusiones

La ERC está muy infradiagnosticada y el cribado oportunista sistematizado mejoraría el manejo terapéutico de pacientes con riesgo cardiovascular alto, atenuando los efectos de la ERC sobre la morbimortalidad vascular, mejorando la calidad y esperanza de vida a medio plazo.

Confirmamos la utilidad de la realización de acciones formativas en los centros de salud para enfatizar la importancia del diagnóstico y codificación de esta enfermedad ya que estamos muy lejos del 15% de prevalencia de ERC en adultos que estima el estudio ENRICA.

791/78. IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LAS ISQUEMIAS VASCULARES OCULARES. ¿SON TODAS IGUALES?

Autores:

Cuéllar Beltrán, I.¹, Granado García, M.¹, Guerrero Gómez, M.², Castilla Guerra, L.³

Centro de Trabajo:

(1) Residente De Segundo Año De Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Residente De Cuarto Año De Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Fea Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión arterial se relaciona con distintas anomalías a nivel ocular, con afectación a nivel retiniano, coroideo y del propio nervio óptico; dando lugar a un amplio espectro de afecciones que van desde el estrechamiento vascular leve hasta la pérdida severa de la visión secundaria a una neuropatía óptica isquémica. No se dispone sin embargo, de estudios previos sobre el papel que representa la hipertensión arterial en las tres principales entidades asociadas a isquemia vascular ocular: la trombosis venosa retiniana (TVR), la oclusión arterial retiniana (OAR) y la neuropatía isquémica óptica; en particular la no arterítica (NOINA), relacionada con los factores de riesgo cardiovascular.

Métodos

Analizamos un registro prospectivo de una consulta de Riesgo Vascular de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los casos de isquemia vascular en los últimos 3 años. Como control se utilizaron pacientes remitidos por hipertensión arterial a la consulta. Se recogieron datos clínicos, analíticos y ecográficos. Para la valoración de la lesión vascular se tomaron en cuenta las variables: grosor de la íntima-media a nivel carotídeo (GIM) y la presencia de placas de ateroma; la velocidad de la onda de pulso (VOP) y el índice tobillo brazo (ITB). Los datos fueron tabulados y analizados en SPSS 26.0.

Resultados

Se incluyeron 187 pacientes, 76 trombosis venosas retinianas (TVR), 21 oclusiones arteriales retinianas (OAR), 28 neuropatías ópticas isquémicas no arteríticas (NOINA) y 62 pacientes hipertensos control (PC). La edad media fue de 61 (\pm 12) años, de 64 (\pm 11), 68 (\pm 10), 61 (\pm 10) y 56 (\pm 11) años en las TVR, OAR, NOINA y PC, respectivamente ($p = 0,009$). Un 43,9% de la muestra fueron mujeres, representando el 55,3, 52,4, 25% y 35% de los casos de TVR, OAR, NOINA y PC, respectivamente. La tensión arterial (TA) media en consulta fue de 148/83 mmHg, siendo de 153/84, 149/80, 136/79 para las distintas entidades previas vs una TA media de 148/85 mmHg en los pacientes control ($p = 0,028$). En relación a los factores de riesgo vascular los pacientes con OAR eran con mayor frecuencia hipertensos (un 71,4%), dislipémicos (55%) y diabéticos (47,6%), con un p valor de 0,001; 0,028 y 0,011; respectivamente. En lo que a la lesión vascular se refiere, los pacientes con TVR tenían mayor presión de pulso (media de 65 mmHg; $p = 0,009$), velocidad de onda (10,7 m/s; $p = 0,004$) y edad vascular (66,4 años, $p = 0,005$) que el resto de los grupos, no existiendo diferencias significativas en el grosor íntimo-medial, número de placas carotídeas e índice tobillo brazo.

Conclusiones

La hipertensión arterial se relaciona fundamentalmente con la aparición de eventos isquémicos retinianos venosos. Estos pacientes presentan valores más elevados de presión arterial y mayor lesión vascular que el resto de los pacientes. Por el contrario, de todas las causas, la neuropatía isquémica óptica no arterítica es el evento que menos se correlaciona con la hipertensión arterial.

791/79. ISQUEMIA ARTERIAL CRÍTICA CRÓNICA EN PACIENTES ANCIANOS. UN RETO DÍFICIL DE AFRONTAR.

Autores:

Guerrero Gómez, M.¹, Luque Linares, P.², Salamanca Bautista, M.³, Castilla Guerra, L.², Carmona Nimo, E.², Rico Corral, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Medico Interno Residente. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (2) Fea Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) Fea Medicina Interna. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Introducción: La OMS establece que una persona anciana es la que tiene entre 80-99 años. La mayoría de pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna se encuentran en esta franja etaria. Una de las patologías que sufren estos pacientes, a menudo infravalorada e infradiagnosticada, es la isquemia arterial crítica crónica de miembro inferior. En muchas ocasiones tomar la decisión respecto al manejo con estos pacientes es complejo.

Objetivo: Describir el perfil de pacientes mayores de 80 años ingresados a cargo de Medicina Interna con isquemia arterial crítica crónica y analizar si existen diferencias significativas entre los pacientes sometidos a un tratamiento agresivo versus conservador en relación con la mortalidad durante el ingreso.

Métodos

Estudio de cohortes prospectivos unicéntrico. Se incluyeron a todos los pacientes ingresados por isquemia arterial crítica de perfil aterotrombótico entre enero y septiembre del 2024. Se realizó un estudio descriptivo y analítico bivariante mediante la X cuadrado de Pearson del subgrupo de pacientes mayores a 80 años. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Resultados

Se analizaron 150 pacientes. La edad media fue de 72 +/- 12 años. De ellos, 46 (30.6%) tenían más de 80 años. En este subgrupo de pacientes la mayoría eran varones (68.1%). Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular clásicos la frecuencia en orden decreciente fue: 91.5% eran hipertensos, 80.6% tenían historia de tabaquismo, el 72.3% eran diabéticos, el 46.8% presentaba dislipemia y el 14.9% presentaba obesidad. Con respecto a las patologías previas más frecuentes encontramos: insuficiencia cardíaca (43,6%), fibrilación auricular (34%), cardiopatía isquémica (31.9%), enfermedad renal crónica (31.9%) e ictus isquémico (21.3%).

Del total de pacientes pertenecientes al subgrupo de >80 años, habían sido sometidos a arteriografía con implantación de stent o angioplastia con balón el 42.6 % y habían sufrido una amputación el 29,8%. Sólo un 4.3% sufrió un infarto durante el ingreso. La mortalidad durante el ingreso de dicho subgrupo fue del 9.1%. No hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a la mortalidad entre los pacientes sometidos a un procedimiento hemodinámico (p=0,16) ni amputación (p=0,45) frente a los que se realizó un tratamiento conservador. No obstante, si agrupábamos a los pacientes con MALE (variable definida por amputación mayor o técnica quirúrgica o endovascular para la revascularización), se observó un aumento de mortalidad respecto a los que se había optado por tratamiento intervencionista (p=0,019).

Conclusiones

En pacientes mayores de 80 años las técnicas intervencionistas no han demostrado una clara mejoría clínica y, en algunos casos, pueden aumentar incluso la mortalidad. Se requieren más estudios para confirmar estos resultados. Es fundamental individualizar el tratamiento según las características de cada paciente para optimizar su atención y evitar riesgos innecesarios.

791/80. ESTUDIO EN VIDA REAL DE FINERENONA, VALORACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD.

Autores:

Márquez Soto, M.¹, Luque Caraballo, L.², Gabriela Donoso, P.³, Pérez Valdivia, M.⁴, Cebrián Aranda, C.⁴, León Jiménez, D.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de primer año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) Residente de segundo año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Residente de Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (4) Facultativo de Nefrología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (5) Facultativo de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Introducción: La finerenona es un antagonista del receptor mineralocorticoide sintético con capacidad nefroprotectora indicado en pacientes con enfermedad renal diabética (ERD), recientemente comercializado y con baja incidencia de hiperpotasemia.

Objetivo: Comprobar el efecto al mes de iniciar finerenona sobre la tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe), el cociente albúmina-creatinina (CAC) y los niveles de potasio (K+) en pacientes con ERD.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en pacientes con ERD, tratados basalmente con dosis máximas toleradas y estables, en los últimos 6 meses, de inhibidores de vía renina (iVR) e inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) a los que se les añadió finerenona 10 mg/día. Se recogieron datos demográficos: edad, sexo y basalmente y al mes se recogieron además: glucosa basal (mg/dL), creatinina (mg/dL), TFGe (CKD-EPI) (ml/min), CAC orina (mg/g creatinina), urea (mg/dL) y niveles de K+ (Meq/L). Los niveles de HbA1c (%) sólo se recogieron basalmente.

Análisis estadístico: Los análisis se realizaron con el software estadístico SPSS versión 29, se utilizaron estadísticas descriptivas representando los valores absolutos y relativos de las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y de variabilidad para las variables cuantitativas.

En estadística inferencial, se verificó el supuesto de normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para el análisis bivariado se utilizaron las pruebas t de muestras relacionadas en caso de normalidad y la prueba de Wilcoxon para aquellas variables que no seguían una distribución normal. La significancia estadística para comparar medias y medianas se estableció para p-valor < 0,05.

Resultados

Se completaron 14 pacientes. La edad media fue de 72 (9,95) años. El sexo fueron 6 (43%) mujeres y 8 (57%) hombres. El 100% estaban bajo tratamiento óptimo con iVR e iSGLT2. HbA1c=6,84% (1,09). Para los resultados renales consultar tabla 1. El CAC disminuyó un promedio del 50,22% al mes, sin apenas cambios en los niveles de K+. 3 (20%) pacientes pasaron a ser normoalbuminúricos. No hubo ninguna retirada ni efecto indeseable.

TABLA 1 (n=14)

Variable / Basal / 1er Mes / p

Urea (mg/dL); Me (p25-75) / 46,00 (42,50-70,75) / 62,00 (48,25-80,00) / 0,018

Creatinina (mg/dL); media (SD) / 1,47 (0,49) / 1,60 (0,54) / 0,048

TFGe CKD-EPI (ml/min); media (SD) / 50,70 (22,24) / 46,77 (20,96) / 0,038

CAC (mg/g creatinina); Me (p25-75) / 458,85 (252,03-1553,33) / 228,40 (100,28-635,98) / 0,006

K+ (Meq/L); media (SD) / 4,56 (0,41) / 4,73 (0,52) / 0,256

Glucosa (mg/dL) (n=12); media (SD) / 109,00 (26,01) / 115,83 (31,52) / 0,405

Los resultados se muestran en media y (SD) o mediana (Me) y rango intercuartílico (p25-75)

Conclusiones

Al mes del inicio de finerenona en pacientes con ERD y tratamiento previo estable ha disminuido el CAC un 50,22% sin variar los niveles de K+. Finerenona es segura y eficaz en este tipo de pacientes.

791/82. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE TERAPIA HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAÉN.

Autores:

Carmona-Bernal, A.¹, Martínez-Cámara, D.¹, Ríder-Reyes, E.¹, Gómez-Delgado, F.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén., (2) Medicina Interna. Hospital Universitario de Jaén.

Resumen:

Introducción y Objetivos

El accidente cerebrovascular isquémico (ACV) posee una elevada prevalencia y morbimortalidad. El control de factores de riesgo como la diabetes mellitus (DM) entre otros, es crucial para prevenir la recurrencia de ACV. El objetivo de nuestro estudio fue analizar el esquema de tratamiento antidiabético en pacientes que ingresan por ACV isquémico agudo.

Métodos

Se realizó un análisis retrospectivo en 320 pacientes hospitalizados por ACV isquémico agudo en 2022 en el Hospital Universitario de Jaén (HUJ) recolectando datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos. Al ingreso se evaluó la categoría previa de riesgo cardiovascular (RCV) con el método Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE), y se analizó el tratamiento basal antidiabético al ingreso.

Resultados

Del total de pacientes, 92 pacientes presentaban DM, de los cuales 80 (86,9%) presentaban tratamiento hipoglucemiante y 12 (13%) no lo tenían. Con respecto al tratamiento antidiabético, 54 (67,5%) pertenecía al grupo de muy alto RCV, 12 (15%) al alto, 13 (16,2%) al medio y 1 (1%) al bajo. Se han encontrado diferencias significativas en el porcentaje de diabéticos en función del RCV, habiendo más diabéticos en el grupo de muy alto riesgo con respecto al resto de grupos de riesgo ($p < 0,001$). Con respecto al tratamiento antidiabético, en el grupo de muy alto RCV: 46 pacientes (85,1%) recibían metformina, 18 (33,3%) inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), 20 (30,7%) inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP4), 12 (22,2%) insulina, 4 (7,4%) sulfonilureas, 2 (3,7%) glitazonas y 1 (1,9%) agonistas del péptido similar al glucagón (aGLP1). En el grupo de alto RCV, 11 pacientes (91,7%) tomaban metformina, 3 (25%) iSGLT2 y 3 (25%) iDPP4 mientras que ninguno de ellos tenía prescrito tratamiento con sulfonilureas, glitazonas o insulina. En cuanto al grupo de RCV medio, 12 pacientes (92,3%) tenían prescrito metformina, 5 (38,5%) iDPP4, 3 (23%) iSGLT2, 2 (15,4%) sulfonilureas, 2 (15,4%) insulina y 1 (7,6%) glitazonas. Con respecto al grupo de bajo RCV destacamos que el único paciente que pertenece a este grupo tomaba combinación de metformina con iDPP4. Por otra parte, de los 12 diabéticos que no recibieron tratamiento, 6 (50%) son de alto RCV, 4 (33,3%) de muy alto riesgo y 2 (16,6%) de riesgo medio.

Conclusiones

En los pacientes diabéticos que ingresan con ACV isquémico agudo la mayoría presentaba un RCV muy alto. El principal antidiabético utilizado fue metformina seguido de iSGLT2 e iDPP4, aunque con una implementación subóptima. Por último, hasta un 13% de pacientes con DM no recibían tratamiento. Estos hallazgos, justifican la implementación precoz de esquemas de tratamiento intensivos con el uso de combinaciones que incluyan especialmente grupos terapéuticos con beneficio contrastado a nivel cardiovascular.

791/84. MANEJO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA SEVERA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL: CONTROL DE RIESGO VASCULAR Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO.

Autores:

Ortiz Parra, A.¹, Jiménez Herreras, A.², Pereira Pérez, E.³, González Bustos, P.⁴

Centro de Trabajo:

(1) MIR Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, (2) MIR Nefrología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, (3) FEA Nefrología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, (4) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Resumen:

Descripción del caso

Se presenta el caso de una mujer de 77 años con antecedentes de enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a nefrosclerosis, en tratamiento con diálisis peritoneal ambulatoria (DPA) desde 2022, y dislipemia aterogénica grave. La paciente sufrió varios episodios de ictus isquémicos de probable origen embólico, sin evidencia significativa de ateromatosis intracraneal o extracraneal, lo que la clasifica como paciente de muy alto riesgo cardiovascular. A pesar de recibir tratamiento hipolipemiante intensivo con atorvastatina 80 mg y ezetimibe 10 mg, los niveles de colesterol LDL se mantenían persistentemente elevados (>200 mg/dL).

Exploración y pruebas complementarias

Inicialmente, la paciente presentaba una dislipemia leve que se agravó tras el desarrollo de la ERC en fase terminal. En la exploración física se observa un soplo sistólico aórtico sin otros hallazgos clínicos relevantes. Las pruebas de laboratorio reflejaron una progresión de la dislipemia:

- Mayo 2024: Colesterol total 353 mg/dL, LDL 234 mg/dL, triglicéridos 518 mg/dL.

- Junio 2024 (tras rotar la estatina a la mañana): Colesterol total 244 mg/dL, LDL 119 mg/dL, triglicéridos 522 mg/dL.
- Septiembre 2024 (tras inicio de evolocumab): Colesterol total 127 mg/dL, HDL 52 mg/dL, LDL 34 mg/dL, triglicéridos 331 mg/dL.

A pesar del ajuste en la administración de la estatina, los niveles de LDL seguían siendo subóptimos. Tras una valoración multidisciplinar conjunta entre Nefrología y Farmacia, y considerando el perfil de riesgo de la paciente, se decidió iniciar tratamiento con evolocumab (140 mg cada dos semanas), logrando una significativa mejora en los niveles de LDL.

Juicio clínico

Paciente de muy alto riesgo vascular por ictus isquémicos recurrentes y ERC en diálisis.

Comentario final

El manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con ERC avanzada, en especial aquellos en diálisis, es un desafío clínico relevante debido a su elevado riesgo de complicaciones vasculares. Las guías KDIGO subrayan la importancia de un control riguroso de los factores de riesgo modificables, incluyendo la dislipemia, para prevenir eventos cardiovasculares.

En este caso, la colaboración entre Nefrología y Farmacia permitió una evaluación individualizada del tratamiento. La decisión de iniciar evolocumab, un inhibidor de PCSK9, se basó en la evidencia limitada pero prometedora de su eficacia y seguridad en pacientes con insuficiencia renal. La administración de evolocumab tras la diálisis, para evitar la eliminación precoz del fármaco, resultó en una reducción significativa de los niveles de LDL, alcanzando cifras de 34 mg/dL tras tres meses de tratamiento.

La experiencia con inhibidores de PCSK9 en pacientes en diálisis es aún escasa, pero este caso demuestra la eficacia de evolocumab en el control de la dislipemia severa en un contexto de muy alto riesgo cardiovascular. La difusión de estos casos excepcionales es clave para ampliar la evidencia y guiar futuras decisiones terapéuticas en pacientes complejos como este.

Bibliografía

1. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International Supplements. 2024;105-S314.*
2. *Cuchel M, Raal FJ, Hegele RA, et al. Evolocumab and Cardiovascular Risk Reduction in Patients with Severe Hypercholesterolemia. European Heart Journal. 2023;44(25):2277-2291.*
3. *Repatha (evolocumab) - Ficha Técnica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).*

791/85. UN RIESGO SILENCIOSO.

Autores:

Ortiz Parra, A.¹, Sánchez Checa, B.², Fernández Araque, P.², Jaén Aguila, F.³, Mediavilla García, J.³, González Bustos, P.³

Centro de Trabajo:

(1) MIR Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, (2) MIR Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada., (3) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 56 años, sin antecedentes familiares de interés, con antecedentes personales de isquemia crónica grado IIB-III en miembros inferiores (MMII), tratado con stent bilateral, sin hiperlipidemia conocida y alta carga tabáquica. En mayo de 2021, el paciente presentó un cuadro brusco de inestabilidad hacia la izquierda, pérdida de fuerza y sensibilidad en el miembro superior izquierdo (MSI) de 48 horas de evolución. Tras su ingreso, fue diagnosticado de infarto cerebral en el territorio de la arteria cerebral media (ACM) derecha de etiología aterotrombótica, e infarto crónico en el territorio de la arteria cerebral posterior (ACP) derecha, de etiología indeterminada.

Durante su ingreso se confirmó aterosclerosis carotídea bilateral, con estenosis de la arteria carótida interna derecha (ACID) del 65%, estenosis de la arteria carótida externa derecha (ACED) y trombosis mural flotante de aspecto ulcerado en la pared caudal del cayado aórtico. El paciente fue sometido a una endarterectomía para tratar una estenosis moderada-severa de la ACID, sin datos de reestenosis en los controles posteriores. Ante estos hallazgos, al alta el paciente es derivado a consultas de Riesgo cardiovascular de nuestro hospital para estudio de enfermedad aterotrombótica generalizada y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física presentaba cifras de presión arterial 136/89mmHg, sin diferencia entre miembros superiores. En la exploración neurológica destacaba torpeza manipulativa en mano izquierda en grado leve y parestias en miembro superior derecho. Se realizó test de marcha una claudicación intermitente de 75-100 metros. No se apreciaron xantelasmas, arco corneal ni otros estigmas de hipercolesterolemia familiar.

Se realizaron estudios de laboratorio que revelaron hiperhomocisteinemia (61 $\mu\text{mol/L}$, valores normales 12-15 $\mu\text{mol/L}$) junto con niveles de ácido fólico y vitamina B12 bajos, lipoproteína(a) [Lp(a)] en 78mg/dL (valores de referencia <15mg/dL). Los niveles de colesterol total fueron 227mg/dL, LDL 156mg/dL, HDL 36mg/dL y triglicéridos 177mg/dL. En el estudio genético realizado se objetivó que el paciente era portador en heterocigosis de una mutación en el gen de la enzima metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR). Se realizó una ecocardiografía transtorácica que no mostró alteraciones estructurales.

Juicio clínico

Paciente de muy alto riesgo cardiovascular con eventos cerebrales isquémicos y enfermedad arterial periférica, de etiología multifactorial entre los que destacan consumo de tabaco, hiperhomocisteinemia e hiperlipidemia(a)

Comentario final

La presencia de la variante patogénica en heterocigosis en el gen MTHFR, junto con hiperhomocisteinemia y niveles elevados de lipoproteína(a), complican el manejo de este paciente, añadiendo un componente metabólico y genético significativo a su perfil de riesgo aterotrombótico. Estos factores contribuyen al desarrollo de la enfermedad vascular al promover el daño endotelial, el engrosamiento de las paredes arteriales y la formación de trombos. En este caso, la coexistencia de hiperhomocisteinemia, Lp(a) elevada y mutación en MTHFR junto con la aterosclerosis preexistente, aumenta de manera importante el riesgo de futuros eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, y plantea desafíos en cuanto a su manejo terapéutico.

El abordaje terapéutico debe incluir un control de factores de riesgo, incluido el tabaquismo, la suplementación con folatos y vitaminas del grupo B para reducir los niveles de homocisteína y la posibilidad de tratamiento específico para reducir la concentración de Lp(a), aunque actualmente las opciones son limitadas. Se inició tratamiento con estatinas de alta intensidad y ezetimiba con una disminución parcial de LDL, no consiguiendo el objetivo para prevención secundaria (LDL<55mg/dl), encontrándose pendiente de inicio de tratamiento con inhibidores de la PCSK9.

En resumen, este caso destaca la relevancia de identificar y manejar factores de riesgo metabólicos y genéticos, como la hiperhomocisteinemia y la lipoproteína(a), en pacientes con enfermedad cerebrovascular, dado el impacto que estos tienen en el pronóstico a largo plazo y la probabilidad de recurrencias isquémicas.

Bibliografía

Lampsas S et al. Lipoprotein(a) in Atherosclerotic Diseases.From Pathophysiology to Diagnosis Treatment.Molecules.2023;28(3):969.

791/86. HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE Y RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO: ¿DÓNDE ESTÁ LA ISQUEMIA?

Autores:

Cuello Castaño, A.¹, Daza Sánchez, M.¹, Sánchez Arribas, J.¹, García Calle, D.¹, Castilla Guerra, L.¹

Centro de Trabajo:

(1) Médico. HUVM. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un varón de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial de larga evolución (HTA), dislipemia mixta, apnea obstructiva del sueño (AOS), y antecedentes familiares de aneurisma de aorta en su padre e infarto de miocardio en un tío paterno. Exfumador desde hacía 16 años con un índice de paquete/año acumulado (IPA) de 20. En tratamiento con Olmesartán 40 mg/Hidroclorotiazida 12,5 mg cada 24h, Bisoprolol 2,5 mg cada 24h, Rosuvastatina 10 mg cada 24h y CPAP nocturna.

Inicialmente, fue evaluado en Cardiología por un episodio de dolor torácico retroesternal irradiado a espalda que cedió espontáneamente. Los estudios cardiológicos, incluyendo ecocardiograma y ergometría, descartaron la presencia de cardiopatía estructural e isquemia inducible. Sin embargo, ante la persistencia de cifras tensionales subóptimas y antecedentes de riesgo cardiovascular (RCV), se realizó un estudio exhaustivo en la consulta de RCV de Medicina Interna, donde se objetivó la presencia de una estenosis significativa en la arteria mesentérica

superior (AMS) secundaria a un trombo mural, lo que sugería un diagnóstico de isquemia mesentérica crónica, a pesar de la ausencia de síntomas abdominales específicos.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la evaluación en la consulta de Medicina Interna, se realizaron múltiples pruebas diagnósticas para evaluar el RCV global y la posible causa del dolor torácico. Los hallazgos más importantes fueron:

- Ecografía clínica carotídea: Presencia de placas calcificadas bilaterales, sin estenosis hemodinámicamente significativa. Grosor intima-media en lado derecho de 0,73 y en lado izquierdo de 0,80.
- Monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA): Con tensión arterial (TA) promedio de 119/74 mmHg. Perfil de "dipper" normal, con una caída del 11% en la TA durante el sueño.
- Índice tobillo-brazo (ITB) con valores de 1,34 en el lado derecho y 1,35 en el lado izquierdo que sugería calcificación vascular significativa, siendo un marcador de aterosclerosis sistémica avanzada.
- Angio-TC abdominal: calcificaciones extensas en la pared de la aorta, arterias ilíacas, arterias renales y, más significativamente, una estenosis del 70% en el origen de la AMS debido a un trombo mural.

Juicio clínico

El paciente fue diagnosticado de HTA pseudo-resistente y dislipemia mixta, pero el hallazgo más relevante fue la isquemia mesentérica crónica asintomática. Este diagnóstico fue significativo dado que ésta suele ser subdiagnosticada e indica un riesgo elevado de eventos isquémicos, pudiendo no aparecer síntomas hasta que estos suceden. En este paciente, aunque la isquemia mesentérica no se manifestase con síntomas típicos como el dolor abdominal posprandial, la estenosis del 70% en la AMS y los signos de aterosclerosis avanzada lo dotaban de un elevado riesgo de aparición de eventos cardiovasculares mayores, como infartos mesentéricos, tromboembolismos o posible progresión hacia un estado isquémico sintomático.

Comentario final

Este caso resalta la interrelación entre la aterosclerosis sistémica avanzada y el riesgo de isquemia mesentérica crónica. Aunque el paciente fue inicialmente evaluado por un cuadro de dolor torácico e HTA resistente, la investigación en profundidad realizada en la consulta de RCV permitió detectar la presencia de una enfermedad aterosclerótica más extensa, permitiendo así la optimización, no solo del tratamiento antihipertensivo, sino también la corrección lipídica con un objetivo más agresivo de LDL <55 mg/dL y la asociación de ácido acetilsalicílico en prevención primaria.

Esto destaca la necesidad de un manejo multidisciplinario, evaluando de forma detallada los lechos vasculares abdominales en pacientes con alto RCV para poder detectar y prevenir complicaciones isquémicas en territorios no tradicionales, como el mesentérico.

Bibliografía

1. Baldeo C, Seegobin K, Yaranov D, Rollini F. "Malignant" right coronary artery presenting as an ST-segment elevation myocardial infarction—a case report. *J Geriatr Cardiol*. 2018 Jun;15(6):467-468. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2018.07.001. PMID: 30108621; PMCID: PMC6087516.
2. del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero Puerta C. Isquemia mesentérica crónica. *Angiología [Internet]*. 2015;67(6):497-506.

791/88. EL ESTRÓGENO Y SU SILENTE DEFENSA CARDIOVASCULAR.

Autores:

Sánchez Checa, B.¹, Ortiz Parra, A.², Rico López, D.³, González Bustos, P.⁴, Roa Chamorro, R.⁴, Jaén Águila, F.⁴

Centro de Trabajo:

(1) MIR 2 Medicina Interna. Hospital Virgen de las Nieves, Granada. Granada., (2) MIR 3 Medicina Interna. HUVN. Granada, (3) MIR 4 Medicina Interna. HUVN. Granada, (4) FEA Medicina Interna. HUVN. Granada.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 64 años con hipotiroidismo primario en tratamiento sustitutivo. Ambos progenitores con hipercolesterolemia.

Consulta en Medicina Interna por cefalea opresiva biparietal, temblor distal y sueño no reparador.

Exploración y pruebas complementarias

A la exploración destaca: presión arterial (PA) 160/100mmHg. Resto anodina.

La analítica evidencia: colesterol 370mg/dl, LDL 250mg/dl, triglicéridos 157mg/dl; índice de saturación de transferrina 16%. Resto normal. La ecografía abdominal es anodina y la radiografía de tórax muestra elongación aórtica (40mm).

Se inicia tratamiento con estatinas y ezetimibe, recomendándose registro de PA domiciliaria.

Cuatro meses después el perfil lipídico continúa alterado (COL 257mg/dl, LDL 158mg/dl). La paciente manifiesta mialgias que obligan a la suspensión de la estatina. Las cifras de PA persisten elevadas. Se realizó TAC abdominal y metanefrinas en orina, ambos normales. El estudio genético de hipercolesterolemia fue negativo, aunque con elevada probabilidad de poligénica. Se modificó el tratamiento por alirocumab (inhibidor de PCSK9), consiguiéndose objetivos de COL y LDL en revisiones sucesivas. Se iniciaron dos antihipertensivos, manteniéndose las cifras de PA en límite alto de la normalidad.

Paralelamente, la paciente es diagnosticada de adenocarcinoma mamario, receptores hormonales positivos, recibiendo tratamiento multidisciplinar, incluyendo inhibidores de la aromatasa (anastrozol).

Seis meses después la paciente sufre un ictus isquémico lacunar, sin secuelas. Tras fase aguda del ictus, continuaba con HTA descontrolada, coincidente con el inicio de anastrozol. Se intensificó el control de FRCV añadiendo olmesartán/hidroclorotiazida y amlodipino. Se mantuvo alirocumab con LDL en objetivo. Se cambió el tratamiento oncológico a exemestano, con control de PA con tres fármacos.

Juicio clínico

- Hipercolesterolemia poligénica (estudio genético negativo).
- Hipertensión arterial grado I.

Comentario final

Los inhibidores de la aromatasa (IA) impiden la conversión periférica de andrógenos a estrógenos por la desactivación de la aromatasa. Constituyen el tratamiento adyuvante en el carcinoma de mama hormonodependiente en postmenopáusicas¹.

La enfermedad CV comienza con disfunción endotelial, conduciendo a aterosclerosis e isquemia. Se ha evidenciado un incremento del daño endotelial secundario al tratamiento con IAs, posiblemente por deprivación estrogénica^{1,2}.

En 2021, Li et al.² esclareció que los pacientes con cardiopatía coronaria presentaban menores niveles de expresión de aromatasa en el tejido epicárdico respecto a pacientes sanos. Existe una asociación entre la baja densidad ósea y la calcificación aterosclerótica coronaria. Dado que la osteoporosis es un efecto secundario de los IA, dicha terapia podría promover esta calcificación. Estudios demostraron que los estrógenos suprimen procesos moleculares que impulsan la calcificación cardiovascular, por lo que el uso de IAs puede aumentar el riesgo de hipertensión y dislipemia^{1,2}. La aromatización regula el control autonómico cardíaco y por ende, las variaciones de PA.

Es preciso continuar indagando, dadas las discrepancias, pues las pacientes postmenopáusicas son más añosas, asociando mayor riesgo vascular independiente de la deprivación hormonal. Tampoco está bien esclarecido si la disfunción endotelial se debe exclusivamente a la falta de estrógenos, o si influye el aumento de andrógenos.

Bibliografía

1. Shaaban A, Petersen A, Beckwith H, Florea N, Potter DA, Yee D, et al. Endothelial dysfunction in breast cancer survivors on aromatase inhibitors: changes over time. *CardioOncology* 2024;10(1).
2. Hiasa Y, Higaki A, Kamei Y, Nishikawa T, Miyabe R, Fujisawa T, et al. Impact of aromatase inhibitors treatment duration on coronary artery calcification in postoperative patients with breast cancer. *Can J Cardiol.* 2024.

791/90. VERITAS EX HORMONE: EL ESPEJISMO DE LA ALDOSTERONA.

Autores:

Molina Espinosa, J.¹, Díaz Abad, J.², Peregrina Rivas, J.³, Benavente Fernández, A.³, Ezomo Gervilla, P.⁴, Ruiz Villaverde, R.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Residente de dermatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, (2) Residente de medicina interna. Hospital clínico universitario San Cecilio. Granada, (3) FEA medicina interna. Hospital clínico universitario San Cecilio. Granada, (4) Residente dermatología. Hospital clínico universitario San Cecilio. Granada, (5) Jefe de dermatología. Hospital clínico universitario San Cecilio. Granada

Resumen:**Descripción del caso**

Varón de 76 años, fumador activo, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipemia, hipertensión arterial (HTA) de larga evolución, cardiopatía isquémica revascularizada y fibrilación auricular (FA) permanente desde 2016. En junio de 2023, fue hospitalizado por debilidad, fatiga y mareos. Había presentado caídas previas, asociadas a hipopotasemia moderada (2.4-2.8 mmol/L), sin un diagnóstico preciso.

En este ingreso, presentó hipopotasemia grave (2.2 mmol/L) y HTA persistente (PA 180/110 mmHg) a pesar de tratamiento con valsartán 320 mg/hidroclorotiazida 12.5 mg y bisoprolol 2.5 mg. Se corrigió el potasio, pero los síntomas persistieron. En septiembre de 2023, fue readmitido con potasio de 2.1 mmol/L. Ante este patrón clínico, se investigaron causas secundarias de hipertensión e hipopotasemia.

Exploración y pruebas complementarias

Los análisis hormonales revelaron una aldosterona de 112 pg/mL (38-150 pg/mL) y renina suprimida 0.8 pg/mL (1.7-23.9 pg/mL), con un cociente aldosterona/renina elevado (145.3), sugiriendo un exceso mineralocorticoide. No obstante, la aldosterona no estaba lo suficientemente alta como para sugerir un hiperaldosteronismo primario. El TAC abdominal no mostró alteraciones en las glándulas suprarrenales.

Se revisó la medicación y se encontró que el paciente tomaba abiraterona desde noviembre de 2021 para tratar su cáncer de próstata resistente a castración. Este fármaco inhibe la CYP17A1, lo que bloquea la síntesis de cortisol, aumentando la secreción de ACTH y estimulando la producción de desoxicorticosterona (DOCA), un mineralocorticoide que eleva la presión arterial y reduce el potasio. Nuevos análisis confirmaron esta hipótesis con niveles elevados de DOCA 26.3 ng/dL (2-15 ng/dL).

Juicio clínico

Inicialmente, el diagnóstico diferencial incluyó hiperaldosteronismo primario, pero los niveles moderados de aldosterona, la renina suprimida y el uso de abiraterona orientaron hacia un diagnóstico de pseudohiperaldosteronismo inducido por el fármaco. La inhibición de la CYP17A1 provoca un déficit de cortisol, lo que incrementa la ACTH y lleva a una sobreproducción de DOCA, responsable de la hipertensión severa e hipopotasemia.

Se decidió aumentar la dosis de prednisona de 5 a 10 mg diarios para suprimir la producción de ACTH y reducir la síntesis de DOCA. Además, se añadió espironolactona (100 mg diarios), un antagonista de los receptores de mineralocorticoides, para corregir la hipopotasemia. Estos ajustes normalizaron progresivamente los niveles de potasio y mejoraron el control de la presión arterial.

Durante el seguimiento, no se observaron nuevos episodios de hipopotasemia ni crisis hipertensivas, lo que permitió continuar el tratamiento oncológico sin interrupciones. La colaboración entre oncología y endocrinología fue crucial para evitar complicaciones mayores y mantener la estabilidad del paciente.

Comentario final

El pseudohiperaldosteronismo inducido por abiraterona es una causa poco común pero importante de hipertensión e hipopotasemia en pacientes con cáncer de próstata. Este caso resalta la necesidad de incluir los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos en el diagnóstico diferencial de hipertensión secundaria. Un enfoque multidisciplinario permitió mantener el tratamiento del cáncer de próstata sin comprometer el estado general del paciente. La adición de espironolactona y el ajuste de prednisona fueron decisivos para estabilizar al paciente.

Bibliografía

1. Funder JW, Carey RM, Mantero F, et al. The management of primary aldosteronism: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(5):1889-1916. <https://doi.org/10.1210/jc.2015-4061>
2. O'Reilly MW, Taylor AE, Crabtree NJ, et al. Abiraterone-induced mineralocorticoid excess: Insidious cause of hypertension and hypokalaemia in castration-resistant prostate cancer. *BMJ Case Rep.* 2014. <https://doi.org/10.1136/bcr-2014-203837>
3. Stewart PM, Wallace AM, Atherden SM, et al. Mineralocorticoid activity of desoxycorticosterone in human subjects: Studies in congenital adrenal hyperplasia and ectopic ACTH syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 1988;67(3):543-548. <https://doi.org/10.1210/jcem-67-3-543>
4. Ryan CJ, Smith MR, Fizazi K, et al. Abiraterone in metastatic prostate cancer without previous chemotherapy. *N Engl J Med.* 2013;368(2):138-148. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1209096>

791/91. EFICACIA Y SEGURIDAD RENAL DE SEMAGLUTIDE ORAL EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DIABETES MELLITUS TIPO 2. RESULTADOS PRELIMINARES.

Autores:

Vargas Gómez, O.¹, Segura Torres, M.², Martín Alcalá, C.³, Hidalgo Martín, B.⁴, García Cortés, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 2º año de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (2) Facultativo Especialista de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (3) Médico Residente 4º año Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén., (4) Facultativo Especialista Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (5) Facultativo Especialista Nefrología. Hospital universitario Jaén. Jaén

Resumen:

Introducción y Objetivos

Semaglutide oral es el primer fármaco del grupo de análogos GLP-1, cuya principal ventaja es su administración oral, siendo una opción para los pacientes que no quieren/pueden autoinyectarse medicamentos antihiper glucemiantes. Al igual que con todos los agentes de la clase, presenta reacciones adversas gastrointestinales: náuseas, dolor abdominal y vómitos.

La seguridad cardiovascular de semaglutide oral fue valorada en el estudio PIONEER 6, donde su uso de frente a placebo logró una disminución de la mortalidad cardiovascular y por todas las causas. Aún no se han publicado los resultados del estudio SOUL en pacientes con DM2 y ERC.

Métodos

Pacientes atendidos en Servicio de Nefrología de Jaén con 6 meses con Semaglutide oral. Momentos de análisis: Basal(B), 6meses(6m) y 12meses(12m).

Resultados

37 pacientes. Varones 86,5%. Edad media 67,19±8,13años. 18 pacientes tenían 12meses de evolución. FRrenal basal CKD-EPI:51,78±29,32ml/min/1,73m2. Etiología: enfermedad renal diabética 59,5%, no filiada 13,5%, Nefroangiosclerosis 8,1%, resto otras. Antecedentes Enf.Cardiovascular: Cardiopatía isquémica 8,1%, Insf.Cardíaca 10,8%, FA 10,8%, enf.Cerebrovascular 8,1% y enfermedad arterial periférica(EAP) 24,3%, tabaquismo 32,4 %, dislipemia 89,2%, retinopatía diabética 18,9%. Albuminuria basal 811,99±1081,29mg/g y proteinuria 1253,79±1733,78mg/g, glicosilada basal 7,69±1,67%, IMC 34,80±4,08kg/m2.

Respecto al sexo encontramos diferencias en la talla (H 165,58±6,39 vs M 152,0±7,04 cm;p=0,009) y la EAP más frecuente en mujeres(H 18.85% vs M 60%;p=0,046).

El 27% estaban insulinizados, solo insulina 5,4%, un antidiabético 48,6% dos antidiabéticos 37,8%, tres antidiabéticos 8,1%, IECA 10,8%, ARAII 78,4%, Calcioantagonistas 64,9%, diuréticos 73%, ARNI 2,7%, betabloqueantes 37,8%, estatinas 91,9%, ezetimibe 59,5%, fenofibrato 10,8%, alopurinol 29,7% y febuxostat 5,4%.

La proteinuria y albuminuria (42,5%) descendieron a los 6meses (albuminuria B 811,97±1081,29 vs 6m 466,60±376,18 mg/g;p=0,024), no alcanzó significación a 12meses (albuminuria B 628,62±655,02 vs 12m 338,86±324,82mg/g;p=0,057). El peso descendió a los 6meses (B 93,53±13,07 vs 6m 89,69±14,79kg/m2;p=0,009) y 12meses (B 94,06±13,39 vs 12m 88,82±15,95kg/m2;p<0,001). IMC y glucosa descienden a 6 y 12meses. La glicosilada descendió a los 6meses (B 7,78±1,73 vs 6m 6,93±108;p=0,001) y 12meses (B 7,84±2,05 vs 12m 6,65±1,19;p=0,005). El Colesterol total descendió a 6 y 12meses, Triglicéridos a 12meses.

Previamente 2 tenían Semaglutide sc 0.5/1mg/semana respectivamente y 2 Dulaglutide 1.5 mg/semana.

Dosis a los 6meses: 1 paciente 3mg, 1 paciente 14mg, y resto 7mg. 1 paciente suspende repaginada y 2 se añade ISGLT2. 1 añade Ac Bempedoico, se intensifica estatinas en 3 pacientes.

Dosis a los 12meses: 3mg 5,4%, 7mg 35,1% y 14mg 59,5%.

A los 12meses: No hubo cambio en antidiabéticos, 2 añaden finerenona, 2 suspenden HCTZ, 1 aumenta dosis HCTZ, 1 suspende HCTZ y doxazosina. 1 reduce dosis de atorvastatina, 1 suspende Alopurinol.

Efectos secundarios 6meses: 1 suspendió por mala tolerancia, 1 flatulencias, 1 digestiones difíciles y náuseas, 1 diarrea y náuseas.

No encontramos diferencias en TAS ni TAD, en el Filtrado Glomerular, ácido úrico, no hubo cambios en HDL, LDL ni en triglicéridos a los 6meses.

Conclusiones

Tras Semaglutide oral en pacientes con DM2 y ERC observamos:

Descenso de peso, IMC, cifras de glucosa y glicosilada, albuminuria y proteinuria a los 6meses. No hubo cambios en FRenal.

791/92. TRABAJAR EN UNA TIENDA DE CHUCHERÍAS PODRÍA CAUSAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA.

Autores:

Vargas Gómez, O.¹, Hidalgo Martín, B.², Hidalgo Martín, J.³, García Cortés, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 2º año. Hospital Unoveritario de Jaén. Jaén, (2) Facultativo especialista Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén, (3) Médico Residente 2º año de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Jaén. Jaén, (4) Facultativo especialista de Nefrología. Hospital Universitario de Jaén. Jaén

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 45 años sin alergias ni antecedentes médicos que no toma tratamiento habitual. Derivada a consulta de nefrología por múltiples visitas a urgencias por crisis hipertensivas coincidentes con periodos de estrés. Además desde hace 2 años presenta PA elevada en consultas de A. Primaria. No presenta cifras tensionales normales para su edad a pesar de: Olmesartán/Hidroclorotiazida y Amlodipino.

Estudiada en consultas de nefrología por HTA secundaria realizándose anamnesis completa: niega ser roncadora, niega cefalea, sudoración o palpitaciones.

En segunda revisión: PA en domicilio 140-150/80-90mmHg pese al ajuste previo de tratamiento antihipertensivo. Al consultar profesión la paciente afirma que trabaja en una tienda de chucherías y toma un regaliz diario. Por lo que se tras supresión total de ingesta de regaliz o caramelos tipo "juanolas" la paciente presenta cifras de tensión arterial 90/55mmHg sin tratamiento médico.

Exploración y pruebas complementarias

Registro tensional en ambos brazos descarta estenosis arteria subclavia.

Analítica con perfil hormonal y orina que destaca: urea 17mg/dl, creatinina 0.83mg/dl, ácido úrico 3.3mg/dl, potasio 2.7mEq/L, sodio 144mEq/l, calcio 8.7mg/dl, fósforo 3mg/dl.

TSH y T4 normal. Aldosterona 1ng/dl, renina 1.5pg/ml, actividad de la renina plasmática 0.21.

Orina (24horas). Catecolaminas en rango de normalidad. Proteinuria 180mg/24h. Albuminuria 17.2mg/24h.

Ecodoppler renal y electrocardiograma sin hallazgos patológicos.

Juicio clínico

HTA secundaria a hiporreninismo hipoaldosterónico por ingesta crónica de regaliz.

Comentario final

Realizamos diagnóstico diferencial con etiologías que pudieran causar:

- Hipopotasemia.
- Alcalosis metabólica.
- Baja actividad renina plasmática.
- Niveles bajos de aldosterona plasmática.

La HTA secundaria engloba gran cantidad de etiologías. Dados los antecedentes y datos analíticos se planteó el diagnóstico diferencial entre el hiporreninismo hipoaldosterónico secundario (síndrome de Liddle) o a la ingesta crónica de regaliz principalmente.

El regaliz puede consumirse en múltiples formas de presentación. Su consumo crónico produce un cuadro similar al hiperaldosteronismo primario pero cursa con alcalosis hipopotasémica, HTA y niveles de renina y aldosterona disminuidos. Aunque el Síndrome de Liddle cursa analíticamente similar es una enfermedad rara y dados los antecedentes nuestra paciente en los que existe una asociación cronológica entre el consumo de regaliz y las cifras de tensión arterial, no se consideró como primera sospecha.

El regaliz contiene ácido glicirrínico, inhibe de forma competitiva la 11-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo 2, consecuentemente se produce sobreactivación de los receptores de mineralocorticoides al no poder ser inhibidos (esta encima frena la conversión de cortisol en cortisona, inactiva). El cortisol tiene la misma afinidad que la aldosterona para los receptores de aldosterona, provocando un efecto mineralocorticoide en el que se retiene sodio y agua, e hipopotasemia. Secundaria a la hipervolemia o por inhibición directa de renina se puede producir supresión de concentración de renina. Se ha descrito este efecto a partir de dos semanas de consumo de 100mg/24h de ácido glicirrínico.

La HTA inducida por fármacos o tóxicos es una causa frecuente de HTA secundaria que es fácilmente corregible. Frecuentemente estos fármacos desenmascaran una HTA esencial, dificultan su control y ocasionan HTA resistente. Siendo un dato clave la relación cronológica entre el consumo del tóxico/fármaco y las cifras de TA.

Bibliografía

1. Rafael Santamaría Olmo, Manuel Gorostidi. Hipertensión arterial secundaria [Internet]. Nefrología al día. org. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible: <https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-secundaria-409>
2. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? *Eur Heart J* [Internet]. 2014;35(19):1245–54. Disponible: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/19/1245/661916>
3. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 international society of hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension* [Internet]. 2020;75(6):1334–57. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1161/hypertensionaha.120.15026>
4. Whorwood CB, Sheppard MC, Stewart PM. Licorice inhibits 11beta-hydroxysteroid dehydrogenase messenger ribonucleic acid levels and potentiates glucocorticoid hormone action. *Endocrinology*, volumen 132, issue 6, 1993 [Internet]. 1993 [citado el 11 de marzo de 2024];132(6):2287–92. Disponible: <https://academic.oup.com/endo/article-abstract/132/6/2287/3034923?redirectedFrom=fulltext&login=false>
5. William F Young, jr, MD, MSc. Apparent mineralocorticoid excess syndromes (including chronic licorice ingestion). *UpToDate* [Internet]. Uptodate.com. [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible: https://www.uptodate.com/contents/apparent-mineralocorticoid-excess-syndromes-including-chronic-licorice-ingestion?search=licorice&source=search_result&selectedTitle=1%7E32&usa_e_type=default&display_rank=1
6. McHugh J, Nagabathula R, Kyithar MP. A life-threatening case of pseudo-aldosteronism secondary to excessive liquorice ingestion. *BMC Endocr Disord* [Internet]. 2021 [citado el 11 de marzo de 2024];21(1). Disponible: <http://dx.doi.org/10.1186/s12902-021-00816-4>
7. Costa-Muñoz JA, Navarro-Marco J, Rodilla-Sala E. Hipertensión por regaliz: a propósito de un caso. *Semergen* [Internet]. 2020;46(7):e53–5. Disponible: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359320300137>
8. Hipertensión arterial maligna secundaria a ingesta crónica de regaliz [Internet]. *Revista nefrología.com*. [citado el 21 de octubre de 2024]. Disponible: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X188897000900029X>

791/104. ESTUDIO EN VIDA REAL CON TIRZEPATIDE. EFICACIA Y SEGURIDAD.

Autores:

Sánchez Zafra, R.¹, Márquez Soto, M.¹, Zamora Chisvert, A.², Fernández Granell, I.³, Moreno Obregón, F.³, León Jiménez, D.⁴

Centro de Trabajo:

(1) MIR. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (2) MIR. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia, (3) FEA. Centro de Salud de Cartaya. Huelva, (4) FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen:

Introducción y Objetivos

Tirzepatide, es un agonista dual de los receptores del péptido similar a glucagón de tipo 1 (GLP-1) y del péptido insulínico dependiente de glucosa (GIP). Está indicado en pacientes con diabetes y/o obesidad debido a sus efectos beneficiosos en el peso y en el control de la glucemia. Queremos comprobar su eficacia y seguridad en vida real debido a su reciente comercialización.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en pacientes tratados con Tirzepatide durante 1, 2 y 3 meses de su inicio. Se recogieron datos antropométricos de forma mensual: peso (Kg), índice de masa corporal (IMC) (kg/m²), talla (metros), perímetro abdominal (cm); perímetro pantorrilla (cm). No disponemos de comparaciones analíticas aun debido a la reciente comercialización. Análisis estadístico: Los análisis se realizaron con los softwares SPSS 29 y Jamovi 2.3.28, se utilizaron estadísticas descriptivas representando los valores absolutos y relativos de las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y de variabilidad para las variables cuantitativas. En estadística inferencial, se verificó el supuesto de normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para el análisis de las variables en distintos momentos de seguimiento, se aplicaron Modelos Lineales Generalizados Mixtos, lo que permitió evaluar la evolución de los pacientes en mediciones repetidas y reportar comparaciones significativas por pares. La significancia estadística para comparar medias y medianas se estableció para p-valor < 0,05.

Resultados

Se incluyeron 18 pacientes con registro de las variables en distintos meses. La dosis de todos fue 5 mg semanales comenzando el primer mes con 2,5 mg. La edad media fue de 46 años (11,7); 12 (66,7%) mujeres y 6 hombres (33,3%); 3 eran diabéticos. La talla media era de 1,67 metros (0,1). El IMC inicial era de 36,7 kg/m² (32,6-41,1). Los resultados del análisis Post Hoc del peso entre los distintos meses fueron estadísticamente significativos con un valor de $p < 0,001$ (figura 1). Los resultados de los análisis de las otras variables también resultaron similares. No hubo retiradas ni efectos indeseables o secundarios destacables.

Conclusiones

Presentamos los primeros datos de Tirzepatide en vida real. Es un medicamento seguro y eficaz durante los meses analizados.

791/105. DESPUÉS DE LA BIOPSIA, LA LUZ.

Autores:

Fajardo Muñoz, A.¹, Ortiz Parra, A.¹, Sánchez Checa, B.¹, Roa Chamorro, R.², Jaén Águila, F.², González Bustos, P.²

Centro de Trabajo:

(1) Médico Interno Residente. M. Interna. H.U. Virgen de las Nieves. Granada., (2) Facultativo Especialista de Área. M. Interna. H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:

Descripción del caso

Presentamos el caso de un hombre de 46 años que presentaba como antecedente personal de interés, HTA de difícil control con dos fármacos, diagnosticada en la tercera década de la vida. Presentó dos episodios de amaurosis fugax secundaria a una estenosis por ateromatosis única en carótida izquierda, de más del 80%, que requiere de revascularización. Durante el ingreso en Cirugía Vasculor presento una presión arterial sistólica (PAS) superior a 180mmHg, motivo por el cual se deriva a la Unidad de Riesgo Cardiovascular.

Exploración y pruebas complementarias

A la anamnesis por órganos y aparatos, exceptuando los episodios de amaurosis transitoria, el paciente negaba sintomatología asociada. A la exploración presentaba cifras de presión arterial similares en las cuatro extremidades, sin signos destacables a la exploración cardiovascular. En su historial analítico llamaba la atención la existencia de una insuficiencia renal con microalbuminuria con filtrado habitual de 40ml/min/1,73m², (esperable más de 90ml/min/1,73m² por edad), sin alteraciones macroscópicas de la orina evidentes. Se solicita estudio analítico, incluyendo eje cortico-adrenal, y estudio con ecografía doppler renal, que no mostraron alteraciones significativas, y perfil lipídico, con lipoproteína a de 47,6mg/dL (1-30mg/dL), sin otras alteraciones. A nivel analítico destaca empeoramiento de la función renal (35ml/min/1,73m²), con renina superior a 800pg/mL (1,7-23,9pg/mL) y aldosterona 211pg/ml (38-150pg/ml), centrándose el estudio etiológico a nivel renal tras descartar causas más comunes. Se solicita en un segundo tiempo estudio de autoinmunidad, que resulta negativo, y se deriva a Nefrología para valoración.

Clínicamente continuaba con HTA no controlada a pesar de 3 fármacos. También continúa con deterioro progresivo de la función renal (alcanzando un filtrado glomerular mínimo de 25ml/min/1,73m²) con aparición de hematuria microscópica y mínima proteinuria, por lo que se decidió la realización de biopsia renal. La anatomía patológica informaba la presencia de depósitos de inmunocomplejos con codominancia IgA/C3 a nivel mesangial y endocapilar.

Juicio clínico

Con la clínica y los datos anatomopatológicos el paciente fue diagnosticado de HTA secundaria a glomerulonefritis IgA y arterioesclerosis precoz en paciente con hiperlipoproteinemia a.

Comentario final

La HTA secundaria es una entidad entre cuyas causas principales encontramos la insuficiencia renal crónica, que produce elevación de la presión fundamentalmente por la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). La glomerulonefritis IgA es la glomerulonefritis primaria más frecuente, con mayor incidencia en la segunda y tercera décadas de la vida y con predominio en varones. Clásicamente produce hematuria con o sin proteinuria, con alteración de la función renal en estadios más avanzados y más frecuentemente en adultos, quienes también presentan hematuria en menor medida. Es en estos estadios avanzados en los que puede producirse una microangiopatía trombótica por depósito de IgA, que es la causa de la HTA.

El tratamiento de la HTA es fundamentalmente sintomático. En nuestro caso se realizó una adecuación del tratamiento con titulación de enalapril e inicio de dapagliflozina, con estabilización de la función renal y disminución

de la microalbuminuria. En meses posteriores se evidenció mejor control de la presión arterial. El uso de iGLT2 en pacientes con ERC y microalbuminuria ha demostrado disminución de la progresión de la insuficiencia renal y disminución de la mortalidad por eventos cardiovasculares.

Bibliografía

1. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J [Internet]*. 2024;45(38):3912-4018.
2. The EMPA-KIDNEY Collaborative Group, Herrington WG, Staplin N, Wanner C, Green JB, Hauske SJ, et al. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. *N Engl J Med [Internet]*. 2023;388(2):117-27.

791/107. UNA CAUSA VASCULAR DE DOLOR ABDOMINAL.

Autores:

Daza Sánchez, M.¹, Sánchez Arribas, J.², Castilla Guerra, L.³, Cuello Castaño, A.², García Calle, D.²

Centro de Trabajo:

(1) R5 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (2) R5 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) FEA Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 27 años con los siguientes antecedentes:

- No reacciones adversas a medicamentos.
- No hábitos tóxicos.
- Sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés.
- No realiza ningún tratamiento.

Remitida a consultas de Medicina Interna por dolor abdominal generalizado de meses de evolución. Varias consultas en urgencias, con dos estudios ecográficos sin hallazgos.

El dolor es fluctuante. Comienza 10-20 minutos después de las comidas. Dificulta el sueño y la despierta por la noche. No relacionado con la menstruación. Asocia náuseas con algún vómito aislado. No cambios en el ritmo deposicional. Reducción de la ingesta en este contexto, con pérdida de peso de 2 Kg en 1 mes (actualmente 52 Kg). Afebril.

En consultas se realiza ecografía a pie de cama en la que llama la atención vena renal izquierda muy aumentada de tamaño. Ingresa en planta de Medicina Interna para ampliar estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general. Hemodinámicamente estable. Eupneica. Sin hallazgos a la auscultación cardiopulmonar.

Abdomen blando y depresible, peristalsis conservada. Dolor a la palpación profunda en hemiabdomen izquierdo. No datos de irritación peritoneal.

Se ampliaron los siguientes estudios:

- Hemograma: 4090000 hematíes/mcL, Hb 12,1 g/dL, Hcto 37,9%, VCM en rango, 4910 leucocitos/mcL, 2530 neutrófilo/mcL, 184000 plaquetas/mcL
- Glucosa 76 mg/dL, Cr 0,81 mg/dL, FG 100 mL/min/1,73m², Sodio 140 mEq/L, Potasio 3,7 mEq/L, Calcio 9,6 mg/dL, Magnesio 1,87 mg/dL., PCR <1 mg/L.
- Colesterol total 209, HDL 45, LDL 153, Triglicéridos 53, Bilirrubina total 2,04, Bil directa 0,57, LDH 158, FA y GGT en rango, AST y ALT en rango, CPK en rango, Amilasa en rango, Cobre en rango, Ceruloplasmina en rango.
- Autoinmunidad negativa, incluyendo celiacía.
- Serologías VHB, VIH, VHC negativa. Sífilis negativa.
- Sistemático orina negativo.
- AngioTAC de abdomen: disminución del ángulo que forma la arteria mesentérica superior con la aorta sin apreciar dilatación secundaria del duodeno pero sí aumento de calibre de la vena renal izquierda. Imágenes sugestivas de varices periuterinas.
- RMN sin Contraste I.V. de Abdomen: Se confirman los hallazgos del TAC.
- Tránsito intestinal con bario: vaciamento gástrico enlentecido. Adecuada distensión pilórica. El duodeno presenta un calibre normal en todos los segmentos sin signos de compresión extrínseca.

Valorada por Cirugía General y Urología, optándose por manejo conservador con medidas nutricionales y ejercicio físico para aumentar la grasa retroperitoneal.

Juicio clínico

- Pinza aorto - mesentérica.
- Síndrome de Wilkie
- Síndrome del Cascanueces

Comentario final

El síndrome de la pinza aortomesentérica consiste en la compresión de las estructuras que pasan por el ángulo formado por la aorta y la arteria mesentérica superior.

En primer lugar, provoca el síndrome de Wilke por la compresión de la tercera porción duodenal. Se manifiesta con dolor posprandial, plenitud, náuseas con o sin vómitos y pérdida de peso. En segundo lugar, tenemos el síndrome de cascanueces, provocado por la compresión de la vena renal izquierda. Es una causa no glomerular de hematuria, proteinuria y varicocele izquierdo en varones.

El diagnóstico se compone de un contexto clínico y de hallazgos radiológicos. Se considera que la presencia de un ángulo aortomesentérico inferior a 25° y/o una distancia inferior a los 8mm entre la arteria mesentérica superior y el borde duodenal debería hacer sospechar el diagnóstico. Además, se podrá evidenciar una ingurgitación de la vena renal izquierda.

El tratamiento inicial debe ser conservador, enfocado a la ganancia ponderal. En caso refractario, habría que plantear intervencionismo mediante hemodinámica o incluso cirugía derivativa.

Bibliografía

1. Fuchs T, Erhard J, Dörner J, et al. Mesenteric artery syndrome: A rare cause of abdominal pain. *J Gastrointest Surg.* 2018;22(4):773-778. doi:10.1007/s11605-017-3592-0.
2. Strain WH, Ghosh S, Timmons J, et al. Superior mesenteric artery syndrome: A clinical review. *Int J Surg.* 2019;66:14-18. doi:10.1016/j.ijvsu.2019.04.015.

791/109. DOCTOR, ¿SOY EX DIABÉTICO?

Autores:

Moreno Obregón, F.¹, Fernández Granell, I.¹, Márquez Soto, M.², Sánchez Zafra, R.², Zamora Chisvert, A.³, León Jiménez, D.²

Centro de Trabajo:

(1) Atención Primaria. Centro de Salud de Cartaya. Huelva, (2) Unidad de Riesgo Vascular. Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, (3) Medicina Interna. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Resumen:

Descripción del caso

Varón, 49 años, obeso y caucásico. Consulta para valoración de su obesidad de años de evolución. Apenas tiene recogidos antecedentes médicos de interés. No realiza tratamientos. Únicamente, hace años, una analítica con glucosa basal alterada.

Nunca ha fumado y "ha sido gordito desde siempre". Acude con su esposa, quien nos comenta, que ronca y además durante el sueño "se le corta la respiración". De entrada no hace comidas adecuadas por horarios laborales y a duras penas hace ejercicio por dicho motivo. Ha hecho dieta en otras ocasiones con escaso resultado porque, posteriormente, recuperaba el peso, situación desmotivadora. No ha utilizado previamente fármacos para la obesidad ni intervenciones como la colocación del balón intragástrico. Niega conductas compulsivas por las noches, pero sí le cuesta saciarse.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: auscultación cardiopulmonar normal. Talla: 1,74 m, peso: 110,6 kg, índice de masa corporal (IMC): 36,53 kg/m² (obesidad grado II), TA: 140/90 mmHg. Perímetro abdominal: 113 cm y perímetro pantorrilla: 43,5cm.

Pruebas complementarias: glucosa: 142 mg/dL, creatinina: 1,12 mg/dL, HbA1c: 6,5%, FG estimado: 76 mL/min/m², ácido úrico: 7,5 mg/dL, colesterol total: 209 mg/dL, HDL-col: 36 mg/dL, LDL-col: 134 mg/dL, TG: 227 mg/dL, péptido C: 4,57 ng/mL, insulina: 30,3, con elevada resistencia a la insulina: 10,58, ALT: 54 U/L. Índice FIB-4: 1,65 (grado de fibrosis F2). Orina: IMAC: normal.

Ante estos hallazgos: diabetes mellitus tipo 2, síndrome metabólico, hipertensión arterial grado I, dislipemia mixta, hiperuricemia, probable apnea del sueño e hipertransaminasemia con elevada sospecha de hígado graso se deci-

de comenzar tratamiento con tirzepatida 2,5 mg/semanal durante el primer mes y a partir de entonces subir a 5 mg los siguientes meses.

Revisión 3 meses: significativa y marcada mejoría o estabilización de todos los parámetros estudiados: peso: 97,6 (-13) kg e IMC: 32,24 kg/m², TA: 120/80 mmHg. Perímetro abdominal: 102,5 (-10,5) cm y perímetro pantorrilla: 41 (-2,5)cm.

Analítica: glucosa: 77 mg/dL, creatinina: 1,12 mg/dL, FG estimado: 76 mL/min/m², HbA1c: 5,3%, ácido úrico: 5,3 mg/dL, colesterol total: 179 mg/dL, HDL-col: 41 mg/dL, LDL-col: 111 mg/dL, TG: 135 mg/dL, péptido C: 3,01 ng/mL, insulina: 14,2, normalizando el índice de resistencia a la insulina: 2,6. ALT: 26 U/L. Índice FIB-4: 0,58 (grado de fibrosis F0-F1). Orina: IMAC: normal.

Comenta que ya no ronca ni hace pausas durante el sueño.

Juicio clínico

Diabesidad. Diabetes mellitus tipo 2 y obesidad.

Comentario final

Tirzepatida es un medicamento dual que en los ensayos clínicos ha mostrado unos resultados esperanzadores en el tratamiento de la obesidad y de la diabetes en los estudios SURPASS1 y SURMOUNT2.

Nuestro paciente ha mejorado su calidad de vida gracias a tirzepatide aunque sigue sin hacer ejercicio físico. Ha reducido de manera drástica la ingesta de alimentos y "está aprendiendo a comer". Igualmente, ha mejorado los niveles de ácido úrico, ha mantenido el filtrado glomerular estable y ha mejorado de manera considerable el perfil lipídico. También destacar una franca mejoría de los parámetros antropométricos medidos.

Finalmente, ha desaparecido la "probable" apnea del sueño³ y ha mejorado del hígado graso⁴. Analíticamente, ha mejorado tanto de la hemoglobina glicada como de la resistencia a la insulina presentando valores completamente normales. De ahí, nuestro título porque técnicamente ha desaparecido su enfermedad.

Bibliografía

1. Frías JP, et al. Tirzepatide versus semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2021 Aug 5;385(6):503-515. doi: 10.1056/NEJMoa2107519
2. Jastreboff AM, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med.* 2022 Jul 21;387(3):205-216. doi: 10.1056/NEJMoa2206038
3. Malhotra A, et al. Tirzepatide for the Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Obesity. *N Engl J Med.* 2024 Jun 21. doi: 10.1056/NEJMoa2404881
4. Loomba R, et al. Tirzepatide for metabolic dysfunction-associated Steatohepatitis with Liver Fibrosis. *N Engl J Med.* 2024 Jul 25;391(4):299-310. doi: 10.1056/NEJMoa2401943

791/110. HIPERCOLESTEROLEMIA SEVERA CON VARIANTE HETEROCIGÓTICA EN EL GEN LIPA: ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD ENZIMÁTICA Y ENFOQUE TERAPÉUTICO.

Autores:

Rico López, D.¹, Gallego Romero, I.¹, Gonzalez Bustos, P.², Roa Chamorro, R.², Jaén Águila, F.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente. HUVN. Granada, (2) Adjunto RCV. HUVN. Granada

Resumen:

Descripción del caso

Se describen dos casos clínicos de mujeres con hipercolesterolemia severa refractaria al tratamiento hipolipemiante máximo tolerado. Paciente A, 61 años, antecedentes familiares de hipertensión arterial (HTA) y tabaquismo de 30 paquetes-año, con colesterol total persistentemente elevadas (>300mg/dL) a pesar de tratamiento con pitavastatina 4mg, ezetimibe 10mg y medidas dietéticas para la reducción de esteroides. Paciente B, 52 años, con antecedentes familiares de dislipemia, recibía tratamiento con atorvastatina 40mg y ezetimibe 10mg, pero mantenía niveles elevados de colesterol total (>300mg/dL). En ambas pacientes, el control de los lípidos resultó insatisfactorio.

Exploración y pruebas complementarias

Ambas fueron evaluadas clínicamente sin evidenciarse la presencia de xantomas ni xantelasmas. La paciente B presentaba arco corneal incompleto. La ecografía abdominal no mostraba hepatoesplenomegalia. En la paciente

A se observó engrosamiento medio-intimal bilateral en arterias carótidas comunes. Se solicitó estudio genético dado el perfil lipídico y falta de respuesta al tratamiento convencional. Ambas pacientes poseían la variante c. 894G>A, p.(Gln298=) del gen LIPA, clasificada como patogénica en heterocigosis para la deficiencia de lipasa ácida lisosomal (LAL). Debido a la hipercolesterolemia grave y al fenotipo clínico, se solicitó medición de la actividad enzimática de LAL a la Fundación Española para el Estudio y Tratamiento de la Enfermedad de Gaucher (FEETEG). La actividad enzimática fue del 74% en la paciente A, descartando un déficit clínico significativo, mientras que en la paciente B detectó una actividad del 34%, requiriendo confirmación adicional.

Juicio clínico

Hipercolesterolemia severa con variante patogénica en heterocigosis del gen LIPA.

- Paciente A: sin déficit enzimático asociado.
- Paciente B: pendiente de confirmación de déficit de LAL.

En ambas se ha propuesto tratamiento con inhibidores de PCSK9 dado el escaso control con estatinas y ezetimibe.

Comentario final

La deficiencia de LAL es un trastorno metabólico raro causado por mutaciones en el gen LIPA, que afecta la degradación de ésteres de colesterol y triglicéridos dentro del lisosoma. La forma más severa, la enfermedad de Wolman, se manifiesta en la infancia con una actividad enzimática menor del 1%, mientras que en adultos puede presentarse la enfermedad de almacenamiento de ésteres de colesterol, con una actividad enzimática mayor, con fenotipos heterogéneos. En nuestros casos, si bien las pacientes presentan una variante patogénica en heterocigosis en LIPA, la solicitud de actividad enzimática fue justificada por el fenotipo de hipercolesterolemia grave. En la paciente B se recomendó continuar con los estudios en colaboración con FEETEG. Esto resalta la importancia de la cooperación intercentros para el diagnóstico de enfermedades raras. Siguiendo el Consenso Europeo de 2023 sobre el manejo de las hipercolesterolemias severas, se indicó una dieta estricta baja en esteroides vegetales, así como ezetimibe, sin obtener una reducción significativa del colesterol. Se debe considerar el diagnóstico diferencial con sitosterolemia, entidad en la que los niveles se reducen con ezetimibe, lo cual no ocurrió en nuestras pacientes. Las opciones terapéuticas para el déficit de LAL incluyen el uso de sebelipasa alfa, una enzima de reemplazo aprobada para corregir el déficit enzimático. Esta terapia ha demostrado ser efectiva en la reducción de lípidos, particularmente en pacientes con afectación hepática y riesgo cardiovascular elevado. Sin embargo, en nuestros casos, la variante en heterocigosis no parece justificar esta opción, al menos en la paciente A, mientras que la paciente B está pendiente de confirmación de déficit. Este enfoque de medicina de precisión subraya la necesidad de personalizar el tratamiento, considerando terapias emergentes como los inhibidores de PCSK9 en pacientes con hipercolesterolemia severa refractaria.

Bibliografía

5. Korbilius, M., Kuentzel, K. B., Bradić, I., Vujić, N., & Kratky, D. (2023). Recent insights into lysosomal acid lipase deficiency. *Trends in Molecular Medicine*, 9(6), 425–438. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2023.03.001>.
6. Cuchel, M., Raal, F. J., Hegele, R. A., et al. (2023). Update on European Atherosclerosis Society Consensus Statement on Homozygous Familial Hypercholesterolaemia. *European Heart Journal*, 44(25), 2277–2291. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad197>.

791/112. NO TODO ES ATEROMATOSIS EN LA ISQUEMIA INTESTINAL.

Autores:

Granado García, M.¹, Cuéllar Beltrán, I.¹, Ingelmo Madruga, R.², Carmona Nimo, E.², Castilla Guerra, L.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla., (2) FEA de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen:

Descripción del caso

Exponemos el caso de un hombre de 75 años con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo 2, cardiopatía isquémica revascularizada, estenosis aórtica tratada con válvula mecánica y anemia crónica por angiodisplasia de colon. El paciente acudió varias veces a Urgencias por un cuadro de 2 meses de evolución de astenia, epigastralgia, diarrea y pérdida de peso significativa por baja ingesta (por intenso dolor abdominal tras comer). Aunque había sido evaluado sin hallazgos relevantes, se decidió su ingreso para estudio en Medicina Interna, sospechando isquemia mesentérica crónica, dados sus antecedentes de riesgo cardiovascular y la clínica que refería.

Exploración y pruebas complementarias

Durante la exploración presentaba aceptable estado general, con aspecto de desnutrición. Resto de la exploración anodina, salvo molestias a la palpación en epigastrio.

Se solicitaron análisis de sangre con valores normales, excepto hiponatremia hipoosmolar moderada. Dado que la principal hipótesis diagnóstica era isquemia mesentérica crónica, se solicitó angioTAC de abdomen con los siguientes hallazgos: leve compresión del origen del tronco celíaco por el ligamento arcuato, con reducción de su calibre a nivel del ostium y desarrollo de colateralidad por medio de la arteria gastroduodenal. Hallazgos compatibles con síndrome del ligamento arcuato medio. No ateromatosis significativas.

Durante el ingreso inició dieta triturada y suplementos nutricionales orales, con mejoría clínica y corrección de la hiponatremia. Fue valorado por Hemodinámica y Cirugía Cardiovascular, que desestimaron tratamiento. Finalmente se solicitó valoración a Cirugía General, que propuso intervención quirúrgica programada. Fue dado de alta y se derivó a consultas de Riesgo Cardiovascular de Medicina Interna y Cirugía General.

Juicio clínico

Síndrome del ligamento arcuato medio, con desnutrición severa e hiponatremia hipoosmolar moderada corregida.

Comentario final

El ligamento arcuato es un arco fibroso que une los pilares del diafragma a ambos lados del hiato aórtico. Normalmente discurre por encima del origen del tronco celíaco, pero en un 10-24% de los casos posee una inserción baja, cruzando y angulando la porción proximal del tronco celíaco. El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM) ocurre cuando este ligamento comprime el tronco celíaco.

Suele ser asintomático (por desarrollo de colaterales), pero puede presentar síntomas como dolor abdominal posprandial, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso (por miedo al dolor). La clínica podría estar causada por cierto grado de isquemia intestinal por la propia compresión del tronco celíaco, por un fenómeno de robo que desvía la sangre desde la mesentérica superior hasta las colaterales o por irritación crónica del plexo celíaco.

A pesar de que la angiografía sigue siendo la prueba diagnóstica de referencia, la angioTAC es capaz de confirmar el diagnóstico, demostrando la compresión focal característica del tronco celíaco por las fibras musculares.

El tratamiento de elección del SLAM es la liberación laparoscópica del ligamento arcuato, siendo una opción mínimamente invasiva respecto a la cirugía abierta. El papel del tratamiento endovascular mediante angioplastia/stent debería limitarse al tratamiento de estenosis residuales tras la descompresión extrínseca.

La relevancia del caso expuesto radica en una forma poco común de isquemia intestinal. Además, normalmente el SLAM aparece en mujeres jóvenes de complexión delgada. En nuestro caso, se trata de un varón de edad avanzada con factores de riesgo cardiovascular, lo que en un primer momento hizo sospechar en el origen aterotrombótico de isquemia mesentérica.

Bibliografía

1. San Norberto EM, Montes JM, Romero A, Núñez E, Vaquero C. Síndrome del ligamento arcuato medio: a propósito de tres casos y revisión de la literatura. *Angiología [serie en Internet]*. 2012 [citado Oct 2024]; 64 (4): 167-72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-angiologia-294-articulo-sindrome-del-ligamento-arcuato-medio-S0003317011001659>
2. Romero Moreno S, De Vicente Ortega A, Arroyo Argüelles JM, Tercero Lozano M. Síndrome de ligamento arcuato medio como diagnóstico diferencial de dolor abdominal. A propósito de dos casos. *SAPD [serie en Internet]*. 2021 [citado Oct 2024]; 44 (2). Disponible en: <https://www.sapd.es/rapd/2021/44/2/04>

791/115. DESENTRAÑANDO LA HIPERTRIGLICERIDEMIA.

Autores:

Gallego Romero, I.¹, Rico López, D.², Palacios Morenilla, C.², González Bustos, P.³, Escobar Sevilla, J.³, Ariza Corbo, M.

Centro de Trabajo:

(1) Residente 4 año. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, (2) MIR 4 M Interna. Hospital Virgen de las Nieves. Granada., (3) FEA M Interna. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 46 años originaria de Marruecos, con antecedentes de hipertrigliceridemia y pancreatitis aguda de repetición (en 3 ocasiones) desde los 24 años, la última necrotizante con colección infectada y con criterios de gravedad. No tiene hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares de hipertrigliceridemia en su familia materna (2 tías y su madre), tío fallecido de neoplasia de páncreas. Como tratamiento diario, fenofibrato y omeprazol. Es estudiada en consulta de Medicina Interna por dolor abdominal recurrente, de tipo cólico con deposiciones diarreicas intermitentes, negando otra clínica por órganos y aparatos.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física es anodina, con índice de masa corporal de 18,4. Se solicita estudio analítico con función renal y perfil hepático normales, glucemia basal 198mg/dL con HbA_{1c} 9,4%, albúmina 4g/dL. Hipomagnesemia y déficit de vitaminas B9 y D, con vitaminas A, K y E normales. Perfil lipídico: colesterol total 153mg/dL, HDL 33mg/dL, LDL 97mg/dL, triglicéridos 725mg/dL (en analíticas previas hasta 1255mg/dL). Apolipoproteína A1 y Apolipoproteína B en rango, Lipoproteína A <3mg/dL y lipidograma con presencia de quilomicrones en ayunas. Elastasa pancreática (31 microgramos/g) y péptido C (<0,7ng/dL) descendidos. Función tiroidea normal. Orina, calprotectina fecal y autoinmidades negativas (anticuerpos antinucleares, anti antígeno nuclear extraíble, anti transglutaminasa). La ecografía y el TAC abdominal describen esplenomegalia y esteatosis hepática.

Se realiza el score de Moulin ante sospecha de quilomicronemia familiar, obteniéndose 10 puntos (alta probabilidad de SQF) y se solicita estudio genético que detecta mutación en homocigosis para el gen del factor de maduración de lipasa 1 (LMF1). Se envía la muestra al laboratorio de Lípidos y Arteriosclerosis de Málaga donde se cuantifica la actividad de LPL, siendo normal, detectándose autoanticuerpos anti GPIHBP1.

Juicio clínico

Se diagnostica de síndrome de quilomicronemia multifactorial con mutación en homocigosis LMF1 y componente autoinmune (anticuerpos GPIHBP1) con: pancreatitis agudas de repetición, insuficiencia pancreática secundaria exocrina y endocrina (diabetes mellitus tipo 3c).

Comentario final

El síndrome de quilomicronemia (SQ) se caracteriza por hipertrigliceridemia grave y quilomicronemia en ayunas, generalmente con valores de triglicéridos (TG) superiores a los 1000 mg/dl o 885 mg/dl cuando aumenta el riesgo de pancreatitis. Los pacientes suelen estar asintomáticos y la expresión clínica más frecuente son las pancreatitis de repetición, usualmente con mayor morbimortalidad y complicaciones que las normotriglicéridémicas. Además, estos pacientes pueden tener otras manifestaciones como: xantomas eruptivos, hepatoesplenomegalia, esteatohepatitis o dolor abdominal.

Para ser de este síndrome, debe estar comprometido el aclaramiento plasmático de lipoproteínas ricas en TG, es decir, los quilomicrones y los VLDL, mediado por la lipoproteinlipasa (LPL).

Generalmente, el SQ está causado por la presencia de variantes genéticas, poligénicas, menores de la LPL o de otras proteínas que regulan su síntesis, que se ven exacerbadas por afecciones secundarias (diabetes, obesidad, ...), lo que se denomina síndrome de quilomicronemia multifactorial (SQM). En una minoría de pacientes se debe a mutaciones autosómicas recesivas, homocigotas o heterocigotas compuestas, que provocan una baja actividad de la LPL, llamándose entonces síndrome de quilomicronemia familiar (SQF).

Este caso resalta la importancia de reconocer a los pacientes con síndrome de quilomicronemia y de realizar un diagnóstico diferencial entre quilomicronemia multifactorial (más frecuente) y familiar. Desafortunadamente, no hay ningún signo clínico inequívoco que los diferencie, pero disponemos de un score pragmático que puede orientarnos (score de Moulin). Su identificación nos permitirá adecuar el tratamiento, optando en los casos de SQF a fármacos de reciente comercialización y alta efectividad como el Volanesorsen.

Bibliografía

1. Muñoz-Grijalvo O, Diaz-Diaz JL. Quilomicronemia familiar y quilomicronemia multifactorial. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. 2021 May;33:56-62.
2. Ariza, María José, et al. "Molecular Basis of the Familial Chylomicronemia Syndrome in Patients from the National Dyslipidemia Registry of the Spanish Atherosclerosis Society." *Journal of Clinical Lipidology*, vol.12, no.6, 2018, pp.1482-1492.e3 <https://doi.org/10.1016/j.jacl.2018.07.013>.
3. Goldberg, Ronald B., and Alan Chait. "A Comprehensive Update on the Chylomicronemia Syndrome." *Frontiers in Endocrinology*, vol. 11, 23 Oct. 2020, <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.593931>.

791/116. SÍNDROME DE CASCANUECES, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Daza Sánchez, M.¹, Cuello Castaño, A.², García Calle, D.³, Sánchez Arribas, J.², Pérez De León Serrano, J.⁴

Centro de Trabajo:

(1) R5 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, (2) R5 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, (3) R5 Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla., (4) FEA Medicina Interna HUVM. Sevilla

Resumen:**Descripción del caso**

Mujer de 75 años:

- No reacciones adversas a medicamentos conocidas.
- No hábitos tóxicos
- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Arteriosclerosis coronaria sin lesiones significativas. Coronariografía 2015 sin lesiones angiográficamente significativas.
- Histerectomizada + anexectomía (2007)

Ingresada desde urgencias para estudio de episodios de hipertensión arterial lábil acompañados de epigastralgia. Asocia epigastralgia irradiada a tórax y cuello, con sensación de mareo intensa. No elevación de marcadores de daño miocárdico ni cambios eléctricos en electrocardiograma.

Se detecta analítica con hiponatremia hiposmolar con volumen extracelular normal. Ingesta hídrica de no más de 2litros/día.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, orientada. Eupneica al habla. TA 145/77 mmHG. FC 57. T° 35.7. SatO₂: 96%. EVA: 1

Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico a buena frecuencia sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos.

Abdomen: sin hallazgos significativos.

Miembros inferiores edemas crónicos sin fóvea en relación con insuficiencia venosa crónica.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- ECG: ritmo sinusal a 65 lpm. QRS estrecho. No alteraciones significativas en la repolarización.
- Rx tórax: sin hallazgos patológicos.
- Hemograma: normalidad en las tres series.
- Bioquímica: Gluc 112 creat 066 Na 129 resto normal.
- 1° Tnl 4; 2° Tnl: 4,3; 3° 8ng/L. ProBNP normal.
- Colesterol 212, LDL 157.
- Proteinograma: normal
- TSH, T₄ y T₃; normales.
- PTH normal, ACTH normal Aldosterona, Renina, Aldosterona/Renina: normales. Catecolaminas en orina 24 h: normales
- Sistemático orina: No hematuria o proteinuria.
- Ecodoppler renal: Vascularización intrarrenal adecuada. Índices de aceleración y resistencia normales (IR medios <0,70). Pinzamiento de la VRI circunaortica tanto en su tronco anterior en pinza aortomesentérica como en su tronco posterior en espacio aortovertebral (Av). Las velocidades de flujo venoso de la VRI son patológicas en el tronco anterior a su paso por la pinza Am (V_{max} >100 cm/s y ratio >4) y, aunque no alcanzan valores patológicos en tronco posterior, probablemente están infraestimadas, por limitaciones técnicas.
- SPECT de Corazón: sin defectos segmentarios sugestivos de isquemia.
- AngioTAC aorta: Vena renal izquierda principal con leve estenosis en la pinza aorto-mesentérica, morfológicamente no significativa. Vena renal izquierda accesoria retroaórtica con estenosis leve en el trayecto entre la aorta infrarrenal y la columna lumbar, igualmente sin datos morfológicos de estenosis significativa (no dilatación post-estenótica significativa; no desarrollo de circulación venosa colateral).

Juicio clínico

- Síndrome de la pinza aortomesentérica o síndrome de cascanueces.

Comentario final

La paciente, manifiesta desde hace muchos años la aparición de dilataciones varicosas en ambos miembros inferiores, sobre todo el izquierdo, en área genital, dolor en suelo pélvico y dispareunia.

Tras descartar causas endocrinometabólicas e isquémicas, los síntomas pueden corresponder al síndrome de la pinza aortomesentérica o síndrome de Cascanueces. Están descritas las manifestaciones disautónomicas. En este caso aunque en angioTAC no se describen hallazgos morfológicos muy significativos, si vemos repercusión de flujos a nivel de doppler renal.

Consiste en la compresión de la vena renal izquierda por el ángulo formado por la aorta y la arteria mesentérica superior. Es una causa no glomerular de hematuria, proteinuria y varicocele izquierdo en varones. El tratamiento consiste en insistir en nutrición, tratamiento médico con antiproteinúricos y antiagregantes plaquetarios. En casos refractarios habría que considerar terapia endovascular (Stent en vena renal izquierda).

Bibliografía

1. Yedidia A, Zmora O, Shmueli E, et al. Nutcracker syndrome: Diagnosis and management. *J Vasc Surg.* 2017;66(6):1840-1845. doi:10.1016/j.jvs.2017.06.036.
2. Aydin A, Ozturk M, Demirtaş M, et al. Aorto-mesenteric pinch syndrome: A review of the literature. *Clin Anat.* 2020;33(7):928-934. doi:10.1002/ca.23566.

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Farmacia

33º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

791/10. ADECUACIÓN DEL USO DE INHIBIDORES DEL CO-TRANSPORTADOR SODIO-GLUCOSA TIPO 2 EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA ATENDIENDO A CRITERIOS DE FINANCIACIÓN.

Autores:

Martos Rosa, A.¹, Martín Mira, M.², Aznar García, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Adjunto Hospital Universitario Poniente. El Ejido. Almería, (2) Farmacéutico Interno Residente Hospital Universitario de Poniente. Almería, (3) Farmacéutico Hospitalario Hospital Universitario Poniente. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han mostrado ser eficaces y seguros en el tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con fracción de eyección del ventrículo izquierdo <40% (FEVI <40%) que no estén controlados con terapias de primera línea: antagonistas receptores de la angiotensina II (ARAI) o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) con betabloqueantes (BB) y segunda línea antagonistas del receptor de mineralocorticoides (ARM).

El objetivo de este estudio consiste en evaluar la adecuación de las prescripciones de los iSGLT2 según los criterios de financiación establecidos por la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia.

Métodos

Estudio observacional, prospectivo, en pacientes que fueron ingresados por una descompensación de su IC durante los meses de Marzo y Abril en un hospital comarcal. Variables recogidas: demográficas (sexo y edad), tratamiento con iSGLT2 (dapaglifozina o empaglifozina), FEVI <40%, terapias de primera línea y segunda línea, comorbilidades [diabetes mellitus tipo 2 (DM2)], tratamiento concomitante con antidiabéticos y niveles del péptido natriurético cerebral (NTproBNP). Estos datos fueron recogidos de la historia clínica digital y tratados con Excel. Los criterios de financiación son: para la indicación de IC con FEVI <40%, que no estén controlados con las terapias de primera y segunda línea y con FEVI >40%, que tengan los niveles del péptido natriurético cerebral (NTproBNP) elevados. Para la indicación de DMII insuficientemente controlada con la dieta y el ejercicio como monoterapia, cuando no se considere adecuado el uso de metformina debido a intolerancia, y en adición a otros medicamentos para el tratamiento de la DMII. Para la indicación de la enfermedad renal crónica (ERC), que cumpla los criterios de tener un Ratio Albúmina-Creatinina (RAC) en orina entre 200-5000 mg/g y evidencia de aumento del RAC durante 3 meses o más, y que no estén controlados pese al tratamiento con dosis estables optimizadas de primera línea (IECA o ARAII).

Resultados

Se incluyeron un total de 35 pacientes, de los cuales un 54,42 fueron mujeres. La edad fue de 76±12 años (Media ± Desviación estándar). El 62,85% estaban tratados con iSGLT2, 51,42% con dapaglifozina y 11,42% con empaglifozina. De los tratados con dapaglifozina, un 22,22% presentaban una FEVI < 40%, de los cuales el 50% había pasado previamente por terapias de primera y segunda línea y el otro 50% estaba en tratamiento concomitante con otro tratamiento para la DMII, y un 77,77% presentaban FEVI > 40%, de los cuales el 100% tuvo elevado el NTproBNP. De los tratados con empaglifozina, el 50% presentaba una FEVI <40%, de los cuales un 50% había pasado previamente por terapias de primera y segunda línea y el otro 50% estaba en tratamiento concomitante con otro tratamiento para la DMII. Del grupo que presentó FEVI > 40%, el 100% tuvo elevado el NTproBNP.

Conclusiones

El 100% de los pacientes cumplieron los criterios de financiación de iSGLT2, un 72,72% se justificó por su indicación en IC, un 13,6% por su indicación en DMII y ninguno por ERC.

La financiación es fundamental para asegurar la sostenibilidad y eficiencia de los sistemas de salud.

791/34. INFLUENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN DETERIORO COGNITIVO.

Autores:

Crisol Martínez, M.¹, Cano Sánchez, I.², López López, M.³, Guil Galindo, C.⁴, Gómez Rivera, M.⁵, Mateos Hernández, C.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica formadora. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Almería, (2) Farmacéutica adjunta. Farmacia Los LLanos. Loma Cabrera. Almería, (3) Farmacéutica Titular. Farmacia Paseo. El Ejido. Almería, (4) Farmacéutica Titular. Farmacia Zapillo. Almería, (5) Farmacéutica Titular. Farmacia GR. Almería., (6) Farmacéutico Titular. Farmacia Restoy. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

El deterioro cognitivo es un proceso caracterizado por una disminución de las capacidades mentales, como la memoria y el razonamiento, que puede preceder a enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Detectarlo de forma temprana es crucial para la implementación de estrategias que frenen su progresión. Este estudio tiene como objetivo, detectar de forma precoz posibles casos de deterioro cognitivo en personas mayores de 50 años, residentes en Almería, utilizando ocho farmacias comunitarias como puntos de detección. Además, se estudia la posible asociación entre la hipertensión y el deterioro cognitivo, un aspecto relevante en personas de edad avanzada.

Métodos

El estudio se llevó a cabo en ocho farmacias comunitarias de Almería, donde se realizaron dos pruebas estándar de evaluación cognitiva a personas mayores de 50 años: el Mini-Mental State Examination (MMSE) y el Test del Reloj. Se incluyeron personas residentes en Almería capital o provincia que cumplieran el criterio de edad, y se excluyeron aquellos con demencia diagnosticada, otras patologías graves, o analfabetismo. A los participantes que obtuvieron puntuaciones que indicaban un posible deterioro cognitivo en una o ambas pruebas se les derivó al médico para su evaluación. Además, como parte del protocolo de intervención, se les prescribió un tratamiento no farmacológico basado en la suplementación de vitamina B12 (1 mg diario durante la primera semana, seguido de 1 mg semanal durante las siguientes cuatro semanas). Al inicio y final del tratamiento, se repitieron las pruebas cognitivas y se midió la presión arterial para explorar su posible asociación con el deterioro cognitivo.

Resultados

Un número considerable de participantes presentó puntuaciones indicativas de deterioro cognitivo en el MMSE y/o el Test del Reloj. Los resultados preliminares sugieren que existe una correlación entre la hipertensión y el rendimiento cognitivo, ya que los participantes con presión arterial elevada tendieron a obtener peores resultados en las pruebas cognitivas. Al finalizar las cinco semanas de tratamiento con vitamina B12, se observó una ligera mejoría en las puntuaciones de los participantes que inicialmente mostraron déficits, así como una disminución en los niveles de presión arterial en algunos casos.

Conclusiones

Los resultados de este estudio sugieren que las farmacias comunitarias pueden desempeñar un papel clave en la detección precoz del deterioro cognitivo en la población mayor de 50 años. Además, la correlación observada entre la hipertensión y el deterioro cognitivo refuerza la necesidad de una intervención temprana en el control de la presión arterial como estrategia preventiva. El tratamiento con vitamina B12 puede tener un impacto positivo en los déficits cognitivos asociados a esta condición, aunque se requieren más estudios para confirmar esta hipótesis.

791/35. INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO.

Autores:

Crisol Martínez, M.¹, Gómez-Lama LLebres, E.², Rodríguez Capel, J.³, García Gázquez, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica formadora. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Almería, (2) Farmacéutico Cotitular. Farmacia Gómez-Lama LLebres. Almería, (3) Farmacéutica Titular. Farmacia Alboloduy. Alboloduy (Almería), (4) Farmacéutica Titular. Farmacia M. Carmen García Gázquez. Almería.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

El deterioro cognitivo se refiere a una disminución de las capacidades cognitivas que puede afectar la memoria, el lenguaje y la capacidad de toma de decisiones. En las personas mayores, es un fenómeno común que puede preceder al desarrollo de patologías más graves como el Alzheimer. Además, estudios recientes sugieren que la hipertensión y el estrés pueden ser factores contribuyentes al deterioro cognitivo. El objetivo de este estudio es detectar de manera precoz el deterioro cognitivo en personas mayores de 50 años en Almería y explorar la relación entre los niveles de estrés, hipertensión y la aparición de deterioro cognitivo.

Métodos

El estudio se llevó a cabo en 18 farmacias comunitarias de Almería, donde participaron personas de 50 años o más, residentes en la capital o provincia. Los participantes fueron evaluados mediante dos pruebas estándar: el Mini-Mental State Examination (MMSE), una herramienta para evaluar el estado cognitivo general, y el Test del Reloj, que mide la capacidad espacial y de planificación. Los criterios de inclusión del estudio fueron personas sin diagnóstico previo de demencia ni enfermedades graves. Se excluyeron personas con patologías asociadas a la demencia, como el Alzheimer, así como aquellos con problemas de alfabetización o enfermedades graves. Aquellos que obtuvieron una puntuación indicativa de deterioro en alguna de las pruebas fueron derivados al médico y tratados durante 5 semanas con vitamina B12 (1 mg diario la primera semana, y luego 1 mg semanal hasta completar las cinco semanas). Tanto al inicio como al final del tratamiento, se realizaron mediciones de la tensión arterial y niveles de estrés percibido.

Resultados

Los datos preliminares muestran que un porcentaje significativo de los participantes presentaron puntuaciones indicativas de posible deterioro cognitivo en el MMSE y el Test del Reloj. Además, se observó una correlación entre los niveles elevados de presión arterial y los resultados cognitivos más bajos, lo que sugiere una relación directa entre la hipertensión y el deterioro cognitivo. Igualmente, se identificó que el estrés percibido por los participantes parecía estar asociado con peores puntuaciones cognitivas y niveles más altos de presión arterial. Tras las cinco semanas de tratamiento con vitamina B12, algunos participantes mostraron mejoría tanto en sus pruebas cognitivas como en el control de la presión arterial, especialmente aquellos que habían presentado niveles más altos de estrés al inicio del estudio.

Conclusiones

Este estudio demuestra que las farmacias comunitarias pueden ser puntos clave para la detección precoz del deterioro cognitivo en la población mayor de 50 años, especialmente en la identificación de factores de riesgo como la hipertensión y el estrés. Los resultados sugieren que el manejo del estrés y la hipertensión puede tener un impacto positivo en la preservación de la función cognitiva. Además, la suplementación con vitamina B12 mostró ser beneficiosa en la mejora de las funciones cognitivas en algunos pacientes. Se requieren estudios adicionales para confirmar estas asociaciones y establecer pautas más específicas de intervención.

791/52. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES TRATADOS CON HIPOLIPEMIANTES BIOLÓGICOS.

Autores:

Jiménez Carbelo, N.¹, Urda Romacho, J.², Martos Rosa, A.²

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario Poniente. El Ejido. Almería, (2) FEA Farmacia- Hospital Universitario Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

La hipercolesterolemia constituye uno de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Los inhibidores de la proproteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9) son una clase relativamente nueva de medicamentos biológicos utilizados para tratar la hipercolesterolemia, especialmente en personas con niveles elevados de LDL que no responden adecuadamente a las terapias tradicionales, como las estatinas o la ezetimiba. Los hipolipemiantes biológicos han demostrado ser efectivos en la reducción de los niveles de colesterol LDL, lo

que a su vez puede influir en la reducción del riesgo cardiovascular. El objetivo de este trabajo es analizar la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes que han sido tratados con anti-PCSK9.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico de pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECA) tratados con evolocumab o alirocumab, que hayan mantenido activo dicho tratamiento durante el último año. Variables recogidas: sexo, edad, tratamiento biológico (TB), colesterol LDL (c-LDL) en las semanas 0, 48 y última analítica disponible, y si ha sufrido algún ECV y tipo: infarto agudo de miocardio (IAM), ictus, angina inestable (AI) y/o muerte cardiovascular (MCV).

Los datos se recogieron a través del módulo de dispensación electrónica a pacientes externos y de la historia clínica informatizada.

Resultados

Se analizaron 41 pacientes, 78 % hombres, edad media 62 años [DE \pm 11]. El 53 % en tratamiento con evolocumab y el 47 % con alirocumab. C-LDL medio en sangre semana 0, 48 y última analítica disponible: 148,85 mg / dl (DE \pm 39,37); 66,44mg / dl (DE \pm 31,70) y 59,65 mg / dl (DE \pm 33,12). Diez pacientes 24,3 % sufrieron algún ECV: seis pacientes (60 %) sufrieron un IAM y cuatro pacientes (40 %) una AI. De los 10 pacientes que sufrieron un ECV, el 50% estaban en tratamiento con evolocumab (80% IAM y 20% AI) y 50% con alirocumab (40% IAM y 60% AI). No hubo ninguna muerte en el periodo del estudio. Un paciente discontinuó el tratamiento por traslado de domicilio y pérdida de seguimiento.

Conclusiones

La población estudiada presenta una reducción significativa del valor de c-LDL respecto al basal.

Aunque este hecho no elimina la posibilidad de que se produzcan nuevos ECV, si puede reducir el riesgo de que se ocasionen.

No hubo diferencias entre los pacientes tratados con evolocumab y los tratados con alirocumab.

791/53. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA CONCILIACIÓN DE MEDICACIÓN DOMICILIARIA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO.

Autores:

Faura Salas, A.¹, Martos Rosa, A.², Aznar García, M.², Castro Vida, M.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente 1º Año Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Poniente. Almería., (2) Fea Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Poniente. Almería.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La conciliación de la medicación es un proceso relevante en la atención sanitaria que busca garantizar la continuidad y seguridad del tratamiento farmacológico a lo largo del proceso asistencial. Este estudio tiene como objetivo analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas durante el acto de conciliación en los ingresos hospitalarios para prevenir errores de medicación y optimizar la farmacoterapia según la situación clínica del paciente en ese momento.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron todas las intervenciones farmacéuticas realizadas de enero a agosto de 2024 durante el acto de conciliación de medicación en pacientes quirúrgicos en un hospital de tercer nivel. Los datos recogidos fueron: número de intervenciones, número de pacientes intervenidos, datos demográficos (sexo y edad), tipos de intervención y medicamentos conciliados.

Las intervenciones analizadas fueron clasificadas dentro de los distintos tipos de discrepancias que requieren aclaración y consideradas como errores de conciliación (EC) según el Documento de Consenso en Terminología y Clasificación de conciliación de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) y el Protocolo Normalizado de Trabajo sobre Conciliación del paciente quirúrgico propio del hospital. Los medicamentos conciliados se agruparon según la guía del grupo RedFastER. Para la obtención y tratamiento de datos se utilizó la Historia de Salud Única, el programa de prescripción electrónica (dominio Farmatools®) y el procesador de datos Excel®.

Resultados

El número de intervenciones registradas fue de 556, con un número total de pacientes de 268 de los cuales 156 fueron hombres (58%). La media de edad fue de 71,45 años (SD±12,68).

El 77% de las intervenciones fueron inicios de medicación, el 10% cambio de dosis, el 6% suspensión de medicamento, el 4% sustitución farmacológica, el 2% cambio de secuencia horaria y el 1% cambio de vía de administración y/o cambio de pauta. Estas intervenciones se clasificaron como discrepancias de omisión de medicamento y prescripción incompleta (77%), diferente dosis, vía o pauta de un medicamento (13%) y medicamento equivocado y discrepancia de comisión (10%).

Los grupos de medicamentos implicados en la conciliación se distribuyeron en: terapia cardiovascular 40% (219), fármacos sobre el sistema nervioso central 21% (115), terapia antitrombótica 11% (60), terapia antidiabética 8% (45), terapia respiratoria 3% (18), terapia digestiva 3% (17), terapia tiroidea 3% (17), terapia para la próstata 2% (9) y otros 10% (52).

Conclusiones

El análisis de las intervenciones farmacéuticas derivadas de la conciliación, ha puesto de manifiesto la relevancia de este proceso para la seguridad y efectividad del tratamiento farmacológico habitual, especialmente en pacientes de edad avanzada con patologías crónicas. La mayoría de errores de conciliación, como omisiones de medicación y discrepancias posológicas, se concentraron en los tratamientos de patologías cardiovasculares y trastornos neurológicos, sugiriendo que estos pacientes a menudo no reciben correctamente su medicación crónica domiciliar durante el ingreso hospitalario. Estos hallazgos subrayan la importancia del farmacéutico en la mejora y desarrollo del proceso de conciliación a fin de asegurar la continuidad y seguridad del tratamiento, previniendo errores y optimizando la atención al paciente.

791/56. INFLUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL AISLADA SOBRE LOS PACIENTES QUE PARTICIPARON EN LA CELEBRACIÓN DE LAS JORNADAS DE LA "CARPA DE LA SALUD" EN CUATRO PUNTOS DE LA PROVINCIA DE ALMERÍA.

Autores:

González Ruiz, P.¹, Reche Alonso, P.², Martín Soto, M.³, Jorge Belmonte, M.⁴, Mirón Rosales, F.⁵, Esteban Villegas, M.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Farmacia La Gloria - Aguadulce - Roquetas De Mar - Almería, (2) Secretaria - Colegio Oficial De Farmacéuticos De Almería, (3) Farmacéutica Adjunta - Farmacia Francisco Martín Peña -, (4) Farmacéutico Adjunto - Farmacia M^a Elisa Belmonte Mena - Vera - Almería, (5) Farmacéutico Titular - Albox - Almería, (6) Farmacéutica Titular - Vócar - Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

En este estudio se midieron varios parámetros de salud a los participantes, con equipos validados e instalados bajo una estructura metálica desmontable "a pie de calle". Las determinaciones se llevaron a cabo en cuatro puntos de la geografía almeriense: El Ejido, Vera, Albox y Almería capital, a lo largo de una jornada de mañana y tarde, en los meses de octubre y noviembre de 2023, y abril y mayo de 2024. Se midió la tensión arterial, junto con otros parámetros complementarios, por parte de farmacéuticos voluntarios adscritos a farmacias de la UTF correspondiente, formados específicamente al respecto, con el objetivo de dar a conocer los resultados a los participantes, para mejorar el estado de salud de la población.

Métodos

Se empleó una hoja de registro con 40 parámetros, correspondientes a las características del paciente (sexo, edad, altura, hábitos saludables), a los resultados de las pruebas relacionadas con su tensión arterial (PAS, PAD, doble producto y frecuencia cardiaca), perfil lipídico (colesterol total, HDLc, LDLc, TG), composición corporal (peso, grasa, músculo, agua, masa libre de grasa, IMC, PGC, RCC y metabolismo basal), estrés (global, físico, mental, resiliencia, IND fatiga, tipo onda), glucosa (Cobas b 101), osteoporosis, retorno venoso (pierna izquierda y derecha), análisis de piel (hidratación, sebo, FPS) y 7 motivos de derivación al servicio correspondiente.

Resultados

En el estudio participaron más de 200 personas, que conocieron la existencia de esta jornada a través del Ayuntamiento, su farmacia o asociaciones de pacientes. Se realizaron varias derivaciones a urgencias del hospital de referencia más cercano, ya que hubo participantes alcanzaron cifras de PAS superiores a 160 mmHg, así como derivaciones a otros servicios de salud. Los valores de control de músculo y grasa pusieron de manifiesto que el ejercicio de fuerza puede ser una recomendación a tener en cuenta para mejorar el estado de salud en general, así como también podría ayudar a mejorar las cifras de PA de la población.

Conclusiones

Facilitar la realización de mediciones gratuitas en un entorno a "pie de calle", con entrega inmediata de resultados, permite cambiar la percepción del estado de salud de las personas que normalmente no acuden a establecimientos sanitarios, favoreciendo la detección precoz de enfermedades. También facilita la adherencia terapéutica de los pacientes que están en tratamiento y se encuentran pendientes de realizar la próxima visita al especialista. Estas mediciones simultáneas son una forma de vincular la influencia de los valores complementarios sobre las cifras de presión arterial, desde la perspectiva de disminuir los factores de riesgo a través de la cesación tabáquica, dieta saludable, cambio de la composición corporal, reducción del estrés y mejora del retorno venoso. Conocer las cifras plantean una posibilidad de mejora en el paciente, que se motiva para trabajar sobre los factores que pueden disminuir sus valores de PA.

791/71. REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA: PAPEL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN CENTROS SOCIOSANITARIOS.

Autores:

Aguilera Castro, F.¹, Pérez Jiménez Arellano, L.², Aguilera Castro, C.²

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico comunitario. Farmacia Maracena. Granada, (2) Farmacéutica comunitaria. Farmacia Maracena. Granada

Resumen:

Introducción y Objetivos

Algunos pacientes en centros sociosanitarios enfrentan dificultades para tomar medicamentos por vía oral debido a problemas de deglución diagnosticados o percibidos. Aunque existen vías alternativas, como la transdérmica o parenteral, su uso prolongado no siempre es viable en entornos sociosanitarios. Una solución común es la modificación de las formas orales sólidas. No obstante, estas prácticas pueden alterar la absorción y eficacia del medicamento, generando riesgos como toxicidad o fallos terapéuticos. Además, la manipulación de ciertos medicamentos expone a cuidadores y pacientes a inhalación de sustancias nocivas o irritaciones.

La intervención del farmacéutico comunitario en centros sociosanitarios permite identificar aquellos medicamentos no adaptados a pacientes con dificultades de deglución (PDD) y sugerir alternativas adecuadas, considerando factores como las propiedades de los medicamentos o la forma farmacéutica. Su labor también incluye la educación del personal sanitario y de los cuidadores sobre las mejores prácticas para la administración de medicamentos.

El objetivo de este estudio fue evaluar los planes de medicación relacionada con el riesgo cardiovascular (RCV) en pacientes con disfagia en un centro sociosanitario y proponer alternativas adaptadas cuando fue posible.

Métodos

Se revisaron los tratamientos de PDD en un centro residencial atendido por una farmacia comunitaria. Se identificaron aquellos relacionados con el RCV como antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos orales, anticoagulantes, antiagregantes y otros. Para clasificar los tratamientos como adaptados para PDD se utilizó la clasificación establecida en la base de datos BOT Plus. Las posibles alternativas adaptadas se clasificaron en función de si requerían solo la intervención del farmacéutico (cambio de marca), o si necesitaban la revisión de la prescripción médica, o bien si no existía un sustituto adecuado.

Resultados

De los 117 residentes del centro, se revisaron los tratamientos de 35 pacientes con disfagia. Las características de estos pacientes se describen en la Tabla 1. El 80% de estos pacientes recibía medicación relacionada con el

RCV, la cual representaba un 28,8% de los tratamientos que tenían prescritos. Los tratamientos identificados, su clasificación, así como las posibles alternativas se exponen en la Tabla 2.

Solo un 26,6% de los tratamientos para el RCV estaban adaptados a PDD. De los no adaptados, un 66,0% pudieron adaptarse mediante el cambio de la marca del medicamento. Un 25,5% de los tratamientos requerían de una revisión de la prescripción médica, aunque se pudo mantener el tratamiento con dosis equivalentes de los mismos principios activos. Sin embargo, el 8,5% de los tratamientos, principalmente hipoglucemiantes, no contaban con alternativas comerciales viables debido a patentes vigentes.

Conclusiones

A través de la intervención del farmacéutico comunitario, se identificaron y adaptaron los tratamientos relacionados con el RCV en PDD, contribuyendo a mejorar tanto la eficacia como la seguridad de la medicación, y reduciendo el riesgo de complicaciones y errores de administración. BOT Plus puede ser una herramienta adecuada y ágil para identificar medicación no adaptada a PDD, pero en ocasiones se tuvo que recurrir a la información técnica del laboratorio para verificar la adaptación. En la mayoría de los casos fue posible adaptar los tratamientos, pero algunos medicamentos, especialmente hipoglucemiantes, carecen de alternativas adecuadas.

791/76. DESARROLLO DE TRES ASISTENTES GPT ESPECÍFICOS PARA EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN, DOSIFICACIÓN DE FÁRMACOS EN ERC Y DIETAS PARA PROBLEMAS DE SALUD, DISEÑADOS CON LA AYUDA DE CHATGPT.

Autores:

Espejo Guerrero, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Titular. Farmacia José Espejo Guerrero. Adra (Almería)

Resumen:

Introducción y Objetivos

La inteligencia artificial, especialmente los modelos de lenguaje como GPT (Generative Pre-trained Transformer), está transformando la práctica farmacéutica al ofrecer herramientas avanzadas para el soporte en la toma de decisiones clínicas. El objetivo de este trabajo es presentar el desarrollo de tres asistentes GPT específicos, diseñados con la ayuda de ChatGPT, para: 1) el manejo de la hipertensión arterial, 2) la dosificación de fármacos en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y 3) la planificación de dietas en problemas de salud específicos. Estos asistentes buscan mejorar la eficiencia y calidad del servicio farmacéutico, facilitando información basada en evidencia de forma rápida y precisa.

Métodos

Se utilizó ChatGPT para desarrollar los asistentes, entrenándolos con guías clínicas y documentación relevante. Para el asistente de hipertensión, se integraron las "2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension" de Mancia et al. El asistente de dosificación en ERC se basó en el "Algoritmo de tratamiento de la ERC en personas con DM2" de la red GDPS 2024. El asistente de dietas incorporó las "Guías nutricionales para una alimentación saludable" de la OMS y estudios actuales en dietoterapia. Se realizaron pruebas piloto en la farmacia comunitaria para evaluar la precisión y utilidad de los asistentes en situaciones reales.

Resultados

Los tres asistentes GPT demostraron alta eficacia en la provisión de recomendaciones basadas en evidencia. El asistente de hipertensión permitió identificar interacciones medicamentosas y aconsejar sobre ajustes terapéuticos, siguiendo las directrices más recientes de la ESH^[1^]. El asistente para ERC facilitó el ajuste de dosis de medicamentos cardiovasculares en pacientes con DM2 y ERC, siguiendo el algoritmo de la red GDPS^[2^], reduciendo el riesgo de eventos adversos. El asistente de dietas ofreció recomendaciones nutricionales personalizadas, apoyando la educación sanitaria al paciente. La implementación de estos asistentes mejoró la eficiencia en la atención farmacéutica y aumentó la satisfacción de los pacientes.

Conclusiones

La integración de asistentes GPT en la farmacia comunitaria, diseñados con la ayuda de ChatGPT, puede mejorar significativamente la práctica profesional al ofrecer soporte en tiempo real y basado en evidencia actualizada.

Estos asistentes contribuyen a una atención más personalizada y eficiente, optimizando los resultados en salud y fortaleciendo el rol del farmacéutico en el equipo de atención primaria.

Bibliografía

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480.
2. Red GDPS. Algoritmo de tratamiento de la ERC en personas con DM2. Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud; 2024.
3. Organización Mundial de la Salud. Guías nutricionales para una alimentación saludable. OMS; 2020.
4. Pérez-Guisado J. Dietoterapia en enfermedades crónicas: actualización y nuevas tendencias. *Nutr Hosp*. 2021;38(6):1123-1130.

791/77. ¿SON LOS FARMACÉUTICOS SUSTITUIBLES POR UNA INTELIGENCIA ARTIFICIAL?

Autores:

Espejo Guerrero, J.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Comunitario Farmacia José Espejo Guerrero. Adra (Almería)

Resumen:

Introducción y Objetivos

Introducción y Objetivos:

Este trabajo explora el papel de los chatbots inteligentes mediados por inteligencia artificial en la atención farmacéutica, especialmente en la hipertensión y el riesgo cardiovascular. Se analiza si estos sistemas podrían reemplazar la labor de los farmacéuticos en la resolución de dudas de pacientes y ciudadanos. Además, se evalúa el potencial de otro chatbot diseñado para asesorar en el uso de productos de parafarmacia, como dermocosmética, dietética y probióticos. El objetivo es determinar si la inteligencia artificial puede asumir el papel del farmacéutico o si es necesario mantener una intervención humana.

Métodos

Métodos:

Se desarrollaron y entrenaron dos chatbots basados en IA: uno para responder preguntas sobre hipertensión y riesgo cardiovascular, y otro enfocado en asesorar sobre parafarmacia. Se propone evaluar la efectividad de ambos sistemas mediante encuestas a usuarios que interactúen con los chatbots, valorando la claridad de las respuestas, el nivel de confianza generado y la intención de seguir las recomendaciones.

Resultados

Resultados esperados:

Se espera que el chatbot sobre hipertensión pueda proporcionar respuestas precisas a la mayoría de las consultas, generando un nivel de confianza aceptable en los usuarios. En cuanto al chatbot de parafarmacia, se prevé que pueda ofrecer recomendaciones claras sobre el uso de probióticos y productos dermocosméticos, aunque es posible que algunos usuarios prefieran la orientación directa de un farmacéutico en situaciones más complejas.

Conclusiones

Conclusiones:

. Los chatbots inteligentes presentan un gran potencial para asistir a los farmacéuticos en la atención al paciente, pero a menudo es necesaria la intervención humana, especialmente en situaciones complejas que requieren un juicio clínico o un enfoque personalizado. La inteligencia artificial puede complementar, pero no reemplazar, el papel fundamental del farmacéutico en la educación sobre salud y la toma de decisiones terapéuticas.

Comentario final:

La tecnología basada en IA puede ser una herramienta poderosa para mejorar la eficiencia en la atención farmacéutica, pero la empatía y el juicio profesional del farmacéutico son insustituibles. Este equilibrio entre tecnología y humanidad debe ser el enfoque para el futuro de la atención sanitaria.

791/81. MAPAFARMA COMO HERRAMIENTA DE REFUERZO POSITIVO.

Autores:

Hoys García, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico adjunto, Farmacia García-Xarrié Ramirez CV, Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Resumen:

Descripción del caso

Realización de una serie de estudios MAPA por sospechas de tratamiento inadecuado en un paciente cardiópata a propuesta de su médico de atención primaria (MAP) como método de análisis de la salud basal del paciente y posterior toma de decisiones sobre su tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias

- A fecha 19/7/23: Paciente varón de 52 años, 113 kg y 170 cm de estatura. IMC de 39.1 (obesidad de grado 2).
- Bebedor ocasional y fumador habitual de media cajetilla diaria.
- Actividad física sedentaria. Alimentación "normal".
- No refiere alergias.
- Presenta apnea severa tratada con CPAP a máximo flujo e insuficiencia mitral con dilatación ventricular y de aurícula izquierda. Toma Candesartan 8mg de forma aislada.

Se coloca el holter del fabricante Microlife, modelo Watch BP O3, en el brazo derecho ya que es zurdo y se establecen los umbrales de presión arterial en 135/85 durante el día y 120/70 durante la noche, 130/80 en 24h como se establece en el documento del PNT de MAPafarma. Se explica al paciente que no debe manipularlo salvo casos imprescindibles (y como debe hacerlo) y que no debe dormir siesta ya que se verían afectadas las medias diurnas y de 24h. Se realiza la toma inicial de TA (119/80 65lpm).

RESUMEN MAPA: Hipertensión aislada diurna y sostenida nocturna. Patron NO-DIPPER. Sin fibrilaciones.

Seguimiento 1:

La primera revisión se realiza el 7 de septiembre de 2023.

- Reducción de peso de 113 a 92 kg (31,83 IMC)
- Paciente ha comenzado la deshabituación tabáquica (cesó de fumar el 1 de agosto de 2023 tras una bajada paulatina) y ha eliminado de su dieta el alcohol.
- Realiza ejercicio físico regular según su capacidad.
- Ha sufrido una cirugía reparadora de válvula cardíaca en la que sufrió riesgo de muerte por coagulopatía durante la operación.
- Ha visitado al neumólogo en la primera semana de septiembre y le ha retirado el CPAP tras repetir pruebas de sueño y descartar la apnea.

RESUMEN MAPA: Normotenso diurno, nocturno y 24h. Patron Dipper. Sin fibrilaciones.

Seguimiento 2:

Se propone al paciente que valore con su MAP un nuevo estudio MAPA tras seis meses del primero.

El paciente a fecha 9 de enero de 2024, presenta:

- Reducción de peso a 88 kg (30,44 IMC).
- Mantiene dieta pautada por su MAP y ha aumentado progresivamente el ejercicio físico.
- Se observa un aumento de la masa muscular del paciente y una reducción de su grasa abdominal.
- Continúa desarrollando la cesación tabáquica y no consume alcohol.
- Actualmente no tiene medicación prescrita.
- No refiere problemas que puedan sugerir apnea del sueño.

Juicio clínico

HTA diurna aislada (principalmente en la mañana) y HTA nocturna sostenida posiblemente agravada por el CPAP.

Comentario final

El servicio de MAPafarma es una herramienta potentísima.

Nos ha permitido establecer una relación médico-paciente-farmacia que ha hecho que un paciente reticente y desconfiado se abra y nos permita ayudarlo colaborativamente al hacer que las decisiones médicas estén apoyadas en datos aportados desde la farmacia y que la intervención protocolizada y registrada en la farmacia tenga un sentido claro dentro de los procesos del médico.

Es fundamental desarrollar este servicio de forma coordinada pues dar potencia a los mensajes sanitarios al reforzarnos entre los distintos niveles asistenciales.

Bibliografía

1. Penín O, Villasuso B, Domenech M, Moyá A, Torras J, Peña MJ, et al. *Guía para el abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario en el ámbito de la atención primaria: documento de consenso multidisciplinar*. Madrid: SEFAC; 2022.
2. CACOF. (2023). MAPAfarma®, *Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial*. [Página web]. Recuperado el 11 de marzo de 2024, de <https://www.cacof.es/mapafarma-monitorizacion-ambulatoria-de-la-presion-arterial/>
3. *Foro de Atención Farmacéutica-Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024 de GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital.pdf (farmaceuticos.com). Último acceso 14 marzo 2024

791/83. PAPEL DE LA FARMACIA COMUNITARIA EN EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO. CASO CLÍNICO.

Autores:

García Jiménez, E.¹, Morales Bédmar, M.², Afan De Rivera Quesada, B.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmaceutico en Farmacia La Chana. Granada, (2) Farmaceutica comunitaria en Farmacia La Chana. Granada, (3) Farmaceutica Farmacia La Chana. Granada

Resumen:

Descripción del caso

Mujer de 45 años, con IMC 26, acude año 2020, a la farmacia a las 10:30h, indicando que se encuentra con dolor de cabeza que quiere un ibuprofeno. Es una paciente que no usa tratamiento alguno. No hace ejercicio, y son de cultura china en cuanto a la alimentación se refiere. Es una persona activa laboralmente.

En ese momento, se realiza una medición aislada de la presión arterial en la farmacia, encontrándose cifras de presión arterial de: 140/100 mmHg, 78ppm.

Al entrevistarla sobre cómo se encuentra en diferentes horas del día, nos comenta que cuando se altera, le suelen dar dolores de cabeza (señalando nuca y sienes), pero que no siempre ni todos los días a la misma hora, que se toma un dexketoprofeno o ibuprofeno bebible y se le alivia rápido. Le recomendamos monitorización de 24 horas de la presión arterial (MAPA).

Exploración y pruebas complementarias

Exploración y pruebas complementarias año 2020

- Presión Arterial Media 24h (PAS/PAD): 128/91 mmHg.
- Presión Arterial Media periodo de Actividad (Día): 131/95 mmHg (max: 147 (9:50); min: 114 (16:10)).
- Presión Arterial Media periodo de Descanso (Noche): 115/69 mmHg. (max: 141 (6:00); min: 102 (01:45)).
- Pulso medio 24h: 83 pul/min; periodo de Actividad (Día): 103 pul/min; periodo de Descanso (Noche): 61 pul/min.
- Carga de presión arterial 80% diurna /25% nocturna.

Lecturas totales: 55. Lecturas correctas: 95%.

Ritmo circadiano: Sistólica: 12%; Diastólica: 27,7%. Paciente No Dipper.

Le instauraron clortalidona (1-0-0). 3 años después, realizamos nueva monitorización 24h de rutina para ver evolución de su hipertensión y efectividad del tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias año 2023

- Presión Arterial Media 24h (PAS/PAD): 136/105 mmHg.
- Presión Arterial Media periodo de Actividad (Día): 122/84 mmHg (max: 136 (10:20); min: 110 (07:40)).
- Presión Arterial Media periodo de Descanso (Noche): 111/67 mmHg. (max: 122 (6:15); min: 105 (04:00)).

- Pulso medio 24h: 74 pul/min; periodo de Actividad (Día): 76 pul/min; periodo de Descanso (Noche): 59 pul/min.
- Carga de presión arterial 39% diurna /10% nocturna.

Lecturas totales: 49. Lecturas correctas: 100%.

Ritmo circadiano: Sistólica: 9,3%; Diastólica: 19,7%. Paciente Dipper.

Juicio clínico

La paciente aunque en un medición aislada de la presión arterial podría aparecer controlada, cuando se monitoriza 24h, se observa que presenta valores medios por encima de los recomendados, tras la instauración de tratamiento antihipertensivo, y transcurridos 3 años, la paciente sigue controlada y monitorizada desde la farmacia comunitaria.

En la farmacia comunitaria se detectan multitud casos de "dolor de cabeza", que, si se profundiza un poco en la localización, pueden hacer sospechar de mal control de la presión arterial del paciente.

Comentario final

La cercanía de la farmacia hace que la población acuda a por medicación sin receta con facilidad, el farmacéutico y todo el equipo de la farmacia, pueden sospechar y detectar casos de hipertensos no controlados o no diagnosticados aún, ante una consulta simple de un dolor de cabeza, como fue el caso de esta paciente de 45 años.

La prueba de MAPA 24h en farmacia comunitaria permite identificar estos casos que no serían confirmados con mediciones aisladas. Así mismo, la farmacia comunitaria también permite descargar el seguimiento de estos pacientes de la consulta de atención primaria.

791/98. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Autores:

Jiménez Fernández, C.¹, López Rodríguez, M.², Bueno Ibañez, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes. Almería, (2) Farmacéutica Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes. Almería, (3) Farmacéutico Titular. Farmacia Bueno. Madrid.

Resumen:

Introducción y Objetivos

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de patologías altamente preocupantes en Salud Pública por su elevada mortalidad y por el alto grado de dependencia que originan. No solo se ve afectada la calidad de vida de la población, sino que originan un gran gasto económico. Los diferentes estudios demuestran que es importante incidir en la prevención mediante la adquisición de unos adecuados hábitos de vida que puedan mantenerse en el tiempo. Sin embargo, en muchas ocasiones, esto no es suficiente y será necesario el tratamiento farmacológico para prevenir, evitar o retrasar los efectos de su enfermedad.

El objetivo principal es educar al paciente sobre su patología, tratamiento, evolución, posibles complicaciones, así como los posibles efectos adversos de su medicación, mejorando sus hábitos dietéticos y su estilo de vida.

Métodos

Se trata de un estudio manipulativo. Cuantitativo: descriptivo, experimental-preexperimental. Cualitativo: tipo epidemiológico, transversal, analítico. La muestra son pacientes que acuden a la oficina de farmacia de Ohanes, cumplen los requisitos exigidos y han querido participar en el programa de educación sanitaria para pacientes con ECV.

Los participantes del programa tenían diagnosticada ECV o alto riesgo cardiovascular y estaban recibiendo tratamiento farmacológico. Todos los pacientes que cumplían con los requisitos fueron invitados a formar parte del estudio y aceptaron firmar un consentimiento informado. De todos ellos se seleccionaron 25 pacientes.

Resultados

El grado de conocimiento de los pacientes respecto a su tratamiento fue considerablemente mejorado en los pacientes que participaron en el programa.

En el grupo, la totalidad de los pacientes mejoró en los parámetros evaluados, siendo: frecuencia, vía de administración, e indicación farmacológica, parámetros que todos los participantes conocían perfectamente al finalizar el programa.

Al inicio del estudio, 22 de los pacientes (88 %) se encontraban en un nivel bajo o regular de conocimiento, al finalizar, 24 pacientes (96 %), se encontraban entre el nivel regular y bueno de conocimiento. De este dato se desprende la efectividad del programa comprobándose la eficiencia de éste respecto al grado de conocimiento referente a su tratamiento.

20 de los pacientes (80 %), aumentó su puntuación respecto al conocimiento del uso de medicamentos.

Conclusiones

Los estudios demuestran que existe una relación directa entre la puesta en marcha de programas para la detección, educación, prevención y tratamiento de estas enfermedades, con un descenso del riesgo de padecer ECV. Este dato, ya conocido, se ha corroborado con este trabajo. La puesta en marcha de este programa, ha mejorado, en un tiempo reducido, el grado de conocimiento que estos pacientes tienen respecto a su enfermedad, así como: niveles de PA, hábitos higiénico dietéticos y actividad física. Hemos actuado positivamente sobre los pacientes con ECV mejorando su calidad de vida.

791/99. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Autores:

Jiménez Fernández, C.¹, López Rodríguez, M.², Bueno Ibañez, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes. Almería, (2) Farmacéutica Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes Almería, (3) Farmacéutico Titular. Farmacia Bueno. Madrid

Resumen:

Introducción y Objetivos

Dentro de la definición de enfermedades cardiovasculares (ECV) encontramos todas aquellas que afectan al corazón, pero también y no menos importantes las que aquejan a todos los vasos sanguíneos. Este conjunto de patologías es determinante tanto en países en vías de desarrollo, como en aquellos países considerados desarrollados.

El objetivo principal es prevenir o mejorar, a través de la detección y control de los factores de riesgo, las enfermedades cardiovasculares, así como demostrar la importancia de la Atención Farmacéutica para el tratamiento y seguimiento de este tipo de pacientes. Con todo ello pretendemos evitar o ralentizar la evolución de su enfermedad y como fin último mejorar su calidad de vida.

Métodos

Se ha diseñado un programa de Atención Farmacéutica (AF) dirigido a pacientes del municipio de Ohanes que acuden a la oficina de farmacia y padecen una ECV. La finalidad es educar sobre su enfermedad y tratamiento, pero fundamentalmente educar y poner en valor aquellos hábitos de vida saludables que puedan contribuir a prevenir, mitigar e intentar resolver los problemas o posibles complicaciones de la aparición de estas ECV. Por lo tanto, actuaremos sobre aquellos parámetros que pueden ser modificados. Haremos medidas de la presión arterial.

Mediremos y actuaremos sobre sus hábitos dietéticos y fomentaremos una alimentación sana poniendo en valor la dieta mediterránea, haremos hincapié en la importancia de realizar actividad física adecuada al paciente y por supuesto desarrollaremos una campaña para evitar o reducir el consumo de alcohol y tabaco. El estudio se realizó en la farmacia de Ohanes, participando pacientes que cumplieran con los criterios previamente establecidos.

Resultados

Los resultados obtenidos demuestran que el programa de atención farmacéutica integral del paciente con enfermedad cardiovascular logró cumplir el objetivo general y los objetivos específicos propuestos. En el grupo, la totalidad de los pacientes mejoró en alguno de los parámetros evaluados.

Se han seleccionado para el presente trabajo: consumo de cigarrillos, ingesta de alcohol, toma de café, realiza o no dieta y la actividad física.

Puede observarse que al finalizar el programa: el 20% de los pacientes dejaron de fumar; el 24% de los pacientes dejó el consumo de alcohol; abandonaron la ingesta de café el 24% de los pacientes; el 48% de los pacientes mejoraron su dieta; y el 60% de los pacientes mejoraron su actividad física.

Conclusiones

La implantación del presente programa de educación ha provocado diferencias significativas entre los valores iniciales que se han recogido de los pacientes y los que obtuvimos una vez concluido el estudio, produciéndose una mejoría en los parámetros analizados.

No debemos olvidar en ningún momento que todos estos datos se han recabado mediante encuestas de autopercepción por lo que se basan en la opinión personal del paciente y en ningún caso un dato objetivo sustenta estos resultados.

791/100. ESTUDIO EN LA ALPUJARRA ALMERIENSE DEL CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Autores:

López Rodríguez, M.¹, Jiménez Fernández, C.², Bueno Ibañez, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes. Almería, (2) Farmacéutico Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes Almería, (3) Farmacéutico Titular. Farmacia Bueno. Madrid

Resumen:

Introducción y Objetivos

Para el adecuado tratamiento de la HTA es necesario que el paciente adquiera el control sobre su enfermedad y para ello necesita disponer de los conocimientos necesarios que lo capaciten para manifestarse como un "paciente activo" o lo que es lo mismo: conoce y se preocupa de su enfermedad, controla la evolución de su patología y participa en la toma de decisiones terapéuticas junto a los profesionales sanitarios.

Solo es posible este empoderamiento si el nivel educativo de la población así lo permite y se le habilita el acceso a una información veraz y adecuada.

Una de las competencias del farmacéutico comunitario es la promoción y prevención de la salud mediante actividades de educación sanitaria que repercutan en una mejor calidad de vida de la población.

El objetivo último es proporcionar al paciente educación higiénico-dietética óptima que conlleve a la adquisición de estilos de vida saludables que mejoren su enfermedad.

Métodos

Realizamos un programa cuantitativo y cualitativo. De tipo: epidemiológico, transversal, prospectivo, analítico, manipulativo pre-experimental, diseñado para un grupo de pacientes que se evalúan y analizan antes de la intervención y al concluir ésta. El trabajo de investigación consta de dos partes: realización de talleres de educación grupal, durante las primeras 4 semanas y un trabajo personal por parte de cada participante durante cinco meses.

Resultados

La mayoría de los pacientes afirmaban tener conocimiento de lo qué es la HTA (64%). Solo un 36% se manifestaba incapaz de definirla. Por las encuestas pudimos confirmar que a pesar de decir conocer la patología presentaban muchas lagunas y errores que podían subsanarse con una adecuada educación.

En cuanto al carácter crónico de la hipertensión, una gran mayoría decían ser conocedores de este hecho (72%). El 20% de los pacientes negaron la cronicidad y el 8% no sabían contestar a la pregunta.

Todos los pacientes estaban diagnosticados de hipertensión arterial hacía más de un año y con tratamiento desde entonces por lo que no había duda de la cronicidad de la misma.

De los pacientes que aseguraban conocer la enfermedad, la gran mayoría era capaz de definir valores a partir de los que se considera HTA elevada (80%). El resto manifestaba dudas y en ocasiones daban cifras erróneas.

La gran mayoría se tomaba la tensión ocasionalmente utilizando esfigomanómetros de brazo (96%), bien en su casa o en la farmacia.

Conclusiones

El programa consigue reforzar los conocimientos de los pacientes en cuanto a la HTA y valorar la importancia del control de factores de riesgo asociados. La mayoría de los pacientes son conscientes al finalizar el programa de la importancia de consumir una dieta equilibrada (como la Mediterránea), aumentar su actividad física y abandonar el consumo de tabaco. Esto confirma la importancia de la intervención educativa en el tratamiento de esta enfermedad.

791/101. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS EN LA ALPUJARRA ALMERIENSE.

Autores:

López Rodríguez, M.¹, Jiménez Fernández, C.², Bueno Ibañez, T.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutica Titular, (2) Farmacéutico Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes Almería, (3) Farmacéutico Titular. Farmacia Bueno. Madrid

Resumen:

Introducción y Objetivos

Los últimos estudios demográficos arrojan cifras significativas del envejecimiento de la población. Indicadores como la esperanza de vida se ven aumentados, lo que conlleva irremediablemente a un aumento de la aparición de enfermedades crónicas, así como su mayor durabilidad en el tiempo. La población muestra del estudio presenta una exacerbación de esta tendencia. Dado que la edad constituye un factor determinante en la prevalencia de esta enfermedad, el número de personas mayores hipertensas es muy relevante.

El objetivo principal del estudio es mejorar la morbimortalidad asociada a las cifras elevadas de presión arterial sanguínea de pacientes diagnosticados de hipertensión. Nuestra población diana son enfermos hipertensos del municipio de Ohanes con una edad de 35 a 75 años y que en la actualidad son usuarios de medicamentos antihipertensivos prescritos por su médico de atención primaria. La intervención pretende disminuir el consabido riesgo cardiovascular asociado y mejorar la calidad de vida.

Métodos

La metodología conduce a estrategias tanto cualitativas como cuantitativas. La información la obtendremos mediante entrevista personal realizada al principio del estudio, datos antropométricos y encuestas realizadas. Se obtendrá información adicional a través de la toma de datos periódicos y el trabajo personal de cada paciente.

El primer día el farmacéutico realiza la valoración del paciente, entre ambos proyectan los objetivos a conseguir y planifican las actividades a realizar. Se realizarán preguntas que hacen referencia a variables sociodemográficas, costumbres alimenticias y hábitos de vida que el paciente manifiesta tener a lo largo del tiempo que dura el estudio. Al finalizar se le volverá a preguntar sobre sus hábitos alimenticios, hábitos de vida, su fidelidad al tratamiento y los posibles motivos por los que ha conseguido lograr una mejor calidad de vida o no.

Resultados

Este programa se ha desarrollado sobre una muestra total de 25 pacientes diagnosticados de HTA, 9 (36 %) son hombres y 16 (64 %) son mujeres.

La edad de los pacientes presenta un valor medio de 63.4 años (desviación típica 8.73 y mediana 65 años). La edad media de los hombres es más elevada que la de mujeres, pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

La mayoría de los pacientes dicen tener antecedentes familiares de HTA: 18 (72 %); el resto 7 (28 %) manifiestan que no existen o no los recuerdan.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes, al terminar el estudio son conscientes, al menos parcialmente, de las complicaciones derivadas de una enfermedad mal controlada y tratada. Esto incide en su mayor autocontrol y en la mayor adherencia a la medicación prescrita. Merced a los resultados, debemos incidir más en aquellas complicaciones derivadas de una HTA mantenida en el tiempo.

791/102. GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE QUE ACUDE A LA OFICINA DE FARMACIA PARA LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS.

Autores:

Bueno Ibañez, T.¹, Jiménez Fernández, C.², López Rodríguez, M.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Titular. Farmacia Bueno. Madrid, (2) Farmacéutico Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes Almería, (3) Farmacéutica Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes Almería

Resumen:**Introducción y Objetivos**

La HTA se ha convertido en una enfermedad crónica que produce un gran número de consultas en atención primaria. Se trata de una enfermedad invisible que en la mayoría de los casos pasa desapercibida para el paciente. Al cabo del tiempo la persona hipertensa aprende a reconocer los síntomas que pueden indicarles que padece hipertensión. Este hecho hace que, aproximadamente la mitad de los casos de hipertensión, no estén diagnosticados correctamente y que este tipo de enfermos se encuentren sin tratamiento farmacológico con el consiguiente riesgo para su salud.

El objetivo es analizar y evaluar el grado de conocimiento y uso de fármacos antihipertensivos que tienen los pacientes que acuden a nuestras oficinas de farmacia.

Métodos

Se ha realizado un estudio transversal cuya población ha sido sujetos que acuden a nuestras oficinas de farmacia a retirar su medicación.

Tamaño muestral: 192 personas, mayores de edad. La muestra se ha seleccionado incluyendo las dos primeras personas cada día, con tratamiento antihipertensivo, que han accedido a participar en el estudio. El período de estudio fue entre julio y agosto de 2023. Se desarrolló una encuesta en la que se incluyeron diferentes ítems para evaluar el nivel de conocimiento, uso y consumo de este tipo de fármacos en el momento de la encuesta y sin realizar ningún tipo de intervención educativa ni de formación. El tratamiento estadístico se realizó con el programa Microsoft Excel 2016.

Resultados

Distribución por edad: el grupo que más ha contribuido a la encuesta han sido personas mayores de 60 años (49.58%) y entre 31 y 43 años (36.04%), este dato es obvio dado que la población mayoritaria que acude a las oficinas de farmacia es mayor o de mediana edad.

Respecto al nivel de conocimiento, el 85,62% manifiesta conocerlos, aunque tienen dudas respecto del uso, posología o aplicación de los mismos. Se infiere un grado de desconocimiento en la población, lo que nos debe servir de estímulo para favorecer su conocimiento y uso responsable.

Conclusiones

El paciente en ocasiones tiene un gran desconocimiento acerca del tratamiento de su enfermedad y concretamente de los medicamentos que consume. En ese momento la Farmacia Comunitaria se convierte en el lugar idóneo para la educación y formación dado que es un lugar accesible donde siempre hay un profesional de la salud, convirtiéndose en un lugar óptimo para hacer campañas de educación, prevención y concienciación sanitaria a la población.

Los medicamentos antihipertensivos, son un grupo muy amplio, cuya indicación, uso o modo de empleo no son totalmente conocidos por los pacientes.

Se trata de un grupo de medicamentos que se dispensan con una gran frecuencia y hemos detectado que en ocasiones son consumidos de un modo arbitrario y sin seguir la prescripción médica.

791/103. EL FACTOR OBESIDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS: ESTUDIO TRANSVERSAL.

Autores:

Bueno Ibañez, T.¹, López Rodríguez, M.², Jiménez Fernández, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Farmacéutico Titular. Farmacia Bueno. Madrid, (2) Farmacéutica Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes Almería, (3) Farmacéutico Titular. Farmacia Jiménez López. Ohanes Almería

Resumen:**Introducción y Objetivos**

La prevalencia de enfermedad hipertensiva en España ha ido aumentando a lo largo del tiempo. Esta es mayor cuanto mayor es la edad, se instaura en muchas personas de edad avanzada y con antecedentes familiares de HTA, estando íntimamente relacionada con la obesidad.

El objetivo de este estudio es analizar y evaluar, el Índice de Quetelec y perímetro abdominal que tienen los pacientes que acuden a nuestras oficinas de farmacia, aceptando voluntariamente participar en el programa que dará lugar a este estudio, para ver la incidencia de la obesidad en nuestros pacientes con hipertensión arterial.

Métodos

Se ha realizado un estudio transversal cuya población ha sido sujetos que acuden sin un motivo específico a nuestras oficinas de farmacia y que están diagnosticados de hipertensión arterial.

El tamaño muestral fue de 192 personas, mayores de edad. La muestra se ha seleccionado incluyendo las dos primeras personas que han accedido cada día, de lunes a sábado, a participar en el estudio, diagnosticadas con hipertensión.

El período en el cual se llevó a cabo el estudio fue entre julio y agosto de 2023. Se midió la altura (en cm), peso (en kg) y perímetro abdominal (en cm), así como sexo y edad de los pacientes.

El tratamiento estadístico se realizó con el programa Microsoft Excel 2016.

Resultados

Participaron en el estudio un mayor número de mujeres que de hombres, esto podría deberse a que a la farmacia acuden mayor número de mujeres que de hombres y éstas accedieron a participar en estudio.

Distribución por edad: el grupo que más ha contribuido a la encuesta han sido personas mayores de 60 años (49.58%) y entre 31 y 43 años (36.04%), este dato es obvio dado que la población mayoritaria que acude a las oficinas de farmacia es mayor o de mediana edad.

Respecto a la distribución del Índice de Quetelec, el 41.67 % presentaban sobrepeso y el 20.83 % obesidad. El perímetro abdominal (Medida \pm DS en cm) fue en hombres $102,4 \pm 13,36$ y en mujeres $89,31 \pm 11,24$.

Conclusiones

El estudio tiene la limitación del número de pacientes, aun así, estos datos nos sirven de punto de partida para diseñar planes de educación sanitaria que tengan como objetivo la prevención y promoción de la salud en este tipo de pacientes, tomando como premisa la prevención y tratamiento de la obesidad.

El farmacéutico comunitario es el profesional sanitario más asequible para la población, dada la proximidad y accesibilidad de las propias oficinas de farmacia, sirviendo como instrumento para dar respuesta a este tipo de enfermos, en colaboración con el resto de profesionales sanitarios y siempre con el paciente en el centro de la asistencia sanitaria.

Revista Riesgo Cardiovascular

Comunicaciones Enfermería

32º Congreso Médico SAHTA

Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial

791/6. ¿PRESENTAN LAS PERSONAS DE RAZA NEGRA MAYOR RIESGO DE HTA?

Autores:

López Sánchez, T.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de 1º año de enfermería familiar y comunitaria. CS San Isidro de Níjar. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica de origen multifactorial definida como una elevación persistente de la presión arterial (PA) definida por una presión arterial sistólica (PAS) $> 0 = a$ 140mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) $> 0 = a$ 90mmHg. Esta patología que presenta en España una prevalencia de entre 33%-43% en la edad adulta y que aumenta con el envejecimiento, siendo mayor a un 60% en personas de más de 65 años, es un importante factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. La prevalencia en el continente africano, sin embargo, supera el 46% en la edad adulta, siendo la más alta del mundo.

Teniendo en cuenta el alto flujo de inmigración africana en España cabe preguntarse, por tanto, si la raza puede ser un factor de riesgo para esta patología para poder tenerlo en cuenta desde las consultas de atención primaria y así poder cribarlo y abordarlo precozmente.

Los objetivos de este estudio buscan responder a si la raza es determinante de riesgo o no para la HTA. De resultar ser un factor relacionado, explicar la fisiopatología de esta relación e informar acerca de qué tratamientos son más efectivos en los pacientes de raza negra.

Métodos

Se ha realizado un estudio explicativo mediante una búsqueda bibliográfica en buscadores como Google académico, la web del Ministerio de Sanidad, Scielo y Medline entre otras. Las palabras clave utilizadas en los buscadores fueron "hipertensión arterial" "raza negra" y "antihipertensivos". El estudio se ha realizado durante los meses de Julio y Agosto, mediante la consulta de dichas bases de datos, leyendo y valorando la importancia de diferentes estudios acerca de su utilidad para el análisis del estudio. Los estudios seleccionados fueron publicados en los últimos 10 años.

Resultados

La HTA tiene mayor prevalencia en la raza negra, que se asocia a una mayor morbimortalidad y suele ser de difícil manejo. La fisiopatología de la HTA en este grupo de pacientes es de carácter multifactorial. Se ha descrito cierta predisposición genética relacionada con los canales de sodio y una menor síntesis y secreción de sustancias vasodilatadoras, como los péptidos natriuréticos, así como otros mecanismos relacionados como la ausencia del descenso nocturno de PA, el aumento de la sensibilidad a la sal y la hiperactivación del sistema renina-angiotensina-aldosterona con mayores niveles de aldosterona. Con respecto al tratamiento, se necesitan dosis más elevadas de antihipertensivos en pacientes de raza negra para alcanzar los objetivos de control, sin embargo, no hay evidencia de diferencias entre fármacos en la disminución de la morbimortalidad con independencia del descenso de la PA.

Conclusiones

Debido a los cambios demográficos ya comentados anteriormente, esto derivará en una problemática de salud pública por lo que es importante actualizar los registros epidemiológicos sobre HTA y explorar su patogenia, complicaciones y tratamientos para así poder abordarlo adecuadamente.

791/8. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN LOS PRIMEROS 1000 DÍAS DE VIDA.

Autores:

Galera García, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera de Pediatría. Centro de Salud Oliveros. Almería

Resumen:**Introducción y Objetivos**

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal acompañado de manifestaciones metabólicas, físicas y psíquicas. La obesidad es el problema nutricional más frecuente en los países industrializados. Los síndromes genéticos y/o endocrinológicos representan solo el 1% de la obesidad infantil, correspondiendo el 99% restante al concepto de obesidad nutricional, simple o exógena.

La obesidad puede provocar un aumento del riesgo de diabetes de tipo 2 y cardiopatías, puede afectar la salud ósea y la reproducción y aumenta el riesgo de que aparezcan determinados tipos de cáncer. La obesidad influye en aspectos de la calidad de vida como el sueño o el movimiento.

La realización de la prevención del sobrepeso, y la obesidad en los primeros 1000 días contribuirá a tener niños y adultos con menos posibilidades de sufrir las afecciones derivadas de dicho estado. Las consultas de pediatría y de enfermería pediátrica son el mejor escenario para abordar esta nueva pandemia que es el aumento de la obesidad infantil.

Objetivo general:

Disponer de recursos, estrategias y habilidades para el control clínico y comunitario de la obesidad infantil atendiendo a las necesidades específicas de los diferentes subgrupos poblacionales.

Objetivo específico:

Definir las intervenciones a desarrollar en la consulta de enfermería pediátrica en los 1000 primeros días de vida.

Métodos

Se realiza revisión bibliográfica en las distintas bases de datos. Se seleccionan artículos relacionados con la obesidad infantil, alimentación, y la actividad física. Se elaboran sesiones clínicas para padres y madres, y documentos en soporte papel para promocionar la salud en los primeros 1000 días de vida. Elaboración de marca páginas para promover la actividad física.

Resultados

Lo que afecta a nuestra población infantil son algunos de los factores dietéticos que han demostrado contribuir al aumento de la adiposidad en la edad escolar, y la combinación con los hábitos sedentarios. El aumento de la adiposidad se relaciona con un aumento del consumo energético y de grasa, hábitos sedentarios, consumo de azúcares libres, acompañado de poca ingesta de vegetales y poca supervisión de los adultos. En la consulta del niño sano se plantea el abordaje para evitar el exceso de peso en la infancia, indicando dietas equilibradas en nutrientes, introducción de la alimentación complementaria atendiendo a las últimas recomendaciones, prescripción de actividad física, y evitación de conductas insanas (comprar comida elaborada, etc.)

Conclusiones

El aumento actual de la prevalencia de obesidad en nuestro medio en niños y adolescentes se explica por el cambio en los hábitos de actividad física y de alimentación, lo que manifiesta que la realización de actividades de promoción para la salud en alimentación y actividad física es de vital importancia. En la actualidad se realizan intervenciones en las consultas pediátricas y charlas a padres, madres, y abuelos, contando con el aporte de documentación en hábitos de vida saludables.

791/16. EDUCACIÓN SANITARIA EN LA TOMA CORRECTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS.

Autores:

Sos Lluch, A.¹, Serrano Aguilar, F.²

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería., (2) Enfermero. Centro de Salud La Cañada. Almería.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

Introducción:

La toma de tensión arterial es una actividad asistencial en nuestra práctica diaria. En muchas ocasiones se toman cifras de tensión arterial altas o bajas, pero realmente ¿estamos tomándolas correctamente?.

Debemos seguir una serie de pautas para no realizar una toma errónea por los profesionales en el centro sanitario o por los propios pacientes en el domicilio.

Objetivos:

- Educar a la población sobre la forma correcta de la toma de la presión arterial.
- Conciliar al personal sanitario de la importancia de una adecuada toma de la tensión arterial.

Métodos

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una revisión bibliográfica a partir de artículos seleccionados de las principales bases de datos de salud como Pubmed, Cuiden y Cinahl.

La búsqueda fue centrada en términos como "hipertensión arterial", "medición de constantes" y "rol enfermería", seleccionándose los 5 artículos más destacados de los últimos 5 años, por su metodología aceptable y relevancia con los objetivos propuestos.

Resultados

Conclusiones

Resultado y Conclusiones:

Este trabajo ha pretendido revisar el procedimiento correcto de medida de la presión arterial tanto para el paciente como para el personal sanitario, reflejando las pautas más adecuadas para ello.

Unas cifras de presión arterial medidas de forma precisa nos ayudará a tomar decisiones clínicas de forma certera y segura, evitando el sobrediagnóstico y el sobretratamiento.

791/21. CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE TENSIÓN ARTERIAL Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Autores:

Fernández Peinado, M.¹, García Lacambra, D.², Orozco Martin, J.², Espejo Velasco, M.³, Sánchez Martínez, C.⁴, Martín López, C.⁵

Centro de Trabajo:

(1) EIR R2 Enfermería del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), (2) MIR R4 Medicina del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), (3) MIR R4 Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), (4) MIR R4 Medicina del Trabajo. Distrito Sanitario Jaén - Jaén Sur, (5) EIR R1 Enfermería del Trabajo. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte en España. Su diagnóstico y tratamiento es un objetivo básico de salud ya que un buen control de la tensión arterial (TA) reduce la morbimortalidad de la misma.

La principal consecuencia que supone la HTA es una afectación a nivel cardiovascular. En nuestros días existen numerosos parámetros y medidores del riesgo cardiovascular (RCV). Uno de los predictores más fiables es el Índice de Castelli o Índice Aterogénico (IA). Este índice nos puede orientar sobre el RCV de una persona al considerar los niveles de colesterol HDL sobre los de colesterol total. Por tanto, un valor mayor en el IA nos indicaría menor RCV.

- Objetivo principal: estudiar la correlación que pueda existir entre la HTA y el IA.
- Objetivo secundario: conocer el RCV de los trabajadores de un hospital de tercer nivel.

Métodos

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se incluyeron 364 trabajadores de un hospital de tercer nivel, los cuales acudieron al servicio de Salud Laboral para realizar el examen de salud. En ellos, se realizaron diferentes pruebas, entre ellas la toma de la TA. Todo ello fue registrado en el programa Winmedtra. En el contexto de examen de salud, y por parte de Medicina del Trabajo, también se les pidieron analíticas protocolizadas a todos ellos, tomándose de ahí los valores de colesterol (HDL y total) para valorar su RCV. Se realizó estudio estadístico vía SPSS.

Resultados

Tras realizar los estudios estadísticos pertinentes, se pudo comprobar que, de la muestra estudiada, el 52.2% había presentado valores de TA normales en su examen de salud (entorno 110/70 mmHg), mientras que un 11% tuvo valores de HTA (>140/90 mmHg).

Respecto al IA, y en base a sus resultados analíticos y a la clasificación de los valores del mismo según Zubiaga et al. (2016), el 34.9% presentó un riesgo normal de sufrir enfermedades cardiovasculares propias de la edad y del desarrollo. Únicamente un 6.9% mostró el doble de RCV.

A la hora de cruzar ambos parámetros se pudo comprobar que, a mayor TA mayor fue su IA y, por ende, su RCV. Mientras que personas normotensas tendieron a valores de IA bajo, y por tanto, a la mitad de RCV ($p < 0.05$).

Conclusiones

Son muchos los factores y parámetros que afectan a la salud cardiovascular. Con este estudio se ha podido demostrar que, una TA elevada aumenta el RCV de la persona que la sufre, mientras que personas con valores normales de TA tienen la mitad de riesgo de sufrir afecciones cardiovasculares. En otras palabras, la normotensión es un factor protector contra el RCV.

791/23. "HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DEPORTE: UN RAZÓN SALUDABLE".

Autores:

Franco Galera, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria en CS Huércal de Almería (Almería)

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión arterial es una condición común que afecta a millones de personas en todo el mundo. La actividad física regular se ha identificado como un factor clave en la prevención y el manejo de esta enfermedad. Este póster tiene como objetivo explorar cómo el ejercicio puede influir en la presión arterial y promover un estilo de vida saludable.

Métodos

Se realizó una revisión de estudios recientes de los últimos 5 años, en bases de datos como FondoScience, Scielo y GoogleScholar utilizando

términos relacionados con la hipertensión arterial y el deporte, así como actividades de enfermería. Se incluyeron 5 estudios entre los que hay ensayos clínicos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas. Se evaluaron diferentes tipos de ejercicio (aeróbico, resistencia, y entrenamiento de fuerza) y su impacto en la presión arterial.

Resultados

- El ejercicio aeróbico regular puede reducir la presión arterial en reposo en un 5-10 mmHg.
- Los programas de entrenamiento de resistencia también han mostrado beneficios significativos.
- La combinación de diferentes tipos de ejercicio parece ser más efectiva que un solo tipo.

Conclusiones

La actividad física es una herramienta eficaz en el manejo de la hipertensión arterial. Se recomienda que las personas con hipertensión incorporen al menos 150 minutos de ejercicio moderado a la semana, bajo la supervisión de un profesional de la salud.

791/33. SEXUALIDAD EN LAS MUJERES HIPERTENSAS.

Autores:

Sánchez López, G.¹, Navarro Navarro, M.¹, Mellado Martín, R.¹, Martínez Agüero, C.¹, Claudio Delgado, M.², Abad Fernández, I.¹

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera residente, Distrito Poniente, Almería, (2) Residente Ginecología, Hospital de poniente, Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión es un trastorno crónicos que se esta volviendo cada vez más común en nuestro país y en todo el mundo. Suele afectar en el rango de edad de 40-60 años y es más común en mujeres. La hipertensión a largo plazo

provoca diversas afectaciones en el corazón, riñón, ojos, etc. Debido a todos los efectos negativos que tiene sobre diferentes áreas del cuerpo, se ha visto que se puede desarrollar disfunción sexual, consiste en la disfunción de uno o más procesos fisiológicos en las fases de deseo, excitación y/u orgasmo. Es un problema multifactorial ya que puede producirse por problemas vasculares, neurogenicos, hormonales, farmacológicos, musculares, etc.

Con todo esto el objetivo del estudio fue analizar como afecta la hipertensión en la sexualidad de las mujeres hipertensas

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica entre marzo y agosto de 2024 sobre como afecta la hipertensión en la sexualidad de las mujeres utilizando la guía Prisma 2020. Para resolver la pregunta de investigación, se hizo una búsqueda bibliográfica en pubmed. Con la pregunta de investigación planteada, se eligieron los descriptores de búsqueda donde se combinó lenguaje natural y estructurado que fueron: woman, woman (mesh), high blood pressure, hypertension (mesh), sexuality and sexuality (mesh). Se incluyeron los artículos que estaban en español o ingles, publicados en los últimos 5 años, que fueran sobre mujeres hipertensión. Se seleccionaron 10 artículos

Resultados

Los datos han demostrado un 63% de disfunción sexual en mujeres hipertensas en comparación con el 39% de las mujeres normotensas. No se sabe la causa exacta. Se cree que puede ser por los niveles elevados de presión arterial que ocasionan una disminución del flujo sanguíneo de la vagina y el clítoris, por lo que ocasiona una pérdida del musculo liso y el desarrollo del tejido fibroso, que ocasiona una interferencia en la relajación y dilatación, orgasmos menos frecuentes, sequedad vaginal y dispareunia. Otra causa que se ha visto es que los antihipertensivos pueden tener como efecto secundario la disfunción sexual como los betabloqueantes por sus efectos en la inhibición de la adrenalina y noradrenalina que son importantes ya que actúan en la excitación sexual y el orgasmo. En ocasiones se puede ser un poco confuso ya que es un proceso multifactorial (menopausia, envejecimiento, etc.)

Conclusiones

Las mujeres hipertensas experimentan trastornos en el orgasmo, lubricación deteriorada, dolor durante la actividad sexual y libido bajo. También se ha visto afección a la hora de mantener la excitación sexual, disminuyen los pensamientos sexuales. Aunque estos hallazgos ayudan a la hora del tratamiento clínico en mujeres hipertensas, todavía falta investigación ya que hay más estudios centrados en hombres que en mujeres.

791/37. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN Y CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS.

Autores:

Mellado Martín, R.¹, Martínez Agüero, C.², Claudio Delgado, M.³, Abad Fernández, I.², Sánchez López, G.⁴, Navarro Navarro, M.⁴

Centro de Trabajo:

(1) EIR Enfermería Familiar y comunitaria R1, Distrito Poniente, Almería., (2) EIR Enfermería Familiar y Comunitaria R2, Distrito Poniente. Almería., (3) MIR Ginecología R2, Hospital Poniente. Almería., (4) EIR Enfermería Familiar y Comunitaria R1, Distrito poniente. Almería.

Resumen:

Introducción y Objetivos

La hipertensión es un problema de salud pública mundial y una de las principales causas de muerte prevenible, con una prevalencia del 40% en adultos mayores de 25 años, según la OMS, y responsable de 7,5 millones de muertes anuales. Su manejo adecuado, que incluye medicación y cambios en el estilo de vida, es esencial, pero la adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío para muchos pacientes, lo que lleva a complicaciones. Las intervenciones lideradas por enfermeras han demostrado mejorar el control de la presión arterial al ofrecer atención individualizada y un mayor autocontrol del paciente. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de dichas intervenciones en pacientes hipertensos

Métodos

Revisión bibliográfica narrativa: PubMed. Utilización de Guía Prisma 2020.

Estrategia de Búsqueda: Búsqueda combinada con los operadores booleanos AND y OR, utilizando los descriptores basados en el lenguaje libre y palabras MESH.

Métodos de revisión: Lectura de título y resumen, posterior selección en base al objetivo.

Criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos cinco años escritos en inglés y español cuya población de estudio fueran pacientes hipertensos en los que se les aplicó intervenciones dirigidas por enfermeras para el control de la presión arterial.

Palabras clave: hipertensión, cuidados enfermeros, educación para la salud, atención primaria.

Resultados

Se observó que la educación realizada por parte de las enfermeras sobre la alfabetización de la salud y el uso racional de la medicación, el apoyo telefónico y los programas de manejo de la hipertensión lideradas por enfermeras daba como resultado una mejor adherencia al tratamiento y comprensión de la enfermedad, así como en la calidad de vida y control de la presión arterial del paciente, destacado la importancia de la comunicación continua en el manejo de la salud, al igual que las intervenciones realizadas durante las visitas ambulatorias sobre un consumo de alcohol adecuado a su enfermedad, supuso una reducción de la presión arterial de los pacientes. Además, las intervenciones comunitarias resultaron efectivas, donde modelos de gestión de la hipertensión lideradas por enfermeras en una comunidad urbana mostró mejoras en los resultados de salud de los pacientes. En pacientes que padecieron un ictus, tras un seguimiento y atención en casa realizado por parte de enfermería, especialmente en población hispana o afroamericana, se logró una reducción significativa en sus niveles de presión arterial, destacando la importancia de considerar en la atención de los pacientes factores culturales y las necesidades específicas de estas comunidades.

Conclusiones

El papel de la enfermería es fundamental para obtener mejoras significativas en la calidad de vida, en la adherencia al tratamiento y al control de la presión arterial, como resultado de la educación, gestión y apoyo realizado hacia los pacientes.

791/41. EDUCACION SANITARIA PARA DISMINUIR LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES MIELITUS TIPO 2.

Autores:

Navarro Navarro, M.¹, Mellado Martín, R.², Martínez Agüero, C.³, Claudio Delgado, M.⁴, Abad Fernández, I.⁵, Sánchez López, G.⁶

Centro de Trabajo:

(1) Residente De Primer Año De Enfermería Familiar Y Comunitaria. Centro De Salud Roquetas Sur. Almería, (2) Residente 1º año Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de salud Las Norias. Almería, (3) Residente 2º año Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de salud Roquetas Sur. Almería, (4) Residente 2º año de Medicina en Ginecología. Almería, (5) Residente 2º año de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de salud Roquetas Sur. Almería, (6) Residente 1º año de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aguadulce Sur. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

INTRODUCCIÓN:

La Diabetes mellitus es una enfermedad crónica metabólica. Se clasifica como un estado de riesgo cardiovascular significativo o severo, en particular para aquellos que han tenido la enfermedad por mucho tiempo, que no mantienen un buen control de la glucosa, o que tienen otras afecciones relacionadas.

En los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el riesgo cardiovascular aumenta de manera considerable, siendo esta la principal causa de mortalidad en este grupo. En España, el diagnóstico de diabetes tipo 2 ha ido en aumento en los últimos años, alcanzando casi el 14% de la población. Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad, es fundamental llevar a cabo un control multifactorial que incluya no solo el uso de fármacos hipoglucemiantes, sino también modificaciones en el estilo de vida, intervención para dejar de fumar, y un manejo adecuado de la presión arterial y los niveles de lípidos en sangre.

OBJETIVOS: Revisar literatura científica disponible en las principales bases de datos que evalúe estrategias e intervenciones de educación sanitaria para reducción los factores de riesgo cardiovascular en dichos pacientes.

Métodos

Se ha realizado una revisión literaria en las principales bases de datos, como PUBMED Y CUIDEN. El tipo de estudio que se consideró fueron Ensayos Clínicos Aleatorizados, Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis. La fecha de

acotamiento fue desde el 2014 hasta la actualidad. El idioma fue en español e inglés. Se utilizó para la conversión a los descriptores DeCS y MeSH y realizando la combinación con los operadores Booleanos (“Heart Disease Risk Factors”[Mesh]) AND (“Diabetes Mellitus, Type 2”[Mesh]) AND (“Health Education”[Mesh]). En Pubmed se encontraron 8 artículos, se utilizaron 5 artículos, para ser sometidos a la lectura crítica según el criterio de inclusión. En Cuiden fueron sometidos a estudio 2 artículos de los 5 que fueron hallados en la búsqueda.

Resultados

En los artículos sometidos a estudios, indican los enormes beneficios que se obtienen al realizar un abordaje integral centrada en buscar estilos de vida saludables, realizando controles periódicos e integrando dicha intervención en el autocontrol del paciente. Considerando como piedra angular de la estrategia la Educación para la salud. Además, aquellas intervenciones que combinan sesiones presenciales con un seguimiento periódico parecen útiles para mejorar el control de la glucemia, los lípidos y controles de presión arterial.

Conclusiones

Las intervenciones de Diabetes Mellitus tipo 2 pueden favorecer un mejor manejo de la enfermedad y potenciar las estrategias de autocuidado. En este estudio destacamos la importancia de priorizar el seguimiento constante junto con intervenciones personalizadas presenciales para mejorar el manejo de la diabetes tipo 2.

791/43. EFECTOS CARDIOVASCULARES DE LA EXPOSICIÓN A RADÓN.

Autores:

Abad Fernández, I.¹, Sánchez López, G.², Navarro Navarro, M.³, Mellado Martín, R.⁴, Martínez Agüero, C.⁵, Claudio Delgado, M.⁶

Centro de Trabajo:

(1) R2 Enfermería Familiar y Comunitaria de Distrito Poniente. C.S. Roquetas Sur. Almería, (2) R1 Enfermería Familiar y Comunitaria Distrito Poniente. C.S. el Ejido. Almería, (3) R1 Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Roquetas Sur. Almería, (4) R1 Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. El Ejido. Almería, (5) R2 Enfermería Familiar y Comunitaria. C.S. Roquetas Sur. Almería, (6) R2 Medicina Ginecología y Obstetricia. Hospital Poniente. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

El radón es un gas radiactivo inodoro e invisible que emana naturalmente del suelo terrestre en determinadas regiones de la península Ibérica por desintegración del uranio, y se acumula en el aire de espacios interiores donde, por exposición prolongada en el tiempo, puede generar problemas de salud en las personas que los habitan. Si bien el motivo por el que más se estudia el radón es por su relación con el cáncer de pulmón (al ser la primera causa de la enfermedad en no fumadores), cada vez hay más estudios que evidencian el vínculo de la exposición a radiación de bajo grado por la contaminación del aire con patologías cardiovasculares. Esta revisión bibliográfica pretende reunir la evidencia sobre este problema de salud pública.

Métodos

Revisión bibliográfica: Búsqueda en PubMed, con utilización de la Guía Prisma 2020.

Estrategia de Búsqueda: Selección de descriptores de salud adecuados basados en el DeCS y combinación con operadores booleanos (AND/OR/NOT).

Método de Revisión: Lectura de título y resumen, posterior selección en base al objetivo.

Criterios de inclusión: revisiones sistemáticas y bibliográficas, artículos de metodología cuantitativa/cualitativa y monografías sobre la relación entre el radón y las enfermedades cardiovasculares en español e inglés de los últimos 8 años.

Palabras clave: radon, cardiovascular, heart stroke, hipertension.

Resultados

Si bien está ampliamente aceptado entre la comunidad científica que la contaminación del aire por partículas (especialmente las de menos de 2,5 micras) produce efectos cardiovasculares perniciosos sin conocerse del todo la etiopatogenia, estudios recientes sugieren que es debido a que estas partículas actúan como vectores de los radionucleidos emitidos por el subsuelo, y que al ser inhalados, entran al torrente sanguíneo por intercambio gaseoso y promueven estrés oxidativo e inflamación (relación positiva con biomarcadores: PCR, ICAM-1, VCAM-1) que deriva en daños sobre la estructura vascular y aumento del riesgo de trombosis. Se han observado efectos a corto plazo de la exposición de bajo grado a radionucleidos sobre la PA (+2.95mm Hg en PAD y +3.94mm Hg en PAS tras

28 días de exposición); en gestantes, se ha asociado con trastornos hipertensivos del embarazo (especialmente en menores de 20 años). Otros estudios vinculan al radón con mayor riesgo de infarto (incremento del 16%), observándose afectación en mayores de 76 años, no fumadores, y mujeres de mediana y tercera edad (con mayor frecuencia de origen isquémico por cardioembolismo, oclusión de pequeño vaso y aterosclerosis de gran vaso). Por último, se ha comprobado la presencia de radón en el cerebro de personas expuestas, y se ha relacionado también con un mayor riesgo de enfermedad cerebrovascular, con un incremento del 14% del riesgo de ACVA.

Conclusiones

- La exposición al gas radón representa un importante problema de salud pública por su vinculación con varias patologías, entre las que se incluyen cada vez con más evidencia los trastornos cardiovasculares, como HTA, infarto, trastornos hipertensivos en el embarazo, ACVA, etc.
- Es necesario continuar estudiando sobre sus efectos en el organismo y diseñar métodos para minimizar o evitar la exposición de la población a este gas radiactivo.

791/57. EFECTOS DEL EJERCICIO FÍSICO SOBRE HDL-C, LDL-C Y TRIGLICÉRIDOS EN PACIENTES CON HIPERLIPIDEMIA.

Autores:

Martínez Agüero, C.¹, Claudio Delgado, M.², Abad Fernández, I.¹, Mellado Martín, R.¹, Sánchez López, G.¹, Navarro Navarro, M.¹

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera residente 2º año, Distrito Sanitario Poniente de Almería, Almería, (2) Médico residente Ginecología y obstetricia, Hospital Universitario Poniente, Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

Con el desarrollo del nivel social y la mejora del nivel de vida, la estructura dietética de las personas cambia hacia el aumento de alimentos ultraprocesados. El aumento de lípidos en sangre hace que el colesterol invada fácilmente las paredes de los vasos sanguíneos, depositándose y acumulando. Esto conduce a enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

OBJETIVOS:

- Obtener resultados claros y concisos sobre la eficacia del ejercicio físico aeróbico en relación con la disminución de niveles de colesterol HDL, LDL y triglicéridos.

Secundarios:

- Resultados del evolocumab combinado con ejercicio físico en la disminución de HDL-C, LDL-C y TG.
- Resultados de uso de estatinas combinado con ejercicio físico en la disminución de HDL-C, LDL-C y TG.

Métodos

Revisión integradora de artículos empleando as siguientes bases de datos: Pubmed/Medline, Cochrane, Embase y LILACS. Selección de artículos empleando la guía PRISMA 2020.

Ya seleccionados los artículos, se pasa la herramienta CASPE para valorar calidad de los artículos, siendo los 4 artículos aptos para realizar la revisión sistemática.

Resultados

Los artículos incluidos en la revisión relacionan directamente la disminución de TG y colesterol HDL y LDL en la asociación de ejercicio físico y una dieta saludable.

Otro resultado obtenido fue, la mejora del tiempo máximo de marcha sin dolor tras haber estado 6 meses en tratamiento con evolocumab, estatinas y ejercicio físico. Además, se observó una disminución de la íntima-media carotídea y una mejora en la perfusión de los miembros inferiores.

Conclusiones

- Los resultados de este estudio pueden proporcionar una base beneficiosa del ejercicio para la mejora del colesterol total, el colesterol de lipoproteínas de alta densidad, el colesterol de lipoproteínas de baja densidad y los triglicéridos en pacientes con hiperlipidemia.
- El ejercicio físico aeróbico es la modalidad de ejercicio más eficaz para reducir la dislipemia en adultos mayores en comparación con el entrenamiento de fuerza. Estos resultados indican que el ejercicio físico debe

promoverse como una intervención importante en el estilo de vida para mejorar la salud del perfil lipídico en la población de edad avanzada.

- Además, el uso de estatinas con evolocumab y ejercicio físico han mostrado
- Sin embargo, se necesita más investigaciones para conocer duración, frecuencia e intensidad óptimas del ejercicio físico necesarias para lograr los efectos más beneficiosos en la salud del perfil lipídico.

791/65. EL PAPEL DE LAS ENFERMERAS REFERENTES DE CENTROS EDUCATIVOS EN LA CONCIENCIACIÓN SOBRE EL ICTUS Y EL BIENESTAR DE LOS ABUELOS.

Autores:

Martínez Giménez, S.¹, Martín Martí, M.², Aguado Rodríguez, A.³, Túnez Rodríguez, L.⁴, Alpáñez Pardo, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera Referente Provincial de centros educativos de Almería, (2) Enfermera Referente de Centros Educativos UGC Virgen del Mar, (3) Enfermera Referente de Centros Educativos UGC Plaza de Toros, (4) Enfermera Referente de Centros Educativos UGC Alcazaba, (5) Enfermera Referente de Centros Educativos UGC Oliveros

Resumen:

Introducción y Objetivos

Una de las funciones de las Enfermeras Referentes de Centros Educativos (ERCE) es la promoción de la salud. Dentro de la línea de actuación "Educación Emocional" se promueve la adquisición de competencias emocionales, como elemento esencial del desarrollo humano.

El ictus es la segunda causa principal de muerte, la tercera causa principal de discapacidad y una de las razones principales por las cuales los niños pierden a sus abuelos. La triste realidad es que la mayoría de los pacientes con ictus no reciben tratamiento porque llegan al hospital demasiado tarde. Las personas pueden sobrevivir sin secuelas si reciben cuidados intensivos rápidos y eficaces.

El proyecto "Fast Heroes" pretende enseñar a los estudiantes de primaria a detectar los síntomas tempranos del ictus, una enfermedad que afecta a miles de personas cada año. Al capacitar a los niños para que identifiquen los signos de un posible ictus, esperamos poder salvar vidas y prevenir discapacidades graves.

Además, la campaña establece un canal de comunicación directo con los abuelos, utilizando estrategias principales como el aprendizaje incidental a través de los nietos.

Métodos

Con el proyecto Fast Héroes creemos que los niños pueden ayudar a crear un verdadero fenómeno, actuando como catalizador para despertar el interés sobre el ictus entre los miembros de su familia. De hecho, se ha demostrado que la educación infantil representa un medio factible para mejorar la preparación de la comunidad ante los síntomas del ictus.

La campaña se centra en el vínculo único que existe entre los niños y sus abuelos, ya que la edad media de los pacientes con ictus está en torno a los 70 años. Sabemos que los abuelos son una fuente especialmente importante de amor, paciencia y amabilidad incondicionales para muchos niños de todo el planeta. Teniendo en cuenta que el ictus es una de las principales causas por las que los niños pierden a sus abuelos, ya sea por muerte o discapacidad, luchamos esencialmente por conseguir más tiempo de calidad.

Desarrollo y ejecución: Invitación a la comunidad educativa a participar en esta iniciativa en mayo 2024. Se coordinan las actividades con los centros educativos que quieren adherirse a este proyecto en el curso escolar 23-24, otros prefieren esperarse al siguiente curso por estar concluyendo el mismo.

Resultados

Se ha enseñado a más de 1500 niños en lo que llevamos de año a reconocer los síntomas del ictus a través del proyecto Fast Héroes. Esto ha permitido concienciar a más de 3000 abuelos, potenciales pacientes de ictus, sobre los síntomas de esta enfermedad.

Conclusiones

a través del proyecto "Fast Héroes", se ha trabajado la educación emocional promoviendo la adquisición de competencias emocionales necesarias para la identificación de los signos y síntomas de ictus en nuestro alumnado y a su vez concienciar a sus abuelos transmitiéndoles lo aprendido en el aula, creando un vínculo único entre ambos y permitir a los abuelos vivir más y con más calidad el crecimiento de sus nietos.

791/87. LA MAPA COMO MÉTODO EFICAZ Y FIABLE DEL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS.

Autores:

Luna Rodríguez, E.¹, Luna Rodríguez, E.², Barrera Barrera, J.², Pazos Amodeo, C.³

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera Unidad De Hipertensión Y Riesgo Cardiovascular. Medicina Interna HUVM Sevilla, (2) Enfermera Unidad de hipertensión y riesgo cardiovascular HUVM Sevilla, (3) Enfermero Unidad de hipertensión y insuficiencia cardíaca HUVM Sevilla

Resumen:

Introducción y Objetivos

Apenas uno de cada cinco adultos hipertensos, es decir, el 21% tiene controlada su afección según la OMS. Es de vital importancia, además de la prevención de la enfermedad con hábitos saludables, reduciendo así los factores de riesgo, obtener un método de control de las cifras de presión arterial fiable y eficaz que permita realizar un buen pronóstico de la enfermedad, brindando un tratamiento adecuado y personalizado a cada individuo mejorando el manejo de su enfermedad y su calidad de vida. El objetivo de este estudio es evaluar los métodos de medida de la presión arterial, para comprobar su eficacia en el control de la enfermedad.

Métodos

Análítico, de corte transversal de 51 pacientes aleatorios a los que se les realizó la MAPA y la toma de PA en consulta entre Enero y Abril de 2023 en la Unidad de Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna (HUV Macarena). Análisis estadístico: SPSS 22. Significación estadística $p \leq 0.05$.

Resultados

De los 51 pacientes del estudio, se observa que, según la medida de PA en consulta, el 66,7% de los pacientes obtenían cifras de presión arterial elevadas para los límites establecidos actualmente por la OMS, un 11,8% más que los pacientes controlados con la MAPA usando la medida media de 24 horas. Destacar que un 62,7% de los pacientes cuando las cifras de PA fueron medidas con la MAPA presentaban cifras altas en la noche, evento que hubiese sido imposible de verificar con la toma de PA en la consulta.

Conclusiones

Se observó que una medida aislada de las cifras de presión arterial obtenida en consulta, carece de suficiente validez para demostrar que el paciente con hipertensión arterial tiene controladas sus cifras de PA por debajo de los límites establecidos y, en consecuencia, controlada su patología. Es necesario un método que se base en más de una medida y que además lo realice en horarios y situaciones- momentos que minimicen factores relacionados con el estrés que supone acudir a un centro hospitalario.

La HTA no controlada puede llegar a ser una amenaza para la salud, en ocasiones, potencialmente mortal. Conocer las cifras reales de PA del paciente puede reducir y prevenir las complicaciones derivadas de esta enfermedad crónica y silente.

791/89. MANEJO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UMIPIC.

Autores:

Pazos Amodeo, C.¹, Luna Rodríguez, E.², Barrera Barrera, J.²

Centro de Trabajo:

(1) Enfermero Unidad De Insuficiencia Cardíaca Medicina Interna Hospital Virgen Macarena. Sevilla, (2) Enfermera Unidad Riesgo Vascular Hospital Virgen Macarena Sevilla

Resumen:

Introducción y Objetivos

La insuficiencia cardíaca, es un síndrome crónico complejo provocado por una alteración cardíaca estructural o funcional con un nivel de prevalencia en nuestro país de casi el 2% en la población adulta y ascendiendo hasta un 9 % en la población mayor de 80 años.

Es una patología que al principio de su diagnóstico suele tener varios reingresos hospitalarios, ante la presencia de cualquier evento en principio de menor relevancia, como puede ser una vacuna, una infección de vías altas o infección del sistema urinario, provocando todas aquellos inconvenientes tanto para el paciente y familiares (pérdida de fuerza por inmovilidad, infecciones nosocomiales, desorganización familiar) como para el sistema sanitario (sobrecarga asistencial, gastos, ...)

El objetivo primordial de dicha comunicación es evitar dichos reingresos hospitalarios, haciendo partícipes al paciente y su cuidador de su propia enfermedad, conociendo los principales signos y síntomas de alarma, para poder actuar de forma prematura ante el inicio de una descompensación cardíaca.

Métodos

Se realiza una educación sanitaria clara, concisa, y directa al paciente y sus cuidadores sobre la enfermedad de la Insuficiencia Cardíaca, haciendo especial hincapié en el control de síntomas y signos, ofreciendo información en medidas cardiosaludables, tanto de alimentación, ejercicio o movilidad, y una adecuada adherencia farmacológica, todo ello ofreciendo un soporte telefónico para hacer un seguimiento estrecho, además de sus citas presenciales en nuestra Unidad.

Resultados

A día de hoy los pacientes tratados en nuestra Unidad, son proactivos de su propia autonomía y conocedores de su enfermedad, llegando a evitar en un 50 % los reingresos hospitalarios.

Los pacientes conocen como identificar de manera preferente cuando se encuentran ante un comienzo de inestabilidad cardíaca, tomando medidas para frenar y mejorar su agudización.

Conclusiones

Los pacientes con conocimiento de su propia enfermedad y sabedores de cuales son los principales signos de alarma, son más autosuficientes, mas independientes y tienen una mejor predisposición a sobrellevar su enfermedad crónica, llegando a tener una mejor adherencia terapéutica (farmacológica, nutricional, ejercicio, etc.) que los pacientes que no son instruidos.

791/106. LA TECNOLOGÍA DE MONITOREO FLASH PARA LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES DIABÉTICOS. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA.

Autores:

Mesa Ruíz, M.¹, Navarro Enciso, M.², Beltran Jimenez, L.³, Belmonte, T.⁴, Amat Bordolino, A.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Centro de Salud De Níjar. Almería, (2) Enfermera. Dispositivo De Apoyo Distrito Poniente. Almería, (3) Enfermera. Unidad Hospitalaria Vestre Viken. Noruega, (4) Docente Enfermera. Universidad De Almería, (5) Enfermera. Centro De Salud Mediterráneo. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

INTRODUCCIÓN. La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre que conlleva riesgo cardiovascular, afectación visual, renal y del sistema nervioso central (1). La clasificación de esta enfermedad comprende distintas tipologías que implican diferentes abordajes de cuidados tanto en diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), diabetes gestacional (DMG), diabetes autoinmune latente del adulto (LADA) y diabetes tipo MODY (2, 3, 4, 5). A pesar de esta tipológica existen síntomas comunes a todas ellas que orientan hacia su diagnóstico (6).

La importancia de controlar los niveles de glucosa en sangre previene eventos adversos de carácter cardiovascular en los afectados (7), así como a la mejora del tratamiento junto a un control riguroso de la glucosa sanguínea (8, 9, 10). La tecnología de monitoreo Flash de glucosa se ha incorporado recientemente a la práctica enfermera y permite un control continuo por parte del paciente de los niveles de glucosa intersticial, utilizando un sensor en la parte posterior superior del brazo que realiza lecturas automáticas y almacena datos de medición que pueden ser escaneados en cualquier momento por el personal y el paciente (11, 12).

OBJETIVO. Estudiar las ventajas del uso de la tecnología Flash de sensores recogidas en la evidencia publicada para el control de los eventos adversos en la diabetes como patología crónica.

Métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica narrativa en bases de datos y repositorios (PubMed, Scielo y Embase) utilizando como palabras clave lenguaje natural (diabetes, dispositivo flash, monitorización de la glucosa) como lenguaje estructurado (términos MESH: diabetes, device flash, monitoring, HbA1c), utilizando los operadores booleanos AND y/o OR. Como criterio de inclusión se consideraron los artículos publicados entre 2019-2024 y como criterio de exclusión se eliminaron los artículos repetidos, con más de 5 años de publicación y cuya temática no fuese de interés. Para el análisis de la información se utilizó el método CASPe para la valoración de la evidencia encontrada.

Resultados

El número total de registros encontrados fue de 357 tras la lectura del título, palabras clave y resumen, y la eliminación de artículos repetidos se obtuvieron un total de 76 registros, tras aplicar criterios de inclusión y exclusión quedaron un total de 14 estudios que observaron importantes ventajas ante el uso de un dispositivo Flash, destacando: la disminución de IMC (índice de Masa Corporal) (5); mejora de parámetros séricos: descenso de glucosa plasmática en ayunas, triglicéridos, colesterol, ácido úrico y porcentaje de albumina en orina (9); descenso del nivel de HbA1c (10); reducción de cetoacidosis (12); en comparación con el método de medición convencional se ha demostrado una reducción de la hemoglobina glicosilada (13); disminución de la presión arterial (9,13) y reducción significativa de eventos hipoglucémicos (14).

Conclusiones

El autocontrol de las cifras de glucosa en sangre en pacientes con diabetes insulino dependiente asegura un mejor control de la enfermedad en la vida diaria. Los dispositivos Flash resultan imprescindibles para el correcto manejo de esta enfermedad de carácter crónico y la autogestión de la salud cardiovascular de cada afectado.

791/108. DISPOSITIVOS DE MONITORIZACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES SANOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

Autores:

García Ulloa, P.¹, Segura Luján, M.², Amat Bordonado, A.³, Jiménez Liria, M.⁴, Belmonte, T.⁴

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. U24 Servicios Sanitarios S.L. Almería, (2) Enfermera. Hospital Universitario de Poniente. Almería, (3) Enfermera Residente de 2º curso EFYC Centro de salud Mar Mediterráneo. Almería, (4) Enfermera. Centro de salud Mar Mediterráneo. Almería

Resumen:

Introducción y Objetivos

INTRODUCCIÓN. La toma de presión arterial (PA) en la consulta de Enfermería es un reconocido estándar para diagnosticar enfermedades cardiovasculares como la Hipertensión o la Hipotensión.(1,2) En cuanto a la atención enfermera en Atención Primaria (AP), cada vez son más las actualizaciones en los sistemas de medida de la PA que difieren del método tradicional. (3). Algunos de ellos son los tensiómetros semiautomáticos digitales o monitores, sistemas de Medición Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA) diurna y nocturna en el hogar, o las mediciones automáticas en quioscos de medida de PA (2), así como otros instrumentos que utilizan la fotopletomografía (4) y los finómetros (5).

OBJETIVO. Describir los métodos más actuales y eficaces para determinar la Tensión Arterial (TA) en población sana que acude a las consultas enfermeras en AP.

Métodos

MÉTODO. El diseño escogido fue una revisión bibliográfica integradora realizada de julio a septiembre de 2024 a través de búsqueda en fuentes secundarias (bases de datos, repositorios y fuentes documentales; en concreto PubMed, CINALH Complete, Scopus y Web of Science) para dar respuesta al objetivo de estudio, a través de la pregunta PIO "¿Cuáles son los principales métodos de monitorización de la TA de pacientes sanos que acuden a la consulta enfermera de Atención Primaria?". Se utilizó lenguaje natural y estructurado. Para registrar, clasificar y gestionar correctamente los artículos encontrados se usó la aplicación Mendeley Reference Manager. Para el análisis de la evidencia científica de los estudios seleccionados se utilizó el método JADAD para Ensayos Clínicos y método CASPe para el resto de los artículos.

Resultados

RESULTADOS. Se elaboró un diagrama de flujo de resultados siguiendo el modelo Prisma (2009), los estudios se ordenaron con el fin de resaltar los sistemas de medida de PA más utilizados en la consulta enfermera de AP, hallando tres grandes áreas temáticas de análisis: hallazgos que demuestran relación directa entre estilos de vida sedentarios y las enfermedades cardiovasculares, mediciones automatizadas en centros sanitarios y técnica de medida ambulatoria (MAPA) y validación de los dispositivos de medida de PA más actuales presentes en la consulta enfermera de AP y en el hogar del paciente.

Conclusiones

CONCLUSIONES. Disponer de un amplio abanico de sistemas de medida de la PA en consulta permite al profesional sanitario tener mayor tranquilidad y confianza a la hora de realizar las mediciones o diagnosticar la enfermedad ya establecida en el paciente.

Por ello, discutir cuáles son los sistemas de medidas actuales más aptos para el uso en la consulta de enfermería y en el hogar del paciente es de vital importancia, teniendo en cuenta el objetivo principal de este estudio. Los resultados obtenidos también dejan claro que los instrumentos de medida cada vez son más actualizados y tecnológicos y que, por ende, se deben realizar formaciones donde el aprendizaje del uso de éstos permita una mayor confianza en el momento de la atención al paciente y, también permita educar a las personas para el manejo de los instrumentos dentro del curso de su propia enfermedad.

791/111. LABOR ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Autores:

Navarro Enciso, M.¹, Amat Bordonado, A.², Mesa Ruíz, M.³, Belmonte García, M.⁴, Jiménez Liria, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Enfermera. Distrito Poniente de Almería., (2) Enfermera. Centro de salud Mediterráneo. Almería., (3) Enfermera. Centro de salud de Níjar. Almería., (4) Enfermera. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería., (5) Enfermera. UGC Mediterráneo-Torrecárdenas. Almería.

Resumen:

Introducción y Objetivos

Cuando un paciente es diagnosticado de hipertensión arterial (HTA) necesita llevar a cabo una serie de modificaciones en su vida diaria que le ayuden a controlar su nueva situación, sobre todo en su estilo de vida (1),(4),(10).

Algunas recomendaciones se dan desde los servicios de Atención Primaria (AP) ya que es la puerta de entrada del individuo al sistema de salud, de este modo:

- Se presta ayuda para la mejora de su calidad de vida y su autocontrol.
- Se incide en las medidas preventivas.
- Se facilita el control en su hogar.
- Se clarifica la correcta realización de la toma de tensión arterial (TA).

Por tanto, el objetivo del presente trabajo fue resaltar el papel de la enfermería y de los servicios de Atención Primaria en el control del paciente con HTA recientemente diagnosticada.

Métodos

El diseño escogido fue una revisión bibliográfica integradora realizada en septiembre y octubre de 2024 a través de búsqueda en fuentes secundarias (bases de datos, repositorios y fuentes documentales; en concreto PubMed, CINALH Complete y Scopus).

Para registrar, clasificar y gestionar correctamente los artículos encontrados se usó la aplicación Mendeley Reference Manager. Para el análisis de la evidencia

científica de los estudios seleccionados se utilizó el método JADAD para Ensayos Clínicos y método CASPe para el resto de los artículos.

Resultados

Se elaboró un diagrama de flujo de resultados siguiendo el modelo Prisma (2009), los estudios se ordenaron con el fin de resaltar la labor de las enfermeras de atención primaria y las recomendaciones más apropiadas para los pacientes con HTA.

Conclusiones

- Hay una creciente necesidad de que los profesionales de la salud en AP, en particular las enfermeras, se enfoquen en la promoción, educación para la salud y prevención de enfermedades cardiovasculares durante las consultas.
- Desde las consultas de Atención Primaria se deben valorar positivamente los cambios que consigan los pacientes.
- Los profesionales de enfermería deben llevar a cabo una formación continuada, ya que es esencial para garantizar una atención de enfermería segura y eficaz.

791/117. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL USO DE LOS CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS INTERNACIONALES EN DEPORTISTAS JÓVENES.

Autores:

Rodríguez Martínez, A.¹

Centro de Trabajo:

(1) Enfermero. Hospital del Poniente. Almería.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

El electrocardiograma (ECG) en los exámenes en individuos jóvenes sigue siendo un tema de controversia debido a las tasas relativamente altas de falsos positivos. Además, aún no se ha establecido la validación de los criterios internacionales en deportistas menores de 12 años. El objetivo del estudio, es describir la prevalencia de los hallazgos del ECG en una muestra de deportistas infantojuveniles de entre 11 y 16 años.

Métodos

Estudio descriptivo transversal retrospectivo de 14608 deportistas de entre 11 y 16 años, estableciendo niños de 11 a 12 años y adolescentes de 13 a 16. Para evaluar a los deportistas, se usó unos cuestionarios sobre antecedentes relevantes mediante un entrevistador. Además, se realizaron medidas antropométricas y ECG en reposo. Para medir los resultados primarios de los ECG

anormales, se siguieron las recomendaciones internacionales para la interpretación electrocardiográfica en Deportistas.

Resultados

Entre la población evaluada de deportistas adolescentes, la gran mayoría mostró resultados sin alteraciones patológicas en el ECG, siendo los hallazgos adaptativos relacionados con la participación deportiva más frecuentes entre los adolescentes jóvenes y los hombres. El 1,34% de la muestra total fue diagnosticado de alguna patología cardíaca previamente desconocida únicamente a través del ECG.

Conclusiones

La información recopilada, aporta datos valiosos sobre la prevalencia de ECG normales, anormales y limítrofes en una muestra de deportistas jóvenes muy grande. Estos hallazgos sirven de referencia en la detección de alteraciones cardíacas potencialmente graves dentro de este grupo específico, considerando variaciones según la edad y el sexo. Además, nuestros

hallazgos resaltan la utilización de los criterios refinados de Seattle como una técnica sensible y específica para la detección en deportistas infantojuveniles, mejorando aún más la precisión de las evaluaciones basadas en ECG

791/118. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA HTA EN POBLACION DIANA.

Autores:

Segura Luján, M.¹, Beltran Jimenez, L.², García Ulloa, P.³, Jiménez Liria, M.⁴, Belmonte García, M.⁵

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Universitario El Poniente. Almería, (2) Enfermera. Unidad Hospitalaria Vestre Viken. Noruega, (3) Enfermera. U24 Servicios Sanitarios S.L. Almería, (4) Directora En Funciones De La Ugc Mediterráneo-Torrecárdenas. Distrito Sanitario Almería., (5) Enfermera. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería.

Resumen:**Introducción y Objetivos**

La hipertensión arterial es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la población mundial pues la padecen entre un 30-45% de adultos de la población mundial. Se origina por una combinación de factores tanto genéticos como ambientales.

OBJETIVO

Analizar los datos sociodemográficos básicos de los pacientes que participan dentro de un programa de detección y seguimiento de la HTA en un centro de salud del Distrito Sanitario de Almería.

Métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal. Para ello, se analizó el protocolo de actuación ante paciente con hipertensión arterial correspondiente Sistema de Salud Público Andaluz, en concreto, relacionado con las acciones de prevención y promoción de la salud de la atención primaria para el seguimiento de pacientes con hipertensión arterial. El rango temporal abarca desde enero del 2024 hasta septiembre de 2024. La muestra fue constituida por 343 pacientes que participan en el programa de hipertensión arterial. Éste consiste en el seguimiento de pacientes según sus niveles de presión arterial para una monitorización óptima y adecuada a las necesidades de cada uno de ellos. En cada cita se mide la presión arterial sistólica y diástolica y se imparte educación sanitaria que refuerza los hábitos de vida saludable para mantener una presión arterial óptima y conseguir una buena adherencia terapéutica, según las condiciones de cada paciente. Las principales variables fueron edad, sexo/género y número de citas de enfermería cada mes en este programa junto a sus cifras de TA. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS v.29. En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, para las variables cuantitativas, se calculó la medida de tendencia central (media) y la medida de dispersión (desviación estándar). Para las variables cualitativas, se calcularon frecuencias y porcentajes.

Resultados

En esta investigación se ha pretendido observar los datos sociodemográficos que tienen los pacientes con hipertensión de un centro de salud del Distrito Sanitario Almería para observar los posibles riesgos para la salud que pueden presentar según esta información básica.

Del total de pacientes que componían la muestra (N=343), un 55,4% (n=190) fueron hombres y un 44,6% (n=153) fueron mujeres. La edad media de dichos pacientes fue 65,79 años (DE=12,53) con un rango de edad comprendido entre 29 y 97 años.

La intervención enfermera proporcionó a los pacientes que alcanzaran los objetivos de un mejor control de la tensión arterial y una reducción de la hipertensión a medio largo plazo (6).

Los datos sociodemográficos obtenidos en este estudio indican mayor prevalencia del sexo masculino ante la hipertensión arterial. Además, las edades con más problemas de hipertensión arterial oscilan entre los 56 y 75 años de edad, esto puede deberse a que suele ser cuando los pacientes debutan con la presión arterial alterada según varios estudios analizados.

Conclusiones

En conclusión, este estudio subraya la importancia de la enfermería comunitaria en el manejo de la hipertensión arterial y la necesidad de seguir investigando y adaptando las estrategias de intervención para mejorar la salud cardiovascular de la población.