COMITÉ DE HONOR

Presidencia

Su Majestad la Reina de España
Dª. Sofía de Grecia

Miembros

Excmo. Sr. Lehendakari del Gobierno Vasco - Eusko Jaurlaritza
D. Iñigo Urkullu Rentería

Sra. Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Dª. Ana Mato Adrover

Excmo. Sr. Alcalde de Bilbao
D. Iñaki Azcuna Urreta

Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno Vasco - Eusko Jaurlaritza
D. Jon Darpón Sierra

Excmo. Sr. Diputado General de la Diputación Foral de Bizkaia - Bizkaiko Foru Aldundia
D. José Luis Bilbao Eguren

Ilmo. Sr. Director Gerente del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud
D. Jon Etxeberria Cruz

Ilmo. Sr. Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Bizkaia
Dr. D. Cosme Naveda Pomposo

Sr. Presidente Nacional de SEMERGEN
Dr. D. José Luis Llisterri Caro

Sr. Presidente de SEMERGEN País Vasco
Dr. D. Rafael Alonso Matía

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Dr. D. José Luis Cañada Merino
Médico de Familia. Centro de Salud de Algorta. Getxo. Bizkaia.

Vicepresidente

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

Vocales

Dr. D. Rafael Alonso Matía
Médico de Familia. Centro de Salud Bidezabal. Algorta. Getxo. Bizkaia.

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

Dr. D. Sergio Cinza Sanjurjo
Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.

Dr. D. Francisco Javier Laiseca Sagarduy
Médico de Familia. Centro de Salud de Torre Urizar. Bilbao.

Dra. Dª. Aiala Larrea Jiménez
Médico de Familia. Mutualia. Bizkaia.

Dra. Dª. Naiara López Arroyo
Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Cruces. San Vicente de Barakaldo. Bizkaia.

Dr. D. Javier Pérez Asenjo
Cardiólogo. Servicio Cardiología Hospital Universitario Cruces. San Vicente de Barakaldo. Bizkaia.

Dr. D. José Polo García
Médico de Familia. Centro de Salud de Casar de Cáceres. Cáceres. Vicepresidente 1º de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

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

Dr. D. Gustavo C. Rodríguez Roca
Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo.

Dr. D. Pablo Velasco López
Médico de Familia. IMQ. Bizkaia.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Dr. D. Adalberto Serrano Cumplido
Médico de Familia. Centro de Salud de Repélega. Portugalete. Bizkaia.

Vicepresidente

Dr. D. Vivencio Barrios Alonso
Cardiólogo. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Vocales

Dr. D. Jon Argote Atxalandabaso
Médico de Familia. Centro de Salud de Cruces-Barakaldo. Bizkaia.

Dr. D. Alfonso Barquilla García
Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria de Trujillo. Cáceres.

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

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

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

Dra. Dª. Mª Luisa López Díaz-Ufano
Doctora en Medicina. Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Dr. D. Juan Carlos Martí Canales
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Motril - San Antonio. Motril. Granada.

Dr. D. Fernando José Mato Marco
Médico de Familia. Centro de Salud de Cabieces. Santurce. Bizkaia.

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

Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá
Doctor en Medicina. Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón.

Dr. D. Daniel Rey Aldana
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra.

PATROCINADORES

MSD CARDIOMETABÓLICO

CENTRAL LECHERA ASTURIANA

EROSKI contigo

AstraZeneca

Daiichi-Sankyo

Kaiku Benecol

SANOFI DIABETES

Boehringer Ingelheim

Boehringer Ingelheim

Lilly

Almirall
Soluciones pensando en ti

Bayer

Bristol-Myers Squibb

Pfizer

DANONE SCIENCE & NUTRITION

centro de información CERVEZA y SALUD

Medtronic

VIR

COLABORADORES

Sierra Cazorla Agua Mineral Natural

ANETO 100% NATURAL BLOG.CALDOANETO.COM

bbk

BilbaoTurismo & Convention Bureau

STRACTO

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de celebración y sede

16, 17 y 18 de Mayo de 2013.

Palacio de Congresos y de la Música | Euskalduna Jauregia Bilbao.

Avenida Abandoibarra, 4. 48011 Bilbao.

Web: www.jornadascardiovasculares.com | E-mail: info@jornadascardiovasculares.com

Secretaría Técnica

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

Tfno.: 902 430 960 | Fax: 902 430 959 | E-mail: info@apcongress.es

Secretaría Técnica para asistencia al congresista

Ubicación: La Secretaría Técnica se encuentra situada en la **planta -2 del Palacio Euskalduna Jauregia** para, entre otras funciones, entrega de documentación, información, incidencias, nuevas inscripciones, ponentes, expositores, prensa, certificados y objetos perdidos.

Horario de Secretaría Técnica:

Jueves 16 de Mayo: 15.00 h – 21.00 h.

Viernes 17 de Mayo: 8.30 h – 14.30 h. / 15.30 h – 21.00 h.

Sábado 18 de Mayo: 8.30 h – 14.30 h.

Entrega de presentaciones

La entrega de presentaciones se realizará en la zona habilitada para ello.

Las presentaciones deberán ser entregadas al menos 2 horas antes del comienzo de su exposición.

Se aconseja entreguen sus presentaciones (CD Rom o Pendrive) nada más llegar a la sede, aún incluso en el caso de que su ponencia tenga lugar al día siguiente.

Notas importantes

La documentación se entregará en la Secretaría Técnica a partir del **Jueves 16 de Mayo** a las **15.00 h**. Le rogamos compruebe que dispone de todos los documentos que le corresponden.

Los congresistas deberán llevar su acreditación en lugar visible para acceder a la sede y a las sesiones científicas.

Los teléfonos móviles deberán permanecer desconectados en todas las salas con actividades científicas.

Cualquier variación del programa oficial o novedad que pudiera surgir será anunciada oportunamente a través del tablón de anuncios y de la propia Secretaría Técnica.

La presentación al personal auxiliar de las invitaciones o tickets de cualquier acto será obligatoria para poder acceder a todos los actos sociales que así lo requieran.

ACREDITACIÓN

Actividades Acreditadas

Solicitada Acreditación de las Actividades ante el Consejo Vasco de Formación Continuada.

Eusko Jaurlaritza – Osasun eta kontsumo / Gobierno Vasco – Departamento de Sanidad y Consumo.
Reconocido de interés sanitario por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
Nº Expte. 367029
http://www.osasun.ejgv.euskadi.net

CONTROL DE ACCESO

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

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

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

Inscripción a Talleres y Aula

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

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

Le rogamos respete la política de talleres / Aula impuestos por la Organización:

- Es requisito indispensable estar inscrito a las Jornadas previamente para efectuar su inscripción a talleres / Aula.
- Los talleres / Aula están limitados en plazas según indicaciones de cada ponente o características de la sala. Por ello, en la inscripción a talleres se respetará estrictamente el orden de inscripción para la asignación de plazas.
- Si algún taller / Aula no se completara por ser el número de inscritos insuficiente para la operatividad del mismo, el Comité Científico se reserva el derecho de anularlo. En tal caso, la Secretaría Técnica contactará con las personas inscritas al taller en cuestión para informarles de las plazas disponibles en los demás talleres para proceder a su recolocación.
- Si usted ha elegido los talleres / Aula por orden de preferencia, la Secretaría Técnica le asignaría el siguiente taller en su lista donde quedasen plazas vacantes.

INSCRIPCIÓN A LAS JORNADAS

Inscripción	En sede
Socios de SEMERGEN	485€
No socios	580€
Residentes socios SEMERGEN(*)	360€
Residentes no socios(*)	440€

Los precios incluyen el 21% de IVA.

** Imprescindible adjuntar Certificado oficial de Residencia o tutor/a que lo acredite.*

La cuota de inscripción incluye: documentación de las Jornadas, acceso a todas las sesiones científicas, almuerzo de trabajo y café - pausa.

Procedimiento

- Las inscripciones podrán efectuarse directamente desde la página Web o bien remitiendo el formulario de inscripción a la Secretaría Técnica junto con el justificante del pago o la autorización por tarjeta de crédito. Dicho formulario puede obtenerlo descargándoselo en la propia Web (apartado inscripciones). También puede inscribirse directamente en la sede del Congreso, en los mostradores de Secretaría Técnica.
- Los cambios de nombre de los congresistas estarán permitidos hasta el 14 de abril de 2013, no admitiendo ningún cambio tras dicha fecha.
- Si requiere factura, le rogamos lo indique expresamente en el campo de observaciones detallando empresa/persona que factura, NIF/CIF y dirección postal.

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

IMPORTANTE: No se cursará ninguna inscripción sin previo abono.

Política de Cancelación de Inscripciones

Las cancelaciones y cambios de nombre deben realizarse por escrito y ser comunicadas a la Secretaría de las Jornadas, al fax nº 902 430 959 o e-mail cancelaciones@jornadascardiovasculares.com.

- Hasta el 31 de marzo de 2013 se aplicará el 25% en concepto de gastos de administración.
- A partir del 1 de abril de 2013: la cancelación conlleva la pérdida del 100% de la cuota de inscripción.
- Las devoluciones o abonos correspondientes se realizaran una vez finalizadas las Jornadas.

RESERVAS DE HOTEL

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

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

HOTEL	TIPO	CAT.	DUI	DOBLE
Medium Ercilla	ESTANDAR	4*	88 €	97 €

Precios por habitación y noche. IVA incluido. Régimen de alojamiento y desayuno.

Condiciones Generales

Las reservas se han podido efectuar a través de la página web de las Jornadas o enviando el boletín de reserva a la Secretaría Técnica.

Las reservas de hotel sólo se considerarán confirmadas si se ha efectuado el pago y se ha comunicado a la Secretaría Técnica.

Usted podrá estar seguro de que su reserva ha sido procesada SÓLO si recibe su número de confirmación al final del proceso.

Por favor, tome nota de ese número ya que lo necesitará para cualquier revisión o modificación de sus datos que quiera hacer en el futuro.

Es indispensable una dirección de correo electrónico válida para confirmar su reserva.

Política de Cancelación

Gastos por cancelación:

- Las cancelaciones que se produzcan después del 15 de febrero tendrán un 25% de gastos.
- Las cancelaciones que se produzcan después del 15 de marzo tendrán un 50% de gastos.
- Las cancelaciones que se produzcan después del 15 de abril tendrán un 100% de gastos.

Las cancelaciones deben ser por escrito y comunicadas a la Secretaría de las Jornadas: cancelaciones@jornadascardiovasculares.com.

Formas de Pago para Inscripciones y Reservas de Hotel Individuales

- Remitiendo cheque a nombre de Viajes Genil, S.A. (Sólo se aceptarán los recibidos hasta 1 mes antes de la fecha de comienzo de las Jornadas).

- Mediante transferencia bancaria (Es imprescindible que nos envíen copia de la transferencia al fax: 902 430 959 indicando congreso y congresista. Una vez comprobemos el ingreso en nuestro extracto bancario, se notificará la confirmación de la inscripción por e-mail).

  Titular de la Cuenta: Viajes Genil, S.A.
  Entidad: Bankinter
  CTA: 0128 0750 31 0500003491
  IBAN: ES43 0128 0750 3105 0000 3491
  BIC: BKBKESMM

- Mediante tarjeta de crédito: en este caso, deberá indicar:
  Tipo de tarjeta: VISA, MASTERCARD o AMEX
  Titular
  Número
  Vencimiento

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

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

PROGRAMA SOCIAL

Viernes 17 de mayo

14:30h. Almuerzo de trabajo

Palacio Euskalduna Jauregia. Restaurante Jauregia 1ª planta

La entrega del ticket correspondiente que encontrará en su tarjeta de acreditación será imprescindible para el acceso al servicio de restauración.

TRASPORTISTAS OFICIALES

NORMATIVA DE ENVÍO DE COMUNICACIONES

Última Hora: Fecha límite de admisión: 28 de Abril a las 23.59 horas.

Normas Generales

1. Sólo se aceptarán originales que no hayan sido objeto de publicación en revistas ni de comunicaciones en otros congresos.
2. Se limita a 10 el número máximo de firmantes por comunicación, incluyendo al autor principal o presentador de la comunicación. Indicar en negrita el nombre del autor que vaya a presentar la comunicación.
3. Al menos 1 de los autores de la comunicación deberá estar inscrito en las Jornadas antes del **6 de Mayo de 2013.**
4. No se admitirán cambios en las comunicaciones después del **28 de Abril de 2013 a las 23.59 horas.**
5. El nombre del autor y co-autores deberá aparecer con los dos apellidos precedido del nombre. El orden en el que figuren los autores será el que se utilice para la posterior edición de los certificados de comunicaciones que se entregarán en las Jornadas así como en las publicaciones donde aparezcan los trabajos.
6. El envío del resumen de comunicación presupone la aceptación íntegra de estos criterios. El resultado de la evaluación de las Comunicaciones por parte del Comité Científico será inapelable. La Organización rechazará las comunicaciones que no se adapten a las normas expuestas.

7. Todas las notificaciones se realizarán vía web / e-mail por lo que será requisito indispensable **indicar** claramente la **dirección de correo electrónico y teléfono de contacto (Móvil)** de la persona que presente y/o defienda la comunicación.
8. La aceptación o rechazo de las comunicaciones se notificará por e-mail a los autores. Posteriormente se comunicará el día y la hora de su exposición. Las normas de presentación y detalles de planificación serán incluidos en dicho envío y envíos siguientes.
9. Se admitirán casos clínicos.
10. Se diferenciaran las comunicaciones presentadas entre las **categorías de Médicos de Familia y Residentes**, quedando establecidas dos modalidades en cada una: **Comunicación y Caso Clínico** que podrán ser presentadas **como Comunicación Oral únicamente.**
11. Cada autor podrá hacerse cargo de la exposición de dos comunicaciones como máximo sin que esto limite el número de comunicaciones en las que figure como autor.
12. Serán defendidas aquellas comunicaciones de cada modalidad seleccionadas por el Comité Científico.

Presentación de las Comunicaciones Orales

ORALES:
1. Tiempo de presentación: 6 minutos.
2. Presentación: sistema informático Power Point PC con proyección. Será optativo utilizar la Plantilla Oficial de presentaciones Power Point del Congreso.
3. Material: CD ROM o Pen Drive. Deberá entregarse en la Secretaría de Audiovisuales al menos cuatro horas antes de su exposición, en caso de presentaciones a primera hora de la mañana la entrega deberá realizarse el día anterior, aunque le recomendamos que lo entregue nada más recoger su documentación. No se aceptarán presentaciones con ordenador portátil.

Premios

Se instaurarán los siguientes premios:

Premio *Dr. Miguel Ángel Pérez Llamas* a la Mejor Comunicación Médico de Familia: 500€.
Mejor Comunicación Médico Residente: 500€.
Mejor Caso Clínico Médico de Familia: 500€.
Mejor Caso Clínico Residentes: 500€.

Premios patrocinados por Laboratorios VIR.

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

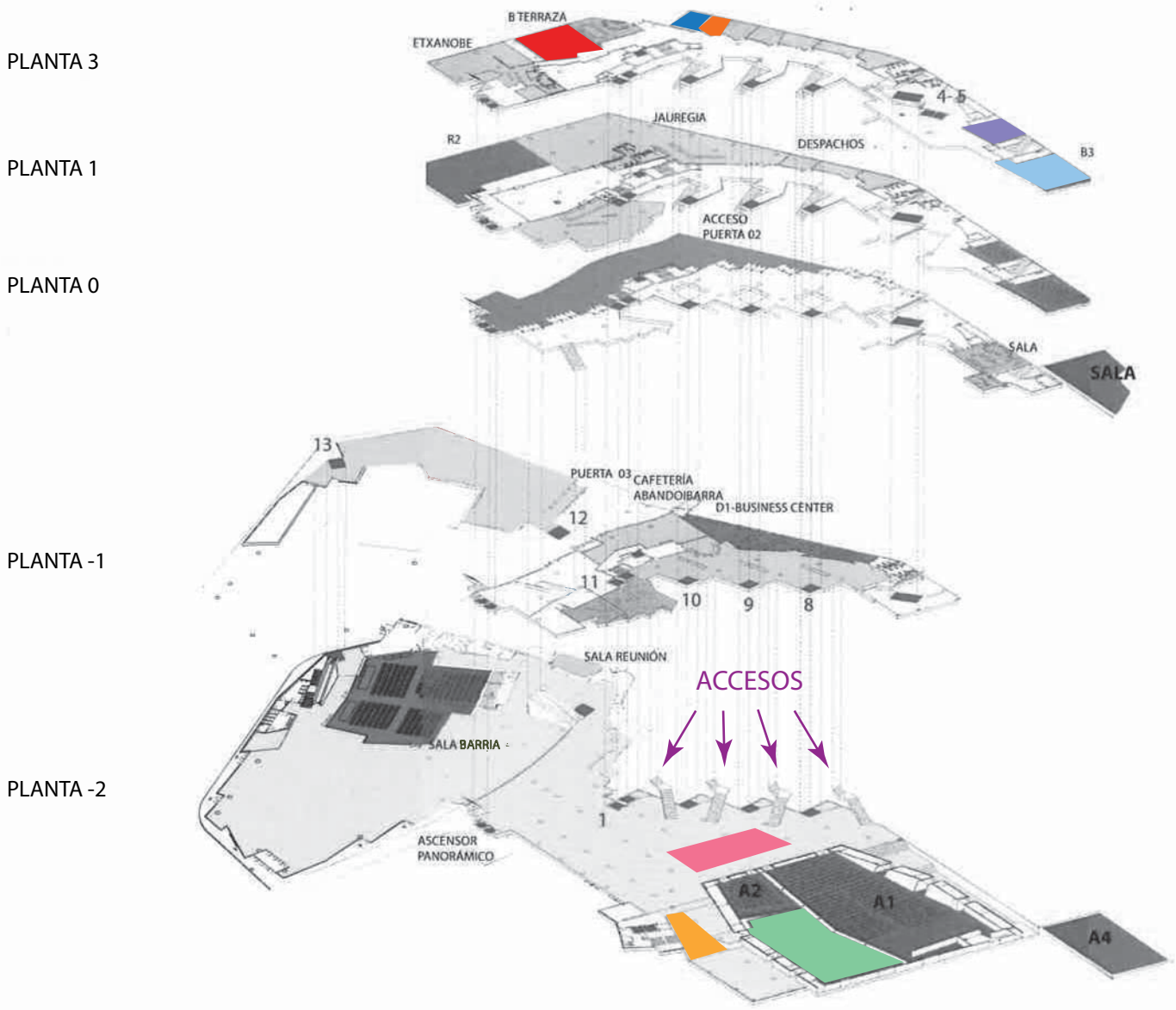
Nota 1: Los premios previstos o alguna de sus categorías para esta edición podrán ser declarados desiertos en el caso que el Comité Científico lo considere oportuno.

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

LEYENDA DE ACREDITACIONES

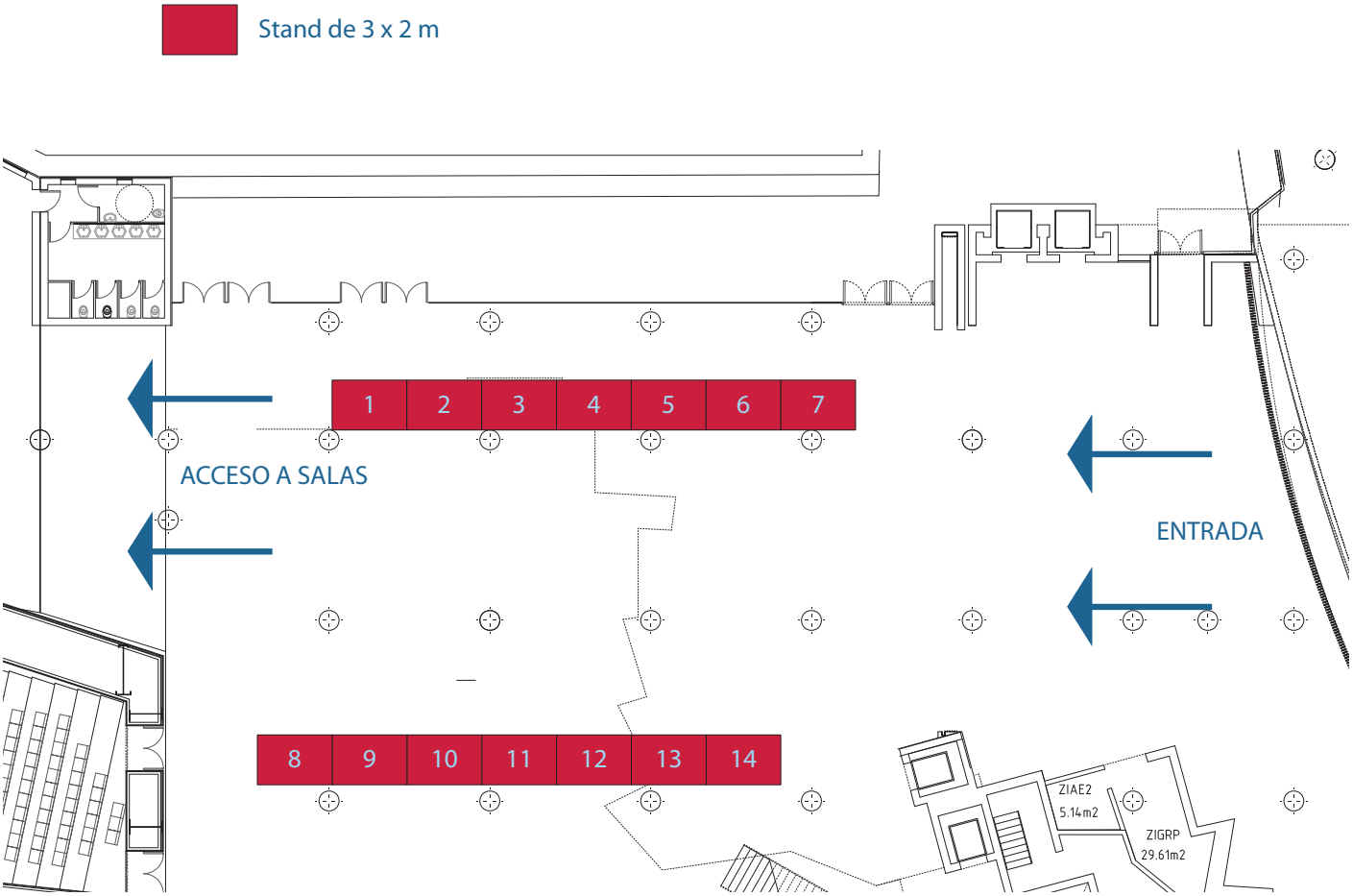
Rojo: Comité | Azul: Ponente | Verde: Congresista | Amarillo: Invitado
Malva: Expositor | Gris: Prensa | Blanco: Secretaría Técnica

PLANO DEL PALACIO EUSKALDUNA JAUREGIA



Exposición Comercial	Sala B Terraza	Sala C3
Secretaría Técnica	Despacho 3.1	Sala B3
Sala Plenaria	Despacho 3.2	

EXPOSICIÓN COMERCIAL



Leyenda de stand:

STAND	EMPRESA
1 y 2	CENTRAL LECHERA ASTURIANA
3	BOEHRINGER INGELHEIM Y LILLY
4	SANOFI
5	DAIICHI SANKYO ESPAÑA, S.A.
6	KAIKU BENECOL
7	MEDTRONIC

STAND	EMPRESA
8 y 9	EROSKI
10	BOEHRINGER INGELHEIM
11	AGUA SIERRA CAZORLA
12	ASTRAZENECA
13	DANONE Science & Nutrition
14	Almirall - Bayer (Xarelto)

PROGRAMA CIENTÍFICO

Jueves 16 de Mayo de 2013

15.00 h. **Entrega de documentación.**

Secretaría Técnica

15.30 – 21.00 h. **Aula Cardiometabólica.**

Patrocinada por MSD Cardiometabólico

Presentación y Clausura del Aula:

Sala A3

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

Dr. D. Vicente Pallares Carratalá. *Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz. *Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Coordinador del Área Cardiovascular de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Estación 1: Grosor íntima-media.

Sala A3

Ponentes:

Dr. D. Vicente Pallares Carratalá. *Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. José María Fernández Toro. *Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Extremadura. Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Estación 2: Pie diabético.

Sala B Terraza

Ponentes:

Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo. *Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de SEMERGEN.*

Dr. D. Alfonso Barquilla García. *Médico de Familia. Equipo de Atención Primaria de Trujillo. Cáceres.*

Estación 3: Índice Tobillo / Brazo.

Sala B3

Ponentes:

Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez. *Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo Lípidos de SEMERGEN.*

Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco. *Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Vasculopatías de SEMERGEN.*

Estación 4: AMPA/MAPA.

Sala C3

Ponentes:

Dr. D. Juan Antonio Divisón Garrote. *Doctor en Medicina. Profesor de la UCAM. Grupo GEVA. Atención Primaria. Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz. *Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Coordinador del Área Cardiovascular de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Estación 5: Lectura de Retinografías.

Sala Despacho 3-1

Ponentes:

Dr. D. José Escribano Serrano. *Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de SEMERGEN.*

Dr. D. Francisco Carramiñana Barrera. *Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. Gerencia del Área de Salud de Badajoz-Zafra Llerena. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de SEMERGEN.*

Viernes, 17 de Mayo de 2013

09.00 – 10.30 h.

Talleres.

Taller 1: Dabigatran en la reducción del riesgo de ICTUS que nos refleja la práctica clínica.

Patrocinado por Boehringer Ingelheim

Sala A3

Ponentes:

Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz. *Médico de Familia. Centro de Salud Vallobin - La Florida. Oviedo. Coordinador del Área Cardiovascular de SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Leopoldo Pérez de Isla. *Médico Especialista en Cardiología. Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

Taller 2: Abordaje de la dislipemia.

Patrocinado por ASTRAZENECA

Sala B Terraza

Ponentes:

Dr. D. Adalberto Serrano Cumplido. *Médico de Familia. Centro de salud de Repélega. Portugalete. Vizcaya. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Ángel Díaz Rodríguez. *Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Lípidos de SEMERGEN.*

Taller 3: Los alimentos funcionales dirigidos a la salud cardiovascular y su utilización en la práctica clínica en Atención Primaria. Sesión 1.

Patrocinada por CENTRAL LECHERA ASTURIANA

Sala B3

Temas y Ponentes:

Enfermedades crónicas no transmisibles. Riesgo cardiovascular y Nutrición.

Dra. Dª. María Elena Cerrato Rodríguez. *Médico de Familia. Centro de Salud El Quirinal. Avilés. Asturias.*

Regulación alimentaria en especial mención a las declaraciones de propiedades saludables.

Sra. Dª. Marta Hernández Cabria. *Jefa Área Nutrición y Salud. Central Lechera Asturiana.*

Guía de práctica clínica patologías cardiovasculares sugerentes de utilización de alimentos funcionales. ¿Puede el alimento funcional contener el gasto sanitario?

Dr. D. Javier Morán Rey. *Catedrático de Innovación Alimentaria. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia.*

Taller 4: Individualización del tratamiento en el paciente con Diabetes tipo 2: Intradia2.

Patrocinado por BOEHRINGER INGELHEIM y LILLY

Sala C3

Ponentes:

Dra. Dª. Margarita Alonso Fernández. *Médico de Familia. Centro de Salud de La Ería. Oviedo. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de SEMERGEN.*

Dra. Dª. Aida Cadenas González. *Adjunta al Servicio de Endocrinología. Hospital de Galdakao-Usansolo. Bizkaia.*

Taller 5: Insuficiencia cardiaca.

Sala Despacho 3-1

Ponentes:

Dr. D. Alberto Calderón Montero. *Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Carlos Escobar Cervantes. *Cardiólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

10.30 – 11.00 h. **Pausa-Café**

11.00 – 12.30 h. **Mesa 1: Prevención de la HTA refractaria.**

Patrocinada por DAIICHI SANKYO ESPAÑA, S.A.

Sala A3

Moderadores:

Dr. D. Adalberto Serrano Cumplido. *Médico de Familia. Centro de salud de Repélega. Portugalete. Bizkaia. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno. *Médico de Familia. Centro de Salud de Sillería. Toledo. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Temas y Ponentes:

Grado de control de la hipertensión en España. Hipertensión refractaria. Características de los pacientes e importancia del problema

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

¿Qué aportan las combinaciones farmacológicas en el control de la hipertensión?

Dr. D. Carlos Escobar Cervantes. ***Cardiólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.***

Hipertensión arterial de difícil control, ¿qué fármacos y a qué dosis?

Dr. D. Manuel Gorostidi Pérez. *Nefrólogo. Hospital Universitario Central de Asturias*

12.30 – 14.00 h. **Mesa 2: Realidad del abordaje del RCV en el paciente con DM 2 en nuestras consultas.**

Patrocinada por MSD CARDIOMETABÓLICO

Sala A3

Moderador:

Dr. D. José Antonio Quindimil Vázquez. *Médico de Familia. U.A.P. Kueto-Sestao.*

Temas y ponentes:

DM 2 en Imágenes, objetivos terapéuticos en el paciente DM 2, ¿cómo alcanzarlos?

Dr. D. Leopoldo Pérez de Isla. *Médico especialista en Cardiología. Instituto Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

Efectos extrapancreáticos de las terapias basadas en incretinas.

Dr. D. Ricardo Gómez Huelgas. *Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos Haya. Málaga.*

Cómo llevar a la práctica clínica el abordaje del RCV en el paciente diabético.

Dr. D. Adalberto Serrano Cumplido. *Médico de Familia. Centro de salud de Repelega. Portugalete. Bizkaia. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

14.00 – 14.30 h. **Inauguración oficial.**

14.30 – 15.30 h. **Almuerzo de trabajo.**

Palacio Euskalduna Jauregia. Restaurante Jauregia 1ª planta.

La entrega del ticket correspondiente que encontrará en su tarjeta de acreditación será imprescindible para el acceso al servicio de restauración.

15.30 – 17.00 h. **Defensa de Comunicaciones Orales Sesión 1**

Sala B Terraza

Moderadores:

Dr. D. Rafael Alonso Matía. *Médico de Familia. Centro de Salud Bidezabal. Algorta. Getxo. Bizkaia.*

Dr. D. Emilio García Criado. *Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Defensa de Comunicaciones Orales Sesión 2

Sala B3

Moderadores:

Dr. D. Jon Argote Atxalandabaso. *Médico de Familia. Centro de Salud de Cruces-Barakaldo. Bizkaia.*

Dr. D. José Polo García. *Médico de Familia. Centro de Salud de Casar de Cáceres. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Defensa de Comunicaciones Orales Sesión 3

Sala C3

Moderadores:

Dr. D. Salvador Lou Arnal. *Médico de Familia. Centro de Salud de Utebo. Zaragoza. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Luis Miguel Artigao Rodenas. *Médico de Familia. Centro de Salud zona III. Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA). Delegado de Albacete de SEMERGEN Nacional. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Defensa de Comunicaciones Orales Sesión 4

Sala Despacho 3-1

Moderadores:

Dr. D. Francisco Valls Roca. *Médico de Familia. Centro de Salud Benigamin. Valencia. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Tomás Sánchez Ruiz. *Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

15.30 – 16.30 h.

Conferencia: Efectos protectores de la cerveza en el sistema cardiovascular.

Patrocinada por CENTRO DE INFORMACIÓN CERVEZA Y SALUD

Sala A3

Ponente:

Prof. Dª. Lina Badimon. *Centro de Investigación Cardiovascular (CSIC-ICCC), IIB-Sant Pau, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, UAB, CIBERobn-ISCIII. Barcelona.*

16.30 – 18.00 h.

Mesa 3: Manejo del Síndrome coronario agudo en Atención Primaria: Los nuevos antiagregantes y las dosis bajas de aspirina.

Patrocinada por ASTRAZENECA

Sala A3

Moderador:

Dr. D. Pablo Velasco López. *Médico de Familia. IMQ. Bizkaia.*

Temas y ponentes:

Novedades en el manejo del SCA. Nuevos antiagregantes.

Dr. D. Luis Rodríguez Padial. *Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario de Toledo.*

Beneficios de las dosis bajas de aspirina y las consecuencias de la no adherencia.

Dr. D. Juan Antonio Divisón Garrote. ***Doctor en Medicina. Profesor de la UCAM. Grupo GEVA. Atención Primaria. Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.***

Prevención de las complicaciones hemorrágicas gastrointestinales en el paciente con FRCV elevado. Toma de antiagregantes/anticoagulantes.

Dr. D. Enrique Peña Forcada. *Médico de Familia. Centro de Salud PIO XII. Almazora, Castellón. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Digestivo de SEMERGEN.*

18.00 – 19.30 h.

Mesa 4: Tratamiento actual de la Diabetes.

Patrocinada por SANOFI

Sala A3

Moderador:

Dr. D. José Javier Mediavilla Bravo. *Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de SEMERGEN.*

Temas y Ponentes:

La oportunidad de la insulina en la Atención Primaria.

Dra. Dª. Flora López Simarro . *Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus de SEMERGEN.*

Papel de los agonistas de la GLP-1 en Atención Primaria. Indicaciones.

Dr. D. José Escribano Serrano. *Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Cádiz.*

Coadministración de los agonistas de la GLP-1 e Insulina. Bases fisiopatológicas de su idoneidad.

Dr. D. Jose Antonio Piniés Raposo. *Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. Miembro de la Red de Médicos Vigía. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.*

19.30 – 21.00 h.

Mesa 5: Estanoles vegetales y salud cardiovascular: manejo de los lípidos sanguíneos.

Patrocinada por KAIKU BENECOL

Sala A3

Moderador:

Dr. D. Gustavo C. Rodríguez Roca. *Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Ponentes:

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

Dra. Dª. María Isabel Coma Canella. *Departamento Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.*

Sábado, 18 de Mayo de 2013

09.00 – 10.30 h.

Talleres

Taller 6: Controversias en el Manejo de los Nuevos Anticoagulantes Orales.

Patrocinado por Bristol-Myers Squibb – Pfizer

Sala B Terrraza

Ponentes:

Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno. *Médico de Familia. Centro de Salud de Sillería. Toledo. Coordinador Nacional de Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá. *Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Taller 7: Los alimentos funcionales dirigidos a la salud cardiovascular y su utilización en la práctica clínica en Atención Primaria. Sesión 2.

Patrocinado por CENTRAL LECHERA ASTURIANA

Sala B3

Temas y Ponentes:

Enfermedades crónicas no transmisibles. Riesgo cardiovascular y Nutrición.

Dra. Dª. María Elena Cerrato Rodríguez. *Médico de Familia. Centro de Salud El Quirinal. Avilés. Asturias.*

Regulación alimentaria en especial mención a las declaraciones de propiedades saludables.

Sra. Dª. Marta Hernández Cabria. *Jefa Área Nutrición y Salud. Central Lechera Asturiana.*

Guía de práctica clínica patologías cardiovasculares sugerentes de utilización de alimentos funcionales. ¿Puede el alimento funcional contener el gasto sanitario?

Dr. D. Javier Morán Rey. *Catedrático de Innovación Alimentaria. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia.*

10.30-11.00 h.

Pausa-Café.

11.00 – 12.30 h.

Mesa 6: Nuevos desafíos de la fibrilación auricular en Atención Primaria.

Patrocinada por Almirall - Bayer (Xarelto)

Sala A3

Moderadores:

Dr. D. Javier Pérez Asenjo. *Cardiólogo. Servicio Cardiología Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.*

Dr. D. Vivencio Barrios Alonso. *Cardiólogo. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Temas y ponentes:

Papel de los nuevos anticoagulantes en la FA.

Dr. D. Igor Sagasti Aboitiz. *Cardiólogo. Hospital Universitario de Cruces. Profesor UPV/EHU. Bihotz-Getxo. Algorta.*

Protocolo de manejo de FA para el médico de AP. Una experiencia positiva.

Dr. D. Pablo Velasco López. *Médico de Familia. IMQ. Bizkaia.*

Manejo práctico de los nuevos NACOs

Dr. D. José Polo García. *Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo Hematología SEMERGEN. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

12.30 – 14.00 h.

Mesa 7: Potenciales factores de riesgo cardiovascular. Estrategias nutricionales de control y prevención.

Patrocinada por EROSKI

Sala A3

Moderador:

Dr. D. Javier Aranceta Bartrina. *Doctor en Medicina y Nutrición. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Presidente del Comité Científico de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Profesor de Nutrición Comunitaria. Universidad de Navarra.*

Temas y Ponentes:

El rol de la hipertensión arterial en la patogénesis de la enfermedad cardiovascular. ¿Cómo prevenirla desde la Atención Primaria?

Dra. Dª. María Luisa López Díaz-Ufano. *Médica de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. San Sebastián de los Reyes. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Nutrición de SEMERGEN.*

Hiperlipemias, factores genéticos y ambientales. ¿Qué importancia tiene la grasa de la dieta en la etiología y el tratamiento?

Dr. D. Pedro Mata López. *Médico especialista en Medicina Interna. Fundador y Presidente de la Fundación Española de la Hipercolesterolemia Familiar (FHF).*

El papel de la industria alimentaria y la distribución en la reducción de los factores de riesgo cardiovascular modificables con la alimentación.

Sr. D. Alejandro Martínez Berriochoa. *Director de Responsabilidad Social, Productos Informativos y Medio Ambiente de EROSKI. Director General de la Fundación EROSKI.*

14.00 – 14.30 h.

Conferencia de Clausura. La medicina más allá de la medicina.

Ponente:

Dr. D. José Ramón Elorriaga Zubiaguirre. *Médico de Familia. Ex Director Territorial de Sanidad de Bizkaia.*

14.30 h.

Acto de Clausura.

ANEXO I

Aula Cardiometabólica

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

Jueves 16 de Mayo	Sala A3 (Planta 3ª)	Sala B Terraza (Planta 3ª)	Sala B3 (Planta 3ª)	Sala C3 (Planta 3ª)	Sala Despacho 3-1 (Planta 3ª)
Horario de cada estación	Estación 1: Grosor íntima-media	Estación 2: Pie diabético	Estación 3: Indice Tobillo / Brazo	Estación 4: AMPA/MAPA	Estación 5: Retinografía
15:45-16:15 horas	Introducción del Aula				
16:15-17:00 horas	Grupo Rojo	Grupo Amarillo	Grupo Verde	Grupo Azul	Grupo Naranja
17:00-17:45 horas	Grupo Naranja	Grupo Rojo	Grupo Amarillo	Grupo Verde	Grupo Azul
17:45-18:30 horas	Grupo Azul	Grupo Naranja	Grupo Rojo	Grupo Amarillo	Grupo Verde
18:30-19:00 horas	Pausa-Café				
19:00-19:45 horas	Grupo Verde	Grupo Azul	Grupo Naranja	Grupo Rojo	Grupo Amarillo
19:45-20:30 horas	Grupo Amarillo	Grupo Verde	Grupo Azul	Grupo Naranja	Grupo Rojo
20:30-21:00 horas	Clausura del Aula				

Leyenda de color

- Salas
- Estaciones
- Pausas
- Grupo Rojo
- Grupo Naranja
- Grupo Azul
- Grupo Verde
- Grupo Amarillo

ANEXO 2. COMUNICACIONES ORALES

Viernes 17 de Mayo

15.30 – 17.00 hs.

Defensa de Comunicaciones Orales Sesión 1

Sala B Terraza

Moderadores:

Dr. D. Rafael Alonso Matía. *Médico de Familia. Centro de Salud Bidezabal. Algorta. Getxo. Bizkaia.*

Dr. D. Emilio García Criado. *Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

82/3. Grado de control de anticoagulación oral en un centro de salud rural

Autores. *(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Gestal Pereira, Enrique; (3) Allut Vidal, Germán; (3) Lires Rodríguez, Carmen; (3) De Blas Abad, Paula.*

Centro de Trabajo. *(1) Doctor en Medicina. Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña; (2) DUE. Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son.A Coruña.*

82/4. Concordancia del Síndrome Metabólico (SM) y la Presión de Pulso (PP) en pacientes sin patología evidente.

Autores. *Sáez Pérez, José Manuel; Bellido San Juan, Jose Ramón.*

Centro de Trabajo. *Médico de Familia. Centro de Salud y Hospital Malvarrosa. Valencia.*

82/8. Papel de la microalbuminuria en el pronóstico cardiovascular de los pacientes hipertensos diabéticos

Autores. *(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Hermida Ameijeiras, Álvaro; (2) López Paz, Jose Enrique; (3) Calvo González, Gaila; (2) Pena Seijo, Marta; (2) Calvo Gómez, Carlos.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son; (2) Médico de Familia. Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; (3) Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

82/9. Papel de enfermedad renal oculta en el pronóstico cardiovascular de los pacientes hipertensos diabéticos

Autores. *(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Hermida Ameijeiras, Álvaro; (2) López Paz, Jose Enrique; (2) Calvo González, Gaila; (2) Pena Seijo, Marta; (2) Calvo Gómez, Carlos.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Coruña; (2) Médico de Familia. Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

82/10. La automedida de presión arterial en domicilio es esencial para el manejo de cifras hipertensivas en la consulta de atención primaria

Autores. *(1) Martín Rioboó, Enrique; (1) Redondo Sánchez, Juana; (1) Camacho Navarro, Eva; (1) Pantoja Díaz, Jose Domingo; (1) Ortega Osuna, Maria Angeles; (2) González Pimentel, Mélida Esther; (1) Pérula de Torres, Luis Angel; (2) Bosquet Batista, Eduardo; (1) García Criado, Emilio Ildefonso; (1) Martín Mañero, Cristina.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba.*

82/11. Factores de riesgo vascular en pacientes con demencia. Estudio caso-control

Autores. *(1) Mellado Fernández, Manuel Luis; (2) Cruz Romero, Teresa; (2) Garratón Julia, Rosario; (2) Foncubierta Fernández, Antonio.*

Centro de Trabajo. *(1) Centro de Salud. Casines. Puerto Real. Cádiz; (2) Médico de Familia Centro Salud Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.*

82/12. Valoración del control glucémico en el paciente geriátrico institucionalizado con Diabetes Mellitus tipo 2.

Autores. *(1) Urquijo Hieyte, Luis Alfonso; (2) Caballero García, Juan Carlos; (3) Goñi Goicoechea, Fernando.*

Centro de Trabajo. *(1) Residencia Geriátrica Miravilla. Bilbao.; (2) Centro de Salud. Arangoiti. Bilbao.; (3) Hospital de Basurto. Bilbao.*

82/13. ¿Son nuestros pacientes con fibrilación auricular como los de los estudios que avalan la utilización de los nuevos anticoagulantes?

Autores. *(1) Beato Fernández, Pere; (2) Rama Martínez, Teresa; (1) Azcona Escolano, Asunción; (1) Valls Martínez, Ana; (3) Agudo Cortada, Mónica; (3) Alcaráz Ferrer, Enriqueta; (3) Arribas Tutusaus, David; (3) Auladell Llorens, María Antonia; (3) Barceló Llacera, Amalia; (4) Champer Blasco, Anna.*

Centro de Trabajo. *(1) Consultori Barri Cotet de Premià de Dalt. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud El Masnou-Alella. Barcelona.; (3) Consultorio de Atención Primaria Premià de Mar. Barcelona.; (4) Consultori Centre Urbà de Premià de Dalt. Barcelona.*

82/14. Fibrilación auricular: ¿cuántos pacientes se beneficiarían de los nuevos anticoagulantes en función de su mal control de INR?

Autores. *(1) Beato Fernández, Pere; (2) Rama Martínez, Teresa; (3) Bonet Ivars, Verónica; (3) Gaspà Barrera, Miriam; (3) González Wellens, Nathalie; (3) Molins Robusté, Josep; (3) Nicolau Sabaté, Muriel; (3) Nieto Márquez, Laura; (3) Quílez Cerdà, Amelia; (3) Rodríguez Valdés, Osiris.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Consultori del Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud. El Masnou-Alella. Barcelona.; (3) Médico de Familia. Consultorio de Atención Primaria Premià de Mar. Barcelona.*

82/15. Monitorización ambulatoria de la presión arterial en un centro de salud: recorriendo el camino.

Autores. *(1) Santamaría Calvo, Yolanda; (2) Campillos Páez, María Teresa; (2) Alonso Moralejo, Raquel; (2) Vázquez Fernández, María Jesús; (3) Jiménez Díaz, Rafael; (4) Díaz Martínez, Anlit; (5) Melguizo Benavides, Rocío; (6) Campillos Páez, María de los Ángeles; (7) Llopart Núñez, Llorenç; (7) Castilla Suyo, Fernando.*

Centro de Trabajo. *(1) Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (2) Médico de familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (3) Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (4) Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (6) Auxiliar de Enfermería. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.; (7) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid.*

82/16. Fibrilación auricular. ¿Qué factores pueden influir en el control del INR?

Autores. *(1) Beato Fernández, Pere; (2) Rama Martínez, Teresa; (3) Aragonés Gordi, Montserrat; (4) Milà Gatell, Rosa María; (5) Villar Sotillo, María Asunción; (6) Tibau Catalán, Albert; (5) Boix Cuesta, Otilia; (4) Montserrat Bardia, Dolors; (3) Vílchez Valdés, María; (3) Pérez Lianes, Josefa.*

Centro de Trabajo. *(1) Consultori Barri Cotet Premià de Dalt. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Àrea Bàsica de Salut El Masnou-Alella. Barcelona.; (3) Enfermera. Consultori Barri Cotet Premià de Dalt. Barcelona.; (4) Enfermera. Consultorio de Atención Primaria Premià de Mar. Barcelona.; (5) Médica de Familia. Consultorio de Atención Primaria Premià de Dalt. Barcelona.; (6) Médico de Familia. Consultori Centre Urbà Premià de Dalt. Barcelona.*

82/17. Prevención secundaria en cardiopatía isquémica en un centro de salud.

Autores. *(1) Alonso Fernández de Garayalde, Mª Teresa; (2) Sebastián Aparicio, María Paz; (2) Mujica Romero, Blanca.*

Centro de Trabajo. *(1) Centro de Salud Aranbizkarra 2. Vitoria.; (2) Médico. Centro de Salud Aranbizkarra 2. Vitoria.*

82/24. Tendencia en la práctica de ejercicio físico en hipertensos según la zona geográfica. Estudios PRESCAP 2006 y 2010.

Autores. *(1) Rama Martínez, Teresa; (2) Beato Fernández, Pere; (3) Alonso Moreno, Francisco Javier; (4) Prieto Díaz, Miguel Angel; (5) Genique Martínez, Roberto; (6) Velilla Zancada, Sonsoles; (7) Pallarés Carratalá, Vicente; (8) Valls Roca, Francisco; (9) Santos Altozano, Carlos; (10) Durá Belicón, Rafa.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona; (2) Médico de Familia. Consultorio Barri Cotet Premià de Mar. Barcelona; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobin- La Florida. Oviedo; (5) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Sant Carles de la Ràpita. Tarragona; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ancin. Navarra; (7) Médico de Familia. Unión de Mutuas.*

Viernes 17 de Mayo

15.30 – 17.00 hs.

Defensa de Comunicaciones Orales Sesión 2

Sala B3

Moderadores:

Dr. D. Jon Argote Atxalandabaso. *Médico de Familia. Centro de Salud de Cruces-Barakaldo. Bizkaia.*

Dr. D. José Polo García. *Médico de Familia. Centro de Salud de Casar de Cáceres. Cáceres. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

82/26. Prevalencia de complicaciones y FRCV en una población con diabetes mellitus tipo 2: diferencias de género

Autores. *(1) Alonso Fernández, Margarita; (2) Mediavilla Bravo, José Javier; (3) Carramiñana Barrera, Francisco; (4) Perez Unanua, Mari Paz; (5) Huidrobo Dosal, Carmen; (6) Comas Samper, Jose Manuel; (7) Escribano Serrano, Jose; (8) Hormigo Pozo, Antonio; (9) Iturralde Iriso, Jesus; (10) Menso Giner, Luis.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Ería. Oviedo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos; (3) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria San Roque. Badajoz; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Doctor Castroviejo. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander; (6) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínico San Roque. Cádiz; (8) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínico Puerta Blanca. Málaga; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Caco Viejo. Vitoria; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Valtierra Cadreita. Navarra.*

82/28. Evaluación de la implantación del cálculo de riesgo cardiovascular (SCORE) en hipertensos.

Autores. *(1) Valverde Morillas, Carmen; (2) Warletta Tirado, Inmaculada; (3) García Castillo, Maria Lourdes; (4) Nieto Nieto, Miguel; (5) Taboada Sance, Purificación.*

Centro de Trabajo. *(1) Centro de Salud de La Zubia. Granada; (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Fe. Granada; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Albolote. Granada; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada.*

82/29. Hipertensión Arterial Refractaria (HTR) en la población hipertensa española. PRESCAP 2010.

Autores. *(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Alonso Moreno, Francisco Javier; (3) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (4) Llisterri Caro, Jose Luis; (5) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (6) Mediavilla Bravo, Jose Javier; (7) Lou Arnal, Salvador; (8) Gorriz Teruel, Jose Luis; (9) Serrano Cumplido, Adalberto; (10) Cañada Merino, Jose Luis.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Coruña; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza; (8) Médico de Familia. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.; (9) Médico de Familia. Centro de Salud de Repelega. Portugalete. Vizcaya; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Algorta. Getxo. Vizcaya.*

82/30. Evaluación de la toma de decisión sobre el objetivo de glicada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en consulta de atención primaria de Vizcaya.

Autores. *(1) Quindimil, José Antonio; (2) Grupo Radiante.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Kueto - Sestao; (2) Bilbao.*

82/31. ¿Existen diferencia en las estrategias terapéuticas en hipertensión según el género?. Estudio PRESCAP 2010

Autores. *(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Calderón Montero, Alberto; (3) Santos Altozano, Carlos; (4) Fernández Toro, Jose María; (5) Cañada Merino, José Luis; (6) Carrasco Martín, Jose Luis; (7) Ferreiro Madueño, Manuel; (8) Galgo Nafría, Alberto; (9) García Criado, Emilio; (10) García Matarín, Lisardo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Alagorta. Getxo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Málaga; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Huerta del Rey. Sevilla; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Espronceda. Madrid; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Vicar. Almería.*

82/32. Control de presión arterial, factores asociados, LOD y ECV según genero. Estudio PRESCAP 2010

Autores. *(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) García Vallejo, Olga; (3) Dura Belinchón, Rafael; (4) Rama Martínez, Teresa; (5) Beato Fernández, Pere; (6) Barquilla García, Alfonso; (7) Cinza Sanjurjo, Sergio; (8) Polo García, Jose; (9) Carrasco Carrasco, Eduardo; (2) García Lerín, Aurora.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Godela. Valencia; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Masnou. El Masnou; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Premiá de Mar. Barcelona; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Trujillo. Cáceres; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Casar. Cáceres; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Abarab. Murcia.*

82/33. Cribado de la diabetes Mellitus tipo II en comunidad valenciana. Resultados del proyecto Escarval

Autores. *(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Palazón, Antonio; (2) Sepehri, Armina; (3) Valls Roca, Francisco; (4) Sanchis Domenech, Carlos; (5) Navarro Pérez, Jorge; (2) Fernández Giménez, Antonio; (6) Redón i Más, Josep; (2) Gil Guillén, Vicente; (2) Orozco Beltrán, Domingo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (4) Médico de familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia A; (6) Universidad de Valencia.*

82/34. Análisis de la inercia diagnóstica en la diabetes mellitus tipo II en la Comunidad Valenciana. Proyecto Escarval.

Autores. *(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Palazón Bru, Antonio; (3) Valls Roca, Francisco; (2) Sepheri, Armina; (2) Orozco Beltrán, Domingo.; (2) Gil Guillén, Vicente; (4) Sanchis Domenech, Carlos; (2) Fernández Giménez, Antonio; (5) Navarro Pérez, Jorge; (6) Redon i Mas, Josep.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia; (6) Universidad de Valencia.*

82/35. Inercia diagnóstica en hipertensión arterial en población adulta en atención primaria. Proyecto Escarval.

Autores. *(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Valls Roca, Francisco; (3) Palazón Bru, Antonio; (3) Sepehri, Armina; (3) Orozco Beltrán,Domingo; (3) Fernández Giménez, Antonio; (3) Gil Guillén, Vicente; (4) Navarro Pérez, Jorge; (5) Sanchis Domenech, Carlos; (6) Redon i Mas, Josep.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (3) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia; (5) Médico de familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (6) Universidad de Valencia.*

82/36. Análisis de la ausencia de cribado de la hipertensión arterial. Proyecto Escarval.

Autores. *(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Valls Roca, Francisco; (3) Palazón Bru, Antonio; (3) Sepehri, Armina; (3) Orozco Beltrán,Domingo; (3) Gil Guillén, Vicente; (4) Sanchis Domenech, Carlos; (3) Fernández Giménez, Antonio; (5) Navarro Pérez, Jorge; (6) Redon i Mas, Josep.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (3) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (4) Médico de familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia; (6) Universidad de Valencia.*

82/37. Situación de la hipertensión arterial en la población 65 años en la comunidad valenciana. Proyecto Escarval Transversal.

Autores. *(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Valls Roca, Francisco; (3) Palazón Bru, Antonio; (3) Sepehri, Armina; (3) Orozco Beltrán,Domingo; (3) Fernández Giménez, Antonio; (3) Gil Guillén, Vicente; (4) Sanchis Domenech, Carlos; (5) Navarro Pérez, Jorge; (5) Redon i Mas, Josep.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (3) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (4) Médico de familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (5) Universidad de Valencia.*

82/40. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con fibrilación auricular según la edad.

Autores. *(1) Rama Martínez, Teresa; (2) Beato Fernández, Pere; (1) Rodó Berndó, Roser; (1) Tolo Solo, Jordi; (3) Alcolea García, Rosa María; (4) López-Marina, Víctor; (5) Galán Díaz, África; (1) Roig Cabo, Pascual; (1) Gea Martínez, Pilar; (6) Puig Cerdá, Alicia.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona; (2) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premiá. Barcelona; (3) Centro de Atención Primaria El Besós. Barcelona; (4) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Piera. Barcelona; (5) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou-Alella. Barcelona; (6) Privada. Barcelona.*

82/41. Uso de las oficinas de farmacia comunitaria como ayuda en el control de la hta para los centros de salud de atención primaria. Proyecto FARMAPRES CV.

Autores. *(1) Sanz García, Francisco Javier; (2) Tamarit García, Juán José; (3) Giner Galvañ, Vicente; (4) Roig Espert, Belén; (5) Pallarés Carratalá, Vicente; (6) Bonig Trigueros, Irene; (7) Valls Roca, Francisco; (8) Reig Botella, Mª del Milagro; (9) Adell Alegre, Manuel; (10) Estaban Giner, Mª José.*

Centro de Trabajo. *(1) Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy; (2) Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia; (3) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Hospital de Alcoy.; (4) Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises. Valencia; (5) Unión de Mutuas. Castellón.; (6) Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Hospital de Vinaròs. Castellón.; (7) Centro de Salud de Benigànim. Benigànim. Valencia; (8) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Hospital de Alcoy. Alicante; (9) Grupo de Atención Farmacéutica del COFS. Castellón.; (10) Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alcoy. Alicante.*

Viernes 17 de Mayo

15.30 – 17.00 hs.

Defensa de Comunicaciones Orales Sesión 3

Sala C3

Moderadores:

Dr. D. Salvador Lou Arnal. *Médico de Familia. Centro de Salud de Utebo. Zaragoza. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Luis Miguel Artigao Rodenas. *Médico de Familia. Centro de Salud zona III. Albacete. Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Vasculares de Albacete (GEVA). Delegado de Albacete de SEMERGEN Nacional. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

82/42. Percepción de los profesionales sanitarios de atención primaria sobre el papel de las oficinas de farmacia en el control de la hta. Proyecto FARMAPRES CV.

Autores. *(1) Sanz García, Francisco Javier; (2) Giner Galván, Vicente; (3) Pallarés Carratalá, Vicente; (4) Bonig Trigueros, Irene; (5) Tamarit García, Juán José; (6) Roig Espert, Belén; (7) Valls Roca, Francisco; (8) Reig Botella, Mª del Milagro; (9) Esteban Giner, Mª José; (10) Calduch Herrera, Lourdes.*

Centro de Trabajo. *(1) Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy; (2) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Servicio de Medicina Interna. Alcoy. Alicante; (3) Unión de Mutuas. Castellón.; (4) Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaròs. Castellón.; (5) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.; (6) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises. Valencia; (7) Centro de Salud de Benigànim. Benigànim. Valencia; (8) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Hospital de Alcoy. Alicante; (9) Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante; (10) Centro de Salud Grao de Castellón. Castellón.*

82/43. Programa de formación en la medición de la presión arterial en las oficinas de farmacia comunitarias: posibilidades de mejora. Proyecto FARMAPRES CV.

Autores. *(1) Sanz García, Francisco Javier; (2) Roig Espert, Belén; (3) Tamarit García, Juan José; (4) Bonig Trigueros, Irene; (5) Valls Roca, Francisco; (6) Pallarés Carratalá, Vicente; (7) Giner Galván, Vicente; (8) Reig Botella, Mª del Milagro; (9) Calduch Herrera, Lourdes; (10) Ballester Ortí, Javier.*

Centro de Trabajo. *(1) Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy; (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises. Valencia.; (3) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia; (4) Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaròs. Castellón.; (5) Centro de Salud de Benigànim. Benigànim. Valencia; (6) Unión de Mutuas. Castellón; (7) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante; (8) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Hospital de Alcoy. Alicante; (9) Centro de Salud Grao de Castellón. Castellón; (10) Centro de Salud de Benicarló. Benicarló. Castelló.*

82/44. Evaluación de la asociación entre medidas de obesidad global y regional por sexos.

Autores. *(1) Ponce García, Isabel; (2) Carbayo Herencia, Julio A; (2) Divisón Hernández, Mª Angeles; (2) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (2) Monedero La Orden, Josefina; (2) Molina Escribano, Francisca; (2) Torres Moreno, Pilar; (2) Simarro Rueda, Marta; (2) González Lozano, Beatriz; (2) Caldevilla Bernardo, David.*

Centro de Trabajo. *(1) Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete; (2) Grupo GEVA. Albacete.*

82/45. Evaluación de la asociación entre medidas de obesidad global y regional.

Autores. *(1) Ponce García, Isabel; (2) Carbayo Herencia, Julio A; (2) Divisón Hernández, Mª Angeles; (2) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (2) González Lozano, Beatriz; (2) Monedero La Orden, Josefina; (2) Molina Escribano, Francisca; (2) Torres Moreno, Pilar; (2) Simarro Rueda, Marta; (2) Caldevilla Bernardo, David.*

Centro de Trabajo. *(1) Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete; (2) Grupo GEVA. Albacete.*

82/46. Red cardiosaludable "Partylarizu". Participando en la promoción de salud

Autores. *(1) Mateos García, Rosa; (2) Araquistain Aranda, Mikel; (3) López Alabaina, Eva Mª; (4) Hernández García, Jacinta; (5) Contreras Cabrejas, Guadalupe; (5) Hermida Domínguez, Patricia; (6) Arón Borau, L. Fernando; (7) Delgado Villanueva, Maria Luisa; (8) González Cabellos, Ivanka; (8) Del Amo Cachán, Silvia.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Olárizu. Comarca Araba Osakidetza; (2) Fisioterapeuta. Hospital Universitario Áraba.; (3) Administrativo. Centro de Salud Olárizu; (4) Médico de Atención Primaria; (5) Enfermera. Centro de Salud Olárizu; (6) Cardiólogo. Hospital Universitario Álava. Sede Txagorritxu; (7) Paciente Red Partylarizu. Centro de Salud Oláizu. Comarca Araba. Vitoria; (8) Médico Residente de Mediicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olárizu. Comarca Araba Osakidetza.*

82/48. Evolución de la conducta del médico ante el mal control de la hipertensión en España 2002-2010.

Autores. *(1) Alonso Moreno, Francisco Javier; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Llisterri Caro, José Luis; (4) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (2) Barrios Alonso, Vivencio; (5) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (6) Cinza Sanjurjo, Sergio; (7) Santos Altozano, Carlos; (8) Divisón Garrote, Juan Antonio; (3) Sánchez Ruíz, Tomás.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (2) Cardiólogo. Hospital La Paz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (4) Médico de Familia. La Puebla de Montalbán. Toledo; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.*

82/49. Características clínicas y grado de control de la presión arterial en pacientes hipertensos con presión de pulso elevada. Estudios PRESCAP

Autores. *(1) Rodríguez de Cossío, Ángela; (2) Sanchez Rodriguez, Ruth; (3) Laborda Peralta, Miguel; (4) Lougedo Calderón, María José; (5) García Palencia, María; (6) García Bajo, Carmen; (7) Cinza Sanjurjo, Sergio; (8) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (9) García Vallejo, Olga; (10) García Lerin, Aurora.*

Centro de Trabajo. *(1) Centro de Salud San Martin de la Vega. Madrid; (2) Centro de Salud Pintores. Madrid; (3) Centro de Salud Yepes. Toledo; (4) Centro de Salud de Reston Valdemoro. Madrid; (5) Centro de Salud Ocaña. Toledo; (6) Centro de Salud Santa maria Benquerencia. Toledo; (7) Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (8) Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Asturias; (9) Centro de Salud El Espinillo. Madrid; (10) Centro de Salud Almendrales. Madrid.*

82/50. Betabloqueantes en el paciente hipertenso > o = 65 años. Estudio FAPRES

Autores. *(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Morillas Blasco, Pedro; (3) Facila Rubio, Lorenzo; (4) Llisterri Caro, José Luis; (5) Sanchís, Carlos; (4) Sánchez, Tomas; (6) Bonig Trigeros, Irene; (7) Valls Roca, Francisco; (8) Roig Espert, Belen; (9) Tamarit García, Juan Jose.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Hospital General de Elche.; (3) Consorcio Hospitalario. Hospital General de Valencia; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (6) Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaròs. Castellón.; (7) Centro de Salud de Benigànim. Benigànim. Valencia; (8) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises. Valencia.; (9) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.*

82/51. Prevalencia de la enfermedad arterial periférica en pacientes con síndrome metabólico

Autores. *(1) Mahmoud Atoui, Omar; (2) Díaz Rodríguez, Angel; (3) Minniti, Caterina; (3) López García, Jose Luis; (2) García García, Mónica; (4) Rodríguez Gómez, Mónica.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente. Centro de Salud de Bembire. León; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembire. León; (3) Médico Residente de 4º año . Centro de Salud de Bembire. León; (4) Enfermera. Familia. Centro de Salud de Bembire. León.*

82/61. Cumplimiento terapéutico en diabéticos tipo 2. Comparación de 2 métodos: recetas retiradas de farmacia y cuestionario de Hyanes-Sackett.

Autores. *(1) López Simarro, Flora; (2) Brotons Cuixart, Carlos; (2) Moral Peláez, Irene; (3) Aguado Jódar, Alba; (4) Selva Olid, Anna; (2) Soriano Palacios, Nuria; (5) Miravet Jiménez, Sònia; (5) Cols Sagarra, Cèlia; (5) Castellote Petit, Aïda.*

Centro de Trabajo. *(1) Área Básica de Salud Martorell. Barcelona; (2) Equipo de Atención Primaria Sardenya-IIB-Sant Pau. Barcelona; (3) Técnico de Salud. Centro de Atención Primaria Sagrada Familia; (4) Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública- Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau. IIB-Sant Pau. Barcelona.; (5) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona.*

82/63. Influencia del Incumplimiento terapéutico y la Inercia Clínica en pacientes diabéticos mal controlados

Autores. *(1) López Simarro, Flora; (2) Brotons Cuixart, Carlos; (2) Moral Peláez, Irene; (3) Cols Sagarra, Cèlia; (3) Miravet Jiménez, Sònia; (4) Aguado Jódar, Alba; (5) Selva Olid, Anna; (2) Soriano Palacios, Núria; (6) Castellote Petit, Aïda.*

Centro de Trabajo. *(1) Área Básica de Salud Martorell. Barcelona; (2) Equipo de Atención Primaira Sardenya-IIB-Sant Pau. Barcelona; (3) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona; (4) Técnico de Salud CAP Sagrada Familia; (5) Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública- Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau IIB-Sant Pau. Barcelona.; (6) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell.*

82/5. AAS y prevención de la aparición de eventos coronarios en pacientes con Diabetes Mellitus

Autores. *(1) Toral Sánchez, Juan; (1) Martínez Chamorro, Anabel; (2) Titos Vela, María; (1) Villalba Beltrán, Gemma.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma Palmilla. Málaga; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga.*

82/47. Análisis de características y comorbilidades de pacientes con DM-II de un Hospital Comarcal en Cáceres.

Autores. *(1) García Sánchez, Francisco Javier; (2) Alonso Peña, Javier; (3) Ruiz Sanjuan, Pablo; (4) Parras Sesma, Francisco; (5) Rubio Durán, Olga María.*

Centro de Trabajo. *(1) Hospital Virgen del Puerto. Cáceres; (2) F.E.A. Medicina Interna Hospital Virgen del Puerto de Plasencia; (3) Médico Residente Hospital Virgen del Puerto de Plasencia; (4) Médico Emergencias 112 UME CORIA.; (5) Enfermera Atención Primaria. Área de Salud. Plasencia.*

82/53. Conocimiento del colesterol de la zona norte y sus conductas comparado con la población española.

Autores. *(1) López García, José Luis; (1) Díaz Rodríguez, Angel; (1) Minniti, Caterina; (2) García García, Monica; (3) Rodríguez Gómez, Monica; (2) Mahmoud, Omar.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente. Centro de Salud de Bembire. León; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembire. León; (3) DUE Centro de Villablino. Leon.*

Viernes 17 de Mayo

15.30 – 17.00 hs.

Defensa de Comunicaciones Orales Sesión 4

Sala Despacho 3-1

Moderadores:

Dr. D. Francisco Valls Roca. *Médico de Familia. Centro de Salud Benigamin. Valencia. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

Dr. D. Tomás Sánchez Ruiz. *Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. Miembro del Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.*

82/60. Incidencia de ictus hemorragico en paciento anticoagulado con acenocumarol

Autores. *(1) Ruiz Sanjuan, Pablo; (2) Alonso Peña, Javier; (1) García Sánchez, Francisco Javier; (1) Koussa Madroñal, Maruan; (1) Nieto Riesco, Maria Teresa.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente. Hospital Virgen del Puerto. Cáceres; (2) Medico Adjunto. Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.*

82/1. Dolor abdominal en paciente hipertenso.

Autores. *Ruiz Castilla, Francisco José; Aragón Leal, María Ángeles.*

Centro de Trabajo. *Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Cádiz.*

82/2. Ante todo: lo primario

Autores. *(1) Velilla Zancada, Sonsoles Maria; (2) Prieto Díaz, Miguel Ángel.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de salud Ancin. Navarra; (2) Médico de familia. Centro de salud Vallobin-La Florida. Oviedo.*

82/25. Hipertensión arterial secundaria: a propósito de un caso.

Autores. *(1) Vigil-Escalera Villaamil, Aranzazu; (2) Campillos Páez, Maria Teresa; (2) Santamaria Calvo, Yolanda Concepción; (3) Tang Valdez, Ricardo Alfredo; (4) Campodonico Bernales, Diana María; (4) Díaz Martínez, Anlit; (5) Jiménez Díaz, Rafael; (5) Melguizo Benavides, Rocío; (5) Lesmes González, Jacqueline; (6) Cordero Puebla, Pedro.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Las Calesas. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.*

82/27. Trombosis venosa cerebral

Autores. *(1) Valverde Morillas, Carmen; (2) Warletta Tirado, Inmaculada; (3) Nieto Nieto, Miguel; (4) Quintero Palomino, Jose; (5) García Castillo, Maria Lourdes; (6) Pedrosa Arias, María.*

Centro de Trabajo. *(1) Centro de Salud de La Zubia. Granada; (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Albolote. Granada; (4) Residente de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Fe. Granada; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada.*

82/38. Obesidad, diabetes y tabaquismo. Alto riesgo cardiovascular.

Autores. *(1) Nieto Nieto, Miguel Luis; (2) Valverde Morillas, Carmen; (3) Warletta Tirado, Inmaculada; (4) García Castillo, Maria Lourdes; (3) López Delgado, Concepción; (3) Alvarez Martín, Patrícia Inés.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Albolote. Granada; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Fe. Granada.*

82/39. Enfermedad coronaria en adultos jóvenes con hipercolesterolemia.

Autores. *(1) Nieto Nieto, Miguel Luis; (2) Valverde Morillas, Carmen; (3) Walertta Tirado, Iinmaculada; (1) Fiuentes González, Carmen Irene; (1) Jiménez Gómez, Carmen Alicia; (1) Sánchez Pérez, Maria Jesús.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Albolote. Granada; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada.*

82/54. Paciente infartado con hipertransaminasemia a dosis máximas de estatinas

Autores. *(1) Díaz Rodríguez, Ángel; (1) Mahmoud Atoui, Omar; (1) García García, Mónica; (2) Rodríguez Gómez, Monica; (3) Minniti, Caterina; (1) López García, Jose Luis.*

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

82/55. Estrategia de tratamiento hipolipemiante orientada a la consecución de objetivos en pacientes de alto riesgo cardiovascular

Autores. *(1) Díaz Rodríguez, Ángel; (1) Mahmoud Atoui, Omar; (2) López García, Jose Luis; (2) Minniti, Caterina; (3) Rodríguez Gómez, Mónica; (1) García García, Mónica; (4) Díaz Fernández, Mónica; (4) Denis Parra, Cristina.*

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

82/56. Consecuencias fatales de una consulta tardía

Autores. *(1) Gómez Panzuela, Noelia; (2) García Criado, Emilio; (3) Cuevas Pancorbo, Margarita; (4) López del Rey, Gema; (2) Ruiz Moruno, Javier; (2) Martín Rioboo, Enrique; (1) Ruiz Requena, Inmaculada; (4) Amézquita de los Santos, Larissa Analías; (5) Rodríguez Rodríguez, Mariela Carolina; (6) Blanco Ducoudray, Alejandra.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba; (2) Médico de familia. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba; (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarubia. Córdoba; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Córdoba; (6) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.*

82/57. ¿Hipertensión y edemas, en qué pensamos?

Autores. *Cid Cantarero, Amanda; Moreno Cotes, Sandra.*

Centro de Trabajo. *Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Centre. Sabadell. Barcelona.*

82/59. ¿Dolor torácico, siempre está claro?

Autores. *Moreno Cotes, Sandra; Cid Cantarero, Amanda.*

Centro de Trabajo. *Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barbera del Valles. Barcelona.*

82/62. La HTA secundaria en el joven tambien existe

Autores. *(1) Rodríguez de Cossío, Ángela; (1) Rodriguez Sanchez, Ruth; (2) Montes Rodriguez, Isabel; (1) labordaPeralta, Miguel; (1) Lougedo Calderon, Maria José; (1) Garcia Bajo, Carmen; (1) Garcia Palencia, maria; (3) Prieto diaz, Miguel Angel; (4) Cinza Sanjurjo, Sergio; (1) Vallejo Lerin, Olga.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud San Martin de la Vega. Madrid; (2) Medico de medicina interna. Centro de Salud San Martin de la Vega. Madrid. (3) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.*

COMUNICACIONES

Comunicaciones Médico de Familia

82/3. Grado de control de anticoagulación oral en un centro de salud rural

AUTORES:

(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Gestal Pereira, Enrique; (3) Allut Vidal, Germán; (3) Lires Rodríguez, Carmen; (3) De Blas Abad, Paula.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Doctor en Medicina. Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña; (2) DUE. Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son.A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el TTR en los pacientes que realizan su control de INR en nuestro centro de salud.

Metodología

Se incluyeron todos los pacientes con FA no valvular que realizaron a lo largo de 2012 el control de INR en nuestro centro de salud, que incluye cuatro cupos que alcanza una población total de aproximadamente 6.000 pacientes, de un entorno rural. Según esto, se revisaron un total de 2.228 mediciones de INR, que correspondían a 169 pacientes, de los cuales 116 padecían Fibrilación Auricular No Valvular.

Resultados

Se incluyeron un total de 116 pacientes, 48 eran mujeres (41,38%) y la edad media fue de 77,02 años (±1,64 años). Eran diabéticos 38 pacientes (32,76%), 8 pacientes (6,89%) presentaban Insuficiencia Cardíaca y 15 pacientes (12.93%) habían sufrido un ictus previo. La función renal fue normal en 69 pacientes (60,53%), 43 pacientes (37,72%) presentaron un FGE de 30-59 ml/min/1,73m2 y 2 pacientes (1,75%) tienen FGE de 15-29 ml/min/1,73m2. El CHADs2 fue 1 en 31 pacientes (26,72%), 2 en 48 pacientes (41,38%) y de 3 o más en 31 pacientes (26,72%). De los 116 pacientes, 67 pacientes (57,76%) tenían un TTR, calculado por Rosendaal, inferior a 65% y en 63 pacientes (54,31%) tenían menos del 60% de los controles de INR dentro de rango.

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes de nuestras consultas están habitualmente fuera de rango, por lo que se deben plantear formas alternativas de antioagulación.

82/4. Concordancia del Síndrome Metabólico (SM) y la Presión de Pulso (PP) en pacientes sin patología evidente.

AUTORES:

Sáez Pérez, José Manuel; Bellido San Juan, Jose Ramón.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud y Hospital Malvarrosa. Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

El componente oscilatorio de la curva de presión arterial (PP), se relaciona con la distensibilidad arterial y la onda de reflexión, dependientes de la rigidez arterial (RA). En el SM una mayor RA conlleva mayor riesgo cardiovascular (RCV). El propósito es evaluar la influencia del SM y sus componentes sobre la PP en personas sin enfermedad aparente.

Metodología

Estudio descriptivo y corte transversal. Se registraron las variables que conforme al sexo definen el SM (ATP III). Se comenzó comparando los valores de PP obtenidos al agrupar los participantes por sexo y edad. Posteriormente se estableció la frecuencia de los factores que definen el SM y mediante regresión lineal se ajustó la PP por sexo, edad y conjunto de factores.

Resultados

De los 354 individuos reclutados, la PP fue de 48±8 en los hombres y de 43±9 mmHg en las mujeres; p<0,001. Al comparar la PP ajustada por cada factor del SM con la de los controles se observó que la PP aumenta significativamente en presencia de cada uno de ellos, a excepción del C-HDL<40/50. Se comprobó la PP ajustada de acuerdo con las posibles combinaciones de tres o más factores del SM versus individuos sin ningún componente del SM, siendo de 49±5 versus 46±3 mmHg; p<0,001.

Conclusiones

La PP más amplia, inducida por el SM y/o sus componentes, a excepción del colesterol HDL, parece ser independiente de la edad, sexo y la eventual interacción entre las variables analizadas, lo que podría reflejar un incremento de la RA y explicar el mayor RCV asociado al SM.

82/8. Papel de la microalbuminuria en el pronóstico cardiovascular de los pacientes hipertensos diabéticos

AUTORES:

(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Hermida Ameijeiras, Álvaro; (2) López Paz, Jose Enrique; (3) Calvo González, Gaila; (2) Pena Seijo, Marta; (2) Calvo Gómez, Carlos.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son; (2) Médico de Familia. Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela; (3) Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar el pronóstico CV de una cohorte de pacientes hipertensos en función de la presencia de microalbuminuria y la existencia de DM y el perfil circadiano de la PA.

Metodología

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en una muestra no seleccionada (años 1.998-1.999), de 418 pacientes diagnosticados de HTA esencial y sin enfermedad cardiovascular (CV) previa. En todos los casos, se realizó una evaluación clínica-biológica y MAPA. Se define microalbuminuria (MAL) cuando la EUA es > 30 mg/24h.

Resultados

Se completó el seguimiento de 405 pacientes (218 mujeres, con una edad media de 55,5 años) de los cuales 107 (26,42%) eran diabéticos. La MAPA mostró PA nocturna más elevada en los pacientes diabéticos con MAL (130,02±4,59 vs 120,99±1,99, p=0,001) y menor profundidad de la PA (2,98±2,68 vs 13,67±1,06, p=0,003). La existencia de DM sin MAL se asoció a peor pronóstico (RTI [IC95%] 1,79 [1,05-3,04]), pero la presencia de MAL, tanto en diabéticos como no diabéticos también supuso un aumento del riesgo (RTI [IC95%] 4,01 [2,77-5,79]; 3,92 [1,49-3,29], respectivamente). El análisis multivariante, mediante Cox, también mostró peor pronóstico en los pacientes diabéticos con MAL (p<0,0001).

Conclusiones

La existencia de MAL se asoció a cifras de PA nocturna elevadas y a un peor pronóstico cardiovascular, especialmente cuando coexiste con DM.

82/9. Papel de enfermedad renal oculta en el pronóstico cardiovascular de los pacientes hipertensos diabéticos

AUTORES:

(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Hermida Ameijeiras, Álvaro; (2) López Paz, Jose Enrique; (2) Calvo González, Gaila; (2) Pena Seijo, Marta; (2) Calvo Gómez, Carlos.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Coruña; (2) Médico de Familia. Unidad de HTA y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar el pronóstico CV de una cohorte de pacientes hipertensos en función del deterioro del filtrado glomerular y la existencia de DM y el perfil circadiano de la PA.

Metodología

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo en una muestra no seleccionada (años 1.998-1.999), de 418 pacientes diagnosticados de HTA esencial y sin enfermedad cardiovascular (CV) previa. En todos los casos, se realizó una evaluación clínica-biológica y MAPA. Se define deterioro de función renal cuando FGE (MDRD) es < 60 ml/min y la denominamos Enfermedad Renal Oculta (ERO).

Resultados

Se completó el seguimiento de 405 pacientes (218 mujeres, con una edad media de 55,5 años) de los cuales 107 (26,42%) eran diabéticos. La MAPA mostró PA nocturna más elevada en los pacientes diabéticos con ERO (132,07±5,41 vs 121,86±1,72, p=0,01) y menor profundidad de la PA (1,12±3,64 vs 13,05±1,01, p=0,0023). La existencia de DM sin ERO se asoció a peor pronóstico (RTI [IC95%] 3,92 [1,52-3,51]), pero la presencia de ERO, tanto en diabéticos como no diabéticos también supuso un aumento del riesgo (RTI [IC95%] 3,81 [2,58-5,63]; 4,36 [1,65-3,77], respectivamente). El análisis multivariante, mediante Cox, también mostró peor pronóstico en los pacientes diabéticos con ERO (p<0,0001).

Conclusiones

La existencia de ERO se asoció a cifras de PA nocturna elevadas y a un peor pronóstico cardiovascular, especialmente cuando coexiste con DM.

82/10. La automedida de presión arterial en domicilio es esencial para el manejo de cifras hipertensivas en la consulta de atención primaria

AUTORES:

(1) Martín Rioboó, Enrique; (1) Redondo Sánchez, Juana; (1) Camacho Navarro, Eva; (1) Pantoja Díaz, Jose Domingo; (1) Ortega Osuna, Maria Angeles; (2) González Pimentel, Mélida Esther; (1) Pérula de Torres, Luis Angel; (2) Bosquet Batista, Eduardo; (1) García Criado, Emilio Ildefonso; (1) Martín Mañero, Cristina.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba.

RESUMEN:

Objetivos

Utilizar Automedidas (AMPA) en pacientes con cifras elevadas de PA en consulta (PAC), frente al manejo habitual en domicilio, no ha sido evaluada.

Objetivo 1º evaluar porcentaje de pacientes en los que AMPA modifica actitudes diagnóstico-terapéutica frente PAC.

Secundarios: Porcentaje HTA de bata blanca, cambios pocentuales en diagnóstico-tratamiento, pacientes que, según investigadores, AMPA fue esencial

Metodología

Estudio: Observacional, longitudinal, antes-después postintervención.

Selección: PAC elevada (screening, síntomas, o control.

Selección al azar 3 días de la semana. Pacientes: muestreo consecutivo

Criterios inclusión: Disponibilidad de AMPA validados. Visión, audición y capacidad intelectual suficiente. Consentimiento informado

Criterios exclusión: Personalidad obsesivo-compulsiva, arritmias, PA > 180/110 mmHg o HTA secundaria. Recogida Incorrecta.

Análisis Estadístico: Descriptivo (medidas de centralización, dispersión y posición, IC al 95%)

Resultados

90 pacientes incluidos válidos 83. Edad media 61.8 +/-11.6. Hombres/mujeres: 52/48%.

PAC: PAS: 158 +/-12.2. PAD: 87 +/-11.4
AMPA: PAS: 135.9 +/-14.1 PAD: 77.6 +/-9.8
HTA previa 54%. Motivo de PAC: Control 54%. Síntomas 17%. Cribado 17%. Externas: 10%

Actitud con PAC: 45% añadir 1 fármaco. 7% Añadir 2 fármacos.. 38% Cambios de estilo de vida (CEV).
Actitud tras AMPA: HTA BB: 18%. Asociar fármacos: 11%. 24% CEV. NADA: 27%. MAPA 20% AMPA determinante:86%

Conclusiones

La AMPA es determinante en el cambio de actitud de los médicos hacia los pacientes con cifras de PA elevada en consulta

Se detecta un amplio porcentaje de HTA de BB

El AMPA disminuye drásticamente los fármacos.

La abstención terapéutica fue la actitud en la cuarta parte de los pacientes tras AMPA .

La utilización sistemática de AMPA debe ser recomendada a todos los pacientes con cifras elevadas con PAC

82/11. Factores de riesgo vascular en pacientes con demencia. Estudio caso-control

AUTORES:

(1) Mellado Fernández, Manuel Luis; (2) Cruz Romero, Teresa; (2) Garratón Julia, Rosario; (2) Foncubierta Fernández, Antonio.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud. Casines. Puerto Real. Cádiz; (2) Médico de Familia Centro Salud Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.

RESUMEN:

Objetivos

Comparar la prevalencia de Factores de Riesgo Vasculares establecidos en los pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) frente a sujetos sin demencia.

Metodología

Estudio Caso-control, Observacional, Retrospectivo, Transversal, realizado en la Unidad Clínica de Gestión (UCG) Joaquín Pece (San Fernando, Cádiz)y Residencia de Enfermos de Alzheimer adscrita.

- Población del estudio:

Casos: pacientes de la Residencia que acepten participar en el estudio.

Controles: pacientes mayores de 65 años que acudan al Centro de Salud para analítica sanguínea y acepten participar en el estudio.

- Variables del estudio:

-Dependiente: Diagnostico de demencia.

-Independientes: Diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA), Fibrilación Auricular (FA), Diabetes Mellitus, Dislipemia, Cardiopatía Isquémica).

- Recogida de datos y análisis:

Homogeneización de grupos por edad y sexo, seguida de recogida en Excel de datos de historias clínicas informatizadas y/o historia clínica de la Residencia de Alzheimer. Análisis estadístico mediante programa GSTAT-2.

Resultados

Se recogieron 307 pacientes (demencia: 106; sin demencia: 201). Tras homogeneización aleatoria para edad y sexo para edad y sexo (Chi-Cuadrado p: 0.05431 y p: 0.2273 respectivamente), quedaron 90 pacientes en cada grupo. Mediante regresión logística la demencia está relacionada con HTA (p=0,0243), FA (p=0,0244), ictus previo (p=0,0096), dislipemia (p=0,0022) e IMC (p=0,0265), con sensibilidad= 66,67% y especificidad= 74,42% (VPP=69,44% y VPN=71,91%), siendo la FA (OR: 3,18) y ACV previo (OR: 4,11) los principales.

Conclusiones

Es más frecuente la existencia de un evento cerebro-vascular en el grupo de EA, siendo la FA un factor predisponente importantísimo para que se produzca. Sigue siendo necesaria la prevención y diagnostico precoz de demencia en este grupo de pacientes.

82/12. Valoración del control glucémico en el paciente geriátrico institucionalizado con Diabetes Mellitus tipo 2.

AUTORES:

(1) Urquijo Hieyte, Luis Alfonso; (2) Caballero García, Juan Carlos; (3) Goñi Goicoechea, Fernando.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Residencia Geriátrica Miravilla. Bilbao.; (2) Centro de Salud. Arangoiti. Bilbao.; (3) Hospital de Basurto. Bilbao.

RESUMEN:

Objetivos

Evaluar si en ancianos institucionalizados con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) en tratamiento con dos o más antidiabéticos orales (ADOs) y mal control metabólico, añadir terapia insulina basal consigue un grado de control glucémico superior.

Metodología

Durante el 2011 se realizó seguimiento prospectivo de 54 pacientes geriátricos institucionalizados con DM2, en los que se instauró insulina basal por estar con dos o más ADOs y presentar mal control metabólico (HbA1c > 8%). Se inició insulina basal, dejando los ADOs que tenían instaurados, en caso de hipoglucémias y estar con sulfonilureas se bajaría la dosis de estas. Se registraron datos de antes (control), tres y seis meses después de Insulinización basal, recogiendo variables de control glucémico y seguridad.

Resultados

La edad media fue 81 años. El 79,6% tiene al menos una complicación micro y/o macrovascular. Descenso significativo (p< 0,001) en valor medio de HbA1c (del 9,1% (+ 1,0) a 7,1% (+ 0,8)), descenso significativo (p< 0,001) en valor medio de glucemia en ayunas (de 227,1 (+ 60,4) mg/dl a 133,2 (+ 26,1) mg/dl). Descenso de hipoglucemias analíticas o sintomáticas (del 11,1% al 5,6%), ningún episodio de hipoglucemia Grave ni Grave nocturna.

Conclusiones

El paciente geriátrico institucionalizado con DM2 en que se instauró tratamiento con insulina basal, por estar con dos o más ADOs y mal control metabólico, presenta grado de control glucémico superior, con alta seguridad metabólica. Muy importante en este tipo de pacientes.

82/13. ¿Son nuestros pacientes con fibrilación auricular como los de los estudios que avalan la utilización de los nuevos anticoagulantes?

AUTORES:

(1) Beato Fernández, Pere; (2) Rama Martínez, Teresa; (1) Azcona Escolano, Asunción; (1) Valls Martínez, Ana; (3) Agudo Cortada, Mónica; (3) Alcaráz Ferrer, Enriqueta; (3) Arribas Tutusaus, David; (3) Auladell Llorens, María Antonia; (3) Barceló Llacera, Amalia; (4) Champer Blasco, Anna.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Consultori Barri Cotet de Premià de Dalt. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud El Masnou-Alella. Barcelona.; (3) Consultorio de Atención Primaria Premià de Mar. Barcelona.; (4) Consultori Centre Urbà de Premià de Dalt. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

Comparar las características demográficas, de comorbilidades y de tratamientos farmacológicos de nuestros pacientes con fibrilación auricular con las de los pacientes de los estudios originales que avalan la utilización de dabigatrán (Re-ly), rivaroxabán (Rocket-AF) y apixabán (Aristotle)

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Comparativa con estudios externos.

Ámbito: Los pacientes con fibrilación auricular, en tratamiento con acenocumarol o warfarina cuyo control de INR se efectúa en nuestros centros de Atención Primaria.

Variables: Edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de tratamientos farmacológicos, controles de INR dentro y fuera de rangos.

Cálculos: Medias estadísticas. Porcentajes.

Resultados

Estudio y número de pacientes:

Re-ly Davigatrán 18113 (A)
Rocket-AF Rivaroxabán 14264 (B)
Aristotle Apixaban 18201 (C)
Pacientes propios 236 (D)

	A	B	C	D
Edad media	71,5	73	70	76,6
Mujeres	36,5%	39,7%	35,2%	44,5%
HTA	78,8%	90,5%	87,4%	76,3%
DM	23,4%	39,9%	25%	24,15%
AVC	16,5%	54,7%	19,4%	15,7%
Cardiopat. Isq.	20%	17,3%	14,2%	19,5%
Inisuf. Card.	32%	62,4%	35,4%	30,9%
IECAS + ARA II	66,5%		70,5%	67,8%
Betabloqueante	63%		63,1%	41,5%
Amiodarona	10,6%		11,3%	8,1%
Estatina	44,4%		45%	52,1%)
Antiulceroso	17,7%		18,4%	59,7%
Calcioantag.			30,6%	35.2%
AINEs			8,3%	2,7%
Digoxina			32%	28%
Tiempo INR	67,6%	55%	66%	72,9%
> 75 años			31,2%	61%

Conclusiones

Algunas diferencias con el estudio Rocket-AF son esperables por los objetivos específicos del estudio

Nuestros pacientes:

Son más mayores y hay más mujeres.

Están tratados con menos betabloqueantes y más estatinas

Presentan, significativamente, mejores controles de INR

82/14. Fibrilación auricular: ¿cuántos pacientes se beneficiarían de los nuevos anticoagulantes en función de su mal control de INR?

AUTORES:

(1) Beato Fernández, Pere; (2) Rama Martínez, Teresa; (3) Bonet Ivars, Verónica; (3) Gaspà Barrera, Miriam; (3) González Wellens, Nathalie; (3) Molins Robusté, Josep; (3) Nicolau Sabaté, Muriel; (3) Nieto Márquez, Laura; (3) Quílez Cerdà, Amelia; (3) Rodríguez Valdés, Osiris.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Consultori del Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Área Básica de Salud. El Masnou-Alella. Barcelona.; (3) Médico de Familia. Consultorio de Atención Primaria Premià de Mar. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer cuántos pacientes en tratamiento con acenocumarol o warfarina controlan su INR en Atención Primaria.

Saber cuántos con fibrilación auricular (FA) se podrían beneficiar del tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales por de su mal control de coagulabilidad según su rango terapéutico (RT).

Metodología

Estudio descriptivo transversal.

Ámbito: Pacientes en tratamiento con acenocumarol o warfarina que atendemos.

Variables: Porcentaje de tiempo de rango terapeútico(TRT). Rango estricto (2-3). Rango ampliado (1,8-3,2).

Consideramos deficiente un TRT inferior al 65% en pacientes con más de 6 meses de control (Informe de Posicionamiento Terapeútico 2012).

Cálculos: Medias estadísticas. Porcentajes.

Resultados

De los 491 pacientes en tratamiento con warfarina o acenocumarol a 330 controlamos su INR (67,2%).

En ellos TRT: Control ampliado:

> RT: 8,91%;

RT adecuado: 83,82%;

<RT: 7,17%

TRT control estricto:

> RT: 12,86%; RT adecuado: 72,87%; < RT: 14,26%

236 pacientes con FA. 15 están menos del 65% del TRT ampliado (1,8-3,2). De ellos 3 no llevan 6 meses de control en primaria y por tanto 12 pacientes se beneficiarían por control deficiente (5,08%).

Conclusiones

-2 de cada 3 pacientes en tratamiento con acenocumarol o warfarina efectúan sus controles en nuestros centros.

-Tan solo 1 de cada 20 con FA se beneficiaría de los nuevos anticoagulantes en función de su mal control de INR.

82/15. Monitorización ambulatoria de la presión arterial en un centro de salud: recorriendo el camino.

AUTORES:

(1) Santamaría Calvo, Yolanda; (2) Campillos Páez, María Teresa; (2) Alonso Moralejo, Raquel; (2) Vázquez Fernández, María Jesús; (3) Jiménez Díaz, Rafael; (4) Díaz Martínez, Anlit; (5) Melguizo Benavides, Rocío; (6) Campillos Páez, María de los Ángeles; (7) Llopart Núñez, Llorenç; (7) Castilla Suyo, Fernando.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (2) Médico de familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (3) Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (4) Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección Asistencial Centro. Madrid.; (6) Auxiliar de Enfermería. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.; (7) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid.

RESUMEN:

Objetivos

Principal: Estudiar registros de MAPAS realizados en centro salud. Secundario: consolidar realización de MAPAS en centro salud y ampliar realización a otras consultas de médicos familia (MF).

Metodología

Tipo estudio: descriptivo transversal. Ámbito estudio: Atención Primaria. Sujetos incluidos: Pacientes seleccionados de dos consultas MF que cumplían alguna de las indicaciones para realización de MAPA. Intervenciones: colocación del aparato de MAPA al paciente; al día siguiente retirada del mismo y citación en consulta programada en 15 días para entrega resultados y toma decisiones terapéuticas.

Resultados

En 2012 realizamos 80 MAPAs en centro salud. 56% mujeres, 44% hombres. 53% mayores 60 años. Principales causas petición MAPA: valorar eficacia del tratamiento y descartar “HTA bata blanca”. El 62% de los pacientes recibía tratamiento antihipertensivo. 27% pacientes presentaban riesgo cardiovascular alto. Casi 65% MAPAs realizadas son válidas. Más del 90% de pacientes presentaban (además de HTA) otros FRCV. Resultados MAPA: patrón circadiano: EXTREME DIPPER 3.7%, DIPPER 43%, NON DIPPER 40.3%,RISER 13%. Control clínico y por MAPA de TA: 2.6%. No control clínico ni por MAPA de TA: 57.14%. HTA enmascarada: 7.79%. Fenómeno de bata blanca: 32.47%.

Conclusiones

Más de 30% de HTA presentan cifras elevadas de TA sólo cuando están en consulta siendo normal fuera de la misma (HTA bata blanca). Las cifras tensiónales registradas fuera de consulta se correlacionan mejor con daño orgánico que cifras obtenidas en consulta. Creemos que para una atención de calidad al paciente HTA, o en sospecha de esta patología, debemos realizar MAPA en aquellos pacientes que cumplan indicaciones de realización de la prueba.

82/16. Fibrilación auricular. ¿Qué factores pueden influir en el control del INR?

AUTORES:

(1) Beato Fernández, Pere; (2) Rama Martínez, Teresa; (3) Aragonés Gordi, Montserrat; (4) Milà Gatell, Rosa María; (5) Villar Sotillo, María Asunción; (6) Tibau Catalán, Albert; (5) Boix Cuesta, Otilia; (4) Montserrat Bardia, Dolors; (3) Vílchez Valdés, María; (3) Pérez Lianes, Josefa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Consultori Barri Cotet Premià de Dalt. Barcelona.; (2) Médico de Familia. Àrea Bàsica de Salut El Masnou-Alella. Barcelona.; (3) Enfermera. Consultori Barri Cotet Premià de Dalt. Barcelona.; (4) Enfermera. Consultorio de Atención Primaria Premià de Mar. Barcelona.; (5) Médica de Familia. Consultorio de Atención Primaria Premià de Dalt. Barcelona.; (6) Médico de Familia. Consultori Centre Urbà Premià de Dalt. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer si los factores demográficos, de comorbilidad o de número de fármacos prescritos influyen en el grado de control del INR en pacientes con fibrilación auricular(FA) en tratamiento con acenocumarol o warfarina.

Metodología

Ámbito: Pacientes con FA en tratamiento con acenocumarol o warfarina y con control de INR en nuestros centros de Atención Primaria.

Variables: Edad, sexo, tiempo de rango terapéutico (TRT): deficiente< 80%, normal 80-90%, excelente>90%, factores de riesgo y patologías concomitantes, número de fármacos prescritos (< 6, 7 a 9, >9).

Valoramos TRT adecuado: INR entre 1,8 y 3,2.

Cálculos: De porcentajes.

Resultados

-236 pacientes: 44,49% mujeres, 41,9% mayores de 80 años. Control deficiente: 30,5%, normal: 32,2%, excelente: 37,3%

Favorecen el TRT excelente, edad> 80 años (42,4%), ser varón (40,5%), diagnóstico de HTA (39,4%) o la prescripción < 6 fármacos (39%).

Presentan un bajo porcentaje de TRT excelente los no diagnosticados de HTA (30,4%), ictus (32,4%), insuficiencia cardiaca (34,2%) y >9 prescripciones (34,2%).

Favorecen un TRT deficiente, no diagnósticados de HTA (37,5%), diagnósticados de ictus (35,1%), ser mujer (34,3%) y >9 prescripciones (34.2%).

Presentan un bajo porcentaje de TRT deficiente si <6 prescripciones (24,4%), diagnosticados de cardiopatía isquémica (26,1%), diagnosticados de diabetes (26,3%), ser varón (27,4%).

Conclusiones

El perfil de los pacientes con mejor control de INR es el de un varón, de más de 80 años, con menos de 6 prescripciones, diagnosticado de HTA.

Paradójicamente un alto porcentaje de pacientes con ictus tienen un TRT deficiente, contrariamente a lo que ocurre con pacientes diabéticos o con cardiopatía isquémica.

82/17. Prevención secundaria en cardiopatía isquémica en un centro de salud.

AUTORES:

(1) Alonso Fernández de Garayalde, Mª Teresa; (2) Sebastián Aparicio, María Paz; (2) Mujica Romero, Blanca.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Aranbizkarra 2. Vitoria.; (2) Médico. Centro de Salud Aranbizkarra 2. Vitoria.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el perfil de pacientes con evento cardíaco y evaluar la prevención secundaria controlando factores de riesgo, consejo sanitario y tratamiento. Establecer medidas correctoras.

Metodología

Estudio transversal descriptivo.225 pacientes con cardiopatía isquémica CIE-9

Recogida de datos: Edad, sexo, morbilidad, antecedentes familiares. Factores de riesgo: hipertensión, dislipemia, diabetes, tabaco, IMC, sedentarismo, alcohol. Evaluación consejo sanitario: TA, colesterol, LDL, HDL, triglicéridos, y hemoglobina glicosilada (Hbg). Fármacos prevención secundaria. Comparación con el estudio Euroaspire/2007

Resultados

En nuestra muestra 76% varones. Edad media: 67 años (43-91).

Factores de riesgo: IMC>27.OH 35%.TABACO 14.5%. SEDENTARISMO 13%.ANTECEDENTES PERSONALES 2.5%.Comorbilidad: HTA 52%. Dislipemia 38%. Diabetes 32%. AC.FA 14%. EPOC 9%. Insuficiencia cardíaca 7.3%. ACV previo 3,4%.Consejo sanitario: 75% de pacientes.

Fármacos: Antiagregantes 82%%, anticoagulación oral 12%. Bloqueantes 40% (bisoprolol), Estatinas 77% (atorvastatina)

Conclusiones

Sin registro de antecedentes personales 93%, de peso 15,5%, alcohol 16% y tabaco 11%.Patologías más frecuentes: HTA y Dislipemia. Consejo sanitario no realizado 17,5%.

Comparando con Estudio Euroaspire peor control de colesterol y de Hbg > 7 el 79% y 28% en el estudio europeo, mejor control de TA > 140/90 60% en el estudio y 31,6% en nuestra muestra. Pautamos menos antiagregantes 82% (91% en estudio) y bbloqueantes 40% frente a 80%,

Medidas correctoras: Modificar hábitos higiénico-dietéticos, mas consejo sanitario. Mejorar el registro y los valores de colesterol, hemoglobina glicosilada y TA.Incrementar el uso de bbloqueantes.

82/24. Tendencia en la práctica de ejercicio físico en hipertensos según la zona geográfica. Estudios PRESCAP 2006 y 2010.

AUTORES:

(1) Rama Martínez, Teresa; (2) Beato Fernández, Pere; (3) Alonso Moreno, Francisco Javier; (4) Prieto Díaz, Miguel Angel; (5) Genique Martínez, Roberto; (6) Velilla Zancada, Sonsoles; (7) Pallarés Carratlá, Vicente; (8) Valls Roca, Francisco; (9) Santos Altozano, Carlos; (10) Durá Belicón, Rafa.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona; (2) Médico de Familia. Consultorio Barri Cotet Premià de Mar. Barcelona; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobin- La Florida. Oviedo; (5) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Sant Carles de la Ràpita. Tarragona; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ancin. Navarra; (7) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Benigànim. Valencia; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Godela. Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la evolución según la zona geográfica en la prevalencia de realización de ejercicio físico en hipertensos atendidos en Atención Primaria en nuestro país.

Metodología

Similar en ambos estudios, PRESCAP 2006 y 2010. Diseño descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en hipertensos ≥18 años de edad, con tratamiento farmacológico, seleccionados consecutivamente. Variables: práctica de ejercicio físico, zona geográfica. Se consideró hacer ejercicio físico caminar activamente media hora/día o practicar deporte ≥ 3 veces/semana. Consideramos 4 zonas geográficas. Zona Norte: Galicia, Principado de Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja, Navarra y Aragón, Zona Mediterránea: Cataluña, Comunidad Valenciana e Islas Baleares, Zona Centro: Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid y Extremadura, y zona Sur-Este: Andalucía, Islas Canarias y Región de Murcia. Análisis estadístico con programa Epidat 3.1.

Resultados

El porcentaje de pacientes hipertensos que practican ejercicio por zonas geográficas según estudios PRESCAP 2006 (N= 8.622) y PRESCAP 2010 (N= 11.883) fue respectiavemte: Norte 46,7% y 48%, Mediterránea 41,1% y 43,4%, Centro 46,1% y 50,6% (p 0,002), Sur-Sureste 33% y 38,7% (p 0,0001), Total 41,5 y 44,9% (p 0,00001).

Conclusiones

Respecto a la evolución en los últimos cuatro años en la práctica de ejercicio de los hipertensos atendidos en Atención Primaria según zonas geográficas, se observa que en el norte y centro de España se sigue practicando más ejercicio que en las comunidades del sur, pero en éstas últimas se evidencia un incremento significativo del mismo.

82/26. Prevalencia de complicaciones y FRCV en una población con diabetes mellitus tipo 2: diferencias de género

AUTORES:

(1) Alonso Fernández, Margarita; (2) Mediavilla Bravo, José Javier; (3) Carramiñana Barrera, Francisco; (4) Perez Unanua, Mari Paz; (5) Huidrobo Dosal, Carmen; (6) Comas Samper, Jose Manuel; (7) Escribano Serrano, Jose; (8) Hormigo Pozo, Antonio; (9) Iturralde Iriso, Jesus; (10) Menso Giner, Luis.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud La Ería. Oviedo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos; (3) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria San Roque. Badajoz; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Doctor Castroviejo. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Centro. Santander; (6) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínico San Roque. Cádiz; (8) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínico Puerta Blanca. Málaga; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Caco Viejo. Vitoria; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Valtierra Cadreita. Navarra.

RESUMEN:

Objetivos

Determinar la prevalencia de FRCV y complicaciones, tanto micro como macrovasculares, en una población de pacientes con DM2 y, establecer si existen diferencias de género.

Metodología

Se ha revisado la historia clínica de un muestra aleatoria de (N=443) diabéticos tipo 2 que han recibido asistencia, al menos en el último año, en Atención Primaria. Se ha registrado la existencia de FRCV (HTA, hiperlipemia, tabaco) y complicaciones crónicas propias de la diabetes

Resultados

Edad media 68,9 años (DE=12,0) (mujeres 71,4; varones 66,3) DE=11 y 12,5 respectivamente. El 48% son varones. Duración media de diabetes 9,2 años (DE= 6,4) (mujeres 9,5; varones 8,8) DE=6,2 y 6,6 respectivamente. El 68,8% (mujeres 74,9%; varones 62,3%) p= 0,004 son hipertensos, el 61,6% (mujeres 64,5%; varones 58,5) tienen hiperlipemia, fuman el 27,8% (mujeres 24,3%; varones 29,4%). Un 19%(mujeres 21,2%; varones 16,5%) padecen enfermedad renal, el 11,7%(mujeres 13%; varones 10,4%) están diagnosticados de retinopatía, el 9,5%(mujeres 6,1%; varones 13,2%) p=0,010 presentan arteriopatia periférica y el 8,6%(mujeres 8,7%; varones 8,5%)neuropatía periférica. El 14,2%(mujeres 8,7%; varones 20,3%) p<0,001 ha sufrido un evento coronario y el 7,4%(mujeres 6,5%; varones 8,5%) un ACV. En el 54,5% de mujeres y 44,3% de varones coexisten HTA e hiperlipemia.

Conclusiones

En la población estudiada la prevalencia de eventos coronarios y arteriopatia periférica es mayor entre los varones a pesar de que son las mujeres las que presentan, en mayor proporcion, coexisencia de HTA e hiperlipemia. La mayor prevalencia de fumadores varones podría explicar este hallazgo. No hay diferencias de género en complicaciones microvasculares

82/28. Evaluación de la implantación del cálculo de riesgo cardiovascular (SCORE) en hipertensos.

AUTORES:

(1) Valverde Morillas, Carmen; (2) Warletta Tirado, Inmaculada; (3) García Castillo, Maria Lourdes; (4) Nieto Nieto, Miguel; (5) Taboada Sance, Purificación.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud de La Zubia. Granada; (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Fe. Granada; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Albolote. Granada; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada.

RESUMEN:

Objetivos

Evaluar, en una población de hipertensos, la evolución del riesgo cardiovascular (RCV) durante el período 2010-2012.

Describir el perfil de la población a la que se ha calculado el RCV e identificar la evolución de éste, estimando la efectividad global en la reducción del riesgo.

Metodología

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y descriptivo. Desarrollado en dos Centros de Salud del área metropolitana de Granada.

Población. Pacientes diagnosticados de HTA con un RCV calculado según método SCORE y registrado en su Historia Clínica digital del programa DIRAYA.

Variables: modificación del RCV, edad y sexo.

Resultados

De una población de 24.232 pacientes el 11.89% tiene HTA. Se calculó el SCORE en 2012 al 69.97%, de estos al 48.57% también se les había calculado en 2010.

En 2010 la estratificación de riesgo fue: alto (51%), medio (11.8%) y bajo (37.3%); y en 2012 alto (24.3%), medio (14.82%) y bajo (61%). El riesgo en 2012 con respecto al 2010 no ha variado en el 70.7%, ha disminuido en el 23% y ha aumentado en el 5.4% ($p<0.005$).

La edad media de los pacientes es de 56 años, la distribución de varones en los enfermos de alto riesgo es, en 2010 del 59,6% y del 66.7% en 2012.

Conclusiones

Hemos encontrado una mejoría en el riesgo de nuestros hipertensos en 2012 con respecto al 2010 y pensamos que podría deberse a la intervención médica tras el cálculo inicial del riesgo. Creemos adecuado que esta práctica se generalice.

82/29. Hipertensión Arterial Refractaria (HTR) en la población hipertensa española. PRESCAP 2010.

AUTORES:

(1) Cinza Sanjurjo, Sergio; (2) Alonso Moreno, Francisco Javier; (3) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (4) Llisterri Caro, Jose Luis; (5) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (6) Mediavilla Bravo, Jose Javier; (7) Lou Arnal, Salvador; (8) Gorriz Teruel, Jose Luis; (9) Serrano Cumplido, Adalberto; (10) Cañada Merino, Jose Luis.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. Coruña; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza; (8) Médico de Familia. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.; (9) Médico de Familia. Centro de Salud de Repelega. Portugalete. Vizcaya; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Algorta. Getxo. Vizcaya.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la prevalencia y las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con HTR en la población hipertensa española.

Metodología

Estudio transversal y multicéntrico, que incluyó hipertensos de 18 años o más atendidos en el ámbito de la Atención Primaria. Se consideró HTA Refractaria (HTR) a la persistencia del mal control de la presión arterial en pacientes tratados con al menos tres fármacos, siendo uno de ellos un diurético.

Resultados

Se identificaron 962 (7,4%) pacientes que cumplían criterios de (HTR), de ellos, el 51% eran mujeres y tenían una edad media (DE) de 68,8 (11,4) años. Los pacientes con HTR presentaron mayor edad, mayor prevalencia de obesidad, mayor perímetro abdominal y mayor prevalencia de DM. Las lesiones en órganos diana fueron

más frecuentes en pacientes con HTR: HVI (14,8% vs 7,3%, p<0,001), MAL (31,10% vs 17,80%, p<0,001) e Insuficiencia Renal (30,50% vs 18,80%, p<0,001), cardiopatía isquémica (16,60% vs 9,50%, p<0,0001), insuficiencia cardíaca (11,30% vs 4,60%, p<0,0001), nefropatía (17,30% vs 6,20%, p<0,0001), enfermedad cerebro-vascular (6,40% vs 4,30%, p=0,02), retinopatía (3,60% vs 1,20%, p<0,0001) y arteriopatía periférica (7,10% vs 3,70%, p<0,0001). En el análisis multivariane mediante Regresión Logística, muestra que las variables que mostraron asociación con la HTR fueron el ejercicio físico, PAS, antigüedad de HTA, IMC, LDL-c, triglicéridos y creatinina.

Conclusiones

En el registro PRESCAP, los pacientes con HTR presentan mayor edad, mayor prevalencia de factores y mayor prevalencia de lesiones subclínicas y enfermedad cardiovascular en órganos diana, fundamentalmente renal.

82/30. Evaluación de la toma de decisión sobre el objetivo de glicada en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en consulta de atención primaria de Vizcaya.

AUTORES:

(1) Quindimil, José Antonio; (2) Grupo Radiante.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Kueto - Sestao; (2) Bilbao.

RESUMEN:

Objetivos

Evaluar si en la práctica clínica se toma la decisión sobre el objetivo de glicada (HbA1c) en <6,5% o <7,5% según los criterios del documento consenso (Documento de Consenso. Av Diabetol. 2010;26:331-8).

Metodología

Registro epidemiológico, transversal, en base a la población atendida en consulta. Durante el último trimestre del 2011, el investigador seleccionó una semana en la cual registró de forma correlativa todos aquellos pacientes que visitó en su consulta de atención primaria y que estaban diagnosticados de Diabetes tipo 2. Se recogió estrategia de manejo y control glucémico.

Resultados

Se registraron 383 pacientes (50% Hombres) con edad media de 69,8 años y mediana de 6,7 años desde que diagnostico de diabetes mellitus tipo 2. El valor medio de la última HbA1c es 6,9% (+ 1,0. El 56,5% cumple objetivos HbA1c establecidos por el clínico en <6,5% o <7,5%.En un 48% de los casos se ha establecido objetivo principal de HbA1c <7,5%, de ellos en el 91,8% la decisión ha sido tomada según criterios consenso (un 72,3% por presentar más de 70 años de edad, el 40,2% por presentar más de 10 años de evolución de la Diabetes tipo 2 y un 31% por presentar complicaciones o comorbilidades avanzadas).

Conclusiones

En consulta de atención primaria de Vizcaya, la toma de decisión del médico en la práctica clínica sobre el objetivo de Hb1Ac en <6,5% o <7,5% sigue los criterios del documento consenso.

82/31. ¿Existen diferencia en las estrategias terapéuticas en hipertensión según el género?. Estudio PRESCAP 2010

AUTORES:

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Calderón Montero, Alberto; (3) Santos Altozano, Carlos; (4) Fernández Toro, Jose María; (5) Cañada Merino, José Luis; (6) Carrasco Martín, Jose Luis; (7) Ferreiro Madueño, Manuel; (8) Galgo Nafría, Alberto; (9) García Criado, Emilio; (10) García Matarín, Lisardo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Alagorta. Getxo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Málaga; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Huerta del Rey. Sevilla; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Espronceda. Madrid; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Vicar. Almería.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las estrategias terapéuticas empleadas y enfoque terapéutico según género en las consultas de AP españolas.

Metodología

Estudio epidemiologíco transversal y multicéntrico en pacientes hipertensos tratados ≥ 18 años seleccionados consecutivamente en consultas de AP de 18 comunidades autónomas los días 8,9 y 10 de junio de 2010. Se tuvo en cuenta sexo, edad, tipo de fármacos antihipertensivos y sus combinaciones. Se realiza análisis descriptivo y bivariante (chi cuadrado, t student y ANOVA).

Resultados

Se incluyen 12.898 hipertensos (6.707 mujeres, edad media 67±11,2 años (p<0,000). La monoterapía se utiliza un 36,1% en hombres y 36,8% en mujeres; la combinación de dos fármacos 43,2% hombres y 45,0% mujeres; y tres o más fármacos 20,7% hombres y 18,2% mujeres. En relación a monoterapia los ARA-2 son los más utilizados en ambos sexos (40,9% vs 36,2%; p<0,001) seguidos por IECA´s (35,3 vs 31,4; ns). Los diuréticos (DIU) son más utilizados en mujeres (17,2% vs 7,3%; p<0,000) y en proporción menor los Calcioantagonistas y los Beta-Bloqueantes (6,4% vs 6,9%, y 6,4% vs 5,7%; ns). En cuanto a combinaciones fijas es llamativo que ARA-2+DIU es con diferencia la más utilizada tanto en hombres como en mujeres (26,4% vs 30,6% p<0,000), seguida por IECA+DIU (14,1% vs 15,5%; ns). Las combinaciones fijas de tres fármacos tienen una prescripción testimonial (0,4% en hombres, 0,2% mujeres; ns).

Conclusiones

No existen diferencias en cuanto a la estrategia terapéutica utilizada entre hombres y mujeres tanto en monoterapia como en estrategias de combinación fijas.

82/32. Control de presión arterial, factores asociados, LOD y ECV según genero. Estudio PRESCAP 2010

AUTORES:

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) García Vallejo, Olga; (3) Dura Belinchón, Rafael; (4) Rama Martínez, Teresa; (5) Beato Fernández, Pere; (6) Barquilla García, Alfonso; (7) Cinza Sanjurjo, Sergio; (8) Polo García, Jose; (9) Carrasco Carrasco, Eduardo; (2) García Lerín, Aurora.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Godela. Valencia; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Masnou. El Masnou; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Premiá de Mar. Barcelona; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Trujillo. Cáceres; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Casar. Cáceres; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Abarab. Murcia.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar las diferencias de género en el grado de control de la PA así como, de los factores asociados, lesión de Órgano Diana y ECV en las consultas de AP españolas.

Metodología

Estudio epidemiologíco transversal y multicéntrico en pacientes hipertensos tratados ≥ 18 años seleccionados consecutivamente en consultas de AP de 18 comunidades autónomas los días 8,9 y 10 de junio de 2010. Se consideró buen control cifras < 140/90 mmHg y <130/80 mmHg si DM2, enfermedad renal crónica ó ECV asociadas. Como variables se tuvo en cuenta sexo, edad, tipo de fármacos antihipertensivos y conducta del médico ante el mal control. Se realza análisis descriptivo y bivariante.

Resultados

Se incluyen 12.898 hipertensos (6.707 mujeres, 67±11,2 años). La mujeres presentan mayores prevalencia de obesidad, síndrome metabólico (ATP III), y enfermedad renal (42,6%, 61,8%, 26,3% respectivamente, p<0,000). Por contra los hombres: tabaquismo, consumo de alcohol, ECV, cardiopatía isquémica, ACV, arteriopatía periférica, nefropatía, HVI (25,3%; 24,7%, 33%, 13,4%, 5,4%, 5,6%, 7,9%, 8,7%, p<0,000), y DM2 32,3% (p<0,004). La dislipemia no fue significativa.

El control de la PA es del 61% en hombres y del 61,4% en mujeres (ns). La media de PAS en hombres 135,9±14,4 y 135,9±14,6 en mujeres (ns); y la PAD 79,5±9,6 en hombres y 79±9,2 en mujeres (p<0,002).

Conclusiones

Existen diferencias en los FRCV y en la coexistencia de ECV: las mujeres tienen mayor edad, más obesidad y los hombres más DM2 y ECV. No hay diferencia en el control de la PA entre géneros en el estudio PRESCAP 2010.

82/33. Cribado de la diabetes Mellitus tipo II en comunidad valenciana. Resultados del proyecto Escarval

AUTORES:

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Palazón, Antonio; (2) Sepehri, Armina; (3) Valls Roca, Francisco; (4) Sanchis Domenech, Carlos; (5) Navarro Pérez, Jorge; (2) Fernández Giménez, Antonio; (6) Redón i Más, Josep; (2) Gil Guillén, Vicente; (2) Orozco Beltrán, Domingo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (4) Médico de familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia A; (6) Universidad de Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar el cribado de DM2 en la Comunidad Valenciana, y determinar cómo influye la realización de un curso de formación sobre prevención cardiovascular y DM2.

Metodología

De un total de 5.120.343 se seleccionan aquellas sin un diagnóstico previo de DM2 y más de 45 años (n=2.730.450). Los factores asociados que influyen en la detección de DM2 se analizan en función de si el PAP realizó el curso o no. El cribado se efectuó con una determinación de glucemia en ayunas de al menos 8 h. Se realizó una regresión logística.

Resultados

El cribado se realiza en al 31,9% de la población mayor de 45 años (n = 870.405). Los factores asociados son: realización del curso de formación por el PAP (OR 2,13), ser hombre (OR 0,75), edad (OR 0,75), fibrilación auricular (OR 1,25), hipertensión (1,91), dislipidemia, haber presentado un vento cardiovascular (1,08), y el número de visitas (2.13).

Conclusiones

Al 31,9% de la población se le realiza cribado. Los factores asociados para ello fueron que el PAP hubiera realizado el curso de formación, ser mujer, pacientes con factores de riesgo cardiovascular (fibrilación auricular, hipertensión, dislipidemia, evento cardiovascular) y personas hiperfrecuentadoras.

82/34. Análisis de la inercia diagnóstica en la diabetes mellitus tipo II en la Comunidad Valenciana. Proyecto Escarval.

AUTORES:

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Palazón Bru, Antonio; (3) Valls Roca, Francisco; (2) Sepheri, Armina; (2) Orozco Beltrán, Domingo.; (2) Gil Guillén, Vicente; (4) Sanchis Domenech, Carlos; (2) Fernández Giménez, Antonio; (5) Navarro Pérez, Jorge; (6) Redon i Mas, Josep.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia; (6) Universidad de Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar la magnitud de la inercia diagnóstica (ID) en población no diabética en la Comunidad Valenciana, identificar los factores asociados; y determinar la influencia de un curso sobre esta de un curso de formación en prevención cardiovascular y DM2.

Metodología

A través de la historia clínica informatizada que cubre al 100% de la población de la Comunidad Valenciana (5.120.343) se seleccionan las personas sin diagnóstico previo de DM2 (>45 años, n=870.405). Se analizan los factores asociados que influyen en la ID, así como si el profesional de atención primaria (PAP) realizó o no el curso de formación previo. La definición de ID por historia clínica (glucemia basal > 126 mg/dl y no hay diagnóstico de DM2) está basado en la definición de Philips, no acuñando el diagnóstico de DM2 cuando esté estaría indicado. Se definen tres tipos de ID: límite (glucemia entre 126-139 mg/dl), moderada (glucemia ente 140 a 159 mg/dl) y franca (glucemia > 160mg/dl). Se realiza regresión logística.

Resultados

El 2,4% de la población mayor de 45 años sometida a cribado presenta DM2 (n = 21.208). Los factores asociados fueron: ¿El PAP ha realizado el curso? (OR 0,753), hombre (OR 1.742), edad 0,038), fibrilación auricular (OR 0,981), hipertensión (1.119), dislipidemia (0,744), eventos cardiovasculares previos (0,940), y número de visitas (0,982). Del total, el 65,1% está en situación límite, el 21,4%, moderada y franca alterado 13,5%.

Conclusiones

La ID demuestra un nuevo problema que puede resolverse fácilmente a través de sistemas de alarma en el registro informatizado de la historia del paciente.

82/35. Inercia diagnóstica en hipertensión arterial en población adulta en atención primaria. Proyecto Escarval.

AUTORES:

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Valls Roca, Francisco; (3) Palazón Bru, Antonio; (3) Sepehri, Armina; (3) Orozco Beltrán,Domingo; (3) Fernández Giménez, Antonio; (3) Gil Guillén, Vicente; (4) Navarro Pérez, Jorge; (5) Sanchis Domenech, Carlos; (6) Redon i Mas, Josep.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (3) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia; (5) Médico de familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (6) Universidad de Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

1) Analizar la prevalencia de la inercia diagnóstica de la hipertensión arterial y obtener sus factores asociados. 2) Analizar la influencia del curso on-line.

Metodología

Se analizaron los registros electrónicos de salud de toda la población no diagnosticada de hipertensión arterial, de cuarenta años o más, que tenía realizada prueba de cribado y que acudió a los centros de salud en el segundo semestre de 2010 (420744 historias). Se consideró que un individuo tenía inercia diagnóstica si estaba cribado y tenía cifras medias de tensión arterial iguales o superiores a 140/90 y no tenía diagnostico de hipertensión. Se calculó la prevalencia de la inercia diagnóstica y sus factores asociados mediante un modelo de regresión logística binaria.

Resultados

El 18.1% de estos individuos tuvieron inercia. Los factores asociados fueron: varón (OR=1.75, p<0.001), DM (OR=1.20, p<0.001), dislipemia (OR=1.10, p<0.001), no enfermedad cardiovascular (OR=0.75), no fibrilación auricular (OR=0.76, p<0.001), más visitas (OR=1.04, p<0.001) y no realizar el curso on-line (OR=0.88, p<0.001).

Conclusiones

La magnitud de la inercia es muy alta. Se determinan que variables se asocian. Los médicos que han realizado el curso on-line cometen menos inercia.

82/36. Análisis de la ausencia de cribado de la hipertensión arterial. Proyecto Escarval.

AUTORES:

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Valls Roca, Francisco; (3) Palazón Bru, Antonio; (3) Sepehri, Armina; (3) Orozco Beltrán,Domingo; (3) Gil Guillén, Vicente; (4) Sanchis Domenech, Carlos; (3) Fernández Giménez, Antonio; (5) Navarro Pérez, Jorge; (6) Redon i Mas, Josep.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (3) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (4) Médico de familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia; (6) Universidad de Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

1) Analizar la prevalencia de la no realización de la prueba de cribado de la hipertensión arterial y obtener sus factores asociados. 2) Analizar la influencia del curso on-line.

Metodología

Se analizaron los registros electrónicos de salud de toda la población no diagnosticada de hipertensión arterial, de cuarenta años o más y que acudió a los centros de salud en el segundo semestre de 2010 (664349 historias). Se consideró que un individuo estaba cribado si tenía al menos una toma de tensión arterial (sistólica y diastólica). Se calculó la prevalencia de esta falta de cribado y los factores asociados a la ausencia de la misma mediante un modelo de regresión logística binaria.

Resultados

El 36.7% de estos individuos no tuvieron realizada la prueba de cribado. Los factores asociados fueron: varón (OR=1.3 6, p<0.001), no DM (OR=0.86, p<0.001), dislipemia (OR=1.40, p<0.001), no enfermedad cardiovascular (OR=0.76), no fibrilación auricular (OR=0.80, p<0.001), menos visitas (OR=0.52, p<0.001) y no realizar el curso on-line (OR=0.65, p<0.001).

Conclusiones

La falta de cribado no es muy alta. Se determinan que variables se asocian. Los médicos que han realizado el curso on-line realizan más la prueba de cribado.

82/37. Situación de la hipertensión arterial en la población 65 años en la comunidad valenciana. Proyecto Escarval Transversal.

AUTORES:

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Valls Roca, Francisco; (3) Palazón Bru, Antonio; (3) Sepehri, Armina; (3) Orozco Beltrán,Domingo; (3) Fernández Giménez, Antonio; (3) Gil Guillén, Vicente; (4) Sanchis Domenech, Carlos; (5) Navarro Pérez, Jorge; (5) Redon i Mas, Josep.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Beniganim. Valencia; (3) Universidad Miguel Hernández. Alicante; (4) Médico de familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (5) Universidad de Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar entre los años 2007 y 2010 los cambios poblacionales en las prevalencias de HTA, control, cribado e inercia.

Metodología

Estudio poblacional, con dos cortes transversales donde se comparan todos los registros informatizados entre los años 2007 (n= 924.265) y 2010 (n=1.565.218). Se valora el registro en la historia clínica (ABUCASIS) de HTA según CIE-9, junto a la existencia de los parámetros de PA y grado de control en población ≥ de 65 años. En población no HTA se valora su cribado e inercia, concepto que se define como aquellos pacientes no HTA con cifras elevadas de PA y no registrados como hipertensos.

Resultados

Se observa como en la población HTA conocida ≥65 años aumenta de un 40,2% en 2007 a un 46,0% en 2010. En estos hipertensos el registro de PA aumenta de un 57,2% a un 76,4% y el buen control (según Guías Europeas 2007) de un 44,3% a un 51,1%. En población no HTA, el cribado se eleva de un 15,3% a un 21,2% y la inercia diagnostica disminuye de un 50,0% a un 37,3%.

Conclusiones

En la población ≥65 años de la Comunidad Valenciana hay un aumento de la prevalencia conocida de HTA y mejora de la calidad asistencial de este factor de riesgo, aumentando su registro y el buen control. Estas mejoras también se han producido en la disminución de su desconocimiento, con un mejor cribado y una reducción de la inercia.

82/40. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con fibrilación auricular según la edad.

AUTORES:

(1) Rama Martínez, Teresa; (2) Beato Fernández, Pere; (1) Rodó Berndó, Roser; (1) Tolo Solo, Jordi; (3) Alcolea García, Rosa María; (4) López-Marina, Víctor; (5) Galán Díaz, África; (1) Roig Cabo, Pascual; (1) Gea Martínez, Pilar; (6) Puig Cerdá, Alicia.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou. Barcelona; (2) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premiá. Barcelona; (3) Centro de Atención Primaria El Besós. Barcelona; (4) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Piera. Barcelona; (5) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria El Masnou-Alella. Barcelona; (6) Privada. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con fibrilación auricular (ACxFA) atendidos en Atención primaria. Diferencias según grupos de edad.

Metodología

Diseño: Estudio transversal. Sujetos: Todos los pacientes diagnosticados de ACxFA visitados en el Centro de salud el último año. Criterios de exclusión: pacientes institucionalizados o desplazados. Variables analizadas: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipemia, tabaquismo, obesidad. Ámbito: Dos centros de Atención primaria semiurbanos. Fuente de datos: Historia clínica informatizada, programa e-cap.

Resultados

Se encontraron 270 pacientes diagnosticados de ACxFA, 52,6% hombres, edad media: 75,1±10,9 años. Por grupos de edad: < 65 años: 15,9%, (79% hombres), ≥ 65 y < 75 años: 27,8% (52% mujeres), ≥ 75 años: 56,3% (52,6% mujeres). Prevalencia total de FRCV: HTA: 72,6% DM: 27,4%, tabaquismo: 9,7%, dislipemia: 42,6% obesidad: 32,2%. Porcentaje de FRCV en <65 años: HTA: 48,8% DM: 20,9%, tabaquismo: 21,4%, dislipemia: 37,2% obesidad: 35%. FRCV en ≥ 65 y <75 años: HTA: 66,6% DM: 34,6%, tabaquismo: 14,8%, dislipemia: 53,3% obesidad: 43,8%. FRCV en ≥75 años: HTA: 82,2% DM: 25,6%, tabaquismo: 3.9%, dislipemia: 38,8% obesidad: 28,8%.

Conclusiones

La prevalencia de FRCV en los pacientes con ACxFA es elevada en todos los grupos de edad. La hipertensión arterial es el factor más importante. Casi la mitad de los pacientes menores de 65 años son hipertensos y este porcentaje se eleva progresivamente con la edad, siendo de 4 de cada 5 en los mayores de 75 años

82/41. Uso de las oficinas de farmacia comunitaria como ayuda en el control de la hta para los centros de salud de atención primaria. Proyecto FARMAPRES CV.

AUTORES:

(1) Sanz García, Francisco Javier; (2) Tamarit García, Juán José; (3) Giner Galvañ, Vicente; (4) Roig Espert, Belén; (5) Pallarés Carratalá, Vicente; (6) Bonig Trigueros, Irene; (7) Valls Roca, Francisco; (8) Reig Botella, Mª del Milagro; (9) Adell Alegre, Manuel; (10) Estaban Giner, Mª José.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy; (2) Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia; (3) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Hospital de Alcoy.; (4) Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises. Valencia; (5) Unión de Mutuas. Castellón.; (6) Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Hospital de Vinaròs. Castellón.; (7) Centro de Salud de Benigànim. Benigànim. Valencia; (8) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Hospital de Alcoy. Alicante; (9) Grupo de Atención Farmacéutica del COFS. Castellón.; (10) Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alcoy. Alicante.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el uso que los médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de Salud (CS) hacen de las Oficinas de Farmacia (OF) para el control de la HTA.

Metodología

Durante 2012 se remiten a médicos y enfermeros/as de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr Peset en Valencia, una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados

Responden 210 profesionales de la Comunidad Valenciana, 144 Med y 66 Enf. Remisión OF: 26,7 % "Nunca", 24,3 % "Casi nunca", 38,1% "A veces", 7,6% "Frecuentemente", 1,4% "Casi siempre" y 0,0% "Siempre". Sin significación estadística (p=0,593), fueron más los Med que respondieron "Nunca" (31,8% vs. 24,3%), más los Enf que respondieron "Frecuentemente" (9,7% vs. 3,0%). Sin perfil definitorio de pacientes que desde el CS se remiten a OFc para medición de PA. Un 53,8% de encuestados remitiría sus pacientes a las OFc para realización de registros MAPA, significativamente (p=0,007) más los Med que lo harían (61,1% vs. 37,9%). Razones de no a las OF para la obtención de una MAPA: 27,8% "Toma de PA debe ser en un CS u hospital", 15,6% "OF no tienen formación", y 3,3% "OF carecen de medios informáticos". Sin diferencias en colectivo entre Enf versus Med.

Conclusiones

Poca utilización los profesionales sanitarios de AP de las OFc para el manejo de sus pacientes hipertensos. Justificado por metodología de la medición. Mayor entre médicos. Extensible a la MAPA.

82/42. Percepción de los profesionales sanitarios de atención primaria sobre el papel de las oficinas de farmacia en el control de la hta. Proyecto FARMAPRES CV.

AUTORES:

(1) Sanz García, Francisco Javier; (2) Giner Galván, Vicente; (3) Pallarés Carratalá, Vicente; (4) Bonig Trigueros, Irene; (5) Tamarit García, Juán José; (6) Roig Espert, Belén; (7) Valls Roca, Francisco; (8) Reig Botella, Mª del Milagro; (9) Esteban Giner, Mª José; (10) Calduch Herrera, Lourdes.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy; (2) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Servicio de Medicina Interna. Alcoy. Alicante; (3) Unión de Mutuas. Castellón.; (4) Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaròs. Castellón.; (5) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.; (6) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises. Valencia; (7) Centro de Salud de Benigànim. Benigànim. Valencia; (8) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Hospital de Alcoy. Alicante; (9) Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante; (10) Centro de Salud Grao de Castellón. Castellón.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la percepción que del papel de las Oficinas de Farmacia (OF) en el manejo de la HTA tienen los profesionales de los Centros de Salud (CS).

Metodología

Durante 2012 se remiten a médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de CS en Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr Peset (Valencia), una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados

Participaron 210 profesionales, 144 Med y 66 Enf. Pregunta ¿Cuál cree que es el papel de las OF en el control de la PA?: 26,2% “Ayuda coordinada con los CS”, 17,1% “Ninguno”, 13,3% “Detección de HTA mal controlada”, y 9,5% “Detección de nuevos casos de HTA”. El 82,8% ve ventajas de la toma de la PA en las OF por flexibilidad horaria (22,4%), accesibilidad (18,1%) y menor Bata Blanca (16,7%). Med (20,1%, 17,4%, 16); Enf (27,3%, 18,2%, 19,7%). Más de un tercio opina que las OF no cumplen su papel: los Med creen que es por “Método incorrecto de medición” (25,0%), “Desconocimiento de la HTA” (16,1%) y “Alarman al paciente” (12,5%), mientras para Enf destaca “Alarman al paciente” (26,7%) (p=0,072).

Conclusiones

Si bien se reconoce que las OF podrían ofrecer mayor accesibilidad, flexibilidad y menor efecto de BB, la impresión general, tanto de Med como de Enf, es negativa, mayoritariamente al no atribuírsele función alguna en el control de la HTA y, sobre todo, al plantear déficits formativos.

82/43. Programa de formación en la medición de la presión arterial en las oficinas de farmacia comunitarias: posibilidades de mejora. Proyecto FARMAPRES CV.

AUTORES:

(1) Sanz García, Francisco Javier; (2) Roig Espert, Belén; (3) Tamarit García, Juan José; (4) Bonig Trigueros, Irene; (5) Valls Roca, Francisco; (6) Pallarés Carratalá, Vicente; (7) Giner Galván, Vicente; (8) Reig Botella, Mª del Milagro; (9) Calduch Herrera, Lourdes; (10) Ballester Ortí, Javier.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy; (2) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises. Valencia.; (3) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia; (4) Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaròs. Castellón.; (5) Centro de Salud de Benigànim. Benigànim. Valencia; (6) Unión de Mutuas. Castellón; (7) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante; (8) Unidad de HTA y Riesgo Cardiometabólico. Hospital de Alcoy. Alicante; (9) Centro de Salud Grao de Castellón. Castellón; (10) Centro de Salud de Benicarló. Benicarló. Castelló.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la opinión que sobre la fiabilidad de las remisiones hechas desde las Oficinas de Farmacia Comunitarias (OFc) de su entorno tienen los médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de Salud (CS), y el potencial de un programa formativo.

Metodología

Durante 2012 se remiten a médicos y enfermeros/as de los CS de los Departamentos de Salud de Alcoy (Alicante), Vinaroz (Castellón), Manises y Dr Peset en Valencia, una encuesta con 12 cuestiones.

Resultados

Respondieron 210 profesionales, 144 Med y 66 Enf. Los profesionales encuestados estimaron en (mediana e intervalo) 4 (40) las remisiones recibidas mensualmente de HTA mal controlados desde las OF, sin diferencias (p=0,437) en las estimaciones de Med (3,8±4,9 remisiones/mes) y Enf (3,2±4,5 remisiones/mes), tampoco por género, provincia o años de experiencia laboral. En opinión los encuestados son un 53,3 % los hipertensos correctamente remitidos, porcentaje algo mayor entre Enf respecto a Med (57,6% VS. 51,4%; p=0,357). La diferencia según provincia alcanzó la significación estadística (40% Castellón, 52,3% Valencia, 64% Alicante; p=0,010). Los motivos principales de inadecuadas remisiones son: “Se remiten elevaciones tensionales puntuales” (25%), “Alarmismo” (21,7%), y “Metodología inadecuada” (14,1%).

Conclusiones

La calidad de remisiones por HTA a los CS es valorada negativamente por los profesionales de AP.

Datos del SUH de Alcoy apunta similares porcentajes. Que el 40% de derivaciones al SUH no sean desde los CS y que la mayor razón de inadecuada derivación sea una incorrecta metodología apuntan a la utilidad de medidas formativas.

82/44. Evaluación de la asociación entre medidas de obesidad global y regional por sexos.

AUTORES:

(1) Ponce García, Isabel; (2) Carbayo Herencia, Julio A; (2) Divisón Hernández, Mª Angeles; (2) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (2) Monedero La Orden, Josefina; (2) Molina Escribano, Francisca; (2) Torres Moreno, Pilar; (2) Simarro Rueda, Marta; (2) González Lozano, Beatriz; (2) Caldevilla Bernardo, David.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete; (2) Grupo GEVA. Albacete.

RESUMEN:

Objetivos

El objetivo de este estudio es evaluar medidas de obesidad que pueden ser útiles y quizá más adecuadas para valorar el exceso de grasa en hombres y mujeres.

Metodología

Estudio descriptivo realizado en la provincia de Albacete sobre sujetos adultos mayores de 18 años. Tres entrevistadores entrenados realizaron a los participantes exploración física (peso, talla, perímetro de cintura (PC), diámetro sagital abdominal (DSA).

Para el análisis de datos se utilizó las correlaciones de Pearson para estimar la dirección y magnitud de la asociación del IMC con la talla, PC, índice cintura talla (ICT) y DSA en hombres y mujeres.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 879 sujetos de los que 375 eran hombres (42,7 %) y 504 mujeres (57,3 %). La edad media fue 53,1 años (DE=17,8).

En la siguiente tabla se expone la relación entre los distintos parámetros antropométricos para los varones (banda superior derecha) y las mujeres (banda inferior izquierda).

	IMC	PC	ICT	DSA
IMC	---	0,902**	0,871**	0,345**
PC	0,882**	---	0,929**	0,342**
ICT	0,881**	0,963**	---	0.333**
DSA	0,345**	0,342**	0,333**	---

Conclusiones

Existen diferencias por género entre las distintas medidas de estimar la obesidad. En varones se aprecia la fuerte correlación entre el IMC y PC. En cambio en las mujeres, la fuerte relación del IMC con el PC o ICT, indica la posibilidad de poder utilizar estas dos medidas en la práctica clínica diaria.

82/45. Evaluación de la asociación entre medidas de obesidad global y regional.

AUTORES:

(1) Ponce García, Isabel; (2) Carbayo Herencia, Julio A; (2) Divisón Hernández, Mª Angeles; (2) Artigao Rodenas, Luis Miguel; (2) González Lozano, Beatriz; (2) Monedero La Orden, Josefina; (2) Molina Escribano, Francisca; (2) Torres Moreno, Pilar; (2) Simarro Rueda, Marta; (2) Caldevilla Bernardo, David.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete; (2) Grupo GEVA. Albacete.

RESUMEN:

Objetivos

El propósito de este estudio ha sido determinar que otras medidas de obesidad presentan una mayor correlación con el IMC y el PC y considerar su posible utilización en la práctica clínica diaria.

Metodología

Se trata de un estudio transversal descriptivo realizado en la provincia de Albacete en sujetos mayores de 18 años. El muestreo origen de esta muestra fue aleatorio, estratificado y bietápico. La captación de voluntarios fue por correo y a los que no respondieron, se les llamó por teléfono. Tres entrevistadores entrenados realizaron a los participantes una exploración física (peso, talla, PC, DSA).

Para el análisis de datos se utilizó la correlación de Pearson entre las diferentes variables cuantitativas para estimar la dirección y magnitud de la asociación del IMC con la talla, PC, ICT y DSA.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 879 sujetos de los que 375 eran hombres (42,7 %) y 504 mujeres (57,3 %). La edad media fue 53,1 años (DE=17,8).

Las tabla 1 y 2 muestran los coeficientes de correlación entre IMC y PC con otras medidas antropométricas.

	Coeficiente de correlación	p
Talla	0,059	0,001
IMC	0,868	0,001
Altura de la cintura	0,551	0,001
Índice Cintura-Talla	0,910	0,001

	Coeficiente de correlación	p
Talla	- 0,148	0,001
PC	0,868	0,001
Altura de la cintura	0,491	0,001
Índice Cintura-Talla	0.873	0,001

Se observa una fuerte, positiva y directa asociación entre el IMC con el perímetro de cintura e índice cintura talla, y entre éstos dos últimos.

Conclusiones

En nuestro estudio, tanto el IMC como el PC han mostrado la mayor relación lineal con el ICT, por lo que este índice puede ser considerado para su utilización como medición de la adiposidad.

82/46. Red cardiosaludable "Partylarizu". Participando en la promoción de salud

AUTORES:

(1) Mateos García, Rosa; (2) Araquistain Aranda, Mikel; (3) López Alabaina, Eva Mª; (4) Hernández García, Jacinta; (5) Contreras Cabrejas, Guadalupe; (5) Hermida Domínguez, Patricia; (6) Arón Borau, L. Fernando; (7) Delgado Villanueva, Maria Luisa; (8) González Cabellos, Ivanka; (8) Del Amo Cachán, Silvia.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Olárizu. Comarca Araba Osakidetza; (2) Fisioterapeuta. Hospital Universitario Áraba.; (3) Administrativo. Centro de Salud Olárizu; (4) Médico de Atención Primaria; (5) Enfermera. Centro de Salud Olárizu; (6) Cardiólogo. Hospital Universitario Álava. Sede Txagorritxu; (7) Paciente Red Partylarizu. Centro de Salud Oláizu. Comarca Araba. Vitoria; (8) Médico Residente de Mediicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olárizu. Comarca Araba Osakidetza.

RESUMEN:

Objetivos

1. Desarrollar un programa formativo en promoción de hábitos Cardiosaludables (HCS) por profesionales de Atención Primaria (AP) y Especializada (AE) con la participación directa del informante clave del proyecto "Partylarizu" de la unidad de AP de referencia.

2. Elaborar dinámicas interactivas, paciente-profesionales, que evalúen el proceso formativo.

3. Determinar el grado de conocimientos en HCS de los participantes

Metodología

Estudio exploratorio de metodología Investigación Acción Participativa" (IAP) y muestreo intencional, dirigido a población de Álava, rango edad 35-75 años.

Profesionales y pacientes firman el consentimiento informado. Disfunción psicofísica severa como criterio excluyente.

La entrevista de acceso se realiza en consultas de enfermería y medicina de AP.

Las sesiones formativas (14- 16 Nov. 2012; señales de alerta y HCS, innovando en nutrición y ergonomía postural) se realizaron por pacientes pertenecientes a Red de agentes de Promoción de Salud, "informantes claves" (RAPS) y profesionales de AP y AE.

Se incorporan técnicas de evaluación participativas (TEP); Escala de calidad de vida (Viñetas COOP WONCA), Pre-Postest de conocimiento; Encuesta de satisfacción; Decálogo Partylarizu; Encuesta de sugerencias e Informe matriz DAFO.

Resultados

37 participantes (75,67% mujeres) pertenecientes a 6 Centros de Salud de Álava. El 94,59% permanece en la actividad, priorizando sugerencias para el 2013: ErgonomiKa (7 Mayo 2013) y Trukosalud (Noviembre) (Promoción de HCS).

Falta evaluar expectativas y Pre Postest de conocimiento.

Conclusiones

1. La codificación de las TEP en base datos excel multiple choice, facilita el tratamiento de los datos.

2. El impacto participativo destaca una tasa de permanencia superior a 2011.

3. El seguimiento multidisciplinar dinamiza el proceso formativo.

82/48. Evolución de la conducta del médico ante el mal control de la hipertensión en España 2002-2010.

AUTORES:

(1) Alonso Moreno, Francisco Javier; (2) Escobar Cervantes, Carlos; (3) Llisterri Caro, José Luis; (4) Rodríguez Roca, Gustavo Cristóbal; (2) Barrios Alonso, Vivencio; (5) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (6) Cinza Sanjurjo, Sergio; (7) Santos Altozano, Carlos; (8) Divisón Garrote, Juan Antonio; (3) Sánchez Ruíz, Tomás.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (2) Cardiólogo. Hospital La Paz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (4) Médico de Familia. La Puebla de Montalbán. Toledo; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.

RESUMEN:

Objetivos

Estudiar la evolución de la conducta del médico de familia ante el mal control de la hipertensión durante la última década, en los estudios PRESCAP 2002, 2006 y 2010.

Metodología

Los tres estudios utilizaron el mismo método. Se realizaron dos lecturas de presión arterial (PA) en una misma visita y una tercera cuando la diferencia entre las dos primeras fue ?5 mmHg. El grado de control se definió como PA <140/90 mmHg (<130/85 mmHg en PRESCAP 2002 y <130/80 mmHg en PRESCAP 2006 para pacientes con diabetes, enfermedad renal crónica o patología cardiovascular, y < 140/90 mmHg en PRESCAP 2010).

Resultados

El grado de control de la PA fue 36,1% (IC 95% 35,2-36,9%), 41,4% (IC 95% 40,5-42,4%) y 46,3% de los pacientes (IC 95% 45,4-47,1%) en PRESCAP 2002 (n=12.754), PRESCAP 2006 (n=10.520) y PRESCAP 2010 (n=12.961) (p<0,0001).

El médico de familia modificó el tratamiento antihipertensivo ante el mal control en el 18,3%, 30,4% y 41,4% respectivamente, p<0,0001. No se alcanzaron diferencias significativas cuando en 2010, se aplicaban los criterios de 2006. Según este criterio se modificó el tratamiento en el 28,8% de los pacientes del PRESCAP 2010.

En los pacientes con mal control de PA en consulta el médico consideró bien controlados al 56% y 40,3%, p <0,0001 (PRESCAP 2006 y 2010).

El tratamiento combinado fue 44%, 55,6% y 63%, respectivamente (p<0,0001).

Conclusiones

La conducta del médico ha mejorado en la última década. En parte puede ser debido a la utilización de más tratamientos combinados y a los nuevos objetivos de control.

82/49. Características clínicas y grado de control de la presión arterial en pacientes hipertensos con presión de pulso elevada. Estudios PRESCAP

AUTORES:

(1) Rodríguez de Cossío, Ángela; (2) Sanchez Rodriguez, Ruth; (3) Laborda Peralta, Miguel; (4) Lougedo Calderón, María José; (5) García Palencia, María; (6) García Bajo, Carmen; (7) Cinza Sanjurjo, Sergio; (8) Prieto Díaz, Miguel Ángel; (9) García Vallejo, Olga; (10) García Lerin, Aurora.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Centro de Salud San Martin de la Vega. Madrid; (2) Centro de Salud Pintores. Madrid; (3) Centro de Salud Yepes. Toledo; (4) Centro de Salud de Reston Valdemoro. Madrid; (5) Centro de Salud Ocaña. Toledo; (6) Centro de Salud Santa maria Benquerencia. Toledo; (7) Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (8) Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Asturias; (9) Centro de Salud El Espinillo. Madrid; (10) Centro de Salud Almendrales. Madrid.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer las características clínicas y grado de control de la presión arterial de los pacientes hipertensos con presión de pulso (PP) elevada en los estudios PRESCAP 2002, 2006 y 2010.

Metodología

Estudio descriptivo transversal en el ámbito de Atención Primaria (AP), que incluyó pacientes hipertensos con tratamiento farmacológico al menos tres meses antes de su inclusión por muestreo consecutivo. Se midió la presión arterial y frecuencia cardiaca clínicas: 2 medidas, 3 medidas si la diferencias en la PAS o PAD ≥5 mmHg. La PP resultó de la diferencia del promedio de la PAS y PAD, considerándose elevada cuando la diferencia >55 mmHg. Se realizaron tres estudios con la misma metodología en los años 2002, 2006 y 2010.

Resultados

El 56,9%, 49,7% y 49,2% de los pacientes respectivamente presentaron PP elevada. La edad media fue de 64,8, 66,7 y 69,9 años, porcentaje de sexo femenino de 57,5%, 55,6% y 53,2% respectivamente, p<0,01.

El grado de control de los pacientes con PP elevada fue de 15,6%, 22,6% y 26,6%, p<0,001.

Algunas de los factores de riesgo relacionadas con la PP elevada, como diabetes y dislipemia presentaron una tendencia creciente, p<0,001.

Los pacientes con PP elevada fueron tratados con terapia combinada en el 45,1%, 58,2% y 67,1% respectivamente, p<0,001.

Conclusiones

En la última década la mitad de los hipertensos en tratamiento farmacológico presentaban una PP elevada. A pesar de que el grado de control de la presión arterial en pacientes con presión de pulso ha mejorado, la diabetes y dislipemia han seguido una tendencia creciente.

82/50. Betabloqueantes en el paciente hipertenso > o = 65 años. Estudio FAPRES

AUTORES:

(1) Pallarés Carratalá, Vicente; (2) Morillas Blasco, Pedro; (3) Facila Rubio, Lorenzo; (4) Llisterri Caro, José Luis; (5) Sanchís, Carlos; (4) Sánchez, Tomas; (6) Bonig Trigeros, Irene; (7) Valls Roca, Francisco; (8) Roig Espert, Belen; (9) Tamarit García, Juan Jose.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Hospital General de Elche.; (3) Consorcio Hospitalario. Hospital General de Valencia; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Algemesi. Valencia; (6) Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaròs. Castellón.; (7) Centro de Salud de Benigànim. Benigànim. Valencia; (8) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises. Valencia.; (9) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

El objetivo del presente subestudio es analizar el impacto pronóstico del empleo de los nuevos betabloqueantes en el paciente hipertenso >65 años.

Metodología

Cada investigador incluyó los tres primeros pacientes hipertensos ≥65 años que acudían a consulta el primer día de la semana durante 5 semanas. Se recogen los principales FR, la historia cardiovascular, el tratamiento, analítica básica y se realizó electrocardiograma con análisis centralizado. Se realizó seguimiento clínico, con recogida de los principales eventos cardiovasculares: mortalidad cardiovascular y global e ingreso hospitalario por angina, IAM, insuficiencia cardíaca, accidente cerebro-vascular o insuficiencia renal. Mediana del seguimiento 803 dias.

Resultados

De 1.028 pacientes incluidos, completan seguimiento 1.003 pacientes (72,9±5,9 años, 47,5% varones). Un 7,6% diabéticos, 9% fumadores y 48,3% con dislipemia. De ellos, 197 estaban recibiendo tratamiento con betabloqueantes (19,7%). Estos pacientes tenían una mayor prevalencia de enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y dislipemia. Durante el seguimiento se produjeron 41 muertes (4,1%), de las cuales 20 fueron de origen cardiovascular (2%). En el estudio univariado, los pacientes con betabloqueantes presentaron una mayor incidencia de ingresos por angina (6,6% vs. 2,9%; p<0,05), sin diferencias significativas en cuanto a mortalidad global y CV, ingreso por insuficiencia cardiaca, IAM, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal. En el multivariante, el uso de betabloqueantes no se asoció significativamente con ninguno de los eventos cardiovasculares analizados.

Conclusiones

El uso de betabloqueantes en pacientes hipertensos >65 años es seguro y no se asocia con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares en nuestro entorno.

82/51. Prevalencia de la enfermedad arterial periférica en pacientes con síndrome metabólico

AUTORES:

(1) Mahmoud Atoui, Omar; (2) Díaz Rodríguez, Angel; (3) Minniti, Caterina; (3) López García, Jose Luis; (2) García García, Mónica; (4) Rodríguez Gómez, Mónica.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente. Centro de Salud de Bembire. León; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembire. León; (3) Médico Residente de 4º año . Centro de Salud de Bembire. León; (4) Enfermera. Familia. Centro de Salud de Bembire. León.

RESUMEN:

Objetivos

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

Metodología

Metodología: Estudio transversal, multicéntrico (10 centros AS Bierzo), muestra aleatorizada 432 pacientes con SM (criterios de la ATP III). Se determinó el riesgo cardiovascular(RCV) mediante SCORE, la EAP mediante el cuestionario de Edimburgo y la medición del Índice Tobillo/Brazo, mediante método oscilométrico automático(Microlife), se registró la presencia de FRCV y se realizó una determinación analítica(glucemia, perfil lipídico, hepático, renal y TSH), durante el año 2012. Los resultados se expresan en porcentajes y en medias con IC 95%.

Resultados

RESULTADOS: N=432, el 68% varones, edad media de 65 años(55-72), 93% dislipemia, 98% hipertensión, 36% tabaquismo, 87% obesidad, 32% glucemia basal alterada(GBA), 14% diabetes, 39% hipertrigliceridemia, 21% cHDL bajo. EL 34% tenían un RCV moderado, el 15% alto y el 37% muy alto. El 15% mostraron un ITB <0.9 y el 19% un ITB>1.4. Solamente el 20% de los pacientes detectados con EAP estaban sintomáticos. En el análisis de regresión logístico, se asociaron a EAP fueron la edad(p< 0,001), sexo varón(p<0.05), diabetes mellitus(p<0,001), tabaco(p<0,001), hipertensión(p<0,01), y dislipemia(p<0,01).

Conclusiones

CONCLUSIONES: El 15% presenta un ITB <0.9 indicativo de EAP, que obligaría a clasificarles en riesgo alto y tratarles con objetivos de prevención secundaria, solamente una quinta parte son sintomáticos, por lo que la realización del ITB es una herramienta muy útil en la detección precoz de la EAP.

82/61. Cumplimiento terapéutico en diabéticos tipo 2. Comparación de 2 métodos: recetas retiradas de farmacia y cuestionario de Hyanes-Sackett.

AUTORES:

(1) López Simarro, Flora; (2) Brotons Cuixart, Carlos; (2) Moral Peláez, Irene; (3) Aguado Jódar, Alba; (4) Selva Olid, Anna; (2) Soriano Palacios, Nuria; (5) Miravet Jiménez, Sònia; (5) Cols Sagarra, Cèlia; (5) Castellote Petit, Aïda.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Área Básica de Salud Martorell. Barcelona; (2) Equipo de Atención Primaria Sardenya-IIB-Sant Pau. Barcelona; (3) Técnico de Salud. Centro de Atención Primaria Sagrada Familia; (4) Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública- Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau. IIB-Sant Pau. Barcelona.; (5) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

1) Valorar Cumplimiento Terapéutico(CT) autocomunicado: cuestionario Haynes-Sackett(H-S), 2) Valorar CT por recetas retiradas de farmacia (RRF), 3)Analizar concordancia entre ambos métodos, 4)Analizar determinantes implicados en mal CT en DM2.

Metodología

Estudio descriptivo transversal, realizado en atención primaria. N:320. Considerando buen control HbA1c<7%,PA<130/80mmHg,c-LDL<100mg/dl. Se valoró CT por RRF el último año y cuestionario H-S entrevistando al paciente. Se analizó concordancia mediante el índice de Kappa y análisis multivariante para evaluar determinantes de buen CT.

Resultados

Por H-S: 10% reconoció mal CT. Por RRF: tenían mal CT 33%, 25,8% y 34,1% para antidiabéticos orales (AO), antihipertensivos e hipolipemiantes respectivamente. Mal CT global: 29,7%. La concordancia entre ambos métodos ha sido pobre.

No hubo relación entre grado de control y CT por H-S. Por recetas retiradas de farmacia, los pacientes con buen CT global para AO, antihipertensivos e hipolipemiantes, presentan mejor control de HbA1c, PAD y c-LDL. Buen CT para AO, presentaban mejor HbA1c. Buen CT para antihipertensivos tenían mejor PAD. No hubo relación entre mejor PAS y CT. Análisis multivariante: asoció buen CT para AO, con mayor edad de los pacientes, para antihipertensivos: mayor frecuentación con enfermería y que el médico no fuera especialista MFyC, para hipolipemiantes: tener antecedentes previos de CI y ser atendidos por una mujer médico.

Conclusiones

RRF es un buen método para medir CT.

Un tercio de los DM2 presentan mal CT para las familias de fármacos estudiados.

Los pacientes con buen CT global para AO, antihipertensivos e hipolipemiantes, presentan mejor control de Hb A1c, PAD y c-LDL.

82/63. Influencia del Incumplimiento terapéutico y la Inercia Clínica en pacientes diabéticos mal controlados

AUTORES:

(1) López Simarro, Flora; (2) Brotons Cuixart, Carlos; (2) Moral Peláez, Irene; (3) Cols Sagarra, Cèlia; (3) Miravet Jiménez, Sònia; (4) Aguado Jódar, Alba; (5) Selva Olid, Anna; (2) Soriano Palacios, Núria; (6) Castellote Petit, Aïda.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Área Básica de Salud Martorell. Barcelona; (2) Equipo de Atención Primaira Sardenya-IIB-Sant Pau. Barcelona; (3) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell. Barcelona; (4) Técnico de Salud CAP Sagrada Familia; (5) Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública- Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau IIB-Sant Pau. Barcelona.; (6) Médico de Familia. Área Básica de Salud Martorell.

RESUMEN:

Objetivos

Ponderar la influencia de la Inercia Terapéutica (IT) y la falta de Cumplimiento Terapéutico (CT) en los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) con mal control de HbA1c, PA y c-LDL.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de Atención Primaria. Se incluyeron 320 pacientes. Se valoró CT (recetas retiradas de farmacia) e IT (falta de inicio o intensificación del tratamiento si está indicado) en pacientes mal controlados (HbA1c>7%, PA>130/80 y c-LDL>100mg/dl). Se realizó análisis de proporciones.

Resultados

- HbA1c>7%: 31,6% (n:101). Mal CT: 24,75% (n:25). Buen CT e IT: 24,75% (n:25) Mal CT e IT: 11,8% (n:12)

Total: 59%, afectos de mal CT e IT

- PA>130/80: 53,8% (n:172). Mal CT: 3,5% (n:6). Buen CT e IT: 43% (n:74). Mal CT e IT: 20,9% (n:36)

Total: 67% afectos de mal CT e IT

- c-LDL>100mg/dl: 52,8% (n:169). Mal CT: 3,5% (n:6). IT (tratados): 27,22% (46). IT (no tratados): 45,56% (n:77). Mal CT e IT: 15,98% (n:27)

Total 92,3 afectos de mal CT e IT

Conclusiones

Para HbA1c hay la misma proporción de pacientes con mal CT que con IT. Para PA tiene mayor peso la IT en conjunto, si bien el mal CT es elevado. La mayor IT para PA, podría estar relacionada con las cifras de objetivo control. Para c-LDL la inercia es muy elevada sobre todo por falta de inicio de tratamiento en pacientes mal controlados.

Casos Clínicos Médicos de Familia

82/1. Dolor abdominal en paciente hipertenso.

Autores:

Ruiz Castilla, Francisco José; Aragón Leal, María Ángeles.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Cádiz.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 48 años que acude a médico por presentar dolor punzante en región lumbar izquierda de inicio súbito e intensidad creciente, con diaforesis intensa, llegando a perder el conocimiento durante aproximadamente 2 minutos.

Antecedentes desde hace un año de hipertensión arterial sistemica en tratamiento con olmetec. Hace años presentó episodios repetidos de lumbalgia y ha padecido de cólicos nefriticos de por nefrolitiasis. No refiere actividad física ni consumo de alcohol, tabaco ni otros tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Se encuentra en mal estado general, consciente y orientado, con fascies álgica y palidez e hipotermia generalizada; pulso en 65/min; presión arterial en 120/80 mmHg, frecuencia respiratoria 20/min. y temperatura de 36ºC.

Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

Dolor a la palpación abdominal profunda en flanco izquierdo con ruidos hidroaéreos presentes. Puñopercusión positiva e intenso dolor a nivel lumbar izquierdo.

Extremidades sin signos patológicos.

Se realiza un electrocardiograma con resultado de ritmo sinusal a 63 lpm sin signos de repolarizacion aguda.

Se deriva a urgencias hospitalarias donde realizan hemograma completo, bioquímica con enzimas cardiacas, función renal y orina, encontrándose un hematocrito de 32%, resto de exámenes en valores normales.

La radiografía de abdomen y columna lumbar demuestra la desaparición de la línea del psoas izquierda. Se solicita ecografía y posterior tomografia abdominal que evidencia aneurisma de aorta abdominal de una longitud de 11 cm empezando en hilio renal, a nivel de bifurcación a ilíacas, con probable disección de pared y ruptura en borde izquierdo, por presencia de gran cantidad de hemorragia retroperitoneal que desplaza riñón izquierdo el cual además presenta litiasis en su interior.

Juicio Clínico

Aneurisma de aorta abdominal roto.

Diagnóstico Diferencial

Cólico renoureteral, lumbalgia aguda, dolor musculoesquelético, pancreatitis, gastritis, obstrucción e isquemia intestinal, víscera perforada.

Comentario Final

La enfermedad aneurismática de la aorta abdominal afecta alrededor del 2 % de la población, rara vez se desarrollan antes de los 50 años y son más comunes en los hombres. Sus etiologías más frecuentes son aterosclerosis e hipertensión.

Más del 75% son asintomáticos y se diagnostican de forma casual.

La rotura de un aneurisma de aorta abdominal es una complicación frecuente y mortal con un diámetro superior a 6 cm. Es la primera manifestación clínica del aneurisma del 10 al 30 % de los pacientes y sólo un tercio de los aneurismas son diagnosticados antes de su rotura. El diagnostico es eminentemente clínico. La triada clásica de dolor intenso en región lumbar o flancos, los signos de inestabilidad hemodinámica y la aparición de masa abdominal pulsátil (presente sólo en el 50%) es altamente sugestiva de rotura del aneurisma.

En este paciente, el dolor lumbar y los antecedentes de nefrolitiasis y lumbalgia llevó a la confusión con una posible patología renal, lo que retrasó el diagnostico.

Bibliografía

1. Juvonen T, Ergin MA, Galla JD. Prospective study of the natural history of thoracic aortic aneurysms. Ann Thorac Surg. 1997; 63(1): 1533-45.

2. Harrison, Dzau J Victor., Creager A Mark , et al: Principios de medicina Interna. Enfermedades de la aorta,1589-1590.

3. Rutheford BR. Infrarrenal aortic aneurysms. En: Rutheford BR . Vascular Surgery. Filadelfia, WB Saunders Co, 1977;639.

82/2. Ante todo: lo primario

Autores:

(1) Velilla Zancada, Sonsoles Maria; (2) Prieto Díaz, Miguel Ángel.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de salud Ancin. Navarra; (2) Médico de familia. Centro de salud Vallobin-La Florida. Oviedo.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón hipertenso de 36 años con cefalea tensional desde hace una semana. En la anamnesis por aparatos presenta clínica compatible con SAOS. Sigue tratamiento con Enalapril 20mg al desayuno. Regulares controles tensionales.

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física: destaca presión arterial 180/90 mmHg. IMC: 33,9 Kg/m2; perímetro abdominal: 110 cm.

Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, glucosa, lípidos, triglicéridos, creatinina, ácido úrico, sodio, ITB, FO: normal. Potasio 3 mEq/L. Cociente albúmina/creatinina: 252 mg/g. Aldosterona, renina y actividad de renina: normal. Proteinuria 24 horas: 492 mg/24h. MAPA: patrón no dipper. ECG: ritmo sinusal, 82 lpm, hipertrofia de ventrículo izquierdo, confirmada mediante ecocardiograma. Ecografía doppler y TAC abdominal: normal. Polisomnografia: normal.

Juicio Clínico

Hipertensión arterial esencial.

Diagnóstico Diferencial

Ante un paciente con malos controles de PA, al que inicialmente se le cambio tratamiento por presentar HTA grado 3 y no estar cubierto las 24 horas con la medicación pautada; clínica compatible con SAOS y patrón no dipper en el MAPA hay que pensar en un SAOS1, quedando descartado con la polisomnografia.

Una causa muy poco frecuente de hipertensión secundaria es el hiperaldosternismo2; suele cursar con hipertensión e hipopotasemia, estudio de aldosterona con niveles elevados y supresión de los niveles de renina. Nuestro paciente tiene hipopotasemia e hipertensión mal controlada pero los niveles de renina y aldosterona son normales sin tratamiento que interfiera en ello, por eso inicialmente se suspende IECA y se le pauta espironolactona 25mg a la mañana y manidipino 20mg a la cena.

Nuestro paciente tiene una obesidad grado I y presenta lesión de órganos diana: hipertrofia de ventrículo izquierdo y microalbuminuria. Hay que barajar la posibilidad de que simplemente se trate de un mal cumplidor y que los hallazgos anteriores obtenidos no nos permitiesen orientar bien a nuestro paciente. Realizando el test de cumplimiento autocomunicado, no tomaba ni el 50% de los comprimidos que le correspondían.

Comentario Final

Son varios los factores que pueden influir en el cumplimiento terapéutico, así tenemos variables dependientes del médico, del propio paciente, de la relación medico paciente, del tratamiento, o bien, las propias de la enfermedad.

Podemos ayudarnos de métodos directos, (caros y sofisticados) y de métodos indirectos (más sencillos y económicos); estos últimos pueden estar basados en la entrevista clínica, como el cumplimiento autocomunicado o el test de Morinsky-Green; en el recuento de comprimidos; asistencia a citas programadas; valoración de la eficacia; juicio clínico del médico o el test de Batalla3.

Recientemente, se está utilizando la dispensación electrónica de recetas para analizar el grado de cumplimiento.

En nuestras manos está valorar y aplicar todas las técnicas disponibles para un mayor grado de control, mejorando la adherencia al tratamiento, motivando al paciente, y detectando el cumplimiento.

Bibliografía

1.Hoffman M, Bybee K, Accurso V, Somers VK. Sleep apnea and hypertension. Minerva Med.2004;95:281-290.

2.Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens.2007;25:1105-1187.

3.Rigueira García, A.I. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España?.Atención Primaria. 2001;27:559-568.

82/25. Hipertensión arterial secundaria: a propósito de un caso.

Autores:

(1) Vigil-Escalera Villaamil, Aranzazu; (2) Campillos Páez, Maria Teresa; (2) Santamaria Calvo, Yolanda Concepción; (3) Tang Valdez, Ricardo Alfredo; (4) Campodonico Bernales, Diana María; (4) Díaz Martínez, Anlit; (5) Jiménez Díaz, Rafael; (5) Melguizo Benavides, Rocío; (5) Lesmes González, Jacqueline; (6) Cordero Puebla, Pedro.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Las Calesas. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Calesas. Madrid. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid. Dirección Asistencial Centro. Madrid; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón 42 años sin antecedentes relevantes que presenta cifras de tensión elevadas en la consulta de la mutua (no especifica cifras). Tensión arterial en consulta de AP: 210/130 mmHg. Paciente asintomático.

Exploración y pruebas complementarias

Constantes: TA: 210/130, FC: 100 lpm, Saturación de O2: 99%. Neurológico: normal. Cabeza/cuello: No soplo carotídeo, no aumento presión yugular venosa. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico, no soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, no irritación peritoneal, no soplos aórticos. Puño percusión renal negativa. Extremidades inferiores: no edemas. Vascular periférico: pulsos radiales, femorales, poplíteos y pedios presentes y simétricos. Electrocardiograma: Ritmo sinusal 100 lpm., no signos de isquemia miocárdica ni alteraciones en repolarización, no sobrecarga ventricular. Radiografía tórax: Índice cardiotorácico normal, sin alteraciones. Hemograma: normal. Bioquímica normal salvo creatinina de 1,64 mg/dl. Hormonas tiroideas, coagulación y perfil lipídico normales. Iones normales salvo potasio 5.05 mg/dl. Bioquímica en orina: creatinina 164.8 mg/dl, albúmina 255.5 mg/dl, relación creatinina/albúmina 1550.55 mg/dl. Sistemático orina: proteínas 300 mg/dl, sedimento: escasos cilindros hialinos, hematíes 2 por campo. Bioquímica urinaria 24 horas: diuresis 2200 ml, aclaramiento de creatinina: 39.6 ml/min, creatinina 46.10 mg/dl, albuminuria 930.6 mg/orina 24 horas. Proteinuria 24 horas 0.42 g/24 hs. Electroforesis suero: aumento fracción gamma, Ig A normal. Radiografía abdomen: normal. Ecografía abdomino/renal: Hígado, bazo, vesícula, vía biliar normales. Ambos riñones muestran tamaño y grosor parenquimatoso normal, aunque con ligero aumento difuso de ecogenicidad del parénquima que condiciona mala diferenciación corticomedular, compatible con nefropatía médica incipiente. No dilatación sistema excretor.

Juicio Clínico

Hipertensión arterial grado 3 (severa) + insuficiencia renal moderada + proteinuria.

Diagnóstico Diferencial

- HTA primaria
- HTA secundaria:
  - Enfermedad renal parenquimatosa.
  - Vasculorrenal.
  - Hiperaldosteronismo primario.
  - Feocromocitoma.
  - Coartación de aorta.
  - Cushing.
  - Síndrome apnea del sueño.
  - Consumo sustancias o fármacos hipertensores.

Comentario Final

Paciente es derivado al nefrólogo de referencia quien solicita un eco-doppler renal (normal) y una biopsia renal: Parénquima renal con 16 glomérulos, 10 de ellos esclerosados, de los 6 restantes 3 de ellos muestran lesiones hialinas segmentarias con sinequias en capsula de Bowmann y los 3 restantes discreta ampliación mesangial. Intersticio con fibrosis con atrofia tubular moderada y discretos infiltrados linfoides inespecíficos. Túbulos muestran moderada xantomización. Arterias sin lesiones. Arteriolas con discretos cambios de hipertrofia parietal atribuibles a hipertensión.

Diagnóstico definitivo del paciente: Insuficiencia renal secundaria a probable Nefropatía Mesangial IgA con datos de proliferación segmentaria. Con este diagnóstico se añade al tratamiento antihipertensivo (IECA) que ya recibía desde AP, beta bloqueantes, inmunosupresores y corticoterapia.

La nefropatía por Ig A (enfermedad de Berger) es la glomerulonefritis primaria más común en el mundo. Predomina en hombres (6:1). 80% entre los 15 y 35 años de edad. 15% biopsias. Incidencia de 6-7 casos por millón de población. Clínica: hematuria macro o microscópica, con o sin proteinuria, HTA e IRC. A veces antecedente de IRA o viriasis.

Bibliografía

• Manejo de la hematuria. Nerea Berrade Flamarique, Alvaro de Pablo Cárdenas. Servicio Navarro de salud.

• Insuficiencia renal e hipertensión: Servicio de Nefrología – Unidad de Hipertensión. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

82/27. Trombosis venosa cerebral

Autores:

(1) Valverde Morillas, Carmen; (2) Warletta Tirado, Inmaculada; (3) Nieto Nieto, Miguel; (4) Quintero Palomino, Jose; (5) García Castillo, Maria Lourdes; (6) Pedrosa Arias, María.

Centro de Trabajo:

(1) Centro de Salud de La Zubia. Granada; (2) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Albolote. Granada; (4) Residente de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Fe. Granada; (6) Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada.

Resumen:

Descripción del Caso

Paciente de 46 años con antecedentes de sinupatía maxilar crónica, bronguiectasias, déficit de Ig A, G1 y G4, SAOS y osteoporosis.

Comienza de forma brusca con desviación de la comisura bucal, disartria, parestesias en 1º-2º dedo de mano izquierda y en pierna izquierda. Se recupera en 30 minutos pero vuelve a repetirse en el Servicio de Urgencias. Como antecedente inmediato, cefalea de un mes de evolución tras acceso de tos. Cefalea holocraneal opresiva muy intensa, sin pródromos, de frecuencia diaria que en ocasiones le despiertan por la noche pero en la última semana cambia de características haciéndose pulsátil y relacionándose con cambios posturales.

Exploración y pruebas complementarias

TA 138/70. Disartria leve, resto de pares craneales normales. Fondo de ojo con ligero borramiento papilar en OD y marcado en OI.

ECG RS a 70 latidos por minuto. AngioRM: Defecto de repleción en seno longitudinal superior sugerente de trombosis en evolución.

Juicio Clínico

Hipertensión craneal secundaria a trombosis venosa.

Diagnóstico Diferencial

Migraña. Procesos expansivos intracraneales. Hidrocefalia.

Comentario Final

Dada la edad y los antecedentes personales del paciente se solicitó un estudio especial de coagulación y se pauto tratamiento con anticoagulantes orales. Analíticamente destacó niveles elevados de homocisteína con niveles de vitamina B12 y ácido fólico normales. El estudio de coagulación no mostró mutación para MTHFR, gen de la protrombina, Factor V Leyden y Factor XII. Aunque no existía déficit vitamínico se inició tratamiento con vitamina B12 y ácido fólico y se normalizaron los niveles de homocisteína. Ante la buena evolución clínica y la normalización de estos niveles se suspendió la anticoagulación oral recidivando el cuadro de trombosis a los pocos meses, esta vez del transverso y sigmoideo izquierdo.

Se reinició el tratamiento anticoagulante dada esta recidiva a pesar de que desde Hematología y Enfermedades Sistémicas no encontraron causa objetivable que ocasionara tal estado de hipercoagulabilidad.

Bibliografía

- Puig J, Pedraza S, Blasco G, Serena J. Review of the neuroradiological diagnosis of cerebral venous thrombosis Radiologia.2009; 51(04) :351-61.

- Imtiaz KE, Rajpara S, Majeed T. Cerebral venous sinus thrombosis: a diagnosis not to be missed. Br J Hosp Med (Lond). 2010 Sep; 71(9):528-9.

- Kanaan ZM, Mahfouz R, Taher A, Sawaya RA. Bilateral transverse sinus thrombosis secondary to a homozygous C677T MTHFR gene mutation. Genet Test. 2008 Sep;12(3):363-5.

- Nagaraja D, Noone ML, Bharatkumar VP, Christopher R. Homocysteine, folate and vitamin B(12) in puerperal cerebral venous thrombosis. J Neurol Sci. 2008 Sep 15;272(1-2):43-7.

- Azzabi S, Barhoumi A, Omar S, Ben Hassine L, Chérif E, Kooli C, Mrad R, Chaabouni H, Kaabachi N, Khalfallah N. Late revelation of homocysteinuria: clinical, biological and progressive aspects. Pathol Biol (Paris). 2009 Jul; 57(5):451-5.

82/38. Obesidad, diabetes y tabaquismo. Alto riesgo cardiovascular.

Autores:

(1) Nieto Nieto, Miguel Luis; (2) Valverde Morillas, Carmen; (3) Warletta Tirado, Inmaculada; (4) García Castillo, Maria Lourdes; (3) López Delgado, Concepción; (3) Alvarez Martín, Patrícia Inés.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Albolote. Granada; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (4) Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Fe. Granada.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 71 años que acude a consulta tras período de hospitalización al sufrir un ictus isquémico hemisférico derecho. AP: Diabetes Melitus II, dislipemia, hábitos tóxicos: Exfumador (>40cigarrillos/día), exbebedor. Paciente de alto Riesgo Cardiovascular (RCV) en 2009 estratificado con los métodos Framinghan(38%) y SCORE(7%).

Paciente sin conciencia de enfermedad que por encontrarse bien físicamente fueron necesarias numerosas intervenciones para el abandono de hábitos tóxicos y el cumplimiento de la dieta.

Exploración y pruebas complementarias

Hemiparesia y parálisis facial central izquierda. ECG: Fibrilación Auricular (FA) con respuesta ventricular controlada. TAC :Infarto en región inferoposterior de Arteria Cerebral Media derecha. Doppler-TSA: Ateromatosis carotídea sin estenosis significativa.

Juicio Clínico

Ictus isquémico hemisférico derecho, origen cardioembólico.

Diagnóstico Diferencial

Accidente Cerebro Vascular (ACV) aterotrombótico, ACV hemorrágico, hipoglucemia.

Comentario Final

Previamente al ictus y al descubrimiento de la Fibrilación Auricular Permanente nuestro paciente estaba en tratamiento con antiagregantes por el alto RCV recogido en la estratificación de riesgo. Tras estos eventos se inició anticoagulación puesto que, según la clasificación de estratificación de riesgo tromboembólico

CHA2DS2-VASC, el paciente tiene una puntuación de 4(tasa anual de ictus del 4%). Si hubiésemos podido detectar la FA antes del evento tromboembólico la puntuación hubiese sido de 2(tasa del 2.2%). Según la categoría de riesgo y la puntuación obtenida el paciente hubiese sido candidato a anticoagulación oral.

En pacientes diabéticos (alto riesgo) debe hacerse un ECG anual para detección temprana de arritmias e isquemias silentes. Sumando factores como FA y tabaquismo, el riesgo de presentar un evento cardiovascular se incrementa. Es fundamental intentar controlar los FRCV de nuestros pacientes; abandono del hábito tabáquico, control de hiperlipidemias, diabetes e hipertensión, detección precoz de arritmias y valorar, según el riesgo obtenido en los sistemas de estratificación de riesgo (SCORE/Framinghan/CHA2DS2-VASC), iniciar tratamiento antiagregante/anticoagulante según categoría de riesgo y puntuación obtenida.

Nuestro paciente actualmente presenta leves secuelas motoras, recuperándose casi completamente tras terapia rehabilitadora. Alcanzamos un óptimo control de cifras tensionales, glucemias capilares/HbA1C, lípidos e INR pero ha vuelto a fumar enfrentándonos, de nuevo, al reto de conseguir que abandone este hábito.

Bibliografía

Di Pasquale G, Riva L. Risk stratification for thromboembolism and antithrombotic prophylaxis in atrial fibrillation. G Ital Cardiol (Rome). 2012 Nov;13(11 Suppl 1):11S-18S.

Shkliaieva OP. Ischemic stroke and atrial fibrillation. Lik Sprava. 2012;(6):141-54.

Gil Núñez A Prevention of cardioembolic strokeNeurologia. 2012 Mar;27 Suppl 1:15-26.

González-Rojas N, Giménez E, Fernández MÁ, Heineger AI, Martínez JL, Villar J, Lizán L. Preferences for oral anticoagulant treatment in the medium and long term prevention of stroke in non valvular atrial fibrillation. Rev Neurol. 2012 Jul 1;55(1):11-9.

Jover E, Roldán V, Gallego P, Hernández-Romero D, Valdés M, Vicente V, Lip GY, Marín F. Predictive value of the CHA2DS2-VASc score in atrial fibrillation patients at high risk for stroke despite oral anticoagulation. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012 Jul;65(7):627-33.

82/39. Enfermedad coronaria en adultos jóvenes con hipercolesterolemia.

Autores:

(1) Nieto Nieto, Miguel Luis; (2) Valverde Morillas, Carmen; (3) Walertta Tirado, Iinmaculada; (1) Fiuentes González, Carmen Irene; (1) Jiménez Gómez, Carmen Alicia; (1) Sánchez Pérez, Maria Jesús.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Albolote. Granada; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de La Zubia. Granada; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Zubia. Granada.

Resumen:

Descripción del Caso

Varón, 29 años, fumador, hipercolesterolemia. Antecedentes familiares de C. Isquémica precoz en madre (40 a). Febrero 2010. Urgencias: angina típica de esfuerzo, que se hace de reposo, ingresa con el diagnostico de angina inestable

Exploración y pruebas complementarias

TA 120/70 Piel normal. ACR normal, ausencia de fallo cardiaco. ECG inicial, lesión subpepicardica septal, evoluciona a lesión subepicardica en cara anterior. Marcadores: Elevación de la troponina. Laboratorio Ct 447, Cldl 350, Chdl 24, TG. 268. GPT 79. Ecocardio: normal. Cateterismo: estenosis severa, 1/3 medio de DA,

estenosis significativa 1/3 medio CX, estenosis severa 1/3 proximal-distal CD, se realiza ICP con implantación Stent DA y otros 2 Stent en las lesiones CD. Estudio coagulación especial y homocisteina normal. Mutación del C677T del gen de la MTHFR, para la que es heterocigoto. Evolución: Favorable, EKG al alta con RS, sin alteraciones de la repolarización, no necrosis. Seguimiento: 09 2010. Nueva angina de esfuerzo progresiva. Cateterismo con lesión severa distal a Stent implantado DA con nueva implantación de Stent recubierto.

02 2012. Nueva angina, de inicio en reposo. En EKG ondas T negativas en III, marcadores enzimáticos normales. Ct 294, Chdl 31, Cldl 231. Cateterismo Reestenosis significativa en la mitad del Stent implantado en CD y Estenosis significativa distal al último Stent implantado en DA, Se implantan dos nuevos Stent recubiertos.

Juicio Clínico

SCASEST. Enfermedad coronaria 3 vasos. Hipercolesterolemia familiar

Diagnóstico Diferencial

La presencia de cifras elevadas de CT de 275-500 mg/dl, en infancia o adultos jóvenes y La hª familiar de eventos CV y presencia de xantomas debe de hacernos sospechar de la existencia de esta anomalía genética.

Comentario Final

La HF: Trastorno genético más comunmente asociado al desarrollo de c. isquémica prematura. Herencia autosómico dominante. Prevalencia de 1/400-500 en población general. La enfermedad está causada por mutaciones en el gen que codifica el receptor de lipoproteína de baja densidad (LDL-R), que conducen a un aumento en plasma de lipoproteínas de baja densidad (LDL-C). La esperanza de vida disminuye en 20 a 30 años en pacientes FH, y la muerte súbita y el IAM son principales causas de muerte. Otros factores genéticos, ambientales y metabólicos podría desempeñar un papel importante en la modulación de la carga aterosclerótica en esta población. Desde 1990, la mortalidad coronaria y mortalidad total de estos pacientes se ha reducido, en parte, debido a la utilización de las estatinas. Sin embargo, a pesar de su uso, la mayoría de estos pacientes no logran un óptimo nivel LDL-c y presentan un riesgo elevado para el desarrollo de C. isquemica prematura. Es un reto su diagnostico precoz y su tratamiento intensivo global.

Bibliografía

JL Goldstein, et alls editor. McGraw-Hill, New York, 2001.La hipercolesterolemia familiar, pp 2863-2913.

OMS del Programa de Genética Humana. Hipercolesterolemia familiar. París, 1997. Informe de una consulta de la OMS.

Slack J. Riesgos de la enfermedad isquémica del corazón en estados hiperlipoproteinemicos familiares. Lancet.1969; 2 1380-2.

Piljman AH, et alls. Evaluación del tratamiento para reducir el colesterol de los pacientes con hipercolesterolemia familiar: Un gran estudio transversal en los Países Bajos. Aterosclerosis. 2010; 209 189-94.

82/54. Paciente infartado con hipertransaminasemia a dosis máximas de estatinas

Autores:

(1) Díaz Rodríguez, Ángel; (1) Mahmoud Atoui, Omar; (1) García García, Mónica; (2) Rodríguez Gómez, Monica; (3) Minniti, Caterina; (1) López García, Jose Luis.

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 56 años que consulta por haber sufrido un infarto miocardio (IAM). Antecedentes personales: dislipemia, diabetes tipo 2 (DM2), obesidad, tabaquismo y sedentarismo. Antecedentes familiares de obesidad, DM2 e hipercolesterolemia (padre) e HTA (madre). No acudía al médico a los controles periódicamente. Había tenido en varias ocasiones molestias precordiales, hace 8 días tuvo un fuerte dolor precordial diagnosticado de IAM. Al alta es diagnosticado de IAM anterior extenso Killip II revascularizado con stent farmacoactivo en descendente anterior tratado con modificación del estilo de vida (dieta 1400 cal/día, ejercicio físico, cese del hábito tabáquico), Insulina garglina 20 UI/día, ramipril 2,5 mg/12 horas, carvedilol 6,5 m/12 horas, clopidogrel 75 mg/12 horas, AAS 100 mg/día y atorvastatina 80 mg/día. Se cita a una consulta programada a los 3 meses con analítica, EKG y ECO abdominal.

Exploración y pruebas complementarias

Presión Arterial(PA): 136/87 mmHg. IMC: 28. PC: 106 cm. Auscultación cardiopulmonar rítmica a 86 lpm sin soplos. Hepatomegalia no dolorosa. Glucemia: 167 mg/dl; HB A1c: 7,5%; Urea 31 mg/dl, Creatinina: 1,19 mg/dl; Filtrado Glomerular(MDRD): 79 ml/min/1.73 m2; microalbuminuria: 16 mg/dl; A. Úrico: 6.5 mg/dl; Na: 140 mmol/L; K: 4,5 mmol/L; Cl: 105 mmol/L; Colestetol Total (CT): 154 mg/dl; Triglicéridos (TG): 180 mg/dl; HDLc: 52 mg/dl; cLDL: 57 mg/dl; Colesterol No-HDL: 102 mg/dl; AST: 90 UI/L; ALT (GPT): 94 UI/L; Gamma-GT: 76 UI/L; Fosfatasa Alcalina: 42 UI/L; Bilirrubina Total: 0,86 mg/dL; TSH normal. EKG: QV1-V5 con inversión onda T. ECO Abdominal hepatomegalia compatible con esteatosis hepática.

Juicio Clínico

IAM anterior extenso, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo y sedentarismo, esteatosis hepática.

Diagnóstico Diferencial

Síndrome metabólico. Hipertransaminasemia

Comentario Final

Paciente de RCV muy alto en cifras objetivo de colesterol(cLDL<70 mg/dl) con atorvastatina 80 mg/día. La atorvastatina es bien tolerada con pocos efectos secundarios que son dosis dependientes. Al tener las transaminasas < 3 veces LSN, no es necesaria la retirada de la atorvastatina, se aconseja cambiar la estatina o reducir la dosis. Las nuevas dosis comercializadas de atorvastatina de 30 y 60 mg, nos ofrecen la posibilidad de elegir una dosis inicial o ajustarla de forma más flexible e individualizada para la rápida consecución de objetivos de control de cLDL con eficacia, rapidez y seguridad en la mayoría de los pacientes. La nueva dosis de atorvastatina 60 mg/día permite en estos pacientes lograr los objetivos de control, con un perfil de eficacia/seguridad muy favorable, convirtiéndose en una dosis especialmente útil en pacientes de alto y muy alto RCV con una potencia de reducción del cLDL próxima al 50% y una disminución del riesgo de hipertransaminasemia del 50% respecto a la dosis de 80 mg/día. A este paciente se le administraron 60 mg de atorvastatina y en el control analítico a las 8 semanas presentaba CT: 164 mg/dl, cLDL 63 mg/dl, TG 195 mg/dl, cHDL 53 mg/dl, Coles no-HDL 101 mg/dl. AST 34 U/L, ALT 30 U/L, Gamma-GT 68 U/L.

Bibliografía

Reiner Z et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2011 Jul;32(14):1769-818.

Adams SP, Tsang M, Wright JM. Lipid lowering efficacy of atorvastatin. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD008226.

82/55. Estrategia de tratamiento hipolipemiante orientada a la consecución de objetivos en pacientes de alto riesgo cardiovascular

Autores:

(1) Díaz Rodríguez, Ángel; (1) Mahmoud Atoui, Omar; (2) López García, Jose Luis; (2) Minniti, Caterina; (3) Rodríguez Gómez, Mónica; (1) García García, Mónica; (4) Díaz Fernández, Mónica; (4) Denis Parra, Cristina.

Centro de Trabajo:

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

Resumen:

Descripción del Caso

Varón de 55 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de 20 cigarrillos/día desde hace 15 años, no alcohol; diagnosticado de glucemia basal alterada(GBA) desde hace 5 años a tratamiento con dieta. HTA de 13 años de evolución a tratamiento con enalapril 20 mg/día. Hiperuricemia a tratamiento con Alopurinol 300 mg/día. No antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura, ni dislipemia.

Exploración y pruebas complementarias

Peso: 90 Kg; Talla: 1,70 m; IMC: 31,1; Perímetro cintura: 109 cm; TA: (media de 2 tomas) 160/92 (BD). No xantomas, ni xantelasmas. Arco corneal senil. Auscultación cardiopulmonar y resto exploración física normal. Ácido Úrico: 8,9; Glucosa basal: 112 mg/dl. HbA1c: 5,5%; Colesterol total (CT): 274 mg/dl; cHDL: 34 mg/dl; Triglicéridos (TG): 283 mg/dl; cLDL: 167 mg/dl; Colesterol no-HDL: 244; TSH normal; Transaminasas: normales; Orina: Proteinuria (-); Microalbuminuria: (-). EKG: normal; Fondo de ojo: normal. Perfil lipídico a las 8 semanas: CT: 269 mg/dl; TG: 294 mg/dl; cHDL: 36 mg/dl; cLDL: 165 mg/dl; Col-no HDL: 239 mg/dl; Apo B 133 mg/dl.

Juicio Clínico

HTA.

Glucemia Basal Alterada

Obesidad.

Dislipemia.

Hiperuricemia.

Tabaquismo.

Diagnóstico Diferencial

Síndrome metabólico, hiperlipemia familiar combinada, dislipemia aterogénica

Comentario Final

Confirmada la dislipemia las modernas estrategias de tratamiento orientadas a la consecución de objetivos se realizan en función del RCV total (SCORE) y los niveles de cLDL. Presenta un RCV alto (7%) con cLDL de partida de 167 mg/dl, por lo que según los recomendaciones de la ESC/EAS 2011/12 se deben intensificar las modificaciones sobre el estilo de vida e incluir tratamiento farmacológico inmediato con un objetivo de control de cLDL < 100 mg/dl. El porcentaje de reducción necesario para alcanzar dicho objetivo es del 41%, debiendo elegir la estatina con la dosis y potencia necesaria para lograr dicho objetivo. Pautamos tratamiento con Atorvastatina 30 mg/día, que puede lograr reducciones eficientes del 44% con un buen perfil de eficacia/seguridad. A las 9

semanas presenta función hepática y renal normal, CT: 177 mg/dl; TG: 232 mg/dl; HDL: 40 mg/dl ; LDL: 87 mg/dl. Col no-HDL 137 mg/dl, por lo que este paciente tiene una buena susceptibilidad individual a la atorvastatina, no siendo necesario titular la dosis inicial. Una vez conseguido el objetivo lipídico de control principal de cLDL, al ser una dislipemia mixta en el contexto de un síndrome metabólico, deberemos abordar la dislipemia aterogénica, con un objetivo de control de Colesterol no-HDL< 130 mg/dl, para lo cual deberíamos añadir Fenofibrato 145 mg/día al tratamiento con atorvastatina 30 mg/día. En pacientes con terapia combinada debemos realizar controles periódicos que incluyan función hepática, función renal y CK en caso de mialgias. La aplicación de esta estrategia de dosificación flexible e individualizada en la práctica clínica habitual aumentara la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

Robinson JG, et al. J Am Coll Cardiol. 2005; 46:1.855-62.

Ducobu J, et al. Curr Med Res Opin. 2007 Aug;23(8):1821-7.

Reiner Z et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2011 Jul;32(14):1769-818.

Adams SP, Tsang M, Wright JM. Lipid lowering efficacy of atorvastatin. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD008226.

82/56. Consecuencias fatales de una consulta tardía

Autores:

(1) Gómez Panzuela, Noelia; (2) García Criado, Emilio; (3) Cuevas Pancorbo, Margarita; (4) López del Rey, Gema; (2) Ruiz Moruno, Javier; (2) Martín Rioboo, Enrique; (1) Ruiz Requena, Inmaculada; (4) Amézquita de los Santos, Larissa Analías; (5) Rodríguez Rodríguez, Mariela Carolina; (6) Blanco Ducoudray, Alejandra.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba; (2) Médico de familia. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba; (3) Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarubia. Córdoba; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Levante Sur. Córdoba; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Córdoba; (6) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen:

Descripción del Caso

Mujer de 67 años acude a consulta por disnea de dos semanas de evolución, con aumento progresivo hasta hacerse de reposo en las últimas 24 horas. Refiere astenia, anorexia y pérdida de 12 kilos en tres meses. Antecedentes personales: Fumadora de 30 cigarrillos/día, síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por psiquiatra.

Exploración y pruebas complementarias

Disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho hasta campos medios, saturación de O2 del 89%. Aumento del diámetro del miembro inferior izquierdo hasta muslo con respecto al derecho. Decidimos enviarla al Servicio de Urgencias para estudio.

En Urgencias presenta dudoso estado general. Palidez cutánea. Disneica en reposo, StaO2 87%. TA 120/70 mmHg, pulso rítmico a 110 lpm, Tª 36.5ºC. ACR: Taquicardia sin soplos. Semiología de derrame pleural derecho. Abdomen: Blando, indoloro, signos de ascitis libre, sin masas ni visceromegalias. Extremidades inferiores: Aumento de miembro inferior izquierdo hasta muslo con edema.

Hemograma: Hemoglobina 6 g/dl, hematocrito 21.2 %, VCM 55, HCM 15.85, leucocitosis 18.000 con neutrofilia. Plaquetas 420.000, VSG 19. Coagulación normal. Dímero D >5000. Bioquímica: Sodio 131, ALT 36, AST 62, FA 166, GGT 109, LDH 391, bilirrubina 2.7, troponina 0.00, hierro 5, ferritina 187, PCR 283, procalcitonina 0.74.

Electrocardiograma: Taquicardia sinusal a 110 lpm.

GSA: pH 7.54, pO2 51, pCO2 29, bicarbonato 28, Saturación de oxígeno 88 %.

RX tórax: Condensación en lóbulo inferior derecho.

TAC Angiografía de arterias pulmonares urgente: Tromboembolismo pulmonar agudo bilateral. Derrame pleural bilateral. Condensación en LM y LID. Múltiples nódulos pulmonares bilaterales sugestivos de metástasis. Hígado metastásico.

Juicio Clínico

Neoplasia de colon con metástasis hepáticas, pulmonares, ganglionares múltiples y carcinomatosis peritoneal. Adenocarcinoma mucinoso compatible con origen primario colorrectal.

Diagnóstico Diferencial

Neoplasia maligna con o sin extensión local. Neumonía. Infección sistémica. Tromboembolismo pulmonar. Insuficiencia cardíaca. Adenocarcinoma colorrectal.

Comentario Final

Se transfundieron 4 concentrados de hematíes. Se trató con HBPM, oxígeno y antimicrobianos. Ingresó en Medicina Interna. Diagnóstico: Embolia pulmonar bilateral y derrame pleural secundarios a proceso tumoral metastásico. Se amplía estudio con marcadores tumorales destacando CEA 112, CA 19.9 67817, CA 125 740 y con TAC toracoabdominopélvico.

Mediante ecografía doppler de miembros inferiores apreciamos trombosis venosa profunda Durante el ingreso presenta distensión abdominal y vómitos. TAC: hallazgos sugestivos de perforación intestinal y peritonitis. Fue intervenida mediante laparotomía exploradora y se tomaron biopsias cuyo resultado anatomopatológico fue adenocarcinoma mucinoso pobremente diferenciado con células en anillo de sello y patrón inmunohistoquímico compatible con origen primario colorrectal.

Tras la intervención experimentó cierta mejoría pero a los pocos días presentó deterioro progresivo del estado general, vómitos, dolor abdominal, anasarca, oliguria e insuficiencia respiratoria progresiva, falleciendo en esta situación.

La consulta tardía de un paciente con síndrome constitucional y complicaciones derivadas del mismo limita nuestras opciones de abordaje. En nuestro caso la enferma acudió a nosotros por la disnea que el TEP causó, pero éste no era más que una consecuencia del proceso tumoral que había originado el síndrome constitucional, así como también lo eran la TVP, la anemia ferropénica y el derrame pleural.

Bibliografía

Actitud diagnóstica ante un paciente con síndrome constitucional. S. Medicina Interna H.U. La Paz. JANO 16-22 Septiembre 2005. VOL .LXIX. Nº1.576.

82/57. ¿Hipertensión y edemas, en qué pensamos?

Autores:

Cid Cantarero, Amanda; Moreno Cotes, Sandra.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Centre. Sabadell. Barcelona.

Resumen:

Descripción del Caso

Hombre de 38 años, sin alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Soltero. Policía. Sin antecedentes patológicos. AF: Padres DM2.

Consulta por edemas en MMII desde hace10 días, y orina espumosa las últimas 48 horas. No refiere otra clínica (respiratoria, abdominal, edema palpebral, fiebre). Niega fármacos.

Desde hace 2 días, en tratamiento con Hidroclorotiazida, pautado en urgencias de AP.

Exploración y pruebas complementarias

EF: TA 136/96 Fc 99x' Saturación Oxígeno 98%. ACR:normal. MMII: insuficiencia venosa. Edemas con fóvea hasta tercio medio MMII (derecho> izquierdo). Pulsos pedios presentes y simétricos. No se palpan cordones. No signos de TVP. Labstix: proteinuria.

Valorando la clínica, EF y la presencia de proteinuria, se orienta como síndrome nefrótico (SN), solicitando analítica urgente de sangre y orina.

Resultados: Hemograma, fórmula, función renal, hepàtica, proteïnograma y coagulación normales. Proteínas y albúmina séricas disminuidas. Colesterol total 314 mg/dL,HDL-Colesterol 62 mg/ dL ,LDL-Colesterol 201 mg/ dL Triglicéridos 263 mg/dL. Autoinmunidad (ANA, ANCA) y ECA negativos; Serologías hepatitis y VIH negativas. Bioquímica de orina: proteinuria 5,27 g/L.

Se inicia tratamiento con Enalapril 10mg/24h, Furosemida 40mg/24h, AAS 100mg/24h, Atorvastatina 40mg/24h, Enoxaparina 40mg/24h.Se solicita ecografia renovesical, orina/24h y se deriva a nefrología para estudio.

En nefrologia se realiza ecografia renovesical siendo normal. Biòpsia Renal: compatible con glomeruloesclerosis segmentaria y focal.

Se inició tratamiento con corticoides a dosis plenas(75mg/24h), sin mejoría de la proteinuria después de un mes, manteniéndose en rango nefrótico, decidiéndose, dada la evolución tórpida instaurar tratamiento con Tacrolimus.

Juicio Clínico

Se trata de un paciente de 38 años afecto de una glomerulonefritis segmentaria y focal que debutó con un síndrome nefrótico, presentando una evolución tórpida.

Diagnóstico Diferencial

La biopsia renal es fundamental en diagnostico de la causa del síndrome nefrótico, orientando la terapia e influyendo en el pronostico

•SN Primario(Enfermedad de cambios mínimos, Glomeruloesclerosis focal y segmentaria, Glomerulopatía membranosa, Glomerulonefritis membranoproliferativa)

•SN secundario(Enfermedades sistémicas, Metabólicas, Infecciosas, Tumorales, Fármacos)

Comentario Final

Los pacientes con SN pueden presentar diversos síntomas que reflejan el proceso inicial o una de las muchas complicaciones sistémicas. Aunque el SN es común en nefrología, se ve raramente en AP. Esto puede deberse al retraso o al error diagnostico debido a enfermedades con síntomas similares (insufiencia cardíaca congestiva, hipoalbuminemia en hepatopatía grave o neoplasia avanzada, edema periorbitario por una reacción alérgica,...). De manera que a pesar de ser una enfermedad poco frecuente en AP se debe tener en cuenta para su rápido abordaje, a pesar de que el manejo deba hacerse des de la atención especializada.

Bibliografía

- Anaya S, Vozmediano C, Rivera F.Síndromes clínicos en nefrología. En: Lorenzo V, López-Gómez JM, de Francisco AL, Hernández-Marrero D (eds.). Nefrología al día (1ª ed.). Badalona: Plus Medical; 2010. p. 3-22.

- Egido J, Rojas-Rivera J. Consideraciones generales y diagnóstico del síndrome nefrítico. Medicine(Ed española)2011;10(82):1184-5586.

- Montañés R, Gracia S, Pérez-Surribas A, Martínez-Castelao A, Bover J: Documento de consenso. Recomendaciones sobre la valoración de la proteinuria en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad renal crónica.Nefrología 2011; 31:331-345.

82/59. ¿Dolor torácico, siempre está claro?

Autores:

Moreno cotes, Sandra; Cid Cantarero, Amanda.

Centro de Trabajo:

Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Barbera del Valles. Barcelona.

Resumen:

Descripción del Caso

Hombre de 38 años, sin alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos.Casado.2 hijos. Químico. Viajes frecuentes. AP: hipertensión Ocular. AF: Madre DM2. Padre éxitus neoplasia de páncreas. Tío materno cardiopatía isquémica con 60 años.

Consulta por dolor precordial opresivo, irradiado a brazo izquierdo, con vegetatismo asociado, de 30 minutos de evolución. Posteriormente el dolor se localiza a nivel axilar izquierdo, dificultando la inspiración profunda.

Exploración y pruebas complementarias

EF: TA 146/92 Fc 61x' FR 16 x', Saturación Oxígeno 98%. EVA 6/10. ACR:TCR, no soplos ni roces. Eupneico. MVC, sin ruidos sobreañadidos. MMII: No edemas. No signos de TVP. ECG: RS a 72x'. Eje 60º. PR 0,16. QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización. Al tratarse de un paciente con clínica de dolor torácico típico, se decide administrar 1 puf solinitrina sublingual, desapareciendo el dolor.

A los 15 minutos presenta mareo y sudoración, encontrándose normotenso, eupneico, realizando nuevo ECG: imagen S1Q3T3.

Se reinterroga al paciente, y refiere antecedente de viaje en avión de 18 horas, la semana previa.

Dada la imagen electrocardiográfica, la clínica y el antecedente de inmovilización prolongada se sospecha de TEP, derivando a Urgencias hospitalarias, donde se realiza TC Tórax, que informa probable TEP en rama lobar de LSD y signos de HTpulmonar.

Analítica: Hemograma, fórmula, función renal, hepàtica, y coagulación normales, CK 91 U/L, Tus 3 ng/L, DDimero 220 ng/mL.

En base a los hallazgos del TC se inicia tratamiento anticogulante.

Juicio Clínico

Dolor torácico en paciente joven sin FRCV, asociado a vegetatismo, con ECG sugestivo de TEP y TC que muestra imagen dudosa de TEP en LSD y signos de HTpulmonar.

Durante su ingreso, los ECG no muestran cambios, y la seriación enzimática es negativa.

Debido a la dudosa imagen de TEP LSD, se realiza gammagrafia pulmonar ventilación/perfusión y ecografía doppler MMII siendo normales.

Dado el resultado de las exploraciones se revisa TC Tórax siendo no concluyente de TEP, pero mostrando signos de HTPulmonar. Retirándose anticoagulación e iniciando estudio de HTpulmonar, con ecocardiograma y pulsioximetría que resultan normales. Decidiendo seguimiento por Cardiología.

Diagnóstico Diferencial

El dolor torácico es una causa frecuente de consulta tanto en AP como en urgencias hospitalarias, siendo a menudo de difícil filiación. Debemos tener en cuenta diferentes causas: Isquemia miocárdica (infarto, angina), pericárdico, pleurítico (neumotórax, neumonía, derrame pleural), síndrome aórtico agudo, tromboembolia pulmonar, mediastínico, esofágico, osteomuscular, psicógeno

Comentario Final

El dolor torácico es motivo de consulta frecuente en AP. Es básico priorizar la gravedad del enfermo debido a que condicionará la urgencia y el abordaje.

Bibliografía

Muñoz Avila JA, Torres Murillo JM, Calderón de la Barca 8. Gázquez JM, García Criado EI, Jiménez Murillo LM. Manejo del paciente con dolor torácico agudo en Atención Primaria. Semergen. 24(2):137-45.

Muñoz Avila JA, Torres Murillo JM, Calderón de la Barca 8. Gázquez JM, García Criado EI, Jiménez Murillo LM. Manejo del paciente con dolor torácico agudo en Atención Primaria. Semergen. 24(2):137-45

82/62. La HTA secundaria en el joven tambien existe

Autores:

(1) Rodríguez de Cossío, Ángela; (1) Rodriguez Sanchez, Ruth; (2) Montes Rodriguez, Isabel; (1) Laborda Peralta, Miguel; (1) Lougedo Calderon, Maria José; (1) Garcia Bajo, Carmen; (1) Garcia Palencia, Maria; (3) Prieto Diaz, Miguel Angel; (4) Cinza Sanjurjo, Sergio; (1) Vallejo Lerin, Olga.

Centro de Trabajo:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud San Martin de la Vega. Madrid; (2) Medico de medicina interna. Centro de Salud San Martin de la Vega. Madrid. (3) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.

Resumen:

Descripción del Caso

Paciente de 27 años valorado de Urgencias en el Centro de Salud por cefalea occipital brusca, pulsátil irradiada a toda la cabeza e intenso dolor, tras jugar un partido de futbol .Refiere llevar una semana con cefalea de menor intensidad sin ceder con analgésicos, pero por la noche no le despertaba

Antecedentes: cocaína algunos fines de semana. Refiere episodios hipertensivos hace tres años, sin tratamiento, ni seguimiento.

Exploración y pruebas complementarias

Tensión arterial: 200/110,BI 200/105 mHg BD. Temperatura: 36,7º. SO2: 98%.

ACP: normal.

Exploración neurológica: Orientado.Glasgow:15pupilas normo reactivas, meníngeos negativos, fuerza, sensibilidad, y reflejos normales. FO.N

EKG: RS a 100 lpm, sin alteración de la repolarizacion.

Se deriva a urgencias hospitalarias.

Analítica: hematíes: 3.4,Hb.9,7gr/dl,Hcrto:29,7%.Urea:154mg/dl, Creatinina: 10.50mg/dl.LDH:626UI/l, mioglobina: 399.9ng/ml. Proteinuria: ++++ y micro hematuria.

Rx de tórax y Abdomen: dentro de la normalidad

ECO: Abdomen: riñones disminuidos de tamaño, de predominio derecho. Parénquima hiperecogenico, desestructurados.

ECO Doppler: vasos intrarrenales morfología normal.

TAC craneal: sin hallazgos significativos

Biopsia: renal: compatible con nefropatía mesangial Ig A.

Juicio Clínico

Glomerulonefritis mesangial IGA

HTA secundaria

Anemia por trastornos crónicos

Diagnóstico Diferencial

Renal: glomerulonefritis, enfermedades intersticiales,

Vascular: coartación aórtica,

Endocrina: feocromocitoma, aldosteronismo.hiperparatiroidismo.

Neurogenicas.

Farmeacologicas

Comentario Final

El paciente estuvo 4 meses en hemodiálisis, hasta ser sometido a trasplante.

La prevalencia de HTA en España es del 35% en la población adulta, la HTAS 5%, siendo la causa más frecuente de origen renal entre el 5 y La GMNM responsable del 75% de casos de proteinuria en adultos no diabéticos.

El diagnóstico de HTAS es fundamental en AP y, en su cribado considerar las siguientes situaciones:

- Debut > 60 o < 30 años.
- HTA grado 3 y/o importante lesión de órgano diana.
- HTA resistente.
- Empeoramiento de HTA previamente controlada.
- Hallazgos indicativos en anamnesis, exploración física o analítica básica.
- Ausencia de historia familiar significativa de HTA y/o enfermedad cardiovascular en edades tempranas.

El examen de orina es un marcador altamente específico de glomerulopatía, sobre todo si existe proteinuria masiva, hematuria, cilindros hemáticos o grasos como en nuestro caso.

La Enfermedad renal parenquimatosa: paciente joven, infecciones del tracto urinarioprevias, litiasis, enfermedad sistémica. Historia familiar de riñón poliquístico. Masas abdominales, edema. Proteinuria, hematuria, elevación de la creatinina. Diagnóstico de imagen: radiografía de abdomen, ecografía renal y biopsia renal.

La nefropatía por IGA es silenciosa y potencialmente grave. Debida al depósito de IGA en el mesangio de los glomérulos renales .La biopsia renal nos da el diagnostico. Evolucion natural es la Insuficiencia renal y la gravedad se relaciona con hallazgos anatomo-patologicos, que ya orientan hacia el pronóstico.

Los factores de riesgo más importantes son: proteinuria y HTA.El tratamiento está orientado a frenar la evolución hacia IRC, y cuando esto falla requiere trasplante.

Bibliografía

Lai KN. Membranous nephropathy: When and how to treat. Kidney Int 2007;71:841-43.[Pubmed]

• Martínez J. Glomerulonefritis membranoproliferativa. En: Hernando Avendaño L, ed. Nefrología clínica. 3.a ed. Madrid: Panamericana; 2009; p. 375-82.

1.Praga M. Tratamiento de la glomeruloesclerosis segmentaria y focal. Nefrologia 2010;25:612-21.[Pubmed]

•Praga M. Tratamiento general y específico de las glomerulonefritis. En: Hernando Avendaño L, ed. Nefrología clínica. 3.a ed. Madrid: Panamericana; 2009; p. 391-98.

Comunicaciones Residentes

82/5. AAS y prevención de la aparición de eventos coronarios en pacientes con Diabetes Mellitus

Autores:

(1) Toral Sánchez, Juan; (1) Martínez Chamorro, Anabel; (2) Titos Vela, María; (1) Villalba Beltrán, Gemma.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palma Palmilla. Málaga; (2) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Victoria. Málaga.

Resumen:

Objetivos

Evaluar la relación entre la prescripción de AAS en pacientes diabéticos y la presencia de eventos coronarios.

Metodología

Estudio de cohortes retrospectivo. 724 usuarios del Centro de Salud Palma-Palmilla con diagnóstico de DM I y II (Diraya).Se excluyen usuarios con glucemia basal alterada y diabetes gestacional.

Se indagó presencia de eventos coronarios, factores de riesgo cardiovascular y tratamiento con AAS.

Resultados

De los 724 diabéticos, 18 eran DM1, 675 DM2, y 31 fueron excluidos. La media de HbA1c en los DM1 era de 8.95 y en DM2 de 7.51.

Del total de los pacientes que presentan buen control diabético (HbA1c < 7%), más del 50% presentaban antiagregación.

Conclusiones

De los diabéticos de nuestro estudio que sufrieron eventos coronarios, el 29.5% estaban antiagregados, frente al 7.2% que no lo estaban.

No existen datos concluyentes sobre la antiagregación en este tipo de pacientes. Necesidad individualizar:riesgo-beneficio.

82/47. Análisis de características y comorbilidades de pacientes con DM-II de un Hospital Comarcal en Cáceres.

Autores:

(1) García Sánchez, Francisco Javier; (2) Alonso Peña, Javier; (3) Ruiz Sanjuan, Pablo; (4) Parras Sesma, Francisco; (5) Rubio Durán, Olga María.

Centro de Trabajo:

(1) Hospital Virgen del Puerto. Cáceres; (2) F.E.A. Medicina Interna Hospital Virgen del Puerto de Plasencia; (3) Médico Residente Hospital Virgen del Puerto de Plasencia; (4) Médico Emergencias 112 UME CORIA.; (5) Enfermera Atención Primaria. Área de Salud. Plasencia.

Resumen:

Objetivos

1) Evaluar la biometría de los pacientes con DM2 procedente de una muestra en A.S. de Plasencia.2) Analizar las comorbilidades de pacientes con DM2.3)Estudiar las HbA1c y el IMC para intentar correlacionar parámetros.

Metodología

Diseñamos un estudio de pacientes diabéticos con tamaño muestral (n=250) correspondientes a los ingresos de pacientes con DM2 del A.S.Plasencia.Se calculan los parámetros de peso, talla y perímetro abdominal.Revisamos historia, analítica y presencia de comorbilidades.Recogemos la información en tabla y procesamiento en SPSS.

Resultados

La muestra es (n=167),de los cuales el 54,5% son varones y 45,5% mujeres.La edad media, 69,9(±10,9) años para varones y 74,2(±9,6)años para mujeres.Peso medio:Varones 79,26(±11,43)kg y en mujeres 76,53(± 16,11)kg.La talla:1,66 (±0,05)m para varones y de 1,55 (±0,08)m para mujeres.El IMC es de 28,04 (±4,12)kg en varones y 31,42(±6,75)kg para mujeres.La PAS media es de 139(±16,5)mmHg para varones y 137(±18,1) mmHg, la diastólica media es:77,1(±9,5)mmHg para varones y 75,7(±14,3)mmHg para mujeres.La FC media en varones es 79(±17)lpm y en mujeres 80(±19)lpm.Sobre las comorbilidades, el 43,1% presentan Nefropatía DM, Retinopatía el 10,2% y polineuropatía el 5,7% y un 4,8% cuentan con tres diagnósticos.En HbA1c y el IMC, existe una correlación positiva que a mayor IMC, mayor porcentaje de HbA1c, ambas significativas ($p<0,05$). El promedio IMC 29,51 y la HbA1c de 7,3%.

Conclusiones

1) Las características de nuestros DM son: Varón de 70 años de 80 kg, HTA grado I y con FC de 80 lpm.2) Al menos una patología asociada a la DM de larga evolución.3) IMC:Sobrepeso grado II con HbA1c 7,3%, demostrar una correlación positiva entre el IMC y la HbA1c.

82/53. Conocimiento del colesterol de la zona norte y sus conductas comparado con la población española.

Autores:

(1) López García, José Luis; (1) Díaz Rodríguez, Angel; (1) Minniti, Caterina; (2) García García, Monica; (3) Rodríguez Gómez, Monica; (2) Mahmoud, Omar.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente. Centro de Salud de Bembire. León; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de Bembire. León; (3) DUE Centro de Villablino. Leon.

Resumen:

Objetivos

Estudiar el conocimiento de la población del norte de España sobre la hipercolesterolemia en comparación con la población española, saber que medidas se adoptan contra ella y la frecuencia de analíticas de control colesterol.

Metodología

Encuesta poblacional nacional en >15 años. Muestreo estratificado por Comunidades Autónomas, edad, sexo y clase social. Cuestionario de conocimiento de colesterol, comportamientos y cambios de actitud ante hipercolesterolemias, registrando variables sociodemográficas (edad, sexo y clase social). Los **resultados** se expresan en porcentajes con IC 95%, error de muestreo de 3,1% para n=100 si p=q=50%.

Resultados

N=2023(1030 mujeres). Media nacional comparada con la media de la zona norte(ZN), p<0,005: el 55% de los españoles no realizan analíticas por falta de percepción de enfermedad frente al 58% de la ZN, de éstos piensan controlarse (34,1%vs20%) Siguen algún hábito para regular sus niveles (50%vs48%). No Conocen y ni entienden los parámetros de colesterol (46%vs30%), no quieren obtener más información sobre éstos (67%vs60%), los que si la buscan lo hacen a través del médico (83%vs 84%). Están en tratamiento (26%vs27% zona norte), tomando de media una pastilla/día (79%vs88% zona norte) tal y como se lo prescribe su médico (94%vs96% zona norte).

Conclusiones

En la zona norte se preocupan menos de saber su colesterol, piensan controlarse menos, conocen y entienden los parámetros del colesterol mejor que la media nacional. Este hecho no induce cambios conductuales para mejorar su salud y sus cifras de colesterol, aunque reciben tratamiento de forma similar y tienen una mayor adherencia al tratamiento

82/60. Incidencia de ictus hemorragico en paciento anticoagulado con acenocumarol

Autores:

(1) Ruiz Sanjuan, Pablo; (2) Alonso Peña, Javier; (1) García Sánchez, Francisco Javier; (1) Koussa Madroñal, Maruan; (1) Nieto Riesco, Maria Teresa.

Centro de Trabajo:

(1) Médico Residente. Hospital Virgen del Puerto. Cáceres; (2) Medico Adjunto. Hospital Virgen del Puerto. Cáceres.

Resumen:

Objetivos

1) Analizar la incidencia de ictus hemorrágicos en pacientes anticoagulados con acenocumarol.

2) Analizar los FRCV en pacientes con eventos hemorrágicos cerebrales.

3) Incidencia de éxitus en pacientes con eventos hemorrágicos cerebrales.

4) Antiagregacion como factor de riesgo en eventos hemorrágicos cerebrales.

Metodología

Diseñamos un estudio de pacientes que han sufrido ictus hemorrágicos durante los últimos 5 años en el Área de Salud de Plasencia. Obtenemos un tamaño muestral de 158 pacientes (n=158). Analizamos como variable principal la relación entre el rango de INR y la presentación de eventos hemorrágicos. Como variables secundarias analizamos la incidencia de eventos hemorrágicos en pacientes antiagregados, la incidencia de éxitus, y la presencia de FRCV en los pacientes reclutados.

Resultados

La muestra es (n=158), de los cuales un 21.51% estaba en tratamiento anticoagulante, principalmente por presentar Fibrilación Auricular. De ellos el 41.17% se encontraba fuera de rango (INR 2-3). El 32.91% se encontraba en tratamiento antiagregante. Entre los FRCV destaca la presencia de HTA (68.35%) y la presencia de Diabetes Mellitus (21.51%). La incidencia de exitus fue del 34.81%.

Conclusiones

1) Los paciente anticoagulados con acenocumarol que sufren un Ictus Hemorragico presentan mal control en un elevado porcentaje (41.17%).

2) Entre los FRCV implicados en eventos hemorrágicos destaca principalmente la presencia de HTA (68.65%).

3) Los pacientes que sufren un Ictus hemorrágico fallecen en 1/3 de los casos (34.81%).

4) La presencia de antiagregación estuvo presente en el 32.91% de los casos.

NOTAS