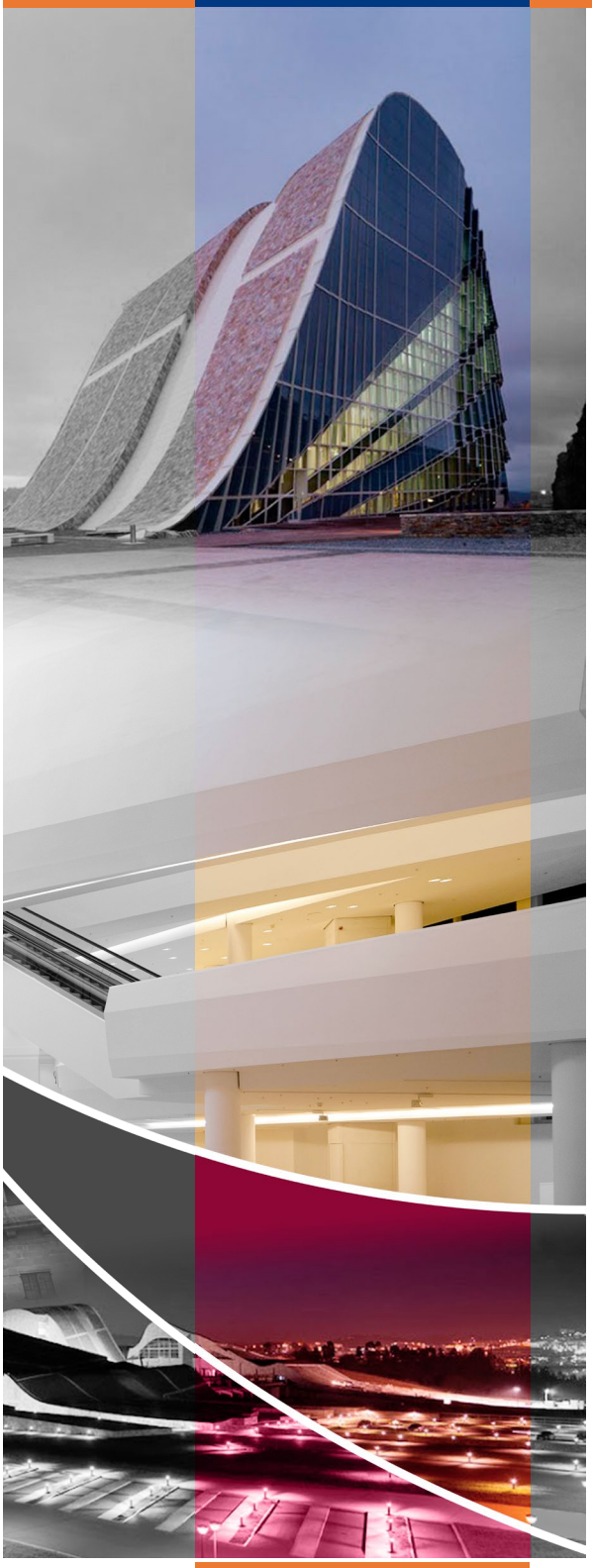
Jornadas Cardiovasculares SEMERGEN



6as Jornadas Nacionales Cardiovasculares SEMERGEN

Santiago de Compostela, 29-31 de mayo de 2014

Prevención Cardiovascular en Atención Primaria

Proyecto declarado de interés científico por la Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. (SEH – LELHA)

Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC)

Sociedad Española de Cardiología - Sección Cardiología Clínica

Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación de SEMERGEN

6as Jornadas Nacioanles Cardiovasculares SEMERGEN ● Mayo 2014

EDITORES

Francisco Javier Alonso Moreno
Vivencio Barrios Alonso
Pere Beato Fernández
Sergio Cinza Sanjurjo
Juan Antonio Divisón Garrote
José Luis Llisterri Caro
Vicente Pallares Carratalá
Miguel Ángel Prieto Díaz
Daniel Rey Aldana
Gustavo C. Rodríguez Roca

COMITÉ EDITORIAL

Francisco Javier Alonso Moreno
Luis Miguel Artigao Rodenas
Alfonso Barquilla García
Pere Beato Fernández
Alberto Calderón Montero
José Luis Cañada Merino
Eduardo Carrasco Carrasco
José Luis Carrasco Martín
Sergio Cinza Sanjurjo
Juan Antonio Divisón Garrote
José María Fernández Toro
Manuel Ferreiro Madueño
Alberto Galgo Nafria
Emilio Ildefonso García Criado
Aurora García Lerin
Lisardo García Matarín
Olga García Vallejo
Roberto Genique Martinez
Inés Gil Gil
Salvador Lou Arnal
José Luis Llisterri Caro
José Javier Mediavilla Bravo
Vicente Pallarés Carratalá
José Polo García
Miguel Ángel Prieto Díaz
Teresa Rama Martínez
Gustavo Cristóbal Rodríguez Roca
Tomás Sánchez Ruíz
Carlos Santos Altozano
Francisco Valls Roca
Sonsoles María Velilla Zancada
Ángel Vicente Molinero
Pablo Panero Hidalgo
Adalberto Serrano Cumplido
Elena Klusova
María Larré Muñoz
Francisca Molina Escribano
Monserrat Redondo Prieto
Daniel Rey Aldana
Vivencio Barrios Alonso
Carlos Escobar Cervantes
José Luis Gorriz Teruel
Germán Allut Vidal
Ángel Díaz Rodríguez
José Manuel Fernández García
Junior Jesús Martínez Couselo
Andrés Soto-Jove Bernaldo de Quirós
Enrique Nieto Pol
Andrés Anca Coya
Nabor Díaz Rodríguez
Mª Luisa López Díaz-Ufano
Iria Miguéns Blanco
Isidoro Rivera Campos
Elena Rodilla Rodilla
Juan Carlos Martí Canales

Editor: Atención Primaria de Congresos S.L.Depósito Legal: GR 232-2014

ISSN: 2341-457X

Lugar de Edición: Granada

Título clave: Jornadas cardiovasculares SEMERGEN (Internet)

Copyright 2014. Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total ó parcial de éste material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia ó cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del Copyright.

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

Las 6as Jornadas Nacionales Cardiovasculares SEMERGEN serán un evento sostenible, comprometido con el medio ambiente.

Se reducirá la huella medioambiental a su paso por la ciudad. Gracias a la aplicación móvil iEvents el congresista podrá llevar toda la información de las Jornadas en su móvil, así como la agenda personal del congresista tiene que ser descargada por el propio asistente a través de la app iEvents para smartphones (apple y android) a través de su usuario y contraseña personal obtenido al realizar su inscripción al congreso.

Los pasos a seguir son:

- Formalizar la inscripción a las Jornadas.
- Descargarse la app iEvents que se encuentra disponible en la página web de las Jornadas. Para realizar este paso deberá usar los accesos de usuario y la contraseña personal.

Con esta aplicación el congresista también tiene la información personal de los eventos a los que se encuentra inscrito.

Para aquellos congresistas que no dispongan de smartphone, se activará un servidor de bluetooth en sede para que puedan tener la información más relevante del congreso.

Para los congresistas que no dispongan de dispositivos de telefonía móviles, en la propia sede se ubicarán tótems informativos.

BIENVENIDA

Estimado compañer@s,

Es un placer poder presentaros las VI Jornadas Cardiovasculares de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), que se celebrarán del 29, 30 y 31 de mayo de 2014 en la ciudad de Santiago de Compostela.

Estas VI Jornadas Cardiovasculares, como las anteriores ediciones celebradas desde Valencia en 2009 hasta Bilbao 2013, tienen carácter nacional y están dirigidas a Médicos de Atención Primaria y Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. El promotor y organizador de estas VI Jornadas Cardiovasculares es el Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de la SEMERGEN, pero en su desarrollo participarán miembros relevantes de otros Grupos de Trabajo de nuestra Sociedad (Vasculopatías, lípidos, diabetes, hematología, ictus, nutrición y tabaco), lo que refleja el enfoque multifactorial de nuestra Especialidad, en general, y del riesgo cardiovascular, en particular.

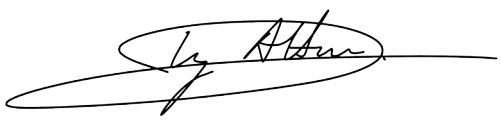
Santiago de Compostela ha sido clásicamente el final del Camino para muchos peregrinos. Nosotros pretendemos que sea un paso más en el largo, pero atractivo camino que supone el abordaje de la patología cardiovascular, uno de los problemas de salud más relevante en nuestra sociedad. Además, de la aportación científica de las Jornadas, esperamos que el entorno histórico de la ciudad –desde la Catedral a la Ciudad de la Cultura- y la riqueza gastronómica de nuestra ciudad os atraiga definitivamente a pasar estos días con nosotros.

Estas Jornadas cuentan con el respaldo y aval de la Administración (a través del Reconocimiento de Interés Sanitario) y de las Sociedades Científicas (Sociedad Española de Hipertensión – Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial -SEH-LELHA-, la Sección de Cardiología Clínica de la Sociedad Española de Cardiología). Finalmente, se ha solicitado la acreditación de todas las actividades científicas de las Jornadas a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Galicia.

Somos conscientes de que el éxito de las Jornadas depende de vuestra participación e implicación en las mismas; por ello os esperamos para, entre todos, poder compartir conocimientos y experiencias sobre el paciente con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular.

Tenemos ilusión y espíritu de trabajo para que todo funcione bien, sólo nos falta tu asistencia, te esperamos.

Dr. D. Sergio Cinza Sanjurjo
Presidente del Comité Organizador



Dr. D. Daniel Rey Aldana
Presidente del Comité Científico

COMITÉ DE HONOR

Presidencia de Honor

Su Majestad la Reina de España
Dª. Sofía de Grecia

Miembros

Excmo. Sr. Presidente de la Xunta de Galicia
D. Alberto Núñez Feijoo

Sra. Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad
Dª. Ana Mato Adrover

Excmo. Sr. Alcalde de Santiago de Compostela
D. Ángel Currás Fernández

Excma. Sra. Conselleira de Sanidad de la Xunta de Galicia
Dª. Rocío Mosquera Álvarez

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de A Coruña
D. Luciano Vidán Martínez

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

Sr. Presidente de SEMERGEN Galicia
Dr. D. Sergio Cinza Sanjurjo

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

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

Vicepresidente

Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz
Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Área Sanitaria IV. Oviedo.
Coordinador del área cardiovascular de SEMERGEN

Vocales

Dr. D. Andrés Anca Coya
Médico de Familia. Profesor Asociado Universidad Santiago de Compostela.
Presidente Honorífico de SEMERGEN Galicia.

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

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

Dr. D. Carlos Calvo Gómez
Jefe Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo
Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. A Coruña.

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

Dr. D. Nabor Díaz Rodríguez
Médico de Familia. Centro de Salud de Viana do Bolo. Ourense.
Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN.

Dr. D. Juan Antonio Divisón Garrote
Doctor en Medicina. Profesor de la UCAM. Grupo GEVA. Centro de Salud Casas Ibáñez. Albacete.

Dra. Dª. Mª Luisa López Díaz-Ufano
Doctora en Medicina. Médico de Familia. Experta en Nutrición y Planificación Dietética.
Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. San Sebastián de los Reyes. Madrid.
Coordinadora Nacional del Grupo de Trabajo de Nutrición de SEMERGEN.

Dr. D. Juan Carlos Martí Canales
Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica Motril-San Antonio. Granada.
Clinical Hypertension Specialist (European Hypertension Society).
Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Ictus de SEMERGEN.

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.

Dra. Dª. Iria Miguéns Blanco
Médico Interno Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud de Matamá. Vigo.

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

Dr. D. Isidoro Rivera Campos
Médico de Familia. Centro Salud Virxe da Peregrina. Pontevedra. Máster en Dirección Hospitalaria por la Escuela Nacional de Gerencia Hospitalaria. Perito en Valoración Daño Corporal. Vicepresidente 3º y Tesorero de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

Dra. Dª. Elena Rodilla Rodilla
Médico de Familia. Diplomada en Puericultura. Centro de Salud José Marvá. Madrid. Coordinadora Nacional del Grupo de Trabajo de Hematología de SEMERGEN.

Dr. D. Gustavo C. Rodríguez Roca
Médico de Familia. Centro de Salud de La Puebla de Montalbán. Toledo. Secretario General y Responsable de Jornadas y Congresos de la Junta Directiva Nacional de SEMERGEN.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Dr. D. Daniel Rey Aldana
Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.
Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo Internacional de SEMERGEN.

Vicepresidente

Dr. D. Francisco Javier Alonso Moreno
Médico de Familia. Centro de Salud de Sillería. Toledo.
Coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de SEMERGEN.

Vocales

Dr. D. German Allut Vidal
Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.

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

Dr. D. Miguel Blanco González
Neurólogo. Jefe de la Unidad de Ictus.
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. A Coruña.

Dr. D. Eduardo Carrasco Carrasco
Médico de Familia. Centro de Salud J. H. Gómez Tornero. Abarán. Murcia. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Vasculopatías de SEMERGEN.

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

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

Dr. D. José Manuel Fernández García
Médico de familia. Punto de Atención Continuada de Caldas de Reis.
Pontevedra. Miembro del Grupo de Trabajo de Nutrición de SEMERGEN.

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

Dr. D. Enrique López Paz
Unidad de HTA y Riesgo Vascular. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Dr. D. Junior Jesús Martínez Couselo
Médico de Familia Residente de 4º año. Coordinador de Residentes UD Santiago.
Centro de Salud de Vite-Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña.

Dr. D. Enrique Nieto Pol
Médico de Familia. Ambulatorio Concepción Arenal. Santiago de Compostela. Profesor Asociado Universidad Santiago de Compostela. A Coruña.

Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá
Doctor en Medicina. Médico de Familia. Profesor Asociado de Medicina. Universitat Jaume I Castellón.
Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón.

Dr. D. Antonio Pose Reino
Jefe de la Unidad de Pluripatología y Edad Avanzada.
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. A Coruña

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

Dr. D. Andrés Soto-Jove Bernaldo de Quirós
Médico de Familia. Centro de Salud de Caldas de Reis. Pontevedra.

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

PATROCINADORES

AstraZeneca
Pfizer
Bayer HealthCare
Apoteca Natura
Danone Science & Nutrition
MSD Cardiometabólico
Boehringer Ingelheim
The Coca-Cola Company
Hidratando al Mundo desde 1886
Novartis
GE Healthcare
Bristol-Myers Squibb
Pfizer
Instituto Puleva de nutrición
Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare
Recordati España Group
Rovi
Investigamos para crecer en salud
VIR

COLABORADORES

Sierra Cazorla Agua Mineral Natural
Central Lechera Asturiana
Centro de información Cerveza y Salud
Toshiba Leading Innovation
Cruz Vermella Santiago de Compostela
Concello de Santiago
Sociocultural
Deputación da Coruña
fundación novacaixagalicia
O Ensanche Centro Sociocultural e Xuvenil Municipal
Rúa Frei Rosendo Salvado,14/16 - T. 981 543 001 F. 981 543 002 - csxoensanche@santiagodecompostela.org

TRANSPORTISTAS

Iberia
Iberia regional operado por Air Nostrum

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de celebración y sede

29 - 31 de mayo de 2014.

Gaiás, Cidade da Cultura da Galicia.

Monte Gaiás s/n. 15707 Santiago de Compostela.

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 el edificio CINC de la Ciudad de la Cultura** para, entre otras funciones, entrega de documentación, información, incidencias, nuevas inscripciones, ponentes, expositores, prensa, certificados y objetos perdidos.

Horario de Secretaría Técnica:

Jueves 29 de mayo: 15.00 h – 21.00 h.

Viernes 30 de mayo: 7.30 h –14.30h. / 15.30h – 20:00 h.

Sábado 31 de mayo: 8.30 h – 14.30 h.

Entrega de presentaciones

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

Notas importantes

La documentación se entregará en la Secretaría Técnica a partir del Jueves 29 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 actividades en el sistema acreditador de la formación continua de los profesiones sanitarias de la Xunta de Galicia.

Actividad reconocida de Interés Científico por la Delegación Territorial de Sanidad de A Coruña-Xunta de Galicia

CONTROL DE ACCESO

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

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

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

Inscripción a Talleres y Aula

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

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

CUOTA INSCRIPCIÓN	HASTA EL 01/04/2014	A PARTIR DEL 02/04/2014
SOCIOS DE SEMERGEN	425,00€	485,00€
NO SOCIOS	510,00€	580,00€
RESIDENTES SOCIOS DE SEMERGEN(*)	300,00€	360,00€
RESIDENTES NO SOCIOS (*)	365,00€	440,00€

Los precios incluyen el 21% de IVA.

(*) Imprescindible adjuntar Certificado oficial de Residencia o del tutor/a que lo acredite. La inscripción al Congreso incluye: documentación del Congreso, acceso a todas las sesiones científicas, almuerzo de trabajo, cafés-pausa.

Procedimiento y política de cancelación

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

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

IMPORTANTE: No se cursará ninguna inscripción sin previo abono.

Para obtener información sobre la política de cancelaciones, por favor consulte la página web: www.jornadascardiovasculares.com

RESERVAS DE HOTEL

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

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

HOTEL	CAT.	HAB. DUI	HAB. DOBLE
COMPOSTELA	4*	118,00 €	145,00 €

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

Condiciones generales para reservas individuales y política de cancelación

Las reservas se efectuaran a través de la página web del Congreso o enviando el boletín de reserva a la Secretaría Técnica.

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

Para obtener información sobre la política de cancelaciones, por favor consulte la página web: www.jornadascardiovasculares.com

Formas de pago de inscripciones y reservas

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

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

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

Entidad: Bankinter

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 transferencia y cambio de moneda 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. de Madrid C.P.28001, o a la dirección de correo electrónico secretaria@semergen.es adjuntando fotocopia de su DNI o documento identificativo sustitutorio.

PROGRAMA SOCIAL

Viernes 30 mayo

14:45h. Almuerzo de trabajo

Sala Convenciones A y B. Edificio Cinc. Cidade da Cultura da Galicia

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

NORMATIVA DE ENVÍO DE COMUNICACIONES

Última hora: fecha límite de admisión: 11 de mayo de 2014 a las 23.59 horas.

Normas Generales

1. Sólo se aceptarán originales que no hayan sido objeto de publicación en revistas ni de comunicaciones en otros congresos.
2. Se limita a 10 el número máximo de firmantes por comunicación, incluyendo al autor principal o presentador de la comunicación. Indicar en negrita el nombre del autor que vaya a presentar la comunicación.
3. Al menos 1 de los autores de la comunicación deberá estar inscrito en las Jornadas antes del **19 de mayo de 2014**.
4. No se admitirán cambios en las comunicaciones después del **11 de mayo de 2014 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 y Póster**.
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:

1. Tiempo de presentación: **7 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**.**

Pósters

1. Tiempo de presentación: **5 minutos**.
2. **Presentación**: Se dispondrá un sistema de Póster Virtual (Aula Virtual de Pósters) desde el primer día del Congreso. No será indispensable utilizar la Plantilla Oficial de Pósters del Congreso, siendo de obligado cumplimiento las dimensiones explicadas en el punto 3.
3. **Es necesario que el póster enviado esté en formato PPT** (Presentación de Power Point) y con unas dimensiones de 50.8cm. de Alto x 28.58 cm. De Ancho, siendo de obligado cumplimiento, ya que no se aceptarán aquellas que no respeten dichas medidas. El póster no podrá exceder los 10 Megabytes.
4. **Una vez aceptado el Póster por el Comité Científico**, se remitirá al primer autor las normas y pautas a seguir para la creación del póster dentro de la Web del Congreso.
5. **Los Pósters Virtuales** se visualizarán en las pantallas situadas en el Aula Virtual de Pósters.

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.

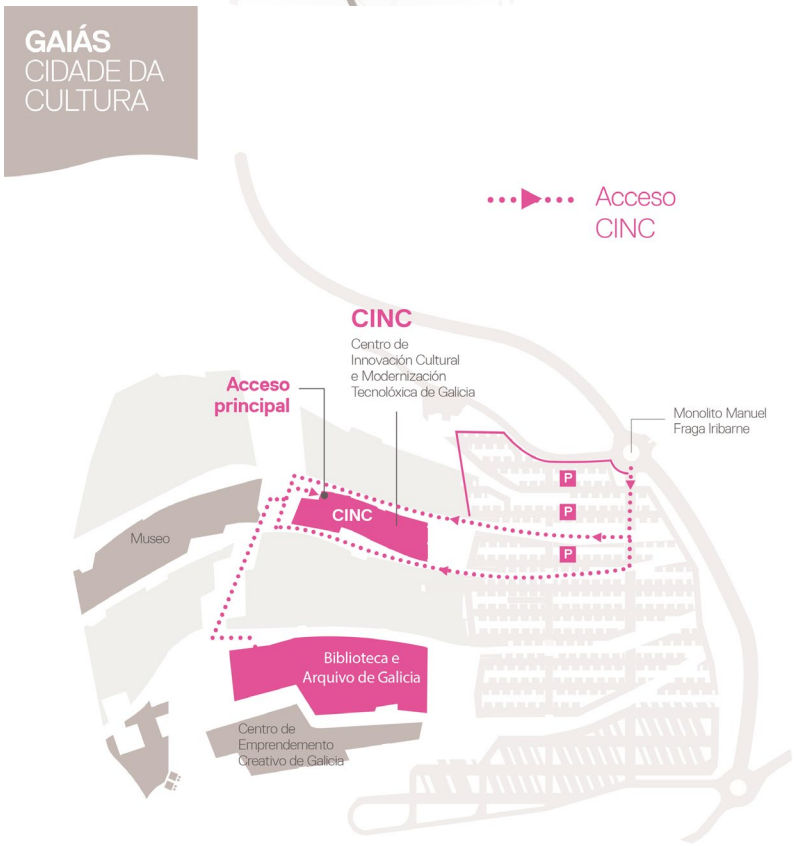
Nota 1: Los premios previstos o alguna de sus categorías para esta edición podrán ser declarados desiertos en el caso que el Comité Científico lo considere oportuno.

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

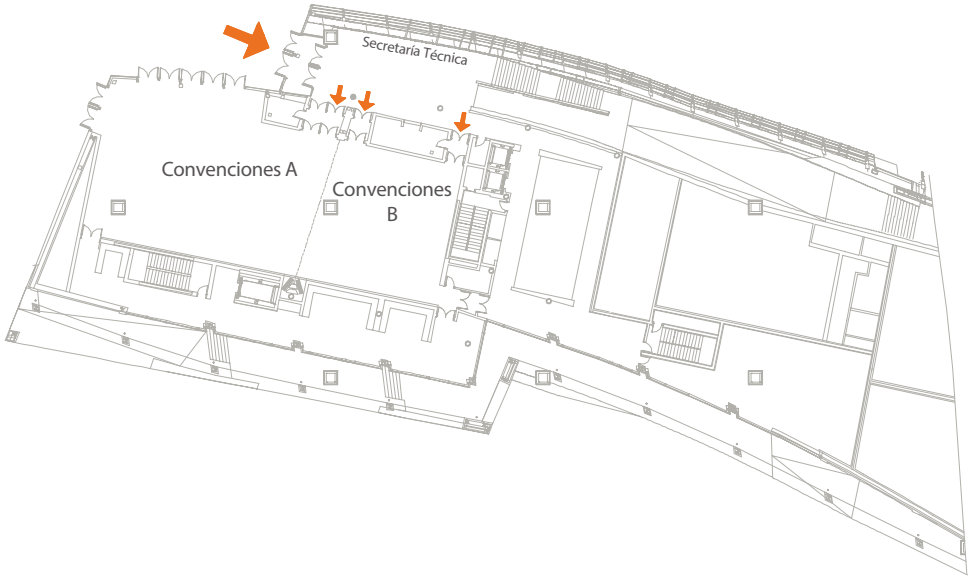
LEYENDA DE ACREDITACIONES

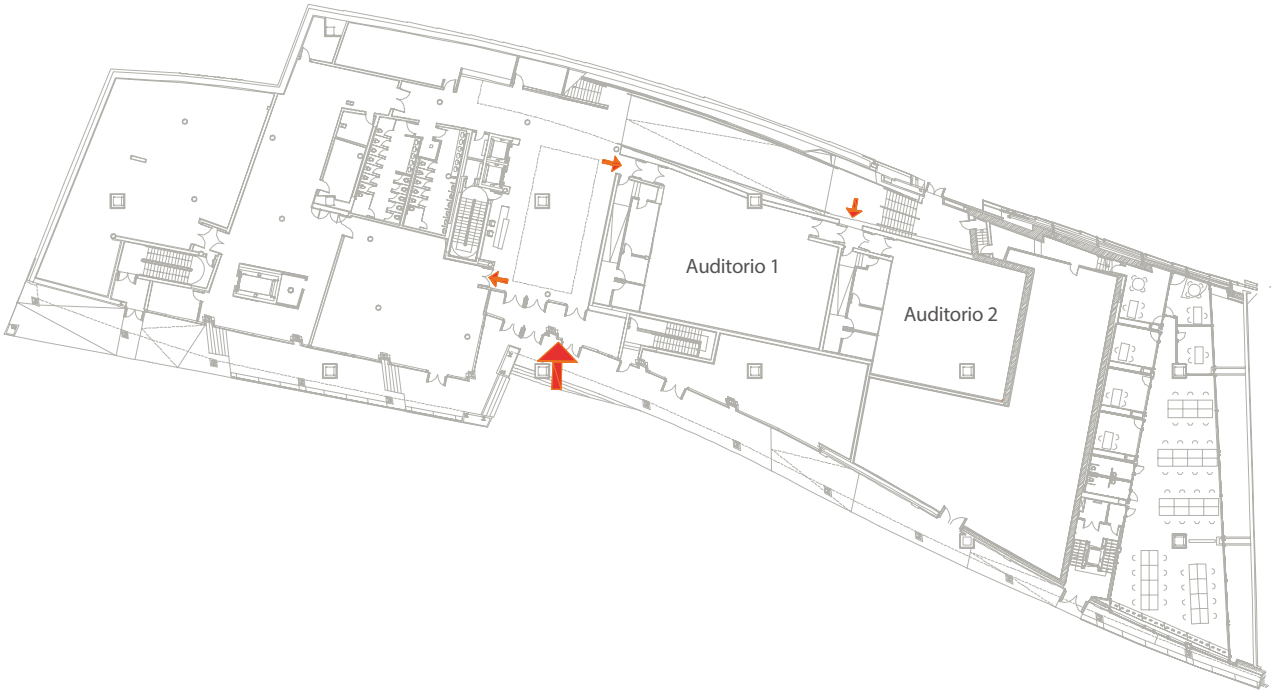
Rojo: Comité | Azul: Ponente | Verde: Congresista | Amarillo: Invitado
Naranja: Inscripción de un día (sábado) | Rosa: Inscripción de un día (viernes)
Malva: Expositor | Gris: Prensa | Blanco: Secretaría Técnica

SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tome a saída 67
Santiago Norte AP-9
Continúe pola SC20,
dirección Multiusos
Fontes do Sar
A Coruña
A-54
AP-9
SAÍDA 67
Aeroporto
Lugo
SC20
Casco vello
Multiusos
Fontes do Sar
Pontevedra
Vigo
SC20
Renfe
GAIÁS
CIDADE DA
CULTURA
AP-9
AP-53
Ourense

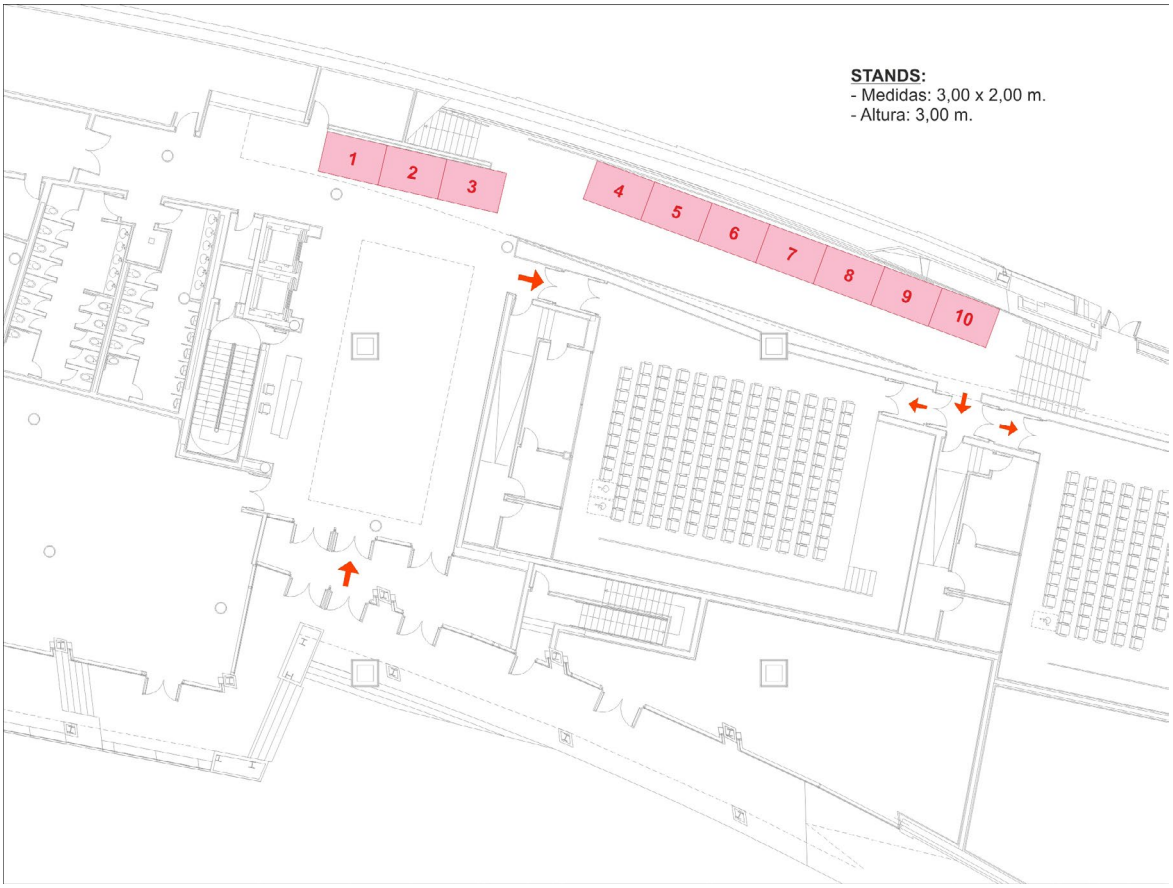

GAIÁS
CIDADE DA
CULTURA
Acceso
CINC
CINC
Centro de
Innovación Cultural
e Modernización
Tecnolóxica de Galicia
Acceso
principal
Monolito Manuel
Fraga Iribarne
P
P
P
CINC
Museo
Biblioteca e
Arquivo de Galicia
Centro de
Emprendemento
Creativo de Galicia

PLANO DE LA SEDE





EXPOSICIÓN COMERCIAL



Leyenda de stand:

STAND	EMPRESA
1	BOEHRINGER INGELHEIM
2	APOTEKA NATURA
3	BAYER HEALTHCARE
4	ASTRAZENECA
5	INSTITUTO PULEVA DE NUTRICIÓN
6	COCA COLA
7	DANONE HEALTH&NUTRITION
8	GENERAL ELECTRIC
9	TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS, S.A.
10	ALIANZA BRISTOL-MYERS SQUIBB / PFIZER

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 29 DE MAYO

15.00 h. **Entrega y Recogida de documentación.**

Secretaría Técnica

15.30 – 21.00 h. **Aula Cardiovascular.**

Presentación y Clausura del Aula

Sala Convenciones A :

Ponentes:

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

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

Estación 1: Grosor íntima-media.

Sala Convenciones A

Ponentes:

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

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

Estación 2: Índice tobillo/brazo.

Sala Convenciones B

Ponentes:

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

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

Estación 3: AMPA/MAPA.

Sala Biblioteca 1

Ponentes:

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

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

Estación 4: Velocidad de Onda de Pulso.

Sala Biblioteca 2

Ponentes:

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

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

VIERNES 30 DE MAYO

08.00 – 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 1.**

Sala Auditorio I

Moderadores:

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

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

08.00 – 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 2.**

Sala Auditorio II

Moderadores:

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

Dr. D. Andrés Soto-Jove Bernaldo de Quirós. *Médico de Familia. Centro de Salud de Caldas de Reis. Pontevedra.*

08.00 – 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 3.**

Sala Convenciones A

Moderadores:

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

Dr. D. Rosendo Bugarin González. *Director de Procesos sin Ingreso y Urgencias de la EOXI de Lugo, Cervo y Monforte.*

08.00 – 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 4.**

Sala Convenciones B

Moderadores:

Dr. D. Emilio García Criado. *Médico de Familia. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba.*

Dra. Dª. Aurora García Lerín. *Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid.*

08.00 – 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 5.**

Sala Biblioteca 1

Moderadores:

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

Dr. D. José Manuel Fernández García. *Médico de familia. Punto de Atención Continuada de Caldas de Reis. Pontevedra.*

08.00 – 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 6.**

Sala Biblioteca 2

Moderadores:

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

Dr. D. German Allut Vidal. *Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.*

08.00 – 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 1.**

Aula Virtual de Pósters

Moderador:

Dr. D. Manuel Portela Romero. *Médico de Familia. Centro de Salud Padrón. A Coruña.*

08.00 – 09.00 h.

Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 2.

Aula Virtual de Pósters

Moderador:

Dr. D. Junior Jesús Martínez Couselo. *Médico de Familia Residente de 4º año. Coordinador de Residentes UD Santiago. Centro de Salud de Vite-Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña*

09.00 - 10.30 h.

Taller 1: Abordaje del Síndrome Coronario Agudo en Atención Primaria. PROGALIAM, modelo de coordinación asistencial.

Sala Auditorio I

Patrocinado por Chiesi

Presentador:

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

Ponentes:

Dr. D. Alfonso Varela Román. *Jefe de Sección del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

Dr. D. Antonio Casal Sánchez. *Médico de Familia. Jefe de la base medicalizada del 061 de Mos-Pontevedra.*

09.00 - 10.30 h.

Taller 2: Electrocardiografía práctica en Atención Primaria.

ELENCO.

Sala Auditorio II

Patrocinado por Novartis

Ponente:

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

09.00 - 10.30 h.

Taller 3: Ecocardiografía práctica en Atención Primaria.

ELENCO.

Patrocinado por Novartis

Sala Biblioteca 1

Ponente:

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

09.00 - 10.30 h.

Taller 4: Papel del V-Scan en el diagnóstico de la patología cardíaca en Atención Primaria.

Sala Biblioteca 2

Patrocinado por General Electric Healthcare España SAU

Ponentes:

Dra. Dª. Lidia Evangelista Robleda. *Médico de Familia. EAP Hospitalet-1. SAP Delta del Llobregat. ICS. Hospitalet del Llobregat. Barcelona.*

Dr. D. Arturo Evangelista Masip. *Cardiólogo. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.*

10.30 - 11.00 h.

Pausa-Café.

Edificio CINC

11.00 – 12.00 h.

Update 1: Experiencias de prevención cardiovascular de la red de farmacias Apoteca Natura en Italia.

Sala Auditorio I

Patrocinado por Apoteka Natura

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

Ponente:
Sra. Dª. Elena del Estal Pérez. *Departamento de Formación Técnica. Aboca España S.A.U. Barcelona.*

12.00 – 13.00 h. **Update 2: Uso Clínico de los fitosteroles en Atención Primaria. Presentación del documento EAS/SEA.**

Sala Auditorio I
Patrocinado por Danone Science&Nutrition

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

Ponente:
Dr. D. Lluis Masana Marín. *Unidad de Medicina Vascular y Metabólismo. Hospital Universitario Sant Joan. Universidad Rovira i Virgili. Reus. Tarragona.*

13.00 – 14.30 h. **Mesa 1: ¿Además de diabetes tipo 2… qué más tiene mi paciente? Identificar y actuar en 2 pasos.**

Sala Auditorio I
Patrocinado por MSD

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

Temas y ponentes:
¿Cuándo es diabetes con dislipemia? ¿Cuándo hipercolesterolemia familiar combinada?

Dr. D. José Luis Díaz Díaz. *Consulta lípidos. Servicio de Medicina Interna Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

Seguridad en el paciente diabético: una prioridad.

Dr. D. Javier Escalada San Martín. *Especialista en Endocrinología. Departamento de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universitaria de Navarra.*

Cómo alcanzar objetivos en 2 pasos.

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

14.30 - 14.45 h. **Inauguración Oficial.**

Sala Auditorio I

14.45 – 16.00 h. **Almuerzo de Trabajo.**

Edificio CINC

16.00-16.10h. **Presentación del Estudio IBERICAN.**

Sala Auditorio I

Ponente:
Dr. D. Miguel Ángel Prieto Díaz. *Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín- La Florida. Área Sanitaria IV. Oviedo.*

16.10 – 17.30 h. **Mesa 2: Recursos en el abordaje de la HTA Resistente.**

Sala Auditorio I
Patrocinado por Pfizer

Moderador:

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

Temas y ponentes:

Situación de la hipertensión arterial en España.

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

Hipertensión Arterial Resistente.

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

Hipertensión arterial de difícil control.

Dr. D. José Enrique López Paz. *Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

17.30 – 19.00 h.

Mesa 3: El abordaje de la Diabetes Mellitus en cada uno de sus estadíos.

Sala Auditorio I
Patrocinado por AstraZeneca

Moderador:

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

Temas y ponentes:

Dapagliflozina en el paciente diabético de Atención Primaria.

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

Exenatide en el paciente obeso con reserva pancreática.

Dra. Dª. Isabel Alonso Troncoso. *Servicio de Endocrinología. Hospital de Montecelo. Pontevedra.*

19.00 - 20.00 h.

Mesa 4: Documento de Posicionamiento ante la seguridad cardiovascular de los antidiabéticos no insulínicos.

Sala Auditorio I
Patrocinado por AstraZeneca

Moderador:

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

Ponentes:

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

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

SABADO 31 DE MAYO

09.00 - 10.30 h.

Taller 5: Medicina Legal y Atención Primaria.

Sala Auditorio II
Patrocinado por Novartis

Ponente:
Dr. D. Álvaro Miró Seoane. *Especialista en Medicina Legal y Forense. Médico Forense de la Audiencia Provincial de Madrid.*

09.00 - 10.30 h.

Taller 6: ¿Sabes prescribir un plan dietético a tus pacientes? Nuevas tendencias en alimentación.

Sala Biblioteca 1
Patrocinado por Instituto Puleva de Nutrición

Ponente:
Dr. D. Vicente Pallarés Carratalá. *Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón.*

09.00 - 10.30 h.

Taller 7: Uso de los Nuevos Anticoagulantes. ¿Cómo debemos utilizarlos en nuestra consulta?

Sala Biblioteca 2
Patrocinado por Alianza Bristol-Myers Squibb / Pfizer, Boehringer Ingelheim y Bayer HealthCare

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

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

10.30 - 11.00 h.

Pausa-Café.

Edificio CINC

11.00 - 12.30 h.

Mesa 5: Grado de control de la anticoagulación en AP y qué margen de mejora tenemos en este perfil de pacientes.

Sala Auditorio I
Patrocinada por Bayer HealthCare

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

Temas y ponentes:
¿Qué nos ha aportado el estudio ANFAGAL?

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

¿Qué nos puede aportar el estudio PAULA?

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

Rivaroxaban: alternativa en pacientes mal controlados en práctica real.

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

12.30 - 14.00 h.

Mesa 6: Pros y contras de las guías ACC/AHA vs ESC/EAS en el manejo de nuestros pacientes dislipémicos con alto riesgo cardiovascular.

Sala Auditorio I
Patrocinada por AstraZeneca

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

Temas y ponentes:
¿Estatinas para todos y LDL cuanto más bajo mejor? ¿Cuál es el objetivo para con nuestros pacientes?

Dr. D. Antonio Ruiz García. *Director del Centro de Salud Pinto. Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. Madrid.*

Revisando la evidencia de estatinas en 2014. ¿Algo nuevo en este contexto?

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

14.00 - 14.30 h. **Conferencia de Clausura: Evidencias científicas sobre los efectos de la dieta mediterránea y sus principales componentes sobre la salud.**

Sala Auditorio I
Patrocinada por Centro de Información Cerveza y Salud

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

Ponente:
Dr. D. Ramón Estruch Riba. *Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. CIBER Obesidad y Nutrición. Instituto de Salud Carlos III. Santiago de Compostela.*

14.30 h. **Acto de Clausura.**

Sala Auditorio I

Actividades dirigidas a la población

Objetivos generales de la actividad poblacional:

- Aumentar la presencia de SEMERGEN y de las Jornadas Cardiovasculares en la sociedad y mejorar el impacto de las Jornadas Nacionales en los medios de comunicación.
- Concienciar a la población de la importancia de la detección precoz de los factores de riesgo cardiovascular.
- Informar sobre los beneficios de un estilo de vida cardiosaludable, fomentando la actividad física y los hábitos nutricionales adecuados.
- Fomentar el autocuidado en los pacientes de riesgo, incidiendo especialmente en reducir o evitar el consumo de tóxicos (tabaco y alcohol).
- Informar y formar a la población sobre prevención de enfermedades cardiovasculares y hábitos de vida saludables.

1.- Carpa para control de factores de riesgo cardiovascular y potenciación de estilos de vida cardiosaludables.

Ubicación:

Plaza Roja de Santiago.

Contenido de la carpa:

Distribuiremos el contenido de la carpa en 6 estaciones:

Estación 1: Bienvenida, información y consentimiento.

- Bienvenida al ciudadano.
- Explicar el contenido de la carpa y los objetivos generales de la misma.
- Explicar las pruebas que se le realizaran y solicitar su consentimiento informado.
- Explicar los beneficios potenciales que obtendrá al someterse al estudio.
- Entrega de información sobre enfermedades cardiovasculares prevalentes (hipertensión arterial, dislipemia, arteriopatía periférica…).

Estación 2: Antropométrica.

- Datos antropométricos:
  - Edad y sexo.
  - Peso.
  - Talla.
  - Índice de masa corporal .
  - Perímetro abdominal.
- Consumo de tóxicos.
- Actividad física.
- Calculo del riesgo cardiovascular, entrega de información nutricional y de hábitos de vida cardiosaludables.

Estación 3: Control de Tensión arterial

- Medición de la tensión arterial mediante tensiómetros electrónicos.

Estación 4: Glucemia capilar, hemoglobina glucosilada, determinación de colesterol y triglicéridos en sangre capilar

Estación 5: Medición del índice tobillo-brazo

-Esta estación sólo se realizara en pacientes con factores de riesgo de arteriopatía periférica:

- Edad >65 años.
- Tabaquismo activo.
- Hipertensos conocidos.
- Diabéticos.
- Dislipemia conocida.

Estación 6: Determinación del Grosor íntima-media (GIM).

2.- Charlas, talleres y cursos para promover hábitos de vida saludables en los ciudadanos.

Ubicación:

• Centro Sociocultural e Xuvenil Municipal O Ensanche.
Sala de usos múltiples: Capacidad para 100 personas.

• Colegio Oficial de Médicos de A Coruña – sede en Santiago de Compostela.
Salón principal capacidad para 130 asistentes.

NOTA: Ambas ubicaciones se encuentran en las cercanías de la carpa.

Contenido docente

- **Cursos a cargo de:**
  - Grupo de Trabajo de Nutrición de SEMERGEN.
  - Grupo de Trabajo de HTA de SEMERGEN.
  - Grupo de Trabajo de Taquismo de SEMERGEN.

- 17.30 h. Taller de hábitos de vida cardiosaludables:
Centro Sociocultural e Xuvenil Municipal O Ensanche
• Docente
- Dr. D. Jose Manuel Fernandez García. Miembro del GT de Nutrición de SEMERGEN

- 19.00 h. Taller de Ventajas del abandono del Habito tabáquico.
Colegio Oficial de Médicos de A Coruña
• Docente
- Dr. D. José Luis Díaz-Maroto Muñoz. Coordinador Nacional del Grupo de Trabajo de Tabaquismo de SEMERGEN

ANEXO I. AULA CARDIOVASCULAR

Aula Cardiovascular

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

	Edificio CINC		Edificio Biblioteca	
	Sala Convención A	Sala Convención B	Sala Biblioteca 1	Sala Biblioteca 2
Horario	Estación 1: Grosor íntima-media	Estación 2: Índice Tobillo / Brazo	Estación 3: AMPA-MAPA	Estación 4: Velocidad de Onda de Pulso
15:30-16:00 horas	Inauguración del Aula Cardiovascular (Sala Convención A-Edificio CINC)			
16:00-17:00 horas	Grupo Rojo	Grupo Amarillo	Grupo Verde	Grupo Azul
17:00-18:00 horas	Grupo Amarillo	Grupo Rojo	Grupo Azul	Grupo Verde
18:00-18:30 horas	Pausa-Café (Edificio CINC)			
18:30-19:30 horas	Grupo Verde	Grupo Azul	Grupo Rojo	Grupo Amarillo
19:30-20:30 horas	Grupo Azul	Grupo Verde	Grupo Amarillo	Grupo Rojo
20:30-21:30 horas	Clausura del Aula (Sala Convención A-Edificio CINC)			

Leyenda de color

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

ANEXO 2. COMUNICACIONES ORALES

Viernes 30 de mayo

08.00 – 09.00 h.

Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 1

Sala Auditorio I

Moderadores:

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

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

124/5. Indicadores de calidad asistencial de prevención secundaria cardiovascular en un centro de salud: evolución en 3 años

Autores. *(1) Pere Beato Fernández; (2) Teresa Rama Martínez; (3) Mónica Agudo Cortada; (3) Enriqueta Alcaraz Ferrer; (3) David Arribas Tutusaus; (3) María Antonia Auladell Llorens; (3) Asunción Azcona Escolano; (3) Otilia Boix Cuesta; (3) Anna Champer Blasco; (3) Xavier González Torner.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (2) Médico de Familia. ABS El Masnou. Barcelona; (3) Médico de Familia. EAP Premià de Mar. Barcelona*

124/6. Indicadores de calidad asistencial de factores de riesgo cardiovascular en un centro de salud: evolución en 3 años

Autores. *(1) Pere Beato Fernández; (2) Mercè Megías Blanco; (2) Muriel Nicolau Sabaté; (2) Laura Nieto Márquez; (2) María Palacios Cuesta; (2) Amelia Quílez Cerdà; (2) Roger Sánchez Avante; (2) Albert Tibau Catalán; (2) Ana Valls Martínez; (2) Asunción Villar Sotillo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (2) Médico de Familia. EAP Premià de Mar. Barcelona.*

124/50. Lesiones de Órganos Diana (LOD) en pacientes con Hipertensión Refractaria (HTR). PRESCAP 2010.

Autores. *(1) Sergio Cinza Sanjurjo; (2) Daniel Rey Aldana; (3) Francisco Javier Alonso Moreno; (4) Vivencio Barrios Alonso; (5) Miguel Ángel Prieto Díaz; (6) Vicente Pallarés Carratalá; (7) Jose Luis Gorriz Teruel; (8) Carlos Escobar Cervantes; (9) Gustavo Cristóbal Rodríguez Roca; (10) José Luis Llisterri Caro.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña; (2) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada.Pontevedra; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (4) Cardiólogo. Hospital Ramón y Cajal. Servicio de Cardiología. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (6) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón; (7) Nefrólogo. Hospital Universitario Dr. Peset. Servicio de Nefrologia. Valencia.; (8) Cardiólogo. Hospital Universitsario La Paz. Madrid; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.*

124/59. Diferencias en la lesión de grandes vasos entre los pacientes fumadores, los no fumadores y tras el abandono tabáquico

Autores. *(1) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (1) ML Romero; (1) Gaila*

Calvo González; (1) A Pascual Montes; (1) Carlos Calvo Gómez.

Centro de Trabajo. *(1) Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (2) Medicina Interna. Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.*

124/60. Re-estratificando el riesgo vascular en el laboratorio

Autores. *(1) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (2) ML Romero; (2) A Pascual Montes; (2) V Martínez Durán; (2) Gaila Calvo González; (3) Francisco Lado Lado; (2) Carlos Calvo Gómez.*

Centro de Trabajo. *(1) Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (2) Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (3) Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.*

124/68. Presión arterial clínica, presión arterial central o mapa. ¿Cuál se correlaciona mejor con la presencia de lesión orgánica?

Autores. *(1) Sergio Cinza Sanjurjo; (2) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (2) ML Romero; (2) V Martínez Durán; (2) A Pascual Montes; (2) Gaila Calvo González; (2) Isidro Rodríguez López; (2) Carlos Calvo Gómez.*

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

124/70. Análisis de la tendencia temporal en el mal control de los pacientes anticoagulados en una cohorte de pacientes de atención primaria.

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

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

08.00 – 09.00 h.

Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 2.

Sala Auditorio II

Moderadores:

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

Dr. D. Andrés Soto-Jove Bernaldo de Quirós. *Médico de Familia. Centro de Salud de Caldas de Reis. Pontevedra.*

124/10. Valoración de la asociación diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso-obesidad en el combinado morbilidad de causa cardiovascular y mortalidad por todas las causas en una cohorte prospectiva de origen poblacional

Autores. *Julio A Carbayo Herencia; Juan Antonio Divisón Garrote; Isabel Ponce García; Marta Simarro Rueda; Lourdes Navarro Sánchez; Josefina Monedero La Orden; Francisca Molina Escribano; Miriam Martínez; Pilar Torres Moreno; Beatriz González Lozano.*

Centro de Trabajo. *Médico de Familia. Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete.*

124/11. Tendencias en el manejo clínico de la diabetes en Atención Primaria. Estudio ATENCION

Autores. *(1) Jesus Millán Nuñez-Cortés; (2) Marta Rodríguez De-Miguel; (2) María Luisa Orera Peña; (3) Mariano de la Figuera Von Wichmann.*

Centro de Trabajo. *(1) Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.; (2) Departamento Médico. Abbott Laboratories; (3) Medicina Interna. EAP Sardenya. Unidad Docente ACEBA. Barcelona.*

124/13. Inercia clínica justificada y relación entre niveles asistenciales en hipertensión y diabetes. Estudio ATENCION

Autores. *(1) Mariano de la Figuera Von Wichmann; (2) Jesus Millán Nuñez-Cortés; (3) Marta Rodríguez De-Miguel; (3) Luisa Orera Peña.*

Centro de Trabajo. *(1) Medicina Interna. EAP Sardenya. Unidad Docente ACEBA. Barcelona; (2) Medicina Intena. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid; (3) Departamento Médico. Abbott Laboratories.*

124/14. Tendencias en el manejo clínico de la hipertensión arterial en Atención Primaria. Estudio ATENCION

Autores. *(1) Mariano de la Figuera Von Wichmann; (2) Jesus Millán Nuñez-Cortés; (3) Marta Rodríguez De-Miguel; (3) Luisa Orera Peña.*

Centro de Trabajo. *(1) Medicina Interna. EAP Sardenya. Unidad Docente ACEBA. Barcelona; (2) Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; (3) Departamento Médico. Abbott Laboratories.*

124/54. Tabaquismo en la población general de Toledo. Estudio RICARTO.

Autores. *(1) Mirian Motilla Fraile; (2) Lara Luna del Pozo; (3) Javier Carrasco Flores; (4) Raquel Oliván Esteban; (5) Julio Hernández Moreno; (5) Antonio Segura Fragoso; (6) Luis Rodríguez Padial; (6) Alejandro Villarín Castro; (7) Francisco Javier Alonso Moreno; (8) Gustavo C. Rodríguez Roca.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Añover de Tajo. Toledo.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (3) Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Toledo.; (4) Biólogo Interno Residente. Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo.; (5) Médico de Familia. Consultorio de Argés. Centro de Salud Polán. Toledo; (6) Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.*

08.00 – 09.00 h.

Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 3.

Sala Convenciones A

Moderadores:

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

Dr. D. Rosendo Bugarin González. *Director de Procesos sin Ingreso y Urgencias de la EOXI de Lugo, Cervo y Monforte.*

124/33. ¿Conocen nuestros diabéticos si son hipertensos? Estudio Di@bet.es

Autores. *(1) Miguel Ángel Prieto Díaz; (2) Francisco Fernandez Vega; (3) Elías Delgado Alvarez; (3) Edelmiro Menéndez Torre; (4) Alfonso Pobes Martinez de Salinas; (2) Rafael Alvarez Navascues; (5) Rodrigo Abad Rodriguez; (6) Diego Coronel Aguilar; (6) Maria Galiana Rodriguez Caballero; (6) Lorena Suárez Gutiérrez.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín- La Florida. Oviedo. Coordinador del Área Cardiovascular de SEMERGEN; (2) Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias; (3) Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias; (4) Nefrología. Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Siero. Asturias; (6) Médico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.*

124/20. Utilización de la toma de la presión arterial clínica realizada en Oficinas de Farmacia Comunitaria por los médicos de atención primaria. Proyecto FARMAPRES-CV.

Autores. *(1) Vicente Pallarés Carratalá; (2) Javier Sanz García; (3) MM Reig Botella; (4) M Pastor Rico; (4) I Guill Herrero; (4) C Pla Jorda; (4) E Corcoles; (4) C Sanchez Garcia; (5) M Adell Alegre; (6) V Giner Galvañ.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Alcoy.; (3) Enfermera. Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante.; (4) Farmacéutico. Departamento Alcoy. Alicante.; (5) Farmacéutico. Benicarlo. Departamento Vinaroz. Castellón; (6) Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante.*

124/21. ¿MAPA en las Oficinas de Farmacia?. Opinión desde Atención Primaria. Proyecto FARMAPRES CV.

Autores. *(1) Vicente Pallarés Carratalá; (2) Javier Sanz García; (3) MM Reig Botella; (4) M Pastor Rico; (4) I Guill Herrero; (4) C Pla Jorda; (4) M Cano Arribi; (4) C Sanchez Garcia; (5) M Adell Alegre; (6) V Giner Galvañ.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Alcoy.; (3) Enfermera. Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante.; (4) Farmacéutico. Departamento Alcoy. Alicante.; (5) Farmacéutico. Benicarlo. Departamento Vinaroz. Castellón; (6) Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante.*

124/22. ¿Qué pensamos desde los Centros de Salud de la derivación de pacientes con elevación de la presión arterial desde las Oficinas de Farmacia?. FARMAPRES-CV.

Autores. *(1) Vicente Pallarés Carratalá; (2) Javier Sanz García; (3) MM Reig Botella; (4) M Pastor Rico; (4) I Guill Herrero; (4) C Pla Jorda; (4) M Cano Arribi; (4) C Sanchez Garcia; (5) M Adell Alegre; (6) I Bonig Trigueros.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico Residente MFYC. Departamento de Salud de Alcoy.; (3) Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante; (4) Farmacéutico. Departamento Alcoy. Alicante.; (5) Farmacéutico. Benicarlo. Departamento Vinaroz. Castellón; (6) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaroz. Castellón.*

124/23. El score CHADS2 predice el riesgo de ictus en ausencia de fibrilación auricular en pacientes hipertensos: datos del estudio FAPRES

Autores. *(1) Vicente Pallarés Carratalá; (2) Vicente Pernias Escrig; (2) Nuria Vicente Ibarra; (2) Gregorio De Lara Delgado; (3) Lorenzo Facila Rubio; (4) Pedro Morillas Blasco; (5) José Luis Llisterri Caro.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Hospital de Elche. Alicante; (3) Consorcio Hospitalario Hospital General de Valencia; (4) Hospital de Elche. Alicante; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquin Benlloch. Valencia.*

124/48. Prevalencia de Lesión de Órgano Diana (LOD) en pacientes hipertensos con criterios de Síndrome metabólico atendidos en atención primaria. Estudio PRESCAP 2010.

Autores. *(1) Francisco Valls Roca; (2) Carlos Santos Altozano; (3) Juan Antonio Divisón Garrote; (4) Vicente Pallarés Carratalá; (5) José Luís Llisterri Caro; (5) Tomás Sánchez; (6) Gustavo Rodríguez Roca; (7) Luís Miguel Artigao; (8) María Larre; (9) Francisca Molina.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia.Centro de Salud Benigànim. Valencia; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Consultorio Fuentealbilla. Albacete; (4) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete; (8) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (9) Médico de Familia Centro de Salud Casas Ibáñez. Consultorio Balsa de Ves. Albacete.*

124/61. Evaluación del grado de Anticoagulación en pacientes con Fibrilación Auricular en el ámbito de Atención Primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL

Autores. *(1) Enrique Nieto Pol; (2) José Carreira Arias; (3) Santiago Torreira Mouro; (4) Mª Isabel Díaz Pita; (5) Julio Álvarez Fernández; (6) Alejandra Rey Rañal; (7) Jesús Illade Cerdeiras; (8) Germán Allut Vidal; (9) Enrique Gestal Pereira; (8) Sergio Cinza Sanjurjo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela. A Coruña.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Fene. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Conxo. Santiago de Compostela. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol. A Coruña; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Zas. A Coruña; (6) Médico de Familia. Centro de Salud San José. A Coruña; (7) Médico de Familia. Centro de Salud A Baña. A Coruña; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (9) DUE. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.*

08.00 – 09.00 h.

Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 4.

Sala Convenciones B

Moderadores:

Dr. D. Emilio García Criado. *Médico de Familia. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba.*

Dra. Dª. Aurora García Lerín. *Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid.*

124/17. Comparación de las Variables Cardiometabólicas entre las Poblaciones con Síndrome Metabólico según IDF y ATPIII (Estudio SIMETAP).

Autores. *(1) Antonio Ruiz García; (2) Juan Carlos García Álvarez; (3) Mª Carmen Martín Calle; (4) Alfonso Migueláñez Valero; (5) Mª Carmen Sánchez Ramos; (6) Lourdes Ruiz Díaz; (6) Elena Malo Mayor; (6) Ana Isabel Saiz Val; (7) Montserrat Pérez Fernández; (7) Mª Pilar Hombrados Gonzalo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Pinto - Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. Pinto. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Mendiguchía Lariche.*

Leganés. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ntrª Srª de Fátima. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud San Martín de la Vega. San Martín de la Vega. Madrid; (5) D.U.E. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Valleagudo. Coslada. Madrid; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Reyes Magos. Madrid.

124/19. Comparación de las Variables Cardiometabólicas entre las Poblaciones con Síndrome Metabólico Mórbido y Premórbido (Estudio SIMETAP).

Autores. *(1) Antonio Ruiz García; (2) Rosa Hueso Quesada; (2) Juan A. Cique Herrainz; (2) Mercedes Redondo Sánchez; (2) Yolanda Hidalgo Calleja; (2) Mª Rosario Durán Tejada; (2) Mª Rosa García Redondo; (2) Nieves Fernández López; (3) Raquel Pleite Raposo; (3) Isabel Lozano Marín.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Pinto. Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. Pinto. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Torito. Moratalaz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Carmen Calzado. Alcalá de Henares. Madrid.*

124/26. Prevalencias Poblacionales de Factores de Riesgo Cardiovasculares, Enfermedad Cardiovascular, y de Síndromes Metabólicos Mórbido y Premórbido (Estudio SIMETAP).

Autores. *(1) Antonio Ruiz García; (2) Ezequiel Arranz Martínez; (3) Mª Eugenia García Fernández; (4) Alfonso Migueláñez Valero; (5) Mª Cruz Díez Pérez; (6) Mercedes Adrián Sanz; (7) Rosa Ana Escrivá Ferrairó; (8) Encarnación Lozano Marín; (9) Mª Ángeles Pardo Gracia; (10) Mª Tania Abós Pueyo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Pinto. Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. Pinto. Madrid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud San Blas. Parla. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Torrejón de Velasco. Torrejón de Velasco. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud San Martín de la Vega. San Martín de la Vega. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Los Cármenes. Madrid; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Santa Isabel. Leganés. Madrid; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Ntrª Srª del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid.*

124/49. Síndrome del corazón roto

Autores. *(1) Teresa Rama Martínez; (2) Pere Beato Fernández; (1) Roser Rodó Bernadó; (3) Rosa Maria Alcolea García; (4) Víctor López- Marina; (5) Gregorio Pizarro Romero; (6) Jordi Tolo Solé.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona; (2) Médico de Familia. Consultorio Barrio Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (3) Médico de Familia. CAP Besòs. Barcelona; (4) Médico de Familia. CAP Piera. Barcelona; (5) Médico de Familia. CAP Llefià. Badalona. Barcelona; (6) Diplomado en Enfermeria. CAP El Masnou. Barcelona.*

124/51. Valor pronóstico de la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial en pacientes con Diabetes Mellitus.

Autores. *(1) Daniel Rey Aldana; (2) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (3) Antonio Pose Reino; (4) Sergio Cinza Sanjurjo; (5) Carlos Calvo Gómez.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra; (2) Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (3) Jefe UPIA. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud*

Porto do Son. A Coruña; (5) Jefe Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

124/67. La hipertensión arterial nocturna aislada se asocia a una mayor prevalencia de lesión orgánica subclínica

Autores. *(1) Otilia Rego Ojea; (2) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (2) V Martínez Durán; (2) A Pascual Montes; (2) Gaila Calvo González; (2) Antonio Pose Reino; (2) Carlos Calvo Gómez.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Interno Residente de Familia. Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela; (2) Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.*

124/69. Estudio del índice de Buckberg en una cohorte de varones hipertensos

Autores. *(1) Daniel Rey Aldana; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (2) Jose Enrique López Paz; (2) A Pascual Montes; (2) V Martínez Durán; (2) Gaila Calvo González; (2) Isidro Rodríguez López; (2) Carlos Calvo Gómez.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra; (2) Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.*

08.00 – 09.00 h.

Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 5.

Sala Biblioteca 1

Moderadores:

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

Dr. D. José Manuel Fernández García. *Médico de familia. Punto de Atención Continuada de Caldas de Reis. Pontevedra.*

124/27. Complicaciones por uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO).

Autores. *(1) Mónica Figueroa Caiche; (1) Rocio Reyna Zepeda; (1) Nixy Tirado Delgado; (2) Maroa del Carmen Bueno Selles; (2) Inmaculada Calafat Escriva; (2) Jesus Aparisi Romero.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliva. Valencia.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Oliva. Valencia.*

124/1. La MAPA como herramienta para el diagnóstico de hipotensión ortostática en un anciano hipertenso.

Autores. *(1) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (1) Maria Teresa Campillos Páez; (2) Rafael Jiménez Díaz; (2) Marta Jiménez Carrillo; (2) Llorent Llopart Nuñez; (2) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (2) Fernando Melchor Castilla Suyo; (2) Rocío Melguizo Benavides; (3) Gema Prieto Arroyo; (2) Anlit Díaz Martínez.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Enfermera. Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

124/3. Pericarditis subaguda con cambios electrocardiográficos en paciente mayor

Autores. *(1) Rafael Jiménez Díaz; (1) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (1) Anlit Díaz Martínez; (1) Marta Jiménez Carrillo; (1) Rocío Melguizo Benavides; (1) Fernando Melchor Castilla Suyo; (2) Maria Teresa Campillos Páez; (2) Maria Yolanda Concepción Santamaría*

Calvo; (3) Gema Prieto Arroyo; (4) Ana Mallo López.

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico Adjunto. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Enfermera. Hospital 12 de Octubre. Madrid; (4) Enfermera Residente de Atención primaria. Centro de Salud Potes. Madrid.*

124/15. Hipertensión arterial maligna en un paciente ex cocainómano.

Autores. *(1) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (2) Marta Jiménez Carrillo; (3) Juan Carlos Ramirón Rodríguez; (1) Maria Teresa Campillos Páez; (2) Rafael Jiménez Díaz; (2) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (4) Gema Prieto Arroyo; (4) Concepción Carrera Manchado; (2) Blanca Martínez Alonso de Armiño; (2) Llorent LLopart Nuñez.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Tutora de residentes. Centro Salud Potes. Madrid; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (3) Médico Residente de Endocrinología. Hospital 12 de Octubre. Madrid; (4) DUE. Hospital Doce de Octubre. Madrid.*

124/18. Evento miocárdico agudo por hematoma coronario en paciente joven dislipémica

Autores. *Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; Anlit Díaz Martínez; Marta Jiménez Carrillo; Rocío Melguizo Benavides; Fernando Melchor Castilla Suyo; Maria Teresa Campillos Páez; Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; Blanca Martínez Alonso de Armiño; Rafael Jiménez Díaz; Llorent Llopart Nuñez.*

Centro de Trabajo. *Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid.*

124/29. Patrones y diagnósticos: S1Q3T3

Autores. *(1) Iria Miguéns Blanco; (2) Jose Ruiz Almendro; (2) María Rivas Domínguez; (3) Pilar Pesqueira Loira.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiary Comunitaria. Centro de Salud Matamá. Vigo; (2) Médico de Familia. PAC Redondela. Vigo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Redondela. Vigo.*

124/62. Comparación de dos métodos para determinar el grado de Anticoagulación en pacientes con Fibrilación Auricular. Estudio ANFAGAL

Autores. *(1) Iria Miguéns Blanco; (2) Leopoldo García Méndez; (3) Manuel Portela Romero; (4) Teodoro Álvarez Pereira; (5) Andrés Soto-Jove Bernaldo de Quirós; (6) Isidro Luis Álvarez Choren; (7) Ignacio González Yebra-Pimentel; (8) Carmen Lires Rodríguez; (9) Daniel Rey Aldana; (10) Sergio Cinza Sanjurjo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Familia. Centro de Salud Matamá. Vigo. Pontevedra; (2) Médico de Familia.Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Matamá. Vigo. Pontevedra; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Padrón. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Amoeiro. Ourense; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Caldas de Reis. Pontevedra; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Vilalba. Lugo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Mos. Vigo. Pontevedra; (8) Médico de Familia.Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (9) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.*

08.00 – 09.00 h. **Defensa de Comunicaciones Orales: Sesión 6.**

Sala Biblioteca 2

Moderadores:

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

Dr. D. German Allut Vidal. *Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.*

124/4. Infarto pulmonar a repetición en paciente con Enfermedad Tromboembólica vascular idiopática

Autores. *(1) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (1) Rafael Jiménez Díaz; (1) Anlit Díaz Martínez; (1) Marta Jiménez Carrillo; (1) Rocío Melguizo Benavides; (1) Fernando Melchor Castilla Suyo; (2) Maria Teresa Campillos Páez; (2) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (3) Gema Prieto Arroyo; (4) Ana Mallo López.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico Adjunto. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Enfermera. Hospital 12 de Octubre. Madrid; (4) Enfermera Residente. Atención primaria Centro de Salud Potes. Madrid.*

124/35. Dolor torácico atípico en atención primaria. Síndrome de Tako-Tsubo.

Autores. *(1) Leire Soutullo Lema; (2) Daniel Rey Aldana; (3) Iria Mirás Garrido; (1) Paula A. Acosta Rodríguez; (1) Marta A. Iglesias Yañez; (4) Tamara Varela Sandá; (5) María Luisa Pérez Lorenzo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. A Coruña; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. A Coruña; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Fontiñas. A Coruña.*

124/46. Influencia de la edad en el control de la presión arterial y factores relacionados con el riesgo cardiovascular en mujeres hipertensas. Estudio PRESCAP 2010

Autores. *(1) Montserrat Redondo Prieto; (2) Miguel Ángel Prieto Díaz; (3) Francisco Javier Alonso Moreno; (4) Sergio Cinza Sanjurjo; (5) Sonsoles María Velilla Zancada; (6) Alberto Galgo Nafria; (7) Emilio García Criado; (8) Aurora García Lerín; (9) Vivencio Barrios Alonso; (10) Carlos Escobar Cervantes.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Asturias; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (5) Médico de Familia. CA Ancin. Navarra; (6) Médico de Familia. Espronceda. Madrid; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de la Fuensanta. Córdoba; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid; (9) Cardiólogo. Hospital Ramón y Cajal. Servicio de Cardiología. Madrid; (10) Cardiólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

124/47. Grado de control de la hipertensión arterial según características del médico de familia y presión asistencial. Estudio PRESCAP 2010

Autores. *(1) Montserrat Redondo Prieto; (2) Francisco Javier Alonso Moreno; (3) Daniel Rey Aldana; (4) Olga García Vallejo; (5) Inés Gil Gil; (6) José Polo García; (7) Teresa Rama Martínez; (8) Roberto Genique Martínez; (9) Ángel Vicente Molinero; (10) Adalberto Serrano Cumplido.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico de Familia.*

Centro de Salud A Estrada. Pontevedra; (4) Médico de Familia.Centro de Salud Comillas. Madrid; (5) Médico de Familia. ABS Arán. Viella; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Casar. Cáceres; (7) Médico de Familia. CAP El Masnou-Alella. El Masnou. Barcelona; (8) Médico de Familia. CAP Sant Carles de la Rapita. Tarragona; (9) FEA Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Repelega. Portugalete. Vizcaya.

124/52. Taquicardia ventricular inestable como primera manifestación de una miocardiopatía dilatada.

Autores. *(1) Leire Soutullo Lema; (2) Daniel Rey Aldana; (2) Mª Carmen Tuñez Bastida; (3) Nuria González Frieiro; (4) Junior Jesus Martínez Couselo; (5) Víctor Villaverde Vázquez; (6) Daniel De Bernardo Roca; (7) Francisco Formigo Couceiro.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela. A Coruña; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Arzúa. A Coruña; (6) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Concepcion Arenal.Santiago de Compostela. A Coruña; (7) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Concepción Arenal. Santiago de Compostela. A Coruña.*

124/53. Pericarditis aguda complicada con taponamiento cardiaco.

Autores. *(1) Iria Mirás Garrido; (2) Lidia Vázquez Roel; (3) Daniel Rey Aldana; (4) Leire Soutullo Lema; (5) Tamara Varela Sandá; (4) Paula Acosta Rodríguez; (6) María Luisa Pérez Lorenzo; (4) Marta A. Iglesias Yañez; (7) Santiago Torreira Mouro.*

Centro de Trabajo. *(1) Medico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. Santiago de Compostela. A Coruña; (2) Medico de Familia. PAC de Ordenes. A Coruña; (3) Medico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Concepción Arenal. Santiago de Compostela. A Coruña; (6) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Fontiñas. Santiago de Compostela. A Coruña; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Conxo. Santiago de Compostela. A Coruña.*

124/65. Hipertensión arterial (HTA) y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes muy ancianos de un área urbano-rural de Asturias

Autores. *(1) Montserrat Redondo Prieto; (1) Carolina Martínez LLana; (1) Ana Picasso Martinez de Ubago; (1) Maria Begoña González González; (2) Mª José Gómez Castro.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Corvera Astuias; (2) Técnico de Salud. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Asturias.*

08.00 – 09.00 h.

Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 1.

Aula Virtual de Pósters

Moderador:

Dr. D. Manuel Portela Romero. *Médico de Familia. Centro de Salud Padrón. A Coruña.*

124/36. Control de la presión arterial en pacientes hipertensos fumadores

Autores. *(1) Francisco Javier Alonso Moreno; (2) Luis Miguel Artigao Rodenas; (3) Alfonso Barquilla García; (4) Alberto Calderón Montero; (5) Juan Antonio Divisón Garrote; (6) José María Fernández Toro; (7) Lisardo García Matarín; (8) Olga García Vallejo; (9) Roberto Genique Martínez; (10) Inés Gil Gil.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Trujillo. Cáceres; (4) Médico de Familia Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Consultorio de Fuentealbilla. Albacete; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Vícar. Almería; (8) Médico de Familia Centro de Salud Comillas. Madrid.; (9) Médico de Familia. CAP Sant Carles de la Rapita. Tarragona; (10) Médico de Familia. ABS Arán. Viella.*

124/37. Lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular establecida en hipertensos fumadores

Autores. *(1) Francisco Javier Alonso Moreno; (2) Miguel Ángel Prieto Díaz; (3) José Luis Llisterri Caro; (4) José Javier Mediavilla Bravo; (5) José Polo García; (6) Teresa Rama Martínez; (7) Gustavo C. Rodríguez Roca; (3) Tomás Sánchez Ruíz; (8) Sonsoles María Velilla Zancada; (9) Angel Vicente Molinero.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres; (6) Médico de Familia. CAP El Masnou-Alella. El Masnou. Barcelona; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud CA Ancin. Navarra; (9) FEA Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.*

124/55. Hábitos alimentarios y factores de riesgo cardiovascular en la población general de Toledo (estudio RICARTO)

Autores. *(1) Mirian Motilla Fraile; (2) Lara Luna del Pozo; (3) Javier Carrasco Flores; (3) Álvaro Hidalgo Vega; (4) Julio Hernández Moreno; (5) M. Ángeles Asensio Díaz; (6) Luis Rodríguez Padial; (7) Alejandro Villarín Castro; (8) Francisco Javier Alonso Moreno; (9) Gustavo C. Rodríguez Roca.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Añover de Tajo. Toledo.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (3) Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Toledo; (4) Médico de Familia. Consultorio de Argés. Centro de Salud Polán. Toledo; (5) Químico Interno Residente. Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (6) Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (7) Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.*

124/56. Hábitos alimentarios en la población general de Toledo (estudio RICARTO)

Autores. *(1) Lara Luna del Pozo; (2) Mirian Motilla Fraile; (3) Javier Carrasco Flores; (4) Álvaro Hidalgo Vega; (5) Julio Hernández Moreno; (6) Antonio Segura Fragoso; (7) Manuel Gómez-Serranillos; (8) Alejandro Villarín Castro; (7) Antonio Menchén Herresos; (9) Gustavo C. Rodríguez Roca.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Añover de Tajo. Toledo.; (3) Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Toledo; (4) Economista. Facultad de Ciencias Empresariales. Toledo; (5) Médico de Familia. Consultorio de Argés.*

Centro de Salud Polán. Toledo; (6) Unidad de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud. Talavera de la Reina. Toledo; (7) Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (8) Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo; (9) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

124/57. Riesgo cardiovascular en población general de Toledo. Estudio RICARTO.

Autores. *(1) Lara Luna del Pozo; (2) Mirian Motilla Fraile; (3) Javier Carrasco Flores; (4) Rocio Palma Fernández; (5) Julio Hernández Moreno; (6) Antonio Segura Fragoso; (7) Luis Rodríguez Padial; (8) Alejandro Villarín Castro; (9) Francisco Javier Alonso Moreno; (9) Gustavo C. Rodríguez Roca.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Añover de Tajo. Toledo; (3) Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Toledo; (4) Biólogo Interno Residente. Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo.; (5) Médico de Familia. Consultorio de Argés. Centro de Salud Polán. Toledo; (6) Unidad de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud. Talavera de la Reina; (7) Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (8) Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (9) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.*

124/58. Prevalencia del consumo de Aine población mayor de 65 años con HTA esencial de un centro de salud

Autores. *(1) Maria Teresa Campillos Páez; (1) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (2) Maria Teresa Campillos Páez; (3) Juan Manuel Sánchez de la Nieta Martín; (4) Anlit Día Martínez; (4) Rafael Jiménez Díaz; (4) Rocio Melguizo Benavides; (4) Fernando Melchor Castilla Suyo; (4) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (4) Marta Jiménez Carrillo.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Auxiliar de Enfermería. Hospital Universitario La Princesa. Madrid; (3) Enfermero. Hospital Niño Jesus. Madrid; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.*

124/63. Control de la presión arterial en pacientes hipertensos con arteriopatía periférica.

Autores. *(1) Eduardo Carrasco Carrasco; (2) Francisco Javier Alonso Moreno; (3) Alfonso Barquilla García; (4) Elena Klusova; (5) Salvador Lou Arnal; (6) Gustavo C. Rodríguez Roca; (7) Jose Luis Llisterri Caro; (8) Jose María Fernández Toro; (9) Lisardo García Matarín; (10) Alberto Calderón Montero.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Abarán; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería.Toledo.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Trujillo. Cáceres; (4) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres; (9) Médico de Familia. Centro de Salud de Vícar. Almería; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid.*

124/73. Paciente con mialgias e hipercolesterolemia

Autores. *(1) Gema Pérez Puertas; (2) Maria Isabel Parejo Sanchez; (3) Teresa Muñoz Saldaña; (4) Lourdes Garcia del valle.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Castellar de Santiago. Ciudad Real; (2) Médico internista. Clínica Inmaculada de Granada; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Viso del Marques. Ciudad Real; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Santa Cruz*

de Mudela. Ciudad Real.

124/74. Cribado de riesgo de desnutrición en pacientes mayores de 65 años ingresados

Autores. *(1) Carolina Calero López; (2) Laura Navarro Casado; (1) Teresa de Diego Puente; (3) Mª Angeles Divisón Hernández; (4) Juan Antonio Divisón Garrote; (4) María Isabel López Abietar; (5) Yolanda Calero López; (4) Isabel Ponce García.*

Centro de Trabajo. *(1) Universidad de Murcia; (2) Universidad de Albacete; (3) Hospital Universitario de Albacete; (4) Médico de Familia. Centro Salud Casas Ibañez. Albacete; (5) Universidad Politécnica de Valencia;*

124/75. Ingresos hospitalarios en pacientes con riesgo elevado de desnutrición

Autores. *(1) Carolina Calero López; (2) Laura Navarro Casado; (1) Teresa de Diego Puente; (3) Mª Angeles Divisón Hernández; (4) Juan Antonio Divisón Garrote; (4) María Isabel López Abietar; (5) Yolanda Calero López; (4) Isabel Ponce García.*

Centro de Trabajo. *(1) Universidad de Murcia; (2) Universidad de Albacete; (3) Hospital Universitario de Albacete; (4) Médico de Familia. Centro Salud Casas Ibañez. Albacete; (5) Universidad Politécnica de Valencia.*

08.00 – 09.00 h.

Defensa de Comunicaciones Pósters: Sesión 2.

Aula Virtual de Pósters

Moderador:

Dr. D. Junior Jesús Martínez Couselo. *Médico de Familia Residente de 4º año. Coordinador de Residentes UD Santiago. Centro de Salud de Vite-Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña.*

124/30. Pacientes a tratamiento con fármacos antivitamina k: ¿cumplimos los objetivos que nos proponemos?

Autores.*(1) Jesús Santianes Patiño; (2) Cristina Menéndez Fernández; (3) Edurne Mezquita Yarza.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Geriatra. Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Siero - Sariego.Área Sanitaria IV de Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Residentes de SEMERGEN.; (2) DUE. Hospital Universitario Central de Asturias. Área Sanitaria IV Oviedo. Asturias; (3) EIR de Enfermeria Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Siero - Sariego. Área Sanitaria IV Oviedo. Asturias.*

124/31. Características de los pacientes a tratamiento con nuevos anticoagulantes de una Zona Básica de Salud

Autores.*(1) Jesús Santianes Patiño; (2) Cristina Menéndez Fernández; (3) Edurne Mezquita Yarza.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico Geriatra. Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Siero - Sariego.Área Sanitaria IV de Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Residentes de SEMERGEN.; (2) DUE. Hospital Universitario Central de Asturias. Área Sanitaria IV Oviedo. Asturias; (3) EIR de Enfermeria Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Siero - Sariego. Área Sanitaria IV Oviedo. Asturias.*

124/38. Prevalencia de enfermedad clínica establecida en pacientes hipertensos con criterios de síndrome metabólico atendidos en atención primaria. Estudio PRESCAP 2010

Autores. *(1) Carlos Santos Altozano; (2) Francisco Javier Alonso Moreno; (3) Pere Beato Fernández; (4) Eduardo Carrasco Carrasco; (5) Aurora García Lerín; (6) José Luis Llisterri Caro; (7) Francisco Valls Roca; (8) Elena Klusova; (9) Maria Larre Muñoz; (10) Francisca Molina Escribano.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Silleria Toledo; (3) Médico de Familia. CAP Premià.Barcelona; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Benigànim. Valencia; (8) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid; (9) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquin Benlloch. Valencia; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibañez Consultorio Balsa de Ves.*

124/39. Prevalencia de pacientes que cumplen criterios de Síndrome Metabólico (SM) en una población de pacientes hipertensos. Estudio PRESCAP 2010.

Autores. *(1) Carlos Santos Altozano; (2) José Luis Llisterri Caro; (3) Gustavo Cristóbal Rodríguez Roca; (4) Montserrat Redondo Prieto; (5) Francisco Javier Alonso Moreno; (6) José Luis Carrasco Martín; (7) Alberto Galgo Nafria; (8) Emilio García Criado; (9) Pablo Panero Hidalgo; (10) Adalberto Serrano Cumplido.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (4) Médico Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Las Vegas. Aviles. Asturias; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Estepona. Málaga; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Espronceda. Madrid.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de la Fuensanta. Cordoba.; (9) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Órgiva. Granada; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Repelega. Portugalete. Vizcaya.*

124/66. Mujer de 78a con Disnea, hinchazón abdominal y edemas

Autores. *Tomás Rodriguez-Cayazzo.*

Centro de Trabajo. *Médico de Familia. Centro de Salud Panxón. Pontevedra.*

124/71. Ecocardiografía en la Fibrilación Auricular a propósito de un caso

Autores. *(1) Tomás Rodriguez - Cayazzo; (2) Alfredo Somoza Valentin; (3) Ana María Estevez Alvarez.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Panxón. Nigrán. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Internista. Centro de Salud de Panxón. Nigrán. Pontevedra; (3) Enfermera. Centro de Salud Panxón. Nigrán. Pontevedra.*

124/72. Fibromialgia y factores de riesgo cardiovascular: ¿Varían según la edad?

Autores. *(1) Teresa Rama Martínez; (2) Pere Beato Fernández; (3) Yolanda Maltas Hidalgo; (3) Sheila C. Mendes Jastes; (4) Oriol Salvador Vinyoles; (5) Antonia Ocaña Padilla.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona; (2) Médico de Familia. Consultorio Barrio Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (3) Enfermera. CAP El Masnou. Barcelona; (4) Médico de Familia. CAP Alella. Barcelona; (5) Médico de Familia. CAP Ocata. Barcelona.*

124/28. Amiliodisis cardiaca

Autores. *(1) Mónica Figueroa Caiche; (1) Rocio Reyna Zepeda; (1) Nixy Tirado Delgado; (2)*

Maroa del Carmen Bueno Selles; (2) Inmaculada Calafat Escriva; (2) Jesus Aparisi Romero.

Centro de Trabajo. *(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliva. Valencia.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Oliva. Valencia.*

124/34. Hipertensión arterial en el paciente diabético. Tratamiento y Grado de control. Estudio Di@bet.es

Autores. *(1) Miguel Ángel Prieto Díaz; (2) Francisco Fernandez Vega; (3) Edelmiro Menendez Torre; (3) Elias Delgado Alvarez; (4) Alfonso Pobes Martinez de Salinas; (2) Rafael Alvarez Navascues; (5) Rodrigo Abad Rodriguez; (6) Lorena Suárez Gutiérrez; (6) Maria Galiana Rodriguez Caballero; (6) Diego Coronel Aguilar.*

Centro de Trabajo. *(1) Médico de Familia.Centro de Salud Vallobín- La Florida. Oviedo. Coordinador del Área Cardiovascular de SEMERGEN; (2) Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias; (3) Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias; (4) Nefrología Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Siero. Asturias; (6) Médico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.*

COMUNICACIONES

Comunicaciones Médico de Familia

124/5. Indicadores de calidad asistencial de prevención secundaria cardiovascular en un centro de salud: evolución en 3 años

AUTORES:

(1) Pere Beato Fernández; (2) Teresa Rama Martínez; (3) Mónica Agudo Cortada; (3) Enriqueta Alcaraz Ferrer; (3) David Arribas Tutusaus; (3) María Antonia Auladell Llorens; (3) Asunción Azcona Escolano; (3) Otilia Boix Cuesta; (3) Anna Champer Blasco; (3) Xavier González Torner..

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (2) Médico de Familia. ABS El Masnou. Barcelona; (3) Médico de Familia. EAP Premià de Mar. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

Observar si la implementación de 8 marcadores de calidad asistencial de prevención secundaria cardiovascular evaluables anualmente, con objetivos establecidos, comporta una mejora de resultados en un centro de salud (CS). Comparar resultados con los del conjunto de CS del Institut Català de la Salut (ICS)..

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

Estudio descriptivo retrospectivo.

Medidas:

Accidente cerebrovascular (AVC), cardiopatía isquémica (CI): tratamiento antiagregante, control lipídico (LDL-colesterol <120mg/dl).

CI: tratamiento beta-bloqueante

Fibrilación auricular (FA): tratamiento antiagregante/anticoagulante

Insuficiencia cardíaca (IC): tratamiento IECA/ARAII, tratamiento beta-bloqueante

Cálculos: Porcentajes

Resultados

La población asignada del CS es de 37.480 habitantes

%CS 2011, CS 2012, CS 2013; ICS 2011, ICS 2012, ICS 2013; Objetivo 2011, Objetivo 2012, Objetivo 2013.

AVC: antiagregante:83,81, 88,88, 93,66; 91,41, 91,83, 95,13; 93,32, 92,93, 94,61.

AVC: control lipídico: 39,26, 45,74, 48,46; 46,9, 50,98, 55,62; 48,88, 49,24, 54,39.

CI: antiagregante: 83,4, 87,4, 96,29; 86,93, 86,73, 94,67; 94,23, 93,66, 95.

CI: control lipídico:47,69, 51,49, 56,39; 51,61, 54,42, 61,69; 57,57, 55,56, 61,73.

CI: beta-bloqueante:53,69, 58,19, 64,45; 57,87, 60,89, 68,74; 61,81, 62,91, 68,6.

FA: antiagregante/anticoagulante: 66,32, 71,29, 84,42; 77,22, 80,15, 85,97; 80,59, 80,98, 84,82.

IC: IECA/ARAII: 45,43, 54,91, 70,09; 64,25, 68,46, 77,55; 77,72, 73,33, 79,02.

IC: beta-bloqueante 35,63, 40,49, 55,59; 42,6, 49,87, 60,05; 49,4, 49,07, 58,79.

Conclusiones

Los resultados del centro han mejorado anualmente en todos los indicadores. En los CS del ICS todos los indicadores muestran mejores resultados al final del período de estudio. Nuestro centro, que partía con resultados inferiores, se ha ido acercando e incluso superando la media de resultados del ICS

124/6. Indicadores de calidad asistencial de factores de riesgo cardiovascular en un centro de salud: evolución en 3 años

AUTORES:

(1) Pere Beato Fernández; (2) Mercè Megías Blanco; (2) Muriel Nicolau Sabaté; (2) Laura Nieto Márquez; (2) María Palacios Cuesta; (2) Amelia Quílez Cerdà; (2) Roger Sánchez Avante; (2) Albert Tibau Catalán; (2) Ana Valls Martínez; (2) Asunción Villar Sotillo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Consultori Barri Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (2) Médico de Familia. EAP Premià de Mar. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

Observar si la implementación de 8 marcadores de calidad asistencial de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) evaluables anualmente, con objetivos establecidos, comporta una mejora de resultados en un centro de salud (CS). Comparar resultados con los del conjunto de CS del Institut Català de la Salut (ICS).

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo.

Medidas:

HTA: Control (<150/95mmHg). Control en población de riesgo (PR) (<140/90mmHg).

DM: Control de glicohemoglobina (<8%), cribaje de pie diabético y retinopatía

Tabaco: Cesaciones. Abstinentes en PR

Hipercolesterolemia: Cálculo RCV

Resultados

En el CS atendemos a 37.480 habitantes.

% CS 2011, CS 2012, CS 2013;

ICS 2011, ICS 2012, ICS 2013;

Objetivo 2011, Objetivo 2012, Objetivo 2013.

HTA: Control:

53,27, 62,48, 70,7;

62,39, 65,27, 69,68;

64,58, 62,48, 68,81.

HTA: Control en PR:

42,49, 51,57, 59,1

51,91, 57,34, 62,12;

52,91, 51,57, 51,57.

DM: Control glicohemoglobina:

50,72, 52,05,62,98;

58,7, 59,94, 66,14;

62,71, 59,03, 59,03.

DM: Cribaje pie:

50,16, 55,62, 63,31;

60,25, 61,42, 64,87;

62,7, 61,67, 61,67;

DM: Cribaje retinopatía:

58,32, 59,77, 63,85;

69,45, 69,09, 74,88;

73,78, 70,14, 70,14.

Tabaco: Cesaciones:

7,68, 8,43, 8,9;

7,32, 6,4, 7,28;

7,73, 7,6, 7,12;

Tabaco: Abstinentes PR:

64,22, 64,71, 76,43;

73,4, 72,43, 77,9;

78,5, 75,71, 78,52.

Hipercolesterolemia: Cálculo RCV:

77,9, 80,49, 90,36;

81,7, 82,63, 90,21;

85,91, 84,97, 88,91.

Conclusiones

Nuestro CS ha mejorado anualmente en todos los indicadores.

En los CS del ICS la gran mayoría de indicadores mejoran resultados al final del período estudiado.

Nuestro centro, que partía con resultados inferiores, se ha ido acercando o superando a los resultados del ICS.

124/10. Valoración de la asociación diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso-obesidad en el combinado morbilidad de causa cardiovascular y mortalidad por todas las causas en una cohorte prospectiva de origen poblacional

AUTORES:

Julio A Carbayo Herencia; Juan Antonio Divisón Garrote; Isabel Ponce García; Marta Simarro Rueda; Lourdes Navarro Sánchez; Josefina Monedero La Orden; Francisca Molina Escribano; Miriam Martínez; Pilar Torres Moreno; Beatriz González Lozano.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Grupo de Enfermedades Vasculares de Albacete.

RESUMEN:

Objetivos

Valorar la capacidad predictiva de la asociación diabetes mellitus tipo 2 con el sobrepeso y la obesidad (DM2SO) en la aparición del combinado primeros eventos cardiovasculares y mortalidad por todas las causas (EVCVYMT).

Metodología

Cohorte prospectiva de origen poblacional seguida durante una media de 10,7 años (DE=2,2 años). La muestra incluida debía cumplir no haber sufrido ningún evento cardiovascular en el primer corte y todas las variables que serían ajustadas por análisis multivariante debían conservar todos sus datos. Se ha ajustado la DM2SO por sexo, edad, hipertensión arterial, estado de fumador, colesterol total y cociente TG_cHDL mediante la aplicación de la regresión de Cox, tras comprobar el cumplimiento de la proporcionalidad de los riesgos instantáneos.

Resultados

Se han incluido en el estudio 1169 individuos, 652 mujeres (55,8%; media de edad: 48,1 años, DE=17,9) y 517 varones (44,2%; media de edad: 46,6 años, DE=16,8); rango: 18-91 años. Presentaban DM2SO el 8,1% de los participantes (9,0% de las mujeres y 7,0% de los varones (P=0,195).

Tras ajustar por las variables citadas, la DM2SO permaneció como factor predictor independiente en la aparición de EVCVYMT con una Hazard Ratio=1,547 (IC 95%: 1,05-2,28), P=0,027.

Conclusiones

La DM2SO presente en nuestra población presenta una importante capacidad predictiva en la aparición del combinado morbilidad de causa cardiovascular y mortalidad por todas las causas (54,7% superior en los que presentan la asociación DM2 y sobrepeso obesidad).

124/11. Tendencias en el manejo clínico de la diabetes en Atención Primaria. Estudio ATENCION

AUTORES:

(1) Jesus Millán Nuñez-Cortés; (2) Marta Rodríguez De-Miguel; (2) María Luisa Orera Peña; (3) Mariano de la Figuera Von Wichmann.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.; (2) Departamento Médico. Abbott Laboratories; (3) Medicina Interna. EAP Sardenya. Unidad Docente ACEBA. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la actitud y criterios de actuación del médico en la práctica clínica habitual, poniendo énfasis en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento del paciente diabético.

Metodología

Estudio ecológico, transversal, descriptivo y multicéntrico. Tras muestreo intencional se incluyeron 975 médicos de Atención Primaria del territorio español que asisten a pacientes con diabetes, que aceptaran voluntariamente participar en el estudio entre Mayo y Septiembre 2013.

Resultados

La diabetes se diagnostica de forma casual (46%) y tras búsqueda activa (44%). El 91 % de los médicos emplean Guías de práctica clínica. El primer escalón terapéutico es metformina. La falta de control induce con más frecuencia a añadir un inhibidor de DPP-4 o una sulfonilurea . Las razones son: políticas de uso, grado de control y efectos secundarios. El nivel de riesgo cardiovascular suele condicionar el empleo de insulina más precozmente. Por término medio, el enfermo es revisado al mes y medio (instauración de tratamiento), cada cuatro meses (está controlado). Añadir fármacos a las modificaciones del estilo de vida suele producirse entre 4 y 6 meses; añadir un segundo o tercer fármaco, a los 8-9 meses y 14-15 meses, respectivamente. Los controles para complicaciones macro/microvasculares se realizan entre 6-12 meses. Un 10-40 % de los enfermos son incumplidores.

Conclusiones

Al margen individualización, está la práctica clínica tiene unos criterios básicos comunes. Es preciso un esfuerzo adicional para no retrasar el inicio de la pauta farmacológica necesaria, iniciando fármacos (o combinándolos) y adecuándolos a la intensificación del tratamiento

124/13. Inercia clínica justificada y relación entre niveles asistenciales en hipertensión y diabetes. Estudio ATENCION

AUTORES:

(1) Mariano de la Figuera Von Wichmann; (2) Jesus Millán Nuñez-Cortés; (3) Marta Rodríguez De-Miguel; (3) Luisa Orera Peña.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Medicina Interna. EAP Sardenya. Unidad Docente ACEBA. Barcelona; (2) Medicina Intena. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid; (3) Departamento Médico. Abbott Laboratories.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar la actitud de los médicos de Atención Primaria ante la falta de control de la hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM). Conocer la relación entre Atención Primaria-Especializada.

Metodología

Estudio ecológico, transversal, descriptivo y multicéntrico. Tras muestreo intencional se incluyeron 975 médicos de Atención Primaria del territorio español que asisten a pacientes con HTA y DM que aceptaron voluntariamente participar entre Mayo y Septiembre 2013.

Resultados

El 93% y 91% siguen Guías sobre HTA y DM, respectivamente. En el 45% (HTA) y 53% (DM) existen Guías comunes entre AP y especializada; la inter-relación con los médicos especialistas es mala (53%) o muy mala (43%). Menos del 50% de los pacientes derivados al especialista aportan un informe aceptable.

En HTA, ante la falta de control tensional, no se modifica el tratamiento (inercia justificada) por: Incumplimiento terapéutico (23%), efecto bata blanca (21%), tiempo insuficiente para alcanzar objetivos (17%), interferencias con la medida de PA (12%), reticencias del paciente (8%) y objetivos "casi alcanzados" (5,5%). En el caso de la DM, son: Incumplimiento terapéutico (21,5%), tiempo insuficiente para alcanzar objetivos (19%), efectos adversos de la medicación (18,5%), reticencias del paciente (13%), enfermedades intercurrentes (10,5%) y objetivos "casi alcanzados (8,3%)

Conclusiones

A pesar de la existencia de Guías comunes la relación entre niveles asistenciales es mejorable. Ante la falta de control tensional o metabólico los médicos justifican de forma razonada su actitud lo que sugiere que, en muchos casos, no se incurre en inercia terapéutica ni mala praxis.

124/14. Tendencias en el manejo clínico de la hipertensión arterial en Atención Primaria. Estudio ATENCION

AUTORES:

(1) Mariano de la Figuera Von Wichmann; (2) Jesus Millán Nuñez-Cortés; (3) Marta Rodríguez De-Miguel; (3) Luisa Orera Peña.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Medicina Interna. EAP Sardenya. Unidad Docente ACEBA. Barcelona; (2) Medicina Interna. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; (3) Departamento Médico. Abbott Laboratories.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer los criterios de actuación del médico en la práctica clínica habitual, poniendo énfasis en los aspectos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento del paciente hipertenso.

Metodología

Estudio ecológico, transversal, descriptivo y multicéntrico. Tras muestreo intencional se incluyeron 975 médicos de Atención Primaria del territorio español que asisten a pacientes con hipertensión arterial (HTA), que aceptaran voluntariamente participar entre Mayo y Septiembre 2013.

Resultados

El 93% siguen Guías de práctica clínica sobre HTA. El diagnóstico en consulta es a partir de búsqueda selectiva en sujetos con otros factores de riesgo. El 65% eligen monoterapia inicial siendo IECA y ARAII los más

utilizados (suma de ambos 90,2%), seguidos de diuréticos (8%). Ante la falta de control tensional, la 1ª opción es insistir en los cambios de estilos de vida y la 2ª la combinación de fármacos (ARAII+Tiazida es la más utilizada). Por término medio, el enfermo es revisado al mes (tras el diagnóstico) y cada 3,5 meses (controlado). La terapia combinada suele producirse tras 7 meses de monoterapia y la triple terapia tras 11 meses de doble terapia. El incumplimiento se estima entre el 10-40% de los pacientes; las causas más frecuentes son la falta de información, rechazo a tomar medicación y efectos adversos.

CONCLUSIONES

La práctica clínica frente a la HTA tiene unos criterios básicos comunes. Los IECA y ARAII son los fármacos de elección. La terapia combinada tarda más de 6 meses en instaurarse. El incumplimiento es frecuente y obedece a una falta de información.

124/17. Comparación de las Variables Cardiometabólicas entre las Poblaciones con Síndrome Metabólico según IDF y ATPIII (Estudio SIMETAP).

AUTORES:

(1) Antonio Ruiz García; (2) Juan Carlos García Álvarez; (3) Mª Carmen Martín Calle; (4) Alfonso Migueláñez Valero; (5) Mª Carmen Sánchez Ramos; (6) Lourdes Ruiz Díaz; (6) Elena Malo Mayor; (6) Ana Isabel Saiz Val; (7) Montserrat Pérez Fernández; (7) Mª Pilar Hombrados Gonzalo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Pinto - Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. Pinto. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Mendiguchía Lariche. Leganés. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ntrª Srª de Fátima. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud San Martín de la Vega. San Martín de la Vega. Madrid; (5) D.U.E. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Valleagudo. Coslada. Madrid; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Reyes Magos. Madrid.

RESUMEN:

Objetivos

Determinar y comparar las variables cardiometabólicas de los Síndromes Metabólicos (SM) según IDF y ATPIII.

Metodología

Estudio observacional transversal realizado en 35 Centros de Salud del SERMAS.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional sobre 101.015 adultos adscritos a los investigadores. Población muestral: 4.389. Sujetos reclutados: 3.024 [ilocalizables: 18,34%; rechazan consentimiento: 5,83%; no acudieron: 5,92%; criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 3,28%]. Sujetos de estudio: 1.272 pacientes con SM.

Análisis estadístico: Porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral. Medias con desviación típica (±DE); Diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar Prueba de Levene.

Resultados

Prevalencia poblacional de SM: 42,06% (40,30-43,85); siendo 34,69% (32,99-36,42) según ATP (n= 1.047), y 38,76% (37,02-40,52) según IDF (n= 1.172).

14,13) años en DE) de edad: 63,57 (Medias (14,73) años según IDF (p=0,0334). la población con SM según ATP, y 62,26 (

Proporción de mujeres: 50,33% (47,26–53,41) en la población con SM según ATP, y 51,28% (48,38–54,18) según IDF (p=0,655).

	SM según ATP		SM según IDF			
	Medias	±DE	Medias	±DE	Dif. Medias	p-valor
IMC (kg/m2)	**30,17**	4,99	**30,32**	4,76	-0,15	0,4729
Perímetro abdominal (cm)	**102,84**	12,85	**103,16**	11,93	-0,32	0,5389
I.Cintura-Talla (cm/cm)	**0,63**	0,08	**0,63**	0,07	0,00	0,7835
PAS (mmHg)	**128,94**	14,69	**128,15**	14,64	0,79	0,2110
PAD (mmHg)	**76,07**	9,60	**76,20**	9,53	-0,13	0,7523
Colesterol Total (mg/dL)	**194,50**	41,24	**197,26**	40,48	-2,76	0,1147
Triglicéridos (mg/dL)	**155,93**	100,21	**156,30**	113,80	-0,37	0,9360
Colesterol HDL (mg/dL)	**50,09**	14,00	**50,01**	13,52	0,08	0,8921
Colesterol LDL (mg/dL)	**113,70**	36,66	**116,64**	36,16	-2,93	0,0623
Glucemia (mg/dL)	**108,94**	33,61	**106,68**	31,04	2,26	0,1021
HbA1c (%)	**6,10**	1,13	**5,98**	1,09	0,11	**0,0365**

Prevalencias	SM (ATP)	SM (IDF)	Dif. %	p-valor
IMC >25 kg/m2	86,91%	89,85%	-2,93%	**0,0305**
IMC >30 kg/m2	48,52%	49,32%	-0,80%	0,7067
ICT >0,5 cm/cm	95,80%	97,78%	-1,98%	**0,0077**
DM	35,05%	29,10%	5,96%	**0,0027**
Glucemia ≥100 mg/dL	61,51%	61,26%	0,25%	0,9039
Glucemia ≥110 mg/dL	48,14%	40,96%	7,18%	**0,0007**
HTA	65,04%	60,24%	4,80%	**0,0197**
PA ≥130/85 mmHg	84,43%	79,01%	5,42%	**0,0010**
Col T ≥200 mg/dL	73,35%	71,33%	2,02%	0,2886
TG ≥150 mg/dL	53,20%	50,94%	2,26%	0,2874
HDL <40/50 (M/F)	43,55%	42,49%	1,06%	0,6146

Conclusiones

La HbA1c es mayor en la población con SM según ATP vs IDF. Hay mayor prevalencia de IMC > 25, ICT >0,5, DM, glucemia ≥110, HTA y PA ≥130/85 en la población con SM según ATP vs IDF. Las prevalencias de las variables IMC >30, glucemia ≥100, y las lipídicas son similares en ambas poblaciones.

124/19. Comparación de las Variables Cardiometabólicas entre las Poblaciones con Síndrome Metabólico Mórbido y Premórbido (Estudio SIMETAP).

AUTORES:

(1) Antonio Ruiz García; (2) Rosa Hueso Quesada; (2) Juan A. Cique Herrainz; (2) Mercedes Redondo Sánchez; (2) Yolanda Hidalgo Calleja; (2) Mª Rosario Durán Tejada; (2) Mª Rosa García Redondo; (2) Nieves Fernández López; (3) Raquel Pleite Raposo; (3) Isabel Lozano Marín.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Pinto. Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. Pinto. Madrid; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Torito. Moratalaz. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Carmen Calzado. Alcalá de Henares. Madrid.

RESUMEN:

Objetivos

Determinar y comparar en la población las variables cardiometabólicas de los Síndromes Metabólicos (SM) mórbido y premórbido.

Metodología

Estudio observacional transversal realizado en 35 Centros de Salud del SERMAS.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional sobre 101.015 adultos adscritos a los investigadores. Población muestral: 4.389. Sujetos reclutados: 3.024 [ilocalizables: 18,34%; rechazan consentimiento: 5,83%; no acudieron: 5,92%; criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 3,28%]. Sujetos de estudio: 1.270 pacientes con SM.

Análisis estadístico: Porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%; comparación Chi-cuadrado con significación bilateral. Medias con desviación típica (±DE); diferencias de medias: Prueba T para igualdad de medias tras evaluar Prueba de Levene.

SM mórbido: SM con Diabetes Mellitus (DM) o Enfermedad Cardiovascular -cardiopatía isquémica, ictus o enfermedad arterial periférica- (ECV).

SM premórbido: SM sin DM ni ECV.

Resultados

Prevalencias poblacionales: SM (n=1270): 42,00% (40,23-43,78); SM mórbido (n= 479):15,84% (14,56-17,19); SM premórbido (n= 791): 26,16% (24,60-27,76).

Proporción de mujeres: SM mórbido 44,47% (39,96-49,04); SM premórbido: 52,21% (48,67-55,74) (diferencia p=0,0075).

DE) de edad: SM mórbido 67,95 Medias (15,03) años (diferencia p 12,49) años; SM premórbido: 59,09 ((<0,0001).

Prevalencias	SM mórbido	SM premórbido	Dif. %	p-valor
IMC >25 kg/m2	85,80%	86,73%	-0,92%	0,6396
IMC >30 kg/m2	44,26%	46,27%	-2,01%	0,4857
I. Cintura-Talla >0,5 cm/cm	95,41%	94,94%	0,46%	0,7064
Glucemia ≥100 mg/dL	86,85%	44,75%	42,09%	<0,0001
Glucemia ≥110 mg/dL	81,63%	17,19%	64,43%	<0,0001
HbA1c entre 5,7 y <6,5	29,65%	24,02%	5,62%	0,0269
HTA	77,45%	49,56%	27,90%	<0,0001
PA ≥130/85 mmHg	85,80%	75,85%	9,95%	<0,0001
Colesterol-Total ≥200 mg/dL	73,90%	70,04%	3,87%	0,1397
Triglicéridos ≥150 mg/dL	48,23%	51,07%	-2,85%	0,3266
HDL <40/50 (M/F)	38,83%	55,63%	-16,79%	<0,0001

	SM mórbido		SM premórbido			
	Medias	±DE	**Medias**	±DE	**Dif. Medias**	**p-valor**
IMC (kg/m2)	**29,86**	4,91	**29,86**	4,88	0,01	0,9828
Perímetro abdominal (cm)	**103,13**	13,25	**100,81**	12,41	2,33	0,0017
I. Cintura-Talla (cm/cm)	**0,636**	0,08	**0,615**	0,08	0,02	<0,0001
Glucemia (mg/dL)	**126,26**	42,10	**95,07**	12,06	31,19	<0,0001
HbA1c (%)	**6,67**	1,26	**5,47**	0,48	1,20	<0,0001
PAS (mmHg)	**128,96**	15,38	**127,31**	14,06	1,65	0,0537
PAD (mmHg)	**74,44**	9,49	**76,83**	9,52	-2,39	<0,0001
Colesterol-Total (mg/dL)	**180,93**	40,08	**205,83**	38,42	-24,90	<0,0001
Triglicéridos (mg/dL)	**144,88**	79,40	**159,26**	126,59	-14,38	0,0272
Colesterol-HDL (mg/dL)	**50,65**	13,57	**50,03**	13,96	0,62	0,4423
Colesterol-LDL (mg/dL)	**101,30**	34,95	**124,95**	34,09	-23,65	**<0,0001**

Conclusiones

Las prevalencias de IMC >25, IMC >30, ICT >0,5, Col-T ≥200 y TG ≥150 son similares en las poblaciones con SM mórbido y premórbido.

En el SM mórbido son más frecuentes: glucemia ≥100, glucemia ≥110, HbA1c (5,7-6,5), HTA y la PA ≥130/85. En el SM premórbido es más frecuente el C-HDL < 40/50 (M/F).

El perímetro abdominal, ICT, glucemia, HbA1c, PAD/PAD, Col-T, C-LDL y TG son mayores en el SM mórbido que en el SM premórbido. El IMC y el C-HDL son similares en ambas poblaciones.

124/20. Utilización de la toma de la presión arterial clínica realizada en Oficinas de Farmacia Comunitaria por los médicos de atención primaria. Proyecto FARMAPRES-CV.

AUTORES:

(1) Vicente Pallarés Carratalá; (2) Javier Sanz García; (3) MM Reig Botella; (4) M Pastor Rico; (4) I Guill Herrero; (4) C Pla Jorda; (4) E Corcoles; (4) C Sanchez Garcia; (5) M Adell Alegre; (6) V Giner Galvañ.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Alcoy.; (3) Enfermera. Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante.; (4) Farmacéutico. Departamento Alcoy. Alicante.; (5) Farmacéutico. Benicarlo. Departamento Vinaroz. Castellón; (6) Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante.

RESUMEN:

Objetivos

Las principales Guías de HTA insisten en la necesidad de implicar a enfermería y farmacia en el manejo de la HTA. Es necesario conocer la valoración y uso que de la medida de la presión arterial clínica (PAc) en las Oficinas de Farmacia Comunitaria (OFc) hacen los Centros de Salud (CS).

Metodología

Encuesta a médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los CS de la Comunitat Valenciana (CV) a lo largo del año 2012 y 2013 (Proyecto FARMAPRES CV).

Resultados

Responden 822 profesionales, 64% médicos, con 22,5±9,8 años de experiencia. El 54% afirma conocer cómo se mide la PA en las OFc, porcentaje mayor entre Enf (58,9 vs. 50,2 %; p <0,0001), varones (59,0 vs. 49,0 %; p 0,045) y mayor experiencia (23,9±9,7 vs. 20,8±7,9 años; p <0,0001). Un 55% considera las mediciones fiables, sin diferencias por provincia, género, colectivo profesional o experiencia. Los 347 encuestados que valoran como no fiables las OFc dan como motivos (%): "Metodología inadecuada" (19,1), "Condiciones ambientales inadecuadas" (12,2), "Equipos inadecuados" (12,2), "Toma única" (10,7), "Ausencia de formación específica" (10,3) y "Sobrevaloración de PA" (8,9). Enfermería (37,2 vs. 27,7%; p<0,0001) y personal con mayor experiencia (23,7±9,9 vs. 22,1± 9,7; p= 0,023) nunca usa la PAc de las OFc.

Conclusiones

La mitad de profesionales de los CS dice conocer cómo se mide la PAc en las OFc de su ámbito y cree fiables las mediciones. A pesar de ello, el uso es anecdótico, sobre todo entre personal de Enfermería y con mayor experiencia.

124/21. ¿MAPA en las Oficinas de Farmacia?. Opinión desde Atención Primaria. Proyecto FARMAPRES CV.

AUTORES:

(1) Vicente Pallarés Carratalá; (2) Javier Sanz García; (3) MM Reig Botella; (4) M Pastor Rico; (4) I Guill Herrero; (4) C Pla Jorda; (4) M Cano Arribi; (4) C Sanchez Garcia; (5) M Adell Alegre; (6) V Giner Galvañ.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de Salud de Alcoy.; (3) Enfermera. Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante.; (4) Farmacéutico. Departamento Alcoy. Alicante.; (5) Farmacéutico. Benicarlo. Departamento Vinaroz. Castellón; (6) Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la opinión que sobre la potencial realización de monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) en las Oficinas de Farmacia Comunitaria (OFc) se tiene en Atención Primaria.

Metodología

Encuesta a médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los Centros de salud (CS) de la Comunitat Valenciana (Proyecto FARMAPRES CV).

Resultados

Han respondido 822 profesionales (Med 64%) con 22,5±9,8 años de experiencia. La mitad de encuestados considera adecuada la realización de MAPA en las OFc, sin diferencias entre Med y Enf (44,7 vs. 46,3%. p=0,846). Los 362 encuestados que no consideraron adecuada la MAPA en las OFc adujeron como motivos principales (%): "La PA debe medirse en un Hosp. o CS" (32,2); "Las OFc tienen intereses económicos" (20,5); "Metodología incorrecta y ausencia de formación" (20,0) y "No formación específica en MAPA" (8,7). En caso de poderse realizar, el 60% de encuestados remitiría sus pacientes a las OF para obtener MAPA (Med 38,3 %, Enf 41,4%. p 0,073). Los motivos principales por los que no se remitirían son principalmente la OF no es un CS 27,1%, responsabilidad de Enf 12,5% o Med 10,4% y la AMPA es más fiable 9,7%.

Conclusiones

Para la mitad tanto de Med como Enf, la posibilidad de MAPA en las OFc sería una opción correcta. No obstante, es general la opinión de que el MAPA debe realizarse en CS por Med o Enf por mejor formación y metodología.

124/22. ¿Qué pensamos desde los Centros de Salud de la derivación de pacientes con elevación de la presión arterial desde las Oficinas de Farmacia?. FARMAPRES-CV.

AUTORES:

(1) Vicente Pallarés Carratalá; (2) Javier Sanz García; (3) MM Reig Botella; (4) M Pastor Rico; (4) I Guill Herrero; (4) C Pla Jorda; (4) M Cano Arribi; (4) C Sanchez Garcia; (5) M Adell Alegre; (6) I Bonig Trigueros.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico Residente MFYC. Departamento de Salud de Alcoy.; (3) Unidad de HTA. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alcoy. Alicante; (4) Farmacéutico. Departamento Alcoy. Alicante.; (5) Farmacéutico. Benicarlo. Departamento Vinaroz. Castellón; (6) Servicio de Medicina Interna. Hospital de Vinaroz. Castellón.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la opinión que sobre los pacientes hipertensos derivados por las Oficinas de Farmacia comunitaria (OFc) por elevación tensional tiene el personal de los Centros de Salud (CS).

Metodología

Encuesta remitida a médicos (Med) y enfermeros/as (Enf) de los CS de toda la Comunitat Valenciana dentro del Proyecto FARMAPRES CV.

Resultados

Han respondido 822 profesionales (Enf 36%) con 22,5±9,8 años de experiencia. Existe una gran disparidad en las estimaciones del número de pacientes derivados mensualmente por HTA desde las OF a los CS, con una media de 2,9±3,7, si bien con una mediana (intervalo) de 1 (0-40), con un 68,1% que estima que son entre 1 y 5 mensuales y un 19,2% que opina que ninguno. Sin diferencias entre género o colectivo profesional. Para el 59,5% de encuestados las remisiones son correctas, destacando entre las causas de derivación incorrecta el alarmismo 30,4%, Condiciones inadecuadas 24,5%, desconocimiento de las cifras 11,3% y sobrevaloración 10,6% (%), coincidiendo la totalidad de colectivos que los dos principales motivos de remisión inadecuada son la “Interpretación alarmista de la PA” y la “Ausencia de una correcta formación”.

Conclusiones

Sorprende la forma tan dispar como se evalúa la carga que suponen las remisiones de hipertensos desde las OFc, que son valoradas como adecuadas. Las principales causas de remisión inadecuada son la interpretación alarmista de la PA y su incorrecta medición.

124/23. El score CHADS2 predice el riesgo de ictus en ausencia de fibrilación auricular en pacientes hipertensos: datos del estudio FAPRES

AUTORES:

(1) Vicente Pallarés Carratalá; (2) Vicente Pernias Escrig; (2) Nuria Vicente Ibarra; (2) Gregorio De Lara Delgado; (3) Lorenzo Facila Rubio; (4) Pedro Morillas Blasco; (5) José Luis Llisterri Caro.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (2) Médico de Familia. Hospital de Elche. Alicante; (3) Consorcio Hospitalario Hospital General de Valencia; (4) Hospital de Elche. Alicante; (5) Médico de Familia.

Centro de Salud Ingeniero Joaquin Benlloch. Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

El objetivo del presente estudio es analizar la utilidad de la escala CHADS2 en pacientes hipertensos >65 años y que no presentan fibrilación auricular.

Metodología

Cada investigador incluyó los tres primeros pacientes hipertensos ≥65 años que acudían a la consulta el primer día de la semana durante 5 semanas. Se recogieron los principales factores de riesgo, la historia cardiovascular, el tratamiento farmacológico, una analítica básica y se realizó un electrocardiograma para su análisis centralizado. Se seleccionaron aquellos pacientes sin antecedentes previos de fibrilación auricular y en ritmo sinusal en el ECG. Se realizó un seguimiento clínico de estos pacientes, con recogida de los ingresos hospitalario por ACVA. La mediana del seguimiento fue 803 días (720-895).

Resultados

Se incluyeron 898 pacientes hipertensos sin FA (72,5 ± 5,7 años; 46,8% varones). El 27,6% son diabéticos, 8,6% fumadores y 48,1% con dislipemia. De ellos, 432 estaban en CHADS2=1 (48,1%), 312 pacientes en CHADS2=2 (34,7%) y 153 casos en CHADS2 ≥3 (17%). Durante el seguimiento los pacientes con CHADS2 ≥3 presentaron una mayor incidencia de ACVA (9,8% vs. 4,8% en CHADS2=2 vs. 3% en CHADS2=1; p<0,005). En el análisis multivariante, el tabaquismo (OR: 2,95; IC95% 1,27-6,83) y un CHADS ≥3 (OR 4,23; IC95% 1,90-9,42) se asociaron significativamente a un mayor riesgo de ingreso por ACVA, mientras que el ejercicio físico se comportó como un factor protector (OR 0,46; IC95% 0,21-0,98).

Conclusiones

La escala CHADS2 puede ser una herramienta útil para identificar el riesgo de ACVA en pacientes hipertensos sin fibrilación auricular.

124/26. Prevalencias Poblacionales de Factores de Riesgo Cardiovasculares, Enfermedad Cardiovascular, y de Síndromes Metabólicos Mórbido y Premórbido (Estudio SIMETAP).

AUTORES:

(1) Antonio Ruiz García; (2) Ezequiel Arranz Martínez; (3) Mª Eugenia García Fernández; (4) Alfonso Migueláñez Valero; (5) Mª Cruz Díez Pérez; (6) Mercedes Adrián Sanz; (7) Rosa Ana Escrivá Ferrairó; (8) Encarnación Lozano Marín; (9) Mª Ángeles Pardo Gracia; (10) Mª Tania Abós Pueyo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Pinto. Unidad de Lípidos y Prevención Cardiovascular. Pinto.Madrid.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud San Blas. Parla. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Torrejón de Velasco. Torrejón de Velasco. Madrid; (4) Médico de Familia. Centro de Salud San Martín de la Vega. San Martín de la Vega. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Los Cármenes. Madrid; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Santa Isabel. Leganés. Madrid; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Ntrª Srª del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. Madrid; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid.

RESUMEN:

Objetivos

Determinar las prevalencias poblacionales de los Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV), Enfermedad Cardiovascular (ECV) y de los Síndromes Metabólicos mórbido y premórbido.

Metodología

Estudio observacional transversal realizado en 35 Centros de Salud del SERMAS.

Población de estudio: Muestreo simple aleatorio de base poblacional sobre 101.015 adultos adscritos a los investigadores. Población muestral: 4.389. Sujetos reclutados: 3.024 [ilocalizables: 18,34%; rechazan consentimiento: 5,83%; no acudieron: 5,92%; criterios exclusión (gestantes, inmovilizados): 3,28%].

Análisis estadístico: Porcentajes con intervalos de confianza (IC) 95%. Medias con desviación típica (±DE).

Síndrome Metabólico (SM): Definido según criterios de IDF o ATPIII.

SM mórbido: SM con Diabetes Mellitus (DM) o ECV (cardiopatía isquémica, ictus o enfermedad arterial periférica).

SM premórbido: SM sin DM ni ECV.

Resultados

La media (± DE) de edad de la población fue 52,43 (± 17,41) años (mediana: 50,99), siendo mujeres el 55,35 % (53,33-57,36).

Las prevalencias poblaciones fueron:

	n	%	LI IC (%)	LS IC (%)
Tabaquismo	721	**23,84%**	22,33	25,4
IMC >30 kg/m2	825	**27,28%**	25,70	28,91
I. Cintura-Talla >0,5 cm/cm	2247	**74,31%**	72,71	75,86
Diabetes Mellitus (DM)	407	**13,46%**	12,26	14,73
Hipertensión Arterial (HTA)	1011	**33,43%**	31,75	35,15
Col-T ≥200 mg/dL	1631	**53,94%**	52,14	55,72
Triglicéridos ≥150 mg/dL	794	**26,26%**	24,70	27,86
C-HDL <40/50 (M/F)	775	**25,63%**	21,07	24,09
Enfermedad Arterial Periférica (EAP)	53	**1,75%**	1,32	2,29
Ictus	87	**2,88%**	2,31	3,54
Cardiopatía isquémica (CI)	112	**3,71%**	3,06	4,44
Enfermedad Cardiovascular (ECV)	213	**7,04%**	6,16	8,01
DM o ECV	541	**17,89%**	16,54	19,30
SM	1272	**42,06%**	40,30	43,85
SM según ATP	1049	**34,69%**	32,99	36,42
SM según IDF	1172	**38,76%**	37,02	40,52
SM mórbido	479	**15,84%**	15,46	17,19
SM premórbido	793	**26,22%**	24,66	

Conclusiones

Las prevalencias poblacionales de los FRCV fueron: Tabaquismo: 23,8%; IMC > 30: 27,3%; DM: 13,5%; HTA: 33,4%; Hipercolesterolemia: 53,9%.

La prevalencia poblacional de ECV fue 7,0% (cardiopatía isquémica: 3,7%; ictus: 2,9%; EAP: 1,8%).

La prevalencia poblacional de SM fue 42,1% (SM según ATP: 34,7%; SM según IDF: 38,8%; SM mórbido: 15,8%; SM premórbido: 26,2%).

124/33. ¿Conocen nuestros diabeticos si son hipertensos? Estudio Di@bet.es

AUTORES:

(1) Miguel Ángel Prieto Díaz; (2) Francisco Fernandez Vega; (3) Elias Delgado Alvarez; (3) Edelmiro Menendez Torre; (4) Alfonso Pobes Martinez de Salinas; (2) Rafael Alvarez Navascues; (5) Rodrigo Abad Rodriguez; (6) Diego Coronel Aguilar; (6) Maria Galiana Rodriguez Caballero; (6) Lorena Suárez Gutiérrez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín- La Florida. Oviedo. Coordinador del Área Cardiovascular de SEMERGEN; (2) Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias; (3) Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias; (4) Nefrología. Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Siero. Asturias; (6) Médico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

RESUMEN:

Objetivos

Estudiar el grado de conocimiento que tienen los pacientes diabéticos sobre su condición de hipertensos.

Metodología

El estudio Di@bet.es es un estudio transversal, nacional, de base poblacional, realizado entre 2009 y 2010. Se realizó la selección de participantes con una muestra representativa poblacional a través del sistema nacional de salud.

Los participantes fueron invitados a una sola visita a su centro de salud donde se recopiló información mediante un cuestionario estructurado administrado por el entrevistador, seguido de un examen físico, antropométrico y analítico. Se tomo la presión arterial (PA) con un tensiómetro validado. Se definió conocimiento como una respuesta afirmativa a la pregunta ¿Alguna vez le ha dicho su médico que tenía la presión arterial alta?.

Resultados

Del total de pacientes diabéticos hipertensos un 37,4% desconocían su condición de hipertensos (hombres 43,3; mujeres 31,5). Cuando se analizó la prevalencia por grupos de edad, la hipertensión no diagnosticada fue más frecuente en individuos más jóvenes, especialmente en los hombres menores de 45 años de edad ($p<0,001$). Una regresión logística mostró que las personas de mayor edad, las personas con diabetes conocida y las personas obesas son más conscientes de su hipertensión.

Conclusiones

Casi un 40% de hipertensos desconocían que tenían su PA alta. Este desconocimiento era mayor en los pacientes menores de 45 años. Los pacientes mayores, con diabetes conocida y obesidad son más conscientes de su hipertensión.

124/34. Hipertensión arterial en el paciente diabético. Tratamiento y Grado de control. Estudio Di@bet.es

AUTORES:

(1) Miguel Ángel Prieto Díaz; (2) Francisco Fernandez Vega; (3) Edelmiro Menéndez Torre; (3) Elías Delgado Alvarez; (4) Alfonso Pobes Martinez de Salinas; (2) Rafael Alvarez Navascues; (5) Rodrigo Abad Rodriguez; (6) Lorena Suárez Gutiérrez; (6) Maria Galiana Rodriguez Caballero; (6) Diego Coronel Aguilar.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín- La Florida. Oviedo. Coordinador del Área Cardiovascular de SEMERGEN; (2) Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias; (3) Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias; (4) Nefrología Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias; (5) Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Siero. Asturias; (6) Médico Residente de Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el tratamiento farmacológico y el grado de control de la hipertensión arterial en los pacientes diabéticos atendidos en el sistema nacional de salud Español.

Metodología

El estudio Di@bet.es es un estudio transversal, nacional, de base poblacional, realizado entre 2009 y 2010. Se realizó la selección de participantes con una muestra representativa poblacional a través del sistema nacional de salud.

Se analizó si los pacientes recibieron fármacos antihipertensivos y que grupos se utilizaban.

Resultados

El 88,3% de los pacientes hipertensos recibían fármacos antihipertensivos, de ellos un 55,9% como monoterapia y un 44,1% con terapia combinada (dos ó más fármacos).

El antihipertensivo más frecuentemente utilizado fue un inhibidor de la ECA, seguido de ARA II y diuréticos. Cuando se analizaron todos los tratamientos antihipertensivos en monoterapia y terapia de combinación, los fármacos más usados fueron los diuréticos (45,4%) seguidos por ARA II (36,5%) y los inhibidores de la ECA (34,9%).

La hipertensión estaba bien controlada en el 20% de los sujetos y 30% de los tratados farmacológicamente, sin diferencias entre los que recibían monoterapia (32,4%%) de los que recibían terapia combinada (31,8

Conclusiones

9 de cada 10 pacientes diabéticos hipertensos se encontraban tratados con antihipertensivos, y más de la mitad en monoterapia. Los antihipertensivos más frecuentemente utilizados fueron un inhibidor de la ECA, ARA II y diuréticos. Un 30% de los pacientes tratados con fármacos antihipertensivos estaba bien controlado y las mujeres tenían un mejor grado de control que los hombres.

124/36. Control de la presión arterial en pacientes hipertensos fumadores

AUTORES:

(1) Francisco Javier Alonso Moreno; (2) Luis Miguel Artigao Rodenas; (3) Alfonso Barquilla García; (4) Alberto Calderón Montero; (5) Juan Antonio Divisón Garrote; (6) José María Fernández Toro; (7) Lisardo García Matarín; (8) Olga García Vallejo; (9) Roberto Genique Martínez; (10) Inés Gil Gil.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud de Trujillo. Cáceres; (4) Médico de Familia Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Consultorio de Fuentealbilla. Albacete; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Vícar. Almería; (8) Médico de Familia Centro de Salud Comillas. Madrid.; (9) Médico de Familia. CAP Sant Carles de la Rapita. Tarragona; (10) Médico de Familia. ABS Arán. Viella.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en una muestra de pacientes hipertensos fumadores atendidos en Atención Primaria (AP)

Metodología

Estudio transversal y multicéntrico que incluyó a hipertensos 18 o más años, por muestreo consecutivo los días 8, 9 y 10 de Junio de 2010. Se consideró buen control de la hipertensión arterial (HTA) al promedio de PA inferior a 140/90 mmHg (ESH/ESC 2010). Se consideró fumador al paciente que fumó al menos un cigarrillo al día durante el último mes.

Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD).

Resultados

Se incluyeron 12.961 hipertensos (52,0% mujeres) con una edad media (DE) de 66,3 (11,4) años. El 16,6% (n= 2.111) eran fumadores. La edad media de los fumadores fue de 59,3±10,5 años vs 67,7±11,1 en no fumadores, p<0,0001. Fumaban el 25,5% de los hombre frente al 8,6% de las mujeres, p<0,0001.

Las cifras de PA en mmHg fueron para la PAS de 137,3±14,5 vs 135,5±14,5 y para la PAD 82,3±9,4 vs 78,7±9,3 (p<0,0001) respectivamente para fumadores y no fumadores. El 55,3% de los fumadores presentaba buen control de la PA frente al 62,5% de los no fumadores, p<0,0001.

Conclusiones

Los pacientes hipertensos fumadores presentaban cifras más altas de PAS y PAD; así como un peor grado de control de la PA que los no fumadores.

124/37. Lesión de órgano diana y enfermedad cardiovascular establecida en hipertensos fumadores

AUTORES:

(1) Francisco Javier Alonso Moreno; (2) Miguel Ángel Prieto Díaz; (3) José Luis Llisterri Caro; (4) José Javier Mediavilla Bravo; (5) José Polo García; (6) Teresa Rama Martínez; (7) Gustavo C. Rodríguez Roca; (3) Tomás Sánchez Ruíz; (8) Sonsoles María Velilla Zancada; (9) Angel Vicente Molinero.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Burgos Rural. Burgos; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Casar de Cáceres. Cáceres; (6) Médico de Familia. CAP El Masnou-Alella. El Masnou. Barcelona; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud CA Ancin. Navarra; (9) FEA Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la prevalencia de lesión de órgano diana (LOD) y enfermedades cardiovasculares (ECV) en hipertensos fumadores atendidos en Atención Primaria (AP).

Metodología

Estudio transversal, multicéntrico que incluyó a hipertensos ≥18 años, por muestreo consecutivo los días 8, 9 y 10 de Junio de 2010. Se consideró buen control de la hipertensión arterial (HTA) al promedio de PA <140/90

mmHg (ESH/ESC 2010). Se definió fumador al paciente que fumó al menos un cigarrillo al día durante el último mes.

Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, LOD (microalbuminuria, hipertrofia de ventrículo izquierdo) y ECV (cardiopatía isquémica (CI), ictus, arteriopatía periférica (AP)) y enfermedad renal crónica.

Resultados

Se incluyeron 12.961 hipertensos (52,0% mujeres), edad media (DE) 66,3 (11,4) años. El 16,6% (n= 2.111) eran fumadores. La edad media de los fumadores fue de 59,3±10,5 años vs 67,7±11,1 en no fumadores, p<0,0001. Fumaban el 25,5% de los hombre frente al 8,6% de las mujeres, p<0,0001.

El 55,3% de los fumadores presentaba buen control de la PA frente al 62,5% de los no fumadores, p<0,0001.

Los fumadores presentaron 7,4% vs 8,0% de HVI y 23,1% vs 18,4% de microalbuminuria (p=0,012) frente a los no fumadores.

Los fumadores presentan 8,6% vs 10,5%, 3,3% vs 4,8%, 4,5% vs 3,8%, 5,5 vs7,2% para la CI, ictus, AP y enfermedad renal crónica, frente a no fumadores respectivamente. Diferencias significativas p<0,01, excepto para la AP.

Conclusiones

Los hipertensos fumadores presentaban menos edad que los no fumadores y una prevalencia alta de LOD y enfermedad cardiovascular establecida.

124/38. Prevalencia de enfermedad clínica establecida en pacientes hipertensos con criterios de síndrome metabólico atendidos en atención primaria. Estudio PRESCAP 2010

AUTORES:

(1) Carlos Santos Altozano; (2) Francisco Javier Alonso Moreno; (3) Pere Beato Fernández; (4) Eduardo Carrasco Carrasco; (5) Aurora García Lerín; (6) José Luis Llisterri Caro; (7) Francisco Valls Roca; (8) Elena Klusova; (9) Maria Larre Muñoz; (10) Francisca Molina Escribano.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería Toledo; (3) Médico de Familia. CAP Premià. Barcelona; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Abarán. Murcia; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Benigànim. Valencia; (8) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid; (9) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquin Benlloch. Valencia; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibañez Consultorio Balsa de Ves.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la prevalencia de enfermedad cardiovascular establecida en los pacientes hipertensos con síndrome metabólico (SM) incluidos en el estudio PRESCAP 2010.

Metodología

Estudio transversal y multicéntrico, que incluyó hipertensos ≥ 18 años asistidos en AP de todo el territorio español. Se analizaron los pacientes que cumplían criterios de SM (siguiendo criterios de ATP III, AHA e IDF) y en ellos se valoró la presencia de enfermedad cardiovascular establecida: cardiopatía isquémica,

enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica.

Resultados

Cuando se analizaron los pacientes que cumplían criterios por ATP III, el 32,8% tenían patología cardiovascular, 11,6% cardiopatía isquémica, 4,7% enfermedad cerebrovascular, 6,4 % insuficiencia cardiaca, el 5,1% arteriopatía periférica.

Cuando se analizaron los pacientes por criterios de AHA estos porcentajes de las variables eran el 32,8%, 11,7%, 4,6%, 6,5% y del 5,1% respectivamente.

Con criterios de IDF 2005 estos porcentajes variaban hasta el 28,3%, 9,8%, 4,5%, 5,0%, y 4,0% respectivamente.

Conclusiones

Los pacientes que presentan síndrome metabólico, por cualquiera de las tres definiciones más utilizadas, tienen una elevada prevalencia de enfermedad cardiovascular establecida, especialmente cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.

124/39. Prevalencia de pacientes que cumplen criterios de Síndrome Metabólico (SM) en una población de pacientes hipertensos. Estudio PRESCAP 2010.

AUTORES:

(1) Carlos Santos Altozano; (2) José Luis Llisterri Caro; (3) Gustavo Cristóbal Rodríguez Roca; (4) Montserrat Redondo Prieto; (5) Francisco Javier Alonso Moreno; (6) José Luis Carrasco Martín; (7) Alberto Galgo Nafria; (8) Emilio García Criado; (9) Pablo Panero Hidalgo; (10) Adalberto Serrano Cumplido.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (4) Médico Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (6) Médico de Familia. Centro de Salud La Lobilla. Estepona. Málaga; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Espronceda. Madrid.; (8) Médico de Familia. Centro de Salud de la Fuensanta. Córdoba.; (9) Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Órgiva. Granada; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Repelega. Portugalete. Vizcaya.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer cuál es la prevalencia de pacientes que cumplen criterios de síndrome metabólico (SM) incluidos en el estudio PRESCAP 2010

Metodología

Estudio transversal y multicéntrico que incluyó hipertensos > 18 años asistidos en AP en todo el territorio español. Se analizaron los pacientes que cumplían criterios de SM (según criterios de ATP-III, AHA e IDF) y se analizaron en función de las variables de sexo, edad, tabaco, alcohol, ejercicio físico y obesidad.

Resultados

Del total de pacientes el 37,4% reunían criterios de SM según ATP III, el 46,2% lo hacían según AHA, y el 66,5% según IDF.

La distribución por sexos era: 42,9% varones y 57,1% mujeres (ATP-III), 43,1% y 56,9% respectivamente (AHA) y 44,3% y 55,7% respectivamente (IDF).

En cuanto a la edad las proporciones eran del 2,6% < 45 años, 11,9% entre 45-54 años, 26,9% entre 55-64 años, 33,7% entre 65-74 años y 24,8% > 75 años (ATP-III). Del 2,8%, 11,9%, 27,3%, 33,1% y 25,0% respectivamente (AHA). Y del 3,0%, 12,7%, 26,2%, el 32,5% y 25,7% respectivamente (IDF).

Eran obesos el 53,1%, el 52,8% y el 46,7% respectivamente.

Conclusiones

Mayor porcentaje de pacientes con síndrome metabólico cuando se aplican criterios de la IDF. Las mujeres superan en porcentaje a los varones, así como los pacientes en el rango de 65 a 74 años. El mayor porcentaje de obesos se da con ATP-III

124/48. Prevalencia de Lesión de Órgano Diana (LOD) en pacientes hipertensos con criterios de Síndrome metabólico atendidos en atención primaria. Estudio PRESCAP 2010.

AUTORES:

(1) Francisco Valls Roca; (2) Carlos Santos Altozano; (3) Juan Antonio Divisón Garrote; (4) Vicente Pallarés Carratalá; (5) José Luís Llisterri Caro; (5) Tomás Sánchez; (6) Gustavo Rodríguez Roca; (7) Luís Miguel Artigao; (8) María Larre; (9) Francisca Molina.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Benigànim. Valencia; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Casas Ibáñez. Consultorio Fuentealbilla. Albacete; (4) Médico de Familia. Unión de Mutuas. Castellón; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Zona III. Albacete; (8) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (9) Médico de Familia Centro de Salud Casas Ibáñez. Consultorio Balsa de Ves. Albacete.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la prevalencia de lesión de órgano diana (LOD) en pacientes hipertensos con síndrome metabólico (SM) del estudio PRESCAP 2010

Metodología

Estudio transversal y multicéntrico, que incluyó hipertensos >18 años asistido en AP en España. Criterios de SM: ATP III, AHA, IDF). LOD: Hipertrofia de Ventrículo Izquierdo (HVI) , Ateromatosis Carotídea, Insuficiencia Renal , Nefropatía Establecida y Microalbuminuria

Resultados

Según criterio de NCEP-ATP III, 10,3% tenían HVI, 1,2% tenían aumento de GIM o placa en carótida, 22,6% tenían insuficiencia renal, 8,3 tenían nefropatía establecida, 21,2 % presentaban microalbuminuria, Por criterios de AHA estos porcentajes eran 10%, 1,2%, 23,1%, 8,6% y del 21,8%.. Por criterios de IDF los porcentajes eran 8,3%, 0,9%, 20,2%, 6,9% y 18,3%

Conclusiones

Un alto porcentaje de pacientes con Síndrome Metabólico presenta lesión de órgano diana subclínica por cualquiera de los criterios establecidos por las distintas sociedades científicas

124/50. Lesiones de Órganos Diana (LOD) en pacientes con Hipertensión Refractaria (HTR). PRESCAP 2010.

AUTORES:

(1) Sergio Cinza Sanjurjo; (2) Daniel Rey Aldana; (3) Francisco Javier Alonso Moreno; (4) Vivencio Barrios Alonso; (5) Miguel Ángel Prieto Díaz; (6) Vicente Pallarés Carratalá; (7) Jose Luis Gorriz Teruel; (8) Carlos Escobar Cervantes; (9) Gustavo Cristóbal Rodríguez Roca; (10) José Luis Llisterri Caro.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son. A Coruña; (2) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (4) Cardiólogo. Hospital Ramón y Cajal. Servicio de Cardiología. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo; (6) Médico de Familia. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón; (7) Nefrólogo. Hospital Universitario Dr. Peset. Servicio de Nefrología. Valencia.; (8) Cardiólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la prevalencia de LOD y su contexto clínico-epidemiológico en 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

De los 12.961 pacientes hipertensos del estudio PRESCAP 2010, 962 (7,4%) cumplían criterios de (HTR), de ellos, el 51% eran mujeres y tenían una edad media (DE) de 68,8 (11,4) años. La prevalencia de Lesión de Órganos Diana fue superior en los 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). También la enfermedad cardiovascular fue más prevalente: 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). Dentro del grupo de pacientes con HTR, los pacientes con síndrome metabólico presentaron mayor prevalencia de MAL (33,00% vs 25,40%, p<0,0001) y de ERO (13,80% y 6,70%, p<0,0001).

Conclusiones

En el registro PRESCAP, los pacientes con HTR presentan mayor prevalencia de lesiones subclínicas y enfermedad cardiovascular en órganos diana, fundamentalmente renal en los pacientes con síndrome metabólico asociado

124/51. Valor pronóstico de la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial en pacientes con Diabetes Mellitus.

AUTORES:

(1) Daniel Rey Aldana; (2) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (3) Antonio Pose Reino; (4) Sergio Cinza Sanjurjo; (5) Carlos Calvo Gómez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra; (2) Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (3) Jefe UPIA. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (5) Jefe Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos

Analizar el valor pronóstico de la MAPA en una cohorte de pacientes diabéticos, después de 10 años de seguimiento.

Metodología

Estudio de cohortes en una muestra no seleccionada de 766 pacientes diagnosticados de DM e HTA esencial. El seguimiento de los pacientes se realizó mediante revisión de historias clínicas, registrando el tipo de evento (enfermedad arterial periférica-EAP, Cardiopatía coronaria-CC, insuficiencia cardíaca-IC o accidente vascular cerebral-ACV) y la fecha del mismo.

Resultados

Se completó el seguimiento de 715 pacientes (274 mujeres). Durante el seguimiento del estudio, se registraron 319 eventos. De las variables clínicas, la presencia de enfermedad cardiovascular previa y nefropatía diabética ya establecida influyen negativamente en el pronóstico CV e incrementan la incidencia de eventos. De los valores de la MAPA, los que presentaron mayor correlación pronóstica fueron la PA nocturna y los perfiles circadianos en los que se objetiva una disminución o pérdida de la profundidad de la presión arterial ambulatoria, $p<0,0001$. La curva de KAplan-Meier muestra que los perfiles circadianos riser y no dipper son los que presentan menor tiempo libre de eventos.

Conclusiones

La presión arterial nocturna y la disminución o pérdida de la profundidad de PA objetivadas mediante MAPA, junto con la presencia de enfermedad cardiovascular previa (incluyendo el deterioro de la función renal y/o microalbuminuria) son los parámetros que se relacionan con un peor pronóstico cardiovascular de los pacientes diabéticos hipertensos, lo que confirma la importancia del valor pronóstico de la MAPA, así como un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz de estos pacientes.

124/54. Tabaquismo en la población general de Toledo. Estudio RICARTO.

AUTORES:

(1) Mirian Motilla Fraile; (2) Lara Luna del Pozo; (3) Javier Carrasco Flores; (4) Raquel Oliván Esteban; (5) Julio Hernández Moreno; (5) Antonio Segura Fragoso; (6) Luis Rodríguez Padial; (6) Alejandro Villarín Castro; (7) Francisco Javier Alonso Moreno; (8) Gustavo C. Rodríguez Roca.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Añover de Tajo. Toledo.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (3) Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Toledo.; (4) Biólogo Interno Residente. Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo.; (5) Médico de Familia. Consultorio de Argés. Centro de Salud Polán. Toledo; (6) Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

RESUMEN:

Objetivos

Estudiar la prevalencia de tabaquismo y características de los fumadores en la población general de Toledo.

Metodología

Estudio epidemiológico transversal en personas ≥18 años. Según tarjeta sanitaria se realizó muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y hábitat en 2011. Variables analizadas: edad, sexo, índice masa corporal (IMC), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), antecedentes personales de diabetes, cardiopatía isquémica (CI), accidente cerebrovascular (ACVA), arteriopatía periférica (AP), insuficiencia cardiaca (IC), fibrilación auricular (FA) y enfermedad renal crónica (ERC). Se realizó estadística descriptiva.

Resultados

539 personas, edad 47,2±15,6, p<0,0001 (55,7% mujeres). La prevalencia de tabaquismo fue del 25,2%. La edad media de los fumadores fue 42,9±13,5 vs 48,6±16,0 para no fumadores, p<0,0001. El 56,3% de los fumadores eran mujeres. La edad media de inicio fue 18,6±5,6 años.

El IMC fue 26,9±5,1 frente 27,5±5,0 Kg/m2, PAS 120,3±16,5 vs 122,1±18,1 y PAD 70,7±10,6 vs 70,9±11,6 mmHg (NS), en fumadores y no fumadores respectivamente.

El 30,5% de las personas declararon ser exfumadores, llevaban un promedio de 10,2±10,4 años sin fumar. Habían fumado un promedio de 18,6±11,8 años y consumieron 17,7±13,8 cigarrillos de media.

No se encontraron diferencias significativas entre hábito de fumar, presencia de enfermedades cardiovasculares y diabetes.

Los exfumadores presentaron más ACVA, FA y ERC que los no fumadores: 3,7% vs 0,3%, 3,0% vs 0,5% y 3,7% vs 0,1% respectivamente, p<0,05.

Valores medios de variables demográficas, FRCV y ECV en diabéticos frente a no diabéticos de una población general de Toledo. Estudio Ricarto.

Variables	Diabéticos (28)	No diabéticos (399)	p
Edad (años)	67,9±13,4	46,8±14,7	0,0001
Sexo (masculino)	50,0	55,6	NS
IMC (Kg/m2)	31,1±5,0	27,4±4,9	0,0001
PAS mmHg	135,1±14,5	121,6±16,4	0,0001
PAD mmHg	72,1±12,7	71,3±11,1	NS
HbA1c %	7,1±1,0	5,5±0,4	0,0001
Glucemia basal mg/dl	125,0±35,9	84,2±11,7	0,0001
Colesterol total mg/dl	175,5±33,4	203,1±38,0	0,0001
LDL colesterol mg/dl	100,2±28,2	124,0±34,9	0,001
HDL colesterol mg/dl	50,8±11,3	58,2±17,4	0,03
Triglicéridos mg/dl	122,4±51,3	106,2±65,8	NS
Creatinina mg/dl	0,92±,22	0,85±0,18	0,03
Cardiopatía isquémica (CI)	10,7%	3,0%	0,03
Accidente cerebrovascular (ACVA)	10,7%	0,8%	0,0001
Arteriopatía periférica (AP)	3,6%	1,8%	NS
Insuficiencia cardiaca (IC)	3,6%	1,0%	NS
Fibrilación auricular (FA)	7,1%	0,8%	0,002
Enfermedad renal crónica (ERC)	10,7%	1,8%	0,002

IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; HbA1c: hemoglobina glucosilada; p: significación

Conclusiones

Uno de cada cuatro personas son fumadores, y casi una de cada tres se declaran exfumadores. Entre estos últimos existe una mayor prevalencia de ACVA, FA y ERC.

124/55. Hábitos alimentarios y factores de riesgo cardiovascular en la población general de Toledo (estudio RICARTO)

AUTORES:

(1) Mirian Motilla Fraile; (2) Lara Luna del Pozo; (3) Javier Carrasco Flores; (3) Álvaro Hidalgo Vega; (4) Julio Hernández Moreno; (5) M. Ángeles Asensio Díaz; (6) Luis Rodríguez Padial; (7) Alejandro Villarín Castro; (8) Francisco Javier Alonso Moreno; (9) Gustavo C. Rodríguez Roca.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Añover de Tajo. Toledo.; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (3) Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Toledo; (4) Médico de Familia. Consultorio de Argés. Centro de Salud Polán. Toledo; (5) Químico Interno Residente. Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (6) Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (7) Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo; (8) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo; (9) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.

RESUMEN:

Objetivos

Determinar los hábitos alimentarios en la población general de Toledo (estudio RICARTO) y su relación con factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular establecida.

Metodología

Estudio epidemiológico transversal con emplazamiento en la ciudad de Toledo. Se incluyeron personas ≥18 años aleatorizada según tarjeta sanitaria en 2011. Encuesta dietética, para patrón de dieta mediterránea, se establecieron las puntuaciones 0, 1, 2, 3, 4 y 5 (no consume, consumo raro, frecuente, muy frecuente, semanal y diario) respectivamente. Para el consumo de alimentos lejos de este patrón se asignaron puntuaciones en escala inversa (bebidas alcohólicas, carnes rojas, aves y productos lácteos enteros). Se calculó una puntuación total de 0-55 puntos. Se incluyeron factores de riesgo cardiovascular hipertensión, hipercolesterolemia y enfermedad cardiovascular establecida (cardiopatía isquémica, ictus, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica) e insuficiencia renal crónica. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados

539 personas, edad media 47,2±15,6 años (55,7% mujeres). Valor promedio global de la encuesta dietética 31,6±3,9.

Los personas con valor alto en la encuesta alimentaria, realizaban más actividad física 62,0% vs 53,6% y presentaban un menor hábito de fumar 20,1% vs 31,0%, p<0,05.

Las personas con mayor resultado en la encuesta alimentaria presentaban menor prevalencia de diabetes 6,0% vs 7,1%, hipercolesterolemia 23,2% vs 24,3%, arteriopatía periférica 1,4% vs 2,0%, insuficiencia cardiaca 1,1% vs 2,0% y cardiopatía isquémica 2,8% vs 3,5%, NS.

Conclusiones

Las personas con alto valor en la encuesta realizaban más actividad física, presentaban menor hábito de

fumar, menor prevalencia de diabetes, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y arteriopatía periférica.

124/56. Hábitos alimentarios en la población general de Toledo (estudio RICARTO)

AUTORES:

(1) Lara Luna del Pozo; (2) Mirian Motilla Fraile; (3) Javier Carrasco Flores; (4) Álvaro Hidalgo Vega; (5) Julio Hernández Moreno; (6) Antonio Segura Fragoso; (7) Manuel Gómez-Serranillos; (8) Alejandro Villarín Castro; (7) Antonio Menchén Herresos; (9) Gustavo C. Rodríguez Roca.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Añover de Tajo. Toledo.; (3) Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Toledo; (4) Economista. Facultad de Ciencias Empresariales. Toledo; (5) Médico de Familia. Consultorio de Argés. Centro de Salud Polán. Toledo; (6) Unidad de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud. Talavera de la Reina. Toledo; (7) Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (8) Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo; (9) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

RESUMEN:

Objetivos

Determinar los hábitos alimentarios en la población general de Toledo (estudio RICARTO)

Metodología

Estudio epidemiológico transversal con emplazamiento en la ciudad de Toledo. Se incluyeron personas ≥18 años aleatorizada según tarjeta sanitaria en 2011. Las variables analizadas: edad, sexo, componentes principales de la dieta mediterránea (cereales no refinados, frutas, verduras, patatas, legumbres, aceite de oliva, pescado, carne roja, aves de corral, productos lácteos enteros y alcohol). Mediante encuesta dietética, para patrón de dieta mediterránea, se establecieron las puntuaciones 0, 1, 2, 3, 4 y 5 (no consume, consumo raro, frecuente, muy frecuente, semanal y diario) respectivamente. Para el consumo de alimentos lejos de este patrón se asignaron puntuaciones en escala inversa (bebidas alcohólicas, carnes rojas, aves y productos lácteos enteros). Se calculó una puntuación total de 0-55 puntos.

Resultados

539 personas, edad media 47,2±15,6 años (55,7% mujeres). Destacaba alto consumo de productos lácteos enteros (88,5%) y el uso a diario de aceite de oliva para cocinar (96,3%). Frutas y vegetales tienen también un importante consumo (73,2% y 44,6% respectivamente). Los menores consumos son los de legumbres, cereales no refinados, patatas, carnes y pescado. El valor promedio global de la encuesta dietética fue de 31,6±3,9, con diferencias por sexo (31,06±4,07 y 32,08±3,66 respectivamente para hombres y mujeres; p=0,002).

Encuesta dietética (Mediterranean Diet Score) *.

Frecuencia de consumo (porciones/mes)	Nunca	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
Cereales no refinados (pan integral, pasta, arroz, etc)	0,9	39,2	39,0	10,4	2,4	8,0
Patatas	2,8	37,5	29,7	18,6	7,1	4,3
Frutas	4,5	6,1	4,3	6,3	5,6	73,2
Vegetales	1,3	10,0	13,0	16,9	14,1	44,6
Legumbres	1,7	40,0	39,8	15,8	1,7	1,1
Pescado	2,4	27,0	37,5	24,2	5,6	3,3
Carne roja y derivados	5,6	42,9	25,8	14,3	7,2	4,1
Aves	1,3	21,9	31,2	29,7	12,5	3,3
Productos lácteos enteros (queso, yogurt y leche)	1,9	1,9	2,4	2,6	2,8	88,5
Uso de aceite de oliva para cocinar (veces/ semana)	Nunca 0,7	Raro 0	<1 0,7	1-2 0,9	3-5 1,3	A diario 96,3
Bebidas alcohólicas (mL/día; 100 mL = 12 gramos de etanol)	< 300 94,6	300 1,3	400 1,7	500 0,6	600 0,7	> 700 1,1

** Valor entre 0-55. Modificado de: Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2006; 16:559-68.*

Conclusiones

La población general de Toledo obtiene un valor promedio en la encuesta superior a 30 puntos. Destaca un alto consumo de productos lácteos enteros y de aceite de oliva para cocinar.

124/57. Riesgo cardiovascular en población general de Toledo. Estudio RICARTO.

AUTORES:

(1) Lara Luna del Pozo; (2) Mirian Motilla Fraile; (3) Javier Carrasco Flores; (4) Rocio Palma Fernández; (5) Julio Hernández Moreno; (6) Antonio Segura Fragoso; (7) Luis Rodríguez Padial; (8) Alejandro Villarín Castro; (9) Francisco Javier Alonso Moreno; (9) Gustavo C. Rodríguez Roca.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Añover de Tajo. Toledo; (3) Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Toledo; (4) Biólogo Interno Residente. Laboratorio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario de Toledo.; (5) Médico de Familia. Consultorio de Argés. Centro de Salud Polán. Toledo; (6) Unidad de Investigación. Instituto de Ciencias de la Salud. Talavera de la Reina; (7) Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo; (8) Médico de Familia. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Toledo.; (9) Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo.

RESUMEN:

Objetivos

Estudiar el riesgo cardiovascular de la población general de Toledo.

Metodología

Estudio epidemiológico transversal en personas ≥18 años. Según tarjeta sanitaria se realizó muestreo aleatorio estratificado por edad, sexo y hábitat en 2011. Variables analizadas: edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), antecedentes personales de diabetes, lesión de órgano diana (LOD), cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular y enfermedad renal crónica. Se realizó estadística descriptiva. Se utilizó la tabla de riesgo de las Sociedades Europeas de Hipertensión y Cardiología 2013.

Resultados

539 personas, edad 47,2±15,6, (55,7% mujeres). El 19% eran hipertensos, 23,7% presentaban hipercolesterolemia, 19,5% obesidad, 6,5% diabetes y 25,2% fumadores. El 11,1% presentaban antecedentes de daño orgánico y un 8% de enfermedad clínica.

El 8% de los pacientes no presentaban riesgo, cifras de PAS y PAD óptimas y ausencia de FRCV, LOD y enfermedad clínica.

Un 41,8% presentaban riesgo bajo, 28,1% riesgo moderado, 14% riesgo alto y 8,1% riesgo muy alto.

Conclusiones

La mitad de las personas de la población general de Toledo presentaba ausencia de riesgo o riesgo bajo, una tercera parte riesgo moderado y dos de cada diez personas presentaban riesgo alto o muy alto.

124/58. Prevalencia del consumo de Aine población mayor de 65 años con HTA esencial de un centro de salud

AUTORES:

(1) Maria Teresa Campillos Páez; (1) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (2) Maria Teresa Campillos Páez; (3) Juan Manuel Sánchez de la Nieta Martín; (4) Anlit Día Martínez; (4) Rafael Jiménez Díaz; (4) Rocio Melguizo Benavides; (4) Fernando Melchor Castilla Suyo; (4) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (4) Marta Jiménez Carrillo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Tutora de Residentes. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Auxiliar de Enfermería. Hospital Universitario La Princesa. Madrid; (3) Enfermero. Hospital Niño Jesus. Madrid; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid.

RESUMEN:

Objetivos

Objetivo principal: Estudiar prevalencia consumo AINE en población HTA esencial, mayor de 65 años.

Objetivos secundarios:

1. Perfil paciente hipertenso.

2. Perfil consumidor AINE.

3. Asociación entre consumo AINE y elevación cifras tensiónales.

Metodología

Tipo estudio: Transversal descriptivo.

Ámbito estudio: Atención Primaria, urbana.

Sujetos incluidos: mayores 65 años adscritos al centro salud diagnosticados de HTA esencial.

Excluidos: desplazados y/o diagnosticados de HTA secundaria.

Metodología:

• listado pacientes mayores de 65 años HTA.

• Tamaño muestral: Intervalo confianza 95% y precisión 5% obtenemos muestra 300 pacientes. Centro salud tiene 1030 HTA mayores 65 años; muestreo tipo aleatorio simple:del total pacientes hipertensos estudiamos una historia clínica de cada 4.

• Variables:

Edad

Sexo

Otros FRCV: DM, HLP, Obesidad

Clasificación HTA: normal, preHTA, HTA estadio1 e HTA estadio 2 (anexo I)

Tratamiento antiHTA: farmacológico (grupo) y/o medidas dietéticas

Consumo AINE, grupo farmacológico

Resultados

Muestra 354 pacientes; mayoría mujeres, media 77.48 años.

29% consumen manera crónica AINE. Grado control HTA bueno o aceptable casi 100%. Estadiaje HTA: 42% estadio HTA 1 y 2.

53% de pacientes además son dislipémicos, 30% diabéticos y 42% obesos.

Consumo fármacos antihipertensivos: 100% recomendaciones estilos vida saludables. Antihipertensivo más consumido: diuréticos (pri tiazidas y diuréticos asa),seguidos IECA/ARA 2 (enalapril) y tercer lugar calcioantagonistas y último agentes alfa y/o beta bloqueantes. Consumo de AINE: tramo etario que más consume es 65 a 74 años de edad,mayor consumo mujeres.

Grupo AINE más consumido: derivados ácido propiónico (ibuprofeno, dexketoprofeno), seguidos de derivados ácido acético (diclofenaco, aceclofenaco).

Conclusiones

No existen diferencias estadísticamente significativas de que el consumo fármacos AINES eleve tensión arterial de nuestros pacientes HTA mayores de 65 años.

124/59. Diferencias en la lesión de grandes vasos entre los pacientes fumadores, los no fumadores y tras el abandono tabáquico

AUTORES:

(1) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (1) ML Romero; (1) Gaila Calvo González; (1) A Pascual Montes; (1) Carlos Calvo Gómez.

Centro de Trabajo:

(1) Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (2) Medicina Interna. Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos

Evaluar el grado de lesión orgánica en grandes vasos en pacientes hipertensos fumadores, no fumadores y aquellos que han cesado el consumo durante más de un año.

Metodología

Se reclutaron un total de 521 pacientes varones que fueron remitidos a la Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular del Servicio de Medicina Interna de la Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela (372 no fumadores, 66 fumadores y 83 ex-fumadores de más de un año de abandono).

Resultados

El análisis de la varianza no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos en función de la edad, peso, perímetro abdominal o frecuencia cardíaca. Sí se apreciaron diferencias en el índice de masa corporal entre los fumadores y los no fumadores (29,75 Vs 32,04; $p < 0,01$) así como en el promedio de PAS/PAD (131,7/81,9 mmHg Vs 128,2/76 mmHg; p=0,000). Entre los pacientes no fumadores y los ex fumadores, estas diferencias no fueron significativas a excepción del promedio de PAD (76 mmHg Vs 78,4 mmHg; $p< 0,05$).

Los pacientes fumadores presentaron de forma significativa un menor ITB (1,06 Vs 1,12; $p< 0,05$). No se encontraron diferencias significativas con respecto al EIM carotídeo o a la VOP carótido femoral.

Conclusiones

Los pacientes fumadores presentan un grado más avanzado de arteriosclerosis de grandes vasos estimada mediante el índice tobillo brazo. Este mayor grado de lesión vascular no se evidencia en aquellos pacientes que han logrado abandonar el hábito tabáquico durante al menos un año.

124/60. Re-estratificando el riesgo vascular en el laboratorio

AUTORES:

(1) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (2) ML Romero; (2) A Pascual Montes; (2) V Martínez Durán; (2) Gaila Calvo González; (3) Francisco Lado Lado; (2) Carlos Calvo Gómez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (2) Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña; (3) Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el impacto de la determinación de LOS en grandes vasos; espesor íntima-media (EIM), velocidad de onda de pulso (VOP) e índice tobillo-brazo (ITB), en pacientes hipertensos con riesgo vascular estimado bajo o moderado según las tablas SCORE de estratificación del riesgo.

Metodología

Se incluyeron inicialmente a los 528 pacientes que a lo largo del año 2012 fueron remitidos al Laboratorio de Exploraciones Vasculares de nuestra Unidad de Hipertensión y Riesgo Vascular. Se estratificó en todos ellos el riesgo vascular, antes de realizar las exploraciones utilizando las tablas SCORE. Los pacientes con hipertensión clínica aislada, HTA secundaria, antecedentes de enfermedad clínica asociada y/o diabetes mellitus fueron excluídos del estudio, por lo que finalmente se incluyeron en el análisis un total de 220 pacientes.

Resultados

De los 220 pacientes hipertensos incluídos en el análisis, un 69% presentaban riesgo vascular asociado bajo (n: 152), un 15% riesgo moderado (n: 33) y un 16% riesgo elevado (n: 35). En los 152 pacientes con riesgo inicial estimado bajo (puntuación SCORE 1-2), de los que 24 pacientes pasaron a presentar riesgo elevado (15,8%). En los 33 pacientes inicialmente evaluados como de riesgo moderado (puntuación SCORE: 3-4), 24 pacientes pasaron a presentar riesgo elevado (72,8%).

Conclusiones

En nuestra muestra de pacientes hipertensos, el despistaje de LOS en grandes arterias ha detectado a un 21% de pacientes inicialmente estratificados como de riesgo bajo o moderado que ya presentan en realidad daño orgánico subclínico y por lo tanto elevado riesgo vascular.

124/61. Evaluación del grado de Anticoagulación en pacientes con Fibrilación Auricular en el ámbito de Atención Primaria de Galicia. Estudio ANFAGAL

AUTORES:

(1) Enrique Nieto Pol; (2) José Carreira Arias; (3) Santiago Torreira Mouro; (4) Mª Isabel Díaz Pita; (5) Julio Álvarez Fernández; (6) Alejandra Rey Rañal; (7) Jesús Illade Cerdeiras; (8) Germán Allut Vidal; (9) Enrique Gestal Pereira; (8) Sergio Cinza Sanjurjo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela. A Coruña.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Fene. A Coruña; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Conxo. Santiago de Compostela. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Fontenla Maristany. Ferrol. A Coruña; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Zas. A Coruña; (6) Médico de Familia. Centro de Salud San José. A Coruña; (7) Médico de Familia. Centro de Salud A Baña. A Coruña; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (9) DUE. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer cuál es el grado de control de los pacientes anticoagulados a seguimiento en Atención Primaria en Galicia.

Metodología

Estudio transversal que incluyó pacientes mayores de 65 años, diagnosticados de Fibrilación Auricular No Valvular, anticoagulados durante al menos un año, Se consideró buen control cuando el Tiempo en Rango Terapéutico era superior al 65% calculado por Rosendaal o 60% estimado por el número de controles.

Resultados

Se incluyeron 511 pacientes, 53,0% mujeres y una edad media (DE) de 77,8±0,6 años. El 41,5% de los pacientes presentaron <60% de los controles realizados dentro de rango terapéutico y el 42,7% mostraron un TRT<65%, calculado por la fórmula de Rosendaal. En el grupo de pacientes con mal control se observó mayor número de fármacos (6,8±0,4 vs 5,7±0,3, p<0,0001), mayor prevalencia de enfermedad renal (24,3% vs 17,0%, p=0,05) y mayor puntuación en la escala Has-Bled (3,8±0,1 vs 2,5±0,1, p<0,0001).

Conclusiones

Más del 40% de los pacientes anticoagulados no alcanzan el mínimo tiempo en rango terapéutico para beneficiarse de este tratamiento. Las variables que influyen en un peor control son la enfermedad renal y el alto riesgo de sangrado cerebral.

124/63. Control de la presión arterial en pacientes hipertensos con arteriopatía periférica.

AUTORES:

(1) Eduardo Carrasco Carrasco; (2) Francisco Javier Alonso Moreno; (3) Alfonso Barquilla García; (4) Elena Klusova; (5) Salvador Lou Arnal; (6) Gustavo C. Rodríguez Roca; (7) Jose Luis Llisterri Caro; (8) Jose María Fernández Toro; (9) Lisardo García Matarín; (10) Alberto Calderón Montero.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Abarán; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo.; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Trujillo. Cáceres; (4) Médico Residente de Medicina de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Utebo. Zaragoza; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres; (9) Médico de Familia. Centro de Salud de Vícar. Almería; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Rosa de Luxemburgo. Madrid.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en una muestra de pacientes hipertensos con arteriopatía periférica (AP) atendidos en Atención Primaria (APS).

Metodología

Estudio transversal y multicéntrico que incluyó hipertensos ≥18 años, por muestreo consecutivo. Se consideró buen control de la hipertensión arterial (HTA) al promedio de PA < 140/90 mmHg. El antecedente de AP se consideraba si estaba registrado en la historia clínica en el momento de la inclusión en el estudio.

Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas.

Resultados

Se incluyeron 12.961 hipertensos (52,0% mujeres) con una edad 66,3±11,4 años. El 3,9% (n= 509) tenían AP. La edad media de los hipertensos con AP fue de 71,2±9,6 años vs 66,1±11,4 en hipertensos sin AP, p<0,0001.

La PAS fue 136,9±16,1 vs 135,8±14,4 y PAD 77,6±10,6 vs 79,3±9,4mmHg (p<0,0001, PAD) respectivamente para fumadores y no fumadores. La PP fue más alta en hipertensos con AP 59,4±13,4 vs 56,5±12,8, p<0,0001.

El 58,5% de hipertensos AP presentaba buen control de PA frente al 61,3% sin AP.

Entre los hipertensos con AP el 19,1% vs 16,5%; 62,7% vs 55,2%; 58,9% vs 29,8; 73,4% vs 57,4%; 36,1% vs 18,4%; 22,4% vs 9,5% y 8,6% vs 4,3% presentaba respectivamente tabaquismo, sedentarismo, diabetes, dislipemia, microalbuminuria, cardiopatía isquémica e ictus, diferencias significativas p<0,001 en todos las situaciones excepto para el tabaquismo.

Conclusiones

Los hipertensos con AP presentan menos PAD, más PP y mayor sedentarismo, diabetes, dislipemia, microalbuminuria, cardiopatía isquémica e ictus.

124/64. Situación actual de la anticoagulación en Atención Primaria. Primeros datos del estudio PAULA.

AUTORES:

(1) Carlos Escobar Cervantes; (2) Vivencio Barrios Alonso; (3) Jose Polo García; (4) Jose Maria Lobos Bejarano; (5) Luis Prieto Valiente; (6) Diego Vargas Ortega; (7) Genoveva Osorio.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Hospital La Paz. Madrid; (2) Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; (3) Médico de Familia. Centro de Atención Primaria el Casar de Cáceres; (4) Centro de Salud Jazmín, Atención Primaria Área 4. Madrid; (5) Bioestadística Médica. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid; (6) Unidad de Hospitalización Polivalente. Hospital de Alta Resolución El Toyo. Hospital de Poniente El Ejido; (7) Departamento Médico. Bayer Hispania S.L.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la situación del control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV) tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en atención primaria en España.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo/transversal, multicéntrico y de ámbito nacional. En el estudio, que está actualmente en marcha, se están incluyendo a pacientes con FANV en tratamiento con AVK durante al menos el último año en atención primaria en condiciones de práctica clínica, y en los que se tenga acceso al menos al 80% de los controles del INR en los últimos 12 meses. El grado de control de la anticoagulación se determinó mediante el tiempo en rango terapéutico, tanto por el método directo (mal control <60%), como por el método de Rosendaal (mal control <65%). Se presentan los datos del primer corte (n=300).

Resultados

La edad media de los pacientes fue de 77,0±8,7 años y el 44,6% eran mujeres. El 79,6% tenía antecedentes de hipertensión arterial, el 55,1% de dislipemia, el 27,9% de diabetes, y el 15,6% de ictus/accidente isquémico transitorio. El 76% de los pacientes tenía un CHADS2 ≥2, el 92,2% un CHA2DS2VASc ≥2, y el 11,9% un HAS-BLED ≥3.

El número medio de determinaciones de INR por paciente fue 11,1±5,8. Por el método directo, el 39,8% de los pacientes tenían un mal control del INR, 36,9% por el método de Rosendaal.

Conclusiones

Los pacientes con FANV anticoagulados con AVK en España tienen un elevado riesgo de complicaciones tromboembólicas. Aproximadamente el 35-40% de estos pacientes tienen un mal control habitual de INR.

124/67. La hipertensión arterial nocturna aislada se asocia a una mayor prevalencia de lesión orgánica subclínica

AUTORES:

(1) Otilia Rego Ojea; (2) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (2) V Martínez Durán; (2) A Pascual Montes; (2) Gaila Calvo González; (2) Antonio Pose Reino; (2) Carlos Calvo Gómez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Interno Residente de Familia. Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela; (2) Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con HTA nocturna aislada

Metodología

Estudio transversal, realizado en hipertensos ≥18 años, sin tratamiento antihipertensivo, las variables estudiadas fueron: el promedio de PAS y PAD en MAPA de 48 horas. La LOS se evaluó mediante la estimación de la velocidad de onda de pulso (VOP) carotido-femoral, el espesor íntima-media carotídeo (GIMc), el índice tobillo-brazo (ITB), la presencia de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) por criterios electrocardiográficos, la presencia de microalbuminuria (MAU) en determinación de orina matutina o el descenso del filtrado glomerular < 60 ml/min/ 1,72 m2 (fórmula MDRD-4).

Resultados

Se incluyeron 331 pacientes. El 21.75% de los pacientes presentaban HTA nocturna aislada (HNA)y el 16.01% presentaban HTA diurna aislada (HDA). Los pacientes con HNA presentaron mayor edad media que los pacientes con HTA diurna(57.9 años Vs 47.7 años) y presentaron mayor prevalencia de LOS (52.77% vs 26.41%). Las LOS más prevalentes en ambos grupos fueron la elevación de la VOP > 10 m/sec (63.15% en pacientes HNA y 71.42% en pacientes con HDA) y el engrosamiento de la GIMc > 0.9 mms (39.47% y 35.71% respectivamente).

Conclusiones

La HNA representa algo más de la quinta parte de los pacientes hipertensos en nuestra cohorte y presentan una mayor prevalencia de LOS.

124/68. Presión arterial clínica, presión arterial central o mapa. ¿Cuál se correlaciona mejor con la presencia de lesión orgánica?

AUTORES:

(1) Sergio Cinza Sanjurjo; (2) Jose Enrique López Paz; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (2) ML Romero; (2) V Martínez Durán; (2) A Pascual Montes; (2) Gaila Calvo González; (2) Isidro Rodríguez López; (2) Carlos Calvo Gómez.

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

Objetivos

Comparar diversos métodos de medición de presión arterial en función del grado de correlación con diferentes estimadores de LOS en una cohorte de pacientes hipertensos no tratados

Metodología

Se incluyeron 241 pacientes con hipertensión arterial esencial sin tratamiento antihipertensivo. La determinación de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) se realizó siguiendo el método estandarizado (modelo OMRON-705 IT®). Se monitorizó la PA en período diurno (MAPA) durante 48 horas utilizando un dispositivo validado (Spacelabs 90207). Se empleó el dispositivo At Cor Medical (SphygmoCor Px®, Vx®, Sidney, Australia) que utiliza una función de transferencia validada para la estimación de la PAS central (PASc) y la PAD central (PADc).

Resultados

La PAS clínica se correlacionó positivamente con la VOP y la EIM (r: 0.410 y 0.244 respectivamente; p< 0,01). Mientras que la PAD clínica lo hizo de forma inversa al EIM (r: -0,261; p: 0,003).

La PASc también se correlacionó positivamente con la VOP y la EIM (r: 0.471 y 0.288 respectivamente; p: 0,001). Mientras que la PAD clínica lo hizo de forma inversa al EIM (r: -0,226; p: 0,012).

Finalmente, el promedio diurno de 48 horas de PAS se correlacionó positivamente con la VOP y la tasa de microalbuminuria e inversamente con el filtrado glomerular (r: 0.219, 0,168 y -0.173 respectivamente; p< 0,05).

Conclusiones

En pacientes hipertensos no tratados, la medición de PA en consulta resulta fundamental para evaluar correctamente el riesgo vascular, pero la estimación de la PA central y la MAPA son herramientas complementarias que mejoran la estratificación del riesgo.

124/69. Estudio del índice de Buckberg en una cohorte de varones hipertensos

AUTORES:

(1) Daniel Rey Aldana; (2) Álvaro Hermida Ameijeiras; (2) Jose Enrique López Paz; (2) A Pascual Montes; (2) V Martínez Durán; (2) Gaila Calvo González; (2) Isidro Rodríguez López; (2) Carlos Calvo Gómez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra; (2) Unidad de Hipertensión y Riesgo Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la relación del IB con otros marcadores de función vascular en una cohorte de varones hipertensos

Metodología

Estudio transversal, realizado en varones hipertensos ≥18 años, las variables estudiadas fueron: el promedio de PAS y PAD en MAPA de 48 horas tanto en período diurno como en período nocturno (ambos períodos ajustados para cada paciente). La determinación del IB se realizó mediante tonometría por aplanamiento utilizando dispositivo At Cor Medical (SphygmoCor Px®, Vx®, Sidney, Australia) que emplea una función de transferencia validada. Los índices empleados para la estimación de daño vascular fueron el índice de tobillo brazo (ITB) evaluado mediante método automático oscilométrico, el espesor íntima media carotídeo (EIM) mediante eco doppler y la velocidad de onda de pulso carotídeo-femoral (VOP).

Resultados

Se incluyeron 256 pacientes varones (media edad: 54.41 años), todos ellos diagnosticados de hipertensión arterial (confirmada mediante MAPA de 48 horas). Se dividió el IB por cuartiles (1º cuartil: <126, n:44; 2º: 126-146, n: 62; 3º: 146-166, n:61; 4º >166, n:89). Los pacientes con menor IB (1º cuartil), presentaban de forma significativa, mayor edad (62.25 años), un menor promedio de PA diastólica a lo largo de las 48 horas, un menor descenso nocturno de PA diastólica, mayor frecuencia cardíaca, un menor ITB y una mayor VOP con respecto a los pacientes en el resto de cuartiles.

Conclusiones

El presente estudio enfatiza la utilidad del índice de viabilidad subendocárdica como marcador de lesión vascular subclínica en pacientes hipertensos.

124/70. Análisis de la tendencia temporal en el mal control de los pacientes anticoagulados en una cohorte de pacientes de atención primaria.

AUTORES:

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

CENTRO DE TRABAJO:

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

RESUMEN:

Objetivos

Conocer las variables que influyen en el TRT, y de forma especial la tendencia temporal en los pacientes con insuficiente TRT

Metodología

Se plantea un estudio longitudinal a partir de una muestra no seleccionada de todos los pacientes atendidos en un Centro de Salud rural a lo largo de 3 años. Se seleccionaron pacientes, que recibieran anticoagulación con antivitamina K al menos durante 6 meses, por una FA no valvular obteniendo una muestra final fue de 130 pacientes

Resultados

El 53,1% eran varones, con una edad media de 77,0±1,5 años. La prevalencia de HTA y de DM fue del 90% y del 33,8% respectivamente, y el 11,5% y 14,9% había presentado una insuficiencia cardíaca o un ACV. El número medio de fármacos consumidos por los pacientes fue de 7,6±0,6. La prevalencia del insuficiente control del TRT, calculado por Rosendaal, fue del 60,2% en 2011, 54,2% en 2010 y 43,4% en 2012. Analizando el comportamiento del TRT en pacientes con insuficiente control en el primer trimestre de seguimiento, se observó que se mantendría bajo en los años siguientes (69,7% vs 55%, p=0,0005, en 2011), (71,9% vs 59,3%, p=0,0015, en 2012) y (74,7% vs 60,0%, p<0,0005, en 2013).

Conclusiones

Nuestro estudio muestra que los pacientes con mal control en el INR presentan una tendencia temporal a no alcanzar el objetivo terapéutico, por lo que planteamos la necesidad de tomar precozmente decisiones clínicas en los pacientes anticoagulados dadas las consecuencias pronósticas de la fibrilación auricular

124/72. Fibromialgia y factores de riesgo cardiovascular: ¿Varían según la edad?

AUTORES:

(1) Teresa Rama Martínez; (2) Pere Beato Fernández; (3) Yolanda Maltas Hidalgo; (3) Sheila C. Mendes Jastes; (4) Oriol Salvador Vinyoles; (5) Antonia Ocaña Padilla.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona; (2) Médico de Familia. Consultorio Barrio Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (3) Enfermera. CAP El Masnou. Barcelona; (4) Médico de Familia. CAP Alella. Barcelona; (5) Médico de Familia. CAP Ocata. Barcelona.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con fibromialgia (FM) atendidos en Atención Primaria. Diferencias según edad.

Metodología

Diseño: Estudio descriptivo transversal. Criterios de inclusión: Todos los pacientes diagnosticados de FM atendidos en el Centro de Salud el último año. Se excluyeron los pacientes desplazados o institucionalizados. Variables analizadas: Edad, sexo,FRCV: Hipertensión arterial(HTA), diabetes mellitus(DM), dislipemia, obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol Ámbito: Dos EAP semiurbanos. Se revisaron las historias clínicas informatizadas (programa ECAP).

Resultados

Se encontraron 280 pacientes diagnosticados de FM, el 96,4% mujeres. Edad media: 58,8 años±11,2. Por grupos de edad: El 34,3% menores de 55 años, 37,5 mayores de 55 años y menores de 65 años, el 28,2% mayores de 65 años. En el total, la prevalencia de FRCV era: HTA: 33,9%, DM: 4,6%, dislipemia: 51,4%, tabaquismo: 21,4%, obesidad: 28,2%, consumo excesivo de alcohol: 1,8%. En menores de 55 años: HTA: 16,6%, DM: 2%, dislipemia: 23,9%, obesidad: 22,9%, tabaquismo: 31,2%, consumo excesivo de alcohol: 1%. En mayores de 55 años y menores de 65: HTA: 30,5%, DM: 6,6%, dislipemia: 60,9%, tabaquismo: 20,9%, obesidad: 20,9%, consumo excesivo de alcohol: 1,9%. En mayores de 65 años: HTA: 59,5%, DM: 17,7%, dislipemia: 72,1%, tabaquismo: 10%, obesidad: 44,3%, consumo elevado de alcohol: 2,5%.

Conclusiones

En los pacientes con FM se duplica el porcentaje de HTA y se triplica el de dislipemia a partir de los 55 años. La obesidad es más prevalente en mayores de 65 años. El único FRCV que disminuye con la edad es el tabaquismo.

124/74. Cribado de riesgo de desnutrición en pacientes mayores de 65 años ingresados

AUTORES:

(1) Carolina Calero López; (2) Laura Navarro Casado; (1) Teresa de Diego Puente; (3) Mª Angeles Divisón Hernández; (4) Juan Antonio Divisón Garrote; (4) María Isabel López Abietar; (5) Yolanda Calero López; (4) Isabel Ponce García.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Universidad de Murcia; (2) Universidad de Albacete; (3) Hospital Universitario de Albacete; (4) Médico de Familia. Centro Salud Casas Ibañez. Albacete; (5) Universidad Politécnica de Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el riesgo de desnutrición al ingreso hospitalario en pacientes mayores de 65 años.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes mayores de 65 años que ingresaron por cualquier causa en el Hospital General Universitario de Albacete en el periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2013. Para la valoración del riesgo de desnutrición, se utilizó la analítica de ingreso con los parámetros necesarios para calcular CONUT (CONtrol NUTricional) que incluye, albúmina plasmática,

colesterol plasmático y linfocitos totales; y para calcular FILNUT (fase de filtro del método INFORNUT), que además de los parámetros del CONUT, incluye prealbúmina y proteínas totales.

Con CONUT se obtienen cuatro tipos de pacientes: no desnutridos (0-1), con riesgo leve (2-4), moderado (5-8) y severo (>8).

Con FILNUT, sólo se consideran dos tipos de pacientes, con riesgo (1) y sin riesgo (0).

Resultados

Ingresaron 19.420 pacientes y de ellos, 6.961 no tenían riesgo de desnutrición ni con CONUT ni con FILNUT (36%). 8.576 (44%) tenían riesgo leve de desnutrición. 2.927 (15%) tenían riesgo moderado de desnutrición y 956 (5%) tenían riesgo severo de desnutrición.

Conclusiones

El 64% de los pacientes presentaban algún riesgo de desnutrición al ingreso.

124/75. Ingresos hospitalarios en pacientes con riesgo elevado de desnutrición

AUTORES:

(1) Carolina Calero López; (2) Laura Navarro Casado; (1) Teresa de Diego Puente; (3) Mª Angeles Divisón Hernández; (4) Juan Antonio Divisón Garrote; (4) María Isabel López Abietar; (5) Yolanda Calero López; (4) Isabel Ponce García.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Universidad de Murcia; (2) Universidad de Albacete; (3) Hospital Universitario de Albacete; (4) Médico de Familia. Centro Salud Casas Ibañez. Albacete; (5) Universidad Politécnica de Valencia;

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el número de reingresos y días de ingreso hospitalario en pacientes con riesgo elevado de desnutrición.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de pacientes mayores de 65 años que ingresaron por cualquier causa en el Hospital General Universitario de Albacete en el periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre de 2013. Para la valoración del riesgo de desnutrición, se utilizó la analítica de ingreso con los parámetros necesarios para calcular CONUT (CONtrol NUTricional) que incluye, albúmina plasmática, colesterol plasmático y linfocitos totales; y para calcular FILNUT (fase de filtro del método INFORNUT), que además de los parámetros del CONUT, incluye prealbúmina y proteínas totales.

Con CONUT se obtienen cuatro tipos de pacientes: no desnutridos (0-1), con riesgo leve (2-4), moderado (5-8) y severo (>8). Con FILNUT, sólo se consideran dos tipos de pacientes, con riesgo (1) y sin riesgo (0).

De forma aleatoria, se seleccionaron 112 pacientes sin riesgo de desnutrición y 112 con riesgo elevado de desnutrición.

Resultados

Ingresaron 19.420 pacientes y de ellos, 6.961 no tenían riesgo de desnutrición ni con CONUT ni con FILNUT (36%) y 956 (5%) tenían riesgo severo de desnutrición.

La media del número de ingresos fue 1.41 (DS: 0.94) en los pacientes sin riesgo de desnutrición y de 2.25 (DS: 2.15) en los pacientes con riesgo elevado de desnutrición ($P<0.05$) y la media de días de ingresos fue de 15.4 días (DS: 17.08) y de 40.33 (DS: 51,6) respectivamente ($P<0.05$).

Conclusiones

El número de reingresos y los días de ingreso hospitalario es más elevado en pacientes con riesgo elevado de desnutrición.

Casos Clínicos Médico de Familia

124/1. La MAPA como herramienta para el diagnóstico de hipotensión ortostática en un anciano hipertenso.

AUTORES:

(1) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (1) Maria Teresa Campillos Páez; (2) Rafael Jiménez Díaz; (2) Marta Jiménez Carrillo; (2) LLorent LLopart Nuñez; (2) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (2) Fernando Melchor Castilla Suyo; (2) Rocío Melguizo Benavides; (3) Gema Prieto Arroyo; (2) Anlit Díaz Martínez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Enfermera. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

RESUMEN:

Descripción del caso

Varón de 83 años, que desde hace 2 meses acude a consulta en tres ocasiones por mal control de su tensión arterial y en cada consulta se le modificó el tratamiento En la actualidad lleva 20 días con mareos sin sintomatología vegetativa, después de cenar e inestabilidad postural cuando camina. Antecedentes personales: Diabetes (metformina 1000mg), Hipertensión (valsartan 160mg, hidroclorotiazida 12,5 mg, amlodipino 5 mg). Cardiopatía isquémica (carvedilol 6,25mg, ácidoacetilsalicílico100mg y atorvastatina 80 mg).

Exploración y pruebas complementarias

Buen estado general, TA 123/69 mmHG, Fc: 68lpm. Auscultación- cardiopulmonar normal. Exploración neurológica normal.

Contractura de trapecio derecho dolorosa a la palpación y tapón en oído derecho que se deriva a consulta de enfermería para su extracción y se pauta sulpiride 50 mg durante 5 días. En su segunda consulta, al no mejorar, se solicita analítica, electrocardiograma y radiografía cervical destacando signos artrosis en C5-C6. Se deriva a fisioterapia.

A los 15 días continua con mareo y tensión arterial cambiante. Se le realiza una MAPA presentando valores medios de 113/64 (actividad 119/68 y en descanso 101/58).

Tras ajustar la medicación el paciente se encuentra asintomático y sin episodios de hipotensión confirmado por una nueva MAPA.

Juicio clínico

Hipotensión ortostática por fármacos antihipertensivos.

Diagnóstico diferencial

A.- Causas neurológicas (Síndrome de Shy-Drager, esclerosis múltiple, Enfermedad de Parkinson, enfermedades autoinmunes, metabólicas, sistémicas diabetes mellitus, insuficiencia renal). B.- No neurológicas (anemia, feocromocitoma, hemorragias, anemia, origen cardiovascular, fármacos vasodilatadores, diuréticos…).

Comentario final

La hipotensión ortostática se define como el descenso mayor o igual a 20 mmHg de la tensión arterial sistólica o de la presión arterial diastólica mayor o igual a 10 mmHg que ocurre en los 3 minutos posteriores de pasar de la posición sentada a bipedestación. Es una patología poco estudiada a pesar de su importancia como factor de riesgo vascular en ancianos y poco detectada , se estima que su prevalencia es de un 14,6% en > 65 años aumentando hasta el 30% en los hipertensos mayores de 80 años en el ámbito de la Atención Primaria

Deberíamos acostumbrarnos a detectarla sistemáticamente en consulta mediante una buena técnica y si tenemos posibilidad realizar MAPA para confirmar hipertensión arterial aislada o de bata blanca, valorar la eficacia del tratamiento antihipertensivo y la tensión arterial con gran variabilidad o de larga evolución, como en el caso de nuestro paciente para no introducir fármacos por inercia sin una valoración previa evitando iatrogenia farmacológica.

Bibliografía

Buitrago F, Martínez A. Utilidad de los aparatos de autocontrol de la presión arterial. Formación médica continuada en Atención Primaria, 1999; 9: 576-82.

Mathias CH. Orthostatic Hypotension: Causes, mechanisms, and influencing factors. Neurology 1995; 45 (5): 6-11

Benarroch EE. Hipotensión ortostática: diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 1997; 25 (137); 115-9

124/15. Hipertensión arterial maligna en un paciente ex cocainómano.

AUTORES:

(1) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (2) Marta Jiménez Carrillo; (3) Juan Carlos Ramirón Rodríguez; (1) Maria Teresa Campillos Páez; (2) Rafael Jiménez Díaz; (2) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (4) Gema Prieto Arroyo; (4) Concepción Carrera Manchado; (2) Blanca Martínez Alonso de Armiño; (2) LLorent LLopart Nuñez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Tutora de residentes. Centro Salud Potes. Madrid; (2) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Potes. Madrid; (3) Médico Residente de Endocrinología. Hospital 12 de Octubre. Madrid; (4) DUE. Hospital Doce de Octubre. Madrid.

RESUMEN:

Descripción del caso

Varón 40 años, marroquí. Ex consumidor cocaína y heroína hasta 2008. Fumador 10 cigarrillos diarios y consumidor de hachís. VhB + y VhC+. Asma Bronquial desde 1996 . Diagnosticado HTA en julio de 2013 tratamiento Amlopdipino 10 mg diarios. Mal cumplidor .Paciente desconocido en consulta , que refiere episodios de cefalea hace 6 meses y disnea de moderados esfuerzos con disminución de agudeza visual desde hace 3 meses. Relata 2 visitas al servicio de Urgencias en este último mes por TA de 210/130 en una ocasión, solicitando alta voluntaria. No aporta informes.

Exploración y pruebas complementarias

TA:140/95mmHg. FC 74 lpm. StO2: 98%. Rx. de Tórax: ICT normal. No infiltrados. Senos costofrénicos libres. ECG: Ritmo sinusal a 67 lpm. Eje izquierdo. Datos de sobrecarga ventricular izquierda. Elevación del punto J. Ondas T negativas V5, V6 y DII. Se realiza Mapa confirmando HTA iniciando tratamiento con enalapril 10 mg / 12 horas. Analítica: 17/enero de 2014 creatinina 3,17 Na 142 k 3.17, proteinuria 210, cociente albumina / creatinina 210.

Ante sospecha de Hipertensión arterial maligna, se deriva al servicio de Urgencias donde ingresa y realizan fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado III y ecografía abdominal urgente: sugestiva de nefropatía médica, confirmándose posteriormente patología vascular renal, glomerulonefritis crónica mesangial IgA.y glomerulonefritis membranoproliferativa asociada a VHC. Analítica: creatinina 2,71 . Cannabis positivo.

Juicio clínico

Hipertensión arterial maligna con alteración de órganos diana agravada por la toma de simpaticomiméticos.

Diagnóstico diferencial

HTA esencial malignizada y secundaria (patología renal, enfermedad vasculo-renal, Enfermedades sistémicas, endocrinológicas, tumores y otros como consumo de simpaticomiméticos, hormonas anticonceptivas, fármacos antineoplásicos…). Los mecanismos fisiopatológicos de la cocaína se asocia a IRA (rabdomiólisis, glomerulonefritis por anticuerpos antimembrana , hipertensión arterial maligna , nefritis intersticial , embarazo complicado por abuso de cocaína) , como a IRC (mal control de HTA ,Progreso de la I. renal y complicaciones cardiovasculares).

Comentario final

La HTA maligna dentro de la población hipertensa supone el 1%. La edad de presentación es 45-50 años de edad con mayor incidencia en varones. El 25% son asintomáticos, siendo el síntoma más común la cefalea con cifras de TA >200/130mmHg, asociadas a retinopatía hipertensiva GIII/GIV.en un 30-60%; El fondo de ojo se considera la principal herramienta diagnóstica. Su principal causa: HTA esencial no tratada. y destaca la importancia de las cifras de creatinina y valores de proteinuria que predicen la progresión del deterioro renal. (65% de casos al diagnóstico).

Cabe destacar la importancia de un diagnostico precoz ante una enfermedad infra-diagnosticada por falta de la realización del fondo de ojo, que se podría potenciar a nivel de Atención primaria.

Bibliografía

1. Botey Puig A, Poch López de Bri˜nas E. Hipertensión maligna. Hipertensión. 2000;17:198—207.

2. González R, Morales E, Segura J, Ruilope LM, Praga M. Long-term renal survival in malignant hypertension. Nephrol Dial Transplant 2010;25:3266-72.

3. Morales E, Gutiérrez-Solís E, Gutiérrez E, González R, Martínez MA, Praga M. Malignant hipertensión in HIV-associated glomerulonephritis. Nephrol Dial Transplant. 2008;23:3901-7.

124/18. Evento miocárdico agudo por hematoma coronario en paciente joven dislipémica

AUTORES:

Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; Anlit Díaz Martínez; Marta Jiménez Carrillo; Rocío Melguizo Benavides; Fernando Melchor Castilla Suyo; Maria Teresa Campillos Páez; Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; Blanca Martínez Alonso de Armiño; Rafael Jiménez Díaz; LLorent LLopart Nuñez.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Madrid.

RESUMEN:

Descripción del caso

Mujer de 44 años con antecedentes de dislipemia y madre con angina estable, que acude a atención primaria por presentar dolor centrotorácico tipo opresivo irradiado a brazo izquierdo, de una hora de duración, sin cortejo vegetativo, en reposo, que cedió con Vernies sublingual; comunicamos al SUMMA quienes en ECG detectan ascenso del ST < 2mm en V2-V3; tras administración de primera dosis de Adiro y Clopidogrel, es trasladada inmediatamente al hospital de referencia

Exploración y pruebas complementarias

Exploración física:

Hemodinámicamente estable. Fascies antálgica. No ingurgitación yugular. CV: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles. RESP: no estertores. No edemas. Valoración clínica anodina.

Pruebas complementarias: LDH: 424, Primer perfil cardíaco: CK: 273, Troponina T hs 266.8ng/l, MDM: CK máxima: 990, TnT 2572; Segundo perfil cardíaco: CK: 93 U/l, Troponina T hs: 675 ng/l. ECG a su llegada: RS a 70 lpm, ascenso de <2mm en V2-V3. ECG en unidad coronaria: Ritmo sinusal, negativización de ondas T de V2 a V6. ETT urgente: Hipoquinesia de segmentos distales de todas las caras, con hipercontractilidad del resto. FEVI subjetiva 50%. CORONARIOGRAFÍA: Tramo largo en la DAm compatible con hematoma que produce estenosis severa con flujo distal TIMI 3.

Juicio clínico

SCASEST tipo IAM no Q en relación a hematoma en Descendente Anterior media. Disfunción sistólica ligera.

Diagnóstico diferencial

Dolor torácico mecánico, disección aórtica, edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca izquierda, neumonía, empiema, neumotórax, Cor pulmonale, taponamiento pericárdico.

Comentario final

La disección coronaria espontánea es una causa grave e infrecuente de síndrome coronario agudo. Suele afectar más a menudo en mujeres jóvenes, siendo la arteria descendente anterior la más frecuentemente comprometida, seguida del tronco coronario izquierdo. La etiología permanece incierta y la mayoría de los autores coinciden en clasificar a los pacientes en tres grupos: aquellos asociados con enfermedad coronaria aterosclerótica, los casos relacionados con el embarazo y periodo post parto, y aquellos sin causa identificable. La presentación clínica habitual es la muerte súbita o infarto agudo de miocardio por lo que la mayoría de las veces el diagnóstico se establece mediante la autopsia o la coronariografía, siendo raro que se manifieste por un cuadro de angina prolongada. Las estrategias terapéuticas en estos enfermos no están claras, algunos casos parecen evolucionar adecuadamente con tratamiento médico, aunque la mayoría de los autores son partidarios del tratamiento quirúrgico. En este caso, podemos englobar a la paciente en los de causa no identificable, en una paciente solo con dislipemia y sin gestación reciente ni actual. En el hospital tras rápida evaluación es llevada a la Unidad coronaria realizándole una coronariografía preferente identificando imagen de hematoma en Dam con estenosis severa pero con flujo TIMI 3 y se decide no tratar, dejando con doble antiagregación. Se decide realizar angio TC coronario en aproximadamente 3 meses para evaluar resolución, dándole el alta a domicilio. Actualmente se encuentra asintomática y en estudio de causas infrecuentes de hematoma coronario.

Bibliografía

Zanpieri P, Roncon L, Canova C, et al. Follow-up after spontaneous coronary artery dissection. A report of five cases. Heart 1996, 75: 206-9.

124/49. Síndrome del corazón roto

AUTORES:

(1) Teresa Rama Martínez; (2) Pere Beato Fernández; (1) Roser Rodó Bernadó; (3) Rosa Maria Alcolea García; (4) Víctor López- Marina; (5) Gregorio Pizarro Romero; (6) Jordi Tolo Solé.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. CAP El Masnou. Barcelona; (2) Médico de Familia. Consultorio Barrio Cotet. Premià de Dalt. Barcelona; (3) Médico de Familia. CAP Besòs. Barcelona; (4) Médico de Familia. CAP Piera. Barcelona; (5) Médico de Familia. CAP Llefià. Badalona. Barcelona; (6) Diplomado en Enfermeria. CAP El Masnou. Barcelona.

RESUMEN:

Descripción del caso

Varón de 68 años, exfumador, antecedentes de úlcera duodenal. Consumidor de 4 cervezas al día. Acude a urgencias de nuestro centro por presentar episodio de epigastralgia inicial con náuseas y vómitos después de comida y bebidas abundantes y aparición posterior de dolor retroesternal opresivo no irradiado con diaforesis. Exploración física: Consciente, orientado, refiere náuseas. PA: 150/90 mmHg (promedio de dos tomas), FR:16rpm, SatO2: 98%. ECG (sin dolor): Ritmo sinusal con FC:80 lpm. Alteración de la repolarización en V3-V4. Se decide traslado a Hospital, donde es ingresado para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Analítica: Hemograma normal, glucemia 226 mg/dl. Troponina T ultrasensible (pico) 204 ng/l; CPK: 87 u/l; CPKmb: 25u/l. Radiografía torácica normal. Ecocardiograma doppler: Acinesia apical extensa con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) global algo deprimida (47%). Cateterismo cardiaco: Ausencia de lesiones angiográficas. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cardiaca: confirma el diagnóstico.

Juicio clínico

Síndrome de Takotsubo.

Diagnóstico diferencial

Causas de dolor torácico agudo, principalmente con el síndrome coronario agudo (SCA).

Comentario final

El síndrome de Takotsubo o disfunción ventricular transitoria, inicialmente descrito en Japón en los años noventa, es una miocardiopatía aguda reversible caracterizada por acinesia o discinesia del ápex del ventrículo izquierdo, ausencia de lesiones coronarias y existencia de estrés físico o psíquico previo. Su incidencia varía según estudios entre el 0,5% y el 2% de los SCA. Su fisiopatología es desconocida, sugiriéndose alteración de la actividad autononómica cardíaca, espasmo coronario, etc. Afecta sobre todo a mujeres (80-90%) de entre 60 y 75 años. Los síntomas más frecuentes son dolor precordial en reposo, disnea, síncope, shock cardiogénico. En ECG se ha descrito elevación del segmento ST (80% de casos) o inversión de la onda T, siendo los biomarcadores cardiológicos normales o ligeramente elevados. La función sistólica suele estar disminuida, con FEVI entre 20-49%. Su similitud con el SCA hace que sea probablemente infradiagnosticado. Los criterios más utilizados para el diagnóstico son los de la Clínica Mayo (2008). Exploraciones complementarias: Ecocardiograma, coronariografia con ventriculografia y RMN. En la ventriculografía se observa disfunción del VI con hipo-cinesia, acinesia o discinesia de los segmentos apicales con hipercontractilidad de los basales, dando una imagen que recuerda al recipiente con que los pescadores japoneses capturaban pulpos (en japonés tako significa«pulpo» y tsubo, «recipiente»). Respecto a evolución y pronóstico, el curso suele ser en general benigno, si bien se han descrito complicaciones diversas como arritmias, insuficiencia cardiaca, shock cardiogénico y accidente cerebrovascular de origen embólico. La mortalidad intrahospitalaria varía del 1% al 3%. La recuperación se produce en pocas semanas. El tratamiento es similar al del síndrome coronario agudo. No suele recurrir.

Bibliografía

Núñez Gil IJ, Luaces Méndez M, García-Rubira JC. Cardiopatía de estrés o síndrome de Takotsubo: Conceptos actuales. Rev Arg Cardiol. 2009;77: 218-23.

Gianni, M, Dentali F, Grandi AM, Summer G, Hiralal R, Lonn E. Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. Eur Heart J 2006; 27:15-23.

Pérez Pérez FM, Sánchez Salado J. Síndrome de tako-tsubo. Discinesia transitoria del ventrículo izquierdo. Semergen. 2013. http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.01.014

124/66. Mujer de 78 años con Disnea, hinchazón abdominal y edemas

AUTORES:

Tomás Rodríguez-Cayazzo.

CENTRO DE TRABAJO:

Médico de Familia. Centro de Salud Panxón. Pontevedra.

RESUMEN:

Descripción del caso

Mujer de 78a con AP de HTA en TTo Manidipino y DM2 en tto con dieta y Repaglinida 2 mg/dia que consulta por dificultad respiratoria de medianos esfuerzos y sensación de hinchazón abdominal y tos seca de un mes de evolución, que se ha intensificado en los últimos días. Adicionalmente refiere dolor de cabeza constante durante el mismo período y que no cede con analgésicos.

Exploración y pruebas complementarias

P.88Kg T 151cm Pm abd.113cm TA 158/85 mmHg en 2 ocasiones Afebril.

Dudosa IY. Carótidas palpables. AP sibilancias diseminadas AC RsCsRs soplo sistólico 2/6 en FM

Abdomen globuloso con abundante panículo adiposo

Extremidades: Pulsos periféricos palpables No edemas maleolares

ECG: Ritmo sinusal. BCRIIHH

Ecocardiografía-Doppler C: Disfunción sistólica severa e I. Mitral moderada HT pulmonar secundaria

Juicio clínico

Insuficiencia Cardíaca Aguda

Miocardiopatía dilatada

HTA. DM2 Obesidad

Diagnóstico diferencial

Asma bronquial

Neumotórax

TEP

Ansiedad

Anemia severa

Comentario final

Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población y la elevada prevalencia de la IC en este segmento de población. El caso trata de poner de manifiesto la contribución de la Ecocardiografía en AP para el diagnóstico y manejo de la IC.

Bibliografía

The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC.

Otto, a textbook of Echocariography Elservier 2005

124/71. Ecocardiografía en la Fibrilación Auricular a propósito de un caso

AUTORES:

(1) Tomás Rodriguez - Cayazzo; (2) Alfredo Somoza Valentin; (3) Ana María Estevez Alvarez.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Panxón. Nigrán. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Internista. Centro de Salud de Panxón. Nigrán. Pontevedra; (3) Enfermera. Centro de Salud Panxón. Nigrán. Pontevedra.

RESUMEN:

Descripción del caso

Paciente de 77 años con antecedentes de HTA e Intolerancia a la Glucosa que acude a un control de enfermería de TA y Glucemia capilar, Peso

Durante la toma de la TA su enfemera detecta irregularidad en el pulso del paciente y realiza un ECG que muestra al Médico de Familia evideciándose arritmia completa por FA con buena tolerancia hemidinámica

Exploración y pruebas complementarias

P.72 Kg T 160 cm TA 150/65 mmHg

Coloración normal de piel y mucosas presencia de telangiectasias malares. Carótidas palpables arritmicas Ausencia de IY

A. Pulmonar mvc AC Ruidos arrítmicos no soplos

Abdomen blando depresible no masas ni megalias

Extremidades no edemas. Pulsos periféricos palpables

ECG: Audencia de ondas P. Eje normal Irregularidad de los QRS que son estrechos.

Eco Vscan: Dilatación severa de ambas aurículas.Raiz aórtica de tamaño normal Esclerocalcificación de la válvula aórtica.Grosor septal y PPVI aumentado de unos 12 mm.Diámetros sistólico y diastólico normales. Función Sistólica sistólica conservada Pericardio Normal.Se mantiene el colapso inspiratorio de la VCI

Juicio clínico

FA en paciente de 77 años sin evidencia de Cardiopatía estructural

Procede inicio ACO por tener 3 ptos en el Score CHA2DS2VasC y 2 ptos en el HASBLED

Se procedó a comprobar concordancia ecocardiográfica con el Sº de Cardiología de referencia

Dada la edad los antecedentes se acuerda con el paciente estrategia de control de frecuencia

Diagnóstico diferencial

En este caso el DD procede con Extrasistolia auricular/supraventricular frecuente, Flúter

Presencia de Cardiopatía estructural como enfermedad coronaria HVI

Comentario final

El caso clínico sirve como reflexion para el apoyo al diagnóstico del Vscan en el manejo de la FA y confirmar/descartar, la presencia de Cardiopatía estructural.

Es bien sabido que el hallazgo de HVI severa(>15mm de grosor septal/PPVI nuevas Guias) y/o enfermedad coronaria sería una contraindicación para la estrategia de control del ritmo con determinados antiarrítmicos como propafenona y flecainida

Bibliografía

Bayés de Luna Electrocardiografía Ed Cientifico-Médica Barcelona 1999

Nuevas Guías Americanas AHA/ACC/HRS 2014 para el manejo de pacientes con Fibrilación Auricular

Feigenbaum Ecocardiografía Ed española de 2006 Ed Panamericana

Rodriguez Padial Ecocardiografía Edicomplet 2006

124/73. Paciente con mialgias e hipercolesterolemia

AUTORES:

(1) Gema Pérez Puertas; (2) Maria Isabel Parejo Sanchez; (3) Teresa Muñoz Saldaña; (4) Lourdes Garcia del valle.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico de Familia. Centro de Salud de Castellar de Santiago. Ciudad Real; (2) Médico internista. Clinica Inmaculada de Granada; (3) Medico de Familia. Centro de Salud de Viso del Marques. Ciudad Real; (4) Medico de Familia. Centro de Salud Sta .Cruz de Mudela. Ciudad Real.

RESUMEN:

Descripción del caso

Paciente de 66 años que acude a consulta por presentar calambres, temblor muscular de forma aislada tras realizar ejercicio físico.

AP: dislipemia, HTA, DM tipo 2 de reciente diagnóstico.

Tto actual: metformina 850,secalip 145 mg, olmetec 40 .

Se suspende secalip porque el paciente refiere impotencia y para comprobar si es la causa de los calambres.

Pero tras suspender tto continúa con síntomas.

Se deriva a M.interna para estudio.

Exploración y pruebas complementarias

Analitica: Glucosa 115,hbA1c 6,8,TG 557 CPK 693

Palpación de masas musculares indolora.

Electromiografia: Negativa

Biopsia Muscular: negativa

Estudio de Autoinmunidad negativo-

Juicio clínico

HiperCKemia Idiopatica

Diagnóstico diferencial

Miopatia Inflamatoria

Rabdomiolisis

Distrofia Muscular

Polimiositis

Comentario final

A veces pensamos que el tratamiento prescrito puede ser la causa de nuevos síntomas que el paciente nos refiere ,por lo que hay que realizar un control evolutivo de los síntomas iniciales ,desaparición o nuevos síntomas.

Bibliografía

Cano Perez JF,Martín Zurro A, Atención Primaria ,conceptos,organización y práctica clínica.3ª ed.Barcelona :Elsevier ,2010.

Harrison, S.A Review of Rhabdmyolysis. Dimensions of Critical Care Nurshing ,(2004) Vol .23,p155-162

Comunicaciones médicos residentes

124/27. Complicaciones por uso de nuevos anticoagulantes orales (NACO).

AUTORES:

(1) Mónica Figueroa Caiche; (1) Rocio Reyna Zepeda; (1) Nixy Tirado Delgado; (2) Maroa del Carmen Bueno Selles; (2) Inmaculada Calafat Escriva; (2) Jesus Aparisi Romero.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliva. Valencia.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Oliva. Valencia.

RESUMEN:

Objetivos

Revisión pacientes Departamento 12 (Valencia) que toman NACOS, valoración del diagnóstico por el que han sido pautados, clases de NACO, diagnósticos asociados, asociación antiagregantes plaquetarios, complicaciones hemorrágicas. Tratamiento previo con Acenocumarol y motivo de cambio a NACO.

Metodología

Estudio Observacional retrospectivo trasversal con historias Sistema informático Abucasis y Alta Hospitalaria

Total 239 pacientes residentes en la comarca de la SAFOR, tomando NACO entre 30- 90 años.

Variables: SIP, edad, género, diagnóstico, patologías asociadas, uso antiagregantes, acenocumarol previo, motivo cambio ACO, tipo de NACO, dosis y complicaciones.

Evaluación resultados con SPSS.

Resultados

De los 239 pacientes la edad media 71 años: 51% mujeres, 48% hombres.

Diagnósticos: 79% FA, 7.9% Prótesis cadera, 12% Prótesis rodilla, TVP 0,8%

NACO: Dabigatran 49%, Rivaroxaban 30%, Apixaban 20% .

Diagnósticos asociados: HTA 72%, Dislipemia 41%, DM 26%, Neoplasias 10%, IAM 6,3%, ER 15,9% Hepatopatía crónica 3,3%.

Monoterapia con NACO: 66,5% mayor 71 años, el 28% 51-70 años y 5% 31-50 años.

Terapia combinada con NACO: 11,3% AAS, 1,3% Clopidogrel y 1,3% ASS más Clopidogrel.

Hemorragia asociada NACO más Antiagregante: 6.1%.

Hemorrágicas con NACOS: 3,3% sí, 96,7% no.Tipo: Gastrointestinal: 5 casos, mucosas: 3 casos

Pacientes con Acenocumarol previo: 33% sí, 67% no.

Motivo de cambio de Acenocumarol: Mal control INR 22%, no especificado 8%, alergia antagonistas Vitamina K 0,4% ACV Hemorrágico 1,3% Imposibilidad de control del INR 1,3%.

Conclusiones

Ninguna hemorragia intracraneal, Mejor tolerancia al tratamiento, Menor riesgo complicaciones hemorrágicas, Mejora calidad de vida.

124/30. Pacientes a tratamiento con fármacos antivitamina k: ¿cumplimos los objetivos que nos proponemos?

AUTORES:

(1) Jesús Santianes Patiño; (2) Cristina Menéndez Fernández; (3) Edurne Mezquita Yarza.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Geriatra. Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Siero - Sariego.Área Sanitaria IV de Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Residentes de SEMERGEN.; (2) DUE. Hospital Universitario Central de Asturias. Área Sanitaria IV Oviedo. Asturias; (3) EIR de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Siero - Sariego. Área Sanitaria IV Oviedo. Asturias.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer las características clínicas de los pacientes que reciben tratamiento con fármacos antivitamina k y evaluar el grado de control de los objetivos de anticoagulación.

Metodología

Se trata de un estudio observacional transversal realizado mediante revisión de historias en una muestra de la población anticoagulada con fármacos antivitamina k de la Zona Básica de Salud de Siero – Sariego (Asturias). Se estudiaron variables demográficas, de comorbilidad, farmacológicas y de proceso (tipo de fármaco, grado de consecución de cifras objetivo de INR y existencia de complicaciones hemorrágicas).

Resultados

Se incluyeron un total de 96 pacientes a tratamiento con dicumarínicos con una edad media de 76’83±12’01 con un reparto del 50% en ambos géneros.

Se puede ver una alta agrupación de comorbilidades cardiovasculares, siendo la fibrilación auricular (72’9%), hipertensión arterial (65’6%), insuficiencia cardiaca (36’5%) y cardiopatía isquémica (35’4%) las entidades más prevalentes.

En cuanto a tratamiento farmacológico, obtuvimos un consumo de 7’02±2’82 fármacos por paciente, destacando el alto consumo de bloqueadores del sistema renina – angiotensina (62’5%), inhibidores de la bomba de protones (59’4%), diuréticos (55’2%) y beta bloqueantes (40’6%).

Dentro de los fármacos antivitamina k el más prescrito fue acenocumarol, en un 59’4% de los casos. Se objetivó un control adecuado de la anticoagulación en un 65’97% de las determinaciones con una tasa de complicaciones hemorrágicas del 24%.

Conclusiones

Hasta en un tercio de las ocasiones los pacientes no tienen un nivel de anticoagulación adecuado a su patología, pudiendo estar aumentado el riesgo trombótico / hemorrágico.

124/31. Características de los pacientes a tratamiento con nuevos anticoagulantes de una Zona Básica de Salud

AUTORES:

(1) Jesús Santianes Patiño; (2) Cristina Menéndez Fernández; (3) Edurne Mezquita Yarza.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Geriatra. Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Siero - Sariego.Área Sanitaria IV de Oviedo. Asturias. Miembro del Grupo de Trabajo de Residentes de SEMERGEN.; (2) DUE. Hospital Universitario Central de Asturias. Área Sanitaria IV Oviedo. Asturias; (3) EIR de Enfermeria Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Siero - Sariego. Área Sanitaria IV Oviedo. Asturias.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer las características clínicas de los pacientes a tratamiento con nuevos anticoagulantes (NACOs) en la Zona Básica de Salud de Siero – Sariego (Asturias).

Metodología

Se realizó una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes de la ZBS a tratamiento con NACOs, obteniéndose los datos del registro de la Farmacia del Área Sanitaria. Se estudian variables demográficas, de comorbilidad, farmacológicas y de proceso (fármaco, indicación del tratamiento, duración del tratamiento, complicaciones hemorrágicas).

Resultados

Se incluyeron un total de 24 pacientes con una edad media de 76’25±9’8 años de los cuales el 66% eran varones.

Las comorbilidades que presentaban más frecuentemente fueron fibrilación auricular (87’5%), hipertensión arterial (79’2%), dislipemia (37’5%), diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca (ambas en un 29’2%).

El consumo farmacológico era de 6’13±2’25 fármacos por paciente, siendo los inhibidores de la bomba de protones (70’8%), IECAs (54’2%) y diuréticos (45’8%) los grupos terapéuticos más utilizados.

Dabigatran fue el fármaco más prescrito (70’8%), seguido de rivaroxaban y apixaban (20’8 y 8’3% respectivamente), siendo la principal indicación de uso la prevención de ictus y embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular.

El tiempo medio de tratamiento era de 546 días, periodo durante el cual 5 pacientes (un 20%) presentaron algún tipo de complicación hemorrágica.

Conclusiones

Los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante presentan un elevado riesgo cardiovascular por la coexistencia varios factores de riesgo, que a su vez va a condicionar un alto consumo farmacológico.

124/46. Influencia de la edad en el control de la presión arterial y factores relacionados con el riesgo cardiovascular en mujeres hipertensas. Estudio PRESCAP 2010

AUTORES:

(1) Montserrat Redondo Prieto; (2) Miguel Ángel Prieto Díaz; (3) Francisco Javier Alonso Moreno; (4) Sergio Cinza Sanjurjo; (5) Sonsoles María Velilla Zancada; (6) Alberto Galgo Nafria; (7) Emilio García Criado; (8) Aurora García Lerín; (9) Vivencio Barrios Alonso; (10) Carlos Escobar Cervantes.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Vallobín-La Florida. Oviedo. Asturias; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (5) Médico de Familia. CA Ancin. Navarra; (6) Médico de Familia. Espronceda. Madrid; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de la Fuensanta. Córdoba; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Almendrales. Madrid; (9) Cardiólogo. Hospital Ramón y Cajal. Servicio de Cardiología. Madrid; (10) Cardiólogo. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

RESUMEN:

Objetivos

Estudiar las diferencias en cuanto a factores de riesgo cardiovascular (FRCV), lesión de órgano diana (LOD) y eventos cardiovasculares (ECV) entre mujeres hipertensas con edad <50 y ≥50 años

Metodología

Estudio transversal multicéntrico que incluyó pacientes con hipertensión arterial (HTA) reclutados mediante muestreo consecutivo en centros de Atención Primaria. Se registraron FCRV, antecedentes de ECV y LOD según criterios ESC-ESH-2007. Se consideró buen control de la HTA las cifras de PA<140/90 mmHg

Resultados

Se analizaron 6.661mujeres, el 6,3% eran <50 años (edad media: 44,2±4,6) y el 93,7% ≥50 años (edad media: 69,1±9,7). La prevalencia de FRCV en las hipertensas <50 años con respecto a las ≥50 años fue: obesidad: 40.6% vs. 42,7%; diabetes: 16,6% vs. 30,6; dislipemia: 33,5% vs. 58,9%; tabaco 32,1% vs. 7%; alcohol: 7% vs. 2,4%; sedentarismo: 57,5% vs. 60,6%. Se encontraron datos de LOD y ECV en el 37,4,% y 7,1% del grupo < 50 años y en el 65,6% y 25% de las ≥50 años respectivamente. El 67,5% de las mujeres <50 años presentó buen control de la HTA frente al 60,9% del grupo de mayor edad.

Conclusiones

De acuerdo a lo esperado se encontró mayor prevalencia de diabetes, dislipemia, LOD y ECV y peor grado de control de la HTA en las mujeres ≥50 años. Alcohol y tabaco fueron más frecuentes en el grupo más joven; obesidad y sedentarismo presentaron porcentajes cercanos en ambos grupos. Debemos incidir en la detección y educación sobre los FRCV modificables en la mujer desde edades tempranas.

124/47. Grado de control de la hipertensión arterial según características del médico de familia y presión asistencial. Estudio PRESCAP 2010

AUTORES:

(1) Montserrat Redondo Prieto; (2) Francisco Javier Alonso Moreno; (3) Daniel Rey Aldana; (4) Olga García Vallejo; (5) Inés Gil Gil; (6) José Polo García; (7) Teresa Rama Martínez; (8) Roberto Genique Martínez; (9) Ángel Vicente Molinero; (10) Adalberto Serrano Cumplido.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente Medicina de Familia. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Sillería. Toledo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra; (4) Médico de Familia.Centro de Salud Comillas. Madrid; (5) Médico de Familia. ABS Arán. Viella; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Casar. Cáceres; (7) Médico de Familia. CAP El Masnou-Alella. El Masnou. Barcelona; (8) Médico de Familia. CAP Sant Carles de la Rapita. Tarragona; (9) FEA Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza; (10) Médico de Familia. Centro de Salud de Repelega. Portugalete. Vizcaya.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer el grado de control de la presión arterial (PA) en una amplia muestra de pacientes hipertensos atendidos en Atención Primaria (AP), según características individuales y asistenciales del médico.

Metodología

Estudio transversal y multicéntrico que incluyó a hipertensos 18 ó más años, por muestreo consecutivo los días 8, 9 y 10 de Junio de 2010. Se consideró buen control de la hipertensión arterial (HTA) al promedio de PA inferior a 140/90 mmHg (ESH/ESC 2010). Fueron incluidas las variables formación (vía MIR), ser hipertenso y tener un promedio de más de 50 pacientes al día.

Resultados

Se incluyeron 12.961 hipertensos (52,0% mujeres) con una edad media (DE) de 66,3 (11,4) años. El 63,6% recibía terapia combinada (44,1% dos fármacos, 19,5% tres o más fármacos). El 61,1% (IC 95%:60,3-61,9) presentó buen control de PA sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD).Los médicos con formación MIR y sin antecedentes de HTA alcanzaban mayor grado de control 63,1% vs 59,5% ($p<0,0001$) y 61,6 %vs 59,9% ($p<0,045$) respectivamente. No se encontraron diferencias significativas por tener o no un promedio de más de 50 pacientes al día.

Conclusiones

Los médicos con formación MIR y sin antecedentes personales de hipertensión arterial alcanzaban un mayor grado de control en sus pacientes hipertensos.

124/62. Comparación de dos métodos para determinar el grado de Anticoagulación en pacientes con Fibrilación Auricular. Estudio ANFAGAL

AUTORES:

(1) Iria Miguéns Blanco; (2) Leopoldo García Méndez; (3) Manuel Portela Romero; (4) Teodoro Álvarez Pereira; (5) Andrés Soto-Jove Bernaldo de Quirós; (6) Isidro Luis Álvarez Choren; (7) Ignacio González Yebra-Pimentel; (8) Carmen Lires Rodríguez; (9) Daniel Rey Aldana; (10) Sergio Cinza Sanjurjo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Familia. Centro de Salud Matamá. Vigo. Pontevedra; (2) Médico de Familia.Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Matamá. Vigo. Pontevedra;

(3) Médico de Familia. Centro de Salud Padrón. A Coruña; (4) Médico de Familia. Centro de Salud Amoeiro. Ourense; (5) Médico de Familia. Centro de Salud Caldas de Reis. Pontevedra; (6) Médico de Familia. Centro de Salud Vilalba. Lugo; (7) Médico de Familia. Centro de Salud Mos. Vigo. Pontevedra; (8) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña; (9) Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.; (10) Médico de Familia. Centro de Salud Porto do Son. A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos

Conocer si la determinación por número de controles es comparable al Rosendaal para estimar el Tiempo en Rango Terapéutico.

Metodología

Estudio transversal que incluyó pacientes mayores de 65 años, diagnosticados de Fibrilación Auricular No Valvular, anticoagulados durante al menos un año. Se determinó el grado de control por Rosendaal (considerándose normal cuando era superior al 65%) y por número de controles (siendo normal cuando era superior al 60%).

Resultados

Se incluyeron 511 pacientes, 53,0% mujeres y una edad media (DE) de 77,8±0,6 años. El 41,5% de los pacientes presentaron <60% de los controles realizados dentro de rango terapéutico y el 42,7% mostraron un TRT<65%, calculado por la fórmula de Rosendaal. El punto de corte del 60% para el número de controles mostró una sensibilidad y especificidad de 79,4% y 86,7%, respectivamente, con un área bajo la curva de 0,92 (IC95%: 0,87-0,97).

Conclusiones

En una muestra en la que más del 40% de los pacientes anticoagulados no alcanzan el mínimo tiempo en rango terapéutico para beneficiarse de este tratamiento, ambos métodos de estimación son comparables

124/65. Hipertensión arterial (HTA) y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes muy ancianos de un área urbano-rural de Asturias

AUTORES:

(1) Montserrat Redondo Prieto; (1) Carolina Martínez Llana; (1) Ana Picasso Martinez de Ubago; (1) Maria Begoña González González; (2) Mª José Gómez Castro.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Corvera Asturias; (2) Técnico de Salud. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria. Asturias.

RESUMEN:

Objetivos

Describir las características de la HTA en pacientes muy ancianos. Analizar diferencias en CVRS según el Perfil de Salud de Nottingham (PSN) para diferentes cifras objetivo de presión arterial (PA).

Metodología

Estudio descriptivo transversal. Población: hipertensos edad mayor o igual 80 años, excluyendo inmovilizados/terminales (n=516). Muestreo aleatorio simple: 150 pacientes. Variables: sociodemográficas, tratamiento, polimedicación, comorbilidad (Índice Charlson). Puntuación PSN global y por dimensiones. PAS/PAD mmHg categorizadas según recomendaciones basadas en ACCF/AHA Hypertension in the Elderly y NICE

2011: Límite inferior PA recomendado (LIR): PAS: 130 o PAD: 65; Objetivos de control adaptados a anciano (OAA): moderado PAS<150 y PAD<90, estricto PAS<140 y PAD<90, no control PAS≥150 o PAD≥90).

54 pacientes analizados (pérdidas: 43%; analizadas características basales). Edad media: 84 años (IC: 83-85), Diabetes tipo 2: 22%. Polimedicados: 37%. Comorbilidad: Ausencia: 68,5%; Baja: 18,5% y Alta: 13%. PAS/PAD media 136,5/75,2 mmHg; Presión del pulso: 61,2. Hipertensión sistólica aislada: 44%. Antihipertensivo más prescrito: ARA II. PA inferior a LIR: 37% (IC: 23,2-50,8). Control PA: 22,2% no controlados (IC: 10,2-34,2). OAA-moderado: 29,6% (IC: 16,5-42,7), OAA-Estricto: 48,1%(IC: 33,9-62,4). Diferencia de puntuación en dimensión PSN/movilidad entre sujetos con PA inferior y superior a LIR: 15,58 puntos (IC: 3.4-27), con peor puntuación en el grupo PA.

Conclusiones

Uno de cada cinco pacientes presenta mal HTA mal controlada teniendo en cuenta objetivos adaptados al anciano. Se observa una tendencia hacia peor CVRS para cifras más bajas de PA, encontrándose asociación entre puntuación movilidad y PAS<130 o PAD<65.

Casos Clínicos médicos residentes

124/3. Pericarditis subaguda con cambios electrocardiográficos en paciente mayor

AUTORES:

(1) Rafael Jiménez Díaz; (1) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (1) Anlit Díaz Martínez; (1) Marta Jiménez Carrillo; (1) Rocío Melguizo Benavides; (1) Fernando Melchor Castilla Suyo; (2) Maria Teresa Campillos Páez; (2) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (3) Gema Prieto Arroyo; (4) Ana Mallo López.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico Adjunto. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Enfermera. Hospital 12 de Octubre. Madrid; (4) Enfermera Residente de Atención primaria. Centro de Salud Potes. Madrid.

RESUMEN:

Descripción del caso

Se trata de una mujer de 81 años con antecedentes de HTA, DL, FA anticoagulada con Pradaxa, Cardiopatía Hipertensiva quien acude a la consulta de atención primaria por presentar cuadro de aproximadamente 1 mes de evolución consistente en dolor centrotorácico opresivo de moderada intensidad y de aparición intermitente irradiado a la escápula derecha que empeora con la inspiración. Refería además fiebre de 38 grados en los últimos 3 días. A la exploración inicial destacaba un soplo en foco aórtico y aumento de la presión yugular por lo que se realiza ECG en donde según las alteraciones vistas se decide derivar a su hospital de referencia para valoración por Cardiología.

Exploración y pruebas complementarias

FC: 88 min FR: 19 min. TA: 100 / 70 mm Hg. Aumento de la presión yugular a 30 grados.

Auscultación Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos arrítmicos con soplo sistólico en foco mitral grado 4 / 6, ritmo de Galope. Escasos crépitos en base derecha. Resto de la exploración sin alteraciones.

Pruebas complementarias

PCR: 32.4 Leucocitos: 16.600 Neutrofilos: 14.9

CK 38 Troponina T 15.3. Glucosa 243 mg / dl Creatinina 1.14 mg. Resto de Bioquimica normal. ECG; Ritmo de FA con BRIHH no conocido.

Rx de tórax: Cardiomegalia, no se observa clara consolidación, no pinzamiento de los senos costofrénicos. Ecocardiograma:Hipertrofia moderada-severa septal. función sistólica normal.

aurícula izquierda ligeramente dilatada.Insuficiencia mitral leve.Insuficiencia aórtica moderada derrame pericárdico ligero

Juicio clínico

Pericarditis subaguda probable endocarditis, derrame pericárdico leve.

Diagnóstico diferencial

Angor e infarto de miocardio, edema agudo de pulmón, neumonía,

Insuficiencia cardiaca izquierda, dolor torácico mecánico, Cor pulmonale, disección aórtica, taponamiento pericárdico. Empiema. Endocarditis infecciosa. Miocarditis. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final

Las enfermedades del pericardio constituyen una causa relativamente frecuente de consulta en los servicios de urgencias y de ingreso a los servicios de cardiología. La pericarditis aguda es el síndrome clínico de inflamación del pericardio que se caracteriza por: 1. Dolor torácico.2. Frote pericárdico.3. Alteraciones electrocardiográficas evolutivas. El dolor torácico es la principal manifestación de la pericarditis aguda. Generalmente se localiza en la región retroesternal y precordial izquierda y se irradia hacia el cuello y trapecio izquierdo. El frote pericárdico es el hallazgo patognomónico de exploración física en la pericarditis aguda. Clásicamente se han descrito tres componentes en el frote pericárdico, que se relacionan con los movimientos cardiacos durante la sístole auricular, la sístole ventricular y el llenado ventricular rápido. Una característica típica del frote pericárdico es su evanescencia y los cambios en sus características auscultatorias entre una exploración y otra. En este caso de Pericarditis lo que nos obligó a derivar a la paciente al servicio de urgencias fueron tanto los hallazgos en la exploración, como la imagen de Bloqueo de Rama izquierda no conocido. Luego de haber estado 8 días ingresada en la planta de Cardiología, se decidió alta con tratamiento antiinflamatorio con Aspirina y Colchicina y posterior seguimiento por Cardiología de zona.

Bibliografía

1.Spodick D. Pericardial diseases. En: Heart Disease. Editado por E Braunwald. 6th edition. McGraw Hill, 2001.

124/4. Infarto pulmonar a repetición en paciente con Enfermedad Tromboembólica vascular idiopática

AUTORES:

(1) Bruno Alberto Miguel Navarro Ocaña; (1) Rafael Jiménez Díaz; (1) Anlit Díaz Martínez; (1) Marta Jiménez Carrillo; (1) Rocío Melguizo Benavides; (1) Fernando Melchor Castilla Suyo; (2) Maria Teresa Campillos Páez; (2) Maria Yolanda Concepción Santamaría Calvo; (3) Gema Prieto Arroyo; (4) Ana Mallo López.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Madrid; (2) Médico Adjunto. Centro de Salud Potes. Madrid; (3) Enfermera. Hospital 12 de Octubre. Madrid; (4) Enfermera Residente. Atención primaria Centro de Salud Potes. Madrid.

RESUMEN:

Descripción del caso

Mujer de 68 años con antecedente de Enfermedad tromboembólica vascular idiopática sin factores de riesgo cardiovascular quien acude al centro de atención primaria por presentar desde hace 4 días dolor punzante en la región costal izquierda anterior, asociado a disnea progresiva hasta hacerse de reposo, con fiebre de 38ºC, sin otra sintomatología concomitante. Refiere haber estado tomando Ibuprofeno desde hace 2 días sin mejoría. Al persistir e incrementarse el dolor a pesar del tratamiento analgésico decidimos derivar a su hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias

FC: 90 min FR: 22 min. TA: 133 /78 mm Hg. A la auscultación: hipofonesis generalizada con escasos crepitantes bibasales y dolor moderado a la palpación de 9-10 arco costal izquierdo sin crepitación. Resto de la exploración sin alteraciones.

PCR: 5.21, Dímeros D 672. No leucocitosis ni neutrofilia. Gasometría: sin alteraciones. Rx de Tórax: Bronquiectasias en lóbulo inferior derecho, leve pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. Angio-TAC torácico: Hallazgos sugestivos de Tromboembolismo pulmonar agudo submasivo; aumento de densidad en vidrio deslustrado en LII en probable relación a infarto pulmonar. ECG sin alteraciones significativas.

Juicio clínico

Tromboembolismo pulmonar agudo, con infarto en lóbulo inferior izquierdo con probable sobreinfección asociada.

Diagnóstico diferencial

Angor e infarto de miocardio, edema agudo de pulmón, neumonía,

neumotórax, reagudización de EPOC, insuficiencia cardiaca izquierda, dolor torácico mecánico, Cor pulmonale, disección aórtica, taponamiento pericárdico. Empiema.

Comentario final

A pesar de los importantes avances en el diagnóstico y tratamiento, la evaluación del riesgo para identificar el tratamiento apropiado para el TEP es un problema importante en la práctica clínica. En un extremo se encuentra el TEP menor en donde la heparina de bajo peso molecular es un puente a la anticoagulación oral. En el extremo opuesto, se encuentra el TEP masivo en donde la sobrevida depende de una rápida estratificación y diagnóstico para iniciar un tratamiento urgente. En medio del espectro, se encuentra el TEP submasivo, caracterizado por TA normal, hipoperfusión compensada y disfunción ventricular derecha cuyo tratamiento es controvertido ya que no es posible establecer una estratificación de riesgo óptimo, por lo que es

importante identificar a este grupo de pacientes mediante cualquier estrategia ya que la mayoría se encuentra "hemodinámicamente estable". En este caso, podemos clasificar el evento dentro del grupo de TEP submasivo, ya que desde el principio, la paciente se encontraba estable desde el punto de vista hemodinámico. Luego de las pruebas realizadas en el hospital, se optó por tratamiento domiciliario con inicio de heparina y Sintrom. Asociado a este tratamiento, se inició esquema AB por sospecha de sobreinfección. En la actualidad, la

paciente se encuentra terminando el tratamiento antibiótico en casa con mejoría de su sintomatología inicial que le obligó a consultar.

Bibliografía

Embolia pulmonar: Fisiopatología y diagnóstico, Dr. Max Andresen Hernández, Profesos Auxiliar Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol. 28, Nº 32, 1998.

124/28. Amiliodisis cardiaca

AUTORES:

(1) Mónica Figueroa Caiche; (1) Rocio Reyna Zepeda; (1) NIXY TIRADO DELGADO; (2) Maroa del Carmen Bueno Selles; (2) Inmaculada Calafat Escriva; (2) Jesus Aparisi Romero.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Oliva. Valencia.; (2) Médico de Familia. Centro de Salud Oliva. Valencia.

RESUMEN:

Descripción del caso

Varón 52 años.

AA: Alergia Vancomicina, ex Fumador 20 años, Dislipemia, Hernia hiatal, Mieloma Múltiple en 2006 en remisión completa, Transplante de MO 2007, Stent coronario 2010.

Acude a consulta por presentar hace 2 meses disnea, que aumenta progresivamente hasta hacerse de mínimos esfuerzos.Opresión torácica sin cortejo vegetativo.

Hace 3 meses tos productiva con expectoración blanquecina.Hace 6 meses astenia, debilidad generalizada. Pérdida peso 7Kg.

Exploración y pruebas complementarias

112/86,T:34.6ºC, disneico, palidez y mucosas secas.AC:Rítmicos, soplo sistólico III/VI en endoapex. AP:Hipoventilación bases, escasos crepitantes base derecha.Abdomen:Globuloso, distendido, blando depresible, no doloroso. Hepatomegalia.MMII:Edemas tibiomaleolares con fóvea.

Se diagnóstica Insuficiencia cardiaca, pautamos diuréticos, se cita en 1mes, con mejoría parcial del cuadro clínico.

Se plantea nuevo tratamiento y pruebas complementarias.

Pero regresa 2 semanas después por empeoramiento de sus síntomas, ECG:ritmo sinusal, Bloqueo AV de 1erº, analítica sin hallazgos patológicos(SHP),Rx tórax con aumento densidad basal izquierda y derrame pleural.

Ante la afectación del estado general, se deriva a Urgencias, donde deciden ingreso en Medicina Interna.

Durante su estancia hospitalaria se realiza:

Ecografía Abdominal:Pequeño derrame pleural derecho, moderada cantidad de líquido libre en abdomen.

Holter de Arritmias:SHP.Ecocardiograma: Hipertrofia concéntrica de VI con fuerza ventricular sistólica conservada.Insuficiencia Mitral moderada.Insuficiencia Triscuspidea moderada, dilatación Biauricular, no derrame pericárdico. TAC Toracoabdominal, confirma derrame pleural bilateral de pequeño volumen.

Dada las manifestaciones clínicas del paciente y sus antecedentes de Mieloma, se sospecha: Amiloidosis, realizamos Resonancia magnética cardiaca:hipoquinesia global VD y VI, fracción eyección 43%, dilatación biauricular. Tras administración de contraste mediante realce tardío de gadolineo, observamos patrón típico de realce subendocárdico en ventrículo derecho, sugestivo de infiltración miocárdica por amiloide.

La Gammagrafía ventilación-perfusión, la coronariografía y ventriculografía, nos confirma la presencia de Hipertensión pulmonar moderada.

Tras el estudio con imágenes que revela infiltración miocárdica por amiloide, se realiza Biopsia Grasa subcutánea y Rectal con resultado negativo.

Biopsia Medula Ósea:Mieloma células plásmaticas.

Biopsia endomiocardica:Depósito intersticial material fibrilar eosinófilo positivo con rojo Congo compatible con

amiloidosis cardiaca.

Juicio clínico

Amiloidosis Cardiaca. (AC)

Diagnóstico diferencial

nsuficiencia cardiaca

Pericarditis constrictiva

Hemocromatosis

Sarcoidosis

Miocardiopatia restrictiva.

Comentario final

Aunque la infiltración por amiloide suele ser multiorgánica, el corazón se afecta en el 50% de los casos y condiciona a un pésimo pronóstico, con una supervivencia de 6 meses tras el diagnóstico.

La valoración electrocardiográfica y ecocardiográfica asociado a la clínica permiten un diagnóstico no invasivo.

El tratamiento debe ser individualizado, en función de edad y el grado de afectación orgánica.Es fundamental el tratamiento de soporte y el manejo multidisciplinario con otros especialistas.

El manejo incluye quimioterapia a altas dosis con transplante de médula ósea. El Transplante cardiaco puedo considerarse en casos seleccionados.

El desarrollo de técnicas para identificar la AC, la monitorización de la respuesta al tratamiento, la aparición de nuevos fármacos capaces de disminuir la producción amiloide y la posibilidad de transplante abren una nueva esperanza para el futuro de los pacientes con AC.

Bibliografía

Gómez-Bueno M, Segovia J, García-Pavía P, barceló JM, Krsik I, Sanchez-Turrión V, Salas C, Alonso-Pulpón L. Cardiac Amyloidosis: the Importance of a Multidisciplinary Approach. Rev Esp Cardiología, 2009;62:698-702.

Ciberia M, Bladé J.Amiloidosis primaria: diagnóstico , pronóstico y tratameinto.Rev Espa Hematología, 2011;96 :13-17.

Pérez S. Amiloidosis.Rev. chil.Reumatol 2008; 24(4):200-205.

124/29. Patrones y diagnósticos: S1Q3T3

AUTORES:

(1) Iria Miguéns Blanco; (2) Jose Ruiz Almendro; (2) María Rivas Domínguez; (3) Pilar Pesqueira Loira.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiary Comunitaria. Centro de Salud Matamá. Vigo; (2) Médico de Familia. PAC Redondela. Vigo; (3) Médico de Familia. Centro de Salud Redondela. Vigo.

RESUMEN:

Descripción del caso

Se presenta el caso clínico de un paciente de 31 años sin antecedentes médicos de interés que acude a su PAC

por episodio de sensación de mareo, disnea y palpitaciones no asociado a cortejo vegetativo, mientras paseaba a su perro. No presentó dolor torácico. Destaca la disnea que le imposibilita subir las escaleras de su PAC, donde se ve obligado a sentarse antes de entrar en la consulta

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física destaca la taquipnea a 32 rpm. Resto de exploración anodina.

En el ECG ,taquicardia sinusal a 100 lpm, con un patrón S1Q3T3.Se estableció como principal sospecha diagnóstica un embolismo pulmonar agudo.

Juicio clínico

El paciente fue derivado a su hospital de referencia, donde fue diagnosticado de TEP bilateral. En este caso, y tras estudio por Medicina Interna, en relación con un síndrome antifosfolípido primario.

Diagnóstico diferencial

La clínica y el ECG obligaron a establecer el diagnóstico diferencial con patologías tales como: broncoespasmo, neumotórax, enfermedad pulmonar aguda o infarto agudo de miocardio.

Comentario final

La aparición en el ECG de taquicardia sinusal dificultó al médico de PAC la objetivización del patrón S1Q3T3. Este patrón descrito por Mc-Gin White en 195,que de forma aislada carece de significación ,en el contexto que se presenta es altamente sugestivo de tromboembolismo pulmonar. Con una exhaustiva anamnesis, exploración física y el análisis detallado de las pruebas complementarias al alcance del médico de Atención Primaria, se pueden establecer hipótesis diagnósticas tan próximas a un diagnóstico definitivo como la que se presenta.

Bibliografía

1.Agnelli G, Becattini C. Acute pulmonary embolism. N Engl J Med. 2010;363(3):266-74. 2.Brown G, Hogg K. Best evidence topic report. Diagnostic utility of electrocardiogram for diagnosing pulmonary embolism. Emerg Med J. 2005;22(10):729-303.

3.British Thoracic Society Standards of Care Committee Pulmonary Embolism Guideline Development Group. British Thoracic Society guidelines for the management of suspected acute pulmonary embolism. Thorax. 2003;58(6):470-83

124/35. Dolor torácico atípico en atención primaria. Síndrome de Tako-Tsubo.

AUTORES:

(1) Leire Soutullo Lema; (2) Daniel Rey Aldana; (3) Iria Mirás Garrido; (1) Paula A. Acosta Rodríguez; (1) Marta A. Iglesias Yañez; (4) Tamara Varela Sandá; (5) María Luisa Pérez Lorenzo.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Medico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (3) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. A Coruña; (4) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. A Coruña; (5) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Fontiñas. A Coruña.

RESUMEN:

Descripción del caso

Mujer de 82 años que acude al Punto de Atención Continuada, por dolor en ambos hombros de 6 horas de evolución, mareo y malestar general. No refería dolor torácico, ni disnea, ni palpitaciones.

Como antecedentes personales destacaban hipertensión arterial, hiperuricemia y síndrome ansioso-depresivo.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración física destacaba una hipotensión arterial TA: 80/45 mmHg con una frecuencia cardíaca normal. La auscultación cardiopulmonar fue normal. No presentaba edemas en miembros inferiores y los pulsos distales estaban conservados.

Por el dolor en ambos hombros se le realiza un ECG urgente en el que se aprecia una elevación del segmento ST en la cara anterolateral e inferior.

Con la sospecha de síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), se administran 300mg de AAS por vía oral, se canaliza una acceso vascular periférico e inciamos sueroterapia de mantenimiento. Hablamos vía telefónica con el 061 que nos pone en comunicación con el cardiólogo de guardia del hospital de referencia informándole de la clínica de más de 6 horas de evolución, por lo que se decide no hacer una fibrinolisis extrahospitalaria.

Durante su estancia en urgencias hospitalarias, se solicita un control analítico con biomarcadores de daño cardíaco, donde se confirma elevación de los mismos, con un pico máximo de Troponina I de 7.8 ng/ml.

Se le realiza un ecoardiograma transtorácico, donde se aprecia acinesia de la zona apical, segmentos medios del septo y la cara anterior, con una buena función de porciones basales. Se realiza un cateterismo urgente, en el que no se objetivan lesiones angiográficamente significativas en las arterias coronarias; por lo que la paciente ingresa en el Servicio de Cardiología con sospecha Enfermedad de Tako- Tsubo.

Juicio clínico

Enfermedad de Tako- Tsubo

Diagnóstico diferencial

Síndrome coronario agudo.

Comentario final

El caso clínico muestra un tipo poco frecuente de SCACEST. La miocardiopatía por estrés conocida como Miocardiopatía de Takotsubo, discinesia ventricular izquierda transitoria o Síndrome del corazón roto es una patología cada vez más conocida en nuestro medio.

Esta entidad se caracteriza por una clínica similar a la de infarto agudo de miocardio; el síntoma de presentación más típico es el dolor torácico agudo, pero algunos pacientes sólo presentan disnea, síncope o shock. Aparacen alteraciones electrocardiográficas sugestivas de un SCACEST y aumento de las enzimas de daño miocárdico. En la coronariografía con ventriculografía no se ven lesiones en las arterias coronarias, pero se objetiva un balonamiento del ventrículo izquierdo en sístole, debido a la disfunción de la región apical y media del ventrículo izquierdo, simulando así la forma de una trampa para pescar pulpos usada en Japón llamada Tako-Tsubo.

Esta miocardiopatía es más común en mujeres postmenopáusicas, pero el estrés físico o emocional es la causa más frecuente, debido a un espasmo microvascular difuso inducido por las catecolaminas que ocasiona un aturdimiento miocárdico.

El Sindrome de Tako-Tsubo presenta una buena evolución y pronóstico, con una mortalidad del 1%.

Bibliografía

1. Cordero A, Sirera D, Carrillo P, López-Palop Ramón. Discinesia apical transitoria o miocardiopatía Tako-Tsubo. Cardiología & Atención primaria.2012; 9:128-130.

124/52. Taquicardia ventricular inestable como primera manifestación de una miocardiopatía dilatada.

AUTORES:

(1) Leire Soutullo Lema; (2) Daniel Rey Aldana; (2) Mª Carmen Tuñez Bastida; (3) Nuria González Frieiro; (4) Junior Jesus Martínez Couselo; (5) Víctor Villaverde Vázquez; (6) Daniel De Bernardo Roca; (7) Francisco Formigo Couceiro.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (2) Médico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (3) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela. A Coruña; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Arzúa. A Coruña; (6) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Concepcion Arenal.Santiago de Compostela. A Coruña; (7) Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Concepción Arenal. Santiago de Compostela. A Coruña.

RESUMEN:

Descripción del caso

Varón de 49 años que acude a su centro de salud por 2 días de molestias gastrointestinales con sensación de plenitud, sin alteración de hábito intestinal, disnea ni dolor torácico. AP de sobrepeso, SAOS, DM tipo 2, sin hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

Estaba muy sudoroso, taquicárdico y taquipneico. TA: 90/60mmHg, frecuencia cardiaca de 200lpm, con una saturación de oxígeno del 92% y glucemia de 111mg/dl.

La auscultación cardíaca era taquicárdica sin soplos audibles y en la auscultación pulmonar presentaba crepitantes basales bilaterales, sin IVY, ni reflujo hepatoyugular. Durante la exploración presentó varios sincopes.

En el trazado electrocardiográfico se vio una taquicardia rítmica con QRS anchos y monomórficos, sugestiva de taquicardia ventricular sostenida sintomática con datos de inestabilidad hemodinámica, motivo por el que se decidió sedación con 7mg. de midazolam, oxigenoterapia y cardioversión eléctrica sincronizada a 150J, revirtiendo la arritmia en una taquicardia con complejos QRS estrechos, arrítmicos y sin ondas p, compatible con una fibrilación auricular, mejorando los parámetros hemodinámicos del paciente. Se administró 300 mg de amiodarona endovenosa en 30 minutos, trasladándolo a urgencias hospitalarias con sospecha de TV sostenida de origen isquémico, por sus antecedentes.

En urgencias presentaba una fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida a 150lpm, en la radiografía se apreciaba una cardiomegalia con derrame pleural bilateral y en el ecocardiograma una miocardiopatía dilatada con depresión severa de la función sistólica izquierda. Se le realizó un cateterismo urgente en el que no se objetivaron lesiones coronarias significativas.

El paciente ingresó en el servicio de cardiología donde fue tratado con VMNI, diuréticos, antiarrítmicos e implante de DAI con evolución favorable.

Juicio clínico

Taquicardia ventricular monomórfica sostenida con cardioversión eléctrica efectiva.

Miocardiopatía dilatada de origen no filiado con depresión severa de la función sistólica ventricular izquierda.

Diagnóstico diferencial

Cardiopatía isquémica

Alteraciones electrolíticas

Hipoxia

Comentario final

Las miocardiopatías son un grupo heterogéneo de anomalías del musculo cardíaco. Se clasifican como dilatadas, hipertróficas, restrictivas, displásicas e idiopáticas.

La sintomatología es variable, desde palpitaciones, intolerancia al ejercicio, ortopnea y DPN, hasta insuficiencia cardiaca congestiva o muerte súbita por taquiarritmias.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial de la causa descartando en primer lugar el origen isquémico.

El tratamiento médico de las cardiomiopatías está basado en el fenotipo de las mismas. El implante de dispositivos como DAI o marcapasos está indicado en las miocardiopatías que provocan enfermedad del sistema de conducción y arritmias. También de forma profiláctica cuando existe disfunción del ventrículo izquierdo con fracción de eyección por debajo del 35%, en las miocardiopatías dilatadas idiopáticas relacionadas con las taquiarritmias y especialmente si hay antecedentes familiares de muerte súbita o mutación del gen LMNA.

Todos los médicos están familiarizados en el manejo de las paradas cardiorespiratorias y también deben estarlo en el manejo de las situaciones clínicas que preceden a éstas, como las taquiarritmias. A pesar de la baja frecuencia de esta entidad en Atención Primaria, su manejo correcto y precoz mejora el pronóstico, pudiendo evitar en ocasiones su evolución a una parada cardiorespiratoria.

Bibliografía

Weigner M., Morgan. J.P.Causes of dilated cardiomyopathy .In: UpToDate, Rose, BD(Ed), UpToDate ,Watham, MA, 2014

124/53. Pericarditis aguda complicada con taponamiento cardiaco.

AUTORES:

(1) Iria Mirás Garrido; (2) Lidia Vázquez Roel; (3) Daniel Rey Aldana; (4) Leire Soutullo Lema; (5) Tamara Varela Sandá; (4) Paula Acosta Rodríguez; (6) María Luisa Pérez Lorenzo; (4) Marta A. Iglesias Yañez; (7) Santiago Torreira Mouro.

CENTRO DE TRABAJO:

(1) Medico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. Santiago de Compostela. A Coruña; (2) Medico de Familia.PAC de Ordenes. A Coruña; (3) Medico de Familia. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (4) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de A Estrada. Pontevedra; (5) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Concepción Arenal. Santiago de Compostela. A Coruña; (6) Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Fontiñas.Santiago de Compostela. A Coruña; (7) Médico de Familia. Centro de Salud de Conxo. Santiago de Compostela. A Coruña.

RESUMEN:

Descripción del caso

Varón de 31 años que acude por tercera vez en 24 horas por dolor torácico retroesternal continuo de características pleuríticas, cortejo vegetativo y dos síncopes. Se realizaron 2 electrocardiogramas el día anterior, informados como normales. Refiere deposiciones diarreicas los días previos. Sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos.

Exploración y pruebas complementarias

El paciente estaba pálido, sudoroso, y taquipneico, con una tensión arterial estimada por pulso radial <80mmHg, frecuencia cardiaca de 154lpm, saturación de oxígeno 99%, afebril, con IVY bilateral en decúbito. La auscultación cardiaca era taquicárdica sin soplos, ni roces y con tonos apagados. La auscultación pulmonar era normal. Pulsos femorales débiles.

El electrocardiograma presentaba una taquicardia sinusal a 154lpm con elevación difusa del segmento ST.

La impresión clínica inicial es de pericarditis complicada con taponamiento cardiaco, por lo que lo trasladamos medicalizado al hospital. Se monitoriza y se coge una vía con administración de 500cc de suero salino en 10 minutos, con mejoría de la tensión arterial y reperfusión periférica.

En la analítica destacaba una leucocitosis de 20.66x10e3/µL (89%N y 3%C) con troponinas normales. Radiografía de tórax normal. En el ecocardiograma se visualiza derrame pericárdico severo con datos de taponamiento. Ingresa en cardiología, requiriendo soporte inicial con dopamina y pericardiocentesis evacuadora. Se drenan 450ml de líquido compatible con exudado. Evoluciona favorablemente, sin datos de congestión y sin alteraciones de la contractilidad cardiaca tras 12 horas, por lo que se retira el catéter de pericardiocentesis y las aminas.

Juicio clínico

Pericarditis aguda complicada con taponamiento cardiaco.

Diagnóstico diferencial

Infarto agudo de miocardio

Tromboembolismo pulmonar

Disección de aorta

Comentario final

La pericarditis aguda se refiere a la inflamación del saco pericárdico. Es relativamente común representando un 5% de las consultas por dolor torácico de causa no isquémica en urgencias.

Puede presentarse como enfermedad aislada o como la manifestación de un proceso sistémico. La etiología más frecuente es la viral o idiopática, en menor medida están las causas autoinmunes, neoplasias, infecciosas, metabólicas, farmacológicas, post IAM, radiación, traumatismo...

Las principales manifestaciones clínicas son el dolor torácico de características pleuríticas que empeora con la inspiración, al toser y con la deglución y mejora al incorporarse o estando sentado. En la exploración la auscultación del roce pericárdico es altamente sensible. El electrocardiograma es clave para el diagnóstico.

Se debe realizar una radiografía de tórax, analítica con hemograma, troponina y VSG, ecocardiograma en todos los casos, para descartar la presencia de derrame su cuantía y repercusión.

El taponamiento cardiaco es una complicación de la pericarditis por acúmulo de líquido pericárdico que lleva a un aumento de la presión intracardiaca. Cuando existe compromiso hemodinámico, es una emergencia vital. La administración de volumen o el uso de fármacos inotrópicos pueden beneficiar temporalmente, aunque el tratamiento definitivo será una pericardiocentesis evacuadora urgente.

Una buena anamnesis y exploración física por parte de los médicos de Atención Primaria es de vital importancia para el diagnóstico de una pericarditis complicada y su manejo urgente, pudiendo condicionar el pronóstico del paciente.

Bibliografía

Imazio M. Clinical presentation and diagnostic evaluation of acute pericarditis.In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2014

ORGANIZA

SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
AP
Hipertensión Arterial

www.jornadascardiovasculares.com

info@jornadascardiovasculares.com

SECRETARÍA TÉCNICA

ap congress
C/Narváez 15·1ºizq
28009 · Madrid
tel: 902 430 960
fax: 902 430 959
info@apcongress.es